

## **4. Zweiter Teil der Untersuchung: Leitfadeninterviews**

### **4.1 Methodik**

#### **4.1.1 Durchführung**

Interviewt wurden sechs Experten und sechs Alkoholabhängige<sup>17</sup> mittels der Befragungsmethode des semi-strukturierten, offenen Leitfadeninterviews. Diese zeichnet sich durch eine flexible, d.h. an die Antworten des Befragten anpassbare Form der Fragestellung aus, die dennoch eine Vergleichbarkeit der Antworten bei der Auswertung der Daten ermöglicht (Frieberthäuser 1997: 371ff).

Zweierlei Leitfäden, jeweils einer für Interviews mit Experten und mit Betroffenen wurden im Vorfeld konzipiert und in einer ähnlichen Studie bezüglich türkischer Migranten angewendet (Penka 2004: 79ff). Leichte Modifikationen wurden vorgenommen, um dem speziellen Thema dieser Studie gerecht zu werden.

Der Leitfaden für Experteninterviews beinhaltete folgende Themenbereiche:

- Vorstellung der eigenen Person, der Institution und Beschreibung des Patienten- / Klientenkollektivs
- Erfragung eines eigenen Migrationshintergrundes
- Erfragung der Erfahrungen zur Arbeit mit Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion
- Migration als Risikofaktor und Ressource
- Zugangsbarrieren, unterschiedliche Problembewältigungsstrategien, unterschiedliche Behandlungsformen, unterschiedliche Erklärungsmodelle
- Umgang mit Sucht und psychischen Erkrankungen in der ehemaligen Sowjetunion
- Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems, Defizite, Vorschläge / Wünsche

---

<sup>17</sup> Im Folgenden „Betroffene“

Der Leitfaden für Betroffeneninterviews beinhaltet folgende Themenkomplexe:

- Vorstellung der eigenen Person, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer in Deutschland
- Kulturspezifische Krankheitskonzepte
- Familiäre Interaktionen
- Allgemeine soziale Unterstützung
- Hilfesuche und Behandlung
- Laufende Behandlung
- Migration

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet. Jeweils anschließend an ein geführtes Interview wurden die Tonbandaufnahmen nach zuvor festgelegten Transkriptionsregeln vollständig transkribiert, um die Dokumentation sämtlicher Informationen zu sichern. Es folgte ein Vergleich mit den Bandaufnahmen, und eventuelle Fehler wurden korrigiert.

Die Auswertung der Interviews wurde mittels des Programms winMAX (Kuckartz 1999), einem computergestützten Analyseprogramm für qualitative Interviews, durchgeführt. Ziel dieser Methode ist es, eine Konzentration und Reduktion des erhobenen Materials herbeizuführen.

Um dies zu erreichen, wird wie folgend vorgegangen: In einem ersten Schritt werden anhand der Leitfäden und aufgegriffenen Themen relevante Begriffe, so genannte „Codewörter“, bestimmt. Diese werden in einem Kategoriensystem, genannt „Liste der Codewörter“, nach Themengebieten geordnet. So wird beispielsweise das Codewort „Versorgungsstruktur in Deutschland“ unterteilt in „Defizite“, „Verbesserungsvorschläge“ und „Zugangsbarrieren“. „Zugangsbarrieren“ kann wiederum untergliedert werden in die Codewörter „Erklärungsmodelle“, „Information“, „Misstrauen“ und „Sprache“. Diese Strukturierung erleichtert die im nächsten Schritt erfolgende Zuordnung einzelner Textsegmente zu den Codewörtern. Alle Transkripte der Interviews wurden zu diesem Zweck mehrfach sorgfältig gelesen und einzelne Textpassagen den entsprechenden Codewörtern (einem oder mehreren) zugeordnet. Nach Durcharbeiten aller Texte verfügt man nun über eine Zusammenstellung verschiedener Zitate unterschiedlicher Interviewpartner zu den einzelnen Codewörtern. Darauf folgend wurde zu jedem Codewort ein Text ausgearbeitet, der die Ergebnisse zusammenfasst. Diese Texte wurden thematisch sortiert und ausgewählte Textpassagen wurden zur Veranschaulichung eingefügt (Interviews mit Experten: I 1-5, Interviews mit betroffenen

Migranten: M 1-3, Interviews mit betroffenen einheimischen Deutschen: E 1-3).

#### **4.1.2 Teilnehmer**

Begonnen wurde mit der Rekrutierung von Experten. Nach einer Internet-Recherche, in der geeignete Institutionen und Personen, wie z.B. Migrationsdienste, Drogenhilfeeinrichtungen, psychiatrische Abteilungen der Berliner Krankenhäuser und Sozialdienste ausgewählt wurden, erfolgte eine Kontaktaufnahme per Telefon oder E-Mail, in der um Teilnahme gebeten wurde. Das Projekt wurde dabei näher erläutert. Oft ergaben sich auch über diese Erstkontakte weitere Kontakte mit Personen, die bisher nicht erreicht worden waren. Es wurde jeweils betont, dass außer Experten auch Betroffene gesucht wurden, die zu einem Gespräch über ihre persönlichen Erfahrungen mit der Thematik bereit wären. Die Experteninterviews fanden zu 67% in der Arbeitsstätte der Teilnehmer statt und zu 33% im privaten Umfeld. Sie dauerten je nach Verlauf zwischen ein und zwei Stunden und wurden auf Tonband aufgenommen.

Nach Abschluss der Experteninterviews wurde die Suche nach Teilnehmern aus dem Kreis der Betroffenen intensiviert. Entsprechende Berliner Institutionen wurden erneut, diesmal per Brief, mit der Bitte um Mithilfe angeschrieben. Schließlich wurden sechs Patienten des Jüdischen Krankenhauses in Berlin in die Studie eingeschlossen und in einem von der jeweilig behandelnden Station zur Verfügung gestellten Raum interviewt. Die Gespräche dauerten 30 bis 60 Minuten.

##### **4.1.2.1 Kurzcharakterisierung: Experten**

Experte 1 (Interview 1: I1<sup>18</sup>) ist Diplompsychologe, Psychotherapeut und ehemaliger Leiter einer spezialisierten Fachklinik zur Behandlung abhängigkeitskranker Arbeitsmigranten und Aussiedler, sowie ehemaliger Leiter des Zentrums eins der Drogenhilfe Tübingen (einem regionalen Verbundsystem von stationären und ambulanten Einrichtungen). Seit 2003 ist er in eigener Praxis tätig. Die Schwerpunkte seiner praktischen Arbeit liegen im Fortbildungsbereich zum Thema „Sucht und Migration“. Er bietet Fortbildungen und spezifische Supervisionen zu interkulturellen Öffnungsprozessen an, unter anderem im Rahmen des Fortbildungsprojekts „Sucht – Migration – Hilfe“ für Fachkräfte in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten, das vom Bundesministerium des Inneren und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale

---

<sup>18</sup> Im Folgenden wird auf die Interviews in abgekürzter Form verwiesen, z.B. Interview 2, Zeile 345 = I2: 345.

Sicherung gefördert wird. Ein weiterer Schwerpunkt seiner Praxis liegt im Bereich der Psychotherapie und der verkehrspsychologischen Arbeit, wobei der Anteil der Arbeit mit Migranten in Psychotherapie und Verkehrspsychologie bei 40% liegt. Von diesen sind wiederum 90% russischer Herkunft. Darüber hinaus ist er nebenberuflich im diakonischen Werk in Suchtberatung und ambulanter Rehabilitation tätig.

Expertin 2 (Interview 2: I2) wurde 1975 geboren, kommt aus Sibirien und hat in Russland Medizin studiert. 1999 legte sie dort ihr 2. Staatsexamen ab. Darauf folgte die Migration nach Deutschland, wo sie zunächst zwei Jahre lang Deutsch lernte. Zu dieser Zeit erkrankte sie an einer Depression, die medikamentös und psychotherapeutisch behandelt wurde. In der darauf folgenden Zeit studierte sie vier Semester Geschichte und Ethnologie. Nebenher arbeitete sie als Reinigungskraft und moderierte eine russischsprachige Sendung für einen Freiburger Radiosender. Schließlich stieß sie auf das Projekt „Russische Suchtkrankenhelfer“, dessen Träger die Organisation „Aussiedler, Sucht, Integration“ ist. Dort arbeitet sie seitdem als ehrenamtliche Mitarbeiterin, indem sie versucht, Missverständnisse und Meinungsverschiedenheiten zwischen russischen Patienten und dem therapeutischen Personal zu schlichten. Darüber hinaus ist sie im Krankenhaus oder auch vor Gericht als Dolmetscherin tätig. Zurzeit absolviert sie ihr Praktisches Jahr im Rahmen des Medizinstudiums in einer psychiatrischen Klinik mit dem Ziel, Fachärztin für Psychiatrie zu werden.

Expertin 3 (Interview 3: I3) ist Diplompsychologin. Sie stammt aus der Ukraine und lebte dort bis zu ihrem 18. Lebensjahr. Ihr Abitur machte sie nach der Migration nach Deutschland und begann daraufhin ihr Psychologiestudium in Freiburg. Nach den Prüfungen nahm sie eine Arbeitsstelle in einer Einrichtung zur Alkohol- und Medikamentenentwöhnung an, wo sie Gruppen von alkoholabhängigen Aussiedlern und einheimischen Deutschen betreute. Dort arbeitete sie drei Jahre lang. Zurzeit ist sie in einer Drogenberatungsstelle in Offenburg tätig. Darüber hinaus ist sie Mitinitiatorin des Projekts „Russische Suchtkrankenhelfer“. Das Konzept des Projekts besteht darin, in Form einer einjährigen Ausbildung Menschen mit muttersprachlichem Hintergrund zu Suchtkrankenhelfern auszubilden, um Klienten, die schwer Zugang zu den deutschen Hilfsinstitutionen und Hilfsangeboten finden, „eine Brücke zu bauen“.

Die nächsten beiden Gesprächspartner wurden auf ihren Wunsch gemeinsam befragt (Interview 4: I4<sup>19</sup>). Expertin 4 stammt aus Russland, wo sie als Psychiaterin arbeitete. Seit 1980 ist sie als solche in einer Berliner Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchterkrankungen tätig. Sie arbeitet dort, nachdem sie 1986 Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie wurde, als Oberärztin. Seit zwei Jahren leitet sie die Ambulanz. In der Klinik werden sowohl deutsche als auch russische Patienten behandelt, wobei jedoch durch die Beschäftigung von drei russischsprachigen Ärzten, zwei russischsprachigen Psychologinnen und mehreren russischsprachigen Praktikantinnen ein Schwerpunkt auf die Behandlung russischsprachiger Patienten gelegt wird. Experte 5 desselben Interviews ist als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in der gleichen Klinik beschäftigt.

Experte 6 (Interview 5: I5) ist Diplompsychologe. In der DDR arbeitete er im Bereich der Entwicklungspsychologie, nach der Wiedervereinigung spezialisierte er sich auf Suchttherapie. Seit 1997 konzentrierte er sich auf die Therapie russischsprachiger Migranten, da er zuvor schon russische Fachliteratur ins Deutsche übersetzt und längere Zeit in Moskau gelebt hatte. Zurzeit arbeitet er in einem niedrigschwelligen Hilfsangebot für Drogenabhängige in Berlin, das aus der Kombination einer Beratungsstelle und eines Kontaktladens besteht. Der Anteil der Klienten der Einrichtung mit Migrationshintergrund beträgt ca. 40%, wovon rund 35% russischsprachige Migranten sind.

#### **4.1.2.2 Kurzcharakterisierung: Betroffene Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion**

Interview M1<sup>20</sup>: Herr W. ist 38 Jahre alt und stammt aus Kasachstan. 1996 kam er mit seiner Mutter, seiner Frau und seiner damals einjährigen Tochter als deutschstämmiger Aussiedler nach Deutschland. In Kasachstan hatte er Elektromechaniker gelernt, musste dann jedoch zum Militärdienst und fand danach in seinem Beruf keine Arbeit, sondern verdiente sein Geld in einem Bergwerk. In seinem letzten Jahr in Kasachstan wurde er für seine Arbeit nicht mehr bezahlt. Entschlossen zur Migration habe er sich, da er gedacht hatte, in Deutschland sei das Leben interessanter. Zurzeit hat Herr W. keine feste Arbeit. Mit 13 hat er zum ersten Mal Alkohol getrunken, rückblickend empfindet er seinen Alkoholkonsum seit der Zeit nach dem Militärdienst als problematisch. Seitdem habe es immer Phasen gegeben, in denen er extrem viel getrunken habe, danach hätte er jedoch auch wieder monatelang abstinent bleiben können. Nach

---

<sup>19</sup> In Interview 4 wurden die Experten 4 (Gesprächspartner GP 1) und Experte 5 (Gesprächspartner GP 2) befragt.

<sup>20</sup> Interviews mit Migranten werden mit dem Buchstaben „M“ abgekürzt, Interviews mit Einheimischen mit dem Buchstaben „E“.

mehreren Therapieversuchen in Kasachstan ist Herr W. derzeit nach 2003 zum zweiten Mal zur Therapie seiner Alkoholabhängigkeit im Jüdischen Krankenhaus.

Interview M2: Herr A. kommt aus Weißrussland, ist 37 Jahre alt und derzeit zum zweiten Mal wegen einer Alkoholabhängigkeit in Behandlung im Jüdischen Krankenhaus. 1993 kam er mit seiner Frau nach Deutschland, auch seine Eltern und weitere Familienmitglieder wohnen hier. Probleme im Umgang mit Alkohol habe er rückblickend wohl schon seit 15 Jahren, jedoch habe er dies erst vor fünf Jahren anerkannt. In Russland hat Herr A. eine vierjährige Ausbildung an einer Fachschule für Architektur abgeschlossen, in Deutschland hat er eine Umschulung zum Fliesen- und Mosaikleger absolviert. Er arbeitet zurzeit in einer ABM-Stelle.

Interview M3: Herr K. ist 50 Jahre alt und kam vor zwölf Jahren mit seiner Frau und seinen beiden (jetzt 20 und 19 Jahre alten) Söhnen aus Russland nach Deutschland. Seine Urgroßeltern stammten aus Darmstadt, er habe mit seiner Familie in die „historische Heimat“ zurückkehren wollen. In Russland seien sie immer „die kleinen Fritzchen“ gewesen, hier seien sie „sowieso Russen“, obwohl er deutsche Eltern habe und „von Kopf bis Fuß“ deutsch sei. Vor zwei Jahren ist die 23 jährige Beziehung zu seiner Frau zerbrochen. Danach sei es zur Alkoholabhängigkeit gekommen. Herr K. ist zum ersten Mal in stationärer Behandlung.

#### **4.1.2.3 Kurzcharakterisierung: Einheimische Betroffene**

Interview E1: Herr M. ist 50 Jahre alt. Er befindet sich seit zwei Wochen zur Therapie seiner Alkoholabhängigkeit im Jüdischen Krankenhaus. Als alkoholabhängig empfindet er sich seit 1987. 1993 zog er für sieben Jahre auf das Ökogut der Organisation Synanon. Nachdem er dort im Jahr 2000 auszog, blieb er 2 ½ Jahre abstinent. 2003 folgte der erste Rückfall. Damals wurde er ebenfalls im Jüdischen Krankenhaus behandelt. Auf diese Therapie folgte eine 1 ½ jährige Phase der Abstinenz, die in den derzeitigen Rückfall mit darauf folgender Therapie mündete. Herr M. war bis 1989 „in der Chemie“ tätig. Nach seiner Zeit bei Synanon, in der er Erfahrungen in der Öko-Landwirtschaft sammelte, arbeitete er dreimal die Woche auf Ökomärkten. Derzeit ist er als Verkäufer in einer Vollkornbäckerei tätig.

Interview E2: Herr S. ist 50 Jahre alt und seit seinem 16. Lebensjahr in verschiedenen Bereichen der Gastronomie tätig, seit zwei Jahren verheiratet und hat zwei Söhne aus vorangegangenen Beziehungen. Vor fünf Jahren wurde ihm bewusst, dass er alkoholabhängig ist. Nach einem Therapieversuch in einer Klinik in Potsdam begab er sich vor zwei Jahren erneut in eine Therapie, diesmal in Lindow. Darauf folgte eine längere Abstinenzphase, in der er von einem

niedergelassenen Psychiater betreut wurde. Nach einem Rückfall wird er nun seit einer Woche im Jüdischen Krankenhaus behandelt.

Interview E3: Herr T. ist 54 Jahre alt, verheiratet und hat ein Kind. Vor wenigen Jahren hat er sich selbstständig gemacht im Bereich Logistik. Sein Trinkverhalten hält Herr T. seit 1985 für problematisch, die ersten Klinikaufenthalte (im Zeitraum von 2001 bis 2003 im Jüdischen Krankenhaus sowie eine dreimonatige ambulante Therapie in einer Tagesklinik) seien jedoch nur auf Drängen seiner Frau zustande gekommen. Erst 2003 habe er sich aus eigenem Antrieb in das Jüdische Krankenhaus einweisen lassen. Danach war er für ein Jahr und sieben Monate abstinent, bis es zu dem Rückfall kam, der zum derzeitigen Klinikaufenthalt führte. Zurzeit befindet sich Herr T. zum vierten Mal zur Behandlung seiner Alkoholabhängigkeit im Jüdischen Krankenhaus.

## **4.2 Ergebnisbeschreibung der Leitfadeninterviews**

### **4.2.1 Zur Situation in den Herkunftsländern**

Um Erkenntnisse über die Zugangsbarrieren zum deutschen Suchthilfesystem – speziell kultureller Art wie bei differierenden Erklärungsmodellen – zu gewinnen, ist es wichtig, die Situation in den Herkunftsländern der Migranten zu betrachten. Im folgenden Teil werden die Auskünfte der Experten sowie der alkoholabhängigen Migranten über die Situation in den Herkunftsländern zusammengestellt.

#### **4.2.1.1 Zur Rolle der Psychiatrie in der sowjetischen Gesellschaft**

In der Sowjetunion war in der Bevölkerung bekannt, dass die Psychiatrie als repressives Werkzeug der Politik diene. Sie wurde sich vom politischen „Regime“ zu nutze gemacht, „als Unterdrückungsmaschine sozusagen (...), unpassende Menschen wurden durch psychiatrische Mittel zur Ruhe gebracht“, wie Herr A. es ausdrückt (M2: 137-140). Von einer Behandlung im eigentlichen Sinne konnte demnach oftmals keine Rede sein, vielmehr sei ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Institution häufig einer „Aufbewahrung“ unter medikamentöser Ruhigstellung gleichgekommen. Insofern scheint es verständlich, dass innerhalb der russischen Gesellschaft ein „großes Misstrauen“ gegenüber der Psychiatrie herrschte (I5: 603-607). So sei dort, mehr noch als in Deutschland, die Haltung der Gesellschaft von Angst vor Stigmatisierung, Verfolgung und sozialer Ausgrenzung bestimmt gewesen. Die Menschen hätten dort noch stärker als hier das Gefühl, durch eine Behandlung in der Psychiatrie „abgestempelt“ zu werden und nicht mehr Teil

der Gesellschaft zu sein: *„(...) also eine Klinik, Psychiatrie, das ist von vorn herein ein Stempel. Das ist was ganz schlimmes, dann gehörst du schon zu den letzten Menschen. (...) Von dir wird nichts mehr verlangt. Du bist schon fertig. (...) Oder auch, dass psychisch krank sein ist ... asozial!“* (I2: 395-404). Häufig hätte die Angst geherrscht, nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Institution gäbe es *„keinen Ausweg, es wieder ins Leben zurück zu schaffen“* (I5: 604-605). Dieses Bild der Psychiatrie stellte demnach für die Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion eine Hürde dar, die es ihnen auch nach der Migration schwer macht, psychiatrische Hilfe zu suchen. Auch bei Einheimischen ist diese Furcht sicherlich nicht unbekannt, dennoch betonten die Experten die stärkere Ausprägung der Befürchtungen bei den betroffenen Migranten. Das Aufsuchen psychiatrischer Hilfe scheint eine Art letztes Mittel zu sein, zu dem nur im äußersten Notfall gegriffen wird. Oft wurden stigmatisierende Begriffe wie *„Schande“* und *„asozial“* oder angstauslösende Begriffe wie *„einschließen“*, *„geschlossene Station“* und *„mit Medikamenten voll pumpen“* mit einer psychiatrischen Erkrankung assoziiert. Daher gelte es, eine Einweisung um jeden Preis abzuwenden (I3: 447-453; I2: 404). *„Die gehen nicht zum Psychiater, weil sie sich schämen, die Russen! Sie sagen: ‘ich bin nicht bekloppt!’“* (I4 GP1: 582-583). Dies äußere sich im deutschen therapeutischen Alltag auch in Situationen, in denen es möglich sei, durch die Attestierung einer psychischen Erkrankung oder einer Abhängigkeitserkrankung in juristischen Streitfragen einer Haftstrafe zu entgehen, *„die verstehen nicht, wenn man krank ist, das ist eine Entschuldigung (...) sie sagen und schwören, sie haben nicht getrunken (...)“* (I4 GP1: 560-562). *„(...) die sagen, die sind gesund! Sogar im Gefängnis, wenn ich jemanden untersuche, und dem droht dies und jenes, und wenn der nicht gesund ist, könnte er im besten Fall vielleicht, was weiß ich was, freigesprochen oder Bewährung bekommen oder mindestens in die Psychiatrie kommen, und in der Psychiatrie arbeiten solche Ärzte, solche netten Sozialarbeiter, (...) wirklich eine sozusagen in guter Obhut, die verstehen das nicht. Die sagen: ‘lieber im Gefängnis als im Krankenhaus!’“* (I4 GP1: 609-615).

Verstärkt wird die Angst vor Stigmatisierung offenbar dadurch, dass Informationen über die Patienten in den Herkunftsländern häufig nicht vertraulich behandelt wurden und so beispielsweise der Arbeitgeber über eine Erkrankung oder einen Klinikaufenthalt informiert war. *„Also die wussten, immer werden irgendwem Informationen da weitergereicht, das ist undurchschaubar, und es ist besser, man behält wirklich alles für sich“* (I5: 555-556), Sanktionierungen wurden daher nicht nur im privaten, sondern auch im beruflichen Umfeld



befürchtet.

#### 4.2.1.2 Zum Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen in den Herkunftsländern

Vielfach wurde erwähnt, dass Alkoholkonsum in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion eine andere Rolle spielt als in Deutschland. Insbesondere dem Konsum von Wodka seien traditionelle Werte zugeschrieben worden. Wodka sei in der sowjetischen Zeit, insbesondere in ländlichen Gebieten, eine Art „Zahlungsmittel“ gewesen, ein „bleibender Wert“, ein Getränk, das für „sehr edel“ gehalten worden sei. „Das kann überhaupt nicht krank machen, das kann nur gesund machen“ (I1: 539-557).

Es wurde offenbar stark differenziert zwischen normalem (wenn auch gelegentlich sehr ausgeprägtem) Alkoholkonsum einerseits und Alkoholismus andererseits. Ein regelmäßiger Alkoholkonsum, solange er nicht zu Verwahrlosung und einem massiven sozialen Abstieg führte, wurde toleriert, eventuell sogar von einem „russischen Mann“ erwartet (I5: 799-805): „Die nehmen nicht so ernst diese Krankheit. Sie meinen das ist seelischer Zustand.“, sagt Herr A. (M2: 67-68): „Dort ist das (Alkoholismus, Anm.) keine, in dem Sinne, Krankheit. Ein Alkoholiker ist nur dann krank, wenn er sich so benimmt. Wenn er irgendwo in der Gosse liegt oder so, dann ist er Alkoholiker, aber wenn er säuft sagen wir so mit Anzug oder so, dann ist er kein Alkoholiker“ (M2: 105-108). Dies bestätigt auch ein Experte, der die Situation wie folgt beschreibt: „(...) im Alkoholbereich hört man das immer wieder, die Vorstellung, also alkoholabhängig, Alkoholismus, das sind Sachen, (...) das sind nur die Extremformen. Das sind, wenn wir es jetzt mal in unseren Kategorien sehen, das sind dann also schon Verwahrlosungsformen, das sind dann die Formen, wo die sozialen Bezüge völlig zerbrochen sind, wo Arbeitslosigkeit, Beziehungslosigkeit, Einkommenslosigkeit, Obdachlosigkeit, all so was dazu gehört“ (I1: 635-643).

Während also die Toleranzgrenze bezüglich des Alkoholkonsums offenbar sehr weit gefasst ist, und „bis das als Sucht anerkannt wird und als wirkliches Problem“ schon „viel dazu“ gehört (I5: 799-805), so bestehe, sobald eine gewisse Grenze überschritten wurde, nur noch äußerst wenig Toleranz gegenüber den Betroffenen. Dem Begriff des „Alkoholikers“ haften, noch extremer als in Deutschland, die Assoziation des sozialen Absturzes an. So seien, laut einer russischstämmigen Psychologin, Alkoholismus und auch andere Abhängigkeitserkrankungen in der Sowjetunion „mit so Elend von so sozialer Art verbunden“, unter anderem, weil der Arbeitgeber über die Situation informiert würde und dies dann eine „Schande“ sei (I3: 182-185).

Der Begriff der „Schande“ wird auch von den betroffenen Migranten Herrn A. (*„Dort redet man darüber ungern. Alkoholismus ist so eine Schandeform.“* M2: 50-51) und von Herrn K. (*„Meine Krankheit ist eine Schande für mich“* M3: 116-117; *„Krankheit ist für mich eine große Schande. Auch für meine Familie, besonders die Eltern, es war ein großer Schock“* M3: 177-178) mehrfach erwähnt. Dieselbe Expertin vermutet *„in einem russischen Land“* sei es *„viel schwieriger zu sagen: ‘Ich bin ein Alkoholiker!’“* Das sei ein Satz, *„der beinahe unaussprechbar ist“* (I3: 322-329). Sowohl die Aussage von Herrn W. *„(...) in Kasachstan, das war peinlich sagen ich bin Alkoholiker. (...) Hier kann ich sage.“* (M1: 263-265) als auch die folgende Aussage von Herrn K. bestätigen diese Annahme. *„Wenn zum Beispiel mit meiner Krankheit ich wäre in Russland, also da hätte ich anderes Verhalten, da hätte ich mich so bereit (zur Therapie im Allgemeinen und diesem Gespräch im besonderen, Anm.) nicht hingestellt. Da hätte ich das so anonym, irgendwo privat gemacht und Schluss“* (M3: 129-132).

Im Vergleich dazu bekannten die einheimischen Betroffenen häufiger, mit ihrer Krankheit auch an die Öffentlichkeit zu gehen. Auch sie gaben zu, es sei ihnen teilweise peinlich, wenn Fremde über ihren Zustand Bescheid wüssten. Dennoch, die Bereitschaft, andere über ihre Alkoholabhängigkeit zu informieren, schien größer zu sein. Zwei der einheimischen Befragten berichteten über Situationen, in denen es ihnen gar von Vorteil gewesen sei, über ihre Alkoholabhängigkeit zu reden. Herr M., der auf Ökomärkten arbeitet, erzählt von seiner Arbeit: *„Die Marktbetreiber da, die wissen auch Bescheid über mich. Ich habe da nie Probleme gehabt, das öffentlich zu machen“* (E1: 146-147). Und weiter berichtet er von einer Gegebenheit, in der er erstmalig eine neue Kneipe besucht habe: *„Bin dann da rein, und bestelle mir ne Apfelschorle. Da hat der mich erst mal angekuckt. Ja und dann hab ich mich mit ihm unterhalten, (...) und ich sag, ‘ich bin trockener Alkoholiker.’ ‘Ach so’, sagt er, und dann fing er gleich an, ‘also wenn sie irgendwie mal am Tisch Schwierigkeiten haben sollten, also weil die da ja alle Bier trinken, dann sagen sie mir Bescheid, und dann wird die Sache geregelt.’ Also damit hatte ich nie Probleme“* (E1: 152-157). Und ein anderer einheimischer Patient bekennt: *„Ich bin in dem Status, dass ich (...) nichts mehr verschleierte und lüge. Das geht mir auf die Nerven. So zu tun, als ob nichts ist, das nervt mich. Weil das fällt einem letztendlich doch wieder auf die Füße, was soll ich meiner Schwiegermutter vormachen, ich hab kein Problem? Kuchen essen und über das Wetter reden? Das kann ich nicht. (...) Also ich würde mich zusätzlich belasten, wenn ich irgendwelche Shows abziehen muss. Weil ne Lüge, die kommt irgendwie immer raus. Und wenn sie nicht rauskommt, dann belastet sie dein Gehirn. Weil du Angst hast, dass sie rauskommt. (...) Und ich komme mit der Wahrheit ausgezeichnet klar. Also wenn ich den Leuten sage, ‘ich habe*

*ein echtes Problem, ich muss ins Krankenhaus, ich bin Alkoholiker, bin schon wieder ganz unten und muss irgendwas machen' dafür haben die Leute viel mehr Verständnis, als wenn sie denken, irgendwas stimmt da mit dem nicht. Der erzählt mir da irgendwas. Und dann so ein heimliches Misstrauen aufbauen. So nehme ich denen von vornherein den Wind aus den Segeln und ernte dafür Verständnis“ (E2: 199-216).*

Auch die schon beschriebenen Ängste der Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion vor einer psychiatrischen Behandlung und den damit verbundenen sozialen Konsequenzen sind für ihr Inanspruchnahmeverhalten von psychiatrischen Einrichtungen zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit von Bedeutung: *„also die Ängste sind ganz massiv, also Klinik, da möchte ich nicht hin“ (I3: 179-187)*, insbesondere, da die Grenzen zwischen einer psychiatrischen Klinik und einem Gefängnis für die Bevölkerung offenbar oft fließend erscheinen. Einerseits bemerkten die Interviewpartner aus der ehemaligen Sowjetunion, dass dort psychisch gesunde politische Oppositionelle in psychiatrischen Institutionen gefangen gehalten und ruhig gestellt wurden, andererseits wurden psychisch Kranke und Abhängigkeitskranke in gefängnisartigen Institutionen untergebracht: *„Also es gibt so was wie Gefängnisse für Alkoholiker. Diese kombinierte Anstalt. Keine Zwangsanstalt, sondern ein richtiges Gefängnis für Alkoholiker“ (M2: 114-116).*

Herr A. fasst das gespaltene Verhältnis seines Herkunftslandes zum Alkohol treffend zusammen: *„(...) hier toleriert man Alkoholismus und in Russland toleriert man Alkohol (...)“ (M2: 51-52).*

#### **4.2.1.3 Zum Suchthilfesystem in den Herkunftsländern**

Die Befragten berichteten, dass in der ehemaligen Sowjetunion von offizieller Seite her im Bereich der Aufklärung und Prävention von Abhängigkeitserkrankungen eine abwehrende, verdrängende Haltung eingenommen worden sei. Diese scheint unter anderem politisch motiviert, denn *„(...) das war ja so, in der Sowjetunion, weißt du Drogen, und alles schlechte, das gibt es nur im Westen ((lachend)), bei den Kapitalisten, und bei uns gibt es keine Drogenabhängigen, keine Prostituierten, kein AIDS, kein gar nichts. Also das ist ein kommunistisches Land, und Probleme gibt es nicht. Und die Kapitalisten gucken nur mit Neid auf uns zurück“ (I3: 373-377).*

Ein organisiertes Hilfesystem bezüglich der Versorgung Abhängigkeitserkrankter gab es laut Ansicht der Experten lediglich in den größeren und dem Westen zugewandten Städten. Die von den Nachfolgestaaten aus der Zeit der Sowjetunion übernommenen Einrichtungen zur Suchthilfe

werden als stark medizinisch orientiert und repressiv beschrieben. „(...) *Die klassische Versorgung war eben weitestgehend im Bereich der Psychiatrie gegeben (...) aber was man auch da immer wieder hört, klassisch-traditionell waren das eben sehr repressive Einrichtungen, die es gab in der sowjetischen Zeit, die zum Teil auch weitergeführt wurden in den Nachfolgestaaten*“ (I1: 449-458; I5: 768-779).

Das Verhältnis von Arzt zu Patient unterlag laut den Befragten in den Herkunftsländern einer strengen Hierarchie. Während in Deutschland mittlerweile zumindest in der Theorie das Konzept der Gleichberechtigung von Arzt und Patient angestrebt wird, sei die Rolle des Arztes in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion klassischer Weise durch mehr Macht und Autorität gekennzeichnet (I4 GP1: 548-549, GP2: 599-607).

Dadurch wurden auch andere Anforderungen an den Arzt gestellt. Er sei verantwortlich für Diagnosefindung und Therapie, eine aktive Mitarbeit des Patienten an seiner Genesung werde dagegen meist nicht erwartet. „(...) *Die Frage an einen Patienten zu stellen, ‘was ist jetzt ihre Meinung’ (...), die ist sozusagen in der Denkkategorie gar nicht in dieser Weise vorhanden*“ (I4 GP2: 605-607). Sehr anschaulich verdeutlicht wird dieses Verhältnis auch durch die Antwort einer russischstämmigen Psychiaterin auf die Frage, was denn die Patienten für die Ursachen ihrer Erkrankung – in dem betreffenden Fall eine Depression – halten: „((*ironisch*)) *Du meinst, wenn ein Patient kommt weiß er, warum er Depression hat? Was muss ich dann rauskriegen?*“ (I4 GP1: 476-477)

Die Interviewpartner berichteten zudem über Methoden zur Therapie von Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere Alkoholabhängigkeit, die in Deutschland zwar zum Teil ebenfalls bekannt, aber weniger geläufig sind (I1: 458-488; I3: 279-288; I5: 308-317, 328-345). So zum Beispiel die „Antabus“ Methode. Bei dieser Behandlungsweise wird das Medikament Disulfiram (Antabus), das bei geringstem Alkoholgenuss eine Alkoholintoleranzreaktion (in Form von Hautrötung, Kopfschmerzen, Kältegefühl in den Extremitäten und Übelkeit, oft auch Herz-Kreislauf-Beschwerden) auslöst, dem Patienten verabreicht. Dies geschieht in Kombination mit Warnungen oder gar Drohungen, dass Todesgefahr bestünde, wenn unter dem Einfluss des Medikaments weiterhin Alkohol konsumiert würde. Gefragt, ob er wegen seiner Alkoholabhängigkeit in Kasachstan einen Arzt aufgesucht habe, berichtet Herr W.: „*Ja, (...) aber da war es so schlimm (...) da war eine Tablette, ich weiß nicht wie heißen sie, aber wenn man mit dieser Tablette einen Schluck Alkohol trinkt, ((schüttelt den Kopf)) dann ist man fast tot. (...) Ich wusste nicht was für Tabletten sind das, und ein Kollege*

*von unserer Arbeit ist gestorben und da war kalter Winter in Kasachstan, das sind minus 30 oder 35 Grad und wir mussten zum Friedhof fahren und ein Grab graben. Und bestimmt ohne Wodka geht es nicht, weil es so kalt ist. Und ich habe ein bisschen getrunken und es war so schlimm.“* Außerdem gibt er an, er hätte nicht gewusst, wofür die Tablette sei, da der Arzt es ihm nicht gesagt habe (M1: 170-187).

Ein weiteres Beispiel stellt die „Codierungsbehandlung“ dar, eine Art aversive Konditionierung unter Hypnose. Auch hier wird im Patienten die Überzeugung und Erwartung gesetzt, dass eine Verletzung der Abstinenz die schlimmsten psychischen und physischen Konsequenzen für ihn hätte, bis hin zum Tod. Teilweise werden Hilfsmittel eingesetzt. Herr W. erzählt: *„Ich habe gehört, in Auge was tropfen, und er sagt, wenn du trinkst, du bist sofort blind. Und das ist gelogen. Weil wahrscheinlich man Angst hat oder so, oder andere noch. (...) Aber das ist alles gelogen. Ich habe mal probiert, und ein paar Wochen, zwei Wochen habe ich nicht getrunken. Dann probiere ich wieder“* (M1: 197-200).

Später berichtet der Patient des Weiteren über folgende Therapieerfahrung: *„(...) ich war bei Arzt, für Psychiatrie, (...) sie hat mir diese Tabletten gegeben, dann, ich weiß nicht wie es heißt auf Deutsch, auf russisch Elektroschlag, ich liege, und dann sie macht so ((gestikuliert: je eine Elektrode auf jede Kopfseite)) und dann ich schlafe. (...) ich bin so aktiv gekommen, aber sie macht so, ich weiß nicht warum aber ich schlafe dann“* (M1: 273-277).

Die von Experten und Patienten erwähnten Methoden zur Therapie von Abhängigkeitserkrankungen haben zum einen gemeinsam, dass sie dahingehend ausgelegt werden können, dass sie „auf der Verabreichung von etwas“ durch den Therapeuten beruhen, sei es nun eine Tablette oder Hypnose, während der Patient passiv bleibt. Seine Aufgabe besteht lediglich darin, die Anordnungen des Arztes zu befolgen, in dem er keinen Alkohol zu sich nimmt. Widersetzt er sich diesen, hat er unmittelbare Konsequenzen zu befürchten. Codierungsbehandlung und Antabus-Methode haben darüber hinaus gemeinsam, dass sie „auf Angst aufgebaut“ (I3: 283) sind. Die erwähnten Methoden sind somit vereinbar mit dem von den Experten beschriebenen Modell der hierarchisch angeordneten Beziehung von Arzt zu Patient. Ein neurochirurgischer Eingriff, in dem sich der Patient das „Suchtzentrum“ herausoperieren lässt (I1: 187), eine Elektroschlaftherapie oder aber eine rein medikamentöse Therapie, die von den Patienten aus der ehemaligen Sowjetunion laut den Experten oft erwartet wird, wenn sie sich in Behandlung begeben (*„Ja die müssen mich hier jetzt richtig voll donnern, das ist ja deren*

*Kunst!*“ I1: 519-524), entsprechen ebenfalls diesem Rollenverständnis.

#### **4.2.2 Zu Erklärungsmodellen für Abhängigkeitserkrankungen**

Wie im vorigen Kapitel ausgeführt, wird laut Interviews in den Herkunftsländern der befragten Migranten regelmäßiger Alkoholkonsum offenbar in höherem Ausmaß toleriert als in der deutschen Gesellschaft. Er gilt sozusagen als „*seelischer Zustand*“ (M2: 68). Als Krankheit und damit ernstzunehmender, behandlungsbedürftiger Zustand wird Alkoholabhängigkeit demnach ab einer gewissen Grenze angesehen, die sich darin äußert, dass der Betroffene sich „*so benimmt (...) wenn er irgendwo in der Gosse liegt oder so (...)*“ (M2: 106-108). Für diese beiden unterschiedlichen Konstellationen gibt es jeweils ein eigenes Erklärungsmodell.

Der Zustand des regelmäßigen Alkoholkonsums wird offenbar toleriert, gegebenenfalls sogar erwartet. Er sei traditionell in der Gesellschaft verankert, seine Anzeichen würden wahrgenommen und geduldet, eventuell gebilligt. Treten erste Probleme auf, basierten die primären Problemlösungsstrategien der Betroffenen und ihrer Familien nicht darauf, Hilfe „von außen“ zu suchen, sondern das Problem innerhalb der Familie zu lösen. „*Den Gang zum Therapeuten, den kennt man nicht so (...) das ist (...) ein krasser Schritt*“ (I3: 277-279). Die Familien stünden durch den Anspruch, das Problem selber zu lösen und geheim zu halten, unter einem enormen Druck, denn sie würden von der Angst beherrscht, Außenstehende könnten über die Situation in der Familie Bescheid wissen. Dies gelte es so lange wie möglich hinauszuzögern, da Alkoholabhängigkeit als Krankheit von der Gesellschaft nicht toleriert werde und mit ernsthaften sozialen und beruflichen Konsequenzen zu rechnen sei. Die Familie empfinde die Krankheit als Schande, „*niemand darf das wissen, (...) weil man seinen Stolz nicht verlieren darf, weißt du, so weil dieses nach außen hin wirkt man dann als gescheitert*“ (I3: 421-426).

Erst wenn diese Möglichkeiten ausgeschöpft seien, fühle sich die Familie gewissermaßen gezwungen, das Problem als Krankheit anzuerkennen. Das Erklärungsmodell für Alkoholabhängigkeit als Krankheit differiert demnach von dem des Alkoholkonsums als „*seelischer Zustand*“ (M2: 68).

So würden laut den Experten als Erklärung für eine Alkoholabhängigkeitserkrankung häufig körperlichen Ursachen benannt, „*(...) er meint, dass er sehr schlecht Alkohol, mit Alkohol oder mit Drogen umgehen kann, jetzt, weil er eben diese Gehirnerschütterung damals hatte*“ (I2: 221-223). Es bestehe „*(...) eine große Verweigerungshaltung (...), das auf Entwicklungs- oder*

*Familienzusammenhänge zurückzuführen“ (I5: 698-699). Vielmehr würden Ereignisse wie beispielsweise ein Unfall als Auslöser der Abhängigkeitserkrankung angesehen, oder „man will das mehr auf den Zufall zurück führen“ (I5: 708-709). Diese Aussagen der Experten über die Begründungen der Migranten für ihre Erkrankung spiegeln sich nur bedingt in den Antworten der Betroffenen wider. Auf der einen Seite äußert sich einer der einheimischen Befragten eindeutig dahingehend, die Ursache für seine Alkoholabhängigkeit sei „im Psychischen“ gelegen: „Ich hatte die ersten Entzüge selbst gemacht. (...) Immer ne Weile durchgehalten, aber in der letztendlichen Konsequenz nicht ((betont)) weil ((betont)) ich habe mich zwar physisch gesund gemacht, aber der Faktor liegt ja im Psychischen!“ (E2: 48-56). Andererseits ist eine ähnliche Auffassung auch aus der Aussage von Herrn K. zu entnehmen: „(...) dann habe ich die erste Pille gekriegt. Und jetzt, also seit Samstag (...) bin ich wieder fit. Durch die Medikamente. Also meine ich jetzt meinen Körper. Meine Organe. Aber meine Seele, da muss ich natürlich selber auch etwas machen“ (M3: 98-101).*

Im Erklärungsmodell der Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion für Alkoholabhängigkeit rücken offenbar mit der Wahrnehmung von Alkoholkonsum als Krankheit körperliche Symptome in den Mittelpunkt der Betrachtung: „(...) das Verständnis der Abhängigkeit (bei Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion, Anm.). Das weitgehend so auf die medizinische Ebene allein zu schieben. ‘Dann hab ich halt Entzug, Schmerzen, mir geht’s ganz schlecht’ (...)“ (I5: 594-596). Während erhöhter Alkoholkonsum als „*seelischer Zustand*“ (M2: 68) gewertet und das private Umfeld als zuständiger Ansprechpartner verstanden wurde, werde nun, da der Alkoholkonsum als „Krankheit“ wahrgenommen wird, auch medizinische Hilfe erwartet: „(...) also was brauch ich, wenn es mir körperlich schlecht geht, ich brauche einen Arzt. Und Medizin. Das muss helfen. Und also gehe ich zum Arzt“ (I5: 596-597). Die medizinische Behandlung wird als notwendig erachtet, mag sie auch unangenehm sein. Wichtig ist, dass sie effektiv wirkt, erwartet werden laut den Experten Tabletten, Spritzen oder Infusionen. „(...) er meinte, wenn er im Krankenhaus ist, dann muss er Infusionen kriegen. ... Um den Körper zu reinigen (...) und er hat nur (...), Carbamazepin und so was halt gekriegt, und Benzodiazepine, und keine Infusion, also nichts ‘richtiges’ (...)“ (I2: 154-157).

Folglich erscheinen vielen Betroffenen, nach Ansicht der Experten, in Deutschland übliche psychotherapeutische Therapiemaßnahmen, z.B. die Betrachtung von Problemen in der Entwicklung oder innerhalb der Familie, als ungeeignet, ihre Probleme zu lösen: „Was macht der hier? Der will mit mir sprechen (...). Dann versucht er vielleicht noch mir einzureden, dass ich

*irgendein Problem habe in meiner Entwicklung oder in der Familie, oder so, und da machen wir ja schon gleich mal dicht!“ (I5: 598-601). So kann es durch unterschiedliche Vorstellungen bezüglich einer adäquaten Therapie von therapeutischem Personal und Patienten zu Missverständnissen und Unmut kommen, „(...) sehr oft höre ich, ‘ich verstehe nicht, was ich hier halt mach, also ich sitz das hier ab, meine Zeit, und so weil, was soll ich, zweiter dritter Tag, was soll ich hier, ich krieg hier nur zwei Tabletten pro Tag oder drei oder so oder fünf vielleicht, aber ich habe nichts zu tun den ganzen Tag, was soll ich machen?’ Und dann ich erkläre das so mit dieser Ergotherapie und das und jenes und die verstehen nicht: ‘Das ist doch Kindergarten! Was soll das alles?’“ (I2: 367-372)*

Im Jüdischen Krankenhaus in Berlin, wo die Befragung der Betroffenen durchgeführt wurde, ist die Teilnahme an verschiedenen Gruppen ein wesentlicher Faktor der Behandlung Abhängigkeitserkrankter. Zwei der deutschen Befragten betonten wiederholt, dass die Teilnahme an den Gruppen ihnen sinnvoll erscheine. Herr M., der nach einer Erklärung sucht, warum er nach 9 ½ Jahren der Abstinenz rückfällig geworden ist und was nun zu tun sei, sagt: *„(...) also bei mir ist es eben, erst mal Gruppen besuchen. Das ist für mich wichtig“* (E1: 143). In der Vergangenheit hielt sich Herr M. sieben Jahre auf einem Ökogut der Selbsthilfe-Organisation Synanon auf. Neben der gemeinsamen Arbeit in verschiedenen Bereichen des Ökoguts standen auch dort für ihn insbesondere die dreimal wöchentlich stattfindenden Gruppengespräche im Mittelpunkt. Sie seien unerlässlich für seine Genesung gewesen, auch wenn es ihm nicht immer leicht fiel, sie zu besuchen. Gefragt nach seinem Rückfall bekennt er: *„Ich habe eben den Fehler gemacht, ich habe gedacht, na ja, sieben Jahre warst du dreimal in der Woche in einer Gruppe. Also mir stand es erst mal bis hierher. Und ich dachte, es geht ohne. Und das war mein großer Fehler“* (E1: 111-113). Herr T. gibt ebenfalls an, dass die Gruppen dazu beigetragen hätten, dass er 1 ½ Jahre trocken geblieben sei. *„(...) bin dann (...) weiter zu meiner Gruppe gegangen. Das fand ich also schon, dass (...) das mit dazu beigetragen hat, dass ich über 1 ½ Jahre total trocken bleibe. Ganz ohne hätte ich wahrscheinlich wieder früher getrunken. Hundertprozentig“* (E3: 210-213). Er war jedoch nicht von Anfang an überzeugt, dass ihm die Teilnahme an Gruppengesprächen helfen würde und berichtet von seiner ersten Erfahrung: *„(...) da haben die Kerzchen auf dem Tisch und fassen sich um. Ich hab die Tür aufgemacht, das gesehen und gleich wieder umgedreht.“* Später jedoch habe er erkannt, er habe die Gruppen unterschätzt, *„(...) diese Gruppendynamik, die hab ich total unterschätzt (...)!“* und seine Einstellung habe sich geändert (E3: 229-233, 239-240).



Befragt man die betroffenen Migranten, fällt auf, dass sie der Teilnahme an den besagten Gruppen tatsächlich sehr viel skeptischer gegenüberstehen als ihre einheimischen Mitpatienten. So berichtet Herr W. von seinen Erwartungen an eine Therapie seiner Alkoholabhängigkeit: *„(...) ich habe gedacht wahrscheinlich Medikamente oder so was, die die Sucht wegmachen. Aber hier ich bin das erste Mal hergekommen und ich war so überrascht, mit diesen Gruppen... ‘Sie müssen nach Krankenhausgruppen gehen!’ Ich habe einmal probiert. Ich bin gekommen, und da sitzen acht oder neun alte Männer, reden. Einer hat erzählt, dass er zwei Jahre vorher seine Frau verloren hat. Eine Stunde bestimmt. Zweiter hat erzählt, dass sein Hund krank ist. Auch 40 Minuten bestimmt. Wozu brauche ich das? Drei Stunden habe ich verloren! Ich habe mir selbst gesagt ‘Keine Gruppen mehr’ (...)“* (M1: 209-216). Auf die Nachfrage, ob er der Meinung sei, die Tabletten würden ihm mehr helfen als die Gespräche in den Gruppen antwortet er: *„Ja! Drei verlorene Stunden jeden Samstag (...)“* (M2: 251). Auch Herr K. zeigt sich zweifelnd gegenüber der Wirksamkeit der Gruppengespräche. *„Das ist nichts für mich. (...) Die erzählen über die Krankheit wie z.B. ‘ach, ich bin so ein kräftiger Mann, da habe ich zwei, drei Flaschen Wodka getrunken’, der andere noch mehr, als irgendwie ((betont)) stolz auf die Sache. Und zum Beispiel für mich ist das eine Schande. Meine Krankheit ist eine Schande für mich. Die Leute, also nicht für alle, aber für manche, das ist wie ein Stolz“* (M3: 111-117). Auf die Frage, ob er der Meinung sei, es würde ihm helfen über seine Krankheit zu sprechen antwortet er: *„Also nicht in diesen Gruppen. Da sitzt dann einer und erzählt: ‘ich sitze da in Flugzeug, und neben mir einer trinkt Bier, und ich kann nicht weg usw.’ Was soll ich mir das anhören? Das bringt nichts. (...) Das ist Unsinn für mich“* (M3: 186-189).

Die Erwartungen an eine effektive Therapie sind also häufig andere als die, die ein einheimischer Patient bei Aufnahme in eine Therapieeinrichtung hat. Denn auch wenn die einheimischen Patienten nicht sofort von der Wirkung von Gruppengesprächen überzeugt waren und auch nicht immer mit Motivation zu den Treffen gingen, stellten Gruppengespräche jedoch bei allen einheimischen Befragten eine Selbstverständlichkeit innerhalb der Therapie von Alkoholabhängigkeit dar, während die befragten Migranten meist von ihrer Existenz und der Aufforderung, daran teilzunehmen, überrascht waren.

Oft erwarten Patienten aus der ehemaligen Sowjetunion laut Experteninterviews auch ein anderes Verhältnis von Arzt zu Patient, da diese Beziehung in den Herkunftsländern, wie schon beschrieben, stärker hierarchisch angeordnet ist als in Deutschland. Die Notwendigkeit aktiver Mitarbeit am therapeutischen Geschehen sei dem Betroffenen oft fremd. So entstünden sowohl

auf der Seite des Arztes als auch auf der Seite des Patienten leicht Verwirrung und Unsicherheit, wenn der Gegenüber sich nicht der erwarteten Rolle entsprechend verhält:

*„Das haben wir im stationären Bereich öfters gesehen, dass dann, wenn so nach unseren Maßstäben die Therapie schon richtig läuft und Gruppe und Einzel und dieses und der Arzt hat seine Aufnahmeuntersuchung gemacht, und dann ist erst mal Ruhe, dass der Klient vielleicht nach zwei Wochen dann sagt: ‘Ja und wann fangt ihr denn mal hier mit der Behandlung an?’ Weil er vermisst eben das, was wir ja auch im Wort ‘Behandlung’ auch sehr wohl haben, ne, das heißt ja, jetzt wird was getan mit einem“ (I1: 503-509).*

Die Unkenntnis der Arbeitsweisen beziehungsweise unterschiedliche Erwartungen an eine Therapie stellen sowohl für Patienten als auch für therapeutisches Personal im Therapiealltag eine Herausforderung dar.

Ein weiterer Unterschied zwischen Einheimischen und Aussiedlern besteht darin, dass psychotherapeutische Maßnahmen in weiten Kreisen der Bevölkerung in den Herkunftsländern *„nicht so bekannt“* sind (I3: 288). Dadurch ergeben sich auch unterschiedliche Voraussetzungen für eine Therapie in Deutschland für Migranten aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion, da ihnen somit auch die Arbeitsweisen eines Psychiaters oder Psychologen weniger bekannt sind als einheimischen Patienten, *„(...) die eben mehr schon vertraut sind mit dieser Arbeitsweise, weil es eben schon ein Stück Normalität ist und ein Stück Kulturgut, und wer also Denver Clan und Dallas mal gesehen hat, der weiß auch, dass jeder einen Psychotherapeuten braucht und der über persönliche Dinge spricht“* (I1: 256-263). Herr S., einer der einheimischen Patienten, berichtet über eine vorangegangene Therapie, die ihm sehr gefallen habe. Wesentlicher Bestandteil sei *„Selbsterkennung, bis zu Tränen“* (E2: 75) gewesen. Es hätten täglich Einzelgespräche mit dem Psychiater stattgefunden, die sich langsam aufbauten *„(...) bis er wirklich mit dem Finger auf der Seele lag“* (E2: 80). Auf die Frage hin, ob es ihm nicht schwer gefallen sei, über so persönliche Dinge zu sprechen, antwortete er: *„Sonst hätte der Aufenthalt dort keinen Zweck! Natürlich ist mir vieles schwer gefallen, und wenn ein erwachsener Mann anfängt zu heulen, dann hat das bestimmt seinen Grund. Insofern ist mir das selbstverständlich schwer gefallen, aber ich habe es gewusst! Ich habe gewusst, dass ich da nicht zum Kuraufenthalt bin. (...) Ich wusste, was auf mich zukommt“* (E2: 93-98).

Während dieser Patient betont, er habe ja gewusst, was auf ihn zukommt und es sei ihm klar gewesen, dass er persönliche Informationen preisgeben müsse, ist es für die betroffenen

Migranten oft unverständlich, wieso zur Bekämpfung ihrer Krankheit persönliche Informationen berichtet werden sollten. Insbesondere wenn sie, wie von den Experten erwähnt, eine körperliche Ursache als Erklärung für ihre Erkrankung ansehen und Therapie „handfester“ Form erwarten, entstehen Verwirrung und Konflikte. *„(...) Er meint, dass er sehr schlecht Alkohol, mit Alkohol oder mit Drogen umgehen kann, jetzt, weil er eben diese Gehirnerschütterung damals hatte. Und sein Kopf ist nicht mehr richtig, und er findet beispielsweise, dass die Ärzte in erster Linie seinen Kopf heilen müssen und dann kommt das Problem, dann Suchtproblem wird halt erledigt, von sich selber! Und die Ärzte kommen von der anderen Ecke und es gibt natürlich überhaupt keine Kommunikation dazwischen. Also jeder sieht ein ganz anderes Ziel und jeder beschuldigt andere also, du fängst überhaupt nicht in der richtigen Ecke an. Und so keine Kommunikation, kein Verständnis und überhaupt nichts“* (I2: 229-237).

Hier bedarf es laut den Experten der wiederholten Erklärung und Veranschaulichung von Sinn und Zweck der Maßnahmen, *„(...) es geht darum, sich verständlich zu machen, um überhaupt (...) diese fachlich notwendigen Prozesse in Gang setzen zu können (...)“* (I1: 256-258). Sich verständlich machen bedeutet in diesem Zusammenhang nicht nur die Überwindung sprachlicher Barrieren, sondern eben auch psychotherapeutische Maßnahmen zu erläutern, da nicht davon ausgegangen werden darf, jedem sei die Notwendigkeit solcher Maßnahmen klar. *„Also man kann nicht Therapie machen, und von denjenigen (...) erwarten, dass sie genau so sind wie die, die hier aufgewachsen sind! Man muss auch den Aspekt dabei sehen, das was wir hier an Therapie entwickelt haben ist nun auch für Menschen entwickelt worden, die hier aufgewachsen sind“* (I5: 626-629). Insbesondere vor dem Hintergrund, dass in den Herkunftsländern der Betroffenen mit persönlichen Informationen der Patienten oft missbräuchlich umgegangen wurde und vor allem Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen Konsequenzen zu fürchten hatten ist verständlich, dass *„(...) die Leute gerade wenn es sehr psychotherapeutisch wird, also wenn sehr persönliche Belange, in Entwicklungszusammenhänge, in familiäre Zusammenhänge hineingeguckt wird, dass die dann dicht machen, ja? Also im Sinne von: ‘Das ist jetzt so privat, so persönlich, das hat hier nichts zu suchen’(...)“* (I5: 618-622). Ein anderer Experte beschreibt seinen Standpunkt wie folgt:

*„(...) Was man sicher immer beachten muss ist die (...) Voraussetzung immer wieder herzustellen, zu versuchen sich verständlich zu machen in dem was man tut, was man arbeitet, was man vorschlägt zu tun.(...) auch gerade für so verkehrspsychologische Beratung weil (...) das sind so sehr konzentrierte Prozesse, die da stattfinden. (...) z.B. diese so genannten*

*persönlichen Hintergrundprobleme d.h. es geht plötzlich in einen persönlichen Bereich. Und es geht in dem Setting dann ziemlich schnell d.h. nach der zweiten, dritten Sitzung geht's also um Fragen: 'Was war eigentlich los? Wie war die Lebenssituation? Wie ist die Situation in der Familie?' Das brauchts einfach um weiter zu kommen. Wenn ich das ohne Erklärung und Vermittlung tue warum ich das tue, weil es mir selbstverständlich ist, weil es zum Psychologehandwerk gehört, dann müsste ich mich nicht wundern, wenn es dann zu Widerständen kommt und jemand dann vielleicht auch so einen Prozess abbricht und sagt: 'Der wird mir da zu indiskret, und der kommt mit komischen Fragen.' Wenn ich mir die Zeit nehme das also ausführlich zu erklären, was das für einen Sinn hat, hab ich noch nie erlebt, dass es zu einem Abbruch oder so was kam, sondern dann ist das nachvollziehbar“ (I1: 234-253).*

Ein Experte berichtete, dass Familien gelegentlich auch die betroffenen Angehörigen zurück in das Herkunftsland schicken würden, um dort an einer Therapie in einem Therapiezentrum teilzunehmen. Er lehne dies jedoch ab, da der Betroffene hier leben wolle und eine solche Therapie im Herkunftsland „*rausgeschmissenes Geld*“ sei. Es gäbe regelrecht „*touristische Unternehmungen*“ in Deutschland, die solche Reisen über Reisebüros oder Zeitungsannoncen vermitteln würden. Die Teilnahme an einer solchen Reise sei jedoch oftmals fatal, da die Familie häufig zur Finanzierung Geld sammeln müsste und bei einem Misserfolg der Betroffene nun auch noch die Schuld auf sich lade, dass die Familie wegen ihm verschuldet sei und „*er habe alles vermässelt*“ (I5: 337-357).

#### **4.2.3 Exkurs: Charakteristika des Heroinkonsums von Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion**

Die Experten berichteten von charakteristischen Heroinkonsummustern der Migranten. Ein Einstieg in den Heroinkonsum erfolge schneller, oftmals ohne die bei Einheimischen üblichen „*Einstiegs-*“ oder „*Partydrogen*“. Hierdurch sei ein deutlich steilerer Verlauf der „*Drogenkarriere*“ zu beobachten (I3: 349-352; I1: 586-588).

*„(...) der schnelle Einstieg in Heroin scheint mir oft, so aus den Erfahrungen der Klienten, gar nichts zu tun zu haben, dass das was wir da so für Vorstellungen gebildet haben, ja, dieser Einstieg in Drogen, das ist also erst mal mit Rauchen und dann mit Alkohol und dann mit Cannabis und dann kommen vielleicht Pillen und Amphetamine und dann kommt mal was durch die Nase und dann kommt irgendwann wenn's schlecht geht dann Heroin. Das sind dann so typische Verläufe von zwei, drei Jahren, das stimmt eben nicht für die Gruppen, für viele*

*Gruppen der Zuwanderer stimmt das nicht!*“ (I1: 592-610)

Verschiedene Gründe werden für diese so genannte „Turbokarriere“ angeführt. Einerseits wird argumentiert, viele der jugendlichen Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion würden die Gefahren des Heroinkonsums nicht kennen, da in ihrer Heimat diesbezüglich keine Aufklärung oder sonstige Prävention stattgefunden habe, oder gar die Droge selbst dort nicht bekannt gewesen sei. Eine Expertin berichtet: *„Was ich oft höre ist, die haben sehr wenig Information darüber. Also ich habe z. B. von einigen Klienten schon gehört, dass ich gefragt habe, ‘wie war das eigentlich so für dich überhaupt?’ ‘Ja ich wusste gar nicht, was Heroin ist! Ich habe es nicht kapiert, oder ich wusste nicht, dass es süchtig macht’, oder so“* (I3: 353-360).

Andererseits würde beobachtet werden, dass die jugendlichen Migranten den Konsum von so genannten „leichten Drogen“, wie beispielsweise Haschisch, dem Konsum von Heroin gleichsetzen: *„(...) in Russland war Marihuana, Haschisch gleichgestellt wie Heroin. Und hier kann sein, dass irgendwelche (...) auch da sind, ‘wenn ich schon irgendwie halt, wenn mir Marihuana nichts ausmacht, dann habe ich auch keine Angst vor weiterem!’“* (I2: 639-641). Ein Experte ist der Meinung, der Konsum von Heroin sei eine bewusste Entscheidung, *„(...) die sagen (...): ‘Also eigentlich, Drogen müssen wir jetzt unbedingt mal probieren, mein älterer Bruder hat auch gesagt kommt super’. Dann fangen die eben damit an, was sie für ne Droge halten, und das ist Heroin! Das ist also nicht jetzt der wahnsinnige Absturz, der da passiert, sondern es ist eine ganz gezielte Entscheidung (...)‘jetzt wollen wir mal hier was einbauen, jetzt was ist denn, was kommt den richtig?’ Und das ist Heroin. Die fangen nicht mit halben Sachen an! (...) Also einheimischen Konsumenten ist vertraut, wenn sie anfangen ‘... au au au, das ist aber jetzt ein Ding’. Und das ist für viele Zuwanderer überhaupt nicht so. Das ist eben gar nicht jetzt so ne Vorgeschichte, wie mit der wir hier (...) aufgewachsen sind, sondern es ist einfach so: ‘Das ist doch mal ne Droge, wa?’“* (I1: 610-627)

Im Unterschied zu einheimischen Patienten würde allerdings eine ausgeprägte Heroinabhängigkeit wesentlich seltener auch gleichzeitig zu einem starken sozialen Absturz führen (I1: 678-688). Als eine Begründung hierfür wurde angeführt, dass die familiäre Verbundenheit typischerweise stark ausgebildet sei und den Jugendlichen Halt böte. Andererseits wurde oft betont, dass das Problem „in der Familie“ bleiben müsste, und „nichts nach draußen“ dringen darf. Eine Tabuisierung innerhalb der Familie führe so einerseits dazu, dass dem Betroffenen zwar nicht so schnell wie einheimischen Betroffenen der soziale Absturz ins Drogenmilieu drohe, es andererseits aber auch wesentlich später zu einer Inanspruchnahme von

Hilfsangeboten komme.

Einer der Experten erklärte die unauffällige und für deutsche Verhältnisse untypische Lebensweise heroïnabhängiger Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion damit, dass die Betroffenen zwar Heroïn konsumieren, sich aber nicht der deutschen Drogenszene zugehörig fühlen:

*„Dazu muss man aber auch sagen, dass die Konsumenten, auch Heroïnkonsumenten, häufig sehr viel, kann man sagen, angepasster sich verhalten als die einheimischen Heroïnkonsumenten. Wenn also für einen einheimischen Heroïnkonsumenten häufig in seinem Selbstbild eben auch dazu gehört, also irgendwie ausgeflippt sich zu verhalten und sich zu kleiden und unterwegs zu sein und eben auch dann nicht ner Arbeit nachgehen, (...) und dann eben Szeneleben, dieses Szeneleben gibt es bei vielen Zuwanderern überhaupt nicht, auch wenn sie hochgradig heroïnabhängig sind. Viele Leute leben hier, die auch während ihrer Hauptkonsumzeiten noch ihren Arbeitsplatz versehen haben und zu Hause lebten und ordentlich angezogen waren, denen sieht man das also überhaupt nicht an“ (I1: 678-688).*

#### **4.2.4 Zu sonstigen Zugangsbarrieren**

Die Unterrepräsentanz von Migranten im psychiatrischen System lässt sich auch durch Informationsdefizite im Bereich der Aufklärung über Hilfsangebote erklären.

*„(...) also Information fehlt, fehlt sehr (...), also Beratungsstelle ist ungefähr so, klingt so ähnlich wie keine Ahnung, ... Sozialhilfe oder noch was...(...) Eine Behörde mit, also eine gesichtslose Behörde (...)“ (I2: 661-674).*

Nicht zuletzt aus besagtem Informationsdefizit resultiert ein gesteigertes Misstrauen gegenüber Außenstehenden, insbesondere Institutionen und Behörden mit offiziellem Charakter, das Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion vom Aufsuchen der Hilfseinrichtungen abhält:

*„(...) also wenn die zu erst hierher kommt, dann, ich sagte ja schon, das sind meistens die Mütter mit ihren Söhnen oder Töchtern, die sind schon ziemlich misstrauisch so, und kommen deshalb, weil sie wirklich keinen anderen Weg mehr wissen. Weil sie so völlig (...) sind, das ist nun das letzte, was sie nun noch probieren. Weil sonst geht's gar nicht mehr, sonst sehen sie den Sohn oder die Tochter sterben, und das wollen sie natürlich dann auch nicht“ (I5: 574-579).*

Teilweise basiert dieses Misstrauen auf der schon zuvor erwähnten Befürchtung, Informationen

könnten weitergegeben werden und sich nachteilig auswirken. Den in der Sowjetunion gemachten Erfahrungen nach ist die Erklärung zur Schweigepflicht nicht verlässlich, „(...) *die Befürchtung: ja, was könnte denn mit solchen persönlichen Informationen usw. geschehen*“ (I1: 274). Damit verknüpft ist offenbar auch die Angst vor juristischer Verfolgung, insbesondere bei Drogendelikten, da es in der ehemaligen Sowjetunion „(...) *bis jetzt noch vielfach so Praxis ist, auch für geringfügige Sachen, dass man da in den Knast geschickt wird (...)*“ (I5: 540-542). Die Angst vor juristischer Verfolgung, gepaart mit Unwissenheit über die deutschen Gegebenheiten, wirken sich demnach laut den Experten auf die Nutzung von Hilfsangeboten durch Migranten aus, denn die Aufklärung darüber, dass beispielsweise der Nachweis einer Krankheit zur Vermeidung einer Haftstrafe führen kann „(...) *kann man erst im Laufe der Beratung machen, ja, aber das ist erst mal eine Barriere, um sich an eine Beratung zu wenden*“ (I5: 536-547).

Eine übergeordnete Rolle im Rahmen der Barrieren, die zu einer verminderten Inanspruchnahme des Hilfsystems durch Migranten führen, spielen laut Experteninterviews sprachliche Barrieren. Einerseits ist nachvollziehbar, dass bei geringen Sprachkenntnissen Hemmungen bestehen, Auskunft oder Hilfe zu erbitten. Eine Expertin berichtet über ihre eigenen Erfahrungen nach der Migration: „(...) *ich habe mich damals so geschämt (... irgendwo anzurufen. Alleine anzurufen, verstehst du? Weil dieses Erlebnis, wenn du nicht verstanden wirst, es ist so frustrierend! Das ist einfach wahnsinnig unangenehm! Deswegen habe ich das vermieden so lange ich konnte. (...) Dann die Vorstellung, irgendwo hinzugehen mit irgendeinem Problem, die Leute schämen sich. Das ist eine (...) sehr große Barriere*“ (I3: 171-179).

Darüber hinaus weisen die Experten darauf hin, dass die Sprachbarriere eine wichtige Rolle spiele, da Deutschkenntnisse der Migranten oder Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter in den entsprechenden Institutionen bzw. muttersprachliche Mitarbeiter offenbar auch dabei helfen, andere Barrieren, wie beispielsweise das Misstrauen gegenüber Institutionen, Unkenntnis der angewandten Methoden usw., zu überwinden:

„(...) *(mangelnde Sprachkenntnisse u. Informationsdefizite, Anm.) sind zwei der wichtigen Zugangsbarrieren, weil sie auch dem entgegenstehen, dem Versuch die anderen Barrieren zu überwinden. Man kann eben auch die anderen Barrieren wie dieses Misstrauen, diese Unvertrautheit mit den Methoden usw., die kann man eben nicht überwinden, wenn man erst mal nicht dieses Information, Kommunikation, Sprache, wenn man das nicht löst*“ (I1: 732-736).

Die Rolle der muttersprachlichen Mitarbeiter sei deshalb auch deswegen von Bedeutung, weil

Sprache eben nicht nur Kommunikationsmittel ist, sondern neben der puren Verständigungsfunktion auch soziale und kulturelle Faktoren anspricht. Die Experten berichten, bei den Migranten überwiege oft das Gefühl, ein einheimischer Deutscher könne viele der durchlebten Schwierigkeiten nicht nachvollziehen. Gerade die oben besprochenen, differierenden Erklärungsmodelle für Krankheiten zwischen einem einheimischen Arzt und einem betroffenen Migranten können zu Missverständnissen und gegenseitigem Unverständnis führen. Eine der Expertinnen, die selbst einmal an einer Depression erkrankt war, beschreibt ihre Erfahrungen folgendermaßen: *„(...) als ich diese Depression hatte, da haben mir mehrere deutsche Freunde gesagt, ‘also das ist schon zu weit, du musst zum Psychotherapeuten gehen.’ Und ich hab die ganze Zeit gedacht: ‘Also sagt mir bitte, was soll ich mit einem deutschen Psychotherapeuten anfangen? Der sowieso nichts versteht.’ (...) ich weiß nicht, ich hab nicht geglaubt, dass jemand halt, der nicht russisch spricht ... oder eben nicht die Sprache, Sprache ist schon o.k., wenn du schon Sprache kannst, aber dass er dich einfach nicht versteht. Das hat einfach keinen Sinn. (...) Der versteht nicht, warum ich das und jenes mache. Warum ich das nicht so gemacht hab oder warum in einer bestimmten Situation oder warum tut das mir so weh. Also das kann ein Deutscher nicht verstehen. Weil ich konnte das auch nicht erklären. Du bist in einem schönen Land, du hast viel mehr Möglichkeiten, du hast viel mehr ein sicheres Leben (...) und irgendwie du hast das Geld sogar, sogar wenn du als Putzfrau arbeitest. Du hast mehr Geld in Deutschland als wenn du in Russland arbeitest. Du musst zufrieden sein, streng genommen. Und wenn du selber nicht erklären kannst, dir selber, dann was sollst du einem Deutschen erklären?“ (I2: 468-486)*

Ein Experte betont jedoch auch, welche Schwierigkeiten sich seiner Erfahrung nach durch eine Betreuung der Patienten durch muttersprachliche Mitarbeiter ergeben, denn *„(...) das ist ((betont)) personengebunden! (...) Und wenn diese Personen nicht da sind, dann funktioniert das System nicht mehr“ (I4 GP2: 299-304).*

Wie können also auch nicht-muttersprachliche, einheimische Mitarbeiter die Fähigkeiten erlernen, die nötig sind um Migranten adäquat zu betreuen? Die Experten sind geteilter Meinung, überwiegend jedoch optimistisch. Als Schlüssel zu „interkultureller Kompetenz“ werden einerseits Fortbildungen und Supervisionen durch speziell geschultes Personal, andererseits die Bildung von Teams, in denen Mitarbeiter mit und ohne Migrationshintergrund zusammenarbeiten, genannt. Letztendlich seien allerdings schlicht Toleranz, Geduld und Offenheit gegenüber den besonderen Anforderungen der Arbeit mit Migranten ausschlaggebend.



Eine in Deutschland lebende ukrainische Psychologin antwortet auf die Frage nach der Notwendigkeit einer Therapie in Muttersprache folgendes:

*„Ich finde nicht, dass man so maximalistisch sein muss, diese Forderungen, das ist einfach nicht umzusetzen. Ich glaube, ganz wichtig ist, dass die Leute, wohin sie auch kommen, dass sie sich aufgehoben fühlen. Ich glaube ein Deutscher, der, also in dem Fall russisch sprechen kann, wäre natürlich genial, oder irgendjemand der russisch spricht, das wäre genial. Aber ich glaube für viele, die eben selber deutsch sprechen, ich glaube es wäre wichtig für die, dass sie das Gefühl haben sie sind ... aufgehoben. (...) Es kommt auf Offenheit an. Und Interesse. (...) Und die Bereitschaft, dieses 'andere' zu akzeptieren, weißt du, einfach akzeptieren, der andere ist anders“ (I3: 489-506).*

## **5. Diskussion**

### **5.1 Methodenkritik**

*Untersuchungen zu stigmatisiertem Verhalten:* Forschungen zu stigmatisiertem Verhalten, welches auch Abhängigkeitserkrankungen umfasst, sind mit besonderen Problemen verbunden. So gilt für alle Abhängigkeitserkrankungen, dass sie meist als normabweichend bewertet werden und formelle sowie informelle Sanktionen mit sich bringen. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass auch in der empirischen Forschung Ängste vorhanden sind, über ein Verhalten Auskunft zu geben, welches negativ bewertet werden könnte. Für Befragungen, die sich auf diskreditierbares Verhalten beziehen, gilt demzufolge, dass Verzerrungen unvermeidlich sind. So ist zum Beispiel davon auszugehen, dass das tatsächliche Verhalten verborgen bleibt, verfälschte Auskünfte gegeben oder andere Vermeidungsstrategien gewählt werden. Der „Wünschbarkeitseffekt“ schlägt somit bei Befragungen zu stigmatisiertem Verhalten besonders zu Buche. Daher sind Befragungsmethoden zu wählen, die sich an einer natürlichen Gesprächssituation orientieren und dem Befragten verdeutlichen, dass sein Gegenüber mit den Problemen vertraut ist. Abzulehnen ist dagegen eine Art der Befragung, die durch ihren formalisierten Ablauf einer behördlichen Datenerhebung ähnelt. Dementsprechend sind auch statistische Erhebungen mit besonderen Schwierigkeiten verbunden, weshalb Verlässlichkeit und Gültigkeit derartiger Ergebnisse eingeschränkt sind. Wie für alle Bereiche des stigmatisierten Verhaltens, so ist auch in Bezug auf Suchtverhalten und -erkrankungen von einem Dunkelfeld auszugehen, das in seiner Relation zum Hellfeld nicht genau bestimmbar ist. Gerade wegen dieser Schwierigkeiten ist es unverzichtbar, die Handelnden selbst mit Hilfe von persönlichen