



***Materialien zur Suchtprävention für
Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale
Einwanderer in Europa***

Diese Veröffentlichung darf nur für nicht-kommerzielle Ausbildungszwecke kopiert werden, unter der Bedingung, dass die Quelle angegeben wird.

Die Herausgeber bitten die Benutzer/Benutzerinnen des Handbuchs, sie über jede (auch auszugsweise) Verbreitung/Veröffentlichung des Handbuchs zu informieren.

Hinweis:

Auf der beigelegten CD finden Sie die Texte dieser Materialsammlung, den Text des „RAR-Manuals“, den Text des Präventions-Manuals aus ‚SEARCH‘ sowie einige Beispiele von Materialien, die im Rahmen des Projektes ‚SEARCH‘ und ‚SEARCH II‘ erstellt wurden, jeweils im PDF-Format. Sie können PDF-Dateien mit Hilfe des "ACROBAT READER" von Adobe öffnen. Sollten Sie nicht über den ACROBAT READER verfügen, können Sie ihn hier kostenlos herunterladen:

<http://www.adobe.de/products/acrobat/>

"Dieses Projekt wird gefördert durch das Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft zur Suchtprävention."

"Weder die Europäische Kommission noch in ihrem Auftrag handelnde Personen sind für die Verwendung der in dieser Publikation enthaltenen Informationen verantwortlich."



Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
Landesjugendamt und Westfälische Schulen
Dezernent: Landesrat Hans Meyer

Koordinationsstelle Sucht
Leiter: Wolfgang Rometsch
Warendorfer Straße 25 - 27
48133 Münster

eMail:

kswl@lwl.org

Internet:

www.lwl.org/ks

1. Auflage

150 deutsch, 150 englisch
Münster, Februar 2004

Inhaltsverzeichnis:

1.	Vorwort des Herausgebers
2.	Die Ausgangssituation der Projekte 'SEARCH' und ,SEARCH II'
2.1.	Asyl, Flucht und Suchtrisiken
2.1.1.	Global
2.1.2.	Europa
2.1.3.	Die politische Dimension
2.2.	Praxisorientierte Forschung: Rapid Assessment and Response (RAR)
2.3.	Warum ein europäisches Projekt?
3.	Über die Arbeit des Projektes 'SEARCH'
4.	Über die Arbeit des Projektes ,SEARCH II'
4.1.	RAR-Monitoring
4.2.	Die Präventionsprojekte
4.3.	Neue Projektpartner
5.	Einige ausgewählte Ergebnisse von ,SEARCH' und ,SEARCH II'
5.1.	Belastungen durch Migration
5.2.	Die Länderberichte
6.	Länderbericht Belgien
7.	Länderbericht Deutschland
8.	Länderbericht Italien
9.	Länderbericht Niederlande
10.	Länderbericht Österreich
11.	Länderbericht Spanien
12.	Länderbericht England
13.	Länderbericht Griechenland
14.	Länderbericht Irland
15.	Länderbericht Luxemburg
16.	Länderbericht Portugal
17.	Länderbericht Schweden
18.	Centre of Ethnicity and Health, University of Central Lancashire: Community Engagement: A model for Europe?
19.	Leitlinien für die Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Migranten
20.	Anlagen (Literatur, Projektpartner, Glossarium)

2. Die Ausgangssituation der Projekte ‚SEARCH‘ und ‚SEARCH II‘

Vorbemerkung

2002 veröffentlichte der LWL das „Manual zur Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Immigranten“¹. Zum Jahresende 2002 konnten wir die zweite Projektphase starten: SEARCH II wurde, so wie Search, von der Europäischen Kommission aus dem Programm finanziert.

Die Materialsammlung, die hier vorlegt wird, enthält wesentliche Ergebnisse des Projektes SEARCH II sowie einige zusätzliche Materialien. Allerdings müssen wir, um der Leserin/dem Leser den Gesamtüberblick über beide Projektphasen zu erleichtern, kurz auch den Projektverlauf von SEARCH darlegen, seine Ziele, Methoden, Ergebnisse referieren. Dies soll hier geschehen mit einer Projektbeschreibung, die in wesentlichen Teilen auch schon im Abschlußbericht des ersten Projektabschnitts zu finden war, sozusagen eine „überarbeitete Übersicht“, die dann ergänzt wird von den einführenden Erläuterungen zu SEARCH II.

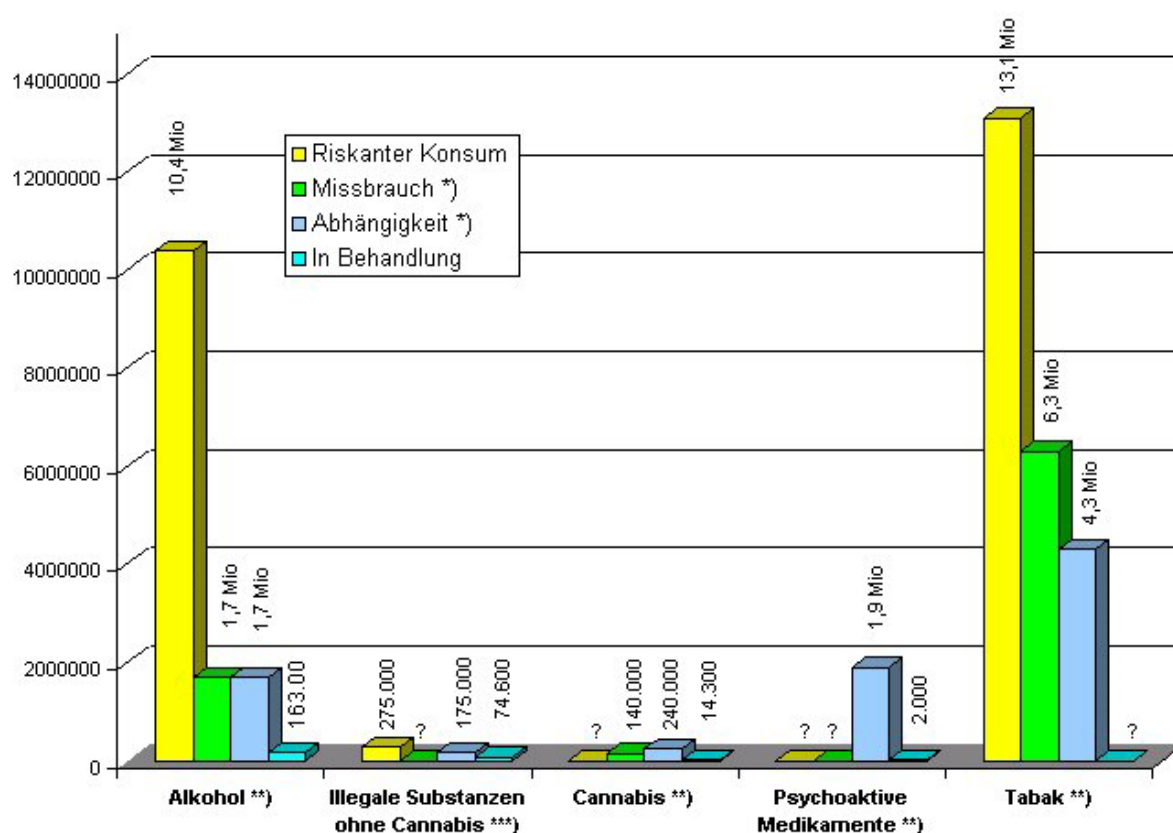
¹ s. [...]

2.1. Asyl, Flucht und Suchtrisiken

2.1.1. Sucht in Europa

Suchtprobleme gehören in beinahe allen Ländern der Welt zu den Gesundheitsproblemen der Menschen, mit verschiedenen Substanzen, Einnahmeritualen, Ausprägungen, Trends in der Bevölkerung, aber auch mit höchst unterschiedlichen Hilfeangeboten und –systemen. Wissenschaftliche Untersuchungen zu allen möglichen Aspekten der Substanz- und Gebrauchsrisiken, aber auch der Wirksamkeit und Fortentwicklung der Hilfesysteme füllen die Regale, beinahe jeder Aspekt ist zwischenzeitlich statistisch gut abgesichert darstellbar.

Gern wird in der Öffentlichkeit das Suchtproblem vorwiegend als das des Gebrauchs *illegaler* Drogen wahrgenommen. Ein Blick auf die folgende Grafik zeigt das Größenverhältnis der konsumierten Suchtmittel in Deutschland (2002), differenziert nach verschiedenen Risikostufen des Konsums:



*) Voneinander unabhängige Klassifikationskategorien; beide sind Teilgruppen des riskanten Konsums

**) Bezugsgruppe: 18-69-Jährige (57,2 Mio.),

***) Bezugsgruppe: Gesamtbevölkerung (82,2 Mio.)

Es ist leicht zu sehen, dass Alkohol und Tabak die mit großem Abstand die meistkonsumierten Drogen sind, auch die Substanzen, die am häufigsten riskant konsumiert werden, die höchste Abhängigen-Zahl aufweisen. Dieser generelle Trend gilt nicht nur für Deutschland, sondern – mit je unterschiedlichen Akzenten – für Europa.

Es ist hier nicht der Ort, die Drogen- und Suchtstatistik Europas ausführlich zu diskutieren, deshalb nur zwei exemplarische Einschätzungen der EMCDDA über den Gebrauch harter Drogen und Alkohol in einigen europäischen Ländern zum Vergleich:

Schätzung der Zahl problematischer Drogenkonsumenten in der Altersgruppe 15 bis 64

Land	pro 1000	
	von	bis
Dänemark	3,6	4,3
Deutschland	2,7	3,5
Finnland	3,2	4,1
Frankreich	3,9	4,8
Griechenland	3,1	4,2
Irland	5,9	5,9
Italien	6,0	7,2
Luxemburg	6,2	13,6
Niederlande	2,4	2,8
Österreich	3,0	3,5
Portugal	6,0	8,5
Schweden	4,2	4,8
Spanien	5,3	5,3
Vereinigtes Königreich	6,6	7,3

(EBDD 2003a; Erhebungen aus den Jahren 1994-2000)

Schauen wir uns noch die europäische Vergleichsstatistik Alkohol an, die Auskunft über die Verteilung des konsumierten Alkohols gibt²:

Alkoholkonsum in ausgewählten Ländern im Jahr 2000

Land	Liter reinen Alkohols pro Kopf
Belgien	8,4
Dänemark	9,5
Deutschland	10,5
Finnland	7,1
Frankreich	10,5
Griechenland	8,0
Irland	10,7
Italien	7,5
Lettland	7,4
Luxemburg	12,1
Niederlande	8,2
Norwegen	4,3
Österreich	9,4
Polen	6,9
Portugal	10,8
Rumänien	11,7
Schweden	4,9

² Beide Tabellen aus: Deutscher Bundestag, Drucksache 15/2057 vom 20. 11. 2003

Spezifizierte Zahlen über Suchtgefährdungen von Migranten existieren allerdings weitgehend nicht. Lediglich eine von der EU geförderte Studie³ untersuchte die EU- Länder auf Erkenntnisse über die Suchtbelastungen verschiedener ethnischer Minoritäten und trägt die jeweils national verfügbaren Informationen zusammen.

Sind Gesundheitsrisiken und hierin insbesondere Suchtrisiken bei Migranten generell unzureichend untersucht, so gilt dies in besonderem Maße für Asylbewerber, Flüchtlinge und illegale Migranten.

Bei den Recherchen zum ‚SEARCH‘-Projekt fanden wir Hinweise, Berichte, Vermutungen, keine erhärteten Fakten und Daten. Dies gilt umso mehr für Untersuchungen über spezifische, auf die verschiedenen kulturellen Hintergründe abgestimmte Präventions- und Hilfeprogramme. Fest allerdings steht, dass unabhängig davon, ob und welche suchterzeugenden Substanzen in den Herkunftsgesellschaften dieser Gruppen verfügbar waren oder sind, ob sie bereits dort Kontakte mit (dort) legalen oder illegalen Substanzen hatten: Die obigen wenigen Zahlen belegen bereits, dass sie in Gesellschaften kommen, in der eine große Bandbreite von legalen wie illegalen Substanzen faktisch ubiquitär verfügbar ist, ihr Gebrauch sich in dem Leben der Allgemeinbevölkerung abbildet.

2.1.2. Flucht und Asyl

Die Kriegsentwicklung in Afghanistan und dem Irak zeigten deutlich: Unsere Welt ist weit davon entfernt, „eine Welt“ zu sein. Kriege, politische, ethnische und religiöse Verfolgung, aber auch Elend, Hunger und fehlende Lebensperspektiven sind in dieser Welt nach wie vor zu Hause. Viele Menschen in aller Welt entschließen sich Tag für Tag, ihre angestammte Heimat zu verlassen, um in der Fremde Schutz vor Verfolgung, Terror und Folter zu finden, aber auch, um zu versuchen, sozial und wirtschaftlich würdig leben zu können, das eigene Überleben zu sichern. In Europa mit seinem wirtschaftlichen Wohlstand, seinen demokratischen Staaten, suchen viele dieser Flüchtlinge, Exilanten und Asylbewerber eine Zuflucht, eine neue Heimat, Asyl.

Allerdings geht nur ein relativ kleiner Teil der internationalen Flüchtlingsströme nach Europa. Hier nun die globale Einschätzung des UNHCR:

„Sieben von zehn Schutzsuchenden weltweit haben im letzten Jahrzehnt Asyl in Entwicklungsländern gefunden, aus denen ebenfalls 86 Prozent der Flüchtlinge stammen. [...]

Die Industriestaaten beklagen sich zwar über eine zunehmende Zahl von Asylsuchenden, die Statistik zeigt jedoch, dass es vornehmlich die armen Länder sind, die Asyl gewähren - 72 Prozent aller Flüchtlinge weltweit im letzten Jahrzehnt. [...]

Die Zahl der Flüchtlinge lag in den vergangenen fünf Jahren (1997 bis 2001) stets bei rund zwölf Millionen. Gegenüber dem Zeitraum 1992 bis 1996 sank sie damit um fast ein Viertel. Obwohl ihre Gesamtzahl zuletzt relativ stabil war, hat sich die geographische Verteilung der Flüchtlinge verändert. Asien hat seit Mitte der neunziger Jahre einen größeren Anteil der Flüchtlinge hervorgebracht und aufgenommen. Hingegen ist sowohl die Zahl der Flüchtlinge gesunken, die aus Afrika stammen, als auch die Zahl derer, die von afrikanischen Staaten aufgenommen wurden.

Im Jahr 2001 waren ein Drittel der Weltflüchtlingsbevölkerung Afghanen. Sie stellten zugleich die größte Gruppe der Asylsuchenden in den Industriestaaten. [...]

³ siehe: EMCDDA SCIENTIFIC REPORT: Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities, Lisbon 2002

Im Jahr 2001 stieg die Zahl der Asylanträge in den Industriestaaten im Vergleich zum Vorjahr um acht Prozent. In sechs nichteuropäischen Industriestaaten (Kanada, USA, Australien, Neuseeland, Republik Korea, Japan) erhöhte sich die Zahl um 31 Prozent. Mittel- und Osteuropa verzeichneten einen Anstieg von 33 Prozent. In den 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union hingegen verringerte sich die Zahl der Asylanträge um ein Prozent.⁴

hier Statistik 1

Einer amerikanischen Untersuchung zufolge waren 2000 unter den 130 bis 150 Millionen weltweiten Migranten rund 14 Millionen Flüchtlinge im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention⁵.

Im Jahre 2002 kamen weltweit die meisten Flüchtlinge aus folgenden Ländern⁶:

hier Statistik 2

2.1.3. Asyl in Europa

Einwanderung – auch welchen Gründen immer – findet in allen europäischen Ländern in erheblichem Umfang statt. Schauen wir uns die Statistiken der letzten zwei Jahre an⁷:

Allerdings ist aus dieser Statistik ebenfalls zu ersehen, dass die absoluten Zahlen nur bedingt aussagekräftig sind, denn sie müssen in Relation zur Bevölkerung der Aufnahmeländer gesetzt werden. Tut man dies (Anträge pro 1000 Einwohner), ergibt sich ein deutlich abweichendes Bild der Reihenfolge der Asylländer in Europa.

hier Statistik 3

Ein weiteres Faktum ist, dass längst nicht alle Migranten eines Landes „gezählt“ werden. Ein nicht unbeträchtlicher Teil lebt *illegal* in den jeweiligen Gastländern. „Das Phänomen der illegalen Migration macht deutlich, dass nationalstaatliche Bemühungen zur Regulierung internationaler Migration nur begrenzt wirksam sind.“⁸ Mit gravierenden Folgen für die Betroffenen, denn in den meisten europäischen Ländern verfügen sie somit über keinerlei Zugang zu den sozialen und gesundheitlichen Versorgungssystemen, sind recht- und schutzlos. Während beispielsweise Spanien und Italien mit der Vielzahl z. B. der maghrebinischen illegalen Zuwanderer sozusagen „fest rechnet“ und entsprechende Integrations-, Hilfs- und konditionale Legalisierungsprogramme anbieten, sind Hilfestellungen für „Illegale“ in anderen Ländern schwierig bis unmöglich, weil politisch nicht opportun⁹. Langsam allerdings wächst auch hier „die Einsicht, dass sich illegale Zuwanderung und Aufenthalte trotz aller präventiven und repressiven Ansätze nicht völlig verhindern lassen. Umso dringlicher ist die Frage, wie die auch für Menschen ohne Aufenthaltsrecht geltenden sozialen und menschlichen Standards sichergestellt werden können.“¹⁰

So sehr diese Migrationsbewegungen in Europa im politischen Raum diskutiert, Asylgesetze entworfen (und verworfen), Wahlkämpfe mit diesen Themen besetzt werden, wissen wir über

⁴ UNHCR: <http://www.unhcr.de/unhcr.php/cat/14/aid/469>

⁵ Vgl. Franz NUSCHELER, Süd-Nord-Migration..., S. 103 f.

⁶ UNHCR: ebenda, S. 2

⁷ Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge

⁸ Jörg ALT, Norbert CYRUS {...} S. 141

⁹ Was z. B. in Deutschland zu der Kampagne der Wohlfahrts- und Flüchtlingsorganisationen führte: „Kein Mensch ist illegal!“, vgl. Dokumentation {...}

¹⁰ Jörg ALT, Norbert CYRUS {...}, S. 155

die konkreten Menschen, um die es geht, insgesamt wenig. Insbesondere ihre gesundheitlichen Belastungen werden kaum erforscht, und die Suchtbelastung schon gar nicht¹¹. Den Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Koordinationsstelle Sucht, erreichten andererseits immer wieder Berichte aus der Suchthilfepraxis, dass süchtige und suchtgefährdete Asylbewerber mit ihren Einrichtungen in Kontakt kommen, und dass es sehr schwer ist, ihnen (mit den Mitteln der „inländischen“ Suchthilfe) zu helfen. Suchtprävention bei diesen Zielgruppen, das scheint schon gar nicht möglich: zu groß die Unkenntnis über diese Menschen, zu groß die sprachlichen Barrieren, aber auch einfache Berührungshürden überwinden zu müssen.

Das Projekt 'SEARCH'¹² entstand insbesondere, um hier weitergehende Kenntnisse zu erlangen und erste Antworten auf diese Fragen zu finden:

- Wie groß ist die Suchtbelastung unter den verschiedenen Gruppen?
- Was macht diese Belastung aus? Wie kann man Risikofaktoren, aber auch protektive Faktoren, ermitteln?
- Wie kann eine zielgruppengenaue Suchtprävention für und mit Asylbewerbern und Flüchtlingen aussehen/entwickelt werden?
- Welche müssen die ersten Schritte sein?

Gleichzeitig: Fast alle europäischen Länder haben ähnliche Erfahrungen und Fragen, wie Suchthilfeträger aus vielen Ländern auf unsere Nachfragen bestätigten. Im Zeitalter des Zusammenrückens in Europa lag es daher nahe, ein Projekt EU-weit zu initiieren, um diese Fragestellungen zu erforschen.

Gemeinsam mit 6 (nationalen) Trägern von Einrichtungen der Suchthilfe in 6 europäischen Ländern¹³ stellte der LWL im Jahre 2000 bei der europäischen Kommission (SANCO G2) den Projektantrag, aus dem das Projekt 'SEARCH' erwachsen ist.

In einer ersten vorbereitenden Konferenz wurde schnell deutlich: In Spanien und Italien suchen nur wenige Menschen Asyl, und auch im Flüchtlingsbereich sind diese Länder nur sehr sporadisch und temporär Aufnahmeländer mit nennenswerten Flüchtlingszahlen. Aber in beiden Ländern leben viele Auswanderer aus den nordwestlichen Regionen Nordafrikas (Maghreb-Region), zum großen Teil illegal, und viele von ihnen leben unter ähnlichen Bedingungen wie die Asylbewerber und Flüchtlinge in vielen nordeuropäischen Ländern.

Wir entschlossen uns, dort diese Gruppen zu untersuchen und erweiterten unseren Projektnamen um die "illegalen Einwanderer". Die ersten Projektziele lassen sich auch als Programm beschreiben:

- **die Suchtbelastung der Zielgruppen zu untersuchen,**
- **passgenaue Suchtprävention für diese zu entwickeln.**

2.1.4. Die „politische Dimension“

Wir verkennen nicht, dass es eine "politische Dimension" dieses Projektes gibt: So sehr das Projekt, dass sich um bestimmte Aspekte des Gesundheitsschutzes bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Zuwanderern kümmert, mitten in der Diskussion um Ursachen, Hintergründe und Auswirkungen der Migration und der Migrations-Politik steht,

¹¹ Eine Ausnahme in Deutschland ist: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (MFJFG) (Hg.), Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2000. Allerdings werden auch hier die Flüchtlinge und Asylbewerber nur am Rande erwähnt, und auch der Bereich "Suchtrisiken/-erkrankungen" wird nur gestreift (S. 111 f.)

¹² Diesen Namen bekam das Projekt nach einem Vorschlag unseres belgischen Projektpartners: Es drückt das "Forschen" (re-search) von unserer Seite, aber auch das Suchen ('SEARCH') nach Sicherheit, Würde und Schutz der Asylbewerber und Flüchtlinge aus.

¹³ Projektpartner siehe Anhang

wollen wir andererseits hier darauf verzichten, vertiefend diese Themen zu erörtern und verweisen auf die umfangreiche Fachliteratur¹⁴. Uns interessiert viel mehr das Leben, die Lebenssituation der je konkreten Menschen, die den Weg nach Europa gefunden haben, um diesen aktiven Gesundheitsschutz anbieten zu können, unabhängig von ihrer juristisch definierten Aufenthaltssituation, politischen Klimata, Absichtserklärungen und ideologischen, xenophobischen und nicht selten auch rassistischen Vorbehalten. Gleichwohl verkennen wir nicht, dass diese Faktoren die Lebenswirklichkeit unserer Zielgruppen entscheidend mitprägen im Sinne der Risiko- und Schutzfaktoren, die in der Suchtprävention eine entscheidende Rolle spielen. Eine schlechte soziale und gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge und Asylbewerber, eine oftmals für Jahre unsichere Lebenssituation, die sie isoliert und häufig abschneidet von der Möglichkeit zu arbeiten und aus eigenen Kräften für ihren Lebensunterhalt zu sorgen, restriktive Asylgesetze, die Menschen, die ohnehin traumatisiert Schutz und Unterstützung suchen, in oft würdeloser Weise in die Hürden der „Beweislast“ schickt, oftmals menschenunwürdige Unterbringungen in Lagern und Heimen, aber auch Aspekte von Fremdenangst und Fremdenhass, die ein menschliches Miteinander erschweren oder verunmöglichen: Dies alles sind schwerwiegende Risikofaktoren für die Entwicklung seelischer und körperlicher Gesundheit, Belastungsfaktoren, die u. a. die Herausbildung von Missbrauch suchterzeugender Substanzen fördern können. –

Wir betonten im Präventionsmanual des ersten SEARCH-Projektabschnittes¹⁵ bereits, dass uns sehr wohl bewusst ist, dass Suchtprävention stets die Balance zwischen verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen wahren muss, will sie erfolgreich und glaubwürdig sein. Beschreibt man „verhältnisorientiert“ dabei nicht nur bezogen auf den mikrosozialen Raum (Familie, Wohnheim etc.), sondern auch auf die eben beschriebenen makrosozialen Bedingungsfaktoren der Verhältnisse, unter denen unsere Zielgruppen leben, wird deutlich, wo unsere Grenzen liegen.

Gleichzeitig aber sehen wir in unserer Arbeit auch Chancen, über Bewusstseinsbildung, Kommunikation, Toleranz und interkulturelle Begegnung Einfluss auf das zu gewinnen, was letztlich allen Entscheidungen über die Gestaltung der „Verhältnisse“, unter denen unsere Zielgruppen leben, zugrunde liegt: das Bewusstsein von Menschen.

¹⁴ Siehe Literaturliste im Anhang

¹⁵ s. {...}

2.2. Praxisorientierte Forschung: Rapid Assessment and Response (RAR)

Viele Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit verlangen rasche Antworten, die andererseits schwierig zu finden sind. Wie verfahren, wenn man nicht nur "spekulativ" den Problemumfang schätzen will? Wie planen, wenn man über keine verlässliche Datenbasis verfügt? Wie wiederum diese erlangen, wenn keine oder wenig Zeit zur Verfügung steht?

Wir entschlossen uns, mit dem Antrag an die Kommission der EU neben den erwähnten Zielen im Bereich der Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber (und illegale Zuwanderer) ein weiteres Ziel zu verbinden, nämlich das "RAR" (Rapid Assessment and Response) zu erproben. An dieser Stelle können wir auf eine ausführlich Beschreibung der Methode verzichten, da aus dem Projekt heraus ein umfassendes RAR-Handbuch erstellt wurde, und uns auf einige Stichworte zum RAR beschränken:

Die RAR-Methode zielt darauf ab, in einem vertretbar kurzen Zeitraum mit vertretbar knappen Mitteln Art, Genese und Umfang eines (angenommenen) sozialen und/oder gesundheitlichen Problems zu ermitteln. Sie bedient sich verschiedener Schätz- und Interviewtechniken und verspricht, Ergebnisse zu liefern, die ausreichend genau und abgesichert genug sind, um Interventionen zu planen. Konkret heißt dies, dass es für die Errichtung z. B. von Präventionsangeboten für Flüchtlingsgruppen irrelevant ist, ob 13,5 oder 15,3 % einer bestimmten Subpopulation riskanten Umgang mit Alkohol haben. Wichtig ist, dass ein solcher bei einem relevanten Teil vorkommt (die Ergebnisse des RAR sind "Indikatoren"). Problemadäquatheit ist der RAR-Methode wichtiger als "wissenschaftliche Genauigkeit".

Gerade im Bereich des Konsums von Suchtmitteln (und hier wiederum insbesondere bei den *illegalen* Drogen) stellt der häufig sehr rasche Wandel von Trends, Konsummustern, Risikoverhalten etc. die Planung von Hilfeangeboten vor große Herausforderungen, was die *Geschwindigkeit* von Forschung betrifft. Hilfe soll dann einsetzen, wenn sie nötig ist, und nicht erst, wenn langwierige Forschungsarbeiten, denen oft der Transferteil fehlt, abgeschlossen sind. Und sie soll stets „zeitnah“ sein, d. h., Änderungen und Wandel der Grundlagen der suchtpreventiven Interventionen müssen begleitend „im Auge behalten werden“. Dieses *Monitoring* war eine wesentliche Aufgabe von SEARCH II, dazu später mehr.

Wie beinahe jede empirische Forschung arbeitet RAR mit Interviews, und zwar mit sog. "Schlüsselpersonen", d. h. Menschen, die ein hohes Wissen über die zu erforschende Problematik besitzen. Dieser Prozess ist in dem RAR-Handbuch differenziert beschrieben. Für die Entstehungsgeschichte des Projektes 'SEARCH' war es von großer Bedeutung, dass die Koordinationsstelle Sucht beim LWL eine Arbeitsgruppe von Suchtforschern und Suchthilfepraktikern ins Leben rief, die sich insbesondere mit dem häufig komplizierten Wissens- und Kompetenztransfer des einen zum anderen Bereich befasste.

Praxisnahe und -relevante Suchtforschung: Uns schien die RAR-Methode hier eine geeignete und interessante Forschungsmethode zu sein, Umfang, Art und Genese eines sozialen oder gesundheitlichen Problems zu erfassen und gleichzeitig auch die Interventionsnotwendigkeiten und –wege zu beschreiben. Die Idee war geboren, die umschriebene Aufgabe -

Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Migranten - mit dem Instrumentarium des RAR zu erforschen. Unser zweites Projektziel lautete somit:

- **Die Wirksamkeit und Praxisrelevanz der Methode "Rapid Assessment and Response (RAR)" soll erprobt werden am Thema "Suchtbelastung und Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Flüchtlingen in Europa"**

Wir können als zusammenfassendes Ergebnis vorweg nehmen: Die Methode hält, was sie verspricht: Sie liefert in einem relativ kurzen Zeitraum eine Fülle von aussagekräftigen Daten, die sowohl Auskunft geben über Ausmaß, Genese und Umfang der Suchtbelastung, als auch über erfolgversprechende Suchtprävention bei diesen Zielgruppen. Und sie gibt gleichzeitig Instrumente und Werkzeuge, den Prozess zu begleiten und zu evaluieren.¹⁶

2.3. Warum ein europäisches Projekt?

Wir deuteten bereits an, dass wir in zahlreichen Kontakten mit Suchthilfeorganisationen in Europa, mit denen wir z. T. schon viele Jahre zusammenarbeiten¹⁷, immer wieder über den Themenbereich "Migration und Sucht" diskutierten. In allen europäischen Ländern stellt dieser Bereich - jeweils länderspezifisch unterschiedlich - die Suchthilfe zunehmend vor (neue) Herausforderungen, und die Situation von Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Zuwanderern wird allenthalben als Problemfeld erkannt, ohne dass Untersuchungen oder gar bewährte Praxis verfügbar wären. Es lag also nahe, Untersuchungen und daraus abgeleitete Interventionen nicht *national*, sondern auf *EU-Ebene* zu erproben. Natürlich können wir nur *exemplarisch* erforschen und erproben. Insofern sind unsere Ergebnisse, was ihre *quantitative* Dimension betrifft, für kein europäisches Land insgesamt "repräsentativ"¹⁸. Der europäische "Mehrwert" dieses Projektes bestand deshalb darin, Prozesse, Ergebnisse, Erfahrungen und Methoden zu vergleichen, voneinander zu lernen, über den "Tellerrand der nationalen Erfahrungen" hinaus zu schauen. Die Ergebnisse sind "national" durchaus sehr verschieden, und doch gibt es "gemeinsame Nenner", die unsere Ergebnisse auf EU-Niveau interessant machen. Dies gilt nicht nur für suchtpreventive Arbeit mit ausgewählten Migranten-Gruppen, sondern auch und gerade für die RAR-Methode, die als Planungs- und Forschungsmethode im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Suchthilfe einen wesentlichen Fortschritt bei der Interventionsplanung darstellt, sowie für die Schlüsse und Handlungsempfehlungen, die wir in den im Anhang beigefügten „Leitlinien...“ zusammengetragen haben.

¹⁶ Allerdings müssen wir betonen, dass auch diese Methode abgesicherte, planungsrelevante Daten nicht "en passant" liefert, sondern nur dann, wenn sie planmäßig, fachgerecht und diszipliniert umgesetzt wird. Wir jedenfalls denken zu dem Zeitpunkt, wo diese Zeilen verfasst werden, intensiv darüber nach, wie in Zukunft ein qualifiziertes Ausbildungsmodul "RAR" implementiert werden kann.

¹⁷ Z. B. im europäischen Netzwerk "*euro net*", siehe

<http://www.lwl.org/ks/drogen/modellprojekte/frmodellprojekte.html>

¹⁸ Wir betonen dies auch, um unsere Forschungsarbeit vor politischem Missbrauch durch Parteien und öffentliche Meinungsträger zu schützen!

3. Über die Arbeit des Projektes 'SEARCH'

Die erste Projektlaufzeit umfasste den Zeitraum vom Oktober 2000 bis zum März 2002. 18 Monate, und das erwies sich in mehrfacher Hinsicht als zu kurz. Viele Präventionsprojekte konnten nur konzeptionell entworfen oder gerade gestartet, aber nicht abgeschlossen werden. Andererseits wurden auch eine Fülle von Ergebnissen erzielt, die im Laufe der verschiedenen Projektphasen erarbeitet wurden:

In der Phase 1

wurde das RAR vorbereitet und durchgeführt. Dazu gehörte die Bestandsaufnahme existierender "good practice", sammeln von Informationen zum Themenbereich sowie – in zeitlicher Verbindung mit dem ersten Workshop im Dezember 2001 in Münster, Deutschland – die RAR-Schulung für die Projektfachkräfte. Unsere Forschungsinstitute hatten für diese Schulung nicht nur Basis-Material vorgelegt, sondern bereits konkrete Erhebungsbögen ("Grids") und andere Arbeitsmaterialien entwickelt¹⁹. Erneut wurde bestätigt, dass es in der Tat aus keinem der beteiligten Projektländer einen nennenswerten Forschungsstand zum Thema "Asyl, Migration und Sucht" zu berichten gab. Wir betraten also "Neuland".

In der Phase 2

wurde das RAR in den Ländern umgesetzt (s. u.). Das Beschränken auf nur eine oder max. zwei Zielgruppen unter den Asylbewerbern und Flüchtlingen fiel schwer (waren doch noch so viele andere Zielgruppen in den Regionen!), der erstmalige Umgang mit den Fragebögen nicht immer ganz einfach, die Respondenten ("Schlüsselinformanten") zu finden zeitaufwendig, und vereinzelt wurden auch falsche Richtungen eingeschlagen²⁰. Die Projektbegleiter und die Projektkoordination berieten die Partner in dieser Zeit ("supporting visits"), um ihnen behilflich zu sein bei der teilweise doch komplexen und schwierigen Umsetzung des RAR.

In der Phase 3

wurden die Ergebnisse zusammengetragen, die jeweiligen Berichte von den Forschungsinstituten ausgewertet, und auf dem zweiten Workshop im Juni 2001 in Turin/Italien Bilanz gezogen. Gleichzeitig wurden die Präventions-Schlussfolgerungen aus dem RAR erörtert und konkrete Arbeitspläne für die Umsetzung der Präventionsaktivitäten verabschiedet.

Die konkrete Umsetzung erster Präventionsaktivitäten begann in dieser Phase. Dabei wurde schnell deutlich, dass die Aktivitäten mit den zahllosen Schlüsselinformanten im Rahmen der RAR-Erhebung bereits ganz wesentliche Schritte *in Richtung Praxis* waren. Gerade aus den Fokus-Gruppen entstanden örtliche Netzwerke, Arbeitsbündnisse, gemeinsame Aktivitäten etc.

Auf dem dritten Workshop im Oktober 2001 in Wien wurden diese Aktivitäten präsentiert und erörtert. Erste Praxisprojekte konnten dargestellt werden. Allerdings wurde auch hier deutlich, dass eine langfristige und nachhaltige Implementierung solcher Präventionsaktivitäten viel mehr Zeit braucht, um Wirkung zu zeigen. Alle Projektpartner schätzten - neben ihren konkreten Produkten - die Entwicklung lokaler Arbeitsbündnisse und Netzwerke im Bereich Migration und Sucht generell, aber auch im Bereich "Asyl, Flucht" etc. als zentrale Aufgabe der Zukunft ein. Es wurde daher beschlossen, dass der LWL bei der EU ein Folgeprojekt beantragt.

¹⁹ S. dazu R. BRAAM/H. VERBRAEK/F. TRAUTMANN: Handbuch 'Rapid Assessment und Response' (RAR) für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern. Hg. LWL, Münster, 2004 (zweite, überarbeitete Ausgabe)

²⁰ Ein Projektpartner z. B. begann mit großem Schwung, eine Zielgruppe zu untersuchen, die aber faktisch nur saisonal zugegen war – natürlich konnte man Schlüsselinformanten aus Verwaltung und anderen (sozialen) Einrichtungen finden, aber keine Person aus der Zielgruppe: Es war eben keine "Saison"!

In der Phase 4,

beginnend im Oktober 2001, wurde in den Regionen einerseits an der weiteren Umsetzung der Präventionsaktivitäten, andererseits wurden erste Länderberichte erarbeitet. Das Trimbos-Institut sowie das CVO-Institut stellten in dieser Phase ihr RAR-Manual fertig. Auf dem Abschluss-Workshop in Barcelona/Spanien im März 2002 wurde Bilanz gezogen und Schritte der Weiterarbeit zu dieser Thematik vereinbart.

4. Das Projekt ‚SEARCH II‘

Die Aufgabenstellung von SEARCH II

Die zweite Projektphase (SEARCH II: **10/2002 – 03/2004**) baut nahtlos auf SEARCH auf und ergänzt die geschilderten Basis-Aufgabenstellungen um folgende Aspekte:

- die Veränderungen bei den Zielgruppen sollten mit Hilfe des zu entwickelnden **RAR-Monitoringmoduls** erfasst und interpretiert werden (Forschungsaspekt),
- die begonnenen Projekte und Netzwerke sollten weiterentwickelt, vertieft und nachhaltig regional verankert werden (**Praxisentwicklung**),
- sechs neue europäische Regionen sollten gewonnen werden, um SEARCH in Europa weiter zu verbreiten (**europäische Dimension**) sowie
- die Ergebnisse des Projekte sollten im Sinne von Handlungsempfehlungen veröffentlicht werden (**Leitlinien**).

4.1. RAR-Monitoring

Der 6 - Monatszeitraum zwischen SEARCH und SEARCH II barg, bevor es im Oktober 2002 in die „zweite Runde“ des Projektes ging, natürlich das Risiko, dass sich wesentliche Zielgruppenveränderungen ergeben hatten, die es verunmöglichen würden, die in SEARCH begonnene Präventionsarbeit lückenlos fortzusetzen. Auch galt es, die Verankerung der bisherigen Arbeit in der ersten Projektphase zu überprüfen und für die Fortführung und Vertiefung wenn nötig Korrekturen vorzunehmen.

Die RAR-Methode bietet nicht nur eine schnelle und für eine Interventionsplanung hinreichend sichere Datenbasis, sondern auch Monitoring- und Evaluationswerkzeuge. Gerade hier liegt ihre Stärke: Sie „meldet sich nicht ab“ nach der Erhebung des Datenmaterials, sondern begleitet den weiteren Prozess, ist sein Bestandteil²¹. Im RAR-Manual der ersten Projektphase führten wir bereits aus :

„In der Implementierungsphase einer Intervention kann RAR für die Prozessauswertung und die Kontrolle und Analyse der Projektentwicklung eingesetzt werden. RAR erleichtert die Entscheidung, ob bestimmte Ziele, Zielgruppen oder Interventionen einer Änderung bedürfen, und hilft bei der Erkennung von Veränderungen, die im Laufe der Zeit auftreten können, ohne dass die Beteiligten dies merken. Bei der Kontrolle können auch Informationen über die Reaktionen von Dritten (Partnerorganisationen, Entscheidungsträger, öffentliche Meinung und Medien) auf die durchgeführten Interventionen oder Informationen über die Entwicklung von lokalen oder regionalen Netzwerken etc. berücksichtigt werden.“

Zu guter Letzt eignet sich die RAR-Methode auch als Instrument zur ersten Auswertung von Effekten, indem sie Informationen über die Wirkung und die Effekte einer Intervention verschafft.“²²

Folglich begann SEARCH II mit einer Schulung der Projektpartner in den RAR-Monitortechniken und dem entsprechenden RAR-basierten Monitoring in den Regionen.

An den meisten Projektstandorten hatten sich die Bedingungen, die Gruppen, ihre Zusammensetzung etc. deutlich gewandelt, so dass Korrekturen und Neuorientierungen nötig wurden. Mehr dazu in den Regionalbeiträgen in diesem Bericht²³.

²¹ vgl. BRAAM et al., a. a. O. {...} S. xy

²² {...}

²³ Eine Sondersituation bestand beim deutschen Projektpartner: Für den ausgeschiedenen Kreis Soest wurde für SEARCH II die Drogenberatung Lippe in Detmold gewonnen. Hier wurde, da ja bisher

4.2. Die Präventionsprojekte

Bei der Entwicklungsumsetzung der Präventionsprojekte gibt es ein differenziertes Bild: Während an einigen Standorten eine direkte Weiterentwicklung der begonnenen Präventionsansätze aus SEARCH möglich und sinnvoll war (Barcelona, Gent, Turin), musste an anderen Standorten neu begonnen (Detmold, Wien) oder aber modifiziert werden (Enschede).

Als ein großer Vorteil erwies sich, dass in der ersten Projektphase in großem Umfang Vernetzungsarbeit in den Regionen geleistet wurde: Bereits existierende Informationen brauchten oftmals nur aufgefrischt, bestehende Netzwerke fortgeführt, bewährte Kooperationen vertieft werden. Da die Projektziele bekannt und weitgehend von den regionalen fach- wie auch politischen Gremien der Regionen unterstützt wurden und werden, sind wir optimistisch, dass es uns gelungen ist, dem Ziel der nachhaltigen Verankerung der Projektideen und Ergebnisse deutlich näher gekommen zu sein. An vielen Standorten (Barcelona, Gent, Enschede) zeugen Nachfragen aus dem ganzen Land davon, dass auch überregional SEARCH Bekanntheit erworben hat und die Projektergebnisse aufgegriffen werden.

4.3. Neue Projektpartner

Wie zuvor beschrieben hatte sich SEARCH II zur Aufgabe gesetzt, seine Ergebnisse und Methoden in Europa weiter zu verbreiten, u. a. durch die Einbeziehung neuer Projektpartner in 6 weiteren Ländern. Dieser Prozess gestaltete sich langwieriger als zunächst angenommen. Die Gründe waren vielfältig und reichten von Überlastung der angefragten Organisationen mit anderen, angestammten Aufgaben über massive finanzielle Schwierigkeiten durch Mittelkürzungen bis hin zu nur sekundärem Interesse am Themenbereich des Projekts. Der letztgenannte Grund war jedoch eher selten, in der Regel bestand ein großes Interesse am Thema, zumal uns in allen angefragten Ländern bestätigt wurde, dass unsere Projektzielstellung – Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und vor allem *illegalen* Zuwanderern – von aktuellem Interesse wäre...

Es gelang uns jedoch, sechs neuen Partner zu gewinnen²⁴, eine gute Wahl mit gestandenen, professionellen Trägern und großem Interesse an einer langfristigen Zusammenarbeit zum Thema und darüber hinaus zum Komplex „Migration und Sucht“.

Die ersten Schritte mit den neuen Partnern bestanden zunächst darin, sie in einem 5-tägigen Workshop in der RAR-Methode zu schulen²⁵. Die weitere Arbeit war geprägt durch den eher späten Beitritt zum SEARCH II-Projekt. Die ausbleibende Projektlaufzeit ließ es nur zu, die ersten RAR-Schritte umzusetzen: Das Sammeln existierender Informationen, die Ermittlung von Zugangswegen und zur Stichprobenerhebung sowie die Definierung von Key Respondents. Wir einigten wir uns auf die globale Zielbeschreibung: Eine regionale und/oder nationale Übersicht zum Thema „Unsere Zielgruppen und Sucht“ zu erstellen sowie erste Schlussfolgerungen zu den „urgent needs“ zu ermitteln. In einigen Fällen wurden zur Unterstützung der Datenerhebung Interviews und/oder Fokusgruppen durchgeführt.

noch keine Daten und Ergebnisse vorlagen, das „Basis-RAR“ durchgeführt statt des Monitoring-RAR. Mehr dazu im Bericht der DROBS Detmold.

²⁴ Vgl. Liste der Projektpartner im Anhang

²⁵ Turin {...}

5. Einige ausgewählte Ergebnisse von 'SEARCH' und 'SEARCH II'²⁶

5.1. Belastungen durch Migration

Heute gehen wir in der Forschung über die gesundheitliche Situation von Migranten/innen davon aus, dass eine Reihe von Belastungs- und Risikofaktoren generell Gesundheitsrisiken bergen, und davon wiederum ist ein Teil der Bereich der Sucht.

Welche Faktoren können wir heute benennen? Wie spiegeln sich diese Erkenntnisse in unseren *spezifischen* Ergebnissen wider?

Interkulturelle Verständigung

Insbesondere unsere Zielgruppen haben durch ihre teilweise kurzen Aufenthalte im Land, ihre spezifische Lebenssituation und ihre Migrationshintergründe deutlich mehr Verständigungsschwierigkeiten mit den Menschen des Gastlandes als z. B. die zweite oder gar dritte Generation der dort lebenden Arbeitsmigranten. Anders herum haben auch die Menschen des Gastlandes hier mehr Schwierigkeiten, Kontakte aufzubauen, Fremdheitsgefühle zu überwinden. Dieser Prozess, der stets beidseitig gelernt werden muss, um eine interkulturelle Verständigung zu ermöglichen, setzt den Erwerb von *interkultureller Kompetenz* voraus. Die Erfahrungen der beiden Projektphasen in diesem zentralen Bereich werden wir im „Leitfaden ...“²⁷ darstellen.

Sprachliche Probleme

Sich nicht in der Sprache des Gastlandes ausdrücken zu können bedeutet, von einer lebendigen Alltagskommunikation, Kontaktmöglichkeiten etc. abgeschnitten zu sein, sich nur auf die Kommunikation mit Menschen der eigenen Muttersprache verlassen zu können. Dies fördert Isolation und Segregation. Und selbst wenn die Sprache gelernt wird, drücken sich in den *Sprachinhalten* (also auf semantischer Ebene) erhebliche kulturelle Unterschiede aus, die es sehr schwer machen können, Zusammenhänge im gesundheitlichen und medizinischen Bereich zu "verstehen". Dies ist für Präventionsaktivitäten von entscheidender Bedeutung.

Alle unsere Respondenten bestätigten, dass das Fehlen der Sprachkompetenz in der Sprache der Gastländer mit beiträgt zur Isolierung (bis hin zur "Ghettoisierung") von Asylbewerbern, Flüchtlingen und illegalen Migranten. Für eine erfolgreiche Suchtprävention ist es andererseits unerlässlich, ihnen die Risiken und Wege ihrer Vermeidung *in ihrer Sprache und* auf ihrem Kulturhintergrund nahe zu bringen.

Wohnbedingungen

Zuwanderer generell leben in der Regel (zumindest in der ersten, oft aber auch in der zweiten Generation) unter Wohnbedingungen, die eingeschränkt und belastend sind, oft auch in der Aufteilung der Wohnung nicht den Normen des Herkunftslandes entsprechen²⁸. Dies gilt natürlich umso mehr für Flüchtlinge und Asylbewerber als auch für illegale Migranten, die in allen europäischen Ländern unter restriktiven, belastenden und einschränkenden Wohnbedingungen leben (in Heimen, teilweise gefängnisähnlichen Unterkünften, auf der Straße etc.). Es war für uns alle eine teilweise regelrecht bedrückende Erfahrung, wie menschenunwürdig mitunter die Unterkünfte der Asylbewerber waren!

²⁶ Vorbemerkung: Es ist wenig sinnvoll, die ohnehin in den Länderberichten dargestellten Ergebnisse hier nochmals in der "Mite-Form" zu wiederholen. Wir wollen einige Schlussfolgerungen und Erkenntnisse zusammen fassen und sozusagen in "komprimierter" Form hier herausstellen.

²⁷ siehe Kap.

²⁸ Für Deutschland vgl. MFJFG (Hg.) Gesundheit von Zuwanderern in NRW, Düsseldorf 2000, S. 16 ff. Vgl. auch: Toni FALTERMAIER, Migration und Gesundheit, in: P. MARSCHALCK/K. H. WIEDL, Migration und Krankheit, Osnabrück 2001, S. 93 ff.

Arbeitsbedingungen

Mehrere Untersuchungen im deutschsprachigen Raum (und wir gehen davon aus, dass dies auch für andere europäische Länder gilt!) weisen darauf hin, dass Zuwanderer in der Regel sowohl schlechtere Arbeitsbedingungen als die einheimische Bevölkerung haben, als auch schlechtere Möglichkeiten, Ausbildungen in den Gastländern zu erlangen. Weiterhin stellt die technologische Anforderungsschwelle der Gastländer sehr viele von ihnen auf dem Hintergrund der Arbeitswelt-Erfahrungen ihrer Herkunftsländer vor sehr schwierige Aufgaben. Für die von 'SEARCH' untersuchte Gruppen der Flüchtlinge, Asylbewerber und illegalen Zuwanderer gelten natürlich noch andere Aspekte: Die meisten von ihnen dürfen (aufgrund der nationalen Gesetzgebungen) nicht oder nur sehr eingeschränkt arbeiten, sind somit häufig zur Untätigkeit verdammt und zu "Almosenempfängern" degradiert. Dies fördert die Isolation, die "Ghettobildung" und hat - so unsere Untersuchungen - erheblichen Einfluss auf das Selbstwertempfinden, Lebensmut und Gesundheit.

In vielen Ländern kommen die Flüchtlinge und Asylbewerber kaum aus ihrer isolierten Lebenssituation heraus, nicht zuletzt auch, weil *generell und strukturell* die ihnen zur Verfügung stehenden Geldmittel sehr gering bemessen sind. Hier entsteht das Risiko, dass der Einstieg in den Bereich des Drogenverkaufs („Dealern“) gesucht wird.

Unkenntnis der Versorgungsstrukturen

Migranten/innen leben häufig in großer Unkenntnis der Versorgungsstrukturen im sozialen wie gesundheitlichen Bereich ihrer Gastländer. Bei auftretenden Störungen wird keine adäquate Hilfe gesucht, sondern Lösungen innerhalb des Familienverbandes erörtert, der dann aber häufig überfordert ist und mit Hilflosigkeit reagiert. Wird sich dies noch bei den Arbeitsmigranten im Laufe von Jahren tendenziell verbessern, gilt dies für unsere Zielgruppen in besonderem Maße: Sehr häufig wissen diese Menschen nicht, wie und wo sie Hilfe für auftretende Probleme erhalten können; teilweise sind ihnen die Zugänge zu dieser Hilfe durch nationale Gesetzgebungen versperrt (keine Finanzierung bestimmter Dienstleistungen für Asylbewerber und Flüchtlinge im gesundheitlichen Bereich wie z. B. durch das Asylbewerberleistungsgesetz in Deutschland²⁹).

Ein weiterer wichtiger Aspekt tauchte in den verschiedenen Projektstandorten auf: Oftmals kommen gerade die Menschen unserer Zielgruppen aus Gebieten in der Welt, in denen Gewalt, Rechtlosigkeit, staatliche Willkür und politische wie religiöse Verfolgung herrschen. Sie verstehen Versorgungssysteme der westlichen demokratischen Welt nicht, mißtrauen ihren Institutionen, ihren Intentionen. Auch hier gilt es, sensible, den Ausgangserfahrungen der Menschen angepasste Zugänge zu suchen.

Familienstrukturen

Generell spielt für die psychosoziale Belastung von Migrantenfamilien die tendenzielle Auflösung der (traditionellen) Familienstrukturen im Gastland eine große Rolle. Dies einerseits durch das Zerreißen der Familienbande im Zuge der Migration selbst, aber andererseits auch durch die schleichende Adaption von kulturellen Normen durch Familienmitglieder (in der Regel der zweiten usw. Generation), was zu innerfamiliären Konflikten und einem zunehmenden "kulturellen Antagonismus" und damit verbunden zu massiven seelischen und gesundheitlichen Problemen führt³⁰. Die von uns untersuchten Zielgruppen wiederum erleben diese generell für Zuwanderer zutreffenden Bemerkungen nochmals dramatischer durch weitere Belastungsfaktoren: Oft werden im Zuge der Flucht Familien auseinandergerissen, oder sie können durch nationale Beschränkungen in den

²⁹ Vgl. dazu kritisch PRO ASYL (Hg.): G. CLASSEN, Menschenwürde mit Rabatt. Kommentar mit Dokumentation zum Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und zum Flüchtlingssozialrecht, Berlin 2000²

³⁰ "Nachahmung" der Lebensgewohnheiten der Menschen der Gastländer spielt ebenfalls eine Rolle: Die gewohnten Lebens- und Verhaltensmuster der Herkunftskultur kontrastieren erheblich mit den Lebensgewohnheiten des Gastlandes. Für diejenigen, die ihre (eigentlich im Sinne der Suchtgefährdung) *protektive* kulturelle Identität aufgeben, bleibt für lange Zeit nur die Möglichkeit, eine „neue“ kulturelle Identität nur zu „simulieren“. Der Umgang mit Alkohol z. B. wird umso riskanter, je weniger dieser Gebrauch zum Kulturstandard des Herkunftslandes gehörte.

Aufnahmelandern nicht oder nur sehr beschränkt zueinander kommen. Die Familie als "Schutzfaktor", als Abschirmung gegen die (ihnen weitestgehend noch unbekannt) Risiken des Gastlandes ist häufig zerrissen. Dies gilt sowohl für die Asylbewerber als auch für die maghrebinischen Zuwanderer in Turin und Barcelona. Der Verlust der Familie führt zur Singularisierung von Lebenszusammenhängen und -möglichkeiten und wird zu einem deutlichen Risikofaktor für die Gesundheit generell, aber auch für Suchtbelastungen³¹.

Migration als Trauma

Der Verlust der Heimat, der gewohnten Umgebung, der kulturellen Sicherheit und Zuversicht, kurz: der basalen Lebenssicherheit, spielt in jedem Migrationsprozess eine erhebliche Rolle. Die fremden Kulturen werden als schwer durchschaubar, ja bedrohlich erlebt, der Verlust des Gewohnten betrauert. In fast allen europäischen Ländern wird dieser Prozess der tendenziellen "Entwurzelung" in der Zwischenzeit ernst genommen und nicht mehr nur mit dem unreflektierten Aufruf zur "Integration" beantwortet. Integration setzt Offenheit, Vertrauen, Zuversicht und Respekt voraus, und das auf beiden Seiten. Dies muss erst erworben werden; und die Forderung nach Integration darf nicht verbunden werden mit der nach "Aufgabe der kulturellen Identität". Sonst wirkt sie angsterzeugend und segregierend, was wiederum zu seelischen Belastungen und negativen gesundheitlichen Reaktionen führen kann.

Das Gesagte gilt - so auch unsere Erhebungen - wiederum umso mehr für die von uns untersuchten Gruppen: Die Hintergründe für das Verlassen der Heimat waren dramatisch, oft traumatisierend, Verfolgung, Angst, Demütigung, Folter und drohender Tod spielen eine Rolle, aber auch - wie bei den Maghrebinern - Armut, Elend, Verelendung, Angst und Hoffnungslosigkeit im Heimatland. Solche schweren Wunden heilen langsam, und der unsichere, von vielen neuen Belastungen, Zukunftsangst und Unsicherheit geprägte Status als Asylbewerber, Flüchtling oder illegaler Zuwanderer erschwert diesen Prozess zusätzlich. Traumata (und die damit verbundenen posttraumatischen Belastungssyndrome) spielen in unserem RAR eine wesentliche Rolle bei der Klärung der Frage nach den Gründen für die Vulnerabilität gegenüber Suchtmittelge- und -missbrauch.

Insgesamt haben wir in den Ländern mit Hilfe des RAR eine eindrucksvolle "Datenbasis" über die Hintergründe von Suchtrisiken, die Verbreitung von Suchtmittelge- und -missbrauch sowie von Ansätzen, Mitteln und Methoden der Suchtprävention erlangt. Viele unserer Vorannahmen mussten revidiert werden, einige wurden aber auch bestätigt.

Suchtbelastung

Die *tatsächliche* Suchtbelastung unter den untersuchten Gruppen ist quantitativ eher gering, allerdings nehmen Suchtprobleme da, wo sie auftreten, einen belastenderen Verlauf als bei Vergleichsgruppen der heimischen Bevölkerung. Und in allen Ländern fiel auf, dass auf Grund der nationalen Gesetze eine *therapeutische Behandlung* einer Suchterkrankung bei unseren Zielgruppen nahezu ausgeschlossen ist (da sie nicht finanziert wird!). Diesen Mangel verfolgten wir allerdings nicht weiter im Projekt, zumal wir uns auf die Seite der *präventiven Aktivitäten* beschränken mussten. Gleichwohl führen wir hier dieses Faktum an als Hinweis für die Gesundheits- und Sozialpolitik der Länder.

³¹ In einigen unserer Untersuchungen konnten wir eine deutlich höhere Vulnerabilität ggü. Suchtmitteln bei alleinstehenden Männern festmachen.

5.2. Die Länderberichte³² und Produkte

Auf den folgenden Seiten werden die Länderergebnisse unseres Projektes dargestellt. Sie sprechen für sich und bedürfen keiner Interpretation vorweg. Die Berichte kommen aus der Praxis, sind für die Praxis geschrieben worden. Sie fassen die Prozesse, Erfahrungen, Ergebnisse zusammen, sie stellen einen Prozess dar, der an keiner Stelle abgeschlossen ist, sondern in vielfältiger Form andauert und fortgeführt wird. Die Berichte der sechs „neuen“ Länder sodann zeigen Situationen, Trends, Entwicklungen auf, und insbesondere verschiedene Weiterentwicklungs-Bedarfe.

Die *Produkte* des ‚SEARCH‘-Projektes gliedern sich auf in drei verschiedene Gruppen:

- Konkrete Materialien, die flexibel eingesetzt werden können in der Suchtprävention mit Menschen aus anderen Kulturen. Zu nennen wären hier z. B. die Karten und Figuren aus Enschede, die sehr gut geeignet sind, junge Asylbewerber anzusprechen, deren Kommunikations-, Sprach- und Wahrnehmungsformen eher an Bildern, an visuell-affektiv basiertem Lernen orientiert sind als an den rational-kognitiven, die in unseren Kulturen vorherrschen;
- Curricula und Schulungsrichtlinien für Menschen, die (ehrenamtlich oder professionell) mit unseren Zielgruppen arbeiten. Die Projektpartner aus Barcelona z.B. haben mit der Fortschreibung ihres „Guides“³³ ein Schulungskonzept entwickelt, das derzeit erfolgreich nicht nur in Barcelona, sondern mittlerweile in mehreren spanischen Städten angewandt wird;
- Implementierungen der Arbeit mit Asylbewerbern, Flüchtlingen und illegalen Migranten in regionale und überregionale Strukturen und Institutionen (wie z. B. in Wien) mit Hilfe von nachhaltigen Schulungs- und Coachingkonzepten.

Wir machten mit unserem Projekt in allen Ländern Türen auf, brachten Menschen und Institutionen zusammen, und wir entdeckten oder besser: beschrieben einen Bedarf an *spezifischer* Prävention, der vorher zwar "irgendwie" vorhanden und in vielen Köpfen auch *bewusst* war, nicht aber angegangen wurde. Oftmals entstanden örtliche Arbeitsbündnisse, Netzwerke, die sich Aufgaben stellten, die weit über die Einzelprojekte, das Projektende und auch über das, was ‚SEARCH‘ und ‚SEARCH II‘ leisten wollte, hinausreichen.

Alle, die bereits europäische Projekte durchgeführt haben, wissen um das Risiko, dass die Projektergebnisse "folgenlos" bleiben, dass die häufig interessanten und wichtigen Ergebnisse nicht "implementiert" werden, nicht zu einer Veränderung der Praxis beitragen, sondern zwischen den Buchdeckeln der Abschlussberichte schlummern. Umso mehr freuen wir uns, dass ‚SEARCH‘ Wirkung zu haben scheint. In allen Standorten hat unsere Arbeit *nachhaltige* Folgen, die sich oft, aber nicht immer „nur“ auf unsere Zielgruppen erstrecken, sondern auch ausgeweitet wurden auf andere, weitere Fragen und Felder der migrationspezifischen Sucht- und Gesundheitsarbeit. In einigen Ländern betraten wir mit unserem Thema Neuland, in anderen ergänzten wir existierende Ansätze zur Integration von Migranten um die Aspekte Asylbewerber, Flüchtlinge, illegale Zuwanderer.

Der LWL als Projektträger hat gelernt, dass die RAR-Methode hervorragende Instrumente zur Planung von Interventionen im psycho-sozialen Bereich zur Verfügung stellt, aber auch, dass ‚SEARCH‘ viele Dinge "nur" anstoßen konnte, die es zu vertiefen gilt. Im Bereich Migration erleben in der *Zwischenzeit* alle Länder eine erhebliche Zunahme von teils legaler,

³² Hier verweisen wir auf das bereits erwähnte Manual von SEARCH, in dem zum Vergleich die Berichte der ersten Projektphase herangezogen werden können, herunterladbar unter: www.projekt-search.de

³³ Zu finden auf der beigelegten CD-rom

teils illegaler Zuwanderung:

Woher auch immer diese Menschen kommen, die ihre Heimat verlassen, um anderswo Schutz, Frieden oder auch nur soziale Sicherheit, ein Auskommen und Überleben zu finden, sie sind da, leben unter uns, verdienen allein schon deshalb unsere Aufmerksamkeit und Sorge!

(Statistik 1)

	Flüchtlinge	Asylsuchende	Zurückgekehrte Flüchtlinge	Binnenvertriebene / Zurückgekehrte Binnenvertriebene und andere	<i>Gesamt</i>
Asien und Pazifik	4.253.500	32.800	1.995.700	3.166.300	9.448.100
Europa	2.136.300	366.800	84.000	1.171.500	4.403.900
Afrika	3.343.700	159.600	341.300	715.100	4.593.200
Amerika	656.200	455.200	-	1.000.100	2.111.500
Total	10.389.700	1.014.400	2.425.000	6.728.000	20.556.700

(Statistik 2)

<i>Herkunftsland</i>	<i>Hauptasylländer</i>	<i>Anzahl der Flüchtlinge</i>
Afghanistan	Pakistan /Iran	2.481.000²⁾
Burundi	Tansania/Dem. Rep. Kongo	574.000
Sudan	Uganda/Äthiopien/Dem. Rep. Kongo/ Kenia/Zentralafrikanische Republik	505.200
Angola	Sambia/Dem. Rep. Kongo/Namibia/Kongo	433.000
Somalia	Kenia/Jemen/Äthiopien/Großbritannien/ USA/Dschibuti	429.000
Dem. Rep. Kongo	Tansania/Kongo/Sambia/Burundi/Ruanda	415.000
Irak	Iran/Deutschland/Niederlande/Schweden	401.000
Bosnien und Herzegowina	Serbien und Montenegro/USA/Schweden/ Dänemark/Niederlande	372.000
Vietnam	China/USA	348.000
Eritrea	Sudan/Äthiopien	316.000

¹⁾ Geschätzte mehr als vier Millionen Palästinenser, die von der UNRWA (Hilfswerk der Vereinten Nationen für Palästinaflüchtlinge im Nahen Osten) betreut werden, sind in obiger Tabelle nicht aufgeführt. Palästinenser, die sich jedoch außerhalb des UNRWA-Einsatzgebietes befinden, z.B. in Libyen oder im Irak (428,710 im Jahr 2002), fallen in den Zuständigkeitsbereich von UNHCR.

²⁾ Die angegebene Zahl ist eine Schätzung von UNHCR, während Regierungsstatistiken von 2 Millionen Flüchtlingen im Iran und 1,8 Millionen in Pakistan sprechen.

(Statistik 3)

Staat	2001	2002	Anträge in %		Anträge pro 1.000 Einwohner	
			2001	2002	2001	2002
Belgien	24.550	18.810	5,2	4,1	2,4	1,8
Bulgarien	2.430	2.890	0,5	0,6	0,3	0,4
Dänemark (1)	12.510	5.950	2,7	1,3	2,4	1,1
Deutschland (2)	88.290	71.130	18,8	15,5	1,1	0,9
Finnland	1.650	3.440	0,4	0,7	0,3	0,7
Frankreich	47.290	50.800	10,1	11,1	0,8	0,9
Griechenland	5.500	5.660	1,2	1,2	0,5	0,5
Großbritannien	92.000	110.700	19,6	24,1	1,5	1,9
Irland	10.330	11.630	2,2	2,5	2,7	3,1
Italien	9.620	7.280	2,0	1,6	0,2	0,1
Liechtenstein	110	90	0,0	0,0	3,4	2,8
Luxemburg	690	1.040	0,1	0,2	1,6	2,4
Niederlande	32.580	18.670	6,9	4,1	2,1	1,2
Norwegen	14.780	17.480	3,1	3,8	3,3	3,9
Österreich (3)	30.140	37.070	6,4	8,1	3,7	4,6
Polen	4.510	5.150	1,0	1,1	0,1	0,1
Portugal	230	250	0,1	0,1	0,0	0,0
Rumänien	2.430	1.110	0,5	0,2	0,1	0,0
Schweden	23.520	33.020	5,0	7,2	2,7	3,7
Schweiz	20.630	26.220	4,4	5,7	2,9	3,7
Slowakische Rep.	8.150	9.740	1,7	2,1	1,5	1,8
Slowenien	1.510	700	0,3	0,2	0,8	0,4
Spanien	9.490	6.180	2,0	1,3	0,2	0,2
Tschechische Rep.	18.090	8.480	3,8	1,8	1,8	0,8
Ungarn	9.550	6.410	2,0	1,4	1,0	0,6
Insgesamt	470.580	459.900	100,0	100,0		
EU	388.390	381.630	82,5	83,0		

Die Zahlen beziehen sich auf Personen, alle Angaben für 2002 sind vorläufig.

(1) einschließlich Asylsuchende, die in ein sicheres Drittland verbracht wurden oder deren Anträge unter dem Dublin-Verfahren bearbeitet werden.

(2) nur Erstanträge

(3) Die Zahlen für 2001 schließen 5.622 Personen ein, die Asyl in österreichischen Botschaften beantragt haben. Nur wenige von ihnen, in der Mehrheit Afghanen konnten nach Österreich einreisen.