

**Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Tübingen**

**Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie  
mit Poliklinik**

**Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer**

**Migration und Sucht: Retrospektive Analyse von  
Behandlungsverläufen Opiatabhängiger an der  
psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin oder der medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen

Vorgelegt von  
Oleksandra Mikolaivna Gaenslen, geb. Striganova  
aus  
Kiew / Ukraine  
2006

Dekan: Professor Dr. I.B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. A. Batra
2. Berichterstatter: Professor Dr. G. Lorenz

## **Widmung**

Gewidmet Frau Privatdozentin Ines Gärtner, die diese Arbeit betreuen wollte und im Jahre 2005 durch eine schwere Krankheit viel zu früh aus dem Leben gerissen wurde.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung und wissenschaftlicher Hintergrund.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Migration: Grundbegriffe und Besonderheiten in Deutschland.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Migration und Suchterkrankungen.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.1. Allgemeine Aspekte zu Migration und psychiatrischen Erkrankungen .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.3. Therapie der Opiatabhängigkeit bei Migranten.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Hypothese und Fragestellungen .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Welchen Anteil haben Migranten und Aussiedler an den Patienten, die in der Tübinger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf der Drogenentgiftungsstation A6 entgiftet?.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Unterscheiden sich Migranten, Aussiedler und Deutsche in bestimmten Charakteristika ?.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1. Unterscheidet sich die stationäre Behandlung von Migranten in bestimmten Charakteristika ?.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1.1. Unterscheidet sich die Verweildauer in stationärer Therapie?.</b>	<b>15</b>
<b>2.1.2. Welche Faktoren könnten die Verweildauer auf der Entwöhnungsstation beeinflussen? .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1.3. Wie beenden Aussiedler und Migranten die stationäre Entgiftungstherapie im Vergleich zu Einheimischen?.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.4. Welche Faktoren haben einen Einfluss auf den erfolgreichen Therapieabschluss?.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2. Gibt es Unterschiede in der Art der Behandlung zwischen drogenabhängigen Migranten und drogenabhängigen Deutschen? .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2.1. Werden die Gruppen unterschiedlich häufig substituiert? .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2.2. Unterscheidet sich die Dosis der Substitutions-Medikation? .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3. Unterscheiden sich die Migranten von Deutschen in der Prognose der Suchtbehandlung?.....</b>	<b>16</b>
<b>3. Methodik.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1. Ziele der Untersuchung.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2. Untersuchungszeitraum und Ort.....</b>	<b>17</b>

3.3.1. Medizinische Dokumentation .....	18
3.4. Studiendesign .....	18
3.5. Statistische Methoden .....	21
4. Ergebnisse .....	24
4.1. Zusammensetzung der Stichprobe (demographische Variablen und Anamnese) .....	24
4.1.1. Migration .....	24
4.1.2. Verteilung nach Geschlecht .....	26
4.1.3. Lebensalter .....	27
4.1.4. Dauer des Rauschmittelkonsums .....	27
4.1.4.1. Zeitpunkt des Konsumbeginns bei Aussiedlern .....	28
4.1.5. Zahl der stationären Aufenthalte .....	29
4.2. Stationäre Therapie (Indexaufenthalt) .....	29
4.2.1. Motivation .....	29
4.2.2. Substitution bei Aufnahme .....	30
4.2.3. Entgiftungsmodus .....	31
4.2.4. „Warme“ Entgiftung mit Methadon und Buprenorphin .....	32
4.2.4.1. „Warme“ Entgiftung mit Methadon .....	33
4.2.5. Verweildauer der stationären Aufenthalte .....	34
4.2.6. Substitution bei Entlassung .....	35
4.2.7. Anschlusstherapie .....	36
4.2.8. Diagnosen .....	37
4.2.8.1. Suchtdiagnose .....	37
4.2.8.2. Infektionskrankheiten .....	37
4.2.8.2.1. Hepatitis .....	37
4.2.8.2.2. HIV - Infektion .....	39
4.3. Soziale Einflussvariablen .....	39
4.3.1. Familienstand .....	39
4.3.2. Kinder .....	40
4.3.3. Ausbildung .....	40
4.3.4. Bekannte Straftaten .....	42
4.3.5. Sozialstatus .....	43

4.4. Logistische Regression: Erfolgreicher Therapieabschluss.....	45
4.5. Post-talk Poweranalyse.....	49
5. Diskussion .....	50
5.1. Gesamte Stichprobe .....	50
5.2. Verteilung nach Geschlecht.....	52
5.3. Lebensalter.....	52
5.4. Dauer des Rauschmittelskonsums .....	53
5.5. Anzahl der stationären Aufenthalte.....	54
5.6. Motivation .....	54
5.7. Substitution bei Aufnahme .....	55
5.8. Entgiftungsmodus .....	56
5.9. Substitutionsmittel beim Entgiftungsmodus „warm“ .....	58
5.10. „Warme“ Entgiftung mit Methadon .....	58
5.11. Verweildauer der stationären Aufenthalte .....	59
5.12. Substitution bei Entlassung .....	59
5.13. Anschlusstherapie (Entwöhnungsbehandlung).....	60
5.14. Suchtdiagnose .....	61
5.15. Virushepatitis und HIV.....	61
5.16. Familienstand.....	62
5.17. Kinder .....	62
5.18. Ausbildung .....	63
5.19. Bekannte Straftaten .....	64
5.20. Sozialstatus .....	65
5.21. Logistische Regression: Erfolgreicher Therapieabschluss.....	65
Zusammenfassung der Diskussion: .....	67
6. Schlussfolgerungen.....	69
7. Zusammenfassung.....	71
8. Literaturverzeichnis .....	73
9. Abkürzungsverzeichnis .....	81

## **1. Einleitung und wissenschaftlicher Hintergrund**

Migration (dauerhafte Verlegung des Lebensmittelpunktes in ein anderes Land) vor dem oder zu Beginn des Erwachsenenalters gilt als ein etablierter Risikofaktor für zahlreiche psychiatrische Erkrankungen. Migranten der ersten und zweiten Generation haben ein deutlich überdurchschnittliches Risiko für schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenie (Cantor-Craae & Selten 2005) oder Suchterkrankungen (Czycholl 1999a). Die Erforschung des Einflussfaktors „Migration“ gewinnt deshalb einen zunehmenden Stellenwert innerhalb der transkulturellen Psychiatrie. Als Gründe für die erhöhte Präsenz von psychiatrischen Erkrankungen in dieser Population gelten in erster Linie durch die Migration und Ihre sozialen Folgen bedingter Stress, eine soziale und kulturelle Entwurzelung und mangelhafte oder fehlende Integration vermutet.

Suchtkranke Migranten sind eine häufige, relevante und wichtige Patientenpopulation innerhalb von deutschen psychiatrischen Kliniken. In einer Umfrage der Landesstelle gegen Suchtgefahren schätzten bundesdeutsche Migrationsdienste rund 15% ihrer Klienten als suchtkrank ein (Baudis 1997). Während zu den Ursachen einer erhöhten Häufigkeit von Opiatabhängigkeit und anderen Suchterkrankungen bei Migranten in den letzten Jahren intensiv geforscht wurde (Bätz 2002a,b, Czycholl 1998a,b,c), gibt es zur genauen Häufigkeit von Migranten in deutschen psychiatrischen Kliniken und zu den Besonderheiten ihrer Behandlung bislang kaum methodisch hochwertige wissenschaftliche Untersuchungen. Dies ist problematisch, denn auch Befunde aus der internationalen Literatur zu diesem Thema sind nicht sehr umfangreich (Isralowitz 2002 & 2004) und nicht unbedingt direkt auf deutsche Verhältnisse übertragbar: Eine Besonderheit der Migration nach Deutschland ist die große Zahl von Spätaussiedlern während der letzten beiden Jahrzehnte. Der Anteil der Spätaussiedler an den Menschen mit einer Opiatabhängigkeit gilt als überdurchschnittlich hoch (Bundesregierung 2002). In der psychiatrischen Behandlung und suchtmmedizinischen Beratung stellen Spätaussiedler einen

relevanten Anteil der Patienten beziehungsweise Klienten. Sie gelten häufig als „Problemfälle“ mit „schlechter Prognose“. Während über die Legalprognose von Spätaussiedlern, ihren Anteil am Vertrieb und Handel mit illegalen Rauschmitteln und ihren sozioökonomischen Hintergrund verhältnismäßig viel bekannt ist, existieren bisher kaum wissenschaftliche Daten über stationäre Behandlungsverläufe bei Opiatentgiftungen von Aussiedlern und Migranten in Deutschland. Dies ist umso erstaunlicher, als zahlreiche „Beobachtungen“ (UKPP Tübingen) über opiatabhängige Spätaussiedler in den Behandlungseinrichtungen als „etabliert“ gelten: Russlanddeutsche sollen „besonders häufig“ die Behandlung abbrechen (Dialog Jugendhilfe – Drogenhilfe 2005), „viel seltener“ opiatgestützt entgiften und „schlechter motiviert“ sein als deutsche Opiatabhängige .

Die Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen hat seit 1995 eine speziell auf Entgiftungsbehandlungen Opiatabhängiger spezialisierte Station (Station A6). Die psychiatrische Universitätsklinik Tübingen übernimmt die Regelversorgung der Bevölkerung des Landkreises Tübingen. Auch Bewohner anderer Landkreise können sich über eine Warteliste zur Opiat- und Rauschmittelentgiftung auf der Station anmelden. Im Gegensatz zu zahlreichen anderen Entgiftungs- und Entwöhnungseinrichtungen (Czycholl 2002a, b) beschränkt die Tübinger Klinik den relativen Anteil von Migranten und Aussiedlern dabei in keiner Weise. Die Klinik eignet sich daher (mit der Einschränkung der freien Wahl der Entgiftungsklinik) zur Beschreibung eines „Querschnittes“ der Opiatabhängigen. Es war bisher nicht bekannt, welchen Anteil Aussiedler und Migranten an den Behandlungszahlen der Station haben.

Ziel der hier beschriebenen Arbeit war es, für einen definierten Behandlungszeitraum (01. Oktober 2002 bis 30. September 2004) retrospektiv den Anteil von Migranten und Spätaussiedlern an den Entgiftungsbehandlungen zu erfassen und den Einfluss der Migration auf Behandlungsverläufe zu untersuchen.



## 1.1. Migration: Grundbegriffe und Besonderheiten in Deutschland

„Migration“ umfasst sowohl Zu- als auch Abwanderung und steht für die räumliche Bewegung von Individuen oder Gruppen über eine sozial bedeutsame Entfernung. Räumliche Bewegungen im Zusammenhang mit Freizeitbeschäftigung, Sport und Tourismus sind nicht als Migration zu bezeichnen (Rühl 2003).

Im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Untersuchungen zur Migration ist die Definition der Begriffe „Migranten“, „Ausländer“, „Aussiedler“ und „Einheimische“ von Bedeutung.

In dieser Arbeit werden als „Migranten“ nur die Einwanderer in die Bundesrepublik Deutschland betrachtet.<sup>1</sup> In der psychiatrischen Fachliteratur wird häufig zwischen Migranten erster und zweiter Generation unterschieden: Migranten der ersten Generation sind diejenigen, die tatsächlich umgezogen sind. Migranten der zweiten Generation sind die Kinder der Migranten, sie sind bereits im fremden Land geboren.

Als „Ausländer“ werden Personen definiert, die eine andere als deutsche Staatsbürgerschaft haben und sich (mittel- oder längerfristig) in der Bundesrepublik aufhalten. Die Ausländer haben somit auch eine Migration hinter sich.

Deutschland ist das beliebteste Land für Zuwanderer: in den letzten Jahren nimmt Deutschland bei den absoluten Zahlen der Zuzüge die Spitzenposition unter den europäischen Ländern ein (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2004). Jedes Jahr wandern etwa circa 201.000 Personen mehr nach Deutschland ein, als Deutsche auswandern (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2004). Laut Statistischem Bundesamt wohnten am 31.12.2003 in der Bundesrepublik Deutschland 82.440.300 Menschen. Davon waren 75.189.900 deutsche Bundesbürger, 7.341.800 besaßen eine andere Staatsangehörigkeit (Statistisches Bundesamt Deutschland 2004). Jede elfte in Deutschland lebende Person hat keinen deutschen Pass (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2004).

---

<sup>1</sup> Als „Migranten“ sind hierbei Migrantinnen und Migranten gemeint

Die Zahl der Zuzüge von Deutschen und Ausländern nach Deutschland erreichte im Jahr 1992 mit über 1,2 Millionen den historischen Höchstwert (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2004). In den Jahren 1998 und 1999 wurden 802.456 bzw. 874.023 Zuzüge nach Deutschland registriert. In Vergleich dazu sind in den gleichen Jahren in andere europäische Staaten wie z.B. Italien nur 165.696 und 189.703 und in die Schweiz 95.955 bzw. 85.838 eingewandert (absolute Zahl nach Rühl 2003). Geografisch gesehen, sind die Ausländer und Migranten unterschiedlich in der BRD verteilt. Die höchsten Zuzugszahlen (absolut) im Jahr 2002 haben Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg (Rühl et. al. 2003). In Baden-Württemberg wohnten - laut Ergebnis der Bevölkerungsforschung vom 31.12.2003 - 10.692.556 Personen, davon 1.290.258 Ausländer. Das entspricht einem Anteil von 12,1% der Bevölkerung (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2004).

*Aussiedler*, bzw. *Spätaussiedler* sind eine besondere Gruppe innerhalb der Migranten nach Deutschland. Ab dem Jahre 1991 zugewanderte Personen bezeichnet man als *Spätaussiedler*, wenn sie gemäß § 4 Abs. 3 Satz 1 Bundesvertriebenengesetz (BVFG) Deutsche im Sinne von Art. 116 Grundgesetz sind, also deutsche Volkszugehörige oder auch deutsche Staatsangehörige, die ihren Wohnsitz in einem der im BVFG umschriebenen Aussiedlergebiet haben.

Insbesondere aus dem territorialen Bereich der ehemaligen Sowjetunion kommen seit Inkrafttreten des Kriegsfolgenbereinigungsgesetzes Anfang 1993 zahlreiche Aussiedler nach Deutschland (Rühl et. al. 2003). Von 1991 bis 2003 wanderten fast zwei Millionen Menschen als Spätaussiedler nach Deutschland ein, davon die Mehrheit (92,2%) aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion (Bundesamt für Migration und Flüchtlingen 2004). Laut Angaben des Berliner Instituts für Vergleichende Sozialforschung sind von 1950 bis 2002 4.314.382 ethnische Deutsche mit Angehörigen in die Bundesrepublik eingewandert (Berliner Institut für Vergleichende Sozialforschung, 2004). Im Jahr 2002 kamen

allein 91.416 Personen aus dieser Gruppe. Davon wurden 78.500 als Deutsche registriert (Migrationsbericht der Bundesregierung, Rühl et. al. 2003).

In dieser Arbeit wird nicht danach unterschieden, ob es sich um Aussiedler, Spätaussiedler oder deren Familienangehörige handelt. Es wurde nur das Herkunftsland berücksichtigt.

Unter „*Einheimischen*“ oder „*Deutschen*“ werden diejenigen verstanden, die eine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen und keine Migrationsvergangenheit (im Sinne einer Einwanderung nach Deutschland aus einem Drittland) haben.

Politisch und völkerrechtlich gesehen sind Spätaussiedler keine Ausländer (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2004), sie sind jedoch Migranten und entwickeln auch deren psychodynamische Probleme. Die meisten von ihnen bekommen auf Antrag relativ unkompliziert und rasch eine deutsche Staatsbürgerschaft. Deshalb ist diese Gruppe statistisch schwierig zu erfassen. Dies gilt insbesondere auch für den Bereich der medizinischen Versorgung. So wird beispielsweise bei Aufnahme in die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen zwar die Staatsangehörigkeit der Patienten im Rahmen der Basisdokumentation erfasst, Aussagen über die Häufigkeit von Aussiedlern sind aus dieser Statistik aber unmöglich, da Aussiedler meist eine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen.

## **1.2. Migration und Suchterkrankungen**

### **1.2.1. Allgemeine Aspekte zu Migration und psychiatrischen Erkrankungen**

Die Gründe, warum Migration zu einer so deutlichen Erhöhung der Inzidenz psychiatrischer Störung führt sind noch nicht abschließend verstanden (siehe beispielsweise Übersichtsarbeit zum Zusammenhang zwischen Migration und Schizophrenie bei Cantor-Grae & Selten 2005). Jedoch gilt der durch den Migrationsakt – definiert nach (Rühl 2001) als „räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes von Individuen oder Gruppen über eine sozial bedeutsame Entfernung und den Wechsel in eine neue Kultur“ - bedingte „Stress“ als ein entscheidender „kausaler“ Faktor. Tatsächlich ist auch gezeigt

worden, dass Migranten eine deutlich erhöhte Inzidenz von Stresserkrankungen haben (Machleidt 2002). Besonders betont werden die Rolle von „Stress“ bei den „migrationsassoziierten“ Suchterkrankungen sowie der Wegfall von ansonsten protektiv wirkenden Faktoren (Boos – Nünning 1998).

In verschiedenen Lebensphasen der Migranten kann Stress die Vulnerabilität für psychiatrische Erkrankungen erhöhen:

- Menschen, die sich zu einer Migration entschließen, sind häufig schon in ihrem Ursprungsland mit ihrer sozialen oder psychosozialen Situation unzufrieden und entwickeln in nicht wenigen Fällen aufgrund dieser Situation den Entschluss zur Migration. Ein hoher Anteil der derzeit in die Bundesrepublik kommenden Migranten sind politische oder sozial bedingte Flüchtlinge. Diese stehen unter einem hohen sozialen Druck, was ein ursächlicher Faktor für ihre spätere seelische Erkrankung sein könnte.
- Zusätzlich neigen Menschen, die sich in einer (prodromalen) Phase einer psychischen Erkrankung befinden, häufig zu einem Wechsel des Wohnortes. Bezogen auf alle psychiatrischen Erkrankungen gilt dies als einer der entscheidenden Faktoren für die erhöhte Inzidenz von psychiatrischen Erkrankungen bei Migranten. Als alleinige Erklärung ist dieser Faktor jedoch nicht wahrscheinlich (Cantor-Graae & Selten 2005).
- Im Rahmen des Migrationsaktes verlassen die Migranten ihre gewohnte Kultur und Umgebung. Dies führt zu einem Wegfall sozial protektiver Faktoren wie etwa dem Verlust von freundschaftlichen Beziehungen und sozialen Strukturen (Yildrichim-Fahlbusch 2003).
- Die Migration in ein meist fremdes Land ist häufig ein Vorgang, der über eine lange Zeit intrapsychisch mit einem niedrigen Gefühl der Kontrollierbarkeit einhergeht (Yildrichim-Fahlbusch 2003; Czycholl 1999 a, b). Migranten befinden sich vor und nach dem Migrationsakt häufig in einer sozialen Situation mit einem hohen Maß an Fremdbestimmtheit und subjektiv geringer Möglichkeit, die eigene Lebenssituation kontrollieren zu können. Dies führt zu einem hohen Ausmaß an

(intrapsychischem) „Stress“. Relevante Probleme in diesem Zusammenhang sind beispielsweise:

- die oft ungeklärte aufenthaltsrechtliche Situation von Migranten;
- deren unklare oder schwierige arbeitsrechtliche Situation (Tuna 1999);
- das hohe Maß an Arbeitslosigkeit (Gassmann 2001).

Neben ihrer generellen Relevanz für die Entstehung von psychiatrischen Störungen gelten die meisten der oben genannten Faktoren im speziellen auch für die Entwicklung einer Abhängigkeit von Opiaten. Aus psychiatrischer Sicht schließt die Sucht grundsätzlich pathologische Verhaltensweisen ein, die einer „süchtigen Fehlhaltung“ entsprechen“. Der ältere Begriff der „Sucht“ wurde von der WHO durch den Begriff der „Abhängigkeit“ ersetzt. Psychische Abhängigkeit ist definiert als übermächtiges, unwiderstehliches Verlangen, eine bestimmte Substanz/Droge wieder einzunehmen (Lust-Erzeugung und/oder Unlust-Vermeidung). Physische (körperliche) Abhängigkeit ist charakterisiert durch Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) sowie das Auftreten von Entzugserscheinungen.

Es ist allgemein bekannt, dass 3 Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Suchterkrankungen spielen: Droge (Angebot, Verfügbarkeit, Dosis, Applikationsart, Suchtpotenz, Drogewirkung), Individuum (Disposition, Frustrationstoleranz, Ich-Stärke, neurotische Entwicklung) und Umwelt (Sozialfeld, Gesellschaft, „Broken home“, elterliches Vorbild, Erziehungsfehler, Gruppenzwänge, Konsumgesellschaft, Freizeitvakuum, Konfliktsituation, Ideologie) (z. B. Möller et. al. 2001).

Migration kann sich auf alle drei Bereiche auswirken. Als Ursachen und Einflussfaktoren werden zahlreiche Faktoren in der Literatur diskutiert:

- Die gesundheitliche Versorgung einschließlich der Primärprävention ist bei Migranten schlechter (Tuna 1999)
- Enttäuschte Erwartungen: Aussiedler haben in einem hohen Ausmaß sehr positive, teilweise auch unrealistische Vorstellungen von ihrem

- Leben in Deutschland. Diese werden, bedingt durch die oben genannten Faktoren, häufig enttäuscht. Frustrationen in Verbindung mit einer niedrigen Frustrationstoleranz gelten als eine Risikokonstellation für die Entwicklung einer Opiatabhängigkeit (Vertheim & Degkwitz 1998)
- Die Migration führt häufig zu Rollenkonflikten innerhalb der Familie, etwa durch eine Verschiebung der Einkommensverhältnisse (Czycholl 1999a) oder einen migrationsbedingten sozialen Abstieg (Brucks 2002). Afanasiev (1997) stellte eine große Zahl von Trennungen und Scheidungen fest, die sich kurz nach der Umsiedlung vollziehen. Diese Konflikte gelten als Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung (Kemptner 1997, Czycholl 1997). Dieser Faktor könnte auch einen Teil der erhöhten Prävalenz von Suchterkrankungen bei Migranten der zweiten Generation erklären. Hinzu kommt, dass durch die Migration häufig die Familie getrennt wird, beispielsweise durch Zurückbleiben von Grosseltern, Eltern und Geschwistern im Heimatland (Toprak & Lorenzen 2000). Lange (2003) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Migration meist in der Zeit vor der Ablösung von der Herkunftsfamilie stattfindet (Lange 2003).
  - Migranten haben auch bei ausreichenden Sprachkenntnissen eine schlechtere Perspektive auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Ein vorhandener Arbeitsplatz gilt jedoch als ein günstiger Verlaufsparemeter für den Verlauf von Suchterkrankungen. Hinzu kommt, dass durch eine „Entwurzelungsproblematik“ auch den Migranten selbst oder ihren Kindern eine Lebensperspektive fehlt (Czycholl 1999a), was sich auf die beruflichen Perspektiven auswirken könnte (Dietz 1998).
  - Migranten (auch die der zweiten Generation) erleben häufig in einer kritischen Lebensphase ein höheres Maß an sozialer Ausgrenzung (Reuther 1998, Lossen 1997). Hierbei spielt auch Rassismus und die Diskriminierung von „Ausländern“ eine Rolle (Tuna 1999). Dies könnte die Entwicklung einer Suchterkrankung begünstigen.

### **1.2.2. Sucht und Migration in Zahlen: zur Prävalenz der Opiatabhängigkeit bei Aussiedlern**

Die Prävalenz von Suchterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung ist hoch. Eine repräsentativen Bevölkerungsbefragung zufolge konsumierten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung rund 6 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland illegale Drogen. Dabei handelt es sich in den allermeisten Fällen um Cannabis (Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen 2005).

Hochgerechnet aus ihrem Anteil an der Bevölkerung ergibt sich eine Zahl zwischen mindestens 75000 (Czycholl 1999a) bis 225.000 (Lange 2003) abhängigkeitskranken Migranten in Deutschland, wobei (bedingt durch unterschiedliche Quellpopulationen) die Schätzungen stark schwanken. Durch diese Zahlen wird deutlich, dass auch stationäre Suchtbehandlungen in Kliniken sowie ambulante Suchtbehandlungen bei Migranten häufig sein sollten. Opiatabhängigkeit als Hauptdiagnose wurde im Jahr 2003 in Deutschland in 13,6% der Fälle in der ambulanten und in 7,7% der Fälle in stationärer Behandlung festgestellt (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2003). Rechnerisch müssten somit etwa 1.600 spezifische Entwöhnungsbehandlungen bei Migranten pro Jahr durchgeführt werden (Czycholl, 1997), davon etwa 800 bei Osteuropaaussiedlern (Afanasiev 1997). Wie viele Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen tatsächlich jährlich bei Migranten und Aussiedlern durchgeführt werden, ist jedoch nicht bekannt. Jedoch bestätigen die Suchtberatungsstellen mit Nachdruck die erheblich wachsende Zahl drogenabhängiger junger Migranten und insbesondere auch von Menschen osteuropäischer Herkunft (Salman 1998).

Als weiteres Indiz für die hohe Zahl der suchtkranken Patienten gilt die Zahl der Rauschgifttoten. Im Jahr 2003 verstarben in Deutschland 1.477 Menschen infolge ihres Rauschgiftkonsums, hiervon waren 145 Aussiedler. Der Anteil der Aussiedler an den infolge von Rauschgiftkonsum verstorbenen Personen ist nach DHS mit rund 10% also überproportional hoch (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2005). Laut Daten der Bundesstelle gegen Suchtgefahren kam es

zudem im Jahr 2000 zu einem „alarmierenden Anstieg“ der Drogentodesfälle unter den Aussiedlern (Bundesregierung 2002).

### **1.2.3. Therapie der Opiatabhängigkeit bei Migranten**

Czycholl (1997) schätzt, dass der jährliche Bedarf an Entgiftung alleine für die Aussiedler bei etwa 1.600 Behandlungen liegt (Czycholl 1997). Er beschreibt jedoch eine tatsächlich deutlich niedrigere Zahl von Behandlungen. Speziell für die Entgiftungsbehandlungen ist der genaue Anteil von Aussiedlern und Migranten an den durchgeführten Behandlungen nicht bekannt. Jedoch verweist Köhler (2003) auf einen „weit überproportional häufigen Anteil von russischsprachigen Migranten in den Drogenfachabteilungen“ (Köhler 2003). Miretski und Schmidt (2000) verweisen auf Basis einer Untersuchung an 100 Drogenabhängigen auf einen dramatischen Anstieg der Opiatabhängigkeit bei russischsprachigen Jugendlichen im Saarland und führen als Ursache soziale Ursachen und eine Beziehung zum Drogenhandel an (Miretski & Schmidt, 2000).

Auch geben Zahlen aus ambulanten Drogenberatungsstellen einen Anhalt. Seit 1989 wurde in Beratungsstellen ein Zuwachs der drogenabhängigen Migranten registriert: von 7,6% im Jahre 1989 auf 16,6% im Jahre 1996 (Kaya 1999). Baudis verweist auf einen deutlich höheren Anteil von „Ausländern“ (50%) in der Straßenarbeit gegenüber der Tätigkeit in Beratungsstellen im Bereich Böblingen/Sindelfingen (Baudis 1997). Dies spricht dafür, dass „Ausländer“ weniger häufig Beratungsstellen aufsuchen, auf die Gruppe der Aussiedler geht diese Arbeit jedoch nicht speziell ein. Bei einer ambulanten Studie in einer Drogenberatungsstelle in Hamburg/Wilhelmsburg wurden 49 heroinabhängige Migranten untersucht. Dabei ergab sich, dass der Schweregrad der Sucht bei Patienten mit Schulabschluss, mit Berufsausbildung und bei Patienten mit besseren Deutschkenntnissen signifikant niedriger lag. Der Schweregrad der Sucht zeigte keinen Zusammenhang mit Diskriminierungs-Erfahrungen, dagegen jedoch einen hochsignifikanten Zusammenhang mit Konfliktbereichen in der Familie und der sozialen Umgebung (Toprak & Lorenzen, 2000).



Wenige präzise Angaben existieren auch für stationäre Entwöhnungsbehandlungen. Czycholl (Czycholl 2002a) schätzt den Anteil von Aussiedlern in Entwöhnungskliniken auf derzeit zwischen 10 und 20%. Häufig werde der Anteil im Sinne einer Quotenregelung reglementiert (Bätz 2002b). Hinz (1998) beschreibt den Anteil von Emigranten in der Fachklinik Richelsdorf zwischen 10 und 15%, mit einem stark wachsenden Anteil von Spätaussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion in den letzten Jahren. In einer Untersuchung von Hansen et. al. (2003) wurden russischen Suchtpatienten des Reha-Zentrums Aiglsdorf-Baumgarten in den Jahren 2001 und 2002 untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass russische suchtkranke Migranten nicht seltener als die übrigen Patienten bereit waren, sich ohne gerichtlichem Zwang einer stationären Drogenentwöhnungsbehandlung zu unterziehen, und, entgegen der Hypothese der Autoren, die russischen Migranten nicht weniger häufig die Behandlung gegen psychotherapeutischen Rat abgebrochen haben (Hansen et. al., 2003).

Zur genaueren Beschreibung der Suchtdiagnose fehlt es an speziellen Daten bei der Population der Aussiedler und Spätaussiedler. Heidebrecht (1998) verweist auf einen „hohen Anteil von Alkoholabhängigen bei den älteren Aussiedlern“ (ohne konkrete Zahlen anzugeben). Bei jüngeren Aussiedlern würden andere Substanzen „in immer größerem Masse“ anzutreffen sein (Heidebrecht 1998). Bartels (2001) vermutet im Gegenteil einen höheren Anteil von Opiatabhängigen, wohingegen die Alkoholabhängigkeit „seltener“ vorkomme (Bartels 2001). Miretski und Schmidt (2000) vermuten einen geringeren Anteil von polyvalent Abhängigen bei russischsprachigen Abhängigen.

Eine der wenigen Untersuchungen zu Entgiftungsbehandlungen speziell bei Migranten stammt aus der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (WKPP Warstein). Diese Einrichtung ist auch auf Entgiftungsbehandlungen bei Migranten und Aussiedlern spezialisiert, was die Aussagekraft dieser Untersuchungen aufgrund eines Selektionseffektes ein-

schränken könnte. Innerhalb eines Zeitraums von 10 Jahren lag in dieser Einrichtung innerhalb der Gruppe der Migranten der Anteil der „Ausländer“ bei 65,4% und der Aussiedler bei 34,6% (Bätz 1998). Die Aussiedler wiesen einen jüngeren Altersdurchschnitt auf als die Deutschen (23,3 Jahre bei Aussiedlern, drogenabhängige Deutsche durchschnittlich 28,2 Jahre). Zudem war der Anteil von weiblichen Patienten niedriger (8.0% versus 22% bei den Deutschen) (Bätz 2002b).

Die Untersuchungen aus der WKPP Warstein weisen zusätzlich auf weitere Besonderheiten in der Behandlung von Migranten hin. So wurde deutlich, dass drogenabhängige Migranten deutlich früher im Verlauf ihrer Suchtkrankheit zur stationären Entzugsbehandlung kamen als deutsche Drogenkonsumenten, nämlich im Schnitt nach 4,3 Jahren Krankheitsdauer und damit signifikant früher als drogenabhängige Deutsche (9,0 Jahre nach Beginn des Opiatkonsums, Ausländer nach 6,5 Jahren) (Bätz 2003). Auf der anderen Seite konnten im Zeitraum von 10 Jahren etwa 26% der deutschen Drogenabhängigen auf weitergehende Entwöhnungsbehandlung vorbereitet und erfolgreich vermittelt werden, aber nur 16% der Migranten (Bätz 1998). Dies wurde mit unterschiedlichen Einstellungen gegenüber der Therapie erklärt. So vermutet Köhler (2003): „Erfahrungsgemäß herrscht innerhalb der Gruppe der Aussiedler der Gedanke vor, dass ein sofortiges „Heilen“ von der Sucht in der alleinigen Verantwortung des Therapeuten bzw. Arztes liegt“ (Köhler 2003). Unterschiede in der Motivation zwischen russischen Aussiedlern und „Einheimischen“ fanden sich auch in einer internationalen Untersuchung: im Rahmen einer israelischen Studie wurde festgestellt, dass „gesund zu werden“ die Grundlage für die Entwöhnungstherapie bei 34% der Migranten, jedoch bei 57% der Einheimischen war (Isralowitz 2004). Köhler weist darüber hinaus auf die Rolle der intrafamiliären Dynamik in Aussiedlerfamilien („Tabuisierung“ der Drogenabhängigkeit, veränderte Rolle der Frauen in der Familie, deren häufig schnellerer Erfolg bei der Arbeitssuche) und einen nicht konstruktiven Umgang mit diesen Problemen hin, die sich ungünstig auf die Krankheitsentwicklung auswirken (Afanasiev 1997, Köhler 2003).

In der Untersuchung der WKPP Warstein zeigte sich auch ein höheres Aufkommen von Infektionskrankheiten bei Aussiedlern. Während 17% der deutschen Drogenkonsumenten an Virushepatitis A, B und C erkrankt waren, war dies bei 21,8% der Ausländer und 40,2% der Aussiedler der Fall. Dabei konsumierten die deutschen Drogenabhängigen mit 3 Viruserkrankungen der Leber im Durchschnitt 9,8 Jahre Opiate, die Ausländer 6,5 Jahre und die Aussiedler 3,8 Jahre (Bätz 1998). Die höhere Rate an Hepatitis-Erkrankungen kommt also trotz einer kürzeren Krankheitsdauer zustande.

Hunner und Kollegen (2001) analysierten den Zusammenhang zwischen dem Aufenthaltsstatus von Ausländern und der Suchtprognose und zogen die Schlussfolgerung, dass Personen mit befristeter Aufenthaltserlaubnis eine schlechtere Prognose haben könnten, als diejenigen mit unbefristeter. Die Autoren erklären dies als Auswirkung fehlender Zukunftsperspektiven bzw. fehlender Integration (Hunner et. al., 2001).

Als Erfolgskriterium einer stationären Entwöhnungstherapie wird oft das Behandlungsende gesehen (reguläre Beendigung oder Abbruch gegen ärztlichen Rat). Hansen und Kollegen untersuchten Patienten des Reha-Zentrums Aiglsdorf-Baumgarten in den Jahren 2001 und 2002. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass russische suchtkranke Migranten nicht seltener als die übrigen Patienten bereit waren, sich ohne gerichtlichen Zwang einer stationären Drogenentwöhnungsbehandlung zu unterziehen, und - entgegen der Untersuchungshypothese - die Migranten nicht weniger häufig die Behandlung gegen psychotherapeutischen Rat abgebrochen hatten (Hansen et al. 2003). Kaya (1999) verweist jedoch auf „einen weitaus geringeren Prozentsatz ausländischer Drogenabhängiger, die eine Therapie regulär abschließen konnten als deutsche Klienten“ (Kaya 1999). In der oben erwähnten Untersuchung an der WKPP Warstein haben 59% der Aussiedler und 75,1% Deutschen die Therapie regulär beendet; 13% der Aussiedler und nur 1,1% Deutschen wurden disziplinarisch entlassen (Prager-Andresen 2001).

In der WKPP Warstein verblieben die Migranten darüber hinaus hochsignifikant kürzer in der stationären Entzugbehandlung als die drogenabhängigen Deutschen (Aussiedler – 10,9 Tage, Türken – 10,9, Deutsche – 16,5 Tage). Auch bei Rückfällen traten Aussiedler stärker hervor: Rückfälle mit Alkohol, aber auch mit illegalen Drogen waren besonders bei Aussiedlern häufiger und wurden zudem öfter als problematisch angesehen (Bätz 2001).

In einer Untersuchung über den Einfluss demographischer Patientenmerkmale auf das Outcome einer Entwöhnungstherapie konnte von Brünger (1998) gezeigt werden, dass mit höherem Alter, höherer Schulbildung, abgeschlossener Berufsausbildung, einer festen Partnerschaft und einer Länge des Drogenkonsums > 10 Jahren die Wahrscheinlichkeit einer regulären Entlassung der drogenabhängigen Patienten ansteigt (Brünger 1998). In der Arbeit wurde jedoch Migration nicht als Faktor berücksichtigt.

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass die bisher gewonnenen Erkenntnisse zu den stationären Entgiftungsbehandlungen noch zum Teil widersprüchlich und ohne konkrete Aussage bzw. Interpretationsmöglichkeit und somit unzureichend sind. Genauere Untersuchungen sind notwendig und sinnvoll.

## **2. Hypothese und Fragestellungen**

Haupthypothese der Untersuchung war, dass die Patienten mit Migrationshintergrund, vor allem Aussiedler, eine schlechtere Prognose in der Entgiftungstherapie haben, da sie diese häufiger abbrechen. Retrospektiv sollten Behandlungsverläufe Opiatabhängiger an der UKPP Tübingen evaluiert werden und der Einfluss einer Migration und anderer Faktoren erforscht werden. Zusätzlich wurde auf folgende Fragen eingegangen:

### **2.1 Welchen Anteil haben Migranten und Aussiedler an den Patienten, die in der Tübinger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf der Drogenentgiftungsstation A6 entgiften?**

Welchen Prozentsatz machen Aussiedler und Migranten innerhalb eines Indexzeitraums von 24 Monaten auf der A6 aus? Woher stammen die Migranten und Aussiedler?

### **2.2 Unterscheiden sich Migranten, Aussiedler und Deutsche in bestimmten Charakteristika ?**

Wie hoch ist das Durchschnittsalter? Unterscheiden sich diese Gruppen in ihrer Suchtanamnese? Haben sie einen unterschiedlichen soziokulturellen Hintergrund? Haben sie bei Aufnahme eine andere Behandlungsmotivation?

### **2.1. Unterscheidet sich die stationäre Behandlung von Migranten in bestimmten Charakteristika ?**

#### **2.1.1. Unterscheidet sich die Verweildauer in stationärer Therapie?**

#### **2.1.2. Welche Faktoren könnten die Verweildauer auf der Entwöhnungsstation beeinflussen?**

Entscheiden die Migranten, bzw. Aussiedler sich öfter für eine „kalte“ Entgiftung, die in Anspruch weniger Zeit nimmt, als die drogenabhängigen Deutschen oder brechen sie die Behandlung häufiger ab?

**2.1.3. Wie beenden Aussiedler und Migranten die stationäre Entgiftungstherapie im Vergleich zu Einheimischen?**

Brechen die Aussiedler häufiger die Behandlung ab?

**2.1.4. Welche Faktoren haben einen Einfluss auf den erfolgreichen Therapieabschluss?**

**2.2. Gibt es Unterschiede in der Art der Behandlung zwischen drogenabhängigen Migranten und drogenabhängigen Deutschen?**

**2.2.1. Werden die Gruppen unterschiedlich häufig substituiert?**

**2.2.2. Unterscheidet sich die Dosis der Substitutions-Medikation?**

Werden drogenabhängigen Aussiedler im Durchschnitt mit einer höheren Dosis von Methadon substituiert?

**2.3. Unterscheiden sich die Migranten von Deutschen in der Prognose der Suchtbehandlung?**

Beenden sie ihre Therapie weniger häufig regulär?

### **3. Methodik**

#### **3.1. Ziele der Untersuchung**

In Rahmen einer retrospektiven Analyse wurden Daten von drogenabhängigen Patienten erhoben und statistisch ausgewertet, um einen Zusammenhang dieser Faktoren mit dem erfolgreichen Abschluss einer stationären Behandlung darzustellen. Eines der Hauptziele der Untersuchung war es, den Einfluss des Faktors Migration auf den Behandlungsverlauf von Entgiftungsbehandlungen zu ermitteln.

#### **3.2. Untersuchungszeitraum und Ort**

Es wurden Daten von Behandlungen an der Universitätsklinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen (UKPP) erhoben. Analysiert wurden die Daten aller Patienten, die sich hier zwischen dem 01. Oktober 2002 und 30. September 2004 einer stationären Therapie auf der Drogenentgiftungsstation A6 unterzogen.

Im ersten Schritt wurden alle im Index-Zeitraum (01. Oktober 2002 bis 30. September 2004) behandelten Patienten anhand des Aufnahmebuches der Station ermittelt. In diesem Buch werden ausnahmslos alle Patienten, die auf der Station behandelt wurden, erfasst. Dies waren 636 Behandlungsfälle, davon 90 Personen, die unter der Diagnose (isolierte) Alkoholabhängigkeit behandelt wurden. Diese wurden nicht in die weitere Analyse mit einbezogen. Manche Patienten hatten im Indexzeitraum mehrere stationäre Aufenthalte in der Klinik, in diesem Fall wurde der jeweils letzte Aufenthalt während des Zeitraums in die Analyse einbezogen. Aus den 546 stationären Behandlungen ergab sich nach Berücksichtigung der Wiederaufnahmen eine Zahl von 399 unterschiedlichen Patienten.

Anhand der Entlassbriefe und der Krankenakte wurden die im Folgenden genannten Variablen erfasst. Entsprechend des Hauptziels der Studie (Einfluss des Faktors Migration) wurde für jeden Patient im Indexzeitraum ermittelt, ob es sich um einen Migranten oder einen Deutschen handelte. Dies geschah in der

Mehrzahl der Fälle anhand der Krankenakte der Patienten. In Fälle, in denen dies anhand der Dokumentation in der Krankenakte nicht hinreichend eindeutig zu entscheiden war, wurde der Migrationsstatus (also ob es sich dem Patienten um einen Migranten handelt) mit dem behandelnden Arzt/Psychologen oder Mitarbeitern der Station A6 zusammen ermittelt.

Es bestehen folgende Therapieoptionen/Entgiftungen: „kalt“ - eine Entgiftung ohne pharmakologische Unterstützung; „warm“ - eine Entgiftung mit pharmakologischer Unterstützung mittels synthetischen Opiaten (Methadon, L-Polamidon, Buprenorphin) in absteigender Dosis; „lauwarm“ - Entzug unter Einnahme der tricyclische Antidepressiva (Doxepin, Trimipramin); „Teilentgiftung“ - während der stationären Therapie werden nur ausgewählte Substanzen entzogen oder deren Dosis reduziert.

Die Dauer des stationären Aufenthalts ist auf der Entgiftungsstation A6 durch die Stationsregeln vorgeschrieben: bei einer „kalten“ Entgiftung beträgt die Verweildauer 7 Tage, bei „lauwarmem“ Modus 14 Tage, bei „warmem“ Modus bleiben die Patienten 21 Tage auf der Station. Verlässt der Patient (gegen ärztlichen Rat) die Station vorher, so wird dies als Behandlungsabbruch gewertet. Direkt vergleichbare Regelungen bei „Teilentgiftungen“ bestehen keine.

### **3.3.1. Medizinische Dokumentation**

Bei der Datenerhebung wurde folgende medizinische Dokumentation berücksichtigt:

- Aufnahmebuch der Entgiftungsstation A6 der UKPP Tübingen;
- Arztbriefe / Entlassberichte der behandelten Ärzte und Ärztinnen der A6;
- Krankenakten der Patienten.

### **3.4. Studiendesign**

Bei der Studie handelte es sich um eine retrospektive Analyse von Behandlungsverläufen Opiatabhängiger an der UKPP Tübingen.



Bei der Arbeit wurden vornehmlich medizinische und soziale Faktoren berücksichtigt, die auf die Patienten und auf den Behandlungsverlauf von Entgiftungsbehandlungen einen Einfluss haben konnten.

An medizinischen Variablen wurden erfasst:

- Alter der Patienten: in vollen Jahren.
- Geschlecht.
- Aufnahme- und Entlassdatum.
- Motivation jetziger Aufnahme: eigene oder fremde (Familie, Gericht, beides.)
- Die Anzahl der Aufenthalte an der psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen wurde insgesamt bis zum 1. Januar 2005 erfasst. Der Erfassungszeitraum ist somit 3 Monate länger als für die übrigen Parameter, der zusätzliche Zeitraum ermöglicht eine bessere Erfassung der Wiederkehrer. Im Zeitraum von 1.10.2004 bis 1.01.2005 kam zu 28 Wiederaufnahmen von Patienten, die in unserer Studie eingeschlossen sind.
- Dauer des Rauschmittelkonsums (ab erstem Cannabisgebrauch oder regelmäßigem Alkoholmissbrauch).
- Medikamentöse Substitution bei der Aufnahme (Medikament, Dosis).
- Entgiftungsmodus: „kalt“, „warm“, „lauwarm“, „Teilentgiftung“.
- Medikamentöse Substitution bei Entlassung (Medikament, Dosis).
- Bei Entgiftungsmodus „warm“ mit Methadon wurde zusätzlich die Dosis am Behandlungstag 1 (maximale Dosis am Anfang der stationären Behandlung in mg) und am Tag 5, sowie die Anzahl der Tage bis die Substitution ausgeschlichen war, registriert. L-Polamidon wurde hierbei in äquivalente Dosen Methadon umgerechnet (1 mg L-Polamidon = 2 mg Methadon).
- Diagnosen  
Suchtdiagnose (entsprechend ICD 10 (Weltgesundheitsorganisation / Dilling (2005), andere psychiatrische Krankheiten, Infektionskrankheiten und wichtige internistische Erkrankungen).

- Abschluss der Entgiftungsbehandlung  
reguläre geplante Entlassung oder Abbruch der Therapie (Entlassung gegen ärztlichen Rat).
- Geplante Anschlussbehandlung (Entwöhnungsbehandlung).

An sozialen Faktoren wurden in der Untersuchung berücksichtigt:

- Migration  
In allen eingeschlossenen Fällen wurde geklärt, ob der Patient eine Migration hinter sich hatte und, falls ja, wann diese stattfand und welches das Herkunftsland war.  
Nach der Migrationsanamnese wurden alle Patienten nach drei Gruppen unterschieden:
  - Die *Gruppe der Deutschen ohne Migrationshintergrund*. Hier bestand keine Migration von Patient oder seinen Eltern. Allein aus Gründen der Übersichtlichkeit soll diese Gruppe im Folgenden die Gruppe der Deutschen genannt werden<sup>2</sup>.
  - die *Gruppe der Aussiedler* (Patienten aus der Ex-UdSSR, Rumänien und Polen).
  - die *Gruppe der anderen Migranten*. Diese beinhaltete die übrigen Patienten. Diese hatten eine Migrationsanamnese, stammten jedoch aus anderen als den oben genannten Ländern.
- Familienstand  
Vorhandensein einer Ehe oder einer festen Partnerschaft, Anzahl der Kindern.
- Ausbildung  
Unterschieden werden folgende Gruppen: Patienten, die gar keine Ausbildung haben, bei denen ein Schulabschluss, aber keine

---

<sup>2</sup> Historisch und von ihrer Volkszugehörigkeit her bezeichnen sich die meisten der Aussiedler ebenfalls als Deutsche. Allein aus Gründen der Übersichtlichkeit wird im folgenden jedoch statt von „Deutschen ohne Migrationshintergrund“ von „Deutschen“ gesprochen.

abgeschlossene Ausbildung besteht, und Patienten mit abgeschlossener Berufsausbildung.

- **Arbeitsverhältnis**

Es wurde erfasst, ob eine Berufstätigkeit, Arbeitslosigkeit, oder ein Ausbildungsverhältnis bestand, ob Patienten schon berentet waren oder nur Gelegenheitsjobs ausübten.

- **Frühere Straffälligkeit und/oder Bewährungsstrafe**

Es wurde wie folgt gruppiert: Keine Straftaten, eine oder mehrere Bewährungsstrafen und Patienten mit diesbezüglich unbekannter Anamnese. Momentane Strafverfahren wurden auch berücksichtigt, insbesondere ob der Indexaufenthalt durch eine gerichtliche Therapieauflage (§§ 35, 36, so genannte „Therapie statt Strafe“) vorgeschrieben war

- **Postleitzahl des derzeitigen Wohnorts des Patienten.**

### **3.5. Statistische Methoden**

Für alle statistischen Berechnungen wurde die Auswertesoftware SPSS für Windows (Version 11.0) verwendet.

Es wurden drei Gruppen gebildet, in denen jeweils die oben genannten Faktoren miteinander verglichen wurden: die Gruppe der „Deutschen“, die Gruppe „Aussiedler“ (nach Herkunftsländer: ehemalige UdSSR, einschließlich Kasachstan, Polen, Rumänien) und die Gruppe „andere Migranten“ (nach Herkunftsländern: Italien, Griechenland, Türkei usw.).

Um die Unterschiede zwischen Deutschen, Aussiedlern und anderen Migranten statistisch zu beschreiben, wurden folgende Tests angewendet: Chi-Quadrat-Tests für nominale Daten (also für Motivation, Familienstand, Ausbildung, Straftaten, Entlassungssubstitution, Substitution bei der Aufnahme,

Entgiftungsmodus, Geschlecht, Anschlusstherapie, Suchtdiagnose, Hepatitis); Kruskal-Wallis-Tests, bzw. Mann-Whitney-Tests für nicht normal verteilte kontinuierliche Daten (Dauer der Rauschmittelkonsums, Zahl der stationären Aufenthalte, Alter). Da eine Alpha-Inflation aus multiplen Tests resultiert, wurde eine modifizierte Bonferroni-Adjustierung verwendet (Jaccard & Wan, 1996). Für den ersten Test der ersten Gruppe wurde das korrigierte Signifikanz-Niveau von 0,05 auf 0,003 eingestellt, sofern nicht anders bezeichnet. Weitere Alphawerte wurden nach Jaccard und Wan (1996) gestaffelt.

Nicht berücksichtigt für die Festlegung der modifizierten Bonferroni-Adjustierung wurden die Variablen „Abbruch“ und „Aufenthaltsdauer“, da sie schon durch die Regressionen getestet wurden, und die Variable „HIV-Infektion“, für die ein Chi-Quadrat Test aufgrund zu kleiner Zellen-Größen nicht sinnvoll war.

Bei der Berechnung des neuen Signifikanzniveaus wurden ferner folgende Variablen nicht berücksichtigt, weil diese Parameter nicht in andere statistische Tests involviert waren: Methadondosis am Tag 0 und Tag 5 und Dauer der Substitution während des Entgiftungsmodus „warm“ in Tagen. In diesen Fällen wurde daher ein Signifikanzniveau von  $p=0,05$  festgelegt.

Kontinuierlich skalierte Variablen wurden mittels einer explorativen Analyse geprüft, um die Verteilung zu bestätigen und potenzielle Ausreißer zu finden. Da die Variablen „Zahl stationärer Aufenthalte“, die „Aufenthaltsdauer“ und das „Lebensalter der Patienten“ schief verteilt waren, wurden sie mittels Log Basis 10- bzw. Quadrat-Wurzel-Transformationen transformiert.

Im Anschluss wurde eine logistische Regression mit Hilfe des SPSS-Programms 11.0 für Windows durchgeführt um festzustellen, welche Variablen einen Einfluss auf den regulären Therapieabschluss hatten.

343 Fälle wurden in diese Analyse einbezogen. 56 Fälle mussten aufgrund fehlender Daten (Ausbildung – unbekannt) ausgeschlossen werden.

Im ersten Schritt wurden zwei Variablen zum Migrantenstatus (dummy-kodierte Variablen für die 3 Patientengruppen: Deutsche, Aussiedler und andere Migranten) aufgenommen, um einen unterschiedlichen Einfluss auf das Ende der Behandlungen zu kontrollieren. Im zweiten Schritt wurden drei Entgiftungsmodus-Variablen (dummy-kodierte Variablen für die 4 Entgiftungsmodi: „kalte“, „warme“, „lauwarme“ und „Teil“- Entgiftungen) aufgenommen, um die unterschiedlichen Behandlungsweisen zu kontrollieren. Im zweiten Schritt wurde der Einfluss der Variable „Anschluss therapie“ auf den erfolgreichen Therapieabschluss untersucht. Im dritten Schritt wurden die zwei dummy-kodierten Variablen, die den Migrantenstatus repräsentierten, sowie Geschlecht, Lebensalter, Ausbildung, Arbeitsverhältnis, Anzahl der stationären Aufenthalte, Ausbildung, Arbeitsverhältnis, Motivation, Suchtdiagnose und Hepatitis und geplante Anschluss therapie aufgenommen.

Als Post-Talk haben wir eine Poweranalyse durchgeführt. Diese Methode bestätigt, dass die Nullhypothese wahrscheinlich richtig abgelehnt wird. Die Poweranalyse für unsere Untersuchung wurde mit Hilfe des Programms PASS durchgeführt (Hintze 2004).

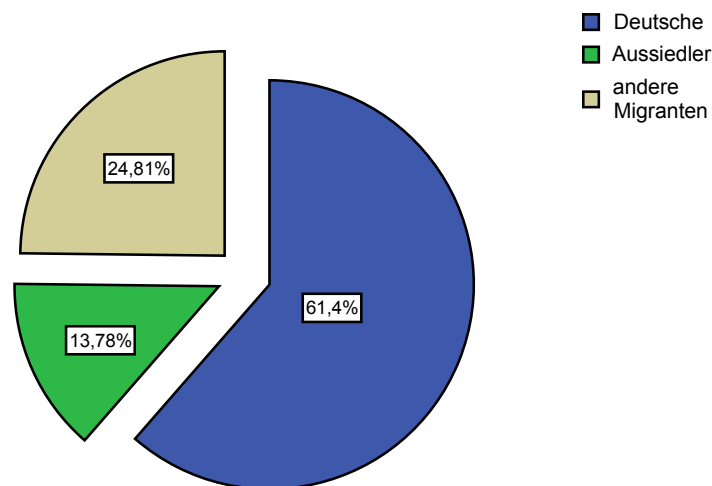
## 4. Ergebnisse

### 4.1. Zusammensetzung der Stichprobe (demographische Variablen und Anamnese)

#### 4.1.1. Migration

Die untersuchte Stichprobe umfasst 399 Patienten. Hiervon waren 61,4 % Migranten. Die Population wurde in drei Gruppen, entsprechend der Migrationsanamnese eingeteilt. Die 1. Gruppe bestand aus 245 Patienten ohne Migrationshintergrund – im Folgenden die Gruppe der Deutschen genannt. Die 2. Gruppe umfasste 55 Patienten, die als Aussiedler bzw. Spätaussiedler kamen – die Gruppe der Aussiedler. Die 3. Gruppe beinhaltete die 99 übrigen Patienten aus dem Indexzeitraum. Diese hatten in der ersten oder zweiten Generation eine Migration hinter sich, waren aber nicht Migranten aus der Ex-UdSSR oder Polen. Diese Gruppe wird weiterhin „Gruppe anderer Migranten“ (kurz: „andere Migranten“) genannt.

Abbildung 1. Verteilung der gesamten Stichprobe auf die drei Gruppen.



Insgesamt stammten die Emigranten (Aussiedler und andere Migranten) aus 24 verschiedenen Ländern. Tabelle 1 zeigt die Herkunftsländer.

Tabelle 1. Herkunftsländer der Migranten der Stichprobe

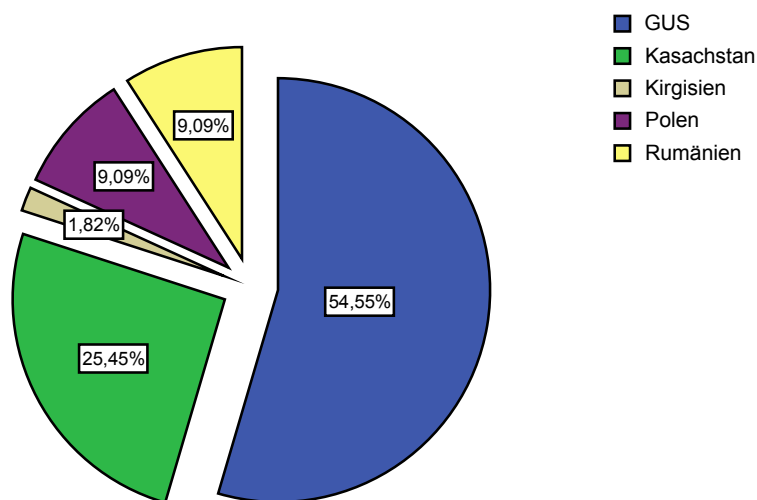
	Häufigkeit	Prozent
Arabien	1	0,6
Dominikanische Republik	1	0,6
England	1	0,6
Eritrea	2	1,3
Ex-UdSSR	45	29,2
Griechenland	10	6,5
Iran	1	0,6
Italien	20	13,0
Jugoslawien	15	9,7
Kroatien	3	1,9
Libanon	3	1,9
Österreich	1	0,6
Polen	5	3,2
Rumänien	5	3,2
Schottland	1	0,6
Slowenien	1	0,6
Spanien	3	1,9
Sudan	1	0,6
Tschechien	1	0,6
Tunesien	2	1,3
Türkei	29	18,8
Ungarn	1	0,6
USA	1	0,6
Vietnam	1	0,6
Gesamt	154	100

Die größte Gruppe stammte hierbei aus der ehemaligen Sowjetunion (29,2 % von allen Migranten), gefolgt von der Türkei (18,8 %). Die Migranten aus Italien

(13,0 %), Jugoslawien (9,7 %), Griechenland (6,3 %) repräsentieren auch einen großen Teil der gesamten Zahl der Migranten.

Abbildung 4 zeigt die Herkunftsländer in der Gruppe der Aussiedler. Patienten aus den GUS-Staaten bilden hier mit 54,55 % die größte Gruppe, gefolgt von Kasachstan mit 25,45 %.

Abbildung 2. Verteilung der Gruppe von Aussiedler nach Herkunftsländern



#### 4.1.2. Verteilung nach Geschlecht

Tabelle 2 zeigt die Geschlechtsverteilung in den drei Gruppen. In der Gruppe der Aussiedler fällt der relativ geringe Anteil von Frauen auf (9,09%). Demgegenüber ist der Anteil von Frauen in den anderen Gruppen deutlich höher: 21,63% bei den Deutschen und 13,13% bei den anderen Migranten, jedoch ist dieser Unterschied nicht signifikant  $\chi^2$  (df = 2, N = 399) = 6,787,  $p = 0,034$ .



Tabelle 2. Geschlechtsverteilung in den drei Gruppen von Patienten. n - Anzahl der Patienten, % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Männlich	n	192	50	86
	%	78,37	90,91	86,7
Weiblich	n	53	5	13
	%	21,63	9,09	13,13

#### 4.1.3. Lebensalter

In Tabelle 3 ist das mittlere Lebensalter der Patienten in allen drei Gruppen dargestellt. Die Aussiedler sind hierbei signifikant jünger als die Patienten in den anderen Gruppen. Sie sind durchschnittlich 5,83 Jahre jünger als die Deutschen und 2,79 Jahre jünger als die anderen Migranten. Der Kruskal-Wallis-Test zeigte einen signifikanten Unterschied:  $H(df = 2, N = 399) = 32,607$ ,  $p = 0,000$ . Als ein Untertest wurde daher der Mann-Whitney-Test durchgeführt. Dieser zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen Deutschen und Aussiedlern  $U(N = 298) = 3685,5$ ,  $p < 0,000$ ; zwischen Deutschen und anderen Migranten  $U(N = 343) = 9338,0$ ,  $p = 0,001$ ; und zwischen Aussiedlern und anderen Migranten  $U(N = 153) = 1896,500$ ,  $p = 0,003$ .

Tabelle 3. Lebensalter in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten in der Gruppe

	Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Mittelwert	33,51	27,68	30,47
Standardabweichung	7,92	5,34	6,21
Median	32,8	26,2	29,6
Minimum	18,7	19,4	19,4
Maximum	50,9	42,7	48,6
N	245	55	99

#### 4.1.4. Dauer des Rauschmittelkonsums

Tabelle 3 zeigt die mittlere Dauer des Rauschmittelkonsums in allen drei Gruppen. Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Die

Gruppe der Aussiedler weist hierbei eine signifikant kürzere Dauer der Abhängigkeit auf (Kruskall-Wallis-Test mit  $H(df = 2, N = 399) = 34,647, p = 0,000$ ) als die Patienten der anderen Gruppen: im Schnitt waren Aussiedler 6,65 Jahre kürzer abhängig als Deutsche und 3,8 Jahre kürzer abhängig als andere Migranten.

Tabelle 4. Dauer des Rauschmittelskonsums in drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten in der Gruppe

	Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Mittelwert	15,47	8,82	12,62
Standardabweichung	8,95	5,73	6,70
Median	15,00	8,00	11
Minimum	< 1	< 1	< 1
Maximum	38	21	33
N	245	55	99

Die nichtparametrische Korrelation (bivariate Korrelation) zeigte hierbei, dass Lebensalter und Dauer des Rauschmittelskonsums miteinander stark korrelieren ( $r = 0,61, p = 0,000$ ). Dies wurde durchgeführt, um entscheiden zu können, welche Variable besser in eine logistische Regression einzuschließen ist.

#### 4.1.4.1. Zeitpunkt des Konsumbeginns bei Aussiedlern

Bei 30 von 45 Aussiedlern konnte aus der Krankenakte der Zeitpunkt der Übersiedlung nach Deutschland eruiert werden. Die Daten wurden mit der Dauer der Rauschmittelkonsums verglichen. Von 30 Patienten mit bekannter Anamnese hatten 70 % (21 Patienten) bei Migration keine Drogenerfahrung und nur bei 30 % (9 Personen) bestand schon eine Drogenproblematik im Herkunftsland.

#### 4.1.5. Zahl der stationären Aufenthalte

Tabelle 4 zeigt die mittlere Zahl der stationären Aufenthalte pro Patient in allen drei Gruppen. Gezählt sind hierbei nur Voraufenthalte in der UKPP Tübingen einschließlich des Indexaufenthalts. Im Schnitt hatten die Patienten aus der Gruppe der Aussiedler bereits 1,91 Aufenthalte hinter sich. Sie wiesen somit weniger vorherige stationäre Behandlungen auf als deutsche Patienten mit 3,62 Aufenthalten, beziehungsweise weniger als andere Migranten mit 2,54 Aufnahmen ( $H$  (df = 2,  $N$  = 399) = 8,598,  $p$  = 0,014 (bei modifiziertem Signifikanzniveau  $p < 0,003$ )).

Tabelle 5. Anzahl der stationären Aufenthalte in den drei Gruppen. n - Zahl der Patienten in der Gruppe

	Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Mittelwert	3,62	1,91	2,54
Standardabweichung	4,47	1,46	2,07
Median	2,00	1,00	2,00
Minimum	1	1	1
Maximum	38	7	12
N	245	55	99

#### 4.2. Stationäre Therapie (Indexaufenthalt)

##### 4.2.1. Motivation

Eine Analyse der in der Krankenakte dokumentierten Motivation der Patienten wurde durchgeführt (Eigenmotivation versus Fremdmotivation). Hierbei zeigten sich Unterschiede zwischen den Migrantengruppen: Bei den Aussiedlern wurde weniger häufig eine Eigenmotivation dokumentiert (54,55 %, dagegen 63,67 % eigenmotivierte Patienten bei den deutschen Patienten und 61,62 % bei den anderen Migranten), aber dieser Unterschied ist nicht signifikant:  $\chi^2$  (df = 4,  $N$  = 399) = 3,163,  $p$  = 0,531.

Tabelle 6. Motivation in den drei Gruppen von Patienten. n - Anzahl der Patienten, % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Eigene	n	156	30	61
	%	63,67	54,55	61,62
Fremde	n	66	18	24
	%	26,94	32,73	24,24
<b>Eigene +</b>				
Fremde	n	23	7	14
	%	9,39	12,73	14,14

#### 4.2.2. Substitution bei Aufnahme

Bei der Aufnahme waren 51,84 % (127 Patienten) der Deutschen, 54,55 % (30 Patienten) der Aussiedler, und 57,58 % (57 Patienten) der anderen Migranten unmittelbar vor dem Aufenthalt in einer Substitutionsbehandlung. Die Verteilung in den drei Gruppen der Patienten war somit ungefähr gleich.

Tabelle 7. Substitutionsmedikation bei Aufnahme. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Methadon	n	78	19	32
	%	31,84	34,55	32,32
Polamidon	n	14	1	3
	%	5,71	1,82	3,03
Buprenorphin	n	14	5	5
	%	5,71	9,09	5,05
Andere	n	12	0	2
	%	4,9	0	2,02

Die Patientenzahl in jeder Substitutionsgruppe war zu klein, um sie statistisch zu vergleichen. Deshalb wurde die Verteilung vereinfacht:

Tabelle 8. Substitution bei Aufnahme in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Keine Substitution	n	127	30	57
	%	51,8	54,5	57,6
Vorhandene				
Substitution	n	118	25	42
	%	48,2	45,5	42,4
Gesamt	n	245	55	99
	%	100	100	100

Tabelle 8 zeigt die Häufigkeit einer Substitutionsbehandlung zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme. Diese ist in den drei Gruppen ähnlich. Die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests zeigten keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen:  $\chi^2$  (df = 2, N = 399) = 0,955,  $p = 0,620$ .

#### 4.2.3. Entgiftungsmodus

Der Entgiftungsmodus kann bei Aufnahme in den allermeisten Fällen frei gewählt werden. Möglich sind die „kalte“, „lauwarme“, „warme“ Opiatentgiftung sowie eine Teilentgiftung (siehe Kapitel 3. Methodik). Die Gruppe der Deutschen hatte häufiger eine „Teilentgiftung“ durchgeführt (36,73 %) als die Aussiedler (in 43,64 %) und die anderen Migranten (in 35,35 %) (siehe Tab. 9). Der Chi-Quadrat-Test zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den drei Gruppen:  $\chi^2$  (df = 6, N = 399) = 20,777,  $p = 0,002$  (bei modifiziertem Signifikanzniveau  $p < 0,003$ ).

Um Unterschiede besser darzustellen, wurden noch Chi-Quadrat-Tests als Untertests durchgeführt. Sie ergaben: zwischen Deutschen und Aussiedlern  $\chi^2$  (df = 3, N = 300) = 9,119,  $p = 0,028$  (bei Signifikanzniveau  $p < 0,05$ ), zwischen Aussiedlern und anderen Migranten  $\chi^2$  (df = 3, N = 154) = 1,980,  $p = 0,557$  (bei Signifikanzniveau  $p < 0,05$ ), zwischen Deutschen und anderen Migranten  $\chi^2$  (df = 3, N = 344) = 14,847,  $p = 0,002$  (jeweils bei Signifikanzniveau  $p < 0,05$ ).

Tabelle 9. Entgiftungsmodus in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
kalt	n	53	9	24
	%	21,63	16,36	24,24
warm	n	71	24	35
	%	28,98	43,64	35,35
lauwarm	n	31	11	23
	%	12,65	20,00	23,23
Teilentgiftung	n	90	11	17
	%	36,73	20,00	17,17

#### 4.2.4. „Warme“ Entgiftung mit Methadon und Buprenorphin

Insgesamt wurden 129 Behandlungsfälle mit „warmem“ Modus registriert. Diese Patienten wurden mit Methadon (in seltenen Fällen Polamidon, in denen dann die Polamidon-Dosis in eine Methadon-Dosis umgerechnet wurde, siehe Kapitel „Methodebeschreibung“) oder Buprenorphin behandelt.

2 Fälle wurden aufgrund fehlender Daten aus der Analyse ausgeschlossen. Methadon wurde relativ am häufigsten bei den deutschen Patienten verwendet (81,7 %), Buprenorphin hingegen in der Gruppe der anderen Migranten (28,1 %). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist nicht signifikant:  $\chi^2$  (df = 2, N = 127) = 1,273,  $p = 0,529$ .

Tabelle 10. Medikation bei „warmem“ Entgiftungsmodus. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Methadon	n	58	19	23
	%	81,7	79,2	71,9
Buprenorphin	n	13	5	9
	%	18,3	20,8	28,1

Gesamt	n	71	24	32
	%	100	100	100

#### 4.2.4.1. „Warme“ Entgiftung mit Methadon

Es wurde die Methadon-Dosis am Tag 1 (Aufnahmetag) und am 5. Tag der Entgiftungsbehandlung erfasst. Bei Aufnahme war die Methadon-Dosis am Tag 0/1 ist bei den Aussiedlern nicht signifikant geringer (Kruskal-Wallis-Test  $H$  (df = 2,  $N = 120$ ) = 0,070,  $p = 0,966$ ).

Tabelle 11. Methadon-Dosis am Tag 1 in mg in den drei Gruppen von Patienten. n - Zahl der Patienten

	Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Mittelwert	47,61	42,84	49,23
Standardabweichung	26,57	19,86	27,57
Median	50,00	40,00	40,00
Minimum	10,00	12,00	20,00
Maximum	120,00	70,00	130,00
N	51	19	22

Am Tag 5 war die durchschnittliche Methadondosis in der Gruppe der Aussiedler geringer als bei den zwei anderen Gruppen. Der Kruskal-Wallis-Test für den Unterschied zwischen den deutschen Patienten (20,0 mg) und den anderen Migranten (16,0 mg) war allerdings nicht signifikant:  $H$  (df = 2,  $N = 110$ ) = 0,958,  $p = 0,619$ .

Tabelle 12. Methadon-Dosis am Tag 5 in mg in den drei Gruppen von Patienten. n - Zahl der Patienten

	Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Mittelwert	27,02	17,06	24,82
Standardabweichung	25,08	8,14	23,25
Median	20,00	16,00	20,00
Minimum	4,00	8,00	12,00

Maximum	100,00	35,00	115,00
N	46	16	22

Um die Startdosis (unterschiedliche Ausgangspunkte) besser vergleichen zu können, wurde ein Kruskal-Wallis-Test für den Unterschied zwischen Dosis am Tag 1 und Tag 5 in allen drei Gruppen durchgeführt:  $H$  (df = 2,  $N$  = 114) = 1,900;  $p$  = 0,387.

Bei Aussiedlern wurde die Methadon-Dosis schneller reduziert: Durchschnittlich benötigen sie 9,93 Tage bis zur Dosis 0 mg, womit sie 3,44 Tage weniger als deutsche Patienten und 2,33 Tage weniger als anderen Migranten benötigen. Allerdings war der Unterschied zwischen allen drei Gruppen nicht signifikant (Kruskal-Wallis-Test:  $H$  (df = 2,  $N$  = 101) = 5,260,  $p$  = 0,072.

Tabelle 13. Anzahl der Behandlungstage bis zur Reduktion der Methadon-Dosis auf 0 mg. n - Anzahl der Patienten

	Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Mittelwert	13,37	9,93	12,70
Standardabweichung	7,28	2,46	4,52
Median	12,00	11,00	12,00
Minimum	5,00	6,00	7,00
Maximum	39,00	13,00	25,00
N	44	14	20

Der Rückgang der Anzahl der Patienten (N am Tag 1 = 92, N am Tag 5 = 84, N am Dosis bei 0 mg = 78) in den drei Gruppen am Tag 5 und bei der Auswertung der Anzahl von Tagen bis Methadon-Dosis 0 mg ist auf Behandlungsabbrüche zurückzuführen.

#### 4.2.5. Verweildauer der stationären Aufenthalte

Tabelle 14 zeigt die mittlere Aufenthaltsdauer in allen drei Gruppen: Man sieht, dass der Unterschied zwischen allen Gruppen nicht signifikant ist (Kruskal-Wallis-Test ergab keinen signifikanten Gruppenunterschied,  $H$  (df = 2,  $N$  = 399)



= 4,207,  $p = 0,122$ ). Dennoch geben die Zahlen einen Hinweis darauf, dass die Gruppe von Aussiedlern deutlich kürzer in der Behandlung geblieben ist als die der Deutschen und anderen Migranten. Auch die Median-Werte bei Aussiedlern zeigen diesen Unterschied.

Tabelle 14. Dauer der stationären Aufenthalte (in Tagen) in den drei Gruppen von Patienten. n - Anzahl der Patienten

	Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Mittelwert	13,55	11,69	14,72
Standardabweichung	8,79	7,21	8,54
Median	12	10	13
Minimum	1	1	1
Maximum	52	29	39
N	245	55	99

#### 4.2.6. Substitution bei Entlassung

Bei Entlassung wurden 61,22 % (150 Patienten) aller deutschen Patienten, 78,18 % (43 Patienten) der Aussiedler und 78,79 % (78 Patienten) der Gruppen von anderen Migranten ohne eine Substitutionsbehandlung entlassen. Die übrigen wurden mit den in Tabelle 15 dargestellten Medikamenten unterstützt (Substitutionsbehandlung).

Tabelle 15. Substitutionsmedikation bei Entlassung. n - Anzahl der Patienten; % - prozentuelle Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Methadon	n	31	6	10
	%	12,65	10,91	10,10
Polamidon	n	15	30	1
	%	6,12	12,24	1,01
Buprenorphin	n	30	2	2
	%	12,24	3,64	2,02
Andere	n	19	2	8
	%	7,76	3,64	8,08

Erneut wurde wegen der kleinen Fallzahlen pro Gruppe die Statistik der Substitutionsmedikationsverteilung vereinfacht:

Tabelle 16. Substitution bei Entlassung. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Keine Substitution	n	150	43	78
	%	61,2	78,2	78,8
Substitution	n	95	12	21
	%	38,8	21,8	21,2
Gesamt	n	245	55	99
	%	100	100	100

Die Ergebnisse zeigen, dass die deutschen Patienten am häufigsten eine Substitution bei der Entlassung hatten (38,8 %), die Gruppe der Aussiedler (21,8 %) und der anderen Migranten (21,1 %) seltener. Bei dieser Verteilung zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied ( $\chi^2$  (df = 2, N = 399) = 13,065,  $p = 0,001$ ).

#### 4.2.7. Anschlusstherapie

Der Unterschied in prozentuellen Anteil von den Patienten, die eine Anschlusstherapie nach der stationären Entgiftung planten, ist statistisch nicht signifikant:  $\chi^2$  (df = 2, N = 399) = 2,568,  $p = 0,277$ .

Tabelle 17. Anschlusstherapie. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Anschlusstherapie	n	103	25	51
	%	42,0	45,5	51,5
Keine Anschlusstherapie	n	142	30	48
	%	58,0	54,5	48,5

## 4.2.8. Diagnosen

### 4.2.8.1. Suchtdiagnose

Bei allen Patienten wurde die Behandlungsdiagnose (nach ICD 10 (Weltgesundheitsorganisation / Dilling 2005)) anhand des Entlassberichts erfasst. Es zeigte sich in allen Gruppen ein hoher Anteil von Patienten mit Polytoxikomanie. Der größte Anteil von den Patienten mit Abhängigkeit von nur einer Substanzgruppe zeigte sich in der Gruppe der Aussiedler. Er liegt hier bei 47,27 %. Die Polytoxikomanie war in der Gruppe der Deutschen am häufigsten (mit 71,02 %). Statistisch signifikant waren diese Unterschiede aber nicht ( $\chi^2$  (df = 2, N = 399) = 6,870,  $p = 0,032$ ).

Tabelle 18. Suchtdiagnose in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Reine				
Opiat-				
Abhängigkeit	n	71	26	32
	%	28,98	47,27	32,32
Polyvalente				
Abhängigkeit	n	174	29	67
	%	71,02	52,73	67,68

### 4.2.8.2. Infektionskrankheiten

#### 4.2.8.2.1. Hepatitis

In Tabelle 19 ist die Häufigkeit einer Gefährdung durch Virushepatitis dargestellt. Im Regelfall wird bei stationärer Aufnahme eine Hepatitiserologie durchgeführt. Die Patienten in allen drei Gruppen sind ungefähr ähnlich häufig mit Hepatitisviren infiziert.

Tabelle 19. Erkrankungsfälle an Virushepatitis in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Keine Hepatitis	n	103	22	44
	%	42,04	40,00	44,44
Hepatitis C	n	109	26	46
	%	44,49	47,27	46,46
Hepatitis B	n	2	3	1
	%	0,82	5,45	1,01
Hepatitis B+C	n	27	3	7
	%	11,02	5,45	7,07
Hepatitis A+B+C	n	4	1	1
	%	1,63	1,82	1,01

Ein statistischer Vergleich zwischen den Gruppen war aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht sinnvoll. Deshalb wurde eine neue Verteilung erstellt, wie in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20. Vorhandensein einer Hepatitis in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Keine Hepatitis	n	103	22	44
	%	42,0	40,0	44,4
Hepatitis	n	142	33	55
	%	58,0	60,0	55,6
Gesamt	n	245	55	99
	%	100	100	100

Die Quote der Erkrankungsfälle an Hepatitis war in allen drei Gruppen ähnlich. Der Chi-Quadrat-Test zeigte keinen signifikanten Unterschied ( $\chi^2$  (df = 2, N = 399) = 0,312,  $p$  = 0,856).

#### 4.2.8.2.2. HIV - Infektion

Der Anteil der HIV-positiven Patienten in allen drei Gruppen liegt in dieser Stichprobe fast auf gleichem Niveau. Signifikanztests wurden wegen der zu kleinen Fallzahlen bei den HIV-Positiven nicht durchgeführt.

Tabelle 21. HIV in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Negativ	n	238	54	95
	%	97,14	98,18	95,96
Positiv	n	7	1	4
	%	2,86	1,80	4,04

### 4.3. Soziale Einflussvariablen

#### 4.3.1. Familienstand

Die Patienten aus der Gruppe der Aussiedler (49,09 %) und der Gruppe der anderen Migranten (48,48 %) sind häufiger verheiratet oder in fester Partnerschaft als die deutschen Patienten (42,04 %). Aus dem Chi-Quadrat-Test wurden die 67 Fälle mit fehlenden Daten über Familienstand (Zeile „unbekannt“ in der Tabelle 22) ausgeschlossen. Dieser zeigte keinen signifikanten Unterschied:  $\chi^2$  (df =2, N =332) = 1,161,  $p$  = 0,560.

Tabelle 22. Familienstand in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Ledig	n	97	23	34
	%	39,59	41,82	34,34
Ehe / feste				
Partnerschaft	n	103	27	48
	%	42,04	49,09	48,48
Unbekannt	n	45	5	17
	%	18,37	9,09	17,17

### 4.3.2. Kinder

Patienten aus der Gruppe von Aussiedlern haben häufiger Kinder (52,73 %), als die deutschen Patienten (zu 46,53 %) und die anderen Migranten (zu 43,43 %). Aus dem Chi-Quadrat-Test wurden die 74 Fälle mit fehlenden Daten über Vorhandensein eines Kindes (Zeile „unbekannt in der Tabelle 23) ausgeschlossen ( $\chi^2$  (df =2, N =325) = 1,502,  $p$  = 0,472).

Tabelle 23. Kind / Kinder in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Ja	n	114	29	43
	%	46,53	52,73	43,43
Nein	n	81	18	40
	%	33,06	32,73	40,40
Unbekannt	n	50	8	16
	%	20,41	14,55	16,16

### 4.3.3. Ausbildung

Die Gruppe der Aussiedler hat häufiger keine abgeschlossene Schulausbildung (9,09 %) und häufiger lediglich einen Schulabschluss (aber keine Ausbildung) (40,00 %). Die deutschen Patienten haben am häufigsten eine abgeschlossene Berufsausbildung (53,88 %). Die Gruppe der anderen Migranten liegt in all diesen Werten zwischen den beiden anderen Gruppen.

Tabelle 24. Ausbildung in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Keine abgeschlossene Schulausbildung				
Schulausbildung	n	12	5	4
	%	4,90	9,09	4,04
Nur Schulabschluss				

	n	64	22	37
	%	26,12	40,00	37,37
Abgeschlossene				
Berufsausbildung	n	132	22	47
	%	53,88	40,00	47,47
Unbekannt				
	n	37	6	11
	%	15,10	10,91	11,11

Um statistisch die drei Gruppen der Patienten zu vergleichen, wurden die 54 Fälle mit fehlenden Daten über Ausbildung (Zeile „Unbekannt“ in der Tabelle 24) von der Analyse ausgeschlossen. Die gebliebenen 345 Fälle wurden einfacher gruppiert:

Tabelle 25. Vorhandensein einer Berufsausbildung in den drei Gruppen der Patienten. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der Gruppe mit bekannter Anamnese

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Keine				
abgeschlossene				
Berufsausbildung	n	76	27	41
	%	36,5	55,1	46,6
Abgeschlossene				
Berufsausbildung	n	132	22	47
	%	63,5	44,9	53,4
Gesamt				
	n	208	49	88
	%	100	100	100

Die Tabelle 25 zeigt, dass am häufigsten die Patienten aus der Gruppe der Deutschen (63,5 %) eine abgeschlossene Berufsausbildung hatten und am seltensten Patienten in der Gruppe der Aussiedler (in 44,9 %) eine abgeschlossene Berufsausbildung besitzen. Dieser Unterschied war nicht signifikant:  $\chi^2$  (df = 2, N = 345) = 6,763,  $p = 0,034$ .

#### 4.3.4. Bekannte Straftaten

Straftaten der Patienten wurden analysiert, allerdings mit der Ungenauigkeit, dass nicht alle Straftaten in der Krankenakte protokolliert sein könnten. Die Aussiedler gaben am seltensten an, vorbestraft zu sein (43,64 %). Die Deutschen waren in 19,59 % der Fälle einmalig und in 14,29 % der Fälle mehrmals vorbestraft.

Tabelle 26. Bekannte Vorstrafen in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Keine	n	96	24	38
	%	39,18	43,64	38,38
Einmalig	n	48	10	15
	%	19,59	18,18	15,15
Mehrmalig	n	35	6	12
	%	14,29	10,91	12,12
Unbekannt	n	66	15	34
	%	26,94	27,27	34,34

Um den großen Anteil der Fälle mit unbekannter Anamnese bezüglich Vorstrafen (Zeile „Unbekannt“ in der Tabelle 21) aus der Analyse auszuschließen und sie zu vereinfachen, wurden die Subgruppen neu eingeteilt:

Tabelle 27. Vorhandensein einer Vorstrafe in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der Gruppe mit bekannter Anamnese.

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Keine Straftaten	n	96	24	38
	%	53,6	60,0	55,6
Vorstrafen	n	83	16	27
	%	46,4	40,0	41,5
Gesamt	n	179	40	65
	%	100	100	100



In der Tabelle 27 ist das Vorhandensein einer Vorstrafe dargestellt. Diese hatten am häufigsten (46,4 %) die deutschen Patienten und am seltensten häufig die Aussiedler (40,0 %). Der Unterschied ist nicht signifikant:  $\chi^2$  (df = 2, N = 284) = 0,810,  $p = 0,667$ .

#### 4.3.5. Sozialstatus

Die Arbeitslosenquote war in allen drei Gruppen der Patienten sehr hoch, mit dem höchsten Anteil an Arbeitslosen in der Gruppe der anderen Migranten (81,82 %).

Tabelle 28. Sozialstatus in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Berufstätig	n	46	10	13
	%	18,78	18,18	13,13
Arbeitslos	n	184	40	81
	%	75,10	72,73	81,82
Gelegenheitsjobs				
	n	6	4	3
	%	2,45	7,27	3,03
In Ausbildung	n	5	0	2
	%	2,04	0	2,02
Berentet	n	4	1	0
	%	1,63	1,82	0

Um den Chi-Quadrat-Test durchführen zu können, wurden die Subgruppen anders verteilt:

Tabelle 29. Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit in den drei Gruppen. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Berufstätig	n	51	10	15

	%	20,8	18,2	15,2
Arbeitslos	n	194	45	84
	%	79,2	81,8	84,8
Gesamt	n	245	55	99
	%	100	100	100

Der höchste Anteil der berufstätigen Patienten zeigte sich war in der Gruppe der Deutschen (20,8 %). Die höchste Arbeitslosenquote zeigte sich in der Gruppe der anderen Migranten (84,4 %). Der Unterschied zwischen den drei Gruppen war allerdings nicht signifikant:  $\chi^2$  (df =2, N = 399) = 1,498,  $p = 0,473$ .

#### 4.4. Logistische Regression: Erfolgreicher Therapieabschluss

Der Erfolg der Therapie wurde als reguläre Beendigung definiert. Der Misserfolg der Entgiftungen, bzw. Abbruchsquote bei Aussiedlern ist höher als in den anderen Gruppen der Patienten und liegt bei 54,55 %. Bei der Gruppe der deutschen Patienten lag sie bei 36,33 % und bei den anderen Migranten bei 38,38 %.

Tabelle 30. Beendigung der stationären Therapie. n - Anzahl der Patienten; % - prozentueller Anteil an der gesamten Gruppe

		Deutsche	Aussiedler	Andere Migranten
Regulär	n	156	25	61
	%	63,67	45,45	61,62
Abbruch	n	89	30	38
	%	36,33	54,55	38,38

Um die Beziehungen zwischen den medizinischen, sozialen Variablen und dem Therapieabschluss zu untersuchen, wurde eine hierarchische logistische Regression durchgeführt. In ihr diente der Erfolg des Therapieabschlusses als binäre abhängige Variable. Migrationshintergrund, Entgiftungsmodus, Anschlusstherapie, Anzahl der stationären Aufenthalte, Motivation, Alter, Geschlecht, Ausbildung, Arbeitsverhältnis, Suchtdiagnose, Hepatitis waren unabhängige Variablen.

Im Konstanten-Modell wurden 61,2 % der Teilnehmer richtig, bezüglich des Kriteriums, mit einer regulären bzw. abgebrochenen Beendigung der stationären Therapie klassifiziert (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31. Konstanten-Modell

		Vorhersagt		Prozentsatz der Richtigen
Beobachtet		Abbruch	Regulär	

Abbruch	0	134	0
Regulär	0	211	100,0
Gesamt			61,2

Das erste experimentelle Modell, welches die zwei Migrationsvariablen (Aussiedler und Migranten gegen Deutschen als Kontrollgruppe) beinhaltete, klassifizierte 62,0 % der Teilnehmer (89,1 % der regulär abschließenden Patienten und 19,4 % der abbrechenden Patienten) korrekt (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32. Klassifizierungstabelle, Schritt 1

Beobachtet	Vorhersagt		
	Abbruch	Regulär	Prozentsatz der Richtigen
Abbruch	26	108	19,4
Regulär	23	188	89,1
Gesamt			62,0

Dieses Modell verbesserte die Prädiktion des Therapierendes nicht:  $\chi^2$  (df = 2, N = 345) = 4,746,  $p = 0,093$ . Dies zeigt, dass die Variable „Migrationshintergrund“ kein signifikanter Prädiktor für erfolgreichen Abschluss der Therapie war.

Tabelle 33. Variablen in der Gleichung, Schritt 1. Das Migrationshintergrund wurde dummy-kodiert, so dass Aussiedler als „1“ und alle anderen als „0“ für die Aussiedler-Variable (andere Migranten für andere Migranten-Variable) kodiert wurden, usw. Deutschen wurden immer mit „0“ kodiert und repräsentierten die „Kontroll-Gruppe“, mit der die anderen Gruppen verglichen wurden

Variable	Logodds-Koeffizient	Standardfehler	Wald	df	Signifikanz	Odds ratio
Aussiedler	-,675	,320	4,433	1	,0,035	,509
andere				1		
Migranten	,008	,264	,001	1	,977	1,008
Konstante	,552	,144	14,700	1	,000	1,737

In der Tabelle 33 sind die Ergebnisse des 1. Schritts dargestellt. Die Aussiedler und andere Migranten zeigen keinen signifikanten Unterschied zur Kontrollgruppe (Deutschen). Um den Einfluss des Migrationshintergrundes auf den Therapieabschluss zu untersuchen, wurde eine Wahrscheinlichkeitsberechnung mittels der Ergebnisse der logistischen Regression durchgeführt.

$$\hat{Y} = \frac{e^{(b_0)+b_1(X_1)+b_2(X_2)}}{1+e^{(b_0)+b_1(X_1)+b_2(X_2)}}$$

Wobei  $\hat{Y}$  = Wahrscheinlichkeit, die Therapie erfolgreich abzuschließen;  $e$  = Logarithmus zur Basis  $e$  (natürlicher Logarithmus);  $b$  = Modellparameter;  $X_1$  = Aussiedler,  $X_2$  = andere Migranten. Für Aussiedler, andere Migranten und Deutschen betragen die Wahrscheinlichkeiten, die Therapie regulär abzuschließen, 47%, 64%, bzw. 63%, jedoch war dies nicht signifikant.

Im 2. Schritt wurden die drei dummy-kodierten Entgiftungsvariablen („kalt“, „warm“, „lauwarm“) aufgenommen. Dies verbesserte das Modell,  $\chi^2$  (df = 3,  $N$  = 345) = 15,027,  $p \leq 0,002$ . Es wurden 64,1 % der Fälle als richtig klassifiziert.

Tabelle 34. Variablen in der Gleichung, Schritt 2. Interne Kodierung der unabhängigen Variablen: 1-regulär, 0-Abbruch

Variable	Logodds-Koeffizient	Standardfehler	Wald	df	Signifikanz	Odds ratio
Aussiedler	-,459	,332	1,912	1	,167	,632
andere Migranten	,228	,277	,674	1	,412	1,256
„kalt“	-,336	,348	,933	1	,334	,715
„warm“	-,852	,298	8,197	1	,004	,427
„lauwarm“	-1,220	,359	11,524		,001	,295
Konstante	1,045	,230	20,574	1	,000	2,843

Für „kalt“, „warm“, „lauwarm“ und Teilentgiftete Patienten betragen die Wahrscheinlichkeiten, die Therapie regulär abzuschließen, 67%, 54%, 46% bzw. 73%.

Im 3. Schritt wurden die folgenden Variablen zusätzlich aufgenommen: Motivation, Ausbildung, Alter, Geschlecht, Anzahl der stationären Aufenthalte, Arbeitsverhältnis, Suchtdiagnose, Hepatitis und Anschlusstherapie. Dieser Schritt verbesserte die Vorhersage eines erfolgreichen Therapieabschlusses signifikant,  $\chi^2$  ( $df = 10, N = 345$ ) = 25,422,  $p = 0,005$  und hat 70,7 % der Fälle richtig klassifiziert.

Tabelle 35. Variablen in der Gleichung, Schritt 3. Interne Kodierung der unabhängigen Variablen: 1-regulär, 0-Abbruch

Variable	Logodds - Koeffizient	Standard- fehler	Wald	df	Signi- fikanz	Odds ratio
Aussiedler	-,267	,369	,524	1	,469	,766
Andere Migranten	,341	,299	1,304	1	,253	1,406
„kalt“	-,135	,407	,110	1	,740	,874
„warm“	-,881	,337	6,828	1	,009	,414
„lauwarm“	-1,279	,393	10,567	1	,001	,278
Eigene Motivation	-,040	,289	,019	1	,891	,961
Fremde / eigene Motivation	-,169	,451	,140	1	,708	,845
Anzahl der stationären Aufenthalte	,037	,164	,050	1	,823	1,037
Suchtdiagnose	-,073	,262	,078	1	,780	,929
Hepatitis	,360	,262	1,882	1	,170	1,433
Anschlusstherapie	,765	,258	8,800	1	,003	2,149
Geschlecht	-,324	,341	,903	1	,342	,723
Lebensalter	,939	1,389	,456	1	,499	2,556
Ausbildung	,838	,260	10,415	1	,001	2,311
Arbeitsverhältnis	-,416	,303	1,890		,169	,660

Konstante	-1,197	2,066	,336	1	,562	,302
-----------	--------	-------	------	---	------	------

Von 10 neu eingeschlossenen Variablen wurden die Ausbildung und Anschlusstherapie als signifikante Prädiktoren des Therapieerfolgs gesehen. Die Patienten mit abgeschlossener Ausbildung beendeten die Therapie 2,4-mal öfter als die Patienten ohne Ausbildung. Die Patienten mit der Perspektive einer Anschlusstherapie haben 2-mal häufiger eine Wahrscheinlichkeit die stationäre Therapie regulär abzuschließen als ohne.

Variablen, die einen Einfluss auf die Therapie haben könnten, sind somit nur der Entgiftungsmodus, das Vorhandensein einer Anschlusstherapie und eine abgeschlossene Berufsausbildung.

#### **4.5. Post-talk Poweranalyse**

Die Poweranalyse für unsere Untersuchung wurde mit Hilfe des Programms PASS durchgeführt. Aus dem  $N = 345$  und einem Alpha-Niveau sowie einer Odds-Ratio = .50 (von dem Aussiedler vs. andern) resultiert ein Power-Niveau von 0,723.

## **5. Diskussion**

In dieser retrospektiven Studie wurden die Behandlungsverläufe von opiatabhängigen Patienten einer auf Drogenentgiftungen spezialisierten Spezialstation (A6) der Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen untersucht. Die Station A6 der UKPP Tübingen ist keine auf Migranten spezialisierte Station, sondern eine Entgiftungseinrichtung, die eine Regelversorgung übernimmt. Obwohl auch bezüglich der Drogenentgiftungsbehandlung in Baden-Württemberg eine freie Wahl der Entgiftungseinrichtung herrscht (drogenabhängige Patienten sich also aussuchen können, in welcher Klinik sie entgiften möchten) kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe um eine für die Gesamtpopulation der Drogenabhängigen aussagefähige Untersuchung handelt. Die Station A6 unterhält bisher (im Gegensatz zur angeschlossenen Entwöhnungseinrichtung, der „Drogenhilfe Tübingen“) kein spezialisiertes Behandlungskonzept für Aussiedler und Migranten. Insbesondere wird auch (im Gegensatz zu manchen Entwöhnungseinrichtungen) der prozentuale Anteil von Migranten nicht begrenzt oder in einer anderen Form reglementiert. Obwohl ein spezifischer Fehler nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden kann (Migranten könnten eine Vorliebe für bestimmte Entgiftungseinrichtungen aufweisen), ist eine Überrepräsentierung von Aussiedlern und Migranten in der untersuchten Stichprobe daher nicht wahrscheinlich.

### **5.1. Gesamte Stichprobe**

Der prozentuelle Anteil von Migranten (Aussiedler und andere Migranten zusammen) betrug in unserer Stichprobe 38,6 %. Dieser Anteil ist deutlich höher als der altersabgeglichenen prozentuale Anteil dieser Population in der Bevölkerung unseres Landes. Diese Zahl könnte darauf hinweisen, dass Probleme der Sucht tatsächlich bei Migranten überproportional häufig sind. In der deutschen psychiatrischen Literatur existieren zu diesem Wert bisher kaum Vergleichszahlen. In einer Untersuchung der WKPP Warstein im Jahr 2000 betrug der Anteil der Migranten an der Entgiftungsbehandlung 51,5 % (37,2 % aller Patienten waren Aussiedler) (Bätz 2002 b). Der Anteil in unserer Klinik ist



somit niedriger. Der relativ hohe Anteil türkischer Migranten in der Entgiftungsbehandlung fand sich auch in der vergleichbaren Untersuchung in der WKPP Warstein. Allerdings ist die WKPP Warstein eine auf die Behandlung von Migranten speziell ausgerichtete Einrichtung, so dass ein hoher Anteil von Migranten in dieser Klinik eher zu erwarten sein könnte.

Die größte Gruppe unserer Patienten stammte aus der ehemaligen Sowjetunion (29,2 % aller Patienten mit Migrationshintergrund), gefolgt von der Türkei (18,8 %). Die Migranten aus Italien (13,0 %), Jugoslawien (9,7 %), Griechenland (6,3 %) stellen ebenfalls einen relevanten Anteil, dieser entspricht jedoch eher dem altersentsprechenden Anteil an „Ausländern“ in der Bundesrepublik (Statistisches Bundesamt Deutschland 2004).

Im WKPP Warstein stellen die drogenabhängigen Türken mit 48,5 % die größte Nationalität bei den durchgeführten Entzugsbehandlungen drogenabhängiger Ausländer. Es folgen die drogenabhängigen Italiener (10,2 %), Marokkaner (7,3 %) und Iraner (4,4 %)“ (Bätz 2001).

Die Ergebnisse der einzigen internationalen Studie zu Entgiftungsbehandlungen bei Migranten, einer Untersuchung aus Israel können mit unseren Ergebnissen verglichen werden (Isralowitz 2002 & 2004). Zwar kann man nach Israel ausgewanderte jüdische Menschen durchaus auch als „Aussiedler“ klassifizieren, die Ergebnisse der Untersuchung von Isralowitz sind aber dennoch nur eingeschränkt mit unseren deutschen Verhältnissen zu vergleichen. Immerhin sprechen aber beide Untersuchungen dafür, dass Migranten aus dem ehemaligen „Ostblock“ eine besondere Risikogruppe für Opiatabhängigkeit darstellen könnten.

Die Verteilung innerhalb der Gruppe von Aussiedlern (GUS-Staaten mit 54,55 %, Kasachstan 25,45 %, Polen 9,09 %, Rumänien 9,09 %, Kirgisien 1,82 %) entspricht in etwa den Angaben der Statistischen Bundesamtes zu deren Anteil an der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt Deutschland 2004).

## **5.2. Verteilung nach Geschlecht**

Geschlechtsspezifische Effekte könnten einen Einfluss auf die Prognose einer Drogenabhängigkeit haben (Mertens & Weisner, 2000), auch wenn nicht alle Studien geschlechtsspezifische Effekte zeigten (Prendergast et. al. 2000, Petry 2000). Mehrere Studien sprechen jedoch für ein besseres Therapieoutcome bei weiblichen Suchtkranken (Galai et. al. 2003; De Weert-Van Oene et. al. 2001).

Der Anteil der Frauen war in der Gruppe der Aussiedler (9,09%) und in der Gruppe anderen Migranten (13,13%) im Vergleich zu den Deutschen (21,63%) geringer. Die Zahlen aus unserer Klinik sind denjenigen der Vergleichsuntersuchung in der WKPP Warstein ähnlich. Dort lag der Anteil der Frauen bei 8,0 % für Aussiedlerinnen, bei 11,1 % für Ausländer (nach Herkunftsländern vergleichbar mit unserer Gruppe der „anderen Migranten“) und in der Gruppe der deutschen Patienten bei 21,7 %. Aus beiden Zahlen darf jedoch nicht auf einen geringere Häufigkeit von Abhängigkeitserkrankungen in diesen Populationen geschlossen werden: so gibt's es Hinweise darauf, dass Frauen mit Abhängigkeit seltener zur stationären Behandlung kommen (McCaul et. al. 2001) und mit der Unterstützung ihrer Familien gelegentlich ohne ärztliche Hilfe entziehen. In Ausländerpopulationen ist zudem der relative Anteil von Frauen geringer (Hoffmann 2004). Zusammenfassend kann somit über die Gründe des relativ geringeren Anteils von Frauen wenig gesagt werden.

## **5.3. Lebensalter**

Die Patienten aus der Gruppe der Aussiedler waren signifikant jünger als die Patienten aus anderen Gruppen. Dies passt zur demographischen Altersverteilung der Aussiedler, die einen hohen Anteil junger Menschen aufweist. Auch ein früherer Beginn der Abhängigkeit bei Aussiedlern kommt als Erklärung in Frage (siehe Abschnitt 5.4). Das Lebensalter ist durchaus ein relevanter Prognosefaktor bei Opiatabhängigkeit und hat dadurch eine klinische Relevanz.

Es ist aus der Literatur bekannt, dass jüngere Patienten eine höhere Rückfallquote haben (Brewer et. al. 1998). Auch die Wahrscheinlichkeit für einen regulären Abschluss der Entgiftungsbehandlungen steigt mit dem Alter (Backmund et. al., 2001). Ferner ist höheres Lebensalter ein signifikanter Prädiktor für ein schlechteres Allgemeinbefinden nach der Drogentherapie (Friedmann et. al., 2003).

Im Gegensatz hierzu war aber in unserer logistischen Regression das Lebensalter kein signifikanter Prädiktor für einen regulären Therapieabschluss.

#### **5.4. Dauer des Rauschmittelskonsums**

Die Gruppe der Aussiedler hatte in unserer Untersuchung eine signifikant kürzere Konsumdauer (8,82 Jahre) als die anderen Gruppen (Deutsche 15,47 Jahre, andere Migranten 12,62 Jahre). Die Patienten in der Gruppe der Aussiedler (27,72 Jahre) und anderen Migranten (30,47 Jahre) waren signifikant jünger als die deutschen Patienten (33,53 Jahre). Das jüngere Lebensalter kommt als Erklärung für die kürzere Krankheitsdauer in Frage, ist möglicherweise jedoch nicht die alleinige Erklärung für den signifikanten Unterschied. Bätz (2002b) berichtet über eine im Krankheitsverlauf frühere Bereitschaft von Migranten, eine stationäre Entgiftungsbehandlung durchzuführen und erklärt dies durch eine höhere extrinsische Motivation durch die Familie (siehe Abschnitt Motivation) und durch andere Erwartungen an eine Behandlung (Bätz 2002 b).

Auch in der Untersuchung an der WKPP Warstein wurde die Zeitdauer des Krankheitsverlaufs bis zur stationären Entzugstherapie untersucht. Diese betrug bei Aussiedlern 4,3 Jahre und bei Ausländern 6,5 Jahre. Beide Gruppen kamen damit signifikant früher als drogenabhängige Deutsche in die Behandlung (9,0 Jahre nach Beginn des Opiatkonsums) (Bätz 2003). Der Autor erklärte dies durch „ein früheres Erkennen einer (drohenden) Suchtkarriere“ und eine daraus resultierende schnellere Motivation für eine stationäre Behandlung (Bätz 2002).

Bei 70 % der Aussiedler in unserer Untersuchung hat der Rauschmittelkonsum erst in der BRD, also nach der Migration, begonnen. Dieser Anteil ist sehr hoch, wenn auch im statistischen Sinne wegen der zu kleinen Anzahl der Fälle keine Grundlage für eine valide Interpretation. Czycholl (1996) hat eine Verteilung des Konsumbeginns in Bezug auf den Migrationszeitpunkt von 50 % bei 100 Aussiedlern beschrieben (Czycholl 1996). Aufgrund der kleinen Fallzahlen wären zu diesem Punkt weitere Untersuchungen erforderlich, da eine mögliche Kausalität zwischen Migration und Suchtrisiko eine frühzeitige Prävention nach sich ziehen müßte.

### **5.5. Anzahl der stationären Aufenthalte**

Die Gruppe der deutschen Patienten weist eine höhere Zahl von stationären Aufenthalten (3,6 Aufnahmen) auf als die der Aussiedler (1,9 Aufenthalte) und der anderen Migranten (2,5 stationäre Behandlungen). Dieser Unterschied ist nicht signifikant. Ein möglicher systematischer Fehler liegt darin, dass Entgiftungsbehandlungen im Herkunftsland nicht berücksichtigt sind, da nur die Vorbehandlungen in der UKPP Tübingen erfasst wurden. Auch Zugangsschwierigkeiten zum Gesundheitssystem (mangelhafte Sprachkenntnisse, fehlende Aufklärung usw.) sind eine mögliche Erklärung. Die kürzere Dauer der Abhängigkeit der Migranten spricht eher gegen eventuelle frühere Entgiftungsbehandlungen in den Heimatländern.

### **5.6. Motivation**

Eine niedrige Motivation ist als ein bedeutender Prognosefaktor für einen Behandlungsabbruch einer Drogentherapie bekannt. Nach Breda und Heflinger ist Fremdmotivation ein Prädiktor für ein schlechteres Outcome von Drogenabhängigen (Breda & Heflinger 2004).

Bei jeder Aufnahme auf die Station A6 wird mittels des Aufnahmebogens erfasst, ob der Patient überwiegend „eigen motiviert“ oder überwiegend „fremd motiviert“ (z. B. nur auf Drängen der Angehörigen oder aufgrund einer Bewährungsaufgabe) zur Aufnahme erschienen ist. Dies ist nur ein sehr grober Anhalt.

Dem klinischen Eindruck der Mitarbeiter der Station zufolge waren die Aussiedler etwas häufiger „fremd motiviert“. Allerdings war dieser Unterschied nicht signifikant.

Die Motivation des Patienten ist in der Tat einer der einflussreichsten Prognosefaktoren (De Leon et. al. 1994), auch wenn dies nicht in allen Untersuchungen gezeigt werden konnte (Franken & Hendriks, 1999). Unsere Daten weisen darauf hin, dass Unterschiede zwischen Gruppen vorhanden sein könnten, die möglicherweise aufgrund der nur sehr groben Art der Erfassung nicht signifikant werden. Genauere Aussagen sind aus dieser Erhebung leider nicht möglich. Es wäre denkbar, dass die schlechter motivierten Patienten sich häufiger für einen „sanfteren“ Entgiftungsmodus (eine „warme“ Entgiftung) entscheiden. Dies ist aber nicht der Fall: unter allen Patienten liegt der Anteil der fremd motivierten etwa bei 27%, unter denen, die warm entgiftet haben, nur bei 25%.

### **5.7. Substitution bei Aufnahme**

Die deutschen Patienten, die Aussiedler und anderen Migranten waren ungefähr gleich oft (nämlich in knapp der Hälfte der Fälle) vor der Aufnahme substituiert. Am häufigsten wurde als Substitutionsmedikament Methadon verwendet. Dies entspricht den Verordnungsgewohnheiten in Baden-Württemberg und spricht gegen die in der Literatur häufig vertretene Ansicht, dass Aussiedler und Migranten insgesamt „kaum“ durch das Hilfesystem erreicht werden (Reid et. al., 2001). Neben anderen Autoren weist Czycholl auf „eine schlechtere Versorgung dieser Gruppe durch die Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland“ hin (Czycholl 2003). In der Literatur liegen praktisch keine verfügbaren Daten darüber vor, ob Aussiedler weniger häufig substituiert werden. Auch ganz allgemein ist kaum wissenschaftlich hochwertige Literatur zu den demographischen Eigenschaften ambulant substituiertes im deutschsprachigen Raum vorhanden. Kritisch ist allerdings insbesondere Anzumerken, dass in unserer Untersuchung die Fallzahlen recht klein sind.

## 5.8. Entgiftungsmodus

Bei Analyse der Daten zum Entgiftungsmodus fiel auf, dass ein recht hoher Prozentsatz der Patienten lediglich eine „Teilentgiftung“ durchgeführt hatte (also lediglich von einem Teil seiner Substanzen entgiftete). Am höchsten war dieser Anteil bei den Deutschen mit knapp 37%. Dies könnte ein Charakteristikum der Station A6 darstellen. Im Sinne eines niederschweligen Therapieangebotes bietet diese Entgiftungsstation Teilentgiftungen beispielsweise bei substituierten Patienten mit Beikonsum an.

Signifikanz erreichte der Unterschied zwischen Deutschen und Aussiedlern und zwischen Deutschen und anderen Migranten. Darüber hinaus war der Unterschied zwischen allen Patienten mit Migrationshintergrund und den Deutschen signifikant. Offen ist dabei, ob die Einheimische vs. migrierten Patienten eine prinzipiell andere Behandlungsmethoden bekommen haben und welche Faktoren dafür verantwortlich sein können (Compliance der Patienten, Vorurteil der Behandelten Ärzte).

In den Daten zur Teilentgiftung ist ein möglicher systematischer Fehler kritisch zu diskutieren: In unserer Untersuchung werteten wir aus, welche Art von Entgiftung tatsächlich durchgeführt wurde, nicht, welche Entgiftung bei Aufnahme noch Ziel des stationären Aufenthaltes war, obwohl sich dies in nicht ganz wenigen Fällen während der Entgiftung ändern kann. Es ist denkbar, dass die Patienten, die ursprünglich zu einer „warmen“ Entgiftung antraten, statt eines „Behandlungsabbruch“ als „Teilentgiftung“ gewertet wurden, weil der substituierende Arzt in Kenntnis des Behandlungsabbruchs einwilligte weiter zu substituieren. Leider war es aufgrund der Aufzeichnungen in den Krankenakten aber nicht hinreichend sicher möglich, die „eigentlich“ geplante Art der Entgiftung zu erfassen. Dies stellt eine mögliche Erklärung für die hohe Zahl von Teilentgiftungen dar.

Teilentgiftungen bei den Aussiedlern und anderen Migranten sind statistisch signifikant weniger häufig. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass die Patienten häufiger rein opiatabhängig und weniger häufig polytoxikoman sind, was durch die bei Aufnahme gestellten Diagnosen auch bestätigt wird. Eine andere Erklärung könnte sein, dass die Aussiedler und anderen Migranten besser für eine abstinenzorientierte Therapie zu motivieren waren (Bätz 2001) oder zu wenig über die Möglichkeit einer Teilentgiftung informiert waren, weil ihre Drogenberater sie aufgrund von Sprachproblemen zu selten darauf hinwiesen. Diese Interpretation ist aber rein spekulativ.

Denkbar wäre auch, dass bei den Aussiedlern die Behandler weniger häufig bereit waren, diese nach „Abbruch“ weiter zu substituieren, so dass die Aussiedler tatsächlich als „Abbruch“, die Deutschen hingegen als „Teilentgiftung“ gewertet wurden.

Bei Betrachtung der Daten fällt auch auf, dass die Aussiedler viel häufiger eine „warme“ Entgiftung wählten als Deutsche (29% vs. 44%). Allerdings sind die Fallzahlen recht klein. Ein möglicher Grund dafür wäre, dass stark „eigenmotivierte“ Patienten eher „kalt“ entgiften, was zu den Daten zur Motivation passen würde, oder die (statistisch signifikant) jüngeren Aussiedler bei der eventuell ersten (es gibt aus unseren Daten keine Kenntnisse über stationäre Aufenthalte in Herkunftsland) Entgiftung eher den Modus „warm“ wählen, während die älteren Patienten eine „kalte“ Entgiftung bevorzugen. Dies ist jedoch ebenfalls spekulativ, da – wie bereits erwähnt – eine Beurteilung der Motivation der Migranten aus unseren Daten nicht möglich ist.

Es wäre interessant und sinnvoll, in einer klinischen Untersuchung zu prüfen, ob und wie die motivationalen Gründe zum Migrationshintergrund in Beziehung stehen und ob sich hieraus weitere Aussagen für die Behandlungsplanung bei Migranten und Aussiedlern ableiten lassen.

### **5.9. Substitutionsmittel beim Entgiftungsmodus „warm“**

Am häufigsten wird Methadon zur „warmen“ Entgiftung der Patienten verwendet. Unterschiede zwischen den Migrantengruppen zeigten sich hierbei nicht. Die Zahl der Fälle ist aber für eine statistisch hochwertige Aussage bei dieser Analyse zu klein.

### **5.10. „Warme“ Entgiftung mit Methadon**

In unserer Untersuchung erfassten wir die Anfangsdosierung für Methadon bei allen Patienten, die eine „warme“ Entgiftung durchführten. Diese gibt einen Anhalt für die Stärke der körperlichen Abhängigkeit (Backmund et. al., 2001), die wiederum ein negativer Prädiktor für Drogenrückfall ist (Brewer et. al., 1998). Die Patienten aus der Gruppe der Aussiedler bekamen zu Beginn ihrer Entgiftungsbehandlung weniger Methadon (42,84 mg) als deutsche Patienten (47,61 mg) und als andere Migranten (49,23 mg). Für eine schwerere Abhängigkeit der Aussiedler ergibt sich aus ihrer Substitutionsdosis keinen Anhalt. Es wäre denkbar, dass die Aussiedler doch schwerer abhängig sind, und trotzdem mit weniger Methadon substituiert wurden, etwa, weil sie falsche Angaben zur bisher konsumierten Menge machten. Diese Annahme ist aber spekulativ. Ein Zusammenhang zwischen Dosis der Methadon und Therapieabbruch konnte in dieser Studie nicht untersucht werden.

Einer klinischen Beobachtung von Mitarbeitern der A6 zufolge drängen Aussiedler häufig darauf, dass bei ihnen die Methadondosis während der Entgiftung zügig reduziert wird. Tatsächlich wurde in der Aussiedler-Gruppe die Dosis schneller reduziert: am 5. Tag der „warmen“ Entgiftung waren es 17,1 mg gegenüber 27,0 mg in der deutschen Gruppe und 24,8 mg bei den anderen Migranten. Zur Dosisreduktion bis auf 0 mg wurden bei den Aussiedlern durchschnittlich 9,9 Tage benötigt, während die Deutsche im Durchschnitt 13,4 Tage und die anderen Migranten 12,7 Tage gebraucht haben. Dieser Unterschied deckt sich mit der oben erwähnten klinischen Beobachtung, allerdings ist er statistisch nicht signifikant. Zudem ist die Fallzahl bei den Aussiedlern relativ klein; sie kommt allerdings nicht dadurch zustande, dass



Aussiedler seltener warm entgiften würden. Im Gegenteil: entgegen dem klinischen Eindruck tun sie das häufiger.

### **5.11. Verweildauer der stationären Aufenthalte**

Die Aufenthaltsdauer in der stationären Therapie wurde in unserer Untersuchung erfasst, da sie einen möglichen Prognosefaktor darstellen könnte. Brewer et. al. (1998) konnten zeigen, dass eine kurze zeitliche Dauer der stationären Entgiftungsbehandlung ein Prädiktor für einen Drogenrückfall sein kann. Auch in anderen Studien war die Länge des stationären Aufenthalts in der Therapie ein signifikanter Prädiktor für einen positiven Postbehandlungsoutcome (Zarkin et. al., 2002, De Weert-Van Oene et. al., 2001). Im Gegensatz dazu fanden Franken und Hendriks (Franken & Hendriks 1998) diesen Einfluss allerdings nicht.

Auch in unserer Untersuchung wurde die Aufenthaltsdauer in den einzelnen Migrantengruppen erfasst. Allerdings ist die Interpretation dieser Ergebnisse nur mit deutlichen Einschränkungen möglich, da die Aufenthaltsdauer ganz grundlegend vom gewählten Entgiftungs-Modus abhängig ist (siehe Kapitel 3).

Die Aussiedler zeigen in unserer Untersuchung eine kürzere mittlere Aufenthaltsdauer im Vergleich zu den Deutschen und anderen Migranten, obwohl sie statistisch signifikant häufiger den Modus „warm“ wählten und so theoretisch eine im Durchschnitt längere Zeit auf der Station bis zu einem regulären Abschluss bleiben müssten. Dies ist nur dadurch zu erklären, dass Aussiedler häufiger die Behandlung abbrechen, auch wenn die statistische Auswertung keine Signifikanz für die Abbruchhäufigkeit zeigte.

### **5.12. Substitution bei Entlassung**

Zu der geplanten Substitution nach Entlassung sind sehr verlässliche Angaben aus der Krankenakte möglich, weil eine Substitution in praktisch jedem Fall im Entlassbericht genau erwähnt wird.

Unsere Studie zeigte, dass Deutsche signifikant häufiger nach der Entlassung weiter substituiert wurden (in 38,8 % der Fälle). Das kann daran liegen, dass sie häufiger teilentgiftet haben (in 36,73 % der Fälle). Die Gründe hierfür sind unklar. Möglich wäre, dass die Deutschen häufiger einen substituierenden Arzt haben als die Migranten. Möglich ist aber auch, dass die Aussiedler und andere Migranten sich weniger gerne substituieren lassen oder häufiger in eine Anschlusstherapie verlegt werden. Dies konnte aber anhand der erhobenen Daten ausgeschlossen werden: eine Verlegung in eine Anschlusstherapie (Entwöhnungsbehandlung) ist bei allen Gruppen etwa gleich häufig der Fall.

### **5.13. Anschlusstherapie (Entwöhnungsbehandlung)**

Eine geplante Anschlusstherapie (Entwöhnungsbehandlung) gilt in der Literatur als ein signifikanter Prädiktor für eine erfolgreiche Entgiftungstherapie (Backmund et. al., 2001), möglicherweise aufgrund der besseren Motivation dieser Patienten für die Entgiftung.

Unsere Daten zur Anschlusstherapie haben als systematischen Fehler möglicherweise eine gewisse Ungenauigkeit: Ausgewertet wurde die Information, ob bei Aufnahme zur Entgiftung eine Anschlusstherapie geplant war, nicht, ob der Patient tatsächlich in eine Entwöhnungsklinik verlegt wurde. Jedoch spielt wohl auch die geplante Therapie an sich eine sehr große Rolle für die Motivation (Backmund et. al., 2001).

Unsere Daten haben gezeigt, dass eine Anschlusstherapie am häufigsten in der Gruppe der „anderen Migranten“ geplant war (51,5 %). Auf dem zweiten Platz folgen die Aussiedler mit 45,5 %. Am seltensten war eine Entwöhnungsbehandlung von den deutschen Patienten geplant, nämlich in 42,0 % der Fälle. Jedoch war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant. Diese Zahlen stehen nicht im Einklang mit einer vergleichbaren Untersuchung von Bätz: in seiner Studie folgte bei 16 % der Migranten und 26 % der Deutschen eine weitere Therapie (Bätz 1998). Über den Unterschied zwischen den beiden Untersuchungen sind keine sicheren Aussagen möglich. Denkbar ist, dass die

Organisation von Drogenberatungsstellen bezüglich Migranten in Baden-Württemberg besser ist oder sich die Situation mit der Zeit für die Migranten verbessert hat. Auch die unterschiedliche Art der Auswertung stellt einen wichtigen Unterschied dar: während in unserer Untersuchung die geplanten Anschlusstherapien gezählt wurden (siehe oben) wurde in der Warsteinklinik die tatsächliche Überweisung in die Anschlusstherapie ausgewertet.

#### **5.14. Suchtdiagnose**

Bei der Rohdatenerhebung aus der Krankenakte wurden zwar sämtliche Behandlungsdiagnosen der Patienten erfasst, der Einfachheit halber wurde im Rahmen der Suchtdiagnose aber nur zwischen reiner Opiatabhängigkeit und Polytoxikomanie unterschieden. Dem klinischen Eindruck der Behandler der Station A6 nach ist die reine Opiatabhängigkeit bei den Aussiedlern häufiger. Tatsächlich hatten die Aussiedler mit 47,27 % die höchste Quote von isolierter Opiatabhängigkeit, was auch zu den Angaben in der Literatur passt (Hohmann 2001, Miretski & Schmidt 2000, Lange 2003, Bartels 2001). Am häufigsten sind die Deutschen von mehreren Substanzen abhängig (71,02 %), gefolgt von anderen Migranten mit 67,68 %.

Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind allerdings statistisch nicht signifikant. Die längere Dauer der Abhängigkeit bei den Deutschen und anderen Migranten könnte die Entstehung einer Polytoxikomanie begünstigt haben.

Im Vergleich zwischen den Diagnosegruppen in der Prognose zeigten die Opiatkonsumierenden und Opiatabhängigen (Paraherakis et. al. 2000) und Polytoxikomane (Galai et. al. 2003) gegenüber Abhängigen von anderen Stoffen eine schlechtere Prognose.

#### **5.15. Virushepatitis und HIV**

Die Infektionen mit Hepatitis und HIV sind in den drei Patientengruppen liegt auf gleich häufig. In Anbetracht der kürzeren Dauer der Abhängigkeit bei den Aussiedlern könnte dies für eine höhere Zahl von Virushepatitisfällen sprechen. Direkte statistische Beweise dafür gibt es aber nicht.

### **5.16. Familienstand**

In der Literatur wurde der Einfluss des Familienstandes auf die Therapie der Drogenabhängigen in mehreren Studien untersucht. Diese Untersuchungen zeigen, dass ledige Patienten ein erhöhtes Risiko für einen Rückfall mit Drogen haben (Moos et. al. 2002) und dass verheiratete Suchtkranke im Falle eines Rückfalls öfter in die Therapie zurückkehren (Grella et. al. 2003). Es wird angenommen, dass eine gute familiäre Bindung neben einer „extrinsischen“ Motivation auch eine stärkere „eigene“ Therapiemotivation induziert, was wiederum auf die (längere) Verweildauer in der Therapie eine Auswirkung hat (Paraherakis et. al. 2000). Probleme in der Primärfamilie, Ehe oder Partnerschaft können hingegen einen negativen Einfluss auf den Therapieerfolg ausüben (Brewer et. al. 1998).

Über die motivationale Struktur und eventuelle Unterschiede in Bezug auf die Migration lässt sich aus unserer Untersuchung wenig sagen, da diese Information aus den Krankenakten nicht verlässlich erhebbar war. Der Familienstand wurde nur deskriptiv untersucht. Zudem ist die Qualität der erhobenen Daten schlechter als bei anderen erfassten Variablen (großer Anteil an Fällen mit fehlender Information, unzureichend in der Krankenakte dokumentierte Anamnese).

Dennoch sind Aussagen ableitbar: Trotz jüngeren Alters sind die Aussiedler häufiger verheiratet (knapp 50 %). Dies könnte dazu passen, dass das durchschnittliche Heiratsalter in den Ex-UdSSR-Ländern tendenziell weniger ist als in der EU. Der Anteil der verheirateten Migranten war jedoch nicht signifikant verschieden.

### **5.17. Kinder**

Elternschaft kann eine positive Motivation für eine erfolgreiche Drogenabstinenz sein, wie Daten aus einer größeren Kohortenstudie zeigen (Galai et. al. 2003). In unserer Studie zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den

Migrantengruppen. Allerdings ist auch hier die Aussagekraft durch den recht hohen Anteil an nicht hinreichend dokumentierten Fällen eingeschränkt. Etwa 53% der beurteilbaren Fälle der Aussiedler haben ein oder mehrere Kinder, im Gegensatz zu 47% bei den Deutschen. Dies passt zur höheren Zahl der Verheirateten bei den Aussiedlern, jedoch nicht zu deren niedrigerem Lebensalter. Weitere Studien zu diesem Thema sollten nach Möglichkeit die motivationale Struktur der Patienten berücksichtigen.

### **5.18. Ausbildung**

Eine abgeschlossene Ausbildung ist ein signifikanter Prädiktor für eine erfolgreiches Ende einer Entgiftungstherapie (Backmund et. al. 2001, De Weert-Van Oene et. al. 2001). Hierbei kann eine Rolle spielen, dass eine fehlende Therapie zu einem schlechteren sozialen Hintergrund führt, der seinerseits ein Prädiktor für Therapieabbruch einer Entgiftungsbehandlung ist (Dobkin et. al. 2002). Die Qualität der Aussage zum Ausbildungsstatus in unserer Untersuchung ist verhältnismäßig hoch, da in über 85% der Patienten eine eindeutige Aussage zum Ausbildungsstand der Patienten getroffen werden konnte. Die logistische Regression zeigte (in Übereinstimmung mit der Literatur), dass in der Tat eine abgeschlossene Berufsausbildung ein signifikanter Prädiktor für regulären Abschluss der Therapie war (siehe auch Abschnitt 5.20). Allerdings waren die Unterschiede zwischen den Migrantengruppen auch hier nicht signifikant. Dennoch fällt bei Betrachtung der Zahlen auf, dass Aussiedler fast 20 % seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung haben als deutsche Patienten (45 versus 64%). Während nur ungefähr jeder Dritte (36%) deutsche Opiatabhängige gar keine Berufsausbildung hatte, waren dies bei den Aussiedlern über die Hälfte. Offenbar fällt bei sehr vielen Migranten die Migration in ein Lebensalter, in dem normalerweise die Berufsausbildung absolviert wird. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch der etwas höhere Anteil an Arbeitslosen in der Gruppe der Aussiedler (siehe Abschnitt 5.20.).

### **5.19. Bekannte Straftaten**

In unserer Studie wurden die in der Krankenakte protokollierten Straftaten der Patienten und deren Häufigkeitsunterschiede zwischen den Migrantengruppen untersucht. Frühere Straftaten gelten als ein sehr starker negativer Prädiktor für einen erfolgreichen Abschluss einer Drogentherapie. So weisen intravenös verabreichte Opiatabhängige ohne frühere Gefängnisaufenthalte eine höhere erfolgreiche Abschlussquote in einer stationären Entgiftungstherapie auf (Backmund et. al., 2001). Zudem ist es ein häufig geäußertes „Vorurteil“ dass „die (opiatabhängigen) Aussiedler besonders delinquent“ seien. Leider waren retrospektiv hierzu in vielen Fällen keine Daten aus der Krankenakte zu erheben (in 26 bis 34% der Fälle war die Anamnese zu Vorstrafen nicht hinreichend protokolliert, aus diesem Grund wurden die Vorstrafen auch nicht in die logistische Regression mit einbezogen). Obwohl aufgrund der Relevanz in Bezug auf die Prognose und der „Vorurteile“ speziell In Bezug auf Aussiedler dieser Faktor im Speziellen interessant erscheint, sind Aussagen daher nur mit deutlichen Einschränkungen möglich. Hinzu kommt, dass nicht zwischen Beschaffungskriminalität und Gewaltdelikten differenziert wurde und ein systematischer Fehler in falschen Angaben der Patienten zu diesem Thema liegen könnte. Im Aufnahmegespräch und für die stationäre Behandlung ist eine Vorstrafe / Bewährungsaufgabe mit aktueller Konsequenz viel eher relevant als eine Vorstrafe im Herkunftsland des Patienten.

Die höchste Quote an Vorstrafen weist die Gruppe der Deutschen auf, allerdings sind signifikanter Gruppenunterschiede nicht vorhanden. Relevant ist in diesem Zusammenhang relevant, dass die Aussiedler ein geringeres Lebensalter und eine kürzere Krankheitsdauer haben.

Systematische und prospektive Untersuchungen zu diesem Punkt wären sinnvoll. Dies gilt vor allem aufgrund der oben erwähnten Relevanz für die Prognose, aber auch wegen der Stigmatisierung von drogenabhängigen Aussiedlern.

## **5.20. Sozialstatus**

Aus prospektiven Kohortenstudien ist bekannt, dass Drogenabhängige, die keinen Arbeitsplatz besitzen, ein erhöhtes Risiko aufweisen, während oder nach der Therapie weiter Drogen zu konsumieren (siehe Brewer et. al. 1998). Auch bleiben Arbeitslose kürzer in der Drogentherapie als Abhängige mit einer festen Arbeitsstelle (Siqueland et. al. 2002). Umgekehrt gilt eine hohe Motivation, sich im Anschluss an die Entgiftung eine Arbeitsstelle zu suchen als ein zusätzlicher Motivationsfaktor für erfolgreiche Therapie (McCaul et. al., 2001) und einen längeren Verbleib in der Einrichtung (Paraherakis et. al., 2000).

Auffällig ist in unserer Studie die sehr hohe Arbeitslosenquote von ca. 80% in allen drei Gruppen der Patienten - diese ist noch höher als bei anderen psychiatrischen Erkrankungen. Die Unterschiede zwischen den Migrantengruppen erreichen hingegen keine Signifikanz. In vielen Krankenakten war in der Anamnese zu lesen, dass die Patienten wegen Drogen ihren Arbeitsplatz verloren. Diese hohen Arbeitslosenquoten bei Opiatabhängigkeit sind bekannt (National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, 1997).

## **5.21. Logistische Regression: Erfolgreicher Therapieabschluss**

Ob eine Therapie regulär beendet wurde, gehört zu den wichtigsten Prädiktoren für den Behandlungserfolg von Opiatabhängigen überhaupt. Eines der Hauptziele dieser klinischen Studie war es, die Frage zu beantworten, ob die Aussiedler häufiger als die Deutschen oder andere Migranten ihre Entgiftungsbehandlung abbrechen und was für einen Einfluss auf das Outcome könnte Migrationsstatus haben.

Die Behandlungsvereinbarung in dieser Klinik ermöglicht eine klare Aussage, ob eine Therapie „regulär“ oder „durch Abbruch“ beendet wurde. Als Abbruch gelten alle Aufenthalte, die nicht die im Stations-Setting festgelegte Mindestdauer eingehalten haben. Ob eine Therapie abgebrochen wurde, war in allen Fällen im Indexzeitraum sicher festzustellen.

Wie erwartet zeigte sich in der Gruppe der Aussiedler eine deutlich höhere Zahl von Behandlungsabbrüchen. Dagegen brachen die anderen Migranten etwa gleich häufig wie Deutsche die Behandlung ab, nämlich in etwa 38% der Fälle (dagegen 55% bei den Aussiedlern). Dieser Unterschied ist allerdings trotz ausreichender Fallzahl nicht signifikant. Die höhere Zahl von Behandlungsabbrüchen könnte teilweise durch das jüngere Lebensalter mit bedingt sein (Bätz 2001).

Einflussfaktoren auf die Variable „*Erfolgreicher Therapieabschluss*“ der stationären Therapie wurden daher mittels einer logistischen Regressionsanalyse untersucht.

Bei der logistischen Regression wurden die Entgiftungsmodi „warm“ und „lauwarm“, geplante Anschlusstherapie und abgeschlossene Berufsausbildung als signifikante Prädiktoren für erfolgreichen Abschluss der stationären Therapie nachgewiesen. Andere Faktoren, insbesondere der Migrantenstatus, spielten keine signifikante Rolle.

Es konnte gezeigt werden, dass die Patienten mit den Entgiftungsmodi „warm“ und „lauwarm“ eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, die stationäre Therapie erfolgreich abzuschließen als die Patienten, die eine „kalte“ oder eine „Teil-“, Entgiftung wählten. In der UKPP können die Patienten bei Aufnahme den Entgiftungsmodus frei wählen. Bei unserer Studie handelt es sich um eine retrospektive Untersuchung, nicht um eine randomisierte Studie. Daher kann aus diesem Ergebnis nicht der Schluss gezogen werden, dass die Patienten in den verschiedenen Entgiftungsmodi unterschiedlich gut erfolgreich sind. So ist es denkbar, dass unterschiedlich motivierte Patienten auch unterschiedliche Entgiftungsmodi wählen (beispielsweise Patienten mit sehr hoher Abstinenzmotivation eher „kalt“ entgiften und Patienten mit überwiegender Fremdmotivation eher den „sanfteren“ warmen Modus wählen). Der Zusammenhang zwischen Motivation der Patienten und bevorzugtem



Entgiftungsmodus ist bisher nicht hinreichend untersucht, insbesondere nicht im Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund. Daher wäre eine prospektive Untersuchung sinnvoll, die auch die Motivation der Patienten mit genaueren Messinstrumenten erfasst als die sehr globale Variable im Aufnahmebogen der Station A6 (Eigen/Fremdmotivation), die hier als einzige Aussage zur Motivation herangezogen werden konnte.

Unser Ergebnis eines schlechteren Outcome von Patienten bei warmer Entgiftung steht nicht im Einklang mit der Literatur zu diesem Thema, die eine medikamentös gestützte Untersuchung auf Basis mehrerer Studien durchaus empfiehlt (O'Connor et. al. 1995; Franken & Hendriks, 1999).

#### **Zusammenfassung der Diskussion:**

Insgesamt zeigte diese Untersuchung in vielen Variablen jedoch die aus der Literatur bekannten Fakten zu Entgiftungsbehandlungen von Migranten und Aussiedlern. Wie in der Literatur beschrieben, sind die Aussiedler als Population bei der Entgiftung jünger (Bätz 2001), haben eine kürzere stationäre Aufenthaltsdauer (Bätz 2001) und brechen die Behandlung etwas häufiger ab, auch wenn in unserer Studie diese Ergebnisse teilweise nur im Trend erkennbar, aber nicht statistisch signifikant waren. Unsere Haupttheorie (Einfluss des Migrationsstatus auf die Abbruchhäufigkeit) hat sich hingegen nicht statistisch bestätigt.

Die Unterschiede verdienen aber Beachtung und weitere Untersuchungen, möglichst prospektiv und mit exakterer Messung insbesondere der Motivation, sind wünschenswert und zu fordern. Andererseits ist aus unserer Untersuchung durchaus ableitbar, dass die Unterschiede in prognoserelevanten Faktoren zwischen Aussiedlern, Migranten und Deutschen eher moderat ausgeprägt sind. So kann etwa die Behauptung, Aussiedler würden „praktisch nie“ (Dialog Jugendhilfe – Drogenhilfe) eine Entgiftung erfolgreich beenden als widerlegt gelten. Vieles, was über Aussiedler und ihre „schlechten Therapieerfolge“ gesagt wird, muss daher wahrscheinlich als Vorurteil gelten. Alle bis jetzt

publizierten Zahlen haben dies nur deskriptiv gezeigt, bis heute wurde der statistische Zusammenhang statistisch nicht einwandfrei geprüft. Unsere Haupttheorie (Einfluss des Migrationsstatus auf die Therapie) hat sich insgesamt nicht bestätigt.

Zahlreiche Studien haben den Einfluss der Ethnizität auf den Therapieerfolg und die Prognose untersucht (McCaul et. al. 2001, Franken 1999). Ethnische Unterschiede sind eindeutig von einer Migration abzugrenzen, dennoch bestehen deutliche Gemeinsamkeiten. Jedoch haben nicht alle Personen aus ethnischen Minderheiten migriert oder sie gehören zur 2. oder sogar schon zur 3. Migrantengeneration. Die kulturellen Sitten können durch mehrere Generationen weitergegeben sein. Unterschiede zwischen Rassen wurden in diesem Zusammenhang ebenfalls gut untersucht (Grella et. al. 2003, Breda & Heflinger 2004, Siqueland et. al. 2002). Der Einfluss dieser Variable ist aus den bisherigen Untersuchungen deutlich zu sehen, aber noch nicht abschließend zu verstehen.

Zusammenfassend haben unsere Daten die Hypothese nicht bestätigt, dass die Aussiedler sich statistisch signifikant in der Abbruchhäufigkeit während einer stationären Entgiftungstherapie unterscheiden. Dieser „schlechte Ruf“ könnte ein Vorurteil sein, das aus sprachlichen und kulturellen Missverständnissen geboren ist.

## 6. Schlussfolgerungen

Hauptziel unserer Untersuchung war die Beschreibung des Einflussfaktors „Migration“ auf die Behandlungsverläufe von opiatabhängigen Patienten während einer stationären Entgiftungsbehandlung. Erstmals wurde an einem nicht-selektierten Patientenkollektiv systematisch der Anteil von (Spät)Aussiedlern bestimmt. Der hohe Anteil von Migranten (39% der Patienten einer Opiatentgiftungsstation) und der hohe Anteil (14%) von Aussiedlern, überwiegend aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion zeigt, dass diese Populationen gegenüber ihrem Anteil an der Normalbevölkerung überrepräsentiert sind. Alleine diese hohe Prävalenz, die gut zu Schätzungen anderer Autoren passt, legt weitere Untersuchungen zu diesem Thema nahe, denn „Vorurteile“ und „klinische Weisheiten“ über „die Aussiedler“ sind häufig und werden in teilweise nicht sehr seriöser Form publiziert. Obwohl Aussiedler etwas häufiger abgebrochen haben, kann aus unserer Untersuchung nicht generell abgeleitet werden, dass Aussiedler eine schlechtere Prognose haben. Es ist denkbar, dass vieles, was zur „schlechteren Prognose“ gesagt wurde, auf Vorurteilen basiert. Auf der anderen Seite weist unsere Untersuchung deutlich darauf hin, dass sich Aussiedler in prognoserelevanten Variablen für den Therapieerfolg von deutschen Patienten unterscheiden können – so haben sie etwa ein durchschnittlich jüngeres Lebensalter.

Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass die „warmen“ und „lauwarmen“ Entgiftungsmodi einen negativen prädiktorischen Einfluss auf der regulären Therapiebeendigung hatten. Die Patienten, die diese Modi wählen, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, ihre Behandlung abzubrechen. Allerdings sind hieraus keine direkten Aussagen zur Effektivität der Behandlungen ableitbar. Es ist denkbar, dass schlechter motivierte Patienten nicht „kalt“ entgiften wollen.

Der Einfluss einer Migration auf die gängigen Einflussvariablen für die Prognose des Behandlungserfolgs, der in unserer Studie lediglich indirekt (über den Anteil der Therapieabbrüche) beurteilt wurde, sollte genauer untersucht werden.

Der sehr große Anteil an Aussiedlern und Migranten in der Entgiftungstherapie zeigt die Bedeutung der Drogenprobleme bei dieser Klientel.

Zu fordern sind systematische, prospektive Untersuchungen zum Einfluss einer Migration auf den Behandlungsverlauf. Solche Untersuchungen sollten insbesondere den Einfluss motivationaler Faktoren genauer analysieren, was aus unseren Daten nicht sicher möglich war, etwa mit Hilfe der TCU-Motivation Scales (De Weert-Van Oene et. al., 2001) oder der „The Motivational Checklist“ (Powell et. al., 1993).

## 7. Zusammenfassung

Migration findet als Risikofaktor für psychiatrische Erkrankungen zunehmendes Interesse. Eine Besonderheit in Deutschland ist der hohe Zuzug von Aussiedlern innerhalb der letzten beiden Jahrzehnte, insbesondere aus Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Obwohl Entgiftungsbehandlungen bei Migranten und Aussiedlern häufig als „schwierig“ gelten, existieren bisher nur wenig wissenschaftliche Untersuchungen zu den Charakteristika von Entgiftungsbehandlungen bei opiatabhängigen Aussiedlern.

Ziel dieser Untersuchung war, die Prävalenz und Charakteristika, deren Einfluss auf den Behandlungserfolg, von Migranten und Aussiedlern an der Universitätsklinik Tübingen, einer Klinik mit Regelversorgungsauftrag, zu erfassen.

In einer retrospektiven Untersuchung wurden alle stationären Entgiftungsbehandlungen bei Opiatabhängigkeit zwischen dem 1.10.2002 und dem 30.09.2004 erfasst und der Einfluss einer Migration untersucht (N = 399). Charakteristika der Entgiftungsbehandlungen wurden anhand der Krankenakte erfasst.

Der Gesamtanteil der Patienten mit Migration betrug 39% (14% Aussiedler, überwiegend aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion, 25 % Migranten aus anderen Staaten, überwiegend aus dem Mittelmeerraum). Aussiedler aus osteuropäischen und GUS-Staaten waren zum Zeitpunkt der Aufnahme signifikant jünger und hatten eine signifikant kürzere Dauer der Abhängigkeit als Deutsche ohne Migrationshintergrund. Bei einem hohen Anteil von Patienten mit Polytoxikomanie waren Aussiedler etwas häufiger isoliert opiatabhängig, aber dafür zeigte sich eine signifikant kürzere Abhängigkeitsdauer der Aussiedler (mit 8,82 Jahren gegenüber 15,47 Jahren bei Deutschen). 70 % der Aussiedler haben ihren Drogenkonsum erst nach Migration begonnen. Die Aufenthaltsdauer in der Klinik war zwischen den Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. Aussiedler beendeten die Therapie häufiger durch Behandlungsabbruch (55% Behandlungsabbrüche bei Aussiedlern, 36% bei

Deutschen ohne Migration), wobei dieser Unterschied nicht statistisch signifikant war. Die deutschen Patienten führten häufiger eine Teilentgiftung (36,7 %) durch als die Aussiedlern (11%) und die anderen Migranten (17%). Bei der Entlassung hatten deutsche Patienten häufiger eine medikamentöse Substitution als Aussiedler und andere Migranten (38,8 %, bzw. 21,8 und 21,2 %).

Durch logistische Regression wurden Prädiktoren für ein erfolgreiches Therapieende dargestellt. Positive Prädiktoren waren hierbei der Entgiftungsmodus (nicht-opiatgestützt versus opiatgestützt). Für „kalt“, „warm“, „lauwarm“ und „teilentgiftete“ Patienten betragen die Wahrscheinlichkeiten, die Therapie regulär abzuschließen, 67 %, 54 %, 46 % bzw. 73%. Auch eine geplante Anschlusstherapie und abgeschlossene Berufsausbildung waren positive Prädiktoren für einen erfolgreichen Therapieabschluss, wohingegen der Migrationshintergrund an sich keinen Einfluss auf Therapieerfolg zeigte.

Migranten stellen einen relevanten Anteil der Patienten mit Opiatabhängigkeit und unterscheiden sich in einigen prognoserelevanten Variablen. Die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit nationaler und internationaler Literatur diskutiert. Weitere Studien zum Einfluss des Faktors Migration sollten insbesondere motivationale Faktoren berücksichtigen.

## 8. Literaturverzeichnis

Afanasiev V (1997) Aussiedler in der stationären Therapie. In: Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart 1997; 49-53.

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

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

Bätz B (1998) Qualifizierte stationäre Akutbehandlung drogenabhängiger Migranten – erste Erfahrungen und Daten über ein neues Bedarfsorientiertes Behandlungsangebot. In: BINAD-Info 12, Juli-September 1998; 17-22

Bätz B (2001) Praxis der Behandlung abhängigkeitskranker Migranten in der WKPP Warstein: Qualifizierter Drogenentzug. In: Sucht und Migration-Konzepte und Praxis vor Ort erleben und erfahren- Fachtagung „on tour“-26./27. Juni 2001. Forum Sucht. Band. 29. Münster 2002; 71-92.

Bätz B (2002 a) Therapeutische Angebote für junge Migrantinnen und Migranten: Sind die Angebote ausreichend? Sind spezielle Angebote erforderlich? In: Barth, W., Schubert, C. (Hrsg.) Migration- Sucht- Hilfe: Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den System Suchthilfe und Migrationsberatung. Nürnberg 2002; 2002; 109-130

Bätz B. (2002 b) Drogenabhängige Migranten in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Warstein. In: Migration und Sucht: Beispielhafte Projekte und Angebote für junge Migrantinnen und Migranten. Dokumentation der Tagung des Landesentrums für Zuwanderung NRW in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie NRW und in Kooperation mit dem Diakonischen Werk Duisburg am 09.Mai 2001 im Technologiezentrum Duisburg. Duisburg 2002; 20-45

Bätz B (2003) Drogenabhängige Migranten – eine schwer erreichbare Gruppe? Suchtmedizin 5(2) 2003; 114-115.

Baudis R (1997) Gastarbeiterkinder. In: Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart 1997; 54-64.

Boos-Nünning U (1998) Die Sozialisation von Jugendlichen ausländischer Herkunft. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ( Hrsg.) Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg im Breisgau 1998; 11-32.

Breda C, Heflinger CA. (2004) Predicting incentives to change among adolescents with substance abuse disorders. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 2004, 30 (2); 251-267

Brewer, DD., Catalano, RF, Haggerty, K., Gainey, RR., Fleming, CB. (1998) A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. Addiction 1998, 93 (1); 73-92

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

Brünger, M. (1998) Reguläre und irreguläre Behandlungsbeendigung in der stationären Therapie von Alkohol- und Drogenabhängigen. Aachen 1998; 203-284

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2004) (Hrsg.) verfasst von Brucker, P., Dachs, R., Gallmann, U., Götz, A., Herwig, J., Jordan, R., Lang, E., Lederer, H., Schiedeck, A., Schindler, E., Schmidt, HJ., Sundelin, HJ., Wenzl, A. Migration und Asyl in Zahlen. Nürnberg 2004; 91S.

Bundesregierung (2002) Bundesregierung verstärkt Hilfsangebote für Aussiedler in der Drogen- und Suchthilfe. Sozialpolitische Umschau 16 192/2002 in: Bundesregierung online ([www.Bundesregierung.de](http://www.Bundesregierung.de))

Comer, RJ. (1995) Klinische Psychologie. Springer, Heidelberg 1995; 967S

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

Czycholl, D. (1996) Muss Fremdsein krank machen? Migration, Rauschmittelsucht und Suchtkrankenhilfe. In: Der Ausländerbeauftragte der Landesregierung des Freistaates Thüringen (Hrsg.), Muss Fremdsein krank machen? Jahrestagung Migration 1996. Erfurt 1996; 45-48

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

Czycholl, D. (1998a) Entwicklung einer spezialisierten Konzeption für die stationäre Therapie suchtkranker Migranten. In: Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und – gefährdeter Migranten. Berlin 1998; 91-105



Czycholl, D. (1998b) Ohne Chance im gelobten Land: Rauschmittelprobleme bei Aussiedlern. In: Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten. Berlin 1998; 39-48

Czycholl, D. (1998c) Stationäre Therapie für abhängigkeitskranke Migranten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ( Hrsg.) Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren. Band 41. Freiburg im Breisgau 1998; 116-135

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

Czycholl, D. (1999b) Stationärer Entwöhnungsbehandlung suchtkranker Arbeitsmigranten und Aussiedler. In: Salman, R., Tuna, S., Lessig, A. (Hrsg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen 1999; 146-157

Czycholl, D. (2002a) Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe. In: Barth, W., Schubert, C. (Hrsg.) Migration- Sucht- Hilfe: Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den System Suchthilfe und Migrationsberatung. Nürnberg 2002; 11-20

Czycholl, D. (2002b) Spezifischer Anforderungen an therapeutische Angebote für suchtkranke Migranten. In: Barth, W., Schubert, C. (Hrsg.) Migration- Sucht- Hilfe: Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den System Suchthilfe und Migrationsberatung. Nürnberg 2002; 103-107

Czycholl, D. (2003) Rauschmittelprobleme bei Aussiedlern. In: DBH-Bildungswerk (Hrsg.) Spätaussiedler: interkulturelle Kompetenz für die Straffälligenhilfe und den Justizvollzugsdienst. Scheßlitz 2003; 157-170

De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D. (1994) Circumstances, motivation, readiness, and suitability (the CMRS scales): predicting retention in therapeutic community treatment. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1994, 20: 495-515

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2003) Hüllinghorst, R., Kaldewei, D., Lindemann, F., Merfert-Diete, C. Jahrbuch Sucht 2003. Geesthacht, 2003; 256S

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2005) Hüllinghorst, R., Kaldewei, D., Lindemann, F., Merfert-Diete, C. Jahrbuch Sucht 2005. Geesthacht 2005; 216S

De Weert-Van Oene, GH., Schippers, GM., De Jong, CAJ., Schrijvers, GJP. (2001) Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001, 20; 253-261.

Dialog Jugendhilfe – Drogenhilfe (2005): Homepage der Jugendhilfe Osnabrück <http://www.dialog-jugendhilfe-drogenhilfe.de/osnabrück.php>

Dietz, B. (1998) „Wer bin ich? Was will ich?...“- Einstellungen und Orientierungen von jugendlichen Aussiedlern in Deutschland. In: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) *Deutsch sein und doch fremd sein: Lebenssituation und -perspektiven jugendlicher Aussiedler*. Bonn, 1998; Auf: <http://library.fes.de/fulltext/asfo/00223003.htm>

Dobkin, PL., De Civita, M., Paraherakis, A., Gill, K. (2002) The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction* 97, 347-356.

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

Friedmann, PD., Lemon, SC., Anderson, BJ., Stein, MD. (2003) Predictors of follow-up health status in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drug and Alcohol Dependence* 69; 243-251.

Galai, N., Safaeian, M., Vlahov, D., Bolotin, A., Celentano, DD. (2003) Longitudinal Patterns of Drug Injection Behavior in the ALIVE Study Cohort, 1988-2000: Description and Determinants. *American Journal of Epidemiology* 158, 695-704.

Gassmann, R. (2001) Migrationsspezifische Aspekte der Sucht. In: Rabes, M., Holterhoff-Schulte, I. (Hrsg.) *Sucht und Migration. Suchtgefährdung und Suchthilfekonzepte für junge Drogenkonsumierende aus Osteuropa. Dokumentation der Jahresfachtagung vom 21. November 2001*. Hannover 2001; 15-30

Grella, ChE., Hser, YI., Hsieh, SC. (2003) Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25: 145-154

Hansen, K., Heigl, K., Jillich, U., Rackl, Ch., Zaritzki, P. (2003) Integrationsprobleme und Konsequenzen für die stationäre Drogenentwöhnungsbehandlung von Migranten aus der Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS). *Suchtmedizin* 5(2); 113-114.

Heidebrecht, H. (1998) Deutsche aus Russland: lebens- und Migrationserfahrungen. In: *Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten*. Berlin 1998; 49-73

Hinz, H. (1998) Behandlung migrierter Patienten in einer Suchtfachklinik. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ( Hrsg.) Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg im Breisgau, 1998; 127-135

Hintze, J. (2004) NCSS and PASS. Number cruncher statistical systems. Kaysville, Utah, USA, 2004.

Hoffmann, K. (2004) Migranten als Patienten im Maßregelvollzug. Eine versorgungsepidemiologische Erhebung aus Baden-Württemberg. Nervenarzt 2006, 77: 50-57.

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

Hunner, C., Penka, S., Krieg, S., Heinz, A. (2001) Latente Ausschließung: Migranten und Drogenhilfe. Kriminological Journal 33(3); 216-224.

Isralowitz, RE. (2002) Religious Affiniton of Russian-Speaking Heroin Addicts in Israel. The Journal of Social Psychology 142(6); 791-793.

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

Jaccard, J., Wan, ChK. (1996) Lisrel approaches to interaction effects in multiple regression. Sage 1996; S98.

Kaya, D. (1999) Ansätze und Erfahrungen einer Langzeittherapieeinrichtung für drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft. In: Salman, R., Tuna, S., Lessig, A. (Hrsg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen 1999; 170-183

Kemptner, S. (1997) Arbeit mit Spätaussiedlern und Ihren Familien. In: Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart1997; 28-35

Köhler, M. (2003) Auffälligkeiten im Suchtverhalten und Drogenverständnis jugendliche Aussiedler. In: Krüger-Potratz, M. (Hrsg.) Kriminal- und Drogenprävention am Beispiel jugendlicher Aussiedler. Göttingen 2003; 17-21

Lange, E. (2003) Migration und Sucht: „Jede Suchttherapie kann nur erfolgreich sein, wenn der Mensch nach ihr in ein gesellschaftliches System integriert werden kann, d.h. die Voraussetzung dafür muss in der Therapie geschaffen werden.“ Biberach 2003; 1-46.

Loosen, W. (1997) Fachkonferenz „Sucht 1997“ in Hamburg: Viele Aussiedler werden in Deutschland süchtig. Deutsches Ärzteblatt 94 (47); SA-3156/B-2676/C-2484

Machleidt, W., (2002) Ethnizität und transkulturelle Phänomenologie psychischer Erkrankungen. In: Dettmers, Ch., Albrecht, NJ., Weiller, C. (Hrsg.) Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme in der Nervenheilkunde. Bad Honnef 2002; 90-109

Mertens, JR., Weisner, CM. (2000) Predictors of substance abuse treatment retention among women and men in an HMO. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 24(10); 1525-1533.

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

Rühl S, Currle E, Neske M. (Hrsg) (2003) Migrationsbericht 2003: Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration im Auftrag der Bundesregierung Bundesregierung (Hrsg.) von Berlin; 160S

Miretski, B., Schmidt, L. (2000) Eine andere Mentalität. Deutsches Ärzteblatt 38(97); S A2440

Moos, RH., Nichol, AC., Moos, BS. (2002) Risk factors for symptom exacerbation among treated patients with substance use disorders. In: Addiction 2002, 97, 75-85

Möller HJ, Laux G, Deister A (2001) Duale Reihe Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Auflage, Thieme, Stuttgart.

National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement (1997) 108. Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. NIH Consensus Statement Online, 1997 Nov 17-19; [2005, Mai, 26]; 15 (6): 1-38

O'Connor, PG., Waugh, ME., Carroll, KM. (1995) Primary care-based ambulatory opioid detoxification: the results of clinical trial. Journal of General Internal Medicine 10; 255-260.

Paraherakis A, Charney DA., Palacios-Boiy, J., Cill, K. (2000) An abstinence-oriented program for substance use disorders. poorer outcome associated with opiate dependence. Can J Psychiatry 45(10): 927-931.

Petry, NC. (2000) Effects of increasing income on polydrug use: a comparison of heroin, cocaine and alcohol. Addiction 95 (5); 705-717.

Powell, J., Dawe, S., Richards, D., Gossop, M., Marks, I., Strang, J., Gray, J. (1993) Can opiate addicts tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical prognosis. *Addictive Behavior* 18; 473-490.

Prager-Andresen, A. (2001) Langzeittherapie für Alkohol- und Medikamentabhängige aus den ehemaligen Ostblockstaaten- Ein Erfahrungsbericht. In: *Sucht und Migration- Konzepte und Praxis vor Ort erleben und erfahren- Fachtagung „on tour“- 26./27. Juni 2001. Forum Sucht. Band. 29. Münster 2002; 93-105*

Prendergast, ML., Podus, D., Chang, E., Urada, D. (2002) The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence* 67; 53-72.

Reid, G., Crofts, N., Beyer, L. (2001) Drug treatment services for ethnic communities in Victoria, Australia: an examination of cultural and institutional barriers. *Ethnicity and Health* 6(1): 13-26.

Reuther, T. (1998) Ausländerpolitik gesichert?! Grundlagen einer neuen Integrationspolitik für Fremde. In: *Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten. Berlin 1998; 9-8*

Rühl S (2001) Migrationsbericht 2001. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.). Berlin & Bonn 2001, 129S

Salman, R. (1998a) Interkulturelle Suchthilfe: Prävention und Beratung für Migranten in Hannover. In: *Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten. Berlin 1998; 19-30*

Salman, R. (1998b) Spezifische gesundheitliche Lage und Belastungen der Migranten. In: *Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten. Berlin 1998; 31-38*

Siqueland, L., Crits-Christoph, P., Gallop, R., Barber, JP., Griffin, LM., Thase, ME., Daley, D., Frank, A., Gastfried, DR., Blaine, J., Connolly, MB., Gladis, M. (2002) Retention in psychosocial treatment of cocaine dependence: predictors and impact on outcome. *The American Journal on Addiction* 11; 24-40.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. 2004; [www.statistik-portal.de](http://www.statistik-portal.de)

Statistisches Bundesamt Deutschland (2004) Bevölkerung. Wiesbaden 2004; [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

Toprak, MA., Lorenzen, S. (2000) Sucht. In: *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg im Breisgau 2000; 145-163*

Tuna, S. (1999) Entwicklung und migrationsbedingte Belastung als Suchtgefährdungspotentiale jugendlicher Migranten. In: Salman, R., Tuna, S., Lessig, A. (Hrsg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen 1999; 89-102

Verthein, U., Degkwitz, P. (1998) Lebensbiographische Hintergrund und Belastungen im Kindes- und Jugendalter bei Opiatabhängigen. In: <http://suchtmedizin.info/methadon/methadon-heroin/verthein.htm>

Weltgesundheitsorganisation / Dilling (2005) (Hrsg.) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien; 369S

Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003) Kulturelle Missverständnisse. Deutsches Ärzteblatt 2003, PP2, Mai (5); 213-215

Zarkin, GA., Dunlap, LJ., Bray, JW., Wechsberg, WM. (2002) The effect of treatment completion and length of stay on employment and crime in outpatients drug-free treatment. Drug and Alcohol Abuse Treatment 23; 261-271.

## 9. Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BVFG	Bundesvertriebenengesetz
bzw.	beziehungsweise
d.h.	dass heißt
Ex-UdSSR	Ehemalige Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken
HIV	human immuno deficiency virus
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
mg	Milligramm
Tab.	Tabelle
UKPP	Universitätsklinikum für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
usw.	und so weiter
WKPP	Warstein Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie
z. B.	zum Beispiel

## **Danksagung:**

Mein besonderer Dank richtet sich in erster Linie an meinem Betreuer, Herrn Dr. Alexander Rapp, der auf die Idee dieser Untersuchung kam und mich von Anfang an als immer erreichbarer, hilfsbereiter Ansprechpartner während des gesamten Promotionsvorhabens begleitet hat. Ich danke ihm für die hervorragende Unterstützung, Motivation, kritischen Anmerkungen und die kostbare Hilfe bei den zahlreichen Korrekturen meines „Ausländer-Deutschs“.

Frau Dr. Susan Collins hat die statistische Auswertung der Daten vorgenommen und damit die „Knochenarbeit“ der Untersuchung geleistet. Ich möchte ihr von ganzem Herzen für ihren unermüdlichen Einsatz, die unzähligen Überarbeitungen, ihre unermessliche Geduld und ihren Perfektionismus danken.

Großen Dank gilt auch meinen Doktorvater und verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Anil Batra, der mich und meine Arbeit in ganz besonderem Maße begleitete und mir während des gesamten Entstehungsprozesses mit viel Geduld, konstruktiven Anregungen und Hilfsbereitschaft jederzeit zur Seite stand.

Bei den Mitarbeitern der Station A 6 des Psychiatrischen Universitätsklinikums Tübingen und den Mitarbeiterinnen des Archivs möchte ich mich für die Bereitstellung der notwendigen medizinischen Dokumentationen und Informationen bedanken.

Ein herzliches Dankeschön richte ich an meinen Schwiegervater, Herrn Dr. Frieder Gaenslen, der mir neben zahlreichen Formulierungshilfen bei der Verbesserung der für mich schwierigen Grammatik half.

Für die liebevolle Unterstützung bei meiner eigenen Migration, während der Integrationsphase, insbesondere beim Erlernen der deutschen Sprache, sowie für die Hilfe bei der Entstehung dieser Studie bedanke ich mich bei meinem einzigartigen Ehemann Dr. Rüdiger Gaenslen ganz herzlich.

Meinen Eltern danke ich für ihre Großzügigkeit, Toleranz und nicht zuletzt für ihre unermüdliche Unterstützung und Ermutigung auf meinem gesamten bisherigen Lebens- und Berufsweg.

Nicht zuletzt gilt mein Dank allen Menschen, die mich bis heute in meinem neuen Zuhause unterstützen und mir immer zur Seite stehen.



## Lebenslauf

	<p><b>Alexandra Gaenslen</b></p> <p>Geburtsdatum: 22.09.1980 Geburtsort: Kiew/Ukraine</p>
<p><b>Schulbildung</b></p> <p>09/1987 - 5/1992 09/1992 - 06/1994 09/1994 - 06/1997  06/1997</p>	<p>Mittelschule in Jakutzk/Russland Mittelschule in Kiew/Ukraine Medizinisches Lyzeum Nr. 2 der nationalen medizinischen Bogomolez-Universität Reifezeugnis über die erweiterte allgemeine Mittelschulbildung, Bildungsministerium der Ukraine (entspricht Abitur)</p>
<p><b>Studium</b></p> <p>09/1997 - 06/2003  06/2003  06/2003 10/2003 - 11/2004  16/11/2004 12/2004 - 05/2006</p>	<p>Nationale Medizinische Bogomolez-Universität: Fachrichtung Humanmedizin („Heilwesen“) Zertifikat zur Verleihung der Qualifizierung als Ärztin, Gesundheitsministerium der Ukraine Diplom vom Fachmann für das Fach „Heilwesen“, Nationale medizinische Bogomolez-Universität Universität Tübingen Praktisches Jahr; Wahlfach: Neurologie Drittes Staatsexamen Dissertation zum Thema Sucht und Migration: Retrospektive Analyse von Behandlungsverläufen Opiatabhängiger an der UKPP Tübingen</p>
<p><b>Praktische Erfahrungen</b></p> <p>07/2005 – 09/2005  seit 11/2005</p>	<p>Gesundheits- und Rehasentrum Schwäbische Alb Behandlung von neurologische, orthopädische und rheumatologische Patienten Neurologische Klinik mit Schwerpunkt Neurodegenerative Erkrankungen am Hertie-Institut für klinische Hirnforschung</p>