

# Inhalt

Abbildungsverzeichnis .....	10
Tabellenverzeichnis .....	11
Abkürzungsverzeichnis .....	12
Danksagung .....	13
1 Einleitung .....	15
1.1 Motivation und Begründung zu dieser Untersuchung .....	16
1.2 Migration aus der ehemaligen Sowjetunion .....	19
1.2.1 Zugewanderte aus der ehemaligen Sowjetunion .....	20
1.2.2 Jüdische Migrantinnen und Migranten .....	20
1.2.3 Spätaussiedelnde .....	21
1.2.4 Familienangehörige .....	23
1.2.5 Gesundheitsversorgung im Herkunftsland .....	23
1.3 Zusammenfassung .....	29
2 Theoretischer Bezugsrahmen .....	30
2.1 Betreuung bei der Erkrankung an Diabetes mellitus .....	30
2.2 Subjektive Krankheitstheorien .....	34
2.3 Persönliche Ressourcen in der Krankheitsbewältigung .....	37
2.4 Entscheidungsfindung .....	39
2.5 Modell der sozialen Ungleichheit von Gesundheit .....	40
2.6 Gesundheitskompetenz .....	41
2.7 Zusammenfassung.....	42
3 Stand der Forschung .....	43
3.1 Literaturrecherche .....	43
3.2 Vorstellungen von der Erkrankung an Diabetes mellitus .....	46
3.3 Entscheidungsfindung .....	48
3.4 Persönliche Ressourcen in der Krankheitsbewältigung .....	48
3.5 Soziale Ungleichheit von Gesundheit .....	49
3.6 Situation der Beratung bei Diabetes mellitus in den Herkunftsländern .....	50
3.7 Gesundheitskompetenz/health literacy .....	51
3.8 Zusammenfassung .....	54

4	Methodologie und Methode .....	55
4.1	Problemstellung, Ziel und Forschungsfragen .....	55
4.2	Erfassung der sozialen Wirklichkeit als Forschungsperspektive .....	56
4.3	Qualitative Forschungsmethode .....	57
4.4	Forschungsprozess .....	58
4.4.1	Forschungsethische Überlegungen .....	58
4.4.2	Feldzugang zur Stichprobe der postsowjetischen Zugewanderten .....	61
4.4.3	Feldzugang zur Stichprobe der Expertinnen .....	63
4.4.4	Beschreibung der Teilnehmenden .....	63
4.4.5	Interviewleitfaden .....	69
4.4.6	Interviews .....	70
4.4.7	Übersetzungen .....	71
4.4.8	Datenerhebung .....	73
4.4.9	Datenanalyse .....	74
4.5	Gütekriterien qualitativer Forschung .....	83
4.5.1	Interne Studiengüte .....	83
4.5.2	Externe Gütekriterien .....	85
4.6	Zusammenfassung .....	87
5	Ergebnisse .....	88
5.1	Erleben der Diagnose im Herkunftsland .....	90
5.1.1	Wahrnehmung von Diabetes im ländlichen Lebensumfeld .....	93
5.1.2	Wahrnehmung von Diabetes im städtischen Lebensumfeld .....	95
5.1.3	Wahrnehmung von Diabetes mellitus in einer Metropole .....	97
5.1.4	Erhöhte Glukosewerte im Herkunftsland .....	100
5.2	Erste Erwähnung von Diabetes mellitus nach der Zuwanderung nach Deutschland .....	101
5.3	Bewältigungsstrategien: Zugang zum Gesundheitswissen ...	102
5.3.1	Niedrige Qualifizierung der Interviewten .....	102
5.3.2	Mittlere Qualifizierung der Interviewten .....	103
5.3.3	Hohe Qualifizierung der Interviewten .....	104
5.3.4	Beschreibung der Behandelnden aus der Sicht der Teilnehmenden .....	106
5.3.5	Kompetenzbereiche .....	108
5.3.6	Verhalten: vorhandenes Wissen einsetzen .....	111

5.4	Wissenserweiterung: die Fragen an die Forschende als Expertin .....	121
5.5	Zusammenfassung .....	122
6	Diskussion .....	125
6.1	Wahrnehmung von Diabetes mellitus .....	125
6.1.1	Diagnosestellung .....	126
6.1.2	Lebensqualität als Ziel für die Auseinandersetzung mit der Erkrankung .....	129
6.2	Gesundheitskompetenz und Lebensqualität als Therapieziele .....	137
6.2.1	Gesundheitskompetenz in den Aussagen der Teilnehmenden .....	137
6.2.2	Lebensqualität: die Erfüllung der unterschiedlichen Rollen im Lebensumfeld .....	147
6.3	Zusammenfassung .....	148
6.4	Grenzen der Gültigkeit der Ergebnisse .....	149
7	Fazit und Ausblick .....	151
8	Literaturverzeichnis .....	155

# 1 Einleitung

Individuelle Vorstellungen über Symptome und Zusammenhänge, aber auch Ursachen einer Erkrankung, zeitliche Aussagen oder Konsequenzen, die sich aus einer Krankheit ergeben, beeinflussen das Bewältigungsverhalten (Leventhal et al., 1983). Eine chronische Erkrankung, wie es Diabetes mellitus darstellt, bedarf einer lebenslangen Auseinandersetzung in unterschiedlichen Situationen. Menschen, die als Migrierende nach Deutschland kommen, besitzen andere Vorstellungen bezüglich dieser Erkrankung als die native Bevölkerung (Kalvelage & Kofahl, 2011). Die vorliegende Dissertation befasst sich deshalb mit den subjektiven Sichtweisen auf Diabetes mellitus Typ 2 von Menschen, die aus der ehemaligen Sowjetunion und ihren Nachfolgestaaten nach Deutschland zugewandert sind. Überwiegend sind es deutschstämmige Spätaussiedelnde, jüdische Zuwanderer und Familienangehörige, die häufig anderen Nationalitäten angehören. Die zuwandernden Personen sind in ihren Erfahrungen von sozialen und kulturellen Lebensbedingungen der Herkunftsländer geprägt. Das Verständnis von Diabetes mellitus, von den Erfahrungen des Herkunftslandes geprägt, könnte die Ursache eines anderen als von den Behandelnden geforderten Verhaltens darstellen (van Son, 2007). Individuelle Auffassungen dieser Betroffenen sollten deshalb in therapeutische Überlegungen mit einbezogen werden. Diese Vorstellungen mit Hilfe von Interviews bei Personen aus der ehemaligen Sowjetunion und deren Nachfolgestaaten zu erfassen, die selbst an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, war das Ziel der vorliegenden Untersuchung. Ressourcen im Umgang mit der Erkrankung und Möglichkeiten der therapeutischen Betreuung und Beratungen sollten exploriert werden. Da es darüber kaum Informationen gab, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt.

Die Dissertation ist in sieben Kapiteln untergliedert. In der Einleitung wird die Auseinandersetzung mit den vorhandenen epidemiologischen Daten, den Risikofaktoren und den sozialen Determinanten beschrieben, die begründender Hintergrund der vorliegenden Untersuchung waren. In einem weiteren Abschnitt werden die unterschiedlichen zuwandernden Nationalitäten aus der ehemaligen Sowjetunion skizziert. Darüber hinaus müssen das Gesundheitssystem und die Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung in den Herkunftsländern beschrieben werden. Diese Kenntnisse sind Voraussetzung, um das Verhalten der betroffenen Menschen in Bezug auf Erkrankungen zu verstehen. Der theoretische Bezugsrahmen, auf dem diese Untersuchung basiert, wird im Kapitel 2 beschrieben. Im anschließenden Kapitel 3 wird die Suche nach relevanter Literatur vorgestellt. Hier erfolgt die Auseinandersetzung mit dem Blick auf das Thema der vorliegenden Untersuchung. Die Methodologie und die methodische Herangehensweise der vorliegenden Untersuchung sind

Inhalt des 4. Kapitels. Die Ergebnisse der Auswertungen der Interviews werden im Kapitel 5 dargelegt. In Kapitel 6 erfolgte eine diskursive Auseinandersetzung im Kontext der Wissenschaftstheorien und auch mit Blick auf die bisherige Studienlage. Die Limitierungen und die Grenzen der Gültigkeit werden aufgezeigt. In Kapitel 7 wird ein Fazit gezogen. Es erfolgt ein Ausblick auf weitere und notwendige Untersuchungen. Für die bessere Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit wurden alle verwendeten Zitate von der Forschenden selbst in die deutsche Sprache übersetzt.

## 1.1 Motivation und Begründung zu dieser Untersuchung

Die Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2 geht mit hohen individuellen und gesellschaftlichen Belastungen einher (Hurrelmann et al., 2018). Die Interventionen in die Lebensweise und Veränderungen der beeinflussbaren Risikofaktoren stellen die Basistherapie des Diabetes mellitus Typ 2 dar (Landgraf et al., 2020). Individuelle Ansichten müssen in die Überlegungen der therapeutischen Ansätze einbezogen werden, wenn diese zielführend sein sollen (Berger, 2016; Kalvelage & Kofahl, 2011; Şat et al., 2020). Menschen aus anderen Kulturkreisen mit fehlenden Kenntnissen der deutschen Sprache aber auch reduzierter Gesundheitskompetenz werden von den Therapierenden häufig als schwierig wahrgenommen (Pentzek et al., 2019). Gerade aus gesundheitspolitischer Sicht bestehen Forderungen nach Studien bei Menschen mit Migrationshintergrund, deren Ergebnisse zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhalten und zur Stärkung gesundheitsbezogener Ressourcen genutzt werden können (Bartig et al., 2019).

Etwa 7 % aller in Deutschland lebenden Personen stammen aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge, 2020). Von 1990 bis 2020 sind 2.544.734 deutschstämmige Personen im Rahmen des Spätaussiedelnden<sup>1</sup>-Zuzugs und 209.923 Menschen jüdischer Nationalität aus der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland gekommen (Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge, 2020). Das sind 26 % aller Personen mit einem Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2020). Diese Gruppe ist heterogen, die ihr zugeordneten Menschen stammen jedoch überwiegend aus der Russischen Föderation, der Ukraine und Kasachstan (Statistisches Bundesamt, 2020).

---

1 In der Literatur wird immer von *Spätaussiedlern* gesprochen. Im Sinn der Gendergerechtigkeit in der Sprache und einer einheitlichen Sprachregelung für diese Arbeit wird der Terminus des *Spätaussiedelnden* verwendet.

## Epidemiologie

Gesundheitsdaten von Migrierenden werden bei der Einreise nach Deutschland nicht erfasst. Routinedaten sind gerade bei Spätaussiedelnden, jüdischen Zugewanderten und ihren eingebürgerten Familienmitgliedern bei der Aufnahme in die gesetzliche Gesundheitsversorgung nicht bestimmbar (Bartig et al., 2019). Die Heterogenität dieser Gruppe von Menschen hinsichtlich ihrer regionalen Herkunft spiegelt sich auch in den epidemiologischen Daten wider. Für die Herkunftsländer der Teilnehmenden der vorliegenden Untersuchung wird im Diabetes-Atlas der International Diabetes Föderation (IDF) eine Prävalenz des Diabetes mellitus von 5,0 % bis 6,8 % angegeben (IDF Diabetes Atlas, 2019). Diese Daten basieren allerdings auf Selbstauskünften der Herkunftsländer und können durch ein vor allem im ländlichen Bereich schlecht ausgebauten medizinisches System verfälscht sein (IDF Diabetes Atlas, 2019).

Auch epidemiologische Untersuchungen in den Herkunftsländern der Menschen dieser Untersuchung ergeben ein uneinheitliches Bild. Während in einer Querschnittstudie in Kasachstan die Häufigkeit des Diabetes mellitus Typ 2 von 12,5 % (Alter: 50–75 Jahre) gefunden wurde (Supiyev et al., 2016), war in der NATION-Study der Russischen Föderation eine geschätzte Prävalenz von 5,4 % angegeben (Alter: 20–79 Jahre) (Dedov et al., 2016). Im städtischen Umfeld in Kasachstan wurde jedoch auch eine zweifach höhere Häufigkeit des Diabetes mellitus Typ 2 dokumentiert (urban: 16,3 % versus ländlich: 8,6 %) (Supiyev et al., 2016).

In der KORA-Studie<sup>2</sup>, einer epidemiologische Querschnittstudie, benannten 5,5 % der Aussiedlerinnen und Aussiedler eine Erkrankung an Diabetes mellitus. Die Prävalenz war damit höher als bei der nativen Studienpopulation (3,9 %) (Aparicio et al., 2005). Bei einer späteren Nachuntersuchung wurde bei (Spät-) Aussiedlerinnen und -Aussiedlern eine Diabetes-Häufigkeit von 13,1 % ermittelt (Stolpe et al., 2018). Die Aussagekraft war jedoch durch eine niedrige Teilnahme der Aussiedlerinnen und Aussiedler an dieser Studie limitiert.

## Risikofaktoren

Allen Untersuchungen war die warnende Benennung von Risikofaktoren in dieser Zuwanderungsgruppe gemeinsam. Eine alarmierend hohe Rate an übergewichtigen und adipösen Teilnehmenden wurden sowohl in den Studien der Herkunftsländer (Dedov et al., 2016; Iakunchykova et al., 2021; Mustafina et al., 2021; Shestakova & Dedov, 2016) als auch in den epidemiologischen Untersuchungen in Deutschland (Aparicio et al., 2005; Stolpe et al., 2018) ge-

---

2 KORA-Studie: Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg

nannt. Erkrankungen des metabolischen Syndroms<sup>3</sup> waren deutlich häufiger vorhanden als in den deutschen Vergleichsgruppen (Aparicio et al., 2005; Stolpe et al., 2018).

Die Vorstellungen der Menschen dieser Zuwanderungsgruppe hinsichtlich Diagnostik und Therapien sind häufig der gewohnten Betreuung des Herkunftslandes verhaftet (Boll–Palievskaya, 2005, 2009). Ein niedriger sozialer Status war in den Herkunftsländern mit einer erhöhten Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 verbunden (Footman et al., 2014; Mustafina et al., 2021).

In der Russischen Föderation war die Mortalität der jüngeren an Diabetes erkrankten Menschen (< 60 Jahre) die höchste weltweit (*IDF Diabetes Atlas*, 2019). Das könnte neben dem reduzierten lokalen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auch mit den massiv vorhandenen Spätfolgen des Diabetes mellitus verbunden sein (*IDF Diabetes Atlas*, 2019). Psychische Belastungen untersuchten Motovilin et al. (2012). In Bezug auf Diabetes mellitus wurden hier eine geringere Lebensqualität, stärkere Ängste und Depressionen beschrieben. Diese Ergebnisse waren vom erreichten glykierte Hämoglobin (HbA1C)<sup>4</sup> unabhängig (Motovilin et al., 2012).

Eine reduzierte Zufriedenheit mit der allgemeinen Gesundheit bei Zugewanderten aus Ost–Europa waren für Ronellenfitsch und Razum (2004) nicht nur mit dem sozioökonomischen Status erklärbar. Auch der psychologische Stress der Migration, die Diskriminierung Zugewanderter und fehlende Unterstützung durch gewohnte Netzwerke könnten hierbei eine Rolle spielen (Ronellenfitsch & Razum, 2004). Das neue Lebensumfeld mit abweichenden Anforderungen an eine gesundheitliche Versorgung irritierte die Betroffenen (Bachmann et al., 2014; Bachmann et al., 2015; Brod & Heurtin–Roberts, 1992; Genkova et al., 2014).

## **Lebensstil und Erkrankung: Soziale Determinanten**

Der ungesunde Lebensstil der Menschen in den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion wird für die hohen Raten von Morbidität und Mortalität bei nicht übertragbaren Erkrankungen verantwortlich gemacht (Benisovich & King, 2003; Biloukha & Utermohlen, 2001; Craig & Kapysheva, 2017; Mehta & Elo, 2012). Diese Migrantinnen und Migranten seien auf Grund des paternalistischen Gesundheitssystems der ehemaligen Sowjetunion zu Veränderungen ihres Verhaltens unfähig (Barko et al., 2011). Kulturelle Normen, beispielsweise der hohe Alkoholgenuß oder die Übertragung der Gesundheitsfür-

---

3 metabolisches Syndrom: erhöhte nüchtern–Plasmaglukose, Hypertonie, Hyperurikämie, abdominale Adipositas, Hyperlipidämie, Hypertriglyzeridämie (Landgraf et al., 2020)

4 glykiertes Hämoglobin (HbA1C) oder auch sogenannter „Langzeit–Blutzuckerwert“: wird als Gütekriterium der Stoffwechseleinstellung in der Regel quartalsweise überprüft

sorge auf den Staat, würden eine individuelle Zuständigkeit für die eigene Gesundheit verhindern (Pietilä & Rytönen, 2008). Alle diese Darstellungen beziehen sich auf Untersuchungen von Cockerham (2000, 2007, 2012; Cockerham et al., 2002), einem amerikanischen Soziologen. Das Verhalten der Menschen in der Russischen Föderation sei durch einen hohen Alkoholenuss und Nikotinabhängigkeit vor allem der Männer, aber auch durch eine fettreiche Ernährung und geringer Bereitschaft zu sportlichen Aktivitäten in der Freizeit gekennzeichnet (Cockerham, 2000, 2012). In einer weiteren Arbeit wurde die politische Einstellung in Bezug auf die Gesundheitsvorsorge untersucht. Teilnehmenden mit einer eher sozialistischen Denkweise hätten eine passive Vorstellung von der eigenen Gesundheitsvorsorge (Cockerham et al., 2002). Cockerham bezeichnete diesen Menschentypus in Anlehnung an eine satirische Beschreibung des opportunistischen Verhaltens der Bürger der Sowjetunion von Sinowjew (1978) als „*Homo Sovieticus*“<sup>5</sup>.

Aronson (2011a) widerspricht dieser Darstellung und erachtet sie als einseitig auf eine Ideologie fokussiert. Die Konzeptualisierung der Gesundheit sei determiniert durch sozioökonomische und Bildungsfaktoren sowie die lokal unterschiedlichen Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung in der ehemaligen Sowjetunion (2011a). In Kapitel 1.2.5 wird deshalb der Zugang zum Gesundheitssystem der ehemaligen Sowjetunion und ihre Nachfolgestaaten beschrieben.

## 1.2 Migration aus der ehemaligen Sowjetunion

Auf Grund der Vielfalt des Themas der Migration aus der ehemaligen Sowjetunion und ihrer Nachfolgestaaten soll den Zugewanderten aus diesen Ländern ein eigenes Unterkapitel gewidmet werden. Es wird angenommen, dass bei unterschiedlicher nationaler Herkunft auch differierende subjektive Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit existieren könnten. Unterstützung erfährt diese Überlegung durch eine Arbeit von Wittig, Merbach, Siefen und Brähler, die trotz gemischt-nationaler Ehen bei den von ihnen untersuchten Paaren aus der ehemaligen Sowjetunion keine gemeinsamen familiären Konzepte der Krankheitsverarbeitung finden konnten. Eher schienen Ehepaare unterschiedlicher Nationalitäten den Konstrukten der Herkunftsfamilie verhaftet zu sein (2003). Aronson dagegen benennt in ihrer Untersuchung den ungleichen Zugang zum Gesundheitssystem in der ehemaligen Sowjetunion als einen limitierenden Faktor in Bezug auf gesundheitliche Bewältigungsstrategien (2011a).

---

5 „*Homo Sovieticus*“: Schreibweise von Cockerham et al. (2007). Sinowjews Buchtitel lautet: „*Homo Sovieticus*“ (1978).

### 1.2.1 Zugewanderte aus der ehemaligen Sowjetunion

Da mit dem Begriff der Migration divergierende Assoziationen verbunden sind, wird für diese Arbeit entsprechend der Empfehlung der Vereinten Nationen von (Langzeit-) Zuwanderung gesprochen. Diese ist auf eine Dauer von mehr als einem Jahr angelegt (Oltmer, 2013, S. 31ff.).

Die Gruppe der Zugewanderten aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion ist inhomogen. Es sind zum einen jüdische Kontingentflüchtlinge und deutsche Spätaussiedelnde, zum anderen ihre oftmals verschiedenen Nationalitäten entstammenden Angehörigen. Panagiotidis (2017) beschreibt sie als *postsowjetische Migranten* und bezieht sich damit auf den zeitlichen Kontext der Destruktion der Sowjetunion. Der Zerfallsprozess der ehemaligen Sowjetunion vollzog sich zwischen 1990 und 1991. *Postsowjetische Zuwanderung* aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion erfolgte ab 1992. Panagiotidis rückt mit seiner begrifflichen Veränderung von der Reduzierung der Menschen auf die Fähigkeit eines Sprachgebrauches ab und setzt stattdessen den zeitlichen Faktor als Fokus ein (2017).

### 1.2.2 Jüdische Migrantinnen und Migranten

Die Zugehörigkeit zum Judentum war in der ehemaligen Sowjetunion nicht an die Bindung zur jüdischen Religion und ebenso wenig im Sinn der Halacha<sup>6</sup> an die Geburt durch eine jüdische Mutter gebunden („Wer ist Jude?“, 2012). Vielmehr wurde das Judentum als eine Nationalität gewertet und in den Pass-Dokumenten auch so dargestellt (Kessler, 2003). Das könnte den Umstand erklären, weshalb sich viele der russischen Juden als Atheisten bezeichnen. Die ursprüngliche Bindung an die Religion wurde durch das herrschende sozialistische System gebrochen.

Laut Tempel (2006) entscheiden sich seit etwa dem Jahr 2002 jüdische Migrierende vorrangig für Deutschland als Einreiseland, noch vor Israel und den USA. Die Wahl für Deutschland als Zuwanderungsland wurde mit der räumlichen Nähe zum Herkunftsland und damit zu zurückbleibenden Angehörigen sowie Freundinnen/Freunden begründet. Es wurde aber auch die Kultur in Deutschland als ein wesentliches Kriterium für die Wahl des Zuwanderungslandes angeführt (Simolka, 2011). Als Bildungsbürger hatten sich diese Menschen bewusst für Deutschland mit seinen kulturellen Gegebenheiten als „Land der Dichter und Denker“ entschieden. Seit 2006 haben sich die jährlichen Zuwanderungszahlen jüdischer Migrantinnen und Migranten reduziert (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2020).

---

6 jüdische Rechtsvorschriften

Die Altersstruktur der von 1991 bis 2004 nach Deutschland zugewanderten jüdischen Migrierenden ist im Anhang als Abbildung 12, im Anhang zu sehen. Im Vergleich zu Spätaussiedelnden (Abbildung 13, im Anhang) wanderten sie im einem deutlich höheren Alter nach Deutschland zu.

Als Ursachen für das Verlassen der Heimat wurde häufig die Diskriminierung als Jüdin oder Jude benannt. Eine Untersuchung in Moskau im Jahr 1990 ergab bei etwa 60 % der Befragten eine antijüdische Stimmung (Kessler, 2003). Die Zugehörigkeit zur Religionsgemeinschaft und die Einhaltung ihrer rituellen Regeln wurden sanktioniert (Simolka, 2011). Rechtsnationale Sammlungsbewegungen wie Pamjat agitierten mit Verschwörungstheorien, die dem so genannten „Welt-Judentum“ Schuld für alles Versagen der Politik zuschrieben (Wiedemann, 1994). Kessler nannte das den „kleinen alltäglichen Antisemitismus“ (Kessler, 2003).

Nach dem Zerfall der Sowjetunion kam es zu einem teilweise rapiden wirtschaftlichen Abstieg in den neu entstandenen Republiken. Zeitlich fast parallel hatte 1990 der „Runde Tisch“ in Ost-Berlin die noch bestehende letzte Regierung der Deutschen Demokratischen Republik aufgefordert, die Einreise von Menschen mit jüdischem Hintergrund unbürokratisch zu gestatten (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2020; Kessler, 2003; Runge & Steinberg, 1992). Bereits vor dem Ende einer diesbezüglichen Diskussion trafen russische Jüdinnen und Juden mit einem Touristenvisum in Deutschland ein (Kessler, 2003). Erst im Nachgang wurde das Kontingentflüchtlingengesetz entwickelt (1991), um die rechtlichen Bedingungen der Zuwanderung russischer Jüdinnen und Juden zu regeln. Das Aufenthaltsgesetz beschreibt die Voraussetzungen zur Zuwanderung für russische Jüdinnen und Juden nach Deutschland (Bundesministerium des Inneren, 2015). Es wurde wiederholt verändert und angepasst („Zentralrat der Juden: Infos zur Zuwanderung“, o. J.).

### 1.2.3 Spätaussiedelnde

Der Terminus der oder des Spätaussiedelnden ist mit einer Änderung im Bundesvertriebenengesetz verbunden. Demnach ist dieser

„[...] ein deutscher Volkszugehöriger, der die Republiken der ehemaligen Sowjetunion nach dem 31. Dezember 1992 im Wege des Aufnahmeverfahrens verlassen und innerhalb von sechs Monaten im Geltungsbereich des Gesetzes seinen ständigen Aufenthalt genommen hat (*Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge*, 2013).“

Im Bundesvertriebenengesetz werden die zeitlichen, örtlichen und personellen Voraussetzungen für den Terminus des *Spätaussiedelnden* definiert. Die Abstammung von deutschen Staatsangehörigen oder Volkszugehörigen und Kenntnisse der deutschen Sprache müssen nachgewiesen werden. Außerdem muss ein Bekenntnis zu deutscher Erziehung und Kultur erbracht werden (§6,