Aus dem Institut für Medizinische Psychologie
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. Hans-Joachim Hannich)
der Universitätsmedizin der Universität Greifswald

Über den Zusammenhang von Akkulturation und psychischer Gesundheit von Migranten am Beispiel von Russlanddeutschen in Mecklenburg-Vorpommern

Inaugural - Dissertation
zur

Erlangung des akademischen
Grades
Doktor der Medizin
(Dr. med.)

der
Universitätsmedizin
der

Universität
Greifswald

2018

vorgelegt von:
David Anders
geb. am: 08.08.1985
in: Ankum

Dekan:	Prof. Dr. Max P. Baur
1. Gutachter:	Prof. Dr. Dr. Ulrich Wiesmann
2. Gutachter:	Prof. Dr. Heide Glaesmer
Ort, Raum:	Greifswald, Klinikum Neubau, SR J 02.16
Tag der Disputation:	25.02.2019

ZUSAMMENFASSUNG

HINTERGRUND: Die Begegnung von Migrant und Gesellschaft im Ankunftsland ist ein vielschichtiger Prozess, den man im 20. Jahrhundert begann eingehender zu erforschen. Es entstanden verschiedene Modelle zur Beschreibung der soziokulturellen und psychologischen Vorgänge auf individueller und Gruppen-Ebene. Dieser Prozess wird als *Akkulturation* bezeichnet, und das Modell des kanadischen Migrationssoziologen John W. Berry (1987) hierzu blieb bis heute dasjenige mit dem größten Einfluss. In dem bilateralen Prozess des Aufeinandertreffens hat er Akkulturationsstrategien der Migranten differenziert und beschrieben.
Seit dem wirtschaftlichen Aufschwung nach Ende des Zweiten Weltkrieges ist Deutschland Ziel zunehmender Einwanderung geworden. Russische Spätaussiedler nehmen in der Gruppe der Migranten Deutschlands eine besondere Stellung ein. Obwohl sie mit circa 2,5 Millionen Menschen (Schneider, 2011) seit 1950 einen nicht unerheblichen Anteil der Migranten im Lande bilden, blieben sie in der Forschung mäßig berücksichtigt.
Studienergebnisse über ihre sowie die Gesundheit verschiedener anderer Migrantengruppen sind ambivalent. Mitunter weisen sie Spätaussiedlern einen Risikostatus für psychische Erkrankungen zu.

ZIEL: Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Verknüpfung von Moderatoren des Akkulturationsprozesses und psychischer Gesundheit auf Grundlage des Modells von Berry. Im Vordergrund steht die grundsätzliche Frage, wie sich die Moderatoren auf die psychische Verfassung des Menschen auswirken. Welche Rolle spielt die Identifikation mit den Werten der Ankunftsgesellschaft? Sind Migranten, die sich stärker sprachlich, beruflich und sozial integriert haben, psychisch gesünder? Gibt es Zusammenhänge zwischen der gewählten Akkulturationsstrategie und der Gesundheit?

METHODE: Durchgeführt wurde eine Querschnittsstudie per zweisprachigem Fragebogen. Es kamen die Module *Brief Symptom Inventory-53*, *Gießener Beschwerdebogen-24*, *Trierer Inventar zum chronischen Stress-12* und die *Leipziger Kurzskala* des *Sense of Coherence Scale* (SOC-9) zum Einsatz. Vorgegebene Einschlusskriterien bestanden in dem ethnischen Hintergrund des Aussiedlers, dem Wohnsitz in Mecklenburg-Vorpommern und des Mindestalters von 16 Jahren zum Zeitpunkt der Erhebung. Dieser erstreckte sich zwischen April 2012 und Mai 2013. Der auswertbare Rücklauf von 185 Fragebögen wurde mittels SPSS 21 statistisch aufgearbeitet. Zur Überprüfung der Hypothesen wurden unter

anderem bivariate Korrelationsanalysen sowie zweifaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

ERGEBNISSE: Die befragten Spätaussiedler weisen im Durchschnitt in vielen Skalen überwertige Belastungen auf. Höhere Werte an Integration korrelieren positiv mit höheren Skalenwerten der psychischen Gesundheit. Es sticht die berufliche Integration hervor mit der höchsten Anzahl an signifikanten Korrelationen zu Parametern der psychischen Gesundheit im Vergleich zur sprachlichen und sozialen Integration. Auch die positive Retrospektive auf die Ausreiseentscheidung korrelierte mit gesunder Psyche. Unter den soziodemographischen Variablen zeigte insbesondere ein hohes Einkommen signifikante Korrelationen zur Gesundheit. Aber auch das Vorliegen einer Vollzeitanstellung und einer bikulturellen Partnerschaft war mit weniger psychischen Auffälligkeiten vergesellschaftet. Die Betrachtung der Akkulturationsstrategien unter den Spätaussiedlern zeigte die Strategie der Integration als die am häufigsten gewählte, am stärksten war jedoch die Marginalisierung mit psychischer Gesundheit assoziiert.

DISKUSSION: Insbesondere die gefundenen Zusammenhänge zwischen beruflicher Integration und Parametern der psychischen Gesundheit sind bemerkenswert. Dies gibt Anlass, beruflicher Eingliederung von Migranten im Spektrum der Integrationshilfen unbedingt weiterhin einen hervorgehobenen Platz zu widmen. Die aufgezeigten, hochsignifikanten Wechselbeziehungen zur Beurteilung der Ausreiseentscheidung untermauern einen negativen Einfluss einer Enttäuschungsreaktion, die Kornischka (1992) bereits beschrieb. Subsumiert man Einkommensverhältnisse, berufliche Stellung und Bildungsabschluss unter dem Begriff *soziale Schicht*, so machen die Aussiedler keine Ausnahme zur Gesamtbevölkerung und spiegeln den in vielen Studien nachgewiesenen Zusammenhang zwischen höherem sozioökonomischem Status und höherer Vitalität generell wider.
Noch zu wenig Aufmerksamkeit erfährt im Diskurs um moderierende Variablen der positive Einfluss durch transkulturelle Erfahrungen auf das psychische Wohlbefinden im Rahmen einer bikulturellen Partnerschaft.
Aus den ermittelten Skalenwerten für die vier Akkulturationsstrategien lässt sich die Annahme ableiten, dass mit der divergierenden Entscheidung, jeweils eine kulturelle Orientierung anzunehmen und die andere aufzugeben, ein Risikoprofil für psychische Erkrankungen vorliegt. Denkbar wäre, dass das Gewähren einer Präferenz für eine der beiden Kulturen zu einer psychischen Dysbalance führt. Insbesondere im Bereich der Akkulturationsstrategien von Spätaussiedlern sieht der Autor weiteren Forschungsbedarf.

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG....3

INHALTSVERZEICHNIS....5

1. EINLEITUNG....8

2. THEORETISCHER HINTERGRUND....10
2.1 Migration, Akkulturation und Integration....10
2.1.1 Begriffsdefinitionen....10
2.1.2 Formen der Migration....14
2.2 Russlanddeutsche Spätaussiedler....15
2.2.1 Geschichtlicher Hintergrund....16
2.2.2 Rechtsstatus....19
2.3 Akkulturationsmodelle und psychische Gesundheit....21
2.3.1 Feld der Akkulturationsmodelle....21
2.3.1.1 Migration als Kulturschock....23
2.3.1.2 Migration als Kritisches Lebensereignis....24
2.3.1.3 Berry's integratives Stressmodell der Akkulturation....25
2.3.2 Empirische Ergebnisse zu Zusammenhängen von Akkulturation und psychischer Gesundheit....28
2.3.2.1 Empirische Ergebnisse zu Migranten im Allgemeinen....29
2.3.2.2 Empirische Ergebnisse zu russlanddeutschen Spätaussiedlern..36
2.4 Kohärenzgefühl und Akkulturation....40
2.5 Fragestellung und Hypothesen H1 – H4....42

3. METHODIK....44
3.1 Datenerhebung und Stichprobe....44
3.1.1 Grundgesamtheit, Einschlusskriterien und Stichprobenziehung....44
3.1.2 Stichprobe und Ausschöpfung....45
3.1.3 Datenerhebung....46
3.2 Erhebungsinstrumente....46
3.2.1 Soziodemographie und Variablen der Akkulturation....46
3.2.2 Erhebung der psychischen Gesundheit....48

3.2.2.1 Screening-Skala aus dem Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS-12).....49
3.2.2.2 Brief Symptom Inventory (BSI-53).....49
3.2.2.3 Leipziger Kurzskala des Sense of Coherence (SOC-9).....50
3.2.2.4 Gießener Beschwerdebogen (GBB-24).....50
3.3 Statistische Auswertung.....51

4. ERGEBNISSE.....53
4.1 Deskriptive Statistiken der Demographie sowie Integrations- und Gesundheitsvariablen.....53
4.2 Zusammenhänge zwischen Facetten der Integration und Variablen der psychischen Gesundheit.....58
4.3 Zusammenhänge zwischen Retrospektive und Variablen der psychischen Gesundheit.....60
4.4 Zusammenhänge zwischen Soziodemographie und Variablen der psychischen Gesundheit.....62
4.5 Zusammenhänge zwischen den Akkulturationsstrategien und Variablen der psychischen Gesundheit.....67

5. DISKUSSION.....76
5.1 Stand der Integration und psychischen Verfassung der Befragten.....77
5.2 Facetten der Integration und Variablen der psychischen Gesundheit.....78
5.3 Retrospektive und Variablen der psychischen Gesundheit.....80
5.4 Soziodemographie und Variablen der psychischen Gesundheit.....80
5.5 Akkulturationsstrategien und Variablen der psychischen Gesundheit.....82
5.6 Praktische Bedeutsamkeit der Befunde.....83
5.7 Methodenkritik.....84
5.8 Ausblick auf zukünftige Forschungen.....86

6. LITERATURVERZEICHNIS.....88

7. QUELLENVERZEICHNIS.....95

8. ANHANG 96
8.1 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis 96
8.2 Erhebungsinstrumente 99

9. DANKSAGUNG 129

1. EINLEITUNG

Im September 2012 ließ die Überschrift „Migranten sind doppelt so häufig psychisch krank“ (Deutsche Presse-Agentur) über einer Pressemitteilung aufhorchen. Berichtet wurde von einem Symposium der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in Berlin. Mehr kulturelle Öffnung im deutschen Gesundheitswesen wurde unter anderem von den Experten gefordert in Konsequenz dieser Feststellung.
Zieht man die Sichtweise der Bundeskanzlerin Angela Merkel hinzu, Deutschland sei ein Einwanderungsland (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 2015), so scheint auf der Hand zu liegen, dass es sich bei dem Thema *migration health* um einen Punkt von höchster gesellschaftlicher Relevanz handelt.
In diesem Forschungsfeld leistet die vorliegende Studie einen wichtigen Beitrag, indem sie Zusammenhänge zwischen Facetten der Integration und psychischer Gesundheit einer Migrantengruppe aufzeigt. Im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern bot sich hierfür mangels großstädtischer Milieus die Gruppe der russischen Spätaussiedler an.
Diese nehmen unter den Migranten in Deutschland eine besondere Stellung ein, da sie von Beginn an die deutsche Staatsbürgerschaft erhielten. Obwohl sie mit circa 2,5 Millionen Menschen (Schneider, 2011) seit 1950 einen erheblichen Anteil an den Menschen mit Migrationshintergrund bilden, wirken „die unsichtbaren Deutschen“ (Hartwich, 2016, Überschrift) in der öffentlichen Debatte um Integration unterrepräsentiert.
Generell ist das Aufeinandertreffen von Migrant und Gesellschaft im Ankunftsland ein vielschichtiger Prozess, den man erst seit circa 50 Jahren eingehender erforscht. Es entstanden verschiedene Modelle zur Beschreibung der soziokulturellen und psychologischen Vorgänge auf individueller und Gruppen-Ebene. Um diesem Vorgang der Veränderungen in Wesen, Identität und Verhalten auf beiden Seiten einen Namen zu geben, wählte man den Begriff *Akkulturation*. Das Modell das kanadischen Migrationssoziologen John W. Berry (1987) hierzu blieb bis heute dasjenige mit dem größten Einfluss.
Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Verknüpfung von Akkulturation und psychischer Gesundheit auf Grundlage des Stressmodells von Berry. Im Vordergrund steht die grundsätzliche Frage, wie sich Moderatoren dieses Akkulturationsprozesses wie beispielsweise berufliche Eingliederung, Wohnumfeld und Sprachkenntnisse, auf die psychische Verfassung des Menschen auswirken. Welche Rolle spielt die Identifikation mit den Werten der Ankunftsgesellschaft? Sind Migranten, die sich stärker sprachlich, beruflich und sozial integriert haben, psychisch gesünder?
Die Bedeutung, die unter anderem staatliche Stellen solchen Fragestellungen einräumen,

sollte hoch sein, da die Zahlen der Migranten zunehmen werden und für diese Menschen eine gesundheitliche Versorgung gewährleistet sein muss. Eventuell ergeben sich Möglichkeiten den Prozess der Akkulturation zu lenken und etwaige Schäden für die Psyche zu mildern im Sinne einer Prophylaxe. Denkbar wären verstärkter Einsatz von zweisprachigen Therapeuten im Gesundheitssystem oder auch frühere und intensivere Eingliederung von Migranten in den Arbeitsmarkt.

Diese Arbeit nähert sich im Rahmen einer Querschnittsstudie den Themen Akkulturation und psychische Gesundheit am Beispiel von russlanddeutschen Spätaussiedlern in Mecklenburg-Vorpommern. Sie wirft ein Blicklicht auf das Zusammenspiel von Integrationsstand und seelischer Verfassung und überrascht durchaus mit Ihren Ergebnissen zur Bedeutung der beruflichen Integration. Hierdurch trägt sie ihren Teil zum aufstrebenden Forschungsbereich *migration health* bei und sollte Anlass sein, mit weiteren Fragestellungen die Thematik zu vertiefen.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

Der folgende theoretische Bezugsrahmen beginnt unter *2.1* mit den Definitionen der Begriffe Migration, Akkulturation und Integration. Es schließen sich Ausführungen über die Historie und den Rechtsstatus russlanddeutscher Spätaussiedler unter *2.2* an. Sie stellen die Probandengruppe der vorliegenden Arbeit und eine kurze Einführung in ihre Geschichte ist wichtig für das allgemeine Verständnis.
Das Kapitel *2.3 Akkulturationsmodelle und psychische Gesundheit* enthält Betrachtungen der Migration als einschneidendes Lebensereignis mit potentiellen Herausforderungen für die Psyche des Menschen. Hierauf baute dann das für die Arbeit grundlegende Modell des John W. Berry zu akkulturativem Stress auf.
Im Weiteren folgt eine Schilderung des empirischen Forschungsstandes zum Thema Migration, Akkulturation und psychische Gesundheit im Allgemeinen und dann im Speziellen auf Spätaussiedler bezogen. Zum Ende des Kapitels werden die Hypothesen vorgestellt, die anhand einer Erhebung unter Russlanddeutschen in Mecklenburg-Vorpommern überprüft wurden.

2.1 Migration, Akkulturation und Integration

Die vorgelegte Arbeit beschäftigt sich mit psychischer Gesundheit von Migranten und ihrer Abhängigkeit von Variablen der Integration bzw. Akkulturation. Daher ist es notwendig, zu Beginn der Arbeit Definitionen dieser Begriffe zu geben, um ihre Bedeutung und Verwendung in der Arbeit zu klären.

2.1.1 Begriffsdefinitionen

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration lieferte im Jahre 2004 in ihrem Bericht eine prägnante Beschreibung des Begriffes „Migration“:
„Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt“ und zwar „ […] über eine sozial bedeutsame Entfernung hinweg.“
(Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2004, S. 3).
Eine sozial bedeutsame Entfernung besteht, wenn das Individuum sein vertrautes soziales Umfeld dauerhaft verlässt und sich auf eine neue kulturelle und soziale Umgebung einzustellen hat. Den weitergehenden Begriff des Migrationshintergrundes definiert das statistische Bundesamt (2012) wie folgt:

„Nach der Definition des statistischen Bundesamtes hat eine Person Migrationshintergrund, wenn

1. die Person nicht auf dem Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland geboren wurde und 1950 oder später zugewandert ist und/oder
2. die Person keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder eingebürgert wurde.
3. Darüber hinaus haben Deutsche einen Migrationshintergrund, wenn ein Elternteil der Person mindestens eine der unter (1.) oder (2.) genannten Bedingungen erfüllt."

(Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012, S.24).

Die Erfassung des Kriteriums des Migrationshintergrundes in soziologischen Erhebungen unter der deutschen Bevölkerung wurde im Mikrozensus 2005 erstmals durchgeführt. Bis dato waren Aussiedler bzw. Spätaussiedler in repräsentativen Befragungen der Bevölkerung nicht als Migranten erfasst worden.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden die genannten Definitionen der Migration und des Migrationshintergrundes übernommen und verwandt. Folgende Abbildungen, basierend auf den Daten des statistischen Bundesamtes (Mikrozensus 2008), geben einen Überblick über die Ausprägung des Merkmales des Migrationshintergrundes in der Bevölkerung Deutschlands:

Abbildung 2.1: Merkmal des Migrationshintergrundes in Deutschland, Stand 2008

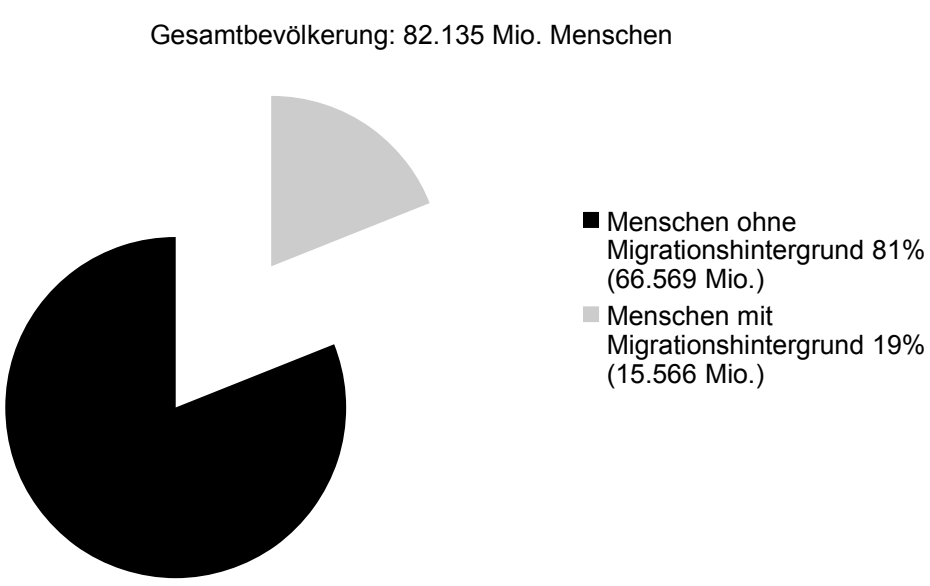
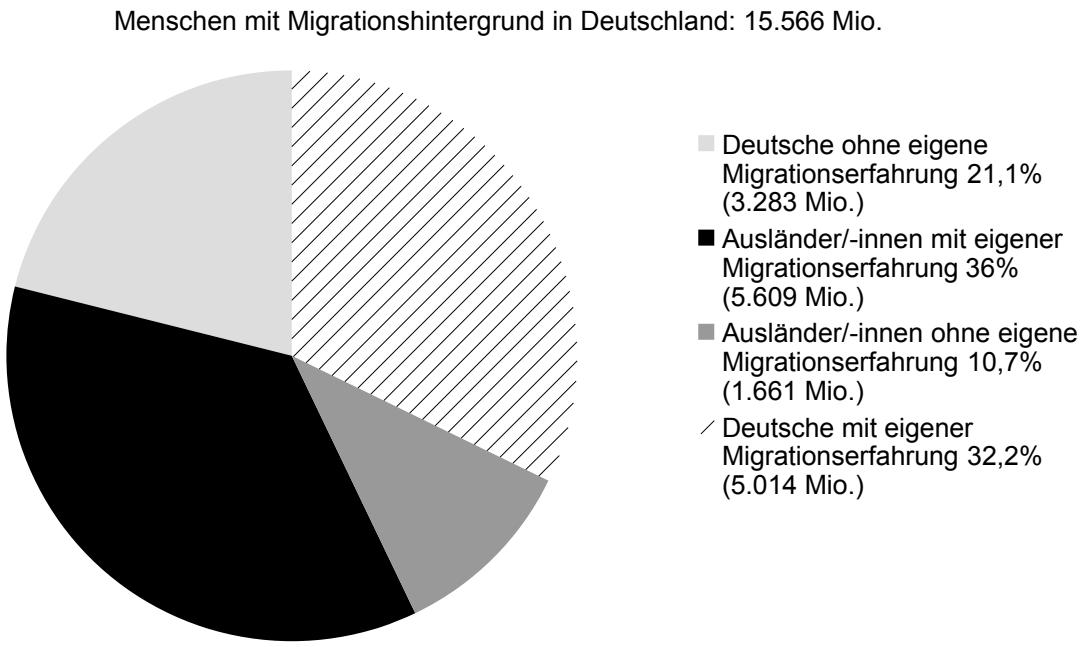


Abbildung 2.2: Untergruppen der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, Stand 2008



Die Begriffe *Integration* und *Akkulturation* sind unverzichtbarer Bestandteil der Migrationsforschung geworden. Im Folgenden werden Definitionen gegeben, die für diese Arbeit Geltung besitzen. Später wird dann genauer auf einzelne Theorien der Akkulturation und schließlich auf den Forschungsstand von Akkulturation und psychischer Gesundheit eingegangen.

Etymologisch ist das Wort *Akkulturation* eine Zusammenführung aus zwei lateinischen Begriffen, *ad* und *cultus*. Ad ist eine Präposition und bedeutet *zu*, *nach* oder *bei*. Unter *cultus* finden sich im Sprachlexikon mehrere Möglichkeiten der Übersetzung, wie *Ackerbau*, *Pflege*, aber auch *Tracht*, *Schmuck* und schließlich *Lebensweise* und *Kultur*. Mit dem Wort können demnach mehrere Bedeutungen verknüpft werden wie etwa *Veränderung*, *Gestaltung* sowie *Bewahrung* (Stowasser – Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch, 1998).

Um sich von der Seite der Psychologie dem zentralen Begriff der Akkulturation zu nähern, folgt eine Definition aus den Anfängen der Akkulturationsforschung, die bis heute als grundlegend bezeichnet werden kann:

„Acculturation comprehends those phenomena which result when groups of individuals having different cultures come into continuous first-hand contact with subsequent changes in the original culture patterns of either or both groups.“ (Redfield, Linton & Herskovits, 1936, S. 149)

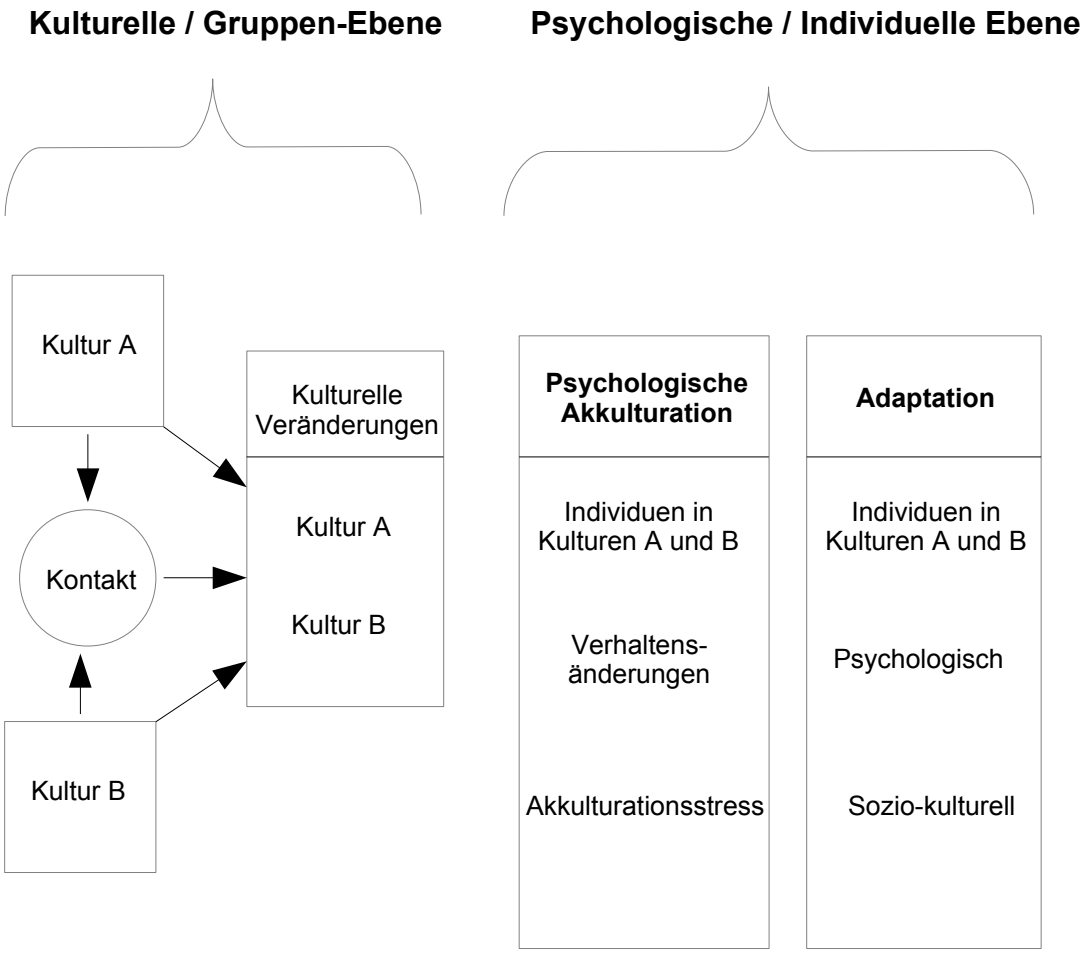
Eine weitere, vereinfachte Definition stammt von Weidemann: Akkulturation ist eine Form

von „Veränderung von Werten, Einstellungen, Verhalten oder Identität einzelner Personen“ (Weidemann, 2007, S. 490)

John W. Berry (geb. 1939) befand die Definition von Redfield et al. als prägnant und baute auf ihr seine Theorie der Akkulturation auf. Obiger Definition lässt sich jedoch nicht entnehmen, auf welcher Seite die größeren kulturellen Veränderungen zu erwarten sind. In der Regel, so Berry, ist eine Gewichtung der Intensität kultureller Veränderungen zu einer Seite zu verzeichnen. Diese Seite ist meist die der neu ankommenden Gruppe, wobei eine ganz besondere Wichtigkeit in der Ergebnisoffenheit des Akkulturationsprozesses liegt. Akkulturation führt also keineswegs zwangsläufig zu einer vollständigen Angleichung einer Kultur an eine andere.

Zudem etablierte sich eine Unterteilung der Akkulturation in zwei Ebenen, die kulturelle bzw. Gruppen-Ebene und die psychologische bzw. individuelle Ebene, wie folgende Abbildung zeigt:

Abbildung 2.3: Ebenen innerhalb der Akkulturation nach Berry (Zick, 2010)



Wenn in der vorliegenden Arbeit von Akkulturation die Rede ist, dann ist die psychologische Akkulturation gemeint, also Verhaltensänderungen und Stress in der individuellen Ebene.

Das Wort *Integration* stammt aus dem Lateinischen und wird mit *Eingliederung* oder *Wiederherstellung eines Ganzen* übersetzt, die abgeleitete Form *integer* in etwa mit *unversehrt* (Stowasser – Lateinisch-deutsches Wörterbuch, 1998). Benutzt wird es unter anderem, wenn über die Eingliederung von Minderheiten in eine Gesellschaft gesprochen wird.

In Deutschland stieg das wissenschaftliche Interesse an diesen Begriff im Rahmen der Aufnahme der Deutschen aus den Ostgebieten nach dem Zweiten Weltkrieg und der Rekrutierung von Gastarbeitern seit den 1950er Jahren. Eine zunehmende Entwicklung Deutschlands zum Einwanderungsland führte zu einer allmählichen Intensivierung der Forschungsbetätigungen.

In den Sozialwissenschaften entstanden verschiedene Theorien über Integration und diese brachten eine wahre Fülle von Begriffen in dieser Thematik hervor wie Assimilation, Enkulturation und auch Akkulturation.

In der vorliegenden Arbeit taucht der Begriff Integration nur auf in der Namensgebung der vier Strategien der Akkulturation aus Berry's Modell. Um nicht zu verwirren, wird daher, wo dies möglich ist, auf die Verwendung des Wortes verzichtet.

2.1.2 Formen der Migration

Migration lässt sich nach vielen Gesichtspunkten strukturell ordnen. Bewährt hat sich eine Unterteilung in die internationale Migration, die Staatsgrenzen überschreitet, und die Binnenmigration, welche sich innerhalb der Grenzen einer Nation abspielt. Nach Lee (1966) bietet sich eine Differenzierung der Gründe einer Ausreise in *Push-Faktoren* (Druckfaktoren) im Herkunftsland und *Pull-Faktoren* (Sogfaktoren) im Zielland an (vgl. auch Han, 2010).

Push-Faktoren sorgen zumeist für eine erzwungene Auswanderung, als Beispiele seien genannt:

- politische oder religiöse Verfolgung
- wirtschaftliche Krisen
- zwischenstaatliche Kriege
- Bürgerkriege
- Umwelt- und Naturkatastrophen.

Pull-Faktoren gehen vom Zielland aus und setzen Anreize für eine in der Regel freiwillige Migration. Hier seien exemplarisch aufgeführt:

- politische Stabilität
- demokratische Sozialstruktur
- religiöse Glaubensfreiheit
- wirtschaftliche Prosperität
- bessere Ausbildungs- und Verdienstmöglichkeiten.

Nicht zu unterschätzen sind jedoch die individuellen Gründe einer jeden Auswanderung oder Flucht. Es sind durchaus Migrationen entgegen der oben genannten Faktoren möglich - vorstellbar bei Familienzusammenführungen, die stark auf emotionalen Bindungen basieren.

Die Migranten Deutschlands und ihre Nachkommen lassen sich nach Sieben und Straub (2011) pragmatisch in Kategorien einteilen. Sie unterscheiden Menschen, die wegen ihrer Profession emigrieren wie Arbeiter, Künstler, Akademiker sowie Studenten und Auszubildende, von Asyl beanspruchenden, politischen Flüchtlingen. Hinzu kommen noch Migranten ohne Aufenthaltserlaubnis, wohlhabende Bürger, die ihren Alterssitz in ein anderes Land verlegen und als große Gruppe die Aussiedler mit deutschen Wurzeln. Zu ergänzen ist, dass nicht nur einzelne Individuen migrieren, sondern Auswanderung häufig sofort im Familienverband geschieht oder auf die Ausreise einzelner Personen ein Nachzug von Angehörigen folgt.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Betrachtung der Aussiedler und Spätaussiedler und jene haben zum Großteil eine internationale Migration auf freiwilliger Basis vollzogen. Unter den bestimmenden Faktoren ihrer Ausreise findet sich zwar auch Diskriminierung, es dominieren aber die erhoffte politische Stabilität und die bessere wirtschaftliche Perspektive in Deutschland. Ebenfalls von Bedeutung ist der Wunsch, als deutscher Volkszugehöriger in das Heimatland der Ahnen zurückzukehren.

2.2 Russlanddeutsche Spätaussiedler[1]

Zu Anfang ist es wichtig, sich über die Begrifflichkeiten *russlanddeutsch* und *Spätaussiedler* im Klaren zu sein, da sie im Verlauf der Arbeit wiederkehrend verwandt werden. Mit dem Begriff *Spätaussiedler* sind Angehörige deutscher Minderheiten aus der Sowjetunion

1 Der Inhalt des Kapitels orientiert sich an den Ausführungen von Ute Heinen und Alfred Eisfeld aus *Informationen zur politischen Bildung*, Heft 267, 2. Quartal 2000. München: Franzis' print & media.

und ihren Nachfolgestaaten, Polen oder Rumänien und weiteren Ländern gemeint, die nach dem 01.01.1993 nach Deutschland auswanderten und dort sesshaft wurden. Bis zu diesem Datum und einer Änderung der Einwanderungsgesetze war der offizielle Begriff für diese Einwanderer *Aussiedler*. In dieser Arbeit werden die Begriffe Aussiedler und Spätaussiedler synonym verwandt, es sei denn, es soll ein Unterschied zwischen beiden herausgestellt werden.

Mit dem ein wenig missverständlichen Attribut *russlanddeutsch* wird ein bestimmter Kreis der Spätaussiedler beschrieben. Es handelt sich um diejenigen, die in der ehemaligen Sowjetunion und ihren Nachfolgestaaten beheimatet waren. Somit sind hier keineswegs nur Auswanderer aus dem Gebiet der heutigen russischen Föderation inbegriffen, sondern selbstverständlich auch Menschen aus dem heutigen Kasachstan, Usbekistan, der Ukraine etc. Treffender als *russlanddeutsch* wäre also *russisch-deutsch*, denn Russisch war die gemeinsame Hauptverkehrssprache. Russlanddeutsche bilden demnach aufgrund der Sprache eine weitestgehend abgrenzbare Gruppe innerhalb der Spätaussiedler.

2.2.1 Geschichtlicher Hintergrund

Im Folgenden werden die Siedlungsbewegungen und das Schicksal der Russlanddeutschen in der Vergangenheit in einen historischen Kontext eingeordnet. Hierzu ist eine Fülle von Literatur veröffentlicht worden und der Autor beschränkt sich auf das Wesentliche, welches zum Verständnis unumgänglich ist.

Stets waren die Entwicklungen deutscher Siedlungsformen in Osteuropa und Zentralasien eng an die politischen Verhältnisse der betreffenden Staaten geknüpft. Vom russischen Zarenreich über die Sowjetunion bis zur heutigen Staatsform, der russischen Föderation, erlebten die Siedler viele politische Umbrüche sowie Kriege und mit diesen stark schwankende Lebensumstände und Akzeptanz in der einheimischen Bevölkerung.

Einen Einstieg in die Geschichte der Russlanddeutschen erlangt man über die Frage nach den Gründen der Aussiedlung und Anwerbung. Nach ersten Versuchen der Gewinnung von ausländischen Fachkräften in Handwerk, Handel und Militär bereits im 15. Jahrhundert durch den Moskauer Großfürsten Iwan III. (1462-1505) und später verstärkt durch den Zaren Peter, den Großen (1689-1725), zum Heben der wirtschaftlichen Standards des russischen Reiches erfuhr die Politik der Anwerbung die entscheidende Intensivierung durch Zarin Katharina II. (1762-1796).

Katharina, eine angeheiratete deutsche Prinzessin aus dem Fürstengeschlecht Anhalt-Zerbst und später absolutistisch regierende Kaiserin Russlands, betrieb eine erfolgreiche

Expansionspolitik ihres Reiches in südlicher und westlicher Richtung und gewann große Gebiete um das Schwarze Meer und innerhalb der heutigen Ukraine hinzu. Die riesigen eroberten Flächen wollte sie landwirtschaftlich erschließen lassen, doch Bauern ihres Reiches standen als potentielle Siedler nicht zur Verfügung, da sie in der Leibeigenschaft an ihre Lehnsherren gebunden waren. Aus dieser Situation heraus erfolgte ab dem Jahre 1763 die Entsendung von Einladungsmanifesten an europäische Höfe, in welchen mit Steuer- und Religionsfreiheit sowie Befreiung vom Militärdienst geworben wurde.

Diesen und weiteren Angeboten auch über Katharinas Regentschaft hinaus folgten vor allem Menschen aus deutschen Landen, die in ihrer Heimat aufgrund von Kriegsfolgen, schlechten Ernten und religiösen Diskriminierungen einen schwierigen Stand hatten. Unter den Auswanderern dominierten Hessen, Bayern, Pfälzer, Rheinländer, Badenser und Württemberger. Der Siebenjährige Krieg (1756-1763) sowie die napoleonischen Kriege (1792-1815) und religiöse Verwerfungen hatten in diesen deutschen Gebieten viele Menschen in existenzielle Nöte getrieben. In ihrer Ausreise sahen sie die Chance auf einen Neuanfang und ein besseres Leben.

Bis zum Ende der Ansiedlungen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zogen ca. 100.000 deutschsprachige Kolonisten (Tröster, 2003) auf Flächen an der Wolga, in das Schwarzmeergebiet und die Provinz Wolhynien in der heutigen Ukraine. Diese unter Selbstverwaltung stehenden Kolonien waren zwar in sich nach außen geschlossene, wirtschaftliche und soziale Einheiten mit eigenem Schulwesen. Sie standen aber loyal zur russischen Krone und stachen hervor durch eine enorme Getreideproduktion für das Zarenreich. Die deutschen Kolonien prosperierten für ca. 100 Jahre bis zum Krimkrieg (1853-56) und nach diesem Ereignis begannen sich die Bedingungen der Siedler sukzessive zu verschlechtern.

Aufkeimender russischer Nationalismus und die Furcht vor Feinden im eigenen Reich führten zur „Deutschen Frage in Russland“ (Eisfeld, 2000, S.19). Das Recht zur Selbstverwaltung wurde den Kolonien abgesprochen, der Militärdienst zur Pflicht erhoben und das Schulwesen russifiziert. Im ersten Weltkrieg erfolgten erste Enteignungen und Umsiedlungen. Russlanddeutsche Soldaten wurden von der Westfront an die Front im Kaukasus abkommandiert, denn man sah die Gefahr des Überlaufens zu den deutschen Truppen. Nach dem Zusammenbruch des Zarenreiches hofften viele völkische Minderheiten auf Verbesserung ihrer rechtlichen Situation und es bildeten sich auch unabhängige Autonomiebewegungen unter den Siedlern. Diese gipfelten in der Ernennung des *Autonomen Gebietes der Wolgadeutschen* zur *Autonomen Sozialistischen Sowjetrepublik*. Andere deutsche Siedlungen wurden in *Rayons*, Landkreise, unterteilt, in denen sich ein vollstän-

diges Bildungswesen bis hin zum Vertrieb von deutschsprachigen Zeitungen entwickelte und Deutsch zur Amtssprache erhoben wurde.

In der Summe blieben diese Entwicklungen jedoch zeitweilig und glücklos, zudem standen mit der Phase des Zweiten Weltkrieges die größten Entbehrungen und Schicksalsschläge den Russlanddeutschen noch bevor. Im Zuge der Kollektivierung landwirtschaftlicher Flächen verloren ab circa 1928 die deutschen Siedler die Hoheit über ihre Ländereien und wurden verbannt oder umgesiedelt in entlegene Teile des Landes in Sibirien oder Zentralasien. Hier ist auch der Beginn russlanddeutscher Geschichte im heutigen Kasachstan, Usbekistan oder Tadschikistan zu setzen.

Unter dem Verdacht der Kollaboration mit dem Dritten Reich wurden die Siedler im Geheimen in Listen erfasst und im Verlauf Opfer weitreichender Repressalien wie Verhaftungen und Scheingerichten. Stalin sah in ihnen Hitlers *Fünfte Kolonie* und ab dem Angriff der Wehrmacht auf die Sowjetunion leitete er großangelegte Deportationen an. Hier muss der Erlass des Obersten Sowjets vom 28.08.1941 erwähnt werden, der lautete *Über die Umsiedlung der Deutschen, die in den Wolga-Rayons leben*. Man geht von einer Zahl bis zu 850.000 Zwangsumsiedlungen bis 1944 aus (Eisfeld, 2000) und nach diesen war oftmals ein Leben im Arbeitslager oder Gefängnis vorgezeichnet. Familien wurden auseinandergerissen, der Gebrauch der deutschen Sprache verboten und Versuche der Repatriierung der Russlanddeutschen taten ihr Übriges. Die Verluste an Menschenleben waren unter den Siedlern enorm.

Erst nach dem Kriegsende und schlussendlich ab 1956 per Dekret des Obersten Sowjets über die Wiedererlangung der Freizügigkeit normalisierte sich das Leben der deutschen Bevölkerung in der Sowjetunion wieder etwas, wobei die Vorzeichen sich kolossal geändert hatten. Die Verteilung deutschsprechender Siedler hatte sich komplett verschoben. Mit 46,5 % lebten nun die meisten Menschen deutscher Abstammung nicht mehr im Wolgagebiet, sondern im heutigen Kasachstan, damals noch Sozialistische Sowjetrepublik. Eine Rückkehr jedoch in die alten Siedlungsräume blieb ihnen verwehrt, währenddessen die Tradierung der deutschen Sprache besonders bis 1956 unter erheblichen Einschränkungen litt. Sie rückte mehr und mehr als Muttersprache der Siedler in den Hintergrund, denn auch nach dem Krieg herrschte unter der einheimischen Bevölkerung oftmals latente Skepsis gegenüber allem Deutschen. Während im Jahre 1926 noch 95 % der Russlanddeutschen das Deutsche als Muttersprache angaben, sank dieser Wert laut Eisfeld (2000) auf unter 49 % im Jahre 1989.

Die Folgezeit bis zum Ende der Sowjetunion war geprägt von vorsichtigen Versuchen der Rehabilitation durch z. B. offizielle Dekrete, die die Minderheit der Russlanddeutschen

vom Vorwurf der Kollaboration mit dem Dritten Reich freisprachen, und einer Rückgewährung der kulturellen und religiösen Selbstbestimmung. Weitergehende Forderungen wie die Wiedererrichtung der *Autonomen Republik an der Wolga* und materielle Entschädigungen blieben jedoch schlussendlich unerfüllt trotz der Bildung von Autonomiebewegungen, die in Verhandlungen mit den Staatsorganen traten. Dies führte zum Beginn von Ausreisebewegungen ab den 1970er Jahren und verstärkt nach dem Zerfall der Sowjetunion. Vor allem aus den Ländern Zentralasiens wie Kasachstan, Usbekistan und Tadschikistan erfolgte eine Ausreise der größten Teile der deutschsprachigen Bevölkerung, da sich hier die Verhältnisse bedingt durch wirtschaftlichen Verfall und Bürgerkriege ungünstiger entwickelten.

2.2.2 Rechtsstatus

Die gesamte Entwicklung der Gesetzgebung auszuführen, welche Aussiedlung betraf und betrifft, ist an dieser Stelle nicht von Nöten. Es reicht, sich die Grundlagen und die wichtigen Wendemarken klarzumachen. Maßgeblich für die Einordnung als Aussiedler und der damit verbundenen Erteilung der deutschen Staatsangehörigkeit ist und war die deutsche Volkszugehörigkeit. Nach §6 Abs.1 des Bundesvertriebenengesetzes besitzt sie, „wer sich in seiner Heimat zum deutschen Volkstum bekannt hat […] und dieses Bekenntnis durch bestimmte Merkmale wie Abstammung, Sprache, Erziehung, Kultur bestätigt wird."
Aufgrund der Volkszugehörigkeit, die nachgewiesen werden musste durch Bekenntnisse zum Deutschtum, Zeugnisse deutscher Schulen oder Angabe deutscher Wurzeln bei Volkszählungen, wurde auf Antrag der Status des Aussiedlers erteilt. Kinder erhielten ebenso einen deutschen Pass wie die Ehepartner mit deutscher Abstammung. Besaß der Ehepartner diese nicht, fiel er unter das Ausländerrecht, es sei denn, die Ehe hatte zum Einreisezeitpunkt bereits drei Jahre Bestand. Dann wurde der Partner ebenfalls eingebürgert.
Das Gros der eingewanderten Aussiedler bis ungefähr zum Ende der 1980er Jahre stellten Menschen aus Polen. Die gesamte Zahl der jährlichen Einwanderer blieb deutlich unter der Marke von 100.000 Menschen. Sprünge innerhalb der Zuwanderung erfolgten in den Siebzigern im Zuge des Kalten Krieges und dann in enormem Ausmaß in der Zeit vor und nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion mit Spitzenwerten von fast 400.000 Menschen im Jahre 1990 (Sikora, 1991). Seitdem bilden Aussiedler aus den GUS-Staaten bis heute die überwiegende Mehrheit innerhalb der Aussiedlerzuwanderung. Dies mag daran liegen, dass sie ein individuelles Kriegsfolgenschicksal wie seit dem 01.01.1993 Menschen

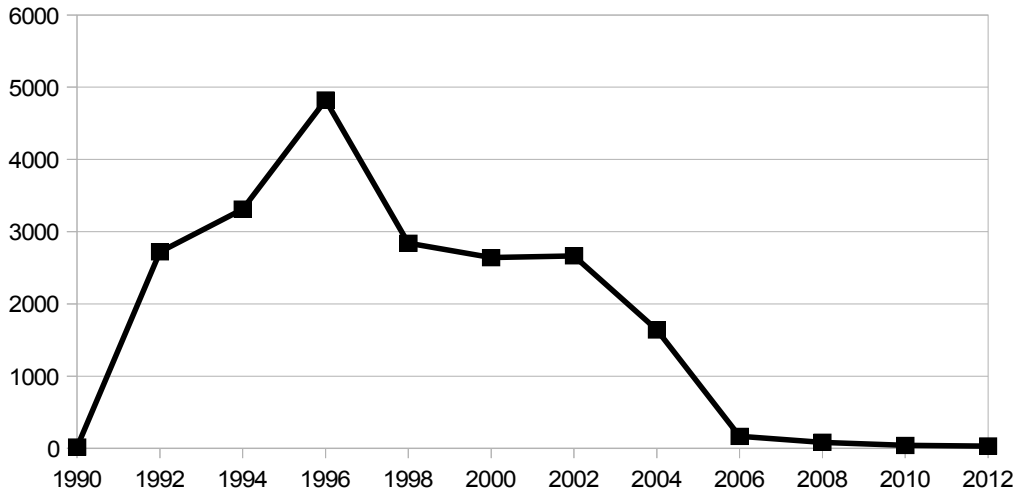
aus Polen oder Rumänien nicht nachweisen müssen oder an einer sukzessiven Verbesserung der Umstände für diese deutschen Minderheiten in Osteuropa im Gegensatz zu z. B. der Situation in Kasachstan mit einem aufkeimenden Nationalismus der einheimischen Bevölkerung.

Der Gesetzgeber hatte mit dem Kriegsfolgenbereinigungsgesetz 1993 auf die großen Zuströme an Russlanddeutschen und die Aufgabe ihre Unterbringung reagiert und versucht den Zuzug abzufedern und einen für die Sozialsysteme und das soziale Gefüge Deutschlands verträglichen Weg zu finden. In diesem Lichte ist auch die Einführung einer Quotelung auf 200.000 russlanddeutsche Zuwanderer pro Jahr und ab 1996 die eines verpflichtenden Sprachtestes zu sehen, der im Ausreiseland abgelegt werden musste und nach Nichtbestehen nicht wiederholt werden durfte. Zusätzlich forcierte die Bundesregierung in Zusammenarbeit mit den Regierungen der Herkunftsländer finanziellen und politischen Beistand, um die Lage der potentiellen Aussiedler vor Ort zu stabilisieren und einer weiteren Massenauswanderung entgegenzuwirken.

In toto ist von einer Zuwanderung nach Deutschland von mindestens 8 Millionen Aussiedlern auszugehen seit 1950 bis heute bei einer Schätzung durch Bade (2002) von 7,7 Millionen bis 2001 und einer Zahl von 2,45 Millionen (Bundesministerium des Innern, 2005) zwischen den Jahren 1990 und 2004. Die Unterbringung der Aussiedler erfolgte in Aufnahmelagern bis zur Verteilung auf die einzelnen Bundesländer gequotelt nach deren Bevölkerungsdichten.

In Mecklenburg-Vorpommern entwickelten sich die Aufnahmezahlen ab 1990 in folgender Art und Weise (Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten im Landesamt für Innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern, 2014):

Abbildung 2.4: Zugänge Spätaussiedler in Mecklenburg-Vorpommern in den Jahren 1990 bis 2012



Zur Unterstützung der übergesiedelten Russlanddeutschen stellen die Bundesregierungen fortwährend geldliche Mittel aus den Budgets zur Verfügung und berufen bis heute Beauftragte für Aussiedlerfragen. Diese verfassen jährliche Berichte zur Situation und Integration der Menschen. Im Speziellen sind die finanziellen Aufwendungen verwandt worden für Kurse der deutschen Sprache, die anfangs zwölf, später sechs Monate dauerten, sowie die Übernahme der Kosten der Umsiedlung und teilweise auch für pauschale Entschädigungen aufgrund der erlebten Repressalien.

2.3 Akkulturationsmodelle und psychische Gesundheit

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Auswirkungen von Parametern der Akkulturation auf die psychische Gesundheit Russlanddeutscher. Zusammenhänge zu somatischen Leiden stehen somit nicht im Fokus und über sie wird im Abschnitt *2.3.2.2* nur marginal berichtet.
Nach Darstellung und Beschreibung eines Schemas zur Einteilung der zahlreichen Akkulturationsmodelle werden im Folgenden drei Modelle aus der Migrationsforschung vorgestellt, die kausale Zusammenhänge zwischen Akkulturation und psychischer Gesundheit herstellen. Zunächst sind es die Modelle der Migration als *Kulturschock* und der Migration als *Kritisches Lebensereignis*. Es schließt sich das *Stressmodell der Akkulturation nach Berry* an sowie seine bekannte Beschreibung der vier Akkulturationsorientierungen. Zusammengenommen bildet dies die theoretische Grundlage dieser Arbeit.
Dann folgen Ergebnisse aus der empirischen Forschung zu Verknüpfungen von Akkulturation und psychischer Gesundheit sowohl zu Migranten im Allgemeinen als auch zu Russlanddeutschen im Speziellen.

2.3.1 Feld der Akkulturationsmodelle

Vorab sei darauf hingewiesen, dass Akkulturation seit Mitte des 20. Jahrhunderts bis heute ein Feld reger und intensiver Forschungsbetätigung darstellt. Die Vereinigten Staaten waren und sind hier Vorreiter, wohl aufgrund ihrer Geschichte als das Einwanderungsland par excellence.
Rudmin (2003) analysierte 64 verschiedene Akkulturationstheorien, die zwischen 1918 und 1984 publiziert wurden. Eine prägnante Übersicht und Klassifizierung bestehender Akkulturationstheorien finden sich bei Sabic (2006). Sie bestätigt die Auffassung von Arends-

Tóth und van de Vijver (2004), wonach sich die Theorien nach zwei Aspekten einteilen lassen: *Dimensionalität* und *Bereichsspezifität*. Folgende Abbildung liefert eine Übersicht:

Abbildung 2.5: Einteilung der Akkulturationsmodelle nach Bereichsspezifität und Dimensionalität nach Arends-Tóth und van de Vijver 2004, übersetzt durch Sabic (2006)

Bereichsspezifität	**Dimensionalität**		
	Eindimensionale Modelle	**Zweidimensionale Modelle**	**Verschmelzungsmodelle (Fusion models)**
Trait-Modelle: Annahme der transsituativen Konsistenz und zeitlichen Stabilität	Der Migrant assimiliert sich an die Aufnahmekultur	Der Migrant bezieht Stellung zu zwei Optionen: Aufrechterhaltung der Herkunftskultur und Anpassung an die Aufnahmekultur	Eine neue Kultur entwickelt sich
Bereichsspezifische Modelle: - Übergeordnete Ebene (öffentlicher und privater Bereich) - Mittlere Ebene (spezifischere Lebensbereiche wie etwa Sprache & Kindererziehung) - Untergeordnete Ebene (spezifische Lebenssituationen)	Die Schnelligkeit, mit der die Assimilation erfolgt, variiert von Bereich/Situation zu Bereich/Situation	Die obige Annahme der Unabhängigkeit der Beziehungen zur Herkunfts- und Aufnahmekultur wird auf verschiedene Bereiche/Situationen angewandt	Eine neue Kultur entwickelt sich in einem bestimmten Bereich oder in einer bestimmten Situation

Mit *Dimensionalität* ist gemeint, ob sich das Individuum in seiner Position zwischen Herkunftskultur und aufnehmender Kultur zu entscheiden hat oder ob es sich einzeln in beiden Dimensionen dafür oder dagegen ausspricht. Beim eindimensionalen Verlauf entspricht demnach eine Hinwendung zur Kultur des aufnehmenden Landes automatisch eine Abwendung von der Kultur des Herkunftslandes. Die zweidimensionalen Modelle halten beide Entscheidungen für unabhängig voneinander. Eine dritte Gruppe bilden die Verschmelzungsmodelle. Sie postulieren die Bildung einer neuen Kultur aus den zwei vorliegenden. Man spricht dann von einer *integrierten Kultur* oder auch *dritten Kultur*. Diese kann dann eine Kombination von Teilaspekten der zwei Ursprungskulturen sein oder auch völlig neue Aspekte hervorbringen.

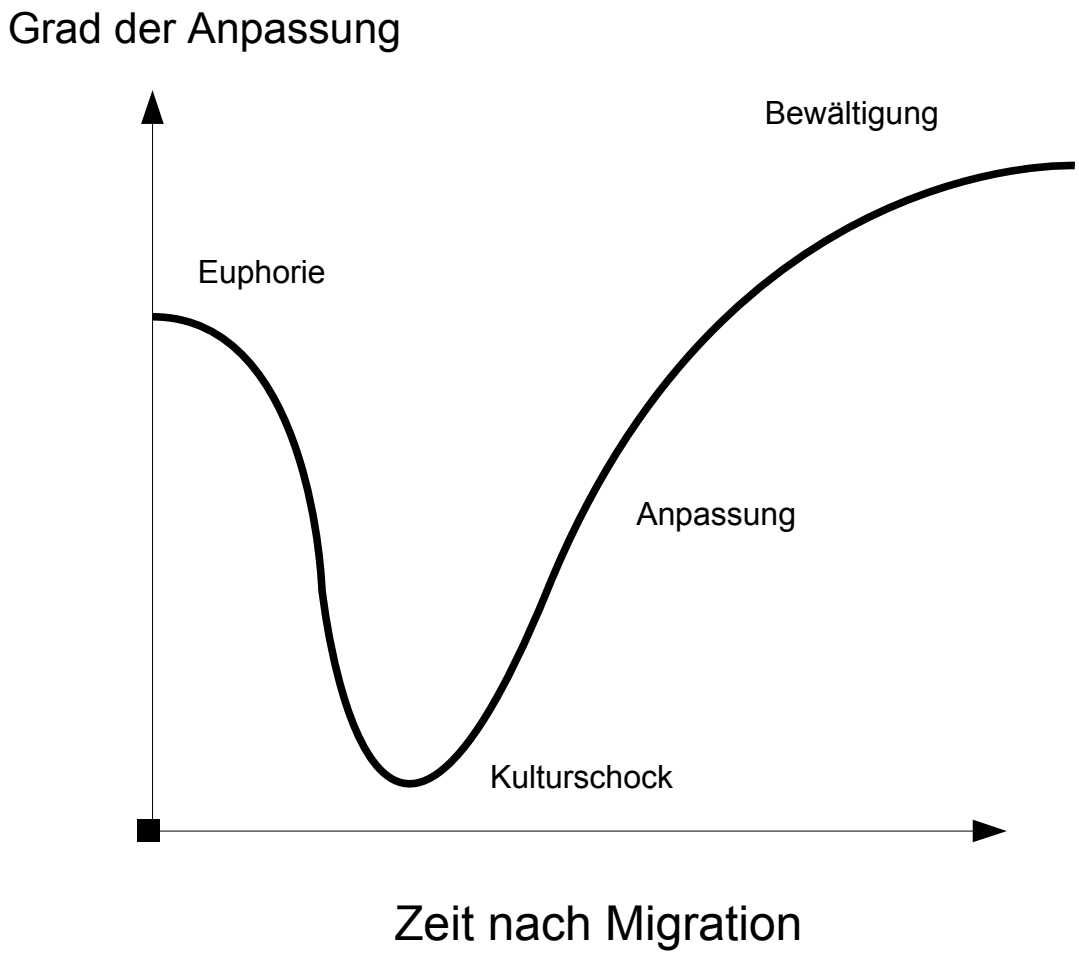
Eine zweite Einteilung geschieht nach der Bereichsspezifität. Hiermit ist gemeint, ob sich der Prozess der Akkulturation in verschiedenen Ebenen unterschiedlich gestaltet. Kann sich das Individuum zum Beispiel auf beruflicher Ebene der neuen Kultur völlig anpassen und sich ihr im privaten Raum gänzlich verschließen? Viele Bezugsebenen des menschli-

chen Lebens lassen sich so unterteilen und in ihr die kulturelle Ausrichtung bestimmen. Die *Trait–Modelle***,** zu denen auch jenes nach Berry zählt, lehnen solch eine Unterteilung ab und verweisen auf eine ganzheitliche Betrachtung, die alle Kulturebenen des Individuums mit einschließt.

2.3.1.1 Migration als Kulturschock

Im Sinne eines *Kulturschocks*, welchen Migranten in ihrer neuen Lebenswelt erfahren, griffen Lysgaard (1955) und Oberg (1960) die Migration auf. Letzterer verband sie mit einer plakativen Beschreibung von den vier Phasen einer Migration, die in Form einer U-Kurve durchlaufen werden: *Euphorie*, *Kulturschock*, *Anpassung* und *Bewältigung*. Die angeführte Abbildung zeigt ein solches U-Modell mit seinen vier Phasen.

Abbildung 2.6: Phasen der Migration nach Lysgaard und Oberg (1960)



Die in der Zeit kurz nach der Migration bestehende *Euphorie* begründet sich in dem Faktum, dass negative Gefühle nicht zugelassen werden dürfen. Die Migration ist freiwillig angetreten worden, daher muss sie ein Erfolg werden und mit guten Gefühlen verbunden sein. Das Individuum neigt zu Verdrängung von Problemen und fügt sich außerordentlich schnell in das bestehende System ein.
Namensgebend für dieses Modell ist die zweite Phase, die des *Kulturschocks*. In jener brechen sich Gegensätze Bahn, die zwischen den Kulturen bestehen, und werden erst jetzt nach Abklingen der Euphoriephase von den Neuankömmlingen realisiert und verarbeitet. Dies führt zu Beeinträchtigungen der Psyche, die sich in Angstzuständen, Deprivationen, Identitätskrisen und Rückzugstendenzen äußern. Die dritte und vierte Phase der Kurve, *Anpassung* und *Bewältigung*, benötigen deutlich mehr Zeit als die zwei vorhergehenden. In ihnen lernt das Individuum sich mit dem neuen Umfeld zu arrangieren. Die Normen der neuen Kultur werden sukzessive akzeptiert, teilweise auch übernommen, und schließlich folgt in der Phase der *Bewältigung* die Ausbildung eine ganz eigenen Position zwischen Herkunftskultur und neuer Kultur. Im besten Falle hat sich dann ein sehr stabiler psychischer Zustand eingestellt, der mit minimalem Akkulturationsstress einhergeht. Mangelnde Untermauerung mit fundierten Daten und das unflexible Festhalten an dem Phasenverlauf sicherten diesem Ansatz eine hohe Zahl an Kritikern.

2.3.1.2 Migration als Kritisches Lebensereignis

Eine andere Sicht auf die Migration ist aus der Coping-Forschung entlehnt worden und sieht in der Migration ein *Kritisches Lebensereignis*, ein *critical live event* (vgl. Faltermeier 2005, Filipp 1995). Der Ansatz geht davon aus, dass eine Migration zur Erhöhung des erlebten Stresses führt, weil regelmäßig eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen an eine Migration und der Realität post migrationem besteht. Wünsche und Hoffnungen gehen nicht in Erfüllung oder deutlich langsamer als erwartet. Vorstellungen von einem besseren Leben werden teils enttäuscht, teils als haltlos entlarvt. Dieser Ansatz des Stresserlebens wird im nächsten Kapitel dieser Arbeit in der Form des Akkulturationsstresses erneut aufgegriffen und in einen Zusammenhang mit dem soziokulturellen Kontext des Menschen gebracht.

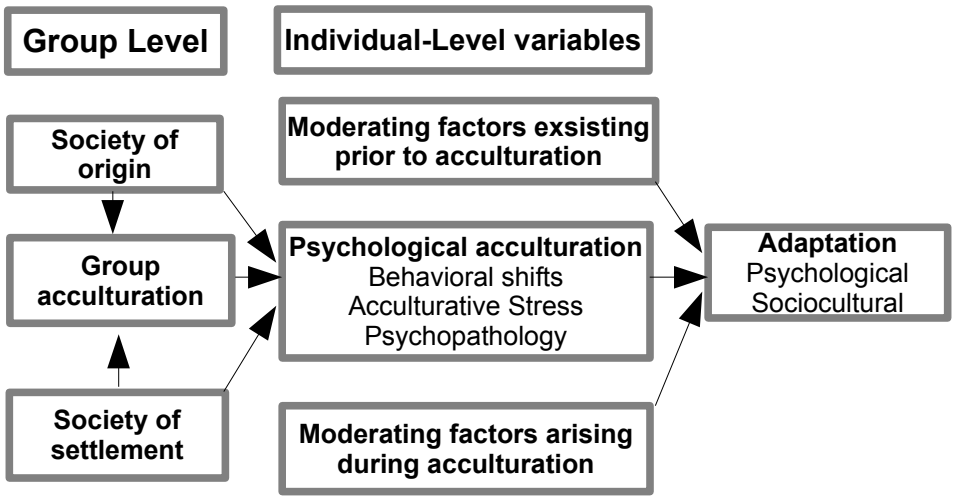
2.3.1.3 Berry's integratives Stressmodell der Akkulturation

Aufbauend auf seiner Theorie der Akkulturation entwickelte Berry (Berry, Kim, Minde & Mok 1987, Berry 1997) ein Modell, welches Akkulturationsstress und seine Auswirkungen auf das Individuum in den Mittelpunkt stellte. In seinen empirischen Arbeiten zeigten sich teils erhebliche Unterschiede in den Ergebnissen verschiedener Akkulturationsstrategien der Migranten. Als Psychologe war er besonders an den Effekten des Prozesses auf die psychische Gesundheit interessiert. Auch hier fand er unterschiedliche Resultate bei den unterschiedlichen angewandten Strategien. Der Schlüssel zu Berry's Modell des akkulturativen Stresses ist die Betrachtung der Migration als *Kritisches Lebensereignis* wie unter *2.3.1.2* erläutert.

In jedem Fall bringt eine Migration bedeutende Umwälzungen für das Individuum mit sich. Es hat sich in einer fremden Umgebung auf neue Umstände einzustellen, die zumeist alle Bereiche seines Lebens betreffen. In Frage kommen hier unter anderem das gesellschaftliche System, das politische System, die wirtschaftliche Ordnung und, von besonderer Wichtigkeit, die Sprache. Diese geforderten Neujustierungen bekannter Handlungsabläufe des Individuums verlangen ein stetes Umdenken und Überdenken. Es war Berry, der im Rahmen dieses Prozesses den Begriff des *Akkulturationsstresses* einführte. Genau wie in der allgemeinen Stressforschung unterscheidet er auch hier zwischen zwei Qualitäten des Stresses, Eustress und Disstress, je nachdem ob die Auswirkungen des Stresses auf den Menschen positiver oder negativer Art sind. Denn Veränderungen, die das Individuum aufgrund des Akkulturationsstresses unternimmt, können Chancen und Risiken bergen.

Einen Überblick gewährt folgende Abbildung:

Abbildung 2.7: Prozess der psychologischen Akkulturation nach Berry (1997)



Auf der linken Seite ist die Akkulturation auf Gruppen-Ebene dargestellt. Es findet ein Prozess auf sozialer, ökonomischer und politischer Ebene statt, der beeinflusst wird von Werten der Herkunfts- und Ankunftsgesellschaft. Damit steht der Kontext, in dem dann auf Individualebene die Auseinandersetzung des Individuums mit der neuen Situation folgt und die in eine Adaptation mündet.

Stressoren, die auf den Menschen einwirken, bestanden entweder bereits vor dem Akkulturationsprozess oder erwachsen erst während jenem. Ähnlich wie bei der Stresstheorie von Lazarus und Folkman (1984) bewertet der Mensch die Stressoren, ob und wie diese zu bewältigen sind. Hält das Individuum einen Stressor für nicht zu bewältigen mit dem Einsatz seiner Ressourcen, so resultiert eine hohe Stressbelastung. Ergebnis einer Bewertung der Stressoren ist dann der Akkulturationsstress, der sich, wie beschrieben, nachteilig auf das psychische Wohlbefinden auswirken kann, aber nicht muss. Eine Antwort auf diesen Stress liefert das Individuum durch Veränderung seiner Handlungsweisen, seiner Kultur und seiner Kognition der Dinge – es adaptiert. Diese Adaptation geschieht, wie die Abbildung zeigt, in mehreren Bereichen (Berry 1992 & 1997) und ist in seiner Qualität und Bedeutung für das Individuum a priori nicht vorherzusagen. Ein besonders interessanter Bereich aus diesen ist für die vorliegende Arbeit das Thema der psychologischen und gesundheitlichen Adaptation.

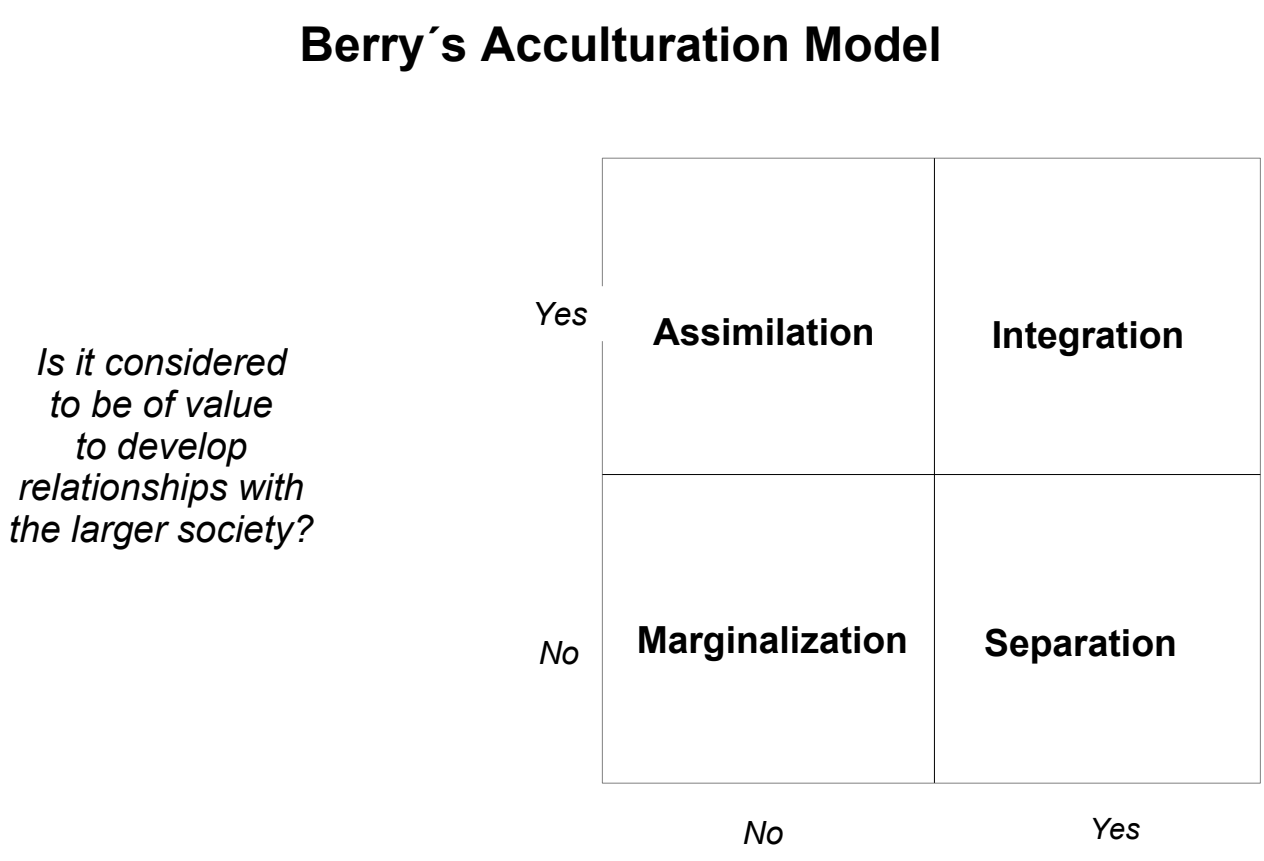
Eine durchgehende Beeinflussung des Prozesses findet durch sogenannte Moderatoren statt (Berry, Kim, Minde & Mok 1987). Sie lassen sich einteilen in Moderatoren, die vor dem Akkulturationsprozess bestanden und jene, die sich während der Akkulturation ausbilden. Anzumerken ist, dass der Einfluss der aufnehmenden Gesellschaft auf diesen Prozess nicht zu vernachlässigen ist. Zwar spricht das Modell von Individualebene der Akkulturation, jedoch hängen viele Moderatoren von der aufnehmenden Gesellschaft ab, insbesondere von ihrer Unterstützung und Akzeptanz des Migranten.

Zu den Moderatorvariablen zählt auch die Akkulturationsstrategie oder Akkulturationsorientierung, für die sich das Individuum im Prozess der Akkulturation entscheidet. Ausgehend von einem zweidimensionalen Ansatz hat sich das Individuum zwei Fragen zu stellen, nachdem es in einem anderen Land und in einer neuen Kultur angekommen ist. Verschiedene Ausformulierungen dieser zwei Fragen sind in der Literatur und bei Berry beschrieben, die sich in ihrem Sinn jedoch nicht maßgeblich unterscheiden:

1. Wird die Kultur der Herkunft für so wichtig und wertvoll erachtet, dass sie aufrechtzuerhalten ist?
2. Ist generell ein Interesse an und eine Öffnung gegenüber der neuen Kultur des Ankunftslandes gegeben?

Berry legt sein Augenmerk entgegen eines linearen Modells auf die Möglichkeit, sich seine Herkunftskultur zu bewahren und sich gleichzeitig der neuen Kultur nicht zu verschließen. Das Individuum steht als handelndes Subjekt im Mittelpunkt und trifft Entscheidungen für seine kulturelle Orientierung. Bestandteile dieser Orientierung sind Bräuche, Sprache und Tradition etc. Durch die Beantwortung obiger Fragen manifestiert sich ein Akkulturationsprozess, in welchem sich das Individuum positioniert. Berry spricht hier also von *Akkulturationsstrategien*, für die sich der Migrant entscheidet. Große Verbreitung fand seine Matrix zur Darstellung der Akkulturationsstrategien, die in der folgenden Abbildung dargestellt ist.

Abbildung 2.8: Vier-Felder-Matrix der Akkulturationsstrategien nach Berry (2005)



Je nach Beantwortung der zwei Fragen lässt sich eine Person mit Migrationshintergrund in diese Matrix einordnen und ihr eine Akkulturationsstrategie zuordnen.
Die Wahl der *Marginalisierung* erfolgt bei Negation beider Fragen und mündet in einem Zustand ohne gezielte kulturelle Hinwendung. Aus dem Willen zur Erhaltung der Herkunftskultur und fehlender Öffnung gegenüber der neuen Kultur resultiert die *Separation*. Dies bezeichnet Berry als eine der zwei kollektivistischen Strategien, da mehrere Individuen nötig sind um untereinander die gemeinsame Herkunftskultur aufrechtzuerhalten. Die andere ist die *Integration*. Sie äußert sich durch Bewahrung der alten Kultur und Interesse an Aufnahme von Werten aus der neuen Kultur. Als letzte zu nennen bleibt die *Assimilation* als eine der beiden individualistischen Strategien neben der Marginalisierung. Sie kennzeichnet sich durch Aufgabe alter Kulturelemente und starker Orientierung an der neuen Kultur.
Es ist hinzuzufügen, dass die Entscheidung des Individuums für eine der Strategien nicht unabänderlich ist. Durchaus ist ein Wechsel zwischen den Strategien im Laufe der Akkulturation möglich. Berry selbst hat umfangreiche empirische Arbeiten durchgeführt um seine Theorie zu festigen und die Prävalenz der Strategien in Populationen von Migranten zu bestimmen. Demnach ist die Strategie der Integration am häufigsten anzutreffen und die der Marginalisierung eher selten (Berry 1980, 1997; Kim & Berry 1985; Sam & Berry 1995).

2.3.2 Empirische Ergebnisse zu Zusammenhängen von Akkulturation und psychischer Gesundheit

Innerhalb der letzten Jahrzehnte ist das Thema Migration und seine Auswirkungen auf den Menschen nicht nur in Deutschland näher in den Fokus der Soziologie, Psychologie und Medizin gerückt. Es existiert eine enorme Zahl an Studien und Erhebungen zu vielen verschiedenen Typen von Migranten und deren Vitalität.
Der Autor gibt zunächst einen Überblick über den Forschungsstand bezüglich Akkulturation und psychischer Gesundheit bei Migranten im Allgemeinen, dann zu Zusammenhängen im Forschungsfeld über russlanddeutsche Spätaussiedler im Speziellen. Hierbei wurde sich an Übersichtsarbeiten und Metaanalysen orientiert.

2.3.2.1 Empirische Ergebnisse zu Migranten im Allgemeinen

Die für das Thema der vorliegenden Arbeit wichtige Datenlage für psychische Störungen unter Menschen mit Migrationshintergrund ist nicht einheitlich. Eine Metaanalyse von Studien aus den Jahren 1994 bis 2007, die Prävalenzdaten für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Angst und Depressivität bei Arbeitsmigranten und Flüchtlingen erhoben hatten, führten Lindert et al. (2008) durch. Nach systematischer elektronischer Datenbankabfrage bezüglich des Vorliegens von Einschlusskriterien, eingesetzter Instrumente und Studiendesigns fanden 37 Studien aus 18 Ländern unter Einschluss von 24.681 Menschen (69 % Arbeitsmigranten, 31 % Flüchtlinge) mit Migrationshintergrund Eingang in die Analyse. Der Median der Teilnehmerzahl betrug n = 338 bei einem Maximum von n = 4558 und einem Minimum von n = 55. Die Studien wurden anhand eines Schemas nach 15 Kriterien in Studien mit hoher, mittlerer und niedriger Studienqualität eingeteilt.

Tabelle 2.1: Prävalenzraten für ausgewählte psychische Leiden, n = 24.681 (Lindert et al. 2008)

	Arbeitsmigranten	**Flüchtlinge**
Depressivität	3 % - 47 %	3 % - 81 %
Angst	6 % - 44 %	5 % - 90 %
PTBS		4 % - 86 %

PTBS Posttraumatische Belastungsstörung

In der Tabelle ist zu sehen, dass eine hohe Varianz der über die 37 Studien gemittelten Prävalenzraten für Angst, Depressivität und PTBS gefunden wurde. Die Flüchtlinge erreichten höhere Maxima als die Arbeitsmigranten mit Prävalenzen bis zu 81 % (Depressivität) und 90 % (Angst). Dabei fielen die Werte am höchsten aus in Studien, die Verfahren mit Selbsteinschätzung anwendeten. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte eine Tendenz der Flüchtlinge sein, hohe Symptomraten anzugeben um ein Bleiberecht rechtfertigen zu können. Generell ließ sich zeigen, dass Studien von hoher und mittlerer Qualität kleinere Varianzen in den Prävalenzen aufwiesen als Studien geringer Güte. Das Problem von kulturübergreifenden Begriffen von Krankheiten und Symptomen könnte ebenso verantwortlich für die hohen Werte der Varianzen sein. Im Diskussionsteil dieser Arbeit wird diese Problematik in einer Methodenkritik behandelt, die sich in allen betrachteten Studien stärker oder weniger stark ausgeprägt wiederfindet.

Bermejo et al. (2010) ermittelten auf Grundlage der Daten des Deutschen Bundesgesund-

heitssurveys aus dem Jahre 1998 Unterschiede in den Monats-, Jahres- und Lebenszeitprävalenzen psychischer Störungen. Migranten ohne deutsche Staatsbürgerschaft (n=143) wurden mit Einheimischen ohne Migrationshintergrund (n=3704) verglichen auf Unterschiede in den Prävalenzen für somatoforme Störungen, Angststörungen, affektive Störungen, substanzbezogene Störungen und psychotische Störungen. Nur in den Kategorien der somatoformen sowie affektiven Störungen wiesen diese signifikant höhere Werte bei den Migranten in allen drei Zeitabschnitten auf. Folgende Abbildung zeigt die Prävalenzen im Sinne einer Gegenüberstellung ausländische Migranten (1) versus Deutsche ohne Migrationserfahrung (2):

Tabelle 2.2: Prävalenzen von affektiven und somatoformen Störungen im Zeitverlauf bei ausländischen Migranten und Deutschen ohne Migrationshintergrund (Bermejo et al. 2010)

	4-Wochen-Prävalenz		**12-Monats-Prävalenz**		**Lebenszeitprävalenz**	
	1	2	1	2	1	2
Affektive Störungen	11.7 %	5.8 %	17.9 %	11.3 %	24.9 %	18.2 %
Somatoforme Störungen	15.5 %	6.9 %	19.9 %	10.3 %	24.1 %	15.4 %

1 ausländische Migranten, n = 142

2 Deutsche ohne Migrationshintergrund, n = 3704

Fazel et al. (2005) widmeten sich in einer Metaanalyse interviewbasierter Studien aus den Jahren 1966-2002 den Prävalenzen von Depression, generalisierter Angststörung, posttraumatischer Belastungsstörung und Psychosen bei Flüchtlingen. Um die Aussagekraft zu erhöhen legten sie strenge Anforderungen an die Auswahl der Studien an, was Anzahl der Probanden und Vergleichbarkeit der Diagnosemethoden beinhaltete. Sie trafen eine Auswahl von 20 Studien aus sieben Ländern westlicher Prägung (n=6743). Die Auswertung lieferte eine gemittelte Prävalenz von 9 % für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und 5 % für das Vorliegen einer Depression. Die Abbildung zeigt bezogen auf die PTBS die einzelnen Studien mit ihrer Probandenzahl und den verschiedenen Herkunftsländern.

Tabelle 2.3: Auswahl an Studien zu Prävalenzdaten von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Flüchtlingen bei verschiedenen Autoren, n = 6743 (Fazel et al. 2005)

	Prävalenz	Herkunftsland
Studien mit n > 200		
Steel 2002	51 / 1161 (4 %)	Vietnam
Gong-Guy 1987	41 / 867 (5 %)	Vietnam
Gong-Guy 1987	83 / 723 (11 %)	Laos
Gong-Guy 1987	96 / 590 (16 %)	Kambodscha
Gong-Guy 1987	30 / 302 (10 %)	Vietnam
Gong-Guy 1987	16 / 291 (5 %)	China/Vietnam
Cheung 1994	27 / 223 (12 %)	Kambodscha
Sack 1994	38 / 209 (18 %)	Kambodscha
Hinton 1993	7 / 201 (3 %)	China/Vietnam
Subtotal	**389 / 4567**	
Studien mit n < 200		
Sack 1994	78 / 177 (44 %)	Kambodscha
Fenta 2004	13 / 154 (8 %)	Äthiopien
Hauff 1994	5 / 129 (4 %)	Vietnam
Turner 2003	46 / 120 (38 %)	Kosovo
9 kleinere Studien	132 / 352 (37 %)	gemischt
Subtotal	**274 / 932**	
Total	**663 / 5499**	

In einem zweiten Schritt wurde versucht, einen begründenden Faktor für die hohen Varianzen unter den erhobenen Prävalenzen zu finden. Die zweite Abbildung zeigt auf der linken Seite eine Aufstellung von Studiencharakteristika wie zum Beispiel unterschiedliche eingesetzte Instrumente, Sprachkenntnisse der Interviewer oder auch Altersgruppen der erfassten Flüchtlinge. Einzig die Variable der Studiengröße liefert einen signifikanten Wert. Studien, die mehr als 200 Probanden umfassten, wiesen demnach geringere Prävalenzen an posttraumatischen Belastungsstörungen auf im Vergleich zu Studien mit weniger als 200 Teilnehmern.

Tabelle 2.4: Prävalenzen nach unterschiedlichen Studiencharakteristika, n = 6743 (Fazel et al. 2005)

Gruppeneinteilung	Prävalenz	P-Wert
Volkszugehörigkeit		.11
Südostasien	518 / 5016 (10 %)	
andere	145 / 483 (30 %)	
Altersgruppe		.66
Erwachsene	534 / 5141 (10 %)	
Adoleszente	129 / 358 (35 %)	
Aufnahmeland		.85
USA	487 / 3634 (13 %)	
andere	176 / 1865 (9 %)	
Zeit nach Migration		.45
< 4 Jahre	112 / 574 (19 %)	
> 4 Jahre	481 / 4631 (10 %)	
Umfang der Studie		**< .0001**
< 200	274 / 932 (29 %)	
> 200	389 / 4567 (9 %)	
eingesetztes Instrument		.19
klinische Bewertung	20 / 40 (50 %)	
teilstrukturiertes Interview	643 / 5459 (12 %)	
Sampling-Methode		.62
nicht randomisiert	103 / 436 (24 %)	
randomisiert	560 / 5063 (11 %)	
Sprache des Interviewers		.33
Nicht-Muttersprachler	210 / 796 (26 %)	
Muttersprachler	425 / 4662 (9 %)	

Eine Studie, die sich auf Probanden aus dem Bundesgebiet beschränkt, veröffentlichten Glaesmer et al. im Jahre 2009. Sie ermittelten durch eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe (n = 2510, davon 11.1 % Migranten) mit Hilfe von Fragebogenmodulen Prävalenzen für depressive Störungen, somatoforme Beschwerden, generalisierte Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Es erfolgte eine Gegenüberstellung der Prävalenzen von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Für die oben genannten Entitäten ergaben sich keine signifikanten Prävalenzunterschiede, jedoch äußerten die Probanden mit Migrationshintergrund eine erhöhte Anzahl an potenziell traumatisierenden Ereignissen in ihrer Vergangenheit.

Im Folgenden werden nun tiefergehend einige empirische Ergebnisse über Zusammenhänge von Akkulturationsmoderatoren, Akkulturationsstrategien und psychischer Gesundheit dargelegt. In der hiesigen Forschungslandschaft wurde die Akkulturationsforschung bis dato nicht so intensiv betrieben wie im angloamerikanischen Raum, wo sie ihren Ursprung nahm. So ist die Anzahl an methodisch ansprechenden Arbeiten entsprechend.

Berry, Kim, Minde und Mok (1987) fanden positive Korrelationen zwischen Stress und Separation (r = .23) sowie negative zwischen Stress und Integration (r = - .19) bei Immigranten in Kanada. Bei Krishnan und Berry (1992) korrelierte Stress positiv mit Marginalisierung (r = .25) und Separation (r = .24) in einer Untersuchung an 76 indischen Immigranten in den USA. Integration war erneut gegenläufig aufgefallen (r = -.34). Krishnan und Berry sahen als möglichen Grund hierfür an, dass eine Verhaftung in sowohl der Herkunftskultur als auch in Werten der neuen Gesellschaft nicht in Stress resultiere, sondern in einem ausgeprägten Gefühl der Zugehörigkeit. Dagegen seien die Migranten, die die Strategien Marginalisierung und Separation verfolgen, möglicherweise mit Ängsten konfrontiert, da sie an der Kultur des Ankunftslandes nicht aktiv teilnähmen.

Des Weiteren ist die Studie von van Selm, Sam und van Oudenhoven (1997) zu erwähnen, in der bei Flüchtlingen in Norwegen sowohl Integration als auch Assimilation signifikant mit Lebenszufriedenheit vergesellschaftet waren, wobei der Zusammenhang bei der Assimilation sogar noch stärker ausgeprägt war. Bei Partridge (1988) findet sich die Marginalisierung als starker Prädiktor für das Auftreten von Stressbelastung.

Eine Studie von Haasen et al. (2007) untersuchte Zusammenhänge zwischen dem Akkulturationsstress-Index (ASI) und psychischer Befindlichkeit in einer Stichprobe von 402 Migranten, darunter 202 Russlanddeutsche. Als Einschlusskriterium galt eine Mindestaufenthaltsdauer in Deutschland von einem Jahr. Ermittelt wurden die globale psychische Belastung (GSI) per Symptom-Checklist, die Depressivität anhand der Hamilton-Skala (HAM-D) und der Akkulturationsstress-Score mit einem Fragebogen nach Nicassio et al. (1986). In diesem Score werden 0 bis 20 Punkte vergeben. Werte von 0-2 stehen für die Strategie der Integration, 3-6 für die Assimilation, 7-17 für die Segregation und 18-20 Punkte für die Strategie der Marginalisierung. Die Rekrutierung der Probanden erfolgte im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung in einer Praxis oder per Schneeballmethode in einer Felduntersuchung.

Tabelle 2.5: Zusammenhang zwischen dem Akkulturationsstress-Index und psychischer Belastung (Haasen et al. 2007)

	Kultureller Hintergrund der Befragten				
	Aussiedler	**Aussiedler**	**Mongolei**	**Iran**	**Afghanistan**
Rekrutierungsmethode	Felduntersuchung	Praxis	Felduntersuchung	Praxis	Felduntersuchung
n	100	102	100	50	50
Alter	32	7.5	29	45.9	42.6
Jahre in Deutschland	7.2	6.2	5.6	13.1	10.9
Anteil Männer	47	39	33	36	92
ASI-Score	7.6	9.5	7.9	8.7	11.3
GSI-Score	0.5	0.46	0.45	0.78	0.9
ASI-GSI-Korrelation	0.3**	0.28**	0.59***	0.35**	0.45***
HAM-D-Score	7.8	1.7	5.9	8.1	keine
ASI-HAMD-Korrelation	0.2	0.24*	0.36***	0.25 (*)	keine

ASI Akkulturationsstress-Index, GSI Global Severity Index, HAM-D Hamilton-Depressionsskala, *$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$, (*)$p < .1$ (Tendenz)

Der Tabelle sind die signifikanten, positiven Korrelationen zwischen dem Akkulturationsstress-Index und psychischer Belastung sowie Depressivität zu entnehmen. Ein Verschieben der Integrationsstrategien von Integration hin in Richtung Marginalisierung korreliert somit mit mehr Depressivität und generell mehr psychischer Belastung.

David et al. (2002) fanden unter 262 Frauen mit türkischem Migrationshintergrund keinen signifikanten Unterschied zwischen Akkulturationsgrad und psychischer Belastung (GSI aus Symptom-Checklist). Nur in der Skala *paranoides Denken* (SCL-90-R) fanden sich höhere Werte bei den stärker akkulturierten. Kritisch ist hier mangelnde Differenzierung in nur zwei Gruppen – wenig und stärker akkulturiert – zu sehen. Zur Einteilung in hohen und niedrigen Akkulturationsgrad wurden die Variablen Bildungsabschluss und Erwerbsgruppe sowie deutsche Sprachkenntnisse per Selbsteinschätzung herangezogen. Je ähnlicher die Werte den Mittelwerten der Einheimischen waren, desto höher akkulturiert wurden sie eingestuft. Auffälliger waren die Unterschiede innerhalb der Generationen der türkischen Migrantinnen. Wider Erwarten der Forscher gaben die Frauen, die bereits in Deutschland geboren worden und selbst nicht migriert waren, im Schnitt höhere psychische Belastungen an als die Frauen, die selbst mit ihrer Familie ausgewandert waren. Dies war der Fall in sieben der neun Skalen der SCL-90. Auch diejenigen Frauen, die ihren Männern aus der Türkei nachgezogen waren, wurden statistisch erfasst und zeigten in acht der neun Skalen niedrigere Werte als die in Deutschland geborenen.

In einer weiteren Studie widmeten sich Merbach et al. (2008) den Zusammenhängen zwischen psychischer Gesundheit und Parametern der Akkulturation von Migranten in Deutschland. In einer Stichprobe von 140 polnischen sowie 82 vietnamesischen Migranten

erhoben sie mit Hilfe der *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) Werte für Angst und Depression. Zusätzlich erfolgte eine Messung der Assimilation im Sinne einer Angleichung an die deutsche Bevölkerung in den Subkategorien kognitive, soziale, strukturelle und identifikative Assimilation sowie der gefühlten Diskriminierung.
Kontakte zu Deutschen, Anzahl deutscher Freunde, beruflicher Status und die Frage nach wahrgenommenen Benachteiligungen aufgrund des Migrantenstatus wurden erfragt.

Tabelle 2.6: Angst und Depression in Zusammenhang mit Facetten der Assimilation, n = 222, Korrelationskoeffizienten nach Spearman (Merbach et al. 2008)

	HADS-Angst		**HADS-Depression**	
	Vietnamesische Migranten	Polnische Migranten	Vietnamesische Migranten	Polnische Migranten
Sprachkenntnisse	-.05	-.18	-.19	**-.23****
Strukturelle Assimilation	.13	-.05	-.90	.05
Soziale Assimilation	-.05	**-.26****	**-.20***	**-.25****
Identifikative Assimilation	.04	**-.19**	-.05	**-.17***
Wahrgenommene Diskriminierung	**.25***	**.32*****	.22	**.26****

HADS Hospital Anxiety and Depression Scale, *$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$

Obige Tabelle zeigt die Korrelationen der erhobenen Variablen untereinander. In der Stichprobe polnischer Migranten ist mit Ausnahme der strukturellen Assimilation durchgehende Signifikanz der Zusammenhänge nachgewiesen worden. Menschen mit gesteigerten Deutschkenntnissen, mehr deutschen Freunden und weniger wahrgenommenen Diskriminierungen zeigten niedrigere Werte in Angst- und Depressionsskalen. Unter den vietnamesischen Migranten waren die Zusammenhänge schwächer. In einem weiteren Schritt erfolgte die Ermittlung einer multiplen Regressionsgleichung um den Einfluss aller Assimilations-Variablen und der Soziodemographie auf beide HADS-Skalen zu prüfen. Die Regression erfolgte unter schrittweiser Hinzunahme der Einfluss-Variablen Soziodemographie, der Assimilationsgrößen und der Diskriminierung (Modelle 1, 2, 3). Die zwei weiteren Modelle zeigen die für die einzelnen Gruppen ermittelten Abhängigkeiten. Die Resultate für die Skala Angst zeigt folgende Tabelle:

Tabelle 2.7: Einflussgewichte verschiedener Faktoren auf die Skala Angst in einer multiplen Regression (Merbach et al. 2008)

Einflussfaktor	Modell I	Modell II	Modell III	Modell vietn. Migranten	Modell poln. Migranten
vietnamesische Migrantengruppe	-,053	-,111	**-.229****		
Alter	,026	-,023	,040	-,206	,123
Geschlecht	,098	,118	,122	,121	,128
Bildung	**-.144***	-,125	**-.126***	-,221	-,122
Aufenthaltsdauer	-,166	-,085	-,145	,190	**-.236***
Sprachkenntnisse		-,020	-,075	-,064	-,055
Strukturelle Assimilation		,055	,057	-,144	,135
Soziale Assimilation		**-.187****	**-.154***	-,038	**-.196****
Identifikative Assimilation		-,039	-,018	**.247***	**-.154***
Diskriminierung			**.325*****	,215	**.371*****
n	184	184	184	63	120
Korrigiertes Bestimmtheitsmaß	,019	,032	,123	,094	,210
F	1,696	**1.679***	**3.588*****	1,73	**4.546*****

schrittweise Hinzunahme der Einfluss-Variablen Soziodemographie (I), Assimilationsgrößen (II), Diskriminierung (III)
F F-Wert, *p < .1, **p < .05, ***p < .001, ****p < .0001

In der polnischen Gruppe gehen geringe soziale Assimilation und Diskriminierung als bedeutsame Prädiktoren der Angst ein. Schwächer ist der Effekt von kurzer Aufenthaltsdauer und geringer Identifikation. Bei der vietnamesischen Gruppe sind kaum signifikante Einflüsse zu verzeichnen. Auch in der Regression zur Skala Depression sind die Einflüsse in der polnischen Gruppe auffälliger. Hier sind Diskriminierung und die mangelnde Identifikation mit Deutschland Prädiktoren der Depression.

2.3.2.2 Empirische Ergebnisse zu russlanddeutschen Spätaussiedlern

Die Studienlage zur Gesundheit und Akkulturation Russlanddeutscher ist übersichtlich, obwohl jene unter den Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland mit über vier Millionen eine der größten Gruppen darstellen. Zuletzt werden um den Gesamteindruck der Studienlage zu Russlanddeutschen abzurunden auch Studienergebnisse bezüglich Mortalität und somatischer Leiden dargestellt.

Vorab wird jedoch berichtet über die Arbeit und Ergebnisse von Frauke Bastians (2004). Sie führte eine vergleichende Querschnittsstudie zum Thema Integration von Russlanddeutschen im Raum Osnabrück durch. Hierzu wurde ein umfassender, zweisprachiger Fragebogen erarbeitet, der sowohl Aspekte der Integration wie auch demographische Komponenten erhob. Auch die Bewertung der Ausreiseentscheidung, der Ausreisemotive sowie das Wahrnehmen von Vorurteilen wurden erfragt und in Beziehung zur Integration

gesetzt. Befragt wurden 224 Menschen mit russlanddeutschem Hintergrund und als Vergleichsgruppe 153 Deutsche ohne Migrationshintergrund.

Die Befragung überprüfte migrationssoziologische Fragestellungen und befasste sich nicht mit körperlicher oder psychischer Gesundheit. Da aber weite Teile des Fragebogens für die vorliegende Arbeit übernommen wurden, u. a. zur Erhebung der Integrationswerte, der Retrospektive und der Demographie, sollen hier einige der Ergebnisse der Arbeit aufgeführt werden. Die Werte der Facetten der Integration aus der Arbeit von Bastians werden später im Teil ERGEBNISSE dem Zahlenwerk der vorliegenden Arbeit gegenübergestellt werden.

Unter anderem fand Bastians heraus, dass je jünger die Russlanddeutschen bei Einreise waren, je jünger zum Zeitpunkt der Erhebung und je länger sie bereits in Deutschland lebten, desto höher waren ihre Integrationswerte in den Facetten der Integration. Bezüglich der beruflichen Anstellung zeigte sich ein signifikanter Unterschied nur bei gesonderter Betrachtung der Gruppen *erwerbslos* und *Vollzeitanstellung*. Dann nämlich zeigten die Angestellten in Vollzeit höhere Integrationswerte.

Russlanddeutsche, die alleinstehend waren, wiesen in allen Facetten der Integration bessere Werte auf als in Partnerschaft lebende. Und unter denen, die angaben mit ihrer Familie zusammen zu leben, fanden sich bessere Werte in der sozialen Integration, jedoch schlechtere in den Facetten berufliche und sprachliche Integration.

Abschließend sei erwähnt, dass die Gruppe der Russlanddeutschen, die ihre Ausreise im Nachgang durchweg positiv sah und sich exakt wieder so verhalten würde, keine Korrelationen zu Werten der Integration aufwies. Ebenfalls die Gruppe derjenigen, die erneut ausreisen, aber einiges anders machen würden, zeigte hier keine Zusammenhänge. Nur Russlanddeutsche, die nicht mehr ausreisen würden, wenn sie nochmal vor der Entscheidung stünden, fielen mit einer negativen Korrelation zu Integrationswerten auf. Auf einige dieser Ergebnisse wird bei der Darstellung der Ergebnisse der vorliegenden Studie nochmals Bezug genommen.

Einen Einstieg in den Aspekt Russlanddeutsche und Gesundheit erlangt man durch die Übersichtsarbeit von Kornischka et al. (2008). Sie führten Recherchen in mehreren Hochschulbibliotheken und mit Hilfe von Datenbanken durch zu diesem Thema:

Kirsch und Spitczok von Brisinski (1995) fanden in einer Befragungsstudie (n=176) in einem Übergangswohnheim in Berlin unter einem Drittel der Probanden den Wunsch nach psychiatrischer Hilfe, dazu gesteigertes Vorkommen depressiver Symptomatiken unter denjenigen Russlanddeutschen, die arbeitslos waren oder mangelnde Deutschkenntnisse aufwiesen. In einer Vergleichsstudie zwischen jugendlichen Migranten aus Polen, jungen

Spätaussiedlern aus Polen (n=100) und einheimischen deutschen Jugendlichen wiesen die Spätaussiedler die höchsten Werte ängstlicher und depressiver Symptomatik auf (Siefen & Brähler 1996).

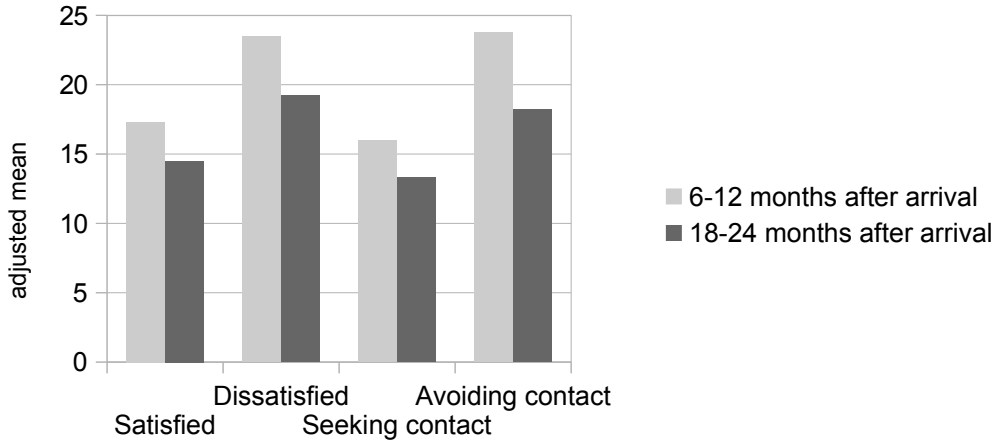
Hitschfeld et al. (2002) zeigten in Vergleichsstudien unter Asylbewerbern, einheimischen Deutschen und Spätaussiedlern (n=173) signifikant erhöhte Zahlen von Doppeldiagnosen von Sucht und Psychose bei Russlanddeutschen. Bauer (1996) fand in seiner Dissertation eine dreifach erhöhte Prävalenz von Alkoholabhängigkeit unter Spätaussiedlern im Vergleich zum Rest der Bevölkerung. Demgegenüber erhoben Strobl und Kühnel (2000) in einer Schülerbefragung (n=2000) bei Russlanddeutschen deutlich niedrigere Werte für Drogen- und Alkoholkonsum als bei jugendlichen Deutschen und jungen Ausländern.

Auch Reiss et al. (2010) wandten sich der Suchtproblematik zu und verglichen die Prävalenzen von Rauchern unter Einheimischen und Aussiedlern (n=14.373) in Abhängigkeit vom Einreisedatum. Die Daten entnahmen sie aus dem Mikrozensus 2005. Unter den männlichen Spätaussiedlern mit erhöhtem Bildungsgrad zwischen 25 und 44 Jahren, die bis zu fünf Jahre in Deutschland lebten, rauchten 44 %. Lebten die Russlanddeutschen schon 16 Jahre oder länger in Deutschland, so sank dieser Wert auf 35 %. Der Wert der Vergleichsgruppe lag bei 36 %. Es zeigte sich eine Konvergenz der Zahlen in Abhängigkeit zur Aufenthaltsdauer. Bemerkenswerterweise manifestiert sich der Zusammenhang bei den weiblichen Spätaussiedlern in ähnlicher Weise - mit dem Unterschied, dass sie in den Anfangsjahren nach der Aussiedlung niedrigere Prävalenzen aufzeigen und sich dann den Werten ihrer einheimischen Vergleichsgruppe annähern. Laut den Autoren spricht dies für einen Vorgang innerhalb der *health transition*, nach der die Prävalenz des Rauchens und damit auch bestimmter Erkrankungen an den sozioökonomischen Entwicklungsstand einer Bevölkerung gekoppelt ist. Die Spätaussiedler haben ein Land, in welchem die Zahlen noch im Steigen begriffen sind, verlassen und passen sich nun den Werten der deutschen Bevölkerung an, was sinkende Prävalenzen unter den Männern und leicht steigende unter den Frauen bedeutet.

Aus dem Jahre 1992 stammt eine retrospektive Fallkontrollstudie (n=23) von Kornischka, die unter den Probanden auffällig hohe Zahlen an funktionellen Sexualstörungen und Somatisierungstendenzen lieferte. Die Aussiedler wiesen diese Auffälligkeiten vier bis acht Jahre nach ihrer Ausreise auf. Kornischka postulierte die These einer verzögerten Enttäuschungsreaktion, die sich bei den Spätaussiedlern einstelle. Die sehr hohen Erwartungen an die Ausreise nach Deutschland stellten sich nach Ankunft sukzessive als zu hoch gefasst heraus. Dies zu realisieren könne die Psyche vor große Herausforderungen stellen und massiv beeinträchtigen.

Zuletzt stellt eine weitere vergleichende Studie von Kirkcaldy und Siefen (2005) unter Zuhilfenahme des Gießener Beschwerdebogens (GBB-24) signifikant erhöhte Werte von Kopfschmerzen und Erschöpfungsneigung der Aussiedler (n=307) fest im Bezug zur einheimischen Gruppe. Betrachtet wurden drei Messpunkte: bei Ankunft in Deutschland, sechs Monate danach und 18-24 Monate danach. Maxima traten sechs Monate nach Ankunft in Deutschland auf, hingegen zeigten die zwei anderen Messpunkte keine Auffälligkeiten. Zusätzlich wurde untersucht wie die Zufriedenheit mit dem neuen Leben in Deutschland und die Offenheit gegenüber der Kultur der Deutschen mit der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes korrelierten. Zumindest tendenziell ließen sich eine höhere Zufriedenheit und kontaktfreudigere Einstellung mit weniger körperlichen Beschwerden in Beziehung setzen. Gemessen wurde die Zufriedenheit mit der Frage: *Gefällt Ihnen das Leben in Deutschland?* Hingegen wurde die Kontaktfreudigkeit zur einheimischen Bevölkerung mit einem Index aus acht Items erfasst, hierunter zum Beispiel Sprachkenntnisse, soziale Integration, Mediennutzung in verschiedenen Sprachen etc. Die Graphik zeigt sowohl die Abnahme der Beschwerden im zweiten Zeitabschnitt als auch die Unterschiede zwischen den Gruppen *zufrieden / unzufrieden* und *Kontakt suchend* / *Kontakt meidend*:

Abbildung 2.9: adjustierte Mittelwerte im Gießener Beschwerdebogen-24, n = 307 (Kirkcaldy et al. 2005)



Um den Forschungsstand über Russlanddeutsche zu komplettieren, folgt ein kurzer Exkurs zu somatischen Erkrankungen.

In einer Kohortenstudie untersuchten Becher et al (2007) die Mortalitätsverhältnisse von Aussiedlern. Aufgrund des ihrer Meinung nach zu erwartenden niedrigeren sozioökonomi-

schen Status der Aussiedler im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung sollte eine vergleichsweise erhöhte Gesamtmortalität der Russlanddeutschen in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu finden sein. Sie betrachteten eine repräsentative Kohorte von 34.393 Aussiedlern aus Nordrhein-Westfalen über einen Zeitraum von zwölf Jahren (1990-2001). Mit Hilfe von Datenabgleichen über das statistische Landesamt gelang die Ermittlung der Todesursachen der 1805 verstorbenen Menschen aus der Kohorte in 96 % der Fälle. Es erfolgte die Berechnung von standardisierten Mortalitätsverhältnissen (SMR) aller Todesursachen.

Die Gesamtmortalität in der Kohorte fiel mit einem Wert von 0,9 signifikant niedriger aus als die der deutschen Bevölkerung. Im männlichen Teil der Kohorte ließ sich eine sehr niedrige Mortalitätsrate von Herz-Kreislauf-Erkrankungen feststellen. Eine signifikant geringere Rate an Krebsmortalität fand sich unter den weiblichen Russlanddeutschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, speziell bei Brust- und Lungenmalignomen. Bei den Männern lag kein Unterschied in den Häufigkeiten vor, sondern in den Lokalisationen. Es überwogen signifikant Lungen-, Magen- und Lebermalignome, was auf eine erhöhte Prävalenz von Nikotinabusus zurückgeführt wurde. Die Kategorien *Suizide, Unfälle* und *Tod durch andere nicht natürliche Todesursache* imponieren durch bedeutsam höhere Werte. Unter letztgenannte Kategorie fällt auch eine erhebliche Anzahl jugendliche Drogentote, was die Autoren zu der Annahme kommen lässt, dass männliche Aussiedler eine Risikogruppe für Drogenmissbrauch und Pathologien der Psyche darstellen.

Des Weiteren sind zwei komparative Studien, Aparicio et al. (2005) und Korenblum et al. (2005), zu erwähnen, die in Gruppen von Aussiedlern höhere Prävalenzen an Adipositas und Störungen des Fettstoffwechsels feststellten.

Zusammenfassend bilden Russlanddeutsche einen risikobehafteten Teil der Migranten in Deutschland, der auffallende Prävalenzen in psychischen und somatischen Erkrankungen aufweist, und es kann nicht genau erhellt werden, ob sich diese Ergebnisse mit einer verzögerten Enttäuschungsreaktion, dauerhaftem Stresserleben oder unterschiedlichen Lebensstilen begründen lassen.

2.4 Kohärenzgefühl und Akkulturation

Der Begriff des Kohärenzgefühles (sense of coherence) spielt eine zentrale Rolle in dem Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1979, 1997). Bereits das Wort *Salutogenese* selbst beschreibt, worum es Antonovsky ging, als er das Modell hierzu entwarf: Wie und unter welchen Umständen bleibt der Mensch gesund und was sind die treibenden

Kräfte, die den Zustand der Gesundheit aufrechterhalten?

Antonovsky sieht die gesamte Lebensspanne als einen Zeitraum von dauerhaftem Einwirken von Stressoren, die potentiell krankmachend sind. Eine Überforderung des Individuums durch solche wiederkehrend auftretenden Stressoren, indem es diese nicht zu bewältigen oder verarbeiten vermag, kann dann zu einer Verschiebung des Zustandes weg von Gesundheit (Health Ease) und hin zu Krankheit (Dis-Ease) auf einem imaginären Kontinuum der gesundheitlichen Verfassung führen.

In dieser Vorstellung nimmt das Kohärenzgefühl eine zentrale Stellung ein. Es wird beschrieben als generelle Einstellung des Individuums zu den äußeren Einflüssen, die auf es einwirken.

Das Kohärenzgefühl lässt sich in drei Facetten gliedern. Erstens in die *Verstehbarkeit* – die Dinge, die passieren, folgen einer gewissen Ordnung und logischer Abfolge. Zweitens in die *Handhabbarkeit* oder *Bewältigbarkeit* – das Individuum bewertet seine eigenen Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen als mehr oder weniger ausreichend hierfür. Drittens in die *Sinnhaftigkeit* – das Individuum sieht im eigenen Leben einen Sinn und misst den Zielen hinter den vom Leben gestellten Anforderungen einen Wert bei, für den es sich zu mühen lohnt. Für das Kohärenzgefühl wurden Fragebogenmodule verschiedenen Umfangs entworfen, angepasst und validiert.

Der Mensch bleibt nach der Auffassung Antonovsky's gesund, wenn er es schafft, die inneren Spannungszustände, die durch die Stressoren herbeigeführt wurden, zu entspannen. Hierbei ist er umso erfolgreicher, also gesünder, wenn er neben einem hohen Maß an Kohärenzgefühl auf hinreichend generelle Widerstandsressourcen, *generalized resistence resources*, unterstützend zurückgreifen kann. Hierunter fallen zum Beispiel ein stabiles soziales Umfeld, physische Konstitution oder auch charakterliche Eignung.

In Bezug auf die Migration sprach Antonovsky von *radical change,* einem radikalen Wechsel im Umfeld des Migranten, der das Kohärenzgefühl und damit auch das Risikoprofil für psychische Gesundheit verändere. In Studien wurde versucht kausale Verknüpfungen zwischen psychischer Gesundheit und Kohärenzgefühl aufzudecken.

Sundquist et al. (2001) fanden in einer Gruppe von 1980 Migranten in Schweden in Werten geringeren Kohärenzgefühles eine erklärende Variable für psychische Leiden. Auch war ein geringer Wert an Kohärenzgefühl ein bedeutsamerer Risikofaktor als erlebte Gewalt vor der Migration.

Ying et al. (2001) ermittelten in 353 chinesischstämmigen amerikanischen Studenten eine Assoziation von stärkerer Integration mit höheren Werten an Kohärenzgefühl.

Eine Verknüpfung von Berry's Modell der Akkulturation mit dem der Salutogenese von

Aaron Antonovsky entstand 2011 durch Riedel et al. Insbesondere durch eine Integration der Akkulturationsstrategien in ein Rahmenmodell mit generellen Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl können leichter Rückschlüsse auf die psychische Verfassung des Individuums während des Akkulturationsprozesses gezogen werden.

2.5 Fragestellung und Hypothesen H1 - H4

Die grundsätzliche Fragestellung, die in dieser Arbeit untersucht werden soll, ist die Frage nach Zusammenhängen zwischen Moderatorvariablen im Akkulturationsprozess und verschiedenen Aspekten der psychischen Gesundheit. Der Prozess der Akkulturation unterliegt unzähligen einzelnen Faktoren, sodass ein Versuch der Abdeckung aller weder möglich noch sinnvoll ist. Der Autor konzentriert sich auf die seiner Meinung nach besonders interessanten Variablen, zu denen auch ein valides Instrument vorlag.
In Anlehnung an das integrative Modell des Akkulturationsstresses nach Berry werden Zusammenhänge zwischen Moderatorvariablen des Akkulturationsprozesses und Parametern der psychischen Gesundheit postuliert. Die genannten Moderatorvariablen und erhobenen Gesundheitswerte werden dann im nachfolgenden Teil der Methodik näher erläutert. Basierend auf den beschriebenen theoretischen Modellen und empirischen Befunden wurden Hypothesen erstellt, die in der Arbeit anhand einer Stichprobe überprüft werden.

Ein Individuum, das sich in die gesellschaftlichen Systeme im Ankunftsland besser eingliedert, hat mit weniger Akkulturationsstress zu rechnen. Hieraus resultiert eine positive gesundheitliche Adaptation mit einer stabileren psychischen Verfassung. Ebenso führt es zu einem erhöhten Glauben an die eigenen Ressourcen und Bewältigbarkeit der Probleme des Lebens, kurzum einem erhöhten Kohärenzgefühl nach Antonovsky (1997).

H1 Je höher der Grad an sozialer, sprachlicher und beruflicher Integration, umso

- **a)** stärker das Kohärenzgefühl,
- **b)** geringer die chronische Stressbelastung,
- **c)** geringer die körperlichen Beschwerden und
- **d)** geringer die psychische Belastung.

Wie im theoretischen Hintergrund angeführt ist ein Phänomen der Enttäuschungsreaktion bei Russlanddeutschen beschrieben worden. Die Erwartungen, die an ein Leben in Deutschland gestellt wurden, konnte die Realität oftmals nicht erfüllen. Daraus folgt akkul-

turativer Stress mit negativen Folgen für die Psyche.

H2 Je positiver die Gefühle, mit denen Russlanddeutsche auf ihre Ausreise zurückblicken, desto

a) stärker das Kohärenzgefühl,

b) geringer die chronische Stressbelastung,

c) geringer die körperlichen Beschwerden und

d) geringer die psychische Belastung.

Zu den Moderatorvariablen des Akkulturationsprozesses gehören auch soziodemographische Angaben über Bildung, Ökonomie und Partnerschaft, denn sie spiegeln einen Grad der Stabilität des Individuums in der Ankunftsgesellschaft wider. Eine bikulturelle Ehe sollte protektiven Einfluss auf den Migranten ausüben und demnach zu weniger psychischen Auffälligkeiten führen.

H3 Es lassen sich Zusammenhänge zu psychischer Gesundheit unter den Spätaussiedlern in den Facetten der nachfolgenden soziodemographischen Parameter feststellen: Alter, Familieneinkommen, Berufsabschluss, Anstellungsverhältnis, Wohnumfeld und bikulturelle Partnerschaften.

In Anlehnung an Berry wird eine Gruppierung in die vier Akkulturationsstrategien vorgenommen. Es wird nach Gruppenunterschieden in Bezug auf die Gesundheitsvariablen gesucht und im Speziellen nach einer Wechselwirkung. Denn für Individuen, die explizit sowohl die Werte der Ankunftsgesellschaft aufnehmen als auch die Werte der Herkunftskultur bewahren, sagte Berry erniedrigte Stresswerte voraus. Somit sollte diese Gruppe messbar weniger psychische Auffälligkeiten zeigen.

H4 Unter den Akkulturationsstrategien geht die Strategie der Integration mit den geringsten Krankheitswerten einher bedingt durch den kombinierten Einfluss der Faktorenstufen *Annahme der neuen Kultur* und *Bewahrung der Herkunftskultur*.

3. METHODIK

3.1 Datenerhebung und Stichprobe

Im empirischen Teil der Arbeit erfolgt die Datenerhebung zur Überprüfung der abgeleiteten Hypothesen aus dem theoretischen Teil. Wie es bereits im Titel der Arbeit zu lesen ist, rekrutierte sich die Stichprobe aus der russlanddeutschen Bevölkerung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern.
Durchgeführt wurde eine einmalige Querschnittserhebung per Fragebogen, die Daten lieferte zur Soziodemographie, zu Variablen der Akkulturation und zur psychischen Gesundheit.

3.1.1 Grundgesamtheit, Einschlusskriterien und Stichprobenziehung

Durch die Beschränkung des Einzugsgebietes der in Frage kommenden Probanden auf das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern geht der Autor von einer Grundgesamtheit von wenigstens 17.300 Russlanddeutschen aus (Zensus 2011, Bevölkerung und Haushalte, Bundesland Mecklenburg-Vorpommern am 09.05.2011, Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2014). Diese Zahl setzt sich zusammen aus den gezählten Personen mit Migrationshintergrund sowie deutscher Staatsangehörigkeit aus den Herkunftsländern Kasachstan, russ. Föderation und Ukraine. Für weitere mögliche Herkunftsländer lagen keine Daten vor. Der Autor entschied sich für die Beschränkung des Einzugsgebietes auf ein Bundesland – in diesem Falle Mecklenburg-Vorpommern - da die Ansiedlung und Betreuung von Russlanddeutschen in der Verantwortung der Länder liegt. Daher ist von annähernd gleichen Voraussetzungen bei ökonomischen und integrativen Hilfeleistungen für den Einzelnen auszugehen.
Vorgegebene Einschlusskriterien bestanden in dem ethnischen Hintergrund des Aussiedlers und des Mindestalters von 16 Jahren zum Zeitpunkt der Erhebung. Der ethnische Hintergrund lag bei einem Probanden vor, wenn derjenige als durch die Bundesrepublik Deutschland anerkannter Aussiedler oder Spätaussiedler aus Gebieten der ehemaligen Sowjetunion eingereist war und dauerhaft seinen Wohnsitz in Mecklenburg-Vorpommern gefunden hatte. Weitere Einschlusskriterien bestanden nicht. Eine systematische Zufallsstichprobe wurde vom Autor als nicht realisierbar eingestuft. Grund hierfür waren die fehlende Erfassung der Aussiedler in Mecklenburg-Vorpommern durch Register oder Listen des Einwohnermeldeamtes.

3.1.2 Stichprobe und Ausschöpfung

Zur Gewinnung von Probanden informierte sich der Autor über Anlaufstellen und Treffpunkte der Aussiedler. Aussichtsreiche Stellen wurden kontaktiert und nach Erklärung des Vorhabens mit einer entsprechenden Anzahl von Fragebögen in deutscher und russischer Sprache beliefert. In den Einrichtungen erfolgte meist eine direkte Austeilung an die möglichen Probanden sowie das anschließende Einsammeln und die Rückversendung an den Autor.

14 solcher Einrichtungen konnten ausgemacht werden und in die Akquise einbezogen werden. Eine Zusammenarbeit mit Ansprechpartnern aus den Einrichtungen, die zur Ausfüllung ermunterten, erwies sich als zweckdienlich. Nur in dem einen Fall des russlanddeutschen Lebensmittelgeschäftes in Greifswald erfolgte eine bloße Auslegung der Bögen und Aufstellung einer Sammelurne für ausgefüllte Exemplare. Nach einer Zeit von sechs Monaten ergab sich bei 20 ausgelegten Bögen ein Rücklauf von sieben ausgefüllten Exemplaren, davon fünf in deutscher und zwei in russischer Sprache. Dies bedeutet eine Rücklaufquote von 35 %. Eine exakte Ermittlung der Rücklaufquoten aus den übrigen Einrichtungen war aus logistischen und organisatorischen Gründen schwierig. Der Autor verzichtete hierauf. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über Herkunft und Anzahl der insgesamt 185 ausgefüllten Fragebögen.

Tabelle 3.1: Überblick über Herkunft und Anzahl der in die Untersuchung eingegangenen Fragebögen

Neubrandenburg, priv. Kontakt	2
Rostock, AWO	3
Neubrandenburg, DRK	3
Rügen, AWO	4
Torgelow, priv. Kontakt	4
Rostock, DRK	5
Greifswald, Supermarkt	7
Greifswald, Caritas	10
Neustrelitz, Bildungszentrum	10
Anklam, priv. Kontakt	11
Schwerin, Diakonie	13
Wolgast, Arztpraxis	17
Wismar, DRK	21
Rostock, russ. Sprachverein	26
Gadebusch, Diakonie	49
Gesamt	**185**

AWO Arbeiterwohlfahrt, DRK Deutsches Rotes Kreuz

3.1.3 Datenerhebung

Die Erhebung erstreckte sich über den Zeitraum von April 2012 bis Mai 2013. Der mehrseitige Fragebogen wurde in deutscher und russischer Sprache zur Verfügung gestellt. Zur detaillierten Ansicht sind die Erhebungsinstrumente im Anhang aufgezeigt. Die ersten Seiten wurden als Einleitung gestaltet und beinhalteten genaue Anweisungen zur korrekten Bearbeitung. Weitere einführende Erläuterungen standen zu Beginn jedes Moduls des Bogens. Zur eventuell notwendigen Klärung von Problemen beim Ausfüllen oder für Nachfragen waren die Kontaktdaten des Autors angegeben. Auf ein Präsent oder eine kleine Aufmerksamkeit für die Teilnahme an der Studie musste aus logistischen und finanziellen Gründen leider verzichtet werden.

3.2 Erhebungsinstrumente

Die Datengewinnung erfolgte ausschließlich per Fragebogen und Selbstbeurteilung der Probanden. Die zur Erhebung eingesetzten Fragebogenmodule lassen sich in zwei Gruppen aufteilen. Zur ersten Gruppe gehören die Items zur Erhebung der soziodemographischen Daten und Variablen der Akkulturation. In dieser Gruppe wurde auf die bereits erwähnte Arbeit von Frauke Bastians (2004) zur Integration von Spätaussiedlern zurückgegriffen. Die zweite Gruppe beinhaltet vier Module zur Erfassung von Aspekten der psychischen Gesundheit, das *Brief Symptom Inventory* (BSI-53), die *Screening-Skala* aus dem *Trierer Inventar zum chronischen Stress* (TICS-12), den *Gießener Beschwerdebogen* (GBB-24) und die *Leipziger Kurzskala* des *Sense of Coherence* (SOC-9). Alle Instrumente wurden in deutscher und russischer Sprache zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen konnte auf bereits existierende und validierte Übersetzungen zurückgegriffen werden. In diesen Fällen ist in den Erläuterungen der Instrumente die Quelle angegeben. Fragebögen, die nicht schon übersetzt vorlagen, wurden mit Hilfe einer russischen Muttersprachlerin, die des Deutschen mächtig ist, ins Russische übersetzt. Daraufhin erfolgte eine Rückübersetzung durch eine deutsche Slawistin und ein Abgleich auf die korrekte Erfassung des Sinnes der Items.

3.2.1 Soziodemographie und Variablen der Akkulturation

Die Items zur Erfassung der Soziodemographie wurden bis auf wenige Ausnahmen aus der Arbeit von Bastians übernommen. Diese waren Geschlecht, Alter, Wohnort, Land der

Herkunft, Familienstand, Berufstätigkeit und Jahr der Einreise nach Deutschland. Ergänzt wurden vom Autor die Items Bildungsabschluss, das monatliche Einkommen, Wohnsituation (zur Miete oder in Eigentum), nachbarschaftliches Wohnumfeld, Anzahl der Kinder und Herkunft des Partners (bikulturelle Ehe oder Partnerschaft). Dieser Nachtrag von Items stützte sich auf Empfehlungen aus offiziellen Berichten zur Erfassung der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009). Aus der Arbeit von Bastians wurden ebenfalls drei Skalen der Integration übernommen, die der sprachlichen, der beruflichen und der sozialen Integration. In ihrer Arbeit hatte sie sich mit der Entwicklung valider Skalen zur Erfassung der Integration von Spätaussiedlern befasst und erarbeitete auch eine Übersetzung hierzu. Die Items der Integrationsskalen bestehen aus Aussagesätzen, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala von *trifft voll zu* bis *trifft gar nicht zu* durch Setzen eines Kreuzes bewertet wurden. Ein Beispiel-Item ist zum Verständnis angeführt:

	trifft voll zu	trifft etwas zu	teils – teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Ich besuche oft Kurse in der Volkshochschule.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Den Antworten der Likert-Skala sind, wie im Beispiel zu sehen ist, Ziffern zugeordnet von eins bis fünf. In der Auswertung der Skalen wurde zuerst ein Summenscore der abgegebenen Antworten gebildet durch Addition. Vorab mussten die Items teilweise invers umcodiert werden, denn ein höherer Grad an Integration sollte durch einen höheren Zahlenwert repräsentiert werden. In dem Fall, dass Zustimmung zu einer Aussage mit stärkerer Integration assoziiert wurde, erfolgte also eine Umcodierung. Der Summenscore wurde dann durch die Anzahl der beantworteten Items der jeweiligen Skala geteilt und man erhielt einen Mittelwert als Skalenwert einer Integrationsfacette. Diese Skalenwerte wiesen demnach ein metrisches Skalenniveau auf. In der Beantwortung der Skalen für die Integrationsfacetten wurden im Verhältnis zur Gesamtanzahl der Items fehlende Antworten toleriert. In der beruflichen Integration waren zwei fehlende Werte zugelassen, in der sprachlichen Integration fünf und bei der sozialen Integration ebenfalls zwei. Bei der Mittelwertbildung wurde dies durch eine Reduktion des Divisors berücksichtigt.

Die sprachliche Integration wurde mit 20 Items erfasst und gibt einen Eindruck über die Nutzung der deutschen Sprache im Alltag. Es finden sich sowohl Items zur Nutzung von deutschsprachigen Medien wie Zeitungen und Fernsehen als auch Items über die Verwen-

dung des Deutschen in Beruf und Familie. Die Reliabilität wird bei Bastians mit α = .88 angegeben, was einen sehr guten Wert darstellt.

Die berufliche Integration wurde mit acht Items erfasst, wobei die soziodemographische Variable Berufstätigkeit nicht in die Auswertung dieser Skala einging. In den Items spiegeln sich Aussagen über die Zufriedenheit am Arbeitsplatz und die allgemeine Zufriedenheit mit der beruflichen Situation wider. Die Reliabilität findet sich bei Bastians mit α = .71, was einen befriedigenden Wert darstellt.

Mit Hilfe von neun Items wurde die Skala der sozialen Integration erhoben. Der Schwerpunkt lag hier auf der Teilnahme an üblichen Freizeitaktivitäten wie Kino oder Restaurantbesuche mit Freunden. Die Reliabilität wird mit α = .75 angegeben, was ebenfalls im befriedigenden Bereich liegt.

Die Bewertung der Auswanderung nach Deutschland wurde ebenfalls erfragt. Eine Einleitung der Situation wurde vorgegeben und zwei Aussagen hierzu sollten beurteilt werden. Die retrospektive Betrachtung erfragte die Meinung zu den Standpunkten, man würde alles erneut so machen und ausreisen sowie zweitens, man würde im Nachhinein gar nicht mehr ausreisen. Hier sind die Items abgebildet:

Stellen Sie sich vor, Sie könnten die Zeit zurückstellen und Ihre Entscheidung, in die Bundesrepublik auszureisen, überdenken. Was würden Sie tun?	trifft voll zu	trifft etwas zu	teils – teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Ich würde ausreisen und alles ganz genau so wieder machen.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Ich würde überhaupt nicht ausreisen.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Die Bewertung der ersten Aussage wurde umcodiert, sodass eine positive Betrachtung der Ausreise mit hohen Zahlenwerten einhergeht. Die Beantwortung beider Items wurde per Addition in einer Variable neu zusammengefasst. Mit dieser entstandenen Variable sind dann zwecks Hypothesenprüfung Korrelationen errechnet worden.

3.2.2 Erhebung der psychischen Gesundheit

Die Entscheidung über die Auswahl der Fragebogenmodule fiel in der Absicht, ein möglichst weites Feld der psychischen Symptomatiken abzudecken. Zusätzlich sollten die Instrumente eine gute Validität aufweisen und sich in der Praxis bewährt haben.

3.2.2.1 Screening-Skala aus dem Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS-12)

Die Screening-Skala zum chronischen Stress ist eine Kurzversion des TICS-57 (Schulz et al. 2004), die es erlaubt, eine globale, unspezifische Aussage zur chronischen Stressbelastung zu machen. Dabei gilt eine Person als chronisch gestresst, „wenn sie sich viele Sorgen macht, überlastet und überfordert ist und keine Anerkennung für ihre Anstrengungen erhält“ (Schulz et al. 2004, S. 16). Die Screening-Skala umfasst 12 Items und eine Anzahl von drei fehlenden Angaben wird toleriert. In der Einleitung des Tests wird darum gebeten, in die vergangenen drei Monate zurückzublicken und eine Aussage zu den angegebenen Gefühlen zu bewerten. Ein Beispiel lautet:

	nie	selten	Manchmal	häufig	sehr häufig
1. Befürchtung, dass irgendetwas Unangenehmes passiert	1	2	3	4	5

Die interne Konsistenz der Screening Skala wird mit α = .91 angegeben und darf als sehr gut bezeichnet werden.

3.2.2.2 Brief Symptom Inventory (BSI-53)

Das Brief Symptom Inventory von Derogatis (1993) ist eine 53 Items umfassende Kurzform der Symptom Check List-90, ebenfalls von Derogatis (1992). Sie dient der Erfassung von subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome im Zeitraum der vergangenen sieben Tage und wurde ins Deutsche übersetzt (Franke 2000). Eines der Items lautet:

Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter…	**überhaupt nicht**	**ein wenig**	**ziemlich**	**stark**	**sehr stark**
1. Nervosität oder innerem Zittern	1	2	3	4	5

In der Auswertung lassen sich aus den Angaben der 53 Items neun Skalen sowie 3 globale Kennwerte bilden.

Skalen:
Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus.

Globale Kennwerte:
Der Global Severity Index (GSI) gibt die grundsätzliche psychische Belastung an. Der Positive Symptom Distress Index (PSDI) gibt Auskunft über die Intensität der Antworten und der Positive Symptom Total (PST) misst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Die interne Konsistenz in einer Normstichprobe gesunder Menschen schwankt innerhalb der Skalen teils erheblich. Für die Skala Phobische Angst wird lediglich α = .39 angegeben, für die Skala Depressivität α = .72. Äußerst hoch ist Cronbachs α bei dem globalen Kennwert GSI mit α = .92.

3.2.2.3 Leipziger Kurzskala des Sense of Coherence (SOC-9)

Die Sense of Coherence Scale ist ein Instrument zur Erfassung des Kohärenzgefühles. Dieses ist ein zentraler Bestandteil des Modells der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1997). Unter *2.4* erfolgten nähere Erläuterungen zum Kohärenzgefühl.
Hier ist eines der Items zur Ansicht angeführt:

2. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr oft | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | sehr selten oder nie

Die vom Autor eingesetzte Kurzskala SOC-9 (Schumacher et al. 2000) ist durch Reduktion der ursprünglich 29 Items umfassenden Skala entstanden. Sie spiegelt eine Auswahl von Items wider, die alle drei Kategorien des Kohärenzgefühles erfasst, bei einer internen Konsistenz von α = .87.

3.2.2.4 Gießener Beschwerdebogen (GBB-24)

Der Gießener Beschwerdebogen (GBB) ist ein Instrument zur Erfassung des körperlichen Beschwerdebildes und wird für den Bereich der Psychosomatik verwandt. Er umfasst mittels 24 Items vier Skalen (Brähler et al. 2008).
Die Skalen lauten Erschöpfungsneigung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und

Herzbeschwerden. Aus ihrer Summe entsteht der Beschwerdedruck als Gesamtwert. Im Folgenden wird ein Beispiel-Item gezeigt:

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:	nicht	kaum	einigermaßen	erheblich	stark
1. Schwächegefühl	1	2	3	4	5

Die internen Konsistenzen der Skalen schwanken zwischen α = .82 und .88.

3.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten und die Prüfung der Hypothesen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS 21.

Zur Prüfung der Hypothesen H1a bis einschließlich H3 wurden bivariate Korrelationen errechnet und diese teils einseitig, teils zweiseitig getestet. Je nach Skalenniveau ermittelte der Autor Korrelationskoeffizienten nach Pearson oder Spearman.

Zur Hypothesenprüfung bezüglich körperlicher Beschwerden und psychischer Belastung wurden die globalen Variablen Beschwerdedruck des Gießener Beschwerdebogens sowie der Global Severity Index (GSI) aus dem Brief Symptom Inventory herangezogen. Weitere Subskalen beider Fragebögen wurden explorativ hinzugezogen.

Die Fragebögen zu chronischem Stress und Kohärenzgefühl liefern bereits nur eine globale Skala und keine Subskalen.

Bei der Hypothese H3 wurden Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Parametern und psychischer Gesundheit dargestellt. Für Variablen, die ordinalskaliert oder metrisch sind, wurden Korrelationen nach Spearman oder Pearson errechnet. Bezüge zur dichotomen Gruppenvariablen *bikulturelle Partnerschaft (ja/nein)* wurden mittels punktbiserialen Korrelationen errechnet.

Die Prüfung von Hypothese H4 verlangte eine Einteilung in die Gruppen der Akkulturationsstrategien nach Berry, abhängig von dem Willen die eigene Kultur zu erhalten und die Kultur der Aufnahmegesellschaft anzunehmen. Es wurde eine zweifaktorielle ANOVA berechnet um die Wechselwirkung zwischen den erklärenden Variablen zu bestimmen.

Bei der statistischen Prozedur der ANOVA wird grundsätzlich an die abhängige Variable die Anforderung gestellt, dass die Residuen in den Faktorengruppen normalverteilt vorliegen. Außerdem sollte eine Homogenität der Varianzen der Variablen in den betrachteten

Fallgruppen vorliegen. Bei Stevens (1999) findet sich der Hinweis, dass ab einem *n* von *> 50* in den einzelnen Gruppen das Kriterium der Normalverteilung vernachlässigt werden darf. Ebenso kann die ANOVA bei Inhomogenität der Varianzen durchgeführt werden, wenn sich die zwei *n* der Faktoren nicht um mehr als das 1,5fache voneinander unterscheiden.

Für die statistische Auswertung der Daten und die Prüfung der Hypothesen wurde ein Signifikanzniveau in Bezug auf den Fehler erster Ordnung von $p = .05$ berücksichtigt. Lagen höherwertige signifikante Zusammenhänge vor, so wurden diese explizit erwähnt.

4. ERGEBNISSE

4.1 Deskriptive Statistiken der Demographie sowie Integrations- und Gesundheitsvariablen

Um einen Überblick zu gewinnen werden zunächst tabellarisch die Demographie der Stichprobe und die Skalenwerte für Integration und psychische Gesundheit dargestellt.
Verlässliche Aussagen über die soziodemographische Struktur der Spätaussiedler im Bundesgebiet oder speziell in Mecklenburg-Vorpommern sind kaum vorhanden. Daher ist ein Bezug der Stichprobe zur Grundgesamtheit nur schwerlich zu ziehen.
Einen Anfang macht die Darstellung des Wohnumfeldes der Spätaussiedler.

Abbildung 4.1: Aufteilung des Wohnumfeldes der Befragten, n = 183

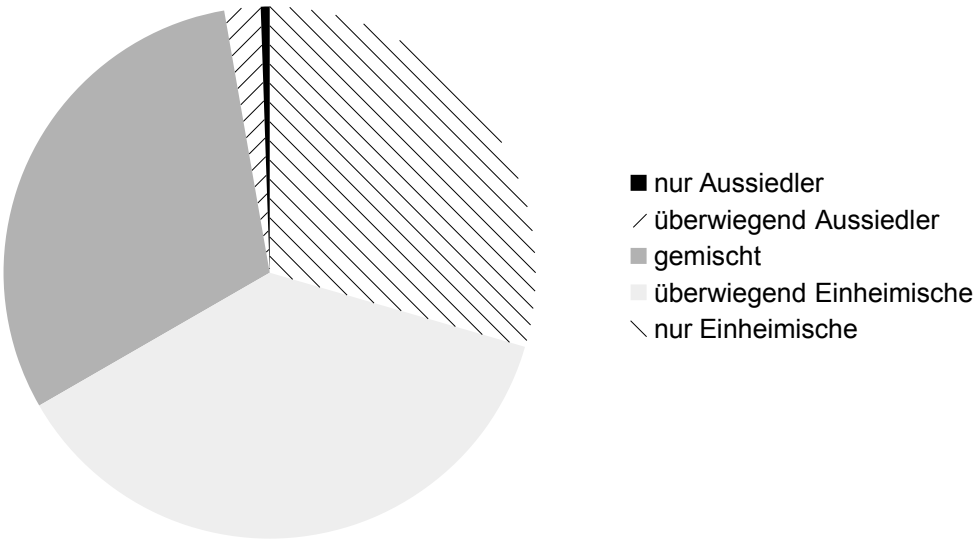


Tabelle 4.1 (Teil 1): ausgewählte soziodemographische Merkmale der Stichprobe

	Männer		Frauen	
	n	(%)	n	(%)
Berufsausbildung (gesamt)	**52**	**100**	**112**	**100**
Ausbildung/Lehre (D)	0	0	3	2,7
Fachhochschule (D)	0	0	4	3,6
Universität (D)	1	1,9	4	3,6
Schüler ohne Abschluß	2	3,8	2	1,8
keine Berufsausbildung	12	23,1	12	10,7
Hochschule (SU)	6	11,5	34	30,4
Berufsschule (SU)	31	59,6	53	47,3
Arbeitsverhältnis (gesamt)	**51**	**100**	**107**	**100**
selbständig	2	3,9	1	0,9
in Ausbildung	2	3,9	8	7,5
erwerbslos (nicht suchend)	6	11,8	9	8,4
Vollzeitanstellung	15	29,4	21	19,6
Teilzeitanstellung	8	15,7	32	29,9
erwerbslos (suchend)	18	35,3	36	33,6
Alter (gesamt)	**59**	**100**	**118**	**100**
16-30	5	8,5	16	13,6
31-40	8	13,6	19	16,1
41-50	16	27,1	32	27,1
51-60	18	30,5	28	23,7
61-70	7	11,9	13	11
71-80	3	5,1	7	5,9
81-91	2	3,4	3	2,5
Mittelwert	50,3		48,7	
Familieneinkommen (gesamt)	**50**	**100**	**110**	**100**
700 € und weniger	22	44	41	37,3
700 € - 900 €	7	14	21	19,1
900 € - 1100 €	6	12	19	17,3
1100 € - 1300 €	7	14	8	7,3
1300 € - 1500 €	4	8	7	6,4
1500 € - 1700 €	0	0	5	4,5
1700 € - 2000 €	0	0	5	4,5
2000 € und mehr	4	8	4	3,6

SU Sowjetunion, D Deutschland

Tabelle 4.1 (Teil 2): ausgewählte soziodemographische Merkmale der Stichprobe

	Männer		Frauen	
	n	(%)	n	(%)
Familienstand (gesamt)	**60**	**100**	**121**	**100**
verheiratet	49	81,7	82	67,8
unverheiratet in Partnerschaft	3	5	12	9,9
verwitwet	2	3,3	5	4,1
alleinstehend	4	6,7	13	10,7
geschieden	2	3,3	9	7,4
Hekunft des Partners	**48**	**100**	**91**	**100**
Aussiedler	32	66,7	47	51,6
Einheimischer	3	6,3	8	8,8
russische Herkunft	9	18,8	25	27,5
andere Herkunft	4	8,3	11	12,1

Die Befragten sind anhand der Tabellen und Abbildung ausreichend beschrieben, jedoch sollte auf gewisse Merkmale außerordentlich hingewiesen werden.
Man stellt in der Auswertung des sozioökonomischen Profils fest, dass die Mehrzahl der Probanden erwerbslose Geringverdiener sind sowie an einer Berufsschule in der Sowjetunion ihren Berufsabschluss erworben haben. Außerdem überwiegt der Familienstand der Ehe deutlich gegenüber anderen bei vorzugsweise ebenfalls russlanddeutscher Herkunft des Partners.
Setzt man die Geschlechter der Befragten ins Verhältnis, so findet man in etwa einem Drittel zu zwei Drittel Männer zu Frauen. Das mittlere Alter beider Geschlechter beträgt um die 50 Jahre. Unter den weiblichen Probanden finden sich ein höherer Anteil an Teilzeitbeschäftigten und Hochschulabsolventen sowie weniger Menschen ohne Berufsabschluss.

Interessant ist der Vergleich der Ergebnisse der Stichprobe zu den Werten der Normstichproben in den Skalen der psychischen Gesundheit.

Tabelle 4.2: Deskriptive Statistiken der Integrationsvariablen und Skalen der psychischen Gesundheit

	N	Minimum	Maximum	MW	SD
sprachliche Integration	183	1.15	4.45	2.76	0.59
soziale Integration	179	1.00	5.00	2.07	0.69
berufliche Integration	142	1.00	4.86	3.13	0.66
Kohärenzgefühl	175	18	63	43.69	9.95
chronischer Stress	167	0	42	14.93	10.23
Erschöpfung	178	0	22	7.33	5.25
Magenbeschwerden	177	0	24	4.71	4.38
Gliederschmerzen	177	0	23	8.93	5.78
Herzbeschwerden	177	0	20	4.08	4.43
Beschwerdedruck	176	0	74	25.05	17.06
Somatisierung	177	0	3.14	0.93	0.76
Zwanghaftigkeit	180	0	3.83	1.07	0.8
Unsicherheit im Sozialkontakt	180	0	4	0.9	0.79
Depressivität	177	0	3.33	0.84	0.8
Ängstlichkeit	179	0	3.5	0.85	0.76
Aggressivität	180	0	8	0.67	0.8
Phobische Angst	178	0	3	0.48	0.64
Paranoides Denken	178	0	3.6	0.91	0.85
Psychotizismus	179	0	3.2	0.6	0.69
GSI	180	0	3	0.82	0.63
PST	185	0	53	24.65	14.66
PSDI	174	1	3	1.55	0.49

PSDI Positive Symptom Distress Index, GSI Global Severity Index, PST Positive Symptom Total
MW Mittelwert, SD Standardabweichung

Im Falle der chronischen Stressbelastung errechnet sich ein Mittelwert von 14,93 der gesamten Stichprobe. Dieser entspricht einem T-Wert der Normstichprobe *Gesamtgruppe* (Schulz et al. 2004, n = 604) von 52. Zieht man das Konfidenzintervall ± 6,6 für fünfprozentige Irrtumswahrscheinlichkeit hinzu, so stellt sich in der Stichprobe keine überwertige globale Stressbelastung dar.

Beim Beschwerdedruck als globale Skala des Gießener Beschwerdebogens können Bezüge zur Normierung (Brähler et al., 2008, n (Männer) = 920, n (Frauen) = 1059) getrennt nach Geschlecht und den Altersklassen *bis 40 Jahre*, *41-60 Jahre* und *61 Jahre und älter* hergestellt werden. Alle Subgruppen zeigen im Vergleich zur Normstichprobe größeren

Beschwerdedruck in Form von Prozenträngen von > 79. Einzig die befragten Frauen der Altersklasse *61 Jahre und älter* zeigen einen geringeren, jedoch noch immer überwertigen Prozentrang von 66.

Für die globale Skala Global Severity Index aus dem Brief Symptom Inventory lassen sich anhand der Normstichprobe (Franke, 2000, je für Männer und Frauen n = 300) für die gesamte russlanddeutsche Stichprobe ein T-Wert von 69 und nach Geschlechtern getrennt ein Wert von 71 für die männlichen und 68 für die weiblichen Russlanddeutschen finden. Dem T-Wert von 50 wird der GSI-Wert von 0,26 in der Gesamtstichprobe zur Normierung zugeordnet. Ab einem T-Wert > 63 gilt ein Proband als psychisch auffällig belastet. Es gilt eine Vertrauensgrenze von ± 5,19. Somit zeigt die russlanddeutsche Stichprobe nicht nur deutlich höhere Werte an psychischer Belastung als die Normstichprobe, sondern überschreitet im Schnitt bereits den cut-off-Wert, der eine auffällige psychische Belastung anzeigt.

Zuletzt wird das Kohärenzgefühl betrachtet. Hier stehen wie beim Gießener Beschwerdebogen Normwerte (Hannöver et al., 2004, n = 4002) nach den drei Altersklassen und Geschlecht sortiert zur Verfügung. Den männlichen Russlanddeutschen lässt sich in den Altersklassen *bis 40 Jahre* und *41 – 60 Jahre* ein Prozentrang von 20 zuordnen, der Altersklasse *61 Jahre und älter* sogar nur ein Rang von 10. Die weiblichen Spätaussiedler zeigen ebenfalls durchweg geringeres Kohärenzgefühl als die Normstichprobe. Sie erreichen Prozentränge von 20, 20 und 40 in den gestaffelten Altersklassen.

Zuletzt werden die gefundenen Werte der Integrationsvariablen mit denen aus der bereits erwähnten Studie von Bastians verglichen, welche hierfür erst umgepolt werden mussten. Hohe Werte stehen somit für ein hohes Maß an Integration.

Die Stärke der sozialen Integration deckt sich annähernd in beiden Erhebungen. Jedoch fällt der Wert für sprachliche bzw. berufliche Integration mit 0,51 bzw. 0,37 Skalenpunkten höher aus in Bastians' Studie. Die Stärken der Standardabweichungen sind in beiden Studien vergleichbar und schwanken zwischen 0,36 und 0,78.

Tabelle 4.3: Deskriptive Statistiken der Integrationsvariablen in der Studie von Bastians (2004)

	N		MW		SD	
	1	2	1	2	1	2
sprachliche Integration	223		3.27		0.69	
soziale Integration	220	153	2.01	2.69	0.69	0.60
berufliche Integration	206	136	3.50	3.78	0.78	0.67

1 Spätaussiedler, 2 Deutsche ohne Migrationshintergrund
MW Mittelwert, SD Standardabweichung

4.2 Zusammenhänge zwischen Facetten der Integration und Variablen der psychischen Gesundheit

Die nächste Tabelle zeigt die Korrelationen zwischen den Variablen der Integration mit den Skalen des Brief Symptom Inventory, den Skalen des Gießener Beschwerdebogens, dem Wert für chronische Stressbelastung sowie dem Wert für Kohärenzgefühl.

Tabelle 4.4 (Teil 1): Korrelationen zwischen Facetten der Integration und Skalen der psychischen Gesundheit

Skala		soziale Integration	sprachliche Integration	berufliche Integration
soziale Integration	r_P		.275***	.162*
	N		179	141
sprachliche Integration	r_P			.258**
	N			142
Kohärenzgefühl	r_P	**.152***	**.098**	**.289*****
	N	173	175	138
chronische Stressbelastung	r_P	**-.086**	**.067**	**-.166***
	N	164	166	134
Erschöpfung	r_P	-.087	-.037	-.158*
	N	173	177	139
Magenbeschwerden	r_P	-.148*	-.127*	-.125
	N	173	177	139
Gliederschmerzen	r_P	-.117	-.144*	-.187*
	N	172	176	138
Herzbeschwerden	r_P	-.087	-.061	-.110
	N	173	177	139
Beschwerdedruck	r_P	**-.128***	**-.111**	**-.175***
	N	172	176	138

*p < .05, **p < .01, ***p < .001, einseitig getestet, r_P Korrelationskoeffizient nach Pearson

Tabelle 4.4 (Teil 2): Korrelationen zwischen Facetten der Integration und Skalen der psychischen Gesundheit

Skala		soziale Integration	sprachliche Integration	berufliche Integration
Somatisierung	r_P	-.114	-.132*	-.216**
	N	173	176	138
Zwanghaftigkeit	r_P	-.001	-.074	-.205**
	N	174	178	139
Unsicherheit im Sozialkontakt	r_P	-.078	-.082	-.182*
	N	174	178	139
Depressivität	r_P	-.142*	-.119	-.294***
	N	172	176	139
Ängstlichkeit	r_P	-.169*	-.098	-.169*
	N	173	177	138
Aggressivität	r_P	-.034	.017	-.217**
	N	174	178	139
Phobische Angst	r_P	-.114	-.071	-.135
	N	173	177	138
Paranoides Denken	r_P	-.059	-.023	-.230**
	N	172	176	137
Psychotizismus	r_P	-.066	-.113	-.190*
	N	174	178	139
GSI	r_P	**-.100**	**-.093**	**-.245****
	N	174	178	139
PST	r_P	-.021	-.088	-.219**
	N	179	183	142
PSDI	r_P	-.206**	-.154*	-.203**
	N	168	172	133

PSDI Positive Symptom Distress Index, GSI Global Severity Index, PST Positive Symptom Total
*p < .05, **p < .01, ***p < .001, einseitig getestet, r_P Korrelationskoeffizient nach Pearson

Im Folgenden werden nun die einzelnen Hypothesen anhand der ermittelten Daten überprüft. Die hypothesenprüfenden Variablen sind in der Tabelle fett markiert.

H1 a) Unter den Facetten der Integration korrelieren stärkere soziale und berufliche Integration signifikant mit höherem Kohärenzgefühl. Sprachliche Integration korreliert ebenfalls positiv, der Zusammenhang erreicht jedoch keine Signifikanz. Somit ist die Hypothese abzulehnen.

H1 b) Einzig geringere berufliche Integration korreliert signifikant mit erhöhter chronischer Stressbelastung. Die Hypothese ist abzulehnen.

H1 c) Beschwerdedruck korreliert signifikant gegenläufig mit sozialer und beruflicher Integration. Bei der sprachlichen Integration findet sich ein negativer Zusammenhang ohne Signifikanz. Somit ist die Hypothese abzulehnen.
Bei den Subskalen zeigt sich, dass der signifikante Zusammenhang zur sozialen Integration allein auf die Variable Magenbeschwerden zurückgeht. Bezüglich beruflicher Integration tragen Erschöpfung und Gliederschmerzen Signifikanzen bei. Magenbeschwerden und Gliederschmerzen zeigen eine signifikante Korrelation zur sprachlichen Integration, können die globale Skala jedoch nicht auf Signifikanzniveau heben.

H1 d) Geringerer Score des Global Severity Index korreliert durchweg negativ mit den drei Facetten der Integration. Nur der Zusammenhang zur beruflichen Integration weist Signifikanz auf. Demnach ist die Hypothese abzulehnen.
Alle Subskalen mit der Ausnahme der Phobischen Angst zeigen zur beruflichen Integration einen gegenläufigen, signifikanten Zusammenhang, Depressivität sogar einen hoch signifikanten. Zur sprachlichen Integration lässt sich bei allen Subskalen bis auf Aggressivität eine negative Korrelation finden, jedoch nur die Bezüge zu Somatisierung und Positive Symptom Distress Index werden signifikant. Schließlich zeigen sich ausnahmslos negative Korrelationen aller Subskalen der psychischen Belastung mit der sozialen Integration, signifikant werden hier die Zusammenhänge zu Depressivität, Aggressivität und dem Positive Symptom Distress Index.

Somit ist festzuhalten, dass die Anzahl der gefundenen signifikanten Korrelationen von Gesundheitsvariablen bei der beruflichen Integration mit 16 deutlich höher ist als mit sechs bei der sozialen und nur vier bei der sprachlichen Integration. Die Stärken der Zusammenhänge bewegen sich im schwachen bis sehr schwachen Bereich mit Beträgen der Koeffizienten < .4.

4.3 Zusammenhänge zwischen Retrospektive und Variablen der psychischen Gesundheit

Zur Prüfung der Hypothesen H2 a) - d) wurden Korrelationen nach Spearman zwischen den Skalen der psychischen Gesundheit und der Bewertung der Ausreiseentscheidung in Retrospektive errechnet. Wie im Teil METHODIK beschrieben wurden zwei Aussagen zur

Beurteilung der Ausreise zu einer Variablen zusammengefasst in dem Sinne, dass positive Retrospektive mit höheren Zahlenwerten einhergeht.

Tabelle 4.5: Korrelationen zwischen Skalen der psychischen Gesundheit und der Retrospektive

Skala		positive Gefühle im Rückblick auf die Ausreiseentscheidung
Kohärenzgefühl	r_S	**.328****
	N	154
chronische Stressbelastung	r_S	**-.254****
	N	145
Erschöpfung	r_S	-,076
	N	156
Magenbeschwerden	r_S	-,017
	N	156
Gliederschmerzen	r_S	-,052
	N	156
Herzbeschwerden	r_S	-,068
	N	156
Beschwerdedruck	r_S	**-,063**
	N	155
Somatisierung	r_S	-,050
	N	155
Zwanghaftigkeit	r_S	-,129
	N	157
Unsicherheit im Sozialkontakt	r_S	-,082
	N	157
Depressivität	r_S	-.237**
	N	155
Ängstlichkeit	r_S	-,129
	N	156
Aggressivität	r_S	-,101
	N	157
phobische Angst	r_S	-.222**
	N	156
paranoides Denken	r_S	-.216**
	N	157
Psychotizismus	r_S	-.180*
	N	157
GSI	r_S	**-.157***
	N	157
PST	r_S	-.165*
	N	159
PSDI	r_S	-,121
	N	153

PSDI Positive Symptom Distress Index, GSI Global Severity Index, PST Positive Symptom Total
*p < .05, **p < .01, ***p < .001, einseitig getestet
r_S Korrelationskoeffizient nach Spearman

H2 a) Eine positive Korrelation von Kohärenzgefühl und zufriedener Retrospektive lässt sich signifikant darstellen. Die Hypothese wird angenommen.

H2 b) Positive Retrospektive zeigt einen signifikanten negativen Zusammenhang zu chronischer Stressbelastung. Daher ist auch diese Hypothese anzunehmen.

H2 c) Die Korrelation zwischen Beschwerdedruck und positiver Retrospektive ist zwar tendenziell negativ, jedoch ohne Signifikanz. Daher wird die Hypothese abgelehnt. Sämtliche Subskalen zeigen eine negative Korrelation im sehr schwachen Bereich. Keine der Subskalen erreicht Signifikanzniveau.

H2 d) Die Hypothese wird angenommen, da der Global Severity Index signifikant negativ korreliert mit einer positiven Bewertung der Ausreise.
Innerhalb der Subskalen finden sich bei Depressivität, phobischer Angst, paranoidem Denken und Psychotizismus vier signifikante negative Korrelationen.

4.4 Zusammenhänge zwischen Soziodemographie und Variablen der psychischen Gesundheit

Zunächst werden statistische Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Parametern und den Gesundheitsvariablen dargestellt. Zum besseren Überblick wurden auch die Korrelationen zwischen den Integrationsvariablen und den soziodemographischen Variablen ergänzt. Dies geschieht mittels Korrelationen nach Pearson, Spearman und im Falle der dichotomen Variablen mit einem punktbiserialen Zusammenhangsmaß.

<u>Alter, monatliches Einkommen und Wohnumfeld</u>

Es wurden bivariate Korrelationen nach Pearson zwischen der metrischen Variable Alter und Skalenwerten der psychischen Gesundheit sowie den Facetten der Integration errechnet. Beim monatlichen Einkommen wurde der Koeffizient nach Spearman benutzt, da es in acht Stufen erfragt worden war von *700 € oder weniger* bis *2000 € oder mehr*. Ähnlich verhält es sich mit dem Wohnumfeld, dieses war in fünf Stufen von *nur Aussiedler* bis *nur Einheimische* erfragt worden.

Tabelle 4.6: Korrelationen zwischen Alter der Probanden, monatlichem Einkommen, nachbarschaftlichem Wohnumfeld und Skalen der psychischen Gesundheit sowie Integrationsvariablen

Skala		Alter	Einkommen	Wohnumfeld
		r_P	r_S	r_S
Kohärenzgefühl	r	**.089**	**.242****	**-.014**
	N	170	155	175
chronische Stressbelastung	r	**-.103**	**-.090**	**.005**
	N	161	148	167
Erschöpfung	r	.123	-.282**	.033
	N	173	158	178
Magenbeschwerden	r	.198**	-.185*	-.119
	N	172	157	177
Gliederschmerzen	r	.320**	-.158*	-.081
	N	171	157	177
Herzbeschwerden	r	.243**	-.299**	-.011
	N	172	157	177
Beschwerdedruck	r	**.262****	**-.263****	**-.044**
	N	171	156	176
Somatisierung	r	.221**	-.326**	-.057
	N	172	157	177
Zwanghaftigkeit	r	-.012	-.302**	-.008
	N	174	160	180
Unsicherheit im Sozialkontakt	r	-.100	-.275**	.031
	N	174	160	180
Depressivität	r	-.007	-.377**	-.004
	N	172	157	177
Ängstlichkeit	r	.034	-.308**	-.032
	N	173	159	179
Aggressivität	r	-.102	-.240**	.065
	N	174	160	180
phobische Angst	r	-.002	-.350**	-.065
	N	172	158	178
paranoides Denken	r	-.084	-.155	.049
	N	172	158	178
Psychotizismus	r	-.023	-.292**	-.032
	N	173	159	179
GSI	r	**.022**	**-.350****	**-.017**
	N	174	160	180
PST	r	.030	-.312**	-.033
	N	178	163	183
PSDI	r	-.027	-.227**	-.008
	N	168	155	174
soziale Integration	r	-.225**	.119	-.113
	N	173	157	177
sprachliche Integration	r	-.211**	.152	.070
	N	177	161	181
berufliche Integration	r	-.250**	.305**	-.003
	N	137	128	140

PSDI Positive Symptom Distress Index, GSI Global Severity Index, PST Positive Symptom Total

*p < .05, **p < .01, ***p < .001, zweiseitig getestet

r_P, r_S Korrelationskoeffizienten nach Pearson und Sperman

Bei Stärke und Anzahl der signifikanten Korrelationen sticht hier das monatliche Einkommen hervor. Hohes Einkommen korreliert signifikant mit guter psychischer Gesundheit. Sowohl die körperlichen Beschwerden als auch die Skalen des Brief Symptom Inventory einschließlich aller globalen Skalen zeigen einen Zusammenhang von hohem Einkommen und geringeren Leiden. Beachtlich ist auch das Maß der Korrelationsstärken. Annähernd durchweg zeigen sich Stärken von .25 - .35. Die positive Korrelation von beruflicher Integration und hohem Einkommen schlägt sich erwartbar signifikant nieder.
Betrachtet man das Alter, so imponieren hier signifikante Zusammenhänge zwischen hohem Alter und vermehrten körperlichen Beschwerden. Derartige Korrelationen erscheinen auch legitim. Unter den Skalen zur psychischen Gesundheit findet sich ein signifikanter Bezug zur Somatisierung. Die restlichen Skalen zeigen allesamt einen positiven Zusammenhang bei jedoch fehlender Signifikanz. Anzumerken sind hier sehr signifikante Zusammenhänge in Stärken > .2 zwischen steigendem Alter und geringerer Integration in allen drei Facetten.
Der Zustand des Wohnumfeldes zeigt keine statistisch signifikanten Zusammenhänge weder zu den Skalen der psychischen Gesundheit noch zu den Facetten der Integration.

Anstellungsverhältnis, Berufsausbildung und bikulturelle Partnerschaft

Die zwei Variablen Anstellungsverhältnis und Berufsausbildung gingen dreistufig und ordinalskaliert in die Auswertung ein. Das Anstellungsverhältnis wurde erhoben mit den Möglichkeiten *erwerbslos*, *Teilzeit-* und *Vollzeitanstellung*. Bei der Berufsausbildung waren es die Stufen *keine Ausbildung*, *russ. Technikum/Lehre in Deutschland* und *russ./dt. Hochschul-* oder *Fachhochschulabschluss*.
Aus den Probanden, die eine Partnerschaft oder Ehe angaben, wurden zwei Gruppen gebildet. Eine Gruppe lautete *Partner ist Aussiedler*, die andere *bikulturelle Partnerschaft*.

Tabelle 4.7 Korrelationen zwischen Anstellungsverhältnis, Berufsausbildung und bikultureller Partnerschaft mit Skalen der psychischen Gesundheit sowie Integrationsvariablen

Skala		Anstellungsverhältnis	Berufsausbildung	bikulturelle Partnerschaft
		r_S	r_S	r_P
Kohärenzgefühl	r	**.239****	**.242****	**.077**
	N	147	155	137
chronische Stressbelastung	r	**-.098**	**-.090**	**-.138**
	N	143	148	132
Erschöpfung	r	-.203*	-.282**	-.236**
	N	147	158	138
Magenbeschwerden	r	-.242**	-.185*	-.227**
	N	147	157	137
Gliederschmerzen	r	-.164*	-.158*	-.178*
	N	146	157	136
Herzbeschwerden	r	-.242**	-.299**	-.218*
	N	147	157	137
Beschwerdedruck	r	**-.227****	**-.263****	**-.247****
	N	146	156	136
Somatisierung	r	-.248**	-.326**	-.275**
	N	145	157	138
Zwanghaftigkeit	r	-.288**	-.302**	-.223**
	N	147	160	139
Unsicherheit im Sozialkontakt	r	-.192*	-.275**	-.164
	N	147	160	139
Depressivität	r	-.274**	-.377**	-.182*
	N	146	157	137
Ängstlichkeit	r	-.270**	-.308**	-.314**
	N	146	159	139
Aggressivität	r	-.183*	-.240**	-.188*
	N	147	160	139
phobische Angst	r	-.304**	-.350**	-.232**
	N	146	158	137
paranoides Denken	r	-.101	-.155	-.169*
	N	147	158	139
Psychotizismus	r	-.199*	-.292**	-.179*
	N	147	159	138
GSI	r	**-.265****	**-.350****	**-.259****
	N	147	160	139
PST	r	-.290**	-.312**	-.215*
	N	149	163	141
PSDI	r	-.152	-.227**	-.278**
	N	141	155	133
soziale Integration	r	0.118	.119	.187*
	N	148	157	139
sprachliche Integration	r	0.032	.152	.157
	N	149	161	140
berufliche Integration	r	.302**	.305**	.144
	N	125	128	112

PSDI Positive Symptom Distress Index, GSI Global Severity Index, PST Positive Symptom Total

**p* < .05, ***p* < .01, ****p* < .001, zweiseitig getestet

r_P, r_S Korrelationskoeffizienten nach Pearson und Sperman

Anhand der Tabelle wird ersichtlich, dass eine Vielzahl von signifikanten Korrelationen zwischen Anstellungsverhältnis und Berufsausbildung mit den Variablen der psychischen Gesundheit besteht. Nur zur chronischen Stressbelastung konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Auch annähernd alle Subskalen psychischer und körperlicher Leiden weisen signifikante Bezüge auf.
Bei den Integrationsvariablen liefert nur die berufliche Integration Signifikanzen. Hier erscheint ein Zusammenhang zur Qualität der Berufsausbildung und Anstellungsverhältnis nachvollziehbar und schlüssig.
Zusammengefasst scheinen eine höherwertige Berufsausbildung sowie ein Anstellungsverhältnis in Teil- oder gar Vollzeit deutlich mit psychischer Gesundheit positiv zu korrelieren.
Das Vorliegen einer bikulturellen Partnerschaft zeigt signifikante negative Korrelationen zu Beeinträchtigungen der psychischen und körperlichen Gesundheit. Die Zusammenhänge ziehen sich auch durch sämtliche Subskalen des Gießener Beschwerdebogens und des Brief Symptom Inventory. Eine bikulturelle Partnerschaft ist tendenziell auch mit weniger chronischem Stress und höherem Kohärenzgefühl vergesellschaftet, dies jedoch ohne Signifikanz. Unter den Integrationsvariablen hängt eine höhere soziale Integration mit dem Vorliegen einer bikulturellen Partnerschaft zusammen, was generell für eine vermehrte Teilnahme dieser Menschen an sozialen Aktivitäten sprechen könnte.

In Zusammenschau der Ergebnisse darf die Hypothese H3 angenommen werden aufgrund der Vielzahl von diversen signifikanten Zusammenhängen zu den Parametern der Soziodemographie. Hypothesenprüfend waren hier erneut die globalen Skalen chronische Stressbelastung, Kohärenzgefühl, der Global Severity Index und der Beschwerdedruck. Bemerkenswert ist der Bezug von gesteigertem sozioökonomischem Status - charakterisiert durch hohes Einkommen, Vollzeitanstellung und hohen Bildungsabschluss - und weniger psychischen und körperlichen Beschwerden. Ausgespart bleibt hiervon jedoch durchweg die chronische Stressbelastung, zu welcher keinerlei signifikante Bezüge festgestellt werden konnten.
Überrascht zeigt sich der Autor von ausbleibenden Signifikanzen in den Korrelationen zur Ausgestaltung des Wohnumfeldes. Da das Merkmal der bikulturellen Partnerschaft doch recht breit mit geringeren körperlichen und psychischen Beschwerden vergesellschaftet ist, hätte man hier Zusammenhänge erwarten dürfen. Denn ein Wohnen im Umfeld von vielen Einheimischen lässt wie eine bikulturelle Partnerschaft auf viel interkulturellen Kontakt schließen.

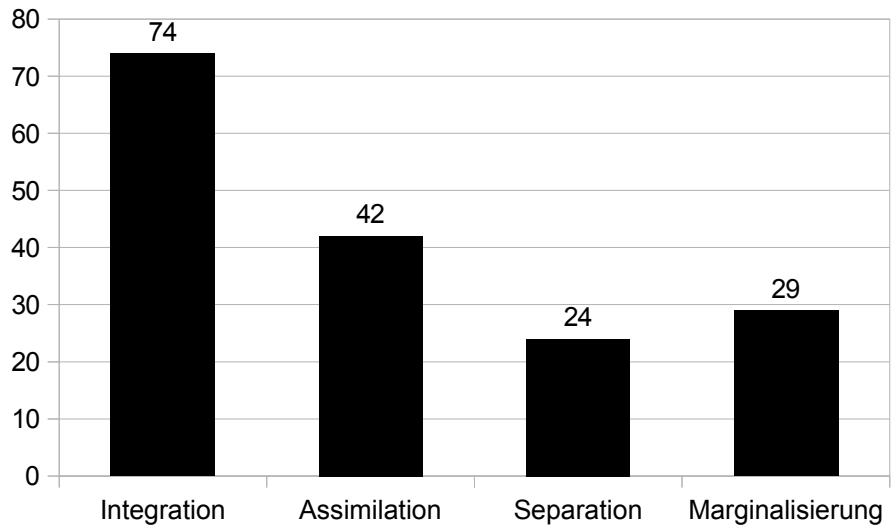
4.5 Zusammenhänge zwischen den Akkulturationsstrategien und Variablen der psychischen Gesundheit

Zunächst erfolgt eine Unterteilung der 169 gültigen Antwortkombinationen in die vier Akkulturationsstrategien nach Berry. Diese erfolgt durch Auswertung zweier Items:

15. Mir ist es wichtig, die kulturelle Identität als Spätaussiedler / Russlanddeutscher nicht zu verlieren.	1	2	3	4	5
16. Mir ist es wichtig, bewusst Elemente und Identität der Aufnahmegesellschaft zu übernehmen.	1	2	3	4	5

Die Einordnung in Berry's Schema der Akkulturationsstrategien verlangt nach einer Zustimmung oder Ablehnung der obigen Aussagen. Die Antworten *1* (*trifft voll zu*) und *2* (*trifft etwas zu*) wurden als *ja* und die Antworten *3* (*teils teils*), *4* (*trifft eher nicht zu*) und *5* (*trifft gar nicht zu*) als *nein* interpretiert. Probanden, die der Annahme wie auch der Bewahrung zustimmen, werden der Strategie Integration zugeordnet. Die Ablehnung beider Aussagen entspricht der Marginalisierung. Menschen, die ihre Herkunftskultur bewahren ohne die Kultur der Ankunftsgesellschaft anzunehmen, verfolgen die Strategie der Separation. Zuletzt lassen sich die Russlanddeutschen, die die neue Kultur annehmen und ihre alte Kultur nicht bewahren, der Assimilation zuordnen.
In der Häufigkeitsverteilung der Strategien zeigt sich die Integration als die am häufigsten verfolgte.

Abbildung 4.2: Einteilung der Russlanddeutschen in die vier Akkulturationsstrategien nach Berry, n = 169



Nun wird mittels einer zweifaktoriellen ANOVA geprüft, ob und wie sich die Bewahrung der eigenen Kultur und die Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft auf die psychische Verfassung auswirken. Bejahung oder entsprechend Ablehnung (ja / nein) dieser zwei Einstellungen stellen die zwei binären Faktoren da.

Nach Überprüfung der im Methodikteil erläuterten Voraussetzungen, die an die unabhängigen Variablen in einer mehrfaktoriellen ANOVA gestellt werden, ergibt sich für sämtliche die Möglichkeit der Anwendung mit Ausnahme des Kohärenzgefühls und der phobischen Angst.

Tabelle 4.8 (Teil 1): Deskriptive Statistiken der vier Akkulturationsstrategien für ausgesuchte abhängige Variablen

	Akkulturationsstrategie	Mittelwert	Standard-abweichung	N
Chronische Stressbelastung	**Integration**	11,88	9,28	67
	Separation	21,04	8,69	23
	Assimilation	17,47	10,13	38
	Marginalisierung	15,36	11,4	28
Erschöpfung	Integration	7,31	5,06	71
	Separation	7,42	6,76	24
	Assimilation	8,66	4,89	41
	Marginalisierung	5,93	4,65	29
Magen-beschwerden	Integration	4,89	4,46	71
	Separation	3,88	3,97	24
	Assimilation	5,48	4,69	40
	Marginalisierung	4,00	3,51	29
Gliederschmerzen	Integration	8,81	5,88	72
	Separation	9,22	6,51	23
	Assimilation	10,63	5,03	40
	Marginalisierung	7,93	5,41	29
Herzbeschwerden	Integration	4,23	4,77	71
	Separation	3,83	4,75	24
	Assimilation	5,38	4,38	40
	Marginalisierung	3,00	3,47	29
Beschwerdedruck	Integration	25,15	17,57	71
	Separation	24,48	19,07	23
	Assimilation	30,18	16,05	40
	Marginalisierung	20,86	14,48	29
Somatisierung	Integration	0,94	0,78	71
	Separation	0,94	0,88	24
	Assimilation	1,15	0,72	40
	Marginalisierung	0,63	0,57	29
Zwanghaftigkeit	Integration	0,99	0,79	73
	Separation	1,08	0,81	24
	Assimilation	1,37	0,86	41
	Marginalisierung	0,86	0,68	29

Strategie mit niedrigstem Skalenwert jeweils fett markiert

Tabelle 4.8 (Teil 2): Deskriptive Statistiken der vier Akkulturationsstrategien für ausgesuchte abhängige Variablen

	Akkulturationsstrategie	Mittelwert	Standard-abweichung	N
Unsicherheit im Sozialkontakt	**Integration**	0,74	0,66	73
	Separation	1,04	0,94	24
	Assimilation	1,16	0,84	41
	Marginalisierung	0,84	0,85	29
Depressivität	**Integration**	0,71	0,72	71
	Separation	1,16	1,05	24
	Assimilation	0,99	0,86	41
	Marginalisierung	0,75	0,64	29
Ängstlichkeit	Integration	0,80	0,73	73
	Separation	1,01	0,84	24
	Assimilation	1,06	0,86	40
	Marginalisierung	0,59	0,61	29
Aggressivität	Integration	0,70	1,01	73
	Separation	0,67	0,71	24
	Assimilation	0,79	0,65	41
	Marginalisierung	0,53	0,52	29
Paranoides Denken	Integration	0,78	0,77	71
	Separation	1,17	0,83	24
	Assimilation	1,18	1,04	41
	Marginalisierung	0,72	0,76	29
Psychotizismus	**Integration**	0,49	0,64	73
	Separation	0,92	0,90	24
	Assimilation	0,71	0,70	40
	Marginalisierung	0,55	0,57	29
GSI	Integration	0,75	0,60	73
	Separation	0,96	0,75	24
	Assimilation	1,00	0,67	41
	Marginalisierung	0,66	0,54	29
PST	Integration	23,65	14,22	74
	Separation	27,33	15,14	24
	Assimilation	28,62	13,40	42
	Marginalisierung	22,28	15,49	29
PSDI	Integration	1,49	0,48	71
	Separation	1,65	0,54	24
	Assimilation	1,68	0,54	39
	Marginalisierung	1,48	0,41	28

PSDI Positive Symptom Distress Index, GSI Global Severity Index, PST Positive Symptom Total
Strategie mit niedrigstem Skalenwert jeweils fett markiert

Die Akkulturationsstrategie der Integration liefert bei vier der 17 einbezogenen Variablen, nämlich chronische Stressbelastung, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität und Psychotizismus, die niedrigsten Krankheitswerte.

Hingegen lassen sich bei der Strategie der Marginalisierung in zwölf der 17 Variablen die niedrigsten Werte finden. Darunter sind auch die globalen Skalen Global Severity Index, Positive Symptom Total und Positive Symptom Distress Index.

Die Strategie der Separation weist in der Skala Magenbeschwerden ein einzelnes Minimum auf, die Assimilation zeigt keines.

Die Hypothese kann zu diesem Zeitpunkt bereits abgelehnt werden ohne Prüfung der Interaktionseffekte, da die Strategie Integration in deutlich weniger Skalen als die Strategie Marginalisierung die Gruppe mit den geringsten Krankheitswerten darstellt.

Es soll hier jedoch trotzdem der in der Hypothese erwähnte Einfluss der Wechselwirkung zwischen Annahme der neuen und Bewahrung der alten Kultur genauer untersucht werden. Hierfür werden zunächst die Teststatistiken der zweifaktoriellen ANOVA aller Skalen der psychischen Gesundheit aufgelistet. Angegeben sind die *F-Werte*, die Signifikanz-Werte, das partielle η^2 zur Angabe der Effektstärken und das korrigierte Bestimmtheitsmaß R^2 zur Angabe der Varianzaufklärung der Modelle.

Tabelle 4.9 (Teil 1): Teststatistiken der ausgesuchten abhängigen Variablen für die zweifaktorielle ANOVA mit den Gruppenfaktoren *Bewahrung der eigenen Kultur* und *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft*

		F-Wert	p-Wert	partielles η^2	korrigiertes R^2
Chronische Stressbelastung	Gesamtmodell	5.95	**.001****	.105	.087
	Haupteffekt Bewahrung	0.00	.980	.000	
	Haupteffekt Annahme	4.28	**.04***	.027	
	Interaktionsterm	10.96	**.001****	.067	
Erschöpfung	Gesamtmodell	1.56	.201	.028	.010
	Haupteffekt Bewahrung	0.01	.940	.000	
	Haupteffekt Annahme	2.19	.141	.013	
	Interaktionsterm	2.56	.111	.016	
Magenbeschwerden	Gesamtmodell	1.03	.380	.019	.001
	Haupteffekt Bewahrung	0.24	.630	.001	
	Haupteffekt Annahme	2.91	.090	.018	
	Interaktionsterm	0.10	.750	.001	
Gliederschmerzen	Gesamtmodell	1.43	.240	.026	.008
	Haupteffekt Bewahrung	0.08	.790	.000	
	Haupteffekt Annahme	1.38	.240	.009	
	Interaktionsterm	2.55	.113	.016	
Herzbeschwerden	Gesamtmodell	1.67	.176	.030	.012
	Haupteffekt Bewahrung	0.04	.840	.000	
	Haupteffekt Annahme	3.33	.070	.020	
	Interaktionsterm	1.71	.190	.011	
Beschwerdedruck	Gesamtmodell	1.78	.150	.033	.014
	Haupteffekt Bewahrung	0.06	.810	.000	
	Haupteffekt Annahme	2.98	.090	.018	
	Interaktionsterm	2.23	.140	.014	

η^2 Effektstärke Eta-Quadrat, R^2 Bestimmtheitsmaß

*$p < .05$, **$p < .01$

Tabelle 4.9 (Teil 2): Teststatistiken der ausgesuchten abhängigen Variablen für die zweifaktorielle ANOVA mit den Gruppenfaktoren *Bewahrung der eigenen Kultur* und *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft*

		F-Wert	p-Wert	partielles η^2	korrigiertes R^2
Somatisierung	Gesamtmodell	2.60	.054	.046	.029
	Haupteffekt Bewahrung	0.15	.700	.001	
	Haupteffekt Annahme	3.98	**.048***	.024	
	Interaktionsterm	4.07	**.045***	.025	
Zwanghaftigkeit	Gesamtmodell	2.91	**.036***	.051	.033
	Haupteffekt Bewahrung	0.32	.570	.002	
	Haupteffekt Annahme	2.54	.113	.015	
	Interaktionsterm	5.09	**.025***	.030	
Unsicherheit im Sozialkontakt	Gesamtmodell	2.90	**.037***	.051	.033
	Haupteffekt Bewahrung	0.74	.390	.005	
	Haupteffekt Annahme	0.00	.972	.000	
	Interaktionsterm	5.52	**.02***	.033	
Depressivität	Gesamtmodell	2.57	.057	.046	.028
	Haupteffekt Bewahrung	0.20	.660	.001	
	Haupteffekt Annahme	0.64	.430	.004	
	Interaktionsterm	6.61	**.011***	.039	
Ängstlichkeit	Gesamtmodell	2.60	.054	.046	.028
	Haupteffekt Bewahrung	0.41	.530	.002	
	Haupteffekt Annahme	1.01	.320	.006	
	Interaktionsterm	6.97	**.009****	.041	
Aggressivität	Gesamtmodell	0.56	.650	.010	-.008
	Haupteffekt Bewahrung	0.03	.860	.000	
	Haupteffekt Annahme	1.06	.300	.006	
	Interaktionsterm	0.64	.420	.004	
Paranoides Denken	Gesamtmodell	3.11	**.028***	.055	.037
	Haupteffekt Bewahrung	0.03	.860	.000	
	Haupteffekt Annahme	0.08	.780	.000	
	Interaktionsterm	8.64	**.004****	.051	
Psychotizismus	Gesamtmodell	2.64	.051	.047	.029
	Haupteffekt Bewahrung	0.45	.510	.003	
	Haupteffekt Annahme	1.27	.260	.008	
	Interaktionsterm	6.28	**.013***	.037	
GSI	Gesamtmodell	2.48	.063	.044	.026
	Haupteffekt Bewahrung	0.03	.860	.000	
	Haupteffekt Annahme	0.38	.540	.002	
	Interaktionsterm	6.75	**.01***	.040	
PST	Gesamtmodell	1.65	.180	.029	.012
	Haupteffekt Bewahrung	0.00	.990	.000	
	Haupteffekt Annahme	0.30	.580	.002	
	Interaktionsterm	4.29	**.04***	.025	
PSDI	Gesamtmodell	1.84	.141	.034	.015
	Haupteffekt Bewahrung	0.03	.861	.000	
	Haupteffekt Annahme	0.06	.810	.000	
	Interaktionsterm	4.69	**.032***	.029	

PSDI Positive Symptom Distress Index, GSI Global Severity Index, PST Positive Symptom Total
η^2 Effektstärke Eta-Quadrat, R^2 Bestimmtheitsmaß
*p < .05, **p < .01

Bei vier von 17 betrachteten Variablen wird das Gesamtmodell signifikant. Dies ist bei chronischer Stressbelastung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und Paranoidem Denken der Fall. Das Bestimmtheitsmaß R^2 bewegt sich zwischen .087 bei chronischer Stressbelastung und .001 bei Magenbeschwerden. Der Anteil der erklärten Streuung an der gesamten Streuung bewegt sich somit im niedrigen bis sehr niedrigen Bereich.

In einigen Skalen wird der Haupteffekt des Faktors *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* signifikant. Wie wir gleich in der graphischen Darstellung der geschätzten Randmittel sehen werden, ist eine Interpretation dieser Haupteffekte nicht ohne weiteres möglich.

Bezüglich der Wechselwirkungen beider Faktorgruppen fallen elf signifikante Interaktionsterme ins Auge. Zusätzlich wird bei der chronischen Stressbelastung der Haupteffekt des Faktors *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* signifikant.

Zur genaueren Analyse bietet sich eine graphische Darstellung an, in der die Faktorenkombinationen mit ihren Gruppenmittelwerten abgebildet sind. Für die vier Skalen mit signifikantem Gesamtmodell folgen die entsprechenden geschätzten Randmittel. Danach kann der Typus der Interaktion benannt werden und hiernach eine Aussage zur Interpretation der Haupteffekte getroffen werden.

Abbildung 4.3: Geschätzte Randmittel für die chronische Stressbelastung mit Darstellung der Gruppenfaktoren *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* und *Bewahrung der eigenen kulturellen Wurzeln*

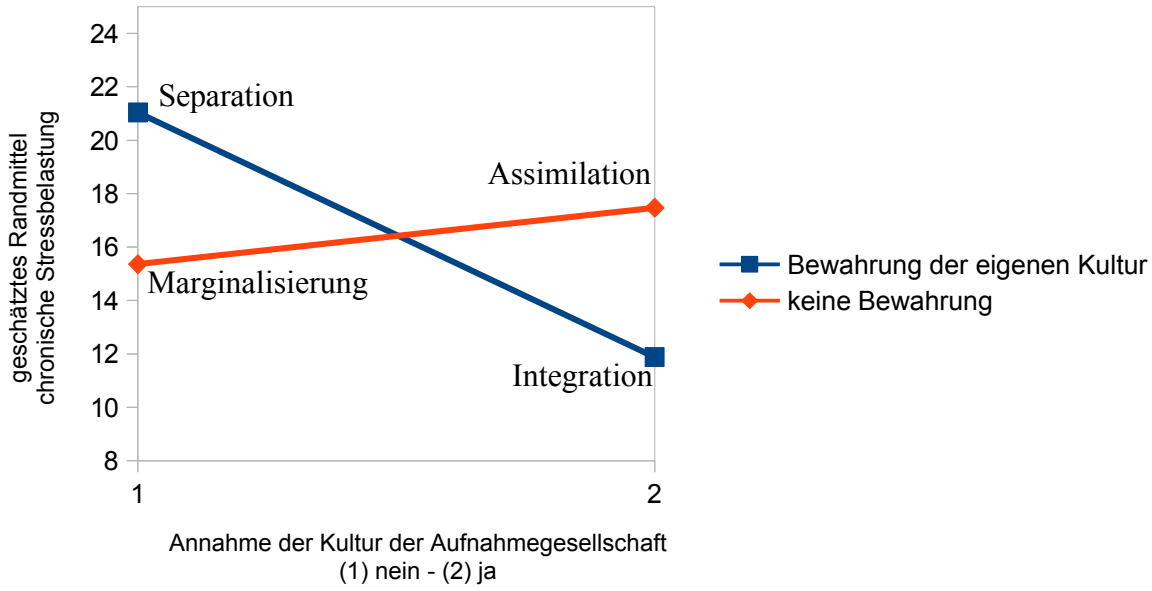


Abbildung 4.4: Geschätzte Randmittel für Zwanghaftigkeit mit Darstellung der Gruppenfaktoren *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* und *Bewahrung der eigenen kulturellen Wurzeln*

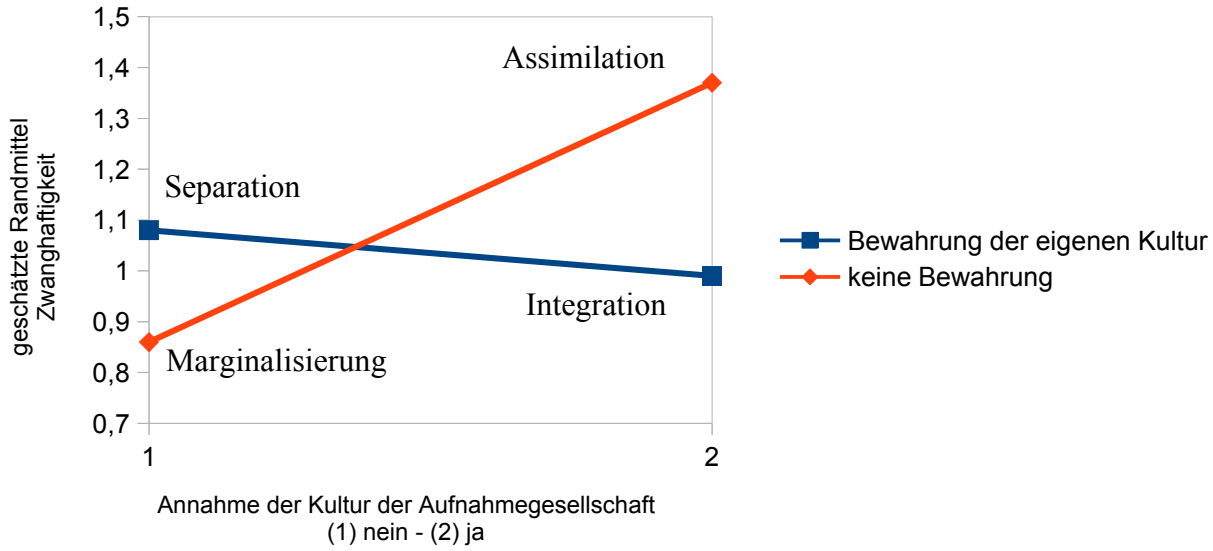


Abbildung 4.5: Geschätzte Randmittel für Unsicherheit im Sozialkontakt mit Darstellung der Gruppenfaktoren *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* und *Bewahrung der eigenen kulturellen Wurzeln*

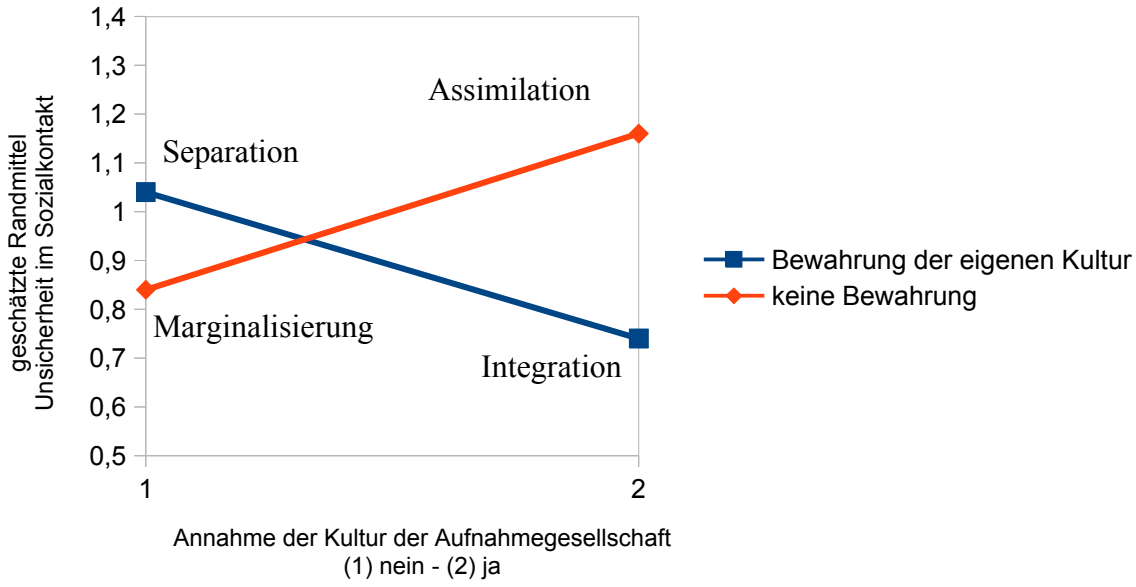
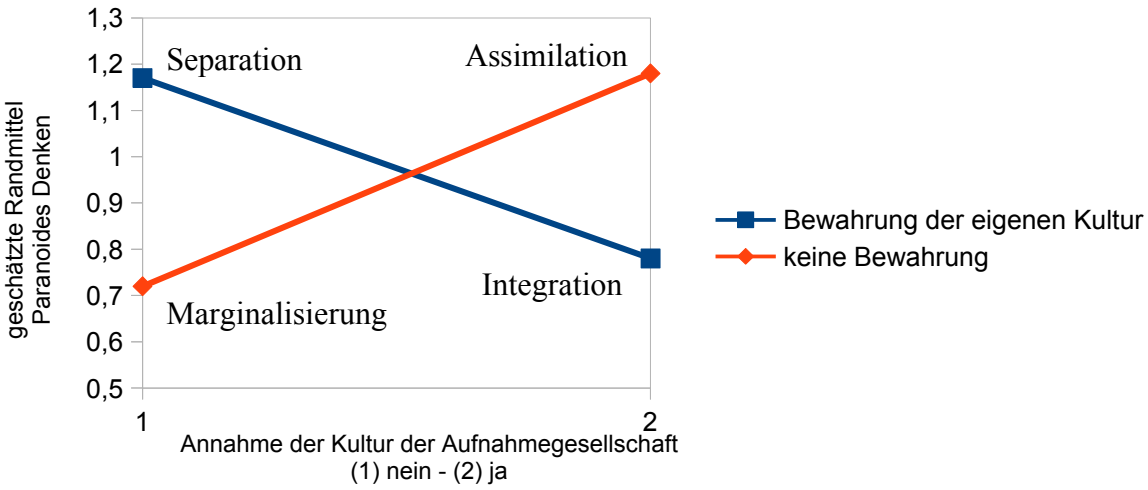


Abbildung 4.6: Geschätzte Randmittel für Paranoides Denken mit Darstellung der Gruppenfaktoren *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* und *Bewahrung der eigenen kulturellen Wurzeln*



Es bestätigt sich in den graphischen Darstellungen das Vorliegen von Interaktionen wie es die statistischen Ergebnisse geliefert hatten. Man sieht es an der fehlenden Parallelität der Graphen. Präziser ausgedrückt handelt es sich stets um disordinale Interaktionen der zwei Faktoren. Dies wird deutlich an der unterschiedlichen Richtung der Graphen der zwei Faktorstufen. Zur Bestätigung des disordinalen Charakters muss immer ein zweiter Graph erstellt werden mit umgekehrter Abtragung der Faktorstufen an Abszisse und Ordinate. Diese Graphen werden hier nicht explizit aufgeführt, jedoch weisen sie für alle Skalen ebenfalls eine disordinale Interaktion nach.

Das Vorliegen dieser Art der Wechselwirkung erschwert uns nun die Interpretation der Haupteffekte. Ein typischer Interaktionseffekt wie eine Verstärkung oder Abschwächung eines Einflusses einer Variablen bei Vorliegen einer zweiten liegt nicht vor. Eine mögliche Formulierung der Wechselwirkung der zwei Faktorgruppen bei z. B. chronischer Stressbelastung könnte demnach lauten: Bei Annahme der Kultur der Ankunftsgesellschaft wirkt sich die Bewahrung der alten Kultur andersgerichtet auf die Stressbelastung aus als bei fehlender Annahme.

Als Maß für die Stärke von Haupt- und Interaktionseffekten bietet sich das partielle Eta-Quadrat η^2 an. Für die Variable chronische Stressbelastung befindet es sich sowohl für das gesamte Modell als auch für den Interaktionsterm im mittleren Bereich mit $\eta^2 = .105$ und $\eta^2 = .067$. Die Effektstärke des Haupteffektes der Annahme lässt sich mit $\eta^2 = .027$ im

schwachen Bereich nachweisen. Die Effektstärken für die anderen Skalen bewegen sich wie in der Tabelle zu sehen überwiegend im schwachen Bereich.

Die Hypothese **H4** wird wie bereits erwähnt abgelehnt. Die Gruppe derjenigen, die die Akkulturationsstrategie Integration verfolgen, präsentiert sich in weitaus weniger Gesundheitswerten führend als die Gruppe derjenigen, die Marginalisierung bevorzugen.
Bezüglich der Interaktionseffekte lassen sich einige signifikante Bezüge nachweisen, welche durchweg disordinal sind. Nur für die zwei Skalenwerte chronische Stressbelastung und Unsicherheit im Sozialkontakt ließe sich eine Hypothese annehmen, dass der kombinierte Einfluss von Annahme und Bewahrung die geringste psychische Belastung bedingt.
Schließlich bleibt zu diskutieren, ob und wenn ja, warum die Divergenz zwischen Bejahung und Verneinung der Fragen nach Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft und Bewahrung der eigenen kulturellen Wurzeln eventuell einen Risikofaktor für das Entwickeln psychischer Belastungen darstellen kann. Eine weitere Ausführung dieses Gedankens folgt im Abschnitt DISKUSSION.

5. DISKUSSION

Die vorliegende Arbeit schließt mit dem Abschnitt DISKUSSION, in welchem die im vorhergehenden Abschnitt dargestellten Ergebnisse der Querschnittsstudie in den Kontext des Forschungsstandes eingeordnet und diskutiert werden. Hierbei wird in Bezug auf die Reihenfolge die Strukturierung der Darstellung des Ergebnisteiles beibehalten. Die Ergebnisse der Hypothesentestung werden sukzessive geprüft und verarbeitet.
Ebenso findet in diesem letzten Teil der Arbeit auch eine Kritik an der empirischen Methodik der transkulturellen Forschung an sich ihren Platz. Wie eine Vielzahl der veröffentlichten psychologisch- sozialwissenschaftlichen Studien kann sich auch die vorliegende Arbeit von gewissen methodischen Schwächen nicht gänzlich freimachen.
In ansprechender Weise liefert der letzte Gliederungspunkt dann einige Vorschläge und Gedanken wie sich diese Schwachstellen in zukünftigen Arbeiten überwinden bzw. reduzieren lassen könnten.

Sei es dem Autor an dieser Stelle erlaubt seine Studie in das Feld der Veröffentlichungen im Bereich der Forschungsfelder migration health respektive Akkulturation einzuordnen, so sind hier einige positive Gesichtspunkte aufzuführen.
Wenn man die Stärke der Population von Menschen mit russlanddeutschen Wurzeln betrachtet, ist die geringe Anzahl der Arbeiten über und mit ihnen enttäuschend. Als Grund hierfür wurde bereits an vorhergehender Stelle der erschwerte Zugang zum Feld erwähnt, der sich vielleicht am ehesten in Tendenzen zum Konformismus und der schlichten Lebensweise begründet. Diesem erschwerten Zugang trotzt diese Arbeit und es konnte für sie eine respektable Anzahl an Probanden russlanddeutscher Herkunft gewonnen werden, die eine befriedigende Repräsentation der Spätaussiedler Mecklenburg-Vorpommerns gewährleisten.
Eine weitere Stärke der Arbeit ist das Zurückgreifen auf die methodischen Vorarbeiten von Bastians, die das Instrument zur Erfassung der Integrationswerte an russlanddeutschen Probanden erarbeitete. Somit konnte nicht nur ein spezifisch angepasstes Instrument verwandt werden, sondern es konnten auch die Stärken der Integrationswerte zweier Regionen Deutschlands miteinander verglichen werden. Dies bringt zusätzlichen Erkenntnisgewinn mit sich.
Zusammengenommen betritt die vorliegende Arbeit bei der Vielzahl der erhobenen Gesundheitsparameter und in Hinblick auf die Beleuchtung des Forschungsfeldes Gesund-

heit und Integration Russlanddeutscher im Lichte des Akkulturationsmodelles von Berry auch ein wenig Neuland, was ihr Reiz und Spannung verleiht.

5.1 Stand der Integration und psychischen Verfassung der Befragten

Zunächst wird die Stichprobe in Beziehung gesetzt zur Vergleichsarbeit von Bastians (2004, n = 224) um eine Aussage zur Relation treffen zu können wie integriert die Befragten sind. Aufgrund der fast identischen verwandten Fragebogenmodule und der ähnlich großen Probandenzahl (224 vs. 183) darf von einer validen Relation ausgegangen werden.

An den bereits im Ergebnisteil wiedergegebenen Skalenwerten zu den Facetten der Integration hat man sehen können, dass die Menschen beider Stichproben im Durchschnitt nahezu gleichwertig sozial integriert sind (2.01 vs. 2.07). Anders verhält es sich mit den Werten für sprachliche (3.27 vs. 2.76) und berufliche (3.50 vs. 3.13) Integration. Hier zeigen sich jeweils höhere Werte in der Stichprobe aus Osnabrück. Berücksichtigt man die gefundene Beziehung zwischen jüngerem Alter und besserer Integration, so lässt sich ein Grund für diesen Unterschied feststellen. Jüngeres Alter korrelierte in der Studie aus Osnabrück tendenziell sowie in der vorliegenden Untersuchung durchweg signifikant mit höherer Integration. Der Altersdurchschnitt beider Stichproben (39 vs. 49 Jahre) kommt hier zum Tragen, wobei dies den fehlenden Unterschied bei der sozialen Integration nicht zu erklären vermag.

Der höhere Wert der beruflichen Integration der Befragten im Raum Osnabrück kann sicherlich noch durch einen weiteren Umstand erklärt werden: Die in der vorliegenden Arbeit erfassten Menschen gaben zu 22.8 % eine Vollzeitanstellung und zu 25.3 % eine Teilzeitanstellung an. Ganze 43.7 % befanden sich in Erwerbslosigkeit. In der Studie von Bastians sind es dagegen 55.9 % in Vollzeitanstellung, 16.9 % gehen einer Teilzeitbeschäftigung nach und nur 12.8 % sind erwerbslos. Weitet man den Blick und bezieht die regionale Wirtschaftssituation mit ein, bietet das strukturstarke Osnabrücker Land eine günstigere Arbeitsmarktsituation für Spätaussiedler. Dem entgegengesetzt lässt die erstaunlich hohe Zahl von 43.7 % erwerbslosen Menschen und hierunter ein großer Anteil an arbeitssuchenden Erwerbslosen an die Strukturschwäche Mecklenburg-Vorpommerns denken. Zumal zeitlich zwischen beiden Erhebungen die globale Finanzkrise mit ihren Folgen für die Konjunktur und den Arbeitsmarkt anzusiedeln ist.

Neben der Beurteilung des relativen Integrationsstatus der Befragten kommt den Gesundheitswerten eine zentrale Bedeutung zu. Bevor ihre Beziehungen zu den Integrationsvaria-

blen im Rahmen der Hypothesen diskutiert werden, können sie ebenfalls in Relation gesetzt werden anhand der Normierungen.
Hier zeigt sich ein einseitiges Bild: Das im Abschnitt ERGEBNISSE dargestellte Zahlenwerk misst der Stichprobe überwertige Belastung in den globalen Skalen des Beschwerdedruckes und der psychischen Belastung bei sowie ein unterwertiges Maß an Kohärenzgefühl. Dies ist auch der Fall, wenn man nach Altersklassen staffelt und das Geschlecht berücksichtigt. Eine Ausnahme bildet hier das im Vergleich unauffällige Ergebnis beim chronischen Stress, welches sich in Nähe des Mittelwertes der Normierung bewegt.
Im Besonderen sticht der Vergleich im Global Severity Index für psychische Belastung ins Auge, der im Schnitt eine auffällige psychische Belastung der russlanddeutschen Stichprobe attestiert. Unter den Subskalen des Brief Symptom Inventory gibt es keine Ausnahme, es liegt in allen eine überwertige Belastung vor. Dies bestätigt somit auch die Resultate von Siefen und Brähler (1996), die in ihrer Stichprobe bei Spätaussiedlern erhöhte Werte an Angst und Depressionen gefunden hatten. Ebenso sind durch Kornischka (1992) auffallend häufig Somatisierungstendenzen unter Russlanddeutschen vorbeschrieben, die nun in dem hohen Skalenwert für Somatisierung bestätigt werden. Bezüglich der auffälligen Belastungen im Gießener Beschwerdebogen für Erschöpfung und körperliche Beschwerden reihen sich die Resultate in die Berichte von Kirkcaldy und Siefen (2005) ein, die von überwertigen Klagen über Erschöpfung und Kopfschmerzen unter Russlanddeutschen berichtet hatten.
Zum einen lassen sich nach Einordnung der Gesundheitswerte der Stichprobe nunmehr durchaus die Autoren bestätigen, die in den Spätaussiedlern eine Risikogruppe für psychische Belastungen ausmachen. Zum anderen erhöht dieser Befund das Interesse an den Bedingungen, die hierzu führen, ungemein und im Speziellen natürlich am Zusammenhang zu den erhobenen Integrationsvariablen.

5.2 Facetten der Integration und Variablen der psychischen Gesundheit

Ruft man sich das Modell des akkulturativen Stresses in Erinnerung, so lassen sich die erhobenen Parameter verschiedenen Kategorien dieses Modells zuordnen. Die Facetten der Integration stellen sowohl Ergebnis der soziokulturellen und ökonomischen Adaptation als auch moderierende Variablen dieses Prozesses dar. Die erhobenen Gesundheitsvariablen repräsentieren die psychische Adaptation. Interpretiert man nun geringe Integrationswerte als erhöhten Level akkulturativen Stresses, so sagt Berry's Theorie Risiken für die psychische Adaptation voraus.

Die im Rahmen der Hypothese H1 überprüften Zusammenhänge zwischen den Parametern der psychischen Gesundheit und den Facetten der Integration sprechen eine eindeutige Sprache: Höhere Werte an Integration korrelieren positiv mit stärkerer Gesundheit. Tendenziell gilt dies für alle drei Facetten der Integration, jedoch im Besonderen durchweg signifikant für die berufliche Integration. Somit entsprechen die gefundenen Zusammenhänge grundsätzlich den Vorhersagen Berry's.

Es ist festzuhalten, dass signifikante Korrelationen ausnahmslos in diesem Sinne geartet gefunden werden konnten. Hier sticht die Gewichtung von 14 signifikanten Korrelationen bei der beruflichen Integration hervor im Vergleich zu dreien bei der sozialen und nur einem signifikanten Zusammenhang bei der sprachlichen Integration. Diese Ergebnisse decken sich mit denen aus der Studie von Merbach et al. (2008), bei der nach Zusammenhängen von Angst und Depression zu Variablen der Integration gesucht worden war. Auch dort korrelierten Angst und Depressivität in der Gruppe polnischer Migranten signifikant mit der - in dieser Studie sogenannten - sozialen Assimilation bei Korrelationskoeffizienten von vergleichbarer Stärke. Ambivalent fällt der Vergleich bei den Bezügen von psychischem Befinden zu Sprachkenntnissen respektive sprachlicher Integration aus. Für die Depressivität konnte Merbach hier eine gegenläufige, sehr signifikante Beziehung ausmachen in der Stichprobe polnischer Migranten, wohingegen es sich in dieser Arbeit auf eine einzige signifikante und sehr schwache negative Korrelation zum Positive Symptom Distress Index beläuft. Als valider ist nach der Meinung des Autors die Aussage der vorliegenden Arbeit zu sehen, da Merbach nur mit Hilfe eines Items per Selbsteinschätzung Sprachkenntnisse bewertet hatte.

In puncto Kohärenzgefühl sehen wir durch diese Arbeit die Ergebnisse von Ying (2001) untermauert. Er fand stärkeres Kohärenzgefühl vergesellschaftet mit höherer Integration unter chinesischstämmigen Studenten in Amerika. Die sich ähnelnden Resultate in zwei sich stark voneinander unterscheidenden Kulturkreisen verstärkt die Aussagekraft enorm.

Bis hierher kann festgehalten werden, dass die vielen gefundenen Korrelationen insbesondere zwischen beruflicher Integration und Parametern der psychischen Gesundheit inklusive des Kohärenzgefühles durchaus bemerkenswert sind. Sie geben Anlass, beruflicher Eingliederung von Migranten im Spektrum der Integrationshilfen unbedingt weiterhin einen hervorgehobenen Platz zu widmen.

Die Vorhersagen des Modells von Berry sind somit bestätigt worden und erhärten seine Theorie. Eine Überraschung sind die Resultate zur sprachlichen Integration.

5.3 Retrospektive und Variablen der psychischen Gesundheit

Die Bewertung der Ausreiseentscheidung im Rückblick lässt sich im Modell Berry's als potenzieller Stressor platzieren. Die Erwartungen an die Ausreise stellen einen vor der Migration bestehenden Moderator dar und diese werden nach den durchlebten Erfahrungen abgeglichen und eingeordnet. Im Sinne der Theorie geht aus dieser Bewertung mehr oder weniger schadhafter Stress aus, welcher die Adaptation beeinflusst.
Bestätigt werden konnten vermutete Korrelationen zwischen gesünderer Psyche und positiver Retrospektive auf die Ausreiseentscheidung durch den Migranten. Hierdurch lässt sich die von Kornischka (1992) postulierte Enttäuschungsreaktion der Spätaussiedler nach Ankunft in Deutschland keinesfalls kausal belegen, jedoch wird sie bei mehreren gefundenen hoch signifikanten Wechselbeziehungen durchaus untermauert. Wenn sich Hoffnungen, die mit der Ausreiseentscheidung verbunden waren, erfüllten – und hiervon ist auszugehen, wenn man die Ausreise im Rückblick genauso wieder machen würde – dann stärkten diese Erfahrungen das Vertrauen in die eigenen Entscheidungen und Belastbarkeit. Mittelbar führte dies dann zu einer stabileren und gesünderen psychischen Verfassung. En detail zeigt sich in der vorliegenden Stichprobe nur der Bezug zu Skalen des Gießener Beschwerdebogens ausgenommen von einem positiven Zusammenhang zwischen zufriedenstellender Retrospektive und psychischer Gesundheit.
Dem Verfasser sind weitere Studien, die sich den Zusammenhängen von Bewertung der Ausreiseentscheidung und psychischer Gesundheit von Migranten widmen, nicht bekannt.

5.4 Soziodemographie und Variablen der psychischen Gesundheit

In den Überprüfungen der Hypothese H3 zu ausgewählten soziodemographischen Variablen und psychischer Gesundheit ließ sich eine Vielzahl an Beziehungen finden. Die soziodemographischen Moderatoren lassen sich aufteilen in solche, die bereits vor dem Akkulturationsprozess feststehen wie das Alter, als auch in solche, die sich während des Prozesses erst einstellen oder auch ändern wie bikulturelle Partnerschaft.
Die stärksten Korrelationen zeigt der Zusammenhang von hohem Einkommen und weniger psychischen Auffälligkeiten, signifikant in ganzen 17 Skalenwerten. Aber auch die Beziehungen zu den Kriterien Anstellungsverhältnis und Berufsausbildung mit Signifikanzen in 16 bzw. 17 Skalenwerten passen zu dem bereits an mehreren Stellen in der Literatur beschriebenen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und gesunder Psyche unter Migranten, z. B. bei Wiking et al. (2004). Die signifikanten Korrelationen zum be-

sonders aussagekräftigen globalen Kennwert Global Severity Index, der Auskunft über die grundsätzliche psychische Verfassung gibt, seien hier außerordentlich erwähnt, da er den Interpretationen eine gewisse Wichtung verleiht.

Eine interessante Ausnahme stellt die chronische Stressbelastung dar. Sie zeigt sich zusammenhangslos zu den demographischen Variablen. In Anbetracht der signifikanten Korrelation der chronischen Stressbelastung zur beruflichen Integration erscheint dies sonderbar und eine Begründung hierfür entzieht sich dem Verfasser.

Die ermittelten Zusammenhänge zwischen Psyche und Zufriedenheit mit der beruflichen Situation waren bereits eindrucksvoll. Durch die Untersuchung einiger soziodemographischer Parameter lässt sich nun der Bogen noch weiter spannen. Einkommen, Anstellungsverhältnis und Bildungsabschluss könnten zusammengefasst werden zur übergeordneten Kategorie soziale Schicht. Deutlich zeigen die gefundenen Ergebnisse eine Beziehung der gesunden Psyche zur sozialen Schicht unter den Aussiedlern. Hier machen die Aussiedler somit keine Ausnahme und spiegeln den in vielen Studien gefundenen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit generell wider, zuletzt u. a. in Lampert et al (2013), aber auch bei Berry (2002) oder Elsa (1997).

Ebenfalls mit 14 signifikanten Korrelationen ist das Kriterium des Vorliegens einer bikulturellen Partnerschaft mit gesünderer Psyche vergesellschaftet. Wissenschaftliche Untersuchungen jedoch zur Beziehung der bikulturellen Partnerschaft zu Gesundheit und psychischer Verfassung der Migranten sind dem Autor nicht bekannt. Die vorliegende Studie untermauert, dass transkulturelle Erfahrungen im Rahmen einer bikulturellen Partnerschaft mit psychischem Wohlbefinden korrelieren. Sie scheinen auch mit stärkerer sozialer Integration einherzugehen wie an der positiven Korrelation mit jener ersichtlich. Hier erscheinen weitere Forschungsansätze lohnend um beispielsweise zu klären, wie lange eine solche Partnerschaft bestehen muss, damit sie sich messbar auswirkt. Dazu kommt die interessante Fragestellung, ob es nur wichtig ist, dass der Partner aus einem unterschiedlichen Kulturkreis stammt oder ob es auch auf den Kulturkreis selbst ankommt, aus dem er stammt. Zeigt sich etwa ein positiver Einfluss bei Herkunft des Partners aus Deutschland genauso wie bei Herkunft aus Russland?

In der Beziehung zwischen höherem Alter und Gesundheit imponieren erwartete Korrelationen im Feld der körperlichen Beschwerden, beim Beschwerdedruck und der Skala Somatisierung. Dies deckt sich durchaus mit Ergebnissen vorangegangener Studien (vgl. Schmidt et al. 2012).

Im Gegensatz zu den Erwartungen des Autors stand das Wohnumfeld der Befragten nicht in entsprechend relevantem Zusammenhang zu Integration oder Gesundheit. Dies stellt

ein beachtenswertes Ergebnis dar. Wird doch in den aktuellen Debatten um Integration besonders auf die Bedeutung von kulturell durchmischten Wohngebieten hingewiesen. Somit eröffnet sich hier sicherlich ein weiteres Feld für zukünftige Untersuchungen um das Verhältnis von Wohnumfeld und Akkulturation näher zu durchleuchten.

5.5 Akkulturationsstrategien und Variablen der psychischen Gesundheit

Die Akkulturationsstrategien sind ein klassisches Beispiel für einen Moderator während des Akkulturationsprozesses. Hier ist in Erinnerung zu rufen, dass es durchaus möglich sein kann, dass die Strategie eines Individuums im Laufe der Zeit wechselt.
Die Betrachtung der Akkulturationsstrategien unter den Spätaussiedlern zeigte die Strategie der Integration als die am häufigsten gewählte. Sie war in einigen Parametern der Psyche mit signifikant gesünderen Werten assoziiert, jedoch nicht in der Breite. Es überraschte, dass sich die Strategie der Marginalisierung in sogar weitaus mehr Kategorien als die Strategie der gesündesten Probanden präsentierte. Somit musste auch die Hypothese H4, die den kombinierten Einfluss von Annahme und Bewahrung von neuer und alter Kultur generell als wichtigen Prädiktor für Gesundheit benennt, verworfen werden. Löst man jedoch einige Gesundheitsvariablen heraus und betrachtet sie einzeln, so trifft die Hypothese bei der Unsicherheit im Sozialkontakt und der chronischen Stressbelastung zu. Dieser Teilbefund lässt sich in Einklang bringen mit den Ergebnissen von Berry et al (1987), die ebenfalls Korrelationen der Strategie Integration mit weniger Stresserleben beschrieben. Dazu fanden sich in besagter Studie und bei Krishnan et al (1992) auch die höchsten Werte an Stressbelastung bei der Strategie der Separation. Und auch dieses Ergebnis erbringt die vorliegende Studie. Wir finden hier also eine Deckung, die den Zusammenhängen eine respektable Wertigkeit verleiht.
Eine Überraschung bleiben die Werte der Skalen bei den marginal Akkulturierten. Die sehr häufig geringsten Belastungen gerade unter dieser Gruppe waren entsprechend unserer Akkulturationstheorie nicht zu erwarten gewesen. Eher umgekehrt war die Marginalisierung als häufig mit erhöhten Belastungswerten zum Global Severity Index und zu Depressionen assoziiert beschrieben (Haasen et al 2007, Partridge 1988).
Nur eine Studie lässt sich finden, in der die Strategie der Marginalisierung mit erhöhten Gesundheitswerten vergesellschaftet war. Miller et al. (2002) hatten diese Ausnahme von der Regel bei isoliert lebenden bosnischen Kriegsflüchtlingen in den Vereinigten Staaten gefunden. Könnte hier etwa auch für Russlanddeutsche zutreffen, dass soziale Isolation als Schutz vor psychischen Leiden fungieren kann?

In der vorliegenden Arbeit fallen die zwei Strategien Marginalisierung und Integration, die sich also komplett gegen oder komplett für eine Annahme bzw. Bewahrung der Kultur entscheiden, durch besonders geringe Belastungswerte auf.
Hieraus lässt sich eine neue These ableiten. Nämlich, dass mit der divergierenden Entscheidung, jeweils eine kulturelle Orientierung anzunehmen und die andere aufzugeben, ein Risikoprofil für psychische Erkrankungen und chronischen Stress vorliegt. Denkbar wäre, dass das Gewähren einer Präferenz für eine der beiden Kulturen zu einer psychischen Dysbalance führt. In anderen Worten zeigen die befragten Spätaussiedler weniger psychische Belastung, wenn sie der Entscheidung zwischen den beiden Kulturkreisen zu priorisieren aus dem Weg gehen.
Interessant wäre es zu wissen, ob sich diese Ergebnisse auch in anderen Migrantengruppen in Deutschland wiederfinden lassen oder ob hier die Spätaussiedler ein Unikum darstellen. Sollte sich dieser Befund auch in weiteren Studien nachweisen lassen, würde dies die bisherige Sicht auf die Moderator-Variable Akkulturationsstrategie in Berry's Modell verändern, da in ihm zuvorderst die Integration mit Vorteilen für die psychische Adaptation assoziiert war.

5.6 Praktische Bedeutsamkeit der Befunde

Nach der Einordnung der Ergebnisse kommen wir zur Darstellung der praktischen Bedeutsamkeit der gewonnenen Befunde. Man sollte sich gewahr sein, dass die zumeist in Form von Korrelationskoeffizienten dargelegten Beziehungen nicht kausal gedeutet werden dürfen. Es ist demnach nicht möglich zu unterscheiden, ob z. B. höheres Einkommen mit besserer Gesundheit korreliert, weil besagte Menschen sich mehr Gesundheitsleistungen erlauben können oder weil gesündere Menschen eher Anstellung in einem Beruf mit hohem Einkommen erlangen. Darüber hinaus könnten auch beide Sichtweisen ohne Kausalität sein und die gefundene Korrelation beruht auf einem dritten, ungekannten Effekt. Dieses Problem begleitet diese Studie wie die meisten soziologisch-psychologischen Studien, insbesondere wenn es sich um Querschnittserhebungen handelt. Somit konnte und wollte die vorliegende Arbeit keine Kausalzusammenhänge aufdecken, sondern erste Schritte auf dem weiten Feld der Überschneidung von Akkulturation und Gesundheit von Spätaussiedlern gehen.
Wie beim Postulieren von Kausalzusammenhängen rät der Verfasser auch beim Ziehen von Konsequenzen aus den Ergebnissen der Studie zur Vorsicht.
Mögliche Schlussfolgerungen für die medizinische Versorgung ergeben sich zunächst ein-

mal aus der überwertigen psychischen Belastung der Spätaussiedler. Hier stellt die Aufnahme des Wissens um das Risikoprofil dieser Menschen in den Unterricht der Angestellten, Freiberufler und Studenten des Gesundheitssystems nur einen Punkt dar. Daneben sollte auch aktiv Gesundheitsaufklärung im Sinne einer Primär- und Sekundärprävention in Vereinen oder Kirchengemeinden der Russlanddeutschen angedacht werden. Dies könnte man ausgestalten durch Themenabende und Gesprächsrunden sowie bei Wunsch gezielte Vermittlung Interessierter an Psychotherapeuten, die auch die russische Sprache beherrschen oder im besten Falle selbst aus dem russlanddeutschen Kulturkreis stammen. Solche Maßnahmen stellen nach Meinung des Autors eine besondere Herausforderung an die Erbringer dar, denn unter den Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland gelten die Spätaussiedler als eher introvertiert und auch scheu. Ein Zugang zum Feld ist nach den Erfahrungen des Autors möglich, verlangt jedoch Engagement.
In puncto Integrationsmaßnahmen stechen die starken Zusammenhänge zu den ökonomischen Variablen ins Auge. Eine im Vorfeld durch den Verfasser vermutete enge Abhängigkeit zur sprachlichen Integration konnte sich nicht nachweisen lassen. Vor dem voreiligen Schluss hieraus, dass Sprachkurse für die Spätaussiedler und generell Kenntnisse der deutschen Sprache überbewertet sind, darf jedoch in aller Entschiedenheit abgeraten werden. In der vorliegenden Arbeit wurde ein Wert der sprachlichen Integration erhoben und die ist nicht gleichzusetzen mit der Qualität der Beherrschung der deutschen Sprache. Eher sollte man anhand der engen Beziehungen zwischen sozioökonomischem Status und psychischer Gesundheit die Maßnahmen der Sprachschulung intensivieren, denn ohne gute Kenntnisse der deutschen Sprache ist eine berufliche Karriere mit höheren Einkommen und das Vermeiden von Erwerbslosigkeit nur bedingt möglich.
Lohnend erscheint auch die Aufwertung der Bedeutung der bikulturellen Partnerschaft als Indikator eines gelingenden und gesunden Akkulturationsprozesses einer Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund. Für das Messen der Güte der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund ist die bikulturelle Ehe bereits in einen Indikatorenkatalog der Bundesregierung aufgenommen worden (vgl. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik 2009).

5.7 Methodenkritik

Im Forschungsbereich Migration und Gesundheit bestehen einige Schwierigkeiten bei der Gewinnung aussagekräftiger und valider Daten. Hinzu kommt ein erschwertes Auswerten dieser Daten sowie In-Beziehung-Setzen zu bereits bestehenden empirischen Ergebnis-

sen. Die Gründe für diese Probleme werden im Folgenden kurz erläutert.

In der Debatte um die Auswirkungen einer Migration auf die Gesundheit kommt man nicht um die Klärung des Begriffes des *healthy migrant effect* umhin - der scheinbar niedrigeren Morbiditätsrate, die in Migrantengruppen im Vergleich zu Gruppen Einheimischer gefunden wurde. Er entsteht durch den Umstand, dass den Migrationsprozess zum überwiegenden Teil junge, gesunde Menschen antreten und erfolgreich bewältigen, und daher eine gesundheitliche Auslese in der neuen Heimat ankommt (vgl. Kohls 2008). Diese Menschen sind im Schnitt jünger und weisen niedrigere Morbiditätsraten auf. Pathologien, die vorzugsweise im höheren Alter eintreten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Depressionen, sind daher unterrepräsentiert. Dieser Effekt beruht also auf einer mangelnden Vergleichbarkeit der Daten von Migranten und Einheimischen. Zu beobachten ist, dass mit längerem Aufenthalt der Migranten in ihrem neuen Lebensraum sich die Parameter unter den Vergleichsgruppen wieder annähern. Ursächlich für die Unterschiede sind indes nicht Einflüsse der Migration oder Akkulturation, daher ist der *healthy migrant effect* aus dem Mittelpunkt der Migrationsforschung herausgetreten.

Neben diesem Effekt, der die Auswertung und Einordnung von Daten erschwert, gibt es vor allem bei der Konstruktion und Durchführung von Testverfahren im Feld der Migrationsforschung Herausforderungen. Das grundlegende Problem hierbei liegt in der Natur des Forschungsbereiches: Es ist der transkulturelle Aspekt. Nicht nur die Testverfahren schriftlicher und mündlicher Art, sondern auch die Definitionen und Interpretationen von psychischen Erkrankungen und deren Symptomen sind abhängig von der Sprache und dem kulturellen Hintergrund des Menschen. Van de Vijver und Tanzer (2004) betrachten die Punkte Bias und Äquivalenz als besonders wichtig, wenn kulturübergreifende Testverfahren angewandt und deren Ergebnisse verglichen werden sollen. Bias unterteilen sie weitergehend in Konstrukt-, Methoden- und Itembias.

Das Konstruktbias beschreibt das Problem der verschiedenen Auffassungen von Konstrukten wie z. B. Depression oder Phobien in verschiedenen Kulturkreisen. Oftmals liegt hier keine völlige Deckungsgleichheit vor.

Das Methodenbias umschreibt den Umstand, dass in Deutschland durchaus übliche methodische Ansätze wie Fragebögen und ähnliches Testmaterial in anderen Kulturkreisen weniger angenommen oder sogar stigmatisiert werden, weil in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen damit gemacht wurden.

Das Itembias beschränkt sich auf Mängel an den Übersetzungen der einzelnen Items eines Fragebogens in die jeweilige Sprache, die benötigt wird. Hier können sich handwerkliche Fehler einschleichen sowie auch Fehler beim rechten Erfassen des Sinnes eines

Items. Der Goldstandard zur Übersetzung von Fragebögen besteht daher aus zwei Übersetzern, die sowohl fachkundig sind als auch Ausgangssprache und Zielsprache fließend beherrschen. Es erfolgt eine mehrfache Übersetzung und Rückübersetzung zwischen den Sprachen mit fortwährender Überprüfung und Vermeidung von Bias. Schließlich wird der Bogen einer Kommission zur Überprüfung vorgelegt und kann dann im Verlauf normiert werden.

Ein weiterer Punkt, den van de Vijver und Tanzer nennen, ist die Äquivalenz im Sinne einer Messäquivalenz der Instrumente. Die eingesetzten Fragebögen messen mitunter bei Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen, die dieselbe Sprache sprechen, nicht dasselbe und auch nicht mit derselben Genauigkeit.

Die bereits genannten Schwierigkeiten in der Konzeption valider, kultur- und sprachübergreifender Testdiagnostik führten zu einer entsprechend geringen Anzahl von befriedigenden methodischen Ansätzen in der Forschung um Migration und psychische Gesundheit. Denn viele Studien aus der Vergangenheit, von denen auch in dieser Arbeit einige beschrieben wurden, beschränkten sich auf das Übersetzen bekannter Instrumente ohne notwendige Standardisierung und aufwendige Überprüfung, ob die Gütekriterien des Testverfahrens erfüllt blieben.

5.8 Ausblick auf zukünftige Forschungen

Als Resümee aus der eben geschilderten Problematik zieht der Autor einen kritischen Schluss. Im Hinblick auf die Methodik vieler Studien im Bereich der migration health und speziell auch der vorliegenden will der Verfasser einige Vorschläge zur Optimierung einbringen.

Auch diese Studie hätte noch umfassender gegen Bias abgesichert werden können. Dies wäre zu erreichen gewesen durch die Verwendung ausnahmslos normierte Fragebögen. Hier war es jedoch insbesondere für Bögen in russischer Sprache sehr mühsam an geeignetes Testmaterial zu gelangen. So mussten teilweise Kompromisse eingegangen und Abstriche bei dem Anspruch höchster Testgüte gemacht werden, wollte der Autor nicht auf das Erheben einiger Fragebogenmodule verzichten.

Bezüglich des Akkulturationsmodelles wurden die entlehnten Hypothesen zu weiten Teilen bestätigt. Dies stärkt das Modell. Nun wären erneute Untersuchungen mit Fragebögen interessant, die sich enger an Berry's Modell orientieren. Zeigen sie eventuell noch eindeutigere Befunde?

Wie in vielen anderen Fällen brächte die Durchführung von Längsschnittuntersuchungen

einen enormen Zuwachs an Qualität und Aussagekraft für kausale Zusammenhänge. Obwohl der Autor um die Schwierigkeiten ihrer Durchführung weiß, sind sie aus seiner Sicht anzustreben.

Die vorliegende Arbeit konnte nach Meinung des Verfassers einen wichtigen Beitrag zum Thema Migration und Gesundheit für die Gruppe der Spätaussiedler leisten. In Anbetracht der Anlage als Querschnittsstudie ist die Aussagekraft der erhobenen Befunde zwar ein wenig limitiert, jedoch in der Breite der gefundenen Ergebnisse durchaus überzeugend. Ein besonderes Augenmerk wäre auf eine erneute und detailliertere Untersuchung der Akkulturationsstrategien zu legen. Die in dieser Arbeit gefundenen Beziehungen der Marginalisierung zu geringen Belastungswerten sticht aus den vorbeschriebenen Ergebnissen der Literatur heraus. Hier bleibt demnach zu klären, ob die Spätaussiedler tatsächlich eine Ausnahme unter den Migranten darstellen und wenn ja, warum - oder ob das Instrument zur Erfassung der Akkulturationsstrategien nicht die entsprechende Güte besaß.

Abschließend bleibt zu appellieren den Begriff der Akkulturation stärker in die allgemeine Debatte um Zuwanderung und die damit einhergehenden Probleme einzubringen. Er scheint besser geeignet den subtilen Prozess beim Aufeinandertreffen zweier unterschiedlicher Kulturen und seine Moderatoren zu beschreiben als das Schlagwort Integration. Dies trüge bei zur dringend notwendigen Versachlichung der Debatte und würde den Begriff der Integration distanzieren von seiner medial häufig gebrauchten Bedeutung des reinen Angleichens einer Kultur an eine andere.

Zuletzt ein weiterer Appell: Spätestens seit dem Sommer 2015 ist hierzulande die Debatte um Migration und Integration nicht mehr aus den Medien und der politischen Diskussion wegzudenken. Deutschland mit seiner Lage im Herzen Europas und seinem Status als eine der reichsten Demokratien der Welt wird auf unabsehbare Zeit Ziel für Menschen mit fremdem kulturellen Hintergrund bleiben. Somit sollten wir unseren wissenschaftlichen Ehrgeiz steigern die Themen migration health und Akkulturation voranzutreiben.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Angenendt, S., Bade, K. J., Britz, L., Bendel, P., Carrel, N., Haase, M. et al (2011). *Migration.* Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping – New Perspectives on Mental and Physical Well-Being.* San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Aparicio, M. L., Döring, A., Mielck, A., Holle, R. & KORA Studiengruppe (2005). Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Sozial- und Präventivmedizin, 50*, 107–118.

Arends-Tóth, J. & van de Vijver, F. (2004). Domains and dimensions in acculturation: Implicit theories of Turkish Dutch. *International Journal of Intercultural Relations, 28*, 19-35.

Bade, K. J. (2002). *Europa in Bewegung: Migration vom späten 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart.* München: C.H. Beck.

Bastians, F. (2004). *Die Bedeutung sozialer Netzwerke für die Integration russlanddeutscher Spätaussiedler in der Bundesrepublik Deutschland.* Bissendorf: Methodos Verlag.

Bauer, I. (1996). *Alkoholerkrankung bei Spätaussiedlern aus GUS−Staaten. Analyse psychosozialer Aspekte der Aussiedlung*. Westfälische Wilhelms-Universität Münster: Inaugural-Dissertation.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2012). *9. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland* (S. 24). Berlin.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2004). *Migrationsbericht der Integrationsbeauftragten im Auftrag der Bundesregierung* (S.3). Berlin.

Becher, H., Razum, O., Kyobutungi, C., Laki, J., Ott, J. J., Ronellenfitsch, U. & Winkler, V. (2007). Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion - Ergebnisse einer Kohortenstudie. In *Deutsches Ärzteblatt International, 104* (23), 1655-1661.

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009). *Ungenutzte Potenziale – Zur Lage der Integration in Deutschland*. Berlin.

Bermejo, I., Ruf, D., Mösko, M. & Härter, M. (2010). Epidemiologie psychischer Störungen bei Migrantinnen und Migranten. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie – Migration und psychische Gesundheit* (S. 209-216). München: Urban & Fischer.

Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In A. M. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models and some new findings* (pp.9-25). Colorado: Westview Press.

Berry, J. W. (1992). Acculturation and adaptation in a new society. *International Migration, 30*, 69-85.

Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An International Review, 46* (1), 5-68.

Berry, J. W. (2002). Acculturation and intercultural relations. In: Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M.H. & Dasen, P. R. (Eds.), *Cross-cultural psychology: Research and applications* (2nd Edt.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Berry, J. W. (2005). Acculturation: living successfully in two cultures. *International journal of Intercultural Relations, 29*, 697-712.

Berry, J. W., Kim, U., Minde, T. & Mok, D. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review, 21*, 491-511.

Berry, J. W. & Sam, D. (1997). Acculturation and adaptation. In J.W. Berry, M. H. Segall & C. Kagitcibasi (Eds.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology* (Vol. 3, pp. 291-326). Boston: Allyn and Bacon.

Brähler, E., Hinz, E. & Scheer, J. W. (2008). *GBB-24. Der Gießener Beschwerdebogen. Manual* (3., überarbeitete und neu normierte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Bundesministerium des Innern (2005). *Migrationsbericht des Bundesministeriums für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung.* Berlin.

David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (2002). Die psychische Belastung von Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen - der Einfluss von Ethnizität, Migrationsstatus und Akkulturationsgrad. *Geburtshilfe Frauenheilkunde, 62,* 37–44.

Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-II for the r(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series.* Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.

Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI), administration, scoring and procedures manual, third edition.* Minneapolis: National Computer Services.

Deutsche Presse-Agentur (12. September 2012). Migranten sind doppelt so häufig psychisch krank. *Frankfurter Allgemeine Zeitung.* Abgerufen von http://www.faz.net

Deutsche Presse-Agentur (01. Juni 2015). Merkel: „Deutschland ist ein Einwanderungsland“. *Frankfurter Allgemeine Zeitung.* Abgerufen von http://www.faz.net

Eisfeld, A. (2000) Die Entwicklung in Russland und in der Sowjetunion. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Aussiedler* (S. 16-36). München: Franzis' print & media.

Elsa, A. (1997). Acculturation/Biculturalism and its relationship to adjustment in Cuban-Americans. *International Journal of Intercultural Relations*, *21*, 379-391.

Faltermeier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie.* Stuttgart: Kohlhammer.

Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet 2005*, (365), 1309–14.

Filipp, S.-H. (1995). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S.3-52). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Franke, G.H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version. Manual.* Göttingen: Beltz.

Glaesmer, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der Deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis, 36*(1), 16-22.

Haasen, C., Levit, O., Gelbert, A., Foroutan, N., Norovjav, A., Sinaa, M. & Demiralay, C. (2007). Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Akkulturation bei Migranten. *Psychiatrische Praxis, 34* (7), 339-342.

Han, P. (2010). *Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen, Perspektiven.* München: UTB.

Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H-J., Hapke, U. & John, U. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *54*, 179-186.

Hartwich, I. (15. Mai 2016). Die unsichtbaren Deutschen. *Neue Zürcher Zeitung.* Abgerufen von http://www.nzz.ch

Heinen, U. (2000) Einführung. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Aussiedler* (S. 3-4). München: Franzis' print & media.

Heinen, U. (2000) Die Situation in der Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS). In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Aussiedler* (S. 25-36). München: Franzis' print & media.

Heinen, U. (2000) Zuwanderung und Integration in der Bundesrepublik Deutschland. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Aussiedler* (S. 36-49). München: Franzis' print & media.

Hitschfeld, K., Novikov, J. & Wall, E. (2002). Migranten aus der früheren Sowjetunion in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik in Hamburg. In T. Heise (Hrsg.), *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland (S. 189-199).* Berlin: VWB.

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (2009). *Integration in Deutschland – Erster Integrationsindikatorenbericht: Erprobung des Indikatorensets und Bericht zum bundesweiten Integrationsmonitoring.* Berlin.

Kim, U. & Berry, J. W. (1985). Acculturation attitudes of Korean immigrants in Toronto. In I. Reyes-Lagunes & Y. N. Poortinga (Hrsg.), *From a different perspective: Studies of behavior across cultures* (S. 93-105). Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Kirkcaldy, B. D., Siefen, R. G., Wittig, U., Schüller, A., Brähler, E. & Merbach, M. (2005). Health and emigration: Subjective evaluation of health status and physical symptoms in Russian-speaking migrants. In *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 21* (5), 295–309.

Kirsch, J. & Spitczok von Brisinski, I. (1995). Psychosoziale Belastungsfaktoren und Depressivität bei deutschstämmigen Aussiedlern aus der GUS. *Forum A, 3,* 3-5.

Kohls, M. (2008). Einfluss von Auswahlprozessen auf die Sterblichkeit verschiedener Zuwanderergruppen in Deutschland, *DRV-Schriften, 55,* 153–175.

Korenblum, W., Barthel, A., Licinio, J., Wong, M.-L., Wolf, O. T., Kirschbaum, C. & Bornstein, S. R. (2005). Elevated cortisol levels and increased rates of diabetes and mood symptoms in Soviet Union-born Jewish immigrants to Germany. *Molecular Psychiatry, 10*(11), 974-975.

Kornischka, J. (1992). *Psychische und soziale Probleme von Spätaussiedlern.* Pfaffenweiler: Centaurus.

Kornischka, J., Assion, H. J., Ziegenbein, M. & Agelink, M. W. (2008). *Psychiatrische Praxis, 35*(2), 60-66.

Krishnan, A. & Berry, J. W. (1992). Acculturative stress and acculturation attitudes among Indian immigrants to the United States. *Psychology and Developing Societies, 4*(2)*,* 187-212.

Lampert, T., Kroll, L.E., Lippe von der, E., Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt 2013, 56,* 814-821.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

Lee, E. S. (1966). A Theory of Migration. *Demography*, *5*(1), 47-57.

Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A. & Priebe, S. (2008). Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung. *PPmP: Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 58*(3-4)*,* 109-122.

Lysgaard, S. (1955). Adjustment in a foreign society: Norwegian fulbright grantees visiting the United States. *International Social Science Bulletin, 7,* 45-51.

Merbach, M., Wittig, U. & Brähler, E. (2008). Angst und Depression polnischer und vietnamesischer MigrantInnen in Leipzig unter besonderer Berücksichtigung ihres Eingliederungsprozesses. *PPmP: Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie, 58*(3-4), 146-154.

Miller, K. E., Worthington, G. J., Muzurovic, J., Tipping, S. & Goldman, A. (2002). Bosnian refugees and the stressors of exile: A narrative study. *American Journal of the Orthopsychiatry*, *72*(3), 341-354.

Nicassio, P., Solomon, G. S., Guest, S. & McCullough, J. E. (1986). Emigration stress and language proficiency as correlates of depression in a sample of Southeast Asian refugees. *International Journal of Social Psychiatry, 32,* 22-28.

Oberg, K. (1960). Culture shock. Adjustment to new cultural environments. In *Practical Anthropology, 7*, 177-182.

Partridge, K. (1988). Acculturation attitudes and stress of Westeners living in Japan. In J. W. Berry & R. C. Annis (Hrsg.)*, Ethnic psychology: Research and practice with immigrants, refugees, native peoples, ethnic groups and sojourners* (S. 105-113). Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Redfield, R., Linton, R. & Herskovits, M. (1936). Memorandum on the study of acculturation. *American Anthropologist, 38,* 149-152.

Reiss, K., Spallek, J. & Razum, O. (2010). 'Imported risk' or 'health transition'? Smoking prevalence among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union by duration of stay in Germany - analysis of microcensus data. In *International Journal for Equity in Health 2010, 9:* 15.

Riedel, J., Wiesmann, U. & Hannich, H.-J. (2011). An integrative theoretical framework of acculturation and salutogenesis. *International Review of Psychiatry, 23*(6), 555-564.

Rudmin, F. W. (2003). Critical history of the acculturation psychology of assimilation, separation, integration and marginalization. *Review of General Psychology, 7*(1), 3-37.

Sabic, M. (2006): *Migration, Akkulturation und Gesundheit: Von den Akkulturationstheorien über das Modell des akkulturativen Stresses zum Forschungsstand bezüglich der Migration, Akkulturation und Gesundheit.* München: GRIN Verlag.

Sam, D. L. & Berry, J. W. (1995). Acculturative stress among young immigrants in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology, 36*, 10-24.

Schmidt, S., Petermann, F. & Brähler, E. (2012). Soziale Ungleichheit, psychische und körperliche Gesundheit – welchen Einfluss hat das Alter? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 60*(3)*,* 205-215.

Schneider, J., Angenendt, S., Bade, K. J., Britz, L., Bendel, P., Carrel, N. et al (2011). *Migration.* Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS).* Göttingen: Hogrefe.

Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Sense of Coherence Scale – Leipziger Kurzform (SOC - L9).* Bern: Verlag Hans Huber.

Selm van, K., Sam, D. & Oudenhoven van, J. P. (1997). Life satisfaction and competence of Bosnian refugees in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology, 38*(2)*,* 143-149.

Sieben, A. & Straub, J. (2011). Migration, Kultur und Identität. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie – Migration und psychische Gesundheit* (S. 43-53). München: Urban & Fischer.

Siefen, G. & Brähler, E. (1996). Körperbeschwerden bei griechischen Migranten- und deutschen Aussiedlerkindern und -jugendlichen. In G. Siefen & E. Brähler (Hrsg.), Migration und Gesundheit. *Psychosozial 63* (S. 29-36)*.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Sikora, J. (1991). *Aussiedler als Herausforderung und Auftrag für die deutsche Gesellschaft.* Bad Honnef: Katholisch-Soziales Institut der Erzdiözese Köln.

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2014). *Zensus 2011, Bevölkerung und Haushalte, Bundesland Mecklenburg-Vorpommern am 09.05.2011.* Schwerin.

Statistisches Bundesamt – Pressestelle (2006). *Leben in Deutschland – Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005.* Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2008.* Wiesbaden.

Stevens, J. (1999). *Intermediate Statistics. A Modern Approach*. London: Erlbaum.

Stowasser, J. M., Petschenig, M. & Skutsch, F. (1998). *Stowasser – Lateinisch-deutsches Wörterbuch.* München: Oldenbourg.

Strobl, R. & Kühnel, W. (2000). *Dazugehörig und ausgegrenzt: Analysen zu Integrationschancen junger Aussiedler.* Weinheim: Juventa.

Sundquist, J., Bayard-Burfield, L., Johansson, L.M. & Johansson, S.-E. (2000). Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: Psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 357-365.

Tröster, I. (2003). *Wann ist man integriert? - eine empirische Analyse zum Integrationsverständnis Russlanddeutscher.* Frankfurt: Lang, Peter; Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Vijver van de, F. & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview, *Revue européenne de psychologie appliquée, 54,* 119-135.

Weidemann, D. (2007). Akkulturation und interkulturelles Lernen. In J. Straub, A. Weidemann & D. Weidemann (Hrsg.), *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz* (S. 488-498). Stuttgart: Metzler.

Wiking, E., Johannson, S.-E. & Sundquist, J. (2004). Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health, 58,* 574-582.

Ying, Y.-W., Lee, P.A., Tsai, J.L., Lee, Y.J. & Tsang, M. (2001). Network composition, social integration and sense of coherence in Chinese American young adults. Journal *of Human Behaviour in the Social Environment, 3*, 83-98.

Zick, A. (2010). *Psychologie der Akkulturation: Neufassung eines Forschungsbereiches.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

7. QUELLENVERZEICHNIS

Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge – Bundesvertriebenengesetz (BVFG) vom 10.08.2007 (BGBl. I, 1902) zuletzt geändert durch Gesetz vom 06.09.2013 (BGBl. I S. 3554)

8. ANHANG

8.1 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 2.1: Prävalenzraten für ausgewählte psychische Leiden, n = 24.681 (Lindert et al. 2008) 29
Tabelle 2.2: Prävalenzen von affektiven und somatoformen Störungen im Zeitverlauf bei ausländischen Migranten und Deutschen ohne Migrationshintergrund (Bermejo et al. 2010) 30
Tabelle 2.3: Auswahl an Studien zu Prävalenzdaten von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Flüchtlingen bei verschiedenen Autoren, n = 6743 (Fazel et al. 2005) 31
Tabelle 2.4: Prävalenzen nach unterschiedlichen Studiencharakteristika, n = 6743 (Fazel et al. 2005) 32
Tabelle 2.5: Zusammenhang zwischen dem Akkulturationsstress-Index und psychischer Belastung (Haasen et al. 2007) 34
Tabelle 2.6: Angst und Depression in Zusammenhang mit Facetten der Assimilation, n = 222, Korrelationskoeffizienten nach Spearman (Merbach et al. 2008) 35
Tabelle 2.7: Einflussgewichte verschiedener Faktoren auf die Skala Angst in einer Multiplen Regression (Merbach et al. 2008) 36
Tabelle 3.1: Überblick über Herkunft und Anzahl der in die Untersuchung eingegangenen Fragebögen 45
Tabelle 4.1 (Teil 1): ausgewählte soziodemographische Merkmale der Stichprobe 54
Tabelle 4.1 (Teil 2): ausgewählte soziodemographische Merkmale der Stichprobe 55
Tabelle 4.2: Deskriptive Statistiken der Integrationsvariablen und Skalen der psychischen Gesundheit 56
Tabelle 4.3: Deskriptive Statistiken der Integrationsvariablen in der Studie von Bastians (2004) 58
Tabelle 4.4 (Teil 1): Korrelationen zwischen Facetten der Integration und Skalen der psychischen Gesundheit 58
Tabelle 4.4 (Teil 2): Korrelationen zwischen Facetten der Integration und Skalen der psychischen Gesundheit 59
Tabelle 4.5: Korrelationen zwischen Skalen der psychischen Gesundheit und der Retrospektive 61

Tabelle 4.6: Korrelationen zwischen Alter der Probanden, monatlichem Einkommen, nachbarschaftlichem Wohnumfeld und Skalen der psychischen Gesundheit sowie Integrationsvariablen 63
Tabelle 4.7: Korrelationen zwischen Anstellungsverhältnis, Berufsausbildung und bikultureller Partnerschaft mit Skalen der psychischen Gesundheit sowie Integrationsvariablen 65
Tabelle 4.8 (Teil 1): Deskriptive Statistiken der vier Akkulturationsstrategien für ausgesuchte abhängige Variablen 68
Tabelle 4.8 (Teil 2): Deskriptive Statistiken der vier Akkulturationsstrategien für ausgesuchte abhängige Variablen 69
Tabelle 4.9 (Teil 1): Teststatistiken der ausgesuchten abhängigen Variablen für die zweifaktorielle ANOVA mit den Gruppenfaktoren *Bewahrung der eigenen Kultur* und *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* 70
Tabelle 4.9 (Teil 2): Teststatistiken der ausgesuchten abhängigen Variablen für die zweifaktorielle ANOVA mit den Gruppenfaktoren *Bewahrung der eigenen Kultur* und *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* 71

Abbildung 2.1: Merkmal des Migrationshintergrundes in Deutschland, Stand 2008 11
Abbildung 2.2: Untergruppen der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, Stand 2008 12
Abbildung 2.3: Ebenen innerhalb der Akkulturation nach Berry (Zick, 2010) 13
Abbildung 2.4: Zugänge Spätaussiedler in Mecklenburg-Vorpommern in den Jahren 1990 bis 2012 20
Abbildung 2.5: Einteilung der Akkulturationsmodelle nach Bereichsspezifität und Dimensionalität nach Arends-Tóth und van de Vijver 2004, übersetzt durch Sabic (2006) 22
Abbildung 2.6: Phasen der Migration nach Lysgaard und Oberg (1960) 23
Abbildung 2.7: Prozess der psychologischen Akkulturation nach Berry (1997) 25
Abbildung 2.8: Vier-Felder-Matrix der Akkulturationsstrategien nach Berry (2005) 27
Abbildung 2.9: adjustierte Mittelwerte im Gießener Beschwerdebogen-24, n = 307, (Kirkcaldy et al. 2005) 39
Abbildung 4.1: Aufteilung des Wohnumfeldes der Befragten, n = 183 53
Abbildung 4.2: Einteilung der Russlanddeutschen in die vier Akkulturationsstrategien nach Berry, n = 169 67

Abbildung 4.3: Geschätzte Randmittel für die chronische Stressbelastung mit Darstellung der Gruppenfaktoren *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* und *Bewahrung der eigenen kulturellen Wurzeln* 72

Abbildung 4.4: Geschätzte Randmittel für Zwanghaftigkeit mit Darstellung der Gruppenfaktoren *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* und *Bewahrung der eigenen kulturellen Wurzeln* 73

Abbildung 4.5: Geschätzte Randmittel für Unsicherheit im Sozialkontakt mit Darstellung der Gruppenfaktoren *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* und *Bewahrung der eigenen kulturellen Wurzeln* 73

Abbildung 4.6: Geschätzte Randmittel für Paranoides Denken mit Darstellung der Gruppenfaktoren *Annahme der Kultur der Aufnahmegesellschaft* und *Bewahrung der eigenen kulturellen Wurzeln* 74

8.2 Erhebungsinstrumente

Zur Lebenssituation von Aussiedlerinnen und Aussiedlern in Mecklenburg-Vorpommern

Ihre Meinung
ist gefragt

Нас интересует
Ваше личное мнение

О жизненной ситуации
немцев-переселенцев
в Федеративной Республике Германии

April 2012
David Anders
Universität Greifswald
Tel. (0173) 7355 963

Universitätsmedizin GREIFSWALD
Institut für Medizinische Psychologie

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?

Die Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich auf Ihre persönliche Meinung. Es gibt keine „richtige" oder „falsche" Antwort! Jede Antwort ist dann zutreffend, wenn sie das ausdrückt, was Sie persönlich denken oder fühlen.

Bei den Fragen erfolgt Ihre Antwort durch Ankreuzen einer Zahl auf der Antwortskala. Die Zahl gibt an, in welchem Ausmaß eine Feststellung Ihrer Meinung nach zutrifft („1" bedeutet: „trifft voll zu"; „5" bedeutet: „trifft überhaupt nicht zu"). Kreuzen Sie bitte nur *eine* Zahl an, d.h. nur ein Kreuz pro Aussage und kein Kreuz zwischen den Zahlen!

Beispiel:
Jemand stimmt der Aussage „Ich finde das Leben in der Bundesrepublik Deutschland schwierig" sehr zu. In dem Fall kreuzt er/sie – wie hier dargestellt – die „1" an.

	trifft voll zu	trifft etwas zu	teils – teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Ich finde das Leben in der Bundesrepublik Deutschland schwierig.	X	2	3	4	5

Der Frage „Das Leben in meinem Herkunftsland war schöner als in der Bundesrepublik" stimmt er oder sie aber nicht zu – also wird die „4" angekreuzt.

	trifft voll zu	trifft etwas zu	teils – teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
2. Das Leben in meinem Herkunftsland war schöner als in der Bundesrepublik.	1	2	3	X	5

Der Fragebogen ist in 9 Themenbereiche unterteilt. Jeder Bereich beginnt mit einer einleitenden Überschrift. Lesen Sie diese bitte genau, bevor Sie sich den Fragen zuwenden. Dann lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. **Ihr erster Eindruck ist meistens auch der beste.**
Sollte eine Frage auf Sie **absolut** nicht zutreffen, dann lassen Sie diese Frage aus. Es wäre aber schön, wenn Sie sich bemühen, möglichst jede Frage zu beantworten!

Ihre Antworten werden absolut vertraulich behandelt und nur von mir persönlich, *David Anders, (Tel.: 0173-7355-963)* ausgewertet.
Die Auswertung dieser Befragung erfolgt in Form von Zusammenfassungen (z.B. Durchschnittswerten). Die Antworten der einzelnen Personen bleiben somit anonym.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ungefähr 45 Minuten.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Beruf und Berufstätigkeit

....Hier interessiert mich Ihre berufliche Situation, also die Frage, ob und in welchem Ausmaß Sie in der Bundesrepublik Deutschland berufstätig sind. Bitte denken Sie daran, dass Ihre Angaben für Gruppen ausgewertet werden – Sie persönlich bleiben in jedem Fall anonym!

	trifft voll zu	trifft etwas zu	teils – teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
1. In Deutschland kann ich den Beruf ausüben, den ich in meinem Herkunftsland erlernt habe.	1	2	3	4	5
2. Ich bin mit meiner beruflichen Situation in Deutschland im Großen und Ganzen zufrieden.	1	2	3	4	5
3. Eigentlich würde ich gerne einen anderen Beruf ausüben als meinen jetzigen.	1	2	3	4	5
4. Der Beruf, den ich in meinem Herkunftsland ausgeübt habe, hat mir besser gefallen als den, den ich jetzt mache.	1	2	3	4	5
5. Ich komme mit meinen Kollegen auf der Arbeit gut zurecht.	1	2	3	4	5
6. Wenn ich bei der Arbeit Fragen habe, hilft mir immer jemand weiter.	1	2	3	4	5
7. Ich habe genügend Abwechslung bei der Arbeit.	1	2	3	4	5
8. Ich verbringe einen Teil meiner Freizeit gern mit meinen Kollegen.	1	2	3	4	5
9. Für gute Leistungen werde ich an meinem Arbeitsplatz gelobt.	1	2	3	4	5

Sprache und Sprachgebrauch

.... Hier interessieren mich Ihre Meinung und Ihre Einschätzungen bezüglich der Sprache – der deutschen wie der russischen. Bitten denken Sie daran, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Dieser Fragebogen ist selbstverständlich kein „Test", bei dem Sie gut oder schlecht abschneiden können. Es geht darum, dass Sie ehrlich antworten –Ihr erster Eindruck ist meist auch der beste!

	trifft voll zu	trifft etwas zu	teils – teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Manchmal habe ich Hemmungen, mit Fremden Deutsch zu sprechen.	1	2	3	4	5

	trifft voll zu	trifft etwas zu	teils – teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
2. Die meisten meiner Freunde sprechen Deutsch als Muttersprache.	1	2	3	4	5
3. Wenn ich zu einer Behörde muss, brauche ich manchmal Hilfe aufgrund sprachlicher Probleme.	1	2	3	4	5
4. Manchmal habe ich Hemmungen, mit meinen Nachbarn Deutsch zu sprechen.	1	2	3	4	5
5. Mit meinem Partner/meiner Partnerin spreche ich meistens Russisch.	1	2	3	4	5
6. Viele Aussiedler haben große Schwierigkeiten mit der modernen deutschen Sprache.	1	2	3	4	5
7. Mit meinen Freunden spreche ich meistens Deutsch.	1	2	3	4	5
8. Manchmal habe ich Hemmungen, mit meinen Arbeitskollegen Deutsch zu sprechen.	1	2	3	4	5
9. Manchmal habe ich Hemmungen, mit meinen Freunden Deutsch zu sprechen.	1	2	3	4	5
10. Die meisten meine Freunde sprechen Russisch als Muttersprache.	1	2	3	4	5
11. Ich lese oft die örtliche deutsche Tageszeitung.	1	2	3	4	5
12. Ich kann einen russischen Fernsehsender empfangen.	1	2	3	4	5
13. Ich lese oft Zeitschriften, die in Deutschland auf Russisch erscheinen.	1	2	3	4	5
14. Ich lese oft deutschsprachige Wochenmagazine (z.B. Der Spiegel, Focus, Stern)	1	2	3	4	5
15. Ich lese oft Zeitungen aus meinem Herkunftsland.	1	2	3	4	5
16. Ich sehe mir oft russische Videofilme an.	1	2	3	4	5
17. Ich lese oft deutschsprachige Romane.	1	2	3	4	5
18. Ich lese oft eine überregionale deutsche Tageszeitung (z.B. Frankfurter Allgemeine, Süddeutsche Zeitung, BILD)	1	2	3	4	5
19. Ich lese oft Romane auf Russisch.	1	2	3	4	5
20. Ich lese oft deutschsprachige Illustrierte (z.B. „Neue Revue“, „Sport-Bild“, „Bild der Frau“ usw.)	1	2	3	4	5

Freizeit

.... In diesem Abschnitt geht es darum, wie Sie Ihre Freizeit verbringen. Bitte beantworten Sie auch die folgenden Fragen so spontan und ehrlich wie möglich. Bitte beachten Sie auch hier, dass es nicht darum geht, ein gutes Bild von Ihnen zu vermitteln, sondern wahrheitsgemäß zu antworten.

	trifft voll zu	trifft etwas zu	teils – teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Ich besuche oft Kurse in der Volkshochschule.	1	2	3	4	5
2. Ich treibe oft Sport im Verein.	1	2	3	4	5
3. Ich besuche oft Theatervorstellungen.	1	2	3	4	5
4. Ich gehe oft zu Ausstellungen und in Museen.	1	2	3	4	5
5. Ich sehe mir oft Filme im Kino an.	1	2	3	4	5
6. Ich besuche oft Vorträge.	1	2	3	4	5
7. Ich gehe oft zu Partys im Freundeskreis.	1	2	3	4	5
8. Ich nehme oft an Parteiveranstaltungen teil.	1	2	3	4	5
9. Ich treffe mich mit meinen Freunden oft in Kneipen und Restaurants.	1	2	3	4	5

Sind Sie aktives Mitglied einer oder mehrerer der folgenden Organisationen?	ja	nein
1. Sportverein	ja	nein
2. Landsmannschaft	ja	nein
3. Gewerkschaft	ja	nein
4. Kirchengemeinde	ja	nein
5. Anderer Verein, z.B. Schachclub	ja	nein
6. Bürgerinitiative	ja	nein
7. Elternvertretung in der Schule	ja	nein
8. Gemeinnütziger Verein	ja	nein
9. Politische Partei	ja	nein
10. Sonstiger Verein, nämlich: _____	ja	nein

Allgemeine Einschätzungen

.... In diesem Teil werden Ihnen eine Reihe von Aussagen präsentiert, zu denen Sie jeweils Ihre Zustimmung angeben sollen. Bitte beachten Sie, dass es keine richtigen und falschen Antworten gibt – es geht um Ihre ganz persönliche Meinung!

	trifft voll zu	trifft etwas zu	teils – teils	trifft aber nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Die Mehrheit der deutschen Bevölkerung hat Vorurteile gegenüber Aussiedlern.	1	2	3	4	5
2. Meine persönliche Situation (Freundschaften, Nachbarschaft usw.) hat sich im Vergleich zu meinem Herkunftsland verbessert.	1	2	3	4	5
3. Für die meisten Aussiedler ist die Bundesrepublik Deutschland ihre Heimat.	1	2	3	4	5
4. Die meisten Aussiedler können mit dem, was Deutschland ihnen bietet, ganz zufrieden sein.	1	2	3	4	5
5. Die Mentalität der Aussiedler ist anders als die der hier geborenen Deutschen.	1	2	3	4	5
6. An politischen Wahlen nehme ich fast immer teil.	1	2	3	4	5
7. Meine wirtschaftliche Situation (Lebensstandard) hat sich im Vergleich zu meinem Herkunftsland verbessert.	1	2	3	4	5
8. Insgesamt gesehen hat sich mein Leben mit der Ausreise verbessert.	1	2	3	4	5
9. Ich bin aus meinem Herkunftsland ausgereist, weil ich in der Bundesrepublik Deutschland besser leben kann.	1	2	3	4	5
10. Aussiedler haben die gleichen Rechte wie hier geborene Deutsche.	1	2	3	4	5
11. Es gibt wenige Probleme zwischen hier geborenen Deutschen und Aussiedlern.	1	2	3	4	5
12. Ich bin aus meinem Herkunftsland ausgereist, weil viele meiner Bekannten bereits in der Bundesrepublik waren.	1	2	3	4	5
13. Ich bin aus meinem Herkunftsland ausgereist, weil ich als Deutscher unter Deutschen leben wollte.	1	2	3	4	5
14. Es ist wichtiger, dass man überhaupt einen Arbeitsplatz hat, als dass man seinen Traumberuf ausüben kann.	1	2	3	4	5
15. Mir ist es wichtig, die kulturelle Identität als Spätaussiedler / Russlanddeutscher nicht zu verlieren.	1	2	3	4	5
16. Mir ist es wichtig, bewusst Elemente und Identität der Aufnahmegesellschaft zu übernehmen.	1	2	3	4	5

Stellen Sie sich vor, Sie könnten die Zeit zurückstellen und Ihre Entscheidung, in die Bundesrepublik auszureisen, überdenken. Was würden Sie tun?	trifft voll zu	trifft etwas zu	teils – teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Ich würde ausreisen und alles ganz genau so wieder machen.	1	2	3	4	5
2. Ich würde überhaupt nicht ausreisen.	1	2	3	4	5
3. Ich würde einige Dinge anders machen, aber auf jeden Fall ausreisen.	1	2	3	4	5

Statistische Angaben

.... Zum Schluss beantworten Sie mir bitte noch einige Fragen zu Ihrer Person. Die Angaben sind für mich wichtig, um besondere Probleme oder Anliegen spezieller Gruppen erkennen zu können. Ihre persönlichen Angaben bleiben in jedem Fall anonym!

1. Geschlecht (Bitte ankreuzen): O Männlich O Weiblich

2. Alter (Bitte eintragen):

..... Jahre

3. Wohnort (Bitte ankreuzen):

O Greifswald O Rostock
O Stralsund O Wismar
O Wolgast O Schwerin
O Torgelow
O Anderer: .....

4. Aus welchem heutigen Land sind Sie nach Deutschland gekommen? (Bitte eintragen):

.....

5. In welchem Jahr sind Sie nach Deutschland ausgesiedelt?
(Bitte eintragen):

.....

6. Familienstand (Bitte ankreuzen):

- O verheiratet
- O unverheiratet in Partnerschaft
- O verwitwet
- O alleinstehend
- O geschieden

7. Falls Sie verheiratet sind oder unverheiratet in Partnerschaft leben, ist Ihr Partner…?

- O Aussiedler
- O Einheimischer
- O russischer Herkunft
- O anderer Herkunft (Bitte eintragen):

---

8. Wie viele Kinder haben Sie?

- O keine
- O 1
- O 2
- O 3
- O 4 oder mehr

9. Leben Sie mit Ihrer Familie zusammen? (Bitte ankreuzen):

- O ja
- O nein

10. Wohnen Sie zur Miete oder in eigenem Wohneigentum?

- O zur Miete
- O eigenes Haus oder eigene Wohnung

11. Wie sieht Ihr nachbarschaftliches Wohnumfeld aus?

- O nur Aussiedler
- O überwiegend Aussiedler
- O gemischt
- O überwiegend Einheimische
- O nur Einheimische

12. Welchen Bildungsabschluss haben Sie?

Hier unterscheiden Sie bitte zwischen den zwei Bildungssystemen aus Russland und aus Deutschland. Kreuzen Sie bitte die Antworten an, die für Sie zutreffen. Wenn Sie z. B. in Russland einen Schulabschluss gemacht und in Deutschland studiert haben, dann kreuzen Sie es bitte so an.

a) Schulabschluss

- O keinen Abschluss
- O noch Schüler ohne Abschluss

Schulabschluss in **ehem. UdSSR/ Russland**

- O Mittelschulabschluss (nach 9 Schuljahren)
- O Mittelschulabschluss (nach 11 Schuljahren)

Schulabschluss in **Deutschland**

- O Hauptschulabschluss
- O Realschulabschluss
- O Fachhochschulreife
- O Hochschulreife/Abitur

b) Berufsausbildung

- O keine Berufsausbildung

System in **ehem. UdSSR/ Russland**

- O Abschluss an einer Berufsschule oder einem Technikum
- O Abschluss an einer Hochschule

System in **Deutschland**

- O abgeschlossene Ausbildung/Lehre
- O abgeschlossenes Fachhochschulstudium
- O abgeschlossenes Universitätsstudium

13. Berufstätigkeit (Bitte ankreuzen):

- O Vollzeitanstellung
- O Selbstständigkeit
- O Teilzeitbeschäftigung
- O Erwerbslos (Arbeit suchend)
- O Erwerbslos (nicht Arbeit suchend)
- O Noch in Ausbildung (Schule, Studium, Berufsausbildung)

Wieviel Geld haben Sie und Ihre Familie im Monat zur Verfügung (in €) ?

- O 700 und weniger
- O 700 bis unter 900
- O 900 bis unter 1.100
- O 1.100 bis unter 1.300
- O 1.300 bis unter 1.500
- O 1.500 bis unter 1.700
- O 1.700 bis unter 2.000
- O 2.000 und mehr

14. Gehen Sie regelmäßig (1x im Jahr) zum Hausarzt und zum Zahnarzt?

O ja O nein O ja, sogar häufiger

Lebensorientierung

Die folgenden neun Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es sieben mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Eine „1" bedeutet, dass Sie der Antwort auf der linken Seite voll und ganz zustimmen. Eine „7" bedeutet entsprechend, dass Sie der Antwort auf der rechten Seite voll und ganz zustimmen. Eine „4" bedeutet „weder/noch". Machen Sie bitte für jede Frage nur ein Kreuz.

1. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | sehr selten oder nie

---

2. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr oft | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | sehr selten oder nie

---

3. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | wird sicher etwas geschehen, das das Gefühl verdirbt

---

4. Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | sehr oft

---

5. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, dass

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu meistern | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sie die Schwierigkeiten nicht werden meistern können

---

6. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, dass Sie

fühlen, wie schön es ist zu leben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | sich fragen, warum Sie überhaupt da sind

---

7. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

tiefer Freude und Zufriedenheit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | vom Schmerz und Langeweile

---

8. Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | voller Sinn und Zweck sein wird

---

9. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

sehr oft | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | sehr selten oder nie

BSCL-53. Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten 7 Tagen bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der Antwort, die am besten auf Sie zutrifft. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. **Beantworten Sie bitte jede Frage!**

Kategorie	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Zahl	1	2	3	4	5

Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter…	über-haupt nicht	ein wenig	ziem-lich	stark	sehr stark
1. Nervosität oder innerem Zittern	1	2	3	4	5
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	1	2	3	4	5
3. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	1	2	3	4	5
4. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	1	2	3	4	5
5. Gedächtnisschwierigkeiten	1	2	3	4	5
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder zu verärgern zu sein	1	2	3	4	5

Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter…	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
7. Herz- oder Brustschmerzen	1	2	3	4	5
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	1	2	3	4	5
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	1	2	3	4	5
10. dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann	1	2	3	4	5
11. schlechtem Appetit	1	2	3	4	5
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	1	2	3	4	5
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	1	2	3	4	5
14. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	1	2	3	4	5
15. Einsamkeitsgefühlen	1	2	3	4	5
16. Schwermut	1	2	3	4	5
17. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	1	2	3	4	5
18. Furchtsamkeit	1	2	3	4	5
19. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	1	2	3	4	5
20. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	1	2	3	4	5
21. Übelkeit oder Magenverstimmung	1	2	3	4	5
22. Minderwertigkeitsgefühlen anderen gegenüber	1	2	3	4	5
23. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	1	2	3	4	5
24. Einschlafschwierigkeiten	1	2	3	4	5
25. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	1	2	3	4	5
26. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	1	2	3	4	5
27. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	1	2	3	4	5
28. Schwierigkeiten beim Atmen	1	2	3	4	5
29. Hitzewallungen oder Kälteschauern	1	2	3	4	5
30. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	1	2	3	4	5
31. Leere im Kopf	1	2	3	4	5

Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter…	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
32. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	1	2	3	4	5
33. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	1	2	3	4	5
34. Konzentrationsschwierigkeiten	1	2	3	4	5
35. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	1	2	3	4	5
36. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	1	2	3	4	5
37. Gedanken an den Tod und ans Sterben	1	2	3	4	5
38. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen	1	2	3	4	5
39. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	1	2	3	4	5
40. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	1	2	3	4	5
41. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	1	2	3	4	5
42. Schreck- oder Panikanfällen	1	2	3	4	5
43. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	1	2	3	4	5
44. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	1	2	3	4	5
45. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	1	2	3	4	5
46. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	1	2	3	4	5
47. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	1	2	3	4	5
48. dem Gefühl, wertlos zu sein	1	2	3	4	5
49. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	1	2	3	4	5
50. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	1	2	3	4	5
51. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	1	2	3	4	5
52. Schuldgefühlen	1	2	3	4	5
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	1	2	3	4	5

Auf dieser Seite ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der „nicht"- Spalte.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:	nicht	kaum	einiger-maßen	erheb-lich	stark
1. Schwächegefühl	1	2	3	4	5
2. Herzklopfen, -jagen oder –stolpern	1	2	3	4	5
3. Druck- oder Völlegefühl im Bauch	1	2	3	4	5
4. Übermäßiges Schlafbedürfnis	1	2	3	4	5
5. Gelenk- oder Gliederschmerzen	1	2	3	4	5
6. Schwindelgefühl	1	2	3	4	5
7. Kreuz- oder Rückenschmerzen	1	2	3	4	5
8. Nacken- oder Schulterschmerzen	1	2	3	4	5
9. Erbrechen	1	2	3	4	5
10. Übelkeit	1	2	3	4	5
11. Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals	1	2	3	4	5
12. Aufstoßen	1	2	3	4	5
13. Sodbrennen oder saures Aufstoßen	1	2	3	4	5
14. Kopfschmerzen	1	2	3	4	5
15. Rasche Erschöpfbarkeit	1	2	3	4	5
16. Müdigkeit	1	2	3	4	5
17. Gefühl der Benommenheit	1	2	3	4	5
18. Schweregefühl oder Benommenheit in den Beinen	1	2	3	4	5
19. Mattigkeit	1	2	3	4	5
20. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	1	2	3	4	5
21. Magenschmerzen	1	2	3	4	5
22. Anfallsweise Atemnot	1	2	3	4	5
23. Druckgefühl im Kopf	1	2	3	4	5
24. Anfallsweise Herzbeschwerden	1	2	3	4	5

Auf dieser Seite finden Sie einige Fragen, die Sie danach beurteilen sollen, wie häufig Sie die darin angesprochene Erfahrung gemacht bzw. Situation erlebt haben. Ihre Aufgabe ist es, anzugeben, ob Sie die darin angesprochenen Erfahrungen bzw. Situationen **nie, selten, manchmal, häufig** oder **sehr häufig** gemacht bzw. erlebt haben. Denken Sie bei der Beantwortung bitte an die, vom heutigen Tag aus gesehen, **vergangenen drei Monate** und versuchen Sie sich daran zu erinnern, wie oft Sie in diesem Zeitraum die jeweilige Erfahrung gemacht haben.
Bitte beantworten Sie **alle** Fragen der Reihe nach, ohne eine auszulassen, indem Sie eine der Zahlen von 1 bis 5 durchkreuzen. Einige Aussagen klingen ähnlich oder haben einen ähnlichen Sinn. Bitte beantworten Sie sie trotzdem. Es kommt bei der Beantwortung nicht auf Schnelligkeit an; nehmen Sie sich Zeit, über die Beantwortung nachzudenken.

Erfahrung **In den letzten drei Monaten wie oft erlebt?**

	nie	sel-ten	Manch-mal	häu-fig	sehr häu-fig
1. Befürchtung, dass irgendetwas Unangenehmes passiert	1	2	3	4	5
2. Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten	1	2	3	4	5
3. Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe	1	2	3	4	5
4. Zeiten, in denen ich sorgenvolle Gedanken nicht unterdrücken kann	1	2	3	4	5
5. Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt	1	2	3	4	5
6. Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe	1	2	3	4	5
7. Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann	1	2	3	4	5
8. Zeiten, in denen ich nicht die Leistung bringe, die von mir erwartet wird	1	2	3	4	5
9. Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird	1	2	3	4	5
10. Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst	1	2	3	4	5
11. Befürchtung, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können	1	2	3	4	5
12. Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen	1	2	3	4	5

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Zur Lebenssituation von Aussiedlerinnen und Aussiedlern in Mecklenburg-Vorpommern

Ihre Meinung
ist gefragt

Нас интересует
Ваше личное мнение

О жизненной ситуации немцев-переселенцев в Федеративной Республике Германии

April 2012
David Anders
Universität Greifswald
Tel. (0173) 7355 963

Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Medizinische Psychologie

Как заполняять анкету?

С помощью вопросов данной анкеты мне важно узнать Ваше личное мнение.Таким образом, здесь не может быть «правильных» и «неправильных» ответов. Каждый ответ является в том случае верным, если он выражает Ваше личное отношение.

В большинстве случаев Вам нужно поставить крестик на одной из цифр на шкале от 1ого до 5ти. Выбранное Вами число указывает, в какой мере то или иное утверждение соответствует Вашему личному восприятию («1» означает «полностью согласен/ совершенно верно»; «5» означает «совершенно не согласен/ абсолютно не верно»). Аналогичным образом отмечаются и другие варианты ответов — значение той или иной цифры указано в каждом отдельном случае на шкале возможных ответов.

Заполняя анкету, пожалуйста, зачеркните крестиком только одну цифру в каждой графе и не ставьте крестиков между цифрами!

Пример:
Вы полностью согласны со следующим выражением: «Я нахожу жизнь в Германии сложной». В этом случае Вам нужно поставить крестик в графе, где стоит «1».

	совершенно верно	верно	и да и нет	неверно	абсолютно неверно
1. Я нахожу жизнь в Германии сложной	X	2	3	4	5

Если Вы не согласны с высказыванием, как например : «Жизнь в бывшей стране проживания была лучше, чем в Германии», Вы отмечаете крестиком «4».

	совершенно верно	верно	и да и нет	неверно	абсолютно неверно
2. Жизнь в бывшей стране проживания была лучше, чем в Германии	1	2	3	X	5

Анкета состоит из девяти разделов. Каждый новый раздел начинается с вводной части. Прочтите её, пожалуйста, тщательно, прежде чем Вы перейдёте к вопросам. Затем, отвечая на вопросы, не задерживайтесь долго на каждом из них. **В большинстве случаев первое впечатление самое важное!**
Если же Вы считаете, что какой-либо вопрос анкеты никаким образом к Вам не относится, пропустите его и переходите к следующему вопросу. Я был бы Вам очень признателен, если бы Вы постарались ответить как можно полнее на поставленные вопросы!

Ваши ответы будут обработаны анонимно лично мной,
David Anders, (Tel.: 0049173-7355-963).
Результаты анализа будут представлены в форме обобщений (например, средних величин). Таким образом, ответы каждого отдельно взятого опрашиваемого остаются анонимными.

Заполнение анкеты длится примерно 45 минут.
Благодарю Вас за Ваше содействие и помощь!

Трудовая/ профессиональная деятельность

....В этом разделе меня интересует Ваше трудоустройство, в частности вопрос о характере и размере Вашей трудовой деятельности в Германии. Хочу напомнить, что все данные будут обрабатываться для групп — Ваша анонимность гарантирована!

	совер-шенно верно	верно	и да и нет	не-верно	абсо-лютно не-верно
1. В Германии я могу работать по специальности, которой я овладел/а в бывшей стране проживания.	1	2	3	4	5
2. В общем и целом я доволен/ довольна моим трудоустройством в Германии.	1	2	3	4	5
3. Я занимался бы с большим удовольствием иной трудовой деятельностью, чем в настоящий момент.	1	2	3	4	5
4. Трудовая деятельность, которой я занимался в бывшей стране проживания, мне нравилась больше, чем та, которой занимаюсь сейчас.	1	2	3	4	5
5. С моими коллегами по работе у меня хорошие отношения.	1	2	3	4	5
6. Если у меня на работе возникают вопросы, мне всегда кто-нибудь поможет.	1	2	3	4	5
7. Работа, которую я выполняю, весьма разносторонняя.	1	2	3	4	5
8. Часть моего свободного времени я охотно провожу с коллегами.	1	2	3	4	5
9. На работе время работы я нахожусь в цейтноте.	1	2	3	4	5

Употребление немецкого языка

.... В этом разделе меня интересуют Ваши мнение и оценка относительно употребления языка — как немецкого, так и русского. Ваши ответы остаются анонимными! Данная анкета не является языковым тестом и не будет использована для поверки того, насколько хороши Ваши знания немецкого языка. Очень важно, чтобы ответы были достоверными. Помните, что первое впечатление часто самое верное!

	совер-шенно верно	верно	и да и нет	не-верно	абсо-лютно не-верно
1. Иногда мне неловко говорить с незнакомыми людьми на немецком языке.	1	2	3	4	5

	совер-шенно верно	верно	и да и нет	не-верно	абсо-лютно не-верно
2. Для большинства моих друзей немецкий является родным языком.	1	2	3	4	5
3. Когда мне приходится обращаться в какое-либо учреждение, мне бывает нужна помощь, т. к. я испытываю трудности с немецким языком.	1	2	3	4	5
4. Порой мне неловко говорить с соседями на немецком языке.	1	2	3	4	5
5. С моим спутником жизни я разговариваю в основном на русском языке.	1	2	3	4	5
6. Многие переселенцы испытывают трудности в общении на современном немецком языке.	1	2	3	4	5
7. С моими друзьями я разговариваю в основном на немецком языке.	1	2	3	4	5
8. Иногда мне неловко говорить с моими коллегами на немецком языке.	1	2	3	4	5
9. Иногда мне неловко говорить с моими друзьями на немецком языке.	1	2	3	4	5
10. Для большинства моих друзей русский является родным языком.	1	2	3	4	5
11. Я часто читаю местную немецкую газету.	1	2	3	4	5
12. Я могу принимать русские телевизионные программы.	1	2	3	4	5
13. Я часто читаю журналы, выходящие в Германии на русском языке.	1	2	3	4	5
14. Я часто читаю немецкие еженедельные журналы (н-р, Der Spiegel, Focus, Stern).	1	2	3	4	5
15. Я часто читаю газеты, выходящие в моей бывшей стране проживания.	1	2	3	4	5
16. Я часто смотрю видеофильмы на русском языке.	1	2	3	4	5
17. Я часто читаю романы на немецком языке.	1	2	3	4	5
18. Я часто читаю межрегиональную немецкую прессу (н-р, Frankfurter Allgemeine, Süddeutsche Zeitung, BILD).	1	2	3	4	5
19. Я часто читаю романы на русском языке.	1	2	3	4	5
20. Я часто читаю немецкие иллюстрированные журналы (н-р, „Neue Revue“, „Sport-Bild“, „Bild der Frau“ usw.)	1	2	3	4	5

Проведение свободного времени

.... Здесь меня интересует, как Вы проводите Ваше свободное Время. Пожалуйста, отвечайте на следующие вопросы как можно спонтанно и честно. Помните, что цель состоит не в том, чтобы произвести хорошее впечатление, а чтобы передать реальную ситуацию.

	совер-шенно верно	верно	и да и нет	не-верно	абсо-лютно не-верно
1. Я часто посещаю курсы в Volkshochschule.	1	2	3	4	5
2. Я занимаюсь спортом в спортивном клубе.	1	2	3	4	5
3. Я часто хожу в театр.	1	2	3	4	5
4. Я часто хожу на выставки и в музеи.	1	2	3	4	5
5. Я часто хожу в кино.	1	2	3	4	5
6. Я часто посещаю лекции и доклады.	1	2	3	4	5
7. Я часто хожу на вечеринки в кругу друзей и знакомых.	1	2	3	4	5
8. Я часто участвую в партийных мероприятиях.	1	2	3	4	5
9. Я часто встречаюсь с моими друзьями в кафе или ресторанах.	1	2	3	4	5

Являетесь ли Вы активным членом одной или нескольких из следующих организаций?	да	нет
1. Спортивный клуб	да	нет
2. Landsmannschaft	да	нет
3. Профсоюз	да	нет
4. Церковная община	да	нет
5. Другие организации, н-р, шахматный клуб	да	нет
6. Гражданская инициатива (Bürgerinitiative)	да	нет
7. Родительский комитет в школе	да	нет
8. Общественно-полезные организации	да	нет
9. Политическая партия	да	нет
10. Прочие организации, а именно: _____	да	нет

Общие оценки

.... В следующем разделе Вам будет приведён ряд высказываний, относительно которых Вы должны указать степень, насколько Вы с каждым из них согласны. Помните, пожалуйста, что здесь не может быть «правильных» и «неправильных» ответов — важно, чтобы они отражали Ваше личное мнение!

	совер-шенно верно	верно	ни да ни нет	не-верно	абсо-лютно не-верно
1. У большинства немецкого населения есть предубеждённость по отношению к немцам-переселенцам.	1	2	3	4	5
2. Моя личная ситуация (дружеские, соседские отношения и др.) улучшилась по сравнению с бывшей страной проживания.	1	2	3	4	5
3. Для большинства немцев-переселенцев Германия является родной страной.	1	2	3	4	5
4. Большинство немцев-переселенцев могут быть довольны тем, что им предлагается в Германии.	1	2	3	4	5
5. Менталитет немцев-переселенцев отличается от менталитета немцев-уроженцев Германии.	1	2	3	4	5
6. Я принимаю участие почти на всех политических выборах.	1	2	3	4	5
7. Моя экономическая ситуация (жизненный стандарт) улучшилась по сравнению с бывшей страной проживания.	1	2	3	4	5
8. В общем и целом моя жизнь после переезда в Германию улучшилась.	1	2	3	4	5
9. Я уехал/а из бывшей страны проживания, потому что в Германии я могу лучше жить.	1	2	3	4	5
10. Немцы-переселенцы имеют равные права как и местные немцы.	1	2	3	4	5
11. Между немцами-уроженцами Германии и переселенцами не возникает много проблем.	1	2	3	4	5
12. Я уехал/а из бывшей страны проживания, потому что многие из моих знакомых уже переселились в Германию.	1	2	3	4	5
13. Я уехал/а из бывшей страны проживания, потому что хотел/а жить как немец среди немцев.	1	2	3	4	5

	совер-шенно верно	верно	и да и нет	не-верно	абсо-лютно не-верно
14. Важнее всего получить какое-либо рабочее место, чем искать возможность заниматься профессией, о которой мечтаешь.	1	2	3	4	5
15. Для меня важно, не потерять культурную идентичность переселенца из бывшего СССР/ русского немца.	1	2	3	4	5
16. Для меня важно осознанно принимать элементы и идентичность нового общества, которое меня приняло (немецкого общества).	1	2	3	4	5

Представьте себе, Вы можете повернуть время вспять и ещё рас обдумать Ваше решение о переезде в Германию. Как бы Вы поступили на этот раз?	совер-шенно верно	верно	и да и нет	не-верно	абсо-лютно не-верно
1. Я бы переселился/ась в Германию и сделал/а бы всё в точности как в первый раз.	1	2	3	4	5
2. Я бы не стал/а переезжать вообще.	1	2	3	4	5
3. В некоторых мелочах я бы поступил/а бы иначе, но в любом случае переехал/а бы жить в Германию.	1	2	3	4	5

Статистические данные

.... В заключение я хотел бы задать несколько вопросов, касающихся Вас и Вашей жизнедеятельности. Эти данные являются весьма важными, так как они позволят определить проблемы и желания отдельных групп. Ваши личные данные останутся в любом случае анонимными!

1.	Пол (поставить крестик):	○ Мужской ○ Женский
2.	Возраст (указать): ..... лет	
3.	Место проживания (поставить крестик):	
	○ Greifswald	○ Rostock
	○ Stralsund	○ Schwerin
	○ Wolgast	○ Wismar
	○ Torgelow	
	○ Прочее:	

4. Бывшая страна проживания?
(укажите название страны на сегодняшний день):

.....

5. Год переезда в Германию
(указать):

.....

6. Семейное положение (пожалуйста, отметьте):

- O замужем / женат
- O вдова / вдовец
- O не состою в браке (имею постоянного партнёра)
- O разведен/ разведена
- O не имею партнёра

7. В случае если Вы состоите в браке или имеете постоянного партнёра, Ваш партнёр...?

- O переселенец
- O местный житель
- O прибыл из России
- O прибыл из другой страны (пожалуйста, укажите)

---

8. Сколько у Вас детей?

- O нет
- O 1
- O 2
- O 3
- O4 и больше

9. Вы живёте вместе с Вашей семьёй? (поставить крестик):

O да O нет

10. Вы арендуете жилье или имеете собственное?

O арендую O имею собственный дом / квартиру

11. Как выглядит Ваше соседнее окружение?

- O только переселенцы
- O большинство переселенцев
- O большинство местных жителей
- O только местные жители
- O смешанно

12. Какое оконченное образование Вы имеете?

Ниже приводятся две системы образования: России и Германии. Отметьте, пожалуйста, те пункты, которые к Вам относятся. Например, если Вы получали образование и в России, и в Германии, отмечайте соответствующие пункты в обеих системах. Если только в России или только в Германии, то отмечайте только пункты в соответствующей системе образования.

а) школьное образование

- ○ не имею оконченного образования
- ○ ещё школьник без оконченного образования

Российская система школьного образования

- ○ неполное среднее образование
- ○ полное среднее образование

Система образования Германии

- ○ Hauptschulabschluss
- ○ Realschulabschluss
- ○ Fachhochschulreife
- ○ Hochschulreife / Abitur

б) профессиональное образование

- ○ не имею профессионального образования

Российская система профессионального образования

- ○ среднее профессиональное образование
- ○ высшее профессиональное образование

Система профессионального образования Германии

- ○ abgeschlossene Ausbildung / Lehre
- ○ abgeschlossenes Fachhochschulstudium
- ○ abgeschlossenes Universitätsstudium

13. Род трудовой деятельности (поставить крестик):

- ○ полная ставка
- ○ предприниматель
- ○ работа на условиях неполного рабочего времени
- ○ безработный /ая (ищу работу)
- ○ безработный /ая (не ищу работу)
- ○ учёба (школа, университет, профобразование)

14. Какой доход у Вас и Вашей семьи в месяц (в евро)?

- ○ 700 и менее
- ○ от 700 до 900
- ○ от 900 до 1.100
- ○ от 1100 до 1300
- ○ от 1300 до 1500
- ○ от 1500 до 1700
- ○ от 1700 до 2000
- ○ 2000 и более

15. Посещаете ли Вы регулярно (1 раз в год) врачей и стоматолога?

- ○ да
- ○ да, ещё чаще
- ○ нет

Жизненные ориентиры

Следующие вопросы охватывают различные аспекты Вашей жизни. На каждый вопрос имеется семь возможных ответов. Пожалуйста, отмечайте каждый раз число, которое соответствует Вашему ответу. «1» означает, что Вы полностью или совершенно согласны с ответом в левой стороне. «7» соответственно означает, что Вы полностью и совершенно согласны с ответом в правой стороне. «4» означает, что Ваш ответ не соответствует ни правой («7») ни левой («1») стороне. Пожалуйста, укажите для каждого вопроса только один ответ.

1. Было ли у Вас чувство, что Вы находитесь в непривычной ситуации и не знаете, что Вы должны делать?

очень часто | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | очень редко или никогда

---

2. Как часто Ваши чувства и идеи находятся в совершенном беспорядке?

очень часто | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | очень редко или никогда

---

3. Когда Вы что-то делаете, и имеете хорошее чувство,

Вы уверены, что дальше будет также хорошо | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | уверены что, что-то произойдёт и настроение испортится

---

4. Многие люди – также те, кто имеет сильный характер – чувствуют себя в определенных ситуациях неудачниками или несчастливыми. Как часто Вы чувствовали себя так в прошлом?

никогда | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | очень часто

---

5. Когда Вы думаете о трудностях, с которыми Вам, вероятно, придется столкнуться в важных жизненных сферах, есть ли у Вас чувство, что

Вы всегда справитесь с преодолением трудностей | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Вы не сможете преодолеть трудности

---

6. Когда Вы размышляете о Вашей жизни, часто случается, что Вы

чувствуете, как прекрасно жить | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | спрашиваете себя, почему Вы вообще здесь

---

7. То, что Вы делаете ежедневно, для Вас источник

большой радости и удовлетворения	1	2	3	4	5	6	7	печали и скуки

8. Вы думаете, что Ваша будущая жизнь

будет без всякого смысла и цели	1	2	3	4	5	6	7	будет полна смысла и цели

9. Как часто у Вас чувство, что дела, которые Вы ежедневно делаете, имеют мало смысла?

очень часто	1	2	3	4	5	6	7	очень редко или никогда

На следующих листах находится список проблем или трудностей, которые могут Вас беспокоить. Прочтите внимательно весь список и отметьте тот возможный ответ, который лучше других показывает, насколько данная проблема беспокоит Вас последние семь дней. Пожалуйста, не обдумывайте сначала, какой ответ может произвести «лучшее впечатление» , а отвечайте так, как лично Вы себя ощущаете. Отмечайте, пожалуйста, на каждый вопрос только один ответ, который больше соответствует Вашим ощущениям. Зачёркивайте, пожалуйста, ошибочный ответ чётко и после этого отмечайте правильный ответ. Отвечайте, пожалуйста, на каждый вопрос.

Категории	никогда	редко	средне	часто	очень часто
Цифра	1	2	3	4	5

Испытывали ли Вы в прошедшие семь дней…	никогда	редко	средне	часто	очень часто
1. Нервозность и внутреннюю дрожь	1	2	3	4	5
2. Обмороки и головокружения	1	2	3	4	5
3. Ощущение, что кто-то управляет Вашими мыслями	1	2	3	4	5
4. Чувство, что другие виновны в большинстве Ваших проблем	1	2	3	4	5
5. Трудности в запоминании	1	2	3	4	5
6. Быструю вспыльчивость	1	2	3	4	5
7. Боли в сердце или груди	1	2	3	4	5

Испытывали ли Вы в прошедшие семь дней…	никогда	редко	средне	часто	очень часто
8. Страх перед открытым пространством или страх быть на улице	1	2	3	4	5
9. Мысли о самоубийстве	1	2	3	4	5
10. Чувство, что большинству людей нельзя доверять	1	2	3	4	5
11. Отсутствие аппетита	1	2	3	4	5
12. Неожиданный страх без причины	1	2	3	4	5
13. Вспышки эмоций, с которыми Вы не можете справиться	1	2	3	4	5
14. Чувство, что Вам с трудом дается что-то начинать	1	2	3	4	5
15. Чувство одиночества	1	2	3	4	5
16. Грусть (ощущение тоски)	1	2	3	4	5
17. Чувство безразличия	1	2	3	4	5
18. Чувство страха (боязливость)	1	2	3	4	5
19. Лёгкую ранимость	1	2	3	4	5
20. Чувство, что люди недружелюбны или ненавидят Вас	1	2	3	4	5
21. Тошноту и проблемы пищеварения (расстройство желудка)	1	2	3	4	5
22. Чувство собственной неполноценности по сравнению с окружающим	1	2	3	4	5
23. Чувство, что люди смотрят на Вас или говорят о Вас	1	2	3	4	5
24. Трудности в засыпании	1	2	3	4	5
25. Потребность многократно проверять то, что Вы делаете	1	2	3	4	5
26. Трудности в принятии решений	1	2	3	4	5
27. Страх езды в автобусе, трамвае или поезде	1	2	3	4	5
28. Трудности при дыхании (одышка)	1	2	3	4	5
29. Приливы тепла или озноб	1	2	3	4	5
30. Необходимость избегать определенных вещей, мест или деятельности, которые вызывают у Вас страх	1	2	3	4	5
31. Чувство пустоты в голове	1	2	3	4	5
32. Онемение или ощущение покалывания в отдельных частях тела	1	2	3	4	5

Испытывали ли Вы в прошедшие семь дней…	никогда	редко	средне	часто	очень часто
33. Отсутствие надежды на будущее	1	2	3	4	5
34. Невнимательность	1	2	3	4	5
35. Чувство тяжести в отдельных частях тела	1	2	3	4	5
36. Чувство напряжения или беспокойства	1	2	3	4	5
37. Мысли о смерти	1	2	3	4	5
38. Желание кого-то ударить, ранить или причинить боль	1	2	3	4	5
39. Желание сломать или разбить вещи	1	2	3	4	5
40. Сильное смущение при общении с другими людьми	1	2	3	4	5
41. Чувство неудобства, когда Вы в обществе (например, в магазине или в кино)	1	2	3	4	5
42. Приступы паники (очень сильного страха)	1	2	3	4	5
43. Склонность, снова и снова вдаваться в обсуждения и дискуссии	1	2	3	4	5
44. Чувство нервозности, когда Вы остаетесь один	1	2	3	4	5
45. Чувство, что окружающие недооценивают Ваши достижения	1	2	3	4	5
46. Чувство одиночества, даже когда Вы находитесь в обществе	1	2	3	4	5
47. Такое сильно беспокойство, при котором Вы не можете спокойно сидеть	1	2	3	4	5
48. Чувство бесполезности	1	2	3	4	5
49. Ощущение, что люди используют Вас, если Вы им дадите такую возможность	1	2	3	4	5
50. Мысли о том, что Вы понесете наказание за Ваши действия	1	2	3	4	5
51. Впечатление, что Вы никогда не можете ощутить близость с кем-либо	1	2	3	4	5
52. Чувство вины	1	2	3	4	5
53. Чувство, что с Вашим рассудком что-то не в порядке	1	2	3	4	5

На этой странице находится большое количество жалоб. Подумайте, пожалуйста, какие из этих жалоб Вы имеете. Отметьте крестиком соответствующую графу. Напротив жалоб, которых Вы не имеете, отмечайте графу «нет».

Меня беспокоят следующие жалобы:	нет	совсем чуть-чуть	слегка	довольно-таки	сильно
1. Слабость	1	2	3	4	5
2. Нарушения сердцебиения (например, учащенное сердцебиение (тахикардия))	1	2	3	4	5
3. Чувство тяжести или переполнения в желудке	1	2	3	4	5
4. Сонливость	1	2	3	4	5
5. Боли в суставах или конечностях	1	2	3	4	5
6. Головокружения	1	2	3	4	5
7. Боли в спине или пояснице	1	2	3	4	5
8. Боли в шее или плечах	1	2	3	4	5
9. Рвота	1	2	3	4	5
10. Тошнота	1	2	3	4	5
11. Комок, рвотное движение в горле	1	2	3	4	5
12. Отрыжка	1	2	3	4	5
13. Изжога или кислая отрыжка	1	2	3	4	5
14. Головные боли	1	2	3	4	5
15. Быстрая утомляемость	1	2	3	4	5
16. Усталость	1	2	3	4	5
17. Чувство помрачения сознания (предобморочное состояние)	1	2	3	4	5
18. Чувство тяжести, онемения в ногах	1	2	3	4	5
19. Физическое утомление (упадок сил)	1	2	3	4	5
20. Покалывания, боли или тянущие боли в груди	1	2	3	4	5
21. Боли в желудке	1	2	3	4	5
22. Приступы одышки (удушья)	1	2	3	4	5
23. Давящие боли в голове	1	2	3	4	5
24. Приступы затрудненного сердцебиения	1	2	3	4	5

На этой странице Вы найдете утверждения, которые Вы должны оценить с позиции того, как часто Вы переживали подобный опыт или ситуацию: никогда, редко, иногда, часто, очень часто. Подумайте, пожалуйста, при ответе о трёх прошедших месяцах, отсчитывая от сегодняшнего дня, и попробуйте вспомнить, как часто в этот период вы переживали соответствующий опыт. Пожалуйста, ответьте на все вопросы по очереди, не пропуская, при этом отметьте число от 0 до 4. Некоторые высказывания звучат похоже или имеют похожий смысл. Пожалуйста, не смотря на это, ответьте на них. При ответе быстрота не важна, используйте столько времени, сколько Вам нужно для того, чтобы подумать над ответом.

Опыт **В последние три месяца Вы часто испытывали... ?**

	никогда	редко	иногда	часто	очень часто
1. Опасение, что произойдёт что-то неприятное	1	2	3	4	5
2. Я напрасно стараюсь получить признание при хорошей работе	1	2	3	4	5
3. Времена, в которые я выполнял слишком много обязанностей	1	2	3	4	5
4. Времена, в которые я не мог избавиться от мыслей полных забот	1	2	3	4	5
5. Хотя я делаю всё на пределе возможностей, моя работа не оценивается	1	2	3	4	5
6. Ощущение, что слишком много всего, что я должен делать	1	2	3	4	5
7. Времена, в которые я много беспокоюсь и при этом не могу остановиться	1	2	3	4	5
8. Времена, в которые я не могу добиться результата, которого от меня ждут	1	2	3	4	5
9. Времена, в которые ответственность за других для меня в тяжесть	1	2	3	4	5
10. Времена, в которые моя голова идёт кругом от работы	1	2	3	4	5
11. Опасение, что я не смогу выполнить мои задачи	1	2	3	4	5
12. Времена, в которые от забот у меня голова идёт кругом	1	2	3	4	5

Большое спасибо за Ваше содействие!!!

9. DANKSAGUNG

An dieser Stelle bedanke ich mich bei den Menschen, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben.

Zunächst sei hier Fr. Dr. Jeanette Riedel genannt, mit der ich das Thema erarbeitete und die Datenerhebung plante.
Nachdem sie das Institut in Richtung Selbständigkeit verließ, übernahm Prof. Dr. Dr. Ulrich Wiesmann die Betreuung und stand mir dankenswerterweise bis zum Schluss mit Rat und Tat zur Seite. Er bewahrte die Arbeit vor dem Scheitern!

Ebenfalls gilt mein Dank Fr. Irina Chuguevskaya und Fr. PD Dr. Heidrun Peters, die mir in Fragen der Übersetzung stets eine gute Hilfe waren.

Natürlich sei auch allen Probanden und Unterstützern der Akquise gedankt!

Zu guter Letzt bleibt meiner Nina ein Danke zu sagen ob ihrer Engelsgeduld mit mir!

Gewidmet ist die Arbeit meiner verstorbenen Mutter, die sicherlich gerne das Korrekturlesen übernommen hätte.