

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg HAW
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Kulturspezifische Therapieerfahrungen und –bedarfe von Drogenkonsument_innen

eine explorative Studie am Beispiel eines Paares aus Deutschland
und eines Paares mit Migrationshintergrund (Russland/Kasachstan)

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe:	29.02.2012
Verfasst von:	Seypt, Romi
Matrikel-Nummer:	19 49 84 3
Erstgutachterin:	Frau Prof. Dr. Schmidt-Grunert
Zweitgutachter:	Herr Prof. Dr. Güntner

Danksagung

„Dieser Weg wird kein leichter sein, dieser Weg wird steinig und schwer“, diese Zeile sang Xavier Naidoo bereits.

Ich bin den Weg des Studiums gegangen und stehe nun an seinem Ende. Dass ich hier stehe, verdanke ich all den Menschen, die mich dabei stets unterstützt haben. Sie waren es, die mir immer wieder versicherten, dass ich während des Studiums nicht verhungern werde. Sie waren es, die mich aufbauten, wenn ich von Selbstzweifeln überfallen wurde.

Das anstrengendste Stück des Weges gingen sie in den letzten sechs Monaten mit mir. In dieser Zeit unterstützten sie mich, in dem sie sich immer wieder mit mir über die vorliegende Arbeit unterhielten und mir dabei hilfreiche Denkanstöße gaben. Sie ertrugen meine Launen und ließen mich auch in der Ferne nicht allein. Es waren sie, die sich mit der Korrekturarbeit die Nächte um die Ohren schlugen und dank ihnen ist es jetzt vorbei.

Es ist ein schönes Gefühl, solche Menschen zu kennen.

DANKE !!!

Zu guter Letzt möchte ich mich noch bei meiner Betreuerin und meinem Betreuer dafür bedanken, dass sie mir in den letzten Monaten bei meinen Fragen immer weitergeholfen haben.

**„Es ist schwer, gegen einen Feind zu kämpfen, der sich in
Deinem Kopf eingenistet hat.“**

(Sally Kempton, Meditationslehrerin)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
Teil A: Theoretische Grundlagen.....	3
1. Definition Sucht und Abhängigkeit.....	3
2. Legale und illegale Rauschmittel: Crack und Heroin.....	4
2.1 Crack.....	6
2.2 Heroin.....	8
3. Die Identitätsentwicklung nach Erik H. Erikson.....	11
3.1 Eriksons Sicht auf die Entwicklung der Ich-Identität.....	11
3.2 Sozialisation in Aussiedlerfamilien.....	14
3.3 Die Verbundenheit zu Deutschland.....	15
3.4 Darstellung der Erziehung und Struktur innerhalb russlanddeutscher Familien.....	15
3.5 Ankommen in Deutschland.....	21
3.6 Flucht in den Drogenkonsum.....	23
3.7 Fazit der Sozialisation.....	26
4. Einleitung Therapie.....	27
4.1 Kosten und Kostenübernahme.....	28
4.1.1 Kostenübernahme durch die Deutsche Rentenversicherung.....	28
4.1.2 Kostenübernahme durch die Krankenversicherung.....	29
4.1.3 Kostenübernahme durch das Sozialamt.....	30
4.2 Therapievorbereitung.....	31
4.3 Möglichkeiten der Therapieabsolvierung.....	32
4.3.1 Ambulante Therapie.....	33
4.3.2 Teilstationäre Therapie.....	34
4.3.3 Stationäre Therapie.....	36
4.4 Therapiemotivation.....	37
4.5 Verantwortung in der Therapie.....	40

4.6 Definition Therapiebedürfnis.....	42
4.6.1 Therapiebedürfnisse von Aussiedlern.....	43
4.6.2 Therapiebedürfnisse von einheimischen Deutschen.....	44
4.7 Gespräche sind ein Therapiebedürfnis.....	45
Teil B: Explorativer Teil.....	47
1. Darstellung des Untersuchungsgegenstandes.....	47
2. Darstellung der Untersuchungsgruppe.....	47
3. Darstellung des Untersuchungsinstruments.....	49
4. Der Patienten-Leitfaden.....	49
4.1 Der Kurzfragebogen.....	50
4.2 Der Kernfragebogen.....	50
4.3 Der Schwerpunkt russischsprachige Konsumenten.....	51
4.4 Therapiefragebogen.....	51
4.5 Zukunftsfragebogen.....	51
4.6 Ergänzungsfrage.....	52
5. Der Therapeutinnen-Leitfaden.....	52
5.1 Kurzfragebogen.....	52
5.2 Fragebogen zu russischsprachigen Patienten.....	52
5.3 Therapiefragebogen.....	53
5.4 Zukunftsfragebogen.....	53
5.6 Ergänzungsfrage.....	53
6. Darstellung der Untersuchung.....	53
7. Darstellung des Auswertungsinstruments.....	56
8. Darstellung und Analyse des ausgewählten Forschungsmaterials.....	57

9. Schlussfolgerungen.....	65
10. Literaturverzeichnis.....	67
11. Quellenverzeichnis Internet.....	68
12. Tabellen- Bildverzeichnis.....	69
Anhang.....	70
1. Patienten-Leitfaden.....	70
Interview Igor.....	72
Interview Elena.....	79
Interview Rebecca.....	86
Interview Hermann.....	93
2. Therapeutinnen-Leitfaden.....	110
Interview Therapeutinnen.....	111

Einleitung

Das Thema Kulturspezifische Therapieerfahrungen und -bedarfe von einheimischen Deutschen und Aussiedlern in der Drogentherapie wurde für mich durch einen Fachvortrag interessant. Er beschäftigte sich mit der Thematik, wie in stationären Therapieeinrichtungen besser auf Patienten mit dem Migrationshintergrund Russland/Kasachstan eingegangen werden kann. Für mich ergab sich aus diesem Vortrag die Frage, ob diese Patienten andere Therapiebedürfnisse haben als Patienten ohne Migrationshintergrund. Erfahrungen bilden immer die Grundlage für Bedürfnisse. Mit wachsender Therapieerfahrung lernen Patienten ihre eigenen Therapiebedürfnisse besser kennen. Aus diesen Erkenntnissen kann wiederum auf Erfahrungen geschlossen werden. Deshalb habe ich eben jene erkannten und entdeckten Bedürfnisse zum Schwerpunkt dieser Arbeit erhoben. Ein Blick auf die Therapiebedürfnisse forderte von mir auch die nähere Betrachtung der Sozialisation, da meiner Meinung nach der Drogenkonsum und auch die Bedürfnisse während der Drogentherapie mit der Verbindung zwischen dem Individuum und der Gesellschaft zusammenhängen. Somit ergibt sich die weitere zentrale Frage, ob sich Sozialisation auf Therapie und Therapiebedürfnisse auswirkt. Zur näheren Betrachtung führte ich hierfür eine explorative Studie durch.

Im Rahmen meiner Literaturrecherche stieß ich immer wieder auf Texte, die Heroin als Einstiegs- und Hauptdroge von Aussiedlern¹ darstellen. Begleitend dazu stellte ich an meinem Arbeitsplatz in einer Drogeneinrichtung fest, dass auch Crack zu den bevorzugten Rauschmitteln gehört. Da Aussiedler demnach größtenteils Heroin und Crack konsumieren, werden diese illegalen Rauschmittel ebenso wie die Begrifflichkeiten Sucht und Abhängigkeit im theoretischen Teil meiner Arbeit vorgestellt.

Des Weiteren befasste ich mich in diesem Teil auch mit der Sozialisation und den Möglichkeiten der Drogentherapie.

¹ § 116 Abs. 1 des Grundgesetzes definiert, dass Aussiedler die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und somit Deutsche sind. Aussiedler sind Menschen, die aus Deutschland vertrieben wurden und vor dem 08.05.1945 ihren Wohnsitz in den ehemaligen deutschen Ostgebieten hatten. Demnach bleibt ihre Volkszugehörigkeit bestehen (§ 1 Abs. 2 Nr. 3 Bundesvertriebenengesetz [BVFG]). Als Spätaussiedler werden Volkszugehörige bezeichnet, die vor dem 01.01.1993 geboren wurden und somit nach dem 31.12.1992 einen Aufnahmebescheid von der Bundesrepublik Deutschland erhielten (§ 4 BVFG). Jedoch müssen sie individuell nachweisen, dass sie oder ihre Familie in ihrem Herkunftsland unter Vertreibungsdruck litten (§ 4 Abs. 1 und 2 BVFG). Im Verlauf dieser Arbeit werden Aussiedler auch als Rückkehrer oder Russlanddeutsche bezeichnet.

Ich habe mich für die Sozialisationstheorie nach Erikson entschieden, da er der Pubertätsphase eine große Rolle beimisst und in dieser der Drogenkonsum oftmals beginnt. Nach dieser Theorie könnte davon auszugehen sein, dass andere Therapiebedürfnisse aufgrund unterschiedlicher Sozialisationen vorliegen. Nach Erikson beeinflussen die äußeren Umstände die phasenweisen Veränderungen der Persönlichkeit. Im Anschluss dieser Darstellung werde ich mich nur auf die Sozialisation von Aussiedlern beziehen, da drogenabhängige Osteuropäer mit deutschen Wurzeln den Schwerpunkt dieser Arbeit bilden.

Eine Drogenentwöhnung verläuft nur in den seltenen Fällen ohne fremde Hilfe erfolgreich. Zur Unterstützung werden in Deutschland drei unterschiedliche Formen der Drogentherapie angeboten. An welche Form der Therapie ein Konsument angebunden wird, orientiert sich an seinem Suchtverlauf, seiner gesellschaftlichen Integration und der Einschätzung des zuständigen Kostenträgers. Kostenträger und Therapieformen werden dargestellt. Anschließend beschäftige ich mich mit den Therapiebedürfnissen der Patienten aus Russland, Kasachstan und Deutschland.

Diese Therapiebedürfnisse habe ich mithilfe von Interviews in einer stationären Therapieeinrichtung ermittelt. Dort habe ich je zwei Patienten mit Migrationshintergrund Russland/Kasachstan und ohne Migrationshintergrund und zwei Therapeutinnen getroffen. Weiterer Schwerpunkt der Interviews waren die vorhandenen Therapieerfahrungen der Patienten und die Therapiewahrnehmungen aus Sicht der Therapeutinnen. Mein Vorgehen und die Forschungsergebnisse stelle ich im praktischen Teil dieser Arbeit dar.

Um den Lesefluss dieser Arbeit besser zu gestalten, verwende ich lediglich das männliche Subjekt. Jedoch bezieht es sich auf alle Geschlechter.

Teil A: Theoretische Grundlagen

1. Definition Sucht und Abhängigkeit

Der Begriff „Sucht“ beschreibt ein Verhaltensmuster, welches auftritt, wenn ein Mensch den Großteil seiner Zeit mit der Beschaffung oder dem Konsum eines Stoffes verbringt. Seinen Ursprung hat „Sucht“ im germanischen Wort „siech“ und bedeutet „krank sein“ (vgl.: van Treeck, S. 587). Sucht ist in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) aufgeführt und somit weltweit als Krankheit anerkannt. Innerhalb dieser Klassifikation wird zusätzlich noch unterschieden, wodurch die psychische Erkrankung ausgelöst wurde und in welchem Krankheitsstadium sich der Betroffene befindet (vgl.: Dilling, S. 107 ff.). Mit diesem Wissen ist es vielleicht möglich, Menschen mit einer Drogensucht besser zu verstehen. Sie sind krank und es gelingt ihnen nur schwer ihre Krankheit zu besiegen.

Es fällt schwer bei abstinenten Drogenkonsumenten von einer Heilung zu sprechen, da der Konsument während der Konsumzeit ein Suchtgedächtnis entwickelt hat. Dieses Suchtgedächtnis bezieht sich auf bestimmte Reize (Musik, Situationen, Umgebungen, Menschen), welche auch nach längerer drogenfreier Zeit ein Konsumverlangen auslösen können. Neben den physischen Entzugserscheinungen ist das Suchtgedächtnis auch für das psychische Verlangen nach dem nächsten Drogengebrauch zuständig und baut somit den Suchtdruck auf. Das Suchtgedächtnis steht direkt mit Emotionen in Verbindung. Diese werden durch körpereigene, ständig anwesende Neurotransmitter (u.a. Dopamin, Adrenalin) ausgelöst. Aufgrund dieser Verbindung dauert es sehr lange, das Suchtgedächtnis zu reduzieren und die bisherigen Erfahrungen mit neuen Erlebnissen zu überschreiben. Grundlagenwissen für den Umgang mit Suchtdruck erlernen die Konsumenten während der Therapie.

In der Vergangenheit nutzte man das Wort „Sucht“ sehr stoffgebunden, das heißt, es wurde mit einem Verhalten in Verbindung gesetzt, welches sich auf greifbare Konsummittel bezog. Dazu gehören neben den facharbeitsrelevanten illegalen Drogen Heroin und Crack auch die gesellschaftlich anerkannten Rauschmittel Zigaretten und Alkohol. Tabletten befinden sich in einer gewissen Grauzone, da es

unter ihnen auch welche gibt, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallen, beispielsweise Schmerzmittel mit dem Wirkstoff Benzodiazepin. Der gesellschaftliche Wandel brachte auch Süchte auf, die sich nicht plastisch darstellen ließen. Dazu gehören unter anderem die Internetsucht, die Kaufsucht sowie die Ess-Brech-Sucht. Um all diese Erkrankungen besser unter einen Namen zusammenfassen zu können, wurde „Sucht“ durch „Abhängigkeit“ ersetzt. Jedoch werden beide Begriffe weiterhin synonym verwendet (vgl.: van Treeck, S. 12).

Während Sucht ihren deskriptiven Schwerpunkt eher in den psychischen und sozialen Auswirkungen hat (Veränderung der Peer-Group², Vernachlässigung des Berufs), liegt er in der Begrifflichkeit von Abhängigkeit auf dem körperlichen Aspekt der Erkrankung. In diesen Bereich fallen daher auch die Entzugserscheinungen oder die auftretenden Krankheiten, die mit Drogenkonsum in Verbindung gebracht werden (vgl.: Schürmann, S. 39).

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist es nicht mehr möglich, ihr Konsumverhalten (beispielsweise das Trinken von Alkohol) zu kontrollieren und sich auf diese Weise gesellschaftlich angepasst zu verhalten.

2. Legale und illegale Rauschmittel: Crack und Heroin

Unter Rauschmitteln werden umgangssprachlich oft nur illegale Drogen verstanden. Laut der Weltgesundheitsorganisation stellen Drogen eine Gruppe von bewusstseinsverändernden Stoffen dar, welche die Funktionen des menschlichen Organismus direkt beeinflussen. Diese Veränderungen können jedoch nicht nur durch illegale Drogen verursacht werden, sondern auch durch legale Konsummittel wie Tabak, Alkohol oder verschreibungspflichtige Schmerzmittel.

Der Schwerpunkt dieser Abschlussarbeit liegt auf Crack und Heroin, da Aussiedler mit diesen Substanzen am häufigsten in Kontakt kommen. Heroin und Crack werden im Nachfolgenden sowohl als Rauschmittels als auch Drogen bezeichnet.

² Peer-Group: Eine Gruppe Gleichaltriger und Gleichgesinnter, die ähnliche Interessen haben oder sich in vergleichbaren Lebenslagen befinden. Insbesondere ältere Kinder und Jugendliche orientieren sich eher an Peers als an Erwachsenen. Diese sind damit eine zentrale Sozialisationsinstanz im Sinne der Selbsterziehung (vgl: Ehrhadt, S. 637).

Bei beiden Mitteln handelt es sich um Produkte, welche nicht auf legalem Wege (dem anerkannten Wirtschaftsmarkt) zu erhalten sind. Der Handel mit diesen Rauschmitteln und auch ihr Besitz ist verboten und wird mit Geld- oder Haftstrafen geahndet (§ 29 Abs. 1 Nr. 1 Betäubungsmittelgesetz [BtMG]³). Sowohl Crack als auch Heroin werden als nicht frei käufliche und gesundheitsschädliche Stoffe in der Anlage I des BtMG⁴ geführt. Auf diese Weise unterscheiden sich legale und illegale berauschende Substanzen. Ein weiterer Unterschied ist die gesellschaftliche Anerkennung der Substanzen und ihrer Konsumenten. Während der Konsum von Tabak eine Alltäglichkeit geworden ist und Wein zu einem Restaurantbesuch dazugehört, trifft diese Anerkennung nicht auf den Konsum von Heroin und Crack zu.

Menschen, die ihr Leben um den Konsum eines Rauschmittels aufbauen, rutschen teilweise an den Rand der Gesellschaft. Innerhalb des Drogenkonsums werden jedoch ebenfalls Unterschiede gemacht. So gibt es einen Konsum, der nur den Konsumenten schädigt (z.B. verstärkter Genuss von Alkohol). Konsum von illegalen Drogen steht oftmals mit Beschaffungskriminalität⁵ in Verbindung.

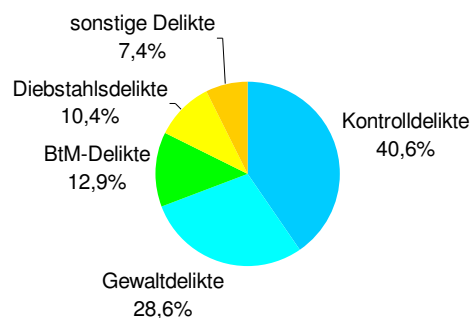


Abb. 1: Polizeiliches Lagebild zur Kriminalität von Deutschen mit dem Migrationshintergrund „Aussiedler“, Müller 2006, S. 39

³ § 29 Abs. 1 Nr. 1 BtMG: Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe wird bestraft, wer Betäubungsmittel unerlaubt anbaut, herstellt, mit ihnen Handel treibt, sie, ohne Handel zu treiben, einführt, ausführt, veräußert, abgibt, sonst in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft.

⁴Das BtMG Anlage I enthält eine Auflistung aller Betäubungsmittel, welche nicht verkehrsfähig, das heißt ihr Konsum ist nicht unbedenklich, sind. Die Anlage I ist in drei Spalten aufgeteilt. Spalte 1 führt Betäubungsmittel auf, für welche es einen geschützten Namen gibt. Spalte 2 nennt die Betäubungsmittel, die über keinen geschützten Namen verfügen. In Spalte 3 sind Mittel auffindbar, für die es gar keinen Namen gibt und für die somit nur chemische Bezeichnungen verwendet werden.

⁵ Es wird hierbei zwischen direkter und indirekter Beschaffungskriminalität unterschieden. Direkte Beschaffungskriminalität bedeutet, den Weiterverkauf von Drogen, um den eigenen Konsum zu finanzieren. Indirekte Beschaffungskriminalität umfasst: Ladendiebstahl, Hehlerei, Diebstähle „in besonders schweren Fällen“ (z.B. Aufbruch von Autos, um das Autoradio zu stehlen, Fahrraddiebstahl), Wohnungseinbrüche, Betrugsdelikte, Prostitution (weit verbreitet unter Frauen), Zuhälterei (kommt jedoch seltener vor) ebenso wie Gewaltdelikte. Sie kommen am häufigsten vor. Männer und Frauen tragen Waffen unterschiedlichster Art bei sich.

Die Verbindung zur Kriminalität ist in Bezug auf den Konsum von Crack und Heroin von vornherein schon vorhanden, da hier der Besitz bereits als Straftat gewertet werden kann. Die oben abgebildete Grafik bezieht sich lediglich auf eine Zielgruppe der vorliegenden Arbeit, Deutsche mit dem Migrationshintergrund „Aussiedler“ (vgl.: Müller, S. 39), jedoch kann sie für beide Zielgruppen sprechen. In ihr lässt sich ablesen, mit welcher Form der Kriminalität es drogengebrauchende Menschen zu tun haben. Die häufigste Form ist in diesem Fall das Kontrolldelikt (40,6 %). Es handelt sich dabei um Ladendiebstähle, welche durch Taschenkontrollen aufgedeckt und zu Anzeige gebracht wurden (vgl.: Müller, S. 38). Drogenkonsum geht oftmals mit kriminellen Verhalten einher und sorgt somit dafür, dass Drogenabhängige sich immer mehr am gesellschaftlichen Rand einfinden.

2.1 Crack

Um Crack zu gewinnen wird reines Kokainpulver mit Backpulver und einer Flüssigkeit (Alkohol, Ammoniak oder Wasser) aufgeköcht. Das daraus entstehende gelblich-klumpige Produkt gibt Crack auch einen seiner Handelsnamen, Stein.

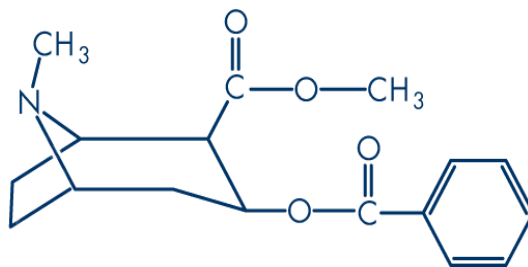


Abb. 2: www.emcdda.europa.eu, 2012;
Strukturformel Kokainhydrochlorid (Wirkstoff Crack)

Der Name „Crack“ entstand aufgrund des knackenden Geräusches, welches beim Rauchen der kleinen chemischen Basen-Steinchen zu hören ist. Geraucht wird diese Droge mit einer Crackpfeife. Diese ist nicht vergleichbar mit der regulären Tabakpfeife. Vielmehr handelt es sich bei ihr um eine kleine Pfeife aus Metall, in deren Pfeifenkopf ein Metallgitter eingesetzt ist. Auf diesem Gitter wird der Stein direkt angezündet und der entstehende Rauch eingeatmet (vgl.: van Treeck, S. 144).

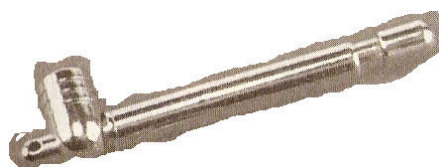


Abb. 3: Drogen- und Suchtlexikon, van Treeck 2004, S. 145

Crack setzt in den Nervenzellen des Körpers Botenstoffe mit stimmungsaufhellender Wirkung (z.B. Dopamin) frei und zögert deren körpereigenen Abbau hinaus. Auf diese Weise entsteht ein positives Gefühl, gekoppelt mit einer verstärkten Aufmerksamkeit, einem gesteigerten Bewegungsbedarf, sowie einem reduzierten Bedürfnis nach Schlaf und Nahrungsaufnahme.

Auch wenn die letzten beiden Punkte von den Konsumenten als positiv wahrgenommen werden, so gehören sie doch zu den negativen Begleiterscheinungen des Crack-Konsums. Denn dem Körper werden keine Erholungsphasen gegönnt. Ebenso wird er nicht ausreichend mit Vitaminen und Nährstoffen versorgt, so dass er zu geschwächt ist. Er kann den Belastungen (Entzugserscheinungen, Suchtdruck, körperliche Erkrankungen), die mit Drogen in Verbindung stehen, auf Dauer nicht stand halten. Es ist nicht ungewöhnlich, dass Crack-Raucher 24 Stunden und mehr wach sind und sie die Erschöpfung erst dann bemerken, wenn der Körper keine aufputschenden Drogen mehr bekommt. Als weitere negative Begleiterscheinung können Bluthochdruck, Schäden der Lunge und Depressionen auftreten. Gerade Depressionen sind nicht ungewöhnlich für Drogenkonsumenten. Das Leben wurde langsam um die Droge herum aufgebaut, anderes wurde dadurch verdrängt. Fällt der Drogenkonsum nun plötzlich weg, so fühlen sich Süchtige gelangweilt und wissen nicht mehr, wie sie ihre Zeit gestalten können. Zusätzlich dringt jetzt auch noch die Realität zu ihnen durch, welche für sie selten leicht zu ertragen ist. Auf eine nähere Entstehung von Depressionen werde ich in dieser Ausarbeitung jedoch verzichten, da die Arbeit einen anderen Schwerpunkt hat.

Der Wirkstoff Kokainhydrochlorid wirkt für ca. 10 bis 15 Minuten direkt im Gehirn. Die schlagartig nachlassende Wirkung sorgt bei Konsumenten für eine sofortige Ernüchterung. Daher sind Crack-Konsumenten darauf aus, so schnell wie möglich eine weitere Pfeife zu rauchen. Die sofortige und scheinbar positive Wirkung des Cracks sorgt sehr schnell für eine psychische Abhängigkeit. Es beginnt ein Leben, welches sich um die Droge herum gestaltet. Die Gedanken des Konsumenten drehen sich dabei nur noch um die Beschaffung der nächsten Steine. Ausführliche Zahlen über den Crackkonsum einheimischer Deutscher und (Spät-) Aussiedler in Deutschland konnte ich für die Verfassung dieser Arbeit nicht in Erfahrung bringen.

Jedoch belegt der aktuelle Drogen- und Suchtbericht 2011, dass der Crackkonsum im Jahr 2010 im Vergleich zum Vorjahr um 10,6 % angestiegen ist. Hierbei werden jedoch nur Erstkonsumenten berücksichtigt, die polizeilich registriert sind (vgl.: Drogen- und Suchtbericht 2011, S. 59).

Ebenso wie Heroin kann Crack auch intravenös konsumiert (i.v.-Konsum) werden. Es besteht hier jedoch das Risiko einer Venenverstopfung, da ein Crackstein aus kleinen Kristallen besteht, die zu Venenverstopfungen führen können.

2.2 Heroin

Heroin ist ein Opioid, welches im medizinischen Bereich die Bezeichnung Diacetylmorphin trägt. Sein Hauptbestandteil ist das Morphin. Morphin ist ein kristallines Pulver und als Wirkstoff von Opium bekannt, welches wiederum aus Schlafmohn gewonnen wird (vgl.: van Treeck, S. 285).

Mit der Entdeckung des Morphins und seiner schmerzdämpfenden Wirkung wuchs das Interesse der Pharmaindustrie an dem natürlichen Stoff. So begann im Jahr 1827 die Firma Merck mit der Massenproduktion des Schmerzmittels. 1898 wurde entdeckt, dass Morphin in Verbindung mit Essigsäure noch wirksamer in seiner dämpfenden Wirkung ist. Auf diese Weise bildete sich Heroin, welches in großer Menge durch den Pharma-Konzern Bayer hergestellt wurde (vgl.: van Teeck, S. 285).

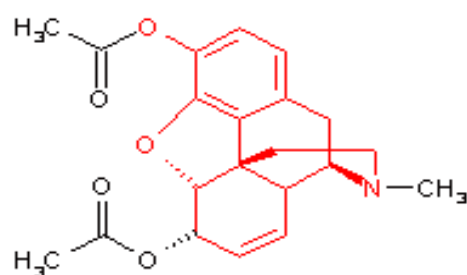


Abb. 4: www.opiodforum.com, 2011;
Strukturformel Diacetylmorphin (Wirkstoff Heroin)

Heroin verfügt über die Fähigkeit eine schnelle körperliche und psychische Abhängigkeit hervorzurufen. Bei dem auf der Straße erwerbbaaren Heroin (sogenanntes „Straßen-Heroin“ oder auch „Shore“ genannt) handelt es sich um das chemische Produkt Diacetylmorphin-Base. Sie hat einen niedrigen Schmelzpunkt

und eignet sich daher sowohl für den i.v.-Konsum als auch zum Rauchen. Um Heroin rauchen zu können, wird das Pulver auf einem Stück Aluminiumfolie erhitzt. Die entstehenden Dämpfe werden mithilfe eines Röhrchens eingeatmet. Neben diesen beiden Konsumarten kann Heroin jedoch auch nasal gebraucht werden. Die Herleitung eines anderen Aggregatzustandes des Heroins ist hierfür nicht notwendig.

Die längste Wirkung erfolgt über den i.v.-Konsum. Hierfür wird Heroin mit Zitronensäure und destilliertem Wasser aufgelöst und auf einem Löffel erhitzt. Diese Lösung wird mit einer Spritze aufgezogen, wobei ein unbenutzter Zigarettenfilter vorhandene Unreinheiten aus der Flüssigkeit zurückhält, und in die Vene injiziert. Wichtig ist hier, dass eine Vene gewählt wird und keine Arterie, da Venen das Heroin direkt zum Herzen führen und es dort mit einer größeren Menge Blut verdünnt wird. Während die Wirkung des gerauchten oder geschnieften Heroins erst später eintritt und dafür längere Zeit bestehen bleibt, tritt sie bei i.v.-Konsum schlagartig ein und verbleibt für ca. ein bis zwei Stunden auf ihrem Höhepunkt. Insgesamt kann es bei dieser Konsumart zu einer Wirkungsdauer von bis zu fünf Stunden kommen (vgl: van Treeck, S. 288).

Heroin setzt sich an die Opiatrezeptoren⁶ des Gehirns und wirkt dort in erster Linie schmerzlindernd und beruhigend. Störende Außengeräusche werden ausgeschlossen und bei den Drogenkonsumenten entsteht ein angenehm warmes Gefühl. Aufgrund dessen wird es gern genutzt, um die Wirkung von aufputschenden Drogen aufzuheben. Eine geringe Dosis Heroin kann jedoch auch belebend und angstreduzierend wirken. Auch diese Droge führt dazu, beim Konsumenten zuerst eine schnelle psychische Abhängigkeit auszulösen. Die körperliche Abhängigkeit entwickelt sich im Nachhinein. Es kommt zu zahlreichen Schädigungen des Körpers. Rund um die Einstichstellen können sich bei mangelnder Sauberkeit schmerzhaft Abszesse (vereiterte Entzündungen) bilden.

Über gemeinsam genutztes Spritzbesteck können infektiöse Krankheiten (Hepatitis B, HIV) übertragen werden.

⁶ Opiatrezeptoren: Hierbei handelt es sich um die Andockstellen für die körpereigenen Endorphine, umgangssprachlich Glückshormone genannt. Besonders viele dieser Rezeptoren sitzen im Gehirn und im Rückenmark. Auf diese Weise wird durch ihre Besetzung mit Diacetylmorphin die Schmerzweiterleitung, das Gedächtnis sowie das Nahrungsbedürfnis und die Kampf- und Fluchtreaktion beeinflusst (vgl.: Fakten zu Heroin, S. 1).

Bezugnehmend auf drogengebrauchende Aussiedler teilte Dietmar Czycholl mit, dass es Ende des 20. Jahrhunderts ca. 20.000 - 40.000 Heroinkonsumenten unter den Aussiedlern in Deutschland gab (vgl.: Czycholl, S. 12). Seitdem ist ein stetiger Wachstum dieser Zielgruppe zu erkennen. Der aktuelle Drogen- und Suchtbericht des Jahres 2011 zeigt allerdings eine rückgängige Zahl der registrierten Erstauffälligkeiten im Jahr 2010 auf. Demnach ist die Zahl im Vergleich zum Vorjahr um 10,9 % zurückgegangen. (vgl.: Drogen- und Suchtbericht 2011, S. 59) Leider ist auch hier wieder zu erwähnen, dass der Bericht keine Unterschiede innerhalb der Konsumentenherkunft macht und eine genau Ausdifferenzierung daher nicht möglich war.

Abschließend ist zu erwähnen, dass Aussiedler Heroin als ihre Einstiegsdroge bezeichnen. Ihr recht schneller i.v.-Konsum beginnt oftmals erst in Deutschland und wird hier exzessiv betrieben (vgl.: Osterloh, S. 49).

„Int.: Welche Drogen hast Du genommen?“

I.: Heroin, sonst ich hab` sofort Heroin probiert. Kein Cannabis oder so was.“

(zit.: Interview mit Igor, S. 2 Zeile 40-41)

Durch eine rasche körperliche Toleranzentwicklung und einer damit zusammenhängenden reduzierten Wirkweise dieser Droge, gehen die Konsumenten bald zu Mischkonsum von Heroin/Kokain oder Crack über. Auch Ersatzdrogen, wie beispielsweise Methadon, werden in Zeiten der schlechten Drogenverfügbarkeit konsumiert (vgl.: Osterloh, S. 50).

Aussiedler sind mit Alkohol in ihrem Umfeld aufgewachsen und sehen in seinem Konsum nur recht selten ein Suchtpotenzial. Aufgrund dessen kommt es bei Gesprächen in Therapieeinrichtungen oft zu Nachfragen, ob Alkohol erwähnenswert für den Suchtverlauf ist.

„Int.: Wann hast Du mit Drogen angefangen?“

E.: Also kommt darauf an, was man unter Drogen versteht. Mit Alkohol und Zigaretten?“

(zit.: Interview mit Elena, S. 2 Zeile 38-39)

3. Die Identitätsentwicklung nach Erik H. Erikson

Der Psychoanalytiker Erik H. Erikson entwickelte eine Identitätsentwicklungstheorie, welche sich am Phasenmodell Sigmund Freuds orientierte. An Hand dieses Modells unterteilte Erikson das Leben eines Menschen in acht Entwicklungsphasen (vgl.: Tillmann, S. 209). Jede Entwicklungsphase überschrieb er mit einem Gegenwort-Paar, um zu veranschaulichen in welche Richtung die jeweilige Phase abgeschlossen werden kann (vgl.: Tillmann, S. 210). Um den Abschluss einer Phase zu erreichen, muss das Individuum Krisen bewältigen. An dieser Stelle muss festgehalten werden, dass Krise in diesem Fall nicht gleichbedeutend mit einer Katastrophe ist (Erikson 1970, zit. nach Tillmann 2007, S. 210). Unter Krise versteht Erikson viel mehr alltägliche zwischenmenschliche Situationen, in denen der Mensch sich bewähren muss. Auf diese Weise findet die Entwicklung einer Identität statt (vgl.: Tillmann, S. 210).

Jede Phase basiert auf dem Abschluss der vorangegangenen Phasen. Da jeder Mensch seine Krisen unterschiedlich löst, entstehen unterschiedliche Individuen. Mit der Bewältigung der jeweiligen Krisen erlernt das Subjekt verschiedene Lösungsverhalten, die es zukünftig bei vergleichbaren Problemen anwenden wird.

3.1 Eriksons Sicht auf die Entwicklung der Ich-Identität

Ich entschied mich im Rahmen dieser Arbeit für Eriksons Identitätsentwicklungstheorie, da ihr Schwerpunkt auf der Identitätsbildung in der Adoleszenzphase (Pubertätsphase) liegt. In dieser Phase hat die Peer-Group einen großen Einfluss auf das Individuum, was sich durch die geführten Interviews bestätigte. Alle interviewten Patienten begannen ihren Drogenkonsum im Rahmen der Peer-Group und befanden sich anfänglich noch in der Adoleszenzphase oder konnten diese nicht erfolgreich abschließen. Misst man den erfolgreichen Abschluss dieser Phase an der Loslösung von der Herkunftsfamilie, so kann dieser bei drogenkonsumierenden jugendlichen Aussiedlern nicht vorgewiesen werden. Aufgrund der Migration nach Deutschland wurde die Familie wieder zu dem einzigen vertrauten Bezugspunkt. Die Abnabelung wurde unterbrochen und verzögerte die Selbständigkeit (vgl.: Czycholl, S. 11).

	1	2	3	4	5	6	7	8
I Säuglingsalter	Urvertrauen gg. Misstrauen				Unipolarität gg. vorzeitige Selbstdifferenzierung			
II Kleinkindalter		Autonomie gg. Scham und Zweifel			Bipolarität gg. Autismus			
III Spielalter			Initiative gg. Schuldgefühl		Spiel-Identifikation gg. (ödpale) Phantasie- Identitäten			
IV Schulalter				Wertsinn gg. Minderwertigkeitsgefühl	Arbeitsidentifikation gg. Identitätssperre			
V Adoleszenz	Zeitperspektive gg. Zeitdiffusion	Selbstgewissheit gg. peinliche Identitätsbewusstheit	Experimentieren mit Rollen gg. negative Identitätswahl	Zutrauen zur eigenen Leistung gg. Arbeitslähmung	Identität gg. Identitätsdiffusion	Sexuelle Identität gg. Bisexuelle Diffusion	Führungspolarisierung gg. Autoritätsdiffusion	Ideologische Polarisierung gg. Diffusion der Ideale
VI Frühes Erwachsenenalter					Solidarität gg. soziale Isolierung	Intimität gg. Isolierung		
VII Erwachsenenalter							Generativität gg. Selbst-Absorption	
VIII Reifes Erwachsenenalter								Integrität gg. Lebens-Ekel

Abb. 5: Sozialisierungstheorien, Tillmann 2007, S. 211

Für jeden Menschen beginnt mit Eintritt in Phase V (Adoleszenz) ein komplett neuer Lebensabschnitt. Es beginnt die Überarbeitung der Ich-Identität (vgl.: Tillmann, S. 212). Bis dahin haben die Jugendlichen bereits vier Entwicklungsphasen abgeschlossen und aus den hervorgegangenen Krisenlösungen ihre bisherigen Persönlichkeiten gebildet (vgl.: Tillmann, S. 212 f.).

Aktuell liegt das Augenmerk auf der Adoleszenzphase, welche auf der Schulalterphase aufbaut. In der Schulalterphase geht es Kindern um die Anerkennung vonseiten der Erwachsenen. Sie lernen, dass sie Aufmerksamkeit bekommen, wenn sie erfolgreich unterschiedliche Themen erarbeiten. Anerkennung ist in dieser Phase so wichtig, dass auftretende Misserfolge zu Minderwertigkeitsgefühlen und Unsicherheiten führen können (vgl.: Tillmann, S. 213). Für eine positive Weiterentwicklung gilt es somit dem kurzfristig gescheiterten Kind zu vermitteln, dass auftretende Misserfolge kein Grund für Selbstzweifel sind, sondern das auch aus ihnen entwicklungsfördernde Schlüsse gezogen werden können. Diese elterliche Unterstützung kann jedoch nur dann geboten werden, wenn sie von den Eltern selbst gelebt wird. Dies bedeutet, dass ein Kind in seinen Eltern Menschen sieht, die sich durch nichts entmutigen lassen. Im Rahmen dieser Arbeit kann sich dies besonders auf Sprachbarrieren, Arbeits- und Wohnungsproblematiken

beziehen. An dem Umgang mit Problemen in der Familie orientiert sich der heranwachsende junge Mensch. Die Pubertätsphase ist aufgrund dessen so wichtig, weil der junge Mensch in diesem Zeitraum alle bisherigen kindheitlichen Erfahrungen überdenkt. Auch die bisher erworbenen Werte werden in Frage gestellt. Dabei kann es sein, dass er den ein oder anderen Wert nicht mehr akzeptiert und durch einen neuen ersetzt. In dieser Phase der Bildung einer neuen Ich-Identität besteht das Risiko einer Identitätsdiffusion. Diese Identitätsdiffusion sorgt dabei für eine un stabile Identität (vgl.: Tillmann, S. 214). Die Peer-Group und die Orientierung an den Medien helfen dem Heranwachsenden sich gegen das Zerfließen seiner Identität zu schützen (vgl.: Tillmann, S. 214). Besonders in der Peer-Group umgibt sich ein Heranwachsender mit Menschen, die vertraute und akzeptierte Identitätsbestandteile inne haben. Die Medien liefern ihm Vorbilder, an welchen er sich orientiert. Sollte der Heranwachsende seine Identitätsbestandteile einmal aus den Augen verlieren, so kann er sie mithilfe der verfügbaren Peer-Group und der Medienpräsenz seines Ideals wiederfinden. Für Aussiedler ist die Peer-Group wichtig, da sie hier auf Menschen treffen, die ihre aktuelle Situation sehr gut nachvollziehen können. Eine Peer-Group bringt dem Neuankömmling Verständnis entgegen und hilft ihm mit der Situation besser zurecht zu kommen.

Die Gesamtheit der Veränderungen stürzen den Heranwachsenden vorübergehend in eine Identitätskrise, die nur ein Ziel hat: Auch hier einen positiven Abschluss herbeizuführen. Um diesen zu erreichen genehmigt es die Umwelt dem Heranwachsenden verschiedene Rollen, Leitbilder und Verhaltensweisen auszuprobieren. Er soll auf diese Weise testen, welche Rolle zu ihm passt. Jedoch wird von ihm am Ende erwartet, dass er sich entscheidet und somit seine Position und Rolle in der Gesellschaft gefunden und akzeptiert hat (vgl.: Tillmann, S. 214).

Die großen Anforderungen an den Heranwachsenden und dessen Sorge über seinen Identitätsverlust, kann einen jungen Menschen überfordern. Als Reaktion auf diese nicht immer bewussten Problematiken eines Jugendlichen sind Rebellion und abweichendes Verhalten erwähnenswert (vgl.: Tillmann, S. 215). Im Bezug auf diese Abschlussarbeit sind Rebellion und abweichendes Verhalten gleichzusetzen mit Flucht in den Drogenkonsum und Beschaffungskriminalität (vgl.: Czycholl S. 11).

An Hand dieser Sozialisationstheorie möchte ich nun das Leben und die auftretenden Problembereiche eines Russlanddeutschen näher betrachten.

3.2 Sozialisation in Aussiedlerfamilien

„Ferne Welt ich komme,
ich kann Deine Himmel seh`n,
ich hab` so oft davon geträumt, an Deinen Ufern zu steh`n. “
(zit.: Unheilig, Titel: „Fernweh“)

Größtenteils stammen Aussiedlerfamilien aus Russland und Kasachstan (vgl.: Schürmann, S. 10). Dementsprechend bilden diese zwei Länder den Arbeitsschwerpunkt (vgl.: Müller, S. 17).

Land	Anzahl	Anteil
ehemalige Sowjetunion	36.401	54,3%
Kasachstan	15.117	22,6%
Russland	14.943	22,3%
sonstige Länder der ehem. SU	6.341	9,5%
Polen	28.880	43,1%
Sonstige Länder	1.745	2,6%
Rumänien	962	1,4%
Ungarn	327	0,5%
Bulgarien	259	0,4%
Tschechische Republik	145	0,2%
Slowakei	52	0,1%
Netto-Anzahl der Aussiedler	67.026	100,0%
ehemaliges Jugoslawien	6.371	
China	851	
Albanien	211	
Brutto-Anzahl	74.459	

Abb. 6: Polizeiliches Lagebild zur Kriminalität von Deutschen mit dem Migrationshintergrund „Aussiedler“, Müller 2006, S. 17

Zwischen der russischen Hauptstadt Moskau und der Freien- und Hansestadt Hamburg liegen lediglich 1780 km. Diese Kilometer reichen aus, um zwei völlig andere Welten aufzubauen und Menschen vollkommen unterschiedlich zu sozialisieren.

3.3 Die Verbundenheit zu Deutschland

Innerhalb der Aussiedlerfamilien bleibt die Verbundenheit mit Deutschland oftmals nur durch die Sprache oder bereits in Deutschland lebende Familienmitglieder bzw. Bekannte bestehen. Auf diese Weise stellt der enge Kontakt innerhalb der Familie auch eine Verbindung mit Deutschland dar (vgl.: Schnepf, S. 85) dar. Die deutsche Sprache wird allerdings von Generation zu Generation immer weniger gesprochen. Oftmals sind nur noch die Großeltern der deutschen Sprache mächtig. Die in Russland geborenen Enkel wachsen russischsprachig auf und lernen kaum noch Deutsch (vgl.: Dietz, Dritten Bayerischen Forum zur Suchtprävention).

3.4 Darstellung der Erziehung und Struktur innerhalb russlanddeutscher Familien

Ein grundlegender Unterschied zwischen dem Aufwachsen in der ehemaligen Sowjetunion und dem Aufwachsen in Deutschland liegt im angewendeten Erziehungsstil. In Russland und Kasachstan werden Kinder eher autoritär erzogen und bleiben der Familie verbunden. Die autoritäre Erziehung zeichnet sich dabei unter anderem durch ein klares Hierarchiebild aus. Demnach ist der Mann das Familienoberhaupt, welches die finanzielle Verantwortung für die Familie trägt. Die Mutter hat in diesem Rahmen die traditionelle Rolle der häuslichen Versorgerin. Sie trägt die Verantwortung für die Kinder und steht in der Hierarchie direkt hinter dem Vater (vgl.: Dietz, Dritten Bayerischen Forum zur Suchtprävention). Danach folgen die Kinder, nach Alter und Geschlecht geordnet. Jungen orientieren sich dabei am Vater, Mädchen orientieren sich an der Mutter.

Grundsätzlich sind Aussiedlerfamilien recht groß und begrenzen sich nicht nur auf den engen Kern Vater, Mutter und Kinder. Zur Familie werden sowohl die Großeltern als auch die elterlichen Geschwister und deren Kinder gezählt. In Russland ist es üblich, dass drei Generationen zusammenleben und dabei gegenseitig füreinander sorgen (vgl.: Schnepf, S. 79 ff.). Hierbei fühlen sich die Jüngeren dazu verpflichtet, die Älteren zu unterstützen, denn diese waren immer für sie da (vgl.: Schnepf, S. 89 ff.). Sollte es dazu kommen, dass eine Position in der Familienhierarchie frei wird, so muss diese Position umgehend von dem nachfolgenden Anwärter besetzt werden, um das Familienkonstrukt aufrechtzuerhalten. Je nach dem, um welche Position es sich hierbei handelt, kommt eine Menge Verantwortung auf den

Nachfolger zu (vgl.: Osterloh, S. 47; Schnepf S. 105). Bereits vorhandene oder aus dieser Verantwortung resultierende Überforderungen und Probleme werden üblicherweise nur innerhalb der Familie besprochen (vgl.: Fischer et al., S. 171).

„(...)In der russischen Kultur ist es eher, was im Haus gesprochen wird, darf nicht raus. (...)“

(zit.: Interview Therapeutinnen, S. 3, Zeile 94-95)

„(...) Die Familie wird geschützt, aber sie schützt auch sehr weitgehend und unterstützt sehr weitreichend. (...)“

(zit.: Interview Therapeutinnen, S. 5, Zeile 148-149)

Kommt es zu einer abweichenden Kompensationsmethode von Problemen, wie beispielsweise Drogenabhängigkeit, so wird über diese lange Stillschweigen bewahrt. Schweigen gegenüber Außenstehenden bedeutet jedoch nicht, dass nichts unternommen wird, um die Abhängigkeit zu beenden. In entstehenden Kontakten zu Beratungsstellen verhalten sich suchtkranke Aussiedler anfänglich recht verschlossen. Sie erkennen den Grund noch nicht, warum sie einer vermeintlich staatlichen Institution, von ihren Problemen erzählen sollen (vgl.: Czycholl, S. 15). Bevor es zu dem Kontakt mit der Beratungsstelle kommt, geht die Familien allerdings sehr weit, um das betroffene Familienmitglied allein von der Sucht zu befreien. Hierbei ist das Augenmerk auf die Mütter zu legen. Als Familienverantwortliche gehen sie bis an ihre Grenzen und lassen keine Chance ungenutzt (vgl.: Osterloh, S. 52). Speziell der Gründung einer eigenen Familie, der damit einhergehenden Verantwortung und dem Erhalt eines geregelten Arbeitseinkommens geben sie dabei ein besonderes Gewicht. In der Erreichung dieser zwei Punkte sehen auch die russischsprachigen Konsumenten selbst die Lösung ihrer Problematik.

„Int.: Und wie stellst Du Dir Deine weitere Zukunft in der Adaption vor?“

I.: Ja, stell ich meine Zukunft da in Adaption? Ja, da muss man Wohnung gute und Arbeit. Schnell wie möglich in diese Firma und deswegen gehen wir. (...)“

(zit.: Interview Igor, S. 5, Zeile 154-156)

„Int.: Ja. Wenn Du drei Wünsche frei hättest, was würdest Du Dir wünschen?

E.: Besserer Kontakt zu meinen Eltern, Drogenfreies Leben, meine eigene Familie. Das ich meine eigene Familie haben kann.“

(zit.: Interview Elena, S. 6, Zeile 187-189)

Erst wenn die Herkunftsfamilie, der Aufbau einer eigenen Familie sowie eine berufliche Tätigkeit den Drogenkonsum nicht beenden können, wird das Hilfesystem in Anspruch genommen. Dazu kommt es oftmals erst in Deutschland, was zum einen daran liegt, dass der Drogenkonsum auch erst nach der Migration begonnen hat. Zum anderen liegt es aber auch daran, dass es in Russland und Kasachstan kaum ein Hilfesystem gibt (vgl.: Osterloh, S. 51).

Die Freizeitgestaltung eines Jugendlichen in Russland oder Kasachstan unterscheidet sich recht stark von der Freizeitgestaltung eines einheimischen Deutschen. Sie verbringen ihre Zeit mit ihren Freunden an öffentlichen Plätzen, da es Einrichtungen wie Jugendzentren kaum gibt. An diesen Plätzen werden sie geduldet und auch ihr Verhalten wird hingenommen. Bezüglich des Verhaltens geht es unter anderem um lautstarke Streitgespräche, die auch in Handgreiflichkeiten übergehen können. Solche Streitigkeiten sind allerdings recht schnell beendet und schaden der Freundschaft nicht. Die meisten Jugendlichen kommen im Pubertätsalter mit ihren Familien nach Deutschland und bringen das oben genannte vertraute Verhalten im Freundeskreis mit. Hier trifft dieses Verhalten leider nicht auf die bekannte Akzeptanz, sondern wird von Mitbürgern als Störung empfunden (vgl.: Srur, S. 24).

Um die vorab erwähnte Identitätsdiffusion nicht ausufern zu lassen und sich ein Stück heimisch zu fühlen, begeben sich die Jugendlichen in Peer-Groups, die ihnen vertraut erscheinen. Die Peer-Group hilft ihnen, ihre Identitätsbestandteile zusammenzuhalten und die Krisen der Pubertätszeit zu bewältigen. Leider ist es auch oftmals die aufnehmende Peer-Group, die Neuankömmlingen den ersten Drogenkontakt ermöglicht (vgl.: Czycholl, S. 14). Auch wenn in ihren Ausweisen nun die deutsche Staatsbürgerschaft eingetragen ist, so werden Aussiedlerjugendliche von einheimischen Deutschen als Russen bezeichnet und angesehen. Dies liegt unter anderem an ihren mangelnden deutschen Sprachkenntnissen (vgl.: Dietz,

Dritten Bayerischen Forum zur Suchtprävention). Sie führen auch dazu, dass sich die zurückgekehrten Deutschen von der Mehrheitsgesellschaft distanzieren und eher unter sich bleiben. Diese Distanzierung wird dabei sowohl vonseiten der Mehrheitsgesellschaft als auch vonseiten der Zurückkehrer beobachtet.

„I.: Ja, das ist auch so ein Thema. Müssen das auch, langsam...nicht lange, aber das ist schon richtig, das Deutsche bei ist...alles. Aber nicht auf Russisch, müssen lernen uns zu integrieren. Weil auch die ganze Zeit, wir ziehen uns sonst zurück, draußen, auch im Knast, überall. Und wir sind unter uns.(...)“

(zit. Interview Igor: S. 5, Zeile: 133-136)

„(...)Man merkt halt, dass die viel zusammen halten und ich denke, es wird schon anders, wenn dann weiß ich nicht, vielleicht zwölf Russen sind und zwei Deutsche. Ich glaub, die bleiben dann jeder so für sich ne.(...)“

(zit. Interview Rebecca: S. 6, Zeile: 164-167)

Diese Ausschnitte beschreiben jetzt Abgrenzungen in den Institutionen Krankenhaus und Haftanstalt; es gibt diese Abgrenzungen jedoch auch in der Öffentlichkeit selbst. Grund hierfür ist erneut der extrem starke Familienzusammenhalt. Er sorgt dafür, dass aus Russland oder Kasachstan nachziehende Familien sich Städte aussuchen, in denen bereits Verwandte oder Bekannte wohnen. Es entstehen daraufhin Gebiete mit einem hohen Anteil an russischsprachigen Bewohnern. Der Vorteil darin ist jedoch, dass bereits bei der Ankunft in Deutschland erste Kontakte vorhanden sind (vgl.: Schnepf, S. 80ff.).

Bevor die Jugendlichen mit ihren Familien das Herkunftsland verließen, begann bei ihnen mit der Pubertät der Ablösungsprozess von den Eltern.

„(...)Int.: Und wie lang lebst Du bereits in Deutschland?

E.: Ähm....im Jahr `97.

Int.: Also, 14 Jahre. Wie alt bist Du?

E.: 27.(...)“

(zit.: Interview mit Elena, S.1, Zeile 3-6)

Mit dem Umzug nach Deutschland wird der Ablösungsprozess aller noch im Elternhaus lebenden Jugendlichen vorübergehend unterbrochen. Dabei handelt es sich um eine andere Art der Ablösung als sie bei einheimischen deutschen Jugendlichen bekannt ist. Es geht in der russischen Erlangung von Selbständigkeit nicht darum, schnell von zu Hause auszuziehen und ein unabhängiges Leben zu führen. Der Schwerpunkt liegt bei Aussiedlern eher darin, ihr Leben soweit selbständig zu organisieren, dass sie ihren Eltern und Großeltern durch die Gründung einer eigenen Familie und dem Ausüben eines eigenen Berufs etwas zurückgeben können. Die Familie soll nun durch sie entlastet werden, denn immerhin hat sie sich jahrelang um den Nachwuchs gekümmert (vgl.: Schnepf, S. 89). Trotzdem gehört auch ein Auszug aus dem elterlichen Heim zur Selbständigkeit. Hier wird jedoch darauf geachtet, dass nicht alle Kinder wegziehen und die Eltern sich selbst überlassen werden. Das jüngste Kind, meist ist es der jüngste Sohn, lebt weiterhin bei den Eltern und wird dort mit seiner eigenen Familie ansässig (vgl.: Schnepf, S. 82 ff.).

Alle Familienmitglieder kommen in eine völlig neue Welt, in welcher sie sich erst zurechtfinden müssen. Hierbei sind sie auch auf die Hilfe der bereits in Deutschland lebenden Familienmitglieder oder Bekannten angewiesen. Die Gewohnheit und mangelnde deutsche Sprachkenntnisse führen zur Benutzung der russischen Sprache. Da die Familie für alle der Lebensmittelpunkt ist, gibt es keinen Anlass, sich in der neuen Umwelt nach Kontakten umzuschauen. Für Gespräche außerhalb der Familie wendet man sich an Menschen, welchen die aktuelle Situation bereits vertraut ist. Diese findet man entweder direkt in der Übergangseinrichtung oder in der näheren Umgebung. Der Austausch mit Erfahrungspartnern benötigt keine zeitlichen Koordinationen (vgl.: Schnepf S. 85).

Durch die ständige Anwesenheit der kompletten Familie kann es zu häufigen Konflikten kommen, die sich auf recht kleinem Wohnraum abspielen. Die bereits erwähnte Loslösung des Jugendlichen und die Herstellung eines eigenen Ichs wird auf diese Weise vorübergehend unterbrochen und kann bei ihm zu einer Krise führen (vgl.: Srur, S. 31). Laut Erikson gilt es, diese zu bewältigen und gestärkt aus ihr heraus zugehen (vgl.: Tillmann, S. 210).

Belastet mit dem Prozess der Loslösung und dem gleichzeitig wieder verstärkten Bezug auf die Eltern, müssen sich die Jugendlichen nun in einem neuen Land und einer neuen Gesellschaft zurecht finden. Umso empfänglicher sind sie für Vertrautes. Vertraut sind ihnen Menschen, die ihre Sprache sprechen und die vergleichbare Erlebnisse und Probleme beschreiben können. Es bildet sich eine Peer-Group, die jedem Mitglied Verständnis und ein Zugehörigkeitsgefühl entgegenbringt. Ungünstigerweise ist es auch diese Gruppe, die dem Einzelnen die Drogen näher bringt. Dabei werden die negativen Aspekte des Drogenkonsums ausgeblendet. Das Augenmerk liegt auf den vorläufigen positiven Aspekten. Mit dem Handel von Drogen kann das große Geld verdient werden und auch der Eigenkonsum äußert sich nicht sofort negativ (vgl.: Czycholl S. 14). Der Pull- und Push-Faktor viel Geld in Deutschland zu verdienen, scheint sich für die Jugendlichen vorerst zu erfüllen.

Neben dem Konsum von illegalen Rauschmitteln wird innerhalb der Peer-Group auch Alkohol getrunken. Alkoholkonsum gilt sowohl in der Peer-Group als auch in der Familie als eine Normalität und wird innerhalb der russischen Gesellschaft akzeptiert (vgl.: Schürmann, S. 62). Bier zählt dabei nicht als Alkohol (vgl.: Henze-Iber, S. 33). Der Alkoholkonsum dient ebenfalls als Bewältigungsstrategie für Probleme. Die Erkenntnis, dass sich hier eine Suchterkrankung ausbilden kann, benötigt viel Zeit.

Innerhalb der Familie und des Freundeskreises finden Jugendliche Orientierungspunkte für ihre Entwicklung. Daher gibt es für sie keinen Grund, sich näher mit der Außenwelt auseinander zusetzen und auf die Mehrheitsbevölkerung zuzugehen. Die Aufrechterhaltung dieser Distanzierung wird jedoch auch durch die Mehrheitsgesellschaft unterstützt. Russlanddeutsche werden nur schwerlich als Deutsche anerkannt, was häufig an der russischen Sprache liegt. Für einheimische Deutsche sind Russlanddeutsche daher Ausländer und werden zum Teil als Migranten abgelehnt (vgl.: Srur, S. 31). Eine Abgrenzung von der Mehrheitsgesellschaft ist im Rahmen der Identitätsbildung allerdings auch als Schutzmechanismus und Mittel des Familienzusammenhaltes deutbar. Die Familie bleibt auch in dem neuen Land stets der Mittelpunkt eines jeden Familienmitglieds und muss vor eventuellen Bedrohungen von außen geschützt werden (vgl.: Schnepf, S. 108). Dieser Schutzinstinkt herrscht noch aus der Vergangenheit vor und wurde von Generation zu Generation weitergereicht.

3.5 Ankommen in Deutschland

Die Hoffnung, sich und den Kindern ein komfortableres Leben in Deutschland aufzubauen, wird aus Sicht der ausreisenden Familien als Push-Faktoren bezeichnet. Die Familienzusammenführung in Deutschland unterstützt die Migrations-Entscheidung und nennt sich Pull-Faktor (vgl.: Schürmann, S. 23).

Aufgrund dessen, dass die Rückkehrer oftmals bereits in Russland aufgewachsen sind und kaum etwas über Deutschland wissen, fehlt ihnen die Verbindung zu Deutschland und der einheimischen Bevölkerung. Lediglich die Kenntnis, dass ein Teil ihres Familienstammes aus Deutschland kommt, erinnert sie an ihre deutschen Wurzeln. Dieses Wissen erleichtert es ihnen jedoch nicht, innerhalb Deutschlands Fuß zu fassen. Oftmals sind Aussiedlerfamilien aus Sicht der Aufnahmegesellschaft Russen und werden somit als Migranten gesehen (vgl.: Strobl, Kühnel, S. 144). Hier kann sich nicht nur bei heranwachsenden Aussiedlern eine Sozialisationsproblematik entwickeln. Auch ältere Aussiedler, welche die Adoleszenzphase schon längst hinter sich gelassen haben, können noch einmal in eine schwere Krise stürzen. Es geht in diesem Fall darum, dass sich alle Rückkehrer in einer komplett anderen Welt zurecht finden müssen. Gewissermaßen müssen auch sie noch einmal durch eine Art Pubertät gehen. Für jugendliche Aussiedler ergibt sich hier die Problematik, dass sie bereits in ihrem Heimatland mit der Pubertät begonnen haben und nun prüfen müssen, ob die aktuellen Werte auch mit der hiesigen Welt kompatibel sind. Im gewissen Sinn stimmen gerade die Russlanddeutschen, die während ihrer Jugend nach Deutschland kamen und deren Integration aus unterschiedlichen Gründen nicht reibungslos verlief, dem Stigma ein Ausländer zu sein, zu (vgl.: Osterloh, S. 45). Sie sehen sich nicht als Deutsche und bezeichnen sich selbst als Russen.

„(...)Ja, fehlt jemand mit dem kann ich, wer ist da auch aufgewachsen in Russland und sonst. Und diese ganzen Russen, die hier aufgewachsen, die haben schon andere Mentalität als wir. Die versteh ich nicht, für mich die sind keine Russen, richtige. Und das die sprechen können, aber sonst. Ich kann auch bißchen deutsch reden, sprechen. Aber das heißt nicht, dass ich Deutscher bin, ja. (...)“

(zit.: Interview Igor, S. 4, Zeile 115-119)

Grundsätzlich ist es so, dass Aussiedler sehr selten allein nach Deutschland zurückkehren. Wenn sie es doch tun, so treffen sie in Deutschland auf bereits dort wohnhafte Familienmitglieder. Es kommt daher nie vor, dass sie ohne familiäre Kontakte ankommen. (vgl.: Schürmann, S. 23 ff.). Familiäre Kontakte sind in diesem Fall eine Starthilfe in dem neuen Land.

Nach ihrer Ankunft in Deutschland kommen die Familien oftmals in Übergangwohnheimen unter, in denen bereits Aussiedlerfamilien leben. Neuankömmlinge werden zügig in bestehende Gruppen aufgenommen und eine Orientierung Richtung Mehrheitsgesellschaft findet vorerst nicht statt (vgl.: Barth, S. 23). Von dort aus geht es für sie darum, Sozialleistungen zu beantragen und sich um einen festen Wohnsitz zu kümmern. Auch um Arbeitsplätze sollen sie sich in diesen ersten Tagen kümmern, um recht zügig zu finanzieller Unabhängigkeit zu gelangen (vgl.: Henz-Iber, S. 24). Diese finanzielle Unabhängigkeit ist auch den Vätern besonders wichtig, da sie bis jetzt die Familienversorger waren. Finden sie eine Anstellung, so ist diese meist unter ihrer ursprünglichen Qualifikation und somit schlechter bezahlt (vgl.: Srur et al., S. 27). Ist es dem Vater nicht möglich, sich der neuen Gesellschaft anzupassen, sieht er die Familieversorgung durch ihn in Gefahr und seine Weiterentwicklung wird behindert. Es kommt zu einer Krise, die der Familienversorger zu bewältigen hat. Bewältigt er sie erfolgreich, so bleibt er ein positives Vorbild für seine Nachkommen. Eine negative Bewältigung stellt sich als eine Entwicklungsstagnation dar, aus welcher sich der Vater befreien muss. Dies gestaltet sich in dem neuen Land mit den unbekanntenen Systemen als recht schwierig. Da die Familien anfänglich oft in recht kleinen Unterkünften leben, kann diese schwierige Zeit zu einer großen Belastung für alle Familienmitglieder werden. All diese Belastungen können dazuführen, dass auch Menschen ab dem Erwachsenenalter noch eine Suchterkrankung entwickeln können (vgl.: Barth, S. 23).

Die Herausforderung für jugendliche Ankömmlinge besteht darin, von Anfang an in der Schule erfolgreich zu sein. Da sie die neue Sprache erst erlernen müssen, werden sie oftmals ein Schuljahr zurückgestuft und an eine Hauptschule angebunden. Der Übergang auf einen angeseheneren Schulzweig fordert viel Engagement und Disziplin von ihnen. Dies aufzubringen, fällt ihnen aufgrund der vielschichtigen neuen Situation schwer und kann sich später auch auf ihre berufliche Qualifikation

auswirken (vgl.: Srur, S. 25 ff). Findet die Migration für die jüngsten Familienmitglieder vor deren Pubertät statt, so kann sich der Jugendliche durchaus positiv entwickeln und eine Grundlage schaffen (vgl.: Czycholl, S. 11).

„(...)

Int.: Also, 14 Jahre. Wie alt bist Du?

E.: 27.

Int.: Hast du einen Schulabschluss gemacht?

E.: Mmm...Hauptschule habe ich gemacht.

Int.: Hast Du den Abschluß in Deutschland oder noch in Russland gemacht?

E.: Nee, hier in Deutschland.

Int.: Hast Du auch eine Berufsausbildung?

E.: Ja, Verkäuferschaft hab` ich.

Int.: Hast Du die auch abgeschlossen?

E.: Ja, im Supermarkt.(...)“

(zit.: Interview Elena, S. 1, Zeile 5-14)

Durch die Schulpflicht und den durchaus positiven Zwang Deutsch sprechen zu müssen, bekommen die Kinder eine wichtige Rolle in der Familie. Sie dienen als Übersetzer und müssen den Eltern streckenweise hilfreich zur Seite stehen. Wird dies zu viel, so kann es zu einer Überforderung bei den Kindern kommen (vgl.: Osterloh, S. 47). Auch wenn sich die Kinder in solchen Situationen wichtig und vollkommen anerkannt fühlen, so übernehmen sie doch Rollen, die zum Teil noch zu groß für sie sind. Es bleibt ihnen jedoch aufgrund des Verantwortungsgefühls gegenüber der Familie keine andere Möglichkeit, als weiterhin diese Rolle auszufüllen, um das Familiensystem aufrechtzuerhalten.

3.6 Flucht in den Drogenkonsum

Bezüglich des Drogenkonsums ist sowohl bei einheimischen Konsumenten als auch bei drogenabhängigen Aussiedlern zu erkennen, dass sie über keine leichte Vergangenheit verfügen.

„(...) H: In Düsseldorf bin ich aufgewachsen. Mal bei meiner Mutter, mal bei meinem Vater. Im Heim. Ich hab schon `ne krasse Kindheit gehabt.(...)“

(zit.: Interview Hermann, S. 1, Zeilen 2-3)

Wie im bisherigen Verlauf des Kapitels erklärt wurde, kommt es bei einem jugendlichen Rückkehrer eher selten vor, dass seine bisherige Lebensgeschichte ohne einen konstanten Familienbezug verlief. Hier ist es eher der zeitlich ungünstige Umzug und die damit auftretenden Schwierigkeiten sowie der Kontakt zu einer bestehenden drogenkonsumierenden Peer-Group, die das Interesse an Drogen wecken. Das Verlangen, durch den Drogenkonsum für eine Weile in eine andere, problemlosere Welt zu flüchten, ist Einheimischen und Aussiedlern jedoch gemein (vgl.: Czycholl, S. 11).

„(...)Int.: In welchen Situationen hast Du Drogen genommen?

I.: Ja.....in welchen Situationen? Sag` hab` ich probiert, das aus neugierig so. Das hat mir gut gefallen. Wahrscheinlich war das Stress. Soll ich jetzt was.....Kann man besser wegdrücken, die ganzen Gefühle so was. (...)“

(zit.: Interview Igor, S. 2, Zeile 48-51)

Bei den Konsumenten kann man allerdings davon ausgehen, dass es sich sowohl unter den einheimischen Deutschen als auch bei den Rückkehrern größtenteils um männliche Drogenkonsumenten handelt (vgl.: Srur, S. 29). Die geringere Konsumentenzahl unter den Frauen kann ihre Ursache darin haben, dass diese eher dazu neigen über Sorgen und Nöte zu sprechen als Männer. Des Weiteren sind gerade russischsprachige Frauen häuslicher und familiärer orientiert. Sie gehen weniger aus und knüpfen weniger Kontakte. Die stärkere Anbindung an die häusliche Umgebung und die Familie kann für Frauen als protektiver Faktor bezeichnet werden (vgl.: Schürmann, S. 56). Männer versuchen ihre Probleme zuerst ohne Unterstützung zu lösen. Klappt dies nicht, sehen sie im Drogenkonsum vorübergehend eine Lösung. Bezüglich der männlichen Aussiedler schließt sich an diesem Punkt der Kreis. Hier kann erneut erwähnt werden, dass Probleme nicht nach außen getragen werden und der Mann stets volle Belastbarkeit vorweisen muss.

„(...)Ein Mann muss funktionieren, ein Mann ist der Versorger und keine Memme. Das sind Grundprinzipien, die einfach in der Erziehung von Anfang schon mitgegeben werden. (...)“

(zit.: Interview Therapeutinnen, S. 3 Zeile 96-98)

Ihren Drogenkonsum beginnen die Aussiedler oftmals direkt mit Heroin, wobei sie hier schnell ein auffällig heftiges Konsumverhalten entwickeln. Probleme für ihre Gesundheit können sich durch den gleichzeitigen starken Alkoholkonsum oder den Gebrauch anderer Drogen ergeben. Auch unzureichende Aufklärung über den sicheren Gebrauch von Utensilien, wie beispielsweise Nadeln, sorgen für gesundheitliche Risiken.

Der erste Kontakt mit Drogen entsteht sowohl bei einheimischen Deutschen als auch bei Aussiedlern oft durch den Freundeskreis (vgl.: Schürmann, S. 52). Aussiedler, die dasselbe bei ihrer Ankunft in Deutschland erlebt haben, geben den Neuankömmlingen die Drogen aus. Sie wollen dadurch ihre Freunde durch die schlimme Zeit begleiten und sie in der Problembewältigung unterstützen (vgl.: Osterloh, S. 49).

„(...)Int.: Hast Du von selbst angefangen Drogen zu nehmen oder entstand der erste Kontakt eher durch den Freundeskreis?

I.: Freundeskreis

(...)

Int.: Und in welchen Situationen hast Du Drogen genommen?

I.: Ja.....in welchen Situationen? Sag` hab` ich probiert, das aus neugierig so. Das hat mir gut gefallen. Wahrscheinlich war das Stress. Soll ich jetzt was.....Kann man besser wegdrücken, die ganzen Gefühle so was. Aber sonst ich hab` alles normal gewohnt. Hab` gearbeitet und mit Freundin gewohnt. Führerschein, Auto. Die hat auch gearbeitet, auch Lehre gemacht. Auch alles....Soweit haben wir alles gehabt. So weit kein Problem gehabt, mit Gericht oder so. Damals....hab` ich keine Problem gehabt. Weiß nicht, warum ich Heroin genommen hab.(...)“

(zit.: Interview Igor S. 1 Zeile 30-55)

Der Drogenkonsum beginnt recht schnell, das Leben aller Konsumenten zu bestimmen. Wenn die Konsumenten einen Arbeitsplatz haben, so gehen sie ihrer Arbeit anfänglich noch nach. Im Laufe der Zeit ist dies jedoch häufig nicht mehr mit dem wachsenden Konsum kompatibel, so dass es zu einem Arbeitsplatzverlust kommt. Aufgrund dessen wird der Drogenkonsum durch gesetzeswidrige Handlungen finanziert (vgl.: Abb. 1). Haftaufenthalte sind daher selten auszuschließen. Doch auch da entstehen selten Verbindungen zwischen einheimischen Deutschen und Aussiedlern.

„(...)Weil auch die ganze Zeit, wir ziehen uns sonst zurück, draußen, auch im Knast, überall. Und wir sind unter uns.(...)“

(zit.: Interview Igor, S. 5, Zeile 135-136)

Die Abgrenzung einer kompletten Gruppe innerhalb einer Haftanstalt ist ein weiteres Beispiel für die Negativbewältigung einer Entwicklungskrise. Statt sich anderen Inhaftierten zu öffnen, neue Kontakte und somit auch neues Wissen zu erlangen, grenzen sich inhaftierte Aussiedler ab. Innerhalb dieser Gruppierungen herrscht allerdings ein solcher Gruppendruck, dass es dem Einzelnen sehr schwer möglich ist, die Gruppe zu verlassen und ohne sie innerhalb einer geschlossenen Institution zu leben (vgl.: Osterloh, S. 49). Obwohl auch in den Haftgruppen hierarchische Strukturen festgelegt sind, wird jedem Gruppenmitglied vollständige Loyalität entgegengebracht (vgl.: Osterloh, S. 49). Diese offen gelebte Loyalität bleibt auch in der Mehrheitsgesellschaft nicht unbemerkt.

„(...)Da hatte auch mal `ne Pflegerin gesagt, wenn ein Russe neu kommt, wird er direkt aufgenommen von den anderen. Und wenn ein Deutscher kommt, der ist quasi so alleine so von seinen Landsleuten. Also, das ist schon so, dass Russen ja sich aufnehmen.(...)“

(zit.: Interview Rebecca, S. 5, Zeile 148-151)

3.7 Fazit der Sozialisation

Vergleichend mit der deutschen Sozialisation eines Menschen lassen sich an Hand dieses Kapitels enorme Unterschiede erkennen.

Der Migrationsaspekt eines Aussiedlers ist hierbei nicht zu unterschätzen. Ankommende Menschen haben sich ihr Leben in Deutschland positiver und reibungsloser vorgestellt als es letztendlich wurde. Im Umgang mit der Realität liegt die Belastung, welche nun im Familienverbund getragen werden muss. Nur auf diese Weise bleibt die Familie funktionstüchtig.

Jedoch haben sich auch problembelastete Menschen ohne Migrationshintergrund ihr Leben anders vorgestellt.

Bei beiden Personengruppen kann der Drogenkonsum für zukünftige Krisen eine Bewältigungsmöglichkeit darstellen, wenn wichtige Entwicklungsphasen von ihnen nicht positiv abgeschlossen werden können.

4. Einleitung Therapie

Therapie ist eine Heilbehandlung, die der Wiederherstellung der physischen und psychischen Gesundheit dient (vgl.: van Treeck, S. 612). In psychologischen Gesprächen soll sich der Drogenkonsument darüber bewusst werden, weswegen er den Drogenkonsum begonnen hat. Sobald er sich über seine Belastungen bewusst ist, werden mit dem Psychologen neue Bewältigungsstrategien erarbeitet, um mit zukünftigen Problemen anders umgehen zu können. In der stationären Therapie soll zusätzlich die physische Belastbarkeit durch Arbeitstherapie und erste Praktika wiederhergestellt werden. Ziel einer jeden Therapie ist es, den Patienten zeitnah wieder auf dem Arbeitsmarkt einzugliedern.

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben ist für den Betroffenen teilweise sehr schockierend und kann zu Therapieabbrüchen und Rückfällen führen.

„Das typisch Menschliche: sich aus Angst vor einer unbekanntem Zukunft an die bekannte Vergangenheit klammern.“

(zit.: John Naisbitt (*1930), amerik. Prognostiker)

4.1 Kosten und Kostenübernahme

Im Rahmen dieser Ausarbeitung handelt es sich dabei um Kosten, welche in Verbindung mit einer Drogentherapie entstehen. Zu den Kosten zählen die Ausgaben für die Bezahlung der Therapeuten, die Betreuung durch einen Arzt und gegebenenfalls Unterbringungskosten. Gerade der letzte Punkt stellt sich in stationären Einrichtungen als der größte Kostenfaktor dar. Das Wort Kostenübernahme ist selbsterklärend.

Kostenübernahmen für die meist sechsmonatige Drogenentwöhnung können sowohl von der Deutschen Rentenversicherung (bei Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit des Betroffenen), durch die zuständige Krankenversicherung (bei Erwerbsunfähigkeit oder Altersrente des Betroffenen), als auch durch das Sozialamt (für Sozialhilfeempfänger) gewährt werden. Bei fehlender Zuständigkeit hat der Betroffene die Möglichkeit der persönlichen Kostenübernahme.

Unterschiede zwischen den Kostenträgern gibt es in den gesetzlichen Vorschriften. So richtet sich die Deutsche Rentenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch VI (SGB VI), die Krankenkassen nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) und das Sozialamt nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII). Alle Kostenträger verfolgen dasselbe Ziel: Die körperliche und seelische Wiederherstellung des Versicherungsnehmers, um ihn gegebenenfalls wieder auf dem Arbeitsmarkt zu integrieren.

Da auch Aussiedler per Gesetz Deutsche sind, haben sie das Anrecht auf Therapiekostenübernahme durch einen der erwähnten Sozialleistungsträger (vgl.: Schürmann, S. 105).

4.1.1 Kostenübernahme durch die Deutsche Rentenversicherung

Der größte Kostenträger für diese Art der medizinischen Rehabilitation ist die Deutsche Rentenversicherung (DRV) (vgl.: EBIS-Statistik 2010, S. 49). Nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI⁷ wird eine sechsmonatige Drogenentwöhnungsbehandlung als

⁷ § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe: Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um 1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden (...)

medizinische Rehabilitation gewertet. Auf Antrag kann diese verlängert werden. Die sechsmonatige Therapiedauer wird durch § 15 Abs. 3 S. 2 SGB VI⁸ legitimiert. Mit der Genehmigung einer Therapie wird der Erhalt beziehungsweise die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten bezweckt.

Für die Kostenübernahme sind einige Voraussetzungen durch den Versicherten zu erfüllen (§ 11 Abs. 2 SGB VI). Grundsätzlich muss der Antragsteller in den letzten zwei Jahren ein versichertes Arbeitsverhältnis von mindestens sechs Monaten vorweisen können oder die allgemeine Mindestwartezeit von fünf Jahren erfüllt haben. Als Wartezeit versteht man die Jahre, in welchen man schon Beiträge zur Rentenversicherung eingezahlt hat, aber noch nicht berechtigt ist, Leistungen vonseiten der Rentenversicherung in Anspruch zu nehmen. Zu dieser Wartezeit zählen Zeiten der Kindererziehung ebenso wie Beschäftigungszeiten. Eine Drogenentwöhnungsbehandlung steht einem Antragsteller auch dann zu, wenn er innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Berufsausbildung eine versicherte Beschäftigung oder eine Berufsselbständigkeit aufgenommen hat und diese bis Antragstellung ohne Unterbrechung ausgeführt hat. Sollte er in diesem Arbeitsverhältnis oder seiner beruflichen Selbständigkeit jedoch bis zur Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme arbeitsunfähig sein oder weist er gegenüber der Rentenversicherung den Bezug von Arbeitslosengeld nach, so hat er auch damit die Voraussetzung für eine Kostenübernahme erfüllt. Des Weiteren muss der Betroffene in einem Antrag auf Kostenübernahme seinen zwanghaften Drogenkonsum darstellen.

Eine Kostenübernahme für die stationäre Drogenentwöhnung genehmigt der Rentenversicherungsträger für Einrichtungen, die mit geschultem Personal ausgestattet sind und unter ärztlicher Verantwortung betrieben werden (§ 15 Abs. 2 S. 1 SGB VI).

4.1.2 Kostenübernahme durch die Krankenversicherung

Können die Voraussetzungen der Deutschen Rentenversicherung nicht erfüllt werden, so besteht die Möglichkeit einer Kostenübernahme durch die jeweilige

⁸ § 15 Abs. 3 S. 2 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: (...) Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

Krankenversicherung. Grundsätzlich übernimmt sie die Kosten einer körperlichen Entgiftung für den 21-tägigen Krankenhausaufenthalt. Dieser Aufenthalt geht jeder Drogenentwöhnungsbehandlung voraus und wird auch dann von ihr bezahlt, wenn die eigentlichen Therapiekosten von dem Rentenversicherungsträger übernommen werden. Erfolgt die Kostenübernahme für die Therapiekosten durch die Krankenkasse, so handelt es sich anfänglich um einen Zeitraum von ca. vier Monaten, mit der Möglichkeit, einen Verlängerungsantrag stellen zu können.

Für volljährige Versicherungsnehmer ist die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung nachteilig, da sie verpflichtet werden, eine Zuzahlung in Höhe von 10,-€/Tag (§ 40 Abs. 5 S. 1 iVm § 61 S. 2 SGB V)⁹ zu leisten. Diese Zuzahlung beläuft sich auf längstens 28 Tage. Von dieser Zuzahlung kann der Suchtkranke befreit werden, wenn er eine Krankheit nachweist, die von ihm mindestens einen Arztbesuch pro Quartal (Bsp.: HIV, Hepatitis C) erfordert. Er gilt in diesem Fall als chronisch krank. Chronische Erkrankungen wirken sich auf die Zuzahlungsbelastungsgrenze¹⁰ aus.

Ein Antrag auf Kostenübernahme kann ab dem ersten Tag der Mitgliedschaft gestellt werden.

4.1.3 Kostenübernahme durch das Sozialamt

Der Kostenübernahme durch das Sozialamt liegt § 48 SGB XII¹¹ zu Grunde. Vorrangig ist § 264 SGB V zu beachten. Danach übernimmt die Krankenkasse die Kosten der Heilbehandlung wenn ein Ersatz der Aufwendungen erfolgt. Ist hier eine

⁹ § 40 Abs. 5 S. 1 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: (...) Versicherte, die eine Leistung nach Abs. 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 S. 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung.(...)

§ 61 S. 2 SGB V Zuzahlungen: (...) Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. (...)

¹⁰ § 62 Abs. 1 SGB V Belastungsgrenze: Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

¹¹ § 48 SGB XII Hilfe bei Krankheit: Um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel des Fünften Buches erbracht. Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 des Fünften Buches gehen den Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor.

Erstattung der Kosten nicht zu erreichen, verweist § 48 SGB XII unter anderem auf § 27 SGB V. Er berechtigt den Betroffenen zur Inanspruchnahme einer Krankenbehandlung. Dies umfasst u.a. die „ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung“ und „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen“ (§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 und 6).

4.2 Therapievorbereitung

Einer jeden Therapie geht der Kontakt zu einer Drogenberatungsstelle voraus. Der Zugang zu Beratungsstellen und den entsprechenden Beratungsgesprächen ist niedrighschwellig. Die erläuternden Beratungsgespräche stehen jedem Drogenkonsumenten zu. An die Beratungsstelle können sich auch Menschen wenden, die sich ihre Abhängigkeit noch nicht eingestehen möchten, aber bereits erkennen, dass sich etwas verändert hat und sie nicht mehr die alleinige Kontrolle über ihr Leben haben. Es kann in der Beratungsphase leider auch dazu kommen, dass der Betroffene seine Erkrankung nicht erkennt und die Einrichtung weiterhin nur als Besucher nutzt (vgl.: Köhler, S. 187-191). In diesem Fall ist es erforderlich, dass ein Therapeut dem Besucher vorsichtig das Vorhandensein einer Erkrankung bewusst macht.

Im Anschluss an eine erfolgreiche Beratungsphase wird die Kostenübernahme für die gewünschte Therapie bei dem entsprechenden Kostenträger beantragt. Hier liegt es an dem Suchtkranken mithilfe der Beratungsstelle zu verdeutlichen, warum er die gewählte Therapieform und Therapieeinrichtung bevorzugt.

In der nachfolgenden Grafik ist zu erkennen, in welche Betreuungsbereiche Drogenkonsumenten nach Beendigung einer Beratungsphase wechseln. Spitzenreiter ist der Wechsel in die Substitution¹². In diesem Fall wird eine Therapie nicht sofort angestrebt. Der Kontaktabbruch zur Beratungsstelle steht auf Platz zwei. Ursache hierfür kann sein, dass der Konsument sich noch nicht bereit für eine Veränderung fühlt und sich somit noch nicht mit den Vorschlägen eines

¹² Substitution bedeutet, dass ein niedergelassener Arzt, mit der Berechtigung zur suchtmmedizinischen Grundversorgung, Ersatzdrogen wie Methadon an opiatabhängige Konsumenten ausgeben darf. Substitute sind verschreibungspflichtig und sollen dem Patienten dabei helfen von der Drogenszene fern zu bleiben. Ihre Verabreichung verfolgt das langfristige Ziel der Abstinenz. Leider bieten Ersatzdrogen den Patienten nicht den gewünschten Kick, was häufig zu einem Beikonsum von Heroin führt (vgl.: van Treeck, S. 583).

Drogenberaters auseinandersetzen kann oder will. Die Weiterbetreuung durch eine stationäre Einrichtung liegt erst auf Platz drei, gefolgt von der Betreuung durch eine ambulante Therapieeinrichtung. Die Gründe hierfür liegen zum einen in den Erfolgsaussichten der Therapie und in der Einstellung des jeweiligen Kostenträgers gegenüber dem Antragsteller und der gewünschten Rehabilitationsmaßnahme.

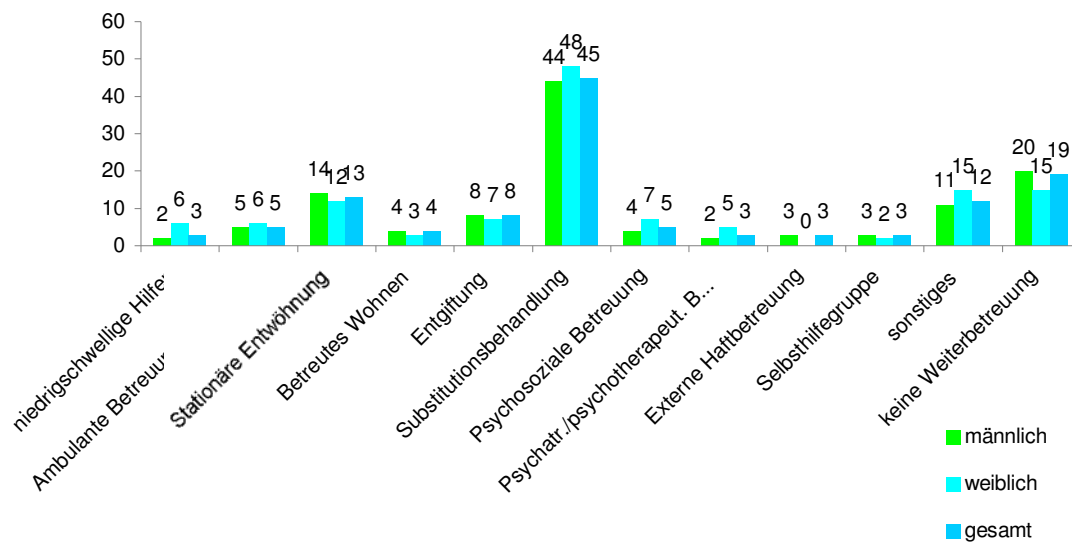


Abb. 7: Bado Statusbericht 2010, S. 32

4.3 Möglichkeiten der Therapieabsolvierung

Während einer Therapie soll die Suchterkrankung geheilt werden. Von Heilung kann im Fall einer Suchterkrankung jedoch nicht wirklich gesprochen werden. Es wäre passender, von der Erlernung diverser Bewältigungsstrategien bei auftretenden Schwierigkeiten als Alternative zum Drogenkonsum zu sprechen. Im günstigsten Fall werden die bisherigen vertrauten, aber ungünstigen Verhaltensweisen durch neue, adäquatere Bewältigungsstrategien überschrieben. Die alten Verhaltensweisen sind jedoch noch immer vorhanden. Nach Beendigung der Therapie liegt es in der Hand des Betroffenen, die neuen Strategien aufrecht zu halten. Dies ist anstrengend und erfordert eine große Menge an Disziplin. Somit wird nachvollziehbar, dass Menschen auch nach einer jahrelangen Phase der Abstinenz wieder rückfällig werden können.

Im Folgenden stelle ich die Möglichkeiten der ambulanten, der teilstationären und der stationären Therapie vor. Welche Form der Therapie vonseiten der Kostenträger bewilligt wird, ist stets Einzelfallabhängig. Dabei spielt das Umfeld, in welchem der

Antragsteller lebt, ebenso eine Rolle, wie sein bisheriger Drogenverlauf. Auch nicht unberücksichtigt bleibt dabei die Anzahl von bisher beantragten, genehmigten, angetretenen und abgeschlossenen Therapien. Gegebenenfalls bittet der Kostenträger den Antragsteller zu einem Gespräch, in dem er die Ernsthaftigkeit des Therapievorhabens überprüfen möchte. Auf Basis all dieser gesammelten Information wird die Entscheidung bezüglich der Therapieeinrichtung getroffen. Jeder Kostenträger bekommt nach Therapiebeendigung einen Abschlußbericht, in welchem er die Therapie-Entwicklung des Versicherten nachvollziehen kann.

4.3.1 Ambulante Therapie

Vonseiten der Kostenträger kommt es recht selten zu einer Zustimmung für eine ambulante Therapie. Die Gründe hierfür liegen in ihrem Zweifel, dass ein Verbleib in dem gewohnten räumlichen und sozialen Umfeld einer Genesung förderlich ist. Eine ambulante Therapie dauert bis zu 18 Monate und verpflichtet den Patienten dazu, wöchentlich an ein bis zwei Einzel- sowie einem Gruppengespräch teilzunehmen (vgl.: Beckmann/Ammer, S. 77). Diese finden in der dafür bestimmten Therapieeinrichtung statt. Während des kompletten Zeitraums wird jeder Patient von einem Bezugstherapeuten begleitet. Ambulante Therapie gilt als positiv für Drogenkonsumenten, die sich noch in einem intakten sozialen Umfeld befinden und noch am gesellschaftlichen Leben teilhaben (vgl.: Kromer, S. 178). Während der Therapiedauer muss der Patient regelmäßig nachweisen, dass die Indikationswerte seines Drogenkonsums im Urin sinken. Weiterhin muss er belegen, dass er in einem intakten und hilfreichen sozialen Umfeld lebt und einer tagesfüllenden Aufgabe (Berufstätigkeit oder auch Schulbesuch) nachgeht.

Gerade für einen arbeitenden Drogenkonsumenten ist eine ambulante Therapie von Vorteil, da keine längerfristigen Ausfallzeiten aufkommen. Er kann seiner Berufstätigkeit weiterhin nachgehen und die Last eines Arbeitsplatzverlustes durch eine lange Abwesenheit fällt hier geringer aus. Sollte diese Berufstätigkeit jedoch mit dem Drogenkonsum in Verbindung stehen, so wirkt sich der Verbleib am Arbeitsplatz kontraproduktiv auf die Therapie aus.

Eine ambulante Therapie ist für den Kostenträger vorteilhaft. So entfallen unter anderem teure Unterbringungskosten sowie Kosten für die Anreise. Ambulante

Therapieangebote werden von Kostenträgern jedoch im Bereich der Sucht nur noch selten und ungern angeboten. Grund hierfür ist eine verstärkte Abbruchrate. Wie bereits erwähnt, geht der Patient seinem gewohnten Alltag nach, welcher oftmals den Aufbau einer neuen Lebensstruktur nicht begünstigt. Der Alltag kann dabei durch einen anstrengenden Beruf, einer schwierigen Familiensituation oder auch psychische Problematiken gestaltet werden. Im Bereich der ambulanten Therapie besteht häufig die Gefahr, dass der Patient die Notwendigkeit der Therapietermine nicht erkennt und sie zu Gunsten anderer Termine ausfallen lässt. Für den Therapeuten bedeutet dies einen verstärkten Einsatz dahingehend, dass der Patient seine Erkrankung und die Therapie-Notwendigkeit erkennt.

Da der Betroffene jedoch sein gewohntes Umfeld nicht verlässt und positive Kontakte nicht abgebrochen werden, haben wichtige Bezugspersonen die Möglichkeit sich in den Therapieverlauf zu integrieren und den Erkrankten auf dem neuen Lebensweg von Anfang an zu begleiten. Diese Form der Therapie ermöglicht eine sofortige Alltäglichkeitsprüfung von neu erarbeiteten Kenntnissen und Bewältigungsstrategien. Zusätzlich kann eine ambulante Therapie gut als Nachsorgebehandlung eingesetzt werden, wenn eine stationäre Behandlung abgeschlossen wurde. Dabei hilft sie dem Patienten, der in seine gewohnte Umgebung zurückkehren will und dort noch Unterstützung im drogenfreien Leben benötigt.

4.3.2 Teilstationäre Therapie

Die teilstationäre Therapie erfolgt meist in Tageskliniken und ermöglicht es den Betroffenen, ebenso wie bei der ambulanten Therapie, den Abend und die Wochenenden in vertrauter Umgebung mit vertrauten Menschen zu verbringen. Auf diese Weise können auch hier soziale Kontakte weiterhin aufrechterhalten werden. Ebenso wie eine ambulante Therapie ermöglicht es die teilstationäre Therapie, neue Erkenntnisse und neues Wissen direkt im Alltag anzuwenden und auf ihre Tauglichkeit zu testen. Auch hier ist es wieder Voraussetzung, dass der Interessierte ein hohes Maß an Engagement für den Antritt der Therapie zeigt. So liegt es bei ihm, die Kostenübernahme zu beantragen, die Entgiftung erfolgreich abzuschließen und die gewünschten Nachweise über den drogenfreien Wohnraum vorzulegen. Sollte der Patient keiner Arbeit nachgehen, so ist es notwendig, dass er sich vor Beginn der Therapie um die Absicherung seines Lebensunterhaltes kümmert. Unterstützung bei

der Erledigung all dieser Aufgaben bekommt er bei Bedarf von der Beratungsstelle. Grundsätzlich erfordert die teilstationäre Therapie von dem Patienten bereits einen etwas offeneren Umgang mit seiner Erkrankung. Dies bedeutet, dass er sich vor Beginn einer teilstationären Therapie überlegen muss, ob er eventuell seinen Arbeitgeber darüber informieren möchte, weshalb er in den nächsten Monaten nicht zur Arbeit erscheinen wird. Es muss ihm bewusst sein, dass ihn unangenehme Fragen in eine Rechtfertigungssituation bringen können.

Die teilstationäre Therapie richtet sich an Personen, die noch nicht lange drogenabhängig sind und daher noch nicht alle wichtigen Ressourcen für ein stabiles Leben verloren oder verlernt haben. Da sie bisher ein recht selbständiges, freies Leben geführt haben, könnte ein Aufenthalt in einer stationären Einrichtung sie überfordern. Dort herrschende Regeln und die zahlreichen, problembelastenden Menschen könnte sie überfordern und einen Therapieabbruch herbeiführen.

Durch eine teilstationäre Therapie haben auch Familienmitglieder die Möglichkeit, Entwicklungen des Patienten mitzuerleben und stoßen nicht nach einer monatelangen Abwesenheit auf einen veränderten Menschen. Sollte es für den Betroffenen und die Familie oder andere wichtige Bezugspersonen von Interesse sein, in die Therapie einbezogen zu werden, bietet die teilstationäre Therapie hierfür einen guten Rahmen (vgl.: Köhler, S. 189).

Mittlerweile stimmen die Kostenträger dem Antritt einer teilstationären Drogenentwöhnung ebenfalls nur noch zögerlich zu, da es auch hier zu einer erhöhten Rückfälligkeit kommen kann. Ebenso wie in der ambulanten Therapie können ungünstige Kontakte aufrechterhalten werden und den Therapieverlauf ins Stocken oder gar zum Erliegen bringen. Die Beteiligung an einer teilstationären Therapie erfordert somit von dem Drogenkonsumenten eine sehr große Disziplin und Willensstärke, etwas an seiner aktuellen Situation zu verändern. Aufgrund dessen eignet sich die teilstationäre Therapie gut für Patienten mit stationären Therapieerfahrungen. Sie können in diesem Rahmen eine Krisenintervention machen und einer Rückfälligkeit entgegenwirken.

4.3.3 Stationäre Therapie

Die stationäre Therapie ist die häufigste bewilligte Therapieform vonseiten des Kostenträgers. Aus ihrer Sicht kann in einer stationären Einrichtung ein besserer Therapieerfolg erzielt werden, da sich der Betroffene aus der Distanz ein besseres Bild über seine aktuelle Lage machen kann. Dies liegt unter anderem daran, dass sich der Patient über einen längeren Zeitraum aus seinem gewohnten Umfeld entfernt und sich vollständig auf seine Genesung konzentrieren kann. Auf diese Weise dient die stationäre Therapieeinrichtung eine Zeit lang als Schutzraum und Ort der Erholung. Sie schafft durch ihre räumliche Abgrenzung Rückzugsmöglichkeiten von der Patientenlebenswelt und ermöglicht im Verlauf der Zeit eine Neuordnung des Lebens (vgl.: Köhler, S. 188). Mit Unterstützung der stets anwesenden Therapeuten und Sozialarbeiter können neue Lebenswege erarbeitet und neue Ziele gesteckt werden.

Neben der Aufarbeitung vorhandener Probleme sollen hier Zukunftsperspektiven entwickelt und vorbereitet werden. Es ist jedoch darauf zu achten, dass keine überhöhten Zukunftspläne entstehen. Diese erfüllen sich eventuell nicht und entstehende Enttäuschungen führen zu Rückfällen.

Der Aufenthalt in einer stationären Therapie kann auch dazu führen, dass sich der Patient zu stark von den Menschen abhängig macht, die ihm Schutz und Unterstützung bieten. Notwendigerweise ist daher darauf zu achten, dass der Betroffene seine Selbständigkeit nicht vollständig abgibt und andere für ihn tätig werden (vgl.: Köhler, S. 188).

Befindet sich der Patient noch in einem sozialen Netz, so wird er durch die stationäre Therapie aus diesem vorübergehend herausgenommen. Es gibt nicht die Möglichkeit, neues Wissen sofort auf Alltagskompatibilität zu prüfen. Jedoch können neue Verhaltensweisen kennengelernt und im Rahmen der Therapieeinrichtung getestet werden. Nach der Eingewöhnungsphase kann der Patient Besuch empfangen und Wochenendausflüge machen. Ab dann kann er die neuen Verhaltensweisen auch im Bezug auf vertraute Menschen und Umgebungen testen. Die therapeutischen Einzel- und Gruppengespräche kann er für die entsprechende Reflexion nutzen.

Auch für wichtige Bezugspersonen des Patienten ist die stationäre Therapie eine große Herausforderung. Sie sehen den Patienten lediglich an verabredeten Besuchsterminen und müssen nach Beendigung der Therapie mit einem veränderten Menschen ein neues Zusammenleben aufbauen. Aufgrund dessen bieten viele stationäre Einrichtungen mittlerweile Therapiesgespräche an, in welche die Bezugspersonen einbezogen werden.

4.4 Therapiemotivation

Die Motivationen, sich an eine Beratungsstelle zu wenden, um in einer Therapieeinrichtung unterzukommen, sind oftmals unterschiedlich.

Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht, durch wen Suchtkranke den ersten Kontakt mit einer Beratungsstelle erhielten. Viele geben an, dass dieser Kontakt aus Eigeninitiative heraus entstanden ist und durch niemanden forciert wurde. Grund hierfür kann der wachsende Leidensdruck und die Erkenntnis sein, dass sich das Leben eher negativ entwickelt. Da es russlanddeutschen Familien unangenehm ist, sich mit den persönlichen und familiären Problemen an Außenstehende zu wenden, kann hier davon ausgegangen werden, dass befragte Russlanddeutsche ihre eventuelle Kontaktperson verschweigen (vgl.: Czycholl, S. 16). Es gilt weiterhin, die Familie und Freunde zu schützen und somit keine weiteren Namen zu nennen. Nichts desto trotz kann Leidensdruck auch hier als Grund für die Kontaktaufnahme angenommen werden. Allerdings ist es in diesem Fall eher die Familie, die unter dem Lebensstil des Süchtigen leidet und sich für ihn ein besseres Leben wünscht.

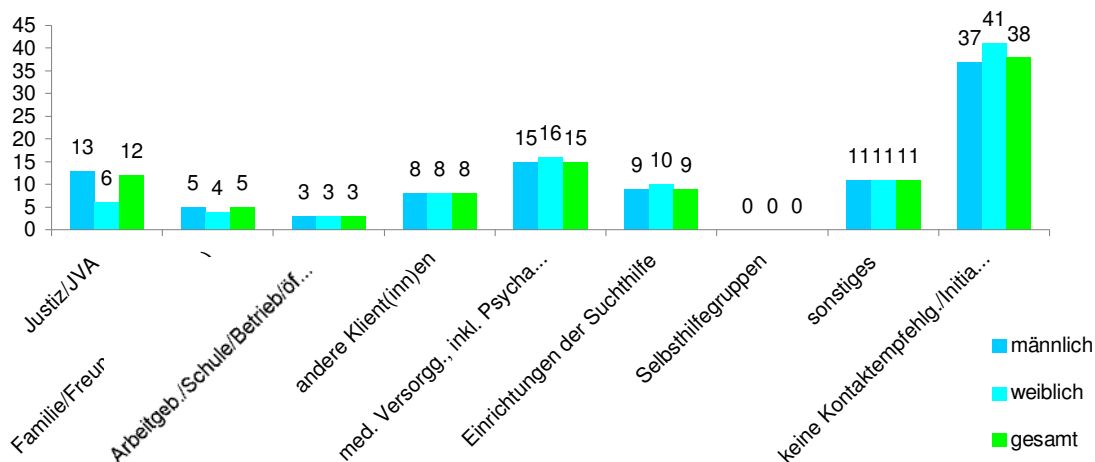


Abb. 8: Bado Statusbericht 2010, S. 31

Im Bezug auf die Fremdmotivation handelt es sich bei drogenkonsumierenden Aussiedlern oftmals um die mütterliche Motivation, da Mutter und Vater Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Familie tragen (vgl.: Dietz, Dritten Bayerischen Forum zur Suchtprävention). Alle Versuche, ihre Kinder von einem drogenfreien Leben zu überzeugen, sind gescheitert. Aufgrund dessen wenden sie sich nun hilfeschend an Drogenberatungsstellen. Da sie der Mutter nichts ablehnen können, kommt es auch zu einer Kontaktaufnahme zwischen Konsument und Drogenberater. Kommt es nun aufgrund des Respekts gegenüber der Mutter oder aus anderer Fremdmotivation zu einem Therapieantritt, so ist dieser Antritt beobachtend zu betrachten. Der Betroffene tritt die Therapie in diesem Fall eventuell an, um schlimmeres abzuwenden (vgl.: Schürmann, S. 96 ff). Bezogen auf die Mutter kann es zu einer Familienausgrenzung kommen, da der Konsument sich nicht mehr am Erhalt der Familie beteiligen kann und der Drogenkonsum sein komplettes Leben bestimmt (vgl.: Schnepf, S. 107).

Häufig ist Drogenkonsum auch mit Beschaffungskriminalität verbunden, die nicht selten zu Haftaufenthalten führt.

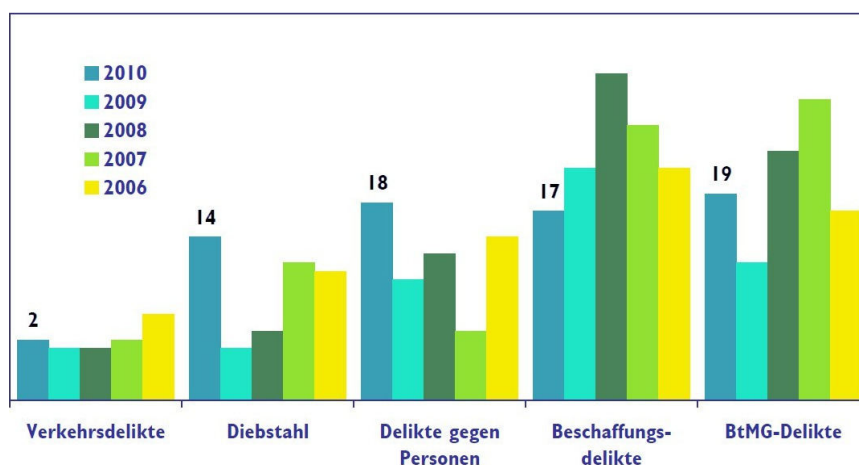


Abb. 9: EBIS-Statistik 2010, S. 60

Haftaufenthalte, die in Verbindung mit einer Betäubungsmittelabhängigkeit stehen, können zurückgestellt werden. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die vollständige Haftstrafe oder der Haftrest (§ 35 Abs. 3 Nr. 2 BtMG) nicht mehr als zwei Jahre umfasst. § 35 Abs.1 BtMG bewahrt viele Suchtkranke vor der Inhaftierung oder

beendet diese vorzeitig. Durch § 36 BtMG kann auch eine Anrechnung und Strafaussetzung zur Bewährung erfolgen.

„§ 35 Abs. 1 BtMG Zurückstellung der Strafvollstreckung:

(1) Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, dass er die Tat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Erziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. Als Behandlung dient auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken. (...)“

Dies erfordert auch, dass eine stationäre Therapie abgeschlossen wird (§ 35 Abs. 5 S. 1 BtMG). Wird die Therapie abgebrochen, so ist es die Pflicht der Therapieeinrichtung, den Abbruch der Staatsanwaltschaft bekannt zu geben. Diese stellt daraufhin einen erneuten Haftbefehl aus. Um eine Entlassung nach § 35 BtMG zu erhalten, muss der Inhaftierte eine gültige Platzzusage einer Therapieeinrichtung vorweisen, die bereit ist, verurteilte Abhängige aufzunehmen (§ 35 Abs. 4 BtMG).

„Für mich war das eigentlich nur `ne Fluchtmöglichkeit, § 35er. Ich weiß nicht, ob Ihnen das was sagt? Ich war da piffig, ich wusste nur...ich musste nur `ne....weil im Knast kriegste nicht einfach so `ne Kostenzusage. Die lassen Dich da richtig zappeln. Ich war aber so piffig, obwohl ich drauf war....weil ich wusste wozu das hinführen wird, dass ich immer `ne Kostenzusage in der Tasche hab`. Das ist die Fahrkarte....gewesen. Is` so, da Knastfahrkarte bekannt, Kostenzusage.“

(zit.: Interview mit Hermann., S. 2 Zeile 62-67)

Demnach ist zu erkennen, dass die Betroffenen oft noch nicht bereit dazu sind, drogenfrei zu leben und die Überstellung in eine Therapieeinrichtung als

Fluchtmöglichkeit sehen. Seitens der Haftentlassenen wird der Therapiebeginn als befreiend empfunden. Hier herrschen weniger strenge Regeln und die offene Struktur ermöglicht es, diese auch eher zu umgehen. Negative Konsequenzen, wie disziplinarische Entlassung und die Informationsweitergabe darüber an die Staatsanwaltschaft, werden in diesem Fall nicht sonderlich stark gewichtet. Grundsätzlich ist es für die Drogenentwöhnung nicht vorteilhaft, wenn sie fremdmotiviert begonnen wird.

4.5 Verantwortung in der Therapie

An dieser Stelle kann ein Übergang zur Sozialisation der Russlanddeutschen geschaffen werden. Wie bereits erwähnt, verläuft die russische Erziehung recht streng und disziplinar. Dabei liegt der Erziehungsschwerpunkt nicht auf einer zügigen Selbständigkeit des Kindes. Vielmehr werden Kinder so erzogen, dass sie ihrer Familie stets verbunden bleiben und sich um diese sorgen. Dabei erleben sie auch, dass sich andere Familienmitglieder um sie sorgen (vgl.: Schnepf, S. 89).

In einer deutschen Therapieeinrichtung treffen die meist russisch sprechenden Aussiedler auf völlig neue Strukturen. Sie betrachten die Therapieeinrichtung als eine Institution, in welcher die Therapeuten Autoritätspersonen sind. Während des Therapieaufenthaltes sehen sie die Therapeuten als weisungsbefugt an. Ihren Regeln und Befehlen ist nachzukommen (vgl.: Schnepf, S. 84). Demnach begrenzt sich ihre persönliche Therapie-Beteiligung darauf, körperlich drogenfrei zu bleiben (vgl.: Schürmann, S. 108). In ihrer bisherigen Vergangenheit erlebten Aussiedler es kaum, dass sie die Verantwortung für sich und ihr Handeln übernehmen mussten. Vielmehr erlebten sie es, dass sie in ihrem Handeln stets unterstützt wurden.

„(...)meistens auch in der Erziehung irgendwo strenger und Familie ist wichtiger und Familie wird geschützt, aber schützt auch sehr weitgehend und unterstützt sehr weitreichend.(...)“

(zit.: Interview Therapeutinnen, S. 5, Zeile 147-149)

Vor allem die Mütter verschreiben sich dieser Aufgabe vollständig. Häufig ist dies auch einer der Gründe, weswegen Hilfen erst viel zu spät in Anspruch genommen werden.

Während der Therapie wird sowohl von Aussiedlern als auch von den einheimisch deutschen Patienten ein großes Maß an Verantwortung und Selbständigkeit abverlangt. Therapeuten geben dabei lediglich Hilfestellung und Unterstützung. Aufgrund dessen kann sich ein Patient mit seinen Problemen allein gelassen fühlen. Sowohl Sozialarbeiter als auch Psychotherapeuten unterstützen ihre Patienten bei der Entwicklung neuer Bewältigungsstrategien und dem Aufbau einer neuen Lebensstruktur. Diese Unterstützungen sind nicht grenzenlos und es liegt eine recht große Verantwortung bei den Patienten. Die Übernahme von Eigenverantwortung muss in den Therapieeinrichtungen verlangt werden, um ein selbständiges Leben wieder herstellen zu können. Therapieeinrichtungen können in diesem Fall günstige Übungsorte darstellen.

Mit Beginn des Therapieaufenthaltes treten die Patienten oftmals erwachsen und selbständig auf. Sie haben vordergründig alles im Griff, im Verlauf des Aufenthaltes wird allerdings ersichtlich, dass viele ihrer Verhaltensweisen nicht mit den mehrheitlich akzeptierten Werten und Normen kompatibel sind. So benötigen sie Unterstützung bei der Stabilisierung und Umstrukturierung ihres Lebens. Dieses Erkenntnis ist ein harter Schlag und kann neben den gültigen Einrichtungsregeln und den bewusstwerdenden vielfältigen Problemen ebenfalls ein häufiger Grund für einen Therapieabbruch sein. In diesem Fall fühlen sich die Abbrecher dann oftmals zu sehr bevormundet und in ihrer Freiheit eingeschränkt.

Drogenkonsum kann zu zwischenmenschlichen Kontaktabbrüchen führen, unter denen Patienten leiden können. Die Erkenntnis, dass sie nun für sich selbst die Verantwortung zu tragen haben, kann erschütternd sein. Die nächsten Bezugspersonen sind in diesem Fall die Therapeuten. Diese bringen den Patienten durch ihre Unterstützung auch Interesse an deren Leben entgegen. Einerseits gibt es Patienten, die sich daran schnell gewöhnen und dann eine sofortige und vollständige Aufmerksamkeit einfordern. Andererseits gibt es Patienten, die mit dieser Menge an Aufmerksamkeit nicht gut umgehen können. Sie neigen ebenso zu Therapieabbrüchen, wie Patienten, deren Bedürfnis nach Aufmerksamkeit nicht ausreichend befriedigt wird.

„(...) Int.: Und fehlt Dir hier während der Therapie etwas?

(...) H.: (...) Ich war kurz davor abbrechen, hab` um Einzel gebeten. Nee, ich hab` jetzt keine Zeit. Also mehr...nicht Zuneigung...ist auch das falsche Wort...

Int.: Aufmerksamkeit?

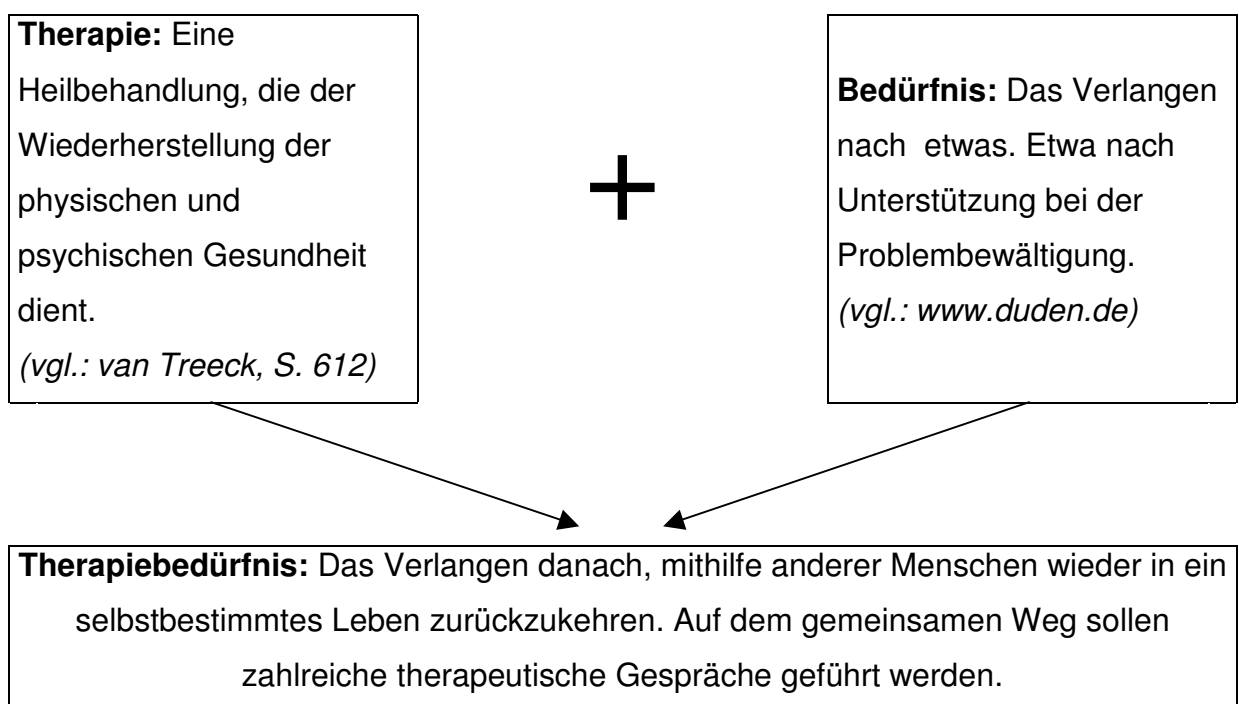
H.:....mehr Aufmerksamkeit. Also wie gesagt...die ersten drei Wochen.....konnt` ich mich nicht beklagen, wurden Einzel mit mir geführt hier ne und seit vier fünf Wochen...(..)

(...)Ja, aber ich würd` gern intensiver meine Themen bearbeiten ne. Es wurde jetzt so angeschnitten und jetzt.....seit vier fünf Wochen. Das hab ich aber auch in S.B. so gemerkt ne....dat ist zu wenig.(..)

(zit.: Interview Hermann, S. 13, Zeile 412-426)

In beiden Abbruchbegründungen liegt der eigentliche Grund im vorhandenen Suchtdruck, der anfänglich noch nicht eingestanden wird. Darüber sind sich die Abbrecher bei Beginn einer erneuten Therapie im Klaren und geben dies auch offen zu. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte, sollte das Verantwortungsgefühl der Patienten individuellen betrachtet werden.

4.6 Definition Therapiebedürfnis



4.6.1 Therapiebedürfnisse von Aussiedlern

Wie bereits im Abschnitt zuvor erwähnt, ist es wichtig, gerade Rückkehrern aufzuzeigen, dass sie ihr Leben eigenverantwortlicher führen müssen und es Zeit ist, sich etwas von der Familie zu lösen. Lösen meint in diesem Zusammenhang allerdings nicht die vollständige Distanzierung von der Familie. Lösen bedeutet eher, die sehr engen Familienverhältnisse, welche eventuell nicht immer optimal sind, etwas zu lockern und sich selbst zu entwickeln ohne die ständige Rücksicht auf andere Familienmitglieder.

„(...)Wenn Du einem Deutschen sagst: "Du musst Dich von Deiner Mutter abgrenzen, den sie tut Dir nicht gut!" Dann ist es bei einem Deutschen naheliegender, das der Kontakt irgendwie distanzierter wird oder abbricht und die Person sich um sich kümmert, als bei einem Russen, oder Russlanddeutschen. Da gilt die Mutter wirklich als Allerheiligste und da muss man eher dahingehend arbeiten, dass die Tochter oder der Sohn besser mit der Mutter zurecht kommt und sich dahingehend wertvoller fühlt. Also, man muss eher dahin steuern, wie arbeite ich mit der Mutter anstatt (...) zu trennen. Das ist etwas, dass kommt sehr selten vor, dass jemand sagt: "Ich grenz` mich von meiner Familie ab." Das ist auch noch mal so ein Unterschied, den ich da schon auch sehe. (...)"

(zit.: Interview Therapeutinnen, S. 5, Zeile 159-170)

Innerhalb des Therapieaufenthaltes geht es darum, sich über die Gründe für den Drogenkonsum klar zu werden. In der Zusammenarbeit mit dem Therapeuten soll dies erreicht werden. Oftmals stellt hier die Sprache eine große Hürde dar. Es gibt nur wenige Einrichtungen, die es den Russlanddeutschen ermöglichen können, sich adäquat auszudrücken. Eine genaue Beschreibung ihrer Gefühle und Gedanken ist den russischsprachigen Patienten zumindest anfänglich nur in ihrer Muttersprache möglich. Wird ihnen das ermöglicht, kann es dadurch schon zu einer guten Arbeitsgrundlage kommen. Der Patient fühlt sich wohl und kann sich dem Therapeuten gegenüber öffnen.

„(...)Und hab` den Patienten durchaus zugesprochen, wenn die irgendwo stocken und gefühlsmässig irgendwo nicht weiterwissen, dass die durchaus zwischendurch was in Russisch erläutern dürfen. Das es vollkommen in Ordnung ist. Und das hat

meiner Erfahrung nach aber auch wirklich das Eis geschmolzen, so dass es erst mal ein paar Sätze in Russisch gab und dann sind wir automatisch auch ins Deutsche übergegangen. (...)

(zit.: Interview Therapeutinnen, S. 4, Zeile 122-127)

Vorraussetzung für eine solche Gesprächsführung ist allerdings, dass der Therapeut die Sprache ebenfalls beherrscht. In dem angeführten Zitat ist dies der Fall, da die Therapeutin selbst aus Kasachstan stammt.

Neben möglichen psychologischen Gesprächen in der Muttersprache gibt es seitens der Aussiedler keine weiteren außergewöhnlichen Wünsche. So kommt es lediglich noch dazu, dass sich die Patienten noch andere russischsprachige Patienten wünschen, um sich auch in ihrer therapiefreien Zeit problemfrei unterhalten zu können.

„(...)Ja, fehlt jemand mit dem kann ich, wer ist da auch aufgewachsen in Russland und sonst.(...)“

(zit.: Interview Igor, S. 4, Zeile 115-116)

In diesem Fall geht es darum, Menschen um sich zu haben, die das Leben in Russland selbst kennengelernt haben und somit nachvollziehen können, wie sich der Sprecher fühlt.

4.6.2 Therapiebedürfnisse von einheimischen Deutschen

Einheimischen Deutschen haben während der Therapie keine großartig anderen Bedürfnisse als Russlanddeutsche. Auch ihnen geht es darum, sich in der Zusammenarbeit mit einem Therapeuten ihrer Problematiken bewusst zu werden und eine andere Problembewältigungsstrategie als den bisherigen Drogenkonsum zu entwickeln.

„(...)Also gestern hat ich ja so `ne Situation. Ich war kurz davor abubrechen, hab` um Einzel gebeten. „Nee, ich hab` jetzt keine Zeit“.(...)“

(zit.: Interview Hermann, S. 13, Zeile 414-416)

In Bezug auf ihre Mitpatienten haben meine einheimischen deutschen Interviewpartner positiv auf eine gemischte Therapieeinrichtung reagiert. Es gefällt ihnen, wenn verschiedene Kulturen zusammenleben, denn auf diese Weise könne man noch etwas lernen. Leider fanden sie es schade, dass gerade die Russlanddeutschen so sehr unter sich bleiben würden und die einheimischen Deutschen dadurch ausgeschlossen werden.

„(...)Also wir waren damals in der Entgiftung, wir waren 16 Russen, wir waren zu zweit. Zwei Deutsche, da war irgendwie gar keine Kommunikation möglich irgendwie ne. Hat man sich schon so ein bißchen ausgeschlossen gefühlt so ne.(...)“

(zit.: Interview Rebecca, S. 5, Zeile 157-159)

4.7 Gespräche sind ein Therapiebedürfnis

Bezugnehmend auf die Kapitel 4.6.1 und 4.6.2 kann ich abschließend sagen, dass es zwischen den zwei befragten Zielgruppen keine großen unterschiedlichen Therapiebedürfnisse gibt.

Meine russischsprachigen Interviewpartner gaben als größten Wunsch für ihren Therapieaufenthalt an, dass es schön wäre, mehr in der Muttersprache sprechen zu können. Dies sei in der aktuellen Therapie allerdings nicht möglich, da es eine maximale Aufnahmezahl für Aussiedler gibt. Hintergrund für die Begrenzung ist die Verhinderung von einer zu starken Gruppenbildung aufseiten der Aussiedler und die damit verbundene Befürchtung, dass diese Gruppenbildung Unruhe in die Therapieeinrichtung bringt (vgl.: Czycholl, S. 13).

„(...) Hier nehmen die auch nicht mehr als fünf Russen hier, weil das ist auch Vorurteil. "Der Russe, wenn die zusammen...machen die nur Scheiße." Das ist auch so ein Grund, so zu denken, dass die gucken, was für Leute halt hier hast.(...)“

(zit.: Interview Igor, S. 3, Zeile 87-90)

Die daraus entstehende Peer-Group in der Therapieeinrichtung ist für sie vertrautes Terrain (vgl.: Strobl, Kühnel, S. 38). Der Rückzug in diese Gruppe kann während der Therapie auch als eine Art Entspannung gesehen werden. Entspannend ist dabei die Möglichkeit ihre Gedanken und Empfindungen aufzunehmen und in der

Muttersprache soweit aufarbeiten zu können, dass sie in therapeutischen Gesprächen besser verwendet werden können. Diese Möglichkeit wird glücklicherweise in der von mir ausgewählten Therapieeinrichtung angeboten. Auch wenn sie nicht dauerhaft von den Patienten genutzt wird, wissen diese, dass es sie gibt. Somit kann sich bei ihnen eine Entspannung und Vertrautheit gegenüber dem Therapeuten einstellen und macht die Arbeit für beide Seiten aufschlussreicher.

„Es kommt nicht darauf an, die Zukunft vorauszusagen, sondern auf die Zukunft vorbereitet zu sein. Vermutungen über die Zukunft anzustellen bedeutet, im voraus über mögliche Entwicklungen und ihre Konsequenzen nachzudenken.“

(zit.: Wisse Dekker (*1924), niederl. Topmanager, AR- Vors. N.V. Philips
Glühlampen)

Teil B: Explorativer Teil

1. Darstellung des Untersuchungsgegenstandes

Forschungsgegenstand dieser Abschlussarbeit ist die nähere Betrachtung von Bedürfnissen von Aussiedlern und einheimischen Deutschen in der stationären Drogenentwöhnungsbehandlung. Ausschlaggebend für die Wahl dieses Forschungsgegenstandes war ein Vortrag, welchen ich im Rahmen meines studienbegleitenden Praktikums besucht habe. In diesem Vortrag wurde darauf aufmerksam gemacht, dass es zwischen diesen zwei Patientengruppen unterschiedliche Bedürfnisse in der Behandlung gäbe und dass auf diese Unterschiede einzugehen sei. Auf Basis dieser Aussage habe ich mich mit der Literatur beschäftigt, die sich mit dem Leben, der Sozialisation und der Migration von Aussiedlerfamilien beschäftigt.

Die Ermittlung der Therapiebedürfnisse meiner Interviewpartner habe ich in zwei getrennten Fragekategorien untergebracht. In der ersten Kategorie konnten sich alle befragten Interviewteilnehmer zu Einrichtungen äußern, deren Zielgruppe größtenteils aus Russland und Kasachstan stammt. In der zweiten Kategorie habe ich die Patienten zu ihren bisherigen und aktuellen Therapieerfahrungen befragt.

Basierend auf den Patientenaussagen innerhalb dieser zwei Kategorien möchte ich ermitteln, ob zwischen Aussiedlern und einheimischen Deutschen unterschiedliche Bedürfnisse in der Drogentherapie vorliegen und ob diese auch von Therapeuten wahrgenommen werden.

2. Darstellung der Untersuchungsgruppe

Im Rahmen meiner Vorbereitung auf den explorativen Part dieser Ausarbeitung beschäftigte ich mich der Auswahl der Forschungsgruppe. Zur Auswahl standen Einrichtungen, die Drogenkonsum akzeptieren und unterstützen, sogenannte Beratungsstellen mit integriertem Konsumraum. Hier rechnete ich jedoch mit geringerer Zuverlässigkeit vonseiten der Betroffenen, da ihr Leben noch zu intensiv mit dem Drogenkonsum verbunden war. Krankenhäuser und die dazugehörigen

Entgiftungsstationen fielen ebenfalls weg, da die Menschen während ihrer Entgiftungsphase oftmals noch nicht über die ausreichende Konzentration zur Durchführung des Interviews verfügen. Während des Aufenthaltes wird vielen erst wieder bewusst, in welcher Situation sie sich befinden. Die Auseinandersetzung damit ist für viele oftmals völlig ausreichend. Letztendlich fiel meine Entscheidung auf Patienten einer stationären Therapieeinrichtung. Hier haben die Patienten die körperlichen Entzugserscheinungen bewältigt und arbeiten mit dem Einrichtungspersonal an der Gestaltung ihres zukünftigen Lebens. Dadurch, dass sie regelmäßige Gespräche mit Therapeuten führen, kommen die Patienten in die Situation, sich mit ihrem Leben auseinanderzusetzen. Es ist somit für sie vorübergehend alltäglich, von sich und ihrem Leben zu berichten. Von einer Hamburger Drogenberatungsstelle erhielt ich die Kontaktdaten diverser Therapieeinrichtungen, die mit ihrem Therapie-Angebot sowohl russischsprachige Drogenkonsumenten als auch einheimische Deutsche ansprechen. Meine Entscheidung fiel auf eine hessische Fachklinik, da in dieser Einrichtung eine russischsprachige Therapeutin arbeitete. Ihre Aussagen ermöglichten es mir, verschiedene theoretische Aussagen besser nachvollziehen zu können und in den Kontext dieser Arbeit einbinden zu können.

Bei dieser Fachklinik handelt es sich um eine stationäre Drogenentwöhnungseinrichtung, die insgesamt 44 volljährige Patienten aufnehmen kann. Kostenträger ist dabei größtenteils die Deutsche Rentenversicherung mit ihrer Niederlassung in Hessen. Die Therapiezeit beläuft sich in dieser Einrichtung auf maximal sechs Monate, jedoch wird in dieser Zeit auch die Anschlussbetreuung organisiert, so weit diese von den Patienten gewünscht ist. Die Auswahl meiner Interviewpartner übernahmen die Therapeutinnen der Einrichtung für mich. Grund hierfür war, dass sie die Patienten bereits kannten und ihnen daher mein Anliegen besser vermitteln konnten. Diese Maßnahme war besonders bei den russischsprachigen Patienten von Wichtigkeit, da sie sich fremden Menschen gegenüber eher zurückhaltend präsentierten. Es galt somit, ihnen durch die Therapeutinnen zu erklären, dass ich lediglich an ihren Bedürfnissen interessiert war und nicht das Ziel verfolgte, eine neue Therapeutin für sie zu werden. Seitens der einheimischen deutschen Patienten rechnete man mit mehr Offenheit mir gegenüber. Letztendlich erklärte sich sowohl ein Paar aus Russland/Kasachstan als auch ein Paar ohne Migrationshintergrund für

die Interviews bereit. Um die Patientenbedürfnisse noch einmal durch Außenstehende erläutert zu bekommen, habe ich zusätzlich noch die Therapeutinnen interviewt.

Insgesamt entstand auf diese Weise eine Forschungsgruppe aus sechs Personen, aufgeteilt in vier Frauen und zwei Männern. Um den Lesefluss zu vereinfachen, werde ich die Patienten namentlich nennen. Ihre Anonymität wird durch die Abkürzungen von genannten Orten und Einrichtungen gewahrt. Die Namen der Therapeutinnen werde ich jedoch nicht nennen, da sie ein gemeinsames Interview gaben und größtenteils einer Meinung waren.

3. Darstellung des Untersuchungsinstruments

Der theoretische Teil dieser Arbeit wurde durch fünf qualitative Interviews ergänzt. Um den Interviewpartnern einen möglichst großen Erzählfreiraum zu geben, wählte ich das problemzentrierte Interview in Form eines Leitfadens als Forschungsinstrument. Es ermöglichte allen Interviewpartnern, mir ihre Sicht auf die Auslöser des Drogenkonsums und die anschließende Therapie darzulegen (vgl.: Schmidt-Grunert 2004, S. 40). Schwerpunkt war allerdings der Therapieaufenthalt. Zusätzlich konnte ich mich mit diesem Forschungsinstrument auf bestimmte Lebensabschnitte meiner Interviewpartner konzentrieren. Ein biographisches Interview hätte sich in diesem Fall zu sehr mit arbeitsirrelevanten Thematiken beschäftigt (vgl.: Schmidt-Grunert 2004, S. 41). Für die Erstellung dieser Arbeit waren in diesem Fall nur die Bereiche des Drogeneinstiegs, des Drogenkonsums, der Drogenentwöhnung und die Zukunftsplanung relevant. Da ich auch Interviews mit den Therapeutinnen führte, entwickelte ich zwei unterschiedliche Leitfäden. Der Schwerpunkt lag jedoch auf den Patienteninterviews.

4. Der Patienten-Leitfaden

Anhand der Interview-Aussagen untersuchte ich, ob es zwischen Aussiedlern und einheimischen Deutschen unterschiedliche Bedürfnisse in der Drogenentwöhnung gibt. Die Aussagen der Therapeutinnen nutzte ich, um zu prüfen, ob Außenstehende ebenfalls Bedürfnisunterschiede wahrnahmen und wie auf diese gegebenenfalls

eingegangen wurde. Insgesamt bestand der Patienten-Interviewleitfaden aus 29 Fragen, die ich in sechs Kategorien unterteilte (siehe dazu Kapitel 6).

4.1 Der Kurzfragebogen

Er diente der Einleitung und nutzte der Erhebung von Herkunft, Alter, dem erreichten Schulabschluss und der Berufsausbildung meiner Interviewpartner. Bezüglich der russischsprachigen Interviewpartner ergänzte ich diesen Abschnitt mit der Frage, wie lange sie bereits in Deutschland leben. Dies spielte für mich aufgrund der Sozialisation eine wichtige Rolle.

4.2. Der Kernfragebogen

In ihm befragte ich die ausgewählten Patienten zu ihrer Wohnsituation vor Beginn der Therapie. Auslöser für diese Frage war für mich das Wissen, dass gerade Aussiedlerfamilien sehr eng miteinander leben.

Um Informationen über ihren Suchtverlauf zu erhalten, formulierte ich für alle Patienten offene Fragen, die sich mit dem Beginn des Drogenkonsums, der jeweiligen Konsumdauer und den konsumierten Drogen beschäftigten.

Da manche Suchtkranke weiterhin arbeiten gehen, erkundigte ich mich auch danach. Schon während der Formulierung des Leitfadens stand für mich fest, dass ich mit den Fragen des Kernfragebogens nicht zu sehr in die Psyche der Befragten eindringen wollte, weswegen ich die Frage nach Situationen, die Drogenverlangen auslösten, auch nur kurz fasste. Grund für diese Zurückhaltung war, dass ich nicht einschätzen konnte, was ich mit dieser Frage auslösen würde. Diese Entscheidung wurde auch vonseiten der Therapeutinnen unterstützt.

Innerhalb des Kernfragebogens verfasste ich schon einführende Fragen zu den bisherigen Therapieerfahrungen meiner Interviewpartner. Es interessierte mich dabei auch, was sie bisher zu einer Therapie bewegt hat und wie lang sie sich mittlerweile schon in dieser Einrichtung befanden.

Fragen, die sich mit der Therapie beschäftigten und die dazugehörigen Antworten bilden in dieser Abschlussarbeit den Fokus. Sie werden jedoch noch einmal im Therapiefragebogen näher betrachtet.

4.3 Der Schwerpunkt russischsprachige Konsumenten

Innerhalb dieses kurzen Abschnitts befanden sich Fragen, welche sich speziell an die aus Kasachstan stammende Elena und den in Russland geborenen Igor wendeten. Es ging mir darum, zu erfahren, ob sie bereits in ihrem Herkunftsland konsumierten und ob sie Kenntnisse über dortige Therapieeinrichtungen hatten. Den Abschluss dieses Exkurses bildete die Frage, ob eine Einrichtung mit dem Schwerpunkt einer Zusammenarbeit mit osteuropäischen Patienten von ihnen bevorzugt werden würde. Zu dieser Frage führte mich zum einen meine Literatur, die besagt, dass Aussiedler es vorziehen, unter sich zu bleiben (vgl.: Srur 2005, S. 24). Zum anderen kam es zu dieser Frage, aufgrund meines Wissens über die Existenz solcher Einrichtungen.

4.4 Therapiefragebogen

Er beschäftigt sich mit der Therapieentscheidung aller interviewten Patienten und der damit einhergehenden Unterstützung. Ebenso fragte ich noch einmal nach, welche Therapieerfahrungen bereits vorhanden waren. Diese Frage galt als Übergang zu den Fragen, wie sich die Patienten in den bisherigen Einrichtungen gefühlt hat und wie sie sich in der aktuellen Einrichtung fühlten. Gekoppelt mit der Frage, ob ihnen etwas während des Therapieaufenthaltes fehle, spiegelt sich in diesen drei Fragen mein Forschungsinteresse. In diesem Bereich bekamen auch die aus Deutschland stammenden Interviewpartner Rebecca und Hermann die Möglichkeit, sich zu Einrichtungen zu äußern, deren Patientenschwerpunkt auf russischsprachigen Patienten liegt. Eine leichte Fragenveränderung ermöglichte es mir, auch die Beide zu fragen, ob sie sich in solch einer Einrichtung behandeln lassen würden.

4.5 Zukunftsfragebogen

Mit diesem Abschnitt erkundigte ich mich nach den Patientenplänen für die Zeit nach der Therapie. Für die Abschlussarbeit ist dieser kurze Fragebereich wichtig, da durch ihn eventuelle unterschiedliche kulturspezifische Ziele zwischen einheimischen Deutschen und Aussiedlern aufgezeigt werden sollen. Die Verfolgung unter-

schiedlicher Ziele wäre für die Therapiegestaltung wichtig. Der Zukunftsfragebogen enthielt abschließend eine Drei-Wünsche-Frage, welche die Patienten noch einmal zum Träumen animieren sollte.

4.6 Ergänzungsfrage

Hier hatten alle Interviewpartner die Möglichkeit, noch Themen anzusprechen, die ihnen zu kurz gekommen oder ebenfalls wichtig erschienen. Mit dieser Frage endete das offizielle Interview.

5. Der Therapeutinnen-Leitfaden

Für die Entwicklung dieses Leitfadens orientierte ich mich an dem Patienten-Leitfaden. Der Therapeutinnen-Leitfaden diente der Überprüfung, ob eventuelle unterschiedliche Therapiebedürfnisse zwischen Aussiedlern und einheimischen Deutschen durch Professionelle wahrgenommen werden und entsprechend auf sie eingegangen wird. Insgesamt ist der Therapeutinnen-Leitfaden kürzer und umfasst lediglich zehn Fragen, verteilt über fünf Bereiche.

5.1 Kurzfragebogen

An Hand dieses Frageabschnitts erhielt ich Informationen darüber, wie lang die Therapeutinnen bereits im Suchtbereich tätig waren und seit wann sie in dieser Therapieeinrichtung beschäftigt waren. Da es sich hierbei um eine Einrichtung handelte, die auch mit russischsprachigen Patienten arbeitet, kam es auch zu der Frage, was sie von Einrichtungen hielten, die ihren Patientenschwerpunkt auf Menschen mit osteuropäischem Migrationshintergrund legen. Diese Frage hielt ich für wichtig, da ich sie in abgewandelter Form auch den Patienten gestellte habe.

5.2 Fragebogen zu russischsprachigen Patienten

Hier interessierte mich, was die Therapeutinnen dazu bewegte, sich auf die Arbeit mit den russischsprachigen Patienten einzulassen. Interessant war dies für mich aufgrund dessen, dass gerade Aussiedler in meiner Literatur als sehr verschlossen beschrieben wurden (vgl.: Czycholl, S. 16). Dies führte zu der Frage, ob in der Zusammenarbeit mit dieser Patientengruppe ein spezielles Wissen notwendig ist. Im

Verlauf des Interviews entwickelte sich noch die Frage, ob die selbst russischsprachige Therapeutin einen besseren Zugang zu den Patienten verfügte.

5.3 Therapiefragebogen

In diesem Abschnitt ging es mir lediglich darum zu erfahren, ob während der Therapiezeit zwischen den beiden Patientengruppen gravierende Unterschiede erkennbar werden. Basis für diese Frage waren neben den Literaturhinweisen auch die Patienteninterviews, welche selbst von Verschwiegenheit und Rückzug in die Gruppe berichteten.

5.4 Zukunftsfragebogen

Hier befragte ich beide Therapeutinnen zu ihren Einschätzungen bezüglich der individuellen Patientenzukunft. Ich überprüfte, ob sie einheimische Deutsche und Aussiedler in deren Zukunftsplanung unterschiedlich wahrnahmen. Um keinen Patienten bloßzustellen, formulierte ich diese Frage allgemein und beispiellos. Die Drei-Wünsche-Frage bezog ich in diesem Interview auf die Arbeit im Suchtbereich und schloss hier auch Wünsche für Patienten ein.

5.5 Ergänzungsfrage

Mit ihr gab ich auch den Therapeutinnen noch einmal die Möglichkeit, sich ergänzend zu äußern und das Interview auf diese Weise zu beenden.

6. Darstellung der Untersuchung

Der datenerhebenden Untersuchung in der Therapieeinrichtung ging ein Probe-Interview voraus, in welchem es unter anderem darum ging, den flüssigen Übergang der Fragen zu überprüfen. Auf diese Weise wollte ich sicherstellen, dass meine Interviewpartner in ihrem Erzählfluss bleiben konnten. Im Rahmen der anschließenden Reflexion ergab es sich, dass eine Umordnung der Fragen diesen Erzählfluss fördern würde (vgl.: Schmidt-Grunert 2004, S. 49). Ich konnte durch dieses Interview einen Zeitrahmen von maximal 60 Minuten pro Interview festlegen.

Innerhalb der Therapieeinrichtung nutzte ich einen Gruppenraum für die Einzelinterviews. Lediglich mit den Therapeutinnen führte ich aus Zeitgründen ein

Doppelinterview. Alle Interviewteilnehmer waren bereits volljährig und freiwillig zu den Interviews erschienen. Vor Gesprächsbeginn erklärte ich dem jeweiligen Interviewpartner noch einmal den Grund des Interviews und bedankte mich für seine Teilnahme. Ich versicherte mich, dass alle Interviewpartner damit einverstanden waren, dass das Gesagte auf Tonband festgehalten und für diese Arbeit verwendet werden durfte (vgl.: Schmidt-Grünert, S. 49). Zusätzlich beantwortete ich noch offene Fragen. Alle Interviews wurden auf Deutsch geführt. Dies klappte recht gut und bei Verständnisproblemen jeglicher Art wurden Nachfragen gestellt.

Die Gespräche verliefen in guter Atmosphäre und gestalteten sich recht individuell. Bezüglich des Erzählflusses erlebte ich die Interviewpartner sehr unterschiedlich. Ein Interviewpartner nutzte die Zeit, um sehr detailliert aus seinem Leben zu berichten. Grundsätzlich konnte ich in den Interviews feststellen, dass es den Frauen leichter fiel, meine Fragen punktgenau zu beantworten. Es fiel mir auf, dass die Frage nach den drei Wünschen eines jeden Interviewpartners einen guten Abschluss bildete. Sie verdeutlichte noch einmal die theoretisch erarbeitete Wichtigkeit der Herkunftsfamilie und die Belastung durch die Suchterkrankung aufseiten der Aussiedler (vgl.: Schnepp, S. 89).

„Int.: Ja. Wenn Du drei Wünsche frei hättest, was würdest Du Dir wünschen?“

E.: Besserer Kontakt zu meinen Eltern, Drogenfreies Leben meine eigene Familie. Das ich meine eigene Familie haben kann.“

(zit.: Interview Elena, S. 6, Zeile 187-189)

Herausragend im Bezug auf die Familie war, dass lediglich Elena und Igor Wünsche für sich und ihre Herkunftsfamilien hatten. Sowohl Rebecca als auch Hermann wünschten sich diesbezüglich eher etwas für sich und ihre eigene Familie.

„Int.: Das ist auch die Abschlussfrage. Stell Dir vor, Du hast drei Wünsche frei. Was wäre das?“

H.: Glücklich sein, drogenfrei und was ist der dritte Wunsch? Drogenfrei.....Also, ich sag` mal so, drogenfrei, Beziehung alles super läuft. Mit ihr das erst jetzt auch schaffen. (...)“

(zit.: Interview Hermann, S. 16, Zeile 503-506)

„Int.: (...)Wenn Du drei Wünsche frei hättest. Was würdest Du Dir wünschen?

R.: Drei Wünsche? Ja, meine Kinder alle zu haben. Ja einfach `n zufriedenes Leben zu führen ne.“

(zit.: Interview Rebecca, S. 7, Zeile 194-197)

Grundsätzlich äußerten sich Elena und Igor weniger über ihre Partnerschaft. Umso deutlicher fiel mir auf, dass Hermann das Interview nutzte, um seine positiven Eigenschaften darzustellen. Um diese zu unterstreichen, erwähnte er recht häufig Rebeccas vermeintliche Schwächen.

„(...)Seit zwölf Jahren lehnt die sich auf mich zurück. Ich hab`....wenn sie Sachen nicht gemacht hat, hab` ich dat an mir gerissen. Dann Sachen selber gemacht, dann is` es erledigt. (...)Ich bin `n Typ, ich hab` grade Linien. Es gibt Sachen, die müssen erledigt werden. Und sie schleift da `n bißchen. (...)“

(zit.: Interview Hermann, S. 10 Zeile 300-307)

Ursprünglich dachte ich, dass sich Interviews mit Frauen schwieriger gestalteten als mit Männern. Es stellte sich jedoch so dar, dass sich mit Rebecca und Elena eher eine Gesprächsatmosphäre ergab. Es herrschte eine geringere Distanz zwischen uns und ich erhielt einen besseren Einblick in ihr Leben. Beide zeigten mir, dass sie auf den zukunftsrelevanten Gebieten Berufstätigkeit und Familie unsicher waren.

Auch das Interview mit den beiden Therapeutinnen gestaltete sich als unkompliziert und lieferte mir bereits vor Ort Informationen, die ich für die Ausarbeitung der Patienteninterviews einsetzen konnte. Trotz des Doppelinterviews war es beiden Therapeutinnen möglich, die Fragen individuell zu beantworten und sich nur an wenigen Stellen zu ergänzen. Die gleichzeitige Beantwortung ermöglichte es mir, die Antworten auch in Bezug auf die Patienteninterviews vergleichbarer zu machen.

Letztendlich transkribierte ich alle Interviews am Computer. Alle Transkripte befinden sich im Anhang dieser Abschlussarbeit.

7. Darstellung des Auswertungsinstruments

Um das Interviewmaterial effektiv nutzen zu können, wendete ich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring an (vgl.: Mayring, 2010). Da sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring unterschiedlich gestalten lässt, entschied ich mich für die Form der Zusammenfassung (vgl.: Mayring, S. 67 ff.). Diese Form ermöglichte mir eine systematische Bearbeitung der Interviews und macht Vergleichbarkeit dieser untereinander möglich. Die Kategorienbildung ermöglichte es Außenstehenden zusätzlich, den Analysevorgang nachzuvollziehen (Mayring, S. 49). Bezüglich der Kategorienbildung wählte ich die Form der induktiven Kategorienbildung, da an Hand dieser Kategorien Generalisierungen vorgenommen werden sollen (vgl.: Mayring, S. 83). Bei der Auswertung trennte ich jedoch zwischen Patienteninterviews und dem Therapeutinnen-Interview. Auf diese Weise war der Wahrnehmungsvergleich zwischen Patienten und Therapeutinnen möglich.

Alle vorliegenden Interviews wurden nach dem Schema der Paraphrasierung, der Generalisierung und der Reduktion überarbeitet (Mayring, S. 70). Sie lieferten die Grundlage für folgende Kategorienbildung:

Erster Kontakt mit Drogen

Einheimische Deutsche

Aussiedler

Abhängigkeitsverlauf

Einheimische Deutsche

Aussiedler

Bisherige Therapie-Erfahrungen

Einheimische Deutsche

Aussiedler

Denken über Einrichtungen mit Zielgruppe aus Osteuropa

Einheimische Deutsche

Aussiedler

Wünsche für die aktuelle Therapie

Einheimische Deutsche

Aussiedler

Zukunftsplanung

Einheimische Deutsche

Aussiedler

Diese Kategorien finden sich, angepasst an den jeweiligen Gesprächsverlauf, in den einzelnen Frageblöcken wieder.

Das Therapeutinnen-Interview kategorisierte ich wie folgt:

- Denken über Einrichtungen mit der Zielgruppe aus Osteuropa
- Unterschiede zwischen einheimischen Deutschen und Aussiedlern

Die Inhalte dieser beiden Kategorien konnten mit den Inhalten der sechs Patientenkategorien verglichen werden.

In der Paraphrasierungsphase kürzte ich ausgewählte Textstellen so, dass nur noch die wichtige Aussage übrig blieb. Dabei schaffte ich zwischen den unterschiedlichen Sprachstilen der Interviewpartner ein einheitliches Niveau (vgl.: Mayring, S. 69). Es folgte die Phase der Generalisierung. In ihr verallgemeinerte ich Aussagen, wenn sie zu individuell waren. Aussagen, die bereits allgemein klangen, wurden von mir unverändert gelassen. In der Phase der Reduktion begann ich generalisierte Aussagen auf ihre Häufigkeit zu prüfen. Kamen sie mehrfach vor, reduzierte ich sie auf eine Aussage. Auf diese Weise entstanden Paraphrasen, die sich über die kompletten Interviews verteilten und welche ich nun den gebildeten Kategorien zuordnete (vgl.: Mayring, S. 69). Es galt dabei auch für diese Paraphrasen erneut eine allgemeine Aussage zu treffen. Abschließend überprüfte ich, ob die neu erstellten Aussagen, noch dieselben Aussagen wie meine Interviews in sich trugen (vgl.: Mayring, S. 69). Da es sich um keine große Menge an Auswertungsmaterial handelte, genügte der einmalige Durchlauf dieser Arbeitsschritte.

8. Darstellung und Analyse des ausgewählten Forschungsmaterials

Grundsätzlich möchte ich an dieser Stelle festhalten, dass ich das Forschungsmaterial in der kompletten Abschlussarbeit sprachlich unverändert gelassen habe. Auf diese Weise möchte ich die Authentizität aufrecht erhalten, auch wenn sich der Lesestil dadurch etwas erschwert. Ich behalte die Namensnennung weiterhin bei, um eine bessere Übersicht zu schaffen. An Hand der Inhaltsanalyse kann ich nun die Interviews wie folgt darstellen und analysieren:

Alle Patienten rauchen mittlerweile. Rebecca rauchte ihre erste Zigarette als sie zehn Jahre alt war. Igor begann das Rauchen erst mit dem Heroinkonsum in dem recht späten Alter von 24 Jahren. Auch der Konsum von Cannabis gehörte bei allen Befragten, bis auf Igor, zu den Einstiegsdrogen und wurde bis zu Beginn der

Therapie konsumiert. Interessant für die Abschlussarbeit ist der erste Heroinkonsum. Während Elena mit ihrem Heroinkonsum bereits im Alter von 16 Jahren begann, nahm Igor erst im Alter von 24 Jahren Drogen. Vorher lebte er völlig drogenfrei. Rebecca und Hermann lag bezüglich des Alters näher zusammen. Sie war bereits 19 Jahre alt und aus der Pubertät raus und er war ebenfalls schon 21 Jahre. Mit Blick auf diese Angaben wird erkennbar, dass es zu Unterschieden zwischen einheimischen Deutschen und Aussiedlern im Bezug auf den Drogenkonsum kommen kann. Im Bezug auf ihren Beginn des Heroinkonsums unterscheiden sich die vier Patienten recht deutlich, auch aufgrund der Migration. So kann gesagt werden, dass Elena drei Jahre hier lebte bevor sie den Heroinkonsum begann. Sie begann eine Berufsausbildung und schloss diese auch ab. Nimmt man nun die Teilhabe am Arbeitsleben als Maßstab für die Messung von Unterschieden im Konsumbeginn so wird deutlich, dass sich Igor vier Jahre um eine berufliche Integration bemühte, daran scheiterte und den Drogenkonsum aufnahm. Rebecca und Hermann verfügen jeweils über einen Hauptschulabschluss und versuchten über sechs bzw. acht Jahre hinweg an dem Arbeitsmarkt teilnehmen zu können. Eine kontinuierliche Teilhabe war ihnen jedoch aufgrund des Drogenkonsums nicht möglich.

Alle vier Befragten hatten den ersten Kontakt zu Drogen in der Peer-Group. Es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass lediglich das Migrationserlebnis und mangelnder Kontakt zur Mehrheitsgesellschaft zu einer Drogenabhängigkeit führt (Czycholl, S. 14). Wären dies Gründe für den Beginn der Drogenkarriere, so hätten lediglich Elena und Igor die Peer-Group als Ausgangspunkt für ihren Drogenkonsum angegeben.

Alle vier Befragten verfügen über vorherige Therapie-Erfahrung. Jedoch kann lediglich Igor von einer erfolgreich abgeschlossenen Therapie und einer längeren drogenfreien Zeit berichten. Er war es auch, der mir während des Interviews am diszipliniertesten erschien und sehr distanziert auftrat. Mein Eindruck wurde nachträglich durch die Aussage einer Therapeutin bestätigt:

„(...)Du hast ja vorhin schon gesagt, der I. hat viel sachlicher erzählt als der H. Also männliche Russlanddeutsche sind sich über ihre Gefühlswelt oft auch gar nicht so

bewusst. Die funktionieren so, meiner Erfahrung nach. Und dementsprechend ist es schon eher so, dass sie auch in Gruppen sehr viel verschlossener sind.(...)“

(zit.: Interview Therapeutinnen, S. 4, Zeile 98-101)

Durch Literaturhinweise wurde diese Distanzierung und Sachlichkeit Fremden gegenüber bereits beschrieben. Diese anerzogene Disziplin und die angeführte Distanz zu seinen Gefühlen waren es vermutlich auch, die ihn durch den Therapieaufenthalt gebracht haben und für die anschließende Drogenfreiheit sorgte. Die Frage, ob Alkohol als Droge zu werten sei, und Igers Aussage, dass nicht Heroin sondern Alkohol sein Problem sei, verleitete mich jedoch zu der Annahme, dass er in dieser Zeit einfach mehr Alkohol trank. Alkohol sei es auch, der ihn immer wieder zu Heroin führe.

Bezüglich der Therapieabbrüche sahen lediglich Elena und Rebecca die Gründe bei sich. Die ersten Therapieerfahrungen waren noch zu neu für sie und sie fühlten sich noch nicht soweit, auf die Veränderung des Lebens einzugehen. Hermann sah die Ursache für seine Abbrüche eher in den Rahmenbedingungen der jeweiligen Therapieeinrichtung. Lediglich er und Elena gaben im Interview an, aufgrund der bisherigen Therapieerfahrung ihre Problembereiche mittlerweile zu kennen und zu wissen, an welchen Punkten sie arbeiten müssen. Allerdings berichteten auch nur sie von zeitweiligen Abbruchgedanken. Es bleibt fraglich, ob sich Igor und Rebecca nun weniger mit ihren Problematiken auseinandersetzen und die Therapie daher weniger ernst nehmen. Fest steht, dass die bisherigen Therapien die Charaktere der Einzelnen verändert haben und sie ihre gewonnen Erkenntnisse in der aktuellen Therapie einsetzen können.

„Int.: (...)Wie hast Du Dich in diesen Einrichtungen gefühlt? Wie war es da für Dich?

E: Okay, da war ich noch....also normal. Da war ich bloß noch jünger und vom Charakter auch ganz anders.(...)

(...)

E.: Genau. Da war ich aggressiv. Das kann man mit der jetzigen Therapie gar nicht vergleichen.“

(zit.: Interview Elena, S. 4, Zeile 117-125)

„(...)Also man kann sich auf jeden Fall was mitnehmen. Also, das auf jeden Fall ne also. Und das merk ich auch immer mehr und auch jetzt hier. S.B., ich hab mich entwickelt....und ich hab mich auch besser auf den richtigen Weg entwickelt.(...)“
(zit.: Interview Hermann, S. 13, Zeile 406-409)

Auch wenn russlanddeutsche Patienten, speziell die männlichen, verschlossener sind und es ihnen schwerer fällt, den Zugang zu ihren Gefühlen zu finden, nehmen auch die Therapeutinnen eine Weiterentwicklungen und Veränderungen in ihnen wahr. Die Entwicklungen sind dabei jedoch eher am Individuum und an der Therapieanzahl festzumachen, als an einem vorhandenen oder nicht-vorhandenen Migrationshintergrund. Aus jeder Therapieerfahrung nimmt der betroffene Patient etwas für die Zukunft mit und kann es für seine Lebensgestaltung nutzen.

Positiv hervorzuheben ist, dass sich in der aktuellen Therapieeinrichtung alle befragten Patienten wohlfühlten. Unterschiede wurden erst wieder deutlich, als es darum ging, zu erfahren, was sie während des Aufenthaltes vermissten. Jedem mangelte es an entgegengebrachter Aufmerksamkeit und Gesprächen. Hier ergaben sich allerdings Unterschiede. Elena wünschte sich die Aufmerksamkeit und die Gespräche von den Therapeutinnen. Igor wünschte sich hierfür einen Mitpatienten, der ebenfalls in Kasachstan aufgewachsen war und seine Lebensgeschichte aufgrund dessen nachvollziehen konnte. Mit ihm könnte er sich dann auch in der Muttersprache unterhalten. Leider besteht darin wieder die Gefahr der Abgrenzung, welche er selbst nicht gut findet. Rebecca wünschte sich eine Person, der sie ihre Sorgen und Gedanken während des Therapieaufenthaltes anvertrauen kann. Hermann kam dafür wohl nicht in Frage, denn ihn erwähnte sie überhaupt nicht. Sie wiederum spielte die größte Rolle bei ihm. Er vermisste Zweisamkeit mit ihr und empfand es als anstrengend, ständig so viele Menschen um sich zu haben. Aufgrund der im Interview erhaltenen Informationen vermutete ich jedoch, dass er diese Zeit lediglich für Vorwürfe und Bevormundungen nutzen würde. Darin konnte ich auch eine Erklärung dafür finden, dass der Wunsch nach mehr Zweisamkeit nicht Bestandteil von Rebeccas Aussagen war. Diese hatte eher den Wunsch, wieder mehr Selbstbewusstsein zu erhalten, um sich ihrem Partner auch mal entgegenstellen zu können. Wie bereits erwähnt, fehlten Hermann allerdings am meisten die therapeutischen Einzelgespräche, um an sich zu arbeiten.

Es kam zu einem erstaunlichen Meinungsunterschied im Bezug auf Einrichtungen, deren Zielgruppe aus dem russischsprachigen Raum kommt. Grundlage einer solchen Einrichtung bilden Therapeutinnen mit russischen Sprachkenntnissen und entsprechenden Kenntnissen über die russische Kultur. Im günstigsten Fall verfügen die Therapeutinnen über eine eigene Migrationgeschichte. Es waren sich alle Patienten einig darüber, dass sich russischsprachige Patienten in kulturell gemischten Einrichtungen zu sehr abgrenzen und sich somit der Integration entziehen.

„(...)müssen lernen uns zu integrieren. Weil auch die ganze Zeit, wir ziehen uns sonst zurück, draußen, auch im Knast, überall. Und wir sind unter uns.(...)“

(zit.: Interview Igor, S. 5, Zeile 134-136)

Dieser Feststellung stimmten auch die Therapeutinnen zu und sahen in Einrichtungen solcher Art keinen Integrationsgewinn für die Patienten. Trotzdem waren sich sowohl Patienten als auch Therapeutinnen darüber einig, dass sich Einrichtungen mit einem sprachlichen Schwerpunkt besonders für Drogenabhängige eignen, welche die deutsche Sprache noch nicht so gut beherrschen. Sie hätten auf diese Weise die Möglichkeit, in der Muttersprache über ihre Probleme zu sprechen und einen Zugang zum Therapiebereich zu finden.

„(...)Ich find`s gut, auf der Ebene das es den Patienten und den ihren Therapeuten einen leichteren Zugang zu dem eigenen Thema ermöglicht. (...)“

(zit.: Interview Therapeutinnen, S. 2, Zeile 40-41)

Des Weiteren treffen neue Patienten in solchen spezialisierten Einrichtungen auf eine vertraute Peer-Group, die ihnen den Aufenthalt erleichtert. In der Patientengruppe kritisierten sowohl Hermann als auch Rebecca das abgrenzende Gruppenverhalten von russischsprachigen Patienten. Sie erklärten sich jedoch eher dazu bereit, in eine Einrichtung zu gehen, deren Patientenschaft hauptsächlich russisch spricht. Diese Zustimmung äußerte sich allerdings eher in einer Bewunderungsform bezüglich des Umgangs der russischsprachigen Patienten untereinander.

„(...)Die halten da richtig....auch im Knast hab` ich dat so erlebt, wenn da einer einfährt, jetzt sag ich ne, der kriegt sofort Nudeln alles. Obwohl sie den kennen oder nicht. Dat schätz ich ja so ne. Also, ich find das auf jeden Fall in Ordnung ne wie gesagt, von denen kann man auch einiges lernen.(...)“

(zit.: Interview Hermann, S. 14, Zeile 448-451)

Gleichzeitig unterstellte Hermann diesen Gruppen allerdings auch, dass sie eine Eigendynamik entwickeln und Hausregeln brechen. Aufgrund dieser separierenden Verhaltensweisen möchten weder Elena noch Igor in solch eine Einrichtung. Sie möchten, dass bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung mehr auf das Therapieprogramm und das Essensangebot für muslimische Patienten geachtet wird als auf ihre nationale Herkunft. Für Igor kann sich dadurch den Wunsch nach mehr Integration und Verbundenheit ausdrücken. Elena wiederum fühlt sich bereits dazugehörig und nimmt lieber Rücksicht auf Menschen, die sich nicht nur sprachlich von der Mehrheitsgesellschaft unterscheiden.

Anfänglich gibt es in der Zukunftsplanung zwischen den vier Interviewpartnern keine Unterschiede. Jeder Befragte möchte sich in eine Anschlussbehandlung begeben und hat sich darum auch schon gekümmert. In diesem Punkt kann somit bei allen Beteiligten eine Zielstrebigkeit erkannt werden. Bis auf Elena sprachen alle Patienten entspannt über ihre Zukunft. Elena war anzumerken, dass sie sich um die Planung sorgte. Im Gegensatz zu Igor hatte sie bereits einen recht klaren Berufsanspruch. Es ist davon auszugehen, dass dies auch an ihren bisherigen Berufserfahrungen liegt. Eine unklare Vorstellung über seine Zukunft hatte auch Hermann. Er will er ein Praktikum machen. Allerdings wird er in der dafür ausgewählten Stadt stets rückfällig. Zusätzlich ist Rebecca schwanger, was ihn dazu animiert, eine eigene Wohnung zu beziehen und sich nicht in einer Adaptionseinrichtung niederzulassen. Größtenteils drehte sich seine Zukunftsplanung um Rebecca und die Kinder. Ein drogenfreies Leben würde er sich dafür wünschen. Bezüglich der Adaption sprach Rebecca auch noch von einem „Wir“. Die Planung der gemeinsamen Anschlussbehandlung wurde von ihr allerdings nicht so kräftig dargestellt wie ihr Ziel, wieder zu mehr Selbstbewusstsein zu gelangen.

„(...)Int.: Wie stellst Du Dir sonst Deine weitere Zukunft vor?

R.: Mh ja, persönlich das ich schon an mir arbeite. Selbstbewußter werde, beziehungsmässig öfter mal meine Meinung sage....Ja, vielleicht wieder so zu werden wie früher ne.

Int.: Vor den Drogen? Oder welches Früher meinst Du?

R.: Ja, wo ich mir noch nicht alles hab` sagen lassen so ne. Das ich nicht immer zurückgesteckt hab. Das ich dann auch mal meine Wünsche äußere und die dann auch mal durchbringe ne. Und nicht immer, zum Beispiel den Partner nicht zu verletzen, alles so mache, wie er das haben will. Ich denke mal, auf Dauer bleibe ich da auf der Strecke.(...)“

(zit.: Interview Rebecca, S. 6, Zeile 185-193)

Während Igor's berufliche Planung eher noch unklar ist und es ihm mehr um seine persönliche Freiheit geht, hat Elena bereits genau Vorstellungen. Sie möchte über ein Praktikum in den Einzelhandel zurück, allerdings nicht an die Kasse. Daraus soll ein sicherer Arbeitsplatz werden, der es ihr ermöglicht das Leben von Grund auf neu zu gestalten und eine eigene Familie zu gründen. Ein Weg, mit ihren Problemen und Gefühlen zurechtzukommen, wäre für sie eine gute Basis für ein drogenfreies Leben. Der Blick in eine drogenfreie Zukunft löste in Igor dafür eher eine leichte Angst aus:

Ja, glaub` ich schon, aber das ist so eine Sache. Ja, so zur Zeit noch nicht aber es ist wie gesagt, besser ist. Gucken, fünf Jahren was passiert ist. Heute ist gut ohne Drogen. Nächsten Tag auch. Aber es ist schwer, weil Du denkst ja: "Du willst jetzt Rest Deines Leben nix konsumieren." Keinen Alkohol trinken oder so was. Ja, das ist schlimm.

(zit.: Interview Igor, S. 6, Zeile 161-164)

Aus Therapeutinnensicht ist auch die Zukunftsplanung wieder individuell und nicht kulturspezifisch zu betrachten. Es schließt sich hier der Kreis zu der anfänglichen Erwähnung, dass für den Erfolg nicht die kulturelle Herkunft sondern die persönliche Realität und Zielstrebigkeit eine Rolle spielt. In den meisten Fällen sind hierfür mehrere Therapie-Anläufe notwendig.

Im Bezug auf russischstämmige Männer halten sie es jedoch für notwendig, die Therapiezeit dafür zu nutzen, den Männern ihre Position in der Herkunftsfamilie aufzuzeigen und sie bei einer angestrebten Veränderung dieser Position zu unterstützen. Diese veränderte Familienkonstellation soll sie besser vor aufkommenden Schuldgefühlen und damit einhergehender Rückfälligkeit schützen.

Im Rahmen der drei Wünsche ging es bei Hermann vorrangig um ein drogenfreies Leben, im Anschluss um seine Beziehung mit Rebecca. Am ausdrücktesten brachte er jedoch den Wunsch nach Gesundheit hervor. Bei Rebecca und Elena spielte die Familiengründung auch eine Rolle. Rebecca bezog sich dabei jedoch nur auf ihre Kinder und ließ ihren Partner außen vor. In dieser abschließenden Frage kann die Herkunftsfamilie noch einmal zu Unterschieden führen. Lediglich Igor und Elena äußerten Wünsche, die in Verbindung mit der Herkunftsfamilie standen. Hermann und Rebecca erwähnten diese gar nicht. Auf diese Weise wird durch Igor und Elena noch einmal verdeutlicht, dass in ihrem Kulturkreis der Familie eine weitaus größere Bedeutung zukommt als in der hiesigen Mehrheitskultur.

9. Schlussfolgerungen

Rückblickend komme ich zu dem Schlussgedanken, dass die Bedürfnisse von Aussiedlern und einheimischen Deutschen während der Therapiezeit nicht großartig voneinander abweichen und sich die unterschiedliche Sozialisation nicht auf diese aufwirkt. Beiden Patientengruppen ist es ein Bedürfnis, die Therapie mit mehr Gesprächen zu gestalten. Diese möchten sie sowohl mit den Therapeuten, als auch mit anderen Patienten führen.

Es ist nachvollziehbar, dass bei russischsprachig aufgewachsenen Patienten der Wunsch nach gleichsprachigen Patienten mit vergleichbaren Lebensgeschichten besteht. Bei ihnen können sie ihre Gefühle in der Muttersprache aufarbeiten und in nachfolgenden therapeutischen Gesprächen besser darlegen. Patienten, welche die gleiche Sozialisation erfahren haben, können Verhaltensweisen und Lebensgeschichten besser nachvollziehen. Sie bilden als Peer-Group vorübergehend einen Familienersatz. Den Wunsch nach einer empathischen Mitpatientin, hatte die deutsche Patientin ebenfalls. Daraus ist zu schlussfolgern, dass der Austausch mit anderen Patienten auch unter einheimischen Deutschen ein wichtiger Therapiebestandteil ist und nicht von der Sozialisation abhängt.

Anhand der Interviews stellte ich fest, dass die Bedürfnisse und somit auch die Erfahrungen der Patienten sich ähnelten. Es besteht in beiden Patientengruppen aufgrund der Therapieerfahrungen das Bedürfnis nach Menschen, an denen sie sich in schwierigen Phasen orientieren können.

Während des Interviews bemerkte ich vonseiten des russischen Patienten eine Skepsis, die er mir als Fremde entgegengebracht, da ich mich für seinen Lebenslauf interessierte. Ich kann mir gut vorstellen, dass dieses Gespräch mit weniger Skepsis und mehr Offenheit stattgefunden hätte, wenn es auf Russisch geführt worden wäre. Sprache verbindet und schafft eine gemeinsame Basis.

Das eine Sympathie bestehen muss, um jemandem seine Lebensgeschichte zu erzählen und mehr als ein Interview zu führen, erlebte ich in zwei anderen Interviews. Diese Sympathie ist jedoch nicht kulturell festzumachen, sondern individuell.

Für die therapeutische Zusammenarbeit kann es vorteilhaft sein, wenn sich der Therapeut mit der Kultur des Patienten auskennt. Im günstigsten Fall hat er selbst einen vergleichbaren Migrationshintergrund. Natürlich erleichtert es den Kontakt zwischen Therapeut und Patient, wenn die russische Sprache in dieser Beziehung zugelassen wird, aber ihr Einsatz ist nicht die Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

„(...)Und hab` den Patienten durchaus zugesprochen, wenn die irgendwo stocken und gefühlsmässig irgendwo nicht weiterwissen, dass die durchaus zwischendurch was in Russisch erläutern dürfen. Das es vollkommen in Ordnung ist. Und das hat meiner Erfahrung nach aber auch wirklich das Eis geschmolzen, so dass es erst mal ein paar Sätze in Russisch gab und dann sind wir automatisch auch ins Deutsche übergegangen.(...)“

(zit.: Interview Therapeutinnen, S. 4, Zeile 122-127)

Die andersartige Sozialisation der Aussiedler darf jedoch nicht ganz ausgeblendet werden, besonders im Bezug auf die Herkunftsfamilie. Wie ausreichend dargestellt wurde, spielt diese eine große Rolle im Leben der immigrierten Patienten und benötigt eine therapeutisch rücksichtsvolle Thematisierung. Hier muss mehr mit der Familie als gegen diese gearbeitet werden. Eine Zusammenarbeit mit ihr kann bereits vor Therapieantritt beginnen. Sie erfolgt durch die Beratungsstellen, deshalb wurde darauf nicht näher eingegangen. Allerdings ist auch hier noch einmal die Rolle der Mutter zu erwähnen, die sich neben dem Vater als die Familienverantwortliche um das Wohlergehen aller Familienmitglieder zu kümmern hat.

„(...)Die Mama, die ist heilig und da muss man alles Gute für tun. Die hat uns auferzogen und die hat alles getan. Also müssen wir das auch so zurückgeben.(...)“

(zit.: Interview Therapeutinnen, S. 9, Zeile 267-268)

Sowohl Patienten als auch Therapeutinnen wünschen sich mehr Zeit und Aufmerksamkeit für die Therapie. Dies könnte nach Auskunft der Therapeutinnen durch eine Verringerung der Patientenbetten in Therapieeinrichtungen umgesetzt werden. Alternativ wäre die personelle Vergrößerung des Therapeutenteams denkbar. Auf diese Art könnten alle Beteiligten erfolgreich arbeiten.

10. Literaturverzeichnis

- Czycholl, Dietmar (2002): Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe. In: Barth, Wolfgang; Schubert, Christine (Hrsg.): Migration-Sucht-Hilfe; Nürnberg: emwe-Verlag, S. 11-20
- Dietz, Barbara (2001): Zum Lebenskontext jugendlicher Aussiedler. In: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (Hrsg.): Sucht und Migration: Suchtprävention- und arbeit aus der GUS; Dokumentation des Dritten Bayerischen Forums Suchtprävention für Gesundheit in Bayern e.V.; Leitershofen bei Augsburg: 19. - 21. November 2001, München, 2002, S. 14-23
- Dilling, Horst et. al. (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10 Kapitel V (F) (S. 107-124). Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber-Verlag
- Ehrhardt, Angelika (2011): Peer-Group. In: Deutsch Deutscher Verein für öffentliche Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 637
- Elmar, Ehrhardt et. al. (1993): Drogen und Kriminalität, Bundeskriminalamt Wiesbaden (ohne Verlag) S. 48-55
- Fischer, Martina et. al (2003): Junge polytoxikomane Spätaussiedler in der Entwöhnungsbehandlung. In: Molter, Haja; Gisela Osterhold (Hrsg.): Systemische Suchttherapie: Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage Heidelberg: Asanger, S. 161-185
- Henze-Iber, Almut (2002): Spätaussiedler in Deutschland - Existenz zwischen zwei Welten. In: Klinik Brilon-Wald (Hrsg.): Migration und Sucht: Fachtagung in der Klinik Brilon-Wald Brilon, S. 19-34
- Köhler, Paul-Michael (1998): Ambulant, teilstationär, stationär – individuelle Wege in einem offenen System. In: Fachverbund Sucht e.V.: Suchttherapie unter Kostendruck – Entwicklung und Perspektiven, Geesthacht: Neuland, S. 187-191
- Martens, Marcus-Sebastian et. al. (2010): In: Ambulante Suchthilfe in Hamburg – Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdokumentation BADO e.V. (Hrsg.) Elmshorn: PreMEDIA GmbH

- Müller, Robert (2006): Polizeiliches Lagebild zur Kriminalität von Deutschen mit dem Migrationshintergrund „Aussiedler“, Hamburg: Landeskriminalamt Hamburg, LKA 11
- Osterloh, Kay (2002): Arbeit mit illegalen Suchtmittel konsumierenden MigrantInnen aus der GUS am Beispiel der mudra Drogenhilfe Nürnberg. In: Barth, Wolfgang; Schubert, Christine (Hrsg.): Migration-Sucht-Hilfe; Nürnberg: emwe-Verlag, S. 43-58
- Pfeiffer, Wolfgang (1995): Ambulantes Behandlungssetting zur Motivierung von Alkoholikern. In: Fleischmann, Heribert, Klein, Helmfried F. (Hrsg.): Behandlungsmotivation, Motivationsbehandlung – Suchtkranke im Psychiatrischen Krankenhaus, Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 58-72
- Schürmann, Alice (2007): Aussiedler mit Suchterkrankung – Ursachen und Wirkung, Saarbrücken: VDM-Verlag
- Srur, Nadya et. al. (2005): Streetwork und Case Management in der Suchthilfe für Aussiedlerjugendliche. Oldenburg: (BIS)-Verlag
- Stascheit, Ulrich (2008): Gesetze für Sozialberufe, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Strobl, Rainer; Kühnel, Wolfgang (2000): Dazugehörig und ausgegrenzt – Analysen zu Integrationschancen junger Aussiedler, Weinheim und München: Juventa Verlag
- Tillmann, Klaus-Jürgen (2007): Sozialisationstheorien – Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung; Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie
- Van Treeck, Bernhard (2004): Drogen- und Suchtlexikon – überarbeitete und erweiterte Ausgabe, Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf

11. Quellenverzeichnis Internet

- www.aegd.ch/01deutsch/pdf_de/Fakten_zu_Heroin.pdf, Stand: 29.11.2011
- www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Entwoehnungsbehandlung, Stand: 20.10.2011
- http://www.drogenhilfe.eu/dokumentation/EBIS_Statistik.pdf, Stand: 13.12.2011
- www.duden.de, Stand: 10.01.2012
- www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine/de, Stand: 12.01.2012

- www.jugend-hilft-jugend.de, Stand: 28.09.2011
- www.opioidforum.com/oi/dam.htm, Stand: 01.12.2011
- <http://www.zitate.de/db/ergebnisse.php?sz=3&stichwort=&kategorie=Zukunft&autor>, Stand: 05.01.2012

12. Tabellen- und Bilderverzeichnis

- Abb. 1: Polizeiliches Lagebild zur Kriminalität von Deutschen mit dem Migrationshintergrund „Aussiedler“, Müller (2006), S. 39
- Abb. 2: www.emcdda.europa.eu, Stand: 12.01. 2012
- Abb. 3: Drogen- und Suchtlexikon, van Treeck (2004), S. 145
- Abb. 4: www.opioidforum.com, Stand: 01.12.2011
- Abb. 5: Sozialisierungstheorien, Tillmann (2007), S. 211
- Abb. 6: Polizeiliches Lagebild zur Kriminalität von Deutschen mit dem Migrationshintergrund „Aussiedler“, Müller (2006), S. 17
- Abb. 7: Bado Statusbericht (2010), S. 32
- Abb. 8: Bado Statusbericht (2010), S. 31
- Abb. 9: EBIS-Statistik (2010), S. 60

Anhang

1. Patienten-Leitfaden

Allgemeiner Kurzfragebogen:

- Wo bist Du aufgewachsen? / Wie lang lebst Du schon in Deutschland?
- Wie alt bist Du?
- Welchen Schulabschluss hast Du?
- Hast Du eine Berufsausbildung?

Kernfragebogen:

- Wie war Deine Wohnsituation bevor Du die Therapie begonnen hast? Wie hast Du es empfunden so zu wohnen? **(Nachfrage)**
- Wann hast Du mit Drogen angefangen? Hast Du von selbst mit den Drogen begonnen oder entstand der erste Kontakt im Freundeskreis? **(Nachfrage)**
- Bist Du trotz Deines Drogenkonsums noch arbeiten gegangen?
- Welche Drogen hast Du genommen und wie lang hast Du sie konsumiert?
- In welcher Situation hast Du Drogen genommen?
- Hast Du bereits Therapieerfahrung?
- Was hat Dich bewegt, diese Therapie zu machen?
- Wie lang bist Du schon in Therapie? Wie sind Deine Erfahrungen hier? **(Nachfrage)**
- Wie geht es Dir hier?

Schwerpunkt osteuropäische Konsumenten:

- Hast Du bereits in Deinem Herkunftsland konsumiert?
- Gibt es in Deinem Herkunftsland auch Möglichkeiten der Therapie?
- Fühlst Du Dich in einer Therapieeinrichtung, in welcher Deine nationale Herkunft eine Rolle spielt, wohl?

Allgemeiner Therapiefragebogen:

- Wer hat Dich bei der Suche nach einer geeigneten Therapieeinrichtung unterstützt?

- Welche Therapieerfahrung hast Du bereits?
- Wie hast Du Dich in den bisherigen Einrichtungen gefühlt?
- Wie geht es Dir hier während der Therapie?
- Fehlt Dir etwas während des Aufenthaltes?
- Was hältst Du von Einrichtungen, die keine Unterschiede in der kulturellen Herkunft ihrer Patienten machen?
- Hältst Du es für sinnvoll, dass es Einrichtungen gibt, deren Schwerpunkt die Zusammenarbeit mit Menschen aus Osteuropa ist?
- Bevorzugst Du eine solche spezialisierte Einrichtung? Wenn ja, warum?

Allgemeiner Zukunftsfragebogen:

- Was planst Du im direkten Anschluss an diese Therapie und hast Du dafür auch schon etwas vorbereitet?
- Wie stellst Du Dir Deine weitere Zukunft vor?
- Glaubst Du, dass Du zukünftig drogenfrei leben wirst?
- Stell Dir vor, Du hast drei Wünsche frei. Was wünschst Du Dir?

Abschluss:

- Gibt es noch etwas, was Du gerne sagen möchtest?

1 **Int.: Wir fangen mit einem Kurzfragebogen an. Die erste Frage lautet: Wo bist Du**
2 **denn aufgewachsen?**

3 Igor: Kasachstan.

4 **Int.: In Kasachstan. Und wie lange lebst Du bereits in Deutschland?**

5 I.: Seit 14 Jahren.

6 **Int.: Wie alt bist Du?**

7 I.: 33.

8 **Int.: Hast Du einen Schulabschluss gemacht?**

9 I.: Mittlere Reife.

10 **Int.: Hast Du die Mittlere Reife in Deutschland gemacht?**

11 I.: Nein.

12 **Int.: In Kasachstan. Hast du auch eine Berufsausbildung?**

13 I.: Nein, ich hab angefangen Kasachstan, in Russland. Aber dann sind wir nach
14 Deutschland.

15 **Int.: Mit was für einem Beruf hast Du angefangen?**

16 I.: Ja, Sportlehrer. Ich hab` zehn Jahre Ringen gemacht und dann Sportakademie, da
17 war ich in O. in Russland. In Kasachstan aufgewachsen, in Russland dann angefangen
18 zu studieren. Du musst sechs fünf Jahre machen. Ich hab nur ein Jahr gemacht, 1,5 so.
19 Dann haben wir nach Deutschland gefahren.

20 **Int.: Nun kommen wir zu dem Kernfragebogen. Wie war Deine Wohnsituation,**
21 **bevor Du diese Therapie begonnen hast?**

22 I.: Ja, ich hab` mit meiner Freundin hier...wir haben zusammen gewohnt. Wohnung
23 gehabt, ja...Was meinst Du?

24 **Int.: Ich meinte genau das, was Du gesagt hast. Und wie war das Zusammenleben**
25 **für Dich? Hat es Dir gefallen, fandest Du es gut oder war es eher anstrengend?**

26 I.: Ja, was ist die Problem. Drogen war ja. Das war schlecht. Aber sonst....Ich weiß nicht,
27 frag` mal, was du hören willst!

28 **Int.: Wann hast Du mit den Drogen angefangen?**

29 I.: Mit 24.

30 **Int.: Hast Du von selbst angefangen Drogen zu nehmen oder entstand der erste**
31 **Kontakt eher durch den Freundeskreis?**

32 I.: Freundeskreis

33 **Int.: Durch den Freundeskreis. Und bist Du trotz des Drogenkonsums arbeiten**
34 **gegangen?**

35 I.: Mmhhh...

36 **Int.: Was hast Du gemacht?**

37 I.: Ich hab` hier gewohnt, in B.B. Sieben Jahre bis total unfähig. Ich hab` da gearbeitet.
38 Ausbildung, aber nicht abgeschlossen. Dann hab` ich gearbeitet, bei Firma K. hier als
39 so.....als Arbeiter.

40 **Int.: Welche Drogen hast Du genommen?**

41 I.: Heroin, sonst ich hab` sofort Heroin probiert. Kein Cannabis oder so was.

42 **Int.: Wie lang hast Du Heroin genommen? Hast Du damit direkt mit 24**
43 **angefangen?**

44 I.: Ja, 24 war ungefähr so. Ende 23.

45 **Int.: Hast Du erst angefangen zu rauchen oder gleich auch gespritzt?**

46 I.: Nein, ich hab 2,5 Jahre durch die Nase. Gespritzt hab ich richtig.....nur sechs Monate
47 hab ich gespritzt. Sonst die ganze Zeit oder geraucht oder durch die Nase.

48 **Int.: In welchen Situationen hast Du Drogen genommen?**

49 I.: Ja.....in welchen Situationen? Sag` hab` ich probiert, das aus neugierig so. Das hat
50 mir gut gefallen. Wahrscheinlich war das Stress. Soll ich jetzt was.....Kann man besser
51 wegdrücken, die ganzen Gefühle so was. Aber sonst ich hab` alles normal gewohnt.
52 Hab` gearbeitet und mit Freundin gewohnt. Führerschein, Auto. Die hat auch gearbeitet,
53 auch Lehre gemacht. Auch alles....Soweit haben wir alles gehabt. So weit kein Problem
54 gehabt, mit Gericht oder so. Damals....hab` ich keine Problem gehabt. Weiß nicht,
55 warum ich Heroin genommen hab.

56 **Int.: Was hat Dich bewegt, diese Therapie zu machen?**

57 I.: Das ist schon zweite Therapie. Erste 2005. Ja, jetzt.....Knast, das ich hab` Bewährung
58 und offene Verfahren. Aber das war nicht die wichtige Punkt. Wann ich habe letzte
59 Therapie gemacht, ich war lange Zeit...Zeit clean ja und dazwischen auch war paar
60 Jahre clean so. Im Knast und so auch, wie gesagt bei mir ist die Heroin und so ist nicht
61 die Problem. Hauptproblem mehr so Alkohol. Durch Alkohol....wie gesagt, letztes Mal
62 auch so Therapie. Ich hab` Therapie gemacht, Adaption...war clean und dann....Ja,
63 durch Alkohol wieder auf Heroin draufgekommen.

64 **Int.: Wie lang bist Du jetzt schon hier in Therapie?**

65 I.: Ja, vier Monate.

66 **Int.: Wie sind Deine bisherigen Erfahrungen hier?**

67 I.: Gut. Ein bisschen gibt es selten. Gestern zweiter....noch ein Russe gekommen, sonst
68 war ich allein. Einzige....Nur die waren paar, aber sind alle weg.

69 **Int.: Wie geht es Dir jetzt hier?**

70 I.: Mir geht`s gut.

71 **Int.: Ja? Hast Du auch schon in Kasachstan schon konsumiert?**

72 I.: Nein.

73 **Int.: Noch gar nicht? Erst hier in Deutschland?**

74 I.: Nicht mal geraucht.

75 **Int.: Weißt Du, ob es in Kasachstan auch Therapieeinrichtungen gibt?**

76 I.: Ich hab` nicht gewußt, dass bei uns jemand Drogen konsumiert, außer Haschisch
77 oder so.....Ja, gewußt schon wahrscheinlich, aber darüber noch nie nachgedacht und
78 nie Drogen je gesehen. Andere Kreise....Ich sag` ja, seit erste Klasse mach` ich Sport
79 und da sind ganz andere Leute mit denen man zu tun gehabt.

80 **Int.: Fühlst Du Dich in einer Einrichtung, in der Deine nationale Herkunft eine Rolle
81 spielt, wohl?**

82 I.: Ja, ab und zu ja schon. Spürt man, machst Du....Ich mache mich selber vielleicht vor,
83 dass es irgendwie, dass aus diese Grunde, dass ich Russe bin und das so passiert oder
84 so passiert. Egal, was das ist, versuch immer nachzudenken. Jaaa....spielt keine Rolle,
85 glaub` ich jetzt. Erste Therapie hab` ich auch immer Streit gehabt mit Therapeuten
86 wegen der andern Thema und so, deswegen.....Jaaa, wir haben ja, weil die
87 Russlanddeutschen ja die sind überall im Knast. Oder auch in letzte Therapie....Hier
88 nehmen die auch nicht mehr als fünf Russen hier, weil das ist auch Vorurteil. "Der
89 Russe, wenn die zusammen...machen die nur Scheisse." Das ist auch so ein Grund, so
90 zu denken, dass die gucken, was für Leute halt hier hast. Aber bis jetzt hab` ich nichts
91 hier....ich meine, hier in dieser Einrichtung, irgendwie.

92 **Int.: Wer hat Dich bei der Suche nach der Therapieeinrichtung unterstützt?**

93 I.: Ich hab` selber gemacht. Was meinst Du wer....Wer soll mich unterstützen?

94 **Int.: Zum Beispiel eine Beratungsstelle oder hast du es komplett allein....**

95 I.: Nee, komplett allein.

96 **Int.: Ohne Beratung. Du sagtest ja, Du hast schon eine Therapie gemacht. Hast Du**

97 **die abgeschlossen?**

98 I.: Ja.

99 **Int.: War die auch in H.?**

100 I.: Nee, das war in NRW., W.-Sch. Die ist jetzt zu.

101 **Int.: Ja, und wie hast Du Dich dort gefühlt? Wie war es dort für Dich?**

102 I.: Ja, damals war man.....26,27. 27 war ich da. Ja, damals war, da war andere
103 Situation. Da war viel mehr. Da war noch mehr in der Therapie und wie gesagt, dass
104 war Russlanddeutsche. Wenn Du fragen, wenn Du willst wissen, wie viele aus Ost....ja.
105 Wir waren da irgendwie 15 Mann so ungefähr und da war schon anders. Ja, klar wir
106 haben uns zurückgezogen.

107 **Int.: Seid ihr mehr unter Euch geblieben?**

108 I.: Ja.

109 **Int.: Und wie geht es Dir hier?**

110 I.: Gut.

111 **Int.: Fehlt Dir etwas während des Aufenthaltes?**

112 I.: Ja, kann...ja bisschen so.....russische Sprache. Ich kann nur mit meiner Freundin
113 sprechen, aber die ist auch Russin, aber für mich sie ist schon kein. Wie gesagt, die ist
114 aus Russland gekommen und da war die elf oder so was. Spricht besser Deutsch als
115 auf Russisch. Ja, fehlt jemand mit dem kann ich, wer ist da auch aufgewachsen in
116 Russland und sonst. Und diese ganzen Russen, die hier aufgewachsen, die haben
117 schon andere Mentalität als wir. Die versteh ich nicht, für mich die sind keine Russen,
118 richtige. Und das die sprechen können, aber sonst. Ich kann auch bißchen deutsch
119 reden, sprechen. Aber das heißt nicht, dass ich Deutscher bin, ja.

120 **Int.: Und, was hältst Du von Einrichtungen, die keinen Unterschied in der
121 kulturellen Herkunft machen?**

122 I.: Was meinst Du?

123 **Int.: Kennst Du Einrichtungen, denen egal ist, ob ihre Patienten aus Deutschland,
124 aus Russland, oder aus der Türkei kommen?**

125 I.: Wo ich war, da war egal. Wo ich erst in Therapie war. Ja, aber da muss man das
126 schon gucken, was für Therapie ist das und was für Ziel hat die. Ja, dass ist schon
127 richtig, dass wenn so viel Russen dann viel geschenkt, aber das auch bei Deutschen
128 nicht anders läuft. Letzte Woche...18 Leute, alle waren Deutsche. Ja.

129 **Int.: Hältst Du es trotzdem für sinnvoll, dass es Einrichtungen gibt, die ihren**
130 **Schwerpunkt auf die Zusammenarbeit mit Menschen aus Osteuropa legen?**

131 I.: Gibt es die?

132 **Int.: Diese Einrichtung hier geht auf russischsprachige Patienten ein.**

133 I.: Ja, das ist auch so ein Thema. Müssen das auch, langsam...nicht lange, aber das ist
134 schon richtig, das Deutsche bei ist...alles. Aber nicht auf Russisch, müssen lernen uns
135 zu integrieren. Weil auch die ganze Zeit, wir ziehen uns sonst zurück, draußen, auch im
136 Knast, überall. Und wir sind unter uns. Das ist.....Ich verstehe das ist nicht richtig, dass
137 immer noch ein Problem, aber ich finde, dass ist hier schon okay so, wie die das
138 machen.

139 **Int.: Würdest Du so eine Einrichtung, die ihren Patientenschwerpunkt auf**
140 **russischsprachige Patienten legt, bevorzugen?**

141 I.: Ja, für manche ist schon das Richtig. Weil, viele können nicht so verstehen Deutsch
142 und so und schwer ja. Und so deswegen gibt es schon zwei Stücken, die arbeiten nur
143 mit Russen, Russlanddeutschen. Ich finde das schon gut.

144 **Int.: Hier beginnt der Abschlussfragebogen. Was planst du denn im direkten**
145 **Anschluss dieser Therapie?**

146 I.: Ja, wir planen Adaption zu machen....in Köln.

147 **Int.: Hast Du dafür auch schon etwas vorbereitet?**

148 I.: Wir haben Termin. Oder was meinst Du jetzt vorbereitet?

149 **Int.: Ja, genau.**

150 I.: Donnerstag diese, fahren wir schon. Hab schon....alle Unterlagen schon da.....ganze
151 Unterlagen. Wir haben Termin schon am Donnerstag.

152 **Int.: Wo fahrt ihr da hin?**

153 I.: Nach K..

154 **Int.: Und wie stellst Du Dir Deine weitere Zukunft in der Adaption vor?**

155 I.: Ja, stell ich meine Zukunft da in Adaption? Ja, da muss man Wohnung gute und
156 Arbeit. Schnell wie möglich in diese Firma und deswegen gehen wir. K. große Stadt ist,
157 viele Möglichkeit. Weil ich hab` meinen Führerschein auch zwei mal schon verloren.
158 Ohne Führerschein, hier zu leben, dass ist voll bescheiden. Aber kleine Stadt, kannste
159 vergessen.

160 **Int.: Ja. Glaubst Du, dass Du zukünftig drogenfrei leben kannst?**

161 I.: Ja, glaub` ich schon, aber das ist so eine Sache. Ja, so zur Zeit noch nicht aber es ist
162 wie gesagt, besser ist. Gucken, fünf Jahren was passiert ist. Heute ist gut ohne Drogen.
163 Nächsten Tag auch. Aber es ist schwer, weil Du denkst ja: "Du willst jetzt Rest Deines
164 Leben nix konsumieren." Keinen Alkohol trinken oder so was. Ja, das ist schlimm.

165 **Int.: Es ist schwer, so weit in die Zukunft zu gucken?**

166 I.. Ja.

167 **Int.: Stell Dir vor, Du hättest drei Wünsche frei? Was würdest Du Dir wünschen?**

168 I.: Keine Ahnung. Drei Wünsche frei. Damit meine Eltern gesund bleiben, mein Bruder.

169 **Int.: Gesundheit für die Familie wäre also der erste Wunsch. Hast Du noch zwei
170 weitere?**

171 I.: Damit ich clean bleibe mit meiner Freundin und kein Krieg gibt.....in ganze Welt. Ja,
172 wie gesagt, ich hab` darüber nie Gedanken und Wünsche nicht so echt, deswegen.
173 Aber Gesundheit sonst alles kann man selber machen. Wenn man nicht ist gesund, da
174 ist schon vorbei.

175 **Int.: Wir sind nun am Ende. Wenn Du möchtest, kannst Du auch noch etwas
176 ergänzen?**

177 I.: Nein. Ich weiß nicht. Frag` noch was, wenn Du willst?

178 **Int.: Liegt Dir noch was auf der Seele, was Du erzählen möchtest?**

179 I.: Ja, was dazu...weil in Therapien eher, ich hab schon das gesagt, glaub ich. Die
180 Russlanddeutschen werden mehr als zum Beispiel Türken oder Südländer mehr
181 verurteilt als.....Die Russlanddeutschen.....ja, und überall so. Hier, ihr macht hier nur
182 scheisse und so und so.

183 **Int.: Werdet ihr mehr abgewertet als jemand anderes, der auch Drogen nimmt?**

184 I.: Ja, aber das ist überall so in Deutschland so. Im Knast auch. Jemand baut scheisse,
185 zum Beispiel Deutsche, Russlanddeutsche die kriegen zwei Wochen Putzjob, Russe
186 sind es sechs Wochen. Ja und dann manche Leute kommen direkt aus Knast und das
187 direkt auch...direkt Stempel auf Stirn machen. Geht nicht, darf man nicht machen. Alle
188 Leute sind verschieden, egal von wo er kommt, gibt es überall gute und schlechte Leute.
189 Weil wir andere Mentalität haben, dass heißt nicht, das wir schlechter sind.

1 **Int.: Der Kurzfragebogen beginnt mit der Frage: Wo bist Du denn aufgewachsen?**
2 Elena: In Russland.
3 **Int.: In Russland. Und wie lang lebst Du bereits in Deutschland?**
4 E.: Ähm....im Jahr `97.
5 **Int.: Also, 14 Jahre. Wie alt bist Du?**
6 E.: 27.
7 **Int.: Hast du einen Schulabschluss gemacht?**
8 E.: Mmh...Hauptschule habe ich gemacht.
9 **Int.: Hast Du den Abschluss in Deutschland oder noch in Russland gemacht?**
10 E.: Nee, hier in Deutschland.
11 **Int.: Hast Du auch eine Berufsausbildung?**
12 E.: Ja, Verkäuferschaft hab` ich.
13 **Int.: Hast Du die auch abgeschlossen?**
14 E.: Ja, im Supermarkt.
15 **Int.: Du wirkst nicht so erfreut darüber? Ich finde es in Ordnung. Es ist eine gute**
16 **Basis, um noch was zu machen.**
17 E.: Ja, könnte besser sein, sagen wir`s mal so.
18 **Int.: Du kannst darauf aufbauen und mit 27 auch noch was mit der**
19 **Verkäuferschaft machen.**
20 E.: Ja.....also, manche haben garnichts. Also ist mittelmässig, geht.
21 **Int.: Ja genau. Okay.... Wie war Deine Wohnsituation bevor Du hier die Therapie**
22 **angefangen hast?**
23 E.: Wohnsituation? Ja, hatte `ne Wohnung. Die haben wir aufgelöst und dann sind
24 wir...wir hatten hier am 26.August gehabt. Aber wir sind früher in die Entgiftung ohne
25 hier etwas zu sagen. Und die Entgiftung hat mit der Klinik hier einen Termin früher
26 ausgemacht.
27 **Int.: Ja....**
28 E.: Weil wir keine Wohnung mehr hatten.
29 **Int.: Und Du hast mit Deinem Freund die Therapie angefangen?**
30 E.: Genau, mit dem I.
31 **Int.: Hast Du Dich mit der eigenen Wohnung wohlfühlt? War das in Ordnung?**
32 E.: Jaaaa, ich hab` mich schon wohlfühlt, aber ähm...seitdem also ich...ähm I.

33 kennengelernt hab`. Er hat sich nicht mehr da wohlfühlt. Und dann wollten wir
34 umziehen und Therapie und so weiter. Und dann haben wir gesagt, komm lösen wir die
35 ganz auf. Weil nach W. wollen wir auch nicht mehr zurückkommen. Geht nicht. Ist auch
36 zuviel passiert und wegen Drogen so wie so. Erinnerst das Ganze, also mich würde das
37 erinnern so wie ich mich kenne. Und ja.....

38 **Int.: Wann hast Du mit Drogen angefangen?**

39 E.: Also, kommt drauf an, was man unter Drogen versteht. Mit Zigaretten und Alkohol?

40 **Int.: Ja.**

41 E.: Jaaa...Zigaretten mit 13, Alkohol hab ich zum ersten Mal probiert mit 14. Mit 15
42 gekifft und mit 16 dann halt....

43 **Int.: Heroin probiert?**

44 E.: Ja.

45 **Int.: Hast Du die Drogen von selbst entdeckt oder kam der Kontakt mit dem
46 Freundeskreis?**

47 E.: Freundeskreis.

48 **Int.: Mit dem Freundeskreis, ja? Und hast Du die Drogen auch über den
49 Freundeskreis bekommen?**

50 E.: Neee,...das war nur so der Einstieg und dann ist jeder seinen eigenen Weg
51 gegangen. Dann gibt`s keine Freunde mehr.

52 **Int.: Ja. Bist Du trotz Deines Drogenkonsums noch arbeiten gegangen? Du
53 sagtest, Du hast eine Ausbildung angefangen....**

54 E.: Mhhh, ja.

55 **Int.: Die hast Du auch noch gemacht und abgeschlossen. Welche Drogen hast Du
56 außer den Opiaten noch genommen?**

57 E.: Also Alkohol...ähm Opiate und Kiffen halt. Also ein, zwei mal hab ich Ecstasy
58 genommen und zwei Wochen lang Koks.

59 **Int.: Und wieviele Jahre lang hast Du die Cannabis und Heroin genommen?**

60 E.: Kiffen, ein Jahr und Hauptdrogen hab ich immer genommen.

61 **Int.: Mit 16 Jahren hast Du mit Heroin angefangen. Das hast Du bis
62 Therapiebeginn genommen?**

63 E.: Genau.

64 **Int.: In welchen Situation hast Du Drogen so genommen?**

65 E.: Also, bei Heroin ist das schwer zu sagen. Weil wenn Du einmal abhängig bist,
66 körperlich, dann ist das schwer zu sagen, in welchen Situationen. Man braucht es
67 einfach immer. Aber so Alkohol zum Beispiel, um lockerer zu werden, entspannter zu
68 sein. Sonst bin ich zu verkrampft. Also, ich kann keinen Dialog führen, so zum Beispiel.
69 Mit Menschen, dann weiß ich nicht, was ich sagen soll, über was ich mit denen reden
70 soll.

71 **Int.: Hast Du bereits Therapieerfahrung gemacht?**

72 E.: Mhh...ja, also zwei Anläufe. Aber das wurde also angerechnet. Also das erste Mal
73 drei Wochen und dann wurde das halt angerechnet, so das das insgesamt 26
74 Wochen....So, das ich sag` ich hab nur eine gemacht. Wenn wir uns hier vorstellen,
75 dann sag ich, dass das meine zweite ist.

76 **Int.: Und was hat Dich dazu bewegt, diese Therapie hier zu machen?**

77 E.: Ich wollte nicht mehr, Es geht nicht mehr. Die Unzufriedenheit, es reicht. Ich will nicht
78 mehr.

79 **Int.: Wie lang bist Du schon hier?**

80 E.: Vier Monate.

81 **Int.: Und wie sind Deine Erfahrungen hier?**

82 E.: Ja gut. Also, ich konnte anknüpfen, da wo ich aufgehört habe...also erste Therapie.
83 Und hier weiter für mich Sachen halt bearbeiten. Ja, und da ich meine Themen wusste
84 schon aus der ersten Therapie, ist es mir auch gar nicht so schwer gefallen,
85 hier....glaub` ich zumindest.

86 **Int.: Da auch Ansätze zu finden, an denen Du weiter arbeiten kannst?**

87 E.: Genau.

88 **Int.: Und wie geht es Dir hier?**

89 E.: Ja, gibt solche Tage und gibt solche Tage. Aber im Großen und Ganzen und
90 allgemein....gut. `Türlich hat man manchmal Abbruchgedanken, wenn man Stress hat
91 oder so. Meistens, also nachdem wir....oder ich mich mit meinem Partner gestritten hab,
92 will ich sofort abbrechen.

93 **Int.: Kommt das oft vor?**

94 E.: Oft nicht, aber drei Mal bis jetzt.

95 **Int.: Hast Du jetzt bereits in Russland Drogen konsumiert?**

96 E.: Nein.

97 **Int.: Nein, da war noch nichts? Aber weißt Du, ob es in Russland Möglichkeiten**
98 **der Drogentherapie gibt?**

99 E.: Also Entgiftungen gibt's da. Das weiß ich. Aber Therapie? Für die Leute, die Geld
100 haben vielleicht.

101 **Int.: Also staatliche Einrichtungen, wie diese hier nicht unbedingt?**

102 E.: Ich weiß es nicht.

103 **Int.: Und fühlst Du Dich in einer Einrichtung wohl, die sich auf die Arbeit mit**
104 **Menschen aus Russland spezialisiert?**

105 E.: Noch mal bitte die Frage.

106 **Int.: Ob Du Dich wohlfühlst, in einer Einrichtung, die mit russischen Menschen**
107 **zusammenarbeiten? Gefällt es Dir?**

108 E.: Ja, wenn es nicht zu viele sind, dann find` ich das ganz gut eigentlich. Natürlich fühl
109 ich mich besser aufgenommen....also keine Diskriminierung oder so. Das ist okay.

110 **Int.: Wer hat Dir geholfen diese Einrichtung hier zu finden?**

111 E.: Wir waren in L. in der Entgiftung und da haben die sich vorgestellt hier. Also von hier
112 auch, die Therapie hier, die Patienten und paar Therapeuten und da ham uns Flyer
113 mitgegeben. Das ham wir noch mal ganz in Ruhe durchgelesen und fanden wir gut, weil
114 es gibt ja nur Psychotherapie oder Arbeitstherapie. Und hier ist es so gemischt.
115 Psychotherapie, Arbeitstherapie...Sporttherapie.

116 **Int.: Ein großes Angebot.**

117 E.: Ja.

118 **Int.: Du sagtest, Du hast schon zwei Therapien angefangen. Wie hast Du Dich in**
119 **diesen Einrichtungen gefühlt? Wie war es da für Dich?**

120 E: Okay, da war ich noch....also normal. Da war ich bloß noch jünger und vom
121 Charakter auch ganz anders. Also, da hatte ich `nen schweren Standpunkt. Da war ich
122 auch alleine, das spielt auch `ne ganz große Rolle ne. Ob man mit Partner ist oder nicht.
123 Wie er auftritt....also.....da war ich mein eigener Mann so.

124 **Int.: Du warst auf Dich alleine gestellt?**

125 E.: Genau. Da war ich aggressiv. Das kann man mit der jetzigen Therapie gar nicht
126 vergleichen.

127 **Int.: Wie alt warst Du, als Du die anderen zwei Therapien begonnen hast?**

128 E.: 21.

129 **Int.: Bei beiden Therapien?**

130 E.: Mmhhh.

131 **Int.: Und wie geht es Dir hier während der Therapie?**

132 E.: In wie fern? Was ist damit gemeint?

133 **Int.: Fühlst Du Dich wohl? Hast Du das Gefühl, dass ausreichend auf Dich eingegangen wird?**

135 E.: Also, ich fühle mich wohl.....Könnte mehr sein.

136 **Int.: Könnte es mehr Aufmerksamkeit für Dich geben?**

137 E.: Jaaa....mit noch mehr Gesprächen, Einzelgesprächen.

138 **Int.: Die fehlen Dir?**

139 E.: Ja.

140 **Int.: Okay. Dann haben wir bereits die nächste Frage. Fehlt Dir außer den Einzelgesprächen noch etwas?**

142 E.: Also, was Team angeht nein. Also der Rest hat was mit mir zu tun. Meine Familie klar, meine Katze. Sonst nicht viel.

144 **Int.: Bekommst Du Besuch von Deiner Familie?**

145 E.: Gar nicht.

146 **Int.: Was hältst Du denn von Einrichtungen, die keine Unterschiede in der kulturellen Herkunft ihrer Patienten machen?**

148 E.: Warum sollten kulturelle Unterschiede gemacht werden? Mensch ist Mensch, psychische Probleme sind psychische Probleme. ich find`s gut, wenn man keine kulturellen Unterschiede macht. Ist okay, wenn irgendwas extra gekocht werden muss, einzelne Teller für die Moslems zum Beispiel ist okay. Aber alles andere,....

152 **Int.: Es ist egal, wo der Mensch herkommt?**

153 E.: Ja.

154 **Int.: Hältst Du es trotzdem für sinnvoll, dass es Einrichtungen gibt, die einen Schwerpunkt auf die Zusammenarbeit mit Menschen anderer Kulturen legen? Also, zum Beispiel im Schwerpunkt Osteuropäer?**

157 E.: Das find` ich dann auch okay. Weil jeder Mensch ist individuell und manche sind so....also so wie....also, die sind in Deutschland auch zur Schule gegangen. Für die ist es dann egal, wer mit denen zusammen Therapie macht. Ob das Deutsche, Türken oder Italiener sind. Aber es gibt auch Leute, die mit 25 hierhin gekommen sind und

161 gleich rückfällig...also drauf gekommen sind. Die können kein Deutsch. Ja...und dann
162 von der Mentalität her, sind die ganz anders. Find` ich für die Leute, ist dann besser,
163 wenn die zusammen sind. Vielleicht können sie sich dann auch besser therapieren,
164 gegenseitig. Weiß nicht.

165 **Int.: Würdest Du so eine spezialisierte Einrichtung bevorzugen?**

166 E.: Nein. Ich persönlich nicht.

167 **Int.: Und was planst Du jetzt im direkten Anschluss dieser Therapie?**

168 E.: Adaption.

169 **Int.: Wo möchtest Du die Adaption machen?**

170 E.: Entweder in K. oder L..

171 **Int.: Hast Du dafür auch schon etwas vorbereitet?**

172 E.: Also, übermorgen fahren wir nach K. Die Einrichtung zu besuchen.

173 **Int.: Und wie stellst Du Dir das Leben nach der Therapie vor?**

174 E: Also Adaption werd` ich Praktikum machen....im Einzelhandel. In irgendeinem
175 Fachladen, so würde ich gern. Und nicht an der Kasse. Also in einem Fachhandel eben.
176 und langsam anfangen. Wohnung suchen, Bewerbungen schreiben....

177 **Int.: Langsam ein neues Leben aufbauen...**

178 E.: Genau....von Nadel und Faden. Ganz klein.

179 **Int.: Kannst Du Dir vorstellen zukünftig drogenfrei zu leben?**

180 E.: Jaaa.

181 **Int.: Ja? Fällt Dir das nicht schwer?**

182 E.: Doch, es gibt ja hier auch Situationen, also wo man mit Gefühlen kämpft. Also, ich
183 hasse das Gefühl Suchtdruck zu haben. Aber das man irgendwie aushalten oder
184 ablenken halt. Da muss man sich ablenken und.....Ich kann`s mir vorstellen. Es gefällt
185 mir ja auch. Alles bewusst wahrzunehmen, die Sonne, Vögelgezwitscher alles. Ja, die
186 Gefühle.....Ja, mit Problemen und Emotionen muss ich halt irgendwie klären
187 umzugehen.....

188 **Int.: Ja. Wenn Du drei Wünsche frei hättest, was würdest Du Dir wünschen?**

189 E.: Besserer Kontakt zu meinen Eltern, Drogenfreies Leben, meine eigene Familie. Das
190 ich meine eigene Familie haben kann.

191 **Int.: Das klingt gut. Wir sind jetzt schon am Ende. Gibt es noch etwas, was Du
192 gerne sagen möchtest?**

193 E.: Nein, es war alles angebracht. Die Fragen sind okay. Man merkt, dass Du Dich
194 interessierst, wie ein Russlanddeutscher sich in Deutschland also fühlt in solchen
195 Einrichtungen und ich möchte also nichts mehr zufügen. Es hat mir auch gut getan,
196 bisschen darüber zu reden. Das war auch wie so ein Einzel.

1 **Int.: Ich beginne mit einem Kurzfragebogen. Einleitend würde ich gerne von Dir**
2 **wissen, wo Du denn aufgewachsen bist?**

3 Rebecca: Ja, aufgewachsen bin ich in Düsseldorf. Ja, also mit sieben Jahren sind wir
4 dann umgezogen....also auch nach Düsseldorf. Da hab` ich dann gelebt bis...da hab`
5 hab ich dann meine Tochter bekommen mit 21, mit 23 bin ich zu meinem also zum
6 Vater des Kindes gezogen. Dann war ich zeitweise in `ner Notunterkunft, dann hab` ich
7 noch bei Bekannten gewohnt und dann hab` ich halt `ne eigene Wohnung bekommen,
8 auch in Düsseldorf.

9 **Int.: Wie alt bist Du jetzt?**

10 R.: 34.

11 **Int.: 34 Jahre. Hast Du einen Schulabschluss gemacht?**

12 R.: Hauptschule.

13 **Int.: Hauptschulabschluss. Und hast Du eine Berufsausbildung angefangen?**

14 R.: Nein, gejobbt. Keine Ausbildung.

15 **Int.: Als was hast Du gejobbt?**

16 R.: Ich hab` im Supermarkt. Also nix besonderes, ne. Und meine Mutter ist
17 Objektleiterin gewesen in `ner Putzfirma und ich hab` `n paar Putzstellen gehabt. Sonst
18 hab` ich nie was gemacht.

19 **Int.: Ich würde jetzt in den Kernfragebogen einsteigen. Der mit der Frage anfängt,**
20 **wie Deine Wohnsituation vor der Therapie war.**

21 R.: Ja, als letztes hab` ich halt in Düsseldorf gewohnt, in `ner 44qm-Wohnung mit
22 meinem Partner dann, der ist mit eingezogen. Jaaa, Wohnsituation war später nicht
23 mehr schön. Durch den Drogenkonsum, also ich hab` mich total hängen lassen. Meine
24 10jährige Tochter, also die ist jetzt 13. Mit 10 hab` ich sie weggegeben, dann ist alles
25 irgendwie bergab gegangen ne. Also, mich gar nicht mehr wohlgeföhlt, quasi nichts
26 mehr gemacht. Nur noch vor mich hinvegitiert und da bin ich eigentlich froh, dass ich
27 hier bin.

28 **Int.: Hast Du noch Kontakt zu Deiner Tochter?**

29 R.:Ja, hab ich. Ein Mal die Woche telefonier ich mit ihr....Ja, lieben uns doch sehr, ja.
30 Paket hab` ich jetzt gestern abgeschickt. Also Kontakt besteht.

31 **Int.: Hat sie Geburtstag?**

32 R.: Nee, so paar Bücher. Die liest viel....wie ich schon. Die liest richtig viel.

33 **Int.: Lesen macht auch Spaß.**

34 R.: Ja, ich hab` auch schon mal ein Buch....

35 **Int.: Wann hast Du mit Drogen angefangen?**

36 R.: Jaaa...so mit 12, 13 mit Alkohol. Elf, Zigaretten....hab` ich mit zehn angefangen, mit
37 elf war ich abhängig. Dann...ja...THC, also Haschisch geraucht so mit 16 auch bis weit
38 nach 20. Ecstasypillen paar Mal genommen, Pappen einmal, Heroin hab` ich mit 21
39 angefangen. Auch ab und zu mal Kokain genommen. Ich hab` erst `n Jahr geraucht,
40 dann hab` ich vier Jahre gespritzt und dann wieder geraucht.

41 **Int.: Heroin und Kokain. Hast Du beides geraucht und gespritzt?**

42 R.: Heroin.

43 **Int.: Hast Du von selbst damit begonnen, Drogen zu nehmen oder ist das aus dem
44 Freundeskreis heraus entstanden?**

45 R.: Ich war am Anfang immer so diejenige, wenn`s so um Speed ging ne, dann hab` ich
46 eigentlich eher `nen Punkt gefunden. Das hab` ich dann nie übertrieben und damals als
47 ich Heroin angefangen hab` da war das schon so kombiniert. Ich hab` viel getrunken
48 und mir ging`s so nicht gut und....hab` dann schon so aus freien Stücken angefangen.
49 Ich wusste eigentlich schon, was mich erwartet.

50 **Int.: Konntest Du trotz Deines Drogenkonsums noch jobben gehen?**

51 R.: Nee, da hat ich ja meine Tochter zu dem Zeitpunkt gehabt und da war ich gar nicht
52 arbeiten.

53 **Int.: In welchen Situationen hast Du Drogen genommen dann?**

54 R.: Immer eigentlich. Mit Alkohol war das schon extrem und ich musste `ne Zeitlang
55 trinken ja. Und wenn ich dann erfahren hab` am nächsten Tag, was ich alles so
56 angestellt hab`, dass war mir so unangenehm, dass erst mal wieder getrunken hab,
57 damit ich mich erst raus traue. Jaaa...Heroin, da bin ich nie abgeschmiert so richtig. Also
58 ich hab` alles noch unter Kontrolle gehabt ne. Und das ist dann auch so jahrelang so `ne
59 Gewohnheit geworden, dass ich halt einfach ja rauchen musste. Also dass auch immer
60 im Kopf hatte. Also, ich bin nicht anschaffen gegangen, ich bin nicht klauen gegangen.
61 Ich war auch in `nem Programm sehr lange. Zum Glück eigentlich, weil sonst weiß ich
62 gar nicht, wie das ich das geschafft hätte.

63 **Int.: Im Methadonprogramm?**

64 R.: Ja, genau. Aber ich hab` immer noch im Kopf gehabt das Rauchen. Wenn dann

65 mein Freund losgezogen ist, irgendwie Geld besorgt hat und was geholt hat. Ja klar,
66 geraucht, dann war es aber auch irgendwie nicht gut. Also irgendwie hat das alles nicht
67 so gebracht ne. Das Leben war halt einfach nicht mehr schön, ne.

68 **Int.: Hast Du auch schon Therapieerfahrung gemacht?**

69 R.: Nein, ich war vor einem Jahr, also etwas über einem Jahr, mit meinem Freund und
70 meinem Kind, in S.B. Nach vier Tagen hab` ich Beide verlassen, hab` mein Baby da
71 gelassen. Ja, bin ich nach Hause.

72 **Int.: Was hat Dich jetzt bewegt, diese Therapie hier zu machen?**

73 R.: Eigentlich wußt` ich immer schon, dass ich Therapie brauche ne. Also so Hilfe,
74 Abstand irgendwie. Mir bewusst zu werden, was mit mir los ist. Die erste Zeit war auch
75 richtig schwer. Ich hab` das so in Entgiftung...also ich wollte immer selber von mir aus
76 Therapie machen. Und ich halt gemerkt in Entgiftung, immer wenn`s auf Null
77 zugegangen ist, das mir total schlecht ging. Nicht körperlich noch nicht mal. Also mir
78 ging`s im Kopf total schlecht, hab` geweint, wusste nicht warum. Ich kam einfach nicht
79 mit mir zurecht und bin dann immer geflüchtet ne. Hab` immer abgebrochen um zu
80 konsumieren....Ja, als ich hier hingekommen bin, auch ersten Monat sehr schwer. Ich
81 wollte auch nur noch nach Hause. Ich kam einfach nicht zurecht mit mir nach so vielen
82 Jahren immer irgendwas konsumiert zu haben. Und jetzt bin ich froh ne. Jetzt bin ich
83 schon wieder schwanger....

84 **Int.: Herzlichen Glückwunsch.**

85 R.: Danke schön. Ja....und will alles besser machen ne. Hab` das Gefühl wieder was gut
86 zu machen. Ja, möchte einfach `ne ganz normale Familie haben ne. Was viele spiessig
87 finden, das wünsch` ich mir halt. Schöne Wohnung, frühstücken, Kind zum Kindergarten
88 bringen, zur Schule bringen, Haushalt, Essen zusammen machen, Spiele zusammen
89 spielen, spazieren gehen, halt....Das wär` für mich das schönste.

90 **Int.: So ein ganz normales Leben, ja? Du nennst es Spießerleben.**

91 R.: Ja, weil ich mir denke. Ich hab` zwei Kinder...Also ich hab` keine zwei Kinder
92 bekommen, dass Fremde die erziehen. Bei meiner ältesten Tochter, okay hab` ich
93 eingesehen, dass musste sein. Nee, die hat sich nicht mehr wohlfühlt durch den
94 Partner, den ich habe. Ja....und die Kleine? Also, da war ich grade mal zwei Monate
95 schwanger, im fünften Monat erfahren, dass ich schwanger bin und dann kam sie. Und
96 emotional wollt ich das nicht noch mal machen, wie mit meiner ältesten. Hört sich zwar

97 schlimm an, aber ich hab` mich da so `n bisschen distanziert emotional, weil ich einfach
98 schlechtes Gefühl hatte. Das sie nicht bei uns bleiben kann. So ist es auch gekommen.
99 Klar wär` es schön, wenn wir sie wieder haben könnten.

100 **Int.: Wie alt ist das Kind jetzt?**

101 R.: 19 Monate. Sie war ja noch mit meinem Partner in S.B. in der Therapie. Er ist nach
102 dem fünften Monat disziplinarisch entlassen worden. Dann wurde das Kind ihm
103 entzogen. Ja, dann sind wir hierher gekommen, hatten noch von hier
104 Gerichtsverhandlung und die haben halt gesagt, die kommt erst mal nicht wieder, ja.
105 Einspruch eingereicht und jetzt müssen wir einfach warten was passiert ne.

106 **Int.: Wie lang bist Du jetzt hier?**

107 R.: Über drei Monate.

108 **Int.: Und wie sind Deine bisherigen Erfahrungen hier?**

109 R.: Also erst mal, was mich wundert, dass die Zeit schneller verg...also jetzt im
110 Nachhinein. Die ist schnell vergangen die Zeit. Ja, dass man so schon an sich arbeiten
111 muss ne. Also, dass mehrere Sachen wieder bewusster werden, was man vorher
112 verdrängt hat, weil ich das schon immer gemacht hab. Hab immer viel verdrängt.
113 Wichtige Ereignisse, an die ich mich nicht mehr erinnern kann. Therapeutisch ist da jetzt
114 zwar noch nicht soviel rausgeholt worden. Jetzt persönliche Angelegenheit sag ich jetzt
115 Mal jetzt Kindheitsmässig. Ja, aber so emotionsmässig..ist jetzt schon so, wo ich jetzt
116 zum Nachdenken komme, ja.

117 **Int.: Hattest Du Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung
118 oder hast Du sie selbständig gefunden?**

119 R.: Also wir sind in die Entgiftung und dann haben wir einfach geguckt, welche
120 Paartherapie es gibt. Mein Partner war halt wichtig, dass wir `n Zimmer zusammen
121 haben. Wir hatten dann halt zwei Therapien, wo wir angerufen haben. Und hie in R.
122 haben sie gesagt, dass ist möglich. Auch das sie Plätze frei haben, also das ging ganz
123 schnell. das haben wir von der Entgiftung aus gemacht. Die hatten halt Prospekte von
124 hier.

125 **Int.: Und hast Du außer die Therapie in S.B., noch weitere Therapieerfahrungen?**

126 R.: Das ist quasi meine erste. Die vier Tage zählen ja gar nicht.

127 **Int.: Wie hast Du Dich in S.B. gefühlt? Wie war das da so für Dich?**

128 R.: Ich war noch sehr entzückt gewesen. Das war alles so total neu so. Die Eindrücke

129 ne. Viele Menschen und da war`s sehr strukturiert. Also da war sehr streng gewesen.
130 Das hab ich in den vier Tagen gemerkt. Ich kam einfach nicht mit mir zurecht. Hat ich
131 Beziehungsprobleme und bin dann geflüchtet wieder.

132 **Int.: Und wie geht es Dir hier während der Therapie?**

133 R.: Besser, ja. Also Anfang war schwierig. Da hab` ich auch mit keinem Kontakt gehabt
134 so. Mich sehr zurückgezogen, wollt am liebsten unsichtbar sein. Ja, aber mittlerweile
135 geht das ja.

136 **Int.: Fehlt Dir hier etwas?**

137 R.: Jaaa, schon jemand, mit dem man sich sehr gut versteht ne. Also, hier war ein
138 Mädels gewesen, mit der hab` ich mich gut verstanden. Die ist entlassen worden. Ja, ist
139 alles noch so sehr oberflächlich, sag ich ne.

140 **Int.: Du meinst die Kontakte zu anderen Patienten?**

141 R.: Mhhh. Also das fehlt schon ja.

142 **Int.: Die Abschlussarbeit dreht sich um Menschen aus Osteuropa und Deutsche in
143 der Therapie. Was hältst Du von Einrichtungen, die keine Unterschiede in der
144 kulturellen Herkunft machen?**

145 R.: Also die, die gemischt aufnehmen?

146 **Int.: Ja, genau.**

147 R.: Ja, find ich in Ordnung. Jetzt speziell Russen versteh` ich....also mag` ich. Meine
148 Tochter ist Halbrussin, die älteste. Ja, das war schon in der Entgiftung so. Da hatte auch
149 mal `ne Pflegerin gesagt, wenn ein Russe neu kommt, wird er direkt aufgenommen von
150 den anderen. Und wenn ein Deutscher kommt, der ist quasi so alleine so von seinen
151 Landsleuten. Also, das ist schon so, dass Russen ja sich aufnehmen.

152 **Int.: Sie bilden eher eine Gruppe und nehmen Gruppenmitglieder auf?**

153 R.: Ja, ganz genau.

154 **Int.: Hältst Du es für sinnvoll, dass es Einrichtungen gibt, die ihren Schwerpunkt
155 auf Osteuropäer legen?**

156 R.: Jetzt hauptsächlich, dass Russen? Ich denke schon, sollte bißchen Waage gehalten
157 werden. Also wir waren damals in der Entgiftung, wir waren 16 Russen, wir waren zu
158 zweit. Zwei Deutsche, da war irgendwie gar keine Kommunikation möglich irgendwie ne.
159 Hat man sich schon so ein bißchen ausgeschlossen gefühlt so ne. Also ich find` schon,
160 dass das so in der Waage gehalten werden muss. Weil dann hat man`s dann so `n

161 bißchen schwer, wenn man dann kein Russe ist, ne.

162 **Int.: Ihr findet den Anschluss nicht?**

163 R.: Jaaa, ich kann`s so von der Erfahrung eigentlich gar nicht so richtig sagen ne. Ich
164 glaub` nicht, dass die einen jetzt nicht aufnehmen würden, oder. Man merkt halt, dass
165 die viel zusammen halten und ich denke, es wird schon anders, wenn dann weiß ich
166 nicht, vielleicht zwölf Russen sind und zwei Deutsche. Ich glaub, die bleiben dann jeder
167 so für sich ne.

168 **Int.: Und würdest Du so eine Einrichtung bevorzugen?**

169 R.: Wo mehr Russen sind?

170 **Int.: Ja. Wo allgemein bekannt ist, dass es einen Schwerpunkt gibt. Es ist zwar
171 eine gemischte Einrichtung, aber Du als Patientin weißt, es gibt einen
172 Schwerpunkt, der sich speziell mit Russen beschäftigt?**

173 R.: Ich persönlich hätte damit keine Probleme.

174 **Int.: Da würdest Du hingehen und es wäre in Ordnung für Dich?**

175 R.: Ja, hätte ich keine Probleme mit.

176 **Int.: Was planst Du denn im direkten Anschluss Deiner jetzigen Therapie?**

177 R.: Wir wollen nach N. in die Adaption, noch mal vier Monate und von da aus eigentlich
178 `ne neue Wohnung suchen.

179 **Int.: Hast Du da auch schon etwas vorbereitet?**

180 R.: Also in N., die wissen, dass wir kommen. Das ist auch klar. Da werden wir
181 aufgenommen und von da aus meine Wohnung kündigen, weil da bin ich in der Nähe
182 von meinem zuhause. Da kann ich das alles selbst managen ne. Ja...und von da aus
183 halt `ne Wohnung suche ne. Da kriegen wir die Unterstützung von den Leuten. Ja, dass
184 wär` super.

185 **Int.: Das glaub` ich Dir. Wie stellst Du Dir sonst Deine weitere Zukunft vor?**

186 R.: Mh ja persönlich, dass ich schon an mir arbeite. Selbstbewußter werde,
187 beziehungsmaßsig öfter mal meine Meinung sage....Ja, vielleicht wieder so zu werden
188 wie früher ne.

189 **Int.: Vor den Drogen? Oder welches Früher meinst Du?**

190 R.: Ja, wo ich mir noch nicht alles hab` sagen lassen so ne. Das ich nicht immer
191 zurückgesteckt hab. Das ich dann auch mal meine Wünsche äußere und die dann auch
192 mal durchbringe ne. Und nicht immer, zum Beispiel den Partner nicht zu verletzen, alles

193 so mache, wie er das haben will. Ich denke mal, auf Dauer bleibe ich da auf der Strecke.

194 **Int.: Das mit den Wünschen ist eine schöne Überleitung zur nächsten Frage. Wenn**

195 **Du drei Wünsche frei hättest. Was würdest Du Dir wünschen?**

196 R.: Drei Wünsche? Ja, meine Kinder alle zu haben. Ja einfach `n zufriedenes Leben zu
197 führen ne.

198 **Int.: So wie Du es vorhin schon beschrieben hast?**

199 R.: Ja, nicht unbedingt glücklich aber zufrieden halt. Ja...und die Kinder halt glücklich
200 machen. Aus denen anständige Kinder machen...mit Werten und alles. Meine älteste
201 Tochter ist superlieb. Also die ist schon gut erzogen gewesen, ja. Und ich denk mal,
202 ohne Drogen wird das noch besser.

203 **Int.: Und gibt es noch was, was Du jetzt ergänzen möchtest?**

204 R.: Nö.

1 **Int.: Wir beginnen mit dem Kurzfragebogen. Wie bist Du denn aufgewachsen?**

2 Hermann: In Düsseldorf bin ich aufgewachsen. Mal bei meiner Mutter, mal bei meinem
3 Vater. Im Heim. Schon `ne krasse Kindheit gehabt. Ja und äh.....bin normal zur Schule
4 gegangen, Hauptschule Abgangszeugnis....ja und äh....hab` den dann nachgeholt.
5 10 Jahre Gefängnis gewesen, kann man ja auch schon sagen, joah also im
6 jugendlichen Alter. Drogensüchtig geworden. Schon...äh...in meinem 14.Lebensjahr fing
7 das alles an und hat sich dann so gesteigert. Eben nach und nach eben härtere Sachen.
8 Ja und bin jetzt mittlerweile....werd` jetzt...äh... nächste Woche 35, hab `ne zweijährige
9 Tochter und...ähm...seitdem hab` ich eigentlich den Entschluss richtig für mich gefasst
10 von dem Ganzen wegzukommen.

11 **Int.: Und hast Du eine Berufsausbildung?**

12 H.: Nicht abgeschlossen. Die hab` ich in der JVA gemacht.

13 **Int.: Was hast Du da gemacht?**

14 H.: Ähm...Maurer.

15 **Int.: Maurer, das ist ja gut.**

16 H.: Ich hab` in der JVA `nen Lehrgang als Maler und Lackierer gemacht.

17 **Int.: Und wie war Deine Wohnsituation bevor Du hier zur Therapie gekommen
18 bist?**

19 H.: Ja, ich hab`mit meiner Partnerin zusammengelebt. Die lernste gleich noch
20 kennen...die R. Und äh...ja, drogensüchtiges Pärchen. Äh...ist ihre Wohnung, aber nicht
21 schön gelebt, ne. Also, war am Ende schon krass. Am Ende hat sich das so zugespült.
22 Konflikte, richtig heftig Konflikte in der Beziehung durch Unzufriedenheit,
23 Drogenkonsum, beide...äh...verschiedene Meinungen, beide eigentlich....aber ich wollte
24 eigentlich schon langsam den graden Weg gehen. Und äh...am Ende ist das eben auch
25 so geendet, nix zu essen halt wegen den Drogen und waren die Drogen eben an
26 wichtigster Stelle. Zwei, drei Mal die Woche `nen Pack Nudeln gegessen, also heftig ist
27 det schon gewesen. Und es wurde immer schlimmer.

28 **Int.: Wann hast Du mit Drogen angefangen?**

29 H.: Wenn Zigaretten auch als, jetzt sag` ich mal Droge gelten....ne mit 14 Zigaretten.
30 Also, ich kam ins Heim, dann hab ich mit Rauchen angefangen, dann das erste Mal am
31 Joint gezogen mit 15, aber nicht jetzt dat weitergemacht so. Bin dann anschließend zu
32 meinem Vater, der hat mich aus`m Heim wieder rausgeholt und der hat mir gebeten,

33 weil ich...äh.. mich zurückgezogen hatte immer ne und äh mal unter die Leute zu
34 kommen. Ja und da bin ich unter die falschen Leute geraten. Hab da das Kiffen intensiv
35 angefangen, also das Haschischrauchen, THC. Und äh...und das war täglich. Ja, als da
36 war ich 16,17. Ja und dann fing das ziemlich schnell im Anschluss zusammen mit
37 Amphetaminen an, dann Disco gegangen, dann kam Ecstasy dazu. Also alles so in
38 einem Paket war das. Und äh...ja mit 19 kam Kokain dazu....gelegentlich. Jaaaa, und
39 dann hab` ich R. kennengelernt. Wir sind auch mittlerweile 12 Jahre und
40 äh...ja....äh...war`n Mädchen, wo der die Liebe beweisen musste. Ich hab` mich in sie
41 verrannt, sag` ich mal zu den damaligen Punkt. Ich wollt` sie unbedingt haben, egal
42 wie...wie sie drauf is`. Und hat mich schwer enttäuscht, dann hab` ich zu Heroin
43 gegriffen, ne. Also, sie hat mir verheimlicht, dass sie da schon 2,3 Monate abhängig
44 war. Ich hab`s durch die Schwester erfahren. Ich wollte auch eigentlich wissen, also
45 erste Mal wat sie da nimmt und jetzt kommt dat naive Denken also auch von
46 mir....äh....also ich wollt` ihr damit eins auswischen, ne. Also, ich wollte, dat sie davon
47 weggommt. Also, ich komm` schlecht mit negativen Ereignissen klar. Und dann hab` ich
48 auch zu Heroin....wat sie niemals von mir damals erwartet hat...auch zu Heroin
49 gegriffen. Das war im Jahre 2000, als war ich da 23,24...23,24. Ja und hab auch direkt
50 angefangen zu spritzen, direkt....und dann ja...äh..und das heftig auch. Wenn ich
51 konsumiert hab, hab` ich richtig heftig konsumiert. Hab` ich so bis zu fünf Gramm am
52 Tag konsumiert, gespritzt sofort. Dann kam auch noch Kokain dann schnell zu...auch
53 gespritzt, cocktailmässig. Ja und das ging so auch über 2,3 Jahre. Hab richtig Autos
54 aufgebrochen für die Drogen. Naja also richtig Mist gebaut. Eben musste ich ja
55 finanzieren, ohne Führerschein gefahren, zu verschiedenen Parkhäusern, Oberhausen
56 und hab` ich die ganzen Parkhäuser aufgebrochen...da...äh....Zentrumpark....bin ich
57 extra Auto klar gemacht und ohne Führerschein immer an so Orten hingefahren, wo
58 richtig Autos stehen und die alle aufgebrochen. Also, jetzt nicht alle, aber wo ich
59 gemeint hab, da ist wat...die hab` ich auch ohne Skrupel aufgebrochen. Ja und bin
60 auch zwischenzeitlich Knast gewesen, mal 3,5 Jahre, dann mal `n Jahr, dann `n halbes
61 Jahr, dann wieder zwei. Hab` auch mehrere Therapieversuche...wichtig dat. Was heißt
62 Therapieversuche? Für mich war dat eigentlich nur `ne Fluchtmöglichkeit, § 35er. Ich
63 weiß nicht, ob Ihnen dat wat sagt? Ich war da pfiffig, ich wusste nur...ich musste nur
64 `ne....weil im Knast kriegste nicht einfach so `ne Kostenzusage. Die lassen Dich da

65 richtig zappeln. Ich war aber so pfiffig, obwohl ich drauf war....weil ich wusste wozu das
66 hinführen wird, dass ich immer `ne Kostenzusage in der Tasche hab`. Das ist die
67 Fahrkarte....gewesen. Is` so, da Knastfahrkarte bekannt, Kostenzusage. Da hab ich
68 auch immer....und dann hab` ich noch `ne gute Anwältin gehabt. Die hat mich auch,
69 obwohl ich neue Straftaten begangen hab oder so ne....noch Gerichtsverhandlungen
70 immer nach zwei drei Monaten am Ende auch wieder rausgeholt. Ich kannte mich da
71 drin aus. Eingefahren...gleich schon wieder `nen neuen 35er gestellt. Äh...und das hat
72 auch immer wunderbar funktioniert. Das hab ich sechs Mal so gemacht. Ja....und wollte
73 eigentlich nie so richtig Therapie machen, aber seitdem meine Tochter auf die Welt
74 gekommen ist, hat sich das ruck zuck. Sie ist`n Frühchen....ist auch als drogensüchtig
75 auf die Welt gekommen meine Tochter. Ne...und dat war, das geht gar nicht....also da
76 wo es richtig klick gemacht hat. Und seitdem versuch ich auch, also seit zwei Jahren
77 intensiv meine Drogensucht zu bearbeiten.

78 **Int.: Hast Du denn während des Drogenkonsums trotzdem auch gearbeitet?**

79 H.: Schwarz....ja, dann also. Weder mit dem Drogenkonsum....ja klar, hab` ich
80 Zeitarbeitsfirmen oder Jugendberufsmaßnahmen gemacht. Konnte aber.....äh.... die
81 Firmen irgendwie nicht halten. Ich war unzuverlässig, krankgeschrieben. Durch den
82 Drogenkonsum....also durch das Amphetamin nächtelang wach geblieben und es war
83 einfach nicht mehr möglich körperlich. Kam auch mal der Zeitpunkt, da war ich zwei
84 Wochen am Stück wach und ich hab` das einfach nicht mehr verpackt da zu arbeiten.
85 Bin oft gekündigt worden, hab` aber immer wieder versucht, also...auch doch noch wat
86 hinzukriegen. Hab auch `ne Arbeit wieder gekriegt, dann nach zwei Monaten wieder auf
87 die Schnauze gefallen, also ich hatte bis Jahre 2000 intensiv versucht nach
88 Schulabgang irgendwie wat zu erreichen....weiß nicht...Ausbildung oder so, aber schon
89 im Berufsleben so gut wie möglich zu stehen, sag` ich jetzt mal für meine Verhältnisse.
90 Aber das ist, wie gesagt, immer in die Hose gegangen. Und wie Heroin, war gar nicht
91 mehr möglich. Außer schwarz da hab ich mal Glück gehabt....Bin aus`m Knast
92 gekommen und mein Vater hat mir `ne Wohnung besorgt und der Vermieter hat sich mit
93 meinem Vater gut verstanden. Der hatte mehrere Altbauwohnungen und die war der am
94 Sanieren. Da bin ich rein. 10,-€ die Stunde, dat hab`aber auch durch den Heroin, ich
95 hab, bin auch Heroin direkt aus`m Knast Heroinrückfällig geworden. Ja....und dat war
96 eigentlich `ne super Chance, die ich gehabt hab, ne? Also nebenbei ne....und war

97 wieder so in dem Drogensumpf drinne, dat ich wieder mehr Geld brauchte und der hat
98 da für, sag ich jetzt mal, zehn Wohnungen Laminatböden bestellt und die hab` ich so
99 privat irgendwo anders einbauen lassen. Also ne....und ne...und da bin ich dadurch.
100 Wollte nur noch gegen mich `ne Anzeige machen....hat er nicht gemacht. Hat sich mit
101 meinem Vater irgendwie geeinigt.....ähm und ja. Ich hab`s mir eigentlich immer durch
102 meine Drogen immer selber versaut.

103 **Int.: Und in welchen Situationen hast Du Drogen genommen? Du sagtest je vorhin**
104 **schon, wenn Du schlecht drauf warst.**

105 H.: Ja, ich weiß nicht. Dat ist vielleicht ein Muster von mir....Also, wie gesagt, ich hab`
106 echt `ne übelste Kindheit hinter mir mit Missbrauch, mehrfachen. Also von
107 verschiedenen und....äh äh äh Gewaltakten und äh....Das einzig schönste, wat ich mich
108 in der Kindheit erinnern kann, dat is Weihnachten...Geschenke und na. Harmo....also da
109 war, aber sonst hab` ich nur wie äh mitgekriegt, wie mein Vater meine Mutter richtig
110 Krankenhausreif geprügelt hat, sich an mir vergangen hat und wie äh....ne...is` `n
111 schweres Trauma und das hab` ich irgendwie über Jahre. Ich versteh` vieles falsch,
112 sagt man mir. Ich lass nichts an mich ran, um mich zu schützen. Also, das irgendwie so
113 `n Muster, sagen die von mir ne und hab` Angst vorm Alleinsein. Für mich war in meiner
114 Kindheit keiner da und hab` mich dann so in meine Partnerin damals verrannt ne
115 äh....ich wollte nicht alleine sein ne. Wie gesagt hab mich dann, mir ging`s schlecht in
116 dem Moment und dann greif ich auch sofort zu Drogen. Also, wenn`s mir schlecht,
117 emotional besonders auch schlecht ging. Also, dat begleitet mich über Jahre also ich
118 konnte nie darüber reden und im Knast hab ich dat endlich mal eingesehen, wie `n
119 Psychologe zu mir sagte: Ne, durch meine aufbrause, ich bin auch aufbrausend, und sie
120 sagte auch, durch meine aufbrausige Art, nee der hat gemerkt, mit mir stimmt irgendwas
121 nicht. Und ne...wenn ich Erfolg haben will, muss ich alles offen drüber reden. Das hab`
122 ich im Knast 2006 angefangen.....ja und sehe es auch langsam ein, aber es ist schwer,
123 ne. Dat...ich weiß auch, dat ich nach der Therapie weiter Hilfe brauch um dat in den Griff
124 zu kriegen. Die Beziehung leidet auch tierisch unter mein Verhalten ne. Und ich erkenn
125 dat aber, nun aber ich hab noch kein für mich noch kein Mittel gefunden, dat irgendwie
126 ne....also äh, das ich auf mich aufpasse. Also, dass ich das überstehe. Weil ich lass
127 mich dann von dem Negativen so runterziehen....ne dat, dat dat dann auch wieder zu
128 Rückfällen führen kann, ne? Wie gesagt, dat muss intensiv bearbeitet werden also ich

129 brauch noch `ne Traumabearbeitung, aber das ist hier schwer möglich in den sechs
130 Monaten.

131 **Int.: Und was hat Dich dazu bewegt, die Therapie hier zu machen?**

132 H.: Ich war schon letztes Jahr in S.B.....Also....es kam....wenn ich Ihnen die Geschichte
133 erzählen darf....Also, es kam meine Tochter auf die Welt....unerwartet. Wir sind in die
134 Entgiftung gegangen....aber eigentlich nur. Ich wollte wieder Zeit hinauszögern vor der
135 Staatsanwalt. War`n wieder Haftbefehle gegen mich draußen und wollte den guten
136 Willen zeigen, dat die Haftbefehle.....ich hab` die Justiz genannt. Da hab ich echt von
137 vorne bis hinten. Und äh....bin in Entgiftung gegangen, da wurde die Schwangerschaft
138 festgestellt, das sie schon im fünften Monat schwanger ist. Dat hat se gar nicht
139 bemerkt....ja und dann fing es an mit mir zu kippen. Ich denk: Oh, fünfter Monat. Ich
140 hatte das noch gar nicht richtig realisiert. Klar, ham wir uns immer mal `n Kind
141 gewünscht, aber erst wenn wir`s geschafft haben. Ne....wie gesagt, ich lieb` die Frau
142 über alles, sie liebt mich über alles und wir wolln`s immer nicht schaffen, ne. Und `n
143 Kind haben oder so ne, aber dann kam das jetzt urplötzlich....so, sie ist jetzt schwanger.
144 Haben trotzdem erst mal abgebrochen.....so `n Monat später kam meine Tochter auf
145 die Welt, also Ende fünften Monat, Frühchen....1200 gr. Hat mit dem Leben gekämpft ne
146 und war....konnt` ich auf eine Hand legen, so klein war die. Und dann noch
147 drogensüchtig. Ich hab` gesehen, wie sie gezuckt hat `n bißchen ne. Dat war `n Bild
148 ne....also ich hing da Nachts....ne. Ich bin nachts ins Krankenhaus gefahren nur um
149 meine Tochter sehen ne...und auch Rotz und Wasser geweint, was ich der da angetan
150 hab` ne. Also, gut....wie gesagt, Haftbefehle standen noch aus zu dem Zeitpunkt auch.
151 Ich hab echt, jetzt muss sich was ändern. Und dann.....ich möchte `nen Vater....ich
152 möchte Vater sein. Bin zwar erst mal ins kalte Wasser....ich hab` gedacht, das wär`
153 einfacher Vater zu sein. Ähm...und wie gesagt....konnt ich meine Freundin
154 bewegen....also wir hatten direkt das Jugendamt im Nacken weil wir das aufgemacht
155 haben mit Heroin....ne, konsumiert so und Methadon. Wußte die halt auch, dass die
156 direkt einschreiten können mit dem Frühgeborenen, ne also sonst hät`s nicht überlebt.
157 War ein Frühchen, war am Kämpfen schon so, musste sich erst mal erholen und hat ja
158 anfangs auch nicht geatmet und so Sachen ne. Und die haben sofort das Jugendamt
159 eingeschaltet, meine Partnerin ist schon beim Jugendamt bekannt, sie hat `ne 13jährige
160 Tochter, die sie nach 10 Jahren verloren hat. Ja, wir haben natürlich die gleiche

161 Sachbearbeiterin. Die haben kein gutes Bild von meiner Lebensgefährtin gehabt zu dem
162 Zeitpunkt. Ich musste richtig viel kämpfen, also wir mussten richtig viel kämpfen, dass
163 wir überhaupt sie mitnehmen durften. Die wollten uns die erst nicht mitgeben....

164 **Int.: ...aus dem Krankenhaus?**

165 H.: Ja, also aus.....die ham uns die nicht aus`m Krankenhaus.....wir ham `ne
166 Vereinbarung getroffen. Wir....die vom Jugendamt hat mir gesagt: Pass auf, wenn ihr es
167 schafft innerhalb in kürzester Zeit Therapieplatz zu besorgen, geb` ich Euch die Kleine
168 mit. Ansonsten geht sie nicht mit.

169 Ja, ich wollt` meine Tochter haben, ne. Wie gesagt, sie hat gekämpft und wollte auf die
170 Welt sein ne und wie gesagt, da hat halt in mir richtig komplett umgeschalten der Hebel.

171 Ja, äh...gesagt getan. Dann ham sie die doch früher aus`m Krankenhaus geholt. Sie hat
172 sich so schnell erholt, die war nur anderthalb Monate im Krankenhaus. Wurde richtig
173 minihaft entlassen und äh.....hat schon Panik, dass dat Jugendamt mich irgendwie
174 verarschen will ne. Haben Therapieplatz alles klar gemacht....ja, wir durften sie nur
175 besuchen, Kindernotdienst und so Sachen. Ja, hab dann die Bescheinigung,
176 Rechtsanwalt eingeschaltet, alles drum und dran. Ja und dann durften wir sie
177 mitnehmen. Mit Ach und Krach und äh...sind eben in die Entgiftung in L. gegangen,
178 Eltern-Kind-Station. Das ist auch eigentlich alles gut gelaufen, Entzug beide
179 überstanden, nur ich hab gemerkt meiner Lebensgefährtin geht es nicht gut....hatte
180 schon Abbruchgedanken. Ich muss dazusagen, sie ist 12 Jahre im Methadonprogramm.
181 Das sitzt richtig in den Knochen und sie hatte Krämpfe. Ne, ich war da richtig am
182 Kämpfen da um sie. Drei mal die Nacht aufstehen, Pola geben und ne....obwohl das
183 Kind ja eigentlich nur geschlafen hat. Aber in dem Entzug war sie total anstrengend.
184 Sind dann in Therapie angekommen. Ja.....und nach vier Tagen hat sie mir erzählt, sie
185 schafft das nicht, sie möchte abbrechen. Hab ich mit ihr `ne Vereinbarung getroffen, ich
186 konnte sie auch nicht mehr halten. Ich hab`s alles versucht, ich hab` Therapeuten
187 kommen lassen. Weil ich wollt das Kind ja nicht verlieren, da hing ja auch `n Zettel in
188 S.B., falls die Eltern die Einrichtung verlassen oder disziplinarisch entlassen werden, ist
189 das Kind sofort zu entziehen. Ja....da musste `ne Lösung her, ne. Also, ich
190 wußte....wenn wir beide gehen ist das Kind weg. Hab` ich gesagt: Pass auf, Du gehst
191 nach Hause, kümmerst Dich um `ne ambulante, weil sie kann auch nicht eingesperrt
192 sein und dann noch mit so vielen. Also, das war für sie ja Neuland, komplett. Sie wusste

193 gar nicht, warum man therapeutische Gespräche führen. Das war nicht ihr Ding. Sie ist
194 eh so zurückhaltend und dann noch der Entzug, psychische Probleme. Ich sag: Pass
195 auf....Du holst Dir Hilfe sofort. Sag ich, ich bleib hier, ich pass auf das Kind auf, sag ich.
196 Versprich mir, dass Du das machst, dass Du jetzt nicht rückfällig wirst. Das Du....sie hat
197 es mir auch versprochen. Sag ich: Das Geld, was bei Dir auf`n Konto kommt, für M., die
198 Nachzahlung, das schickst Du mir....Ja, mach ich alles. Ja....und was passiert. Die hat
199 auch noch zwei Geschwister, die sind auch äh...schwer drogenabhängig. Sie wohnen
200 direkt um die Ecke bei uns. Sie ist nach Hause gefahren, sofort rückfällig geworden.
201 Das hat sie mir mitgeteilt....ja, fand ich Scheiße. Und dann hat ich noch den Kampf mit
202 dem Jugendamt, die wollten mir das Kind rausholen....weil R., R. hat ja das Sorgerecht
203 gehabt zu dem Zeitpunkt noch und äh....über mich wussten sie nix. Die wussten nur, 10
204 Jahre Knast und ham da `ne Gefahr gesehen. Aber die Einrichtung hat dann für mich
205 gesprochen zu dem Zeitpunkt und äh....ja R. hat auch hingestellt wiederzukommen, ist
206 nicht zurückgekommen. Dat war ein Kampf und am Ende musste ich das Sorgerecht
207 beantragen, was ich auch bekommen habe komplett alleine. Ja und dann hab ich mich
208 aber nicht mehr mit der Einrichtung verstanden. Und die war eigentlich ausgelegt für
209 Eltern-Kind-Station, da war auch ne Kindertagesstätte, also das die Eltern dann über
210 Tag Therapie machen können, dat hat nicht funktioniert. Ne, also da kam, wenn
211 überhaupt zwei Mal die Woche einer drei Stunden, dat sollte eigentlich in den
212 Werktagen jeden Tag acht Stunden gehen. Bin ich mit den in Konflikt geraten, ich kann
213 keine Therapie machen. Ihr erwartet von mir, dass ich super Vater bin, ich hab Berichte.
214 Hebamme alles vorbildlich, ne aber sag ich: Ich kann für mich nicht arbeiten. Für meine
215 Tochter tut ihr hier einiges, ihr kriegt für meine Tochter Geld für die sag ich, ich will mich
216 beschweren. Ne, wie gesagt ich kann keine Therapie....jaaa, das war denen `n Dorn im
217 Auge.

218 Ja, ich muss noch dazu sagen, dann hab ich `nen Regelverstoß begangen. Ich hatte `n
219 Handy auf Tasche, weil ich mit der Mutter Kontakt halten. Die ham mir Kontaktsperre
220 gesagt, zu der Mutter. Absolut, die darf ihr Kind nicht sehen gar nichts. Obwohl sie zu
221 dem Zeitpunkt wieder im Methadonprogramm war und da waren auch Leute, die im
222 Methadonprogramm waren. Also, dass hat sich komplett widersprochen. Die war`n da
223 voll gegen die, ja und da hab ich äh....wie gesagt, wieder Negativereignis und komplett
224 blockiert. Und alles in Frage gestellt und dadurch, hab da Jugendhilfe hochkommen

225 lassen. Hab denen das gezeigt, hier keine Kindertagesbetreuung, das die Zeugen
226 haben, die hat dann auch Druck gemacht ja und dann ham die auf die nächste
227 Gelegenheit gewartet und mich disziplinarisch entlassen und mir die Tochter entzogen.
228 Mit Polizei.

229 **Int.: Und wie lang bist Du jetzt schon hier?**

230 H.: Drei Monate jetzt hier. Also wie gesagt, dat war letztes Jahr November, wie sie mich
231 da Ende November disziplinarisch entlassen wollten. So, ich wollte meine Tochter
232 mitnehmen. Ham sie nicht mitgespielt, wie gesagt mit Polizei alles drum und dran, war
233 alles da. Ich hatte keine Wahl. Ich wollte meine Tochter erst mal, weil die begründet
234 haben, ich würde jetzt rückfällig werden, was schwachsinnig war. Hab meine
235 Tochter....wollte meine Tochter zu meiner Schwiegermutter geben, da war alles schon
236 vorbereitet. Ja ham sie nicht mitgespielt. Das wurde auch nicht überprüft, nichts ja und
237 hab vier Monate gekämpft und dann bin dann clean auch geblieben draußen. Bin dann
238 eingebrochen. Staatsanwalt Druck, also bin rückfällig geworden.....

239 **Int.: Das war im März?**

240 H.: Genau....März, April so. Bin rückfällig geworden. Entgiftung gewesen...sofort, weil
241 dat Jugendamt hat nur dat genutzt, um mir das Sorgerecht abzunehmen. Ham sofort
242 das Sorgerecht beantragt, obwohl ich in Entgiftung war.....Ja, wie gesagt, ich möchte
243 auch clean sein und dann hab ich versucht mit denen noch mal wieder ein Gespräch zu
244 führen. Also, ich hab da `nen Drachen erwischt, sag ich jetzt mal. Es gibt Leute vom
245 Jugendamt, mit denen kannste reden, wo R. vorher hatte. Aber das hat sich gewechselt.
246 Wir ham so `ne alte Frau.....obwohl ich erlebt hab, dass Mutter mit Methadon auch ihre
247 Kinder haben dürfen und da drauf hab ich eben tendiert. ne. Nee, hat sie gesagt,
248 Methadon ist auch `ne Droge und das unterstütz ich nicht. Sie hatten Ihre Chance und
249 die ist jetzt vorbei. Ich hab das Sorgerecht beantragt und ich werd`s auch kriegen.
250 Geben Sie am besten auf. So hat sie mit mir.....jetzt haben wir das persönlich zum Krieg
251 genommen auch....und dann kam wie gesagt. Dann bin ich erst mal, Entgiftung
252 abgebrochen wieder, eh verloren. Für mich war das ein Schock. Ne...dat ich durch so `n
253 Aus....also ich hab dat ja alles selber in der Hand gehabt. Hätt` ich mich nicht gegen die
254 Klinik gewehrt, hätt das nicht so ein Ausmaß genommen. Hätt` ich einfach die Schnauze
255 gehalten, zwei Monate noch, dann wär` ich Vater-Kind-Einrichtung gegangen. Naja, hab
256 ich das riskiert ne also war dumm von mir, seh` ich jetzt auch ein. Ich hätte dat einfach

257 mal so hinnehmen müssen, ja und bin rückfällig geworden einen Monat lang, intensiv.
258 Und dann hab ich...ich war total unzufrieden, dadurch die Konflikte wieder in der
259 Beziehung. Sie hat auch ihren Teil dazu getragen, Vorwürfe, das hat dann so `nen
260 Kreislauf genommen ne. Das wir uns fast getrennt hätten, dann Beziehung lief auch
261 nicht mehr gut. Ich hab eigentlich alles schon aufgegeben, hab mich dann trotzdem mit
262 ihr in Entgiftung angemeldet. Abends noch gestritten, ja wir wollen getrenntes Zimmer
263 haben. Dann bin ich mit ihr zur Entgiftung gefahren, hab ich gesagt, sie will ja eigentlich
264 keine Therapie machen. Sag ich: Pass auf, wir trennen uns jetzt hier auf diesem Wege,
265 hab ich zu ihr gesagt, oder sag ich, wir ham jetzt genug mitgemacht zwölf Jahre lang,
266 wir haben Kinder verloren. Sag ich, ich hab` meine grade Linie....ich hab` mich mitreisen
267 lassen oft von Dir, sag ich, ist mein Fehler ja klar, aber tust mir gut, entweder Du ziehst
268 jetzt mit mir an einem Strang, die wollte wieder nur Entgiftung machen und dann wieder
269 ambulant und das funktioniert nicht mehr. Dat ham wir schon zwei Mal hinter uns,
270 wegen Geschwister auch. Entweder ziehste jetzt mit mir und gehst mit mir in Therapie,
271 wir besprechen unsere Paarbeziehung, wir kämpfen für unser Kind oder wir trennen uns
272 jetzt hier. Du gehst dann da hoch, machst dann Deine Entgiftung, ich fahr jetzt zu
273 meinem Vater und überleg was ich für mich mach. Ja, wollt sie ja auch nicht....Lass uns
274 kämpfen. Ja, nun sind wir hier angekommen. Anfangs ging`s ihr auch wieder so
275 schlecht wie in S.B., aber sie hat durchgestanden. Hat `nen Gerichtstermin wegen
276 Sorgerechtsentzug. Vierzig Eltern-Kind-Einrichtungen angerufen, hat nix gebracht.
277 Die...Ich hab keine Unterstützung vom Jugendamt bekommen. Hab aber `nen Platz
278 gefunden, wo aber beide Elternteile hinkommen Die gibt`s nicht hier oft, so gut wie gar
279 nicht. Hab`s aber gefunden und auch zu ihr immer, hab ich auch, wenn ich so Eltern-
280 Kind-Einrichtungen, dann fünf, sechs Stück gibt es hier in ganz Deutschland. Wenn
281 ich...ja sie müssen....äh....das Jugendamt muss uns anschreiben, nicht sie. Also, die
282 war`n da ne....von außen konnste nicht anrufen. Dann hat sich aber....hab ich aber einer
283 eben so meine Lage erzählt....eine hatte dann Herzschmerzen sag ich jetzt mal und
284 hab ich gesagt: Pass auf, ich brauch `ne Bescheinigung für`s Gericht, dass ich kommen
285 kann. Wir wollen clean sein, ich will meine Tochter.....Ich stell ihnen die Bescheinigung
286 aus. Dann hab wir noch `ne Adoption gefunden mit Kind, jaaa...hat aber alles nicht
287 gereicht ne, weil ich disziplinarisch entlassen worden bin und das Jugendamt hat Frau
288 M. noch, die Du jetzt gleich noch kennenlernenst, dat se Borderline hätte. Dat stimmte

289 alles gar nicht. So, entzogen....dann war eigentlich die Chance vorbei für mich und da
290 sagt meine Anwältin: Da leg ich Beschwerde ein. Ich seh` das noch nicht vorbei. Und
291 das läuft jetzt ne also da besteht noch Hoffnung, dass wir unsere Tochter bekommen.
292 Jetzt ist meine Lebensgefährtin auch noch schwanger. Kommt auch noch dazu. Naja
293 und das ist jetzt so der Lauf, der jetzt so begonnen hat.

294 **Int.: Und wie geht es Dir jetzt hier?**

295 H.: Jaaaa....bis gestern war kritisch. Ich hab mich mit meiner Partnerin so gezoft. Die
296 schludert `n bißchen.

297 **Int.: Was heißt, die schludert?**

298 H.: Ja, durch die Drogen. Ja, die macht ihre Sachen nicht richtig. `S gibt
299 Sachen...Wohnung kündigen, zwei Katzen noch in der Wohnung. Da gibt es so`n paar
300 Sachen also ne. Seit zwölf Jahren lehnt die sich auf mich zurück. Ich hab`....wenn sie
301 Sachen nicht gemacht hat, hab` ich dat an mir gerissen. Dann Sachen selber gemacht,
302 dann is` es erledigt. Weil sie erledigt erst Sachen bis es brennt, dann bis zum Letzten
303 und...äh alles aber auch durch die Drogensucht. Irgendwie hat sich also auch in der
304 Beziehung ne anfangs so richtig gezoft, dann hab ich gedacht, bevor die spielt, sonst
305 machste dat selber, dann ist es erledigt. Ey, ihre Sachen..Arge. Ich bin `n Typ, ich hab`
306 grade Linien. Es gibt Sachen, die müssen erledigt werden. Und sie schleift da `n
307 bißchen. Dat hat mich angekotzt. Dat ist ja über Jahre. Auch ihre Dienste muss ich für
308 sie machen. De hat ja auch hier Verantwortungen, damit die keinen Ärger kriegt ne.
309 Aber die lehnt sich auch schön zurück. Der Doofe macht ja, so.

310 **Int.: Fühlst Du Dich ein bisschen verantwortlich?**

311 H.: Ja, verantwortlich ja. Wär` ja `n schlechter Partner, wenn ich sie da reinrasseln
312 würde. So denk` ich mir dat ne. Aber dat läuft ja schon länger und dat belastet mich zur
313 Zeit. Und meine ganzen Themen.... Wie gesagt, dass macht mich auch aufbrausend.
314 Ich bin nicht ausgelassen....total überfordert ne im Moment und weil ich ihren Sack ihren
315 Rucksack mittrage, irgendwie ne. Äh...versuche wie ges....und dann bringt die sich
316 manchmal in Gefahr. Hier war`n genug Rückfälle jetzt, 17 Rückfälle. Also 17 war`n hier
317 rausgeflogen vor Kurzem und sie war auch im Gespräch. Sie ist nicht rückfällig
318 geworden aber sie wusste wat abging und dat hat sie nicht angesprochen. Dat stand
319 alles auf der Kippe, die riskiert soviel ne....und so kann es im Leben nicht weitergehen.
320 Wenn die hier so Leute schon schützt, denk ich mir, wie wird`s erst wieder mit ihren

321 Geschwistern sein so ne? Weil, sie sieht die Gefahr nicht, irgendwie. Und ich versuch
322 da permanent Druck zu machen, aber sie wehrt sich. Ja und ich versuch da irgendwie
323 Mittel zu finden ne dat dat läuft aber ich wollt gestern abrechen eigentlich. Sag` pass`
324 auf ich entscheid das für mich alleine. Ich krieg`...das Jugendamt is` eh gegenüber.
325 Meine Anwältin sagt: Hr. H., wenn sie sich trennen würden, hätten sie viel bessere
326 Karten ihr Kind wiederzubekommen als wenn sie mit der Frau zusammen....Die hat `ne
327 schlechte Vorgeschichte, dass ist das Hauptproblem ne. Mir wird immer mehr bewusst
328 ne, entweder will sie nicht, weil ich erwarte ja nichts unmögliches. Ich erwarte nur das
329 Normale ne. Das `ne Familie funktionieren...kann, aber wenn ich nix mach, nicht den
330 Haushalt mach ne. Ich mach auch unser Zimmer, Wäsche waschen alles ne, dann kann
331 das nicht funktionieren. Ich...die erwartet von mir, dass ich arbeiten geh. Ich hab schon
332 Praktikumsplatz, alles....jetzt...äh....für Februar. Und ich erwarte aber auch von ihr
333 Einsatz ne. Und dat kommt zur Zeit nicht ja und dann hätt` ich gestern fast `ne
334 Kurzschlussreaktion gehabt....und wär` gegangen. So geht`s mir eigentlich gut ne. Ich
335 mach hier vorbildlich Therapie, sagen die mir. Wie gesagt, 17 Mann sind rausgeflogen
336 und dat war `n größten Teil mein Verdienst sag ich jetzt mal krass. Ja, hier haben Leute
337 einfach nichts zu suchen, die konsumieren. Hier kommen immer Neue...dat hat keiner
338 sicher. Hier war Spice, hier war alles. Heroin und ja wie gesagt...alle auffahren lassen
339 ne. Und dat schätze die hier auch so an mir ne. Die sehen sehr gute Ansätze an mir,
340 klar hab` ich trotzdem meine Themen, das ist richtig. Läuft nicht alles perfekt in mir für
341 mich....

342 **Int.: ...sonst wärst Du nicht hier....**

343 H.:aber, genau ne, aber.....`s besser als in S.B. Also ich bin viel, viel weiter....als in
344 S.B.

345 **Int.: Und wer hat Dich bei der Suche nach der geeigneten Therapieeinrichtung**
346 **unterstützt oder hast Du das für Dich alleine gefunden?**

347 H.: Diese Einrichtung jetzt?...

348 **Int.: Ja.**

349 H.: Also folgt....und zwar hat ich `ne Kostenzusage für P.B.....ist in B. die Einrichtung.
350 Und die R. wollte ambulant machen. Ich hab sie ja Pistole auf die Brust....Trennung,
351 hab` ich Ihnen ja grad erzählt. Sind wir dann hoch....In M. ist `ne sehr gute Entgiftung,
352 die machen ruckzuck `ne Kostenzusage. Und die ham das irgendwie hingekriegt, dass

353 wir in drei Wochen beide `ne Paartherapie machen können. Dat war gar nicht so
354 einfach. R. hatte schon 15 Kostenzusagen, da spielt langsam der Rentenversicherung
355 nicht mit.....

356 **Int.: Das wird dann schwierig, ja....**

357 H.: Überhaupt eine zu kriegen. Und wir hatten ja erst im Nov...äh äh hier letztes Jahr im
358 Juli eine zusammen genehmigt bekommen und dat machen die auch nicht so gerne.
359 Und dann nur...normal sagt man, jetzt mittlerweile ham die `n bisschen angezogen,
360 einmal im Jahr kann man....stell`n die so was aus. Und wir war`n da halbes Jahr später,
361 hallo wir woll`n wieder `ne Paartherapie ne. Die....wenn Du die anfängst, überweisen die
362 ja das ganze Geld, sag....also...ist mein Stand, ob dat so is` weiß nicht. Ne und dat
363 kostet ja richtig...und dann, die kriegen ja nur Teil dann wieder zurück. Und Risiko war ja
364 wieder groß, dat sie wieder abbricht ne wie gesagt...aber wie gesagt, die ham`s
365 hinbekommen. Ham uns die Klinik hier empfohlen. Uns war egal wohin, Hauptsache wir
366 konnten zusammen Therapie machen und weit weg von Düsseldorf. Und dann ham wir
367 diese Klinik hier in der Entgiftung gefunden.

368 **Int.: Und ist S.B. Deine bisher einzige Therapieerfahrung?**

369 H.: Ich bin mal einmal H. M. angekommen und direkt wieder gegangen. Dann E.M. war
370 ich 14 Tage 2002, auch abgebrochen. Ja und äh S.B. Dat war die erste Therapie, die
371 ich eigentlich für mich ernst genommen hab, meine Themen angesprochen hab, aber da
372 hat sich nicht viel für mich viel getan ne also.....irgendwie, ich war vielleicht auch
373 überfordert. Es wurde zu wenig....ich hab zu viele Einzel angefordert. Dat ham die nicht
374 mitgespielt. Ich wollte echt intensiv arbeiten, das dat nicht noch mal passiert ne. Wie
375 gesagt, ich hab mich gewehrt am Ende ne. Also...wusste auch nicht so richtig, was
376 Therapie heißt, weißte. Da steht Dir nur einmal die Woche äh Einzel zu. Aber ich wollte
377 meine Themen am besten alle nach sechs Monaten soweit wie möglich, so schnell wie
378 möglich bearbeiten. Und dann auch dagegen gewehrt ne. Is` eigentlich keine schlechte
379 Einrichtung, nur mit....wat die besser machen könnten ist für die Kinder ne....also dat
380 war, ist....

381 **Int.: Und wie hast Du Dich in den Einrichtungen so gefühlt?**

382 H.: Ja, anfangs schüchtern ne. Also, ich wusste nicht, wat mich erwartet, aber nach und
383 nach lebst Du Dich ja ein. Verstehst Dich ja dann mit die Leuten ne. Und äh....S.B. hab
384 ich ja langsam gecheckt klare Linie zu fahren ne und nicht vom Weg abzuweichen, weil

385 da steht auch zu viel auf`m Spiel jetzt ne, besonders dat Kind auch. Hab` ich nicht 100%
386 hingekriegt in S.B. wie gesagt, Regelverstöße begangen, krasse....Du darfst kein Handy
387 haben.....und und und. Da war`n so ` paar Sachen bei. Und hier eigentlich, mach ich es
388 besser. Also wie gesagt, klar rauch ich auch bei der AT-Zeit oder so. Dat sind so
389 Kleinigkeiten, aber ich versuch mich hier schon intensiv....Wenn Du Dich hier auch mal
390 an Regeln hältst ne also kriegste hier auch keine Schwierigkeiten. Also, ich mach`s im
391 Moment...also hier....Obwohl, ich krieg im Moment viel Gegenwind, hier waren ja viele
392 Konsumenten ne. Und die ham gegen mich gepocht. Ich sprech auch alles an, wenn
393 was schief läuft oder so, dat ist manchen `n Dorn im Auge. `S schwer mit so `nem
394 Druck. Ich hab Druck da, Druck da, Druck da, Druck da alles zu verpacken und
395 auszuhalten ne. Damit hab ich Schwierigkeiten. Und dann noch Druck in der Beziehung,
396 dat führt dann Kurzschlußreaktion, hau rein. Ich will erst mal flüchten. Naja, aber die
397 ham mich hier ja aufgefangen und wie gesagt, draußen wird auch jede Menge Drogen
398 auf mich zukommen. Jetzt nicht so intensiv ne aber....ich muss dat einfach aushalten,
399 geht ja nicht anders.

400 **Int.: Und wie geht es Dir hier während der Therapie?**

401 H.: Gestresst, Akku leer ne. Die ganzen Ereignisse hier. Der ganze Kampf. Ich führ ja
402 seit zwei Jahren intensiv gegen die Drogensucht wieder rückfällig. Dann wie gesagt, die
403 Beziehung kostet Kraft, der Kampf mit dem Gericht kostet Kraft. Dann hat ich Ärger mit
404 der Staatsanwalt, wieder drei Haftbefehle.....also und äh...Therapie ist anstrengend.
405 Man wird ja auch gefordert. Wird richtig gebohrt. Und....aber einer Seite ne....gibt das
406 am Ende auch `n gutes Gefühl ne. Also man kann sich auf jeden Fall was mitnehmen.
407 Also, dat auf jeden Fall ne also. Und dat merk` ich auch immer mehr und auch jetzt hier.
408 S.B., ich hab mich entwickelt....und ich hab mich auch besser auf den richtigen Weg
409 entwickelt. Klar, bin ich jetzt` Jahr, könnt ich jetzt gehen. Aber ich damit auch
410 Erfahrungen auch von anderen mit und ne und wat da schief gelaufen ist und äh...ich
411 entwickel` mich immer besser ne.

412 **Int.: Und fehlt Dir hier während der Therapie etwas?**

413 H.: Ja, dat einfach alleine sein mit der Frau. Einfach mal `nen Tag so. Keinen um sich
414 haben, dat fehlt mir. Vielleicht `n bißchen mehr Einzel, dass.....Also gestern hat ich ja so
415 `ne Situation. Ich war kurz davor abzubrechen, hab` um Einzel gebeten. Nee, ich hab`
416 jetzt keine Zeit. Also mehr...nicht Zuneigung...ist auch das falsche Wort...

417 **Int.: Aufmerksamkeit?**

418 H.:....mehr Aufmerksamkeit. Also wie gesagt...die ersten drei Wochen....konnt` ich mich
419 nicht beklagen, wurden Einzel mit mir geführt hier ne und seit vier fünf Wochen....also
420 da ging es auch um `ne Verlängerung, da sind....Also ich hab immer da so den
421 Eindruck, da sind sie schnell, weißte? Die verlängern gern. Aber wenn wir mal ehrlich
422 sind, drei Monate reichen ja auch nicht aus. Es reichen auch keine sechs Monate aus
423 ne. Und die Therapie fängt für mich erst wirklich an, wenn ich draußen bin. Is ` so für
424 mich und äh...Ja, aber ich würd` gern intensiver meine Themen bearbeiten ne. Es wurde
425 jetzt so angeschnitten und jetzt.....seit vier fünf Wochen. Das hab ich aber auch in S.B.
426 so gemerkt ne....dat ist zu wenig.

427 **Int.: Jetzt stehst Du da und wartest, dass es weiter geht.**

428 H.: Ja, weitergeht. Und seit vier fünf Wochen. Ist auch verschenkte Zeit. Wenn man
429 schon nur so wenig hat und wenn die schon verlängern, dann möcht ich auch ne....

430 **Int.:das weitergearbeitet wird.**

431 H.: ...dat da wirklich gearbeitet wird. Ich hab` denen auch gesagt, ich hab`
432 Schwierigkeiten in den Gruppen über meine Kindheit zu reden und so und ich würd` das
433 gern sehr im Einzel mit denen aufarbeiten. Da in die Richtung passiert sehr wenig im
434 Moment, sag ich jetzt mal. Ne, es wurde über Verlängerung gesprochen, da hab ich
435 auch zugestimmt und aber irgendwie.....

436 **Int.: Vielleicht ergibt sich da sich ja noch mal was.**

437 H.: Ich hoffe das. Aber ich hab` nur noch 2,5 Monate ne also.

438 **Int.: Okay. Was hältst Du von Einrichtungen, die keinen Unterschied in der**
439 **kulturellen Herkunft machen? Denen egal ist, wo der Mensch herkommt und die**
440 **keine Schwerpunkte setzen?**

441 H.: Find ich in Ordnung. Jeder Mensch ist gleich. Jeder Mensch hat die gleichen
442 Chancen verdient, der hier ist. Und man kann ja auch von denen auch lernen. Also, die
443 ham ja ganz andere Kultur und die sind.....Ich find die sind disziplinierter. Ja, und von
444 solchen Leuten kann man sich ja auch was lernen. Also, ich find das völlig in Ordnung.
445 Klar, was ich an denen nicht finde, wenn die dann hier in so `ne Einrichtung kommen
446 oder so. Dat ist so `ne Dynamik, Gruppendynamik in denen drei. Auch so in Entgiftung
447 ist mir aufgefallen, wenn mehr als vier Osteuropäer sag ich jetzt mal, da sind, ist Stoff im
448 Haus, irgendwie. Die halten da richtig....auch im Knast hab` ich dat so erlebt, wenn da

449 einer einfährt, jetzt sag ich ne, der kriegt sofort Nudeln alles. Obwohl sie den kennen
450 oder nicht. Dat schätz ich ja so ne. Also, ich find das auf jeden Fall in Ordnung ne wie
451 gesagt, von denen kann man auch einiges lernen.

452 **Int.: Hältst Du es denn auch für sinnvoll, dass es Einrichtungen gibt, die ihren**
453 **Schwerpunkt auf die kulturelle Herkunft Osteuropas legen?**

454 H.: Eigentlich ja schon, aber wat mir auch so aufgefallen ist. Wie gesagt, wenn die mehr
455 als drei vier sind, dat ist wie `ne Familie. Da kommt man schwer an die ran. Also, dazu
456 zugehören. Klar reden sie mit Dir ne, aber die sind komplett auf sich fixiert ne. Wie `ne
457 Familie....hast Du eigentlich gar keine Chance.

458 **Int.: Schotten die Patienten sich ein bisschen ab?**

459 H.: Genau, genau....die schotten sich komplett ab. Dat ist im Gefängnis so, in der
460 Entgiftung ist dat so. Also wenn, wenn...wie gesagt, die sind freundlich sind sie alle ne.
461 Diszipliniert sind sie auch. Die halten auch richtig zusammen. Da können wir uns echt
462 manchmal `ne Scheibe.....Aber ich würde mir wünschen, wenn sie schon bei uns in die
463 Einrichtung kommen, sag` ich jetzt mal so, vielleicht drück ich mich auch falsch aus, dat
464 die uns auch mehr gleich behandeln wie ihre Leute jetzt da....Also uns auch so
465 aufnehmen, weil....

466 **Int.: Sollen sie sich für andere Menschen öffnen?**

467 H.: Ja uns ähh mit einbeziehen. Und das machen die nicht. Dat hab ich jetzt öfters
468 schon bemerkt....also eigentlich immer. Jetzt halt nur bißchen.....die sind hier nur zu
469 zweit und äh also mehr als drei vier, da merkt man das richtig. Da fängt es langsam an
470 die Dynamik. Und dann kommt das auch, was mir auffällt, bei denen äh zu Dummheiten
471 ne. Also hier Drogenkonsum, heimlich. Ja gut, das kann mir au....aber ne....äh, die sind
472 da richtig fähig, sag ich, was zu organisieren. Und die halten auch alle dicht ne is` da
473 echt die Beweiße auf`m Tisch liegen. Also, das find ich eigentlich schade so an denen.
474 Aber ansonsten sind das sehr angenehme Menschen ne....Ich nehm` gerne was von
475 denen...mit.

476 **Int.: Wir sind schon fast am Ende. Ich habe noch ein paar Fragen zu Deiner**
477 **Zukunft. Hast Du im direkten Anschluss an die Therapie schon was vor? Und ist**
478 **da schon was geplant?**

479 H.: Ja....geplant war Adaption mit Kind. Jetzt ist R. seit `n paar Tagen schwanger. Das
480 kommt auch noch dazu gekommen. Dat wäre auch eigentlich der richtige Weg. Aber wie

481 gesagt, wir haben Schwierigkeiten, von meinen Therapeuten sicher her nicht, aber von
482 R. Therapeuten die Kranken wieder zu bekommen. Ich brauch Bescheinigung und im
483 Moment bin ich am Schwanken, ob ich überhaupt noch `ne Adaption mit Kind machen
484 möchte oder sofort `ne Wohnung aufbauen. Praktikumsplatz hab ich....

485 **Int.: Wo machst Du das Praktikum und was machst Du?**

486 H.: In Düsseldorf. Was eigentlich gefährlich für mich ist, weil wenn ich in Düsseldorf bin,
487 werd ich jedes Mal rückfällig. Aber das ist die einzige Firma, die ich im Moment
488 gefunden hab als Maler- und Lackierer. Mit eventuell Festeinstellung, wenn ich mich
489 beweise ne. Und wie gesagt, R. ist schwanger. Ich will das Kind wieder haben und ich
490 muss was tun ne. Aber wie gesagt, sie ist da mit sich da im Inneren im Konflikt. Sie sieht
491 dat zwar ein, aber im Moment passiert nicht viel mit ihr ne. Da müssen wir mal gucken.
492 Eigentlich meine Zukunft ist mit ihr die Kinder groß zu ziehen, Drogenfrei, straffrei.
493 Einfach normales Leben....auf die Reihe zu bekommen.

494 **Int.: Wie stellst Du Dir sonst Deine weitere Zukunft vor?**

495 H.: Weiterhin drogenfrei. Möcht ich ein kleines Häuschen noch. Also, ich bin 34 Jahre,
496 viel werd ich nicht schaffen glaub ich, dann müsst ich ja im Lotto gewinnen. Ich hab nix
497 gelernt, ich bin drogensüchtig und müsst ja so `n Glück haben, da müsst `n Koffer vom
498 Himmel fallen, sag ich jetzt mal oder ne.....Einfach das normale Leben. Vielleicht ein
499 kleines Häuschen, was man den Kindern später überschreiben können. Glücklich sein in
500 der Beziehung ne mit den Kindern und mehr Wünsche hab` ich nicht.

501 **Int.: Glaubst Du, dass Du für den Rest Deines Lebens drogenfrei leben kannst?**

502 H.: Gute Frage.....Ich würd`s mir wünschen.

503 **Int.: Das ist auch die Abschlussfrage. Stell Dir vor, Du hast drei Wünsche frei. Was
504 wäre das?**

505 H.: Glücklich sein, drogenfrei und was ist der dritte Wunsch? Drogenfrei.....Also, ich sag`
506 mal so, drogenfrei, Beziehung alles super läuft. Mit ihr das erst jetzt auch schaffen. Und
507 gesund werden. Ich hab` noch Hepatitis, ich hab` `ne Diagnose bekommen, wenn ich so
508 weiter mach` 10 Jahre. Das ich gesund werde.

509 **Int.: Gibt es jetzt noch etwas, was Du ergänzen möchtest? Wo Du meinst, da hätte
510 ich nachfragen müssen? Möchtest Du noch irgendwas dazusagen?**

511 H.: Nö.

512 **Int.: Nö, nichts mehr? Hast Du genug erzählt und ich hab` genug gefragt?**

513 H.: Ja Du hast genug gefragt und ich hab zu viel erzählt, glaub` ich ne?

514 **Int.: Findest Du? Nein, das finde ich nicht. Ich finde es sehr nett von Dir, dass Du**
515 **soviel erzählt hast und so offen warst.**

516 H.: Ja, das ist mein Leben ne.

2. Therapeutinnen-Leitfaden

Allgemeiner Kurzfragebogen:

- Wie lang arbeiten Sie bereits im Suchtbereich?
- Seit wann arbeiten Sie in dieser Therapieeinrichtung?
- Waren Sie auch schon in einer Therapieeinrichtung, die keine bestimmten Herkunftsländer zum Schwerpunkt hatte?

Fragebogen zu russischsprachigen Patienten:

- Was hat Sie dazu bewegt, in einer Einrichtung zu arbeiten, deren Zielgruppe osteuropäische Wurzeln hat?
- Bedarf es in der Zusammenarbeit mit dieser Zielgruppe eines speziellen Wissens?

Allgemeiner Therapiefragebogen:

- Warum halten Sie Einrichtungen mit einem osteuropäischen Schwerpunkt für angebracht?
- Wo sehen Sie einen Unterschied zwischen ihrer Einrichtung im Vergleich zu Einrichtungen ohne Schwerpunkt im Bezug auf das Herkunftsland?
- In wie weit unterscheiden sich Patienten mit osteuropäischem Hintergrund von Patienten mit deutscher Herkunft?

Allgemeiner Zukunftsfragebogen:

- Wie erleben Sie ihre Patienten im Bezug auf deren Zukunftsplanung?
- Für wie realistisch halten Sie deren Einschätzungen im Bezug auf die Zukunftsplanung?
- Stellen Sie sich vor, Sie hätten drei Wünsche für die Arbeit im Suchtbereich frei. Was wünschen Sie sich?

Abschluss:

- Gibt es noch etwas, was Sie gern hinzufügen möchten?

1 **Int.: Ich würde mit der ersten Frage gern erfahren, wie lange ihr denn schon im**
2 **Suchtbereich tätig seid?**

3 G.: Also, ich bin jetzt 1,5 Jahre hier in der Fachklinik und habe vorher im Studium mal
4 ein sechswöchiges Praktikum gemacht im Blauen Kreuz mit Alkoholabhängigen. Aber
5 sonst mit Süchtigen weniger. Jetzt bin ich seit 1,5 Jahre hier in der Klinik als Gruppen-
6 und Einzeltherapeutin.

7 B.: Ich arbeite seit 6,5 Jahren im Suchtbereich. Erst war ich ca. 5,5 Jahre im Bereich
8 Alkoholentwöhnungstherapie und bin jetzt seit einem dreiviertel Jahr hier.

9 **Int.: Was haltet ihr von Einrichtungen, die ihren Schwerpunkt auf**
10 **Drogenabhängige aus Osteuropa legen?**

11 B.: Ich find` das zweiseitig. Also ich kenn das nur aus K.D. Es gibt dadurch einerseits
12 einen Segregationseffekt. Die Integration wird eigentlich nicht weiter gefördert. Auch in
13 der Klinik, in der ich das erlebt habe, gab es Spaltungen in der Patientenschaft. Da gab
14 es auch zunehmend Vorurteile und Zuschreibungen und da gab es auch einen
15 extremen Gruppenzwang, der dadurch entstanden ist innerhalb der russischsprachigen
16 Gemeinschaft. Andererseits war es aber auch so, dass halt einige Leute dadurch
17 überhaupt erst Zugang zur Therapie gefunden haben, auch wenn sie nicht ausreichend
18 Deutschkenntnisse hatten, um eine Nicht - Muttersprachliche Therapie wirklich machen
19 zu können oder sich das auch nicht getraut hätten, weil es ihnen alles viel zu fremd
20 gewesen wäre. Sie haben sozusagen die Anlehnung an die Peer-Group gebraucht, um
21 überhaupt für die Therapie bereit zu sein und es konnten halt auch kulturspezifische
22 Bedingungen geschaffen werden. Da gab es auch muttersprachliche Therapeuten und
23 Therapeutinnen, die selbst auch Spätaussiedler waren. Die haben die Therapiegruppen
24 auch anders gestaltet als es jetzt deutschstämmige machen. Die waren wesentlich
25 strenger, hat sich doch auch eher typischer russischer Erziehung nach orientiert, um da
26 halt auf einer anderen Ebene kommunizieren zu können. Das heißt, teilweise hat es
27 auch die Kommunikation gefördert. Aber für Integration und die Idee in Deutschland
28 leben zu wollen, finde ich es eigentlich förderlicher auch als sozusagen Fremder dann
29 zu versuchen in einer Einrichtung Therapie zu machen, in der man sich sozusagen
30 weiter integriert und auch Anreize dafür hat. Und die, die das dann gemacht haben, ich
31 hab da auch schon mit türkischstämmigen oder griechischstämmigen Menschen
32 gearbeitet, die fanden für sich da drin dann auch einen Gewinn, wenn sie sich darauf

33 einlassen konnten. So erleb` ich das.

34 G.: Also, ich schliess mich Dir an und denke auch, dass ist weniger Integration. Aber die
35 haben die Möglichkeit sich wirklich in der eigenen Sprache zu öffnen. Das heißt, der
36 Zugang ist ein anderer, wenn eben auch ein Spätaussiedler oder Aussiedler als
37 Therapeut da sitzt ist das Gefühl von "Aha, der kann das nachvollziehen". Also grade
38 diese Erziehung, Disziplin und wie es in Russland oder Kasachstan war und was in
39 Deutschland ist. Da ist gleich so das Gefühl "Aha, die versteht mich oder der versteht
40 mich". Ich find`s gut, auf der Ebene das es den Patienten und den ihren Therapeuten
41 einen leichteren Zugang zu dem eigenen Thema ermöglicht. Wenn die Patienten es für
42 sich nutzen. Also, hab` ich von anderen Therapeuten gehört, "Ja, wenn ich da rein gehe
43 als Deutscher, dann verstehen die das ja auch und auf einmal können die auch
44 sprechen." Aber es ist trotzdem noch mal was anderes, sich in der Muttersprache zu
45 öffnen. Die richtigen Worte zu finden für Emotionen, also das finde ich daran halt ganz
46 gut, aber auf der anderen Seite ist eben die Grüppchenbildung und die Desintegration.
47 Das ist so zweiseitig.

48 **Int.: Was hat Euch dazu bewegt, in einer Einrichtung zu arbeiten, deren Zielgruppe**
49 **unter anderem auch aus Osteuropa kommt?**

50 G.: Also, da fang` ich vielleicht am besten mal an. Ich bin selbst in Kasachstan geboren
51 und hab` in meinem Umfeld auch mit Drogenabhängigen zu tun gehabt und fand das
52 ganz interessant, mich da mit meiner Muttersprache zu integrieren und zu engagieren.
53 Ja, die Migration, grad` bei denen, die aus Kasachstan oder Russland hierher migriert
54 sind, sagen wir mal im Alter von elf bis sechzehn, also grad in der Pubertät, dass ist
55 dann schief gelaufen. Die hatten hier weniger Anhaltspunkte. Es sind eigentlich recht
56 viele Faktoren und dahingehend, das eben zu verstehen. Ich hab das ja als Kind auch
57 miterlebt, wie das sein kann, wo die sich nicht richtig orientieren konnten, weil sie
58 zwischen zwei Kulturen, zwischen dem extrem autoritären, disziplinären Erziehungsstil
59 und dem individuelleren Erziehungsstil in Deutschland, standen. Das fällt denen ganz
60 schwer, sich dann zu orientieren. Das ganze Miterleben, fand ich einfach sehr
61 interessant. Ich wollte mit den Menschen einfach weiter zuarbeiten. Wo sie halt auch
62 hinkommen können, wenn sie sich auf die Integration auch noch mal besser einlassen
63 und sich verändern wollen.

64 B.: Ja, bei mir war das keine Entscheidungsgrundlage hier die Arbeit anzufangen. Ich

65 habe mich im Team vorgestellt. Ich konnte mir vorstellen, auch mit drogenabhängigen
66 Menschen zu arbeiten, weil die ja auch einfach als Randgruppe in der Gesellschaft
67 leben. Die Kulturen, die mir jetzt hier begegnen, begegnen mir eben.

68 **Int.: Ihr seht also keine Unterschiede?**

69 B.: Nein, so würde ich das nicht sehen. Sondern es ist keine Entscheidungsgrundlage
70 gewesen, ob ich hier arbeite oder nicht. Also ich versuche mich schon über Kulturen
71 schlau zu machen. Ich versuche auch kulturspezifisch zu arbeiten, kenn mich ein
72 bißchen mit türkischer Kultur aus, weil ich mittlerweile ein paar türkischstämmige
73 Patienten hatte. Ich kenn mich inzwischen auch ein bißchen mit mittelasiatischer
74 Kulturvorstellung oder Lebensvorstellung aus. Und versuch halt, das auch mit den
75 Patienten zu klären, wo sie herkommen, was das für sie bedeutet und wo sie stehen. Da
76 gibt es ja auch diese Modelle, dass man sozusagen beide Kulturen positiv vereint, oder
77 eine ablehnt oder eben in beiden nicht mehr zurecht kommt. Und das versuch ich auch
78 mit ihnen aufzugreifen. Nur war das keine Entscheidungsgrundlage, um hier zu sein.

79 **Int.: Und bedarf es eines speziellen Wissens, in der Zusammenarbeit mit den**
80 **Menschen?**

81 B.: Schwierig. Du brauchst eine hohe Toleranz, Du brauchst Wissen über
82 kulturspezifische Eigenheiten. Brauchst aber eigentlich auch eine Neugierde und musst
83 auch bereit sein Deine eigenen Wertvorstellungen zu reflektieren. Diese nicht absolut zu
84 sehen, sondern offen damit umzugehen, dass eben auch andere Wertvorstellungen
85 herrschen könnten. Ja, es wird immer eine Kultursensibilität gefordert.

86 G.: Ja, dadurch das ich selbst aus dem Kulturkreis komme und mit dem Kulturkreis auch
87 aufgewachsen bin, hab` ich auch eine stärkere Empathie. Also, ich kann mich besser in
88 die Situation des Russlanddeutschen beziehungsweise des Spätaussiedlers,
89 reinversetzen. Ich kann es mir stückweit auch besser vorstellen, wie das sein könnte.
90 Also, vom Erziehungsstil von der Kindheit an.

91 **Int.: In wie weit unterscheiden sich Patienten mit einem osteuropäischen**
92 **Hintergrund von Patienten deutscher Herkunft?**

93 G.: Meiner Erfahrung nach, sind die Russlanddeutschen, grade die Männer, viel
94 verschlossener. In der russischen Kultur ist es eher, was im Haus gesprochen wird, darf
95 nicht raus. Das ist so Schutz der Familie. Dann oft Disziplin eben. Ein Mann, der darf
96 nicht weinen. Ein Mann muss funktionieren, ein Mann ist der Versorger und keine

97 Memme. Das sind Grundprinzipien, die einfach in der Erziehung von Anfang schon
98 mitgegeben werden. Du hast ja vorhin schon gesagt, der I. hat viel sachlicher erzählt als
99 der H. Also männliche Russlanddeutsche sind sich über ihre Gefühlswelt oft auch gar
100 nicht so bewusst. Die funktionieren so, meiner Erfahrung nach. Und dementsprechend
101 ist es schon eher so, dass sie auch in Gruppen sehr viel verschlossener sind. in
102 Einzelgesprächen bedarf es schon eine Zeit bis man sie einigermaßen geknackt hat.
103 Da gibt es aber auch wieder einen Unterschied in den Generationen. Also die
104 Generation, die, mit drei vier Jahren hergekommen ist und nahezu perfekt Deutsch
105 spricht, die sind wieder anders als eine Generation wie I., der wahrscheinlich mit 13 14
106 Jahren hierher gekommen ist. Aber Pubertät und Kleinkind sind noch mal zwei Welten.
107 Die, die als Kleinkinder hierher gekommen sind, die sind halt wirklich schon mit beiden
108 Kulturen aufgewachsen. Und die, die in der Pubertät waren, von ihnen wurde die
109 deutsche Kultur eher zunächst abgelehnt.

110 **Int.: Hast Du, die ja auch aus Kasachstan stammt, das Gefühl, dass Du besser mit**
111 **den Menschen zurecht kommst? Öffnen sie sich Dir gegenüber früher?**

112 G.: Ich kann es nicht vergleichen. Also, ich hatte noch keinen großartigen Austausch mit
113 Kollegen da drüber, wie es ihnen dabei geht. Aber ich denke schon, dass erleichtert. Ich
114 hab` da einen Weg gefunden, um das Eis einfach zu schmelzen. Wenn zwei
115 Russlanddeutsche dasitzen und gezwungen sind nur Deutsch zu sprechen, ist das
116 unangenehm. Man weiß immer nie, wie man sich verhalten soll. Also, das muss ich für
117 mich auch erst mal ausprobieren. Weil die gemeinsame Muttersprache ist vorhanden,
118 darf aber nicht benutzt werden. Also, man muss es in Deutsch machen. Find` ich
119 persönlich Quatsch. Ich bin ja noch nicht so lang in dieser Einrichtung und musste mich
120 selbst ausprobieren. Um das Eis zu schmelzen, hab ich einfach mal meine Gefühlswelt
121 geschildert. Ich gesagt hab: "So, also ich bin jetzt ein bißchen unsicher. Wir beide
122 können Russisch, machen es jetzt hier aber auf deutsch." Und hab` den Patienten
123 durchaus zugesprochen, wenn die irgendwo stocken und gefühlsmässig irgendwo nicht
124 weiterwissen, dass die durchaus zwischendurch was in Russisch erläutern dürfen. Das
125 es vollkommen in Ordnung ist. Und das hat meiner Erfahrung nach aber auch wirklich
126 das Eis geschmolzen, so dass es erst mal ein paar Sätze in Russisch gab und dann
127 sind wir automatisch auch ins Deutsche übergegangen. Die Patienten fühlen das dann
128 natürlich. Wenn ich jetzt ganz knallhart auf Deutsch bleibe, dann denken die Patienten

129 erfahrungstechnisch wirklich auch so: "Oh Gott, die ist was besseres." Dieses Eis gilt es
130 zu schmelzen, indem ich mich auf die Ebene begeben: "Hey, ich kann das auch, aber wir
131 können es aber auch in Deutsch machen und die Entscheidung hast Du." Und wie
132 gesagt, erfahrungsgemäß schalten die automatisch in die deutsche Sprache um.

133 B.: Für mich ist es so: Menschen aus einem anderen Kulturkreis haben zusätzlich einen
134 Bruch in der Biographie. Sie haben eine zusätzliche Entwicklungsaufgabe, die sie
135 bewältigen müssen. Die ein teilweise gewaltiger Schritt ist. Kasachstan ist ganz schön
136 weit weg und das ist ganz schön anders. Wirklich sehr anders und das heißt sie müssen
137 sich auch noch zusätzlich in einer fremden Welt zurechtfinden. Und das ist eine
138 zusätzliche Herausforderung.

139 G.: Ein Wegfall protektiver Faktoren.

140 B.: Ja, es kann aber auch eine große Ressource sein. Wenn man das positiv für sich
141 umsetzt, hat man zum Beispiel Zweisprachigkeit, man hat dadurch auch andere
142 Möglichkeiten wirtschaftlich zu arbeiten. Oder die zweisprachigen Therapeuten, die ich
143 kennengelernt habe, die haben auch sofort 'ne Stelle, weil sie das da geschafft haben.
144 Aber es ist trotzdem etwas Gewaltiges, was man da bewältigen muss. Ein
145 deutschstämmiger Mensch muss diese Herausforderung nicht bewältigen. Das ist, finde
146 ich, so erst mal der Unterschied. Und kulturelle Werte. Ich finde, es ist auch einfach ein
147 anderes Wertesystem, das fällt mir schon auch auf. Also es ist strenger, meistens ist
148 auch die Erziehung irgendwo strenger und die Familie ist wichtiger. Die Familie wird
149 geschützt, aber sie schützt auch sehr weitgehend und unterstützt sehr weitreichend.
150 Aber ich mein, da gibt es natürlich auch innerhalb von Deutschland und auch innerhalb
151 von deutschen Familien Unterschiede. Aber manchmal kommt es mir persönlich ein
152 bißchen so vor, als wären die sozusagen, eine Generation oder zwei älter als jetzt die
153 Generation, die hier leben, so gesehen. Einstellung stückweit auch oder manche....Es
154 gibt manche Ablehnungen, die so bei deutschstämmigen Menschen seltener sind.
155 Beispielsweise Schwul sein oder so was in diese Richtung, geht gar nicht. Oder auch,
156 Männer dürfen nicht weinen. Das sind teilweise so absolute Ansprüche, die sie an sich
157 richten. Die Normen sind auch noch härter und klarer als ich sie bei deutschstämmigen
158 Menschen sehe.

159 G.: Also um einen wichtigen Unterschied zu verdeutlichen: Wenn Du einem Deutschen
160 sagst: "Du musst Dich von Deiner Mutter abgrenzen, denn sie tut Dir nicht gut!" Dann ist

161 es bei einem Deutschen naheliegender, dass der Kontakt irgendwie distanzierter wird
162 oder abbricht und die Person sich um sich kümmert, als bei einem Russen, oder
163 Russlanddeutschen. Da gilt die Mutter wirklich als Allerheiligste und da muss man eher
164 dahingehend arbeiten, dass die Tochter oder der Sohn besser mit der Mutter zurecht
165 kommt und sich dahingehend wertvoller fühlt. Also, man muss eher dahin steuern, wie
166 arbeite ich mit der Mutter anstatt.....

167 **Int.:die Beiden zu trennen.**

168 G.:.....genau...zu trennen. Das ist etwas, das kommt sehr selten vor, dass jemand sagt:
169 "Ich grenz` mich von meiner Familie ab." Das ist auch noch mal so ein Unterschied, den
170 ich da schon auch sehe.

171 **Int.: Ich würde gern noch einmal in diesem Klassendenken "Deutsche-**
172 **Osteuropäer" bleiben. Wie erlebt ihr diese zwei Gruppen im Bezug auf ihre**
173 **Zukunftsplanung?**

174 G.: Konkreter?

175 **Int.: Gibt es da Unterschiede oder verfolgen beide Gruppen das Gleiche?**

176 B.: Also, ich glaube da sind für mich sozusagen die In-Gruppen-Unterschiede größer als
177 die Intergruppen-Unterschiede. Ich habe hier ein großes Spektrum an Zielverfolgung bei
178 aus osteuropäischen Ländern immigrierten Menschen getroffen, auch an
179 Zuverlässigkeit, auch in wie weit man sich dazu äußert oder nicht. Und dieses weite
180 Spektrum hab` ich auch bei deutschstämmigen. Da würde ich eher unter Individuum als
181 unter Herkunft sortieren. Ja so von der Zielorientierung auch. Schwierig....irgendwie
182 arbeiten, Auto und so weiter. Aber das kenn` ich auch bei also hier ist also....Es gibt
183 hier....die Patienten, die ich getroffen hab`, die hier wirklich weiter was für sich erreichen
184 wollten, war: Arbeiten, Auto, bißchen Familie. Ja....

185 G.: Also, vielleicht kurz am Rande. Bei russischen Patienten und grad bei Männern
186 erleb` ich das so, weil die eben so verschlossen sind und wenig Zugang zu eigenen
187 Emotionen haben. Sie haben eher die Vorstellung von Therapie: Distanz zur Droge.
188 Klar, gibt es das bei Deutschen auch. Erleb` ich aber bei den Russlanddeutschen
189 vermehrt. "So, jetzt hab` ich drei Monate keine Drogen genommen". Sie tun inhaltlich
190 nichts für sich, durchlaufen die Therapie irgendwie und gehen mit dem Gedanken: "Jetzt
191 geh` ich raus und bleib` clean." Also, da seh` ich den Unterschied, aber bezüglich
192 Zukunftsplanung....Die Eltern haben immer die Vision für ihre Kinder: Jetzt heiraten,

193 Kinder kriegen und dann hat der Mann einen Sinn im Leben. "Du brauchst eine Frau!"
194 Also, das ist so, aber sonst ist es bezüglich Zukunftsplanung eigentlich sehr
195 unterschiedlich. Es muss doch eher individuell geguckt werden.

196 B.: Das, was Du da gemeint hast, ist eher auch Therapieverständnis. Das find` ich ist
197 wieder ein bißchen so wie, mir berichtet von zwei Generationen typisch Deutschen auch
198 gedacht haben: "Therapie ist das...!" Sich mit inneren Prozessen auseinandersetzen
199 oder.....was können da überhaupt Themen sein. Das würde ich wieder unter
200 Wertvorstellung oder einfach subsumieren.

201 G.: Also als ich mich für meine Bachelor-Arbeit belesen hatte, hab` ich auch gelesen, als
202 die Russlanddeutschen nach Deutschland kamen, sind die Erwartungen, die sie hatten,
203 flöten gegangen. Die erste unbewusste Erwartung war, dass die Erziehung noch
204 genauso wie in den Kriegszeiten ist. Saubere Fingernägel, Disziplin, alles schön sortiert,
205 Rangfolge. Und als die hier ankamen, waren die erst mal geschockt, das sind einfach
206 Erfahrungssachen, dass deutsche Jugendliche mit ihrem Hintern auf dem Bürgersteig
207 sitzen. "Oh Gott, das geht ja mal gar nicht. Die gehen dann nach Hause und setzen sich
208 auf die Couch!" Oder die Schuhe werden nicht ausgezogen, Tragödie! Also, es ist
209 schon an so Kleinigkeiten gescheitert....nur mal so zur Wertvorstellung.....Und wie Du
210 sagst, vor zwei Generationen haben das die Deutschen vielleicht auch nicht so locker
211 gesehen. Wer weiß, in zwei Generationen haben sich die Russen vielleicht auch
212 weiterentwickelt.

213 B.: Ich weiß es nicht. Ich weiß auch nicht, wo das Richtige ist.

214 G.: Neee, da gibt es ja kein Richtig oder Falsch.

215 B.: Aber das ist jetzt wieder Nicht-Typische Werteinstellung von Russlanddeutschen
216 Menschen oder ausgesiedelten Menschen, sondern die haben einfach noch `ne klarere
217 Wertvorstellung, "Das ist richtig und das ist falsch". Die haben weniger dieses, "Der Eine
218 sieht die Welt so, der andere aber so."

219 G.: Ja, ja, also das kann ich auch nur so erfahrungsmäßig bestätigen.

220 B.: Und das kann ja auch gut sein, ja. Dass kann einem auch Halt und Kraft geben und
221 Zielstrebigkeit. Aber ich glaub`, das ist dann schon klar. Aber wie
222 gesagt...Ziele....schwierig.

223 G.: Also, ich seh` auch keine großartigen Unterschiede zwischen den Kulturen.

224

225 **Int.: Inwieweit unterscheiden sich denn die Zukunftspläne der Patienten und für**
226 **wie realistisch haltet ihr diese?**

227 G.: Allgemein?

228 **Int.: Ich würde das jetzt auch eher individuell halten.**

229 G.: Das ist auch wieder sehr individuell.

230 B.: Bei der ersten Therapie meistens relativ unrealistisch, ab der dritten Therapie dann
231 langsam realistischer. Ich finde, eine gewisse Form der Selbstüberschätzung ist typisch
232 für die Suchterkrankung. Es gehört ja dazu, dass man mit der Zeit erst überhaupt
233 Krankheitseinsicht entwickelt und versteht, was Suchterkrankung bedeutet oder was
234 auch diese mangelnde Kontrollfähigkeit über Sucht bedeutet. Und dazu muß man
235 Erfahrungen machen, dazu muß man ja erst mal versuchen sich zu kontrollieren,
236 feststellen, dass es aber nicht funktioniert und je mehr die Menschen die Möglichkeit
237 hatten, dass für sich zu kapieren und wirklich was anzustreben....also, das hat schon
238 was mit innerer Stabilität zu tun. Es gibt ja Leute, die einfach keine gute Sozialisation
239 hatten, die schon immer schwierigste Bedingungen in der Herkunftsfamilie und überall
240 hatten, und Heimerziehung und sonst wie was. Die haben viel später auch erst das
241 Bedürfnis überhaupt eine Therapie zu machen und was zu ändern. Oder was, woran sie
242 sich ändern können oder was, woran sie scheitern können. Ja...und ich glaube, es sind
243 diese Vorsätze, die man für sich selber vornimmt, nämlich: "Ich möchte zum Beispiel
244 mein Kind groß ziehen und merke, ich krieg`s nicht hin". Dadurch kann man wirklich
245 selbst ins Nachdenken kommen und selber beschliessen: " Ich muss und will jetzt was
246 ändern." Und je mehr Menschen darüber haben nachdenken, umso realistischer sind
247 die Zielvorstellungen. Und je weniger sie bisher darüber nachgedacht haben, umso
248 unrealistischer sind die Zielvorstellung oder sind auch die Vorstellungen, was in
249 Therapie passieren muss.

250 G.: Ja, ich denk` auch, je mehr Therapieerfahrung der Mensch hat, desto weniger ist
251 auch die Selbstüberschätzung. Also die nimmt dadurch ab.....und es kommt auch drauf
252 an, wie gut es vorbereitet ist. Also manche machen es larifari: "Ich such mir da `ne
253 Wohnung und dann mach ich mal und das wird schon." Das ist natürlich unrealistischer,
254 als wenn jemand sagt so: "Das das das....das arbeite ich jetzt ab, stell` mich vor." Alles
255 organisieren, auch den Transport des Koffers. Also wirklich auf`s Detail geplant.....Es
256 können trotzdem Beide ankommen. Es heißt aber nicht, dass Beide clean bleiben. Also,

257 wenn sie von Anfang an nach Hause wollen, zurück in die Familie. Das ist eher
258 kritischer zu sehen. Also das läuft, glaub` ich, in den wenigsten Fällen gut. Weil sie
259 einfach wieder ein Teil des Familienkonstrukts werden. Und da kann ich sagen, das die
260 Hoffnung nicht rückfällig zu werden, in Bezug auf Russlanddeutsche ist nahezu gar nicht
261 vorhanden ist, würde ich sagen. Es herrschen die Erwartungen des Vaters vor, weil da
262 bist Du wieder recht schnell der Sohn, der den Erwartungen gewachsen sein muss und
263 da ist wieder die heilige Mutter, bei der Du wieder Schuldgefühle eben.....

264 B.:gegenüber hast.

265 G.:.....gegenüber hast. Also, wir, da bezieh` ich mich mit ein, dürfen einfach nicht nach
266 den Wertvorstellungen, gegen die Muttis aufmucken. Nicht das die jetzt von oben herab,
267 sondern generell: "Die Mama, die ist heilig und da muss man alles Gute für tun. Die hat
268 uns auferzogen und die hat alles getan. Also müssen wir das auch so zurückgeben."
269 Und deswegen ist das sehr kritisch, wenn die nach Hause zurückgehen. Dann sind die
270 wieder sehr schnell wieder Mitglied der Familie und die Abgrenzungsfähigkeit ist gleich
271 null.

272 **Int.: Wenn ihr jetzt drei Wünsche für die Suchthilfe oder für die Arbeit im**
273 **Suchtbereich frei hättet. Was würdet ihr Euch wünschen?**

274 G.: Längere Therapiezeiten. Schwierig.....

275 B.: Ein Stück weit.....Für die Suchttherapie oder für die Suchtpatienten?

276 **Int.: Sowohl als auch.**

277 B.: Also ich find` die Verquickung von Therapie statt Strafe manchmal problematisch.
278 Also ich find, Bürokratie-Abbau beziehungsweise auch `ne Reflexion, wäre gut. Aber
279 das gibt es in allen Therapieeinrichtungen, deshalb ist es schwierig. Es gibt zum
280 Beispiel Übergangseinrichtungen. Leider können die Patienten nicht in
281 Übergangseinrichtungen, wenn sie aus Haft kommen, denn da gibt`s ein bürokratisches
282 Hemmnis und das geht einfach nicht, obwohl es teilweise indiziert wäre und sogar
283 beschrieben würde. Solche bürokratischen Maßnahmen finde ich problematisch und
284 dann find ich halt Teamentwicklung wichtig, ebenso auch den Rückhalt für Teams
285 insgesamt oder die Teamstrukturierung. Wirkliche Unterstützung für die Belastung in
286 den Teams und dafür wirklich einen Background, das wäre hilfreich. Ja, dass da nicht
287 das Rad jeden Tag neu erfunden werden muss, sondern mal die Sachen irgendwo
288 zusammengefasst, strukturiert und dann auch einfacher oder weniger belastend

289 gemacht werden, Was ich eigentlich gut finde, dass es viel Zeit gibt in der
290 Suchttherapie. Das wünsch` ich mir auch in der Zukunft für die Patienten und die
291 Suchttherapie, im Verhältnis zu anderer Therapie. Es ist ein großer Vorteil, dass
292 tatsächliche Problembereiche überhaupt besprochen werden können. Das ist bei `ner
293 Psychosomatik gar nicht. Da kommt man an und entweder kommt man klar oder auch
294 nicht. Und wer sagt denn, dass eine schwere depressive Erkrankung was viel leichteres
295 ist als eine Suchterkrankung?

296 G.: Ist ja manchmal auch kombiniert miteinander.

297 B.: Das sowieso, aber wenn Du halt einfach nur an Depressionen leidest, dann hast Du
298 sechs Wochen Therapiezeit und da ist dann erst mal Schluss. Zumindest stationär und
299 die Unterstützungsmöglichkeiten im Suchthilfesystem in Deutschland sind gigantisch.
300 Also mit diesen Selbsthilfeeinrichtungen, mit den ganzen Suchthilfestellen, auch die
301 unterschiedlichen höher- und niedrighschwelligigen Einrichtungen, die sind einfach
302 supercool und eigentlich auch gut vernetzt. Sie bieten ein Riesenspektrum an
303 Möglichkeiten und das find ich schon `ne gute Chance. Was würde ich mir denn noch
304 wünschen? Was fällt Dir denn noch ein?

305 G.: Du hast es mit Deinen Worten eigentlich schon prima ausgedrückt. Wobei also, ich
306 find`s schade, dass die Therapiezeiten immer mehr verkürzt werden. Ich fände längere
307 Therapiezeit schon angebracht.

308 **Int.: Ich glaube, dass entspricht auch ein bisschen den Wünschen der Patienten.
309 In diversen Gesprächen habe ich jetzt gehört: Ich möchte mehr Zeit....."**

310 G.: Es ist ja maximal sechs Monate stationäre Entwöhnungsbehandlung. Das ist aber
311 eher unrealistischer Wunsch.

312 B.: Aber es gibt doch Fee....Wunderfee, weißt Du doch.

313 G.: Ja, `ne Wunderfee. Das würd` ich auch den Patienten, also den Drogenabhängigen
314 draußen, würd` ich dann viel Kraft und Mut wünschen, sich in eine Drogenberatung zu
315 begeben und `ne Entwöhnungsbehandlung anzugehen. Das wünsch` ich ihnen....

316 B.: Was ich eigentlich noch wichtig finde..... Drogenabhängige sind eine ausgegrenzte
317 Randgruppe. Ich finde, Drogenabhängigkeit in ihrer Entwicklung ist auch ein
318 gesellschaftliches Phänomen. Und ich fänd` es nicht schlecht, wenn die Gesellschaft
319 wieder ein bißchen integrativer würde und ein bißchen weniger stigmatisierend
320 beziehungsweise auch einfach weniger konkurrierend. Und den Menschen auch mehr

321 Chancen geboten werden, auch für sich wieder in die Reihe zu kommen. Die haben
322 teilweise ja auch sehr krasse Lebensgeschichten....Eine Hälfte hat sehr krasse
323 Lebensgeschichten, die anderen haben, eher krass gelebt und hatten keinen Bock auf
324 ihre Familie oder so. Und da gibt es einfach auch so viele....so pseudo-aussichtslose
325 Fälle. Die halten sich dann selbst in Therapie toll, aber die haben keine Chance
326 irgendwo, auch im Rahmen von betreuten Einrichtungen oder so, irgendwo wieder
327 einzudocken. Da find` ich ist die Hürde zur Zeit sogar größer als noch vor zehn Jahren.
328 Das man die Drogenabhängigkeit gerne nutzt, um Menschen an den Rand zu schieben.
329 Arbeitsloser Hartz-IV-Empfänger sind ja auch so eine Gruppe, die einfach abgeschoben
330 werden. Es kommt ein bißchen die us-amerikanische Ideologie auf: "Wer es will, der
331 schafft es auch und wer es nicht schafft, der hat sich halt nicht genug angestrengt." Da
332 ist der Sprung so groß.

333 G.: Präventionsarbeit.....schon in den Schulen, im Bereich Drogen. Also wir haben eine
334 Theatergruppe, da war ich zwei Mal mit. Das fand` ich einfach super. Vor Sechst,-
335 Siebt,- Achtklässlern sind die aufgetreten und haben so ein Drogenszenario spielerisch
336 dargestellt. Wie es so zum Drogenkonsum kommt und dann haben sie sich in die
337 Klassen gesetzt und erzählt. Auf die Frage "Wer raucht denn jetzt schon?" melden sich
338 schon drei Kinder, wenn die Lehrer draußen sind. Und wie Drogenkonsum eigentlich
339 anfängt. Denn es herrscht ja das Bild: Auf der Strasse gelandet und nimmt Drogen. Also
340 die Kinder sollten schon da sensibilisiert werden. Da würde ich mir wünschen, dass
341 mehr auf dem Gebiet der Präventionsarbeit gemacht wird. Und den wirtschaftlichen
342 Aspekt würde ich mir gerne wegwünschen. Also, es ist einfach viel angenehmer bei
343 insgesamt 44 Plätzen, wenn nur 34 Patienten hier sind. Es gibt mehr Zeit für den
344 einzelnen Patienten. Und wenn natürlich das Haus rappellvoll ist mit 48 Patienten, dann
345 wird`s auch für den Therapeuten selbst kritisch. Du willst ja Deiner Fachlichkeit, Deiner
346 Arbeit nachkommen, aber so in dem Kontingent kannst Du das gar nicht leisten. Also
347 mehr Zeit für den Einzelnen würde ich mir wünschen.

348 **Int.: Okay, gibt es sonst noch etwas, was ihr anschließend sagen möchtet ohne**
349 **dass ich die Frage dazu gestellt habe?**

350 G.: Ich bin einfach nur gespannt, wie es wirklich in zwei drei Generationen sein wird.
351 Dann noch mal als ältere kurz vor dem Rentenalter, die Unterschiede noch mal zu
352 begucken.

353 B.: Ich freu mich, dass Du da Interviews machst und einfach auch noch mal zuguckst
354 und Dich da durch auch noch mal mit dem Thema Integration beschäftigst. Ich glaube,
355 dass ist schon wichtig und ich glaube es ist eine heftige Aufgabe hier anzukommen.
356 Wenn man mit drei oder vier Jahren mit der Familie herkommt, hat man davor eh vor
357 allem in der Familie gelebt. Ja, also sind das die Hauptbezugspersonen, man hat noch
358 nicht so viele Freunde oder so. Und dann hat man ein normales Leben. Aber wenn man
359 mit elf, zwölf, 13 oder 14 Jahren einen solchen Kultursprung schaffen muss, dass ist
360 schon heftig.

361 G.: Es ist als Kind auch schon sehr schwer. Grad` in den 90er-Jahren, von 1989, dem
362 Mauerfall bis 1993 war die Welle wirklich total hoch. Da kommst Du mit vier Jahren aus
363 dem Kindergarten, hattest ein paar "Freunde", aber alles war in einem beschützten Feld
364 und auf einmal bist Du ein Außenseiter. Das war in den 90er-Jahren sehr schwer, jetzt
365 ist das ja ganz normal. Es gibt türkische Kinder, russische Kinder, es gibt alle
366 Nationalitäten. Es wird als Ressource gesehen, je mehr Sprachen, desto mehr
367 Begabungen und Ressourcen. Damals wurde man eher stigmatisiert. Also, da war man
368 der Russe, man wurde gemobbt, auch bei polnischer Herkunft. Es lief sehr auf Mobbing
369 aus. Auch generell erfahrungstechnisch, hab` ich das von sehr vielen
370 mitbekommen...Auch in der Pubertät, ganz klar. Das ist noch mal ein Schritt, das zu
371 bewältigen. Aber als Kind auch schon.

Selbstverfassung

Hiermit versichere ich, Romi Seypt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe und nur mit den angegebenen Quellen verfasst habe. Die verwendete Literatur ist als solche erkennbar und jederzeit nachprüfbar.

Hamburg, den.....

.....

Romi Seypt