

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work

ISSN 1861-0110

INDRO e.V.

Kommentar / Commentary

Harm Reduction bei Drogen konsumierenden Migranten

[Harm reduction targeting drug using migrants]

ANNE KOOPMANN (Dipl.-Päd./MA) & SABINE STURM (MA/MA)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2010;7:13-19**, URL: www.indro-online.de/KoopmannSturm2010.pdf

1. Einleitung

Der gravierende Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf die gesundheitliche Lage des Menschen ist in den Sozialwissenschaften hinlänglich bekannt (Boos-Nünning, Otyakmaz 2002): Je niedriger der sozio-ökonomische Status, desto schlechter der subjektiv wahrgenommene und objektiv gegebene Gesundheitszustand. Neben dem sozio-ökonomischen Status, der bei 52% der jungen Migranten in Deutschland niedrig ist (Erhart et al 2008), spielen vor allem die Wohnsituation, die Erfahrung von Gewalt und unvollständige Familiensysteme eine entscheidende Rolle bei der Ausprägung psychischer Krankheiten, zu denen auch Drogenabhängigkeit gezählt wird (Erhart et al. 2007). Deshalb verwundert es nicht, dass seit Ende der 1990er Jahre verstärkt junge Menschen mit Migrationshintergrund in der öffentlich sichtbaren Drogenszene wahrgenommen werden. Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion (SU) und Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bilden die größte Gruppe Drogen konsumierender Migranten in Deutschland. Schätzungen gehen davon aus, dass 5% aller hier lebenden Menschen mit Migrationshintergrund Konsumenten illegalisierter Drogen sind (Bätz 2002). Dezidierte Angaben über die Anzahl von in Deutschland lebenden Drogenkonsumenten mit Migrationshintergrund liegen jedoch noch immer nicht vor, da viele aufgrund ihres deutschen Passes in Statistiken nicht gesondert erfasst werden. Zudem neigen Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund ihrer Herkunftskultur und den häufig gemachten Stigmatisierungserfahrungen in Deutschland zu besonderer Zurückhaltung gegenüber „`offiziellen Organen` des Staates, zu denen eine universitäre Forschergruppe sehr schnell gezählt werden kann“ (Czycholl 2002a, 174).

Im Folgenden werden unter Menschen mit Migrationshintergrund im Sinne des Mikrozensus 2005 Ausländer und Deutsche mit Migrationshintergrund (sowohl mit als auch ohne eigene Migrationserfahrung) verstanden (Statistisches Bundesamt 2006).

2. Mögliche Gründe für den Drogenkonsum bei Migranten

Salman bezeichnet das Suchtverhalten als „destruktive Copingstrategie“ (Salman 2003, 92), also als Reaktion auf besonders tiefgreifende Veränderungen und Belastungen der Migration. Bis heute konnte allerdings keine eindeutige Korrelation zwischen einem bestimmten Problemkomplex und der Ausprägung abweichenden Verhaltens bei Migranten nachgewiesen werden. In der einschlägigen Literatur werden jedoch immer vier mögliche Ursachen zur Erklärung abweichenden Verhaltens herangezogen, die im Fol-

genden kurz dargestellt werden sollen.

Die Übersiedelung

Migration ist weit mehr als die Wanderung eines Individuums und die Verlagerung des Lebensmittelpunkts. Migration bedeutet für die heutigen definitiven Migranten im Gegensatz zu den früheren semi-definitiven Migranten (Gastarbeitern) eine dauerhafte Trennung von allem Vertrauten. Der gesamte Sozialisationsprozess im Bezug auf Arbeiten, Wohnen und soziale Integration muss neu vollzogen werden (Czycholl 2002). Vor allem bei Jugendlichen ist bekannt, dass sie häufig der Zwangsmigration ausgesetzt sind, also gegen ihren Willen von ihren Eltern mitgenommen werden (Bätz, 2002). Nach der Migration erweisen sich oft die Pull-Faktoren als Illusion. Trotz dieser möglichen Probleme, die sich aus der Übersiedelung ergeben können, ist ein Zusammenhang zwischen Migration und psychischer Krankheit bzw. Drogenkonsum nicht hinreichend erwiesen.

Der Kulturkonflikt

Wie oben beschrieben, kommen die meisten Konsumenten illegalisierter Substanzen aus den Ländern der ehemaligen SU und der Türkei, also aus Kulturkreisen, die eher eine kollektivistische, traditionsorientierte Gesellschaftsstruktur im Gegensatz zu der individualistischen Kultur in Deutschland aufweisen. Vor allem Jugendliche erleben dadurch einen Spannungszustand zwischen dem autoritären und traditionsbewussten, auf Zusammengehörigkeitsgefühl bestehenden Elternhaus und dem, aus ihrer Sicht, liberalen Schul- und Ausbildungssystem und dem Lebenskontext ihrer Freunde ohne Migrationshintergrund. Dennoch konnte ein möglicher Kulturkonflikt, entgegen ersten Annahmen, nicht als Ursache für Drogenkonsum nachgewiesen werden (Boos-Nünning, Otyakmaz 2002). Deutlich entscheidender für die Entwicklung abweichenden Verhaltens ist die Situation im Zielland.

Die Marginalisierung

In den Bereichen Wohnen, Bildung und Gesundheit ist die Marginalisierung von Migranten auffällig. Durch aktive und passive Segregation wohnen Migranten überproportional häufig in sozialen Brennpunkten mit schlechter Infrastruktur, engen Wohnungen, mangelnden Spracherwerbsmöglichkeiten sowie häufigen Konflikten (Häußermann, Siebel 2004). Aus dieser zunächst räumlichen Segregation kann durch die genannten Merkmale eines Brennpunktes eine soziale Segregation werden. Einer Studie zufolge leben vor allem türkische Migranten und Spätaussiedler überproportional oft in solchen Brennpunkten (Boos-Nünning, Otyakmaz 2002). Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien besuchen mehr als doppelt so häufig die Hauptschule wie Schüler ohne Migrationshintergrund. Dass der Besuch dieser Schulform mit einem riskanten Konsumverhalten bezüglich Drogen korreliert, konnte durch die KiGGS Studie nachgewiesen werden (Lampert, Thamm 2007). Auch bei der Suche nach einem Arbeits- oder Ausbildungsplatz sind Migranten, vor allem Spätaussiedler und Jugendliche mit türkischem Migrationshintergrund, deutlich benachteiligt (Boos-Nünning, Otyakmaz 2002). Die möglichen Folgen, nämlich ein niedriger sozioökonomischer Status und schlechte Zukunftsaussichten begünstigen riskantes Verhalten. Die KiGGS Studie konnte ebenfalls aufzeigen, dass sich jugendliche Spätaussiedler von allen befragten Teilnehmern am wenigstens gesund fühlen und häufig unter Befindlichkeitsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen leiden (Erhart et al. 2008). Da die psychosoziale Versorgung von Migranten in Deutschland noch immer mangelhaft ist, bleiben sie häufig allein und unverstanden mit ihren Symptomen (Spiewak 2010). Die Folgen können Ärzte-Hopping, hohe Kosten für die Krankenkassen und Substanzmissbrauch sein. Dennoch sieht das Bundessozialgericht eine Psychotherapie in der Muttersprache als eine nicht notwendige Krankenbehandlung an (ebd.).

Der Verlust protektiver Faktoren

Zum Zusammenhang von Drogenkonsum und dem Verlust protektiver Faktoren fehlen bis heute empirische Untersuchungen, dennoch sollen hier einige mögliche Gründe für abweichendes Verhalten genannt werden (Boos-Nünning, Otyakmaz 2002). Es ist auffallend, dass bei der Gruppe der Drogen konsumierenden Menschen mit Migrationshintergrund eine Rückkehroption in die Heimat bzw. in das Land der Vorfahren im Gegensatz zu den Gastarbeitern entfällt. Durch die Migration ändert sich häufig auch die

Rollenverteilung innerhalb einer Familie, da der Vater oft seine Rolle als Ernährer einbüßt und die Mutter durch die Annahme von Arbeiten im Niedriglohnssektor die Familie zu finanzieren versucht. Unter der Berücksichtigung, dass auch Freunde und entferntere Verwandte häufig im Herkunftsland verbleiben, könnte hier entsprechend der Kontrolltheorie von Hirschi ein Grund für den Konsum illegalisierter Substanzen als Folge gelockerter sozialer Bindungen liegen.

3. Migranten und Drogenkonsum- eine Situationsbeschreibung

In Anbetracht der vielfältigen Problemkonstellationen, denen Migranten ausgesetzt sind und die nur bedingt aufgefangen werden können, da protektive Faktoren verloren gegangen bzw. lediglich in abgeschwächter Form vorhanden sind, verwundert es nicht, dass einige Migranten illegalisierte Drogen konsumieren. „Drogenkonsum erhält hier sinn- und identitätsstiftende Funktionen, die eine psychosoziale Stabilisierung im Cliquenkontext bewirken (können)“ (Koopmann, Sturm 2009, 31).

Erst vor ca. 10 Jahren wurden Menschen mit Migrationshintergrund nicht mehr nur als Dealer, die „das Heroin nach Deutschland bringen“ gesehen, sondern gerieten als Konsumenten in den Fokus der Drogenhilfe (Boos-Nünning, Otyakmaz 2002). Nur vereinzelt gab es zuvor schon Beratungsangebote für türkischsprachige Migranten (mudra 2003). Vor allem Spätaussiedler fielen Ende der 1990er Jahre durch exzessiven polyvalenten Konsum öffentlich auf bei gleichzeitiger fehlender Anbindung an das Drogenhilfesystem in Deutschland. Ende der 1990er Jahre erschienen deshalb erstmals wissenschaftliche Publikationen und einzelne Studien zur gesundheitlichen Situation von Drogen konsumierenden Spätaussiedlern. Auch erste Praxisprojekte wurden etabliert, wie bei mudra in Nürnberg 1998 oder bei INDRO in Münster 1999 (INDRO e.V. 2010). Die Versorgungslage von Drogen konsumierenden Spätaussiedlern hat sich seitdem ohne Zweifel verbessert, dennoch ist sie bis heute nicht ausreichend. Gründe hierfür sind u.a. zahlreiche Zugangsbarrieren seitens der Migranten (Sprachbarriere, Informationsdefizite) und auf Seiten der Einrichtungen (Hochschwelligkeit, fehlende Interkulturalität, Kontingentierungen) (Koopmann 2008). Die schlechte Versorgungslage speziell von Spätaussiedlern wird besonders deutlich, wenn man die Drogentodeszahlen für Deutschland betrachtet. Während mit Einführung der Drogenkonsumräume und der ausgeweiteten Möglichkeit der Substitutionstherapie die Zahlen insgesamt rückläufig sind, bleibt die Anzahl der Aussiedler unter den Drogentoten nahezu stabil (Abb. 1).

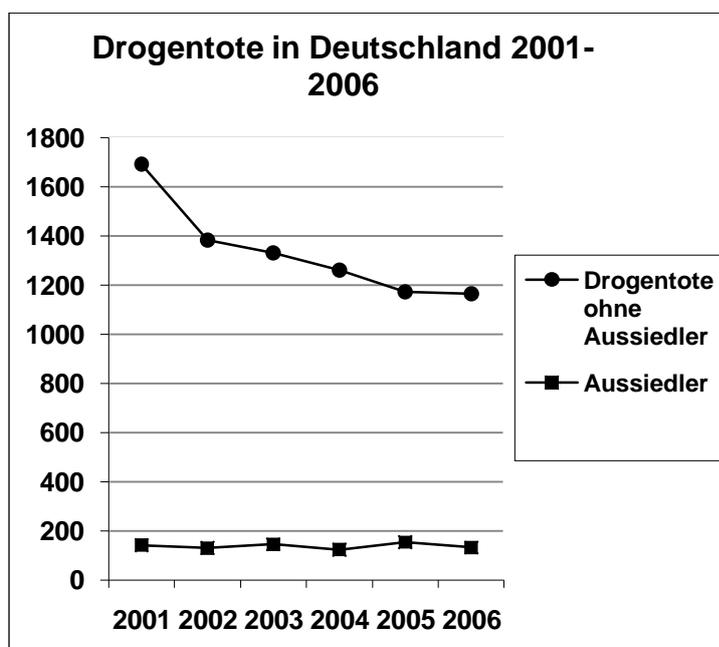


Abb. 1: Sturm, Koopmann 2006

Sie machen bei einem Bevölkerungsanteil von ca. 5,4% immer noch 9-12% der Drogentoten aus (Sturm, Koopmann 2006). Dass seit 2007 die Daten zu Aussiedlern nicht mehr veröffentlicht und auch auf Nachfrage bei der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) und dem Bundeskriminalamt (BKA) nicht zugänglich gemacht werden, drängt den Verdacht auf, dass die Problematik verschleiert werden soll. Vor allem im Bereich der Hepatitisinfektion ist der Gesundheitszustand von Drogen konsumierenden Menschen mit Migrationsvorgeschichte deutlich schlechter als von Konsumenten, die nicht zur Gruppe der Migranten zu zählen sind. Eine Studie des ZIS Hamburg ergab, dass 40% aller untersuchten Spätaussiedler mit HAV, HBV und HCV infiziert waren. Bei Deutschen ohne Migrationshintergrund betrug die Rate nur ca. 25%, obwohl die Probanden im Durchschnitt älter waren und länger i.v. konsumierten als die Gruppe der Spätaussiedler. Auch Migranten der 2. Generation und türkische Migranten hatten mit Werten über 30% eine erhöhte Durchseuchungsrate gegenüber Konsumenten ohne Migrationshintergrund (Reimer 2008). Diese Tatsache kann zum einen damit erklärt werden, dass in den Herkunftsländern der Migranten eine höhere HAV-Infektionsrate existiert als in Deutschland. Dort wird Drogenkonsum in der Regel tabuisiert, wodurch es bei Menschen mit Migrationshintergrund häufig an Safer-Use- und Substanzaufklärung mangelt, was bei vielen ein mangelndes Bewusstsein bezüglich der Wirkungen und Gefahren des Drogenkonsums nach sich zieht (Koopmann, Sturm 2009). Auch mangelt es häufig an schadensminimierenden Hilfen. In Deutschland erreichen Harm-Reduction-Angebote Migranten oftmals nicht bzw. zu spät, da sich Zuwanderer vorwiegend in den eigenen ethnischen Gruppen bewegen und wenig Kontakt zur einheimischen Szene und der Drogenhilfe haben.

Auch die Rate der HIV-Infizierten ist in den Ländern der ehemaligen SU dramatisch angestiegen. „Die Ukraine ist aktuell das europäische Land, das am stärksten von HIV betroffen ist“ (Rosenbaum 2009). Insgesamt leben 1,5 Mio Infizierte in Osteuropa und Zentralasien, von denen sich 80% durch needlesharing mit dem Virus infiziert haben (Warpakowski 2009). Dadurch kommt ein Teil der Migranten bereits infiziert nach Deutschland. Eine Studie der Stiftung Sozialpädagogisches Institut Berlin zum Wissensstand von in Deutschland lebenden Migranten über HIV/AIDS ergab, dass weniger als 50% der befragten Personen aus Osteuropa sicher wussten, was unter HIV/AIDS zu verstehen ist. Lediglich 64,5 % gaben an, sich der Gefahr der gemeinsamen Nutzung eines Spritzbestecks bewusst zu sein (Steffan, Sokolowski 2005).

Daneben ist einer Befragung von Suchtexperten in Hamburg zufolge „vor allem der frühe Einstieg in den intravenösen Konsum alarmierend“ (Haasen et al. 2005, 349). Spätaussiedler sind im Durchschnitt beim Erstkonsum vier Jahre jünger als Deutsche ohne Migrationshintergrund.

In Anbetracht der Fakten zur möglichen Suchtgefährdung und zum riskanten Konsumverhalten von Migranten erscheint es notwendig, ihnen besondere Aufmerksamkeit bezüglich der Anbindung an das Hilfesystem zu schenken.

4. Praxisorientierte Handlungsvorschläge

Verbesserungswürdig sind drei Bereiche: die Situation in den Herkunftsländern bezüglich Substanzaufklärung und Versorgung von Opiatkonsumenten, in Deutschland die Aufklärungsarbeit über das europäische Drogenhilfesystem und die Bereitstellung niedrigschwelliger, schadensminimierender Hilfen, die so beschaffen sein müssen, dass sie von den Migranten auch angenommen werden (können).

Untersuchungen zufolge beginnt die Mehrzahl der Zuwanderer aus Osteuropa erst in Deutschland mit dem Konsum von „harten“ Drogen (Heroin, Kokain). 2003 waren es nur 20% der Aussiedler, die illegalisierte Substanzen konsumieren und polizeilich auffällig wurden, die dies schon im Herkunftsland taten (BMG 2004). Allerdings steigt die Anzahl derer, die bereits als Konsumenten nach Deutschland kommen durch die wirtschaftliche und politische Situation in den ehemaligen Staaten der SU an (Koopmann 2008). Hier sind zum einen die Regierungen der Herkunftsländer gefragt, sich mit der Situation sachgerecht auseinanderzusetzen und Aufklärungsarbeit zu leisten, zum anderen können europäische Staaten durch die Bereitstellung von Materialien und praktisch erprobten Konzepten helfen (Rosenbaum 2009). Eine Enttabuisierung des Drogenkonsums in der Türkei und Osteuropa würde nicht nur die Versorgung der Konsumenten verbessern, sondern möglicherweise auch zu einem gesellschaftlichen Umden-

ken führen, so dass präventive Aufklärung schon in den Schulen und auch in den Familien geleistet werden kann. Dringend notwendig sind vor dem Hintergrund der o.g. Zahlen zur Hepatitis- und HIV-Rate in den Herkunftsländern Spritzentauschprogramme und die flächendeckende Einführung der Substitutionsbehandlung, die in der Türkei und in Russland nicht als Therapie zugelassen ist (Gerlach 2010). Nicht nur russische Politiker leugnen, dass Substitutionsbehandlungen und Spritzentauschprogramme wirksame Harm-Reduction-Strategien sind (Warpakowski 2009), auch einige Spätaussiedler sehen in der in ihren Augen liberalen Drogenpolitik in Deutschland die Ursache des Drogenproblems (Salman 2002).

Aufgabe der Drogenhilfe in Deutschland ist es, durch die Bereitstellung von niedrigschwelligen, akzeptanzorientierten Hilfen Zugangsbarrieren abzubauen und die Reichweite von Drogenhilfe zu erhöhen. Wie eine Studie von Gaitanides nachweist, werden diese Hilfen fast dreimal so stark von Migranten frequentiert als klassische, ausstiegsorientierte Beratungsangebote (Gaitanides 1998). Eine weitere Möglichkeit Safer-Use-Methoden frühzeitig zu vermitteln bietet sich im Rahmen eines stationären qualifizierten Drogenentzuges, da Aussiedler im Durchschnitt 2 Jahre früher eine Entgiftungsstation aufsuchen als in Deutschland geborene Drogenkonsumenten ohne Migrationsvorgeschichte (Bätz 2000). Um hier jedoch wirkungsvoll Harm-Reduction-Strategien vermitteln zu können, dürfen Menschen mit Migrationshintergrund nicht aufgrund dieser Tatsache von Hilfen ausgeschlossen bzw. ihre Anzahl kontingentiert werden (Sturm, Koopmann 2006)!

Neben der Erleichterung des Zugangs zu Hilfsangeboten und der verbesserten Aufklärung über schadensminimierende Strategien sollte in den Einrichtungen die interkulturelle Kompetenz ausgebaut werden. Wichtige Schritte in diese Richtung sind u. a. die Bereitstellung muttersprachlicher Informationen sowie die Organisation muttersprachlicher Informationsveranstaltungen, die Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und die gezielte Fortbildung einheimischer Mitarbeiter. Die interkulturelle Kompetenz muss als Basisprinzip in den Einrichtungen etabliert werden (Koopmann 2008). Spezielle, migrantenspezifische Einrichtungen sind dann sinnvoll, wenn die Regeldienste keine befriedigenden Angebote vorweisen können. Sie sollen allerdings integrierend und die Angebote der Hilfeinrichtungen ergänzend, nicht ersetzend wirken (Salman 2002).

Ein weiterer Schwerpunkt in der Arbeit mit Drogen konsumierenden Migranten sollte in der Aufklärung über die verschiedenen Angebote der Drogenhilfe liegen. Dies kann sowohl durch knappe schriftliche Informationen in der Muttersprache als auch durch mündliche Mitteilungen geschehen. Jedes Hilfsangebot muss nicht nur an die Bedürfnisse der Migranten angepasst werden, sondern auch auf eine Art und Weise an sie heran getragen werden, die Möglichkeiten, Grenzen, Ziele und die Eigenverantwortung verständlich machen. Mit der Verbreitung sachgerechter Informationen muss nicht nur die „eigentliche Zielgruppe“ erreicht werden, sondern es sollten auch Familie und Freunde miteinbezogen werden, da diese, wie oben ausgeführt, einen sehr hohen Stellenwert für junge Menschen mit Migrationshintergrund haben. Daher ist die Kooperation mit verschiedenen Institutionen vor Ort, wie Schulen, (Sport-) Vereinen, Wohlfahrtsverbänden, Migrationsdiensten usw. notwendig, um die entdramatisierenden, sachlichen Informationen möglichst weit unter den Migranten zu verbreiten. Aufsuchende (muttersprachliche) Informationsveranstaltungen sollten neben Schulen auch in Jugend- und Freizeiteinrichtungen sowie in Gemeindehäusern stattfinden (Salman 2002).

Bei der Aufklärung über Angebote des deutschen Drogenhilfesystems ist es wichtig, die klare Trennung zwischen Justiz und Drogenhilfe aufzuzeigen. Den Zuwanderern muss deutlich werden, dass die Inanspruchnahme von Hilfen nicht automatisch mit einer strafrechtlichen Verfolgung verbunden ist.

Durch die Beseitigung der Mängel in den drei genannten Bereichen kann die Situation von drogenkonsumierenden Migranten in Deutschland deutlich verbessert werden. Es wäre wünschenswert, dass Weiterentwicklungen nicht an den Kosten scheitern. Doch scheinbar besteht einmal mehr „Einigkeit darüber, dass keine zusätzlichen Kosten, kein zusätzlicher Zeitaufwand und keine zusätzlichen Verantwortlichkeiten die Folge sein dürfen“ (Salman 2002). Investitionen sind jedoch nötig, um geeignete schadensminimierende und präventive Maßnahmen und Angebote zu etablieren, welche auf lange Sicht sogar die Ausgaben von Staat und Krankenkassen minimieren würden.

Und vielleicht wird dann auch wieder die Anzahl der Aussiedler unter den Drogentoten offiziell bekannt gemacht...

5. Literaturverzeichnis

BÄTZ B (2000): Aussiedler und illegale Drogen. In: DHS (Hrsg.): Individuelle Hilfen für Suchtkranke - früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren. Lambertus, Freiburg 2000, 333-353

BÄTZ B (2002): Therapeutische Angebote für junge Migrantinnen und Migranten. In: BARTH W, SCHUBERT C (Hrsg.): Migration-Sucht-Hilfe. Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationsberatung. Emwe-Verlag, Nürnberg 2002, 109-130

BOOS-NÜNNING U, OTYAKMAZ B (2002): Deutschsprachige Literatur zu Migration und Sucht. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.): Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos, Baden-Baden 2002, 9-84

DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG (Hrsg.) (2004): Drogen- und Suchtbericht 2003. Berlin

CZYCHOLL D (2002): Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe. In: BARTH W, SCHUBERT C (Hrsg.): Migration-Sucht-Hilfe. Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationsberatung. Emwe-Verlag, Nürnberg 2002, 11-20

CZYCHOLL D (2002a): Migration und Suchtrisiken: Defizite in der Versorgung gefährdeter junger Aussiedler. In: COLLATZ J, HEISE T (Hrsg.): Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedlern. VWB, Berlin, 171-182

ERHART M. et al (2008). Migration und gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter. In Richter, M. et al (Hrsg.), Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Juventa, Weinheim, 141-159

ERHART M. et al (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz. Springer Medizin Verlag, Berlin, 800-808

GAITANIDES S (1998): Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. In: DHS (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Lambertus, Freiburg im Breisgau, 62-76

GERLACH R (2010): Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten. Jahresbericht für 2009. INDRO e.V., Münster 2010.

HAASEN C et al. (2005): Die Situation von russischsprachigen Drogenabhängigen in Hamburg aus Expertensicht. In: Sucht 51 (6), 349-351

HÄUBERMANN H, SIEBEL W (2004): Stadtsoziologie. Eine Einführung. Campus Verlag, Frankfurt am Main

INDRO (2010): Betreuungsangebote für Aussiedler. In: INDRO (Hrsg.): Jahresbericht 2009/2010. Münster, 28-33

REIMER J (2008): Hepatitis C bei drogenabhängigen Migranten. In: ZIS, Aktionsbündnis HCV und Drogengebrauch (Hrsg.): Neue Modelle erfolgreicher HCV-Arbeit. Berlin, 35-38

KOOPMANN A, STURM S. (2009): Migration und ambulante Drogenhilfe – neue Perspektiven. In: Schneider W, Gerlach R (Hrsg.): Drogenhilfe und Drogenpolitik – kritische Gegenwartsdiagnosen. VWB,

Berlin, 29-37

KOOPMANN A (2008): Drogenkonsum von jugendlichen Spätaussiedlern. Migrationsspezifische Aspekte und Drogenhilfepraxis. INDRO e.V., Münster

LAMPERT T, THAMM M (2007): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz. Springer Medizin Verlag, Berlin, 600-608

ROSENBAUM M (2009): Ukraine: Sozialarbeit zur Linderung existentieller Not. In: <http://www.caritas-international.de/27784.html> (letzter Abruf 11.06.2010)

SALMAN R (2002): Migration und Sucht in Deutschland. In: LWL(Hrsg.): Sucht und Migration – Konzepte und Praxis vor Ort erleben und erfahren. Forum Sucht Band 29. Münster, 7-17

SALMAN R (2003): „Gesunde Integration“ – Kultursensible Suchthilfe als Beitrag zur Integration. In: LWL (Hrsg.): Best Practices – in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Russlanddeutschen in der ambulanten Suchthilfe. Forum Sucht Band 34. Münster 2, 98-97

SPIEWAK M: Lerne Deutsch oder leide. Psychosoziale Hilfe für Migranten. In: Die Zeit 20.05.2010 (21). <http://www.zeit.de/2010/21/Migranten-und-Psyche> (letzter Abruf 13.06.2010)

STEFFAN E, SOKOLOWSKI A (2005): HIV/AIDS und Migrant/innen. Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste. Nationale Auswertung für Deutschland. Berlin. In: <http://www.bmg.bund.de/> (letzter Abruf 20.06.2010)

STATISTISCHES BUNDESAMT (2006): Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden

STURM S, KOOPMANN A (2006): Suchtprobleme von Migranten aus der GUS. Suchttherapie (10. Ergänzungslieferung) 1-19.

WARPAKOWSKI A (2009): Weltaidstag am 1. Dezember: Brennpunkt Osteuropa. Deutsches Ärzteblatt 106 (48), A-2401

**Korrespondenzadresse /
Address for correspondence:**

Anne Koopmann
INDRO e.V.
Bremer Platz 18-20
D-48155 Münster
Email: indroev@t-online.de

Veröffentlicht / Published:
11. August 2010 / August 11, 2010

Eingereicht / Received:
15. Juli 2010/ July 10, 2010

Angenommen / Accepted:
9. August 2010/ August 9, 2010