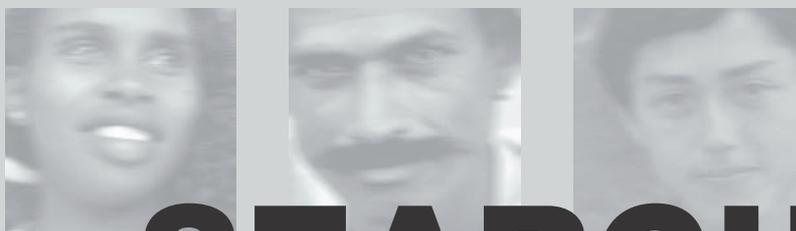




KOORDINATIONSTELLE *Sucht*

SEARCH II
Suchtprävention
für Flüchtlinge und Asylbewerber



SEARCH II

Materialien zur Suchtprävention für Flüchtlinge,
Asylbewerber und illegale Einwanderer

Materials for Drug Prevention for Asylum Seekers,
Refugees and Illegal Immigrants



Landschaftsverband
Westfalen-Lippe www.lwl.org

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 die in ihrem Auftrag handelnden 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
D-48133 Münster

eMail:
kswl@lwl.org

Internet:
www.lwl.org/ks

1. Auflage

150 deutsch, 150 englisch
Münster, Februar 2004

Materialien

**zur Suchtprävention für Flüchtlinge,
Asylbewerber und illegale Einwanderer**

Ergebnisse des EU-Projektes 'SEARCH II'

Inhalt

Vorwort des Herausgebers	6
1. Zur schnellen Übersicht: Die Projektergebnisse in der Zusammenfassung	9
2. Die Ausgangssituation der Projekte 'SEARCH' und 'SEARCH II'	13
2.1. Asyl, Flucht und Suchtrisiken	13
2.1.1. Suchtmittelgebrauch in Europa	13
2.1.2. Flucht und Asyl	15
2.1.3. Asyl in Europa	16
2.1.4. Die „politische Dimension“	18
2.2. Praxisorientierte Forschung: Rapid Assessment and Response (RAR)	19
2.3. Warum ein europäisches Projekt?	20
3. Über die Arbeit des Projektes 'SEARCH'	21
4. Das Projekt 'SEARCH II'	23
4.1. RAR-Monitoring	23
4.2. Die Präventionsprojekte	24
4.3. Neue Projektpartner	24
5. Einige ausgewählte Ergebnisse von 'SEARCH' und 'SEARCH II'	25
5.1. Belastungen durch Migration	25
5.2. Die Länderberichte und Produkte	27
Anmerkungen	29
6. Länderbericht Österreich	31
7. Länderbericht Belgien	41
8. Länderbericht Großbritannien	57
9. Länderbericht Deutschland	85
10. Länderbericht Griechenland	101
11. Länderbericht Irland	111
12. Länderbericht Italien	125
13. Länderbericht Luxemburg	139
14. Länderbericht Niederlande	153
15. Länderbericht Portugal	165
16. Länderbericht Spanien	175
17. Länderbericht Schweden	187
18. Leitlinien für die Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Migranten	203
19. Projektpartner 'SEARCH II'	229

Wir haben uns entschlossen, in der Reihenfolge der Länderberichte dem englischen Alphabet zu folgen und keine „Zweiteilung“ zwischen „alten“ und „neuen“ Projektpartnern vorzunehmen.

Liebe Leserin, lieber Leser,

den Abschlussband des ersten 'SEARCH'-Projektes hatte noch Herr Dr. Pittrich herausgegeben, der als Dezernent der Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) verantwortlich zeichnete für die Koordinationsstelle Sucht und damit auch für das Projekt 'SEARCH'. Zwischenzeitlich ist Dr. Pittrich in den Ruhestand getreten, und die organisatorische Zuständigkeit für die Koordinationsstelle Sucht wechselte zum Landesjugendamt beim LWL.

Der Landschaftsverband als kommunaler Dachverband einer der bevölkerungsreichsten Regionen in Deutschland ist konfrontiert mit einer Vielzahl von Migrantinnen und Migranten, und mein Dezernat sah sich in den letzten Jahren mit einer Vielzahl von Problemstellungen gegenüber, die diese Menschen mitbringen. Dazu zählen ihre gesundheitlichen Probleme, und zu diesen wiederum möglicherweise vorhandene Suchtbelastungen.

Für die offizielle Gesundheitsberichterstattung sind die Asylbewerber und Flüchtlinge schwierig zugänglich oder einschätzbar. Offiziell wurden in 2001 in Westfalen-Lippe rd. 7.400 Asylbewerber und rd. 100.000 Flüchtlinge registriert.

Das Landesjugendamt im LWL ist für den großen Bereich der Jugendhilfe zuständig, und naturgemäß laufen in unserem Hause alle Berichte zusammen über die Entwicklung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, insbesondere natürlich auch über die spezifischen Probleme der jungen Ausländer.

Hier beobachten wir – und dies ist ein Bundestrend, der nicht nur für Westfalen-Lippe zutrifft – in den letzten Jahren problematische Entwicklungen vor allem auch bei den in Deutschland lebenden jungen Menschen der zweiten (und vielleicht dritten) Generation der sogenannten "Gastarbeiter" sowie bei den jungen zugezogenen sogenannten "Russlanddeutschen" aus der ehemaligen Sowjetunion.

Zunehmender Drogen- und Alkoholmissbrauch, Gewaltbereitschaft, Bandenbildung – zum Teil zurückzuführen auf eine Gettoisierung – deuten auf die beträchtlichen Schwierigkeiten dieser jungen Menschen hin, sich im für sie fremden Deutschland zurechtzufinden und tragfähige Perspektiven für ein zufriedenes Leben zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang stellt sich immer wieder die Fragen:

- Reichen die entwickelten Ansätze, Methoden und Konzepte der Gesundheitsvorsorge und Suchtprävention auch für diesen Personenkreis? Sind sie sozusagen "1 zu 1" übertragbar auf Menschen aus ganz anderen Kulturkreisen?
- Wie muss eine "kultursensible" Suchtprävention aufgebaut sein und aus welchen Ressourcen wird die Kompetenz gespeist, die notwendig ist, um "interkulturell kompetent" diese Aufgabe anzugehen?

Dies sind Fragen, die das Projekt 'SEARCH' aufgegriffen hat und für die (erste) Antworten gefunden wurden.

Als kommunaler Verband müssen wir aber auch die Frage beantworten:

Was haben die Kommunen, d. h. in Städten, Gemeinden und Kreisen von diesem Projekt?

Eine erste Antwort wurde hier bereits gegeben:

- Es wurden Ansätze und Methoden der Suchtprävention für Gruppen erprobt, deren Leben fernab aller Statistik in den Kommunen stattfindet und nicht "weit weg" in einem abstrakten Land.
- Alle Ansätze, die im Projekt 'SEARCH' erprobt wurden, sind kommunale Ansätze, die dem Planer der Jugend-, Sozial- und Gesundheitspolitik vor Ort helfen, Risiken zu erkennen und effektive Lösungen zu entwickeln.

Was die europäische Dimension des Projektes angeht so wird diese allein schon durch die engagierte Beteiligung aller Projektpartner, aber auch durch die zum Teil übereinstimmenden Fragestellungen deutlich: Sicherlich hat jedes Land seine eigenen migrationspezifischen Problemstellungen. Diese sind aber in ihrer Grundstruktur und der Ausgangssituation meist die gleichen, denn alle europäischen Länder sind Zielländer für Migration geworden, und fast überall zeigen sich ähnliche Probleme.

Dabei spielen sich die jeweils konkreten Entwicklungen nicht "abstrakt national" ab, sondern in den Regionen, die dann Lösungen finden müssen und die das Notwendige vor Ort umzusetzen haben.

Hier scheint mir der wesentliche Sinn dafür zu liegen, dass wir von dem Europa der Regionen sprechen.

So haben wir bei dem Projekt 'SEARCH' ganz konkret erlebt, dass Lösungsvorschläge stets und in allen Ländern zunächst regional erarbeitet und erprobt werden müssen, um dann "national" weitergeleitet zu werden. Wir lernen in diesem Europa der Regionen voneinander: Alle sind Lehrer und Lehrende, jede Region bringt ihren spezifischen Ansatz ein, ihre Erfahrungen, Traditionen, ihre Fragen. Damit wird deutlich, dass europäische Projekte und Erprobungen die Arbeitsform der Zukunft sind. Diese Feststellung scheint mir überaus wichtig in einer Zeit, in der offensichtlich eine gewisse Europamüdigkeit eingetreten ist.

Aber es gibt auch noch einen weiteren Aspekt des Projektes, der hervorgehoben werden sollte: Die Forschungsmethode "Rapid Assessment and Response (RAR)", mit der das Projekt seine Grundlagen für die Praxisprojekte ermittelte.

- Die Projektbeteiligten haben gerade mit dieser Methode eine Reihe von Dingen bewegt, die für Politiker und Verantwortliche in den kommunalen Verwaltungen von erheblicher Bedeutung sind. So wurde bewiesen, dass eine wissenschaftlich fundierte Projekt- und Interventionsplanung im Sozial- und Gesundheitsbereich mit vergleichsweise geringem finanziellen Aufwand und dabei rasch verfügbaren und zudem noch fundierten Ergebnissen möglich ist. Dies ist in unserer Zeit, in der die für die Forschung zur Verfügung stehenden Mittel immer knapper werden, ein nicht zu unterschätzender Vorteil.
- Es wurde weiterhin aufgezeigt, dass sich bei einem solchen Vorgehen die Forschung nicht vom Implementierungsprozess der Ergebnisse sozusagen "verabschiedet", sondern ihn weiter begleitet mit spezifischen Monitoring- und Evaluationsinstrumenten wie sie ja gerade in 'SEARCH II' erprobt wurden.

Gerade der letztgenannte Aspekt sollte auch noch aus einem anderen Grunde hervorgehoben werden: Die beinahe schon traditionell festzustellende Distanz zwischen Forschung und Praxis, oder besser: zwischen Forschern und Praktikern mit ihren jeweils unterschiedlichen Methoden und Instrumentarien, die sich in beinahe allen sozialen Aufgabenfeldern wiederfindet, kann – und auch dies haben die 'SEARCH'-Projekte belegt – aufgehoben werden durch andere Methodiken, Rollen und Aufgabenverteilungen.

"Rapid Assessment and Response" bleibt beratend, reflektierend, begleitend und kommunikativ, wo sich die traditionellen Forschungsansätze nach dem Liefern der gewünschten "harten Daten" längst verabschieden. Gerade dieser besondere Ansatz macht es möglich, Forschung in viel mehr Aufgaben und Fragestellungen z. B. im Bereich der kommunalen Jugendhilfe oder Gesundheitsplanung einsetzbar zu machen.

Zuletzt noch eine persönliche Bemerkung: Die Atmosphäre der Workshops, der freundschaftliche Umgang miteinander, der Respekt vor der Leistung und dem fachlichen Ansatz des oder der anderen bei gleichzeitig freundschaftlichem Kontakt haben das Arbeiten miteinander angenehm, fruchtbar und zukunftsorientiert gemacht. Alle Projektpartner berichteten, dass sie Sorge dafür getragen haben, dass die Projektergebnisse nicht zwischen Buchdeckeln verschwinden, sondern in kommunalen und regionalen Netzwerken und Praxisansätzen weiterhin wirksam bleiben.

Ich möchte ausdrücklich allen Projektbeteiligten danken für ihr großes und fachliches Engagement, verbunden mit der Hoffnung, dass die Beteiligten einen Weg finden werden, auf europäischer Ebene die begonnene Arbeit im Bereich der Suchtprävention und Suchthilfe für Migrantinnen und Migranten fortzusetzen.

Landesrat Hans Meyer

Dezernent Landesjugendamt und Westfälische Schulen

1. Zur schnellen Übersicht:

Die Projektergebnisse in der Zusammenfassung (Short Abstract):

A. Produkte

1. Die Forschungsmethode "RAR" (= Rapid Assessment and Response)¹ hat sich als Instrument der Praxisforschung und der Interventionsplanung für den Bereich der Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Migranten bewährt. Das aus dem Projekt heraus erstellte Handbuch wird von den Suchtpräventionspraktikern in den 'SEARCH'-Projektstandorten in Europa als praxisgerechte Schulungsgrundlage, sowie als effiziente Planungsgrundlage für (weitere) Projekte eingesetzt.

2. 'SEARCH II' belegte, dass das monitoringgestützte Überprüfen von Ergebnissen einer früheren RAR-Erhebung unabdingbarer Bestandteil des Praxisprozesses ist. Das RAR-Handbuch wurde daher um das "Monitoring"-Kapitel ergänzt.

3. Der Transfer der 'SEARCH'-Ergebnisse in weitere sechs europäische Länder ist gelungen (Irland, England, Schweden, Griechenland, Portugal, Luxemburg). Die neuen Projektpartner wurden differenziert in der RAR-Forschungsmethode geschult. Entsprechende Untersuchungen zum Thema "Suchtbelastungen bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Migranten" wurden in diesen Ländern durchgeführt und erste Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen entwickelt.

4. Die Produkte der 'SEARCH'-Projekte unterteilen sich in drei Gruppen:

- Materialien zur Suchtprävention mit den Zielgruppen (vgl. z.B. das "Kinderbuch" in Belgien, "Dopeheads" in den Niederlanden);
- Curricula zur Schulung von Multiplikatoren (Key Persons, Mediatoren, anderen Multiplikatoren) in den Bereichen Sucht und interkulturelle Kompetenz (z. B. das Handbuch in Barcelona);
- Konzepte für Coaching und Supervision von Professionellen, die in Flüchtlings- und Asyleinrichtungen arbeiten (Österreich, Deutschland).
- Über "Leitlinien zur Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Migranten"² wird ein Leitfaden für die Umsetzung ähnlicher Projekte zur Verfügung gestellt.

B. Erfahrungen, Ergebnisse

5. In den untersuchten Gruppen von Asylbewerbern, Flüchtlingen und illegalen Zuwanderern ergab sich kein einheitliches Bild über Suchtbelastungen und damit verbundene Problemstellungen³. Vielfältige Einflussfaktoren fördern oder hemmen den Missbrauch psychoaktiver Substanzen in den Zielpopulationen der Projekte.

6. Die Flucht als traumatisches Lebensereignis an sich, aber auch die Lebensumstände und -bedingungen der Asylbewerber, Flüchtlinge und illegalen Zuwanderer in ihren Gastländern fördern eine Anfälligkeit gegenüber dem Suchtmittelmissbrauch.

Zukunftsangst, langwierige juristische Prozeduren und ein unsicherer Aufenthaltsstatus (häufig über Jahre), Isolation, Arbeitsverbote und andere Restriktionen gegenüber einer gleichberechtigten

Aufnahme in die soziale Gemeinschaft der Gastländer bilden für viele Asylbewerber einen belastenden Alltag, der über psychoaktiven Substanzgebrauch erträglicher gemacht werden soll.

7. Die "mitgebrachten" Einflussfaktoren, die einen Drogengebrauch fördern können, sind: die Verarbeitung der genannten traumatischen Erlebnisse vor oder auch während der Flucht/Migration, sowie unzureichende Hilfestellungen für diese schweren seelischen Belastungen in den Gastländern, früh angeeignete Konsumgewohnheiten aus den Herkunftsländern, die durch die anderen Rechts- und Lebensbedingungen der Gastländer in riskante Konsummuster "verschoben" werden, aber auch Suchtprobleme, die vor der Flucht bereits existierten.

8. Weiterhin fördert die ubiquitäre Verfügbarkeit von Suchtmitteln in den Gastländern den Griff zu Suchtmitteln: Alkohol und Tabak sind Drogen der Alltagskultur in Europa, illegale Drogen sind leicht und häufig ohne erkennbare rechtliche Risiken zu erwerben.

9. In beinahe allen Standorten des Projektes wurden alleinstehende Männer als besonders anfällige Gruppe identifiziert, sowohl gegenüber illegalen Drogen als auch gegenüber Alkohol. Zusätzlich zu den oben benannten generellen Migrationsbelastungen fördert offenbar das Fehlen einer Familie den Griff zu Suchtmitteln (Einsamkeit, Isolation). Weiterhin ist für Asylbewerber aus *islamischen Ländern* der Umgang mit Alkohol offenbar besonders schwierig: Im Heimatland verboten und verpönt, ist Alkohol in Europa allgegenwärtig. Da diesen Menschen Gebrauchsrituale und –erfahrungen mit Alkohol meist fehlen, nimmt der Alkoholkonsum häufig schnell riskante Formen an, produziert gleichzeitig aber Gewissensbisse und Schuldgefühle, was wiederum suchtvorstärkend wirken kann.

10. Der Zugang zu illegalen Drogen findet sich in den meisten untersuchten Regionen vorwiegend bei jungen Menschen aus den Zielgruppen. Gleichwohl zeigt z. B. die insgesamt eher geringe Suchtbelastung bei den AMAs⁴ in den Niederlanden, dass die mitunter in der Regenbogenpresse kolportierte Vorstellung von "massenhaftem Konsum" illegaler Drogen in diesen Zielgruppen nicht mit der Wirklichkeit übereinstimmt.

In allen Regionen existierten Informationen darüber, dass Asylbewerber und illegale Migranten häufig in das Drogendealen involviert sind. Unsere Untersuchungen bestätigten, dass dies ein Phänomen ist, das – wenngleich im Umfang häufig überschätzt – offenbar eine Antwort auf mangelnde Geldmittel und unzufriedenstellende Lebensbedingungen ist. Die missbräuchliche Nutzung des Asylweges für die Übersiedlung in ein europäisches Land mit dem Ziel, sich dort durch Drogenverkauf zu bereichern, war nicht Untersuchungsgegenstand der Projekte. Gleichwohl gab es an mehreren Standorten Hinweise, dass örtliche kriminelle Organisationen die Lebenssituation der Asylbewerber und Illegalen ausnutzen, um sie in illegale Aktivitäten zu verstricken.

11. Die missbräuchliche Verwendung von psychoaktiven Medikamenten wurde in allen untersuchten Gruppen beschrieben als – nach dem Alkoholgebrauch – zweithäufigstes Suchtrisiko. Häufig sind hier die Frauen genannt worden, die diese Medikamente ge- oder missbrauchen.

12. Suchtprävention für die Zielgruppen der 'SEARCH'-Projekte orientiert sich grundsätzlich an den Standards, die europaweit unter den Begriffen "Interkulturelle Kompetenz" und "Interkulturelle Suchthilfe" bekannt sind:

Danach muss Suchtprävention

- *so früh wie möglich nach der Ankunft im Aufnahmeland einsetzen und langfristig angelegt sein;*
- *die Erziehungskompetenz der Eltern stärken, sowie in den Schulen – sofern sie aufgesucht werden dürfen von Kindern dieser Zielgruppen – spezifische Ansätze für Suchtprävention für Migranten verankern;*
- *ein präzises Wissen über die Herkunftskultur der Zielgruppen voraussetzen, sowie einen kulturrepektvollen und –sensiblen Umgang mit Lernzielen und –methoden gewährleisten. (Die Orientierung an der Stärkung der kulturspezifischen Schutzfaktoren ist dabei die methodische Leitlinie);*
- *mit den Zielgruppen auch Integrationsarbeit leisten, wobei Integration partizipativ orientiert ist und nicht die zwangsweise Übernahme der kulturellen Normen des Gastlandes meint. Bestehende Angebotsstrukturen im Gemeinwesen sind zu nutzen, über kommunale Netzwerkarbeit können vorhandene Ressourcen erschlossen werden (z. B. Sprachkurse, Computerangebote, Angebote im Bereich der Jugendarbeit);*
- *die Zielgruppen – wo immer möglich – in die Planung und Durchführung suchtpräventiver Angebote (Veranstaltungen, Materialien) einbeziehen;*
- *die eingesetzten Methoden ableiten aus dem kulturellen Hintergrund der Zielgruppen, nicht (allein) aus den Standards der Gastländer: Viele Flüchtlinge kommen aus Regionen, wo ein "Programm" weniger zählt als die Person, die es vermittelt, d. h. die Beziehungsebene ist wichtiger als die Sach- oder Methodenebene. Dabei ist zu beachten, dass das Thematisieren von Suchtproblemen häufig in doppelter Hinsicht ein Tabu-Thema ist, sowohl bezogen auf die Tabuisierung in den Herkunftsländern, als auch bezogen auf die Angst, über Suchtprobleme den Aufenthaltsstatus in den Gastländern negativ zu beeinflussen.*

13. An allen Standorten wurde die Projektarbeit integriert in örtliche und überörtliche Netzwerke, so dass eine Weiterarbeit auch nach Projektende sowie eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Projektansätze gewährleistet ist.

Anmerkungen:

1. Siehe R. BRAAM, F. TRAUTMANN, H. VERBRAECK, Rapid Assessment and Response, 2., erweiterte Auflage, Münster 2004
2. In diesem Band
3. Die Projekte 'SEARCH' und 'SEARCH II' konnten nur exemplarisch arbeiten. Die Ergebnisse sind nicht 1:1 übertragbar auf eine Gesamteinschätzung der Suchtproblematik bei Flüchtlingen und Asylbewerbern in Europa. Weiterhin ist zu beachten, dass die RAR-Methode zwar Trends, Indikatoren etc. zuverlässig abbildet, aber kein Ersatz ist für eine empirisch-quantitative Erfassung bestimmter Phänomene.
4. „Alleinreisende **m**inderjährige **A**sylobewerber“

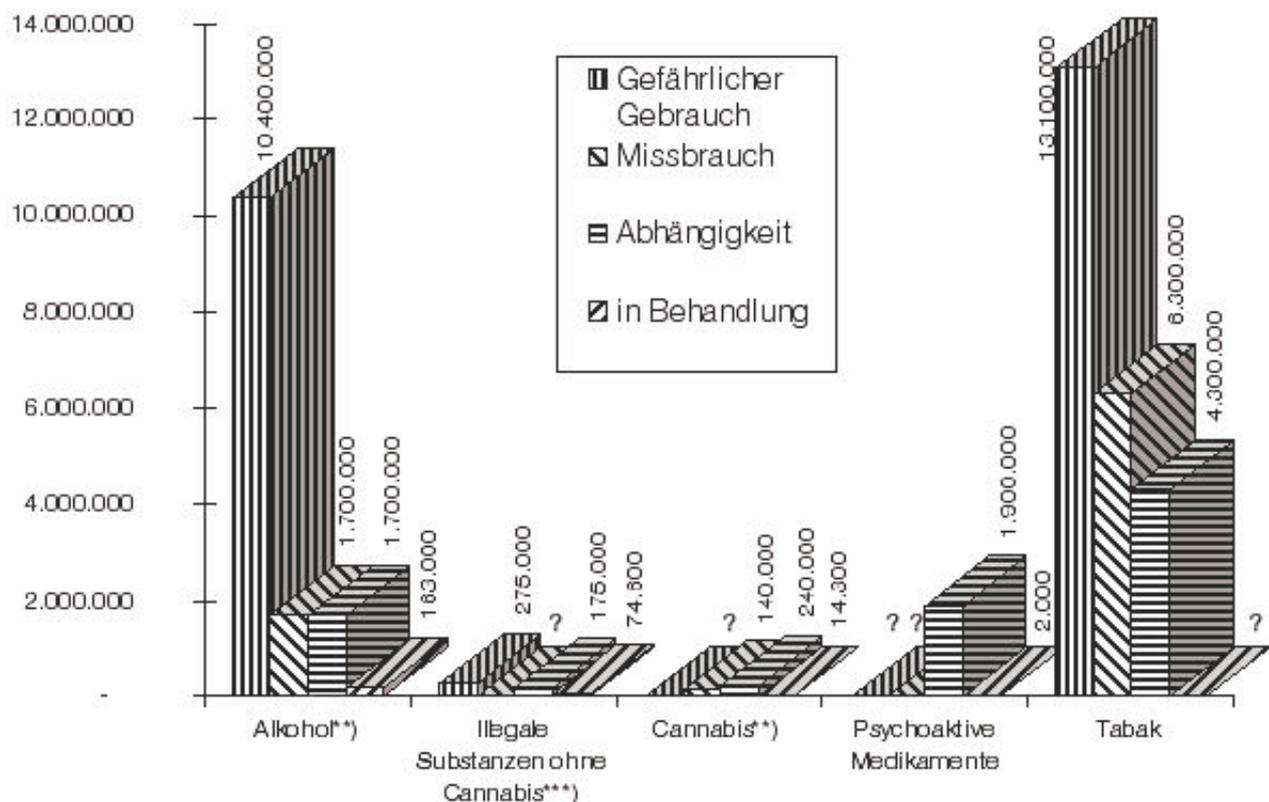
2. Die Ausgangssituation der Projekte 'SEARCH' und 'SEARCH II'¹

2.1. Asyl, Flucht und Suchtrisiken

2.1.1. Suchtmittelgebrauch in Europa

Suchtprobleme gehören in beinahe allen Ländern der Welt zu den Gesundheitsproblemen der Menschen: Unzählige Substanzen, Einnahmerituale, Ausprägungen, Trends existieren in den verschiedenen Gesellschaften, Ethnien, Regionen, und auch die jeweiligen Hilfeangebote und –systeme (sofern es überhaupt solche gibt) sind weltweit sehr unterschiedlich aufgebaut und akzentuiert. Wissenschaftliche Untersuchungen zu den verschiedenen Aspekten der Substanz- und Gebrauchsrisiken, aber auch der Wirksamkeit und Fortentwicklung der Hilfesysteme füllen die Regale, beinahe jeder suchtmittelbezogene Aspekt ist zwischenzeitlich untersucht und entsprechend darstellbar. Gern wird in Europa in der Öffentlichkeit das Suchtproblem vorwiegend als das des Gebrauchs illegaler Drogen wahrgenommen. Ein Blick auf Schaubild 1 zeigt das Größenverhältnis der konsumierten Suchtmittel am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland (2002), differenziert nach verschiedenen Risikostufen des Konsums:

Schaubild 1: Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und Zahl der jährlichen Behandlungsfälle in Deutschland (Quelle: IFT München, über: www.ift.de , Bezugsjahr 2002)



*) 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 erkennen, dass Alkohol und Tabak die mit großem Abstand meistkonsumierten Drogen sind; gleichzeitig sind es auch die Substanzen, die am häufigsten riskant konsumiert werden und die höchsten Abhängigkeitszahlen aufweisen. Dieser generelle Trend gilt nicht nur für Deutschland, sondern – mit je unterschiedlichen nationalen Akzenten – für Europa.

Es ist hier nicht der Ort, die Drogen- und Suchtstatistik Europas ausführlich zu diskutieren; deshalb nur im Weiteren zwei exemplarische Einschätzungen der EMCDDA über den Gebrauch harter Drogen und Alkohol in einigen europäischen Ländern zum Vergleich (Schaubild 2 und 3):

Schaubild 2:

Liter reiner Alkohol pro Kopf/Jahr (2000)

*Quelle: Deutscher Bundestag, Drucksache 15/2057
2003*

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

Schaubild 3:

*Schätzung der Zahl der problematischen
Drogenkonsumenten (15 - 64 Jahre) (2000)*

Quelle: ebenda

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	7,2
Luxemburg	6,2	13,6
Niederlande	2,4	2,8
Österreich	3	3,5
Portugal	6	8,5
Schweden	4,2	4,8
Spanien	5,3	5,3
Vereinigtes Königreich	6,6	7,3

Spezifizierte Zahlen über Suchtgefährdungen von Migranten existieren hingegen nicht. Lediglich eine von der EU geförderte Studie² 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 zwar Hinweise, Berichte, Vermutungen zum Konsumverhalten, aber keine (erhärteten) Fakten und Daten. Dies gilt umso mehr für Untersuchungen über spezifische, auf die verschiedenen kulturellen Hintergründe abgestimmte Präventions- und Hilfeprogramme: ‘SEARCH’ hat hier weitgehend Neuland betreten.

Fest steht allerdings, dass unabhängig davon, ob überhaupt und wenn, welche suchterzeugenden Substanzen in den Herkunftsgesellschaften dieser Gruppen verfügbar waren oder sind, ob sie bereits Kontakte mit (dort) legalen oder illegalen Substanzen hatten: Die zuvor aufgezeigten Zahlen belegen bereits, dass sie im Zuge ihrer Flucht, Migration nach Europa hier in Gesellschaften kommen, in denen eine große Bandbreite von legalen wie illegalen Substanzen faktisch ubiquitär verfügbar ist, ihr Gebrauch sich in dem Leben der Allgemeinbevölkerung abbildet. Dies gilt insbesondere für die meistgebrauchten Suchtmittel Alkohol und Tabak, aber – wie die EMCDDA-Einschätzung exemplarisch für Cannabis zeigt – auch für illegale Drogen.

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, so 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. [...]"

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."³

Schaubild 4: UNHCR-Statistik zum 20. 01. 2003

Quelle: <http://unhcr.de>

	Flüchtlinge	Asylsuchende	Zurückgekehrte Flüchtlinge	Binnenvetriebene / zurückgekehrte Binnenvertriebene und andere	Gesamt
Asien und Pazifik	4.252.200,0	36.200	1.995.500	3.166.300	9.450.200
Europa	2.165.600,0	385.400	77.000	1.816.900	4.444.800
Afrika	3.284.500,0	158.500	341.300	679.500	4.463.900
Amerika	652.200,0	455.200		1.000.100	2.107.400
Total	10.354.400,0	1.035.400	2.413.800	6.662.600	20.466.300

Einer amerikanischen Untersuchung zufolge waren 2000 unter den 130 bis 150 Millionen weltweiten Migranten rund 14 Millionen Flüchtlinge im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention⁴.

Im Jahre 2002 kamen weltweit die meisten Flüchtlinge aus folgenden Ländern⁵ :

Schaubild 5: Die 10 größten Herkunftsländer von Flüchtlingen in 2002

Quelle: <http://unhcr.de>

Herkunftsland	Hauptasylländer	Anzahl der Flüchtlinge
Afghanistan	Pakistan / Iran	2.481.000
Burundi	Tansania / DemRep.Kongo	574.000
Sudan	Uganda / Äthiopien / Dem. Rep. Kongo / Kenia / Zentralafrika- nische Republik	505.200
Angola	Sambia / Dem. Rep. Kongo Namibia / Kongo	433.000
Somalia	Kenia / Jemen / Äthiopien / Großbritannien / USA / Dschibutti	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

2.1.3. Asyl in Europa

Einwanderung – aus welchen Gründen immer – findet in allen europäischen Ländern in erheblichem Umfang statt. Schauen wir uns die Statistiken der letzten zwei Jahre an (nächste Seite, Schaubild 6).

Aus dieser Statistik ist 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.

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,"⁶ 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 maghrebischen 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 opportun⁷. 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"⁸.

Schaubild 6: Anzahl der Asylanträge in Europa 2001 und 2002 / Anträge pro 1000 Einwohner
Quelle: Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge www.bafll.de

Staat	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	1,6	0,2	0,1
Liechtenstein	110	90	0	0	3,4	2,8
Luxenburg	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	14,78	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	1,1	0,1	0,1
Portugal	230	250	0,1	0,1	0	0
Rumänien	2.430	1.110	0,5	0,2	0,1	0
Schweden	23.520	33.020	5	7,2	2,7	3,7
Schweiz	20.630	26.220	4,4	5,7	2,9	3,7
Slowakische Republik	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	1,3	0,2	0,2
Tschechische Republik	18.090	8.480	3,8	1,8	1,8	0,8
Ungarn	9.550	6.410	2	1,4	1	0,6
Insgesamt	470.580	459.900	100	100		
EU	388.390	381.630	82,5	83		

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

- (1) einschließlich Asylsuchende, die in ein sicheres Drittland verbracht wurden oder deren Anträge 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 Afgahnen, konnten nach Österreich einreisen

Insbesondere die gesundheitlichen Belastungen der Menschen werden kaum erforscht, und die Suchtbelastung schon gar nicht.⁹ Den Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Koordinationsstelle Sucht, erreichten andererseits immer wieder Berichte aus der Suchthilfepaxis, 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 Berührungsgänge hüten und drüben.

Das Projekt 'SEARCH'¹⁰ 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 Schritte müssen die ersten 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 und Prävention in 6 europäischen Ländern¹¹ 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, das 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, wollen wir andererseits hier darauf verzichten, vertiefend diese Themen zu erörtern, und verweisen auf die umfangreiche Fachliteratur¹². 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, von 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 unmöglich machen: 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-Projektabschnittes bereits¹³, 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.

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 vorgehen, 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 ausführliche 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 (zunächst 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 an anderer Stelle mehr.

Wie beinahe jede empirische Forschung arbeitet RAR mit Interviews, und zwar mit sogenannten "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)" sollte 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 evaluieren¹⁴.

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 zusammenarbeiten¹⁵, 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"¹⁶. 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.

3. Über die Arbeit des Projektes 'SEARCH'

Die erste Projektlaufzeit umfasste den Zeitraum von Oktober 2000 bis März 2002, also 18 Monate, und das erwies sich in mehrfacher Hinsicht als zu kurz. Viele Präventionsprojekte konnten nur konzeptionell entworfen oder gerade gestartet, nicht aber abgeschlossen werden. Andererseits wurde 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 practices", das Sammeln von Informationen zum Themenbereich sowie – in zeitlicher Verbindung mit dem ersten Workshop im Dezember 2000 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 entwickelt¹⁷. 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 war nicht immer ganz einfach, die Respondenten ("Schlüsselinformanten") zu finden zeitaufwendig, und vereinzelt wurden auch falsche Richtungen eingeschlagen¹⁸. 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 vorgestellt 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.

In der Phase 4,

beginnend im Oktober 2001, wurde in den Regionen einerseits an der weiteren Umsetzung der Präventionsaktivitäten gearbeitet, andererseits wurden erste Länderberichte erstellt. 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 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 (Länder) sollten gewonnen werden, um 'SEARCH' in Europa weiter zu verbreiten (europäische Dimension) sowie
- die Ergebnisse des Projektes 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 verhindern 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 Bestandteil¹⁹. 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."*²⁰

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 dieser Materialsammlung²¹.

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 zu werden. Da die Projektziele bekannt und weitgehend von den regionalen Fachkreisen 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 schließlich, sechs neue Partner zu gewinnen²²; 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 schulen²³. 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 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.

5. Einige ausgewählte Ergebnisse von 'SEARCH' und 'SEARCH II'²⁴

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 vollzogen 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 im "Leitfaden ..." ²⁵ dargestellt (in den vorliegenden 'Materialien...')

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 wiederum ist es 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 entsprechen ²⁶. 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!

Arbeitsbedingungen

Mehrere Untersuchungen im deutschsprachigen Raum (und dies wurde uns auch von den Partnerregionen der verschiedenen Länder bestätigt) 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 nationaler 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 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 ("Dealen") 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 werden 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 Deutschland²⁷).

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 Generation), was zu innerfamiliären und weiteren Konflikten und einem zunehmenden "kulturellen Antagonismus" und, damit verbunden, zu massiven seelischen und gesundheitlichen Problemen führt²⁸. 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 Aufnahmeländern 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 Suchtbelastungen²⁹.

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 Maghreb-Insassen - 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 Anfälligkeit 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.

5.2. Die Länderberichte³⁰ 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 Lernformen, 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"³¹ 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 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 wollten, 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 migrationsspezifischen 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 gute 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, 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!

Anmerkungen:

1. 2002 veröffentlichte der LWL das "Manual zur Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Immigranten". Zum Jahresende 2002 konnten wir die zweite Projektphase starten: 'SEARCH II' wurde, so wie 'SEARCH', von der Europäischen Kommission ko-finanziert. Die Materialsammlung, die hier vorgelegt wird, enthält wesentliche Ergebnisse des Projektes 'SEARCH II'. Allerdings müssen wir, um der Leserin/dem Leser den Gesamtüberblick über beide Projektphasen zu erleichtern, kurz auch den Projektverlauf von 'SEARCH' darstellen, seine Ziele, Methoden, Ergebnisse referieren. Dies geschieht hier mit einer Projektbeschreibung, sozusagen einer "überarbeiteten Übersicht", die dann ergänzt wird von den einführenden Erläuterungen zu 'SEARCH II'.
Vgl. zu 'SEARCH' auch: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (Hg.), Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer. Ein Manual. Münster 2002 (als PDF-Datei auf beigefügter CD Rom).
2. EMCDDA SCIENTIFIC REPORT: Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities, Lisbon 2002
3. UNHCR: <http://www.unhcr.de/unhcr.php/cat/14/aid/469>
4. Vgl. NUSCHELER F., Süd-Nord-Migration: ein globaler Marsch? in BADE, K.J./MÜNZ, R. 2002, S. 103 f.
5. UNHCR, a.a.O., S. 2
6. ALT, J./CYRUS, N.: Illegale Migration in Deutschland. In: BADE/MÜNZ, a. a. O., S. 141
7. Was z. B. seit dem Jahre 2000 in Deutschland zu der heute noch aktiven Kampagne der Wohlfahrts- und Flüchtlingsorganisationen führte: "Kein Mensch ist illegal!".
8. Jörg ALT, Norbert CYRUS, a. a. O., S. 155
9. Eine Ausnahme in Deutschland ist: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des LandesNRW(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.)
10. 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.
11. Projektpartner siehe Anhang
12. Siehe Literaturliste im Anhang der „Leitlinien...“ in diesem Band
13. Vgl. LWL 2002 (Hg.), a. a. O.
14. 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.
15. Z. B. im europäischen Netzwerk "euro net", siehe <http://www.lwl.org/ks/drogen/modellprojekte/frmodellprojekte.html>
16. Wir betonen dies auch, um unsere Forschungsarbeit vor politischem Missbrauch durch Parteien und öffentliche Meinungsträger zu schützen!
17. S. dazu R. BRAAM/H. VERBRAECK/F. TRAUTMANN: Handbuch 'Rapid Assessment und Response' (RAR) für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern. Hg. LWL, Münster, 2004 (zweite, überarbeitete Ausgabe)
18. 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"!
19. Vgl. BRAAM et al., a. a. O.
20. ebenda
21. 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 noch keine Daten und Ergebnisse vorlagen, das "Basis-RAR" durchgeführt statt des Monitoring-RAR. Mehr dazu im Bericht der DROBS Detmold.
22. Vgl. Liste der Projektpartner im Anhang
23. Turin im September 2003
24. 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.
25. Siehe Kapitel in diesem Band
26. 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.

27. Vgl. dazu kritisch PRO ASYL (Hg.): G. CLASSEN, Menschenwürde mit Rabatt. Kommentar mit Dokumentation zum Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und zum Flüchtlingssozialrecht, Berlin 20002
28. "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.
29. In einigen unserer Untersuchungen konnten wir eine deutlich höhere Vulnerabilität ggü. Suchtmitteln bei alleinstehenden Männern festmachen.
30. 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
31. Zu finden auf der diesem Band beigelegten CD-Rom

‘SEARCH II’ in Österreich

1.	Vorstellung der Organisation: Das ISG	32
2.	Der Übergang von ‘SEARCH’ zu ‘SEARCH II’	32
3.	Der Ablauf des ‘RAR-Light’	33
4.	RAR-Ergebnisse	34
5.	Der Umgang mit Suchtproblemen in der Flüchtlingshilfe in Wien und Umgebung	35
6.	Vorüberlegungen und Aufgabenstellung der Präventionsaktivitäten in ‘SEARCH II’	36
7.	Durchführung der Coachings im Rahmen der Präventionsarbeit in ‘SEARCH II’	37
8.	Ausweitung der Coachings auf das Projekt "Connecting People"	39
9.	Schlussfolgerungen, Ausblick	39

Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG), Wien, Österreich

Dr. Karl Bohrn
Mag. Marc Bittner
Mag. Elke Lantschick

1. Vorstellung der Organisation: Das ISG

Das Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG), Wien, Österreich, wurde 1994 mit dem Ziel gegründet, verschiedene Aktivitäten in den Bereichen psychologische Forschung, Beratung und Prävention, klinische Diagnostik und Behandlung sowie Psychotherapie durchzuführen. Als einzelne unabhängige Institution soll es in verschiedenen psychosozialen Bereichen tätig sein und sich dabei insbesondere auf Themen der Abhängigkeit konzentrieren.

Die interdisziplinäre Mitarbeitergruppe setzt sich aus PsychologInnen, Erziehungswissenschaftler/innen, ÄrztInnen, SoziologInnen, SozialarbeiterInnen und PsychotherapeutInnen zusammen.

Arbeitsschwerpunkte sind:

- Psychosoziale Forschung im Auftrag von Ministerien, Ländern und Stadträten, wissenschaftliche Dokumentationen und Publikationen;
- "Gebrauch und Missbrauch von Substanzen durch Kinder und Jugendliche" (1996-1999);
- "Drug Affinity amongst Youths in the Techno Party Scene in European Metropolises", mit SPI-Berlin und VWS Wien (1999);
- "SONAR": Studie zum Nachtleben und Substanzgebrauch in 8 europäischen Städten (IREFREA 1999);
- "Research and Intervention Project for Risk Reduction among Socially Excluded Individuals, IDUs and people with HIV/AIDS (EURO-EXCLUDE)", Kooperation mit EASP (Granada);
- "European Healthy Schools and Drugs (EHSD)": Prävention von Drogenmissbrauch in weiterführenden Schulen (mit TRIMBOS, NL);
- "Prävention von Drogenmissbrauch unter Flüchtlingen und Asylbewerbern" in Kooperation mit dem LWL;
- Konzepte im Bereich der psychosozialen Prävention und Rehabilitierung;
- Ausbildung von Zielgruppen (Vermittler, Peers) in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Jugendwohlfahrt (in enger Zusammenarbeit mit "RISIKO - Verein für Prävention und Intervention" in Wien);
- Prävention und Rehabilitation im Fall des Missbrauchs von Substanzen und der Sucht sowie im Fall anderer Formen psychischer Abweichungen (in den letzten Jahren hat das ISG in Zusammenarbeit mit dem Verein "Risiko" zahlreiche Präventionsprojekte in Schulen und Firmen durchgeführt);
- Klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung;
- Gesundheitspsychologische und psychotherapeutische Arbeit;
- Beratung, Information und Betreuung von Personen mit psychosozialen Problemen.

Das Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie ist Mitglied des Internationalen Rates für Alkohol und Abhängigkeiten (ICAA), Genf.

2. Der Übergang von 'SEARCH' zu 'SEARCH II'

Nach Beendigung von 'SEARCH' im März 2002 gab es eine ca. halbjährige Pause vor dem Beginn von 'SEARCH II'. In dieser Periode hielt das RAR-Team in Wien Kontakt mit den Schlüsselpersonen, vor allem aus der Flüchtlingshilfe (hier besonders mit dem EFDÖ - "Evangelischen Flüchtlingsdienst Österreich", unserem Partner im Präventionspilotprojekt von 'SEARCH'). Im Zuge dieser Gespräche wurde dem Team schnell klar, dass sich in der Zielgruppe der iranischen Flüchtlinge Änderungen ergeben hatten: (fast) alle armenisch-christlichen Iraner (die mehrheitlich massive Alkoholprobleme während ihres Aufenthalts in Österreich aufgewiesen hatten und somit zu einer besonders vulnerablen Gruppe in

Bezug auf Suchtgefährdung zählten) waren aus Österreich weitergewandert, und aufgrund geänderter, restriktiverer Aufnahmebestimmungen der Überseestaaten (USA, Kanada) stoppte der Zustrom von Flüchtlingen dieser Herkunftsgruppe nach Österreich. Zudem bekamen wir Hinweise unserer Schlüsselpersonen, dass eine Präventionsarbeit bei den iranischen Flüchtlingen, die nicht der christlich-armenischen Minderheit angehörten und somit in viel kleinerer Zahl übriggeblieben waren, sehr schwierig und ineffizient sei, da diese Gruppe kulturell tradierte und somit schwer veränderbare Opiumkonsummuster aufweist und eher aus "älteren" Männern besteht, bei denen Präventionsmaßnahmen auf wenig fruchtbaren Boden stoßen würden. Somit befand sich das RAR-Team bereits vor dem Start von 'SEARCH II' in einer Phase des "Monitoring" wieder, die dazu führte, dass wir eine Änderung der Zielgruppe für 'SEARCH II' ins Auge fassten.

Zeitgleich dazu erhielten wir durch andere Schlüsselpersonen aus dem Umfeld der "asylkoordination österreich" (NGO) Hinweise darauf, dass in der Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge ("UMF"), die wir uns in 'SEARCH' bereits als potenzielle Zielgruppe angesehen hatten, allerdings damals weniger Hinweise auf Probleme erhalten hatten als eben bei IranerInnen) die Problematik des Drogenkonsums zugenommen hatte. Personen aus der Flüchtlingshilfe, die mit UMFs arbeiten, konnten offensichtlich nicht mehr daran vorbeisehen und fragten bei der "asylkoordination österreich" nach, ob das Projekt 'SEARCH' (von dem sie durch das ISG bereits gehört hatten) noch lief. Über die "asylkoordination" erfuhr das ISG davon und setzte sich mit diesen Schlüsselpersonen aus dem Bereich der Betreuung von UMF in Verbindung.

In den Gesprächen wurde dem RAR-Team mitgeteilt, dass eine Häufung von Suchtmittelmissbrauch in den Einrichtungen, die sich mit UMF beschäftigen, festzustellen war und dass die FlüchtlingsbetreuerInnen gerne etwas dagegen tun würden, dabei aber Unterstützung benötigen.

Da der Projektbeginn von 'SEARCH II' zu diesem Zeitpunkt bereits feststand, verblieben wir so, dass wir beim Eröffnungsworkshop der Fortsetzung von 'SEARCH II' zur Diskussion stellen würden, ob aus Aktualitätsgründen ein Wechsel der Zielgruppe für Österreich möglich ist. Da dies von der Projektleitung nach unserem Bericht über die Veränderungen der Situation in Wien akzeptiert wurde, begannen wir eine RAR-Erhebung "light" (vgl. Monitoring-Kapitel im RAR-Handbuch des Projektes) in der Gruppe der UMF.

3. Ablauf des "RAR-Light"

Das RAR-Team begann die Sammlung von Hintergrundmaterialien zu UMF in Österreich (Herkunftsländer, Alter, Geschlechterverhältnis, Unterbringung, rechtliche Rahmenbedingungen...), um einen Gesamtüberblick zu gewinnen, und versuchte gleichzeitig, mit Hilfe der "asylkoordination österreich" Schlüsselpersonen aus der Flüchtlingshilfe im UMF-Bereich zu identifizieren. Ausgangspunkte dabei waren Besuche bei "Clearingstellen für UMF" (spezielle Einrichtungen für jugendliche Flüchtlinge, in denen diese bis zu 3 Monate nach ihrem Eintreffen in Österreich untergebracht sind und rechtlich und psychosozial erstbetreut werden).

Außerdem wurde das ISG zu einem der regelmäßigen Treffen aller österreichischen Clearingstellen eingeladen, bei dem wir Gelegenheit hatten, MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen an einem Ort konzentriert mit dem Thema zu konfrontieren (dies geschah mittels einer Clearingstellen-Fokusgruppe im Rahmen dieses Treffens; vielfältige Hintergrundinformationen und Basisfakten konnten dadurch gesammelt werden).

Nach dem Clearingstellentreffen, bei dem gleich auch weitere Interviewtermine in den einzelnen Einrichtungen selbst vereinbart worden waren, führten wir eine Reihe von semistrukturierten Interviews mit MitarbeiterInnen von Clearingstellen durch, aber auch von Nachbetreuungseinrichtungen

(Einrichtungen, die nach der Clearing-Phase für UMF offen stehen und in denen diese bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres untergebracht sind).

Auch MitarbeiterInnen des "Kompetenzzentrums für UMF" (eine Behörde der Gemeinde Wien) sowie Verantwortliche des PatInnen-Projekts¹ für UMF "Connecting People" wurden interviewt.

Die Konzentration auf die semistrukturierte Interviewform beruhte einerseits auf den guten Erfahrungen mit dieser Methodik in 'SEARCH', und andererseits auf dem zeitlich verkürzten RAR-"Light"-Verfahren. Neben den Interviews mit UMF-Einrichtungen wurden auch Arbeitssitzungen mit dem Institut für Suchtprävention (ISP), einer kommunalen Einrichtung in Wien, abgehalten, durch die abgeklärt wurde, inwieweit die Wiener Drogenhilfe bisher mit UMF zu tun hatte. Diesbezüglich konnten allerdings kaum Hinweise gesammelt werden, es kam aber in weiterer Folge zu – zum Teil durch das ISP vermittelten - Einzelgesprächen mit Drogenfachleuten bzw. SozialarbeiterInnen aus der Jugendarbeit, die allerdings auch kaum verwertbare Informationen lieferten. UMF waren also bis 'SEARCH II' in Österreich bzw. Wien bislang kein Thema in der Drogenhilfe bzw. in der Jugendsozialarbeit.

4.RAR-Ergebnisse

Die Community der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge lässt sich bzgl. des Themas "Suchtproblematik" aufgrund der Angaben der InterviewpartnerInnen in zwei Hauptherkunftgruppen gliedern:

- Zum einen männliche Westafrikaner;
- Zum anderen männliche Osteuropäer.

Aufgrund der Aussagen der Interviewpartner/-innen kristallisieren sich auch zwei Substanzen heraus, deren Konsum innerhalb der gefährdeten Gruppen als problematisch angesehen werden kann:

Cannabis wird vor allem der Gruppe der Westafrikaner (vor allem Personen aus Nigeria, Sierra Leone, Ghana), in Einzelfällen auch Afghanen, zugeschrieben. Als Problem hervorgehoben wird von den InterviewpartnerInnen nicht nur der Konsum, sondern auch der Handel mit dieser Substanz. Der Konsum wird als kulturell bedingt und zum Alltag gehörend angesehen und somit eher verharmlost. Handel und Konsum werden nach Angaben der InterviewpartnerInnen von den Westafrikanern eher strikt getrennt gehalten, eine Vermischung wird nur in Einzelfällen für möglich erachtet.

An dieser Stelle sei festgehalten, dass in der Gruppe der afrikanischen UMF speziell das Problem von mit dem Drogenkonsum verknüpften Verhaltensweisen ein sehr schwerwiegendes darstellt. Zum Teil werden afrikanische UMF in organisierter Weise von mafiösen Schlepper- bzw. Drogenringen angeworben, um in weiterer Folge auch in kriminelle Akte verwickelt zu werden.

Unter BetreuerInnen von UMF wird dem Problem kriminalpräventiver Aspekte eine besondere Bedeutung eingeräumt, da die Einrichtungen z.B. durch Suchtmittelkontrollen bzw. Razzien der Polizei in ihrem Ruf geschädigt werden und unter Umständen auch finanzielle Unterstützungen verlieren können (es gibt daher meist Hausregeln, die in der jeweiligen Einrichtung als oberstes Prinzip gelten).

Als zweite problematische Substanz ist Alkohol zu nennen, der besonders bei Osteuropäern (Georgier, Russen, Kasachen, Ukrainer, Moldawier), welche wiederum einen aus kultureller Gewohnheit mitge-

1. Einzelpersonen übernehmen dabei ehrenamtlich die Patenschaft für einen UMF und versuchen im Rahmen ihrer zeitlichen Möglichkeiten dem UMF bei rechtlichen, sozialen und sonstigen Problemen ihm zur Seite zu stehen und ihn zu unterstützen.

brachten problematischen Alkoholkonsum aufweisen, anzutreffen ist. In beiden Gruppen ist – laut Aussagen der InterviewpartnerInnen – kein Problembewusstsein vorhanden. In Einzelfällen wird Alkoholmissbrauch auch mit Flüchtlingen aus Guinea und Afghanistan in Verbindung gebracht. Zusätzlich wurden in den Interviews vereinzelt Heroin und Kokain genannt, die in der Stricherszene unter afrikanischen Flüchtlingen in Wien als Aufputzmittel benutzt werden bzw. in der Vergangenheit auch bei Georgiern anzutreffen waren.

Auf der Ebene der psychischen Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum wird vor allem Aggressivität als Folge übermäßigen Konsums gesehen. Die physischen Wirkungen der Substanz werden von denjenigen, die aufgrund kultureller bzw. religiöser Verbote im Heimatland Alkohol nicht gewohnt sind, unterschätzt. Einen wichtigen psychologischen Faktor stellt der Mangel an Problembewusstsein dar, der nach Auffassung der Interviewten in engem Zusammenhang mit kulturellen Bräuchen steht. Dies ist sowohl bei Alkohol- als auch bei Cannabiskonsumern festzustellen. Der Alkoholkonsum dient auch dazu, Sorgen und Ängste zu verdrängen.

Als soziale Probleme werden die Beeinträchtigungen der Tagesstruktur und des Freizeitverhaltens aufgrund der Wirkungen bzw. Folgen der Drogen gesehen: Die Flüchtlinge verbringen mitunter den ganzen Tag im Bett und sind zu keinerlei Aktivitäten zu motivieren.

Rechtliche Probleme ergeben sich neben dem für den Konsum bestimmten Substanzbesitz z. T. auch durch den Drogenhandel bzw. Beschaffungskriminalität. Die aus diesen Gründen bestehenden Drogenverbote in den Flüchtlingseinrichtungen werden allerdings in jeder Einrichtung unterschiedlich strikt gehandhabt. Die Konsequenzen reichen von Wegschauen und Verharmlosen bis zum drohenden Hinauswurf.

5. Der Umgang mit Suchtproblemen in der Flüchtlingshilfe in Wien und Umgebung

In österreichischen Flüchtlingseinrichtungen werden hauptsächlich allgemeine Maßnahmen getroffen, um dem Drogenkonsum entgegenzuwirken. In den Interviews werden die Hausordnung, das Drogengesetz, angekündigte Drogentests und Hausdurchsuchungen bzw. Konsequenzen daraus (= Hinauswurf) angeführt. Einzelne Flüchtlingseinrichtungen achten darauf, dass ihre BetreuerInnen im Drogenbereich geschult sind und arbeiten darüber hinaus eng mit der Polizei zusammen (z. B. bei Hausdurchsuchungen). Aufklärung über gesetzliche Rahmenbedingungen und Ich- sowie persönlichkeitsstärkende Aktivitäten werden als präventiv angesehen.

Eine legale Arbeitsmöglichkeit (die für Flüchtlinge nur in seltenen Ausnahmefällen möglich ist), Beschäftigung (z. B. Deutschkurse), Projekte (z. B. Hochwasserhilfe) sowie regelmäßige Freizeitaktivitäten (z. B. Sport, Malen, Musik), also die Schaffung einer Tagesstruktur, sind laut Interviewten im präventiven Bereich ein zentrales Element, allerdings aufgrund der mangelnden personellen, zeitlichen und vor allem finanziellen Ressourcen kaum umsetzbar.

Präventiv wirken nach Aussagen der Interviewten eine religiöse Einstellung der Minderjährigen und die soziale Bindung an eine Bezugsgruppe. Unter den Flüchtlingen wird zwar gegenseitige Hilfe bei Drogenproblemen angeboten; gibt es jedoch in einer Wohngruppe oder Clique Süchtige, werden diese ausgeschlossen. Ein solcher sozialer Ausschluss stellt für die minderjährigen Flüchtlinge einen großen Verlust dar und wird demnach vermieden. Die Gruppenzugehörigkeit kann also als Schutzfaktor angesehen werden.

Die Fokusgruppe, bei der die vorliegenden RAR-Ergebnisse reflektiert, offene Fragen behandelt und vor allem Präventionsstrategien erörtert wurden, bestätigte die erhobenen „vulnerablen Gruppen“, ebenso die problematischen Substanzen. Auch herrschte Einigkeit darüber, dass die Konsummuster großteils kulturell tradiert sind und wenig Problembewusstsein sowohl auf Seite der UMF als auch auf der Seite der BetreuerInnen zu finden ist.

6. Vorüberlegungen bzw. Aufgabenstellung der Präventionsaktivitäten in ‘SEARCH II’

Aufgrund der Ergebnisse der semistrukturierten Interviews sah die Prioritätensetzung bei der Konzeption präventiver Maßnahmen wie folgt aus:

1. Schaffung einer Tagesstruktur durch Beschäftigungsprojekte bzw. Arbeitsmöglichkeiten
2. Schulungsmaßnahmen für die BetreuerInnen in Flüchtlingseinrichtungen
3. „Suchtverhalten“ als Standardthema bei Flüchtlingseinrichtungstreffen etablieren
4. Allgemeine Gesundheitsvorsorge bzw. Persönlichkeitsstärkung

Im Rahmen der Fokusgruppendifkussion wurde hinsichtlich der Suchtprävention für UMF die Wichtigkeit einer Tagesstruktur betont, die einen sinnvollen Tagesablauf gewährleistet (und ohne die auch "life-skills-approaches" kaum eine Basis haben).

Dass der wesentlichste Präventionsfaktor eine legale Beschäftigungsmöglichkeit² wäre, wurde ebenfalls bestätigt – es wurden mögliche Ansätze dazu erörtert, die allerdings allesamt eher im fiktiven Bereich blieben und in keinem Fall im Rahmen von ‘SEARCH II’ angegangen werden konnten.

Insgesamt wurde von den TeilnehmerInnen der Fokusgruppe die Präventionsoption der MultiplikatorInnenschulung bzw. des Trainings von Personen aus der Flüchtlingshilfe als realistischste Präventionsaktivität erachtet, zumal hier - über die Aktivität des ISG im Rahmen von ‘SEARCH II’ hinaus - auch die Aussicht besteht, dass das ISP-Institut für Suchtprävention (angeregt von der Tätigkeit des ISG im Rahmen von ‘SEARCH’ und ‘SEARCH II’) eine "systematische Suchtprävention in der Flüchtlingshilfe" in ihr Arbeitsprogramm aufnehmen könnte. Eine Beschäftigung mit der Zielgruppe der UMF direkt wurde von den ExpertInnen als wenig zielführend erachtet, da diese nur Alibi-Charakter und im Gegensatz zu Coachingaktivitäten keine Nachhaltigkeit hätte.

Das ISG begann also aufgrund der RAR-Ergebnisse auf der Basis der Interviews und der Fokusgruppe damit, Coaching-Programme für BetreuerInnen von UMF zu konzipieren und in Einzelfällen für Kleingruppen punktuell (vor Ort bzw. am ISG) durchzuführen.

Wir entschieden uns bei der Auswahl der Einrichtungen einerseits für die Clearingstelle Wien für UMF einerseits und das Laura-Gatner-Haus für UMF des Evangelischen Flüchtlingdienstes Österreich (wo UMF nach der Clearing-Phase max. bis zum 18. Geburtstag bleiben können) andererseits. Somit konnten MitarbeiterInnen (LeiterInnen, Schlüsselkräfte bzw. ganze Teams) von zwei unterschiedlichen Betreuungsformen für UMF individuell und bedarfsgerecht gecoacht werden.

2. Wobei aber gerade das Fehlen einer legalen Möglichkeit, Geld zu verdienen, natürlich die Gefahr steigert, in den (einträglichen) Drogenhandel verwickelt zu werden.

7. Durchführung der Coachings im Rahmen der Präventionsarbeit in 'SEARCH II'

Wir begannen die Coaching-Phase im Rahmen von Einzelcoachings mit den LeiterInnen der beiden ausgewählten Betreuungseinrichtungen, die vor allem dem Ziel dienten,

- die individuelle Bedarfslage noch weiter und tiefergehend zu konkretisieren als dies durch die RAR-Phase bisher der Fall gewesen war,
- durch Informationen aus erster Hand eine Art "Monitoring" bzgl. Veränderungen in den Einrichtungen seit den letzten Gesprächen durchzuführen,
- die Gruppencoachings mit den MitarbeiterInnen auch organisatorisch vorzubereiten.

Im Falle der Clearingstelle Wien ("Projekt Caravan") fand zusätzlich noch ein Vorgespräch zu den oben genannten Thematiken mit Schlüsselpersonen des Betreuungsteams sowie in der Folge auch noch ein Pre-Coaching im Rahmen einer Teamsitzung der MitarbeiterInnen von CARAVAN statt, das noch letzte Aufschlüsse über das konkrete Programm des Team-Coachings in der Clearingstelle Wien erbrachte.

Die intensivere Beschäftigung mit der Clearingstelle Wien resultierte aus der vielschichtigeren Problemlage in dieser Einrichtung, die im Gegensatz zur Betreuungseinrichtung des EFDÖ in Hirtenberg (Laura-Gatner-Haus) im Süden Wiens noch mehrere Zwischenschritte erforderlich machte. Das Laura-Gatner-Haus setzt nämlich stark auf die Beschäftigung und versucht einerseits mit großem Erfolg für die Flüchtlinge Arbeit bzw. Ausbildungsmöglichkeiten zu finden und führt auch selbst Beschäftigungsprojekte durch (z. B.: Gestaltung bzw. Renovierung des Heimes), andererseits wird zur Persönlichkeitsstärkung eine Psychodramagruppe unter der Leitung von zwei PsychotherapeutInnen angeboten, die von den Minderjährigen gut angenommen wird. In Hirtenberg sind also aufgrund anderer Rahmenbedingungen als in der Clearingstelle Wien andere Voraussetzungen gegeben. Die geographische Lage außerhalb von Wien, die bessere finanzielle Struktur durch den persönlichen Einsatz von Einzelspendern, gegebene Arbeits- u. Ausbildungsmöglichkeiten für UMF, andere Teamdynamiken und eine allgemein deutlich geringere Problemlage im Hinblick auf Drogenkonsum und -handel führen zu einer viel positiveren Ausgangsposition für UMF als in Wien selbst. Dadurch können viele Elemente, die suchtpreventiv wirken und die auch in Wien theoretisch angestrebt werden, besser umgesetzt werden (z. B. Tagesstruktur, Beschäftigung).

Der wesentlichste Ansatzpunkt für die Coachings war die durch das RAR bestätigte Tatsache, dass Suchtprävention weniger mit individueller Prävention zu tun hat als mit einem Einrichtungsschutz: Die vordringliche Frage in diesem Zusammenhang lautet: "Welchen Beitrag kann die Suchtprävention zum Überleben einer Einrichtung leisten (drogenfreie Einrichtung, Haus clean halten...)?"

Somit stand für das ISG eine Suchtprävention, die sich an MitarbeiterInnen bzw. Einrichtungen richtet, im Zentrum der Bemühungen. Suchtprävention bedeutet allerdings im Falle der UMF in Wien auch die Berücksichtigung einer "Delinquenzprävention", die auf ähnlichen Voraussetzungen wie Suchtprävention beruht und mit ähnlichen Mitteln arbeiten kann.

Auf Seiten der BetreuerInnen ging es vor allem darum, die realen Gegebenheiten in der konkreten Einrichtung mit meist abweichenden Idealen bzw. Vorstellungen vereinbar zu machen. Die Akzeptanz, aber auch ein besseres Handling von Gegebenheiten mussten gefördert werden. Ebenso musste das Phänomen der Verdrängung unter den MitarbeiterInnen behandelt werden: Durch den Umstand, dass Probleme für sich behalten werden und jede/r BetreuerIn seinen/ihren eigenen Weg bzw. eigene Vorstellungen verfolgt, bleibt eine durchgängige Linie des Teams auf der Strecke, wodurch es wiederum an vorhersehbaren Entscheidungs- bzw. Sanktionierungsprozessen mangelt und die UMF keine

klaren und konsistenten Abläufe bzw. Stabilitäten und Kontinuitäten in der Einrichtung erkennen können.

Auf Seiten der Einrichtungen selbst steht die Verbesserung der Strukturen im Vordergrund, um Suchtverhalten nicht zu begünstigen: klare Regeln und Konsequenzen sind vonnöten; funktionierende und realitätsnahe Elemente der Tagesstruktur müssen ausgebaut werden. Die Situation in den Einrichtungen ist stark durch die Rahmenbedingungen eingeschränkt (Aufenthaltsdauer der UMF ist beschränkt; kein Einfluss der BetreuerInnen auf die Zeit nach der (Erst-)Betreuung).

Als weitere wichtige Elemente für die Coachings konnten zudem die Vermittlung von Grundkenntnissen bzgl. Suchtmitteln, eine Einführung in "Methoden der Suchtprävention", die Erörterung von Risikofaktoren bzw. protektiven Faktoren, die Betonung von Ich-stärkenden Elementen, die Verbesserung der Gruppen- bzw. Teamdynamik sowie Vernetzungselemente und einiges mehr identifiziert werden.

Coachings zeichnen sich dadurch aus, dass man mit Hilfe dieser Technik, die keinem strengen Inhaltskanon folgt, mit Offenheit und Flexibilität an akute Probleme herangehen kann. Die Ziele bzw. Inhalte von Coachings werden also erst in den Coachings selbst gemeinsam erarbeitet, wobei aber die generelle präventive Zielrichtung nicht außer Acht gelassen werden darf.

Wir haben dennoch versucht, die wichtigsten Anforderungen bzw. Inhaltsbestandteile von Coachings für BetreuerInnen von UMF zusammenzufassen.

Coaching-Programme für BetreuerInnen von UMF sollten demnach aufgrund der Erfahrungen in 'SEARCH II' unserer Ansicht nach folgende Elemente umfassen und folgendem Modell folgen:

- *Grundkenntnisse zu den Themen: "Suchtmittel – Wirkung und Gefahren"*
 - Suchtentstehung
 - Suchterkennung
 - Reaktion auf erkannte Suchtgefährdungen
 - Umgang mit Suchtgefährdeten
- *Einführung in "Methoden der Suchtprävention":*
 - Primärprävention (Ich-Werkzeuge + Strukturelemente, Life-skills, Gesundheitsvorsorge....)
 - Sekundärprävention (Erkennen und Reagieren: dort, wo es schon Probleme gibt)
 - Tertiärprävention: Behandlung
- *Erörterung von Risikofaktoren bzw. protektiven Faktoren*
- *Besondere Berücksichtigung einer möglichen Veränderung der Normen und Regeln (gesellschaftliche Normen, Normen der Jugendwohlfahrt oder/und der Peers) sowie der Tagesstruktur bzw. Beschäftigungsmöglichkeiten von UMF*
- *Gemeinsame Erarbeitung bzw. Optimierung von Elementen der Tagesstruktur, im Rahmen derer suchtpreventive Aspekte eingearbeitet werden können (z. B. Deutschunterricht)*
- *Betonung von Ich-stärkenden Elementen in der Betreuung über die (moralische) Beziehungsebene*
- *Erörterung des Spannungsfeldes: "Kampf gegen Suchtursache" vs. "in kurzer Zeit umsetzbare Hilfe"*
- *Verbesserung der Gruppendynamik innerhalb des Teams von FlüchtlingshelferInnen (starke Emotionalität im Team bei Anlassfällen)*
- *Vernetzungselemente, Wissenstransfer (Verlinkung mit relevanten Fachstellen auf Gemeinde- bzw. Landesebene).*

8. Ausweitung der Coachings auf das Projekt: "Connecting People":

Ein innovatives Projekt der "asylkoordination österreich" nennt sich "Connecting People". Dieses ermöglicht es einzelnen minderjährigen Flüchtlingen, mit einem/r österreichischen PatIn ihre Freizeit zu verbringen und in den Familienverband (zeitlich limitiert) eingebunden zu werden, was zur sozialen Integration von UMF und somit zur Suchtprävention beiträgt. Nach der Fokusgruppe von 'SEARCH II' wurden die bereits geknüpften Kontakte mit dem PatInnen-Projekt "Connecting People" intensiviert, die Coaching-Idee an die Verantwortlichen des Projekts vermittelt und den PatInnen auf der Basis dieser Vorgespräche ebenfalls ein kostenloses Einzelcoaching-Angebot von 10 Stunden gemacht. Dieses wurde von der Projektleiterin an die PatInnen vermittelt, die sich nach Bedarf direkt ans ISG wegen dieser Coachings wenden konnten. Als Hauptproblematik bzw. Hauptanliegen der PatInnen konnten neben der Gefährdung durch Substanzkonsum auch Befürchtungen bzgl. eines Hineinrutschens der UMF in die Dealerszene identifiziert werden. Somit drehten sich die Coachings vor allem um die Reflexion der eigenen Ängste der PatInnen und um die gemeinsame Erarbeitung von Strategien einer tabufreien und offenen Kommunikation zwischen PatIn und UMF.

9. Schlussfolgerungen, Ausblick

Der Ansatz des Coachings von BetreuerInnen von UMF in Bezug auf Suchtproblematiken zielt darauf ab, die Konstante in der Flüchtlingshilfe, also den Pool von FlüchtlingsbetreuerInnen in ihrer täglichen Arbeit, zu unterstützen, ihnen notwendige Werkzeuge an die Hand zu geben und in einem gemeinsamen, nach individueller Bedarfslage abgestimmten Prozess die Handlungsfähigkeit der SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen in Bezug auf die Sucht- bzw. Deliktprävention zu verbessern.

Es zeigte sich, dass solche Coachings stark auf die jeweiligen anlassbezogenen Bedürfnisse der Einrichtungen bzw. Zielpersonen der unterschiedlichen Settings (in unserem Fall: UMF-Clearingstelle, UMF-Nachbetreuungseinrichtung, PatInnen von UMF) abgestimmt sein müssen und somit eine individuell abgestimmte Zugangsweise erforderlich ist, die aber gewissen Richtlinien folgen kann.

Das Coachingprogramm des ISG stieß auf großes Interesse, wurde gerne wahrgenommen und soll auch nach Ende des Projektes 'SEARCH II' fortgeführt werden. Vor allem die diesbezügliche Kooperation bzw. Vernetzung mit der Clearingstelle Wien steht auf stabilen Beinen, wenngleich die konkreten längerfristigen Coachingmöglichkeiten vor allem durch finanzielle Aspekte limitiert sein dürften.

Das Coaching wurde nach Angaben der TeilnehmerInnen als "Türöffner", als "neue Sache" aufgenommen, die "gut getan" hat. In bisherigen Supervisionen für FlüchtlingsbetreuerInnen abseits von 'SEARCH' war es so, dass auch Erwartungen geweckt wurden, die dann nicht erfüllt werden konnten, weil es keine Fortsetzung gab. Zudem stellte das Thema "Drogen" – wenn überhaupt – nur ein Randthema dar.

Mit dem PatInnenprojekt "Connecting People" wurde seitens des ISG ebenfalls eine Vernetzung etabliert, die ein regelmäßiges Monitoring der Problemlagen bzw. Bedürfnisse dieser speziellen Gruppe im Sinne des RAR ermöglicht.

Durch die inhaltliche Vermittlung der Aktivitäten von 'SEARCH' an das ISP (Institut für Suchtprävention der Gemeinde Wien) konnte die Thematik von 'SEARCH' auf die politische Ebene verlagert werden. Derzeit finden Gespräche zwischen Leitungspersonen von Suchtpräventionfachstellen und Verantwortlichen im Flüchtlingswesen statt und lassen berechtigte Hoffnung entstehen, dass eine

nachhaltige und längerfristige Herangehensweise an das Problem der Suchtgefährdung von Flüchtlingen in Gang gebracht werden konnte. Zusammenhänge werden seit 'SEARCH II' besser wahrgenommen: während im Lauf des Projektes 'SEARCH' noch die Problemverdrängung im Vordergrund stand, herrschte bei 'SEARCH II' bereits viel größere Offenheit unserem Beschäftigungsfeld gegenüber. Durch die RAR-Erhebungen und Fokusgruppen von 'SEARCH' war der Boden bei 'SEARCH II' schon aufbereitet und es kann somit auch weiteren notwendigen Vorhaben (etwa die Beschäftigung mit MigrantInnen der 2. Generation im Hinblick auf Suchtproblematiken) mit mehr Zuversicht auf Erfolg entgegengesehen werden.

‘SEARCH II’ in Belgien

1.	Die Organisation ‘De Sleutel’	42
2.	Von ‘SEARCH’ zu ‘SEARCH II’	42
2.1.	Netzwerkarbeit	42
2.2.	Zielsetzungen und Ergebnisse	42
2.3.	Einbezogene Präventionsakteure	43
3.	Die konkreten Ergebnisse	43
3.1.	Die Präventionsinstrumente	43
3.2.	RAR	43
3.3.	Die Verbreitung der Methodik	44
4.	Entwicklung von Präventionsmaterial	45
5.	„Het Gat in de Haag“ („Das Loch in der Hecke“) und ‘SEARCH II’: Grundschulkind	47
6.	RAR-Monitoring	47
6.1.	Berichte	48
7.	Schlussfolgerungen und Ausblick	55

De Sleutel, Gent, Belgien

Peer van der Kreeft
Erwin Coppens
Annemie Deloose

1. Die Organisation „De Sleutel“

De Sleutel ist die größte Organisation für Hilfeleistung, Prävention, Forschung und Beschäftigung zur Vermeidung von Drogenproblemen in Flandern. De Sleutel besteht seit 1973 und hat 230 Beschäftigte. In dem Netzwerk gibt es zwei therapeutische Gemeinschaften, ein Kriseninterventionszentrum, fünf ambulante Tageszentren, zwei stationäre Kurzzeitprogramme für Minderjährige, aufsuchende Arbeit und Streetwork, Methadonvergabezentren, Schulungszentren und "soziale Arbeitsplätze". Im Bereich der Prävention beschäftigt sich De Sleutel sowohl mit primärer wie mit sekundärer Prävention. Wir kombinieren dabei Methoden und Techniken, die im internationalen Rahmen am besten bewertet wurden. De Sleutel nutzt Expertise aus Beziehungen und langfristigen Kontakten zu Forschungsinstituten aus ganz Europa, darüber hinaus aber auch aus eigenen Erfahrungen im Arbeitsgebiet. Aufklärung, Erziehung und eine Strategie des gesellschaftlichen und individuellen Umgangs mit Drogen werden auf diese Weise in einer umfassenden präventiven Vorgehensweise in Schule und Gesellschaft zusammengeführt. Die Orientierung am Lifeskills-Ansatz sowie an den Methoden der peer-to-peer-education nehmen hier besonders wichtige Plätze ein.

2. Von 'SEARCH' zu 'SEARCH II'

2.1 Netzwerkarbeit

Die Resultate der RAR-Untersuchung in 'SEARCH' stießen bei einer Gruppe von Mitarbeitern unserer Organisation auf ein erhöhtes Interesse. Dazu gehörten sowohl Mitarbeiter aus dem Bereich Prävention, aus der aufsuchenden Arbeit als auch aus dem Behandlungs- und Forschungsbereich. Darüber hinaus kamen wir in 'SEARCH' mit dem Arbeitsgebiet von Auffang und Begleitung von Asylbewerbern in Kontakt.

Die Fortsetzung des ersten Projektes in der Form von 'SEARCH II' überzeugte all diese Mitarbeiter von der Solidität des Projektes. Das bedeutete auch, dass ihr Engagement in diesem Aktions- und Untersuchungszusammenhang eine konkrete Wiederholung und Weiterentwicklung finden konnte.

2.2 Zielsetzungen und Ergebnisse

Die Zielsetzungen und erwarteten Ergebnisse wurden für unsere 'SEARCH'-Aktionen in Flandern spezifischer formuliert:

- Weitere Verbreitung der Präventionsinstrumente. Die Beobachtung und wo nötig, Veränderung der Präventionsstrategie:
 - im allgemeinen;
 - unter spezieller Berücksichtigung der Integrationsmodule in den Grundschulen.
- Die Durchführung der zweiten RAR-Untersuchung in einer stärker differenzierten und breiteren Zielgruppe, ergänzend zu der Zielgruppe des RAR in 'SEARCH'. Dieses erweiterte RAR besteht aus einer schriftlichen Befragung sowie Fokusgruppen mit 105 Vertretern von örtlichen OCMW-Initiativen [*das sind in Belgien öffentliche Wohlfahrtszentren, jede Gemeinde verfügt über ein solches Zentrum – Anm. d. Projekt-Koordination*].
- Ausarbeiten des Instrumentariums für die weitere Verbreitung der RAR-Methode in Ausbildungsmodulen innerhalb unseres Bereiches.

2.3 Einbezogene Präventionsakteure

Viele der Interviewten, Fokusgruppenmitglieder oder Kontaktpersonen standen in Verbindung mit Personen aus 'SEARCH'. Die positiven Erfahrungen, die wir mit der sorgfältigen Archivierung und vollständigen Dokumentation gemacht hatten, lieferten uns eine gute Basis für die notwendigen Aktionen in 'SEARCH II'.

3. Die konkreten Ergebnisse

3.1. Präventionsinstrumente

Wir setzten zwei Grundversionen um:

- Eine Informationsbroschüre in sechs Sprachen
- Fünf Geschichten für Kinder über Flüchtlinge und über ‚Drogen‘ (Zaubermittelchen)

'SEARCH II' erledigte Monitoring-Aktivitäten für eine qualitative Ausbreitung und eine effektive Nutzung.

Die Ausbreitung wurde erleichtert durch den Einsatz der Website (www.desleutel.be) und durch die Ergänzung der Geschichten mit einer Audio-Version auf einer CD.

Das Material wurde auf einer Pressekonferenz präsentiert.

3.2. RAR

3.2.1. Monitoring ‚De Brugse Poort‘, Gent

Wir führten Interviews mit relevanten Organisationen und Einzelpersonen aus der 'SEARCH' - Sammlung sowie mit neuen Kontaktpersonen durch. Diese Aktionen führten zu einem detaillierten Protokoll und einer formalen Evaluation des Projektes. Im Abschnitt 5 dieses Berichtes lesen Sie Aufzeichnungen von Gesprächen in diesem Rahmen.

3.2.2. RAR bei 105 örtlichen OCMW-Initiativen in Flandern

OCMW's sind, wie erwähnt, öffentliche Wohlfahrtszentren; jede belgische Gemeinde verfügt über eine solche Einrichtung.

Die RAR-Methodik wurde angepasst an eine breitere Gruppe von Kontaktpersonen durch den Einsatz schriftlicher Fragenlisten und Regionaltreffen, die wie Fokusgruppen genutzt wurden. Das Assessment beinhaltete 105 Antwortende, die Fragenlisten hatten dieselbe Struktur wie die Interviews in 'SEARCH'. Die Befragten setzten sich fast ausschließlich (96 %) aus Sozialarbeitern zusammen.

Die letztendliche Zielgruppe bestand aus Asylbewerbern aus fast allen Erdteilen. Als am stärksten für Drogenprobleme anfällig genannt werden Asylbewerber aus dem Mittleren Osten und dem Balkan. Der vollständige Bericht ist gesondert in den Niederlanden publiziert worden und ist unter www.desleutel.be zu finden.

3.3. Die Verbreitung der Methodik

3.3.1. Materialien

Wir übersetzten das RAR-Manual und passten es geringfügig an die örtlichen Gegebenheiten und die Kultur in Belgien an – mit näherliegenden Beispielen.

3.3.2. Training

Wir organisierten einen Versuch, die RAR-Methode in einem nicht drogenpräventiven Setting anzuwenden, und zwar beim Thema: "Schulschwänzen bei Jugendlichen". Dabei arbeitete ‚Habbekrats‘ in Gent mit – ein sehr aktives und bekanntes, auf gesellschaftlich gefährdete Jugendliche ausgerichtetes Jugendzentrum. Die Ergebnisse dieses Versuches nahmen wir mit in die Gestaltung eines eintägigen RAR-Trainings für Sozialarbeiter mit einer koordinierenden Position in den örtlichen Präventionsaktivitäten. Die Methodik wurde weiterhin vorgestellt im Rahmen eines Arbeitskollegiums an der Hochschule Gent, Fachbereich Sozialarbeit. So wuchs unsere Überzeugung, dass die Methodik auf Dienste und Organisationen übertragbar ist, die selbst keine starke wissenschaftliche Abteilung haben.

3.3.3. RAR innerhalb von 'SEARCH II': Allgemeine Schlussfolgerungen

Von den 105 Antwortenden hat die große Mehrheit (89%) eine Funktion in Bezug auf die spezielle Zielgruppe 'Asylbewerber'. 80% der Antwortenden geben an, über mäßige bis sehr viele Fachkenntnisse zum Thema Drogen zu verfügen.

Aus der Untersuchung geht hervor, dass kein *dramatisches* Drogenproblem unter den Asylbewerbern festgestellt wurde. Jedoch gibt einer von drei Antwortenden an, dass diese Gruppe Probleme mit dem Drogengebrauch hat. Die Personen, die in OCMW-Auffanginitiativen arbeiten, geben an, dass sie den vermuteten Gebrauch überwiegend aus körperlichen, finanziellen und sozialen Anzeichen ableiten.

Die Sozialarbeiter beziehen sich mit ihren Aussagen vor allen Dingen auf ihre Beobachtungen der Asylbewerber oder auf die Asylbewerber, die das Problem selbst ansprechen. Häufig wird das Verhalten selbst als Quelle der Information von diesen Personen angegeben. Weiterhin werden Informationen häufig im kollegialen Austausch eingeholt.

Das Durchschnittsprofil eines problematischen Gebrauchers nach Angaben des Befragten:

- Vor allen Dingen die legalen Mittel sind problematisch. Die drei wichtigsten sind: *Alkohol, Tabak* und *Medikamente*. Was die illegalen Mittel angeht, hat Cannabis die Führung, gefolgt von Heroin.
- Die Hauptursachen für Substanzge- und -missbrauch liegen in der Verlängerung des Status als Asylbewerber: Die unsichere Zukunft, die Langeweile, die mit dem Warten verbunden ist und auch die traumatischen Erfahrungen, die sie im Heimatland gemacht haben, sind die hauptsächlichen Gründe, warum diese Gruppen mit dem Konsum beginnen.
- Die problematischen Gebraucher, die festgestellt wurden, kamen zumeist aus dem Balkan sowie dem Iran und Georgien. Es sind auch vornehmlich Männer, die überwiegend zwischen 18 und 35 Jahre alt sind. Die meisten sind auf eigene Initiative (alleine) nach Belgien emigriert.

Die meisten der Asylbewerber mit einem Drogenproblem kommen ein Mal im Monat oder seltener in Kontakt mit ihrer Auffanginitiative.

Vor allem in Nachbarschaftszentren und Schulen (allgemeine Sozialarbeit) sollten Präventionsangebote gemacht werden. Auch die Asylzentren selbst seien ein guter Ort, um Präventionsangebote zu machen.

Inhaltlich muss der Akzent auf *Produktinformation* und *Kulturunterschiede* (kontextgebunden) gelegt werden. Was die substanzbezogenen Infos betrifft, muss der Schwerpunkt bei den Folgen und Gefahren liegen, die der Konsum mit sich bringt. Die Personen, die am Besten die Prävention aus einem fachkundigen Blickwinkel umsetzen können, sind Mitarbeiter des Gesundheitswesens, Ärzte und professionelle Präventionskräfte. Bei den nicht-professionellen Hilfsangeboten wird die Prävention am besten durch die Zielgruppe selbst oder durch Personen umgesetzt, die die Zielgruppe vertreten.

4. Entwicklung von Präventionsmaterial

Annemie Deloose, De Sleutel, Tagesklinik Mechelen, 2004

4.1.1. Empfehlungen für die Prävention aus 'SEARCH II'

Die RAR-Untersuchung bei den 105 örtlichen OCMW-Initiativen ergibt, dass Asylzentren mit 40 %, Schulen mit 31 %, Nachbarschaftszentren mit 16 % als die am besten geeigneten Präventionskanäle bewertet werden.

Inhaltlich sollte sich, den Aussagen der Untersuchung folgend, Prävention zu 49 % mit den Substanzen und zu 27 % mit dem sozialen Kontext befassen.

Als Hauptursachen für Drogenprobleme werden definiert: Langeweile 65 %, Traumata 57 %, Kulturunterschiede 24 %, Verfügbarkeit 16 %, soziale Funktion 16 %.

Als die am häufigsten in problematischer Weise konsumierten Substanzen werden genannt: Alkohol 80 %, Tabak 60 %, Beruhigungsmittel 41 %, Schmerzmittel 24 %, Cannabis 15 %, Heroin 5 %.

4.1.2. Empfehlungen für die Prävention durch 'SEARCH II'

Diese Schlussfolgerungen entstammen der Untersuchung in der kosovarischen und der albanischen Gemeinschaft in einem Genter Wohngebiet:

- Nachdruck auf die Belange und die Erziehung der Kinder legen;
- Berücksichtigung des spezifischen Lebenskontextes der Asylbewerber (allerdings sollten hier Stigmatisierungsrisiken bedacht werden!);
- Bereitstellung derselben Instrumente für Kinder und Jugendliche der Zielgruppe wie für andere (integrierte Vorgehensweise);
- Hinweise auf die besonderen Risiken der Jugendkultur-Drogen (Cannabis und XTC) (Schulabbrüche!);
- Information über die spezifische belgische Kultur des Medikamentengebrauchs.

4.1.3. *Innovativ*

In den Publikationen sorgten wir auch für die Aufnahme von einigen allgemeinen Erkenntnissen zur Prävention: Wir wenden in unserer Aufklärung die Aufmerksamkeit auf körperliche und psychische Wirkungen oder Risiken des Substanzkonsums, aber auch auf soziale, wie beispielsweise Aggressivität durch Alkoholkonsum. Es finden sich in den Materialien für diese Zielgruppen die gleichen Informationen über Drogen wie in anderen Aufklärungsmaterialien. Gleichzeitig geben wir auf jeder Seite auch Tipps und Informationen, die auf die spezifische Situation von Asylbewerbern, Flüchtlingen oder Illegalen eingehen.

4.1.4. *Faltblätter in sechs Sprachen*

Die Aufklärungsbroschüren von De Sleutel sind erhältlich in Russisch, Tschechisch, Slowakisch, Französisch, Englisch und Niederländisch.

H.B., Streetworker in Gent, sagt über die Publikationen: *"Mitte der 90-er Jahre sahen wir im Rahmen von Streetwork, die sich auf Drogengebraucher und Prostituierte richtete, plötzlich ganz neue Gesichter auftauchen. Gesichter aus dem Kosovo, aus Albanien, Tschechien, der Slowakei und nun neuerdings auch von Roma-Jugendlichen aus Prag."*

"Diese Menschen sprechen eine andere Sprache und haben ganz andere Sorgen als die um ihre Gesundheit. Sie wissen manchmal nicht, ob sie abends etwas zu essen haben. Sie sind besonders misstrauisch. Dennoch haben wir im Laufe der Zeit durch sehr intensive und persönliche Arbeit Vertrauen gewonnen. Unsere Feststellung ist, dass diese Jugendlichen sich nicht stark von belgischen, marokkanischen, türkischen Jugendlichen unterscheiden: Pubertät, mehr finanzieller Spielraum, experimentieren."

"Das ist das erste Mal, dass ich solche Präventionsmaterialien sehe, und das ist schon ein enormer Beitrag von De Sleutel. Aber es gibt für deren Verteilung zwei Schwierigkeiten. Zum Einen: die Menschen zu erreichen und zum Zweiten: Menschen zu finden, die die Materialien vermitteln und damit arbeiten können. Hoffentlich gelingt das."

4.1.5. *Integrierter Einsatz des Materials*

Wir haben die Materialien so konzipiert, dass verschiedene Akteure gleichzeitig in die 'SEARCH'-Intervention einbezogen werden.

- Die Lehrkraft setzt die Geschichten in Unterrichtsstunden zur Sozialkunde in der Grundschule ein;
- Der Schüler bringt die Geschichtensammlung (oder die Audio-CD) mit nach Hause;
- Die Geschichten finden sich auch auf der Website www.desleutel.be;
- Der Bildungsmitarbeiter oder Mitarbeiter des Gesundheitswesens arbeitet mit Asylbewerbern an dem Aufklärungsfaltblatt;
- Die Eltern reden mit dem Kind über die Geschichten und den Inhalt des Faltblatts.

4.1.6. Die nächsten Schritte

Eine achtseitige Broschüre für die Sozialarbeiter oder die Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die Lehrer und die Koordinatoren liefert Richtlinien für den qualitativen Einsatz des 'SEARCH'-Präventionsmaterials. Eine Powerpoint-Präsentation ergänzt die Broschüre; falls gewünscht, richtet De Sleutel eine dreistündige Trainingseinheit aus.

Auch werden die Internet-Möglichkeiten von De Sleutel optimal zur Verbreitung des Materials genutzt. Das Material wird weiterhin in den relevanten Zielgruppen verbreitet und bei anderen Gelegenheiten vorgestellt, wie etwa bei einem Training des VAD für regionale und lokale Verantwortliche aus dem Bereich der Prävention.

5. "Het Gat in de Haag" ("Das Loch in der Hecke") und 'SEARCH II': Grundschulkind

Die Aufklärungsbroschüren (in sechs Sprachen) werden von Jugendlichen und Erwachsenen gelesen, gegebenenfalls mit Unterstützung eines Bezirksgesundheitszentrums, eines Integrationsmitarbeiters, eines Übersetzers oder Sprachenlehrers, Sozialarbeiters oder anderer Professioneller. In der Broschüre findet sich ein Hinweis auf "Das Loch in der Hecke", ein Geschichtenbuch aus dem Präventionsprogramm "Contactsleutel", mit dem viele Grundschulen, auch im Vorschulkindergarten, arbeiten. Mit den Geschichten in dem Buch wird die Aufmerksamkeit auf die Grundfähigkeiten gelenkt: Soziale und emotionale Fähigkeiten, die während der Entwicklung zum Erwachsenen gelernt werden. Einige Beispiele: Sich entscheiden können, kritisches Denken, die Bildung eines positiven Selbstbildes, mit den eigenen Gefühlen umgehen, Lernen aus Fehlern, Hilfe leisten und nach Hilfe fragen, Gedanken zu Gut und Böse. Wie man weiß, beginnt das Erlernen dieser Fähigkeiten schon sehr früh und "Das Loch in der Hecke" ist dafür ein gutes Beispiel. Durch "Das Loch in der Hecke" blickt das Kind auf das "kleine Gemüse" eines Gemüsegartens. Mit Hilfe der Erlebnisse von Möhre, Herrn Kohl, Tomate und den anderen hat De Sleutel die sozialen Fähigkeiten oder "lifeskills" miteinander verwoben. So setzt der Lehrer, das Elternteil oder jede andere Person, die eine kleine Geschichte vorliest, ein kleines Stück Prävention um. Das Wort ‚Drogen‘ kommt in den Geschichtchen nicht vor, es wird von ‚Zaubermittelchen‘ gesprochen.

Fünf der hübsch illustrierten Geschichten handeln von der Situation von Asylbewerbern und drei von Medikamenten und Drogen ("Zaubermittelchen").

In Gent, aber auch in anderen Städten, ruft De Sleutel auf zu "integrierter Vorgehensweise": Kinder lesen gemeinsam mit ihren Eltern die Geschichtensammlung in Niederländisch, in der Schule arbeitet die Lehrerin im Unterricht damit. Zu Hause oder irgendwo in einem Wartezimmer lesen Mutter und Vater die Aufklärungsbroschüre in ihrer eigenen Sprache: der Beginn eines Dialoges.

6. RAR-Monitoring

Um den Prozess des aus 'SEARCH' hervorgehenden Präventionsprojektes in der Genter Brugse Poort zu verbessern, baten wir Evelien Geldof, eine Kriminologiestudentin der Genter Universität, offene Interviews mit einigen Schlüsselpersonen aus dem RAR-Bestand zu führen. Einige dieser Interviews sind, bezogen auf den Verlauf, interessant und exemplarisch dafür, wer vor Ort Prävention konkret umsetzen muss. ‚Wie muss ich dafür sorgen, dass die Menschen unser Präventionsmaterial in die Hände bekommen und auch lesen?‘ ist eine häufig wiederkehrende Frage bei so mancher Präventionskraft. Wir präsentieren in diesem Teil des Berichtes dann auch eine wörtliche Aufzeichnung

von einigen Gesprächen. Auf die Gefahr hin, vor allem wegen der Ich-Form der Aufzeichnungen anekdotisch zu werden, aber mit dem Vorteil, greifbar und auf dem Boden zu bleiben:

6.1. Bericht über die Interviews mit Schlüsselpersonen

Evelien Geldof

"Als Kontaktpersonen für diese Monitoring-Phase stützten wir uns auf alle Organisationen und Personen, mit denen wir während der RAR-Untersuchung von 'SEARCH' (Brugse Poort Gent) und 'SEARCH II' (OCMW-Initiativen In Flandern) in Kontakt waren. Eine Anzahl anderer Organisationen konnte auch angesprochen werden: der Stadtteilpolizist, das JAC, Schulen in der Nachbarschaft, Zentren für Teilzeitunterricht, Hausärzte..."

Inzwischen vervollständigte ich die Liste mit Kontaktpersonen und erstellte auch eine Liste mit Schulen, Kinderauffangzentren und Jugendbewegungen in der ‚Brugse Poort‘.

Ich fuhr fort mit den folgenden vier Personen: Arafat, Wannas, Veerle und Joris. Ich entschied mich dazu, um in erster Instanz mit diesen Personen wegen ihrer früheren Schlüsselposition in 'SEARCH' oder wegen der großen Relevanz ihrer Arbeit.

▣▣▣▣▣ Integrationsmitarbeiter Arafat

Arafat nannte mir die Namen einiger wichtiger Personen: Marc vom Städtischen Integrationsdienst. Marc wird mein Anliegen in der Teamsitzung besprechen, dort werden sie sich einige Gedanken dazu machen.

Ich bekam auch den Namen Ferdi genannt, ein Mitarbeiter desselben Dienstes. Ich beschränkte mich auf die Kontaktaufnahme mit Marc; denn ich denke es ist besser, sich auf eine Kontaktperson zu beschränken, zumal Marc und Ferdi beide mit Asylbewerbern und Flüchtlingen arbeiten.

Arafat gab auch eine Organisation an, die mit Roma arbeitet: Opré Roma. Diese Organisation arbeitet in Gent und beschäftigt sich mit Menschen vom Balkan sowie aus Ost- und Zentraleuropa. Kontaktperson: Wolf. Nach einem Telefonat mit ihm sagte er mir zu, mir per E-mail die Namen von wichtigen Organisationen zu schicken, die mit Slovenen, Kosovaren und Tschechen arbeiten. Auch Sozialarbeiter aus den Schulen der ‚Brugse Poort‘ kommen dazu.

▣▣▣▣▣ Gesundheitsdienstmitarbeiterin Veerle

Veerle vom Bezirksgesundheitszentrum ist froh, dass mit 'SEARCH' endlich etwas passiert ist. Gemeinsam mit Veerle überarbeitete ich meine Liste all' der Organisationen und Dachorganisationen, die mit Asylbewerbern und Flüchtlingen aus der ‚Brugse Poort‘ zu tun haben. Sie weiß viel mehr darüber, wie die Organisationen arbeiten und was genau ihre Zielgruppen und Aktivitäten sind. So kam es, dass sie eine ganze Anzahl neuer Dienste aufführte, aber auch, dass sie einige aus meiner Liste entfernte. Veerle riet mir auch dazu, jedenfalls mit ein paar Grundschulen und einer spezifischen Schule mit Aufnahmeklassen für fremdsprachige Neuankömmlinge in Gent zusammenzuarbeiten. Veerle gibt mir eine Auflistung von Organisationen, zu denen ich noch Kontakt aufnehmen kann.

Am Ende des Gespräches machte Veerle mir noch eine wichtige Mitteilung, nämlich dass einmal im Monat eine Nachbarschaftsberatung stattfindet. Daran nehmen eine Anzahl von Diensten teil, die mit den Bewohnern dort arbeiten. Nächste Woche Montag ist wieder eine neue Zusammenkunft. Sie wird organisiert durch das Städtische Nachbarschaftszentrum. Ich entschied, dass es sehr interessant für

mich sein würde, an einer solchen Besprechung teilzunehmen. Dann erhalte ich die Chance, das Projekt so ziemlich allen Diensten im Viertel vorzustellen. Ich beschloss, umgehend Kristien (Verantwortliche für die Nachbarschaftsberatung) mit der Frage anzurufen, ob die Gruppe meinem Auftrag zustimmen kann.

Was mir auffiel, als ich das Wartezimmer betrat, war, dass unter den Patienten nur wenige Mütter mit Kindern waren. Das war lediglich eine Momentaufnahme, aber ich denke doch, dass die Patienten hauptsächlich Kinder sind. Ich denke, dass diese Asylbewerber auf Grund von Scham, Angst vor erzwungener Rückkehr, Unsicherheit etc. nicht gerne irgendeine Form der Hilfeleistung annehmen. Aber wenn es um die Gesundheit ihres Kindes geht, müssen all diese Hindernisse weichen, damit das Kind gesund bleibt. Daher ist es tatsächlich auch so wichtig, beispielsweise über die Eltern zu versuchen, die Kinder zu erreichen: wir können die Faltblätter auch an Eltern ausgeben und die Vorlesegeschichten sind auch für Eltern gedacht. Wir sprechen die Eltern an, um so die Kinder zu erreichen.

▣▣▣▣ Streetworker Wannas

Wannas arbeitet beim Flüchtlingsdienst und hatte früher einen Präsenztage im Städtischen Nachbarschaftszentrum der Brugse Poort, dort war er Streetworker. Heute arbeitet er bei der Stadt Gent, er bietet Vermittlung für neuankommende Asylsucher an.

Wannas kennt wie kein anderer die Gewohnheiten der verschiedenen Nationalitäten im ‚Brugse Poort‘. Er ist auch auf dem Laufenden bezüglich ihrer Freizeitaktivitäten: was tun sie, wo kommen sie zusammen? Es ist auch meine Idee gewesen, eventuell Faltblätter über dieses informelle Netzwerk zu verteilen. So lässt sich eine Anzahl von Personen erreichen, die überhaupt keinen Kontakt mit welcher Art von Hilfseinrichtungen auch immer haben. Dabei dachte ich vor allem an Cafés in dem Viertel. Wannas kann mir eine Liste der populärsten Cafés geben. Ich hatte den Plan, diese Cafés (eventuell gemeinsam mit einem Freund oder einer Freundin) zu besuchen, etwas zu trinken und dann so informell wie möglich den Barman wegen der Faltblätter anzusprechen. Vielleicht ist das andererseits auch keine so gute Idee. Gestern berichtete mir der Projektkoordinator, dass sie früher, in der ersten Phase der Untersuchung, sehr distanzierte und zurückhaltende Reaktionen von Cafébetreibern, Barmännern und Gästen erhielten. Es erscheint mir einleuchtend, darüber erst mit Wannas zu sprechen, bevor ich eine Entscheidung treffe, wie ich das konkret angehen soll. Um ehrlich zu sein, hatte ich noch gar nicht an diese eventuelle Schwierigkeit gedacht.

▣▣▣▣ Sozialarbeiter Joris

Joris arbeitet im OCMW Gent in der Abteilung ‚Brugse Poort‘. Zusammen mit seiner Kollegin Annelies arbeitet er mit in einem Projekt zum Drogengebrauch (‚Perspektive‘), in dem auch De Sleutel ein Partner ist. Joris ist dann auch sehr angetan, als ich ihm das Projekt ‚SEARCH‘ vorstelle.

Er ist bereit, die CD-Rom und die Faltblätter innerhalb seiner Einrichtung zu verteilen, und hält das Projekt für eine hervorragende Initiative. Ich kann ihn jederzeit anrufen, um zusätzliche Informationen zu erhalten.

Ich hatte den Eindruck, dass Joris es sehr schwierig fand, mir eine klare und deutliche Antwort auf meine Frage zu geben. Anscheinend ist das Netzwerk der Dienste so unterschiedlich und unübersichtlich, dass es sehr schwierig ist, darauf einen klaren Blick zu haben. Das ist auch meine Erfahrung, nachdem ich mich in meine Aufgabe eingearbeitet hatte. Es sind so viele verschiedene Dienste im Einsatz, die sich unter anderem auf Asylbewerber richten und es kommt noch dazu, dass diese Dienste

häufig unabhängig voneinander arbeiten. Manchmal bieten zwei Dienste dieselbe Hilfeleistung für ein und dieselbe Zielgruppe an, ohne zusammenzuarbeiten oder gar ohne voneinander zu wissen. Joris bestätigt das auch: das OCMW beschäftigt sich mit Drogen, das MSOC (Medizinisch-Soziales Zentrum), De Sleutel und die Stadt Gent auch, aber es besteht viel zu wenig gemeinsame Absprache. Solche Dienste könnten doch ihre Initiativen aufeinander abstimmen, sie könnten Erfahrungen austauschen. Das hat zur Folge, dass sich zwei Dienste manchmal mit annähernd Demselben beschäftigen, ohne zu wissen, dass der eine Dienst in Schwierigkeiten steckt, weil man dort nicht weiß, wie ein bestimmtes Präventionsprojekt am besten umzusetzen wäre, während der andere Dienst damit sehr wohl Erfahrungen hat.

■► Reflektionen und Stand der Dinge

‘SEARCH’ ist ein Untersuchungs- und Präventionsprojekt für Illegale und Asylbewerber. Ich halte ein solches Projekt für eine wichtige Initiative. Wir kommen nicht daran vorbei: Multikulturelles Zusammenleben ist ein Fakt. Das bringt zahlreiche Vorteile mit sich; zu denken ist an die Bereicherung unserer Kultur, aber schließlich verbinden sich damit auch einige negative Folgen. Leider ist es immer noch so, dass, wer ‘anders’ ist, in großer Gefahr steht, ausgegrenzt zu werden. Das stellen wir auch bei vielen Migranten fest. Sie sehen anders aus, sie sprechen eine andere Sprache, sie haben eine andere Art zu leben, zu essen, sich zu kleiden, eine andere Art Glauben etc. Das bringt es häufig mit sich, dass diese Personen ausgegrenzt werden. Diese Ausgrenzung können wir auf verschiedenen Ebenen feststellen: Zunächst denke ich an ökonomische Ausgrenzung: Sie finden aus verschiedenen Gründen nur schwer Arbeit, sie beherrschen die Sprache nicht, sie haben nicht die erwartete Ausbildung, sie sind die Arbeit in straffen Strukturen wie bei uns, nicht gewohnt oder sie haben zu wenig Kenntnisse und Fähigkeiten, um sich um einen Job zu bewerben.

Auf die ökonomische Ausgrenzung folgt oft (und nicht nur für Migranten) die soziale Ausgrenzung. Man wird ständig stärker vom gesellschaftlichen Leben isoliert. Da man nur ein niedriges Einkommen hat, wird es schwieriger, an allen möglichen sozialen und kulturellen Aktivitäten des gesellschaftlichen Lebens teilzunehmen. Weiter bleibt auch der Kontakt zu Kollegen aus. Dadurch gehen eine Reihe von Fähigkeiten verloren. Eine normale Reaktion ist es dann, ‘Leidensgenossen’ zu suchen. Zusammen verbringen sie ihre Freizeit. Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass sie gemeinsam Vorwürfe gegenüber der belgischen Gesellschaft entwickeln. Ihnen erscheint es, als würden wir ihnen keine Chance geben wollen, es gut zu haben – ich bin davon überzeugt, dass sie jede Chance doppelt und dreifach ergreifen würden, ein glückliches Leben zu führen. Leider unterscheiden sich die Kulturen so gewaltig, dass es uns häufig als ein unmögliches Unterfangen erscheint, sie zu verstehen und für sie, sich in unser gesellschaftliches Leben zu integrieren.

Eine dritte Dimension der Ausgrenzung ist die politische Ausgrenzung. Man wird von der Teilnahme an den demokratischen Entscheidungsprozessen eines Landes ausgeschlossen. Man erhält keine Möglichkeit, seine Stimme geltend zu machen und sich für sich selbst einzusetzen. Stell dir das Gefühl einmal vor: die Regierung hat überhaupt kein Interesse an dir!

Das ist sicherlich sehr negativ dargestellt und natürlich gibt es viele Migranten, die sehr wohl einen Weg finden, sich in unser gesellschaftliches Leben zu integrieren. Ich halte den oben dargestellten Verlauf typisch für eine bestimmte Zielgruppe, nämlich die Gruppe von Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Migranten. Ihr Zustand in einem fremden Land wie Belgien ist gekennzeichnet durch große Unsicherheit. Dazu kommen noch problematische, häufig auch traumatische Erfahrungen, die Grund für ihre Emigration aus ihrem Herkunftsland gewesen sind.

Glücklicherweise haben wir eine Reihe von Organisationen in Belgien, die sich für diese spezifische Zielgruppe einsetzen. Sie möchten diese Menschen, so gut es geht, aufnehmen. Beispiele sind: das ‚Kleine Schlösschen‘, zahlreiche Asylzentren, die Stadt- und Gemeindebehörden, die ‚Bewegung von Menschen ohne Papiere‘, OCMW's, Sozialdienste, das Rote Kreuz, etc. Das schließt natürlich nicht aus, dass eine Anzahl von Menschen in Konflikte mit sich selbst und ihrer Umgebung geraten. Drogenkonsum und Drogenmissbrauch können für diese Personen eine erlösende Wirkung haben. Drogen helfen ihnen, aus der Realität zu flüchten und ihre Probleme zu verdrängen. Häufig ist es schwierig, zu diesen Menschen durchzudringen und demzufolge ist ihr Drogengebrauch auch schwer anzusprechen.

Der Drogengebrauch von Asylbewerbern kann noch weitere spezifische Probleme mit sich bringen. Sie sind vielleicht nicht informiert über die Produkte in Belgien, oder die Produkte enthalten hier vielleicht mehr oder weniger psychoaktive Bestandteile. Es können auch Probleme im Zusammenhang mit der Gesetzgebung entstehen, und das muss so gut es geht vermieden werden. Darum ist es ausgesprochen wichtig, Asylbewerber, Flüchtlinge und illegale Migranten auf konstruktive Weise über die verfügbaren Produkte, deren Wirkungen, die Suchtgefahren, die Beschaffungskosten, die Gesetzgebung dazu, die Hilfeangebote etc. aufzuklären.

Hier erscheint ‚SEARCH‘ auf der Bühne. Es ist ein interessantes Projekt, das die Zielsetzung hat, Asylbewerber, Flüchtlinge und Illegale über Suchtmittel zu informieren, bevor relevante Präventionsaktivitäten durchgeführt werden, sich Klarheit über den Drogenkonsum der Zielgruppe zu verschaffen. Ohne diese Gegebenheit kann es keine effektive Prävention geben, da sie nicht genug auf die Zielgruppe abgestimmt wäre.

‚SEARCH‘ führte eine Untersuchung zu Drogengebrauch und Drogenprävention in dem Genter Viertel ‚De Brugse Poort‘ durch. In diesem Teil der Stadt finde wir vornehmlich Asylbewerber aus Albanien und dem Kosovo.

▣▣▣▣➡ Kritische Diskussion der Methode in der Praxis

Ich bin sicher nicht so anmaßend, zu behaupten, dass ich viel Hintergrundinformation habe über die Durchführung einer bestimmten Untersuchungsmethode. Mein Ziel ist, die Methode sorgfältig zu betrachten und für mich festzustellen, ob ich mit den getroffenen Entscheidungen übereinstimme oder ob ich es eventuell anders angegangen wäre.

▣▣▣▣➡ Mapping, Zugang und Stichproben

Es war eine gute Idee, von Hilfseinrichtungen in dem Viertel auszugehen. Sie kennen die meisten Menschen, haben Informationen über deren Hintergrund, haben viel über Handel und Wandel im Viertel zu berichten und haben eventuell Einsicht in den Substanzgebrauch oder –missbrauch der Zielgruppe. Zunächst wurde Kontakt zu vier Organisationen aufgenommen. Diese nannten noch einige interessante Kontaktpersonen, so dass die Interviews noch weiter ausgedehnt werden konnten. Sie wiesen vor allem auf Bewohner des Viertels und auf Menschen, die gut im Bilde waren über den Drogenkonsum. Von ihnen erhielten wir mehr brauchbare Informationen als von den Hilfseinrichtungen. Es ist auffällig, dass es keine ausbleibenden Antworten gab: jeder, der angesprochen wurde, war bereit zur Mitarbeit. Schließlich wurden 15 Interviews mit 11 Befragten geführt.

Meiner Meinung nach ist das ziemlich wenig, insbesondere, wenn wir bedenken, dass die Befragten angegeben wurden durch zuvor Befragte. Das führt dazu, dass nur eine kleine Gruppe erreicht wurde. Man weiß, dass, wenn Menschen gefragt werden, jemand anderes zu benennen, meistens Menschen genannt werden, die etwas mit der ersten Person gemeinsam haben. Menschen geben eher gleichartige Personen an als Personen, die völlig anders sind. Wenn man nun eine kleine Gruppe Befragter hat, die nach dem Schneeballprinzip ausgewählt wurden, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass die Gruppengruppenzusammenstellung recht homogen ist. Was ich noch anmerken möchte, ist, dass die Ausgangssituation die Hilfeeinrichtungen waren. Diese Instanzen benennen also jemanden anders, einen Bewohner des Viertels oder einen anderen Sozialarbeiter. Mir erscheint es wahrscheinlich, dass alle Befragten mit der einen oder anderen Hilfsorganisation in Kontakt stehen, aber ich denke, wir müssen uns auch bewusst sein darüber, dass es eine Menge Menschen gibt, die nicht bekannt sind beim OCMW, dem Bezirksgesundheitszentrum, dem städtischen Integrationszentrum oder dem Projekt ‚Asylpolitik‘. Somit wird ein nicht unerheblicher Teil der Zielgruppe ignoriert. Möglicherweise ist dieser Teil der Zielgruppe eine ganz eigene Gruppe mit spezifischen Kennzeichen im Zusammenhang mit dem Suchtmittelmissbrauch. Dann wäre es ausgesprochen schade, dass darüber hinweg gesehen wurde.

▣▣▣▣ Semi-strukturierte Interviews

Mit 10 Befragten wurden 14 Interviews aufgenommen. Diese 10 setzten sich aus 8 professionellen Kräften und 2 Bewohnern des Viertels zusammen. Schade, dass nur zwei Bewohner des Viertels befragt wurden. Meiner Meinung nach können Bewohner des Viertels – und ganz gewiss, wenn sie Kontakte zu Albanern und Kosovaren haben – manchmal mehr relevante Informationen geben als zum Beispiel Sozialarbeiter. Nicht dass ich die Kompetenz von Sozialarbeitern anzweifeln will, ich bin selbst Diplom-Sozialarbeiterin, aber ich bin doch geneigt, zu denken, dass Bewohner des Viertels noch mehr wissen über die Gewohnheiten von bestimmten Menschen, über das Leben im Viertel an sich. Die Menschen bewegen sich auf der Straße, sie sind dort Tag für Tag, beteiligen sich an Gesprächen, hören hier etwas, gehen in die gleichen Geschäfte,... da finde ich es selbstverständlich, dass sie einen besseren Blick für möglichen Drogengebrauch im Viertel haben. Dann denke ich noch daran, dass manche Asylbewerber aus Angst vor einer negativen Entscheidung ihres Asylantrages mit allen Mitteln ihren Drogengebrauch vor den Sozialarbeitern zu verbergen suchen: Die Sozialarbeiter geben dann auch an, dass sich ihre Informationen auf Vermutungen stützen. Dazu kommt noch das Problem des geringen Unterschiedes zwischen Albanern und Kosovaren. Wieder bin ich der Meinung, dass Bewohner des Viertels eher die wahre Nationalität kennen als die Sozialarbeiter.

▣▣▣▣ Bericht SI

Hier wurden erneut die Personen befragt, die auch an den semi-strukturierten Interviews teilgenommen hatten. Weiter wurden auch Asylbewerber selbst befragt. Diese Personen wurden durch die teilnehmenden Hilfeorganisationen vermittelt. Ich bin der Meinung, dass Interviews mit Asylbewerbern selbst einen großen Mehrwert für die Untersuchung bedeuten können. Natürlich bin ich mir auch der weniger praktischen Seite dieser Methode bewusst. Ich kann mir vorstellen, dass dies auf Grund der Verweigerungshaltung der Asylbewerber eine sehr zeitraubende Angelegenheit ist. Es ist völlig normal, dass sie misstrauisch sind, wenn erneut jemand kommt, um ihnen Fragen zu stellen – und dann richten sich diese Fragen auch noch auf Drogenkonsum, das erhöht nochmals die Schwelle zur Mitarbeit. Schade, dass die Polizei keine Informationen geben kann oder will. Es erscheint mir ziemlich unwahrscheinlich, dass die Polizei keine relevanten Informationen über den Drogengebrauch oder zumindest Hinweise auf Drogengebrauch hat. Es wäre interessant, zu erfahren, warum sie sich so verweigernd verhält.

Weiter ist es auch ein Mangel der Untersuchung, dass so wenig Asylbewerber selbst interviewt wurden, aber das ist gut nachvollziehbar. Sie sprechen die Sprache nicht, es ist viel zu bedrohlich für sie, über eigenen Drogenkonsum oder den von Freunden zu sprechen. Es sind ohnehin schon genug Menschen, die ihnen Fragen stellen etc. Hätten mehr Zeit und Mittel zur Verfügung gestanden, hätte das Interviewen von Asylbewerbern selbst wahrscheinlich mehr gebracht.

▣▣▣ Die Fokusgruppen

Aus dem Zwischenbericht erschien es bereits so, als sei es schwierig, Menschen in Fokusgruppen zusammenzubringen. Sie bekunden alle Interesse, aber wenn es darauf ankommt, winken sie ab. So entstanden die zwei Fokusgruppen jedes Mal mit einer kleinen Anzahl von Befragten. Vielleicht wäre es auch hier interessant, heraus zu finden, woher das kommt.

▣▣▣ Präventionsmethoden

Nach dem Lesen dieses Berichtes bin ich der Meinung, dass Prävention notwendig ist, aber diese Prävention muss sehr allgemein sein. Damit meine ich, dass sie wirkliche Basisinformation enthalten muss, und dass sie auf neutrale Weise vermittelt werden muss. Im Bericht wird auch zu bedenken gegeben, ob Prävention mittels Broschüren geschehen soll oder mittels eines Aufklärungsabends. Es war eine gute Wahl, es mittels Broschüren zu tun, das ist viel anonym als ein Aufklärungsabend. In einem Cafe oder bei einer Organisation kann man ganz bequem ein Faltblatt in der eigenen Sprache mitnehmen, während die Schwelle für einen Aufklärungsabend viel höher ist. Menschen lassen sich vielleicht zurück halten, dorthin zu gehen, weil andere denken könnten, sie hätten ein Drogenproblem. Und es ist auch ein Problem der Sprache. Weiter denke ich, dass es viel zu formal ist, einen Aufklärungsabend durchzuführen und man muss verfügbar sein, um an dem Abend teilzunehmen. Aus dieser Sicht war es eine gute Wahl, Faltblätter in verschiedenen Sprachen zu erstellen.

▣▣▣ Der Inhalt des Faltblattes

Zuerst möchte ich anmerken, dass das Faltblatt sehr ansprechend aussieht. Es ist ausgerichtet auf Jugendliche und auf dem Faltblatt sind Zeichnungen von Personen mit unterschiedlichen Hautfarben. Das ist natürlich ein essentielles Element, wenn man Faltblätter für eine bestimmte Zielgruppe machen will: "Stimme alles auf die Zielgruppe ab".

Der Sprachgebrauch ist nicht wissenschaftlich; ich denke die Texte sind gut verständlich für die Zielgruppe und wenn ein schwieriges Wort verwendet wird, wird es klar und deutlich erklärt.

Vielleicht wird etwas zu stark Nachdruck gelegt auf die "schlechte" Seite von Drogen. Je Mittel gibt es zwei Rubriken: die Wirkungen und die Risiken. Der Titel ‚Risiko‘ löst bereits etwas Negatives aus: es ist gefährlich, wir tun es besser nicht, weil..... Vielleicht würde es bereits einen Unterschied machen, die beiden Rubriken anders zu benennen: ‚angenehme Effekte‘ und ‚weniger angenehme Effekte‘ beispielsweise. Dann gibt es einen positiven und einen negativen Text. So wie es jetzt in den Faltblättern steht, ist da nichts Positives dran und wir dürfen nicht vergessen, dass Drogenkonsum von den Konsumenten immer noch teilweise positiv erfahren wird. Sie empfinden es als ein sehr angenehmes Gefühl, unter Drogeneinfluss zu stehen. Zwar wird im Faltblatt auf diese positiven Gefühle und Wirkungen hingewiesen, aber der Titel des Abschnittes weist nicht explizit darauf hin.

Es ist sehr positiv, dass auch Nikotin, Alkohol und Medikamente im Faltblatt thematisiert werden. Weiter wird auch auf Cannabis und Amphetamin-ähnliche Mittel eingegangen. Meiner Meinung nach sollten auch Informationen über Kokain und Heroin gegeben werden. Das wird wohl auch konsumiert, wenn auch in geringerem Ausmaß, was aber nicht heißen kann, dass wir sie darüber nicht informieren müssen.

Was ich auch sehr wichtig fände, ist, dass Informationen gegeben werden über die Drogengesetzgebung in Belgien oder darüber, dass man nicht Auto fahren darf, wenn man eine bestimmte Anzahl Gläser getrunken hat. Ich kann mir vorstellen, dass viele der Asylbewerber dazu wenig oder gar keine Informationen haben.

▣ Die Präventionsinstrumente

- Die CD-ROM

Es ist tatsächlich eine gute Initiative, eine CD-ROM zu erstellen, die einige Richtlinien über den besten Umgang mit dem Präventionsmaterial enthält. Aber es ist auch notwendig, Sozialarbeiter, Schulen und andere zu den Faltblättern und dem Projekt 'SEARCH' persönlich anzusprechen.

- Die Broschüre

Ich schlage vor, die Broschüre zwischen anderen Faltblättern bei den unterschiedlichen Zentren in dem Viertel auszulegen: Zentren für Erwachsene und Jugendliche, Cafes, Arztpraxen, Nachbarschaftszentren, OCMW's, Schulen,... Diese Faltblätter können dann freiwillig mitgenommen werden. Wir könnten es auch anders angehen und beispielsweise, wenn man im OCMW feststellt, dass jemand Probleme mit einem bestimmten Mittel hat, könnte man dieser Person ein Faltblatt übergeben. Persönlich bin ich kein Verfechter dieser Methode, weil sie ziemlich offensiv ist.

- Ausgesuchte Lebensstil-Geschichten

Geht es hier wohl um das Buch zur Ansicht oder muss noch ein "Bündel" von Geschichten zusammengestellt werden?

Das Buch muss Lehrern an Vorschulen und Grundschulen persönlich vorgestellt werden. Wir müssen versuchen, sie so weit wie möglich zu stimulieren, mit dem Buch in den Klassen zu arbeiten.

7. Schlussfolgerungen und Ausblick

Peer van der Kreeft

'SEARCH' und 'SEARCH II' stellen für die Flämische Gemeinschaft eine Erneuerung in folgenden Aspekten dar: Die durch die EU finanzierten Projekte lieferten eine greifbare Methodik, um auf schnelle Weise ein Assessment über Problemsituationen verborgener Populationen zu erstellen. Die Methodik scheint auf realisierbare Weise von Praktikern auf dem Niveau von Sozialarbeitern durchgeführt werden zu können, zumindest insofern sie Zugang zu einem Dienst mit mehr wissenschaftlicher Orientierung haben. Die Methode brachte auch einen hohen Grad an Verbundenheit mit sich und dadurch das starke Gefühl von ownership bei der gefragten Zielgruppe.

Das Projekt gibt im Ergebnis ein Bild des Drogenproblems in Gemeinschaften von Flüchtlingen oder Asylbewerbern, das wesentliche Nuancen aufzeigt. Es weist uns, sowohl in 'SEARCH' als auch im breiter angelegten 'SEARCH II', darauf hin, dass eine ganze Menge Annahmen über Art und Umfang von Substanzkonsum in den Projekt-Zielgruppen unbegründet sind und einige "aus der Luft gegriffen sind". Das war eine wesentliche Feststellung, die an die Medien weitergegeben wurde und wird.

Andere Schlussfolgerungen der Untersuchung gaben unseren Präventionsstrategien für die Zielgruppe der Asylbewerber, Flüchtlinge und Illegalen eine konkrete Richtung an. So wurde uns der Unterschied deutlich zwischen Asylbewerbern oder Flüchtlingen, die in der Gemeinschaft in einer Stadt wohnen und denjenigen, die eine solche Gemeinschaft verlassen haben oder keinen Teil davon mehr darstellen. Diese zweite Gruppe findet leicht Anschluss an das kriminelle Milieu und tappt äußerst schnell in die Falle von Drogenhandel und Drogengebrauch. Ein Befund der RAR-Assessment-Methode ist der spezifische Kontext, in dem die Zielgruppe auf unsere medizinischen und sozialen Dienste zukommt. Die damit einhergehende leichte Zugänglichkeit zu Beruhigungs- oder Schmerzmitteln ist besonders beunruhigend.

Der 'SEARCH'-Bericht enthüllte auch ein paar spezielle Nebeneffekte von Alkoholkonsum oder Rauchen mit besonderen Risiken für Kinder oder Jugendliche. Was mich am meisten beunruhigt, ist der Hinweis auf die katastrophalen Folgen von Schulabbrüchen für junge Asylbewerber oder Flüchtlinge. Da kann man noch davon sprechen, was wir eine Gemeinschaft oder Familie nennen können, die sich auch darum bemüht, die Erziehung der Kinder so normal wie möglich verlaufen zu lassen, auch wenn das alles nur vorübergehend ist. Die Kinder oder die – noch mehr Risiken ausgesetzten – Heranwachsenden zu einer in der Nachbarschaft liegenden Schule zu schicken, ist grundlegend wichtig für deren soziale Integration und Entwicklung.

Die einigermaßen anspruchsvolle Formel, die wir für den Einsatz des Präventionsmaterials anwenden – eine Kombination von Aufklärungsbroschüren in fremden Sprachen für die Eltern und Geschichten in Niederländisch für ihre Kinder – zeigt auf die Notwendigkeit, Kinder und Jugendliche zur Schule zu schicken und das auch dauerhaft zu tun.

In Zukunft werden wir Schritte gehen, um die gewonnenen Kenntnisse und damit verbundene Expertise in der Methodik zu vermehren. Wir führen auch Aktionen durch, um die integrierte Strategie von Materialien für Eltern und für Kinder auf eine koordinierte Weise zu realisieren. Damit soll eine Konsolidierung der konkreten und formativen Ergebnisse dieser besonders interessanten und stimulierenden Arbeitsweise, geliefert durch die 'SEARCH'-Mannschaft, geleistet werden

‘SEARCH II’ in Großbritannien

Untersuchung des Drogengebrauchs bei Flüchtlingen und Asylsuchenden mit der Methode der Schnellerfassung und Reaktion (Rapid Assessment and Response - RAR)

	Danksagung	58
1.	Die Organisation	59
2.	Die Situation von Migranten in Großbritannien auf regionaler und nationaler Ebene	60
3.	Die Situation der Flüchtlinge und Asylsuchenden im Vereinigten Königreich – Literaturanalyse	63
3.1.	Einwanderung und Sucht:	65
3.1.1.	Das Forschungsteam	65
3.1.2.	Literaturanalyse	65
3.2.	Erste Ergebnisse des RAR	71
4.	Schlussfolgerungen	77
5.	Nächste Schritte	80
6.	Bibliographie	81

**Centre for Ethnicity and Health,
University of Central Lancashire Preston, Großbritannien**

**Dr. Eleanor Peters, Catherine McQuade,
Dr. Jane Fountain und Professor Kamlesh Patel OBE**

Danksagung

Die Autoren danken herzlich allen Personen und Organisationen, die bei diesem Projekt mitgewirkt haben, insbesondere Roland Lutz und seinen Kollegen vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), sowie allen Projektpartnern von 'SEARCH II'. Ihr Dank gilt ebenfalls Julie Clouder vom Innenministerium.

Ein besonderer Dank gebührt den Kollegen Jon Bashford, Jez Buffin, Moira Winters, Jagjit Singh Khurana, Susan Underwood, Mary Carradice, Eileen Jackson und Debbie Duxbury vom Zentrum für Ethnizität und Gesundheit der Universität Central Lancashire für ihre Unterstützung während des gesamten Projekts.

Nicht zuletzt danken die Autoren den Interviewpartnern – deren Namen anonym bleiben müssen – für die zur Verfügung gestellte Zeit und die wertvollen Informationen, mit denen sie zu dieser Studie beigetragen haben.

1. Die Organisation

Die Entstehung der Universität Central Lancashire geht auf das "Institut zur Wissensverbreitung" (Institution for the Diffusion of Knowledge) zurück, das 1828 in Preston gegründet wurde. Aus ihm gingen später das Harris Institute und Harris College und 1973 die Technische Fachschule Preston hervor, die 1984 in Technische Fachschule Lancashire umbenannt wurde. 1992 erhielt sie den Universitätsstatus und heißt seitdem Universität Central Lancashire (UCLan).

Die UCLan hat gegenwärtig etwa 30.000 Studenten, die in den Hauptgebäuden der Universität in Preston, auf dem Campus in Cumbria, den Partnerschulen in Nordwestengland und den Einrichtungen des Staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service - NHS) in Lancashire studieren. Es gibt Voll- und Teilzeitstudierende, die an Lehr- und Forschungsprogrammen teilnehmen. An der Universität sind mehr als 2.000 Personen beschäftigt.

Die Universität verfügt über fünf Fakultäten: die Lancashire Business School; Kultur, Jura und Sozialwesen; Entwicklung und Technologie; Gesundheitswissenschaften.

Es wird eine Vielzahl von Kursen angeboten, von denen viele die engen Bindungen der Universität zur Industrie, dem Handel und dem öffentlichen Dienstleistungssektor widerspiegeln. Das Angebot umfasst Grundkurse, nationale Hochschulabschlüsse, Postgraduierten- und Forschungsstudiengänge. Durch selbstständig zusammengestellte Studienprogramme können die Studenten ihren angestrebten Abschluss mit den eigenen Interessen und Zielen in Einklang bringen. Die Lehr- und Studienprogramme werden durch Forschungstätigkeiten unterstützt, die zum großen Teil auf die Bedürfnisse der lokalen Industrie ausgerichtet sind.

Das Zentrum für Ethnizität und Gesundheit der Universität Central Lancashire in Preston

Das Zentrum für Ethnizität und Gesundheit wurde 1998 mit dem Ziel gegründet, gegen Benachteiligungen von Schwarzen und ethnischen Minderheiten in der Gesundheits- und Sozialfürsorge vorzugehen und dabei den Zugang zu den entsprechenden Hilfsangeboten, sowie diesbezügliche Erfahrungen und Ergebnisse zu verbessern. Das Zentrum gliedert sich in die vier Fachbereiche Forschung, Unterrichts- und Lernprozess, Einbeziehung der Gemeinschaft (Community Engagement¹) und organisatorische Veränderungen.

Das Zentrum besteht gegenwärtig aus einem Team, das sich aus zumeist zweisprachigen Fachkräften verschiedener Disziplinen zusammensetzt, die umfassende Kenntnisse über die unterschiedlichen Kultur- und Glaubensgemeinschaften in Großbritannien besitzen. Die Hauptbetätigungsfelder des Zentrums sind die Bereiche Drogen und Alkohol, psychische Gesundheit, Einbeziehung der Gemeinschaft, Benachteiligung aus Gründen der Rasse, Regeneration und Gesundheit, Entwicklung von Strategien zur Förderung von Gleichberechtigung und Vielfalt, Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit. In Ergänzung der Forschungsbereiche des Zentrums werden Lehr- und Lerntätigkeiten kontinuierlich weiterentwickelt, um Sach- und Fachkenntnisse, sowie bewährte Praktiken in den Bereichen Ethnizität und Gesundheit zu fördern. Das Zentrum verfügt insbesondere über Erfahrungen im Bereich "Forschung und Drogen", und bietet Schulungs- und Unterstützungsmaßnahmen für Organisationen Schwarzer und ethnischer Minderheiten, um ihnen eine selbstständige Forschungstätigkeit zu ermöglichen.

1. Dieser Begriff ist nicht ganz leicht zu übersetzen, da "Community" im Deutschen sowohl Gemeinde als auch (ethnische) "Gemeinschaft" bedeutet. Gemeint ist der Ansatz, dass die ethnischen Gemeinschaften durch dieses spezifische Programm motiviert, couragiert und in die Lage versetzt werden sollen, für ihre eigene Gemeinschaft aktiv zu werden, vgl. WINTERS, M. and PATEL, K. (2003) sowie BASHFORD, J., BUFFIN, J. and PATEL, K. (2003), beide auch auf der beigefügten CD Rom [Anm. d. Projektkoordination].

Die Forschungsmethoden und -ergebnisse des Zentrums genießen hohes Ansehen auf nationaler und internationaler Ebene. Forschungsaufträge wurden dem Zentrum von verschiedenen nationalen Regierungsbehörden übertragen; zu den internationalen Auftraggebern gehören u. a. die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), die britische Agentur für internationale Entwicklungshilfe (Department for International Development) und das Büro der Vereinten Nationen zur Drogen- und Kriminalitätsbekämpfung (United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC).

2. Die Situation von Migranten in Großbritannien auf regionaler und nationaler Ebene

Das aktuelle Klima in Großbritannien belastet das Thema Asyl stark. Der amtierende Innenminister hat angekündigt, dass die Asylgesetzgebung in Anbetracht der in der Öffentlichkeit weit verbreiteten Wahrnehmung, dass Asylsuchende im Vereinigten Königreich "ein leichtes Spiel" hätten, streng ausfallen werde (TRAVIS 2003b). Es werden Maßnahmen getroffen, um die Einreise nach Großbritannien zu erschweren und die Rückführung von Asylsuchenden, deren Anträge abgelehnt wurden, zu erleichtern bzw. zu beschleunigen. Hinzu kommt, dass die soziale Unterstützung, die Asylsuchenden zusteht, eingeschränkt wird und in verstärktem Maße von Abschiebehaft Gebrauch gemacht wird.

Bestimmte Pressemedien haben die Asyldebatte mit Sensationsschlagzeilen angeheizt. Obwohl Großbritannien bezüglich der Anzahl von Asylanträgen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in der EU im Jahre 2002 auf Platz fünf lag und lediglich 2% der weltweiten Flüchtlinge aufnimmt (The Observer, 2002), unterstellt die meistverkaufte Tageszeitung des Landes "Großbritannien ist der Flüchtlingsmagnet Nr. 1" ("The Sun" vom 14. September 2002).

Einer kürzlich erschienenen Studie des britischen Innenministeriums zufolge lagen die Nettosteuerzahlungen von Asylsuchenden in Großbritannien 1999-2000 bei ungefähr 2,5 Mrd. £. Ein aktueller Bericht der Londoner Stadtverwaltung geht davon aus, dass 23% der Ärzte und 47% der Krankenschwestern im Staatlichen Gesundheitsdienst außerhalb Großbritanniens geboren wurden (Flüchtlingsrat, 2003b) [*Der Staatliche Gesundheitsdienst (NHS) wird über das Steuersystem finanziert und ist kostenlos. - Anm. der Projektkoordination*]. Von bestimmten Medien wird jedoch die Befürchtung geäußert, dass die Asylsuchenden sogar für den Staatlichen Gesundheitsdienst eine finanzielle Belastung darstellen: "Scheinasylanten belasten den Staatlichen Gesundheitsdienst in Millionenhöhe" ("Daily Express" vom 26. November 2002).

Es ist zu erwarten, dass das britische Gesundheitsministerium in Kürze die Abschaffung von Regelungen bestätigen wird, wonach jeder, der sich in Großbritannien länger als zwölf Monate aufhält, ein Anrecht auf kostenlose medizinische Behandlung hat (HINSLIFF, 2003c). Kurioserweise wurde vor kurzem festgestellt, dass Hunderte "abgelehnter" Asylsuchender im Staatlichen Gesundheitsdienst hauptsächlich als Hilfsarbeiter tätig sind, für deren Arbeit innerhalb Großbritanniens nur schwer Arbeitskräfte zu finden sind (HINSLIFF, 2003b).

Die Aufteilung der Asylsuchenden und Flüchtlinge auf verschiedene geografische Standorte in Großbritannien hat zu Unzufriedenheit vor Ort und zu zahlreichen Übergriffen auf sie geführt. Die Königliche Staatsanwaltschaft berichtet, dass die von ihr verhandelten rassistisch motivierten Straftaten von Januar bis April 2002 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 20% gestiegen seien und den Fallberichten zufolge auch eine Zunahme von Angriffen auf Asylsuchende und Flüchtlinge zu verzeichnen sei (BBC News Online, 2003). Über eine Reihe von ermordeten Asylsuchenden wurde in den Medien ebenfalls berichtet. Der erste Fall, der in den letzten Jahren landesweit bekannt wurde, war der von Firsat Dag, einem kurdischen Flüchtling, der im August 2001 in einer Wohnsiedlung in Glasgow

getötet wurde (ebd.). Neue Unterbringungszentren werden zurzeit als Alternative zum gegenwärtigen System der landesweiten Flüchtlingsaufteilung eingerichtet (TRAVIS, 2002). Es werden weiterhin Aufnahmezentren zur Unterbringung von Asylsuchenden bei ihrer Ersteinreise sowie Rückführungszentren eingerichtet, in denen "abgelehnte" Asylsuchende bis zu ihrer Rückführung unter Bewachung festgehalten werden. Es wurde der Vorschlag gemacht, in den Aufnahmezentren eine medizinische Grunduntersuchung zu gewährleisten. Unklar ist jedoch, inwieweit personenbezogene Informationen aus diesen Untersuchungen bezüglich Drogengebrauch vertraulich behandelt werden und sich nicht negativ auf ihren Asylantrag auswirken.

Chronologie der britischen Einwanderungspolitik

Im Laufe der letzten zehn Jahre sind verschiedene Einwanderungsgesetze erlassen worden:

1993 wurde mit dem Gesetz über Berufungsverfahren in Asyl- und Einwanderungsfragen (Asylum and Immigration Appeals Act) das Einwanderungsgesetz von 1971 geändert. Durch dieses Gesetz sind Transportunternehmer (Fluggesellschaften, LKW-Fahrer usw.) verpflichtet, von ihren Passagieren die Vorlage eines Transitvisums zu verlangen, um sicherzustellen, dass sie nicht in Großbritannien einreisen, um Asyl zu beantragen. Mit dem Gesetz wird Asylsuchenden das Recht auf Beantragung einer staatlich subventionierten Wohnung² und auf Kindergeld³ entzogen.

1996 unternahm die Regierung den Versuch, Asylsuchenden, die sich bereits im Land aufhalten⁴, jegliche Rechte auf staatliche Unterstützung zu entziehen, was jedoch vom Appellationsgericht zurückgewiesen wurde. Im gleichen Jahr erhielt das Asyl- und Einwanderungsgesetz Königliche Zustimmung. Zu den wichtigsten Bestimmungen dieses Gesetzes gehören beschleunigte Verfahren zur Rückführung von Asylsuchenden, die aus als "sicher" eingestuften Ländern⁵ eingereist sind, sowie die Abschaffung des Beschwerderechts gegen die Rückführung in ein sicheres Drittland⁶.

1999 wurden durch das Asyl- und Einwanderungsgesetz die Haftung der Transportunternehmer erweitert und u. a. neue Maßnahmen zur Verweigerung der Einreise von Passagieren ohne Dokumente, sowie ein System der Zuweisung von sozialer Unterkunft und Unterstützung im Rahmen des Staatlichen Asylhilfsdienstes (National Asylum Support Service - NASS) für neue Asylsuchende eingeführt. Mit dem Gesetz wurden zudem eine Aufteilung der Asylsuchenden auf ausgewiesene zusammenhängende Gebiete innerhalb des Landes, sowie ein zentralisiertes Abrechnungssystem für Sozialleistungen in Form von Gutscheinen eingeführt.

Das Gesetz über Staatsangehörigkeit, Einwanderung und Asyl von 2002

Mit der neuesten Gesetzgebung, dem Gesetz über Staatsangehörigkeit, Einwanderung und Asyl (2002), tritt Folgendes in Kraft:

- Personen, die auf dem Weg nach Großbritannien Reisedokumente vernichten, werden mit neuen strafrechtlichen Sanktionen belegt;

2. Staatlich subventionierte Unterbringung/Sozialwohnung

3. Alle Eltern mit Kindern haben ein Recht auf Kindergeld zwischen £10 und £16 pro Woche und pro Kind unter 18 Jahren.

4. Asylsuchende, die sich bereits in Großbritannien aufhalten, d. h. nicht bei der Einreise einen Asylantrag stellen.

5. Eine Auflistung der Länder, die nach Ansicht der Regierung für die Flüchtlinge als sicher gelten.

6. Wenn ein Asylsuchender nach Großbritannien über ein als "sicher" eingestuftes Land eingereist ist.

- Abgelehnten Asylsuchenden, die eine Ausreise aus Großbritannien zum wiederholten Male ablehnen, werden staatliche Sozialleistungen aberkannt;
- Ein Einspruch gegen einen Rechtsentscheid ist nur auf einer einzigen Ebene zulässig (Asylsuchende haben keinen Zugang zu den obersten Gerichten);
- Durchführung eines Zwei-Stufen-Plans zur "massiven Kürzung" von Prozesskostenhilfe (staatliche Rechtshilfe);
- Elektronische Registrierung (System zur Nachverfolgung) der Personen, die abgeschoben werden sollen;
- Erweiterung der Liste der als "sicher" eingestuften Länder.

Seit Juli 2002 dürfen Asylsuchende keine Arbeit oder berufliche Fortbildungstätigkeit aufnehmen, solange sie keinen positiven Bescheid auf ihren Asylantrag erhalten haben, ungeachtet dessen, wie lange sie auf eine Entscheidung warten müssen.

Paragraf 94 des Gesetzes sieht vor, dass ein Asylantrag als "klar unbegründet" eingestuft werden kann, und diese Personen vor einer Berufung in ihr Herkunftsland zurückgeführt werden können. Das bedeutet, dass dem Asylsuchenden ein Recht auf Berufung innerhalb des Landes verwehrt wird.

Mit dem Gesetz über Staatsbürgerschaft, Einwanderung und Asyl von 2002 wird die Bedingung eingeführt, dass Flüchtlinge an staatsbürgerlichen Unterrichtsstunden teilnehmen, und Asylsuchende eine britische Sprache erlernen müssen. Laut diesem Gesetz können Unterbringungszentren geschaffen werden, in die Hunderte Asylsuchender eingewiesen werden; Asylsuchende, die in der Gemeinde leben, müssen sich regelmäßig bei der Polizei oder der Einwanderungsbehörde melden. Wenn sie dem nicht nachkommen, laufen sie Gefahr, dass sie jegliche bis dahin vom Staat geleistete Sozial- und Wohnungshilfe verlieren. Der Staatliche Asylhilfsdienst (NASS) kümmert sich nicht um Personen, die ihren Asylantrag nicht "so schnell wie vernünftigerweise zumutbar" stellen und leistet in derartigen Fällen keinerlei Unterstützung mehr. Durch das Gesetz wird auch das Rückführungsverfahren von Personen vereinfacht, deren Anträge abgelehnt worden sind.

Mit dem neuen Entwurf für ein Einwanderungs- und Asylgesetz, das erstmals im Oktober 2003 angekündigt wurde, sollen "abgelehnten" Asylsuchenden alle staatlichen sozialen Leistungen entzogen werden, was nicht ausschließt, dass der Staat Kinder von ihren Familien "zu ihrem eigenen Wohl" trennt.

Aktuelle Asylstatistiken der Regierung

- 2002 wurden 84.130 Asylanträge (ohne abhängige Familienangehörige) gestellt. Damit ist die Zahl von 2001 um 18% gestiegen.
- Die wichtigsten Herkunftsländer waren Irak, Simbabwe, Afghanistan, Somalia und China.
- Asyl wurde in 10 % der Fälle und eine Sonderaufenthaltsbewilligung⁷ in 23% der Fälle gewährt.
- Es gab 65.405 Einsprüche gegen die Ablehnung eines Asylantrags, von denen 22% stattgegeben wurden.

- Nach dem Berufungsverfahren wurde 10% der Antragsteller Asyl gewährt.
- 2002 wurden 68% der Asylanträge innerhalb des Landes gestellt.

(Alle Zahlen stammen von HEATH, JEFFRIES und LLOYD, 2003)

Die Zahl der "illegalen Einwanderer" in Großbritannien lässt sich schwer abschätzen. Der Innenminister räumte vor kurzem ein, dass er keinen Anhaltspunkt für die Anzahl illegaler Einwanderer habe (WOOLF, 2003). MATHER (2002) vermutet, dass sich in Großbritannien angesichts der Tatsache, dass Asylsuchende während der Aufteilung auf die Regionen des Landes verloren gehen, "hunderttausende illegal eingewanderte Arbeitnehmer" aufhalten.

Die Regierung sicherte kürzlich zu, die Asylanträge um die Hälfte zu reduzieren, und am 27. November 2003 veröffentlichte Zahlen ergaben eine Verringerung der Asylanträge in Großbritannien um 52%. Mit 11.955 zwischen Juli und September 2003 gestellten Anträgen verringerte sich die Anzahl gegenüber den 22.030 im gleichen Zeitraum 2002 gestellten Anträgen (Press Association, 2003).

Die Regierung verpflichtete sich weiterhin, die Ausgaben für die Prozesskostenhilfe für Asylsuchende (staatliche Finanzierung von Rechtsmitteln) zu senken. "Die Abteilung für verfassungsrechtliche Angelegenheiten hat einen Zwei-Stufen-Plan zur Kürzung der für Asyl- und Einwanderungsverfahren anfallenden Ausgaben für die Prozesskostenhilfe entworfen, die in den vergangenen beiden Jahren von 83 Mio £ auf 174 Mio £ angestiegen sind". (TRAVIS, 2003c)

3. Die Situation der Flüchtlinge und Asylsuchenden im Vereinigten Königreich – Literaturanalyse

In Großbritannien erhalten Asylsuchende lediglich 70 % der staatlichen Beihilfen, zu denen normalerweise Arbeitslose oder Personen mit niedrigem Einkommen berechtigt sind. Diese Situation spiegelt die Absicht der Regierung wider, durch geringe finanzielle Unterstützung jene Personen abzuhalten, die Asyl eher aufgrund von extremer Armut, als aus Furcht vor Verfolgung stellen (Prüfungskommission, 2000).

Diese finanziellen Einbußen werden sich wahrscheinlich durch den jüngsten Erlass des Innenministeriums noch verstärken, wonach Asylsuchenden, die ihren Antrag nach dem 23. Juli 2003 stellen, die Aufnahme einer Arbeit bis zum Erhalt einer positiven Entscheidung (d. h. eine "Sonderaufenthaltsbewilligung" oder der Anerkennung des Flüchtlingsstatus) untersagt ist. Bei dieser Vorschrift wird die Zeit, die ein Asylsuchender möglicherweise auf eine Entscheidung warten muss und die sich über mehrere Monate hinziehen kann, nicht berücksichtigt.

Unterschiedliche Praktiken der regionalen Behörden vor Ort wirken sich auch auf die finanzielle Not unbegleiteter Minderjähriger aus: Die Unterstützung für Jugendliche kann teilweise allein in Form von Verpflegung und Unterbringung, jedoch ohne finanzielle Mittel, beispielsweise für Reisekosten oder Ausbildung, erfolgen (STANLLEY, 2001).

7. Der Ersatz der Sonderaufenthaltsbewilligung durch den Status des "humanitären Schutzes" ist seit November 2002 rechtskräftig.

Die hohen Lebenskosten in einigen Gegenden wie in Südostengland haben dazu geführt, dass einige lokale Behörden Asylsuchende auf andere Gebiete des Landes verteilt haben. In einigen Landesgebieten sind mitunter Hilfsstrukturen für Asylsuchende zur Erleichterung des Zugangs zu öffentlichen Dienstleistungen (Wohnraum, Bildung, soziale und gesundheitliche Fürsorge usw.) nicht vorhanden. Die offizielle Politik der Aufteilung, die bei erwachsenen und einigen minderjährigen Asylsuchenden zur Anwendung kommt, kann wiederum zusätzliche Einschränkungen bezüglich der zur Verfügung stehenden Unterstützung bedeuten. Unbegleitete Minderjährige können bei der Aufteilung aufgrund nicht vorhandener oder unzugänglicher Unterstützung besonders hart betroffen sein (KIDANE, 2001), und die Qualität der für einen jungen Asylsuchenden bereitgestellten Hilfsmaßnahmen kann zwischen den lokalen Behörden stark schwanken (BAMADOS, 2001). Asylsuchende können auf Gebiete aufgeteilt werden, wo mitunter wenig Erfahrung in der Unterstützung dieser Gemeinschaften und keine ausreichende Infrastruktur für eine geeignete Hilfe vorhanden sind (Prüfungskommission, 2000). Die Aufteilung auf Gebiete und Regionen im gesamten Vereinigten Königreich, wo Gemeinschaften Schwarzer und ethnischer Minderheiten in geringerer Anzahl vorhanden oder weniger etabliert sind, kann auch das Risiko mit sich bringen, dass es zu Konflikten mit den dort ansässigen Bevölkerungsgruppen kommt (DENNIS, 2002).

Jugendliche

Junge Flüchtlinge und Asylsuchende haben oft zahlreiche oder verschiedenartige Stressfaktoren bzw. Traumata erlebt, "einschließlich Körperverletzung, Einschüchterung oder andere Formen psychischer Traumata, Verlust, Entbehrung, Unterernährung, Trennung von Familienangehörigen, schmerzlicher Verlust oder Missbrauch" (BERMAN, 2001). STANLEY (2001) berichtet jedoch, dass sich die meisten Hilfeleistungen für Kinder lediglich auf die "Unterbringung konzentrieren". Weitere Untersuchungen durch die Prüfungskommission (2000) und DENNIS (2002) zeigen, dass viele Kinder in ungeeigneten Unterkünften wohnen, die oft für "allein stehende Erwachsene" vorgesehen sind. KIDANE (2001) stellt fest, dass "dadurch, dass die meisten unbegleiteten Kinder in einer potenziellen stressbelasteten Phase ihrer Entwicklung eintreffen, sie für Traumata verstärkt anfällig sind und auf Unsicherheiten besonders sensibel reagieren".

Unzureichende Fürsorge (beispielsweise durch unsachgemäße Unterstützung und Beaufsichtigung durch Erwachsene) kann auch die Sicherheit der Kinder gefährden, die bei ihrer Suche nach Bezugspersonen Opfer unangemessener Beziehungen (Bindungen) werden können, die ihre Verletzlichkeit möglicherweise ausnutzen. Einige lokale Behörden verfügen auch nicht über spezialisierte Teams für die Betreuung von minderjährigen Asylsuchenden, die sich als wichtiger Faktor erwiesen haben, wenn es darum geht, diese Kinder zu befähigen, eine Beziehung zu Sozialarbeitern aufzubauen (STANLEY, 2001). STANLEY betont weiterhin, dass Kinder mit Betreuungsstatus⁸ oft weniger Kontakt zu einem konkreten Sozialarbeiter haben. Die Aussichten für soziale Interaktion, Entwicklung und Unterstützung werden zusätzlich durch einen eingeschränkten Zugang zu geeigneten Ausbildungsmöglichkeiten und Ressourcen behindert. Demzufolge werden die Bedürfnisse junger, insbesondere unbegleitet eingereister Asylsuchender nicht immer vollständig erfüllt, was sie möglicherweise besonders anfällig für soziale Ausgrenzung macht.

8. In England und Wales müssen die lokalen Behörden nach § 17(1) des Kindergesetzes von 1989 "das Wohl bedürftiger Kinder in ihrem Bereich schützen und fördern". In § 20 (1) heißt es, dass "eine lokale Behörde jedem bedürftigen Kind eine Unterkunft verschaffen soll, wenn der Eindruck besteht, dass es eine Unterkunft benötigt, weil keine Person mit elterlicher Haftung für sie da ist."

Die Statistiken der Regierung besagen, dass 6.200 unbegleitete Kinder im Jahre 2002 einen Asylantrag stellten (HEATH, JEFFRIES und LLOYD, 2003). Die hauptsächlichen Herkunftsländer unbegleiteter Kinder sind Afghanistan, die Bundesrepublik Jugoslawien, Somalia und Irak (HEATH und HILL, 2002). Es wird geschätzt, dass circa 40 % der Flüchtlinge in Großbritannien Kinder sind (HODES, 2000). Die Zahl der unbegleiteten Minderjährigen unter ihnen ist unklar, zumal es unterschiedliche Schätzungen gibt, die zwischen 3.350 und 10.000 schwanken (Prüfungskommission, 2000; HODES, 2000; AYOTTE und WILLIAMSON, 2001; SOMERSET, 2001; UNICEF, 2001; HEATH und HILL, 2002; HEATH, JEFFRIES und LLOYD, 2003).

3.1. Einwanderung und Sucht

3.1.1. Das Forschungsteam und der Forschungsprozess

Das RAR-Team bestand aus zwei Forschern, die von Kollegen des Zentrums für Ethnizität und Gesundheit unterstützt wurden. Vor Beginn der Studie erhielten wir die Zustimmung für diese Arbeit seitens des Ethikausschusses der Fakultät für Gesundheit der Universität Central Lancashire. Zunächst werteten wir die vorangegangenen Forschungsarbeiten zum Thema "Drogengebrauch bei Asylsuchenden und Flüchtlingen" aus, indem wir die diesbezüglichen Berichte in den Medien untersuchten und eine Literaturanalyse durchführten.

Anhand der Literatur und durch Kontakte über das Zentrum für Ethnizität und Gesundheit wurde eine Reihe von Schlüsselpersonen identifiziert. Zu diesen Personen nahmen wir telefonisch oder per E-Mail Kontakt auf und fragten, ob sie an der Studie teilnehmen würden. Wenn sie zustimmten, wurden mit den wichtigsten Schlüsselinformanten semi-strukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews erfolgten entweder in direktem persönlichem Kontakt oder per Telefon. In einigen Fällen führte ein Mitarbeiter das Interview, während der andere Aufzeichnungen machte. Ein Mitarbeiter führte einige Interviews telefonisch durch, wenn sich die befragte Person in einem anderen Teil des Landes aufhielt. Als Grundlage für die Befragungen diente das SEARCH-RAR-Modell für semi-strukturierte Interviews, das nur geringfügig verändert wurde, um es auf die britische Perspektive zum Drogengebrauch abzustimmen. Nach dem Interview wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie andere Leute kennen, die wir befragen könnten; diese Kontakte wurden dann weiter verfolgt.

3.1.2. Literaturanalyse

Einleitung zum Thema "Drogengebrauch bei Flüchtlingen und Asylsuchenden"

Innerhalb des Vereinigten Königreichs gibt es bislang wenige Untersuchungen über die Verbreitung des Drogengebrauchs bei Flüchtlingen und Asylsuchenden, und es sind nur wenige Veröffentlichungen in diesem Bereich zu finden. Vor kurzem veröffentlichte das Innenministerium einen Bericht, in dem das Ausmaß des Drogengebrauchs in diesen Gemeinschaften sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Versorgung mit entsprechenden Hilfsangeboten dargestellt werden sollten (CRAGG ROSS DAWSON, 2003).

Das Zentrum für Ethnizität und Gesundheit führte kürzlich ein Forschungsvorhaben durch, um den Drogengebrauch bei jungen Asylsuchenden und Flüchtlingen in London zu untersuchen (PATEL et al., 2004). Die Studie zeigte die bekannten Risiko- und Schutzfaktoren beim Drogengebrauch dieser Jugendlichen auf, und untersuchte die einschlägigen staatlichen und kommunalen politischen Maßnahmen, die als Schutzfaktoren wirken sollen.

Im Bericht des Innenministeriums (CRAGG ROSS DAWSON, 2003 S. 20-1) heißt es:

"Flüchtlinge und Asylsuchende stellen keine homogene Gruppe dar, und die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit Drogengebrauch beginnen, ist von vielen Faktoren abhängig. Die Aufmerksamkeit der in diesem Bereich tätigen Personen richtet sich jedoch in der Regel insbesondere auf folgende vier Hauptbereiche, die hier ohne Rangfolge aufgezählt werden: Khat-Gebrauch bei Flüchtlingen und Asylsuchenden aus Somalia und anderen ostafrikanischen Ländern⁹ – gesundheitsschädigende Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Medikamenten, insbesondere bei Frauen aus Asien – Sucht aufgrund von erzwungenem Drogengebrauch im Krieg oder als Mittel, um Frauen zur Prostitution zu zwingen – die verstärkte Anfälligkeit einiger nationaler/ethnischer Gruppen, insbesondere aus Osteuropa und der Türkei, von Drogenhändlern angeworben zu werden."

Verbreitung des Drogengebrauchs

CRAGG ROSS DAWSON (2003) berichten, dass ein problematischer Drogengebrauch unter neu angekommenen Asylsuchenden und Flüchtlingen relativ selten auftritt. Die Autoren räumen jedoch ein, dass "sehr wenig gesicherte Kenntnisse darüber vorhanden sind, wie viele Flüchtlinge und Asylsuchende Probleme mit Drogenabhängigkeit haben", was zum großen Teil dem Mangel an zuverlässigen Angaben von Einrichtungen, wie den Drogenhilfeeinrichtungen, dem Staatlichen Gesundheitsdienst und den Polizei- und Strafverfolgungsbehörden zuzuschreiben ist. Angaben des Zentrums für Ethnizität und Gesundheit zeigen gleichfalls, dass der Drogengebrauch und der problematische Substanzgebrauch bei den Jugendlichen in dieser Gruppe niedrig ist (PATEL et al., 2004).

CRAGG ROSS DAWSON (2003 S. 3) betonen, dass "Flüchtlinge und Asylsuchende sehr selten Hilfeeinrichtungen in Anspruch nehmen, was aber nicht bedeute, dass sie diese nicht benötigten". Informationen über den Substanzgebrauch bei Asylsuchenden und Flüchtlingen werden nicht nur durch ungenügende Berichterstattung und die Nichtbereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten (aus Furcht und Angst vor Stigmatisierung), sondern auch durch die Wahrscheinlichkeit erschwert, dass sich diese Substanzgebraucher an überhaupt keine öffentliche oder nichtstaatliche Gruppe bzw. Hilfeeinrichtung wenden.

Substanzgebrauch und Konsumverhalten der verschiedenen Gruppen

Die Forschung deutet darauf hin, dass sich der Substanzgebrauch und die Art der gebrauchten Substanzen in Abhängigkeit von bestimmten Faktoren unterscheiden, zu denen u. a. folgende gehören: die Dauer des Aufenthaltes einer Gemeinschaft in Großbritannien, die kulturelle Akzeptanz bestimmter Substanzen, die Art der Gemeinschaft, das Alter, das Geschlecht sowie die Verfügbarkeit von Substanzen. Ein genaues Bild des Substanzgebrauchs von Asylsuchenden und Flüchtlingen lässt sich nur schwer erstellen, da die verfügbaren Zahlen oft auf Einzelfallberichten der Mitarbeiter im Bereich der Drogenhilfe und der Arbeit mit den Gemeinschaften (Community work) beruhen, die sich oft auf eine bestimmte Gemeinschaft oder einen geografischen Raum beziehen.

9. Khat (quat, qat, chat, qu'at, Catha edulis) ist ein ganzjährig blühender Strauch, der traditionell in Äthiopien angebaut wird. Die Blätter und jungen Triebe der Pflanze werden aufgrund ihrer anregenden Wirkung gekaut. Traditionell war sie in Ländern beliebt, in denen andere Substanzen aufgrund religiöser Überzeugungen verboten waren. Khat enthält Kathin und Kathinon, die psychoaktiv (ähnlich wie Amphetamin, aber weniger stark) wirken.

SANGSTER et al. (2003) vermuten, dass es Grund zur Annahme gibt, dass es – teilweise problematischen – Substanzgebrauch in einer Reihe von Gemeinschaften Schwarzer und ethnischer Minderheiten gibt, die sich erst seit kurzem etabliert haben und zum großen Teil aus neu eingewanderten Personen bestehen. Von den in der Studie untersuchten vietnamesischen Gemeinschaften wurde der Gebrauch von Opiaten und Crack-Kokain berichtet. Bei den somalischen Gemeinschaften wurde ebenfalls der Gebrauch von Opiaten und Crack-Kokain hervorgehoben, jedoch in geringerem Ausmaße als bei den vietnamesischen Gemeinschaften.

Es gibt Anzeichen dafür, dass das Khat-Kauen, obwohl es sich dabei um eine in Großbritannien legale Substanz handelt, bei einigen Gemeinschaften problematische Formen annimmt (GRIFFITHS, 1998; WHITTINGTON und ABDI, 2001). Khat-Gebrauch wird mit der somalischen Gemeinschaft in Großbritannien in Verbindung gebracht, betrifft aber auch Personen aus Jemen, Äthiopien und Eritrea.

Bei Untersuchungen zum Khat-Gebrauch wurden einige Schlüsselfaktoren hervorgehoben, die mit diesem Gebrauch in Zusammenhang stehen. Dazu gehören: eine hohe Arbeitslosenrate unter der somalischen Gemeinschaft, der Verlust der Kultur bzw. kultureller Rollen, insbesondere für Männer, die ihre traditionelle Rolle als Familienernährer verloren haben, sowie der Wegfall kultureller Einschränkungen, durch die Frauen und junge Männer unter 21 Jahren zuvor vom Gebrauch abgehalten wurden. Khat-Gebrauch wurde lange Zeit mit religiöser Verehrung in Verbindung gebracht, und insbesondere Männer gebrauchen Khat in erster Linie in einem sozialen Kontext (im Haus eines Khat-Gebrauchers gibt es mitunter ein spezielles "Khat-Zimmer"). Das Umfeld, in dem sich die Männer oft treffen, birgt jedoch eine Anzahl von gesundheitlichen Risiken, da Lüftungsöffnungen abgedichtet werden, um den Rauch zu intensivieren, und Tassen gemeinsam benutzt werden, was infolge des Rauches und der Hitze im Khat-Zimmer zu Infektionen führen kann (WHITTINGTON und ABDI, 2001 S. 16). Das Stigma, das Frauen anhaftet, die Khat kauen, hat dazu geführt, dass viele Frauen Khat bei sich zu Hause kauen, so dass sie als Gebrauchserinnen nicht in Erscheinung treten und bei präventiven Maßnahmen, Hilfsangeboten und Aufklärungskampagnen möglicherweise außer Acht gelassen werden. Es gibt weiterhin Berichte darüber, dass jüngere Khat-Gebraucher später auch auf andere verfügbare Drogen zurückgreifen und einige von ihnen Drogen selbst weiterverkaufen bzw. anderweitig in die Beschaffungskriminalität geraten (SANGSTER et al., 2003 S.19).

Jugendliche

In einem aktuellen Bericht des Zentrums für Ethnizität und Gesundheit (PATEL et al., 2004), wurden im Großraum London Interviews mit 67 jungen Asylsuchenden und Flüchtlingen im Alter von 16 bis 25 Jahren durchgeführt. Diese Jugendlichen stammten ursprünglich aus Afrika, Nepal, Afghanistan, der Türkei und dem Irak. Der gegenwärtige Drogengebrauch unter ihnen wurde als niedrig eingestuft. Einige hatten Drogen vor ihrer Einreise ins Vereinigte Königreich gebraucht, und der aktuelle Gebrauch bezog sich größtenteils auf Cannabis, obwohl eine kleine Minderheit eine Reihe anderer Substanzen, einschließlich Alkohol, Crack, Heroin und Ecstasy gebrauchte. Einige der Befragten berichteten, dass sie jeglichen Drogengebrauch nach ihrer Ankunft ins Vereinigte Königreich eingestellt hätten. Eine Reihe von Teilnehmern berichtete, dass sie am Verkauf illegaler Drogen beteiligt seien.

Es gibt Berichte, wonach der Drogengebrauch im Freizeitbereich "normaler" Bestandteil der Jugendzeit ist, wenn man in Großbritannien aufwächst. McDONALD und MARSH stellen fest, dass "die Ergebnisse einer Reihe nationaler und regionaler sozialer Umfragen darauf hinweisen, dass der Gebrauch einer illegalen Droge im jungen Erwachsenenalter zu einer statistischen Wahrscheinlichkeit wird" (MCDONALD und MARSH, 2002 S. 29). Im Britischen Kriminalitätsbericht (British Crime Survey) wird geschätzt, dass 47% der 16 bis 24 Jährigen mindestens einmal in ihrem Leben eine illegale

Droge¹⁰ und 17% eine Droge der Klasse A¹¹ gebraucht haben (Condon und Smith, 2003). Wenn junge Flüchtlinge und Asylsuchende in die lokalen Gemeinschaften integriert werden, spiegelt ihr Drogenkonsumverhalten mitunter die Muster der ansässigen Bevölkerungsgruppen wider. In Untersuchungen von ABDI und WHITTINGTON (2001), die auf Befragungen von Arbeitern und Mitgliedern von Gemeinschaften in London beruhen, wird beispielsweise berichtet, dass junge Somalier Khat, aber auch Cannabis, Kokain und Heroin gebrauchen. Dieses Ergebnis wurde später durch Berichte von Mitarbeitern der Drogenhilfeeinrichtungen von SANGSTER et al. (2003) bestätigt, wonach junge Somalier über Opiatgebrauch berichteten. Solche Ergebnisse stützen die Annahme des Zentrums für Ethnizität und Gesundheit (PATEL et al., 2004), dass sich die Drogenkonsummuster je nach Länge der Aufenthaltszeit in Großbritannien unterscheiden können.

Gründe für den Substanzgebrauch und die damit verbundenen Risikofaktoren

Soziale Umstände

Die wenigen Studien, die sowohl in der wissenschaftlichen und in der nicht veröffentlichten (grauen) Literatur zu finden sind, weisen darauf hin, dass Asylsuchenden und Flüchtlingen in Großbritannien nicht das notwendige Maß an sozialer Unterstützung geboten wird. Diese Gruppen sind mitunter von sozialer Ausgrenzung, schlechtem örtlichem Umfeld, ungeeigneter Unterkunft, fehlendem Zugang zu Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten und zu Gesundheitseinrichtungen, sowie von finanzieller Not betroffen (PATEL et al., 2004). FLEMEN (2003) stellt weiterhin fest, dass Flüchtlinge und Asylsuchende in Gebieten mit "hochgradiger städtischer Verelendung" angesiedelt werden, wo sie wahrscheinlich eine leichte Verfügbarkeit von Drogen erleben. Hinzu kommt, dass finanzielle Engpässe und die den Asylsuchenden auferlegte Einschränkungen für die Aufnahme einer Beschäftigung dazu führen können, "dass sie sich Arbeit in der Schattenwirtschaft suchen" (FLEMEN, 2003 S. 14). Demnach sind die Folgen der Neuansiedlung in Großbritannien weit reichend, und SANGSTER et al. (2003 S. 19) argumentieren, dass "die Ansiedlung in Großbritannien bei diesen Gemeinschaften neue Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Problem des Drogengebrauchs schafft". So heißt es in einer Studie, die von der Gemeindeorganisation "Bengali Jugendforum" als Teil des Projekts zur Gemeindeförderung des Zentrums für Ethnizität und Gesundheit unter Bengalen in Birmingham durchgeführt wurde (siehe WINTERS und PATEL, 2003; BASHFORD, BUFFIN und PATEL, 2003):

"Die Gemeinschaft der Bengalen gehört zu den ärmsten Zuwanderergruppen und ist zudem eine der am spätesten nach Großbritannien gekommenen Gemeinschaften, wodurch sie sich rasch dem kulturellen Übergang anpassen muss. Es gibt umfassende Dokumente darüber, dass Drogenprobleme dort auftreten und Fuß fassen können, wo sich eine Kultur im 'Übergang' befindet". (AJID et al., 2001 S. 45)

Angesichts der Tatsache, dass viele Asylsuchende in Großbritannien in einem armen sozialen Umfeld leben, sind sie für die Risikofaktoren, die beim problematischen Substanzgebrauch eine Rolle spielen, besonders anfällig, unabhängig davon, ob es sich dabei um legale oder illegale Drogen handelt (HAWKINS, CATALANO und MILLER, 1992; SUSSMAN, DENT und GALAIF, 1997).

Junge Flüchtlinge und Asylsuchende, die für die Studie des Zentrums für Ethnizität und Gesundheit befragt wurden (PATEL et al., 2004), führten eine Reihe von Gründen für ihren Drogengebrauch an.

10. Der Begriff illegale Droge bezieht sich auf Amphetamine, Cannabis, Kokain, Crack, Ecstasy, Heroin, LSD, Zauberpilze, Methadon, Beruhigungsmittel, Amylnitrit, Anabolika, Klebstoffe und andere nicht verordnete Drogen.

11. Klasse A bezieht sich auf LSD, Kokain, Ecstasy, Heroin, Zauberpilze und Methadon.

Viele davon waren mit dem sozialen Umfeld verbunden, in dem sie sich befinden. Dazu gehören u. a. Druck in der eigenen Peer-group, emotionales Leiden und Probleme, Depressionen, Gefühle der Isolation von der Gesellschaft, Alleinsein, Langeweile und übermäßig viel Freizeit, Druck und Probleme in der Familie, unklarer Aufenthaltsstatus (d.h. keine Entscheidung über den Asylantrag) und eine hohe Verfügbarkeit, sowie ein verbreiteter Drogengebrauch im lokalen Umfeld. Einige der in der Studie befragten Personen äußerten die Ansicht, dass durch einen breiteren Zugang zu einer Reihe von Substanzen die Wahrscheinlichkeit steige, dass sie diese ausprobieren.

Die Jugendlichen berichteten insbesondere, dass sie keinerlei formelle Aufklärung über Drogen erhalten hätten. Ihre Kenntnisse über Drogen beruhen auf eigenen Erfahrungen mit Drogengebrauch bzw. den Erfahrungen anderer sowie auf Informationen aus unterschiedlichen Medien.

Kultureller Drogengebrauch

SANGSTER et al. (2003 S.18) argumentieren, dass "der Drogengebrauch innerhalb dieser Gemeinschaften [Asylsuchende und Flüchtlinge] gemeinsame kulturelle Erfahrungen aus der Zeit vor der Ansiedlung in Großbritannien widerspiegelt". FLEMEN (2003 S. 14) stellt ebenfalls fest, dass bei manchen Asylsuchenden und Flüchtlingen "bereits in den Heimatländern Probleme mit Drogenmissbrauch eine Rolle spielen". Er berichtet, dass "in vielen Ländern der Welt ein gemäßiger bis hoher Drogenmissbrauch vorzufinden ist und dieser oft infolge von sozialen Erschütterungen, Armut oder Elend auftritt" (ebenda). SANGSTER et al. (2003) berichten beispielsweise über die vietnamesische Gemeinschaft, dass eine "ältere" Gruppe von Drogengebern beschrieben wurde, die begann, sich Opiate zu spritzen, während sie sich in Flüchtlingslagern in Hong Kong befanden. Einige Flüchtlinge und Asylsuchende haben mitunter Erfahrungen mit Drogen während durchlebter Konfliktsituationen in ihren Heimatländern gemacht, wo Drogen teilweise eingesetzt werden, um Gefangene und Soldaten unter Kontrolle zu halten (BASHFORD, BUFFIN und PATEL, 2003).

Der Gebrauch traditioneller Substanzen kann zur Bewahrung der kulturellen Identität und als Mittel dienen, um Probleme im Zusammenhang mit kultureller Entwurzelung zu bewältigen. Untersuchungen der "Somalischen Verbindungsgruppe für Gesundheit und psychische Gesundheit", über die BASHFORD, BUFFIN und PATEL (2003 S. 23) berichten, weisen darauf hin, dass die "kulturelle Entwurzelung" in der somalischen Flüchtlingsgemeinschaft beim Gebrauch von Drogen eine Rolle spielt: "Die kulturelle Entwurzelung in der somalischen Flüchtlingsgemeinschaft und Rassismus im breiteren Umfeld der Gemeinschaft kann dazu führen, dass bestimmte Personen Khat als Fluchtmittel betrachten, sei es als Ausweg oder zur Stärkung des Selbstwertgefühls".

Wie oben angeführt wurde, gibt es Hinweise darauf, dass Asylsuchende und Flüchtlinge mitunter die kulturellen Muster des Drogengebrauchs in Großbritannien übernehmen, nachdem sie eine bestimmte Zeit im Land gelebt haben (ABDI und WHITTINGTON, 2001; PATEL et al., 2004).

Psychische Gesundheitsprobleme

Es wird vermutet, dass psychische Gesundheitsprobleme, die infolge von Erfahrungen vor und nach der Einwanderung nach Großbritannien auftreten, zum Drogengebrauch beitragen können. So berichteten Befragte bei SANGSTER et al. (2003) beispielsweise über eine Verbindung zwischen Drogengebrauch, posttraumatischem Stresssyndrom (PTSD) und psychischen Gesundheitsproblemen bei somalischen und vietnamesischen Gruppen.

Psychische Gesundheitsprobleme treten zwar mitunter häufig bei Flüchtlingen und Asylsuchenden infolge vergangener oder aktueller Ereignisse auf, die Anwendbarkeit westlicher Diagnosemuster wie beim PTSD wurde jedoch von Wissenschaftlern wie SUMMERFIELD (2001) in Frage gestellt. Eine von

CAREY-WOOD et al. (1995) durchgeführte landesweite Studie unter Asylsuchenden, denen der Flüchtlingsstatus zuerkannt wurde, ergab andererseits, dass zwei Drittel der befragten Personen angaben, unter Angstzuständen oder Depressionen zu leiden. Bei denjenigen, die über schlechte Englischkenntnisse verfügten bzw. arbeitslos waren, war die Häufigkeit, dass sie über Angstzustände und Depressionen berichteten, am höchsten. Die häufigsten Gründe für Depressionen bezogen sich auf Probleme im Herkunftsland, aber ein beträchtlicher Anteil von ihnen gab die Unmöglichkeit, in Großbritannien eine Beschäftigung zu finden, ebenfalls als Faktor an. In einigen Studien wird weiterhin vermutet, dass bei bestimmten Gruppen von Asylsuchenden ein erhöhtes Risiko für psychische Gesundheitsprobleme bestehe. Eine in Edinburgh durchgeführte Studie von AGER et al. (2002 S. 75) mit 26 Flüchtlingen und Asylsuchenden, die von Mitarbeitern des Schottischen Flüchtlingsrates als ‚anfällig für soziale Ausgrenzung‘ eingestuft wurden, ergab, dass bei 54% der Befragten "Symptome auftraten, auf die die offizielle klinische Diagnose einer Angststörung zutrifft", während 42% "Symptome hatten, auf die die offizielle klinische Diagnose einer Depression zutrifft". Bei den Befragten, die in Großbritannien seit mehr als zwei Jahren lebten, war die Häufigkeit, dass sie an Depressions- und Angstzuständen litten, fast doppelt so hoch, wobei das Ausmaß klinischer Depression oder Angstzustände unter alleinstehenden Personen am höchsten war. Internationale Untersuchungen lassen zudem darauf schließen, dass bei jungen Flüchtlingen und Asylsuchenden das Risiko, dass sie von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen sind, besonders hoch ist, wobei die Gruppe der unbegleiteten Minderjährigen besonders anfällig ist (MCCALLIN 1992; SOURANDER 1998; LOUGHRY und FLOURI 2001).

Es wurde vermutet, dass Asylsuchende und Flüchtlinge legale und illegale Drogen als eine Art "Selbstmedikation" zur Erleichterung ihrer körperlichen und seelischen Gesundheitsprobleme gebrauchen. In einer Studie der Königlichen Stiftung (King's Fund) (WOODHEAD, 2000 S. 2), in der einige nichtstaatliche und öffentliche Hilfsorganisationen für Flüchtlinge und Asylsuchende in London befragt wurden, wird berichtet, dass "die inoffizielle selbstständige Verabreichung (von Alkohol und Straßendrogen) den Opfern oft bei der Bewältigung der psychischen Auswirkungen von Folter und Krieg hilft". In Berichten der Expertengruppe für die Gesundheit von Flüchtlingen an die Behörde für gesundheitliche Aufklärung (1998) und von WHITTINGTON und ABDI (2001) wird ebenfalls vermutet, dass Substanzgebrauch mitunter als Bewältigungsstrategie eingesetzt wird. Hinzu kommt, dass es in einigen Herkunftsländern übliche Praxis ist, hohe Dosierungen von Medikamenten zu verschreiben, um negative psychische Belastungen zu kontrollieren. Diese Mittel sind in einer solchen Menge in Großbritannien mitunter nicht legal erhältlich, was dazu führen kann, dass verordnete Medikamente illegal erworben werden müssen. Bei auf diese Weise erworbenen Medikamenten ist dann in der Regel keine fachliche Anleitung für ihren sicheren Gebrauch gewährleistet.

Hindernisse beim Zugang zu Hilfsangeboten im Bereich des problematischen Substanzgebrauchs

FLEMEN (2003 S.14) nennt eine Reihe von Hindernissen, die Asylsuchende und Flüchtlinge möglicherweise abhalten werden, ihren Substanzgebrauch offenzulegen:

- Substanzgebrauch wird mitunter bei der Einschätzung der gesundheitlichen oder anderen Bedürfnisse von Asylsuchenden und Flüchtlingen nicht berücksichtigt;
- Angst, dass sich eine Offenlegung auf den Asylantrag oder -status negativ auswirkt;
- Furcht vor Inhaftierung oder Bestrafung aufgrund der strengen Strafen im Zusammenhang mit dem Gebrauch bzw. der Beschaffung von Substanzen in vielen Ländern der Welt;
- Angst vor sozialer Stigmatisierung aufgrund von Drogengebrauch und -abhängigkeit;

- Gebraucher schätzen eine Droge aufgrund kultureller Normen nicht als problematisch ein;
- Drogenhilfeeinrichtungen sind den Gebrauchern unbekannt;
- In vielen Ländern außerhalb Großbritanniens (und Westeuropas), "sind einfach keine Behandlungsmöglichkeiten vorhanden bzw. nicht bezahlbar, brutal, elementar oder eine Kombination aus allen drei Faktoren".

FLEMEN (2003) geht weiterhin davon aus, dass diese Gruppe bei Auftreten eines Drogenproblems auf weitere Hindernisse beim Zugang zu Drogenhilfeeinrichtungen aus Furcht vor Bestrafung, wegen Stigmatisierung, Diabolisierung, Sprachbarrieren und fehlender Vertrautheit mit den entsprechenden Hilfsangeboten stößt. Die Drogenhilfeeinrichtungen sind mitunter mit bestimmten von Flüchtlingen und Asylsuchenden gebrauchten Substanzen nicht vertraut.

3.2. Erste Ergebnisse des RAR

Die Schlüsselpersonen

Die Forschungsmitarbeiter führten semi-strukturierte Interviews mit folgenden Personen durch, die im Bereich Asylsuchende oder Flüchtlinge tätig sind:

- 1 Politiker (in London)
- 2 Leiter/Mitarbeiter von Drogenhilfeeinrichtungen (in Nordengland)
- 2 Forscher des Bereich Gemeinschaftsgruppen (community group researchers) (in Nordengland)
- 1 Mitarbeiter im Bereich Bildung/Jugend (in Mittelengland)
- 1 Mitarbeiter im Bereich Gemeinschaftsgruppen (community group worker) (in London)

Alle diese Personen hatten entweder direkt mit Asylsuchenden und Flüchtlingen zu tun, oder sie leiteten Programme, die auf diese Gruppen ausgerichtet waren. Aufgrund der kurzen Zeitspanne, die dem RAR-Team zur Durchführung dieser Studie zur Verfügung stand, konnten lediglich 7 Personen befragt werden. Glücklicherweise verfügten diese Interviewpartner jedoch über umfassende Kenntnisse im Bereich Asyl, Substanzgebrauch und den damit zusammenhängenden Themen. Wir bemühten uns, mit den größten ehrenamtlichen Organisationen, die mit Asylsuchenden arbeiten, ins Gespräch zu kommen, doch dies war in der kurzen Zeit und mit den für dieses Projekt bewilligten Mitteln nicht möglich.

Zu Beginn war es schwierig, potenzielle Interviewpartner für eine Teilnahme zu gewinnen. Viele führten an, dass sie keine ausreichenden Kenntnisse über den Drogengebrauch bei Asylsuchenden hätten. Daher erwies sich unser ursprünglicher Plan, uns insbesondere auf unbegleitete (oder von ihren Angehörigen getrennte) Kinder und Jugendliche zu konzentrieren, als sehr schwierig. Anhand von semi-strukturierten Interviews ist es schwierig, die "anfälligste" Gruppe genau zu bestimmen. Der Gebrauch von Khat wurde aber von den meisten Interviewpartnern erwähnt, was die aktuelle Sorge in diesem Bereich bei Politikern, Drogenbehörden und einigen Flüchtlingsgruppen widerspiegelt. Wichtig ist die Feststellung, dass, wie erwähnt, Khat in Großbritannien eine legale Substanz ist, die lediglich von einer geringen Anzahl von Flüchtlingen gebraucht wird.

Die Interviewpartner stammen aus ganz England. Asylsuchende werden in Großbritannien in der Regel auf verschiedene Regionen aufgeteilt, die meisten kommen jedoch nach London. Mit diesem Bericht

soll ein Gesamtbild hinsichtlich der Asylsuchenden, Flüchtlinge und des Substanzgebrauchs im gesamten Vereinigten Königreich und nicht nur in einem geografischen Gebiet vermittelt werden.

Übereinstimmungen bezüglich des Substanzgebrauchs bei dieser Gruppe

Die meisten Interviewpartner stimmten darin überein, dass der Substanzgebrauch bei Asylsuchenden in Großbritannien gering und nur selten problematisch sei. Einige Interviewpartner erwähnten den Gebrauch von Drogen der Klasse A, führten diese Fälle jedoch als selten an. Ein Interviewpartner, der in Drogenhilfeeinrichtungen tätig war, äußerte die Vermutung, dass etwa ein Drittel der jungen Asylsuchenden Substanzen gebrauche, hob jedoch wiederum hervor, dass es sich dabei wahrscheinlich nicht um einen problematischen Gebrauch handle. Der befragte Mitarbeiter aus dem Bereich Bildung/Jugend vermutete, dass etwa 50% der jungen Somalier Khat gebrauchen, dieser Gebrauch in der Regel jedoch unproblematisch sei.

Die beiden im Forschungsbereich tätigen Befragten gingen davon aus, dass die Jugendlichen, die freiwillig an Studien teilnehmen, diejenigen sind, bei denen ein problematischer Substanzgebrauch am seltensten ist und das wirkliche Ausmaß des Problems möglicherweise verborgen bleibe. Das verdeutlicht wiederum, dass die Asylsuchenden- und Flüchtlingsgruppen die Forschungen in ihren eigenen Gemeinschaften und mit den beim Projekt zur Gemeinschaftseinbeziehung ("Community Engagement") des Zentrums für Ethnizität und Gesundheit angebotenen Schulungs- und Unterstützungsmaßnahmen durchführen müssen (WINTERS und PATEL 2003; BASHFORD, BUFFIN und PATEL 2003). Bei diesem Ansatz können die Asylsuchenden und Flüchtlinge die Forschung "selbst übernehmen", sich auf die für sie relevanten Themen konzentrieren, und es verringert sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich durch "Experten" von außen weiter stigmatisiert fühlen. Bei diesem Ansatz werden auch die Kompetenzen der beteiligten Organisationen gestärkt und einbezogen.

Arten der konsumierten Substanzen

Die Interviewpartner führten eine Reihe von Substanzen auf, wobei am häufigsten Heroin, Crack, Khat und Cannabis genannt wurden. Erwähnt wurden ebenfalls Paan (ein leichtes Anregungsmittel aus einer Gewürzmischung, die mit Betelnuss gebraucht wird), Alkohol und eine Substanz, die von Jugendlichen aus Nepal konsumiert wird (eine Hustenmischung, die in Großbritannien unbekannt ist).

Wer gebraucht diese Substanzen?

- Crack wurde im Zusammenhang mit in der Sexindustrie tätigen Frauen aus Osteuropa genannt.
- Cannabis wurde im Zusammenhang mit Jugendlichen, aber auch Erwachsenen, genannt.
- Khat wurde hauptsächlich im Zusammenhang mit der somalischen Gemeinschaft, aber auch bei der jemenitischen und äthiopischen Gemeinschaft in Großbritannien, genannt.
- Alkohol wurde im Zusammenhang mit älteren Afghanen genannt.
- Junge Kurden und Türken wurden ebenfalls im Zusammenhang mit Drogengebrauch genannt.

Die psychischen, physischen, sozialen, finanziellen und juristischen Auswirkungen des Substanzgebrauchs

Einige Interviewpartner äußerten sich speziell über die Auswirkungen des Gebrauchs von Khat:

- Die Interviewpartner berichteten, dass ein starker Khat-Gebrauch zu Ess- und Schlafstörungen führen kann (aufgrund seiner amphetaminähnlichen Eigenschaften).
- Die Interviewpartner betonten, dass starke Khat-Gebraucher häufig nicht arbeiten, und dass es vorkommen kann, dass sie sich aufgrund der langen Zeit, die sie mit dem Khat-Kauen zubringen, von der Gesellschaft zurückziehen.
- Die Interviewpartner sagten aber auch, dass das Kauen der Pflanze, die traditionell in Gesellschaft anderer gebraucht wird, Asylsuchenden eine kulturelle Identität gibt und von den Gebrauchern nicht unbedingt als problematisch angesehen wird.
- Die Interviewpartner berichteten, dass der Khat-Gebrauch im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit ein Problem sei, und dass finanzielle Probleme für die Gebrauchern auftreten können, wenn sie das wenige Geld, das sie haben, für Khat ausgeben. Die Interviewpartner äußerten, dass Khat-Gebrauch auch mit häuslicher Gewalt verbunden gewesen sei, und dass die Notwendigkeit, das Geld zum Kauf der Pflanze zu erlangen, zu Beschaffungskriminalität führen könnte.
- Ein Interviewpartner vermutete, dass es in einem Bereich Verbindungen zur Prostitution gegeben habe.

Substanzgebrauch im Allgemeinen

Die Interviewpartner sprachen auch über die allgemeinen Auswirkungen des Substanzgebrauchs und vermuteten, dass Asylsuchende Drogen als Bewältigungsmechanismen zur Bekämpfung von Depressionen, Isolierung und Stress einsetzen könnten. Es wurden Aktivitäten von Banden unter kurdischen und türkischen Asylsuchenden, insbesondere im Zusammenhang mit Drogenhandel, erwähnt. Auf die Frage nach Asylsuchenden oder Flüchtlingen, die in Beschaffungskriminalität geraten, betonten einige Interviewpartner, dass Asylsuchende häufig Opfer von Kriminalität und insbesondere von rassistisch motivierten Übergriffen und Anfeindungen sind.

Welche Faktoren beeinflussen den Substanzgebrauch im Heimatland und im Aufnahmeland?

Unterschiede im Gebrauch zwischen dem Heimatland und dem Aufnahmeland

Bei den Überlegungen hinsichtlich des Gebrauchs anderer Substanzen erwähnten die Interviewpartner, dass in Großbritannien mehr Substanzen zur Verfügung stehen als in den meisten Herkunftsländern, und einige Interviewpartner vermuteten, dass Asylsuchende nicht wissen, welche Substanzen in Großbritannien illegal sind.

Zum Khat-Gebrauch meinten mehrere Interviewpartner, dass er im Heimatland ganz anders sei als in Großbritannien. Er werde in Somalia (sowie Jemen und anderen afrikanischen Ländern, wo Khat gebraucht wird) gesellschaftlich akzeptiert, in Großbritannien jedoch pathologisiert. Ein weiterer Interviewpartner geht davon aus, dass der Khat-Gebrauch in Großbritannien aufgrund des sozialen

Kontextes (beispielsweise Arbeitslosigkeit und Wohnungsnot), in dem er stattfindet, problematisch sei. Hinsichtlich der Jugendlichen stellten die Interviewpartner fest, dass sich der Einfluss der Familie verringert bzw. gar nicht existiert. Teilweise sind die Jugendlichen ohne ihre Familien in Großbritannien und durch die plötzliche Unabhängigkeit und den Wegfall der Einschränkungen, denen sie in ihrem Heimatland unterliegen, für den Drogengebrauch besonders anfällig. Ein weiterer Interviewpartner fügte hinzu, dass die Asylsuchenden, die in der ortsansässigen Bevölkerung nicht integriert sind, möglicherweise besser geschützt seien, als diejenigen, die eine Integration durch Drogengebrauch erreicht haben.

Funktion und Nutzen des Substanzgebrauchs

Ein Interviewpartner vermutete, dass einige Asylsuchende mit Substanzen experimentieren, weil sie mit Integrationsmöglichkeiten experimentieren. Drogengebrauch könnte unter anderem dazu beitragen, dass sie von der einheimischen Bevölkerung akzeptiert werden. Andere Interviewpartner äußerten ebenfalls, dass der Substanzgebrauch helfen könnte, eine Identität aufzubauen und das Zugehörigkeitsgefühl nach dem Motto "Das ist das, was die anderen auch machen" stärken könnte.

Die Interviewpartner erwähnten ebenfalls, dass Substanzen mitunter auch als selbst verordnete Mittel eingesetzt werden, um "für eine Weile völlig abzuschalten". Viele Asylsuchende haben schwere traumatische Erfahrungen, wie Folter, Tod eines Angehörigen oder eine riskante Einreise ins Vereinigte Königreich durchgemacht und gebrauchen Drogen mitunter, um Erinnerungen aus der Vergangenheit, die Schwierigkeiten ihrer aktuellen Lage und die Unsicherheiten hinsichtlich der Zukunft zu vergessen. Ein Interviewpartner äußerte:

"Durch ihre Erfahrungen sind Asylsuchende anfällig für Drogengebrauch. Jugendliche kommen ohne ihre Eltern an und sagen oft, dass sie isoliert und deprimiert sind. Sie sind von ihren Familienangehörigen getrennt, die möglicherweise tot sind bzw. sie haben selbst gesehen, wie sie getötet wurden. Einige haben nach ihrer Einreise keinen Kontakt zu den Hilfsdiensten. Sie werden von völlig fremden Personen angesprochen bzw. schließen sich ihnen an, nur weil sie dieselbe Sprache sprechen."

Das Wissen der Asylsuchenden und Flüchtlinge über Risiken des Substanzgebrauchs

Die Interviewpartner gingen mehrheitlich davon aus, dass Asylsuchenden wenig über die Risiken im Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch bekannt sei. Die Interviewpartner vermuteten, dass dies damit zu tun haben könnte, dass ihnen einige in Großbritannien zur Verfügung stehende Drogen nicht vertraut sind. So berichtete ein Interviewpartner, dass bei Asylsuchenden bezüglich der Legalität von Cannabis Unklarheit herrschte (was möglicherweise auch an den jüngsten Änderungen der britischen Gesetzgebung bezüglich des Besitzes und Gebrauchs von Cannabis liegen könnte, durch die der Besitz geringer Mengen ein weniger ernstes Vergehen ist). Einige Interviewpartner stellten fest, dass insbesondere hinsichtlich des Khat-Gebrauchs ein Mangel an Informationen bestehe. So äußerte einer von ihnen: "Es gibt keine Informationen über Khat-Gebrauch. Er wird nicht als ein Problem betrachtet, gegen das vorgegangen werden muss. Die Behörden richten ihre Bemühungen auf Drogen der Klasse A. In der Drogenaufklärung an den Schulen [...] wird nicht auf Khat-Gebrauch eingegangen." Einige Interviewpartner erwähnten, dass moslemischen Asylsuchenden durch ihre Religion der Substanzgebrauch untersagt sei und ihnen deshalb lediglich beigebracht werde, dass "der Gebrauch von Substanzen falsch sei, und das sei alles, was sie wissen müssen."

Präventive Bedingungen und/oder Maßnahmen zur Einschränkung des Gebrauchs von Substanzen bei Asylsuchenden und Flüchtlingen

Die meisten Interviewpartner stellten in Frage, ob es überhaupt präventive Bedingungen oder Maßnahmen für Asylsuchende gebe.

Ein Interviewpartner führte an, dass junge Asylsuchende, die die Schule besuchen, in der Schule eine Drogenaufklärung erhalten. Ein anderer Interviewpartner sagte, dass Drogenaktionsteams (Drug Action Teams – DAT) [das sind regionale Teams, die mit der Umsetzung der Zielstellungen der Regierung bezüglich der Drogenhilfeeinrichtungen beauftragt sind – Anm. d. Projektkoordination] bei neu eingereisten Asylgemeinschaften Bedarfsanalysen vornehmen und dabei eine Einschätzung vorgenommen werde, ob in der Gruppe die Arbeit von Drogenhilfeeinrichtungen erforderlich ist. Ein anderer Interviewpartner vermutete diesbezüglich jedoch, dass die Wirksamkeit dieser Maßnahmen in den Regionen unterschiedlich sein kann.

Andere Interviewpartner verwiesen darauf, dass intensive Beziehungen zu Gemeinschaftsgruppen und religiösen Netzwerken für Asylsuchende und Flüchtlinge eine Unterstützung darstellen könnten und dadurch ein Beitrag zur Prävention von Substanzgebrauch geleistet würde.

Notwendige Präventionsschritte

Die Antworten auf die Frage, welche Prävention erforderlich sei, reichten von spezifischen Maßnahmen zur Drogenprävention und Aufklärung bis zu breiteren gesellschaftlichen Erfordernissen. Ein Interviewpartner vertrat die Ansicht, dass Informationen zur Verfügung stehen müssten, die in die jeweiligen Sprachen übersetzt werden. Ein anderer Interviewpartner meinte, dass Maßnahmen zur Schadensbegrenzung (harm reduction) notwendig seien.

Die meisten Interviewpartner sprachen über die sozialen Bedingungen für Asylsuchende und Flüchtlinge und darüber, wie diese sich verändern müssten, wenn Prävention des Substanzgebrauchs erfolgreich sein soll.

Die Interviewpartner äußerten, dass Asylsuchende und Flüchtlinge bessere Lebens- und Wohnbedingungen, sowie angemessene Beschäftigungsmöglichkeiten benötigen und in der Lage sein müssen, einen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten.

Ein Interviewpartner stellte fest, dass Asylsuchende und Flüchtlinge "Sprachkenntnisse in Englisch erwerben müssen, um ihre vollständige Beteiligung am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen".

Ein Interviewpartner äußerte, dass der Zugang für Asylsuchende und Flüchtlinge zu psychologischen Hilfsangeboten verbessert werden müsse. Ein anderer verwies darauf, dass viele Asylsuchende bei keinem Hausarzt gemeldet seien, der sie gegebenenfalls an psychologische Hilfedienste überweisen könnte.

Einige Interviewpartner diskutierten über den Prozess der Asylbeantragung. Sie wiesen darauf hin, dass das Asylverfahren beschleunigt werden müsse, da die Asylsuchenden weder arbeiten noch am gesellschaftlichen Leben teilhaben dürfen, solange über ihren Antrag noch nicht entschieden ist.

Prioritäten in der Prävention

Die Interviewpartner gaben verschiedene Antworten auf die Frage "Welche präventiven Maßnahmen sind erforderlich?". Bei den Antworten zeichnete sich wieder die Tendenz ab, den breiteren gesellschaftlichen Rahmen darzustellen, der zur Prävention erforderlich ist.

Ein Interviewpartner äußerte, dass eine verstärkte Konzentration auf Frauen erforderlich sei, da deren Substanzgebrauch in der Regel verborgen bleibe. Er fügte hinzu, dass mit den Maßnahmen die Lebenspartner bzw. Familienangehörigen angesprochen werden müssen, da diese möglicherweise dazu beitragen, dass die Frauen ihren Drogengebrauch aufgrund der damit verbundenen Stigmatisierung oder aus wirtschaftlichen Gründen verbergen. Der Interviewpartner erwähnte osteuropäische Frauen, die in der Sexindustrie arbeiten und äußerte, dass diese Gruppe aufgrund des Umfeldes, in dem sie leben und arbeiten, "schwer zu erreichen" sei.

Die Interviewpartner stimmten überein, dass die Lösung sozialer Probleme wie der Unterkunft- und Beschäftigungssituation bei der Prävention von Substanzgebrauch unter Asylsuchenden und Flüchtlingen Priorität haben müsse.

Eine Reihe von Interviewpartnern wies auch auf die Bedeutung des Verfahrens zur Asylbeantragung hin. Es wurde die Ansicht vertreten, dass sich das Verhalten und die Haltung gegenüber Asylsuchenden ändern müssten. Ein Interviewpartner äußerte: "Wir müssen Asylsuchende besser behandeln. Dass ihnen so schlechte Bedingungen geboten werden, um sie davon abzuhalten, nach Großbritannien zu kommen, trägt nicht zur Prävention von Drogengebrauch bei." Ein anderer Interviewpartner sagte, dass die Asylsuchenden bei ihrer Ankunft in Großbritannien positivere Erfahrungen machen müssten. Prävention ist insbesondere angesichts der von mehreren Interviewpartnern vertretenen Auffassung von Bedeutung, dass der Substanzgebrauch unter neu eingereisten Asylsuchenden möglicherweise gering sei, jedoch häufig zunehme. Ein Interviewpartner äußerte, dass diejenigen Asylsuchenden, die seit einiger Zeit in Großbritannien lebten, "zynischer und verhärteter" als die neu eingereisten seien, und dass sich dies auf einen möglichen Drogengebrauch in der Zukunft auswirken könnte, was ein anderer Interviewpartner folgendermaßen formulierte: "Bei ihnen [den Asylsuchenden] bestehen alle klassischen Risikofaktoren [für eine Aufnahme des Drogengebrauchs]".

Ein weiterer Interviewpartner hob die Lücken in den Hilfsangeboten für neu eingereiste Asylsuchende hervor und äußerte, dass es leicht passieren kann, dass sie am Ende allein und ohne Unterstützung in Großbritannien dastehen. Der Interviewpartner vertrat die Auffassung, dass ordentlich finanzierte Gemeinschaftszentren (community centres), die Zugang zu einer breiten Palette von Hilfsangeboten bieten, eine gute Möglichkeit sein könnten, um neu in Großbritannien eingereiste Personen zu unterstützen.

4. Schlussfolgerungen

Die wichtigsten Ergebnisse der Forschung

Abgesehen von einigen Ausnahmen (zwei Interviewpartner meinten im Gegensatz zu den anderen, dass der Drogengebrauch häufiger auftrete) bestand Übereinstimmung darin, dass der Gebrauch von Substanzen bei Asylsuchenden und Flüchtlingen gering und der Drogengebrauch bei diesen Gruppen nicht problematisch sei, obwohl man davon ausging, dass ein breites Spektrum an Substanzen gebraucht wird. Eine Ausnahme bildete Khat, dessen Gebrauch in der somalischen und jemenitischen Gemeinschaft in Großbritannien von den Interviewpartnern häufig als problematisch eingestuft wurde. Es gibt gegenwärtig keine Anzeichen dafür, dass Khat außerhalb dieser Gemeinschaften gebraucht wird. Weitere Forschungsarbeiten sind notwendig, um festzustellen, inwieweit die Konzentration auf den Khat-Gebrauch bei einer kleinen Anzahl von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Großbritannien dazu führt, dass der Gebrauch anderer Drogen in diesen Gemeinschaften verborgen bleibt.

Die Interviewpartner stellten fest:

- Es gibt Unterschiede hinsichtlich der Arten von Substanzen, die in Großbritannien bzw. in den Heimatländern gebraucht werden;
- Aufgrund des sozialen Kontextes des Drogengebrauchs in Großbritannien besteht die Wahrscheinlichkeit, dass der Gebrauch für einige Flüchtlinge und Asylsuchende in der Zukunft problematisch werden könnte;
- Es gibt eine Reihe von Gründen für den Drogengebrauch unter Asylsuchenden und Flüchtlingen; deren Kenntnisse über die damit verbundenen Risiken seien gering;
- Es gibt zu wenige präventive Bedingungen bzw. Maßnahmen zur Prävention des Drogengebrauchs bei Asylsuchenden.

Bessere Lebensbedingungen, eine stärkere soziale Eingliederung und eine bessere Unterstützung im Verlauf des Asylverfahrens sind notwendige und geeignete Bedingungen und Maßnahmen bei der Prävention des Drogengebrauchs.

Empfehlungen

Die im Rahmen des RAR-Projekts befragten Schlüsselpersonen gaben folgende Empfehlungen:

- Das Asylverfahren sollte beschleunigt werden.
- Asylsuchende und Flüchtlinge müssten mehr Unterstützung erhalten.
- Asylsuchenden und Flüchtlingen müssten bessere Möglichkeiten geboten werden, um einen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten.
- Es müssten bessere Lebens- und Wohnbedingungen, Beschäftigungs- und Zugangsmöglichkeiten zu Hilfsangeboten, einschließlich der allgemeinen und psychologischen Gesundheitsfürsorge, geschaffen werden.
- Hinsichtlich der Drogenhilfeeinrichtungen setzten die meisten Interviewpartner den Schwerpunkt eher auf Aufklärung und Prävention als auf Behandlung.

Aus der im Rahmen des RAR-Projekts durchgeführten Literaturanalyse ergeben sich folgende Empfehlungen:

Soziale Probleme

- Risikofaktoren für problematischen Drogengebrauch sind in erster Linie soziale Ausgrenzung und Armut. Asylsuchende und Flüchtlinge leben häufig unter derartigen Bedingungen (FOUNTAIN et al., 2003; PATEL et al. 2004).
- Die Drogenaufklärung muss umfassend erfolgen, auf gemeinschaftliche Gruppen speziell abgestimmt sein und breitere Themen, die über den Drogengebrauch hinausgehen, mit einbeziehen (BASHFORD, BUFFIN und PATEL, 2003).
- Bessere Aus- und Fortbildungsangebote sowie Beschäftigungschancen sind erforderlich, um den Kreis der Armut und den damit zusammenhängenden Drogengebrauch zu durchbrechen (BASHFORD, BUFFIN und PATEL, 2003).

Partnerschaften und Abstimmung zwischen den Behörden

- Abgestimmtes Vorgehen der Behörden, Vor-Ort-Arbeit, Einbeziehung der Gemeinschaften (community engagement) (FOUNTAIN et al., 2003).
- "Es müssen Netzwerke und Partnerschaften zwischen den Drogenbehörden und den Organisationen der kurdischen, türkischen und türkisch-zypriotischen Gemeinschaften eingerichtet werden." (BEKTAS et al., 2001, S. 61)
- Stärkung der Kompetenzen der Gemeinschaften für eine umfassende Beteiligung an der Gesellschaft (BASHFORD, BUFFIN und PATEL, 2003).
- "Die Drogenhilfeeinrichtungen müssen die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Behörden des staatlichen, ehrenamtlichen und gemeinschaftlichen Sektors und insbesondere mit den Gemeinschaftsorganisationen Schwarzer und ethnischer Minderheiten weiterentwickeln, da sich Flüchtlinge und Asylsuchende oft nicht direkt an die staatlichen Hilfsdienste wenden. Deshalb muss auf der Grundlage eines abgestimmten Vorgehens der verschiedenen Behörden ein wirkungsvoller Beitrag zur Verringerung des Drogenmissbrauchs geleistet werden." (BECTOR, 2001 S. 60)

Förderung der kulturellen Sensibilität und Behandlung von Rassismusproblemen

- Mitarbeiter von Drogenhilfeeinrichtungen und ähnlichen Einrichtungen sollten Kenntnisse über die in den Zielländern/-gruppen gebrauchten Substanzen sowie über Tendenzen hinsichtlich der in Großbritannien im Bereich des Drogengebrauchs bestehenden Muster und kulturellen Gewohnheiten besitzen (FLEMEN, 2003).
- Durch das (Änderungs-) Gesetz über Rassenbeziehungen von 2000 sind alle öffentlichen Einrichtungen aufgefordert, Diskriminierungen und Benachteiligungen zu beseitigen; öffentliche Organisationen müssen konkrete Aktionspläne zur Gleichstellung der Rassen umsetzen. Das bietet den Drogenhilfeeinrichtungen die Möglichkeit, Mängel beim Angebot geeigneter und zugänglicher Hilfen für diese Gruppen zu beseitigen (FOUNTAIN et al., 2003).
- Damit die Drogenhilfeeinrichtungen die Erfordernisse der Gemeinschaften Schwarzer und eth-

nischer Minderheiten erfüllen können, müssen sie in ihrer Arbeit auch gegen institutionellen Rassismus vorgehen (SANGSTER et al., 2003, S. 54).

- Materialien zur Drogenaufklärung müssen in den jeweiligen Muttersprachen erstellt werden und eine entsprechende kulturelle Sensibilität bewahren (BASHFORD, BUFFIN und PATEL, 2003).
- Bei der Drogenaufklärung sollten verschiedene Medien und wenige schriftliche Formate eingesetzt werden (BASHFORD, BUFFIN und PATEL, 2003).

Zugang zu Hilfsangeboten

- Als Hindernisse für den Zugang zu Hilfsangeboten werden ein fehlendes Eingeständnis des Drogengebrauchs durch diese Gruppen selbst, die ethnische Zusammensetzung des Personals der Einrichtungen, ein mangelndes Verständnis der Kulturen und Sprachen der ethnischen Minderheiten, fehlende Kenntnisse über die Hilfsangebote bei den Hilfesuchenden, und Nichteinhaltung der Vertraulichkeit genannt (FOUNTAIN et al., 2003).
- Erforderlich sind eine stärkere Vernetzung zwischen den allgemeinen Arztpraxen, dem Fachpersonal im Bereich der psychischen Betreuung und den Drogenhilfeeinrichtungen sowie bessere Kenntnisse "über die wichtigsten in den Zielländern gebrauchten Substanzen und ähnliche Themen der Fürsorge" (FLEMEN, 2003).
- "Wir empfehlen bezüglich des Themas ‚Khat-Gebrauch‘ dringend, dass die Regierung den jemenitischen Gemeinschaften in Großbritannien und anderen davon betroffenen Gruppen die Möglichkeit geben sollte, dieses Problem auf Gemeinschaftsebene durch Aufklärung, Aktivitäten und Sensibilisierungskampagnen in Angriff zu nehmen." (AL-KASH et al., 2001 S.104)

5. Nächste Schritte

Besonders wichtig sei es, die Gemeinschaften dieser Studie wurde die aktuelle Situation beim Drogengebrauch und den diesbezüglichen Hilfsangeboten für Asylsuchende und Flüchtlinge in Großbritannien unter Einbeziehung der einschlägigen Literatur und Medienberichte, sowie anhand von Interviews mit einer Reihe von Schlüsselpersonen untersucht. Diese Arbeit muss mit einem umfassenden Forschungsvorhaben unter Einbeziehung der Gemeinschaften (community engagement) von Asylsuchenden und Flüchtlingen weiter fortgesetzt werden. Bei dieser weiterführenden Forschungstätigkeit muss das Ausmaß des Substanzgebrauchs unter diesen Gruppen tiefgreifend untersucht werden. Dies ist deshalb notwendig, weil einige der im RAR-Projekt befragten Interviewpartner darauf hinwiesen, dass die Forschung in diesem Bereich ungenügend sei und bei den vorhandenen Untersuchungen der Substanzgebrauch unter Asylsuchenden und Flüchtlingen möglicherweise unterbewertet werde. In der Studie müssen dann die geeigneten Bedingungen und Maßnahmen zur Prävention bzw. Verringerung des Substanzgebrauchs in diesen Gemeinschaften untersucht werden.

chaften der Asylsuchenden und Flüchtlinge bei der Durchführung ihrer eigenen RAR-Maßnahmen unter Einsatz des Modells der Einbeziehung der Gemeinschaft (community engagement) zu unterstützen (siehe WINTERS und PATEL, 2003 und BASHFORD, BUFFIN und PATEL, 2003). Dadurch könnten die Gruppen von Asylsuchenden und Flüchtlingen ihre eigene Forschung selbst übernehmen, so dass diese nicht "über sie" durchgeführt wird, sondern sie einen gewissen Einfluss auf die Ergebnisse der Studie haben. Wenn die Gruppen selbst ihre RAR-Maßnahmen durchführen, könnten die Antworten genauer ausfallen, da sich die Personen dann weniger stigmatisiert fühlen und viele Probleme des Zugangs und der Sprache, die die Forschung in diesem Bereich in der Regel behindern, überwunden werden könnten.

6. Bibliographie

- ABERA, M., ASFAW, W., ASMELASH, M., GATISO, Y., JEMBERE, W.S. and TESHOME, S. (2001) Report of the Drugs Misuse Needs Assessment carried out by Ethiopian Community in Lambeth amongst the Ethiopian community in Lambeth. London: Ethiopian Community in Lambeth.
- AGER, A., MALCOLM, M., SADOLLAH, S. and O'MAY, F. (2002) Community contact and mental health amongst socially isolated refugees in Edinburgh. *Journal of Refugee Studies*, 15, (1), S.71-80.
- AHMED, K. (2003) New law will curb asylum appeal rights. *The Observer* vom 21. September 2003
- AJID, A., BASET, A., BEGUM, P., BEGUM, S., CHOUDHURY, A., FRANCE, T., KHAN, F., KHAN, M., UDDIN, J. and UDDIN, T. (2001) Report of the Drugs Misuse Needs Assessment carried out by Smethwick Bangladeshi Youth Forum amongst the Bangladeshi community in Sandwell. Smethwick: Bangladeshi Youth Forum
- AL-KASH, N., OSAIMI, A., YAFAI, M. and YAFAI, H. (2001) Report of the Drugs Misuse Needs Assessment carried out by Yemeni Community Association (YCA) among the Yemeni community in Sandwell. Birmingham: YCA.
- ASYLUM AID (2003) Women asylum seekers in the UK: A gender perspective. London: Asylum Aid.
- AUDIT COMMISSION (2000) Another country - implementing dispersal under the Immigration and Asylum Act 1999. London: Audit Commission.
- AYOTTE, W. and WILLIAMSON, L. (2001) Separated children in the UK: An overview of the current situation. London: Save the Children/Refugee Council.
- BARNARDOS (2000) Children first and foremost: meeting the needs of unaccompanied, asylum-seeking children. Survey findings from local authorities. Dokument, das auf dem Barnardos-Seminar am 4. Juli 2000 in London vorgestellt wurde.
- BASHFORD, J., BUFFIN, J. and PATEL, K. (2003) Community Engagement 2: The Findings. Preston: Centre for Ethnicity and Health University of Central Lancashire.
- BBC NEWS ONLINE (2001) 'Child refugees 'failed' by UK system'. BBC News Online, 15. November.
- BBC NEWS ONLINE (2003) Asyl: Angriffe und Todesfälle 2001-2003. Abrufbar unter <http://newsvote.bbc.co.uk/mpapps/pagetools/print/news.bbc.co.uk/1/hi/uk/3087569.stm> [recherchiert am 07/10/03]
- BECTOR, A. (2001) Report of the Drugs Misuse Needs Assessment carried out by the Black and minority ethnic (BME) Housing Consortium amongst the Refugee and Asylum Seeker Communities in Wolverhampton. Wolverhampton: BME Housing Consortium.
- BEKTAS, A., CATHEL, P., DEMIR, G., KANGULEC, S., OZDEMIR, S. and TAVSANGOGLU, S. (2001) Report of the Drugs Misuse Needs Assessment carried out by Day-Mer Turkish and Kurdish Community Centre amongst the Kurdish, Turkish and Turkish Cypriot communities in London. London: Day-Mer Turkish and Kurdish Community.

BERMAN, H. (2001) Children and war: current understandings and future directions. Public Health Nursing, 18, (4), S.243-252.

BURNETT, A. and PEEL, M. (2001). Health needs of asylum seekers and refugee. British Medical Journal: 322, S.544-547.

CARRELL, S. and GOODCHILD, S. (2003) Ministers suppress child asylum statistics. The Independent, Sonntagsausgabe vom 7. Dezember.

CAREY-WOOD, J., DUKE, K., KARN, V. and MARSHALL, T. (1995) The resettlement of refugees in Britain. Research Findings No.16. London: Home Office Research and Statistics Department. Verfügbar unter <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/r16.pdf>

CONDON, J. and SMITH, N. (2003) Prevalence of drug use: key findings from the 2002/2003 British Crime Survey. London: Home Office RDS Research Findings Nr. 229. Verfügbar unter <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/r229.pdf>

CRAGG ROSS DAWSON (2003). Drugs Scoping Study: Asylum seekers and refugee communities. London: Home Office. Verfügbar unter <http://www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/Diversity>

DENNIS, J. (2002) A Case for Change: How refugee children in England are missing out. First findings from the Monitoring project of the Refugee Children's Consortium. Verfügbar unter www.refugeecouncil.org.uk/downloads/rc_reports/caseforchange.pdf

FLEMEN, K. (2003) Drugs, Refugees and Asylum seekers. KFx publication. Verfügbar unter www.ixion.demon.co.uk

FOUNTAIN, J., BASHFORD, J., WINTERS, M. and PATEL, K. (2003) Black and minority ethnic communities in England: A review of the literature on drug use and related service provision. London: NHS National Treatment Agency for Substance Misuse and the Centre for Ethnicity and Health.

GRIFFITHS, P. (1998). Qat use in London: a study of qat use among Somalis living in London. Drugs Prevention Initiative. Paper 26. London: Home Office.

HAWKINS, D.J. CATALANO, R.F. and MILLER, J.Y. (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112, (1), S. 64-105.

HEALTH EDUCATION AUTHORITY EXPERT WORKING GROUP ON REFUGEE HEALTH (1998). Promoting the health of refugees. Immigration Law Practitioners Association, London.

HEATH, T. and HILL, R. (2002) Asylum statistics: United Kingdom 2001. London: Office of National Statistics. Verfügbar unter www.homeoffice.gov.uk/rds/

HEATH, T. JEFFRIES, R. Lloyd, A. (2003) Asylum Statistics United Kingdom 2002. London, Home Office. Auch abrufbar unter:

<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/hosb803.pdf> [recherchiert am 2. September 2003].

HINSLIFF, G. (2003a) Asylum children may be forced into care. The Guardian, 23. November.

- HINSLIFF, G. (2003b) Failed asylum seekers 'found in NHS'. The Guardian, 30. November.
- HINSLIFF, G. (2003c) Failed asylum seekers lose free NHS care. The Observer, 21. Dezember.
- HODES, M. (2000) Psychologically distressed refugee children in the United Kingdom. Child Psychology and Psychiatry Review, 5, (2), S. 57-68.
- HOME OFFICE (2003b) Asylum Statistics: 3rd quarter 2003 United Kingdom: Immigration. London: Home Office Research and Statistics Service.
- KIDANE, S. (2001) Food, shelter and half a chance: Assessing the needs of unaccompanied asylum seeking and refugee children. London: British Agencies for Adoption and Fostering.
- KUNDNANI, A. (2003) Analysis: The quarterly asylum statistics. Independent race and refugee news network, 1. Dezember. Abrufbar unter www.irr.org.uk
- LEFT, S. (2002) 'A Child's Guide to Asylum.' The Guardian, 12. Juni.
- LOUGHRY, M. and FLOURI, E. (2001) The behavioural and emotional problems of former unaccompanied refugee children 3-4 years after their return to Vietnam. Child Abuse and Neglect, 25, S. 249-263.
- MATHER, J. (2002) Public Policy analysis 18: Asylum and immigration. Abrufbar unter www.hlss.mmu.ac.uk/pap/politics/unit%20docs/public%20policy%20analysisL18.htm [recherchiert am 16.12.03]
- MCCALLIN, M. (1992) Living in detention. Geneva: ICCB.
- MACDONALD, R. and MARSH, J. (2002) Crossing the Rubicon: youth transitions, poverty, drugs and social exclusion. International Journal of Drug Policy, 13, S. 27-38.
- PATEL, K., BUFFIN, J., UNDERWOOD, S., KHURANA, J., MCQUADE, C., BRAKO, M. and FOUNTAIN, J. (2004) Young refugees and asylum seekers in Greater London: vulnerability to problematic drug use: a project to assess drug service needs. Final report. Preston: Centre for Ethnicity and Health, University of Central Lancashire.
- PARKER, H., BURY, C. and EGGINTON, R. (1998) New heroin outbreaks amongst young people in England and Wales. Crime Detection and Prevention Series Paper 92. London: Home Office.
- PRESS ASSOCIATION (2003) UK asylum applications halved. The Guardian, 27. November.
- REFUGEE COUNCIL BRIEFING (2002) The Nationality, Immigration and Asylum Act 2002: changes to the asylum system in the UK. London: The Refugee Council. Verfügbar unter www.refugeecouncil.org.uk
- REFUGEE COUNCIL (2003a) Children in Detention: A Refugee Council policy paper. London: The Refugee Council. Verfügbar unter www.refugeecouncil.org.uk

REFUGEE COUNCIL (2003b) News: Press Myths [Internet] Available from www.refugeecouncil.org.uk/news/myths/myth001.htm [recherchiert am 26.09.03]

SANGSTER, D., SHINER, D., PATEL, K. and SHEIKH, N. (2003) Delivering drug services to Black and minority ethnic communities. London: The Home Office.

SHAKIL, A. (2003) 'We were in prison. I did not understand.' The Guardian, 9 October.

SOMERSET, C. (2001) What the professionals know: the trafficking of children into, and through, the UK for sexual purposes. ECPAT (End Child Prostitution And Trafficking) UK.

SOURANDER, A. (1998) Behaviour problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. Child Abuse and Neglect, 22, (7), S. 719-727.

STANLEY, K. (2001) Cold comfort: young separated refugees in England. London: Save the Children.

SUMMERFIELD, D. (2000) Childhood, war, refugeedom and 'trauma': three core questions for mental health professionals. Transcultural Psychiatry, 37, (3), S. 417-433.

SUSSMAN, S., DENT, C.W. and GALAIF, E.R. (1997) The correlates of substance abuse and dependence among adolescents at high risk for drug abuse. Journal of Substance Abuse, 9, S. 241-255.

THE OBSERVER (2002) The numbers game. The Observer, 8. Dezember.

TRAVIS, A. (2002) Minister stirs row over plans for 15 new centres. The Guardian, 15. Mai.

TRAVIS, A. (2003a) Asylum amnesty for 50,000 heralds tough new measures. The Guardian, 25. Oktober.

TRAVIS, A. (2003b) Blunkett aims to axe asylum legislation. The Guardian, 25. November.

TRAVIS, A. (2003c) More legal aid cuts planned in asylum cases. The Guardian, 28. November.

UNICEF (United Nations Children's Fund) (2001) Refugee and asylum-seeking children. Abrufbar unter <http://www.unicef.org/> [recherchiert im Juni 2003].

UNICEF (United Nations Children's Fund) (2003) Stop the traffic! UNICEF UK. Abrufbar unter <http://www.unicef.org/>

WHITTINGTON, D. and ABDI, S. (2001) Somali substance misuse, causes and impacts. London, OREXIS.

WINTERS, M. and PATEL, K. (2003) Community Engagement. Report 1: The Process. Preston: Centre for Ethnicity and Health, University of Central Lancashire.

WOODHEAD, D. (2000) The health and well-being of asylum seekers and refugees. London: King's Fund.

WOOLF, M. (2003) Blunkett has 'no clue' of illegal immigrant numbers. The Independent, 22. September.

‘SEARCH II’ in Deutschland

1.	Der neue ‘SEARCH’ Partner – Drogenberatung e.V., Abteilung Lippe	87
1.1.	Die Aktivitäten des RAR-Teams Detmold im Überblick	87
1.2.	Der Kreis Lippe	88
2.	Auswahl der Zielgruppe	88
2.1.	Who is who?	88
2.2.	Drogen und Alkohol - Alltag von Moskau bis Tiflis?	89
2.3.	Unsere Interviewpartner	90
3.	Unsere neuen Klienten aus den GUS-Staaten	90
3.1.	Alleinstehende junge Männer, die Drogen gebrauchen	90
3.2.	Männer – alleinstehend und mit Familien – mit problematischem Alkoholgebrauch	92
3.3.	Frauen und Männer – Kettenraucher	92
4.	Prävention konkret	93
4.1.	Prävention I oder: die Politik der kleinen Schritte	94
4.2.	Prävention II: die Multiplikatorenschulung	94
5.	Erstes Fazit	96
6.	Anhang: Grafiken und Tabellen	97

Drogenberatung e.V. in Lippe, Detmold, Deutschland

Dietrich Höcker
Wolfgang Schreiber
Vesselka Vassileva-Hilgefert

Vorbemerkung

Die Drogenberatung e.V. in Lippe trat dem Projekt erst mit 'SEARCH II' bei, Projektpartner in 'SEARCH' war der Kreis Soest/das Diakonische Werk im Hochsauerland-Kreis. Entsprechend konnte selbstredend hier kein „RAR-Monitoring“ durchgeführt werden. Es wurde das „Basis-RAR“ durchgeführt, analog zu dem RAR-Prozess in 'SEARCH'. [Anmerkung der Projektkoordination]

1. Der neue 'SEARCH' Partner - Drogenberatung e.V. in Lippe (Detmold)

Die Drogenberatung e.V. in Lippe besteht seit Anfang 1994 und hat z. Zt. 9 Mitarbeiter/innen. Der Kreis Lippe betraute sie mit dem Auftrag, im Bereich der illegalen Drogen die Versorgung der gefährdeten und abhängigen Menschen im Kreis Lippe sicherzustellen. Träger ist der Verein Drogenberatung e.V. in Bielefeld. Das RAR-Team des 'SEARCH' Projektes in Lippe besteht aus drei Mitarbeitern: Wolfgang Schreiber, Leiter der Einrichtung, Dietrich Höcker, Fachstelle für Suchtvorbeugung und Vesselka Vassileva-Hilgefort, die für die Dauer dieses Projektes eingestellt wurde und ausschließlich für das 'SEARCH'-Projekt arbeitet. Herr Schreiber und Herr Höcker verfügen über langjährige Erfahrung mit Klienten aus den GUS-Staaten, da der Anteil der Spätaussiedler aus den ehemaligen GUS-Staaten in der Drogenberatung Lippe seit 1997 kontinuierlich wächst (vgl. Abbildung 1 im Anhang).

Herr Schreiber und Herr Höcker verfügen durch ihre Funktionen in der Einrichtung über zahlreiche Kontakte zu Kooperationspartnern in Lippe und in NRW. Frau Vassileva-Hilgefort ist Journalistin und spricht fließend russisch. Sie hat in Absprache mit den anderen Projektmitgliedern die organisatorische Vorbereitung der Interviews, die Dokumentation, Datenverwaltung und wenn notwendig, das Dolmetschen bei den Interviews mit den Asylbewerbern übernommen.

Das RAR-Team hat die semi-strukturierten und die strukturierten Interviews gemeinsam durchgeführt. Die Zusammenarbeit ist so strukturiert, dass alle Mitglieder des RAR-Teams einen guten Überblick über die Tendenzen und die Entwicklung der Problematik haben. Schon während der Vorbereitung des Projektes und bei der Suche von Schlüsselpersonen hat sich ein Netzwerk von Experten in Lippe gebildet, das im Laufe des Projektes immer engermaschiger wurde und voraussichtlich nach Projektende weiter bestehen wird. Die Ziele und Ergebnisse des Projektes wurden in mehreren Arbeitskreisen vorgestellt, was dazu geführt hat, dass das Projekt in weiten Teilen des Kreises Lippes bekannt ist.

Unsere Erfahrungen mit RAR haben uns so überzeugt, dass wir ein weiteres Projekt im Bereich jugendlicher Drogenkonsumenten konzipiert haben, das mit RAR arbeiten soll und für das wir zur Zeit aktiv eine Finanzierung suchen.

1.1. Die Aktivitäten des RAR-Teams Detmold im Überblick:

- Oktober 2002: Einstieg in 'Search II' mit dem Workshop in Putten/Niederlande;
- Sammeln von Informationen über Flüchtlinge und Asylbewerber in Lippe;
- Bildung des RAR-Teams;
- Zielgruppe und Schlüsselpersonen finden;
- SSI - durchführen und auswerten;
- SI - durchführen und auswerten;
- Fokusgruppe I und II;
- Präventionsideen entwickeln;
- Präventionsmaterialien erstellen;
- Fortbildung für Multiplikatoren durchführen;
- Dokumentation und Ausblick.

1.2. Der Kreis Lippe

In den Anekdoten gelten die Lipper als stur und geizig, zurückhaltend und eher misstrauisch, was Neues betrifft. Eins aber ist Fakt: Mit einer Bevölkerung von 340.460 Bürgern, von denen 30.414 ausländische Bürger sind, gehört Lippe schon zu den multikulturellen Regionen Deutschlands.

Der Kreis umfasst eine Fläche von insgesamt 1.246,00 Quadratkilometer. Er besteht aus insgesamt 16 Städten und Gemeinden. Nach dem Krieg wurde Lippe ein Zentrum für die Möbel- und Textilindustrie, für Kurgäste und Touristen, wobei die Landwirtschaft weiter eine bedeutende Rolle spielt.

In den Jahren von 1987 bis 2002 haben 163.281 Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion in Ostwestfalen-Lippe (OWL) eine neue Heimat gefunden. Im Jahr 2002 lebten in Lippe 24.437 Spätaussiedler laut Statistiken des Innenministeriums des Landes NRW. Damit liegt der Kreis Lippe an zweiter Stelle in NRW nach dem Rhein-Sieg-Kreis.

Die Politik der Ausländerbehörden wird von der Anzahl der Spätaussiedler in den einzelnen Gemeinden beeinflusst. So wurden z. B. den Gemeinden Augustdorf, Barntrop, Blomberg und Dörentrup keine neuen Asylbewerber aus den GUS-Staaten mehr zugewiesen, da sich zum einen das Klima in der Bevölkerung den "Ausländern" gegenüber negativ entwickelte, zum anderen die finanziellen Mittel begrenzt sind.

2. Auswahl der Zielgruppe

Am Stichtag 31.12.2002 waren der Ausländerbehörde des Kreises Lippe 1.615 Flüchtlinge und Asylbewerber gemeldet (9 874 insgesamt in OWL, Stand 31.07.2003), 610 von ihnen kommen aus der ehemaligen Sowjetunion. Bundesweit ist Lippe, was das Verfahren mit den Asylbewerbern betrifft, wegen der relativ kurzen Fristen für die Bearbeitung der einzelnen Fälle bekannt, ebenso für die effiziente Organisation der Abschiebung.

Die Gruppe der Flüchtlinge und Asylbewerber aus den GUS-Staaten wurde von keinem anderen Projektpartner im Rahmen von 'SEARCH' erforscht. Ein weiterer Punkt für die Entscheidung, mit dieser Zielgruppe zu arbeiten, waren Gemeinsamkeiten von Asylbewerbern und Spätaussiedlern. Die gemeinsame Erfahrung beider Personengruppen mit problematischen Substanzen in den Heimatländern konnte nicht nur viele Fragen vertiefen, die aus den Erfahrungen in der alltäglichen Beratungs- und Präventionsarbeit in der Drogenberatung teilweise bekannt waren; RAR brachte auch wichtige zusätzliche Informationen und Differenzierungen bezüglich des Umgangs mit Drogen in der ehemaligen Sowjetunion.

2.1. Who is who?

"Ich bin in Armenien geboren, dann von Aserbaidshjan geflohen und später habe ich in Moskau gelebt. Ich weiß nicht mehr, wer ich bin." (47 jähriger Jeside aus Baku)

In der Zielgruppe der russischsprachigen Asylbewerber befanden sich in Lippe zu Beginn des Projektes Asylbewerber aus der Russischen Föderation, aus der Republik Armenien, aus Aserbaidshjan, Georgien, Kasachstan und Turkmenistan. Die Zahlen variieren sehr stark. Seit Juni 2003 haben die Behörden die Abschiebungen intensiviert und inzwischen ist fast ein Viertel der Menschen aus der Zielgruppe entweder in die Herkunftsländern zurückgefliegen oder untergetaucht. Die meisten Asylbewerber sind seit 2 bis 2,5 Jahre hier. Manche, nachdem sie Einspruch gegen die Ablehnung des Aufenthaltstitels erhoben haben, schon 6 bis 7 Jahre. Zwei Drittel der Asylbewerber

sind mit ihren Familien hier und versuchen, sich möglichst unauffällig zu verhalten. In den letzten zwei Jahren hat kaum ein Asylbewerber aus der Zielgruppe in Lippe einen formellen Flüchtlings- oder Asylberechtigtenstatus bekommen.

Eine ganz spezifische Gruppe sind die Jesiden mit aserischem oder armenischem Pass. Sie sind eine ethnisch-religiöse Minderheit, die nach dem Massaker 1916 aus der Türkei in den Süden Russlands, nach Armenien und Georgien geflohen ist. Sie bilden auch in Lippe eine geschlossene Gruppe, zu der weder Behörden noch Betreuer guten Kontakt aufbauen können.

Die Asylbewerber aus den GUS-Staaten sind in allen Gemeinden im Kreis Lippe verstreut. Wegen fehlender Mittel mieten die Sozialämter kleine Privathäuser an, in denen 2 bis 3 Familien untergebracht werden. Die klassischen Übergangswohnheime sind nur in Detmold, Kalletal-Hohenhausen und Lage vorhanden. Die meisten Asylbewerber in Lippe haben so gut wie keinen Kontakt untereinander und schirmen sich relativ gut ab, z.B. auch von Sozialarbeitern.

2.2. Drogen und Alkohol - Alltag von Moskau bis Tiflis?

"Die Drogen kamen mit den aus Afghanistan zurückkehrenden Soldaten. Jetzt sind sie überall und alle verdienen Geld damit, sogar die Polizei." (45-jähriger Aserer)

Trotz der steigenden Zahlen der Spätaussiedler in Deutschland weiß man relativ wenig über die Konsumgewohnheiten und das Drogenangebot in den ehemaligen sowjetischen Republiken. Unsere Recherchen haben zu folgenden Informationen geführt:

- Im Jahr 2001 konsumieren in der Russischen Föderation 88,8% der 506.850 registrierten Drogenabhängigen (die UNDCP schätzt die wirkliche Zahl der Drogenabhängigen auf 2 365 000) harte Drogen. Der Tagesbedarf Heroin kostet z.B. in Sankt Petersburg 3 Euro, da der Markt übersättigt ist [alle Daten aus: *Global Illicit Drug Trends 2002, UN Office on Drugs and Crime, <http://www.undcp.org>*]
- In Kasachstan zeigen die Zahlen 279 registrierte Drogenabhängige je 100.000 Einwohner. (70 je 100.000 Einwohner im Jahr 1992).
- In Tadschikistan sind zwei Drittel der neu registrierten Drogenabhängigen heroinabhängig. In Usbekistan ist seit 1992 die Zahl der neu registrierten Drogenabhängigen um das Siebenfache gestiegen.
- Bis Mitte der 90er Jahre wurde in fast allen GUS-Staaten vorwiegend selbstgebratenes Opiat (Kompott) intravenös gespritzt. Seit 1998 setzt sich Heroin durch. Nadel- bzw. Spritzenaustausch untereinander ist die Regel.

Was den Alkohol- und Tabakgebrauch bei den Asylbewerbern aus den GUS-Staaten betrifft, stand das RAR-Team vor einer schwierigen Aufgabe. Alkoholmengen, die z.B. in Russland zum normalen "Tagesbedarf" gehören, sehen wir in Deutschland eher als "problematischen Konsum" an. Während der Gespräche wurden wir immer wieder mit Aussagen wie der folgenden konfrontiert: *"Die Asylbewerber haben keine Probleme mit Alkohol. Sie können immer am nächsten Tag vom Bett wieder aufstehen."* (Hausmeister im Übergangswohnheim).

Eine weitere Problematik war die Frage nach dem problematischen Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungstabletten. Da viele der Asylbewerber traumatische Erlebnisse (Gewalterfahrung) in Bürgerkriegen hatten, bekamen sie entsprechende Medikamente von den Ärzten verordnet. In den Herkunftsländern gehören Fragen nach Medikamentengebrauch in die Privatsphäre, weshalb wir von unseren Gesprächspartnern aus der Zielgruppe zu diesen Punkten keine klaren Antworten bekamen.

2.3. Unsere Interviewpartner

(Alle Interviews sind von März bis Juni 2003 durchgeführt worden. Die Ergebnisse beziehen sich also auf diesen Zeitraum.)

Während der Durchführung der semi-strukturierten Interviews (SSI) haben wir mit 11 Schlüsselpersonen gearbeitet, u.a. mit Sozialarbeitern und Hausmeistern, die relativ lange Erfahrungen im Umgang mit Asylbewerbern und Flüchtlingen haben. Manche von unseren Gesprächspartnern sind selbst Spätaussiedler. Da sie keine Sprachbarriere bei den Kontakten mit der Zielgruppe überwinden mussten, hatten sie einen guten Einblick in deren potenzielle Suchtbelastung.

Die Gruppe der Befragten in der Phase der strukturierten Interviews (SI) umfasste 9 Asylbewerber aus Aserbaidschan, Armenien und Georgien, die längere Zeit auch in anderen GUS-Staaten gelebt haben (Russische Föderation, Kasachstan). Die Interviews waren relativ schwer zu organisieren. So haben z. B. in Detmold die Asylbewerber den Kontakt verweigert, nachdem sie erfahren hatten, dass wir zur Drogenberatung gehören. Die meisten hatten schlechte Erfahrung mit den Behörden in ihren Heimatländern gemacht, wenn es um Konsum von problematischen Substanzen ging. Viele vermuteten eine Zusammenarbeit zwischen Drogenberatung, Polizei und abschiebender Behörde. Trotz unserer Hinweise auf die Anonymität der 'SEARCH'-Interviews wollten viele nicht mitmachen, da sie befürchteten, auf diese Weise in "schwarzen Listen" zu landen. Das Profil der Befragten zeigt Tabelle 1 im Anhang.

3. Unsere neuen Klienten aus den GUS - Staaten

"Jemanden, der komplett abstinent ist, kenne ich kaum." (Sozialarbeiterin, betreut Übergangwohnheime)

Die Untersuchungen haben übereinstimmend 3 betroffene Gruppen unter den Asylbewerbern und Flüchtlingen aus den GUS-Staaten gezeigt. 9 von 11 befragten Schlüsselpersonen waren sich einig, dass es einen problematischen Substanzgebrauch in der Zielgemeinschaft gibt. Die erste betroffene Gruppe der Asylbewerber und Flüchtlinge aus den ehemaligen GUS-Staaten ist die Gruppe der alleinstehenden jungen Männer, die Drogen gebrauchen.

3.1. Alleinstehende junge Männer, die Drogen gebrauchen.

14 von den insgesamt 20 Befragten haben die Gruppe als gefährdet bezeichnet. *"Nach 1997 kam eine neue Welle Flüchtlinge. Das waren junge Leute, 21 bis 27 Jahre alt, von Georgien. Die ersten Hinweise auf Drogen erhielten wir von den Bewohnern des Übergangwohnheims. Es ging um Heroin, die leeren Spritzen lagen in den Zimmern." (Sozialarbeiter, betreut seit 1990 Asylbewerber).* Alle 14 Gesprächspartner hatten nur Erfahrungen mit Männern aus den Kaukasusrepubliken – überwiegend Georgier, weniger Aseren und Armenier. Wie hoch der prozentuale Anteil der Drogenabhängigen z.Zt. ist, kann man nur schwer einschätzen.

Nach Aussage der Befragten sind die meisten problematischen Drogenkonsumenten in der Altersgruppe von 18 bis 30 Jahren. Es geht vorwiegend um intravenösen Heroinkonsum, selten um Haschisch und synthetische Drogen. Oft werden Drogen und Alkohol gleichzeitig konsumiert. *"Alkohol, Haschisch, Heroin - alles wird auf einmal genommen. Denn Wodka ist wie Wasser trinken." (Sozialarbeiter, betreut seit 10 Jahren Asylbewerber).*

Einigkeit herrscht auch bei der Antwort auf die Frage, wie sich der Drogengebrauch manifestiert: An erster Stelle ist ein insgesamt verschlechterter physischer Zustand zu erkennen: *"Nach der Entgiftung kam der Mann wieder zu mir. Zufälligerweise lag sein Dossier auf dem Tisch, ganz oben war das Passbild zu sehen, das vor 2 Jahren gemacht wurde. Man konnte kaum glauben, dass es um ein und denselben Menschen geht." (Verwaltungsangestellte, betreut seit 7 Jahren Asylbewerber).*

An zweiter Stelle manifestiert sich der Drogengebrauch in Beschaffungsstraftaten: *"Fast alle sind in Beschaffungskriminalität verwickelt, denn sie sind arm."* (Psychologe, betreut seit 7 Jahren Übergangswohnheime) Viele der Drogenabhängigen sind selbst Dealer, um ihren eigenen Bedarf finanzieren können.

An dritter Stelle werden Aggression und Depression als Zeichen des Drogenkonsums genannt (vgl. Abb. 2 im Anhang).

Bei der Frage nach den Ursachen für den Substanzgebrauch gab es folgende Erklärungen: Die meisten Betroffenen sind schon drogenabhängig nach Deutschland gekommen. Die Perspektivlosigkeit spielt zusätzlich eine wichtige Rolle, da die Asylbewerber schnell erkennen, dass sie keinen dauerhaften Aufenthaltstitel in Deutschland bekommen. *"Sie fragen mich, warum die Asylbewerber Drogen nehmen? Sie haben nichts zu tun. Warum sind sie mit den Drogen angefangen? Weil im Herkunftsland die Drogen billiger als Alkohol waren."* (Hausmeister, Spätaussiedler)

Die Befragten sind sich einig, dass unter den Asylbewerbern die Meinung vorherrscht, Drogen "sind in Deutschland erlaubt – im Gegensatz zu der ehemaligen Sowjetunion". So ist die Rechtslage für Asylbewerber schwer nachvollziehbar, dass der Konsum einer Droge erlaubt, der Besitz und Erwerb aber verboten ist. Außerdem nehmen viele Asylbewerber wahr, dass offensichtlich viel gedealt und konsumiert, aber relativ selten dagegen vorgegangen wird. Das wird als Beweis dafür gewertet, dass diese Gesetze nicht wirklich ernst gemeint sind. Isolation und die finanzielle Abhängigkeit im Gastland wurden auch als wichtige Faktoren für den Drogengebrauch von den Befragten erwähnt.

Was Informationen allgemein betrifft, so sind sich die Asylbewerber einig: die Drogenabhängigen wissen genau, was für Risiken die gebrauchten Substanzen mit sich bringen. *"Jeder Drogenabhängige ist ein hervorragender Chemiker."* (Asere, 47 Jahre alt)

Einig sind sich die Befragten auch bezüglich dem "Nutzen der Drogen". Der Gewinn des Drogenkonsums liegt im Vergessen der situationsbedingten Perspektivlosigkeit, im Verdrängen der erlittenen Traumata aus der Heimat und darin, "zu der Gemeinschaft zu gehören". Während der SSIs haben wir festgestellt, dass es z.Zt. keine effektiven präventiven Interventionen gibt. Nur in seltenen Fällen führen die Sozialarbeiter Einzelgespräche mit den Betroffenen.

Die Asylbewerber selbst erinnern sich flüchtig an irgendwelche Infoveranstaltungen in den ersten Verteilungszentren, wenn überhaupt. Es ist auch Kritik an den Ärzten geübt worden, weil sie oft nur die rein medizinische Behandlung der Drogenabhängigen durchführen – ohne zusätzliche Aufklärungsarbeit oder Beratung.

In den letzten zwei Jahren wurden die Mittel der Sozialämter in Lippe drastisch gekürzt, viele der Sozialarbeiter sind überlastet. Da bleibt weder Geld noch Zeit für präventive Arbeit mit den Asylbewerbern, die "ohnehin morgen oder übermorgen abgeschoben" werden. Auf die Frage, welche effektiven präventiven Interventionen oder Bedingungen benötigt werden, haben wir eine breite Palette von Antworten bekommen. Die wichtigsten führen wir hier auf:

"Die deutsche Hilfsstrategie wird von den Asylbewerbern aus den GUS-Staaten nicht verstanden. Sie brauchen eine klare Aussage, wer für was Verantwortung trägt – eine eindeutige Zielvereinbarung." (Sozialarbeiter, betreut seit 1995 Asylbewerber)

"Es gibt nur eine Priorität in der Präventionsarbeit, leider haben wir da keinen großen Einfluss: eine klare Perspektive für die Flüchtlinge und Asylbewerber, Integrationsarbeit als Prävention, Recht auf Arbeit." (Psychologe, betreut Übergangswohnheime)

3.2. Männer – alleinstehend und mit Familien – mit problematischem Alkoholgebrauch

... wurden als zweite gefährdete Gruppe unter den Asylbewerbern aus den GUS-Staaten benannt. Was die Zahlen betrifft, so kann man behaupten, dass diese Gruppe größer ist als die Gruppe der Drogenabhängigen. "Beim Alkohol ist die Situation nicht mehr steuerbar." (Sozialarbeiter, betreut Asylbewerber und Spätaussiedler)

Die Asylbewerber selbst betrachten Alkohol als kein besonderes Problem. "*Alle trinken. Wenn alle trinken, dann ist es kein Problem, es ist Alltag.*" (Jude aus Aserbaidschan, 24 Jahre alt)

Der Alkoholmissbrauch manifestiert sich in einem insgesamt verschlechterten psychischen Zustand, durch Aggression und Depression sowie durch Beschaffungsstraftaten (siehe auch Abbildung 4 im Anhang). Sehr oft erwähnten unsere Gesprächspartner die negativen Auswirkungen vom Alkoholkonsum des Ehemannes auf die Familie. Besonders wichtig sind auch die finanziellen Folgen: "*Das Geld ist knapp, deswegen klauen sie aus den Geschäften vorwiegend Alkohol*" (Verwaltungsangestellte im Sozialamt). Was die Faktoren betrifft, welche die Entstehung von problematischem Alkoholkonsum beeinflussen, so sind sich zwei Drittel der Befragten einig: in den Heimatländern ist dieser Konsum auch in großer Dosis als "normal" anerkannt. Im Gastland spielen andere Gründe zusätzlich eine Rolle: Langeweile und Entwurzelung. Dieselben Antworten haben wir auf die Frage nach dem Nutzen des Trinkens gehört: Vergessen der Probleme, "festliche Stimmung" und das Gefühl, "man gehört zu einer Gemeinschaft".

Was die Präventionsarbeit betrifft, so sind die Ergebnisse identisch mit denen, die wir bei der Gruppe der Drogenabhängigen festgestellt haben: 80% meinen, dass die Integrationsarbeit Priorität haben muss. Die Einzelgespräche können helfen, glauben 30% der Befragten, wobei es wichtig ist, die Familie anzusprechen und nicht nur einzelne Personen. Infoveranstaltungen werden als untauglich bezeichnet, da die Asylbewerber Zeugen der langjährigen Antialkoholpropaganda während der Gorbatschow-Zeit sind.

3.3. Frauen und Männer - Kettenraucher

Während der ersten Interviews war diese Gruppe nicht aufgefallen und das aus einem einfachen Grund: viele von den Befragten sind selbst Raucher. Sie akzeptieren das Rauchen als Normalität und haben sehr oft nur kurze Zeit Kontakt mit den Asylbewerbern. Später, während der SIs, haben die Asylbewerber selbst über diese Gruppe berichtet. Dabei meinten die Frauen, dass Rauchen mehr bei den Männern aus Georgien und der Russischen Föderation vertreten ist. "*Ohne Zigaretten können die meisten nicht leben, sie werden nervös, wenn keine Schachtel auf dem Bett liegt*", erzählte eine Sozialarbeiterin, die häufig mehrere Stunden hintereinander in den Übergangwohnheimen verbringt. Nach der Einschätzung unserer Schlüsselpersonen führt der problematische Tabakgebrauch zu einem insgesamt verschlechterten physischen Zustand und zu Beschaffungsstraftaten. Besonders interessant sind die Antworten der Asylbewerber, die aus kleineren Städten oder Dörfern nach Deutschland gekommen sind. "*Bei uns darf das Mädchen oder die Frau nicht rauchen. Erst wenn sie in eine große Stadt kommen, wo alles anonym ist, fangen sie an zu rauchen. Hier, in Lage, rauchen alle - sogar die 10-jährigen, denn das ist gestattet*" (Asylbewerberin aus Armenien). Sehr viele von unseren Gesprächspartnern aus der ehemaligen Sowjetunion waren verwundert, als sie erfahren haben, dass Rauchen in der erwähnten Altersgruppe gegen das Gesetz verstößt.

Was die Prävention bei den Kettenrauchern betrifft, so hat die Integration wieder höchste Priorität. Die befragten Frauen haben noch einen wichtigen Faktor erwähnt: die zukünftigen Mütter unter den Asylbewerberinnen sollen mehr medizinische Information darüber bekommen, wie sehr Rauchen dem ungeborenen Kind schadet.

4. Prävention konkret

Rein organisatorisch hat das 'SEARCH'-Team schon bei der Durchführung der Interviews ein Netzwerk von Sozialarbeitern, Betreuern und Flüchtlingen aufgebaut. Die beiden Fokus-Gruppen, die im Mai und im Juni tagten, haben aber gezeigt, dass die weitere Arbeit schwer sein wird, da die räumlichen Entfernungen zwischen den Ansprechpartnern im gesamten Kreis Lippe sehr groß sind und die Zielgruppe nicht kompakt vertreten ist.

Die erste Fokusgruppe mit Teilnehmern von der Kreispolizeibehörde Lippe, der Blaukreuz Beratungsstelle und Sozialarbeitern verschiedener Sozialämter zeigte deutlich die Schwierigkeiten einer effektiven Präventionsarbeit auf: Bei der Zielgruppe der Flüchtlinge und Asylbewerber ist es nicht möglich, mit Prävention frühzeitig zu beginnen und sie langfristig und kontinuierlich einzusetzen. Prävention durch Integration war der Wunsch aller Befragten während der Interviews. Mit einem solchen Konzept steht man jedoch konträr zur offiziellen Politik, die Integration ausdrücklich erst nach Anerkennung des Aufenthaltsstatus vorsieht.

Die Teilnehmer der Fokusgruppe kamen zu dem Ergebnis, dass es sinnvoll ist, in zwei Zielrichtungen zu arbeiten. Zum Einen Schulungen zur Unterstützung von Multiplikatoren, d.h. von Sozialarbeitern, Betreuern, ehrenamtlich engagierten Gemeindemitgliedern der kirchlichen Gemeinden etc. Zum Anderen geht es darum, eine Politik der kleinen Schritte zu verfolgen, die Integration an vielen Orten gleichzeitig stattfinden lässt, indem Personen und Personengruppen gesucht werden, die bereit sind, sich in diesem Sinne zu engagieren.

Die Drogenberatung kann dabei mit Informationsmaterialien in Russisch und mit Experten im Bereich Sucht behilflich sein. Außerdem kann sie zur Verteilung und Verbreitung bestehender Angebote an die Adresse von Multiplikatoren beitragen.

Während der Diskussion in der ersten Fokusgruppe gab es keine nennenswerten Meinungsunterschiede in Bezug auf das weitere Vorgehen. Trotzdem haben wir uns entschieden, die Ergebnisse von 'SEARCH' noch einmal in einem größeren Forum vorzustellen, um auf diese Weise weitere Ideen und Anregungen zu sammeln. Am 24. Juni haben Wolfgang Schreiber und Vesselka Vassileva-Hilgefort mit den Mitgliedern des Ökumenischen Forums "Flüchtlinge in Lippe" eine zweite Fokusgruppe durchgeführt. Die Mitglieder des Ökumenischen Forums kommen aus fast allen Gemeinden des Kreises. Das RAR-Team berichtete über die Ergebnisse der Interviews. Die Vorschläge, die die erste Fokusgruppe erarbeitet hatte, sind im Laufe der Sitzung vorgestellt worden. Für uns war es besonders wichtig, die Meinung derjenigen Gäste zu hören, die tagtäglich Kontakt mit der Zielgruppe haben.

Als besonderes Problem wurde der Umgang mit drogenabhängigen Asylbewerbern angesehen. Es wurde betont, dass es schwer ist, gute Psychotherapeuten in Lippe zu finden, die bereit sind, mit diesem Personenkreis zu arbeiten. Genauso schwer ist es, von den Kommunen Gelder für Entgiftung und Therapie für drogenabhängige Asylbewerber zu bekommen. Das Asylbewerberleistungsgesetz legt fest, dass die Asylbewerber nur in Fällen, die lebensbedrohlich sind, auf Kosten der Gemeinden ärztlich behandelt werden können. Fehlende Sprachkenntnisse wurden als zusätzliches Problem erwähnt. Einer der Vorschläge der Fokusgruppe für die weitere Arbeit war die Einrichtung von Patenschaften, um zu erreichen, dass die Prävention bei der Zielgruppe sowohl die Betroffenen, als auch ihre Familien und Kinder erreicht. Die bisherige Erfahrung hat gezeigt, dass einige Gemeinden und Vereine in Lippe Patenschaften sehr ernst nehmen. Es gibt laufende Projekte zur Betreuung von Schulkindern etc. Das RAR-Team hat nach Erfassung der Ergebnisse der beiden Fokusgruppen entschieden, in drei Richtungen zu arbeiten:

1. Durchführung einer Schulung von qualifizierten Kontaktpersonen (Multiplikatoren);
2. Erstellung eines Flyers mit Integrationsangeboten für Flüchtlinge und Asylbewerber aus den GUS-Staaten in OWL in russischer Sprache;
3. Weitere Vernetzung durch Öffentlichkeitsarbeit mit den Vereinen und Arbeitskreisen in Lippe.

Die Idee für eine Schulung kam von den Schlüsselpersonen, die durch die Interviews und die damit entstandene Aufmerksamkeit für das Thema festgestellt haben, wie wenig sie eigentlich selbst über Sucht, Wirkungen von Drogen, Sucht und Migration, vorbeugende Maßnahmen etc. wissen. Die Schulung wurde im November 2003 durchgeführt.

4.1. Prävention I oder: die Politik der kleinen Schritte

Die Entwicklung eines Flyers mit Informationen über Integrationsangebote für Asylbewerber und Flüchtlinge in OWL schien uns eine relativ leichte Aufgabe zu sein. Dabei sollte jeder Verein, jede Kirchengemeinde oder sonstige Einrichtung, die bereit ist, ihre Angebote auch Asylbewerbern zu öffnen, in den Flyer aufgenommen werden. Es sollte gleichzeitig gekennzeichnet werden, ob muttersprachliche Verständigung möglich ist.

Flüchtlinge und Asylbewerber aus der ehemaligen Sowjetunion werden in der Öffentlichkeit mit der Gruppe der Spätaussiedler zusammen als "die Russen" betrachtet. Deswegen haben wir zuerst mit den Vereinen der Russlanddeutschen Kontakt aufgenommen, um zu fragen, ob sie den Flüchtlingen aus denselben Herkunftsländern behilflich sein können. Die Ergebnisse waren sehr positiv, die Anlaufstellen des Vereins "Druschba-Freundschaft" in Detmold, Schieder-Schwalenberg, Lemgo, Lage und Bad Salzuflen haben sich bereit erklärt, den Asylbewerbern mit Kontakten, Tipps und Informationen weiterzuhelfen. Die Selbsthilfegruppen "Hoffnung" (Drogenabhängige und Menschen mit problematischem Alkoholkonsum), unterstützt vom Blaukreuz-Detmold, stimmten einer Zusammenarbeit mit denjenigen Asylbewerbern zu, die freiwillig in der Gruppen mitmachen wollen.

Die meisten Einrichtungen, die Beratung und Betreuung bei verschiedenen Problemen bieten können, befinden sich in Bielefeld. Die Stadt hat ein gut ausgebautes Netz von ehrenamtlich und hauptamtlich arbeitenden Psychologen, Juristen u.a. Deswegen haben wir auch einige Adressen aus Bielefeld in unseren Flyer aufgenommen.

Unsere Erfahrung bei der Erstellung des Flyers hat gezeigt, dass die meisten Ansprechpartner positiv auf unsere Bitte reagiert haben, bei Bedarf mit Asylbewerbern zu arbeiten. Wir sind als Team gespannt, inwieweit wir die Zielgruppe mit unserem Flyer, welcher über die Gemeinden und die Flüchtlingsberatungsstellen der Lippischen Landeskirche im gesamten Kreis verteilt worden ist, erreichen werden.

Parallel zu der Entwicklung des Flyers entstanden weitere Ideen für Prävention, deren Umsetzung in kleinen Schritten erfolgt. Gemeinsam mit der Flüchtlingsberatungsstelle in Bad Salzuflen ist geplant, ein Projekt zu entwickeln für Eltern von schulpflichtigen Kindern aus Spätaussiedler- und Flüchtlingsfamilien. Als Gesprächsthemen sind u.a. Drogen, Alkohol und Migration geplant.

Neben der Entwicklung der Flyer ist gleichzeitig die strukturelle Prävention weiterentwickelt worden, d. h., es wurden die Strukturen verbessert (durch Verknüpfung von Netzwerken und durch Verbreitung von Präventions-Know-How in Institutionen und bei Schlüsselpersonen), in denen Suchtprävention im Alltag gelebt werden kann.

4.2. Prävention II – die Multiplikatorenschulung

Eine kultursensible Suchtprävention setzt voraus, dass die Durchführenden in der Lage sind, sich möglichst unvoreingenommen in die Situation der Zielgruppe hinein zu versetzen. Wir konnten so auf den Erfahrungen der Drogenberatung mit der Gruppe der Spätaussiedler aufbauen und diese an die Multiplikatoren weitergeben. Es war uns wichtig, dass wir mit der geplanten Schulung diejenigen

ansprechen, die auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit oder ihres ehrenamtlichen Engagements das Vertrauen der Asylbewerber genießen.

Die Schulung im Haus Stapelage fand am 6. und 7. November 2003 statt. Wir haben 35 Einladungen verschickt. Teilgenommen haben 10 Sozialarbeiter und Ehrenamtliche aus dem Bereich Migration. Die inhaltliche Planung der Schulung:

1. Tag:

- Kurze Informationen zum EU-Projekt 'SEARCH'(Erläuterungen zu RAR, Ergebnisse in Lippe);
- Wie entsteht Sucht? (Hintergründe);
- Suchtprävention (Entwicklung, aktueller Stand, Methoden);
- Wirkung von Drogen (Substanzen, Wirkung auf das zentrale Nervengehirn, Applikationsformen und Wirkungen, körperliche und psychische Abhängigkeit, Entzugerscheinungen);
- Suchthilfesystem am Beispiel der Drogenberatung e.V. in Lippe (Einsatz des Films "Ein Angebot für Sie" von der DHS, der mit Hilfe der Drogenberatung e.V. in Lippe und im Auftrag der DHS erstellt wurde) und des Blaukreuz-Zentrums Bad Salzuflen.

2. Tag:

- Sucht und Migration, (Materialien und Kontakte; Erfahrungsbericht Ludmilla Dickmann, ehemalige Mitarbeiterin der Drogenberatung e.V. in Lippe, heute im stationären Bereich tätig; Diskussion);
- Interventionen im Einzelfall (Was ist notwendig, was ist sinnvoll?);
- Vorbeugende Maßnahmen (Was ist möglich? Was ist sinnvoll?);
- Transfermöglichkeiten des Gelernten in den Arbeitsalltag.

Die Veranstaltung wurde von Dietrich Höcker (Drogenberatung e.V. in Lippe) und Holger Nickel (Blaukreuz-Zentrum, Bad Salzuflen) moderiert.

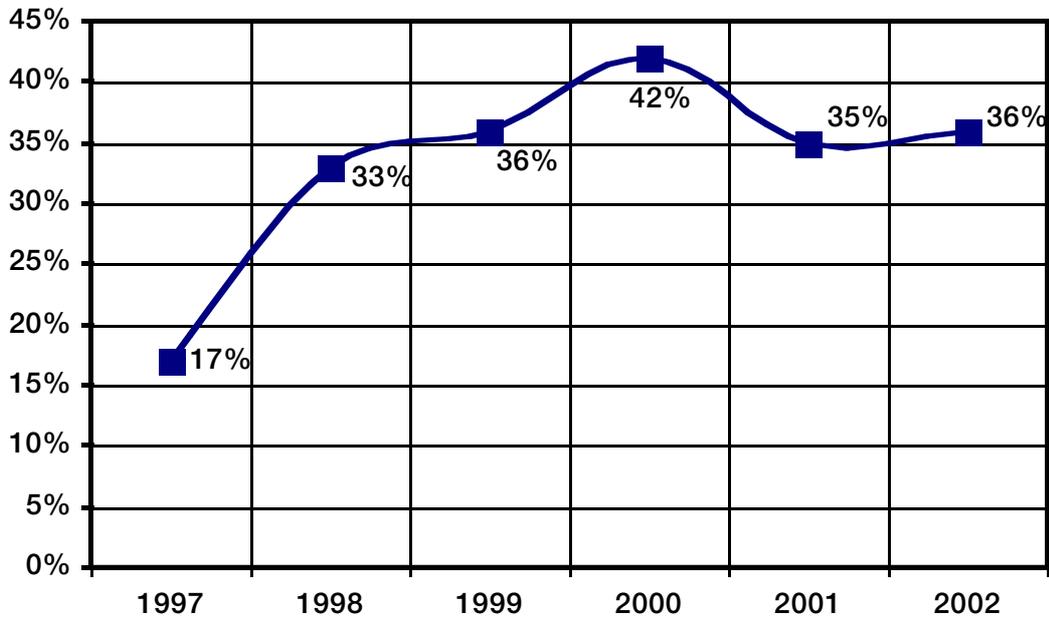
Es kam zu einem intensiven Austausch über Möglichkeiten der Prävention durch bessere Integration. Die Flyer über die Beratungsangebote in Lippe und Bielefeld werden als sehr hilfreich gewertet. Als besonders gelungen wurde der Beitrag von Frau Dickmann empfunden, die, in Kasachstan aufgewachsen, in Deutschland ihre Ausbildung als Sozialpädagogin und Suchttherapeutin absolvierte, und über ihre Erfahrungen in der Arbeit bei 2 Drogenberatungen und einer stationären Therapieeinrichtung berichtete. Insgesamt eine Veranstaltung, die zu einer weiteren besseren Vernetzung beigetragen hat, und die neben der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Thema "Sucht und Migration" auch konkrete Angebote für den Berufsalltag in der Arbeit mit Asylbewerbern und Flüchtlingen eröffnete. Alle Teilnehmer äußerten sich sehr zufrieden zu Form und Inhalt.

5. Erstes Fazit

- Durch die Arbeit mit dem RAR haben wir nicht nur in kurzer Zeit mit relativ geringem Aufwand Ergebnisse hinsichtlich möglicher Gefährdungen bekommen, sondern haben die Problematik mit wichtigen Kontaktpersonen, in bestehenden Netzwerken und in der Zielgruppe, diskutiert.
- Durch die Beteiligung an 'SEARCH II' hat die Drogenberatung e.V. in Lippe dazu beigetragen, dass das Thema "Sucht und Suchtvorbeugung" Einzug gefunden hat bei (fast) allen Personen und Institutionen, die in Lippe mit Flüchtlingen und Asylbewerbern arbeiten.
- Durch die Beteiligung an 'SEARCH II' hat die Drogenberatung e.V. in Lippe dazu beigetragen, dass das Thema "Asylbewerber und Flüchtlinge" auch in der Suchthilfe und der Suchtvorbeugung in Lippe Einzug gefunden hat.
- Durch 'SEARCH II' ist das bestehende Netzwerk im Bereich der Arbeit mit Flüchtlingen und Asylbewerbern mit den bestehenden Netzwerken im Bereich von Suchtprävention und -hilfe verknüpft worden.
- Durch die vielfältige Unterstützung durch die europäischen Partner (hauptsächlich im Austausch bei den gemeinsamen Tagungen), den LWL (durch telefonische Anfragen und bei den Tagungen) und durch das CVO (telefonisch, bei den Tagungen, und durch Support-Treffen vor Ort) bekamen wir immer wieder neue Anregungen, fühlten uns sicher im Umgang mit dem RAR und den Darstellungen in der Öffentlichkeit, was dem Projekt in Lippe sehr zu Gute kam.
- Wir sind mit den Ergebnissen sehr zufrieden. Obwohl wir uns seit 1998 intensiv mit der Problematik der russlanddeutschen Aussiedler beschäftigen und über einige Erfahrungen mit Migranten aus den GUS-Ländern verfügen, obwohl Mitarbeiter der Drogenberatung durch die Teilnahme an einer Studienreise Kasachstan und Kirgisien aus eigener Anschauung kennen, haben wir Erkenntnisse gewonnen, die neu und wichtig für uns sind, für die Arbeit mit Asylbewerbern und Flüchtlingen, aber auch für die Arbeit mit russlanddeutschen Spätaussiedlern.

**6. Anhang:
Grafiken und Tabellen**

Abbildung 1: Anteil der russlanddeutschen Migranten an der Klientel der Drogenberatung



Für die Jahre vor 1997 liegen keine absoluten Zahlen vor. Im Tätigkeitsbericht 1996 der Drogenberatung e.V. in Lippe heißt es dazu: "Ohne genaue Zahlen vorweisen zu können - Geburtsort ist zu selten bekannt bzw. dokumentiert - ist eine deutliche Häufung von Aussiedlern aus Staaten der vormaligen UdSSR in der Drogenberatung festzustellen." (S. 11)

Tabelle 1: Profil der Befragten

Geschlecht	Alter	Funktion	Anzahl
Männer	13 bis 40	Sozialarbeiter	4
Frauen	7 40 - 50	Verwaltungsangestellte/-r	4
		Hausmeister	3
		Asylbewerber/-in	9

Abbildung 2: Die drei Hauptprobleme (Anzahl Nennungen)

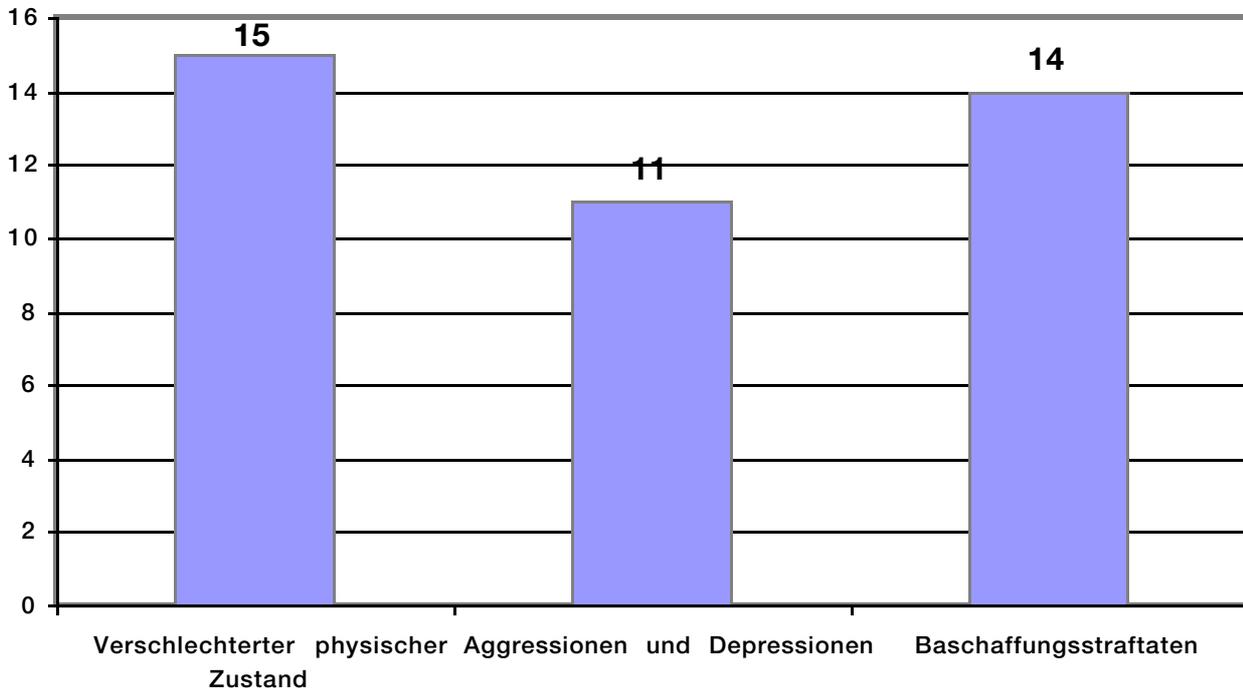


Abbildung 3: Ursachen für den Substanzgebrauch (Anzahl Nennungen)

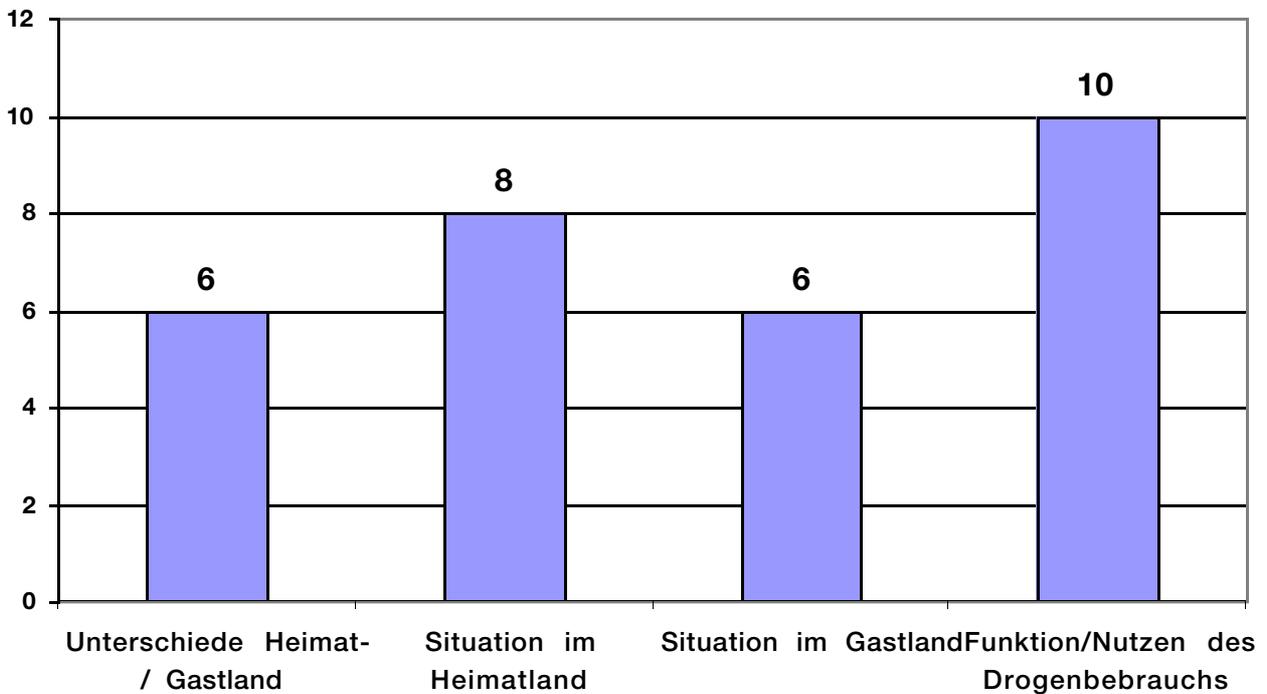
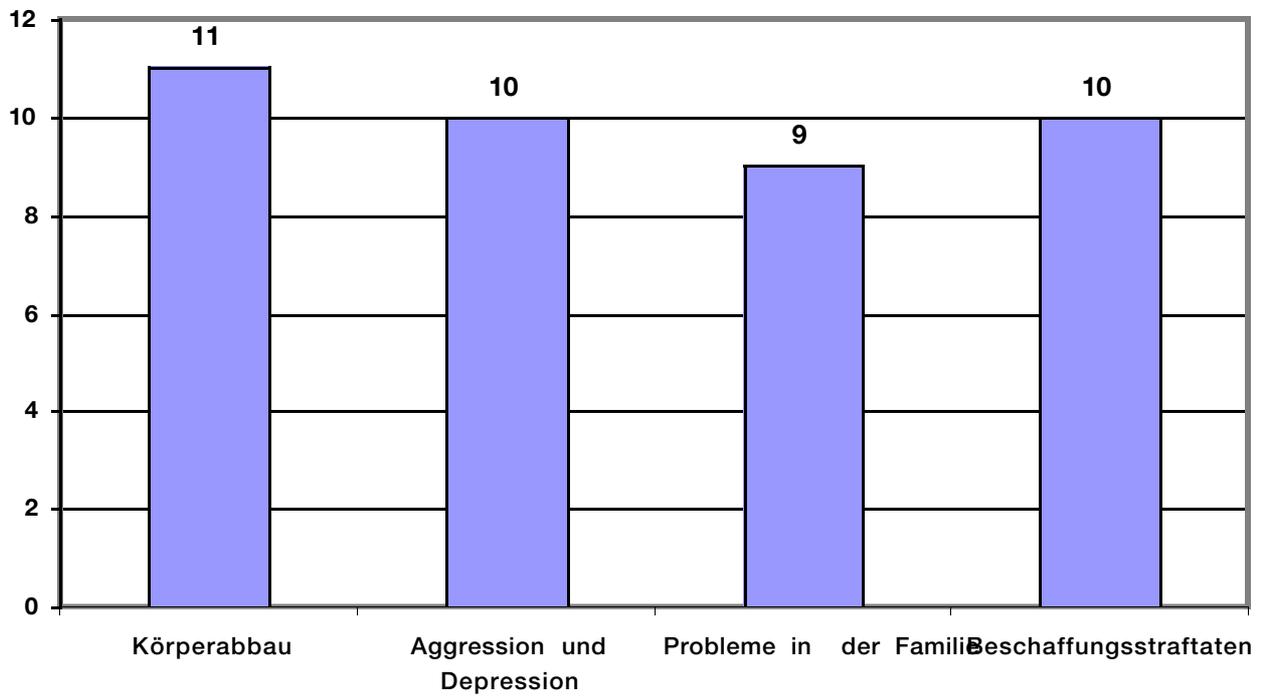


Abbildung 4: Hauptprobleme bei problematischem Alkoholkonsum



‘SEARCH II’ in Griechenland

1.	Kurzbeschreibung OKANA	102
2.	Kurzbeschreibung UMHRI	102
3.	Bericht	104
3.1.	Historischer Überblick	104
3.2.	Gegenwärtige Situation	105
3.3.	Asylsuchende und Flüchtlinge	106
3.4.	Daten über die Migranten	106
3.4.1.	Die Lebens- und Arbeitssituation der Migranten	106
3.4.2.	Die Situation der Kinder von Migranten	107
3.4.3.	Regierungspolitik	107
3.4.4.	Organisationen, die mit Migranten arbeiten	107
4.	Migranten und Substanzmissbrauch: Für ‘SEARCH II’ unternommene Schritte	108
5.	Besondere Aktionen für das Thema Migranten und Substanzgebrauch	110

**OKANA ("Organisation gegen Drogen"),
UMHRI (University Mental Health Research Institute), beide Athen, Griechenland**

**Elpida Kalaitzi (OKANA)
Nadina Kanellopoulou (UMHRI)**

1. Kurzbeschreibung OKANA

Die "Organisation gegen Drogen" (OKANA) wurde im Jahre 1993 auf der Basis eines vom griechischen Parlament einstimmig verabschiedeten Gesetzes, das 1995 in Kraft trat, gegründet. OKANA ist eine eigenständige juristische Person und steht unter der Aufsicht des Gesundheits- und Sozialministeriums.

Allgemeine Ziele der Organisation sind:

- Planung, Förderung, (interministerielle) Koordination und Umsetzung der staatlichen Drogenpolitik in den Bereichen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von Drogenabhängigkeit;
- Wissenschaftliche Forschung zum Problem des Drogengebrauchs auf nationaler Ebene;
- Versorgung der Öffentlichkeit mit validen und verlässlichen Informationen zur Schaffung eines Bewusstseins über die Thematik;
- Aufbau von gemeindenahen Drogenpräventionszentren in ganz Griechenlands, sowie von Behandlungseinrichtungen, Rehabilitationsprogrammen und beruflichen Bildungszentren.

Allgemeine Zuständigkeiten der Organisation sind:

- Bewilligung und Finanzierung von Präventionsprogrammen im Primär-, Sekundär- und Tertiärbereich;
- Aufsicht über deren Umsetzung durch die kommunalen Träger, nicht-staatliche Organisationen und kommunale Netzwerke;
- Bindeglied zur Europäischen Drogen-Beobachtungsstelle;
- Aufbau und Betrieb des griechischen Knotenpunktes der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht;
- Aktive Mitarbeit in internationalen Organisationen, die sich dem Problem des Ge- und Missbrauchs psychoaktiver Substanzen widmen.

Gegenwärtig befindet sich OKANA im zweiten Jahr der Umsetzung des Nationalen Drogenbekämpfungsplans (2002-2006) und konzentriert seine Anstrengungen auf den Bereich der Reduzierung der Nachfrage. Dies bedeutet, es werden neue Programme gestartet, neue Kommunikationsformen zwischen den verschiedenen Akteuren und innovative Interventionen geschaffen. Dies alles zielt auf die Fortführung von Suchtbekämpfung in unterschiedlichen Feldern und Bereichen ab, sowie auf eine bessere Bedarfs- und Bedürfnisdeckung.

2. Kurzbeschreibung UMHRI

Das "University Mental Health Research Institute" (U.M.H.R.I.) wurde 1989, zunächst unter dem Namen "Academic Research Institute on Mental Health", gegründet. Das Institut ist eine gemeinnützi-

ge Organisation, die zwar mit der Universität Athen (Medizinische Hochschule) verbunden, aber sowohl finanziell als auch administrativ unabhängig ist.

Das U.M.H.R.I. hat folgende Aufgaben:

- Förderung und Durchführung von Forschung auf nationaler und internationaler Ebene zu geistiger Gesundheit in den Bereichen Biologie, Psychologie und Sozialwissenschaften in Zusammenarbeit mit relevanten griechischen und ausländischen Organisationen.
- Beratertätigkeit, Gutachtenerstellung und Bereitstellung relevanter medizinischer Informationen und Dienstleistungen für die Regierung, für in- und ausländische Universitäten, für sonstige private oder öffentliche Einrichtungen, sowie Einzelpersonen aus dem medizinischen Bereich.
- Planung und Entwicklung von Ausbildungsprogrammen zum Thema geistige Gesundheit entsprechend den Bedürfnissen und Perspektiven bestehender postgradueller Ausbildungsgänge der Medizinischen Hochschule Athen, sowie Unterstützung bei Dissertationen für postgraduierte Studenten.

Diese Aufgaben nimmt das Institut in folgender Weise wahr:

- Gestaltung und Umsetzung von Vorschlägen, sowie Durchführung von Forschungsprogrammen entsprechend den Interessensgebieten der beteiligten wissenschaftlichen Organisationen.
- Organisation von Konferenzen, Vorträgen und Seminaren, sowie Förderung von Ausbildungs- und anderen relevanten Aktivitäten im Rahmen seiner Zielsetzungen.
- Zusammenarbeit mit in- und ausländischen Universitäten, Hochschulabteilungen, Forschungsinstituten, Ministerien und anderen öffentlichen oder privaten Akteuren oder Einrichtungen im Rahmen seines wissenschaftlichen Auftrags, sowie mit jeder Einzelperson, deren Beiträge der Institutsarbeit förderlich sein können.
- Finanzielle Unterstützung für postgraduierte Wissenschaftler, deren Forschungsinteressen mit den Institutszielen vereinbar sind, indem Teile oder die Gesamtheit der anfallenden Kosten übernommen werden.
- Veröffentlichung von Büchern, Forschungsberichten und Aufklärungs- und Ausbildungsmaterialien, sowie von Materialien zur Eigenwerbung.
- Sammlung aller relevanten Informationen aus vielfältigsten Quellen zum Aufbau einer Bibliothek und eines Archivs, sowie Anschaffung aller zur Umsetzung der vorgenannten Aktivitäten notwendigen Ausstattungselemente.

3. Bericht

Seine geographische Lage machte Griechenland zu einem Durchgangsland sowohl für Migranten als auch für den Drogenhandel zwischen Europa und anderen Kontinenten. Erst zu Beginn der neunziger Jahre (1993) verwandelte es sich als Ergebnis der wirtschaftlichen und politischen Veränderungen auf nationaler und internationaler Ebene in ein Aufnahmeland.

Dieser Bericht versucht, das Ausmaß von Drogenmissbrauch unter Migranten in Griechenland zu umreißen, damit für diese besondere Bevölkerungsgruppe künftig angemessene Präventions- und Hilfsmaßnahmen entwickelt und umgesetzt werden können.

3.1. Historischer Überblick über die Migrationssituation in Griechenland

Historisch begann das Phänomen der Emigration aus Griechenland im Jahre 1952 und dauerte bis Mitte der siebziger Jahre an. Die beiden Weltkriege und der Bürgerkrieg 1947– 1949 behinderten die technologische Entwicklung des Landes und die Landwirtschaft; der einzige der Bevölkerung offenstehende Wirtschaftssektor reichte nicht aus, um die griechischen Arbeitskräfte aufzunehmen. Arbeitslosigkeit wurde zum Hauptproblem im Nachkriegs-Griechenland mit entsprechend ernsten wirtschaftlichen Auswirkungen. Intensive Emigration war die sich bietende Lösung. Zwischen 1951 und 1981 wanderten 12% der griechischen Bevölkerung nach Frankreich, Belgien, USA, Kanada und vor allem nach Deutschland aus.

Eine Besonderheit dieses Auswanderungsstroms war seine vorübergehende Natur. Er wurde von internationalen Ereignissen, wie der Ölkrise von 1973, unterbrochen, ebenso wie von nationalen Ereignissen, wie der Wiederherstellung der Demokratie nach sieben Jahren Diktatur und der Erholung der griechischen Wirtschaft. Ähnlich wie im Falle der spanischen, italienischen und portugiesischen Gastarbeiter in Nordeuropa kehrten auch viele Griechen zurück in ihr Heimatland. Dennoch entschied ein beträchtlicher Anteil, sich dauerhaft in den Gastländern niederzulassen, und die mediterranen Länder wiederum begannen, Arbeitskräfte aus Afrika zu 'importieren', um dem akuten Arbeitskräftemangel in ländlichen Regionen zu begegnen.

Durch die dramatischen politischen Veränderungen in den achtziger Jahren veränderten sich die Migrationsströme völlig. Der Fall des „eisernen Vorhangs“ und die deutsche Wiedervereinigung kündigten eine neue Ära an, die für alle kommunistischen Länder unvorhersehbare Konsequenzen haben sollte. Dem Zusammenbruch und der anschließenden Zersplitterung der Sowjetunion folgte der entsprechende wirtschaftliche Zusammenbruch aller sozialistischen Staaten auf und um den Balkan herum. Die Situation verschärfte sich in den neunziger Jahren mit dem Zerfall Jugoslawiens, den blutigen Bürgerkriegen seiner Ex-Republiken und schließlich der Bombardierung des Kosovo, was dazu führte, dass sich Millionen von Menschen auf den Weg und auf die Suche nach einer besseren Zukunft machten. Dies stellt einen der Hauptfaktoren für die Veränderung der Migrationsmuster in Südeuropa dar, die unter anderem dazu führte, dass die heute größte Einwanderungsgruppe aus den ehemaligen kommunistischen Staaten kommt. (SIADIMA, 2001).

Diese abrupten Veränderungen in kurzer Zeit, der durch die Einwanderung entstandene Druck, der Mangel an Erfahrungen und vielleicht sogar an politischen Strategien, führten dazu, dass diese Einwanderungsgruppen Griechenland erreichten, ohne dass dort eine angemessene Infrastruktur zu deren Versorgung zur Verfügung stand.

3.2. Gegenwärtige Situation

Illegale Transmigration ist ein ständig wachsendes Phänomen. Eine kürzlich von der "International Organisation for Migration" veröffentlichte Studie schätzt, dass weltweit zwischen 15 und 30 Millionen Menschen sich permanent zwischen Ländern bewegen. Laut Eurostat betrug die jährliche Netto-Migrationsrate in der Europäischen Union 2 Promille, was 65% des gesamten Bevölkerungswachstums entspricht. Ohne positive Netto-Immigration würden z.B. die Bevölkerungszahlen von Deutschland, Griechenland, Italien und Schweden sinken.

Um die Schlüsselp Parameter für die Einwanderung hinreichend zu verstehen, ist es unabdingbar, eine Vorstellung von Anzahl, Herkunft und Beschäftigung der Immigranten zu haben. Immigranten arbeiten heute zumeist im Bereich der Saisonarbeit des Tertiärsektors, wohingegen sie früher meistens in der Großindustrie beschäftigt waren. Ihre soziale Stellung ist am unteren Ende der gesellschaftlichen Skala angesiedelt, sie haben geringe Aussichten auf Integration, sind nicht in Gewerkschaften organisiert und viele von ihnen halten sich illegal im Land auf. Frauen machen einen größeren Anteil von Migranten aus, was beträchtliche Veränderungen im Geschlechterverhältnis mit sich bringt.

Der Status der Migranten ist von mehreren Faktoren abhängig: Als politische Immigranten oder Flüchtlinge bekommen sie eine begrenzte Aufenthaltsgenehmigung für Griechenland. Es gibt andere Immigranten, die mit einer zeitlich begrenzten Arbeitserlaubnis oder einem Touristenvisum einreisen. Dennoch ist die überwiegende Mehrheit der in Griechenland lebenden Immigranten illegal. Die Datenlage zur Immigration ist je nach Quelle unterschiedlich: Im Jahre 1999 legten Schätzungen der Regierung nahe, dass es 500.000 bis 600.000 legale und illegale Immigranten in Griechenland gäbe, was 5% der arbeitenden Bevölkerung entspräche. Anderen Schätzungen zufolge waren es im gleichen Zeitraum mehr als 800.000 legale und illegale Migranten. Auf Grundlage der letzten Volkszählung im Jahre 2001 schätzt die griechische Statistikbehörde (NSSG), dass die Zahl der legalen und illegalen Migranten rund 707.000 beträgt. Bei einer Gesamtbevölkerung von 11 Millionen wären dies ca. 7% Migranten. Laut einer Untersuchung des "Operational Programme for Migrants" der Panteion Universität hat Griechenland nach Luxemburg den höchsten Bevölkerungsanteil an illegalen Migranten.

In dem Bemühen, mit dem Problem der illegalen Migration umzugehen, führte die griechische Regierung ein Selektionsverfahren ein, welches für einen begrenzten Zeitraum die "bedingte Legalisierung" von illegalen Migranten ermöglichte; es bot faktisch illegalen Migranten, die bereits im Land lebten und arbeiteten, eine Art "Amnestie" an.

Die Migranten-Gemeinschaften reagierten positiv. Laut dem offiziellen Bericht bewarben sich 373.000 Menschen für die 'white card' und erhielten sie auch. Diese 'white card' gestattete es ihnen, sich für einen unbestimmten, aber kurzen Zeitraum in Griechenland aufzuhalten, Arbeit zu suchen und die Voraussetzungen für die Erteilung einer 'green card' zu erfüllen. Schätzungsweise 220.000 Arbeiter beantragten anschließend die 'green card', die – wenn sie die Voraussetzungen erfüllten und belegen konnten, dass sie während ihres befristeten Aufenthaltes gearbeitet hatten – es ihnen erlaubte, eine Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis bis zu fünf Jahren zu erhalten. Obwohl der Anteil von legalen und illegalen Migranten sehr niedrig war (unter 7%), wurde das Gesetz durch ein zweites, im Jahre 2001 in Kraft getretenes Gesetz verändert. Dieses gestattete es Ausländern, ihre Situation zu legalisieren, wenn sie belegen konnten, dass sie vor dem Jahre 2002 nach Griechenland eingereist waren. In Folge dieses zweiten Gesetzes erhielten ungefähr 380.000 Immigranten legale Papiere. Damit wird geschätzt, dass der Anteil legaler Migranten nun auf 40 bis 50% gestiegen ist. Aus den oben erwähnten Zahlen kann geschätzt werden, dass nur jeder dritte Immigrant eine 'green card' besitzt, d.h. er das Recht hat zu arbeiten, krankenversichert ist und alle bürgerlichen Rechte und Pflichten hat.

Der Amnesty International-Bericht für Griechenland erwähnt, dass im Jahre 2002 205.000 Immigranten ohne Papiere wegen illegaler Einreise, bzw. illegalem Aufenthalt verhaftet wurden.

3.3. Asylsuchende und Flüchtlinge

Die neuesten Schätzungen gehen von 25.000 – 30.000 Asylsuchenden aus.

Asylanträge

1999	2000	2001	2002
1528	3004	5499	5664

Zwischen 1999 und 2001 wurden somit 10.031 Anträge gestellt, in der restlichen Europäischen Union lag die Zahl der Asylanträge im gleichen Zeitraum bei 1.167.554.

Die Anerkennungsrate liegt in Griechenland bei 11%, in Europa bei 16%. (Quelle: UNHCR – United Nation Health Council of Refugees). Der wechselnde Anteil anhängiger Fälle liegt in Griechenland bei 71%.

3.4. Daten über die Herkunft der Migranten

Die Daten über die nach der letzten Gesetzesänderung eingereichten Legalisierungsanträge stehen noch nicht zur Verfügung. Die folgenden Zahlen stammen aus dem ersten Legalisierungsverfahren im Jahre 1997:

- a) Ungefähr 78 % der Immigranten kommen aus den Balkan-Staaten (65 % aus Albanien, 7 % aus Bulgarien, 5 % aus Rumänien, 1 % aus den Republiken des ehemaligen Jugoslawien).
- b) Weitere 10 % der Immigranten kommen aus den mittel- und osteuropäischen Staaten (2,5 % aus Polen und 7% aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion).
- c) 8 % der Immigranten kommen aus asiatischen Staaten (Indien, Pakistan, Philippinen).
- d) 4 % der Immigranten kommen aus afrikanischen Staaten.

Die Asylsuchenden und Flüchtlinge kommen hauptsächlich aus dem Irak und aus Afghanistan, wogegen aus Pakistan, Indien, Nigeria, Sri Lanka, Sudan und Sierra Leone nur eine kleine Zahl kommt.

3.4.1. Lebens- und Arbeitssituation von Migranten

Untersuchungen in den städtischen Ballungszentren ergeben, dass die Immigranten in den ärmsten Stadtteilen leben, wo Drogenhandel, Prostitution, schlechte Wohnqualität und defizitäre Infrastruktur herrschen. Es wäre nicht zutreffend, diese Gegenden als Ghettos zu bezeichnen, denn sie sind nicht homogen und es lebt dort auch einheimische Bevölkerung. Laut einer Studie, die von der Verwaltung für Stadtentwicklung und Wohnungsbau durchgeführt wurde, leben ungefähr 66,5% der Immigranten in Armut und in ärmlichen Wohnverhältnissen. Ihre Situation ist durch Unsicherheit geprägt, denn das stereotype Bild des "kriminellen Immigranten" beeinflusst auch griechische Hauseigentümer, die zögern, ihre Wohnungen an Nicht-Europäer zu vermieten. 47,26 % leben in Athen und weitere 15,8% in Mazedonien (Thessaloniki).

In den städtischen Regionen sind sie hauptsächlich im Dienstleistungssektor beschäftigt, insbesondere in dessen Untersektoren, wie Bau, Hausanstellung, Unterhaltung und Catering. Dies schließt ebenfalls die Sex-Industrie ein, die sich, als Ergebnis der durch Menschenhandel aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion eingeschleusten Frauen und Kinder, in den letzten zehn Jahren stark ausgedehnt hat. In den restlichen Teilen des Landes sind sie zumeist in der Landwirtschaft beschäftigt. Das Landwirtschaftsministerium betont, dass Saisonarbeiter die Landwirtschaft vor dem Zusammenbruch bewahrt und die Wettbewerbsfähigkeit von griechischen Produkten auf dem Europäischen Markt erhöht haben, indem sie den Arbeitskräftebedarf in den Bereichen Ernte, Geflügelzucht, Vieh- und Milchwirtschaft gedeckt haben. Ihr Beitrag zur Dynamisierung der Arbeit des Landes hat zur Lohnstabilität beigetragen.

3.4.2. Die Situation der Kinder von Migranten

Die Anzahl von Migrantenkindern, die regelmäßig staatliche Schulen besuchen, ist in ganz Griechenland gestiegen. Im Jahre 2000 besuchten 105.000 Schüler Grund- und weiterführende Schulen, das sind 7,9% der Gesamtschülerzahlen. Derzeit gibt es 26 "Intercultural Education Schools", ebenso wie spezielle "reception classes" in einigen staatlichen Schulen.

3.4.3. Regierungspolitik

Die gültigen gesetzlichen Bestimmungen für Migranten ("1991 Act") erwiesen sich als unzureichend für den Umgang mit dem steigenden Zustrom von Migranten, bzw. dessen Kontrolle. Die griechische Regierung sah sich gezwungen, eine langfristige Einwanderungspolitik zu entwickeln. Als ein Ergebnis wurde im Jahre 2001 dem Parlament ein Gesetz vorgelegt, welches die Bedingungen festlegt, unter denen Migranten eine Einreiseerlaubnis und eine Arbeitserlaubnis eingeräumt und die bereits existierende Migrantenpopulation in ihrem Status abgesichert wird und unter denen sie in die griechische Gesellschaft integriert werden.

3.4.4. Organisationen, die mit Migranten arbeiten

Es gibt gegenwärtig viele nicht-staatliche Organisationen, die mit Migranten und Flüchtlingen arbeiten.

Insgesamt bieten sie Dienstleistungen in den folgenden Bereichen an:

- a) Psychosoziale Betreuung
- b) Beratung
- c) Unterstützung in Rechtsfragen
- d) Medizinische Betreuung ("Ärzte ohne Grenzen" und "Ärzte der Welt")
- e) Finanzielle Unterstützung
- f) Berufliche Bildungsprogramme und Unterstützung
- g) Kindergärten
- h) Freizeitaktivitäten, wie z.B. Sommerlager
- i) Sensibilisierung der öffentlichen Meinung zu Themen wie Rassismus und soziale Ausgrenzung

4. Migranten und Substanzmissbrauch: Für 'SEARCH II' unternommene Schritte

Die beiden in 'SEARCH II' beteiligten Organisationen OKANA und UMHRI entschieden, dass zunächst eine Untersuchung durchzuführen ist, welche (staatlichen und nicht-staatlichen) Organisationen sich in ihrer Arbeit mit Migranten beschäftigen. Der illegale Status der Immigranten und deren Untergruppe der Substanzgebraucher und -missbraucher bedingen, dass diese Gruppe sehr versteckt und sehr schwer zu erreichen ist. Um Zugang zu offiziellen Zahlen sowohl von staatlichen als auch von nicht-staatlichen Organisationen zu erhalten, die mit potentiellen substanzge- und missbrauchenden Migranten in Kontakt kommen, wurde ein Brief mit einem Fragebogen an 63 Präventionszentren in ganz Griechenland und an 28 nationale und lokale Organisationen aus dem Migrantenbereich versandt. Die Daten wurden gesammelt und verarbeitet und dies sind die Ergebnisse:

Das Ministerium für Öffentliche Ordnung antwortete, indem es seine Statistiken über drogenbezogene Anklageverfahren zwischen 1993 und 2002 schickte. Die Fälle und Anklageverfahren umfassen Drogenbesitz, -gebrauch und -handel.

Tabelle 1: Fälle und Anklageverfahren

JAHR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
FÄLLE	2049	2531	3360	4695	6382	6948	7014	7995	9820	10424
ANKLAGEVERFAHREN	2958	3719	4778	6821	9507	10745	10626	12306	15026	15667
GRIECHEN	2708	3400	4170	5999	8555	9522	9457	11154	13750	14378
AUSLÄNDER	250	319	608	822	952	1223	1169	1152	1276	1289

Die Statistikbehörde, dem Finanzministerium unterstehend, stellte Daten über Verurteilungen bei Drogendelikten im Geschlechterverhältnis für jede griechische Präfektur zwischen 1993 und 1998 zur Verfügung. Verurteilungen bei Drogendelikten im Geschlechterverhältnis umfassen Drogengebrauch, -besitz, -handeln, und -anbau.

Tabelle 2: Drogenbezogene Verurteilungen pro Präfektur und Geschlecht

JAHR	GESAMT	AUSLÄNDER	GESCHLECHT	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1993	1056	51	M	380	67	91	12	18	77	206	33	52	52
			F	32	2	5	2	1	3	12	2	4	3
1994	1016	45	M	399	48	103	16	16	32	182	27	51	76
			F	25	5	3	2	-	4	3	1	5	5
1995	1211	75	M	353	60	182	48	13	62	241	34	57	131
			F	17	5	6	1	-	2	-	-	5	3
1996	1484	187	M	444	93	228	30	55	38	307	58	89	60
			F	24	5	2	4	3	1	16	1	11	-
1997	1906	75	M	618	145	267	37	59	99	292	45	200	59
			F	26	1	6	1	3	5	16	-	8	3
1998	1725	82	M	614	143	139	9	66	62	346	51	148	57
			F	25	9	3	-	1	9	18	6	12	-

- A. Attika • B. St.Ellada und Evia • C. Peloponnes • D. Ionische Inseln • E. Epirus • F. Thessalien • G. Mazedonien • H. Thrakien • I. Ägäische Inseln • J. Kreta

Die oben genannten Daten geben nur Tendenzen an, aus denen sicherlich noch keine Schlussfolgerungen auf den Substanzgebrauch und die Zielgruppe gezogen werden können.

Eine andere wichtige Informationsquelle waren die OKANA-Präventionszentren und Therapeutischen Gemeinschaften in ganz Griechenland, die Umgang mit Drogensüchtigen haben und Therapie und/oder Beratung anbieten. Von insgesamt 63 befragten Präventionszentren antworteten 24. Von diesen haben 9 Zentren in Beratungen und/oder bei Überweisungen zu Entgiftungseinrichtungen mit der Zielgruppe Kontakt gehabt. Es ist wichtig hervorzuheben, dass die meisten Präventionszentren um mehr Informationen und Aufklärungsmaterial bitten, um besser die spezifischen soziokulturellen Bedürfnisse der Zielgruppe bedienen zu können.

Tabelle 3: Fälle, die Beratung / Überweisung durch Präventionszentren in Anspruch nehmen

FÄLLE	ART DER HILFE	ORT
2	Drogenbezogene Beratung	Athen
4 Eltern- und Lehrergruppen	Beratung	Thessaloniki
5	Drogenbezogene Beratung	Athen
1	Beratung/Überweisung	Kozani
2	Beratung/Überweisung	Kefallonia
3 + gemischte Beratungsgruppen	Drogenbezogene Beratung	Kreta
4	Drogenbezogene Beratung	Zakinthos
8	Drogenbezogene Beratung	Thessaloniki
Unspezifische Anzahl 5-10% aller Besuche	Drogenbezogene Beratung	Athen

Der griechische REITOX Knotenpunkt stellte Daten aus den letzten drei Jahren zur Verfügung, die in 24 drogentherapeutischen Einheiten in ganz Griechenland gesammelt wurden, in Bezug auf die Gesamtzahl der drogengebrauchenden Migranten, die um Entgiftung ersucht haben. REITOX stellte außerdem Daten aus dem Methadonprogramm und den OKANA-Unterstützungszentrum zur Verfügung.

JAHR	GESAMTZAHL
2000	60
2001	43
2002	63

Tabelle 4:
Therapiewillige
drogengebrauchende Migranten/-innen

JAHR	GESAMTZAHL
2000	5
2001	5
2002	6

Tabelle 5: Drogengebrauchende
Migranten/-innen, die in
Substitutionsprogramme bei OKANA
aufgenommen wurden

JAHR	GESAMTZAHL
2000	31
2001	25
2002	19

Tabelle 6:
Drogengebrauchende
Migranten/-innen, die sich
an das Unterstützungszentrum wandten

KETHEA (Therapiezentrum für suchtkranke Einzelpersonen), eine etablierte Organisation im Bereich Suchttherapie und Prävention, stellte Daten aus seinem "Multi Intervention Drug Centre"-Bericht aus dem Jahre 2002 zur Verfügung. Diesen Zahlen zufolge gab es 4681 Kontakte mit drogengebrauchenden Migranten.

Und das neu gegründete "STEKI", ein Tageszentrum für OKANA Drogengebraucher, gab an, dass 21 Fälle von drogengebrauchenden Migranten im Jahre 2003 ihre Einrichtung nutzten.

In der wertenden Zusammenfassung der oben aufgelisteten Informationen ist zu betonen, dass hinsichtlich des Drogengebrauches die beforschte Zielgruppe auf dem Hintergrund des seit 10 Jahren starken Zustroms von Migranten nur relativ selten die Hilfeangebote aufsuchen. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass Drogengebraucher per Definitionem eine gesellschaftlich marginalisierte Gruppe sind. Dies legt Migrantengruppen eine doppelte Bürde auf, da sie bereits mit ernsthaften Bildungs- und Arbeitsproblemen stigmatisiert und marginalisiert sind. Um mit dieser doppelten Diskriminierung umzugehen, muss die Politik, die auf die Umsetzung von Präventions- und Entgiftungsprogramme abzielt, die soziokulturellen und psychologischen Bedürfnisse der Zielgruppe berücksichtigen. Diese Programme sollten zu ihrer Ausgestaltung stärker den Zugang von Migranten zu Hilfsangeboten in Betracht ziehen.

5. Besondere Aktionen für das Thema Migranten und Substanzgebrauch

Um auf die besonderen Bedürfnisse dieser Gruppe einzugehen, hat KETHEA kürzlich ein Übergangshilfe-Zentrum namens "Mosaic" gegründet. Diese Einrichtung wird im Februar 2004 seine Arbeit aufnehmen. In der Vergangenheit hat dieselbe Organisation ein Suchthilfeprogramm im Norden Griechenlands ausgebaut, das ausschließlich in russischer Sprache arbeitet. Das OKANA-Unterstützungszentrum bestätigte den Bedarf an spezialisierten Programmen, um den Bedürfnissen dieser Gruppe Rechnung zu tragen. Obwohl Straßensozialarbeiter dieses Zentrums bereits mit Migranten arbeiten, betonen sie die Notwendigkeit von weiterem Training, um mit dieser Gruppe angemessen umgehen zu können.

Als Schlussfolgerung ist festzustellen, dass Griechenland erst seit kurzem in die Lage gekommen ist, eine große Zahl von Wirtschaftsmigranten aufzunehmen. Es bedarf einer Gewöhnungs- und Anpassungsphase, sowohl auf der politischen Entscheidungsebene als auch auf der Ebene der soziokulturellen Integration, da Griechenland vor einer Reihe von sozialen, politischen und wirtschaftlichen Problemen steht. Sowohl tiefgreifende Veränderungen als auch langfristige Planung sind nötig. Abgesehen von der Tatsache, dass es immer noch keine adäquaten offiziellen Aufzeichnungen über die Migrantensituation in Griechenland gibt, liegt die Hauptschwierigkeit darin, dass die politischen Versuche, Antworten zu finden, stark fragmentiert sind. Verschiedene Ministerien bestimmen und definieren selbst ihre Kompetenzen, was zu einem Mangel an gemeinsamen Zielsetzungen führt.

Anmerkung:

Die zuvor dargestellten Informationen zum Thema 'Migranten und Drogenmissbrauch', sowie über die Organisationen, die mit Migranten arbeiten, sind nicht vollständig und bedürfen weiterer Forschung.

‘SEARCH II’ in Irland

1.	Der irische ‘SEARCH’-Partner	112
1.1	North Eastern Health Board	112
1.2	Substanzmissbrauch in der North East Region	112
1.3	Suchthilfeangebote im North Eastern Health Board	113
2.	Asyl in Irland	114
2.1	Der Asyl- und Einwanderungsprozess in Irland	114
2.2	Wichtige Entwicklungen in der irischen Asyl- und Einwanderungspolitik	114
2.3	Zahlen zur Asylsituation in Irland	115
2.4	Zahlen zur Asylsituation im North Eastern Health Board	115
3.	Setting des RAR in North Eastern Health Board	116
3.1	Mosney-Direct Provision Centre - North Eastern Health Board	116
3.2	Zugang zum Forschungsfeld / Genehmigung nach ethischen Kriterien	116
3.3	RAR Team Irland	116
4.	RAR-Prozess und Ergebnisse	118
4.1	Zielgruppe	118
4.2	Kartographierung der Gemeinschaft	118
4.3	Prozess der semi-strukturierten Interviews	119
4.4	Ergebnisse des RAR-Prozesses in Irland	119
4.5	Einschränkende Faktoren während des RAR-Prozesses	120
4.6	Weitere Entwicklungsmöglichkeiten von ‘SEARCH’ in Irland	121
5.	Schlussfolgerungen	121
6.	Empfehlungen	122
7.	Literatur	123

North Eastern Health Board, Navan, Irland

Dr. Nazih Eldin
Joanne Murphy (Autorin)

1. Der irische 'SEARCH'-Partner

1.1 North Eastern Health Board

Das North Eastern Health Board (NEHB) ist der staatliche Gesundheitsdienstleister für die irische Region North East, die vier Counties umfasst: Louth, Meath, Cavan und Monaghan.

Seine Aufgabe ist es, für die Bewohner dieser Region qualitativ hochwertige Gesundheitsangebote in den beiden Bereichen Prävention/Gesundheitsförderung und Diagnose/Behandlung zu entwickeln und bereitzustellen. Das North Eastern Health Board engagiert sich in den Bereichen:

- a) Förderung gesunder Lebensstile
- b) Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten
- c) Betreuung von chronisch Kranken und Behinderten
- d) Soziale Angebote für Einzelpersonen und Familien in Risikosituationen

Innerhalb der Struktur des NEHB ist auch die Abteilung Gesundheitsförderung angesiedelt. Im Laufe der Jahre hat Gesundheitsförderung im staatlichen Gesundheitssystem in Irland eine immer größere Bedeutung erlangt. Die Arbeit der Abteilung Gesundheitsförderung orientiert sich an folgenden Prinzipien und Zielsetzungen:

- Befähigung und Unterstützung der Bevölkerung hinsichtlich der Verwirklichung von gesünderen Lebensstilen;
- Identifizierung und Bündelung bestehender Ressourcen, Strukturen, Prozesse und unterstützender Mechanismen, um in allen Zielsettings ein gesünderes Umfeld zu schaffen;
- Entwicklung gemeinsamer Ansätze, d.h. Fokussierung der spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppen innerhalb unserer Settings und thematischen Angebote;
- Unterstützung von Betreuungsgruppen und -anbietern innerhalb und außerhalb des NEHB, zur Integration von Gesundheitsförderung in die alltägliche Arbeit;
- Einbeziehung von mindestens einer/einem benachteiligten Gruppe oder Setting in jedes Programm, um sicherzustellen, dass alle Programme über einen Gleichstellungsaspekt verfügen;
- Weiterführung des Reorientierungsprozesses durch Fortbildungsangebote zur Gesundheitsförderung für Fachkräfte;
- Einbettung aller Aktivitäten in einen erkenntnisgeleiteten Rahmen;
- Weitere Bedarfsermittlung, Evaluierung und Forschung im Sinne des zuvor Genannten und auf der Grundlage der WHO-Empfehlungen zur Evaluierung von Gesundheitsförderung.

Die Abteilung setzt ihre Arbeit auf drei sich überschneidenden Ebenen um: *Themen*, *Settings* und *Lebensstile* (Health Promotion Department, 2003, Service and Operational Plan, 2004).

1.2 Substanzmissbrauch in der Region North East

Zur Beantwortung einiger kritischer Fragen zu Natur und Umfang von Drogen- und Substanzmissbrauch in der Region North East wurden bereits Forschungsprojekte durchgeführt. Das North Eastern Health Board hat in den Jahren 1997 und 2003 zur Erfassung und Dokumentation der Prävalenz des Drogengebrauchs und der Konsummuster von Jugendlichen geforscht. Die Ergebnisse zeigten, dass es im Jahre 2002 im Vergleich zu 1997 zu einem proportionalen Anstieg von Jugendlichen kam, die illegale Drogen, hauptsächlich Cannabis, missbrauchen.

- Die allgemeine Lebenszeit-Prävalenz (d.h. einmal im Leben illegale Drogen konsumiert zu haben) betrug 41,2% im Jahre 2002 gegenüber 34,9% im Jahre 1997;.
 - 15,1% der Jugendlichen gaben an, dass sie regelmäßig Drogen missbrauchen (d.h. mindestens einmal im Monat vor der Befragung), gegenüber 11,9% im Jahre 1997;.
 - Diskotheken (46%) und die Straße (45,9%) waren die am häufigsten genannten Orte, an denen ihnen Drogen angeboten wurden;
 - Die von regelmäßigen Missbrauchern am häufigsten missbrauchten Drogen waren im Jahre 2002 Cannabis (12,5%), Klebstoffe/Lösungsmittel (2,5%) und Ecstasy (1,3%).
 - Der am häufigsten angegebene Grund, warum junge Menschen Drogen nehmen, war, dass "die Leute, mit denen sie herumhängen, welche nehmen" (58,6%).
- (FLANAGAN et al, 2003, Smoking, Alcohol and Drug use among young people, NEHB, S. 5-6)

1.3 Suchthilfeangebote im North Eastern Health Board

Die "Arbeitsgruppe zu Substanzmissbrauch" im NEHB unter der Leitung von Dr. Nazih Eldin, Regional Health Promotion Officer/Drug Services Coordinator, arbeitet entsprechend dem Nationalen Drogenbekämpfungsplan 2001-2008. Ziel dieses Teams ist es, den durch Drogenmissbrauch an Einzelpersonen und an der Gesellschaft entstehenden Schaden durch eine konzertierte Fokussierung auf Angebotsverringern, Prävention, Behandlung und Forschung deutlich zu verringern. Das Team bietet eine Reihe von Trainingsprogrammen zu Substanzmissbrauch und verwandten Themen an.

Prävention / Aufklärung

Diese Kurse umfassen:

- Bewusstsein über Drogen innerhalb der Gemeinschaft;
- Kurse zu Peer Education;
- Kurse zu Handlungskompetenz (Life Skills)/Bewusstsein über Drogen bei persönlichem Gebrauch;
- Trainingskurse für Lehrer, Jugendsozialarbeiter und Fachkräfte im Gesundheitswesen.

Behandlung

Die Drogenberatungsangebote bestehen aus Information, Unterstützung, Beratung und Überweisung in Rehabilitations- und Entgiftungsprogramme.

Forschung

- Forschung im Bereich iv-Drogengebrauch wird derzeit durchgeführt.
- Richtlinien für den Umgang mit Substanzmissbrauch im Schulbereich wurden für alle weiterführenden Schulen ausgearbeitet.
- Koordination und Ausrichtung der "International PREVNET-Conference".

2. Asyl in Irland

2.1 Der Asyl- und Einwanderungsprozess in Irland

Die irische Asyl- und Einwanderungspolitik und deren Verfahren unterliegen der Verantwortung des Ministeriums für Justiz, Gleichstellung und Gesetzesreform und werden von den entsprechenden Stellen in diesem Bereich unterstützt.

Der Prozess unterteilt sich in folgende unterschiedliche Schritte:

a) Bearbeitung von Asylanträgen:

Asylanträge werden an das Ministerium für Justiz, Gleichstellung und Gesetzesreform gestellt, werden aber von der Flüchtlingsantragskommission bearbeitet. Die Bereitstellung von Unterkünften und die Koordination von anderen Unterstützungsangeboten für Asylsuchende fällt unter die Verantwortung der "Aufnahme- und Integrationsbehörde", die Teil der Justizverwaltung ist. Diese Behörde befasst sich auch mit der Integration von Flüchtlingen in die irische Gesellschaft.

b) Immigration einschließlich Einreise, Aufenthalt und Abschiebung:

- Bestimmungen bzgl. der Einreise und des Aufenthaltes von Nicht-Staatsbürgern in Übereinstimmung mit der Einwanderungsgesetzgebung sowie mit dem entsprechenden EU-Recht
- allgemeine Bestimmungen bezüglich der Erteilung von Visa
- Anträge auf Staatsbürgerschaft
- Umgang mit der Abschiebung von Personen

c) Bekämpfung des Menschenhandels:

Umsetzungsstrategien in diesem Bereich fallen in die Zuständigkeit des "Garda National Immigrationsbüros" (Polizei). Ziel ist die Koordination und Leitung bei der Umsetzung von Bekämpfungsstrategien im Bereich Handel mit illegalen Einwanderern.

2.2 Wichtige Entwicklungen in der irischen Asyl- und Einwanderungspolitik

Die Politik der Regierung wird von einer Reihe von Schlüsselfaktoren bestimmt:

- Erfüllung der staatlichen Verpflichtungen gegenüber Flüchtlingen gemäß der Genfer Konvention von 1951 und deren Zusatzprotokoll von 1967;
- Fortsetzung der schnelleren Bearbeitung von Asylanträgen innerhalb einer Frist von sechs Monaten;
- Als Ergebnis einer Entscheidung des Obersten Gerichtes vom 23. Januar 2003 akzeptiert die Immigrationsabteilung des Justizministeriums keine Aufenthaltsanträge von Personen mehr, die einen solchen Antrag auf der Grundlage ihrer Elternschaft eines in Irland geborenen Kindes stellten.

(Minister for Justice, 2004, Government Publications)

2.3 Zahlen zur Asylsituation in Irland per 31. August 2003

- In den ersten acht Monaten des Jahres 2003 wurden insgesamt 879 Antragsteller als Flüchtlinge anerkannt.
- Bis 31. August wurden im Jahr 2003 insgesamt 6.051 Asylanträge bearbeitet, ebenso 2.712 Berufungsanträge.
- Mitte Juli 2003 gab es 5.082 Asylsuchende in 58 Unterbringungszentren in 24 Counties.
- Mehr als 50% aller neuen Asylbewerber kamen aus Nigeria (40,4%) oder Rumänien (10,6%). Die anderen wichtigsten Herkunftsländer waren die DR Kongo, Moldawien und Ghana.
- In Bezug auf neue Asylanträge rangierte Irland im ersten Halbjahr an zwölfter, d.h. an letzter Stelle der EU-Mitgliedsstaaten (seit Beginn der gegenwärtigen Aufzeichnungen vom UNHCR im Jahre 1999).

(Irish Refugee Council, Oktober 2003)

2.4 Zahlen zur Asylsituation im North Eastern Health Board

Die folgenden Zahlen stellen die Verteilung von Asylsuchenden im NEHB im März 2002 dar:

	Antragsteller	Ehegatten	Abhängige	Gesamt
Region gesamt	962	445	867	2274
Cavan/Monaghan	62	34	64	160
Louth	598	257	529	1384
Meath	302	154	274	730
Region (ohne direkte Bestimmung)	693	328	683	1704
Region (mit direkter Bestimmung)	269	117	184	570

3. Setting des RAR im North Eastern Health Board

3.1 Mosney- Direct Provision Centre-NEHB

Das ausgewählte Setting, das Mosney Centre, Co. Meath, ist eine designierte Versorgungseinrichtung für die NEHB-Region. Als Reaktion auf einen Mangel an Unterbringungsmöglichkeiten in der Region Dublin und in dem Bestreben, künftige Asylbewerber abzuschrecken, kündigte die Regierung im November 1999 ein Pilotprogramm an, Asylsuchende auf Örtlichkeiten außerhalb von Dublin zu verteilen. Ein Ergebnis war, dass Asylsuchende in kommunalen Einrichtungen mit Vollpension untergebracht wurden und gleichzeitig die Sozialhilfezahlungen reduziert wurden. Die Unterbringungseinrichtungen versorgen die Asylsuchenden mit drei Mahlzeiten am Tag und einem kleinen Taschengeld in Höhe von 19,10 Euro pro Woche für Erwachsene und 9,55 Euro für Kinder, zuzüglich Kinderbeihilfe.

Die Unterbringungseinrichtung Mosney wurde im Dezember 2000 mit 193 Bewohnern eröffnet. Die Bewohnerzahl beträgt jetzt 745. Die Zustimmung für eine Erhöhung der Kapazität um weitere 100 auf 850 Bewohner wurde erteilt. Gegenwärtig gibt es in Mosney die folgenden Angebote:

- allgemeinmedizinische Versorgung;
- Erstimmunisierungsstation für Kleinkinder;
- Amtsärztliche Versorgung (Reihenuntersuchungen auf Infektionserkrankungen mit entsprechenden Nachuntersuchungen, Röntgenuntersuchungen, Tuberkuloseimpfungen und Untersuchungen bezüglich des allgemeinen Gesundheitszustandes);
- Gemeindegewerke/Entbindungsstation (einschließlich vorgeburtlicher Betreuung, Nachbetreuung, Kinderfürsorge, Gesundheitserziehung, Kinderwaage, Kinderernährung, etc.);
- Psychiatrische Klinik;
- Wohlfahrtseinrichtungen der Gemeinde.

Angehörige folgender Staaten sind in Mosney am häufigsten vertreten:

- Nigeria, • DR Kongo, • Tschechische Republik und • Ukraine.

3.2 Zugang zum Forschungsfeld / Genehmigung nach ethischen Kriterien

Über einen Zeitraum von drei Wochen erstreckte sich der Prozess, Zugang zum Forschungsfeld zu erlangen. Zugang zu Personen, Orten und Situationen zu erhalten ist ein essentieller Bestandteil der Feldforschung. Eine kurze Beschreibung der Studie und der Auswirkungen, die durch sie zu erwarten sind, wurde dem Schlüssel-, 'Gatekeeper', d.h. der Aufnahme- und Integrationsbehörde des Ministeriums für Justiz, Gleichstellung und Gesetzesreform, übergeben. Mit den professionellen 'Gatekeepern' (den Gesundheitsdienstleistern von Mosney), wurde ein Treffen anberaumt, um die Bedeutung der Arbeit zu unterstreichen und um das von den Schlüsselinformanten geforderte Engagement zu umreißen, d.h. Schlüsselinformanten zu finden, und um zu ihnen erläutern, welchen Nutzen die Einrichtung daraus ziehen wird.

In gleichem Zeitraum wurde die ethische Zustimmung von der Leitung des NEHB eingeholt.

3.3 RAR Team Irland

Das irische RAR-Team bestand aus vier Personen:

- Joanne Murphy – Koordinatorin, Fachkraft in der Gesundheitserziehung, spezialisiert auf Suchthilfe (Health Education Officer-Drugs). Sie leitet Trainingsprogramme zu Substanzmissbrauch für Fachkräfte im Gesundheitswesen und Jugendsozialarbeiter und verfügt außerdem über langjährige Erfahrungen in der Arbeit mit Nichtsesshaften und der Roma-Gemeinschaft in Irland.
- Frances Mc Ardle – Gemeindeschwester; arbeitet in der Versorgungseinrichtung Mosney und ist direkt verantwortlich für Asylsuchende.
- Cindy Conaty – Streetworkerin im Bereich Sucht für Co. Meath. Sie leitet Suchthilfeprogramme mit Gruppen und arbeitet im Bereich Einzelfallhilfe/Einzelberatung. Zuvor sammelte sie Erfahrungen mit Asylsuchenden und Flüchtlingen in einem Obdachlosenprojekt in Großbritannien.
- Rose Mc Cusker – Gemeinde-Wohlfahrtsarbeiterin, zuständig für Asylsuchende; ein Teil ihrer Aufgaben ist die Betreuung von Asylsuchenden in Einkommens- und Unterhaltsfragen.

Die Zusammensetzung der Gruppe bietet eine ausgewogene Mischung aus Fachwissen und Erfahrung. Von der Koordinatorin Joanne Murphy wurde ein eintägiges Training mit dem Ziel durchgeführt, die Mitglieder des RAR-Teams einander näher zu bringen und Themen wie Asyl, Sucht, Forschungsmethoden und Interventionsplanungen für die NE-Region zu diskutieren. Das Team traf sich zwei Mal, um Ergebnisse und Prozessinformationen zu besprechen, wurde aber zusätzlich einige Male zur Prozessbeobachtung und –unterstützung von der Koordinatorin einberufen.

4. RAR-Prozess und Ergebnisse

4.1 Zielgruppe

Während des Trainingstages wurde diskutiert, welche Zielgruppe ausgewählt werden sollte. Die häufigsten in Mosney vertretenen Nationalitäten waren Nigeria (n=240), Tschechische Republik (n=23), DR Kongo (n=26) und die Ukraine (n=18).

Ausgewählt wurde die größte Gruppe, d.h. die Nigerianische Gemeinschaft, aus folgenden Gründen:

- Zahlen: Es gibt 240 Menschen aus Nigeria in Mosney. Durch Auswahl dieser Gruppe können Vertraulichkeit und Schutz der Forschungsbeteiligten maximiert werden. Außerdem ergibt sich ein reichhaltigerer Erfahrungspool als mit einer kleineren Gruppe von Menschen gleicher Nationalität.
- Sprache: Da Englisch eine der Hauptsprachen in Nigeria ist, ergeben sich fast keine Übersetzer- und Dolmetscherkosten, die sonst zur Verarbeitung der Informationen und Durchführung der semi-strukturierten Interviews anfallen würden.
- Anekdotenhafte Hinweise: Berichte aus anderen Versorgungseinrichtungen in Irland legten nahe, dass es innerhalb der nigerianischen Population Handel und Missbrauch von Drogen in den Asyl-Einrichtungen gab.
- Zugang: Das RAR-Team nahm an, dass die Nigerianer die am leichtesten zugängliche Gruppe für Interviews war; frühere Hinweise ließen annehmen, dass sie offen für den Prozess sein würden.

4.2 Kartographierung ('Mapping') der Gemeinschaft

Zu Beginn des RAR-Prozesses in Irland gab es keine verfügbaren Informationen über die Drogen- und Suchtsituation bei Asylsuchenden und Flüchtlingen, außer einigen anekdotenhaften Hinweisen, dass in der nigerianischen Gemeinschaft im weiteren Sinne illegale Drogen gebraucht werden. Das RAR-Team startete seine Arbeit auf dem bisher unbearbeiteten Terrain während eines Trainingstages mit einem Brainstorming über potenzielle Informanten, die gute Informationen über die nigerianische Gemeinschaft/Kultur haben könnten.

Folgende potenzielle Informanten wurden ermittelt:

- Familiensozialarbeiter
- Irischer Flüchtlingsrat
- Gemeindegemeinschaft / Praktischer Arzt
- Suchtberater
- Bewährungshelfer
- Interkulturelle Entwicklungshelfer
- Drogenhändler / Drogengebraucher
- einheimische Mitarbeiter in Mosney
- religiöse Führer innerhalb der nigerianischen Gemeinschaft
- Chef der Sicherheit in Mosney
- Wirt eines Pubs
- Nigerianische Gemeinschaft in Mosney

- Bedienstete im Bereich der sozialen Wohlfahrt
- Unfall- und Notfallhilfe

Es wurde dem Team ein Zeitrahmen von sechs Wochen gesetzt, um Zugang zu Informanten zu bekommen und um Informationen über den Substanzmissbrauch und über die nigerianische Gemeinschaft zu sammeln. Im Nachhinein erwies sich dieser Zeitrahmen als unrealistisch und nicht ausreichend, um das für die Umsetzung des Projektes notwendige *Vertrauen* zu gewinnen.

4.3 Prozess der semi-strukturierten Interviews

Während des RAR-Prozesses werden semi-strukturierte Interviews als qualitatives Forschungswerkzeug verwendet. Die Forschung ist explorativ und die Befragung mittels Interviews ist die effizienteste Weise, Daten zu sammeln. Die mittels semi-strukturierter Interviews im NEHB Befragten

- waren eng mit der nigerianischen Gemeinschaft verbunden oder
- hatten täglichen Kontakt mit der Zielgruppe auf professioneller Ebene oder
- hatten eine zentrale Position innerhalb der nigerianischen Gemeinschaft.

17 semi-strukturierte Interviews wurden im Zeitraum von sechs Wochen durchgeführt. Die schließlich interviewten Personen lassen sich wie folgt einteilen:

- 2 Familiensozialarbeiter
- 1 Bewährungs- und Fürsorgehelfer
- 1 Sozialarbeiter
- 1 Alkohol-Suchtfachkraft
- 2 Putzfrauen
- 6 nigerianische Personen
- 1 Amtsarzt
- 1 Gemeindeschwester
- 1 leitender Direktor aus Mosney
- 1 ehemalige Gemeinde-Wohlfahrtsarbeiterin des Versorgungszentrums

4.4 Ergebnisse des RAR-Prozesses in Irland

Grundlage des gesamten RAR-Prozesses war, dass sich die Forscher an ethische Praxis-Codizes halten, die die Vertraulichkeit hinsichtlich der Lebensumstände der Befragten und der von ihnen geäußerten Annahmen garantieren.

"Diese private Welt muss in einer Weise erforscht werden, die diese schützt und behütet; und das daraus gewonnene Wissen muss sowohl zum besseren Verständnis von Interventionen zur Gesundheitsförderung beitragen, als auch das letztendliche Wohl der Forschungsteilnehmer im Blick haben" (ELLISTON, 2002)

Folgende Forschungsergebnisse wurden erzielt:

- 15 Befragte gaben an, dass ihnen kein Alkohol-/Substanzmissbrauch innerhalb der Zielgruppe bekannt wäre.

Auf die Frage nach den Gründen, warum die Zielgruppe keine Drogen konsumiere, wurden die fol-

genden Antworten gegeben:

- Religiöse Traditionen (n=4)
- Fehlende Anreize zum Drogenhandel, da ihr rechtlicher Status auf dem Spiel steht: *"In Mosney sind alle gleich.... Wir würden es merken, wenn andere mehr hätten als wir selbst... Die würden schnell auffallen."*
- 11 von 17 Befragten hatten kein Wissen über drogenbezogene Probleme/Auswirkungen.
- 1 Befragter, der in Mosney arbeitet, gab an, Unterhaltungen von Zielgruppenangehörigen gehört zu haben, in denen von "rolling up pieces of paper" (Rollen von Papier) die Rede war, und dass die Zielgruppe nicht fähig wäre "to hold a drink" (Probleme mit Alkohol haben). Sie sprachen auch untereinander darüber, dass "ihnen schlecht sei" (auf Alkohol bezogen).
- 1 Befragter des NEHB gab an, dass Substanzmissbrauch wahrscheinlich sehr versteckt stattfindet; zumindest gäbe es diesbezüglich keine anhängigen Verfahren: *"Ich habe keine Ahnung von Anzeichen und Symptomen von Substanzmissbrauch, also wüsste ich gar nicht, worauf ich achten müsste."*
- 1 männlicher nigerianischer Befragter, nicht wohnhaft in Mosney, der mit einigen Gruppen verschiedener Gemeinschaften in Co. Meath in Kontakt steht, hat nachweislich Substanzmissbrauch innerhalb von nigerianischen Familien im weiteren Umfeld gesehen. Ihm ist kein Substanzmissbrauch innerhalb der Mosney Gemeinschaft bekannt. Die am häufigsten gebrauchte Droge ist indischer Hanf, der bei Hausparties konsumiert wird. Männer zwischen 25 und 45 Jahren sind die häufigsten Gebraucher. Ihre Partnerinnen wissen nicht, dass diese Drogen gebrauchen. Dem Befragten schien es, als wäre dies gängige Praxis seit der Ankunft im Gastland.

Folgende Gründe für den Drogengebrauch wurden genannt:

1. Langeweile
2. keine Erlaubnis, eine Vollzeitarbeit oder eine Ausbildung aufzunehmen
3. Trauma aufgrund der Ankunft in einem neuen Land
4. aufgrund fehlender "Pub-Kultur" in Nigeria haben sie Schwierigkeiten, sich im Gastland auf sozialer Ebene zu bewegen.
5. Die Droge war bezahlbar und innerhalb der *peer group* vertreten.

Es wird geschätzt, dass 8-10 Familien in der Gegend um Drogheda, nahe des Versorgungszentrums, von dieser Praxis betroffen sind.

4.5 Einschränkende Faktoren während des RAR-Prozesses

Eine Reihe von Faktoren gestalteten den Prozess schwierig. Hierzu gehörten:

- **Zeit.** Obwohl 17 semi-strukturierte Interviews durchgeführt worden sind, wäre es bei mehr zur Verfügung stehender Zeit möglich gewesen, Leute mit größerem Wissen über Substanzmissbrauch zu erreichen.
- **Vertrauen.** Innerhalb der Zielgruppe muss Vertrauen gewonnen und aufgebaut werden.

Obwohl einige sehr positive, entwicklungsfähige Kontakte geknüpft wurden, war nicht ausreichend Zeit für diesen Prozess.

- **Wissen.** Innerhalb des Fachpersonals und der Angestellten dieses Zentrums bestand ein allgemeiner Mangel an Wissen und Bewusstsein über drogenbezogene Themen.
- **Zielgruppe.** Da die Zielgruppenpopulation sich permanent verändert, war nicht ausreichend Zeit, um tragfähige Arbeitsbeziehungen mit den Menschen aufzubauen, in denen sie sich öffnen können.
- **Zentrumsansatz versus Offenes Setting.** Mosney rühmt sich, eine sehr sichere Einrichtung zu sein, Sicherheit ist oberstes Gebot in dieser Einrichtung. Es gibt strenge Richtlinien für die Bewohner. Das RAR-Team fragte sich, ob der RAR-Prozess andere Ergebnisse erbracht hätte, wenn er im weiteren Umfeld der Gemeinschaft durchgeführt worden wäre.
- **Priorität der Bedürfnisse.** Die Untersuchung wurde in einem Versorgungszentrum durchgeführt. Die Bewohner erhalten ein Taschengeld von 19 Euro pro Woche. Es gibt eine Reihe von physiologischen und psychologischen Bedürfnissen, wie Unterkunft, Essen, Sicherheit, etc., die befriedigt werden müssen, bevor die Bewohner sich weiteren Themen wie Alkohol oder Drogen zuwenden.
- **Äußere Einflüsse.** Während des RAR-Prozesses traten die Bewohner von Mosney in einen Hungerstreik, um für bessere Bedingungen zu kämpfen. Dies behinderte den Prozess, und der Zugang zum Gelände musste von uns auf sensible Weise ausgehandelt werden.

4.6 Weitere Entwicklungsmöglichkeiten von 'SEARCH' in Irland

Ein Ergebnis des RAR-Prozesses sind eine Reihe von Trainingsaktivitäten und Interventionen zur Gesundheitsförderung, die in der NEHB-Region implementiert werden könnten. Die folgende Liste möglicher Interventionen zur Gesundheitsförderung ist nicht erschöpfend, sondern nennt die Vorschläge, die vom RAR-Team als realistisch und umsetzbar erachtet werden:

1. Sichtung und kulturspezifische Überprüfung aller gegenwärtigen erzieherischen Materialien zum Substanzmissbrauch, um sie spezifischen ethnischen Minderheiten anzupassen.
2. Überprüfung der Ergebnisse der Programme nach ethnischen Kriterien und Einbeziehung von Asylsuchenden in die Gestaltung und Umsetzung von Präventions- und Suchthilfeprogrammen.
3. Bekanntmachung der Suchthilfeangebote gegenüber allen Fachkräften, die im Bereich 'Asylsuche' arbeiten.
4. Langfristiges Ziel: Einrichtung einer ‚Satelliten-Klinik‘ innerhalb des Versorgungszentrums zur Thematisierung von Substanzmissbrauch.
5. Langfristiges Ziel: Einen Health Promotion Officer mit besonderer Verantwortung für ethnische Minderheiten einstellen, um in Zusammenarbeit mit HEO-Drugs diese Themen zu fördern.

5. Schlussfolgerungen

- Die Befragten scheinen nur über unzureichende Informationen zum Themenbereich "Alkohol- / Substanzmissbrauch" innerhalb der Zielgruppe zu verfügen.
- 3 von 4 Befragten hatten kein Wissen über drogenbezogene Probleme oder Auswirkungen.
- In einem Interview wurde ausgesagt, dass Substanzmissbrauch in der weiter gefassten nigerianischen Gemeinschaft vorkam, wobei indischer Hanf die bevorzugte Droge ist.

Die Gründe für Drogengebrauch in der weiter gefassten Gemeinschaft waren:

- ➡ Langeweile
- ➡ Keine Erlaubnis zu Vollzeitarbeit oder Ausbildung.
- ➡ Die Migration in ein neues Land wird als traumatisch erfahren.
- ➡ Die fehlende "Pub-Kultur" in Nigeria produziert Verhaltens- und Orientierungsschwierigkeiten auf sozialer Ebene.
- ➡ Die Drogen sind bezahlbar und verfügbar.

- Die Forschung wird das Bewusstsein über Drogen und Suchthilfeangebote für ethnische Minderheiten innerhalb des NEHB befördern.
- Diese Ergebnisse könnten Teil einer Überarbeitung der gegenwärtigen Trainingsprogramme aus der Perspektive eines neuen Bewusstseins über ethnische Minderheiten werden.
- Kennen Fachkräfte im Gesundheitswesen die Bedürfnisse von ethnischen Minderheiten aus der Perspektive der Gesundheitsförderung?
- Es fehlt an Prävalenzschätzungen über den Drogengebrauch bei Asylsuchenden in Irland, und es mangelt an Bewusstsein, dass sie überhaupt Drogen konsumieren.
- Die Tatsache, dass Belege für Substanzgebrauch fehlen, kann als Vorwand genommen werden, dieses Thema nicht zu bearbeiten. Nur über dessen Anerkennung können eine Diskussion und weitere Forschung begonnen werden.

6. Empfehlungen

Beispiele für Strategiepapiere, die geschrieben werden könnten:

- ➡ *Good Practice bei der Planung und Umsetzung von Suchthilfeangeboten für Asylsuchende;*
- ➡ *Faktoren, die die Drogengebrauchsmuster innerhalb von ethnischen Minderheiten beeinflussen;*
- ➡ *Gründe für die Unterrepräsentierung von Asylsuchenden innerhalb des Suchthilfeklientels;*
- ➡ *Beispiele für good practice in Forschungsmethoden für Drogengebrauch und die damit im Zusammenhang stehenden Bedürfnisse von Asylsuchenden.*

Alle diese Empfehlungen stehen im Arbeitsplan zur Gesundheitsförderung für das Jahr 2004. Es ist vorgesehen, dass diese partizipativen Interventionen innerhalb des NEHB in gegenwärtige und künftige Angebots- und Arbeitspläne münden sollen.

7. Literatur

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH, NEHB. (1999). Adolescent Drug Use in the NEHB, 1997

DEPARTMENT OF HEALTH AND CHILDREN (2001). National Drugs Strategy: Building on Experience 2001-2008. Government Publications: Dublin.

DEPARTMENT OF HEALTH AND CHILDREN (2000). The National Health Promotion Strategy 2000-2005. Government Publications: Dublin.

DEPARTMENT OF JUSTICE, EQUALITY AND LAW REFORM (2003). Reception and Integration Agency: Asylum seekers and refugees figures for the first six months of 2003. Government Publications: Dublin.

ELLISTON, K. M. (2002) Establishing a "code of ethical research practice" in Health Promotion- A discussion Paper. International Journal of Health Promotion and Education. Bd. 40 (1) S. 15-20.

FLANAGAN, E., BEDFORD, D., O'FARRELL, A., HOWELL, F. (2003) Smoking, Alcohol and Drug use among young people, Dept. of Public Health, NEHB.

HEALTH PROMOTION DEPARTMENT, 2003, Service and Operational Plan, 2004, NEHB.

Website des Irischen Flüchtlingsrates: Website besucht am 17. Oktober 2003.
<http://www.irishrefugeecouncil.ie/press03>

‘SEARCH II’ in Italien

1.	Kurzpräsentation der Organisation: ‘Gruppo Abele’	126
2.	Der Übergang von ‘SEARCH’ zu ‘SEARCH II’	127
2.1.	Die Ergebnisse von ‘SEARCH’	127
2.2.	Die Verbreitung der RAR-Methode	128
3.	Das RAR-Monitoring als Klärungsprozess: Ergebnisse, weitere Entwicklungen, Änderungen	129
3.1.	Neue Kontext-Informationen	129
3.2.	Auswahl der Schlüsselinformanten, Fokusgruppen	130
4.	Die (lokale) Aufgabenstellung und Implementierung	132
4.1.	Prävention	132
4.2.	Produkte und Ergebnisse	134
5.	Schlussfolgerungen, Perspektiven	137

Gruppo Abele, Turin, Italien

Giorgio Morbello
Marina Marchisio

1. Kurzpräsentation der Organisation: 'Gruppo Abele'

Die Gruppo Abele, Turin, Italien, ist ein im sozialen Bereich aktiver gemeinnütziger Verein, der sich seit rund 35 Jahren für die Interessen der Schwächsten der Gesellschaft einsetzt. Die Aktivitäten dieser Gruppe gehen in drei verschiedene Richtungen, die unabhängig, aber nicht isoliert voneinander, bestehen:

- "Erst- und Orientierungskontaktarbeit/Gemeinwesenarbeit",
- "Kultur" und
- "Arbeit".

Die tragende Idee dieser Organisation ist, dass es nicht genügt, mit allgemeinen Projekten Solidarität zu üben; vielmehr müsse *direkt* auf soziale Gerechtigkeit hingewirkt werden. Aus diesem Grund werden neben den Rehabilitationszentren für Drogenabhängige, den Projekten zur Schadensminderung, den niedrigschwelligen Kontakt- und Anlaufstellen und Hilfsprojekten für Prostituierte Initiativen kultureller Art ins Leben gerufen, deren Zielsetzung es ist, diese Erfahrungen aufzuarbeiten, sie mit anderen zu vergleichen, sowie Theorien, Ideen, Themen und Initiativen zu den komplexen sozialen Belangen aufzugreifen und zu popularisieren.

Wesentliche Bestandteile der Aktivitäten der Gruppo Abele sind

- das Studienzentrum für Dokumentation und Forschung [Centro Studi Documentazione e Ricerche], das direkt an 'SEARCH' beteiligt ist,
- die Zeitschriften *Narcomafia*, *Animazione sociale* und *Macramé*,
- sowie der Bereich der Ausbildung, das Jugendprogramm, der Verlag und anderes mehr.

In diesem Zusammenhang kommt der Beschäftigung eine besondere Bedeutung zu, und zwar nicht nur deshalb, weil mehr als 100 Personen, darunter Erzieher, Psychologen, Forscher, Journalisten, Mitarbeiter im Sekretariat und in der Buchhaltung, für die Gruppo Abele tätig sind, sondern auch deshalb, weil der Verein unmittelbar zur Gründung von zahlreichen sozialen Kooperativen beigetragen hat (Schreinerei und Gerberei, Pflanzenzucht, getrennte Müllsammlung, Arbeit in Justizvollzugsanstalten usw.). Funktion dieser Organisationen ist es, sozial benachteiligte Menschen, für die Arbeit sowohl ein erzieherisches wie auch emanzipatorisches Mittel ist, in das Berufsleben wiedereinzugliedern. Es ist, um dies vorzuschicken, leicht zu erkennen, dass ein Forschungs- und Interventionsinstrumentarium wie das RAR, das die Forschung eng an das *Gebot zur wirksamen Tat* bindet, sich in hervorragender Weise für die Gruppo Abele und ihre spezielle Ausrichtung eignet.

Darüber hinaus setzt sich die Gruppo Abele bereits seit einigen Jahren mit dem Problembereich des Drogenkonsums in der Population der Immigranten auseinander. Dies geschieht vornehmlich mittels eines mobilen Projektes, welches das erste Outreach-Projekt in Turin war. Die Mitglieder dieses Teams haben auf den Straßen und Plätzen der Stadt italienische wie ausländische Drogenkonsumenten kontaktiert. Wer sich an die Streetworker wandte, erhielt Informationen, sterile Injektionsutensilien und Beratung. Das Projekt steht jetzt unter der direkten Leitung des Nationalen Gesundheitsdienstes [Servizio Sanitario Nazionale].

Mit dem Phänomen des Substanzgebrauchs durch Einwanderer aus Nicht-EU-Ländern setzt sich die Gruppo Abele auch im Rahmen anderer Aktivitäten auseinander. Das Drop In ist eine Einrichtung, die allen Menschen offen steht, die nicht wissen, wo sie sich tagsüber aufhalten sollen. Dorthin begeben sich auch viele Immigranten. Es handelt sich um ein niedrigschwelliges Angebot; Kontakt zu illegal eingereisten Ausländern mit problematischem Substanzgebrauch ergibt sich dort recht häufig.

Das Projekt 'SEARCH' weist demnach zahlreiche Überschneidungen mit den verschiedenen Aktivitäten der Gruppe Abele auf, und zwar nicht nur in methodischer Hinsicht, sondern auch, was den tatsächlichen Aktionsradius anbelangt. So konnte vorhandenes Wissen in das 'SEARCH'-Projekt einfließen, und diese bei dem Verein liegenden Ressourcen konnten mit anderen Ressourcen, die in der Stadt vorhanden sind, vernetzt werden.

2. Der Übergang von 'SEARCH' zu 'SEARCH II'

2.1. Die Ergebnisse von 'SEARCH'

Die nach der Rapid-Assessment-Methode in SEARCH durchgeführte Forschungs- und Analysearbeit hat ergeben, dass im Hinblick auf den Substanzgebrauch allgemein die nordafrikanische Population in Turin am stärksten gefährdet ist, auch wenn vor allem im Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch andere Gruppen, wie Südamerikaner und Rumänen, genannt werden. Innerhalb der nordafrikanischen Gemeinschaft gibt es demnach mindestens drei anfällige Gruppen:

- a) erwachsene Konsumenten unterschiedlicher Substanzen,
- b) problematische Alkoholkonsumenten,
- c) junge Erwachsene, jugendliche und minderjährige Konsumenten unterschiedlicher Substanzen.

a) Die Erwachsenen

Es handelt sich hier um Drogenabhängige, die seit längerer Zeit Substanzen gebrauchen und die in einigen Fällen den Mitarbeitern in den einschlägigen öffentlichen Einrichtungen bereits bekannt sind. Heroin und Kokain sind die am häufigsten konsumierten Substanzen, und viele Personen aus dieser Gruppe befinden sich wegen Drogenhandels im Gefängnis. Der Lebenskontext, in welchem sich diese Personen befinden, ist von einem hohen physischen, psychischen und sozialen Leidensdruck geprägt, der in den meisten Fällen durch Arbeitslosigkeit, mangelnde Zukunftsperspektiven, Wohnungsnot und Einsamkeit entsteht. Verschärft wird diese Situation durch die Schäden, zu denen der fortgesetzte Missbrauch von Drogen, die häufig unter schlimmsten hygienischen Bedingungen konsumiert werden, führt. Auf diese Weise entstehen Lebensbedingungen, die durch schärfste Ausgrenzung gekennzeichnet sind. Allgemein lässt sich sagen, dass in dieser Gruppe die Suche nach Betäubung und "Selbstheilung" vorherrscht. Diese Gruppe scheint über die Gefahren, die mit dem Substanzgebrauch verbunden sind, relativ gut informiert zu sein, während ihre Informationen über die verfügbaren Hilfseinrichtungen als unzureichend eingeschätzt werden müssen.

b) Alkoholkonsumenten:

Das problematische Trinken scheint drei verschiedene nordafrikanische Konsumentengruppen zu betreffen: *berufstätige erwachsene Konsumenten* (in der Freizeit, bei Festen); *von Ausgrenzung betroffene erwachsene Konsumenten* (chronisches Trinken, Obdachlosigkeit); *jugendliche Konsumenten* (Nacheiferung, Freiheitsgefühl usw.). Oft führt der Alkoholmissbrauch in der Familie zu ernststen Problemen; in vielen Fällen dient er aber als Stütze, z. B. dann, wenn Tätigkeiten ausgeübt werden, die als "entwürdigend" angesehen werden, wie Fensterputzen oder Betteln. Es hat sich erwiesen, dass beim Alkohol die Frage der Religion von zentraler Bedeutung ist. Einige Personen sind der Ansicht, in dieser Gruppe die Unterschiede zu ihrem Heimatland, in welchem der Alkoholkonsum durchaus üblich ist, (wenn er auch heimlich und in der konkreten Absicht, sich einen Rausch zu verschaffen, praktiziert wird) weniger hoch anzusetzen; andere Personen weisen hingegen darauf hin, dass Mohammedaner einem Alkoholverbot unterliegen und dementsprechend bei Alkoholkonsum Schuldgefühle entwickeln würden. Festzustehen scheint jedenfalls, dass das Fehlen einer sozialen Kontrolle, die im Heimatland

von Verwandten, Freunden und Nachbarn ausgeübt wird, ein Faktor ist, der zu einer Zunahme des Alkoholmissbrauchs im Aufnahmeland führt.

c) Junge Erwachsene, Jugendliche und minderjährige Personen (12 bis 25 Jahre)

Der Gebrauch von Heroin durch Injektion scheint unter den jüngeren Personen kaum verbreitet zu sein. Die am stärksten verbreiteten psychotropen Substanzen sind Kokain, Ecstasy, Haschisch, Alkohol und, in einigen sporadischen Fällen, Schnüffelstoffe. Oftmals werden einige dieser Substanzen (Alkohol + Haschisch, Alkohol + Ecstasy) in Kombination miteinander gebraucht. Innerhalb dieser Gruppe lassen sich zwei Arten von Substanzgebern unterscheiden:

- soziale Randgruppen (junge Menschen ohne Familie, ohne Zuhause und ohne Arbeit);
- integrierte Jugendliche, die eine Arbeit oder eine Familie haben und eine Schule besuchen und die unter denselben Umständen wie ihre gleichaltrigen italienischen Mitschüler erstmalig Substanzen gebrauchen.

In dem erstgenannten Fall erfolgt der Zugang zum Gebrauch über den Drogenhandel, für den die illegal eingewanderten nordafrikanischen Jugendlichen angeworben werden.

Die abschließenden Fokusgruppen, die im Rahmen des RAR durchgeführt wurden, haben zu der Erkenntnis geführt, dass Präventionsmaßnahmen mit Zielrichtung auf diese letztgenannte "vulnerable Gruppe" eine größere Effektivität haben würde.

Eines der Ergebnisse der Präventionsmaßnahmen im Rahmen von 'SEARCH' war die Schaffung eines Netzes zwischen allen Mitarbeitern öffentlicher oder privater sozialer Dienste, die mit ausländischen Minderjährigen befasst sind. Es ist dies die Arbeitsgruppe, die im Rahmen von 'SEARCH' die Leitlinien für eine Präventionskampagne erarbeitet hat, die genau auf die fragliche Zielgruppe gerichtet ist. Es stellte sich heraus, dass den besagten Jugendlichen grundlegendes Wissen über die Substanzen oftmals fehlt. Manchmal sind sie falsch und manchmal auch gar nicht informiert. Einer der praktikabelsten Vorschläge für die Prävention sieht den Einsatz kreativer Kommunikationsformen vor, um die Zielgruppe erreichen zu können. Dabei wurde auch deutlich, dass die Aufklärungsarbeit dann wirkungsvoller ist, wenn die zu der Zielgruppe gehörenden Jugendlichen bereits in die Erarbeitung des Informationsmaterials einbezogen werden. Ein erster Schritt bei der Ausarbeitung einer effizienten Aufklärungskampagne bestand darin, ein Netzwerk herzustellen, das diejenigen Mitarbeiter in öffentlichen und privaten Einrichtungen miteinander verknüpft, die zu diesen Jugendlichen in ständigem Kontakt stehen. Zum Abschluss von 'SEARCH' haben die an diesem Netzwerk beteiligten Fachkräfte ein gemeinsames Projekt erarbeitet, wobei sie sich auf eine Arbeitsmethode geeinigt haben. Die konkreten Empfehlungen der Arbeitsgruppe lauten wie folgt:

- a) Erarbeitung von "kulturell sensiblen" Informationsmaterial,
- b) Einbeziehung einer Gruppe jugendlicher Nordafrikaner bei der Erarbeitung des besagten Materials,
- c) Durchführung eines regelmäßigen Monitorings.

Auf diese drei Arbeitsbereiche haben sich dementsprechend die Aktivitäten, die im Rahmen von 'SEARCH II' durchgeführt wurden, konzentriert.

2.2. Die Verbreitung der RAR-Methode

In dem Zeitraum zwischen 'SEARCH' und 'SEARCH II' hat das Studien- und Bildungszentrum der Gruppo Abele bei Ausschreibungen der Provinzverwaltung Turin und der Regionalregierung Piemont im Bereich der Drogensucht drei verschiedene Projekte eingereicht, denen die Verwendung und Verbreitung der Methode des Rapid Assessment gemeinsam ist. Die RAR-Methode und ihre

Anwendung auf den Problembereich des Substanzgebrauchs in der Population der Einwanderer stieß in der Folge auf wachsendes Interesse und auf eine wachsende Offenheit. Wie sehr das Interesse an dieser Methode gestiegen ist, lässt sich daran erkennen, dass alle drei Projekte positiv beurteilt wurden, auch wenn nur eines davon eine genügend hohe Rangstufe erreichte, um finanziert zu werden. Es handelt sich dabei um eine Fortbildungsveranstaltung über die Methode des Rapid Assessment and Response, die im Februar 2004 begonnen hat und zu der sich mehr als 20 Berufsfachkräfte öffentlicher oder privater sozialer Dienste angemeldet hatten.

3. Das RAR-Monitoring als Klärungsprozess: Ergebnisse, weitere Entwicklungen, Änderungen

Die Situation in Italien befindet sich im Wandel. Die Gründe für diese Entwicklungen sind:

- a) das neue Einwanderungsgesetz,
- b) die neue (noch nicht genehmigte) Regelung für Asylbewerber,
- c) die Abschaffung der Visumpflicht für Einreisende aus Rumänien,
- d) die Möglichkeit der Legalisierung von 700.000 Einwanderern (hinzu kommen noch die entsprechenden Familienzusammenführungen).

Insbesondere in Turin wächst die soziale Besorgnis über das wachsende Problem krimineller Banden Jugendlicher (Taschendiebstahl, Betteln, Drogenhandel; die Jugendlichen sind zum Teil jünger als 14 Jahre). Es gibt keine epidemiologischen Studien oder Beobachtungen im Hinblick auf einen Anstieg des Drogenkonsums unter minderjährigen Einwanderern, die ein Gesamtbild ergäben. Streetworker und Mitglieder mobiler Teams wissen jedoch von sehr jungen rumänischen Jugendlichen, die sich Heroin spritzen. Vor diesem Hintergrund wurde der im Rahmen von 'SEARCH II' vorgesehene Monitoring-Prozess eingeleitet.

3.1. Neue Kontextinformationen

Die wichtigsten Quellen, die herangezogen wurden, um neue Informationen über den Substanzgebrauch in der Population der nordafrikanischen oder sonstigen Einwanderer zu gewinnen, sind:

- Zeitungsartikel,
- Mitglieder mobiler Teams,
- Streetworker,
- Mitarbeiter der Behörde für minderjährige Ausländer der Stadt Turin.

Aus den besagten Quellen konnten die folgenden Erkenntnisse gewonnen werden:

a) Das Phänomen des Drogenhandels und des Substanzgebrauchs (Kokain, Alkohol, inhaliertes Heroin, Ecstasy) in der Population nordafrikanischer Jugendlicher besteht fort.

b) Es gibt Banden Jugendlicher (auch jünger als 14 Jahre alt), die von Banden erwachsener Krimineller aus Rumänien eingeschleust werden und zum Drogenhandel, zum Taschendiebstahl und, so lautet zumindest ein Verdacht, zur Prostitution gezwungen werden.

Im April des Jahres 2003 hat eine Polizeirazzia zur Verhaftung von 10 erwachsenen Personen geführt, die einen Teil der besagten illegalen Geschäfte kontrollierten. Generell hat sich die Situation jedoch nicht verändert.

3.2. Auswahl der Schlüsselinformanten, Fokusgruppen

Die Auswahl der Schlüsselinformanten für die systematische Beobachtung des Phänomens erfolgte über diejenigen Personen, die sich im Rahmen von 'SEARCH' als am besten informiert erwiesen haben. Die besagten Personen, die verschiedenen Arbeitsbereichen angehören (Streetworker, kulturelle Mediatoren, Mitglieder der marokkanischen und rumänischen Gemeinschaft, Pädagogen, Mitarbeiter der Ausländerbehörden, Vertreter von Einrichtungen der Drogenhilfe), wurden gebeten, andere Personen zu benennen, die möglicherweise über die jüngsten Entwicklungen dieses Phänomens informiert sind.

Ausgehend von den Informationen, die vorab zusammengetragen werden konnten, wurde beschlossen, zwei Fokusgruppen einzurichten, um die aktuelle Lage und Entwicklung einzuschätzen. In der ersten Fokusgruppe wurde das besondere Augenmerk auf diejenige Gruppe gelegt, die sich im Rahmen von 'SEARCH' als die problematischste (minderjährige Personen aus Nordafrika) erwiesen hat. Der zweiten Fokusgruppe wurde die Aufgabe zugewiesen, die Situation des illegalen Substanzgebrauchs in der übrigen Population jugendlicher Einwanderer in Turin zu untersuchen. Die beiden Fokusgruppen setzten sich wie folgt zusammen:

Fokusgruppe 1:	2 kulturelle Mediatoren 2 Sozialarbeiter 1 Rechtsanwalt
Fokusgruppe 2:	2 Mitarbeiter öffentlicher Einrichtungen der Drogenhilfe 4 Sozialarbeiter 1 Pädagoge der Jugendstrafanstalt 1 kultureller Mediator 1 verantwortlicher Mitarbeiter der Behörde für ausländische Minderjährige 1 Mitarbeiter der Behörde für ausländische Minderjährige

Fokusgruppe 1:

Ergebnisse in zusammengefasster Form, gegliedert nach den einzelnen Schlüsselfragen:

⇒ Wer sind die Konsumenten?

Die in Turin lebenden jugendlichen nordafrikanischen Konsumenten illegaler Substanzen lassen sich an Hand von zwei Merkmalen unterscheiden, die auch für ihren unterschiedlichen Zugang zu den Drogen maßgeblich sind:

- Jugendliche, die in der Familie leben,
- unbegleitete Jugendliche.

⇒ Was konsumieren sie?

Substanzen, die nicht nur am häufigsten gebraucht werden, sondern auch die größte Besorgnis hervorrufen, sind: Kokain, Alkohol und Ecstasy. Bestätigt werden konnten die Einnahme von Heroin durch Rauchen oder Sniefen (es konnten nur wenige Fälle intravenösen Konsums festgestellt werden), der gelegentliche Gebrauch von Lösemitteln und der sehr verbreitete Konsum von Cannabis.

⇒ Definition des problematischen Gebrauchs

Die größten Probleme, die mit dem Substanzgebrauch verbunden sind, liegen in den Lebensumständen der jugendlichen Einwanderer in Italien. Dies gilt insbesondere für Jugendliche ohne

elterliche Bezugspersonen. Problematisch ist daher nicht nur der Substanzgebrauch an sich, sondern die Situation allgemein. Die Verwicklung in kriminelle Handlungen (oftmals Drogenhandel) führt dazu, dass die Jugendlichen nicht nur psychische und physische Schäden durch den Substanzgebrauch davontragen; hinzu kommen vielmehr noch die Gefahren, die ein Leben in der Illegalität mit sich bringt.

Bei denjenigen Jugendlichen, die in ihrer Familie leben und die in vielen Fällen die Schule besuchen und italienische Freunde haben, sind die Probleme des Substanzgebrauchs auch ein kulturelles Problem. Es fehlt eine Kultur des Alkoholgebrauchs und der "Freiheit", wie sie die gleichaltrigen italienischen Jugendlichen kennen. Diese Kultur wird von den marokkanischen Jugendlichen missverstanden, was zu exzessivem und gefährlichem Handeln führt.

⇒ Faktoren

Wie bereits ausgeführt, hat sich das Bestehen eines familiären Umfeldes als unterscheidendes Merkmal erwiesen, das mit unterschiedlichen Verhaltensweisen und Situationen verbunden ist. Die Familie kann jedoch nicht immer als eine positive Ressource angesehen werden. In einigen Fällen können schwierige familiäre Beziehungen und Unterschiede zwischen den traditionellen Werten, die in der Herkunftsfamilie gelebt werden, und denen, die in der italienischen Gesellschaft erworben werden, sowie eine zu strenge Kontrolle seitens der Eltern Situationen ergeben, die ein abweichendes Verhalten begünstigen. Weiterhin wurde in vielen Fällen ein Mangel an korrekten Informationen festgestellt, insbesondere in Bezug auf synthetische Drogen.

Die Ergebnisse, die diese Fokusgruppe hervorgebracht hat, haben die Erkenntnisse bestätigt, die bereits bei 'SEARCH' gewonnen werden konnten. Die Teilnehmer der Fokusgruppe haben daher beschlossen, gemeinsame Präventionsprogramme speziell zur Aufklärung der Zielpopulation zu entwickeln. Die letzte Zeit in der Fokusgruppe wurde bereits auf die Planung dieser Maßnahmen verwandt (siehe Abschnitt 2.3).

Fokusgruppe 2:

⇒ Wer sind die Konsumenten?

Es handelt sich um sehr junge rumänische Jugendliche, die von kriminellen Organisationen nach Turin eingeschleust werden. Zumeist sind es Angehörige der Roma.

⇒ Was konsumieren sie?

Die besorgniserregendste Substanz ist das Heroin, das die jugendlichen Einwanderer bislang nicht durch Injektion konsumiert hatten.

⇒ Definition des problematischen Gebrauchs

Auch in diesem Fall sind die psychischen und physischen Probleme, die durch den Substanzgebrauch hervorgerufen werden, eng an die Lebensumstände allgemein geknüpft. Diese Jugendlichen leben oftmals auf der Straße; sie schlafen in ehemaligen Fabriken oder, soweit es ihnen möglich ist, in arg heruntergekommenen Pensionen. Sie entstammen, wenn sie nach Italien kommen, oftmals einer von Ausgrenzung geprägten sozialen Lage, in der sie im Herkunftsland gelebt haben. In Turin ist eine ausgeprägte soziale Stigmatisierung der rumänischen Jugendlichen festzustellen, was auf ihre illegalen Aktivitäten zurückzuführen ist; ein Kontext, der für den Aufbau von Resozialisierungs- und Integrationsvorhaben recht ungünstig ist.

⇒ Faktoren

Die Faktoren, die dazu beigetragen haben, dass das Phänomen des Substanzkonsums unter den minderjährigen Rumänen zunimmt, scheinen in erster Linie mit der Tatsache in Zusammenhang zu stehen, dass die Einreise nach Italien erleichtert wurde (es besteht keine Visumpflicht mehr). Der Umstand, dass viele Jugendliche das Leben auf der Straße gewohnt sind, erschwert den Kontakt und die Suche nach Anknüpfungspunkten, um die Jugendlichen in Resozialisierungs- oder Auffangprojekte einbeziehen zu können. Auch die Zwangsprostitution, für die es allerdings noch keine sicheren Belege gibt, könnte ein wichtiger Faktor bei der Ausweitung des Substanzgebrauchs sein.

Abschließend kamen die Teilnehmer dieser Fokusgruppe überein, regelmäßige Treffen abzuhalten, um angesichts einer Reihe möglicher Projekte für ausländische Minderjährige die Möglichkeit der Zusammenarbeit und der Zusammenführung verschiedener Initiativen zu prüfen.

4. Die (lokale) Aufgabenstellung und Implementierung:

Wie zuvor bereits ausgeführt wurde, war durch die Ergebnisse aus 'SEARCH' im Hinblick auf die Präventionsarbeit bereits die Notwendigkeit erkennbar geworden, ein Instrumentarium zur Aufklärung der in Turin lebenden nordafrikanischen Jugendlichen über den Substanzgebrauch zu entwickeln. Die Einbeziehung der Zielgemeinschaft in die Erarbeitung dieser Instrumente wird seit 'SEARCH' als unverzichtbar angesehen. Das im Rahmen von 'SEARCH' durchgeführte Monitoring Assessment hat diese Erkenntnisse bestätigt.

4.1. Prävention

An der ersten Phase der präventiven Interventionen (Mai bis September 2003) waren einige Teilnehmer des bereits seit 'SEARCH' aktivierten Netzwerkes beteiligt, d.h. insbesondere diejenigen Personen, die in direktem und ständigem Kontakt zu nordafrikanischen Jugendlichen stehen. Es wurden 6 Sitzungen abgehalten, an denen einige Referenzpersonen der folgenden öffentlichen und privaten sozialen Einrichtungen teilnahmen:

- a) öffentliche Einrichtung der Drogenhilfe bei der Jugendstrafanstalt Ferrante Aporti,
- b) die Kooperative für kulturelle Mediation Sanabil,
- c) der Verein für interkulturelle Betreuung ASAI.

Die kontaktierten Referenzpersonen haben ihre Bereitschaft zur Mitwirkung an der Jugendarbeit, welche die in 'SEARCH' entwickelten Aktionsprogramme vorsehen, erklärt.

Die Sitzungsteilnehmer haben sich mit folgenden Themen befasst:

- Wahl des Kontextes sowie der Gruppe Jugendlicher, die einbezogen werden soll;
- Aktualisierung des Wissenstands der Pädagogen im Hinblick auf das Thema des Drogenmissbrauchs allgemein;
- Modalitäten des Zugangs zu den einzubeziehenden Jugendlichen;
- Festlegung der Arbeitsschritte und zeitliche Planung der Sitzungen.

Diese Arbeitsphase, die im September 2003 abgeschlossen war, hat zu den folgenden Ergebnissen geführt:

1) Es wurde beschlossen, die Präventionsarbeit im Rahmen von 'SEARCH II' auf Grund der durch das Projekt vorgegebenen Zeiten und Arbeitsmodalitäten unter Beteiligung einer Gruppe Jugendlicher aufzunehmen, die in der Tagesstätte der Kooperative Sanabil verkehrt. Die nordafrikanischen Jugendlichen finden sich jeden Tag nach 17:30 Uhr am Sitz der Kooperative ein, um dort einige Stunden mit den Pädagogen zu verbringen oder um an Initiativen mit dem Ziel der soziokulturellen Eingliederung teilzunehmen. Sie bekommen dort auch Unterstützung bei eventuellen Problemen (Schule, Aufenthaltsgenehmigung, Informationen über Schlafstellen, Verpflegungsmöglichkeiten usw.). In dem für 'SEARCH II' angesetzten Zeitraum waren die für die Jugendarbeit vorgesehenen Termine des Vereins ASAI (eine andere Tagesstätte für ausländische Minderjährige) bereits belegt und die Zusammenarbeit mit der Jugendstrafanstalt hätte, um die erforderlichen Genehmigungen zu beantragen, zu einem solch hohen bürokratischen Aufwand geführt, dass der Beginn des Arbeitsprogramms möglicherweise hätte verschoben werden müssen. Beide Einrichtungen haben sich jedoch bereit erklärt, die Präventionsarbeit zu verfolgen, und sie haben ihr Interesse an der Verbreitung des erstellten Aufklärungsmaterials bekundet; ferner sind sie daran interessiert, angesichts einer möglichen künftigen Wiederaufnahme dieser Art von Arbeit die Ergebnisse dieser direkten Drogenarbeit mit jungen Nordafrikanern auszuwerten.

2) Bei diesen Arbeitstreffen wurde versucht, einen Überblick über die Situation des Substanzgebrauchs im Raum Turin zu gewinnen und den einschlägigen Wissensstand zu aktualisieren. Für diesen Punkt erwies es sich als nützlich, dass sich eine Vertreterin der örtlichen Drogenhilfe an dem Treffen beteiligte.

3) Es wurde festgelegt, auf welche Weise die fraglichen Jugendlichen für die Arbeit gewonnen und wie die Arbeitstreffen gestaltet werden sollten. Man darf dabei nicht vergessen, dass einige dieser Jugendlichen, die Substanzen gebrauchen, nicht über die ordnungsgemäßen Papiere verfügen und manchmal auch in kleinere Drogengeschäfte verwickelt sind. Dementsprechend verständigte man sich auf die folgende Vorgehensweise:

- Der Vorschlag zur Teilnahme an dem Arbeitsprogramm soll der Gruppe Jugendlicher von dem Pädagogen, einem Marokkaner, unterbreitet werden, der viel Zeit mit ihnen verbringt und zu dem sie volles Vertrauen haben. Der besagte Pädagoge soll auch an allen Arbeitstreffen als Dolmetscher teilnehmen und unterstützend zur Seite stehen.
- Das Arbeitsprogramm soll den Jugendlichen als eine Reihe von Gesprächen eher informeller Art über das Thema Drogen präsentiert werden. Zu Beginn soll klargestellt werden, dass der letztliche Zweck darin liegt, Informationen zusammenzutragen, die in eine Broschüre eingehen sollen, die in einer Sprache (Arabisch oder Französisch) verfasst wird, die von den nordafrikanischen Jugendlichen verstanden wird.
- Es soll versucht werden, innerhalb der Gruppe diejenigen Personen zu identifizieren, die am aufmerksamsten und aufnahmefähigsten sind, um ihre Fähigkeit zur Führung und zur Informationsübermittlung zu stimulieren.

4) Schließlich wurden ein Zeitplan für die Arbeitstreffen mit den Jugendlichen und ein Titel für diese Initiative festgelegt ("*Sagt es allen*": Gemeinsame Erarbeitung von Informationsmaterial über Rauschmittel für die Zielgruppe der nordafrikanischen Jugendlichen"). Einig war man sich darin, dass bei der Durchführung dieser Art von Präventionsarbeit nicht nur das Erarbeiten von Informationsmaterial an sich wichtig ist (das es in Turin in arabischer Sprache nicht gibt), sondern dass der angewandten Arbeitsmethode möglicherweise eine viel höhere Bedeutung zukommt. Die direkte Einbeziehung der Jugendlichen bewirkt, dass sich die Teilnehmer die präventionsrelevanten Inhalte zu eigen machen. Außerdem geht man davon aus, dass die so gewonnenen Einsichten von den Jugendlichen an ihre Freunde oder Gleichaltrigen weitergegeben werden, und dass diese mündliche Vermittlung eine größere Wirkung als das schriftliche Material hat.

Es sei schon jetzt darauf hingewiesen, dass für diese Planungsphase sehr viel mehr Zeit benötigt wurde, um die vorgegebenen Punkte zu erörtern, als vorgesehen war. Hierfür gibt es eine Reihe von Gründen, auf die im Folgenden eingegangen werden wird. Aus diesem Grund mag es sinnvoll sein, das in dieser Phase erarbeitete Arbeitsprogramm wiederzugeben, um es dann mit dem zu vergleichen, was tatsächlich durchgeführt wurde. Der Arbeitsbeginn wurde auf den 9. Oktober 2003 festgesetzt. Bei dem ersten Arbeitstreffen sollte es um die folgenden Schlüsselfragen gehen:

- Welche Substanzen kennt ihr? (Brain Storming)
- Wie lauten die Bezeichnungen in eurer Sprache?
- Wie und wo seid ihr mit diesen Substanzen bekannt gemacht worden?
- Wie und wo werden diese Substanzen gebraucht?
- Welche Unterschiede gibt es in diesem Zusammenhang zwischen Italien und Marokko (welche Substanzen gibt es und welche nicht; Unterschiede im Gebrauch; Unterschiede im Hinblick auf das "soziale Stigma")?
- Nehmt eine Einteilung der Substanzen (einschließlich Alkohol) entsprechend ihrer Gefährlichkeit vor und begründet diese!
- Merkmale und Gefährlichkeit der einzelnen Substanzen

Das zweite Arbeitstreffen sollte wie folgt gestaltet werden:

In der Gruppe: Analyse der Informationsbroschüren in italienischer Sprache:

- Habt ihr diese Broschüren schon einmal irgendwo gesehen?
- Was versteht man und was nicht?
- Was sollte eurer Meinung nach deutlicher herausgearbeitet werden?
- Was fehlt?
- Was würdet ihr ändern, damit diese Broschüren für Arabisch sprechende Jugendliche leichter zu verstehen sind?
- Wo müsste man sie verteilen?

Präsentation der Ergebnisse der Gruppenarbeit

Auf der Grundlage der gesammelten Informationen waren Texte in italienischer Sprache zu verfassen, die den Jugendlichen mit Hilfe des Dolmetschers/der begleitenden Person vorgelegt werden sollten, damit bei dem nächsten Treffen die folgenden Punkte abgearbeitet werden konnten:

- Analyse der Rohfassung,
- Sammeln von Kommentaren,
- gemeinsame Korrektur.

4.2. Produkte und Ergebnisse

Das Ergebnis dieser Arbeit war eine Reihe von Treffen, an denen rund 12 Jugendliche im Alter zwischen 14 und 19 Jahren teilgenommen haben.

⇒ Die Gruppe

Die ausschließlich aus Marokkanern bestehende Gruppe erwies sich als heterogen, da die Jugendlichen aus verschiedenen Regionen stammen, ein unterschiedliches kulturelles Niveau aufweisen und unterschiedlich lang in Italien leben. Da gab es den "eingegliederten" Jugendlichen, der die Schule besucht, die italienische Sprache gut beherrscht und dessen Verhältnis zu Substanzen ähnlich dem seiner italienischen Klassenkameraden ist, ebenso wie den verschüchterten Neuankömmling, der aus einer Kleinstadt in einem der rückständigsten

Landesteile Marokkos stammt und somit einen völlig anderen kulturellen Hintergrund hat. Kenntnisse der französischen Sprache unter den Jugendlichen sind, wie deutlich wurde, nicht sehr verbreitet und, sofern vorhanden, niedrig.

⇒ Die Arbeitstreffen

Wie bereits erwähnt, musste der Zeitplan der Treffen bald geändert werden. Was als gelegentliche Zusammenkunft geplant war (zwei Treffen für die Inhalte und ein Treffen für die Korrektur der Rohfassung), wurde zu einer allwöchentlichen Veranstaltung, die von Oktober 2003 bis Januar 2004 stattfand. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im November alle beteiligten Jugendlichen den Ramadan beachtet haben, so dass die für unsere Arbeitstreffen vorgesehenen Termine (die einzig möglichen angesichts der Unterrichtszeiten der Schüler bzw. der Arbeitszeiten der Praktikanten unter ihnen), bei denen es um die Substanzen ging, mit derjenigen Tageszeit zusammenfielen, zu der die Jugendlichen Nahrung zu sich nehmen durften, und die Kooperative sorgte für Brot, Eier, Thunfisch, Kekse und Milch. In dem besagten Monat konnten dennoch die nach dem Arbeitsprogramm vorgesehenen Themen behandelt werden.

Der zweite Aspekt, auf den hinzuweisen ist, betrifft die Lebensumstände der Jugendlichen. Viele von ihnen warten auf eine Aufenthaltsgenehmigung für Minderjährige, andere wiederum sind gelegentlich in kleinere Drogengeschäfte verwickelt und wiederum andere haben noch Probleme mit der Sprache. Ihnen allen gemeinsam ist die Furcht, frei zu sprechen; denn sie halten die Polizei und ihre Informanten für präsenter, als diese es in Wirklichkeit in Italien sind. Das hatte zur Folge, dass viel Zeit vonnöten war, damit im Sinne einer echten Gruppenarbeit ein spontanes Gespräch entstehen und die wirklichen Eindrücke der Jugendlichen zu Tage treten konnten. Die ersten beiden Treffen dienten daher fast ausschließlich dem gegenseitigen "Studieren", und es war interessant zu beobachten, dass die Jugendlichen sich stets auf Arabisch (obgleich italienisch sprechend) an die anwesende Mittelsperson wandten, um sich bestätigen zu lassen, dass das, was sie sagen wollten, auch wirklich gesagt werden durfte. Statt zweier Treffen, die für die Erarbeitung des Textes vorgesehen waren, haben letztlich sechs Treffen stattgefunden. Im Januar 2004 wurde der Text von den Jugendlichen "genehmigt", und man konnte zu "technischen" Aufgaben wie die Übersetzung und Satz übergehen.

⇒ Multikulturelle Aspekte

Aus der Analyse der durchgeführten Arbeit lassen sich einige nützliche Erkenntnisse gewinnen, die allen Berufsfachkräften, die sich der Suchtprävention in Zusammenhang mit nordafrikanischen Jugendlichen widmen wollen, als Anregung und Richtungsvorgabe dienen können. Offensichtlich besitzen die folgenden Aspekte eine gewisse Relevanz:

• **Basiswissen**

Die Gruppe der Jugendlichen hat einen sehr heterogenen Wissenstand bezüglich des Phänomens Drogen erkennen lassen. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die verschiedenen Substanzen, die in Turin zirkulieren, als auch auf die Gefahren des Substanzgebrauchs. Insbesondere zwei Aspekte waren dabei zu berücksichtigen:

- *Dauer des Aufenthalts in Italien;*
- *die marokkanische Herkunftsregion.*

Diejenigen Jugendlichen, die bereits seit einem oder zwei Jahren in Italien lebten, waren über Substanzen in einem Umfang informiert, der dem einer beliebigen Gruppe italienischer Jugendlicher vergleichbar ist. Bezüglich der Region konnte festgestellt werden, dass im Norden von Marokko, der näher bei Europa gelegen ist, Kenntnisse der üblicherweise gebrauchten Substanzen, auch der syn-

thetischen Substanzen wie Ecstasy usw., durchaus vorhanden sind. Die Jugendlichen aus dem Süden des Landes sind erst in Italien mit Drogen, und sei es nur in Form der Kenntnisnahme, in Berührung gekommen. Dieser Aspekt ist, wie sich herausgestellt hat, für die Wahl der Inhalte des Informationsmaterials von sehr großer Bedeutung. Die ersten Treffen dienten dazu, das vorhandene Material, das einige Jugendliche besaßen, zirkulieren zu lassen und Details und neue Erkenntnisse vor allem im Hinblick auf rechtliche Aspekte sowie auf Sozial- und Gesundheitsdienste, die Personen mit problematischem Substanzgebrauch zur Verfügung stehen, hinzuzufügen.

• **Sprache**

Es hat sich gezeigt, dass die französische Sprache nicht sehr verbreitet ist. Daher wurde beschlossen, die Broschüre lediglich in die arabische Sprache zu übersetzen. Deutlich wurde auch die Notwendigkeit, die Informationen knapp und unverblümt darzustellen. Einiges Material, das in italienischer Sprache verfasst ist, wirkte "merkwürdig" und nicht etwa unverständlich, denn man hatte eine vermeintliche Jugendsprache, durchsetzt mit Jargon und Slang-Ausdrücken, verwendet. Solche Sprachformen können für die marokkanischen jugendlichen Leser der Broschüre kaum nachgebildet werden. Gewählt wurde daher ein kurzer, prägnanter und unverblümter Text, der auf die notwendigen Informationen beschränkt ist.

• **Rechtliche Aspekte**

Die Arbeit in der Gruppe hat deutlich werden lassen, dass rechtliche Aspekte oftmals gar nicht bekannt sind. Die Tatsache, dass das italienische Recht zwischen den einzelnen Substanzen bzw. zwischen Besitz und Handel einen Unterschied macht, ist kaum bekannt. Es kann aber auch ebenso sein, dass die besagten Rechtsvorschriften, die weniger streng als die marokkanischen sind, unterschätzt werden und für milder gehalten werden, als sie es sind. Auch in diesem Fall wurde eine auf das Wesentliche beschränkte, aber klar verständliche Darstellung bevorzugt.

• **Analyse der Darstellungsweise**

Ein Treffen war der Internet-Recherche gewidmet. Gesucht wurden marokkanische Sites oder Sites mit drogenrelevanten Informationen. Bedeutende Sites konnten jedoch nicht gefunden werden, sondern lediglich einige Sites zur HIV-Prävention, die im Hinblick auf ihre graphische und bildliche Gestaltung beurteilt wurden. Wesentliche Unterschiede zwischen diesem Material und dem, was in Italien verbreitet wird, konnten nicht festgestellt werden, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass diese Kampagnen wiederum dem Modell der europäischen Kampagnen nachgebildet werden. Auch bei der Analyse des italienischen Materials hat sich die bildliche Gestaltung, bestehend aus Comics, Zeichnungen und Bildern, als durchaus verständlich erwiesen, was auf eine Nähe der marokkanischen Jugendkultur zu der europäischen hinweist. Die Verweise auf Musik, auf die Hip-Hop-Kultur und auf die Rap-Musik waren unmittelbar eingängig und klar und daher nutzbar.

• **„Ansehen“**

Ein letzter wichtiger Aspekt betraf den "Stil", in welchem den Jugendlichen die Inhalte zu vermitteln sind. Die gemeinsame Arbeit ließ erkennen, dass die gesamte Gruppe (an der auch Jugendliche teilnahmen, die auf der Straße leben) großen Respekt vor Erwachsenen allgemein hat. Es handelt sich dabei um Gewohnheiten aus dem Sozial- und Familienmodell, in welchem sie aufgewachsen sind. Eine Haltung, die anfänglich beinahe ein Hindernis darstellte, die aber dann fruchtbar gemacht werden konnte, um das Interesse rege zu halten und die Beteiligung der Jugendlichen zu verstärken. Dieser Aspekt wurde mit der Mittelsperson und mit den anderen Pädagogen erörtert. Letztlich wurde entschieden, sowohl in der Broschüre als auch im Verhältnis zu den Jugendlichen den Autoritätsaspekt nicht allzu sehr zu betonen, aber gleichzeitig einen Komplizenhaften Ton zu vermeiden, der oftmals für analoge Präventionsprojekte, die sich an italienische Jugendliche richten, kennzeichnend ist. Die Gefahr, die dabei gesehen wurde, ist die, dass eine solche von allzu großer Vertraulichkeit geprägte

Haltung oder das Delegieren von Verantwortung ("Ich erkläre dir die Gefahren, und du machst, was du für richtig hältst...") von den Jugendlichen als Schwäche, als Mangel an Autorität und Ernsthaftigkeit ausgelegt wird. Die Inhalte und die Informationen über die Prävention würden somit an Glaubwürdigkeit verlieren.

5. Schlussfolgerungen, Perspektiven (Netzwerk, politische Implementierung usw.)

In den Monaten November 2003 bis Januar 2004 sind in Turin einige aus einem entsprechenden Fonds des Gesundheitsministeriums finanzierte Präventionsprojekte angelaufen, die speziell auf den Substanzgebrauch in der Population der jugendlichen Einwanderer gerichtet sind. In Februar werden die Teilnehmer des im Rahmen von 'SEARCH' gegründeten Netzwerks zusammenkommen, um sich einen Überblick über die besagten Projekte zu verschaffen und um die Möglichkeiten einer Interaktion auszuloten. Was die Arbeit mit den Jugendlichen der Kooperative Sanabil angeht, wurde bereits eine grundsätzliche Vereinbarung getroffen, derzufolge das Material dort verwendet und verteilt wird, wo die meisten nordafrikanischen Jugendlichen zu erreichen sind (Behörde für jugendliche Ausländer, Jugendstrafanstalt, Freizeitvereine). Die Arbeit wurde von diesen Gruppen und Einrichtungen mit Interesse verfolgt. Von dieser Seite wurde zum Teil auch die Bereitschaft geäußert, diese Arbeit innerhalb des eigenen Bereichs aufzugreifen. Die gesamte im Rahmen von 'SEARCH' und 'SEARCH II' geleistete Arbeit fügt sich in den Kontext eines gestiegenen öffentlichen Bewusstseins für das Problem des Substanzgebrauchs in der Population der Einwanderer und hat dazu beigetragen, dass dieses öffentliche Bewusstsein kohärenter und koordinierter geworden ist. Es darf aber nicht vergessen werden, dass die künftige Entwicklung zwangsläufig in hohem Maße von den politischen Entscheidungen der italienischen Regierung abhängt. Der von der Regierung eingebrachte Gesetzentwurf geht in Richtung einer erheblichen Verschärfung: Der besagte Entwurf sieht vor, dass die Unterscheidung zwischen "harten" und "weichen" Drogen wegfällt, dass die Menge einer Substanz, welche eine Person zum persönlichem Gebrauch besitzen darf, streng begrenzt wird (bei Überschreiten dieser Grenzmenge wird der Besitz dem Handel gleichgestellt) und dass die Möglichkeiten zur Durchführung von Projekten zur Schadensminderung erheblich eingeschränkt werden. Diese Bestimmungen werden, wenn sie als Gesetz verabschiedet sein werden, zweifellos Auswirkungen auf diejenigen Projekte haben, die für die Population der Immigranten entwickelt werden. Es lässt sich leicht voraussehen, dass es künftig schwieriger sein wird, die ausländische Bevölkerung (vor allem die Substanzgebraucher unter ihnen) in Programme einzubeziehen, die der Pflege, dem offenen Dialog, der Auseinandersetzung oder dem Informationsaustausch dienen.

‘SEARCH II’ in Luxemburg:

Erste Ergebnisse zur Frage des problematischen Substanzkonsums von Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern

1.	Einleitung	140
2.	Die beteiligten Institutionen	140
3.	Die Situation der Asylbewerber und illegalen Einwanderer in Luxemburg	141
4.	Die Rapid-Assessment-Methode und ihre Resultate	144
4.1	Vorgehensweise	144
4.2	Resultate der Interviews	145
4.3	Diskussion & Schlussfolgerungen	149
5	Ausblick	150
5.1	Fokussierung der Informationssammlung und -verwertung	150
5.2	Mögliche Präventionsansätze	150

Koordination: Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT), Luxemburg
in Zusammenarbeit mit ASTI, Luxemburg und zepf, Deutschland

Uwe Fischer (zepf)
Thérèse Michaelis (CePT)
Anne-Carole Hertz (CePT)
Laurence Mortier (ASTI)

1. Einleitung

Das Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT) in Luxemburg gehört zu den neuen Projektpartnern der zweiten Phase des europäischen 'SEARCH II'-Projektes. Mit dem Hintergrundwissen, welches mit Hilfe eines Workshops zum Verfahren des "Rapid Assessment and Response" (RAR) vermittelt wurde, organisierte das CePT im Herbst 2003 ein RAR-Team zur Erkundung der aktuellen Lage von Asylbewerbern und Flüchtlingen mit problematischem Substanzkonsum in Luxemburg.

Das CePT arbeitet für das 'SEARCH II' Projekt in Luxemburg mit der **ASTI** (Association de Soutien aux Travailleurs Immigrés) und dem zepf (Zentrum für empirische pädagogische Forschung) zusammen. Die Institutionen werden im Folgenden kurz vorgestellt. Es folgt eine Übersicht über die Situation der Asylbewerber in Luxemburg und die Darstellung der Durchführung und Ergebnisse der ersten Phase des Rapid Assessment. Der Bericht schließt mit einem Ausblick auf die weiteren Maßnahmen im Rahmen des RAR-Prozesses sowie mit ersten suchtpreventiven Ansatzpunkten.

2. Die beteiligten Institutionen

Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT)

Das CePT ist eine 1995 offiziell gegründete Stiftung, deren erklärtes Ziel es ist, die Gesundheitsförderung im Sinne der WHO in ihrem Auftrag zur primären Suchtprävention in den Vordergrund zu stellen und zu verfolgen. Dies beinhaltet die Ausarbeitung, die Verbreitung und die Förderung von Ideen und Vorgehensweisen, die eine gesunde und positive Lebensweise zum Ziel haben; insbesondere soll bestimmten Verhaltensweisen vorgebeugt werden, die möglicherweise zu den unterschiedlichsten Formen der Sucht und Abhängigkeit führen können. Im Mittelpunkt der Arbeit und der Betrachtungen des CePT stehen der Mensch und sein Umfeld. Dabei werden verschiedene Lebensräume (Familie, Beruf, Schule, Freizeit, ...) und damit unterschiedliche Zielgruppen berücksichtigt. In diesen Lebensräumen richtet sich die primäre Prävention hauptsächlich an die Erwachsenen, die als Multiplikatoren eine wichtige Rolle einnehmen. Aufklärung und Sensibilisierung für alle, sowie Erziehung und Weiterbildung insbesondere für Multiplikatoren stellen die Schwerpunkte der Arbeit dar. Der Austausch und die Zusammenarbeit mit allen Beteiligten und die Einbindung externer Partner im europäischen Kontext sind ein unverzichtbarer Bestandteil der Präventionsarbeit. Der hohe Anteil an Migranten in Luxemburg (Anteil in Luxemburg sesshafter Migranten: 38 %) und die starke Zunahme an Asylbewerbern in den letzten Jahren stellt auch für die Suchtprävention eine hohe interkulturelle Herausforderung dar, der es zu begegnen gilt.

ASTI (Association de Soutien aux Travailleurs Immigrés)

ASTI ist ein eingetragener Verein, der seit 1979 auf der Grundlage von Spenden besteht und für gleiche Rechte und das Wahlrecht für alle eintritt. In der konkreten Arbeit vor Ort mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen setzt sich ASTI für Themen zu Einschulung, Rechtsgleichheit, Antidiskriminierung, Engagement für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer in Luxemburg ein. In der Zusammenarbeit mit den Ministerien werden Aktivitäten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene entwickelt und ein interkulturelles Dokumentationszentrum unterhalten. ASTI führt u.a. Informationskurse für anerkannte Flüchtlinge und Sprachkurse für Asylbewerber und Flüchtlinge durch und bietet anerkannten Flüchtlingen individuelle Unterstützung bei der Arbeitssuche. Der Erfahrungshintergrund und Zugangsweg der ASTI bezüglich Asylbewerbern stellt eine wichtige Ressource und ein wichtiges Anwendungspotential in der Zusammenarbeit für das 'SEARCH II'-Projekt dar.

Zentrum für empirische pädagogische Forschung (zefp)

Das zefp ist ein wissenschaftliches Institut an der Universität Koblenz-Landau in Deutschland. Es befasst sich mit der wissenschaftlichen Forschung und Begleitung pädagogischer, sozialer und gesundheitsrelevanter Bereiche, die einer Problemlösung dienlich sind. Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen erfolgt sowohl auf regionaler als auch auf internationaler Ebene. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Suchtprävention besteht eine langjährige Erfahrung und Zusammenarbeit mit praxisbezogenen Einrichtungen, die u.a. auf die fruchtbare Kooperation mit dem CePT zurückzuführen ist. Die Frage des Status von Migranten und Asylbewerbern in Europa wird neben dem Bereich der Gesundheit auch auf dem Gebiet der Bildung (interkulturelle Lehrerkompetenz; doppelte Staatsbürgerschaft) behandelt. Im Rahmen des 'SEARCH II'-Projektes liegt die Aufgabe des zefp darin, die wissenschaftliche Anwendung der RAR-Methode in Luxemburg zu begleiten.

3. Die Situation der Asylbewerber und illegalen Einwanderer in Luxemburg**Das Asylrecht und das Asylverfahren**

Das Asylrecht in Luxemburg gründet sich auf die internationale Menschenrechtserklärung, der Genfer Erklärung zum Asylrecht und dem Dubliner Abkommen bezüglich der Zuständigkeit. Der registrierte Asylbewerber hat ein Recht auf Unterkunft, soziale und medizinische Versorgung. Die finanzielle Unterstützung hängt von der Unterkunft und dem Alter der Kinder ab. Ein alleinstehender Erwachsener in einer Unterkunft mit Vollpension erhält z.B. 100 Euro monatlich (Stand 1.11.2002). Für Kinder von Asylbewerbern unter 15 Jahren besteht Schulpflicht. Um den Kindern die Integration zu erleichtern, hat das Erziehungsministerium seit 1999 interkulturelle Vermittler benannt, die jederzeit zur Verfügung stehen. Ab 16 Jahren können sich Asylbewerber kostenlos für Sprachkurse in französischer und deutscher Sprache anmelden. Ein Asylbewerber darf während des Prüfverfahrens seiner Asylanfrage nicht im Großherzogtum Luxemburg arbeiten. Ein Asylbewerber darf sich nur innerhalb der Landesgrenzen fortbewegen. Die Prüfung kann einige Monate bis zu einigen Jahren dauern. Bei einem hohen Andrang sind Prüfzeiten bis zu fünf Jahren nicht ausgeschlossen.

Rechtlicher Status des Aufenthaltes von Asylbewerbern

Die verschiedenen rechtlichen Situationen des Aufenthaltes werden folgendermaßen unterschieden:

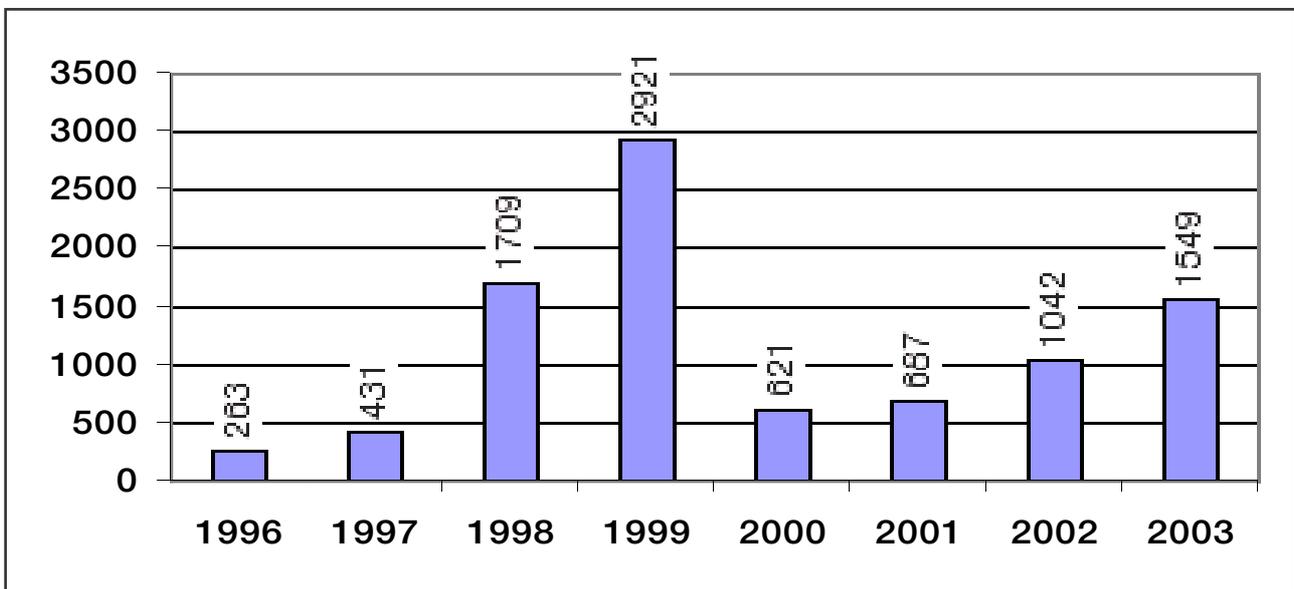
- Asylbewerber nach der Genfer Konvention.
- Anerkannter Flüchtling nach der Genfer Konvention mit einem Identitätsausweis für Ausländer für fünf Jahre, der erneuert werden kann. Er hat Recht auf Arbeit, Mindestlohn (RMG) und Familienzusammenführung.
- Der definitiv abgewiesene Asylbewerber muss gewöhnlich das Land verlassen.
- Ein provisorischer Schutzstatus (eingeführt im März 2000 im Rahmen eines neuen Asylrechtes) kann im Falle eines Massenandrangs von Menschen aus Konfliktregionen eingeführt werden. Die Dauer dieses Status darf drei Jahre nicht überschreiten. Die Asylanfrage wird während der Dauer dieses Status ausgesetzt. Ansonsten bestehen dieselben Rechte wie für Asylbewerber.
- Abgewiesenen Asylbewerbern, für die eine Rückkehr in ein entferntes Land materiell unmöglich ist, kann ein Duldungszeugnis (seit März 2000) ausgestellt werden, welches ein Recht auf soziale Hilfe gewährt.
- Abgewiesene Flüchtlinge können beim Justizministerium eine Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen nach den Regeln der europäischen und internationalen Konvention beantragen.

Herkunft und Anzahl der Asylbewerber

Die Asylbewerbersituation in Luxemburg nimmt einen Verlauf, der mit anderen europäischen Nachbarländern vergleichbar ist. Auf Grund der geringen Größe des Landes (Luxemburg hat nur eine Bevölkerungszahl von 400.000 Einwohnern) wirken sich starke und rasche Veränderungen jedoch deutlicher aus.

Die Asylanträge in Luxemburg haben sich in den Jahren 1998 und 1999 im Zuge der Konflikte in den Balkanregionen des ehemaligen Jugoslawien und in Albanien drastisch erhöht (1996: 263 vs. 1998: 1709 Anträge). Entsprechend dominierten Angehörige der Balkanstaaten (mehr als 80%) die Asylbewerbersituation in dieser und der nachfolgenden Zeit. Nach einem Rückgang der Bewerber insgesamt in den Jahren 2000 und 2001 lässt sich in den letzten beiden Jahren erneut ein leichter Anstieg feststellen. Dieser Anstieg ist auf eine erhöhte Bewerberzahl aus Afrika, aber auch aus Ländern der ehemaligen UdSSR zurückzuführen. Auch die Anzahl der Bewerber aus den Balkanstaaten nimmt wieder leicht zu, allerdings verschiebt sich insgesamt der prozentuale Anteil der Bewerber zugunsten der Afrikaner (vgl. Abbildung 2). D.h. 2002 und 2003 zusammengenommen betrug der Anteil der Bewerber aus den Balkanstaaten mehrheitlich 55%, gefolgt von Afrikanern (22%) und Bewerbern aus Ländern der Ex-UdSSR (16%). Neben Algerien als Ursprungsland sind es vor allem Bewerber aus Westafrika (Nigeria, Liberia, Guinea, Sierra Leone, Kamerun, Togo etc.) sowie Burundi, die für den Anstieg bei den afrikanischen Ländern verantwortlich sind. Bei den Ländern der Ex-UdSSR betrifft es hauptsächlich Russland, Weißrussland, Georgien, die Ukraine und Moldawien. Im Jahr 2003 gab es insgesamt 1549 Asylbewerber. Es kann auch festgestellt werden, dass die Zahl der Ursprungsländer zugenommen hat (2000: 41 vs. 2003: 65 Länder).

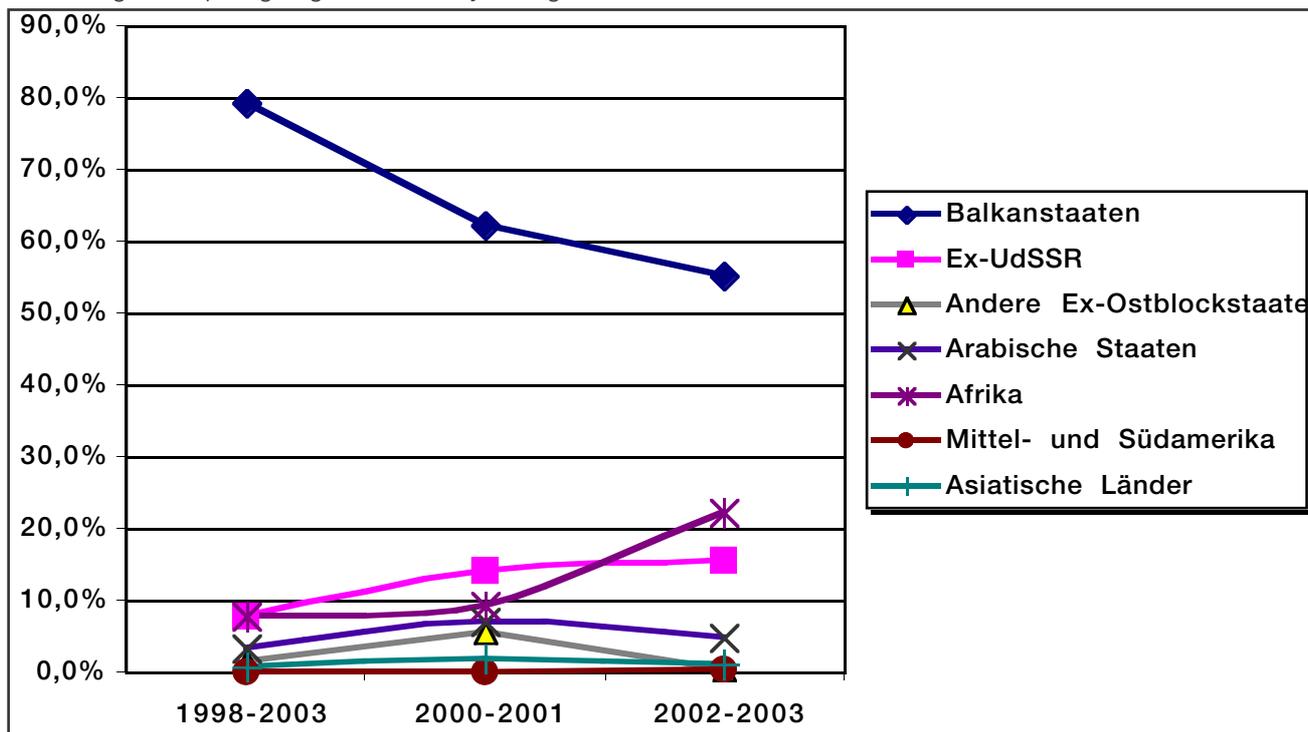
Abbildung 1: Zahl der Asylanträge in Luxemburg



Eine weitere Veränderung bei der Charakteristik der Asylbewerber ist dahingehend festzustellen, dass mehr junge und alleinstehende Menschen und weniger Familien Asyl nachsuchen. Teilweise haben diese bereits eine Reise durch andere europäische Länder hinter sich oder setzen ihre Reise in andere europäische Länder fort.

Zum 31. Dezember 2002 waren nach Angaben des CGE (Commissariat au Gouvernement des Etrangers) 3018 Asylbewerber in Luxemburg untergebracht. Die Anerkennung als Flüchtling erhalten

Abbildung 2: Ursprungsregionen der Asylantragssteller



etwa 6-8% der beschiedenen Anträge. Seit dem Jahre 2000 wird eine aktive und finanziell unterstützte Rückführungspolitik von Asylanten betrieben.

Nach einer internen Studie der Ärzte ohne Grenzen (MSF, Médecins Sans Frontières, Luxemburg) in Luxemburg erfreuen sich die meisten der überwiegend jungen Asylbewerber einer guten körperlichen Gesundheit mit Ausnahme der Zahngesundheit. Der psychologische Zustand ist allerdings schlecht: Eine große Mehrheit der befragten Erwachsenen berichtet von nervösen, gestressten oder deprimierten Zuständen. Dies wird zumeist in Zusammenhang gebracht mit der unsicheren Situation, der Inaktivität und der Dauer des Asylverfahrens. Dies wird von einer Befragung der CLAE (Comité de Liaison et d'Action des Etrangers) an 100 Asylbewerbern bestätigt, nach der 81% der Befragten psychische Auffälligkeiten in Form von Angstsymptomen, Schlaflosigkeit und sozialen Problemen aufweisen, sowie weitergehend auch psychosomatische und depressive Symptome erkennen lassen.

Die Situation illegaler Einwanderer

Bezüglich Einwanderern, die sich illegal im Land aufhalten, gibt es nur wenige Informationen. Nach einem internen Bericht der MSF in Luxemburg (Médecins Sans Frontières) sind illegale Einwanderer zumeist in bestehende Freundes- oder Familienkreise eingebunden. Der Großteil arbeitet und ist auf Grund des jungen Alters generell in einem guten körperlich gesundheitlichen Zustand (mit Ausnahme von dentalen Problemen). Nach Aussagen des CLAE gibt es keine auffälligen medizinischen Notsituationen. Die illegalen Einwanderer wissen sich zumeist durch Tricks zu helfen, wenn es um medikamentöse Versorgung geht, oder geraten an hilfsbereite Ärzte. Die Situation von Schwangeren erscheint jedoch schwierig.

Im Rahmen einer fachlichen Auseinandersetzung verschiedener Organisationen zur internen Studie des MSF Luxemburg zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerbern und illegalen Einwanderern wird festgestellt, dass diese erhöhte psychische Probleme aufweisen, die auf Grund kultureller und sprachlicher Barrieren nur schwer aufgefangen werden können. Es wird u. a.

angemerkt, dass diese Gruppe zunehmend in den Kontext des Drogenhandels und der -abhängigkeit hineingerät.

Auf dieser Grundlage der aktuellen Situation erscheint es notwendig, in Zusammenarbeit mit den betroffenen Einrichtungen weitere Informationen zu sammeln und gemeinsam Lösungsstrategien zu erarbeiten.

4. Die Rapid-Assessment-Methode und ihre Resultate

4.1. Vorgehensweise

Beim Workshop zur RAR-Methode am 10.-14.9.03 in Turin wurde ein Arbeitsteam gebildet und eine erste Konzeption zur Durchführung des Rapid-Assessments erarbeitet. Das Team setzt sich interdisziplinär zusammen aus Thérèse Michaelis, der Leiterin des CePT und Koordinatorin des 'SEARCH II'-Projektes in Luxemburg, Laurence Mortier, Mitarbeiterin der ASTI, Anne-Carole Herz, verantwortlich für Öffentlichkeitsarbeit im CePT, sowie Uwe Fischer, wissenschaftlicher Mitarbeiter des zepf. Die Hauptarbeit der Adressengewinnung, Informationssammlung und Durchführung der Interviews wurde von Laurence Mortier und Anne-Carole Herz geleistet, während Uwe Fischer für die wissenschaftliche Koordination, Zusammenführung der Ergebnisse und Berichtlegung zuständig war.

Aufgrund der Vorkenntnisse einzelner Teammitglieder konnte eine umfangreiche Sammlung potenzieller Ansprechpartner für Interviews und Hintergrundinformationen gewonnen werden. Statistiken des Justizministeriums, Presseartikel, Unterlagen zur Asylsituation, Broschüren für Asylbewerber und deren Helfer, interne Studien sowie mündliche Informationen betroffener Organisationen ermöglichten einen allgemeinen Überblick über die aktuelle Situation der Asylbewerber. Diese Informationen wurden bereits im vorangegangenen Kapitel zusammenfassend dargestellt; daher wird im Weiteren auf die Durchführung der Interviews näher eingegangen.

Die bereits zu Beginn umfangreiche Adressenliste potenzieller Interviewkandidaten wurde teilweise noch im Sinne des Schneeballverfahrens im Laufe der Interviews durch weitere Ansprechpartner und Adressen ergänzt, auf die die Interviewten verwiesen haben. Angesichts der Vielzahl der Personen, die interviewt werden könnten, wurde eine Prioritätenliste erstellt, die sich an den Kriterien der Informationsfülle, des einfachen Zugangs, der Objektivität und Heterogenität des Blickwinkels orientierte.

Eine Beschränkung auf eine spezifische Zielgemeinschaft, über die Informationen eingeholt werden sollen, wurde vorläufig nicht vorgenommen. Die Gesamtpopulation der Asylbewerber und der zu vermutende Anteil problematisch konsumierender Personen dürften für das Land Luxemburg überschaubar bleiben. Es galt viel mehr im ersten Schritt einen Gesamtüberblick problematisch konsumierender Gemeinschaften zu erhalten, auf dessen Grundlage im zweiten Schritt Fokussierungen auf spezifische Gruppen erfolgen können.

Für den semi-strukturierten Interviewleitfaden wurde das SSI-Instrumentarium des 'SEARCH II'-Projektes genutzt, welches bezüglich verschiedener Nutzungshinweise und Frageformulierungen etwas adaptiert wurde. Der Interviewleitfaden mit den Schlüsselfragen wurde dann für mehrsprachige Interviewer in die französische Sprache übersetzt. Maßgabe für die Durchführung der Interviews war ein angenehmer Interviewfluss. D.h. es sollte weniger jede Schlüsselfrage mechanisch hintereinander abgefragt, sondern vielmehr flexibel mit den Fragen umgegangen werden, wobei der Leitfaden dazu dienen sollte, keine wichtige Frage auszulassen.

Die Durchführung der ersten Interviews erfolgte im November und Dezember 2003 und erbrachte eine Datenmenge von 17 Interviews. Die Interviews wurden vor Ort bei den Befragten durchgeführt. In drei Ausnahmefällen wurde der Interviewleitfaden als Fragebogen mit offenen Antwortformaten verschickt.

Die Übertragung der Interview-Ergebnisse in die vorgesehenen Grids für jede Schlüsselfrage erfolgte zum Großteil im Team. Unklarheiten, Widersprüche und äquivalente Aussagen konnten abgeklärt werden und ermöglichten die Zusammenfassung zu einem möglichst einheitlichen Abbild der verschiedenen Aussagen. Die Zusammenfassungen wurden im Team diskutiert und werden im Folgenden dargestellt.

4.2 Resultate der Interviews

Insgesamt wurden im November und Dezember 2003 17 Personen mit Hilfe des semi-strukturierten Fragebogens interviewt. Die erste Befragungsaktion konzentriert sich auf Personen, die im administrativen, betreuenden oder helfenden Verhältnis zu Asylbewerbern und Flüchtlingen stehen, sowie einen Polizisten. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in der Reihenfolge der Schlüsselfragen und bezieht sich auf die Zusammenfassungen der Grid-Tabellen, die im Rahmen der vorangegangenen Projekte für das RAR-Verfahren entwickelt wurden.

Die Identifizierung problematischer Gemeinschaften konzentriert sich auf zwei übergeordnete Gruppen: Personen aus den ehemaligen Ostblockländern (Balkanstaaten und Ex-UdSSR) und Schwarzafrikaner. Teilweise werden die ehemaligen Ostblockländer spezifiziert, allerdings werden häufig mehrere Volksgruppen genannt. Daher wird im Weiteren die große Gruppe der Ostblockländer beibehalten. Die Ergebnisse der Befragungen werden für die beiden Gruppen (ehemalige Ostblockländer und Schwarzafrikaner) getrennt vorgestellt.

Die folgenden Ergebnisse spiegeln die zusammengefassten Antworten der Interviewten wider unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Validität. Genannte Zusammenhänge, z.B. mögliche Faktoren des Konsums, sind daher teilweise als auf fachlicher Erfahrung basierende Vermutungen zu deuten und weniger als beweiskräftige Tatsachen.

4.2.1 Ergebnisse zur Gemeinschaft der ehemaligen Ostblockländer

Häufig werden Personen aus Balkanstaaten und Ex-UdSSR zusammenfassend als eine Gemeinschaft mit problematischem Substanzgebrauch gesehen.

Heroin und Kokain werden am häufigsten als problematischer Substanzkonsum genannt. Das Verhältnis zwischen den beiden Substanzen ist allerdings nicht eindeutig. Alkohol wird teilweise mit aufgeführt, allerdings steht er weniger im Vordergrund. Als gefährdete Gruppen lassen sich junge überwiegend allein stehende Männer, teilweise auch Frauen, im Alter von ca. 18-30 Jahre identifizieren. Bezüglich der Substanz Alkohol werden auch Familienväter genannt.

Definition des problematischen Substanzkonsums

Der problematische Substanzkonsum lässt sich gemäß der Interviews an folgenden Kriterien festmachen:

→ Körperlich:

Es werden nur wenige Äußerungen zu körperlichen Symptomen abgegeben, was evtl. auch auf geringe medizinische Kenntnisse bei einem Teil der Befragten oder darauf zurückzuführen ist, dass es offensichtlich sei, dass körperliche Abhängigkeitssymptome vorhanden sind. Kernpunkte der Antworten sind Infektionen, insbesondere Hepatitis C.

⇒ Psychisch:

Psychische Probleme werden häufig genannt, allerdings wird zumeist keine Unterscheidung zwischen allgemeiner und durch Substanzkonsum verursachter psychischer Problematik gemacht.

⇒ Sozial:

Soziale Probleme werden sehr häufig angegeben. Probleme im und um das Wohnheim herum, die sich durch Gewalt oder Probleme mit den Nachbarn bemerkbar machen, Unzuverlässigkeit bzgl. wichtiger Termine und Missachtung von Regeln, aber auch verschärfte Integrationsprobleme und Einsamkeit durch den Konsum werden genannt.

⇒ Finanziell:

Auf finanzielle Probleme wird häufig geschlossen, da die Finanzierung des Substanzkonsums mit Hilfe des Taschengeldes undenkbar ist.

⇒ Strafrechtlich:

Konsum und Verkauf von Drogen sowie Beschaffungskriminalität (Diebstahl) führen zu strafrechtlicher Verfolgung, die wiederum das Asylantragsverfahren gefährden.

Insgesamt lassen sich folgende vorrangige Zielprobleme eingrenzen:

- soziale Probleme
- Infektionen, insbesondere Hepatitis C
- finanzielle Probleme

Faktoren des problematischen Substanzgebrauches

Die Antworten der Interviewten bezüglich der Faktoren des problematischen Substanzgebrauches lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Faktoren, die sich an *Unterschieden zwischen dem Heimat- und dem Gastland* festmachen lassen: Soziale Unterschiede gekoppelt mit zunehmender Einsamkeit im Gastland. Süchtige sind im Heimatland stärker marginalisiert und härteren Strafen ausgesetzt. Alkohol ist im Heimatland wesentlich billiger zu beschaffen. Es gibt abweichende Antworten hinsichtlich der Frage, ob der problematische Konsum bereits im Heimatland bestand oder nicht. Berücksichtigt man die Zuverlässigkeit und Kontakthäufigkeit der Befragten sowie die Häufigkeit der Nennungen, so dürfte die Aussage, dass der Konsum bereits im Heimatland stattfand, aber im Gastland gesteigert wurde, am ehesten die Realität abbilden. Die Aussage einer ehemaligen Russin, die auf die restriktivere strafrechtliche Verfolgung und Marginalisierung von Süchtigen im Heimatland hinweist, unterstreicht diesen Eindruck. Einzelne Aussagen vermuten demgegenüber, dass z.B. Alkoholkonsumenten im Heimatland erst im Gastland zu Heroinabhängigen wurden.

Faktoren, die von den Interviewten ursächlich dem **Heimatland** zugeschrieben werden: Kriegstraumen und persönliche Traumen, ökonomische und familiäre Probleme, Unsicherheit und fehlende Perspektive, mangelnde Prävention und Versorgung im Heimatland, missbräuchlicher Konsum bereits im Heimatland sowie günstiger Zugang zu hochprozentigem Alkohol im Heimatland.

Es werden von den Interviewten eine Reihe an Faktoren genannt, die auf das **Gastland** zurückzuführen sind: enttäuschte Hoffnungen und Illusionen; Einsamkeit; Isolation; fehlende Arbeitserlaubnis; Unsicherheit der Zukunft; Asyl-Status; keine Betreuung; lange Asylverfahren (bis zu 5 Jahre); kein Einkommen; Langeweile; Marginalisierung; Konfrontation mit einer Konsumgesellschaft, zu der sie keinen Zugang haben.

Ein besonderer Fall wird bei Jugendlichen gesehen, die zwischen zwei Kulturen hängen, sich grundsätzlich leichter integrieren (Schule), aber auch bestrebt sind, diese Integration auch 'umzusetzen', was den kulturell geprägten Drogenkonsum (Alkohol, Nikotin, Cannabis) im Gastland angeht.

Die **Verfügbarkeit** von Drogen scheint für diese Personengruppe in Luxemburg für harte Drogen höher zu sein als im Heimatland. Alkohol ist allerdings relativ zum Heimatland gesehen schwieriger zu bekommen, da er in Luxemburg teurer ist.

Welche **Funktionen oder Nutzen** sehen die Interviewten im problematischen Substanzgebrauch? Flucht und das Ertragen der Situation und der Unsicherheit durch Ablenkung und Beruhigung werden am häufigsten genannt. Der Konsum dient aber auch als Fortsetzung einer bereits bestehenden Sucht. Teilweise wird im Umgang mit der Droge der Gelderwerb durch Dealerei gesehen. Für Jugendliche, insbesondere bei Jungen, stellt die Neugierde und Integrationsfunktion eine wichtige Funktion von Alkohol, Nikotin und Cannabis dar. Demgegenüber ist bei den weiblichen Jugendlichen eher eine kulturelle Rebellion beobachtbar.

Weitere **einzelne Faktoren**, die eher gemutmaßt werden, beziehen sich auf die Promiskuität der allein stehenden jungen Erwachsenen im Gastland, den Peer-Einfluss sowie mögliche familiäre Probleme.

Zusammenfassend können drei Hauptursachen identifiziert werden:

- Die Asylsituation, geprägt von Enttäuschung und Desillusionierung, gekoppelt mit Einsamkeit und Arbeitsverbot im Gastland sowie mangelnder Betreuung.
- Bereits bestehende Abhängigkeit im Heimatland.
- Die fatale ökonomische und politische Situation, gekoppelt mit psychischer Belastung im Heimatland.

Kenntnisse der Zielgruppe über die Risiken der gebrauchten Substanzen, wie sie von den Interviewten gesehen werden

Kommunikationsprobleme (Sprache) und mangelnde Schulbildung schränken den Wissensstand ein. Viele erhalten ihr Wissen vom Ursprungsland, welches allerdings nur eingeschränkte Präventions- und Hilfsangebote bietet, durch eigene Erfahrungen und von anderen Konsumenten. Eltern sind eher nicht informiert. Die Kenntnisse über die Risiken werden von den Interviewten unterschiedlich eingeschätzt. Auf die gesamte Gemeinschaft (nicht nur Konsumenten) bezogen dürfte das Wissen eher gering sein, da es einerseits wenig Prävention und Aufklärung in den Heimatländern gibt, andererseits der Drogenkonsum ein Tabuthema ist. Der Kenntnisstand der Drogenkonsumenten wird unterschiedlich eingeschätzt. Befragte Personen, die für harm reduction (z.B. Spritzentausch) zuständig sind, bezeichnen den Kenntnisstand als gut, auch wenn das Verhalten nicht immer dem entspricht oder die Kenntnisse teilweise mit Mythen vermischt sind. Andere Befragte bezweifeln den ausreichenden Kenntnisstand der Konsumenten insbesondere bzgl. der Infektionsgefahren.

Bestehende effektiv präventive Interventionen oder Bedingungen

Es besteht eine medizinische Grundversorgung und Spritzentausch (harm reduction), wie für alle Personen in Luxemburg. Es gibt keine speziellen Interventionen für diese Gemeinschaft.

Benötigte effektiv präventive Interventionen oder Bedingungen aus der Sicht der Interviewten:

1. Informationen (möglichst in der jeweiligen Sprache)
2. Multiplikatoren/Kontaktpersonen (allerdings unterschiedliche Auffassung, wer Multiplikator ist: Peers, Eltern, Sozialarbeiter)
3. soziale Integration
4. Präventionsaktivitäten (vor Ort oder mit Hilfe von Jugendzentren)
5. Tagesstrukturierung / Freizeitgestaltung

Weitere Einzelnennungen: drogenkonsumierende Asylanten getrennt unterbringen; generelle Kampagne für Migranten; Arbeitsmöglichkeit ist Prävention; harm reduction auf jeder Ebene; mehr Kontrolle.

Prioritäten für die präventiven Interventionen oder Bedingungen aus der Sicht der Interviewten:

- Informationen; auch an Eltern
- kultur- und asylantenspezifische Prävention
- Sonstiges: Arbeitsmöglichkeiten, soziale Integration, Kommunikation und Familie als Schutzfaktor

4.2.2. Ergebnisse zur Gemeinschaft der schwarzafrikanischen Asylbewerber

Zumeist wird kein Ursprungsland spezifiziert und generalisiert von Afrikanern als Gemeinschaft gesprochen. Einzelne Interviewte spezifizieren Sprachgemeinschaften oder einzelne Länder, die eher den westafrikanischen Ländern zuzuordnen sind. Algerien oder andere nordafrikanische Länder werden nicht genannt, daher wird die Gemeinschaft im Weiteren auf Schwarzafrikaner eingegrenzt.

Cannabis wird am häufigsten als **problematische Substanz** für Luxemburg genannt. Allerdings erscheint die Problematik eher in der sozialen Akzeptanz zu liegen als in körperlichem und psychischem Leidensdruck. Der problematische Konsum von Kokain ist nicht eindeutig. Die Hauptproblematik liegt momentan eher im Verkauf. Es wird allerdings nicht ausgeschlossen, dass ein Teil der Verkäufer auch konsumiert. Aus einer Reihe von Hintergrundinformationen geht hervor, dass ein organisiertes Netzwerk einer afrikanischen Gruppe, die bereits seit ein paar Jahren auch in der Schweiz und in Österreich auffällig ist, den Markt mit Kokain überschwemmt. Dies hat zur Konsequenz, dass Kokain vermehrt auch von Heroin-Konsumenten genutzt wird. Andererseits wird es für Kokainkonsumenten nötig, vermehrt sedierende Substanzen wie Heroin einzunehmen, um wieder entspannen zu können. Insgesamt wirkt sich dies auf die Verhaltensweisen der Konsumenten aus, die vermehrt aggressiv auftreten.

Sowohl für den Konsum von Kokain als auch von Cannabis werden allein stehende junge Männer als **gefährdete Gruppe** gekennzeichnet.

Definition des problematischen Substanzkonsums

Es lassen sich nur wenige Kriterien für die Auswirkungen des als problematisch gekennzeichneten Substanzkonsums ausmachen, was insbesondere die Problemdefinition des Cannabiskonsums in Frage stellt. Die Äußerungen beschränken sich auf Aspekte der Hygiene und der Missachtung von Regeln. Für Kokain ist neben der strafrechtlichen Seite des Verkaufs das vermehrt wahrgenommene Gewaltpotenzial auffällig, welches im Kontext des Konsums und Verkaufs als höchst gefährlich und unkontrollierbar eingeschätzt wird. Gesundheitliche Folgeschäden werden dabei nicht allein bei der betroffenen Person, sondern vor allem bei unschuldigen Personen gesehen, die direkten oder indirekten aggressiven Handlungen ausgesetzt werden.

Faktoren des problematischen Substanzgebrauches

Der Konsum von Cannabis erscheint im Heimatland eher sozial akzeptiert zu sein und stößt bei fortgesetztem Gebrauch im Gastland auf soziale und rechtliche Probleme. Der fortgesetzte oder gesteigerte Konsum von Cannabis im Gastland wird auf dem Hintergrund einer unsicheren Zukunft und bestehender Langeweile gesehen. Hinsichtlich des problematischen Konsums und Verkaufs von

Kokain wird angegeben, dass dies teilweise erst in Luxemburg begonnen hat. Die Situation als desillusionierter Wirtschaftsflüchtling ohne Arbeitserlaubnis wird als auslösender Faktor im Gastland gesehen.

Es werden nur geringe **Kenntnisse** über die Risiken der Drogen angenommen. Cannabis wird von den afrikanischen Asylbewerbern generell als unbedenklich erachtet. Es bestehen keine spezifischen **Präventionsangebote** für die Gemeinschaft der Schwarzafrikaner. **Präventionsbedarf** wird in der Information bzw. Aufklärung gesehen, durch Multiplikatoren in Form von direkten Kontaktpersonen oder Eltern im Familienkontext sowie in einer stärkeren Integration der Asylbewerber.

4.3. Diskussion & Schlussfolgerungen

Diskussion der RAR-Methode

Der RAR-Prozess ist noch im Gange, daher können noch keine abschließenden Bewertungen abgegeben werden. Die bisherige Erfahrung hat gezeigt, dass RAR eine geeignete Methode ist, um Informationen zu sammeln und einen Überblick über aktuelle Tendenzen und Hinweise für Handlungsbedarf zu erhalten. Die Interviewsituation kann vom Verlauf sowie dem Kenntnisstand und der Rolle der Befragten sehr unterschiedlich sein, was eine flexible Vorgehensweise erfordert, ohne wichtige Schlüsselfragen auszulassen. Die vorgegebenen Fragen können daher manchmal zu spezifisch, zu abstrakt oder teilweise sogar situationsunangemessen für die Interviewten sein, was eine flexible Handhabung und Erklärung der Fragen durch die Interviewer notwendig macht.

Eine Besonderheit ergab sich auf Grund der Vielzahl an möglichen Interviewkandidaten. Die Anzahl an Interviews musste zwangsläufig auf Grund begrenzter zeitlicher und personeller Ressourcen eingeschränkt werden, was mit einem leichten Unbehagen einhergeht, möglicherweise wichtige Informationen zu verlieren. Dies wurde mit Hilfe einer Prioritätenliste gelöst, die auf der Grundlage verschiedener Kriterien erstellt wurde.

Diskussion der Ergebnisse

Das Bild, welches sich aus der ersten Interviewaktion ergibt, konzentriert sich auf zwei übergeordnete Gemeinschaften, die den größten Anteil der aktuellen Asylbewerber in Luxemburg darstellen: Personen aus dem ehemaligen Ostblock, insbesondere aus der Ex-UdSSR und dem Balkan, sowie Schwarzafrikaner, insbesondere West-Afrikaner. Während die Bedarfslage präventiver Maßnahmen in Bezug auf gesundheitliche Schädigung für die Gemeinschaft der Ex-UdSSR und der Balkanländer offensichtlich ist, erscheint dies für die westafrikanische Gemeinschaft weniger eindeutig. Es zeichnet sich allerdings ab, dass die Droge Kokain, unabhängig von einer spezifischen Gemeinschaft von Asylbewerbern und Flüchtlingen, in Luxemburg eine zunehmende Bedeutung erlangt, der es zu begegnen gilt. Weitere Informationen sind nötig, um festzustellen, wer die Konsumenten des zunehmenden Absatzmarktes für Kokain sind und inwieweit auch Asylbewerber dadurch betroffen sind.

Die aktuelle Veränderung der Charakteristik der Asylbewerber dürfte die Problematik des Substanzgebrauchs für diese Gruppe verstärken. Während Asylbewerber z. B. aus den Balkanländern ursprünglich zumeist mit ihrer ganzen Familie geflüchtet sind, kommen nun zunehmend alleinstehende Asylbewerber, die in Verdacht stehen, teilweise aus ökonomischen Motiven einzureisen. Dies hat zur Folge, dass neben der fortbestehenden psychischen Belastung, welche die Flucht aus dem Heimatland begründete, und der neuen Belastung auf Grund der Asylsituation Faktoren der Einsamkeit, Langeweile und Desillusion für die Alleinstehenden zusätzlich in verstärktem Maße wirken. Den fast einzigen sozialen Kontakt für diese Personen stellen die Landsleute dar, die sich in einer ähnlichen Asylsituation befinden. Besteht in diesen Strukturen bereits ein problematisches Konsummuster, so stellt dies einen weiteren Risikofaktor dar. Auf der anderen Seite erscheinen gerade diese alleinstehenden Personen weniger zugänglich als Familien. Die erhöhte Mobilität und soziale Ungebundenheit

der Alleinstehenden macht eine potenziell stabile Betreuung schwierig. Dieser Herausforderung muss sich auch eine suchtpreventive Maßnahme stellen.

Die Tatsache, dass ein Teil der Asylbewerber, für die ein problematischer Substanzkonsum auffällig ist, bereits im Heimatland konsumiert hat, verweist auf die notwendige Intensivierung der Schadensminimierung (harm reduction), auch wenn bereits bruchstückhafte Kenntnisse des Risikos bei dieser Gruppe zu vermuten sind. Insbesondere Neuankömmlinge benötigen nicht nur Kenntnisse über die Risiken, sondern auch über die vorhandenen Ressourcen (Kondome, Spritzenaustausch, medizinische Versorgung etc.).

Sowohl für primäre als auch für sekundäre Prävention sind Informationen, welche die jeweilige Kultur und Sprache berücksichtigen, unerlässlich. Informationen allein genügen nicht; dieser allgemeine Grundsatz der Prävention gilt auch für die Gruppe der Asylbewerber. Risikofaktoren zu mindern und Ressourcen zu stärken ist nicht ohne einen gewissen Aufwand und eine Infragestellung bestehender Strukturen und Prozesse im Rahmen der Asylpolitik zu leisten.

5. Ausblick

5.1. Fokussierung der Informationssammlung und -verwertung

Eine Fokusgruppe wird angestrebt, da sie Klärung von Widersprüchen und insbesondere eine Erarbeitung gemeinsamer Ziele und Strategien beteiligter Stakeholder ermöglicht. Auf der Grundlage dieser Fokusgruppe und der bisherigen Datenlage sind weitere gezielte Interviews möglich. Dabei können auch Personen der Zielgruppe wichtige Informationen liefern.

Die Kokainproblematik zeigt auf, dass hier eine Informationslücke besteht, wie der aktuelle Konsum dieser Substanz generell in Luxemburg zu bewerten ist und welche Präventionsansätze notwendig erscheinen. Dies geht über die eigentliche Gruppe der Asylbewerber hinaus. Die vorliegende Informationssammlung kann aber als Mitauslöser für die Motivation gesehen werden, eine gezielte Studie in Luxemburg zu diesem Thema durchzuführen.

5.2. Mögliche Präventionsansätze

Angesichts der weiterhin zunehmenden Asylbewerberzahl aus den Ostblockstaaten erscheinen sprachlich und kulturspezifisch geeignete Informationen für diese Gruppe als erste Maßnahme sinnvoll. Diese Ansicht wird von einer großen Anzahl der Interviewten geteilt.

Präventive Maßnahmen, die die psychischen Probleme und deren emotionale Bewältigung ansprechen, erscheinen als vordergründig für die primäre Suchtprävention. Bereits in der Studie der MSF wird ein dringender Bedarf für die Gesamtheit der Asylbewerber identifiziert. Für die Untergruppe der problematisch konsumierenden Asylbewerber trägt die Tatsache einer psychisch-emotionalen Belastung zu einer quantitativen und qualitativen Steigerung des Konsums bei oder gerät teilweise sogar als Mitauslöser eines problematischen Konsums in Verdacht.

Der Vorschlag der Interviewten, Multiplikatoren zu nutzen, erscheint ein sinnvoller Weg. Die Tatsache, dass Asylbewerber generell durch die Asylsituation belastet sind und auch nicht langfristig zur Verfügung stehen, schränkt die Möglichkeiten ein, Multiplikatoren aus der Mitte der Asylbewerber einzubinden. Erfolgsversprechender dürfte es sein, bestehende professionelle und freiwillige Helfer der

Asylbewerber zu nutzen und auszubilden. Die Tatsache, dass nur wenige Helfer einer großen Zahl an Asylbewerbern gegenüberstehen und somit ein individuelles Betreuungsverhältnis, wie es für den Multiplikatorenansatz notwendig wäre, kaum zu realisieren ist, macht auf die Notwendigkeit aufmerksam, generell das Betreuungskonzept für Asylbewerber zu überdenken.

Der gesamte Prozess des Asylverfahrens ist geprägt von einem hohen Maß an Anonymität, Untätigkeit und Unsicherheit. Dies verhindert eine Integration, und erhöht die Risiken von psychischen Krankheiten, problematischem Substanzkonsum und kriminellen Handlungen.

Dieses Ausmaß an Anonymität ist in der luxemburgischen Gesellschaft eher etwas Ungewöhnliches, da sie, durch die Größe bedingt, auf eine gewisse Tradition sozialer Eingebundenheit, Nähe und somit auch sozialer Kontrolle zurückschauen kann. Diese soziale Kontrolle kann in einer Gesellschaft restriktiver Meinungen negative Konsequenzen für Außenseiter haben, ist aber in einer offenen Gesellschaft eine wichtige Ressource für jeden Einzelnen und verhindert auf Grund der wohlwollenden Aufmerksamkeit und Verantwortungsübernahme Schaden für den einzelnen und die Gesellschaft.

Die Bewältigung der Probleme, die aus der Asylsituation sowohl für den Asylbewerber als auch für den Staat erwachsen, ist daher auch als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen, die verschiedene Organe der Gesellschaft angeht. Ein nachhaltiger präventiver Ansatz kann nicht ohne den Einbezug staatlicher und nichtstaatlicher Organisationen im Rahmen einer generellen Strategie für Asylbewerber gelingen. Die Idee einer sozialen Betreuung oder Begleitung für Asylbewerber, welche es schafft, sie aus ihrer Anonymität herauszuholen, ermöglicht es, Schaden zu verhindern und zu begrenzen. Anonymität ist ein Schutzraum für kriminelle Aktivitäten und für Verantwortungslosigkeit. Anonymität ist allerdings auch dann gewollt, wenn man sich auf potenzielle Einwanderer nicht einlassen und diese baldmöglichst wieder zurückschicken möchte, bevor sie eine Bindung zum Land aufgebaut haben.

Das Ausmaß an Konflikten in der Welt und die zunehmende Mobilität und Menge der Wirtschaftsflüchtlinge macht die Asylbewerberproblematik zu einem Dauerzustand für Europa und somit auch für Luxemburg. Der zeitweise Anstieg von Asylbewerbern in spezifischen Konfliktphasen, der sich nach einiger Zeit von selbst wieder auflöst, erscheint der Vergangenheit anzugehören. Für die Zukunft sind langfristige Strukturen notwendig, die diese Situation geeignet auffangen können, zum Schutz und Wohl sowohl der Luxemburger als auch der Asylbewerber.

‘SEARCH II’ in den Niederlanden

1.	TACTUS, Einrichtung für Suchthilfe	154
1.1.	Der Übergang von ‘SEARCH’ nach ‘SEARCH II’	154
2.	Die RAR-Methode	155
2.1.	Einführung	155
2.2.	Bestandsaufnahme der vorhandenen Informationen	155
2.3.	Interviews mit Schlüsselpersonen	157
3.	Konkretisierung mittels Wunschliste	158
3.1.	Einführung	158
3.2.	Aktivitäten	159
3.3.	Produkte	159
3.4.	Ergebnisse	160
4.	Schlussfolgerungen, Diskussion und Empfehlungen	161

Einige der im Text erwähnten ‘Anlagen’ finden Sie auf der beigefügten CD (in Niederländisch)

**TACTUS, Einrichtung für Suchthilfe, Abt. Prävention und Beratung
Deventer/Enschede, Niederlande**

**Jacobine Hielkema
Cor Struik
Enrico Berretta**

1. TACTUS, Einrichtung für Suchthilfe

TACTUS ist eine Spezialeinrichtung im Bereich der Suchthilfe: Menschen, die durch Alkohol, Drogen, Medikamente, Glücksspiel oder Essen in Probleme geraten oder durch eigenes Problembewusstsein zum Wunsch nach Veränderungen kommen, bietet TACTUS ambulante Hilfe sowie teilstationäre oder klinische Behandlung an. Wir bemühen uns, Suchtprobleme zu erkennen, sie zu beheben und ihnen vorzubeugen, sowie über den Umgang mit und Konsum von Suchtmitteln aufzuklären.

Das Arbeitsgebiet von TACTUS liegt im Osten der Niederlande, verteilt auf unterschiedliche Orte. In der Region Twente, dem Städtedreieck Zutphen-Apeldoorn-Deventer, und in der Region Ost-Gelderland unterhält TACTUS 25 Niederlassungen.

TACTUS als Organisation besteht seit 2001. Die Organisation ist entstanden durch Fusion von unterschiedlichen Suchthilfeeinrichtungen, die häufig bereits seit Jahrzehnten bestanden, einige sogar mehr als hundert Jahre.

Sowohl Menschen, die freiwillig um Hilfe ersuchen, als auch solche, die (u.a.) durch ihre Abhängigkeit mit der Justiz in Konflikte geraten, sind bei TACTUS willkommen (wobei allerdings bei der letzten Gruppe kaum noch von einer "freiwilligen Behandlung" gesprochen werden kann).

Eine weitere Zielgruppe der Arbeit von TACTUS ist das Netzwerk, in dem die Klienten leben, beispielsweise die Partner, die Familie, die Schule oder der Arbeitgeber, aber auch andere Hilfeinstanzen.

TACTUS arbeitet nach dem Hilfe-Prinzip: Nicht mehr als nötig, aber auch nicht weniger als verantwortlich (wir nennen das die "stepped care-Methode").

1.1. Der Übergang von 'SEARCH' nach 'SEARCH II'

Nachdem 'SEARCH' abgeschlossen war, stellte TACTUS eine Steuerungsgruppe "AMA-Prävention" zusammen. Die meisten Mitglieder waren die Menschen, die während der ersten Projektphase als Mitglieder der Fokusgruppe beteiligt waren. In dieser Steuerungsgruppe wurde begonnen mit

1. der Entwicklung eines Entwurfes für das Training "Wahrnehmen und Vermitteln" und
2. der Entwicklung von ergänzendem Präventionsmaterial.

Es war ein mühsamer Prozess, wie auch anlässlich der 'SEARCH II'-Konferenz im Oktober 2002 berichtet wurde. Es war vor allem schwierig, die Manager der teilnehmenden Organisationen zu überzeugen. So nahmen anfangs die Teilnehmer aus diesen Organisationen an der Steuerungsgruppe auf eigene Verantwortung teil. Das bedeutete, dass keine verbindlichen Absprachen getroffen werden konnten. Aber nachdem alle Manager offiziell die Zustimmung gegeben hatten, dass ihre Organisation an der Steuerungsgruppe mitwirken darf, konnte die Entwicklung sowohl des Trainings als auch der Präventionsmaterialien in einem größeren Tempo fortgeführt werden.

Auffällig war, dass keine einzige Organisation bereit war, etwas zu bezahlen für die durch TACTUS angebotenen Trainings und Materialien.

In den vergangenen zwei Jahren wurde in jeder Steuerungsgruppensitzung über die Entwicklungen und Folgen der Asylpolitik der niederländischen Regierung diskutiert. Die niederländische Politik bezüglich AMA's veränderte sich, aber die Anlaufzentren für Asylsucher in Twente, die wir während

‘SEARCH’ besuchten, blieben offen für AMAs und andere junge Erwachsene ausländischer Herkunft. Wir gewannen den Eindruck, dass es für ‘SEARCH II’ wenig Veränderungen bezüglich der Zielgruppe, dem Gebrauch und Missbrauch geben würde.

2. Die RAR-Methode

2.1. Einführung

Die Arbeit in ‘SEARCH II’ bestand aus zwei Schritten:

- Der erste Schritt bestand aus einer kurzen Bestandsaufnahme, bezogen auf die vorhandenen Informationen. Wir suchten nach Antworten auf die Fragen, ob sich seit ‘SEARCH’ etwas – und wenn ja, was – verändert hat. Mit Hilfe der gewonnenen Informationen interviewten wir
- im zweiten Schritt wichtige Schlüsselpersonen. Die Schlussfolgerungen aus den Schritten 1 und 2 haben wir zusammen geführt und der Fokusgruppe vorgelegt. In der Folge wurden daraus die konkreten Aktivitäten entwickelt.

2.2. Bestandsaufnahme der vorhandenen Informationen

‘SEARCH II’ begann mit einer kleinen Erhebung bezüglich der Entwicklungen im Zusammenhang mit AMAs. Die Erhebung bezog sich auf im Internet verfügbare Informationen über neuere Entwicklungen. Danach wurden 6 Interviews mit Schlüsselpersonen aus Organisationen geführt, die direkt im Kontakt mit AMAs stehen. Das erbrachte Informationen über die Zu- und Abgänge in den Niederlanden, allgemeine Informationen über die Politik bezüglich AMAs, über die Folgen für sie und die Zukunft.

Wir fanden heraus, dass in der Politik wie in der Gesellschaft häufig die Rede von "beschleunigten Beurteilungsverfahren" ist, wodurch für diejenigen, die in die Niederlande kommen wollen, höhere Schwellen gesetzt werden. Obendrein ist die Asylpolitik zunehmend darauf gerichtet, dass Asylbewerber, darunter auch die AMAs, (in ihr Heimatland) zurück gehen. Das hat zur Folge, dass weniger Asylbewerber (und auch AMAs) in die Niederlande kommen. *Wenn* sie kommen, müssen sie in einem Anmeldezentrum auf eine Entscheidung über ihre Zukunft warten. Das hat wiederum zur Folge, dass zu viele leere Plätze in den Asylbewerberzentren und kleinen Wohneinheiten entstehen, so dass von "zu viel Personal" gesprochen wird. Entsprechend werden Asylbewerberzentren geschlossen und das Personal wird auf die anderen Asylbewerberzentren verteilt – was zu einer zunehmenden Verunsicherung des Personals führt.

▣▣▣ Zu- und Abgänge in den Niederlanden

Es kommen deutlich weniger AMAs in das Land: In 2002 lag die Zahl bei 2.199, zwei Jahre zuvor betrug sie noch das Dreifache. Es kommen auch deutlich weniger Asylsucher in das Land: 2002 waren es 18.667, während es 2001 noch 32.579 und 2000 noch 43.895 waren.

Der abnehmende Zustrom von neuen Asylanfragen hat es dem Einwanderungs- und Einbürgerungsdienst (IND) ermöglicht, sich um sorgfältige und schnelle Bewertung von Asylanfragen in den Anmeldezentren (AC) zu bemühen. In Kombination mit der Verschärfung der Landespolitik hat dies zu einer substanziellen Zunahme des Prozentsatzes geführt, der sich während des gesamten Asylverfahrens in den AC's aufhält. Durch die schnellen AC-Entscheidungen (binnen 48 Stunden) und

die schnellen Anschlussprozeduren (maximal 6 Monate) müssen Asylbewerber nicht mehr jahrelang auf die Ergebnisse ihres Asylverfahrens beim IND warten.

Die Anzahl der (umgesetzten) asylbedingten Ausweisungen hat im Jahr 2002 um fast ein Drittel (32,6 %) zugenommen. Im Jahr 2002 wurden 21.255 Personen ausgewiesen, während es in 2001 noch 16.023 waren.

▣ Die Politik im Zusammenhang mit AMAs

Die Politik im Zusammenhang mit AMAs hat sich verändert. Es sind zwei Möglichkeiten zu unterscheiden:

1. Die auf Rückkehr gerichtete Entwicklungsperspektive: das ist die sogenannte Basisvariante, auch Rückkehrvariante genannt.
2. Die auf Integration gerichtete Entwicklungsperspektive: die Aufenthaltsvariante, auch Integrationsvariante genannt.

Ergebnis ist, dass die Zukunftsperspektiven sowohl von erwachsenen als auch minderjährigen Asylbewerbern deutlich schlechter geworden sind als zuvor. Ebenso sind die Lebensbedingungen viel schlechter geworden: AMAs konnten früher ihr Verfahren in Ruhe abwarten, beispielsweise in einer kleinen Wohneinheit. Das ist nun nicht mehr möglich, sie müssen die Wartezeit während ihres Verfahrens in einem Auffangzentrum oder einem Asylbewerberzentrum verbringen. Danach gehen sie in einen Campus, ein Asylbewerberzentrum mit "Rückkehrpolitik" oder in eine kleine Wohneinheit, eine kleine Wohngruppe oder einen ergänzenden Auffang. Im Asylbewerberzentrum wiederum werden sie konfrontiert mit einer Vielzahl von Nationalitäten und müssen mit einer größeren Anzahl von Menschen in einem Raum schlafen etc.: kurzum, die Asylbewerber verlassen diese schnell wieder. Weiterhin sind die Möglichkeiten, das Verfahren zu durchlaufen, schnell erschöpft und das Asylbewerberzentrum darf erst verlassen werden, wenn eine Aufenthaltsgenehmigung vorliegt.

Für AMAs gilt, dass sie in einen "Campus" gehen müssen, wenn sie eine negative Verfügung erhalten. Das ist ein Zentrum, dessen Politik auf die Abschiebung in das Herkunftsland ausgerichtet ist.

▣ Die Folgen

All diese Entwicklungen verursachen mehr Stress, Probleme und Spannungen. Das äußert sich bei den Asylbewerbern durch allerlei psychische und körperliche Symptome wie Schlaflosigkeit, Angstanfälle, Depressionen, Kopfschmerzen, Magen- und Bauchschmerzen.

Die Zunahme von Stress und Spannungen führt auch zu einer Zunahme des Konsums von Suchtmitteln, vor allen Dingen Alkohol und Cannabis. Zwar handelt es sich meist um experimentellen oder Probierkonsum, manchmal aber auch um problematischen Konsum.

▣ Die Zukunft

Für den "Zentralen Asylbewerberauffang" ist für 2005 eine Zahl von 30.000 Auffangplätzen geplant. Es ist wahrscheinlich, dass die oben genannten Folgen dadurch verstärkt werden.

Was landesweit gilt, gilt auch für die Region Twente. Es kommen viel weniger Asylbewerber, vor allen Dingen weniger AMAs. Von den in der Region Twente vorhandenen 120 Stellen werden innerhalb kurzer Zeit 34 geschlossen. Viele Asylbewerber sind daher gezwungen, umzuziehen. Vor allen Dingen kleinere Auffangeinrichtungen wie die ergänzenden Auffanghäuser, der kleine zentrale Auffang und Selbsthilfeinitiativen werden geschlossen. Dadurch entsteht Unsicherheit über die Zukunft. Viele Asylbewerber müssen zurück in ein Asylbewerberzentrum, während sie daran gewohnt waren, in einem Haus in der Stadt oder einem Dorf zu wohnen. Derzeit (Mitte 2003) sind im

Asylbewerberzentrum Markelo 80 – 85 AMAs untergebracht. Sie warten auf eine Aufenthaltsgenehmigung und gehen außerhalb des Asylbewerberzentrums zur Schule. Die meisten AMAs stammen aus Afrika (Kongo, Angola und Sierra Leone). Das kann allerdings in relativ kurzer Zeit wieder anders sein.

⇒ Schlussfolgerung

Auf Grund der vorgefundenen Informationen vermuteten wir, dass wir in 'SEARCH II' wahrscheinlich auf die selbe Zielgruppe stoßen würden. Ob sich das bewahrheiten würde, wurde mit Hilfe der Interviews mit den Schlüsselpersonen überprüft.

2.3. Interviews mit Schlüsselpersonen

Insgesamt wurden 6 Interviews mit Vertretern der folgenden Organisationen geführt:

1. Asylbewerberzentrum
2. MOA AZC (2x)
3. Polizei Borne
4. Nidos Enschede
5. Büro "Thuiszorg" Hengelo, Büro Sozialarbeit "Neuankömmlinge / Integration"

Die in den Interviews gestellten Fragen befassten sich mit

- den Entwicklungen im Zusammenhang mit AMAs innerhalb der Organisation,
- den Trends im Zusammenhang mit Drogen- und Alkoholkonsum,
- den konsumierten Substanzen bzw. Alkoholformen,
- den Stellen, an denen der Konsum stattfindet,
- der Tatsache, ob der Konsum als problematisch erfahren wird,
- den hierauf Einfluss nehmenden Faktoren,
- den Gruppen, bei denen von problematischem Konsum zu sprechen ist und
- um welche Mittel es dabei geht.

Aus den Antworten formulierten wir eine Reihe von Schlussfolgerungen:

1. Die neue AMA-Politik hat zur Folge, dass weniger AMAs aufgenommen werden und dass sie länger im Auffang bleiben. Sie wechseln weniger schnell in andere Wohneinheiten.
2. Spannungen und Unsicherheiten führen vornehmlich zu mehr Alkoholkonsum.
3. In den Zentren werden vornehmlich Alkohol sowie Cannabis konsumiert.
4. Es ist unklar, ob in den Zentren gedealt wird.
5. Die Zielgruppe für 'SEARCH II' ist nahezu die selbe wie die für 'SEARCH': junge erwachsene Alleinstehende in den Zentren.

Verglichen mit den Ergebnissen von 'SEARCH' stellen wir fest, dass es wenige grundsätzliche Unterschiede gibt. Wichtig ist, dass die Anzeichen verstärkt sind: Die neue AMA-Politik sorgt dafür, dass weniger AMAs in die Niederlande gelangen. Gleichzeitig stellen wir eine steigende Anzahl von illegalen Asylbewerbern (einschließlich AMAs) fest, mit allen dazu gehörenden Problemen und Folgen.

⇒ Zusammenkünfte der Fokusgruppen

Die Ergebnisse der Erhebung legten wir einer Fokusgruppe vor. Insgesamt fanden zwei Bespre-

chungen statt (im April und im Juni), die wir auf drei Zusammenkünfte aufteilten. Für die Bildung der Fokusgruppe nutzten wir die Kontakte aus 'SEARCH'. Wir baten die Steuerungsgruppenmitglieder, Mitglieder der Fokusgruppe zu werden oder aber jemanden aus der Organisation darum zu bitten. Die Fokusgruppe setzte sich zusammen aus Menschen von folgenden Organisationen: Adhesie (ambulante "Geistige Gesundheitsfürsorge"), "Internationale Schakelkassen" (ISK), Medizinischer Auffang Asylbewerber (MOA), Nidos (Vormundschaftsvereinigung), Jarabee (Jugendhilfe) und der "Zentrale Auffang Asylbewerber" (COA). TACTUS hat jeweils die Initiative ergriffen und die Zusammenkünfte organisiert und geleitet.

Während der ersten Fokusgruppensitzung legten wir den Teilnehmern die Ergebnisse der Interviews vor. Es fand eine Konsens-Diskussion der Schlussfolgerungen statt. Die erste Schlussfolgerung erhielt die Ergänzung, dass als Folge der Schließungen AMAs auch schneller "verlegt" werden, mit weitreichenden Folgen auch für das Personal. Eine weitere Schlussfolgerung war, dass AMAs zunehmend unter Druck geraten durch die wahrscheinlicher werdende Abschiebung. Die durch diesen Druck entstehende Unsicherheit, was mit ihnen passieren wird, macht den Griff zum Alkohol wahrscheinlicher.

Eine Ergänzung zu der Schlussfolgerung, dass in den Zentren vor allem Alkohol und Cannabis konsumiert werden, ist, dass dies offenbart zunimmt. Es bleibt allerdings unklar, ob in den Zentren gedealt wird.

Für 'SEARCH II' ist die Zielgruppe nahezu die selbe geblieben: Wir haben die Zielgruppe lediglich erweitert von AMAs auf junge erwachsene Alleinstehende in den Zentren. Der Hintergrund von 'SEARCH II' ist damit praktisch identisch mit dem von 'SEARCH'.

AMAs und andere junge erwachsene Asylbewerber leben in einem Asylbewerberzentrum auf sich allein gestellt. Seit der neuen Asylbewerberpolitik gibt es immer weniger junge Erwachsene, die selbständig leben. Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr werden durch Nidos begleitet, eine Vormundschaftsorganisation. Das Leben in einem Asylbewerberzentrum ist eine in sich geschlossene, das Leben in anderen Wohneinheiten eine eher offene Situation.

In den darauf folgenden Zusammenkünften wurde uns deutlich, dass die Erstellung von Plänen eine schwierige Sache werden würde. Alle Mitglieder stimmten darüber ein, dass das, was heute wichtig ist, morgen schon ganz anders sein kann.

3. Konkretisierung mittels "Wunschliste"

3.1. Einführung

Während der Fokusgruppensitzung im April 2003 wurde eine Inventarisierung aller Wünsche der teilnehmenden Organisationen durchgeführt. Diese Wünsche sind in einer Tabelle wieder gegeben, die als Anlage I zu finden ist (auf der CD Rom, in Niederländisch).

Es scheint, dass die Wünsche der unterschiedlichen Organisationen ziemlich nah beieinander liegen:

- Es besteht ein Bedarf für allgemeine Aufklärung für die AMAs selbst,
- es besteht ein Bedarf für die Entwicklung von (mitzugebendem) Aufklärungsmaterial und
- es besteht ein Bedarf für Schulungen/Trainings für die Mitarbeiter, die mit AMAs arbeiten.
- Die Fähigkeit, eventuellen Gebrauch von Drogen und/oder Alkohol besser wahrzunehmen

und die Fähigkeit, darüber mit den AMAs ins Gespräch zu kommen, stehen auf der Bedarfsliste aller Organisationen.

Auf der Grundlage dieser Wünsche hat TACTUS ein Angebot entwickelt und den unterschiedlichen Organisationen unterbreitet. Dieses Angebot ist als Anlage II beigefügt (auf der CD Rom, in Niederländisch).

3.2 Aktivitäten

Das Angebot wurde den verschiedenen Organisationen vorgelegt. Obwohl die Wünsche aus den Organisationen heraus formuliert worden waren, entstand nicht die erwartete große Nachfrage. Die dafür angegebenen Gründe waren, dass die internen Probleme in Folge der geänderten Asylpolitik so groß waren, dass sie nicht (mehr) in der Lage waren, Mitarbeiter/-innen in die Trainings zu schicken.

Ungeachtet dessen wurden unterschiedliche Präventionsaktivitäten durchgeführt:

Bezeichnung der Aktivität	Dauer	Zielgruppe
Allgemeine, grundlegende Aufklärung	2 Stunden	AMAs
Workshop "Dopeheads"	2 Stunden	Multiplikatoren: <ul style="list-style-type: none"> • GVO-Kräfte • Lehrkräfte des ISK Rijssen und Almelo • MOA-Pflegekräfte • AMA-Mitarbeiter des COA
Training "Wahrnehmen und Weitervermitteln"	3 Blocks von je 3 Stunden	
Training "Wahrnehmen und Begleiten"	4 Blocks von je 3 Stunden	

3.3. Produkte

Wie aus den Wünschen der Organisationen deutlich wurde, gab es Bedarf für Aufklärungsmaterial für AMAs. Wir haben ein Aufklärungspaket entwickelt, das den Namen "**Dopeheads!**" erhielt. Dieser Name wurde gewählt, weil dies ein Ausdruck ist, der in der Jugendkultur benutzt wird. Damit wird im negativen Sinne ein Jugendlicher gemeint, der Drogen konsumiert.

Die Materialien mussten eine Anzahl von Bedingungen erfüllen. Sie mussten brauchbar sein für jugendliche Asylbewerber; das bedeutet, dass diese Materialien so wenig Text und so viele Abbildungen wie möglich enthalten mussten:

- Die eingesetzten Abbildungen mussten so international wie möglich sein.
- Die Materialien wurden als Paket eingeführt. Sie können unabhängig voneinander eingesetzt werden, aber auch als Gesamtheit. Es ist in jedem Fall so, dass sie bei vollständigem Einsatz mehr leisten als die Summe der Teile.
- **Dopeheads!** eignet sich für jeden, der in einer Gruppe von minderjährigen und/oder jungen

erwachsenen Asylbewerbern und Migranten eine Diskussion über Drogen, Alkohol und Glücksspiel entstehen lassen will.

- Die Drogen, Alkohol und Glücksspiel, über die gesprochen wird, sind in drei deutliche Gruppen eingeteilt. Die Einteilung basiert auf der Wirkung "betäubend", "stimulierend" und "bewusstseinsverändernd". Jede dieser drei Wirkungen hat auch eine eigene Farbe. Es gibt allerdings auch Drogen mit einer doppelten Wirkung, diese haben auch doppelte Farben. Die Farbgebung ist in dem gesamten Aufklärungspaket wieder zu finden.
- Zu den dargestellten Drogen, Alkohol und Glücksspiel werden vier Fragen gestellt:
 - Was ist es?
 - Wie wirkt es?
 - Macht es abhängig?
 - Welche sind die Risiken?

Das Aufklärungspaket enthält eine Anleitung, Arbeitsbücher für die Jugendlichen, drei Männchen, die jedes eine eigene Stimmung ausdrückt, ein Set von 40 laminierten Karten und eine Musik-CD. Diese CD enthält 12 Musikstücke. Zu jeder Stimmung und Droge, zu Alkohol und Glücksspiel gehört eine eigene Welt, also auch eigene Musikstile. Ein Beispiel dieser Materialien ist als Anlage III zu finden (auf der CD Rom in Niederländisch).

Die im Workshop eingesetzten Folien finden sich als Anlage IV. Für die Trainings wurde ein Leitfaden entwickelt. Dieser Leitfaden ist beigefügt als Anlage V (beide Anlagen auf der CD Rom in Niederländisch). Bilder der Figuren, Karten etc. befinden sich ebenfalls auf der CD Rom.

3.4. Die Ergebnisse

Bei der Umsetzung der Präventionsaktivitäten haben wir geprüft, welchen ersten Eindruck die Multiplikatoren von den entwickelten Materialien haben und ob sie sich vorstellen können, mit diesen Materialien zu arbeiten. Darüber hinaus fanden wir es interessant zu erfahren, ob die von uns gewählte Methode, die Materialien bei den Multiplikatoren vor zu stellen, die richtige war. Die Frage, ob die entwickelten Materialien die besten sind, wurde in diesem Projekt nicht überprüft. Die eingesetzte Fragenliste und die Ergebnisse sind als Anlage VI angefügt (auf der CD Rom, in Niederländisch). Wir geben die wichtigsten Schlussfolgerungen im Folgenden wieder, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Gruppen der Antwortenden klein waren.

Der Workshop

Es wurden zwei Workshops durchgeführt. Am ersten Workshop nahmen 10 Lehrkräfte des ISK und am zweiten Workshop 4 GVO-Kräfte teil. In den zwei Stunden lernten sie die Materialien von "Dopeheads!" kennen.

Das Programm des Workshops sah folgendermaßen aus:

- 10 Minuten Einführung zu TACTUS
- 60 Minuten Aufklärung über Alkohol, Cannabis, Pilze, XTC, Kwat und Schlaftabletten
- 10 Minuten zum Thema "Wahrnehmung"
- 40 Minuten Einführung und Übungen zu "Dopeheads!"

Insgesamt wurden die Workshops im Durchschnitt mit einer "8" bewertet.

[Anmerkung d. Übersetzers: die Note "8" im Niederländischen entspricht einer "2" im Deutschen].

Die GVO-Kräfte fanden die Gruppe zu klein, die Lehrkräfte waren mit der Gruppengröße zufrieden. Keiner der Teilnehmer fand, dass relevante Themen nicht behandelt wurden, obwohl im allgemeinen angemerkt wurde, dass die Zeit zu kurz war, um alles zufriedenstellend ab zu handeln. Auch der Aufbau des Programms muss überdacht werden, da – so einige Kommentare – es große Unterschiede bei den Anmerkungen über das Verhältnis von Theorie und Praxis gibt.

Der erste Eindruck zu **"Dopeheads!"** ist im allgemeinen positiv. Sie waren davon sehr angetan. Die Lehrkräfte benoteten die Materialien mit durchschnittlich 7,9 und die GVO-Kräfte mit 8,8. Die GVO-Kräfte haben vor, mit den Materialien zu arbeiten. Die Lehrkräfte sind etwas zurückhaltender, vor allen Dingen, was den Einsatz der Musik-CD und der Männchen betrifft.

Die Trainings

Es wurde ein Training "Wahrnehmen und Weitervermitteln" durchgeführt, an dem 9 MOA-Pflegekräfte teilnahmen sowie ein Training "Wahrnehmen und Begleiten", an dem 4 AMA-Mitarbeiter des COA teilnahmen.

Die ersten drei Zusammenkünfte waren bei beiden Trainings identisch, das Training "Wahrnehmen und Begleiten" hat eine vierte, zusätzliche Zusammenkunft. Jede Zusammenkunft dauerte 3,5 Stunden.

Insgesamt wurden die Trainings durchschnittlich mit einer "8" bewertet. Die meisten Teilnehmer fanden die Anzahl der Zusammenkünfte gut. Es wurden einige Themen bei den Trainings vermisst, insbesondere Psychiatrie und Untersuchungsergebnisse im Zusammenhang mit körperlichen, psychischen und physiologischen Aspekten, kurz- und langfristige Abweichungen.

Alle Teilnehmer gehen davon aus, dass sie das Gelernte direkt in der Praxis einsetzen können.

4. Schlussfolgerungen, Diskussion und Empfehlungen

Der Start und die Entwicklungen von 'SEARCH II' verliefen träge. Die wesentlichste Ursache dafür war die geänderte AMA-Politik. Während der Zusammenkunft im August 2003 wurde deutlich, dass verschiedene Mitglieder der Fokus-Gruppe – und später der Steuerungsgruppe – als Folge der veränderten Politik nach einem neuen Job suchten, diesen fanden und dem zu Folge weg zogen. Das bedeutete, dass für das Projekt eine neue Kontaktperson gefunden werden musste. Weiterhin wussten wir nicht sicher, ob die anwesenden Fokusgruppenmitglieder beim nächsten Mal wieder dabei sein würden. Darüber hinaus wurde durch die Steuerungsgruppenmitglieder immer wieder verdeutlicht, dass das Management ihrer Organisation nicht in die Trainings investieren wollte – was abermals deutlich wurde durch die Tatsache, dass keine einzige Organisation für das Angebot von TACTUS etwas zahlen wollte. Aber auch, als das Angebot gemacht wurde, alles aus dem Projekt zu finanzieren, war man nicht begeistert. Der wichtigste Grund dafür ist die Tatsache, dass die geänderte Asylbewerberpolitik starke interne Umorganisationen verursachte, wodurch die Menschen nicht sicher sein konnten, ob sie dort auch weiter würden arbeiten können.

Trotz dieser Entwicklungen als Folge der AMA-Politik blieb die Frage nach Materialien, mit denen die eigene Durchführung von Aufklärung über Suchtmittel, Alkohol und Glücksspiel ermöglicht wird.

Diese Materialien mussten aus unserer Sicht einer Reihe von Anforderungen genügen. Zunächst ist die Durchführung von Aufklärung über Suchtmittel, Alkohol und Glücksspiel ein eigenes Fachgebiet. Die

Präventionsmitarbeiter einer Suchthilfeeinrichtung sind darin spezialisiert. Sie haben die Kenntnisse über die Suchtmittel und Alkohol und halten diese auf dem Laufenden. Auch verstehen sie es, diese Kenntnisse weiter zu geben. Und daher wissen sie, wie ein Multiplikator eine solche Aufklärung am Besten angehen kann. Vor dem Hintergrund dieses Kriteriums wurde die Entscheidung für einen einfachen Aufbau getroffen, der dennoch auch für andere Fachkräfte in der Praxis umsetzbar ist. Wir entschieden uns für Arbeitsmethoden, bei denen das wichtigste Ziel ist, Gespräche unter den Jugendlichen anzuregen. Darauf liegt das Gewicht, die tatsächlichen Substanzkenntnisse sind von untergeordneter Bedeutung. Die Kenntnisse, die ein Multiplikator vermittelt, sind reduziert auf vier Fragen: (1) Was ist es? (2) Wie wirkt es? (3) Was sind die Risiken? und (4) Wie suchterzeugend ist es? Diese Fragen tauchen bei jeder Substanz auf. Das alles bedeutet, dass der Multiplikator sowohl Diskussionsleiter wie Dozent ist.

Ein anderes Kriterium ist, dass das zu entwickelnde Material so wenig Text und so viel Bildersprache wie möglich enthalten muss. Das ist der Grund, warum viel Bildmaterial in dem Arbeitsbuch und den Plastikkarten, den Männchen und der Musik-CD verwendet wurde.

Ob wir in diesem Rahmen erfolgreich waren, müssen wir abwarten. Während des Workshops wurde deutlich, dass eine Anzahl der Teilnehmer sehr unsicher war, ob sie das Paket überhaupt einsetzen werden. So begeistert sie auch darüber waren, wie die Materialien gestaltet sind, zweifeln sie daran, ob sie über genügend Hintergrundinformationen verfügen. Darüber hinaus haben wir den Eindruck, dass besonders Lehrkräfte ihre Zweifel daran haben, ob sie mit Material arbeiten können, für das es relativ wenig Gebrauchsinformationen gibt. Das ist ein bedenkenswerter Punkt, der auch in Zukunft weiter untersucht werden sollte.

Ein anderer wichtiger Effekt ist, dass die Multiplikatoren sich die Frage stellen, welche Haltung sie gegenüber den Substanzen und Alkohol einnehmen müssen, wenn sie mit dem Paket "Dopeheads!" arbeiten. Das führt zu einer Diskussion innerhalb der Schule und der Organisation, wozu die Hilfe von TACTUS eingeholt werden kann. Auch das ist für die Zukunft ein bedenkens- und untersuchenswerter Aspekt.

Die Projektlaufzeit war zu kurz, um fest zu stellen, ob das entwickelte Material den Praxisanforderungen genügt. Die durchgeführten Aktivitäten, mit denen die Präventionsmaterialien eingeführt wurden, wurden zwar evaluiert, aber es wäre wünschenswert gewesen, wenn für die Evaluation des Praxiseinsatzes mehr Zeit zur Verfügung gestanden hätte.

Eine zweite Liste mit Evaluationsfragen wurde den Teilnehmern der Trainings mit gegeben, worin sie ihre Erfahrungen festhalten können. Wir hoffen, dass damit weitere Informationen geliefert werden, obschon wir uns darüber im Klaren sind, dass die alltäglichen Dinge immer im Vordergrund stehen. Abschließend wollen wir eine letzte auf die Zukunft gerichtete Anmerkung machen.

Nach dem Abschluss von 'SEARCH' haben wir festgestellt, dass die RAR-Methode eine wertvolle, sehr brauchbare Methode ist. Wir stellten fest, dass die Entwicklung und Etablierung eines Netzwerkes unverzichtbar ist (und von uns erfolgreich etabliert wurde) und - dass die Projektlaufzeit zu kurz war.

Nun, zum Abschluss von 'SEARCH II' blicken wir zurück und stellen fest, dass wir trotz der vielen Veränderungen, die sich im Arbeitsgebiet ergeben haben, dennoch sehr gut mit den unterschiedlichen Organisationen zusammen arbeiten konnten. Die Zeit, die uns zur Verfügung stand, war in jedem Fall

nötig. Aber die Tatsache, dass einem Projektmitarbeiter Zeit zur Verfügung gestellt wird, um die Aktivitäten innerhalb des Projektes durchzuführen, erscheint notwendig, um das Projekt zu einem erfolgreichen Ende bringen zu können. 'SEARCH II' ist nun zu Ende. Die Aktivitäten sind in Gang gebracht und wir können feststellen, dass wir mit dem Schluss der Förderung durch das Projekt die Aktivitäten nicht einstellen können und dürfen. Wie wir es bereits in den Schlussfolgerungen beschrieben haben:

Es ist (und bleibt) noch viel zu tun!

‘SEARCH II’ in Portugal

1.	Das „Institut für Drogen und Drogenabhängigkeit“ (IDT)	166
2.	Die nationale Koordinationsstruktur	166
3.	Die Zielsetzung des IDT	167
4.	Die Struktur des IDT	168
5.	Typisierung der Dienste	169
6.	Mitwirkung am Projekt ‘SEARCH II’	170
7.	Zitierte portugiesische Gesetze und staatliche Dokumente	174

"Institut für Drogen und Drogenabhängigkeit" (IDT), Lissabon/Setúbal, Portugal

Joaquim Fonseca
Célia Santos

1. Das "Institut für Drogen und Drogenabhängigkeit" (IDT)

Nach den Parlamentswahlen im März 2002 gab die neu gewählte Regierung die Koordination der Drogenpolitik in die Verantwortung des Gesundheitsministeriums (vorher unterstand dieser Bereich dem Ministerrat). Zur gleichen Zeit fusionierte das Portugiesische Institut für Drogen und Drogenabhängigkeit (IPDT) mit der "Organisation für Drogenmissbrauch, Prävention und Behandlung" zu einer neuen Institution: Das heutige "Institut für Drogen und Drogenabhängigkeit" (IDT).

2. Die nationale Koordinationsstruktur

Wenn man sich die Koordinationsmechanismen anschaut, die sich seit der Neuentwicklung und Verabschiedung (1999) der portugiesischen Drogenstrategie entwickelten, haben sich zwei Koordinationsebenen herauskristallisiert:

- Die politische Ebene mit der Bestallung eines Regierungsmitglieds mit spezieller Verantwortung für die Drogenpolitik (seit März 2002 unterliegt die Koordination der Drogenpolitik dem Gesundheitsministerium);
- Die technische Ebene mit einer Regierungsagentur (dem IDT) in der Verantwortung des erwähnten Regierungsmitglieds.

Der Vorstandsvorsitzende des IDT hat auch die Rolle des Nationalen Koordinators inne, der dem Gesundheitsminister direkt Bericht erstattet und der die Umsetzung der 'Nationalen Drogenstrategie' garantiert. Der nationale Koordinator fördert auch die Bildung lokaler, regionaler und nationaler Verwaltungsstrukturen für eine gemeinsame Anstrengung gegen Drogengefahren und repräsentiert gleichzeitig – auf Regierungsebene – Portugal auf dem Gebiet der Bekämpfung des Drogenmissbrauchs.

Weiterhin gibt es einen interministeriellen und einen nationalen Rat:

Der **interministerielle Rat für die Bekämpfung von Drogen und Drogenabhängigkeit** ist die leitende Körperschaft auf ministerieller Ebene mit der Aufgabe, die Umsetzung der nationalen Strategie zu beobachten und zu evaluieren; er genehmigt den Aktionsplan und setzt Änderungen der nationalen Drogenbekämpfungspolitik um, wenn sie vonnöten sind. Den interministeriellen Rat bilden Vertreter aus den 11 Ministerien (Finanzen, Verteidigung, Außenministerium, Innenministerium, Justiz, Bildungsministerium, Wissenschaft und Universitäten, Städtebau, Umweltministerium, Arbeit und soziale Sicherheit und Gesundheit). Er hat weiterhin einen technischen Ausschuss, der sich zusammensetzt aus den Bevollmächtigten der Minister.

Der **Nationale Rat für Drogen und Drogenabhängigkeit** ist eine Beratungskörperschaft für den Ministerpräsidenten und verantwortlich für die Formulierung von Empfehlungen in allen Aspekten, die von der 'Nationalen Drogenbekämpfungsstrategie' abgedeckt werden. Er wird geleitet vom Ministerpräsidenten oder seinem Bevollmächtigten und setzt sich zusammen aus dem Nationalen Koordinator und Repräsentanten der Behandlungs- und Präventionseinrichtungen, örtlichen Behörden, Justizbehörden, öffentlichen und religiösen Verbänden, Universitäten, NGO's und der Medien. Der Nationale Rat hat beratende Befugnisse in Bezug auf die 'Nationale Strategie' und seine Fortschreibungen, auf den Aktionsplan und, wenn Bedarf besteht, auf Aktionen, Initiativen oder konkrete Projekte zur Umsetzung der Strategie.

3. Die Zielsetzung des IDT

Die Zielsetzung des IDT ist die Zusammenführung von Planung, Konzeption, Führung/Leitung, Überwachung und Einschätzung/Bewertung der verschiedenen Phasen der Prävention, der Behandlung, der Reintegration und Rehabilitation, der Kontrolle und Beherrschung der Drogen und der Abhängigkeit; höchste Effizienz der Koordination und politischen Umsetzung der definierten Strategien wird angestrebt.

Die Aufgabenstellungen des IDT:

- (a) Ausführung der Koordinationsaufgaben der nationalen Strategien gegen die Drogenproblematik. Diese Aufgabe wurde ihm vom Gesundheitsminister übertragen;
- (b) Förderung, Planung, Koordination, Ausführung und Bewertung der Programme für Prävention, Behandlung und Schadensreduzierung sowie der sozialen Reintegration der Drogenabhängigen. Diese Aufgabenstellung wird vom IDT in Zusammenarbeit mit den öffentlichen und privaten Körperschaften dieses Arbeitsfeldes (den örtlichen Gemeinwesen) wahrgenommen;
- (c) Förderung, Koordination, Unterstützung und Durchführung von öffentlichen und privaten Initiativen in dem Arbeitsfeld Prävention des Drogenkonsums und stoffbezogener Abhängigkeitserkrankungen;
- (d) Unterstützung der Regierungskommissionen bei der Meinungsbildung über Drogenabhängigkeit (Gesetz Nr. 30/2000, vom 29. November 2000);
- (e) Erhebung, Bearbeitung und Verbreitung von Daten, Informationen und wissenschaftlich-strukturellen Dokumentationen im Bereich der Drogenproblematik, namentlich bezüglich des Konsums und des Handels mit Betäubungsmitteln, anderen psychotropen Substanzen und deren Früherkennung;
- (f) Schaffung und Verankerung eines nationalen Informationssystems über Drogen- und Abhängigkeitsfragen;
- (g) Sicherung der Qualität des nationalen Fokuspunktes als Verpflichtungen des portugiesischen Staates (in Zusammenarbeit mit dem Observatorio Europeu da Droga e da Toxodependencia [OEDT]);
- (h) Weiterentwicklung politischer Strategien im Kampf gegen Drogen und stoffbezogene Abhängigkeitserkrankungen, sowie deren Evaluierung und Bewertung;
- (i) Sicherung der Kooperation mit externen Körperschaften in der Beherrschung von Drogen und stoffbezogenen Abhängigkeitserkrankungen;
- (j) Anregung und Entwicklung von Untersuchungen über Drogen und stoffbezogene Abhängigkeitserkrankungen;
- (k) Unterstützung der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften in den Arbeitsbereichen Prävention und Behandlung von Drogen und stoffbezogenen Abhängigkeitserkrankungen;

- (l) Untersuchung und Unterbreitung von gesetzgeberischen und Verwaltungsmaßnahmen im Bereich Drogen und stoffbezogene Abhängigkeitserkrankungen, sowie Unterstützung der Gremien bei ihrer Anwendung;
- (m) Beantwortung der vom öffentlichen Verwaltungsdienst (Servico da Administracao Publica) oder anderen privaten und öffentlichen Körperschaften gestellten Anfragen im Bereich "Befugnisse/Aufgaben";
- (n) Entwicklung von Maßnahmen, die geeignet erscheinen, die Beherrschung der Suchtrisiken in der Verbreitung von Medikamenten und anderen Substanzen, die Abhängigkeiten erzeugen können, weiter zu entwickeln (in Ergänzung zur Kompetenz des nationalen Instituts der Apotheken- und Medikamentenaufsicht [Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento]);
- (o) Lizenzierung/Genehmigung von privaten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung im Bereich "stoffbezogene Abhängigkeitserkrankungen";
- (p) Sicherstellung kontinuierlicher Zusammenarbeit mit der allgemeinen Gesundheitsbehörde (Direcção-Geral da Saúde) und anderen Gesundheitsdienstleistungsanbietern, die im Gesundheitssystem integriert sind, sowie den Versorgungsdienstleistungen des IDT.

4. Die Struktur des IDT

Die Aktivität des IDT entwickelt sich innerhalb nationaler und internationaler Rahmenbedingungen unter Einbeziehung folgender Instrumente:

⇒ *Im nationalen Rahmen:*

- Durch die "Nationale Strategie des Kampfes gegen Drogen" (Estrategia Nacional de Luta Contra a Droga),
- die 30 Hauptziele des Kampfes gegen Drogen und stoffbezogene Abhängigkeitserkrankungen 2004 und
- durch den nationalen Aktionsplan "Kampf gegen Drogen und stoffbezogene Abhängigkeitserkrankungen" (2004),
- durch eine Dokumentensammlung, die programmatische und fundamentale Aspekte im Kontext von Prävention und Behandlung von stoffbezogenen Abhängigkeitserkrankungen, Reduzierung von Risiken und Minimierung von Schäden, Entkriminalisierung von illegalen Drogen, Kontrolle von Angebot und Nachfrage und der Geldwäsche von Kapital und der internationalen Zusammenarbeit behandelt;

⇒ *Im internationalen Rahmen:*

- Durch die Konventionen der Vereinten Nationen und durch die Beteiligung an den Maßnahmen der Europäischen Union, und hier insbesondere durch die Beteiligung am Aktionsplan "Drogen und Sucht".

5. Typisierung der Dienste

Die IDT-Organen sind:

- der Verwaltungsrat; er wird gebildet von einem Vorsitzenden und drei Beisitzern, der Vorsitzende hat Vetorecht,
- der technisch-wissenschaftliche Rat (das Beratungsorgan des IDT),
- die Kommission für Ethik und Gesundheit (CES).

Um seine Aufgaben bewältigen zu können, verfügt der IDT über *zentrale, regionale* und *örtliche* Dienste.

Die dezentralisierten Dienste unterstehen der Führung durch die zentralen Organe des IDT und sind dem Gesundheitsminister (Ministro da Saude) unterstellt.

Zu den zentralen Diensten gehören:

- die Abteilung für Prävention (DP) ;
- die Abteilung für Behandlung, Wiedereingliederung und Schadensminimierung (DTRDR);
- die Abteilung für Planung und allgemeine Verwaltung (DPAG);
- die Beobachtungsstelle für Drogen und stoffbezogene Abhängigkeitserkrankungen (ODT);
- die Abteilung zur Unterstützung der Kommissionen zur Meinungsbildung über stoffbezogene Abhängigkeitserkrankungen (DACDT);
- das Büro für internationale Beziehungen (GRI);
- das Büro für juristische Studien (GEJ);
- das Büro für Außenbeziehungen (GRE);
- das Büro für Bildung (GF);
- die Beratung für den Verwaltungsrat des IDT (ACA).

Die regionalen Dienste als dezentralisierte Dienste des IDT haben die Aufgaben, die Aktivitäten auf regionaler Ebene (im Kontext der Aufgabenzielsetzung des IDT) umzusetzen, und zwar in den folgenden "Gesundheits-Regionen":

Bereits gebildet sind:

- die Delegation der Region Nord (DRN)
- die Delegation der Region Zentrum (DRC)
- die Delegation der Region Lissabon und Vale do Tejo (DRLVT)
- die Delegation der Region Alentejo (DRA)
- die Delegation der Region Algarve (DRAL)

Folgende örtlichen Dienste – spezialisierte Einrichtungen – sind für die Umsetzung der Aufgabenstellungen des IDT in den Bereichen Prävention, Aufklärung, Behandlung und soziale Reintegration Drogenabhängiger zuständig:

- Die Betreuungszentren für Drogenabhängige (CAT). Sie sind zuständig für die allgemeine Gesamtversorgung von drogenabhängigen Menschen. Sie bieten in den ambulanten Hilfsangeboten passgenaue therapeutische Maßnahmen auf individueller und gruppenbezogener Ebene an;
- die Entzugseinrichtungen (UD) sind – unter ärztlicher Verantwortung – zuständig für die Entwicklung von stationären Hilfen zur Behandlung der Entzugssyndrome;

- die therapeutischen Gemeinschaften (CT) sind – unter psychiatrischer Leitung – zuständig für die Behandlung und Versorgung von Drogenabhängigen, die einen stationären Langzeitaufenthalt mit sozio- und psychotherapeutischer Begleitung benötigen;
- die Präventionseinheiten (UP), die in ihren Distrikten die von den Regionaldelegationen und den Zentraldiensten geförderten Aktionen durchführen, Programme und Projekte der Primärprävention entwickeln, die interinstitutionelle Diskussion auf Bezirksebene intensivieren und darüber hinaus insbesondere die Einbindung der Gemeindeinstitutionen in die Entwicklung von primärpräventiven Aktionen unterstützen.

Es existieren derzeit 18 dieser Präventionseinheiten, eine für jeden Distrikt. Zu ihren Aufgaben zählen:

- die Implementierung von präventiven Strategien auf lokaler Ebene;
- die Beratung und erste Bewilligung von Projektanträgen;
- technische und finanzielle Hilfe für Projekte in den folgenden Bereichen:
 - Familie
 - Schule
 - Freizeiteinrichtungen
 - „Schulschwänzer“
 - Haftanstalten
 - sowie zur Realisierung des "Schul-Programms", dessen Ziel die Prävention von Jugendkriminalität in den Metropolen Lissabon, Setúbal und Porto ist.

Derzeit existieren 73 kommunale Präventionsprogramme. Ziel ist es, bis Ende 2004 308 einzurichten (flächendeckend für ganz Portugal).

6. Mitwirkung am Projekt 'SEARCH II'

Migration in Portugal

Portugal, ein Land, aus dem bis in die 80-er Jahre des letzten Jahrhunderts viele Menschen auswanderten, sieht sich in den letzten Jahren mit einer zunehmend größer werdenden Zahl einwandernder Menschen vornehmlich aus Afrika, Brasilien und nicht zuletzt aus Osteuropa konfrontiert:

- 1974 ff. entstand die erste Migrationswelle aus den ehemaligen portugiesischen Kolonien in Afrika,
- 1990 kamen zunehmend Menschen aus Brasilien nach Portugal,
- 1998 begann in größerem Umfang eine Einwanderungswelle aus den osteuropäischen Ländern.

Kamen im Jahre 1981 noch lediglich rund 54.000 Migranten nach Portugal, so waren es 1990 bereits 107.000. Im Jahre 2004 werden sich nach offiziellen Schätzungen etwa 450.000 Einwanderer in Portugal aufhalten (davon etwa 350.000 mit legalisiertem Aufenthaltsstatus), das entspricht etwa 5 % der Gesamtbevölkerung Portugals und etwa 9 % der Arbeitsbevölkerung. An einigen Schulen der großen Städte findet man bis zu 92 Muttersprachen. Die Einwanderer konzentrieren sich vornehmlich in den Gebieten Faro, Lissabon, Setúbal und Porto, den großen Ballungsräumen Portugals. Allerdings mehren sich die Anzeichen, dass insbesondere Zuwanderer aus Osteuropa zunehmend auch in den ländlichen Regionen Fuß zu fassen versuchen.

Der politische Fokus wird in den letzten Jahren zunehmend auf die Immigration gelegt. Das Budget des "Hohen Kommissars für Immigranten und ethnische Minderheiten" (ACIME) wuchs in den Jahren 2001 – 2003 um 331 %.

Diese noch relativ neue Entwicklung bringt eine Reihe von Problemen im sozialen, politischen, gesundheitlichen und juristischen Bereich mit sich. In der Bevölkerung entstanden fremdenfeindliche und xenophobische Tendenzen, die eine Integration und Teil-Legalisierung des Aufenthalts erschweren. Nach einer Untersuchung der Katholischen Universität Portugals aus dem Jahre 2002 antworteten auf die Frage "Glauben Sie, dass wir noch mehr Immigranten in unser Land lassen sollten": (Afrikaner): 74,4 % nein, Brasilianer: 71,7 % nein, Osteuropäer: 73,4 % nein. Gleichzeitig würde nach neueren Untersuchungen der Altersdurchschnitt der Bevölkerung (in der "Demographischen Pyramide": Erhebliche Verbreiterung der Altersgruppen 20/25 bis 40/44 Jahre!) von einer offensiveren Integrationspolitik erheblich profitieren (und damit große Teile des Sozialsystems).

Beispiel: Eine Erhebung in Montijo im Jahre 2003

Eine Erhebung des Migrations-Zentrums von Montijo/Region Setúbal im Jahre 2003 ergab, dass in dieser Region vorwiegend Menschen aus (in dieser Reihenfolge) Brasilien, Rumänien, Moldavien, Angola, Ukraine, Russland, Polen und Litauen gemeldet sind (Meldung im GAI = *Gabinete de Atendimento ao Imigrante da Câmara Municipal do Montijo*).

- 40 % waren 18 – 30 Jahre alt,
- 26,67 % 31 – 40,
- 23,33 % 41 – 50,
- 10 % waren älter als 50.

Von den hier erfassten Zuwanderern waren 60 % arbeitslos, 23 % gingen einer legalen Arbeit nach, 17 % einer illegalen.

Beteiligung am Projekt 'SEARCH II'

Das für Portugal relativ neue Phänomen der zunehmenden Einwanderung spiegelt sich in vielen Strukturen wieder, die versuchen, die Komplexität und Dimension dieser neuen Entwicklung zu verstehen und Interventionsstrategien zu unterbreiten. Das IDT begleitet diese Entwicklungen mit eigenen Initiativen, wie auch durch Unterstützung von Institutionen, die direkt mit Migranten arbeiten mit der Zielsetzung, Aktionen zur Suchtprävention für diese Zielgruppen zu entwickeln.

Da andererseits dieser Arbeitsansatz noch in den Kinderschuhen steckt, war die Beteiligung an dem Projekt 'SEARCH II' von großem Nutzen: sowohl wegen des fachlichen Austausches mit Kollegen anderer Länder, wie auch wegen der Weiterentwicklung von Forschungs- und Interventionsstrategien auf interner Ebene.

Angesichts der Kürze der Zeit, die wir für die Entwicklung des Projektansatzes zur Verfügung hatten, war es lediglich möglich, eine Erhebung von Informationen über das Phänomen anzugehen und in diesem Kontext Kontakt aufzubauen und Beziehungen zu stabilisieren zu "privilegierten Informanten" (Schlüsselpersonen), zu Menschen also, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit oder auch ihrer Nähe zu den Migrantengruppen ein gutes Wissen auch über Suchtentwicklungen und mögliche kultursensible Suchtpräventionsprojekte besitzen. Eine Fokusgruppe wurde eingeladen.

An dieser Konferenz, die in den Räumen der Bezirksregierung Setúbal abgehalten wurde, nahmen teil:

- Vertreter der Stadtverwaltung von Montijo (1 Bevollmächtigter, 1 Psychologe)
- Vertreter der Stadtverwaltung von Setubal (1 Psychologe)
- SEF (*SEF = staatlicher Grenzschutz*) (1 Inspektor, gleichzeitig Anthropologe)
- die regionale CARITAS-Vertretung (1 Soziologin)
- RAR Team (1 Psychologe, 1 Soziologin)

Es konnte weiterhin ein Interview mit einem Vorstandsmitglied der EDINSTVO (Organisation osteuropäischer Immigranten) durchgeführt werden, das Einblick in relevante Informationen brachte und zur Gründung eines Vereins zur Entwicklung gemeinsamer Aktionen führte.

Aus diesen Treffen resultierte eine große Material- und Datensammlung, die von dem Projektteam noch abschließend ausgewertet werden muss. Dennoch gehen wir bereits jetzt von folgenden relevanten Punkten aus:

1. Das Herkunftsland determiniert die Art des Integrationsprozesses in die aufnehmenden Gemeinwesen.

Das Bildungsniveau der aus Afrika stammenden Migranten ist weniger akademisch geprägt als das der Migranten aus Osteuropa, die häufig hohe akademische Qualifikationen besitzen, obwohl auch sie oft Arbeitsstellen haben, die deutlich niedrigere Schulabschlüsse voraussetzen.

Bezüglich der Wohnsituation wird die von den Afrikanern begründete und seit Jahren aufrechterhaltene Tradition der Erbauung von wilden illegalen Vierteln rund um die großen Städte (slums) von den neuen Migrantengruppen durchbrochen: Sie wollen bessere Unterkünfte und leben in kleinen Wohnungen, die sie sich mit mehreren Landsleuten teilen.

Die tradierte Migrantenkonzentration rund um die großen Städte wird, wie erwähnt, tendenziell verändert durch einen großen Zustrom von Migranten aus Osteuropa in die landwirtschaftlichen Regionen des Landes. Dieser Umstand hat die Wiederbevölkerung des Landesinnern, und so gesehen auch eine gewisse wirtschaftliche Erholung, bewirkt, da diese Regionen (die, wie erwähnt, überwiegend landwirtschaftlich strukturiert sind) traditionell zu den eher ärmeren Regionen Portugals zählen.

2. In ähnlicher Weise unterscheiden sich Situationen und Hintergründe für den Konsum von psychotropen Substanzen bei den verschiedenen Migrantengruppen. Die große afrikanische Population lebt schon länger in Portugal und konsumiert in deutlich größerem Umfang Substanzen, und zwar insbesondere in der zweiten und dritten Generation. Die Jugendlichen dieser Gemeinschaften sind "Gefangene zwischen zwei Kulturen", der afrikanischen und der portugiesischen, und haben erhebliche Integrationsprobleme.

Über den Konsum in den Migranten-Gemeinschaften aus Brasilien und Osteuropa müssen noch Studien durchgeführt werden. Jedoch scheint bei Letzteren starker und risikoreicher Gebrauch von Alkohol verbreitet zu sein: Der in den Abstammungsländern kulturell integrierte oder zumindest tolerierte Konsum gewinnt in Portugal problematische Züge, was als Folge sozialer Desorientierung, insbesondere hervorgerufen durch Adaptionsschwierigkeiten an die neue Migrationssituation, dem Fehlen von sozialen Bindungen und Arbeitslosigkeit, gewertet wird. Allerdings wurden auch andere Faktoren benannt, die zu einem problematischen Konsum führen können, wie ständige Verfügbarkeit von Alkohol und niedrige Preise.

Die Schwierigkeit vieler Migranten, sich sozial einzufügen/einzubinden, hat viele Gründe, wie z. B. die genannten kulturellen. Wichtigster Faktor dürfte jedoch die Schwierigkeit dieser Menschen sein, in Portugal eine geeignete Berufstätigkeit mit einem gesicherten Einkommen zu erreichen, um selbstständig eine Wohnung zu halten, sich ein Zuhause schaffen zu können. Viele Migranten richten sich auf diesem Hintergrund, kaum auf legalem Wege eine ange

messene Existenzsicherung zu finden, das Leben mit Kleinkriminalität und anderen Lösungen "auf und von der Straße" ein. Viele von ihnen bieten z. B. Bewachungsdienste auf großen öffentlichen Parkplätzen für einzelne PKW an. Die PKW-Halter, die um die Sicherheit ihrer Autos fürchten, entlenen direkt.

Zieht man die erhaltenen Informationen und die durch das Team daraus gezogenen Schlüsse in Betracht, wird es möglich sein, einen Orientierungsrahmen zu erhalten, der suchtpreventive Interventionsstrategien in diesen Populationen begründen kann. Hier, in der gebotenen Kürze, einige Punkte zu den künftigen Aktionen/Strategien, die angegangen werden:

1. Wenn man berücksichtigt, dass die Migrantengemeinschaften aus Osteuropa und Brasiliensowohl zum Lesen der Heimatzeitungen wie zum Kommunizieren das Internet nutzen, sollten bei der Prävention des Substanzmissbrauchs Strategien genutzt werden, die sich der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien bedienen.
2. Bei der afrikanischen Gemeinschaft scheinen Präventionsansätze, die sich an der zweiten und dritten Generation orientieren, Priorität haben zu müssen.
3. Es gibt in Portugal eine große Anzahl von Vertretungsorganisationen der Migrationsgemeinschaften. Sie sollten bei der Entwicklung von Präventionsprogrammen miteingebunden werden.
4. Ebenso sollte die Nutzung von örtlichen Kulturmediatoren, ob sie diesen Organisationen angehören oder nicht, Vorrang haben.
5. Auf Ebene der Streetworker-Teams (Outreach Work) muss die Möglichkeit erwogen werden, kulturelle Mediatoren in diese Teams einzuführen mit dem Ziel, in den spezifisch migrantendominierten Szenen zu wirken.
6. Ausgehend von einem erschwerten Zugang zu Informationen und den Anfangsschwierigkeiten, Portugiesisch zu lernen, sollten Broschüren in verschiedenen Sprachen (Help Line) entwickelt werden. Diese Broschüren sollten in ihrer Aufmachung, ihrer Sprache und ihrer Zielrichtung orientiert sein an der Herkunfts-Kultur der Zielgruppen. Das Risiko wäre sonst zu groß, dass man "nur seine Pflicht tat", aber letztlich die Menschen nicht erreichte.
7. Spezifische Forschungsansätze müssen intensiviert werden, um eine gesicherte Basis für Interventionen sowie für die Evaluation der Interventionsqualität zu erlangen.

Einige Informationen über den Suchtmittelgebrauch bei den osteuropäischen Migranten:

- *Deutlich höherer Alkoholkonsum als bei der portugiesischen Bevölkerung;*
- *Dieser scheint kulturell verankert zu sein, d. h., es existiert kein individuelles Bewusstsein über eine problematische Höhe des Alkoholkonsums;*
- *Er findet in exzessiver Form allerdings an Wochenenden statt (mit r"ekreativem Charakter");*
- *Die Tatsache, dass sie ihren Job verlieren können, wenn sie be- oder angetrunken zum Dienst kommen, wirkt als protektiver Faktor;*
- *Bei den arbeitslosen Zuwanderern entwickelt sich die Tendenz zur Adaption von Kleinkriminalität ("Park-Helfer"). Gerade diese Gruppen scheinen gegenüber Drogengebrauch besonders anfällig zu sein;*
- *13 – 14-jährige werden häufig als Drogenkuriere missbraucht;*
- *Netzwerke dieser Zuwanderergruppen sind häufig wenig ausgeprägt.*

8. Zusammenfassend können wir sagen, dass wir einen langen Weg begonnen haben. Die Beteiligung an dem Projekt 'SEARCH II' mit seiner Dynamik erlaubte bereits zu einem frühen Zeitpunkt erste Schritte der migrantenbezogenen Gemeinwesenarbeit, die 2004 gänzlich implementiert werden wird.

Zitierte portugiesische Gesetze und staatliche Dokumente:

1. Bewilligung des Ministerrats Nr. 46/99 v. 26. 05. 1999
2. Bewilligung des Ministerrats Nr. 30/2001 v. 13. 05. 2001
3. Bewilligung / Mehrheit des Ministerrats v. 30. 03. 2001
4. Bewilligung des Gipfels (Sta. Maria da Feira) v. Juni 2000

Einige Internetlinks:

<http://imigrantes.no.sapo.pt/index.html> (*Imigrantes Somos Todos*)
<http://www.acime.gov.pt/> (*Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas*)
<http://www.sef.pt/> (*Serviço de Estrangeiros e Fronteiras*)
www.oim.pt (*Organização Internacional para as Migrações*)

‘SEARCH II’ in Spanien

1.	Kurze Darstellung der „Fundación Salud y Comunidad“	176
2.	Der Übergang von ‘SEARCH’ zu ‘SEARCH II’	176
3.	Neuerliche Untersuchung des Drogenkonsums bei jugendlichen und minderjährigen Marokkanern ohne familiäre Begleitung	177
3.1.	Wichtigste Überlegungen	178
3.2.	Die wichtigsten festgestellten Gebrauchssubstanzen	178
3.3.	Konsequenzen des problematischen Drogenkonsums	179
3.4.	Einflussfaktoren auf den problematischen Drogenkonsum	180
4.	Beschreibung der lokalen Präventionsaktivitäten und ihrer Umsetzung: entwickelte Aktionen und Produkte	181
4.1.	Evaluation des „Pilot-Führers...“	181
4.2.	Umwandlung des „Pilot-Führers“ in ein „Handbuch für Fachkräfte...“	181
4.3.	Verteilung des „Handbuchs...“	183
4.4.	Ausbildung der Fachkräfte zur Suchtprävention bei jugendlichen und minderjährigen Immigranten marokkanischer Herkunft ohne familiäre Begleitung	183
4.5.	Evaluierung der Fortbildung	184
5.	Schlussfolgerungen	185
6.	Zukünftige Aktionen	185

Fundación Salud y Comunidad (FSC), Barcelona, Spanien

Helga Gabarró-Nuñez
Roland Hallmeier

1. Kurze Darstellung der Fundación Salud y Comunidad

Die Fundación Salud y Comunidad (FSC) ist eine gemeinnützige Organisation, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, durch die Entwicklung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung und Lebensqualität das Wohlergehen der sozialen Gemeinschaft zu fördern.

Seit 1980 erarbeitet die Fundación maßgeschneiderte Programme entsprechend der spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppen, an die sie sich richten, und fördert integrative Hilfesysteme. Die Projekte werden aus der Perspektive von Unterstützung und Prävention, sozialer und beruflicher Eingliederung, sowie Beratung und angewandter Forschung entwickelt.

Konkret verfügt die FSC über eine breite Erfahrungsgrundlage in den Bereichen

- Prävention, Hilfe und Unterstützung für Personen mit Suchtproblemen,
- Interventionen bei Problemen im Zusammenhang mit HIV/Aids,
- Hilfe für (Ex-) Häftlinge,
- Wohnprojekte und Hilfsangebote im häuslichen Bereich,
- Präventionsprogramme gegen häusliche Gewalt,
- Wohnprojekte für misshandelte Frauen,
- Programme zur Gesundheitsförderung und beruflichen Eingliederung von Immigranten,
- Erarbeitung von Präventionsmaterialien,
- Durchführung angewandter Forschungsprojekte,
- Entwicklung von Instrumenten für soziale und Gesundheitsprobleme anhand neuer Informationstechnologien,
- Entwicklung von Plänen zur gemeinschaftlichen Gesundheitsförderung,
- Arbeit mit Ehrenamtlichen,
- Evaluation von Dienstleistungen und Projekten.

Da wir im Kontext der Präventions- und Hilfsangebote im Sozial- und Gesundheitsbereich der Fundación Salud y Comunidad mehr und mehr Kontakte zu Migranten in Risikosituationen bekamen, ergriffen wir im Oktober 2000 die Gelegenheit, gemeinsam mit anderen Organisationen und Fachleuten aus der Europäischen Union, das Projekt 'SEARCH', "Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylsuchenden und illegalen Immigranten", umzusetzen. Das Hauptziel einer solchen Zusammenarbeit liegt in der Notwendigkeit, zunächst unsere Kenntnisse über die Suchtbelastung bei Immigrantenspopulationen in Risikosituationen zu vertiefen, um passende Präventionsangebote entwickeln zu können. Beteiligung der FSC an 'SEARCH' war die Initialzündung für die Entwicklung spezifischer Präventionsansätze für die Zielgruppe des Projektes; darüber hinaus hat das Kennenlernen der Methode des Rapid Assessment and Response (RAR) im Bereich der Suchtproblematik bei Immigranten es ermöglicht, uns der Wirklichkeit von Immigranten in Risikosituationen anzunähern und uns bei der Gestaltung und Entwicklung von passenden Präventionsaktivitäten zu unterstützen. Im Rahmen der Projekte 'SEARCH' und 'SEARCH II' konzentrierten wir unsere Arbeit auf eine der am stärksten gefährdeten und von sozialer Ausgrenzung betroffenen Gruppen in Spanien: minderjährige Immigranten aus Marokko, die ohne Dokumente und ohne Begleitung durch ihre Familien in Spanien leben.

2. Der Übergang von 'SEARCH' zu 'SEARCH II'

Das Phänomen der minderjährigen Ausländer ohne Papiere und ohne Begleitung (auf Spanisch auch MEINA genannt), das erstmals zwischen 1997 und 1998 deutlich wurde, ist in Katalonien, Spanien, und in anderen europäischen Städten, wie z.B. Marseille und Amsterdam, ein relativ neues Phänomen,

welches die katalanische Verwaltung ab 1998 ernst zu nehmen begann. Seitdem wurden viele Ansätze geschaffen, um dieser prekären Entwicklung zu begegnen, die zahlreiche Jugendliche durchlaufen, die ihren Migrationsprozess allein begonnen haben, und die häufig minderjährig sind. Es handelt sich um ein neueres soziales Phänomen, das (1997 – 1998) nur schwer quantifiziert werden kann, da es verschiedene Faktoren umfasst, die eine quantitative Kontrolle erschweren. Laut der Untersuchung "Minderjährige Ausländer ohne Papiere und ohne Begleitung (1998-2002)", die in Katalonien vom "Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada" im Auftrag der Generalitat de Catalunya durchgeführt wurde, wurden von Anfang 1998 bis Ende Mai 2002 von der Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència (DGAIA) 1.659 unterschiedliche minderjährige Ausländer ohne Papiere und ohne Begleitung gezählt, von denen sich im Mai 2002 noch 262 in Barcelona aufhielten.

Im Jahre 2001 unternahm die Fundación Salud y Comunidad eine erste Analyse der Situation des Drogengebrauchs bei jugendlichen und minderjährigen Marokkanern ohne Papiere und ohne familiäre Begleitung in der Stadt Barcelona mit Hilfe der Forschungsmethode RAR. Auf der Grundlage der Ergebnisse aus dieser ersten Pilot-Analyse im Rahmen des 'SEARCH'-Projektes kamen wir zu einer Reihe von Schlussfolgerungen über den Drogengebrauch innerhalb der erwähnten Zielgruppe, die im Handbuch "Suchtprävention für Asylsuchende, Flüchtlinge und illegale Einwanderer" festgehalten sind. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Studie und der auch von anderen Fachleuten festgestellten Tatsache, dass das vorrangige Drogen-Problem bei dieser Zielgruppe der Lösungsmittelkonsum ist, entwickelten wir einen ersten "Pilot-Führer für Fachkräfte über den Missbrauch von Inhalationsstoffen". Mit der Verteilung dieses Führers unter den wichtigsten Vereinen in Barcelona und Madrid, die im "Arbeitskreis zur Verteidigung der Rechte minderjähriger Einwanderer ohne familiäre Begleitung" (*Plataforma en defensa de los derechos de los menores inmigrantes sin acompañamiento familiar*) zusammengeschlossen sind, endete die erste Phase des Projektes 'SEARCH'. Nach einigen Monaten Unterbrechung nahmen wir im Oktober 2002 die Arbeit im Rahmen einer zweiten Phase des Projektes 'SEARCH II' wieder auf. Wir ermittelten erneut und mittels einer "Light – Version" des RAR, welche Einwanderergruppen in Barcelona die höchsten Drogengebrauchsrisiken aufweisen. Da wir nach wie vor die jugendlichen und minderjährigen Marokkaner ohne familiäre Begleitung für die am stärksten gefährdete Gruppe hielten, entschieden wir uns dafür, deren Situation zu erforschen, um vergleichen zu können, ob diese sich im Vergleich zur Erstanalyse verändert hat.

3. Neuerliche Untersuchung des Drogenkonsums bei jugendlichen und minderjährigen Marokkanern ohne familiäre Begleitung:

Wichtigste Überlegungen und festgestellte Veränderungen im Vergleich zur ersten Analyse.

Die zweite Analyse erbrachte eine Bestätigung der Mehrzahl der Informationen aus der ersten Erhebung, allerdings auch eine Nuancierung einiger Aspekte, sowie kleine neue Elemente; vor allem aber bestätigte sie erneut eindrucklich die Tatsache, dass bestimmte marokkanische Jugendliche weiterhin missbräuchlichen Substanzkonsum aufweisen, der aus den Bedingungen ihrer Lebenssituation heraus entsteht und sich als eine der Konsequenzen des Scheiterns ihrer Migrationsvorhaben darstellt. Die Überprüfungsanalyse wurde anhand der Monitoring-Module des RAR mittels der folgenden Analysetechniken durchgeführt:

- Analyse der vorhandenen Informationen,
- allgemeine Fokusgruppe („Helikopter-Perspektive“),
- spezifische Fokusgruppe,
- Interviews mit Jugendlichen aus der Zielgruppe.

Folgende Informationsquellen wurden genutzt:

- **Erste Fokusgruppe:** 6 Suchtfachkräfte, die in bestimmten Harmreduction-Zentren und Einrichtungen der Suchthilfe in Barcelona arbeiten.
- **Zweite Fokusgruppe:** 4 Fachleute aus verschiedenen Bereichen, die alle in (professionellem) Kontakt mit den minderjährigen Jugendlichen der Zielgruppe stehen: Ein Kulturmediator im Strafvollzug katalanischer Herkunft; eine katalanische Anthropologin, die über die Situation der minderjährigen Immigranten ohne familiäre Begleitung in Barcelona promoviert; ein marokkanischer Sozialarbeiter und marokkanischer Kulturmediator.
- **Semi-strukturierte Interviews** mit Jugendlichen aus der Zielgruppe: 2 Gruppen mit je 5 Jugendlichen aus der Zielgruppe wurden interviewt, jeweils von einem marokkanischen Sozialarbeiter, sowie eine weitere Gruppe, die von einem marokkanischen Kulturmediator interviewt wurde.

Ausgehend von den aktualisierten Informationen benennen wir die wichtigsten Überlegungen zum Drogengebrauch unter den Jugendlichen der Zielgruppe, sowie die Veränderungen gegenüber der ersten Analyse.

3.1. Wichtigste Überlegungen

Wir konzentrierten die Analyse auf männliche Minderjährige und Jugendliche ohne Papiere und ohne familiäre Begleitung in der Altersgruppe zwischen 14 und (einschließlich) 18 Jahren in Barcelona, hauptsächlich marokkanischer Herkunft. Die folgenden Bewertungen beziehen sich im Wesentlichen auf Jugendliche, die im Kontakt mit Erziehern stehen, d.h. die von der katalanischen Jugendbehörde betreut werden, bzw. betreut werden sollten. Die deutlichsten Fälle missbräuchlichen Konsums allerdings werden allgemein mit denjenigen Jugendlichen in Verbindung gebracht, die nicht von der Jugendbehörde betreut werden, sei es, weil sie sich dieser entzogen, sei es, weil sie niemals Zugang zu den Angeboten der Jugendbehörde hatten oder wollten.

3.2. Die wichtigsten festgestellten Gebrauchssubstanzen

Die gebräuchlichsten Drogen sowohl bei Voll- als auch bei Minderjährigen sind Tabak und Haschisch, die die große Mehrheit der Jugendlichen bereits im Ursprungsland konsumiert hatten und die ihnen vertraut sind. Die erhaltenen Informationen weisen darauf hin, dass der Alkoholkonsum gegenüber der ersten Analyse angestiegen ist. Alkohol scheint gegenwärtig eine sehr verbreitete Substanz zu sein, obwohl die meisten Jugendlichen im Ursprungsland keinen Alkohol konsumiert hatten. Es zeigen sich mehrere Gründe für dieses Anwachsen, unter anderem die Assimilation an die Konsummuster in Spanien, um ihren Grad der Integration in die sie aufnehmende Kultur, bzw. der Ablösung von den Werten ihrer Ursprungskultur zu zeigen. In jedem Falle wird der Alkohol von den Jugendlichen der Zielgruppe als gefährliche Substanz wahrgenommen, noch vor Haschisch und Tabak, der wiederum von den Jugendlichen als weniger gefährlich wahrgenommen wird.

Der Gebrauch von Lösungsmitteln, den wir in der ersten Untersuchung sowohl bei Voll- als auch bei Minderjährigen festgestellt hatten, scheint sich zu jüngeren Jugendlichen hin verschoben zu haben; zunächst in spielerischer, sozialisierender Absicht, kurz nachdem sie in Barcelona eingetroffen sind. Mit der Zeit und in dem Maße, wie sie in Kontakt mit anderen, älteren Jugendlichen kommen, verändern

sich auch ihre Konsum-Gewohnheiten und sie geben den Lösungsmittelgebrauch wegen dessen, von ihnen wahrgenommenen marginalen Konnotation auf.

Ein weiterer Grund für die Änderungen des Konsumverhaltens liegt in der Tatsache, dass der Gebrauch dieser Art von Substanzen sehr "sichtbar" ist, sowohl für die Erzieher als auch für die Polizei. Die Jugendlichen beginnen, den Konsum dieser Substanz negativ zu bewerten, da sie unter deren Wirkung sich im Blickpunkt von Polizei und Behörden befinden: Wenn die Jugendlichen volljährig sind, befinden sie sich in illegaler Situation; sind sie minderjährig und ohne familiäre Begleitung, müssen sie unter der Obhut des katalanischen Jugendamtes stehen. Sowohl in der einen, wie in der anderen Situation ist ein Lösungsmittelkonsum leicht feststellbar und kann sie daher gefährden. Dazu kommt, dass, wie erwähnt, der Konsum der sehr billigen Lösungsmittel recht marginale Konnotationen bekommt, dass er mit dem Phänomen der "Straßenkinder" in Marokko in Verbindung gebracht wird. Daher werden zunehmend andere Substanzen bevorzugt, die weniger negative Konnotationen haben. Weiterhin nehmen die Jugendlichen selbst Lösungsmittelkonsum als deutlich schädlich und gefährlich wahr.

Während des erneuten RAR wurde somit festgestellt:

- ein Konsum von Lösungsmitteln vor allem bei Jugendlichen in der Altersgruppe zwischen 13-14 und 16-17 Jahren, die sich die ersten Monate in Spanien aufhalten, auch wenn sie – wegen ihrer geringen Kosten – punktuell auch von älteren Jugendlichen konsumiert werden;
- Jugendliche der Zielgruppe haben im Ursprungsland überwiegend keine Lösungsmittel konsumiert, da die Mehrheit von ihnen dort nicht zu den Straßenkindern gehörte.

Die negativen Konnotationen, die mit den Lösungsmitteln assoziiert werden, sind auch durch die Tatsache begründet, dass sie auch mit den extrem armen und marginalisierten Straßenkindern der marokkanischen Großstädte assoziiert werden, mit denen die Jugendlichen nicht in Verbindung gebracht werden möchten.

Weiterhin stellten wir einen punktuellen Gebrauch von synthetischen Drogen bei den ältesten Jugendlichen der Zielgruppe fest, bei denen er im Zusammenhang mit Alkoholgebrauch und der Anpassung an die Konsummuster der einheimischen Jugendlichen im Freizeitbereich steht. Es ist nicht ganz klar geworden, ob der Gebrauch von Beruhigungsmitteln weiterhin stattfindet; denn in der ersten Untersuchung wurde er unter den Jugendlichen festgestellt, die mehr oder weniger gewohnheitsmäßig Lösungsmittel konsumieren, wogegen in der zweiten Untersuchung die erhaltenen Informationen ein wenig konfus waren und daraus keine Schlussfolgerungen zu ziehen waren. Im Verhältnis zu den synthetischen Drogen, die auch als "Pillen" bezeichnet werden, sind diese leicht mit Beruhigungsmitteln (Trankimazin, Benzodiazepine, etc.) zu verwechseln, da auch diese "Pillen" genannt werden. Dies ist ein Aspekt, der künftig beachtet werden muss, da er bei der letzten Untersuchung nicht geklärt werden konnte.

Es wird der eine oder andere punktuelle Gebrauch von Kokain festgestellt, jedoch nur von den älteren Jugendlichen, die über mehr Geld verfügen als die Jüngeren; sei es durch ihre Verbindungen zum Drogenhandel oder zu der Taschendieb-Mafia.

3.3. Konsequenzen des problematischen Drogenkonsums

Physische Probleme: Unter den am häufigsten genannten Problemen und vor allem in Bezug auf Lösungsmittelkonsum werden Atmungsprobleme, Katarrhe, Schwindel, Übelkeit, Wunden im Mund, Infektionen der Atemwege genannt.

Psychische Probleme:

- Der Drogenkonsum ist eine Reaktion auf die mit ihrer Lebenssituation zusammenhängende Angst, und dient dazu, diese zu reduzieren;
- die Jugendlichen weisen nach Lösungsmittelkonsum Zustände von Angst, Nervosität und Depression auf, sowie in gewissem Umfang halluzinatorische Phänomene;
- sie nutzen die anfängliche Euphorie nach Lösungsmittel- oder Alkoholkonsum, um sich zu trauen, Diebstähle oder andere Straftaten zu begehen;
- sie beschreiben den Drogengebrauch ebenfalls als eine Form, Langeweile zu bekämpfen.

Gesetzliche und wirtschaftliche Probleme: In einigen Fällen bringt der Drogenkonsum die Jugendlichen mit Drogenhandels- oder Diebstahlsnetzen in Kontakt; aber in vielen Fällen haben sie auch rechtliche oder wirtschaftliche Probleme, die nichts mit dem Drogenkonsum zu tun haben. Obwohl ihr ursprüngliches Ziel im Rahmen ihres Migrationsvorhabens war, Arbeit zu finden und Geld an ihre Familien schicken zu können, verhindert es ihr Alter und ihr illegaler Aufenthaltsstatus auf legale Weise an Arbeit und Geld zu kommen, weshalb sie auf illegale Möglichkeiten zurückgreifen. Letztlich ist es ihre finanzielle Situation, welche bestimmt, welche Drogen sie konsumieren. Lösungsmittel sind z.B. sehr billig, während Kokain sehr teuer ist.

Soziale Probleme: Der Ge- und Missbrauch von Drogen entfernt sie von ihrer Ursprungsgemeinschaft, schafft Probleme mit der Nachbarschaft, mit der Polizei und mit den Erziehern, bzw. der Erziehungsdynamik in den Zentren.

3.4. Einflussfaktoren auf den problematischen Drogenkonsum

Nach Beobachtung und Bewertung der Konsummuster der Jugendlichen haben wir mit ihnen die Faktoren betrachtet, die mit dem Drogengebrauch zusammenhängen, bzw. die diesen beeinflussen. Aus den Aspekten, die von den Jugendlichen und den Fachkräften benannt wurden, nennen wir die folgenden:

- Leichter Zugang zu Drogen in Barcelona;
- der Konsum wird gefördert und aufrechterhalten durch die erlebten prekären Lebensbedingungen, in denen immer noch einige der Jugendliche der Zielgruppe leben (Grundbedürfnisse, wie feste Wohnung, Ernährung, Zuneigung, Sicherheit, etc., sind nicht gedeckt);
- Konsum mit der Absicht der Angstminderung gegenüber der nächsten Zukunft;
- Alkoholkonsum wird beeinflusst von dem normalisierten und sozial akzeptierten Alkoholgebrauch in Spanien;
- Drogengebrauch wird beeinflusst durch
 - die harten Erfahrungen, die während des Migrationsprozesses durchlebt wurden;
 - den völligen Verlust der Kontakte zur eigenen Familie, zu Schlüsselpersonen im Ursprungsland und aufgrund der fehlenden positiven affektiven Bezüge zu Erwachsenen;
 - den Drogengebrauch ihrer Peers, die ebenfalls auf der Strasse sind, aber bereits seit längerer Zeit in Barcelona leben;
- er steht im Zusammenhang mit den enttäuschten Hoffnungen hinsichtlich des Unterschiedes zwischen ihrem ursprünglichen Migrationsvorhaben und der Wirklichkeit;
- die Jugendlichen mit einem missbräuchlichen Drogenkonsum konsumieren nach eigenen Angaben, um einem "Abstinenzsyndrom" zu begegnen;
- Gebrauch wird beeinflusst durch das Imitieren der Konsummuster von (legalen und illegalen) Substanzen der jugendlichen und erwachsenen Einheimischen, sowie von falsch verstandener Integration in die Aufnahmekultur.

4. Beschreibung der lokalen Präventionsaktivitäten und ihrer Umsetzung: entwickelte Aktionen und Produkte

4.1. Evaluation des "Pilot-Führers für Fachkräfte über den Missbrauch von Inhalationsstoffen"

Von den Einrichtungen, die den in der ersten Phase des Projektes entwickelten Pilot-Führer erhalten hatten, gaben uns insgesamt 8 Einrichtungen aus Barcelona und Madrid Rückmeldung darüber, wie sie diesen bewerten. Nach Analyse der Bewertungen können wir die Notwendigkeit von Unterstützungsmaterial für Fachkräfte zur Suchtprävention innerhalb der Zielgruppe bestätigen. Obwohl die im Führer angebotenen Informationen als sehr positiv bewertet wurden, was deren Praktikabilität, Anwendbarkeit und Klarheit betrifft, so bitten die Fachkräfte zusätzlich doch um genauere Informationen über die kulturelle Wirklichkeit des Ursprungslandes, über soziale, kulturelle und religiöse Auffassungen der Bevölkerung in Bezug auf Drogen. Die vorgeschlagenen Präventionsmaßnahmen wurden sehr positiv bewertet, ebenso der sensibilisierende Ansatz des Führers hinsichtlich der Notwendigkeit, sich zur Suchtprävention innerhalb der Zielgruppe zu vernetzen. Es wird ebenfalls auf die Bedeutung verwiesen, die einer Ausbildung für Fachkräfte im Kontakt mit der Zielgruppe angesichts eines so komplexen Phänomens mit so vielen Implikationen wie z.B. der Drogenmissbrauch im interkulturellen Kontext zukommt.

Nach diesen Betrachtungen und den Ergebnissen des RAR zu Überprüfung der Situation begannen wir mit der Neufassung des Führers als Handbuch zur Unterstützung und Anleitung für Fachkräfte, nicht nur zum Thema Lösungsmittel, sondern über die verschiedenen ermittelten Drogen und die Unterschiede in deren Gebrauch zwischen Ursprungsland und Aufnahmeland. Hauptziel des Handbuches ist es, zu helfen, die Komplexität des Phänomens, insbesondere die Auswirkungen auf die Gesundheit der Jugendlichen der Zielgruppe im Hinblick auf Drogengebrauch, zu begreifen und konkrete Werkzeuge und Maßnahmen anzubieten, damit die Fachkräfte die Präventionsarbeit mit den Jugendlichen beginnen können.

4.2. Umwandlung des „Pilot-Führers“ in ein "Handbuch für Fachkräfte in der Suchtprävention bei jugendlichen marokkanischen Immigranten ohne familiäre Begleitung"

Die Neufassung des Materials wurde mit Unterstützung eines marokkanischen Kulturmediators und Experten in der Arbeit mit minderjährigen und jugendlichen Marokkanern ohne familiäre Begleitung in Barcelona begonnen, der eng mit der "Plattform zur Verteidigung der minderjährigen Immigranten ohne Papiere" zusammenarbeitet.

Gemeinsam entwickelten wir den konzeptionellen Rahmen des Handbuches, indem wir eine Reihe von ersten grundlegenden Empfehlungen für die Fachkräfte, die mit den Jugendlichen der Zielgruppe arbeiten, erarbeiteten, damit sie mit suchtpreventiver Arbeit, (sowie da, wo sinnvoll, mit der Schadensminimierungsarbeit bezüglich des problematischen Drogengebrauchs) beginnen können.

Zielsetzungen des Handbuches

Als erster Schritt zu einem präventiven Umgang mit der Missbrauchsproblematik soll das Handbuch helfen, den sozialen Gebrauch jeder einzelnen Substanz und deren Bedeutung für die Jugendlichen zu verstehen. Zusätzlich bietet es wichtige spezifische Informationen über jede einzelne, festgestellte Substanz, sowie allgemeine Handreichungen und spezielle erzieherisch-präventive Werkzeuge für die Fachleute, die mit der Zielgruppe zu den folgenden Substanzen arbeiten: Cannabis, Alkohol, Tabak, synthetische Drogen, Inhalationsstoffe und Medikamente.

Eigenschaften des Handbuchs

Das Handbuch besteht aus 64 Seiten im Format DIN A5 auf PDF, sowie 30 selbstverlegte Exemplare in Farbdruck. Inhaltlich ist das Handbuch in vier Kapitel unterteilt, die durch unterschiedliche Farben gekennzeichnet sind.

Inhaltsverzeichnis des "Handbuch für Fachkräfte in der Suchtprävention bei jugendlichen marokkanischen Immigranten ohne familiäre Begleitung":

<p>Teil I: JUGENDLICHE UND MINDERJÄHRIGE MAROKKANER OHNE FAMILIÄRE BEGLEITUNG IN BARCELONA</p> <p>1.1. Das Phänomen der Jugendlichen und Minderjährigen marokkanischer Herkunft ohne familiäre Begleitung in Katalonien.</p> <p>1.2. Untersuchung des Drogengebrauchs bei den Jugendlichen und Minderjährigen marokkanischer Herkunft ohne familiäre Begleitung in Barcelona.</p> <p>1.3. Das Handbuch für Fachkräfte in der Suchtprävention bei jugendlichen marokkanischen Immigranten ohne familiäre Begleitung.</p> <p>1.4. Wichtigste Erkenntnisse bezüglich des Drogengebrauchs bei minderjährigen und jugendlichen Marokkanern ohne Papiere und ohne familiäre Begleitung.</p>
<p>TEIL II: VORÜBERLEGUNGEN ZUR SUCHTPRÄVENTION</p> <p>2.1. Vordringliche Maßnahmen im Bereich Prävention und Harmreduction.</p> <p>2.1.1. Ansätze zur Prävention des Drogenmissbrauchs.</p> <p>2.1.2. Ansätze zur Harmreduction.</p>
<p>TEIL III: GESUNDHEITSERZIEHUNG (AUSGEHEND VON DEN EINZELNEN FESTGESTELLTEN SUBSTANZEN)</p> <p>3.1. Cannabis</p> <p>3.1.1. Grundlegende Informationen zu Cannabis, über die der Erzieher verfügen sollte.</p> <p>3.1.2. Die Wirkung von Cannabis.</p> <p>3.1.3. Ratschläge, die der Erzieher anbieten kann.</p> <p>3.1.4. Argumente, die verwendet werden können, um NEIN zu sagen.</p> <p>3.2. Tabak</p> <p>3.2.1. Grundlegende Informationen zu Tabak, über die der Erzieher verfügen sollte.</p> <p>3.2.2. Präventive Aktivitäten zu Tabak.</p> <p>3.2.3. Präventive Dialoge.</p> <p>3.3. Alkohol</p> <p>3.3.1. Ratschläge, die der Erzieher anbieten kann.</p> <p>3.4. Synthetische Drogen</p> <p>3.4.1. Grundlegende Informationen zu synthetischen Drogen, über die der Erzieher verfügen sollte.</p> <p>3.4.2. Die Wirkung von synthetischen Drogen.</p> <p>3.4.3. Ratschläge, die der Erzieher anbieten kann.</p> <p>3.5. Inhalationsstoffe</p> <p>3.5.1. Grundlegende Informationen zu Inhalationsstoffen, über die der Erzieher verfügen sollte.</p> <p>3.5.2. Über die Wirkung von Inhalationsstoffen.</p> <p>3.5.3. Aspekte, die in Krisensituationen berücksichtigt werden sollten.</p> <p>3.5.4. Harmreduction bei Inhalationsstoffen?</p> <p>3.5.5. Risikominderung im Alltag.</p> <p>3.6. Medikamente</p>

TEIL IV:

AKTIVITÄTEN ZUR PRÄVENTION DES KONSUMS VON INHALATIONSSTOFFEN UND ANDEREN DROGEN

4.1. Zu berücksichtigende Aspekte bei der Planung und Durchführung der Aktivitäten.

4.2. Über die Präventionsaktivitäten:

4.2.1. Beziehungsraum Drogenberatung.

4.2.2. Sport als Freizeitvergnügen und Möglichkeiten für neue Kontakte.

Bibliographie

4.3. Verteilung des Handbuches

Zur Verteilung des Handbuches ist vorgesehen, das Netzwerk der Organisationen zu nutzen, die mit und für jugendliche und minderjährige Immigranten in Madrid und Barcelona arbeiten, den beiden Großräumen, wo sich das Phänomen der minderjährigen Immigranten ohne familiäre Begleitung am deutlichsten darstellt.

Insgesamt 58 Organisationen, Einrichtungen und Institutionen haben das Handbuch erhalten, 46 von ihnen per eMail im PDF-Format, und 12 per Post im Format DIN A5-Farbausdruck. Die Organisationen haben das Handbuch zusammen mit einem Anschreiben erhalten, in dem das Projekt 'SEARCH' und das Handbuch vorgestellt werden, und die Organisationen gebeten werden, das Handbuch über ihre eigenen lokalen Netzwerke weiter zu verteilen.

Folgende Organisationen haben das Handbuch erhalten:

- Einrichtungen und Fachkräfte in Barcelona und Madrid, die bei der Umsetzung des Projektes 'SEARCH' mitgearbeitet haben;
- Einrichtungen, die der "Plattform zur Verteidigung der schutzlosen, minderjährigen Immigranten" angeschlossen sind;
- Einrichtungen, die der Plattform von Kinderschutzorganisationen der Comunidad de Madrid angehören;
- Einrichtungen aus Ceuta, Málaga und Córdoba, die während der Entwicklung des Handbuches kontaktiert wurden.

4.4. Ausbildung der Fachkräfte zur Suchtprävention bei jugendlichen und minderjährigen Immigranten marokkanischer Herkunft ohne familiäre Begleitung

Nach Abschluss der Entwicklung des Handbuches wurde eine erste zehnstündige Fortbildung (mit Straßensozialarbeitern, Ehrenamtlichen, Kulturmediatoren und Verantwortlichen aus Erziehungsprojekten für minderjährige marokkanische Immigranten) durchgeführt.

Profil der Teilnehmer

13 Teilnehmer: 1 Koordinatorin und 4 Straßensozialarbeiter aus dem Projekt "Unterstützung für Jugendliche aus der Altstadt", 5 Ehrenamtliche und 2 marokkanische Kulturmittler des "Espacio de Inclusión y Formación del casco antiguo de Barcelona EICA", 1 Koordinator des sozialen Berufsbildungsprojektes für minderjährige Immigranten und dem Verantwortlichen des Projektes EICA-Jugend.

Inhalte der Fortbildung

- Die Situation von marokkanischen Minderjährigen und Jugendlichen ohne familiäre Begleitung in Katalonien: Reflexionen über ein erfolgloses Migrationsprojekt;
- Beschreibung des Drogenkonsums der Zielgruppe;
- Reflexion über Prävention und Risikominderung:
 - Prävention: Wann und wie?
 - Harmreduction: Wann und wie?
- Fortbildungseinheit über die Substanzen:
Tabak, Cannabis, Alkohol, Inhalationsstoffe, synthetische Drogen, Beruhigungsmittel;
- Beschreibung des Verhältnisses der Jugendlichen zur Substanz in Marokko und in Spanien;
- Grundlegende Informationen über Substanzen, Wirkungen und Risiken;
- Präventive Ratschläge und Dialoge;
- Entwicklung von Präventionsaktivitäten mit den Jugendlichen;
- Arbeit an Fällen aus der Praxis.

Ziele der Fortbildung

- Anbahnung von Kontakten zwischen Fachkräften aus den unterschiedlichen Zentren und Einrichtungen, die mit jugendlichen Marokkanern ohne familiäre Begleitung arbeiten;
- Sensibilisierung der Fachkräfte für die Bedeutung von Suchtprävention und Risikominderung.
- Angebot von aktuellen Informationen für Fachkräfte zur Situation des Drogengebrauchs innerhalb der Zielgruppe und zu den festgestellten Gebrauchssubstanzen;
- Angebot von kommunikativen Werkzeugen zur Prävention des Drogenkonsums in der Zielgruppe;
- Beratung und Unterstützung der Fachkräfte zum Umgang mit Situationen des Drogengebrauchs bei Minderjährigen und Jugendlichen;
- Initiierung eines Informations-, Erfahrungs- und Strategienaustausches über Drogengebrauch bei den Jugendlichen und Minderjährigen der Zielgruppe.

4.5. Evaluierung der Fortbildung

Um die Fortbildung auszuwerten, haben wir beschlossen, eine kurze Evaluierung der Fortbildung durchzuführen mit dem Ziel, einige Hinweise über die Meinung der Fachkräfte hinsichtlich der Anwendbarkeit und Zweckmäßigkeit des entwickelten Handbuchs, auf dessen Grundlage die Fortbildung durchgeführt wurde, zu erhalten. Dazu wurde jedem Teilnehmer ein semi-strukturierter Fragebogen mit zehn Fragen ausgeteilt, anhand dessen wir anschließend die Bewertung der Fortbildung analysierten. Aus der Analyse der Antworten ergaben sich folgende Schlussfolgerungen:

- Die Teilnehmer waren der Ansicht, dass sie durch die Fortbildung ein besseres Wissen über die Besonderheiten (Arten von Substanzen, Konsummuster, Einflussfaktoren) des Drogengebrauchs innerhalb der minderjährigen und jugendlichen Marokkaner erlangt haben.
- Dank der Fortbildung konnten die Teilnehmer die Informationen, über die sie hinsichtlich der Wirkung und Risiken bestimmter Drogen bereits verfügten, vertiefen und überprüfen (x = 7 von 10 Punkten).
- Sie haben neue Informationen zur Prävention des Drogengebrauchs bei Minderjährigen bekommen (x = 7,5 von 10 Punkten).
- Sie bestätigen, dass die erhaltenen Informationen nützlich waren (x = 7 von 10 Punkten).

- Die während der Fortbildung angebotene Information war klar und verständlich (x = 8 von 10 Punkten).
- Sie können das Gelernte in ihrem Arbeitsalltag mit den Jugendlichen anwenden (x = 6,5 von 10 Punkten).

Unter den hervorzuhebenden positiven Aspekten erwähnten sie den integralen Ansatz der Fortbildung, die Informationen über den Drogengebrauch der Jugendlichen und Minderjährigen sowie insbesondere die erzieherisch-präventiven Empfehlungen zum Umgang mit der Zielgruppe.

Unter den hervorzuhebenden negativen Aspekten erwähnten sie die Notwendigkeit einer intensiveren Ausbildung, eines Informationsbedarfs über die Gesetzeslage zu Drogenbesitz, -handel und -konsum sowie die Notwendigkeit, anhand von Beispielen aus ihrer Praxis zu arbeiten.

Von Seiten der Fachkräfte der FSC ist es interessant, festzustellen, dass sowohl die Erfahrungs- und Kenntnishorizonte der Fachkräfte im Bereich Suchtprävention, als auch die unterschiedlichen Positionierungen (Einstellungen und Verhalten) gegenüber Drogengebrauch die Implementierung einer kohärenten und effizienten Präventionsarbeit mit den Jugendlichen der Zielgruppe erheblich erschweren. In diesem Sinne gelangten wir zu der Überzeugung, dass es bei zukünftigen Fortbildungen notwendig ist, in erster Linie an den Einstellungen und Verhaltensweisen, die die Fachkräfte gegenüber ihren eigenen Konsum- oder Nichtkonsummustern von Drogen haben, bzw. darüber, wie diese die Effizienz der Suchtprävention bei den jugendlichen Marokkanern bestimmen können, zu arbeiten.

5. Schlussfolgerungen

Im Rahmen der innerhalb der Projekte 'SEARCH' und 'SEARCH II' durchgeführten Präventionsaktivitäten hat die Fundación Salud y Comunidad Werkzeuge zur Suchtprävention entwickelt, die evaluiert und auf der Grundlage der RAR-Ergebnisse zur Situation des Drogengebrauchs innerhalb der Zielgruppe neu entwickelt worden sind. Angesichts der Tatsache, dass wir den Drogengebrauch nicht als etwas Statisches, sondern als etwas sich ständig Veränderndes verstehen, müssen auch die entwickelten präventiven Werkzeuge (Handbuch und Fortbildung) so begriffen werden, dass sie der permanenten Veränderung anzupassen sind.

6. Zukünftige Aktionen

Die Fundación Salud y Comunidad plant auf lokaler Ebene weiter zu arbeiten, um den Fachkräften, die mit und für die Zielgruppe auf regionaler und nationaler Ebene arbeiten, technische Unterstützung (mittels Handbuch und Fortbildung) anbieten zu können. In diesem Sinne wird die Fundación sowohl Kontakte zur Öffentlichen Verwaltung Kataloniens, als auch zu staatlichen spanischen Stellen herstellen, um die Materialien und Ergebnisse des Projektes 'SEARCH II' angemessen zu präsentieren und um ausreichende finanzielle Mittel zu finden, um weiterhin effizient die Bildungsmaßnahmen implementieren zu können.

‘SEARCH II’ in Schweden

1.	Was ist ‘CAN’? <i>(Centralförbundet för Alkohol och Narkotikaupplysning)</i>	188
2.	Schweden als Einwanderungsland	189
2.1.	Die 80-er Jahre – das Jahrzehnt der Asylbewerber	189
2.2.	Die 90-er Jahre – Zeit der ‘ethnischen Säuberungen’	190
2.3.	Die heutige Situation	190
2.3.1.	Asylbewerber – allgemeine Aufnahme und Lebenssituation	190
2.3.2.	Unterbringung im Heim oder privat	192
3.	Asylbewerber und Substanzmissbrauch	194
3.1.	Das Vorkommen von Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Asylbewerbern (Befragung)	195
3.1.1.	Angestellte in Flüchtlingsheimen	195
3.1.2.	Medizinische Angestellte in Flüchtlingsheimen	195
3.1.3.	Mitarbeiter von Behörden	196
3.1.4.	Gemeinnützige Vereine, ehrenamtlich Tätige	196
3.2.	Einwanderervereine	196
3.3.	Eigene Umfrage	198
4.	Vorbeugende Maßnahmen	199
4.1.	Direkte Maßnahmen	199
4.2.	Allgemeine Maßnahmen	200
4.2.1.	Aktivitätsprojekt in Flen	200
4.2.2.	Ausbildungsprojekt in Uppsala	201
5.	Abschlusskommentar	202
6.	Quellen	202

CAN, Stockholm, Schweden

Stig Helling (Autor)
Ulf Guttormsson

1. Was ist CAN?

CAN (*Centralförbundet för Alkohol och Narkotikaupplysning*) ist die zentrale schwedische Fachstelle für Information und Aufklärung über Alkohol und andere Drogen, der 40 Nichtregierungsorganisationen als Mitglieder angehören. Viele von diesen arbeiten konkret im Bereich der Förderung von Abstinenz bzw. Mäßigung im Gebrauch von Alkohol und anderen Drogen, zugleich sind aber auch Eltern-, Jugend-, Sport- und andere Organisationen vertreten.

Der Verband erhält finanzielle Unterstützung von der schwedischen Regierung und der Vorstandsvorsitzende wird ebenfalls von der Regierung ernannt, während der Vorstand in seiner Mehrheit von den Mitgliedsorganisationen bestimmt wird .

CAN hat die Aufgabe, dem Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen vorzubeugen, indem Fakten, Dokumentationen und objektive Informationen all den Menschen und Organisationen zur Verfügung gestellt werden, die im Bereich der Drogenprävention arbeiten. Für diesen Zweck bereit CAN Informationen auf, unterhält eine Fachbibliothek und veranstaltet Schulungen, Seminare und Konferenzen.

Weiterhin gehört zu den Aufgaben von CAN auch die Beobachtung von Trends im Bereich des Drogenge- und Missbrauchs. Es werden eigene Erhebungen und Studien durchgeführt, wie z. B. jährliche Befragungen zu Drogengebrauch bei Studenten und Wehrpflichtigen. Zudem erarbeitet CAN eine Übersicht und Zusammenfassung von Forschungsergebnissen, Statistiken und anderen Daten externer Wissenschaftler. CAN versteht sich als eine Schnittstelle zwischen Forschung und sozialer Gemeinschaft.

Jedes Jahr werden von CAN viele Veranstaltungen in zahlreichen schwedischen Grafschaften gemeinsam mit Organisationen vor Ort durchgeführt.

CAN verfügt über ein Sekretariat für Forschungsfragen, das Informationen über den aktuellen Stand der Forschung sammelt und populärwissenschaftliche Artikel und Veröffentlichungen aufbereitet. Weiterhin gibt es Berater, die Organisationen bei ihrer Präventionsarbeit unterstützen, sowie eine Presseabteilung, die den Medien Basisinformationen und neueste Erkenntnisse zur Verfügung stellt.

CAN produziert und veröffentlicht Informationsmaterialien, Ratgeber, Reviews und populärwissenschaftliche Schriften. Die wichtigste Veröffentlichung "Rapport" (Bericht) bietet einen Überblick über die Alkohol- und Drogensituation in Schweden, einschließlich Statistiken bezüglich neuer Trends im Ge- und Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen.

Eine weitere Zeitschrift, die populärwissenschaftliche Artikel enthält und die Diskussion über Alkohol- und Drogenpolitik, Behandlung und andere Themen verfolgt, erscheint einmal jährlich.

Viele Vorträge, die von örtlichen Vereinigungen organisiert werden, erhalten von CAN finanzielle Unterstützung.

CAN hat in jeder der 28 schwedischen Grafschaften einen Vertreter.

2. Schweden als Einwanderungsland

Einwanderer gibt es in Schweden schon seit vielen Jahrhunderten. Haupteinwanderungsgrund war der Bedarf an Arbeitskräften. Schon im 13. Jahrhundert ließen sich in einigen schwedischen Städten deutsche Handelsleute nieder und brachten auch geschickte Handwerker mit. Im 17. Jahrhundert wurde die Einwanderung durch staatliche Initiativen gefördert. Man wandte sich dabei besonders an holländische, schottische und deutsche Handelsleute und Fabrikanten, in deren Gefolge große Gruppen von Facharbeitern ins Land kamen. Aufgrund der Herausbildung einer expandierenden Textilindustrie stieg der Import von Arbeitskräften im 18. Jahrhundert an. Dennoch blieb die Zahl der Einwanderer nach Schweden bis in unsere heutige Zeit sehr niedrig. So gab es 1860 weniger als 8.000 "im Ausland Geborene", von denen die Mehrzahl aus Deutschland und den nordischen Ländern kam.

Die Jahre des 2. Weltkriegs bilden einen Wendepunkt in der schwedischen Migrationsgeschichte. Schweden entwickelte sich von einem Auswanderungsland zu einem Einwanderungsland. In den 50-er Jahren des 20. Jahrhunderts setzte sich die umfangreiche Einwanderung (vor allem von Arbeitskräften) fort. Die Zahl der im Ausland Geborenen erreichte in diesem Jahrzehnt 300.000. Die größte Gruppe bildeten die finnischen Einwanderer, doch kamen auf der Suche nach Arbeit auch viele Menschen aus Italien, Griechenland, der Türkei und Jugoslawien. Bei den Flüchtlingen waren die Ungarn zahlenmäßig am stärksten vertreten. Manchmal erfolgte die Einwanderung in organisierten Formen durch Maßnahmen der Arbeitsmarktbehörden. Die Mehrheit der Einwanderer kam jedoch allein und ohne Hilfe nach Schweden.

Ende der 60-er Jahre wurde auf Beschluss des schwedischen Parlaments die Einwanderung reguliert. Dies bedeutete, dass Einwanderungswillige schon vor der Einreise im Besitz einer Aufenthaltsgenehmigung sein mussten. Wer arbeiten wollte, musste ein Stellenangebot vorweisen. Auch musste die damalige staatliche Einwanderungsbehörde gemeinsam mit Vertretern des Arbeitsmarktes eine Arbeitsmarktuntersuchung durchführen: Eine Erlaubnis wurde nur erteilt, wenn seitens des Landes Bedarf für die ausländische Arbeitskraft bestand. Gab es Arbeitslose in Schweden, die diese Arbeit verrichten konnten, wurde keine Aufenthaltsgenehmigung erteilt. Ausnahmen wurden jedoch für Nordeuropäer, Flüchtlinge und Einwanderer im Zuge von Familienzusammenführungen gemacht.

In den 70-er Jahren sank die Zahl der außernordeuropäischen Arbeitseinwanderer, während die der nordeuropäischen, und besonders der finnischen, dramatisch anstieg. Auch stieg die Zahl der außernordeuropäischen Einwanderer bei Familienzusammenführungen. Flüchtlinge kamen schubweise, oft direkt als Folge von Kriegen und Krisen. Ein wichtiges Ereignis hier war der Militärputsch 1973 in Chile.

2.1. Die 80-er Jahre – das Jahrzehnt der Asylbewerber

Mitte der 80-er Jahre stieg die Zahl der Asylbewerber, die ihre Flucht aus außereuropäischen Ländern als Grund anführten. Sie kamen aus dem Iran und Irak, aus Syrien, Libanon, der Türkei und Eritrea. Gegen Ende des Jahrzehnts vergrößerten auch viele Flüchtlinge aus Somalia, dem Kosovo sowie einige aus den früheren osteuropäischen Ländern die Schar der Asylbewerber.

Die große Zahl der Asylbewerber hatte an vielen Orten die Errichtung von Flüchtlingsheimen zur Folge. Da die schwedische Gesellschaft nicht auf die neue Situation vorbereitet war, verlängerten sich die Wartezeiten bis zum endgültigen Bescheid stetig. Auch wurden die Anträge vieler Asylbewerber abgelehnt, da sie nicht die "klassischen" Fluchtgründe erfüllten. Außer Verfolgung und Krieg wurden immer öfter Armut, fehlender Zukunftsglaube sowie der Traum von einer besseren Zukunft im neuen Land als Grund für die Einwanderung angeführt.

2.2. Die 90-er Jahre – Zeit der 'ethnischen Säuberungen'

In den 90-er Jahren erloschen viele Kriegsherde in der Welt, aus flüchtlingspolitischer Perspektive wurden sie jedoch durch den aufflammenden Balkankrieg "ersetzt". Schweden wurde zum Heimatland von gut 100.000 früheren Jugoslawen, besonders Bosniern und Kosovoalbanern. Gleichzeitig blieb der Strom an Irakern, besonders Kurden, und Asylbewerbern aus dem Nahen Osten und Somalia bestehen. Aus den Teilrepubliken der ehemaligen Sowjetunion kamen Russisch sprechende Menschen, die sich in ihren "neualten" Heimatländern diskriminiert fühlten.

2.3 Die heutige Situation

Angaben der Einwohnermeldebehörde zufolge leben in Schweden z.Z. etwa 500.000 ausländische Bürger. Die Zahl der im Ausland Geborenen liegt bei ca. 1 Million Menschen, was 11 Prozent der Bevölkerung entspricht, und die Zahl der Einwanderer zweiter Generation liegt bei gut 800.000. Damit machen die beiden letztgenannten Gruppen fast 20 Prozent der Bevölkerung Schwedens aus (EKBERG S. 25).

2.3.1. Asylbewerber – allgemeine Aufnahme und Lebenssituation

Bei vielen heutigen Einwanderern nach Schweden vergeht bis zur Integration in die schwedische Gesellschaft sehr viel Zeit. Zwei sehr wichtige Aspekte hierbei sind Ausbildung und Arbeit/wirtschaftliche Selbstversorgung. Dies gilt für Junge und Alte, Asylbewerber und Einwanderer mit Aufenthaltsgenehmigung. "Arbeit für alle" ist seit mehr als einem halben Jahrhundert Schwedens wichtigste politische Vision. Eine Arbeit zu haben und sich selbst versorgen zu können bedeutet nicht nur ökonomische Unabhängigkeit für den Einzelnen, sondern vermittelt auch Selbstachtung, Selbstvertrauen und die Möglichkeit, ein sinnerfülltes Leben zu führen.

Viele Einwanderer, die ihr Heimatland verlassen, verfügen über eine mangelhafte Ausbildung. Wenn deshalb ein junger Asylbewerber eine schwedische Schule besucht, ist nicht nur die Sprache allein ein hemmender Faktor, sondern auch die Tatsache, dass er in vielen Fällen bisher nur sporadisch eine Schule hat besuchen können, was es unmöglich macht, ihn zusammen mit gleichaltrigen Schülern zu unterrichten. Dies kann frustrierend wirken und ein schon erlebtes Gefühl des Außenvorstehens zusätzlich noch verstärken. Doch soll hier auch betont werden, dass viele Kinder und Jugendliche die Sprache bedeutend schneller als die ältere Generation lernen und sich auch schneller anpassen. Ältere Einwanderer mit mangelhafter Schulbildung geraten oft in den Teufelskreis aus Arbeitslosigkeit und schlecht bezahlter Arbeit oder Schwarzarbeit. Leider hilft eine gute Ausbildung auch nicht immer. Untersuchungen zeigen, dass viele hochqualifizierte Einwanderer nicht dieselben qualifizierten Arbeitsaufgaben wie Schweden mit derselben Ausbildung erhalten.

Die Ursache dafür, dass so viele Einwanderer auf dem Arbeitsmarkt außen vor stehen, ist einer staatlichen Untersuchung zufolge u.a. in einer gewissen Irrationalität in der schwedischen Gesellschaft zu finden: Arbeitgeber, Personalchefs u.a. sind geistig nicht darauf eingestellt, Menschen mit exotischen Namen und einem anderen Bildungsgang anzustellen. Dies kann als inhuman und negativ für die schwedische Gesellschaft angesehen werden. Um daran etwas zu ändern, sind eine offene und ehrliche Untersuchung der jetzigen Situation sowie durchgehende Veränderungen der existierenden Institutionen, Gesetze, Regelungen und Routinen erforderlich. Die meisten Systeme – sowohl im öffentlichen wie auch im privaten Sektor – sind in großem Umfang für eine im Land aufgewachsene und ausgebildete einheimische Bevölkerung gemacht und an eben diese angepasst.

Sinn und Ziel der schwedischen Integrationspolitik, zumindest rein theoretisch, ist es, die allgemeine

Politik an eine ethnisch vielfältige Bevölkerung anzupassen sowie neu ins Land gekommenen Einwanderern speziell zugeschnittene Maßnahmen anzubieten, damit deren Lebensbedingungen so schnell wie möglich denen der einheimischen Bevölkerung entsprechen und sie im selben Umfang wie diese zu ihrer eigenen und zur gesellschaftlichen Entwicklung beitragen können. Dies gilt gleichermaßen für Asylbewerber, die bis zum Bescheid über eine eventuelle Aufenthaltsgenehmigung oft lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, wie für Eingewanderte, die diese schon erhalten haben.

Hinter den Schwierigkeiten, denen die Ankömmlinge in den letzten Jahren begegnet sind, verbergen sich langfristige Strukturveränderungen des schwedischen Arbeitsmarkts und eine tiefe Konjunkturschwäche. Eine Rolle gespielt hat hierbei – neben der gestiegenen Zahl der Flüchtlinge und den neuen Nationalitäten unterschiedlicher Herkunft und Erwartungen – auch die Art und Weise der Organisation und Durchführung der Aufnahme der Flüchtlinge. Dem Bericht „Etablierung in Schweden“ (SOU 2003:75) zufolge haben sich in der Anfangsphase die vorhandene Organisation und die zur Verfügung stehenden Maßnahmen nicht als der zielgerichtete und effektive „Anstoß“ erwiesen, den man angestrebt hatte: „Viel zu viele der Ankömmlinge mussten viel zu lange auf der (Schul-)Bank sitzen und darauf warten, ‚spielklar‘ zu werden, obwohl wir doch wissen, dass man nur dann ein guter Mitspieler wird und die Spielregeln lernt, wenn man sich auf dem Spielfeld befindet und spielt.“ (SOU:75, S. 35).

Die Forschung hat gezeigt, dass der vielleicht wichtigste Faktor für die Anpassung der Flüchtlinge an die schwedischen gesellschaftlichen Verhältnisse der frühe Kontakt mit dem schwedischen Arbeitsmarkt ist. Andere Faktoren wie Alter, Nationalität, Ausbildung im Heimatland, Ausbildung in Schweden, Wartezeit im Aufnahmesystem und Zivilstand werden als weniger wichtig angesehen. Hierbei ist es wichtig zu wissen, dass ein Asylbewerber während der Wartezeit nicht am Arbeiten gehindert ist, wenn diese die Dauer von vier Monaten wahrscheinlich überschreitet. In vielen Fällen ist die Wartezeit bedeutend länger.

Die Verantwortlichen sind sich der oben geschilderten Verhältnisse sehr bewusst und verstehen, dass deren logische Konsequenz darin bestehen muss, die sog. „Frühleistungen“ zu intensivieren und ihnen eine klare und eindeutige Ausrichtung auf den Arbeitsmarkt zu geben, um die „Neu-Rekrutierung“ von Arbeitslosen und Unterstützungsbedürftigen zu unterbrechen. Erfahrungen zeigen, dass im Ausland Geborene, wenn sie erst einmal von staatlicher Unterstützung abhängig sind, in höherem Grade als in Schweden Geborene auch langfristig von dieser Unterstützung abhängig bleiben und so stärker der Gefahr von u.a. negativen psychosozialen Folgen ausgesetzt sind.

Die bis jetzt bei der Flüchtlingsaufnahme nachgewiesenen Mängel sind u.a.

- die Wartezeit im Aufnahmesystem wurde nicht für zielgerichtete Integrationsmaßnahmen genutzt;
- die Verantwortung der Städte und Gemeinden für den Asylbewerber wurde statt als Verantwortung zur Koordinierung als Totalverantwortung aufgefasst;
- damit fühlten sich andere Mitwirkende für die Ankömmlinge nicht verantwortlich und verfügten auch über keinen klar definierten Auftrag;
- der Auftrag der Stadt/Gemeinde war unklar und unterschied sich von einer Stadt/Gemeinde zur nächsten;
- eine vorherrschende, in die einzelnen Systeme von Vorschriften und Bestimmungen eingebaute Philosophie, dass ein Fall erst fertig zu behandeln sei, bevor man mit dem nächsten anfang, trug zur Verlängerung der Einführungsphase bei;
- der Eintritt der Ankömmlinge in den Arbeitsmarkt und deren zukünftige wirtschaftliche Versorgungsmöglichkeiten standen nicht bei allen beteiligten Seiten selbstverständlich im Fokus;
- die Ziele der Einführungsphase waren zu allgemein und überlappend, als dass sie zielsetzend

hätten funktionieren können (SOU 2003:75 S. 36).

Damit diejenigen, die im Lande bleiben dürfen, schneller Arbeit finden und sich selbst versorgen können, ist eine gute Ausnutzung ihrer Asylbewerberzeit wichtig. Deshalb wird man diese Zeit verstärkt für die Vorbereitung auf die Integration nutzen und arbeitsmarktorientiert gestalten. Auch bei einer Ablehnung ihres Antrags soll die "Ausbildung" für die Asylbewerber nach der Rückkehr in ihr Heimatland für sie von Nutzen sein können.

Es gibt keine gesicherten Kenntnisse darüber, wie die Bemühungen der Gesellschaft die Voraussetzungen des Einzelnen für seine Integration beeinflussen. Es wurden nur wenige Untersuchungen zur wirtschaftlichen Versorgungssituation und Anpassung ehemaliger Asylbewerber an die Verhältnisse in ihrem neuen Heimatland durchgeführt, die diese Faktoren in Beziehung setzen zu Dauer, Bedingungen und Inhalt der Asylbewerberzeit. Jedoch gibt es eine Reihe von Berichten der Medien über Einzelschicksale von Asylbewerbern, denen es in ihrer Asylbewerberzeit sehr schlecht erging. Die Behörden streben nun danach, die Wartezeiten für die Antragsbearbeitung so stark wie möglich zu verkürzen.

In den Fällen, wo die Wartezeit sich dennoch in die Länge zieht, besteht das Ziel jetzt darin, diese so inhaltsreich, aktivierend und nützlich wie möglich für die Betroffenen und die Gesellschaft zu gestalten. Die traditionell strenge Unterscheidung zwischen Asylbewerbern und Personen mit bewilligter Aufenthaltsgenehmigung wurde allmählich immer mehr aufgehoben. Während in den 70-er und zu Beginn der 80-er Jahre das Ziel darin bestand, Asylbewerbern während der Wartezeit nicht mehr als das Allernotwendigste zu gewähren, so wuchs wegen der zunehmenden Zahl der Asylbewerber und der verlängerten Wartezeit das Bedürfnis, diese Zeit sinnvoller zu gestalten. Dies führte u.a. zur Entwicklung der sog. 'organisierten Tätigkeit'. Doch hat sich bis heute der Unterschied zwischen Asylbewerbern und Personen mit Aufenthaltsgenehmigung derart gehalten, dass zum Beispiel im Rahmen der Schulform "Schwedisch für Einwanderer" der Schwedischunterricht für Asylbewerber weniger avanciert als für die andere Gruppe gestaltet wird.

Die bisherigen Tätigkeiten während der Asylbewerberzeit sind bis jetzt mit dem Bedürfnis begründet worden, einer Wartezeit Sinn und Struktur zu verleihen, bei der für die Asylbewerber ansonsten die Gefahr bestanden hätte, dass sie völlig destruktiv wirken würde. Den Begrenzungen der auf die Asylbewerber gerichteten Bemühungen haben folgende Absichten zugrundegelegen:

- keine umfangreichen Mittel für Personen aufzuwenden, die in Kürze das Land wieder verlassen würden;
- den Asylbewerbern nicht falsche Hoffnungen auf die Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung zu vermitteln;
- die Asylbewerberzeit inhaltlich nicht so attraktiv zu gestalten, dass diese schon von sich aus Personen ohne Asylbewerbergrund nach Schweden locken könnte.

Diese Aktivitäten wurden nun also um die doppelte Zielsetzung erweitert, dass sie eine Stütze für ein Leben in Schweden oder aber – bei einer eventuellen Rückkehr ins Heimatland – in irgendeiner Form von sinnvollem, bleibendem Wert dafür sein sollten.

2.3.2. Unterbringung im Heim oder privat

Interessant ist die Möglichkeit der Asylbewerber, sich für eine private Unterbringung zu entscheiden. Diese Möglichkeit wurde 1994 eingeführt, als die Regierung der Ansicht war, dass es Gründe für die Förderung dieser Wohnform bei Asylbewerbern gebe und man anstreben sollte, dass das Aufnahmesystem die Möglichkeit der Asylbewerber, in erster Linie außerhalb des Heimsystems zu wohnen, weitestgehend fördere. Hinter dieser Stellungnahme stand der Wunsch, dass die

Asylbewerber aus der "Betreuungsfalle" des Asylsystems herauskommen und als erwachsene, reife, Verantwortung übernehmende Menschen behandelt werden. Mitte 2003 waren ca. 50 Prozent der Asylbewerber privat untergebracht.

Ziemlich bald nach Einführung der privaten Unterbringungsmöglichkeit wurden jedoch kritische Stimmen laut. Man stellte nämlich fest, dass die außerhalb der Heime Wohnenden z.T. Probleme bekommen und Unterstützung in irgendeiner Form von Seiten der Gesellschaft brauchten. Das Problem wurde 1997 während einer integrationspolitischen Debatte im schwedischen Parlament nochmals aufgegriffen. Änderungen wurden jedoch keine vorgeschlagen. Dem Recht des Einzelnen, seine Wohnstatt schon während der Asylbewerberzeit frei zu wählen, wurde großer Wert beigemessen. Die Kritik an der privaten Unterbringung blieb jedoch bestehen.

Der wichtigste Grund der Asylbewerber für ihre Entscheidung für eine private Unterbringung sind die Nähe zu Verwandten, Freunden und Landsleuten. Als Nachteile werden genannt:

- Die Asylbewerber und ihre Kinder können Probleme während der Asylbewerberzeit bekommen. Die Kinder finden keine Ruhe zum Lernen, Umzüge von einer Wirtsfamilie zur anderen können Schulwechsel und manchmal lange Schulwege mit sich bringen. Die begonnene Integration der Wirtsfamilie wird durch die Konfrontation mit der Unruhe der Asylbewerber während der Wartezeit verzögert. Den Asylbewerbern fällt es schwerer, an der organisierten Tätigkeit teilzunehmen, und die Integration der Wirtsfamilien wird verzögert und erschwert.
- Räumliche Enge, Konflikte mit der Wirtsfamilie und anderen Bewohnern, Zwangsräumungen der Wirtsfamilie, weil sie die Nachbarn stören oder ihre Wohnung beschädigen.
- Wer privat untergebracht ist, trägt zur eigenen Isolation und zur zunehmenden ethnischen Segregation bei, die ebenfalls ein gesellschaftliches Problem ist.

Besonders wichtig hierbei ist, dass die Kinder nicht darunter leiden. In einem solchen Fall haben die Städte und Gemeinden gesetzlich die Möglichkeit, die Umstände zu untersuchen und bei Bedarf einzugreifen, auch wenn sie formell ins Aufnahmesystem des Staatlichen Schwedischen Migrationsamtes (Migrationsverket: hieß bis 2000 Einwanderungsamt [Invandrarverket] – Anm.d.Übers.) eingetragen sind. Eine Untersuchung von 13 Gemeinden hat gezeigt, dass ein solches Eingreifen nur in sehr seltenen Fällen vorkommt.

Den geschilderten Problemen bei privater Unterbringung sollen aber auch die vielen positiven Erfahrungen der Betroffenen selbst gegenüber gestellt werden. Die Tatsache, dass sie immer die freie Wahl haben und die Möglichkeit eines Umzugs in eine Heimunterbringung immer gegeben ist, muss angemessenerweise auch so interpretiert werden, dass die Asylbewerber die Möglichkeit der privaten Unterbringung positiv beurteilen. "Die Tatsache, selbst entscheiden zu können, ob sie in einem Heim wohnen möchten und die Wohnung vielleicht mit Fremden teilen müssen anstatt mit Verwandten und Freunden, die sie kennen, muss bei den Asylbewerbern mit zu dem Erlebnis beitragen, ihre Lebenssituation und damit ihr Wohlbefinden beeinflussen zu können (SOU 2003:75 S. 45)."

Zur Durchführung eines koordinierten Einsatzes für eine Veränderung mit dem Ziel der Stärkung und Effektivisierung der Zusammenarbeit der beteiligten Behörden sowie der regionalen und lokalen Akteure, die bei der Introduktion der Asylbewerber mitwirken, wurde im April 2001 zwischen dem Staatlichen Schwedischen Arbeitsmarktamt (Arbetsmarknadsverket), dem Staatlichen Schwedischen Integrationsamt (Integrationsverket), dem Staatlichen Schwedischen Migrationsamt (Migrationsverket), dem Staatlichen Schwedischen Schulamt (Skolverket) sowie dem Schwedischen Verband der Städte

und Gemeinden (Svenska Kommunförbundet) eine Vereinbarung abgeschlossen.

Ein Beispiel für diese Arbeit ist, dass das Integrationsamt mit sieben Organisationen des Arbeitslebens Vereinbarungen über ein Zusammengehen zur Förderung ethnischer Vielfalt im Arbeitsleben sowie gegen Fremdenfeindlichkeit und Rassismus abgeschlossen hat. Mit zentralen betroffenen Akteuren im Bereich Gesundheit wird an der Entwicklung eines effektiveren Zusammenwirkens mit dem Ziel einer gesundheitsfördernden Introduction gearbeitet (KORTNYTT, S., 2. Jan. 2004).

Das schwedische System der Flüchtlingsaufnahme mit seinen Möglichkeiten, gegen Ablehnungen Beschwerde einzulegen, hat oft zur Folge, dass Asylbewerber mehrere Jahre auf die Entscheidung über ihre Aufenthaltsgenehmigung warten, eine Zeit, in der sie de facto von staatlicher Unterstützung leben (RAPPORT 2001). Die Asylbewerberzeit kann aufgrund des Wartens und der Ungewissheit psychisch sehr belastend sein. Bei ihrer Ankunft und in der Anfangszeit kann bei den Ankömmlingen eine gewisse gute Laune beobachtet werden. Sie haben ihr Ziel erreicht, ein mühsamer Weg voller Dornen liegt hinter ihnen. Viele haben große Erwartungen, dass sie betreut werden, und sie erleben auch, dass dies zutrifft. Doch bald beginnt der Alltag, der nicht nur monoton, sondern aufgrund des ausbleibenden Bescheids auch enttäuschend ist. Einige haben Probleme mit ihrer psychischen Gesundheit: Schlafprobleme und psychosomatische Symptome treten auf. Es gibt Gründe für den Verdacht, dass so mancher in einer solch schwierigen Situation mit Hilfe von Alkohol und Drogen versucht, seine innere Unruhe zu dämpfen oder der unbarmherzigen Wirklichkeit zu entfliehen.

Obwohl die Überprüfung eines Asylansatzes nur einige Tage aktive Arbeit in Anspruch nehmen sollte, nimmt sie in den meisten Fällen Monate und Jahre in Anspruch. Revisoren des schwedischen Parlaments untersuchten 2001 die Zeit, die die Behörden in den Jahren 1996-2000 bis zur endgültigen Benachrichtigung der Asylbewerber brauchten. Von der Regierung als Ziel festgelegt sind sechs Monate Bearbeitungszeit für die Überprüfung des Asylantrags beim Migrationsamt (Migrationsverket) und nochmals sechs Monate beim Ausländerbeschwerdeausschuss (Utlänningsnämnden), insgesamt also ein Jahr.

In Wirklichkeit dauerte es oft viel länger. Die Hälfte der Asylbewerber von 1998 musste länger als elf Monate warten, ein Viertel länger als 14 Monate. Bei den Antragstellern des Jahres davor, die ihre Genehmigung durch den Ausländerbeschwerdeausschuss (Utlänningsnämnden) dann nach und nach doch bekamen, hatte die Hälfte länger als 22 Monate und ein Viertel länger als 27 Monate warten müssen. Bei denjenigen, die 1997 eine Ablehnung erhielten, hatte die Hälfte länger als 15 Monate und ein Viertel länger als 22 Monate warten müssen.

In der wissenschaftlichen Literatur findet sich nur sehr wenig über die Mühseligkeiten der Asylbewerberzeit. Über das Verhältnis der Asylbewerber zu Alkohol und Drogen fehlt sogar jegliche Information. In den Medien erscheinen jedoch regelmäßig Berichte "von der Basis" unterschiedlicher Qualität. Einige greifen auch das Thema Drogenmissbrauch auf. Die meisten Beiträge handeln vom Missbrauch der Rauschdroge Kat unter Somaliern.

3. Asylbewerber und Substanzmissbrauch

Wenn man bedenkt, dass die Asylbewerberzeit eine Zeit großer psychischer Belastungen ist, kann man den Verdacht, dass Missbrauch unterschiedlicher Art gelegentlich zum Abbau innerer Spannungen oder als Fluchtmechanismus dienen soll, nicht völlig von der Hand weisen. Physische und psychische Gesundheit werden von ANTONOVSKY (1997) als ein Gefühl von Zusammenhang beschrieben und machen einen dynamischen Prozess aus, in dem das Individuum danach strebt, das Leben zu verstehen, zu meistern und einen Sinn darin zu finden. Von besonderer Bedeutung für gesundheitsrelatives Verhalten sind soziale Netzwerke und sozialökonomische Faktoren. Diese Voraussetzungen sind bei

vielen Asylbewerbern nicht gegeben.

3.1. Das Vorkommen von Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Asylbewerbern

Zum Nachweis von möglichem Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Asylbewerbern habe ich nach einschlägiger Literatur gesucht. Die Suche ergab, dass hierzu keine wissenschaftlichen Untersuchungen gemacht worden sind. Dahingegen gibt es eine kleine Menge Literatur zu Einwanderern und Missbrauch. Zu dieser Gruppe gehören besonders Einwanderer mit erteilter Aufenthaltsgenehmigung, die also keine Asylbewerber sind. Auch gibt es Berichte in den Massenmedien, die diese Problematik aufgreifen, doch wird hier selten zwischen Asylbewerbern und Einwanderern unterschieden.

Den nächsten Schritt meiner Untersuchungen bilden Interviews/Gespräche, die ich mit etwa 50 Schlüsselpersonen durchgeführt habe. Personen also, die beruflich oder ehrenamtlich direkt in Kontakt mit Asylbewerbern und Einwanderern oder ganz allgemein in Kontakt zu einwandernden Personen kommen (wie: Allgemeinmediziner, Sozialarbeiter).

3.1.1. Angestellte in Flüchtlingsheimen

In drei großen Flüchtlingsheimen Mittelschwedens, Gimo, Carlslund und Flen, habe ich in Jugend- und Erwachsenenabteilungen leitende Angestellte, Sachbearbeiter und Krankenpflegepersonal interviewt. Obwohl das Personal und die Asylbewerber sich dort tagtäglich gemeinsam aufhalten, sagt das Personal einstimmig, dass es keinen größeren Einblick in das Alltagsleben der Asylbewerber habe. Die Asylbewerber wohnen für sich in abgetrennten Wohnungen oder Zimmern auf Korridoren, wo sie selbst ihr Essen zubereiten und praktische Dinge verrichten. Keiner der Befragten habe Anzeichen von Alkohol- oder Drogenmissbrauch gesehen. In der Jugendabteilung Gimo, wo der Kontakt zwischen den Angestellten und den schulpflichtigen Jugendlichen enger als in den Erwachsenenabteilungen ist, habe man keine Indikationen für Alkohol- und Drogenmissbrauch gefunden.

3.1.2. Medizinische Angestellte in Flüchtlingsheimen

Den Asylbewerbern wird bei Ankunft in einem Flüchtlingslager eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung angeboten. Viele nehmen dieses Angebot in Anspruch und erhalten die entsprechende medizinische Betreuung. Der psychische Zustand der Asylbewerber ist in vielen Fällen am Anfang sehr gut. Das Gefühl, sein Ziel erreicht und "das Ganze überstanden" zu haben, füllt den Neuankömmling völlig aus, der deshalb große Zufriedenheit mit dem Leben empfindet.

Erst nach einer Weile, z.B. nach drei, vier Monaten, verändert sich die anfängliche Stimmung. Der Ankömmling hatte Aufmerksamkeit und konkrete Maßnahmen für seinen speziellen Fall erwartet. Statt dessen geschieht nichts Sichtbares und Enttäuschung beginnt sich breit zu machen, die oft auch in Angst übergeht. Der Ankömmling versteht, dass nichts selbstverständlich ist und dass es das Risiko eines abschlägigen Bescheids gibt. Diese Einsicht löst in Verbindung mit der Beschäftigungslosigkeit manchmal eine Unruhe aus, die in gewissen Fällen nur künstlich beseitigt werden kann. Die nächstliegende Lösung ist, das Pflegepersonal um Psychopharmaka zu bitten, die die Unruhe dämpfen und/oder den nächtlichen Schlaf erleichtern sollen. Nach den Interviews zu urteilen, grenzt der hohe Konsum dieser Pharmaka manchmal schon an Missbrauch. Wenn die verantwortlichen Ärzte versuchen, die Ausstellung entsprechender Rezepte zu begrenzen, entsteht das Risiko, dass dieses Mittel schwarz gehandelt wird.

3.1.3 Mitarbeiter von Behörden

Mitarbeiter verschiedener Behörden wie Polizei, Sozialverwaltung, Strafvollzug, Psychiatrie, Rauschgiftsüchtigenfürsorge kamen in den Interviews mit ähnlichen Formulierungen wie die Angestellten in den Flüchtlingsheimen. Man käme zufällig mit den eingewanderten Personen in Kontakt, habe

jedoch keine besonderen Ansichten oder kein besonderes Wissen über Asylbewerber.

An ein paar Feiertagen begleitete ich Sozialarbeiter im Außendienst im Zentrum von Stockholm. Auch an diesen Tagen trafen wir auf keine Asylbewerber, die Alkohol- oder Drogenmissbraucher waren.

3.1.4 Gemeinnützige Vereine, ehrenamtlich Tätige

In Flen gibt es den gemeinnützigen Verein "Haus der Solidarität", der sich der Anliegen von Flüchtlingen annimmt. Er ist donnerstags geöffnet und versucht, den Asylbewerbern zu helfen, wenn sie eine Beschwerde einlegen wollen, oder bei anderen bürokratischen Angelegenheiten. Sie werden auch beraten, wo sie bei psychischen Problemen u.ä. Hilfe bekommen können.

Die im "Haus der Solidarität" Tätigen sagen, dass nichts dafür spreche, dass ihre Klienten einem Alkohol- oder Drogenmissbrauch nachgehen. Hingegen bemerke man, dass ein Bedarf an Beruhigungs- und Schlafmitteln bestehe.

Es gibt sogar Vereine, die versteckt arbeiten, da sie u.a. illegale Einwanderer mit Ratschlägen, medizinischer Betreuung und ökonomisch unterstützen. Eine in diesem Zusammenhang zentral tätige Person drückte es ungefähr so aus: *"Ich sehe keinen Missbrauch bei unseren Klienten. Doch wenn man bedenkt, wie schlecht sie von der Gesellschaft behandelt werden, wundert es einen, dass sie sich nicht manchmal ein oder zwei Gläser genehmigen."*

3.2. Einwanderervereine

In Schweden gibt es viele Einwanderervereine. Ihre Zahl ist größer als die der ethnischen und nationalen Gruppen. Die Erklärung dafür ist, dass die Vereine mitunter unterschiedliche Interessengebiete betonen, aber auch, dass Spannungen zwischen Gruppen, die aus demselben Land kommen, bestehen. Dies kann daran liegen, dass sie aus verschiedenen geografischen Gebieten kommen oder dass sie unterschiedliche politische oder ethnische Wurzeln haben. Clan-Spannungen innerhalb einer ethnischen Gruppe mögen in das neue Heimatland mit importiert worden sein, weshalb es Antagonisten schwer fällt, demselben Verein anzugehören. So gibt es in Norwegen z.B. fünf unterschiedliche Vereinigungen der Roma.

Ein übergreifender Verein, den es an vielen Orten gibt, heißt SIMON (Sveriges invandrare mot narkotika – dt.: Schwedens Einwanderer gegen Narkotika). Er ist mal mehr, mal weniger aktiv, und seine Aufgabe ist es, über allen nationalen und ethnischen Grenzen zu stehen.

In den verschiedenen Einwanderervereinen gibt es gewisse Einschätzungen des Missbrauchs bei ihren Landsleuten. Doch ist das Problem heikel und wird zum Teil auch geleugnet. Letzteres kann natürlich auch auf Unwissenheit zurückzuführen sein. Sechs Einwanderervereine, die beim Staatlichen Gesundheits- und Sozialamt (Socialstyrelsen) Mittel zur Bekämpfung des Alkohol- und Narkotikamissbrauchs beantragt hatten, schätzten die Lage unter ihren Landsleuten folgendermaßen ein:

3.2.1. Der türkische Jugendverband:

"Ein wichtiges Problem, das der Türkische Jugendverband als sehr ernst einschätzt, ist der Gebrauch von Drogen bei Jugendlichen türkischer Herkunft. Uns ist im Türkischen Jugendverband in den letzten Jahren immer bewusster geworden, dass unsere Jugendlichen häufig unterschiedliche Drogen verwenden. Leiter, Eltern und Jugendliche haben ihre Unruhe über die Wirklichkeit geäußert, die sie in den segregierten Orten erleben, über die dramatische Zunahme der Drogen und die Folgen, die dies für Jugendliche türkischer Herkunft mit sich gebracht hat."

Der Verband greift auch das Problem des Tabakrauchens auf, das man als einen ersten Schritt in Richtung des Gebrauchs anderer Drogen ansieht. Eine Umfrage zeigt, dass fast 70 Prozent der

Mädchen und 73 Prozent der Jungen türkischer Herkunft von sich sagen, dass sie versucht haben zu rauchen, und dass mehr als 35 Prozent regelmäßig rauchen.

3.2.2. Der somalische Verein in Malmö:

Der Missbrauch der Droge Kat ist in der Gruppe der somalischen Einwanderer üblich. Dem Somalischen Verein zufolge treten in dessen Gefolge soziale und ökonomische Probleme auf. Zitat aus dem Programm des Vereins:

"Der Gebrauch von Kat verursacht Abhängigkeit und führt zu Passivität. Dass Kat geschmuggelt wird, ist eine Tatsache, die ein weiteres Problem darstellt. Zum eigentlichen Schmuggeln benutzen die Erwachsenen Jugendliche. Sowohl Erwachsene wie auch Jugendliche sind betroffen, wenn auch auf unterschiedliche Art und Weise. Erwachsene, Frauen und Männer, die die Droge konsumieren, werden oft allgemein passiv und versäumen ihre familiäre Verantwortung. Dies führt häufig zum Scheitern von Ehen und zur Auflösung von Familien. Jugendliche versäumen Schule und Ausbildung, werden zu Außenseitern und können in Drogenmilieus geraten."

3.2.3 Der griechische Jugendverband:

Der Griechische Jugendverband sagt, dass Forschungsstudien, die auf eine Reihe von Risikofaktoren für den Alkohol- und Drogenmissbrauch verweisen, auch Gebiete mit hoher Einwandererdichte als solche benennen, die hart davon betroffen sind. *"Bei unseren Kontakten mit Eltern und Jugendlichen sehen wir im Griechischen Jugendverband, dass dies auch Jugendliche griechischer Herkunft betrifft. Gespräche mit vielen unserer Jugendlichen bestätigen uns, dass fast jeder die Möglichkeit hat, jemanden zu finden, der weiß, wo man Alkohol und Drogen bekommen kann."*

3.2.4 Verein der Roma in Malmö (Romano Trajo)

Der Verein Romano Trajo, Leben der Roma, arbeitet seit 1995 gegen den Missbrauch und das soziale An-den-Rand-Getrieben-Werden unter den Roma in Malmö. Ein großer Teil der Gruppe der Roma lebt isoliert von anderen gesellschaftlichen Gruppen. Die Arbeitslosigkeit ist groß, und viele fühlen sich diskriminiert. Der Missbrauch von Alkohol und Drogen wird als ziemlich verbreitet eingeschätzt. Das Muster des Missbrauchs ähnelt dem typisch schwedischen, d.h. ziemlich häufig vorkommender Amphetaminmissbrauch bei hohem Alkoholkonsum.

3.2.5 Bosnier gegen Drogen:

"Wir, der Muslimische Jugendverband Bosnien-Herzegowinas (BeMUF) meinen, einen gestiegenen Narkotikamissbrauch und einen höheren Alkoholkonsum unter den bosnischen Jugendlichen, die Mitglied des BeMUF sind, und unter den Jugendlichen, zu denen wir im BeMUF in Kontakt kommen, sehen zu können. Unsere Einschätzung ist, dass der von uns erlebte Anstieg unter den Jugendlichen, zu denen wir in Kontakt kommen, Teil des in Schweden allgemein auftretenden höheren Konsums von Alkohol und Narkotika ist.

Der gestiegene Missbrauch von Alkohol und Narkotika, den unsere Mitglieder in den lokalen bosnischen Jugendvereinen bei bosnischen Jugendlichen erleben, scheint auf soziale Probleme, Zersplitterung von Familien, schlechte Anpassung an Schweden u.a. zurück zu führen zu sein."

3.2.6 Der kurdische Jugendverein:

Der Verein stellt einleitend fest, dass der Alkoholkonsum unter Jugendlichen in den letzten Jahren in Schweden angestiegen ist, und fügt dem folgende Situationsbeschreibung hinzu:

"Junge Kurden wurden in den letzten Jahren ebenfalls vom Alkoholkonsum betroffen. Eine Untersuchung von 'Kurdischer Rundfunk in Göteborg' zeigte, dass das Trinken von Alkohol unter kurdischen Jugendlichen häufiger geworden ist. Der Missbrauch geschieht jedoch versteckt unter den kurdischen Jugendlichen, denn sie berichten ihren Eltern oder Verwandten nicht von dem Problem."

Einige begannen mit dem Trinken aufgrund von Belastungen und sozialen Problemen in Kurdistan, andere begannen mit dem Trinken aus denselben Gründen in Schweden. Viele kurdische Mädchen beginnen mit dem Alkoholtrinken aufgrund familiären Drucks, der häuslichen Verhältnisse und wegen Kulturkollisionen. Manche Mädchen verkaufen Sex, um an Geld für Alkohol zu gelangen."

3.3. Eigene Umfrage

In einem Versuch, Konkretes über die tatsächlichen Verhältnisse zu erfahren, ließ ich kürzlich die unten angeführten Fragen im "Haus der Solidarität" in Flen austeilen. Die Fragen werden den Besuchern von den dort Arbeitenden gestellt. In welchem Umfang unser Wissen dadurch größer geworden ist, können wir jedoch noch nicht einschätzen:

Kommentar zur Frage über den Missbrauch unter Asylbewerbern:

1. Wie sieht der Alkoholkonsum im allgemeinen unter Asylbewerbern, die Sie kennen oder von denen Sie gehört haben, Ihrer Meinung nach aus?
 weiß nicht sehr gering teilweise verbreitet sehr verbreitet
2. Gibt es eine bestimmte Altersgruppe oder ethnische Gruppe, die Ihrer Meinung nach Alkoholprobleme hat?
3. Wie sieht der Konsum von Schlaf- und/oder Beruhigungstabletten unter Asylbewerbern, die Sie kennen oder von denen Sie gehört haben, Ihrer Meinung nach aus?
 weiß nicht sehr gering teilweise verbreitet sehr verbreitet
4. Wie sieht der Konsum/Missbrauch von Drogen unter Asylbewerbern Ihrer Meinung nach aus?
 weiß nicht sehr gering teilweise verbreitet sehr verbreitet
5. Gibt es eine bestimmte Altersgruppe oder ethnische Gruppe, die Ihrer Meinung nach Drogenprobleme hat?
6. Im Falle von Drogenmissbrauch: Wissen Sie, welche Drogen verwendet werden?

Das Problem ist in hohem Maße ein verstecktes Problem. Niemand will freiwillig darüber sprechen, u.a. deshalb, weil man glaubt, dass dies die eigene Möglichkeit, bleiben zu dürfen, verschlechtert. Die Vertreter einer ethnischen Gruppe möchten die eigene Gruppe nicht in schlechtem Licht erscheinen lassen.

Es ist auch möglich, dass das Problem hier insgesamt geringer ist als bei anderen Gruppen. Asylbewerber haben wenig Geld, und viele wissen nicht, wo man Drogen bekommt.

Das Problem ist je nach ethnischer Gruppe, Persönlichkeit, Inhalt der Asylbewerberzeit usw. unterschiedlich groß.

Deutlich zutage tritt jedoch, dass der Konsum an Psychopharmaka allgemein hoch ist.

4. Vorbeugende Maßnahmen

4.1. Direkte Maßnahmen

Unter dieser Überschrift werden Maßnahmen vorgestellt, die direkt darauf zielen, dem Missbrauch unter den Asylbewerbern vorzubeugen oder ihn einzuschränken. Mit Ausnahme einiger Projekte seitens der Einwanderervereine gibt es heutzutage für diese Gruppe wenige oder keine speziellen Programme. Innerhalb des schwedischen Sozialsystems werden Maßnahmen ergriffen, um Menschen mit Problemen zu helfen. Dabei teilt man sie jedoch nicht in Kategorien wie Asylbewerber, Einwanderer und Schweden ein. Im Folgenden werden einige Beispiele aus den Programmen der Einwanderervereine vorgestellt. Beachten Sie bitte, dass diese nicht ausschließlich nur auf Asylbewerber ausgerichtet sind:

4.1.1 Der türkische Jugendverband, TUF

Das Ziel der vorbeugenden Arbeit von TUF drückt der Verband mit eigenen Worten folgendermaßen aus:

- die Ursachen für den Drogenkonsum bei Jugendlichen türkischer Herkunft aufzeigen;
- Maßnahmenpakete zusammenstellen und neue Arbeitsmethoden entwickeln, um dem Drogenkonsum entgegenzuwirken;
- Jugendliche und Eltern über die Folgen und Nebeneffekte des Drogenkonsums informieren;
- die Diskussion und den Dialog mit Politikern, Behörden und Medien über das Drogenproblem von Jugendlichen türkischer Herkunft beginnen.

4.1.2 Der somalische Verein

Zitat aus dem Programm des Somalischen Vereins:

„Das Primärziel ist die Veränderung der Einstellung und des Verhaltens der Somalier zu Drogen, um so dem Missbrauch von Kat vorzubeugen. Das Projekt soll auch das Verständnis der Somalier von der sozialen und ökonomischen Schädlichkeit der Droge erhöhen sowie Handlungspläne mit effektiver ‚Machbarkeit‘ für die beiden Zielgruppen ausarbeiten.“

Das Sekundärziel besteht darin, das gesellschaftliche Engagement der Somalier anzuregen, ihre Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in Schweden zu erhöhen und dazu beizutragen, dass sie Verantwortung für ihre eigene Situation und die ihrer Familie übernehmen. Letzten Endes geht es um die Veränderung eines gesamten Lebensstils sowie um die Anregung von gesellschaftlichem Engagement bei diesen Gruppen.“

Schulen sollten sich interessiert an der Anwendung der Ergebnisse des Projektes zeigen, um den Missbrauch von Alkohol und Narkotika unter Schülern stoppen zu können.“

Methodisch arbeitet das Projekt mit Rollenspielen, Diskussionen, Gesprächen und Information.

4.1.3 Der griechische Jugendverband

Aus dem Programm des Verbandes:

„Wir werden die Alkohol- und Drogengewohnheiten bei Jugendlichen griechischer Herkunft aufzeigen. Unsere Arbeit zur Meinungsbildung und Information werden wir den einzelnen Städten und Gemeinden anpassen. Ausbildung muttersprachlicher Lehrer, die die Verbindung zwischen Jugendlichen, Eltern und Schule herstellen können, werden wir fördern. Die örtlichen griechischen Vereine werden eng mit den Sozialbehörden und anderen Organisationen zusammen arbeiten, um gefährdete Jugendliche rechtzeitig ausfindig zu machen.“

4.1.4 Verein der Roma (Romano Trajo)

Eine kurze Zusammenfassung der Tätigkeit des Vereins: Der Verein leistet Wachdienste und Krisenhilfe. Er besucht den offenen Strafvollzug, Anstalten, Überwacher usw. Die Mitglieder sind hier als Mentoren, Bevollmächtigte und Kontaktpersonen tätig. *„Wegen unserer Herkunft identifizieren sich die Jugendlichen leichter mit uns, was die Kontaktaufnahme erleichtert und dazu führt, dass sich die Voraussetzungen für eine einstellungsverändernde Arbeit verbessern“*, sagt ein leitendes Mitglied.

Die vorbeugende Arbeit beinhaltet den Besuch von Schulen, Elternhäusern, Anstalten usw. Man diskutiert mit Eltern und Jugendlichen und versucht, die jungen Menschen für eine sinnvolle Freizeit zu motivieren. Bei den Treffen wird der Film Grofo gezeigt, der sich gut dazu eignet, die Diskussion in Gang zu bringen. Gut geeignet zur Kontaktaufnahme und Beeinflussung der Jugendlichen sind auch gemeinsame Ausflüge, wo man anderswo übernachtet und ein Programm bereit hält, das gleichzeitig unterhaltend und informativ ist.

4.1.5 Bosnier gegen Drogen

Die Zielgruppe besteht aus Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren. Der Verein glaubt, dass er die Jugendlichen anders als z.B. Eltern und Behörden erreichen und beeinflussen kann. Man nutzt auch Methoden der Volksbildung wie Konferenzen, Studienzirkel und Vorlesungen. Im Moment ist die Veranstaltung von sieben regionalen Konferenzen geplant, auf deren Grundlage man Materialien, Arbeitshefte, CDs u.ä. zusammen stellen will. Allen Konferenzteilnehmern wird angeboten, Teil des Antidrogennetzes des Vereins im Internet zu werden.

Durch die Konferenzen will man auch besonders interessierte Mitglieder ausfindig machen, die eine Spezialausbildung zu Alkohol- und Drogenproblemen erhalten sollen.

4.1.6 Der kurdische Jugendverein

„Weniger Alkohol – bessere Gesundheit“ ist der Titel des Projekts dieses Vereins. Man versucht, die Jugendlichen zu stimulieren, sich sinnvollen Aktivitäten zu widmen, sowie Jugendliche und Eltern über Alkohol- und Drogenprobleme zu informieren.

„Durch dieses Projekt wollen wir kurdischen Jugendlichen helfen, mit ihren Schwierigkeiten fertig zu werden und ihre soziale Kompetenz zu stärken, was ihr Alkoholbedürfnis senkt. ... Kurdische Mädchen wollen wir dahingehend beeinflussen, dass sie selbstständiger werden und sich trauen, ihre gesellschaftlichen Rechte wahrzunehmen, anstatt die Probleme durch Alkohol und Drogen lösen zu lassen. Durch unser Projekt wollen wir folgende Ziele erreichen:

1. Den Alkoholkonsum unter kurdischen Jugendlichen zu senken.
2. Ein Netzwerk zwischen den Eltern der Jugendlichen und dem Verein zu bilden.“

4.2. Allgemeine Maßnahmen

Hier werden einige Typen von Maßnahmen vorgestellt, die zwar nicht in direktem Zusammenhang zum Missbrauch stehen, die sich aber direkt an Asylbewerber wenden und auf längere Sicht eine hemmende Wirkung auf die Herausbildung eines abweichenden Verhaltens in Form von Missbrauch bei ihnen haben können.

4.2.1. Aktivitätsprojekt in Flen

Das Migrationsamt (Migrationsverket) in Flen hat in Zusammenarbeit mit dem Privatunternehmen Management Mind UK Ltd. (Schweden-Filiale) ein Projekt folgenden Titels gestartet: „Die Organisation von Aktivitäten für Asylbewerber in Form von Projekten“.

Zitat aus der Programmklärung des Projekts:

„Das Amt wird den Asylbewerbern eine organisierte Tätigkeit anbieten ... Alle Asylbewerber, die die Möglichkeit zur Teilnahme haben, sollen dies 40 Stunden pro Woche, d.h. eine durchschnittliche Arbeitswoche, tun. ... Unter organisierter Tätigkeit wird eine solche Tätigkeit verstanden, die zur

Entwicklung des Einzelnen beiträgt und entweder seine Integration in die Gesellschaft beschleunigt oder für den Fall, dass die Aufenthaltsgenehmigung nicht erteilt wird, seine Rückkehr erleichtert."

Die Einsicht, wie wichtig es einerseits ist, die Asylbewerber zu aktivieren, und wie wenig andererseits dafür getan wird, ist groß. Nach einer Studie des Schwedischen Staatlichen Rechnungshofes (RRV:19) gab es bisher bei der organisierten Tätigkeit große Mängel. Die Kritik läuft u.a. darauf hinaus, dass die Asylbewerber eine viel zu kurze Zeit in der organisierten Tätigkeit verbringen und die Praxis/Arbeit nicht in dem Ausmaß, in dem es wünschenswert wäre, betrieben würde. Besonders Aktivitäten zur Verbesserung der finanziellen Situation erweisen sich als wichtig dafür, dass der Aufenthalt in der Zeit, in der der Asylbewerber auf den Bescheid wartet, als sinnvoll erlebt wird.

Zur Zeit besteht die organisierte Tätigkeit vor allem aus Schwedischunterricht, der vier Stunden täglich in Gruppen von ca. 20 Personen stattfindet. Im Asylbewerberheim Flen werden von einem Teil der Asylbewerber zu einer anderen Zeit auch Hausmeisteraufgaben ausgeführt.

Das neue Projekt strebt also Vollbeschäftigung an. Es gibt viele Beispiele für Aktivitäten, die als sinnvoll angesehen werden können. Kostenmäßig wurden die Mittel auf Aktivitäten in den folgenden Hauptgruppen verteilt:

- **Gesundheit** mit Aktivitäten wie Lebensstil, Ernährung, Gesundheitsratschläge und allgemeine Aufklärung zur Volksgesundheit, wie sie in Schweden betrieben wird;
- **Hauswirtschaft** mit Aktivitäten wie Kochen, Einkaufen, Handwerk, häusliches Wirtschaften, Wohnkosten, Ökonomie;
- **Technik** mit Aktivitäten in den Bereichen Klempnerarbeiten, Elektrik, Bauarbeiten, Kfz sowie Möglichkeiten, seine Kenntnisse in der Zeit, in der man an Aktivitätsprogrammen teilnimmt, zu erweitern.
- **Computertechnik** u.a. mit Aktivitäten, die auf die Suche und Verarbeitung von Informationen usw. ausgerichtet sind.

4.2.2. Ausbildungsprojekt in Uppsala

Die Stadt Uppsala hat kürzlich ein Projekt initiiert, das die sprachliche Kompetenz der Einwanderer (und in einem gewissen Grade der Asylbewerber) verbessern und damit ihre Integration in die Gesellschaft erleichtern soll. Im Programm ist zu lesen: *"Der kombinierte Sprach- und Kulturschock, den viele Neuankömmlinge auf die eine oder andere Art erleiden, erfordert bewusste Strategien und ein verbessertes Zusammenwirken von Schwedischunterricht und arbeitsmarktorientierter Introduction. Bisherige Arbeitsweisen und Modelle haben auf das Bedürfnis des Einzelnen und die Anforderungen durch den Arbeitsmarkt nicht effektiv genug reagieren können. Allzu viele Neuankömmlinge haben niemals den Weg bis auf den Arbeitsmarkt geschafft. Neue Formen der Praxisvermittlung müssen entwickelt werden, damit sich der Arbeitsmarkt den Neuankömmlingen öffnet."*

5. Abschlusskommentar

Wie die Beispiele oben zeigen, ist das Bewusstsein um die Situation und Bedürfnisse der Asylbewerber und Einwanderer in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Schweden nimmt jedes Jahr eine sehr große Gruppe Asylbewerber auf. Gleichzeitig erfordern die Staatsfinanzen, dass auf Sparflamme gewirtschaftet wird. Eine entscheidende Frage ist deshalb, ob die guten Absichten Worte bleiben oder ob sie in die Tat umgesetzt werden können. Doch geht es nicht nur um Geld, sondern es ist auch eine Frage der Einstellung. Arbeitgeber und Behörden müssen den Mut haben, Menschen anzunehmen, deren Bildungsgang, Sprache und Kultur sich von der einheimischer Schweden unterscheidet.

6. Quellen:

ANTONOVSKY, A.: Unraveling the mystery of health. 1987

EKBERG, J.(red): Invandring till Sverige – orsaker och effekter, 2003

ISAK – Integrerad svenska som andraspråk med Samhälls-, Arbetslivs- och Kulturorientering. 2003

KORTNYTT, Integrationsverket, januari 2004

Management Mind UK Ltd: Att organisera aktiviteter för asylsökande i projektform. 2003

Rapport Integration 2001. Integrationsverket 2001

Riksrevisionsverket: Aktivitetsprogram för flyktingar. RRV 2002:19, 2002

SOU 2003:75 (Statens offentliga utredningar): Etablering i Sverige, 2003

Leitlinien

für die Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Migranten

Prolog

Rezept für "interkulturelle Kompetenz"

(verändert nach dem Buch: "Multikulturelle systemische Praxis ")¹

Man nehme:

Rp.

3 Esslöffel Empathie

2 Gläser frische Anteilnahme

70 g Erkennen von Affekten

5-7 Messerspitzen sinnliche Erfahrung

5 Tüten Querdenken

4 Stück eingelegten Scharfsinns

eine Prise freundliche Neugier (es darf auch etwas mehr sein)

eine Portion Weisheit

einen guten Schuss Nachsichtigkeit

und natürlich jede Menge Anamnese

*M. non sterilasa!, cave zuviel lateinisch
Dos. je nach Bedarf - keine Stereotypen*

User-Info:

*mit fremden aromatischen Gewürze anreichern kann Gewinn bringen;
über eigenes Kulturerbe reflektieren (z.B. Omas Kochgeheimnisse) als Geschmackskorrigenz;
Anwendung: nicht oberflächlich, gefühlvoll;*

	Prolog	203
1.	Vorbemerkungen	205
2.	Erfahrungen in ‘SEARCH’ und ‘SEARCH II’	207
3.	Methodische Leitlinien	209
3.1.	„Bei sich selber beginnen“	209
3.2.	Verschiedene Dimensionen	210
3.3.	Was ist "kultureller Unterschied"?	210
4.	Praktische Leitlinien	213
4.1.	Kompetenz entwickeln	213
4.2.	Beispiel	214
4.3.	Curriculum „Interkulturelle Kompetenz“	214
4.4.	Was macht „Interkulturelle Kompetenz“ aus?	217
4.5.	Methoden der Suchtprävention: One size fits all?	218
5.	Die Organisation des praktischen Prozesses	220
5.1.	Vorbemerkung	220
5.2.	„Wissen“	220
5.3.	„Zugang“	220
5.4.	„Aktion“	220
5.5.	„Nachhaltigkeit“	221
5.6.	„Monitoring“	221
5.7.	„Politischer Raum“	222
	Anmerkungen	223
6.	Benutzte und erwähnte Literatur	224

1. Vorbemerkungen

Während der gesamten Projektlaufzeit von 'SEARCH' berührte sowohl auf konzeptionell-methodischer als auch auf praktischer Ebene unsere Arbeit das heute global diskutierte Thema der "interkulturellen Kommunikation²". Jede/r, der/die sich mit diesem Thema befasst, lernt schnell, dass es sich hierbei nicht um ein einfaches, geradliniges und schnell zu erlernendes Konzept handelt, das – getragen von globalem Konsens – rasch in die Praxis umgesetzt werden könnte, sondern dass sich hinter diesen Begriffen komplexe kulturtheoretische Diskussionen, weltanschaulich-ideologische Konflikte, unterschiedlichste Herangehensweisen, ja, sogar kontinenttypische Ansätze (Europa <-> Amerika z. B.) verbergen. Umfangreiche Literatur dazu wird seit mehr als 20 Jahren publiziert, praktische Ansätze weltweit erprobt und konzeptionell definiert und weiterentwickelt.

Interessant und sicherlich aussagekräftig ist die Tatsache, dass im Bereich der international operierenden Industrie die betriebsinternen Schulungen des Personals in "interkultureller Kompetenz" heute üblich und sehr elaboriert entwickelt sind: Die Kommunikation im "Business-Bereich" zwischen Angehörigen verschiedener Kulturen funktioniert nicht im Selbstlauf, ist daher oftmals Ursache und Ansatzpunkt für Missverständnisse, Kooperationsblockaden und andere Faktoren, die sich produktivitätshemmend auswirken können. Ethnozentrisches Denken, Vorstellungen über eine Dominanzkultur und damit verbundene tendenziell rassistische Überlegenheitsfantasien und Reduzierungen von Begegnung und Kommunikation auf das für den reibungslosen Produktionsprozess Unabdingbare gehören für die modernen "Global Player" der Vergangenheit an. Umso erstaunlicher ist, dass auch und gerade in den europäischen Ländern, die "Einwanderungsländer" sind³, in den Bereichen der Sozialarbeit, des Lernens (Schulen, Universitäten z. B.), der praktischen Pädagogik generell erst noch geworben werden muss für eine Weiterentwicklung der Kommunikation in die Richtung "interkulturell". Und kaum ist dies geschehen, geht die für den Praktiker unüberschaubare Diskussion los: Wer orientiert sich am falschen, wer am richtigen "Kulturbegriff", welche Implikationen ethnozentrischer und/oder kulturdominanter Denkstrukturen sind in den jeweiligen Ansätzen implizit oder explizit vorhanden...? Gerade, weil diese Kommunikation zwischen Menschen unterschiedlicher kultureller und ethnischer Herkunft so schwierig ist, ist auch die Diskussion darüber, wie sie verbessert oder entwickelt werden kann, so kompliziert, komplex und divergent.

Es war nicht unsere Aufgabe, hier diese – sogar in den verschiedenen europäischen Ländern höchst unterschiedlich geführte! – Diskussion zu dokumentieren oder gar den ohnehin vorhandenen vielfältigen Ansätzen einen neuen hinzuzufügen. Wir verweisen auf wichtige Veröffentlichungen im Literaturverzeichnis zum Thema "interkulturelle Kommunikation" im Bereich der Gesundheit(sdienste) von Migranten; den/die interessierte Leser/Leserin bitten wir, einmal in einer Internet-Suchmaschine den Begriff "interkulturelle Kompetenz" (oder damit verbundene) einzugeben, und es werden sich Tausende von Treffern ergeben. Allein diese Tatsache macht deutlich, dass die Diskussion um die Anwendung der sich dahinter verbergenden Konzepte der Begegnung zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunftskulturen heute mehr denn je zu den meistdiskutierten Themen der Zeit gehört.

Wir sind im Projekt 'SEARCH II' angetreten, **Praktikern** Hilfestellungen zu geben, Projekte zur Suchtprävention bei unseren Zielgruppen besser planen zu können. "Besser" heißt hier: Bei der konzeptionellen wie praktischen Planung Hinweise aus unseren Erfahrungen der beiden Projekte 'SEARCH' und 'SEARCH II' heraus anzubieten. Dass wir hierbei auch einige methodische wie kulturtheoretische Überlegungen vorausschicken müssen, ist notwendig, um dort verständlich zu bleiben, wo wir Schlüsse ziehen und Vorschläge unterbreiten.

Ziel unserer Bemühungen im 'SEARCH'-Projekt war es, gesundheitliche Risiken bei bestimmten

Gruppen von Zuwanderern besser, umfassender und vor allem früher zu erkennen, um geeignete Vorbeugungs- und Interventionsmaßnahmen entwickeln zu können. Voraussetzung dafür ist – neben den vielfältigen Detailspekten, die noch dargestellt werden – dass die gesundheitlichen Versorgungssysteme der europäischen Zielgesellschaften zugänglicher, transparenter für die Migranten werden, was andererseits immer auch heißt, dass sich diese Systeme dieser Aufgabe auch stellen müssen. Der Umbau der Sozialsysteme in den meisten europäischen Ländern mit den teilweise enormen Mittelkürzungen und dem Abbau von Versorgungsinstitutionen und -qualitäten bringt es mit sich, dass die humanitären Aspekte bei den Verbesserungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung tendenziell immer weiter in den Hintergrund treten zugunsten von "Kostenfaktoren", die eher einer breiteren Entwicklung und Umsetzung von Verbesserungen im Wege stehen. Dies gilt umso mehr für unsere Zielgruppen.

Nach dem Abschluss von 'SEARCH' hörten wir auch die Rückmeldung, 'SEARCH' habe "letztlich nichts Neues herausgefunden". Wir teilen diese 'Kritik'. Es gab nichts Neues herauszufinden, vorausgesetzt, man definiert "Neues" als das Entdecken von bisher vollständig noch nicht Entwickeltem oder Bekanntem. Aber aus unserer Sicht und Erfahrung gab es sehr wohl auf zwei Ebenen Weiterentwicklungen, die es hervorzuheben gilt:

- *So sehr die Konzepte "interkultureller Suchthilfe und Suchtprävention" als theoretische Konzepte auf europäischer Ebene "verfügbar" sind (über Internet und mit Fachkonferenzen), existiert andererseits in den verschiedenen europäischen Ländern ein höchst unterschiedliches Perzeptionsniveau dieser Ansätze. Es ist das Verdienst von 'SEARCH', diese Ansätze in immerhin 12 europäische Regionen gebracht und ein Problem- und Methodenbewusstsein auf europäischer Ebene angestoßen zu haben.*
- *Unsere Annahme, dass wir für die von uns angesprochenen Zielgruppen im Bereich "kultursensible Suchtprävention" etwas völlig Neues "entdecken" würden, hat sich nicht bewahrheitet. Letztlich müssen die Konzepte interkultureller Suchthilfe und Suchtprävention aber um den Baustein "...für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Migranten..." ergänzt werden (dazu weiter unten).*

2. Erfahrungen in 'SEARCH' und 'SEARCH II'

Wie schon im Kapitel 2 dargestellt, lassen Flüchtlinge und Asylbewerber meist allen Besitz, Teile ihrer Familie, Freunde zurück. Sie flüchten vor Kriegssituationen, vor Verfolgung, Unterdrückung, sie suchen Sicherheit, Geborgenheit und stabile Lebensumstände. Dabei kann jede Migration, insbesondere die der Flüchtlinge und Asylbewerber, als "traumatisch" beschrieben werden. Bringt der Prozess der Migration an sich schon eine große Vielzahl unterschiedlicher Belastungen mit sich, kommen die meisten Menschen unserer Zielgruppen keineswegs in den Zielländern

GRINBERG/GRINBERG 1990, S. 28:

"Die Migration stellt eine Veränderung von solchem Ausmaß dar, dass die Identität dabei nicht nur hervorgehoben, sondern auch gefährdet wird. Der massive Verlust erfasst die bedeutsamsten und wertvollsten Objekte: Menschen, Dinge, Orte, Sprache, Kultur, Gebräuche, Klima, manchmal den Beruf, gesellschaftliche beziehungsweise ökonomische Stellung usw. An jedem dieser Aspekte haften Erinnerungen und intensive Gefühle. Mit dem Verlust dieser Objekte sind die Beziehungen zu ihnen und manche Anteile des Selbst ebenfalls vom Verlust bedroht"

- oft jahrelange Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus und die Aufenthaltsdauer;
- sie sind abgeschnitten vom normalen (Alltags-)Leben in ihren Gastländern (Kasernierungen und Internierungen, Arbeitsverbot, äußerst geringe finanzielle Mittel, keine Schulpflicht für ihre Kinder, z. B.);
- sie genießen wenig psychologische, medizinische und soziale Unterstützung;
- sie sehen sich häufig xenophobischen und/oder rassistischen Ausgrenzungen gegenüber;
- sie verstehen die Sprache des Gastlandes nicht und erhalten wenig Gelegenheit, diese zu lernen.

ihrer Flucht in stabile, sichere und auf der Beziehungsebene "wohlwollende" Gesellschaften. Ihnen begegnen – anders als bei den "Wirtschaftsmigranten" z. B. –

Die 'SEARCH'-Mitarbeiter/-innen stellten fest, dass Erfahrungen der Asylbewerber oder Flüchtlinge mit Gesundheitsorganisationen (wie z. B. den Drogenberatungsstellen, Suchtpräventionseinrichtungen) in ihren Herkunftsländern gar nicht existierten (weil es solche Dienste dort gar nicht gab) oder aber Bestandteil ihrer Repressionserfahrungen waren (staatliche Dienste als Bestandteil der repressiven staatlichen Organisation); man kann sich leicht vorstellen, dass uns in Westeuropa selbstverständlich gewordene Dinge wie Schweigepflicht, Verschwiegenheit, Datenschutz, Freiwilligkeit, Autonomie, Selbstbestimmtheit etc. für Menschen, die aus diktatorischen Regimen nach Europa flüchteten, nicht nachvollzogen werden können oder gar eher Miss- als Vertrauen auslösen.

Die Situation ist natürlich für **illegal** in die europäischen Länder eingereiste Menschen nochmals dramatischer. Der Zugang zu den medizinischen und sozialen Diensten ist ihnen weitgehend verwehrt; sie leben in ständiger Angst vor dem Entdecktwerden; sie können zwar arbeiten, dies aber nur illegal, und diese Tatsache wird zu skrupelloser Ausbeutung missbraucht; sie sind rechtlos; sie sind eigentlich nicht existent.

Nach den Projekterfahrungen sind dies die "Basisfaktoren", auf denen alle weiteren Prozesse der Kommunikation aufbauen. Sie unterscheiden die Lebens- und Situationserfahrungen unserer Zielgruppen deutlich von denen der Arbeitsmigranten oder anderer Zuwanderer: Ein indischer Computerspezialist, der von einem führenden deutschen Software-Unternehmen für ein Spitzengehalt nach Europa geholt wird, wird in einer grundlegend anderen Situation leben als Menschen unserer Zielgruppen. Er wird auch Diskriminierung erleben (z. B. aufgrund seiner Hautfarbe), derart basale Marginalisierungs- und Diskriminierungserfahrungen einerseits, traumatisierende Migrationshintergründe andererseits werden ihm jedoch fremd sein und bleiben.

Diese Unterscheidungen sind u. U. nicht so sehr von Bedeutung für die grundsätzliche Organisation der Kommunikation mit diesen Gruppen. Sie machen aber deutlich, dass z. B. Konzepte, die auf dem Hintergrund der Präventionserfahrungen mit Arbeitsmigranten in europäischen Ländern gesammelt und diskutiert wurden, nur zu einem Teil auf die Zielgruppen des 'SEARCH'-Projektes übertragbar sind⁴. Der Abbau von Zugangsbarrieren zu den verschiedenen Diensten der psychosozialen Versorgung z. B. wird anders organisiert werden müssen auf den Ebenen

- der Institutionen (gesetzliche Regelungen, die geändert werden müssten),
- des Zugangs zu den Zielgruppen,
- der Durchlässigkeit und Transparenz der entsprechenden Dienste.

Hier stellt sich wiederum die komplexe Diskussion über verhaltens- und verhältnisorientierte Suchtprävention. Nach den 'SEARCH'-Erfahrungen wird es eine Illusion bleiben, Menschen, die unter den beschriebenen Bedingungen leben, allein auf der Ebene der verhaltens- und beziehungsorientierten Suchtprävention dauerhaft vor Suchtgefahren (und anderen Gesundheitsrisiken) zu schützen.

Die psychosoziale Gesundheit, die die WHO in ihrer bahnbrechenden Basisdefinition von Gesundheit beschreibt⁵, zielt im umfassenden Sinn auf "Gesundheitsförderung". M. DOMENIG bemerkt auf diesem Hintergrund zutreffend:

*"Gesundheitsförderung von MigrantInnen muss [...] neben integrationspolitischen Maßnahmen, welche MigrantInnen eine umfassende Partizipation in allen gesellschaftlichen Bereichen ermöglichen, auch zum Ziel haben, die Angebote der Gesundheitsversorgung migrationsspezifisch anzupassen und weiterzuentwickeln und bestehende Zugangsbarrieren, welche eine angemessene Nutzung, vor allem der psychosozialen Einrichtungen durch Migranten, erschweren, durch konkrete Maßnahmen abzubauen. Dies erfordert neben Maßnahmen auf institutioneller Ebene auch eine Erhöhung der transkulturellen Kompetenz der PraktikerInnen im Gesundheitsbereich."*⁶

"Interkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, angemessen und erfolgreich in einer fremdkulturellen Umgebung oder mit Angehörigen anderer Kulturen zu kommunizieren".
(HINZ-ROMMEL 1994, S. 20)

3. Methodische Leitlinien

3.1. „Bei sich selber beginnen“

1.

Eine herausragende Kompetenz, um die es bei der "interkulturellen Kompetenz" geht, ist die Fähigkeit, die Kommunikation mit Angehörigen anderer Kulturen so zu gestalten, dass ein gegenseitiges Verstehen die Basis für alle weiteren Interaktionen darstellt.

Störungen dieser Kommunikation entstehen ganz allgemein durch abweichende Vorstellungen und Rollenerwartungen, Werte und Normen, sprachpragmatische Regeln, wenn also unterschiedliche Situationsdefinitionen vorherrschen.

Dabei sind Differenzen auf der Inhalts- oder Sachebene weniger folgenreich; sie lassen sich – bedenkt man die Einschränkungen, die wir im Eingangskapitel bereits erwähnten – erfolgreich darlegen und lösen. Viel wichtiger sind Differenzen auf der Beziehungsebene.

2.

Die notwendige Voraussetzung für jede Art von offener interkultureller Begegnung ist eine gegenseitige kulturelle Sensibilisierung. Dabei ist zunächst davon auszugehen, dass in diesem Prozess jeweils die eigene Kultur und Kulturerfahrung Ausgangspunkt des interkulturellen Lernens sein muss. Ethnozentrität, die suggeriert, der überlegenen Kultur anzugehören, xenophobische Haltungen, projektive Zuschreibungen in der eigenen Kultur etc. müssen Ausgangspunkt der Lernprozesse sein.

3.

Auf die Entwicklung kultureller *Sensibilisierung* folgt die der *Fähigkeit zur Kulturanalyse*. Die kulturanalytischen Fähigkeiten schaffen einen Interpretationsrahmen für das Verstehen der Hintergründe des eigenen kulturbedingten Handelns und des von Mitgliedern anderer Kulturen.

Das Nachdenken über die eigene Kultur, die Rituale, Gewohnheiten, Wahrnehmungen, aber auch die Zuschreibungen und Bilder gehört zu den komplexen Aufgaben des interkulturellen Lernens. Das Nachdenken über die Kultur meines Gegenüber fällt zunächst sehr viel leichter, weil man deren Kultur in den (unausgesprochenen) Bildern der eigenen Kultur spiegelt, letztlich also projiziert. Die Entwicklung von interkultureller Kompetenz ergibt sich immer aus dem Spannungsverhältnis von Selbst- und Fremdrelexion. ***Dabei gilt grundsätzlich, dass eine Oberflächlichkeit der Kenntnisse über die eigene Kultur zwangsläufig zu einer Oberflächlichkeit der Fremdrelexion führen wird.***

4.

Nach den Projekterfahrungen in 'SEARCH' unterbleibt dieser erste Schritt oftmals selbst dort, wo das "Helfen-Wollen" und die gute Absicht unzweifelhaft sind. Andererseits ist es eine zumindest im Bereich der therapeutischen Arbeit seit langem verfügbare Information, dass sich mit (den Problemen) anderer zu befassen voraussetzt, dass man sich in sich selber zurecht findet.

Im folgenden Kapitel werden wir uns daher mit einigen Aspekten der Organisation des interkulturellen Lernens befassen.

3.2. Verschiedene Dimensionen

Verschiedene Dimensionen interkultureller Kommunikation sind zu unterscheiden⁷:

- *Die Machtdimension*

Migranten generell, besonders aber die Zielgruppen des 'SEARCH'-Projektes, stehen in der "Macht-Skala" des Gastlandes subjektiv wie objektiv "ganz unten". Dies drückt sich in der tatsächlichen Verfügbarkeit von Einfluss- und Mitgestaltungsinstrumenten aus, aber auch in der subjektiven Wahrnehmung von Situationen. Dabei spielen eigene Lebenserfahrungen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins eine Rolle wie auch das Erleben der Gastkultur als undurchschaubar, häufig nicht akzeptabel (und trotzdem nicht änderbar). Häufig erleben sich Menschen unserer Zielgruppen als Bittsteller, ihre Einflussmöglichkeiten auf ihre Lebenssituation als minimal.

Neben unterschiedlicher Verfügbarkeit über Ressourcen und Einflussmöglichkeiten spielt eine ungleiche Machtverteilung im Bereich der diskursiven Macht (die Möglichkeit, durch den Begegnungskontext sowie durch die sprachliche Dominanz zu definieren, welche Themen relevant sind, welche nicht) eine wesentliche Rolle⁸.

- *Gegenseitige Fremdbilder*

Wir erörtern bereits im Eingangskapitel dieser Materialsammlung, dass es keine "einfache" Begegnungsebene zwischen Angehörigen verschiedener Kulturen gibt, sondern immer nur eine, die gebrochen und vermittelt ist durch die Lebenserfahrung der Agierenden. Im Projekt können wir dabei eine bestimmte Dimension (zunächst auf der Ebene der Selbstreflexion!) festmachen: Die der (gegenseitigen) Fremdbilder, die die Begegnungen (mit)bestimmen. Z. B. in Deutschland ist diese Diskussion festmachbar an den Diskussionen über Eigenschaften-Zuschreibungen, z. B. "der Polen", aber auch in vielen anderen Ländern sind Beispiele verfügbar ("die Zigeuner" in Italien, Spanien und Portugal: Gemeint sind Sinti und Roma; "die Afrikaner" etc.). Die uns begegnenden Migranten verfügen ebenfalls über spezifische Fremdbilder der Menschen in den Gastländern, die auf der Basis von präexistierenden Bildern entstanden sind und nicht (unbedingt) konkrete Erfahrungsbilder sind.

Diese gegenseitigen Fremdbilder erzeugen in den Begegnungssituationen eine gewisse Metaebene, die die Beziehungsebene stark beeinflusst, ohne dass dies thematisiert werden könnte.

- *Die kulturelle Dimension*

Alle bereits geschilderten Wahrnehmungen in der interkulturellen Begegnung entstehen auf dem Hintergrund unterschiedlicher Enkulturationen, und auf den in diesem Prozess erworbenen Denk-, Gefühls- und Handlungsmustern.

3.3. Was ist "kultureller Unterschied"?⁹

"Wahrnehmung"

Wahrnehmen wird in hohem Maße gesteuert durch die Bedeutsamkeit der Objekte für den Wahrnehmenden, und eben diese Wahrnehmung ist kulturtradiert und variiert von Kultur zu Kultur (Symbole, Begriffe, Gesten, Körperkontakt(e), Hygiene, selbst Farben und Gerüche...). Der Begriff "Gesundheit" allein schon ist ein konzeptioneller Begriff, hinter dem sich sehr unterschiedliche Vorstellungen über das Leben allgemein, seine Risiken und den Umgang mit ihnen ergeben. In unserer Kultur wird zunehmend Gesundheit als aktive Lebenshaltung jedes Einzelnen definiert, während in

anderen Kulturen Gesundheit als ein vom Individuum kaum beeinflussbares Schicksal angesehen wird.

"Zeiterleben"

Probleme und Missverständnisse in der interkulturellen Begegnung können entstehen, wenn unterschiedliche Zeitkonzepte aufeinandertreffen (vergangenheits- und zukunftsorientierte Kultur, Begegnungsschwierigkeiten wie Pünktlichkeit etc.).

"Raumerleben"

Wenn Menschen mit unterschiedlichen ‚Raumkonzepten‘ und verschiedenen Raum-Umgangsformen einander begegnen, kann das zu Schwierigkeiten führen ("privater Raum", "Nähe und Distanz" im unmittelbaren Kontakt, "Respektstanz" etc.). Wann gibt man die Hand bei der Begrüßung, wann nicht? Können Rollenspiele "kulturübergreifend" inszeniert werden oder müssen die Besonderheiten des kulturbedingten Raumerlebens berücksichtigt werden?

"Denken"

Leicht "denken" wir, dass unsere Form des Denkens die einzig mögliche sei. Wir setzen sie voraus. Schaut man genauer hin, gibt es in den verschiedenen Kulturen der Welt sehr unterschiedliche Formen des Denkens: Abstraktes – konkretes Denken, induktives – deduktives Denken, rationales – religiöses Denken, Denken in komplexen kognitiven Begriffen oder in affektiv verankerten Bildern etc.

"Sprachliche Verständigung"

Allgemein ist für jeden Migranten das Leben und Bewegen in einer fremden Umgebung primär auch ein "Verständigungsproblem". Sprache drückt mehr aus als die lexikalisch "über-kulturell" definierte Wortbedeutung (unterschiedliche Begriffs- und Bedeutungssysteme). In jedem Sprachgebrauch spiegelt sich das "konnotative" Umfeld des Sprechenden (Emotionen, Assoziationen, Wertungen etc.), das – ähnlich wie bei der Wahrnehmung – scheinbar "überkulturellen" Begriffen höchst unterschiedliche kulturgebundene Bedeutung verleiht.

"Nonverbale Kommunikation"

Ausdrucksformen, die in unserer Kultur eine bestimmte Bedeutung haben (Lachen, Weinen, Schweigen, Reden etc.), können in einer anderen Kultur völlig andere Bedeutungen haben. Gesten, Handlungen und entsprechende Aufforderungen können nicht nur Anlass von Missverständnissen sein, sondern die Initialzündung für Ablehnung, Verunsicherung und Unverständnis.

"Werthaltungen"

In unserer Kultur "selbstverständliche" Werthaltungen (Fleiß, Ehrgeiz, Pünktlichkeit, Zeit, Bedeutung des Glaubens/der Religion, Zukunftsorientiertheit etc.) können in anderen Kulturen völlig unterschiedliche und gegensätzliche Bedeutungen haben. Dies ist insbesondere für die Formulierung "präventiver Botschaften" von großer Bedeutung: Gesundheit, Risiko, Eigenverantwortlichkeit, Selbstreflexion usw. sind Begriffe, deren konnotative Bedeutung auf dem Hintergrund unterschiedlicher Herkunftskulturen für den präventiven Kontext untersucht werden müssen.

"Verhaltensmuster"

Die kulturspezifisch höchst unterschiedlichen Verhaltensmuster (Sitten, Gebräuche, Rollen, Riten etc.) machen in beiden Richtungen (Herkunftsland – Gastland) Begegnungssituationen offen sowohl für Missverständnisse als auch für Vorbehalte und Abgrenzungen (und sind, nebenbei bemerkt, eine wichtige Basis für xenophobe Haltungen). Gruppenarbeit im suchtpreventiven Kontext beispielsweise wird bei Migranten/innen auf dem Hintergrund von Gruppenritualen und –bedeutungen möglicherweise als bedrohlich, lächerlich oder herausfordernd erlebt, was auf "unserer Kulturseite" wiederum

Unverständnis und Ärger auslösen kann.

"Soziale Beziehungen"

Jede Kultur hat ihre eigene spezifische Organisationsform für soziale Beziehungen. Interkulturelle Begegnung birgt hier Risiken wie z. B. die projektive Beimessung im Rahmen der "intrapersonellen Attribution", d. h., dass unterstellte oder vermutete Eigenschaften des Gegenüber rasch zu "Fakten" werden können, damit ihren projektiven Charakter verlieren und normative Kraft bekommen¹⁰. Hier spielt auch die Zuschreibung von Prestigewerten zu bestimmten Rollen (z. B. die Geschlechtsrolle), Berufen und formellen wie informellen Hierarchien eine große Rolle.

Im suchtpräventiven Kontext kann dies zu (ungeahnten) Implikationen führen (Rolle von Frauen/Männern, Berufen, Erscheinungsformen, Hierarchieorganisationen etc.).

Sprachbarrieren spielen in der Arbeit mit den 'SEARCH'-Zielgruppen eine wesentliche Rolle. Gerade diese Zielgruppen verfügen meist nicht über ausreichende Sprachkompetenz in der Sprache des Gastlandes¹¹. Insbesondere in der Präventionsarbeit – die ja nicht nur auf der kognitiven Ebene des Wissens und Erlernens basiert, sondern stark auf der affektiven Ebene verankert ist – ist das Fehlen einer angemessenen sprachlichen Verständigung besonders blockierend. So sehr in anderen migrationspezifischen Kontexten interkulturell ausgebildete Dolmetscher eine entscheidende Brücke zu einer verbesserten Verständigung sind, helfen nach der 'SEARCH'-Erfahrung hier Dolmetscher nur wenig weiter. Abgesehen von Sprach-Kultur-Problemen lassen sich affektiv basierte Lernprozesse nicht "dolmetschen".

Eine Erfahrung des 'SEARCH'-Konzeptes ist, dass hier die Orientierung an Key-Persons elementar wichtig ist. Diese sollten aus der Herkunftskultur der Zielgruppen stammen ("Peers"), die Sprache der Zielgruppe beherrschen und in der Lage sein, die Herkunftskultur der Zielgruppen so genau zu kennen, dass ihm/ihr die Übersetzung nicht nur auf der Ebene der unmittelbaren Sprache möglich ist, sondern auch auf der Ebene der Kulturmediation¹².

Der Einsatz von "Ausländern" in der Suchtarbeit, der in einigen Ländern zunehmend gefordert wird, ist nach unserer Erfahrung in dieser Abstraktheit wenig nützlich. Ein italienischer Sozialarbeiter wird "an sich" mit z. B. iranischen Asylbewerbern in Deutschland voraussetzungslos nicht kultursensibler arbeiten können als österreichische Kollegen/-innen. Dies deutet bereits auf die Notwendigkeit hin, dass es im Bereich der interkulturellen Suchtprävention dringend geboten ist, andere, in vielen europäischen Ländern neue Kooperationsformen zu entwickeln. Dazu mehr im nächsten Kapitel.

"Kultursensibel" in der Suchtprävention zu arbeiten ist auf dem Hintergrund des Vorgeschilderten nicht nur eine moralische Aufforderung, sondern ein Muss, um überhaupt nicht nur abstrakt "zu senden", sondern auch den "Empfang" sicher zu stellen. An vielen Stellen der heutigen Suchtprävention wiederum heißt dieses Prädiktum allerdings, dass die eingesetzten Methoden ebenfalls auf die Herkunftskultur der Zielgruppen ausgerichtet sein müssen, nicht auf abstrakte "fachliche Standards".

Orientierungen z. B. an dem Salutogenese-Konzept von Aaron ANTONOVSKY sind nur dann hilfreich, wenn dieses Konzept übersetzt werden kann auf die Rezeptionsmöglichkeiten der Herkunftskultur der Zielgruppen. Der Gedanke, dass Konzepte sich nicht an dem orientieren sollen, was krank macht, sondern daran, was uns gesund hält, setzen nolens volens Denktraditionen und -orientierungen voraus, die z. B. bei Asylbewerbern aus Eritrea oder Liberia im besten Fall Unverständnis auslösen werden¹³.

Auf der anderen Seite bedeutet "kultursensible Prävention" mit allen geschilderten Implikationen von Toleranz und Achtung des Andersseins nicht, die kulturellen Unterschiede egalalisieren oder gar die fremde Kultur übernehmen zu wollen. Dies allerdings gilt für beide Kommunikationsrichtungen (und

wird in vielen europäischen Ländern einseitig als "Integrations-Imperativ" an die Zuwanderer gerichtet).

4. Praktische Leitlinien

4.1. Kompetenz entwickeln

Letztlich müssen in jedem Bereich der sozialen wie gesundheitsorientierten Arbeit spezifische Kompetenzen entwickelt werden. Eine wesentliche Voraussetzung dafür wiederum ist das Erlangen von Wissen über die Zielgruppen, ihre Verhaltensweisen, ihre sozial-kulturellen Hintergründe, ihre frühere und jetzige Lebenssituation etc. In diesem Kontext hat sich der Einsatz des RAR bewährt (da wir hierzu einen Leitfaden/Manual verfasst haben, der in 'SEARCH II' um die Monitoring-Module ergänzt wurde, hier nur der Hinweis darauf).

Allerdings erhebt das RAR nur Daten und Material sowie spezifische Indikationen für die praktische Umsetzung, es ist kein Ersatz für den Erwerb der spezifischen Umsetzungskompetenz. Folgende Kompetenzebenen müssen unterschieden (und erworben) werden:

- *Selbstkompetenz*

An erster Stelle ist – wie schon erwähnt – die Fähigkeit zu nennen, die eigenen kulturellen Normen, Werte, die eigenen Menschenbilder, ihre kulturhistorische Relativität zu erkennen. Da dies eine außerordentlich komplexe Fähigkeit ist (Kultur- und Subkulturalanalyse!), ist es dringend erforderlich, ein entsprechendes selbstreflexives Curriculum vorzuschalten, bevor dann die folgenden Kompetenz- (und damit Kommunikations-)schritte gegangen werden.

- *Sachkompetenz*

Es entspricht unserer Erfahrung, dass jede suchtpreventive Arbeit mit unseren Zielgruppen Wissen voraussetzt: Um die eigene kulturelle Eingebundenheit, die Manifestationsformen und Kommunikationsstrukturen der eigenen Kultur, wie auch die der Zielgruppe(n).

- *Sozialkompetenz*

An vorderster Stelle wäre hier zu nennen, dass eine Grundempathie für die Menschen der Zielgruppe Voraussetzung für jeder weitere (präventive) Arbeit ist. Hierher gehört auch die Fähigkeit, diskursive Kompetenz zu entwickeln, also die Fähigkeit, Kontakt und Kommunikation so aufzubauen, dass keine (zusätzlichen) Barrieren entstehen, sowie die Kommunikation "kulturadäquat" auszutragen. Dies fällt besonders schwer, wenn basale Unterschiede in der Wahrnehmung und Einschätzung bestimmter Werte aufeinanderprallen.

Beispiel: Nach den Ereignissen des 11. September 2002 in den USA ist die Kommunikation mit Menschen aus islamischen Ländern zusätzlich erschwert. Mitarbeiter/innen des 'SEARCH'-Projektes berichten, dass hüben wie drüben plötzlich der "Akzent" in der Begegnung mehr antagonistischer und fundamentaler wurde, teilweise Kommunikation schwer in Gang kam, weil beide Seiten stärker als zuvor verfestigte Fremdbilder zu überwinden hatten ("islamische Menschen haben keinen Respekt vor Menschenrechten" vs. "westlich-christliche Menschen denken und verhalten sich kolonialistisch gegenüber den islamischen Ländern und Menschen"). Zurückzufinden zu einer respektvollen und empathiegeleiteten Kommunikation setzte soziale Kompetenz voraus.

- *Handlungskompetenz*

Handlungskompetenz ist das Ergebnis der Entwicklung der vorangegangenen Kompetenzstufen. Hier wird das Wissen, die Fähigkeit, die eigene wie die fremde Kultur zu analysieren, in praktische Schritte umgesetzt; es geht aber auch um die Gestaltung des Kontakts, der Kommunikation.

4.2. *Beispiel: Die Umsetzung eines Aufklärungs-Flyers über Suchtrisiken bestimmter Substanzen, die – so unsere RAR-Ergebnisse – in dieser Zielgruppe vorwiegend eine Rolle spielten, wurde mangels Erfahrung zunächst zwar engagiert, aber recht „voluntaristisch“ umgesetzt (1:1-Übertragung eines inländischen Flyers auf die Zielgruppe, einfache Übersetzung). Folgende Stufen wurden durchlaufen:*

1. *Erstellung eines Grundmusters des Flyers;*

2. *Misserfolg bei der Zielgruppe (kein Interesse, Unverständnis, Kritik);*

3. *Rückkoppelung mit Personen aus der Zielgruppe, die schon lange im Gastland leben (Key Persons: Entwicklung aus der Zielkultur heraus), "kulturadäquate" Korrektur der Inhalte auf dem Hintergrund der Kultur der Zielgruppe: Sprache, konnotative Verbindungen der Begriffe, Überprüfung der Bilder und Symbole (auch via Internet);*

4. *kulturadäquate Neufassung der Aufklärungsbroschüre, Druck, Verteilung, Monitoring der Ergebnisse in Kommunikation mit den erwähnten Key Persons.*

▣▣▣▣ Vgl. Schaubild auf Seite 216

4.3. Curriculum "Interkulturelle Kompetenz"¹⁴.

- *Stufe 1: "Kulturelle Sensibilisierung"*

Es hat sich bewährt, als didaktisches Mittel der Initialsensibilisierung eine eher spielerische Simulation der zentralen Themata zu wählen. Es stehen in beinahe allen Ländern Materialien zu Verfügung (für Rollen- und Theaterspiele z. B.), die weniger auf die rational-kognitiven Erkenntnisprozesse zielen als auf die affektiven, emotionalen.

- *Stufe 2: "Methoden der Kulturanalyse"*

Hier werden die Methoden der Kulturanalyse vermittelt, die in zunächst ebenfalls spielerischer und affektiv orientierter Form interkulturelle Konzepte vermitteln auf der Basis der "Missverständnisse", die aus den unter "Was ist eigentlich kultureller Unterschied?" Punkten resultieren können (s. Seite 210 f). Unsere Erfahrung ist, dass hier die Rolle des Humors, der humorvollen Nachstellung von Situationen der interkulturellen Begegnung, die jeder kennt, besonders erfolgreich ist. Es ist hier nicht nur die Bewegung der abstrakten Begriffe notwendig, sondern die Reflexion der eigenen – möglicherweise noch unbewussten – Erfahrungen: Erst die Integration von Erfahrungen mündet in Verstehen.

- *Stufe 3: "Ausgangspunkt: Eigene Kultur"*

Wie schon mehrfach erwähnt, sollte sich die Phase der Analyse der eigenen Kultur anschließen, um einer ethnozentrischen Ausrichtung der interkulturellen Begegnung vorzubeugen¹⁵. Hier vermischen sich eher affektiv und kognitiv orientierte Lernformen und -inhalte. Wir gehen davon aus, dass eine ungenügende Kenntnis der eigenen Kultur (und des eigenen kulturbedingten Verstehens und Handelns) zwangsläufig zu einem nur oberflächlichen Verstehen einer Zielkultur führen wird.

- *Stufe 4: "Analyse der Zielkultur"*

Ausgehend von den Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur kann

sodann eine Analyse der Zielkultur angegangen werden. Hierher gehören Zeugnisse dieser Kultur ebenso wie die Bilder, die in den Betrachtern präexistieren. Gerade diese letztgenannte Ebene macht die Analyse kompliziert: Die bunte Vielfalt einer Zielkultur reduziert sich schnell auf Vorstellungen über sie. Ein besonders anschauliches Beispiel erleben wir bei der Auseinandersetzung mit islamischen Zielkulturen: Es ist beinahe unmöglich, in Westeuropa ein Bild über islamische Gesellschaften und Kulturen zu entwickeln, das nicht geprägt wird von den – massenmedial vermittelten – Bildern von Terror und Selbstmordattentaten einerseits, Kopftüchern und Burka andererseits. Letztlich geht es aber nicht um eine politisch-wertende Auseinandersetzung mit der Zielkultur, sondern um ihr Verstehen, um Ansatzpunkte für Suchtprävention zu finden. Nach unserer Erfahrung werden diese beiden Ebenen häufig verwechselt: Die Folge sind (gegenseitige!) Projektionen bestimmter Zuschreibungen, die eine offene Kommunikation verhindern.

• *Stufe 5: "Überprüfung"*

Hier geht es darum, die gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen umzusetzen und im Kontakt mit der Zielkultur zu erproben und ggf. zu verändern. Es gilt, im praktischen Kontakt mit den Menschen der Zielkultur das eigene Wissen zu überprüfen, um der Stereotypisierung der Vorstellungen zu begegnen.

Eine wichtige Erfahrung war dabei, dass die Fremdheitserfahrung höchst unterschiedlich ausgeprägt war von Zielgruppe zu Zielgruppe. 'SEARCH' war ein Projekt von Praktikern für Praktiker, kein wissenschaftliches Projekt. Während die eine Gruppe (z. B. im Kontakt mit Menschen aus den Balkanländern) feststellte, dass "so groß die kulturellen Unterschiede nicht seien" und dass "lediglich der riskante Alkoholkonsum, der von diesen Menschen offenbar völlig unkritisch gesehen wird" diese von den Standards des Gastlandes unterscheidet, empfanden andere wiederum den Kontakt zu außereuropäischen Asylbewerber-Gruppen als "letztlich für uns völlig unverständlich", sie beklagten, dass sie keinen oder nur kaum Kontakt aufbauen konnten.

Unsere Erfahrung ist, dass letztlich auch die eigenen "geschulten" Deutungs- und Verstehensprozesse Grenzen erfahren. Dies wahrzunehmen ist wichtig gerade auf dem Hintergrund einer "Informationsgesellschaft", die suggeriert, alles sei versteh- und nachvollziehbar, wenn man nur über genug Informationen verfüge. Unsere Erfahrung im 'SEARCH'-Projekt andererseits macht deutlich, dass im interkulturellen "Fremdheitskontakt" tatsächlich viele kognitive Dinge begreifbar sind, gerade aber auf der Ebene der affektiv gesteuerten Prozesse erfährt dieses Verstehen Grenzen.

Solche Schwierigkeiten sind – schauen wir zurück auf 3 Jahre Projektarbeit – typisch für die interkulturelle Gesundheitsarbeit. Sie werfen im Übrigen einmal mehr ein Licht darauf, dass die Gruppen couragiert werden müssen, sich für sich selber zu engagieren, obgleich wir nicht verkennen, dass dies gerade für unsere Zielgruppen außerordentlich schwer ist:

- *Die Lebensbedingungen in den Gastländern lassen oft eine freie Organisation der eigenen Interessen nicht zu,*
- *Selbstorganisation setzt eine gute Kenntnis der kulturellen, sozialen und politischen Gegebenheiten des Gastlandes voraus.*

Interkulturell kompetent Handelnde sollten eine negative Bewertung von Unterschieden vermeiden, der Zielkultur Respekt entgegenbringen und ein gehöriges Maß an Empathie und Toleranz mitbringen. Das Einbeziehen von Menschen aus der Zielkultur ist unverzichtbar. Ob und in welcher Form allerdings "Peer Education"-Konzepte die Basis der Arbeit sein können, hängt wiederum von den Zielkulturen ab: Auch dieser Ansatz ist mitteleuropäisch-kulturgeprägt!

4.4. Was macht "INTERKULTURELLE KOMPETENZ" aus?

Zusammenfassung

Das dem Kapitel „Leitlinien...“ vorausgeschickte „Rezept“ beschreibt, was „interkulturelle Kompetenz“ ausmacht:

- **Empathie.** Menschen, die in der Zuwanderung von Menschen aus "fremden" Kulturen eine Bedrohung der eigenen Kultur sehen ("Untergang des Abendlandes..."), mögen für diese Auffassung plausible Argumente kennen: Interkulturelle Kompetenz besitzen sie wahrscheinlich nicht!
- **Anteilnahme.** Hinter jeder Flucht, hinter jedem Asylgesuch steckt eine dramatische, oft traurige Geschichte. Sie fordert unsere Anteilnahme heraus!
- **Erkennen von Affekten.** Vieles in der Kommunikation mit (dem) Fremden läuft über die Gefühls- und Wahrnehmungsschiene. Unsere "verkopften" westeuropäischen Gesellschaften versuchen oft genug, diese Dimension, diese Wurzeln unseres eigenen Handelns und Empfindens zu "rationalisieren": Das aber ist nur uns vertraut!
- **Sinnliche Erfahrung.** D. h. eine solche, die sich nicht – wie zuvor genannt – verlässt auf die rationalen Dimensionen der Begegnung mit der Fremdheit, sondern die sinnliche Begegnung einschließt, die Begegnung mit allen Sinnen.
- **Querdenken.** Dies fällt oft genug schwer in Gesellschaften, die Denkrichtungen und Inhalte der Gedanken nur zu gern vorschreiben möchten.
- **Scharfsinn.** Fraglos gehört dieser zu den Grundnotwendigkeiten interkultureller Kommunikation: Erkennen, Deuten, Verstehen setzen Scharfsinn voraus!
- **Neugier.** Ohne diese wird niemand die Begegnung mit Menschen anderer kultureller Herkunft interessant, spannend und bereichernd finden.
- **Weisheit.** Sie konfrontiert die schnellebigen Klischees der Jetztzeit mit der historischen Gewordenheit von Kultur.
- **Nachsicht.** Sie steht der Weisheit nicht nach, denn sie erlaubt es, Verschiedenes zu ertragen und Gleiches zu erkennen.
- **Anamnese.** In jeder Flucht, in jeder Migration steckt eine Geschichte, die man kennen muss, um verstehen zu können.
- **Stereotypien.** Sie erlauben es uns nicht, die wirklichen Menschen zu sehen (und ihnen zu begegnen), sondern nur die Bilder, die wir uns von ihnen machen.

4.5. Einige methodische und organisatorische Aspekte der Suchtprävention: One size fits all?

In den meisten europäischen Ländern werden im Bereich der Suchtprävention folgende **Methoden** angewandt und eingesetzt:

- *Peer Education* ("Training von Gleichgestellten")
- *Life Skills Training*: Einüben von Ansätzen der "Lebenskunde" wie Konfliktbewältigung, Gewaltde- eskalation, soziale Orientierung, Frustrations- und Ambiguitätstoleranz etc. sowie die Unterscheidung in affektiv orientierte und kognitiv orientierte Ansätze. Eine spezifische Unterform ist die
- *Risikokompetenzorientierung* ("Autonomes Handeln der Subjekte auf dem Hintergrund von geschul- ter Risikokompetenz").
- *Furchtappelltechniken* ("Wissen über schädliche Wirkungen im affektiven Bereich verankern").

Grundsätzlich gilt: Es gibt in den meisten europäischen Ländern keine "staatlich vorgegebenen Regeln, Strukturen und Inhalte" der Suchtprävention. Entsprechend wählt der einzelne Träger als methodi- schen Ansatz die von ihm/seinen Mitarbeitern/innen bevorzugte Methodik.

Als gesicherte methodische Basis kann gelten, dass bei allen spezifischen Methoden der Kommunikationskreislauf zwischen der kognitiven Dimension ("Wissen"), und der affektiven Dimension ("Einstellungen") in je spezifischen Lern- und Trainingstechniken stattfindet (Verbindung von Wissen und Einstellungen in der konkreten suchtpreventiven Aktion).

Auf der **organisatorischen** Ebene ergibt sich in Europa ein buntes Bild verschiedener Fakten:

- Suchtprävention in Netzwerken, als Aufgabe spezifischer, unabhängiger Facheinrichtungen oder als Bestandteil der Suchthilfeorganisationen (aber auch angebunden bei Jugendämtern, in Betrieben). Suchtprävention als ehrenamtliche Betätigung ist die Ausnahme (Elternselbsthilfeverbände z. B.), die Wahrnehmung der Aufgaben durch Professionelle ist eher die Regel.
- Monitoring und insbesondere die Evaluation der Ergebnisse suchtpreventiver Aktivitäten gehören kaum zu den Standards. Die EMCDDA hat in den letzten Jahren mehrere Publikationen zu dem Thema "Evaluation im Bereich der Suchtprävention" veröffentlicht¹⁶ und stellt – europaweit kommentierend – fest, dass diese spezifische Ergebnis- und Wirksamkeitsüberprüfung noch am Anfang der Entwicklung stehe.
- "Evidence based drug prevention" (analog der evidence based medicine) wird in einigen Ländern als Zukunftsaufgabe der Suchtprävention beschrieben. Mangels einer zentralen Sammlung und Auswertung geeigneter Methoden (s. vorherigen Punkt) bleibt dies aber derzeit eine theoretische Diskussion.

Für die suchtpreventive Arbeit mit unseren Zielgruppen allerdings gibt es auch im methodischen Bereich keine "1:1-Übertragung" suchtpreventiver Ansätze. Während in Mitteleuropa die Ansätze des Furchtappells beispielsweise als nicht mehr lege artis angesehen werden, können sie bei einigen Asylbewerber- und Flüchtlingsgruppen höchst wirksam sein. Entscheidend wird hier noch eine zweite Dimension sein (die in Europa eher zu vernachlässigen ist): **Wer** nämlich die suchtpreventiven

Botschaften vermittelt und nicht nur, **wie** sie vermittelt werden.

Beispiel: Menschen aus Ländern/Kulturen mit stark ausgeprägter sozialer Prestige-Hierarchie werden präventive Botschaften von Menschen mit Berufen, die im Herkunftsland hohes Ansehen genießen (Ärzte z. B.) eher annehmen als von Sozialarbeitern (und umgekehrt). Dies gilt auch für Peers: Gleichgestellten können und dürfen keine "Du sollst nicht..."-Botschaften ohne Gesichtsverlust abgenommen werden; es muss eine deutliche Hierarchie (des Wissens, der Rolle, der gesellschaftlichen Position etc.) im Kontakt vorhanden sein. Gruppenarbeit ist eine in vielen Kulturen völlig ungewöhnliche Umgebung für solche "botschaftsgeprägten" Begegnungen, zumal dann, wenn die Hierarchie in diesen Gruppen nicht der eigenen Normen- und Wertstruktur entspricht.

Menschen aus wiederum anderen Kulturen können bei den geschilderten Beispielen sehr anders reagieren: Sie würden Botschaften von "Höhergestellten" als eher demütigend oder doch zumindest belehrend erleben und auf der Ebene der Gleichgestellten ansprechbar sein.

Diese Beispiele haben uns gezeigt, dass die zuvor erwähnte Kulturanalyse unabdingbare Voraussetzung auch für die Wahl der Methode(n) in der präventiven Arbeit ist. Auch auf der Ebene der Organisationen, die Suchtprävention anbieten, ist Vorsicht und kultursensibles Fingerspitzengefühl angebracht: Wird der Kontext der suchtpreventiven Aktion als potenziell bedrohlich erlebt¹⁷, treten methodische Überlegungen in den Hintergrund!

Eine weitere Bemerkung ist angezeigt angesichts der oftmals dramatischen und traumatischen Fluchthintergründe: Die massive Desorganisation der Persönlichkeit durch die der Flucht vorausgegangen Prozesse oder durch die Flucht selber erzeugt psychische und/oder physische Störungen, die sich in vielfältigen Symptomen ausdrücken, auch in Suchtmittelkonsum und Suchtgefährdung. (Psychotherapeutische und andere stützende) Maßnahmen der Traumaaarbeit gehören nach unserer Erfahrung geradezu selbstverständlich in den Kanon der suchtpreventiven Angebote, werden aber lediglich in einigen Ländern umgesetzt, und auch hier oftmals nur durch NGOs, die sich dieser Aufgabe annehmen. Das Wissen über die dramatischen Persönlichkeitsbelastungen, die die Traumata vor, während und nach der Flucht darstellen, wie auch über die Behandlungsmethoden steht zur Verfügung, erneut fehlen aber oftmals Ressourcen und politischer Wille, dieses auch in Aktion und Angebote münden zu lassen¹⁸.

5. Die Organisation des praktischen Prozesses

5.1. Vorbemerkung

Wir gehen bei der weiteren Darstellung davon aus, dass auf der kommunalen Ebene zwei wesentliche Faktoren zur Verfügung stehen oder erreicht werden können:

- Interesse der politisch Verantwortlichen an der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen, Asylbewerbern und ggf. auch illegalen Zuwanderern, und damit auch
- Mittel und Ressourcen, die dafür notwendigen Schritte zu tun.

Beide Faktoren scheinen uns in der gegenwärtigen Entwicklung der Sozialsysteme in den meisten europäischen Ländern nicht automatisch gegeben zu sein. Unser 'SEARCH'-Projekt war insofern "privilegiert", als hier EU-Mittel zur Verfügung standen. Allerdings ging an vielen Standorten des 'SEARCH'-Projektes die Auswertung der Ergebnisse und die weitere Planung direkt hinein in die politische Überzeugungsarbeit.

5.2. "Wissen"

Wir stellten bereits dar, dass das Erlangen von Wissen über die Zielgruppe zu den unabdingbaren Voraussetzungen der Projektarbeit zählt. Die Durchführung eines RAR scheint uns eine insbesondere bezüglich der Kosten/Aufwand<-->Nutzen-Relation geeignete Methode, um eine umfassende Datensammlung über die Zielgruppe(n) zu erstellen und gleichzeitig den Prozess zu begleiten, auszuwerten, Korrekturen vorzunehmen und zu evaluieren.

Der erste Schritt ist das Sammeln von Informationen über die Herkunftshintergründe der Zielgruppen (Internet, Veröffentlichungen, Zeitungsberichte etc.) sowie der Aufbau von Kontakten vor Ort (Key Persons, ggf. aus der Zielgemeinschaft).

Durch ein Mapping der verfügbaren Informationen wird einerseits eine "Wissenslandschaft" erstellt und gleichzeitig der Wissensabruf reproduzierbar gemacht.

5.3. "Zugang"

Das Einbeziehen von Menschen aus der Zielgruppe ist nach unserer Erfahrung ein "Kompetenz-Pool", den es auszubauen gilt (z. B. anerkannte Asylbewerber aus der Zielgruppe).

Die Migrationsorganisationen der Region (professionelle, ehrenamtliche), Selbstorganisationen der Zielgruppe(n), Suchthilfeorganisationen, Gesundheitsdienste – aber auch vielfältige Einzelpersonen – verschaffen "multiple Zugänge" zu den Zielgruppen.

Die Rolle von Dolmetschern muss hier erwähnt werden: Auch Dolmetscher müssen "interkulturell geschult" sein, sie müssen über die sozial-kulturelle Bedingtheit der eigenen Werthaltungen wie auch die der Zielgruppen reflektieren können.

5.4. "Aktion"

Nach unserer Erfahrung lassen sich suchtpreventive Aktionen für unsere Zielgruppen am Besten durch die Einbeziehung von Key Persons¹⁹ durchführen. Im idealen Falle sind dies akzeptierte Personen aus

der Zielgruppe, sie genießen Respekt und Akzeptanz²⁰. Sie haben eine gemeinsame Basis mit den Personen der Zielgruppen, können ein Wir-Gefühl viel eher und authentischer erzeugen. Gleichzeitig sind sie die Brücken in die Welt des Gastlandes, können die Strukturen erklären, wirken dabei glaubwürdig ("kulturelle Mittler"). Dieses Konzept der Kulturmediatoren (cultural mediators) ist in einigen Ländern bereits entwickelt, und wird in allen möglichen Vermittlungsfragen zwischen Migrantengruppen und den Personen und Institutionen des Gastlandes erfolgreich praktiziert.

Eine kultursensible Auswahl der eingesetzten Mittel und Medien ist eine weitere Voraussetzung für eine Akzeptanz. Der Medieneinsatz "muss so gestaltet werden [...], dass er eine Akzeptanz bezüglich der Medieninhalte (also des Symbolsystems) gewährleistet."²¹

Die eingesetzten Methoden der Suchtprävention müssen ebenfalls darauf überprüft werden, ob sie den Prozess eher fördern oder behindern (vgl. vorhergehendes Kapitel).

5.5. "Nachhaltigkeit"

Die Projekterfahrungen zeigen, dass die Entwicklung suchtpreventiver Hilfen für die Zielgruppen nur möglich ist, wenn sie langfristig und nachhaltig konzipiert werden. In den meisten Fällen konnten die Projektaktivitäten eingebunden werden in bestehende migrations- oder gesundheitspezifische Netzwerke, in vielen anderen Fällen allerdings entstanden solche Netzwerke oder Arbeitsbündnisse erst aus den Fokus-Gruppen des RAR-Prozesses heraus. Um in solchen Bündnissen dauerhaft aktiv zu bleiben, bedarf es einer institutionellen Verantwortlichkeit: Eine Institution muss sich dieser Aufgabe dauerhaft stellen. Hier können keine europaweit gültigen Hinweise gegeben werden, zu unterschiedlich ist die Organisation der Hilfen von Land zu Land. Generell jedoch gilt: Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Migranten ist ein Unterthema der gesundheitsorientierten Migrationsarbeit im Allgemeinen. Entsprechend sind Organisationen der Migrations- und Suchtarbeit sowie ihre Netzwerke die geeigneten Anlegestellen für die nachhaltige Organisation der 'SEARCH'-Projektziele.

5.6. "Monitoring"

Die Zielgruppen des Projekts unterliegen häufig schnellem Wandel.

- Deutlich wurde dies z. B. in der Bürgerkriegssituation im ehemaligen Jugoslawien: Große Flüchtlingsströme gingen in fast alle europäische Länder. Nach der Befriedung der Gebiete allerdings gingen die meisten Menschen sehr rasch in ihre Heimat zurück.
- Änderungen der nationalen Zuwanderungspolitik verändern Zugangswege zu den Zielgruppen, die Hilfelandschaft ändert sich vollständig, etc.
- Aber auch innerhalb der Zielgruppen können wesentliche Veränderungen vorkommen (andere religiöse und/oder ethnische Zusammensetzung bei gleichem Herkunftsland, Veränderungen des Risikoverhaltens in Bezug auf Suchtmittel, etc.).

In 'SEARCH II' wurde – nach dem erfolgreichen Erproben der RAR-Methode in der ersten Projektphase – das RAR-basierte Monitoring eingesetzt, das sowohl in der Lage war, Veränderungen bei den Zielgruppen rasch und zuverlässig zu erfassen, als auch die Ergebnisse der ersten Projektphase zu evaluieren.

Der Einbau "evaluativer Schleifen" gehört selbstverständlich zu der forschungsbasierten Fortschreibung der Suchtpräventionsarbeit für unsere Zielgruppen.

5.7. "Politischer Raum"

Wir erwähnten unter "Nachhaltigkeit" bereits das Gebot, die hier beschriebenen Arbeitsansätze nachhaltig zu verankern, zunächst auf der fachlichen Ebene. Dies allerdings setzt voraus, dass es einen politischen Willen, ein politisches Mandat für diese Arbeit gibt; denn ohne dieses wird es keine (zusätzlichen) Ressourcen geben. Wir sind der Überzeugung, dass die europäischen Gesellschaften, die sich den Menschenrechten, der Genfer Flüchtlingskonvention und christlich-sozialen Grundwerten der Sozial- und Gesundheitspolitik verpflichten, aufgefordert sind, Mittel und Interesse zur Verfügung zu stellen, um den Menschen, die in ihre Grenzen, in ihre Regionen kommen, umfassende Gesundheitshilfen zur Verfügung zu stellen. Gleichwohl erfuhren wir während der Projektlaufzeit, dass viele nationale Gesetzgebungen den Zugang unserer Zielgruppen zu einer (besseren) öffentlichen Gesundheitsversorgung geradezu verhindern (z. B. Zugang zum Suchthilfesystem und zur Suchttherapie in Deutschland). In vielen Ländern Europas ist die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus weitgehend abhängig von privater caritativer Initiative; häufig werden Suchterkrankungen bei Asylbewerbern als Hindernis für die Anerkennung ihres Asylbegehrens angesehen oder zumindest so gehandhabt.

Faktoren, die eine Nutzung vorhandener Angebote der Suchtprävention und Suchthilfe für Migranten erschweren:

- "Kommunikationsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art im Kontakt mit Suchtfachkräften;
- kaum Problembewusstsein bezüglich der Drogenproblematik [...];
- unzureichende Kenntnisse über vorhandene Hilfsangebote der Suchthilfe;
- fehlende Angebote muttersprachlicher, bilingualer und kulturspezifischer Beratung und Therapie;
- Misstrauen gegenüber [...] Institutionen und Behörden [des Gastlandes – d. V.]
- Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen und daher Flucht in die Anonymität;
- Tabus in Bezug auf die Drogenproblematik und der Wunsch, die eigenen kulturellen Werte zu bewahren."

(R. SALMAN, J. COLLATZ, *Interkulturelle Suchtprävention und Beratung – Qualifizierung von "Keypersons" und Aufklärungsveranstaltungen*, in: SALMAN/TUNA/LESSING 1999, S. 129)

Gleichzeitig leben in vielen europäischen Ländern Asylbewerber unter unwürdigen Bedingungen, teilweise in haftähnlichen Unterkünften; sie haben häufig keine Rechte, sich frei zu bewegen, Kontakte mit den Menschen des Gastlandes zu pflegen, zu arbeiten, ihre Kinder zur Schule zu schicken. Sie verfügen nur über minimale finanzielle Ressourcen; sie werden als Sündenböcke für die schwierig werdende Gesundheits- und Sozialpolitik vieler Länder gebrandmarkt, was wiederum Segregierung und Stigmatisierung fördert oder gar erst provoziert, xenophobisch begründete Isolierungen und Diskriminierungen fördert.

Diese Lebensbedingungen machen Angst, Unsicherheit, sind Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung.

Hier verlässt – wir betonten dies bereits – die Projektarbeit den Bereich der *verhaltensorientierten* hin zur *verhältnisorientierten* Suchtprävention. Organisationen und Träger von Projekten, die sich zur Aufgabe stellen, Suchtprävention auch für die hier beschriebenen Zielgruppen umzusetzen, müssen auch politisch aktiv werden, eine Art aufklärende Lobby für die Betroffenen bilden

Anmerkungen:

1. Verändert von Dr. med. Fikret Çerçi, Detmold, nach:
Arist VON SCHLIPPE, Mohammed EL HACHIMI, Gesa JÜRGENS, Multikulturelle systemische Praxis, Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision, Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg S. 18.
2. Einige Autoren bevorzugen den Begriff "transkulturelle Kompetenz". Er meint letztlich das Gleiche, und wir bevorzugen wegen der weiteren Verbreitung in Europa den Begriff "interkulturelle Kompetenz".
3. Dieser Begriff bezieht sich auf die Faktizität der Einwanderung, nicht auf die politisch-konstitutionelle Diskussion der Länderverfassungen
4. vgl. D. DOMENIG (2001)
5. WHO: Ottawa Charta 1986
6. D. DOEMIG, ebenda, S. 13
7. Vgl. G. AUERNHEIMER, Interkulturelle Kompetenz - ein neues Element pädagogischer Professionalität? Essay. Universität Köln 2002, Internet-Download
8. Vgl. zum Begriff der "Dominanzkultur": B. ROMMELSPACHER (1995)
9. Die folgenden Ausführungen sind eng angelehnt an: G. MALETZKE, (1996). Dieser Text war in vielerlei Hinsicht für unsere Diskussion eine "Guideline".
10. Anlässlich einer Fortbildung über "Migration und Sucht" im Kontext der stationären Rehabilitation in Deutschland merkte ein Referent z. B. an: In der öffentlichen Diskussion in Deutschland werden die süchtig gewordenen Zuwanderer aus den ehemaligen GUS-Staaten schnell als "Dealer" etikettiert, als mit hoher krimineller Energie besetzt etc. Stecken nun diese Menschen in therapeutischen Einrichtungen ihre Köpfe zusammen und sprechen sie dann auch noch Russisch, Polnisch etc., sind selbst erfahrene Therapeuten nicht frei von der Vorstellung, dass rein projektiv unterstellt wird, hier würden die nächsten Straftaten und Drogendeals geplant..
11. In einigen Ländern wie z. B. den Niederlanden zielen neue politische Konzepte Asylbewerbern gegenüber nicht mehr darauf, ihnen den Spracherwerb zu erleichtern, sondern umgekehrt so lange zu erschweren, bis die definitive Klärung des Aufenthaltsstatus abgeschlossen ist. Dieser Prozess kann Jahre dauern.
12. In den meisten Projektstandorten spielten deshalb "Kulturmediatoren" eine entscheidende Rolle.
13. Wobei es nicht an kritischen Stimmen in Europa mangelt, die die Entwicklung der Methoden, Inhalte und Formulierungen der "professionellen Suchtprävention" als am typischen gebildeten Mittelständler orientiert kritisieren: Ganzen inländischen Bevölkerungsschichten sei letztlich diese Suchtprävention fremd und unnachvollziehbar.
14. Es ist uns bewusst, dass wir hier sehr "ideal" argumentieren; die Wirklichkeit der Umsetzung von Suchtprävention mit unseren Zielgruppen ist sicherlich in vielfacher Hinsicht komplizierter, vielschichtiger. Trotzdem scheint uns die eher "abstrakte" Darstellung geeignet, grundlegende Aussagen zu machen, die dann spezifisch variiert werden können.
15. In der Literatur wird der "ethnozentrische Ausgangspunkt" der interkulturellen Begegnung als normal und natürlich dargestellt. Es kommt darauf an, diesen zu entwickeln hin zu interkultureller Öffnung.
16. vgl. EMCDDA (Hg. 1998a, 1998b)
17. Wir erinnern daran, dass oftmals gerade Flüchtlinge und Asylbewerber aus Ländern flohen, wo es keine unabhängigen, nicht staatlich kontrollierten und zensierten Gesundheitsorganisationen gibt. Sie werden gegenüber den vergleichbaren Institutionen auch des Gastlandes unwillkürlich misstrauisch und vorsichtig reagieren!
18. Vgl. z. B. C. KRUSE, Sozialarbeit und Sozialtherapie mit traumatisierten Flüchtlingen, in: A. BIRCKI, Ch. PROSS, J. LANSEN (Hg. 2002), S. 79 - 95
19. vgl. S. TUNA: Konzept, Methoden und Strategien migrationsspezifischer Suchtpräventionsarbeit, in: R. SALMAN, S. TUNA, A. LESSING (Hg. 1999), S. 104 ff
20. Allerdings müssen auch diese Key Persons geschult werden in interkultureller Kompetenz!
21. S. TUNA, ebenda, S. 121

6. Benutzte und erwähnte Literatur

- AHLHEIM, K./HEGER, B.(2000) Der unbequeme Fremde. Fremdenfeindlichkeit in Deutschland - empirische Befunde. Schwalbach/Ts.
- AKGÜN, L. (1998): Wo ist der Doktor? Zur Situation der Migranten aus psychologischer Sicht. In: Eine Geschichte der Einwanderung. Fremde Heimat aus der Türkei. Essen, S. 249-266.
- AUERNHEIMER, G. (Hg., 2001): Migration als Herausforderung. Anforderungen an pädagogische Institutionen. Opladen.
- BADE, K. J./MÜNZ, R. (GHg.2002) Migrationsreport 2002, Frankfurt/Main
- BANNING, H. (1995): Bessere Kommunikation mit Migranten. Ein Lehr- und Trainingsbuch. Weinheim u. Basel.
- BIRCK, A., PROSS, Ch., LANSEN. J. (Hg. 2002)) Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin. Berlin/Heidelberg/ New York
- BRAAM, R./ VERBRAECK, H./ TRAUTMANN , F. (2004): Handbuch 'Rapid Assessment und Response' (RAR) für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern, Hg. vom LWL, Münster, 2. erweiterte Auflage
- BRISLIN, R.W. (1986): A culture general assimilator: Preparation for various types of sojourns. In: International Journal of Intercultural Relations, Vol. 10, S. 215-234.
- BRISLIN, R.W./ YOSHIDA, T. (1994): Intercultural Communication Training: an Introduction. Thousand Oaks, London et al.
- BRISLIN, R.W./ YOSHIDA, T. (1994): Improving Intercultural Interactions. Moduls for Cross-Cultural Training Programs. London.
- BUKOW, W.-D. (1996): Feindbild: Minderheit. Zur Funktion von Ethnisierung. Opladen.
- COLLIER, M.J. (1998): Cultural and intercultural communication competence: Current approaches and directions for future research. In: International journal of international relations, Vol. 13, S. 287-302.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (Hg1998), Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft, Freiburg
- DINGES, N.G./ BALDWIN, K.D. (1996): Intercultural competence: A research perspective. In: Landis, D./R.S. Bhagat (Eds.): Handbook for intercultural training, 2nd edition. Thousand Oaks, New Delhi: Sage Public, S.106-123.

- DOMENIG, D. (2001) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern/Göttingen
- EMCDDA (Hg. 1998a) Evaluating Drug Prevention in the European Union, Luxemburg
- EMCDDA (Hg. 1998b) Guidelines for the Evaluation of Drug Prevention. Luxemburg.
- FIEDLER, P. (2001) Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung. Weinheim.
- GARDEMANN, J./MÜLLER, W./
REMMERS, A. (Hg. 2000) Migration und Gesundheit. Düsseldorf
- GAITANIDES, S. (1999): Zugangsbarrieren von Migrantinnen zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In: Migration und soziale Arbeit, H.3/4, S.41-45.
- GARDEMANN, J./ MÜLLER, W./
REMMERS, A. (Hg. 2000), Migration und Gesundheit. Düsseldorf
- GRINBERG, L./
GRINBERG, R. (1990) Psychoanalyse der Migration und des Exils. München und Wien.
- GROSCH, H./ GROß, A./
LEENEN, W.R. (2000): Methoden interkulturellen Lernens. Saarbrücken: ASKO Europa Stiftung.
- HA, Kien Nghi (1999) Ethnizität und Migration, Münster
- HAMBURGER, F. (1999): Von der Gastarbeiterbetreuung zur reflexiven Interkulturalität. In: Migration und soziale Arbeit, H.3/4 S.33-38.
- HAMMER, M.R. (1989): Intercultural communication competence. In: ASANTE, M.U./W.B. GUDYKUNST (Eds.): Handbook of International and Intercultural Communication. Newbury Park: Sage, S. 247-260.
- HANDSCHUCK, S./
SCHRÖER, H. (2001): Interkulturelle Orientierung als Qualitätsstandard sozialer Arbeit. In: AUERNHEIMER, G. (Hg.), Migration als Herausforderung. Anforderungen an pädagogische Institutionen. Opladen, S. 147-180.
- HEGEMANN, Th./
SALMAN, R. (Hg., 2003) Transkulturelle Psychiatrie, Bonn
- HINZ-ROMMEL, W. (1994): Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster.
- HÖFLING-SEMNAR, B. (1995): Flucht und deutsche Asylpolitik. Münster

- HOLZBRECHER, A. (1997): Wahrnehmung des Anderen. Zur Didaktik interkulturellen Lernens. Opladen.
- JAKUBEIT, G./
SCHATTENHOFER, K. (1996): Fremdheitskompetenz. In: neue praxis, S.389-408.
- KALPAKA, A. (1998): Interkulturelle Kompetenz. Kompetentes sozialpädagogisches Handeln in der Einwanderungsgesellschaft. Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit, 3/4, S.77-79.
- KNAPP, K./
KNAPP-POTTHOFF, A. (1990): Interkulturelle Kommunikation. In: Zeitschrift für Fremdsprachenforschung 1, S.62-93.
- LEENEN, W. R./
GROSCH, H. (1998): Bausteine zur Grundlegung interkulturellen Lernens. In: Interkulturelles Lernen. Arbeitshilfen für die politische Bildung. Bonn (Bundeszentrale für politische Bildung), S.29-46.
- MALETZKE, G. (1996) Interkulturelle Kommunikation. Opladen
- Ministerium für Frauen, Jugend,
Gesundheit NRW (2000, Hg.) Familie und
Gesundheit von Zuwanderern in NRW, Düsseldorf
- MARSCHALCK, P./
WIEDL, K.H. (2001), Migration und Krankheit, Osnabrück
- NESTMANN, F. /
NIEPEL, TH. (1993), Beratung von Migranten, Hg. von der Robert Bosch Stiftung, Berlin
- NUSCHELER, F. (1995), Internationale Migration, Flucht und Asyl. Opladen
- REHBEIN, J. (1985, Hg.): Interkulturelle Kommunikation. Tübingen.
- ROMMELSPACHER, B. (1995): Dominanzkultur. Texte zur Fremdheit. Berlin.
- RUBEN, B. D. (1998): The Study of Cross Cultural Competence: Traditions and Contemporary Issues. International Journal of Intercultural Relations. Vol. 13, S.229-240.
- SAID, E.W. (1981): Orientalismus. Frankfurt/M., Berlin, Wien.
- SALMAN, R. /TUNA, S. /
LESSING, A. (1999, Hg.), Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen
- SCHULZ VON THUN, F. (1992): Miteinander reden. Störungen und Klärungen, Bd.1, Reinbeck bei Hamburg.

- SCHMIDT, B. /
HURRELMANN, K. (2000, Hg.), Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Opladen
- STADT NEUSS/
GHADERI, C./
WOLANDT-PFEIFFER, B.
(Hg., 1999): Handbuch zur sozio-ökonomischen Integration von Flüchtlingen und Sozialhilfeempfängern. Fünf Module zur Integration. Neuss.
- THOMAS, A. (1996): Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen.
- UNHCR (2000, Hg.), Zur Lage der Flüchtlinge in der Welt, Bonn
- VESTER, H.-G. (1998): Kollektive Identitäten und Mentalitäten. Von der Völkerpsychologie zur kulturvergleichenden Soziologie und interkulturellen Kommunikation. 2.Aufl. Frankfurt/M.
- WHO (1998): The Rapid Assessment and Response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people (EVYP-RAR), Genf
- ZICK, A. (1997): Vorurteile und Rassismus. Eine sozialpsychologische Analyse. Münster.

19. Projektteilnehmer 'SEARCH II'

1. Projektleitung:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Landesjugendamt und Westf. Schulen
Koordinationsstelle Sucht
Wolfgang Rometsch
Warendorfer Str. 25-27

Telefon: 0049.251.591-4710 (W. Rometsch)
Fax.: 0049.251.591-5484

e-mail: ks@lwl.org
e-mail 2: w.rometsch@lwl.org

Internet: www.lwl.org/ksdf
www.projekt-search.de

D-48133 Münster

2. Projektkoordination

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Landesjugendamt und Westf. Schulen
Koordinationsstelle Sucht
Roland Lutz (Koordination)
Ruth Langer (Assistenz)
Warendorfer Str. 25-27

Telefon: 0049.251.591-5384 (Roland Lutz)
0049-251.591-5494 (Ruth Langer)
Fax.: 0049.251.591-5499
0049.251.591-5484

e-mail r.lutz@lwl.org
r.langer@lwl.org

D-48133 Münster

*(Nach Projektende am 31. 03. 2004 nicht mehr verfügbar.
Bei Anfragen bitte direkt an die Projektleitung wenden!)*

3. Projektpartner

De Sleutel
Peer van der Kreeft
Jozef Guislainstraat 43

Telefon: 0032.9.2315748
Fax.: 0032.9.2728611

e-mail: peer.van.der.kreeft@fracarita.org

B-9000 Gent

Internet: www.desleutel.org

TACTUS
Instelling voor Verslavingszorg
Cor Struik
Jacobine Hielkema
Enrico Berretta
Postbus 417

Telefon: 0031.53.4331414
Fax: 0031.53.4343287

e-mail: c.struik@tactus.nl (Cor)
j.hielkema@tactus.nl (Jacobine)
e.berretta@tactus.nl (Enrico)

NL-7500 AK Enschede

Internet: www.tactus.nl

Drogenberatung e.V. in Lippe
Wolfgang Schreiber
Dietrich Höcker
Sofienstr. 65

D-32756 Detmold

Telefon: 0044.5231-21035
Fax: 0044.5231-22813
e-mail: drobs.dt@t-online.de
hoecker@drogenberatung-detmold.de
Internet:
http://www.suchtvorbeugung.de/pin_home.asp

Fundación Salud y Comunidad
Helga Gabarró Nuñez
c/Ali-Bei 25, 3º

E-08010 Barcelona

Telefon: 0034.93.2440570
Fax.: 0034.93.2440573
e-mail: fsyc@fsyc.org
Internet: www.absfundacion.org

Gruppo Abele
Giorgio Morbello
Corsa Trapani 95/a

I-10141 Turin

Telefon: 0039.011.3841053
Fax.: 0039.011.3841055
e-mail: Giormor@alma.it (Giorgio Morbello)
ricerca.cs@gruppoabele.org
Internet: www.gruppoabele.org

Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie
Dr. Karl Bohrn
Mag. Marc Bittner
Linke Wienzeile 112/4

A-1060 Wien

Telefon: 0043.1.7861810
Fax.: 0043.1.78618107
e-mail: isg@chello.at
Internet: www.isg-wien.net

Instituto da Droga e da Toxicodependencia (IDT)
Joaquim Fonseca
Celia Santos
Av. Luisa Tody 336 10

P-2904-S17 Setúbal

Telefon: 0035.1 265546732
Fax: 0035.1 265239906
e-mail: joaquimfonseca_idt@hotmail.com

OKANA
Elpida Kalaitzi
Averof 21

GR-104 33 Athen

Telefon: 0030 210 8898249
e-mail: ekalaitzi@okana.gr
Internert: www.okana.gr

University Mental Health Research Institute
Nadina Kanellopoulou
4 Papadiamandopoulou Street
Ilissia 115 28

GR - Athen

Telefon: 0030210-7257881/2
e-mail: prolipsi@otenet.gr
Internet: www.epipsy.gr

Centralförbundet för Alkohol och
Narkotikaupplysning (CAN)
Stig Helling
Ulf Guttormsson
P.O. Box 70412

Telefon: 0046 8 412 46 00
Fax: 0046 8 10 46 41
e-mail: stig.helling@telia.com
ulf.guttormsson@can.se

S-10725 Stockholm

Internet: www.can.se

Centre de prévention des toxicomanies
3, rue du Fort Wallis
Thérèse Michaelis
Uwe Fischer

Telefon: 00352 49 77 77
Fax: 00352 40 89 93
e-mail: cept@ong.lu
fischer@zepf.uni-landau.de
internet: www.cept.lu

L-2714 Luxembourg

Health Promotion Department
North Eastern Health Board
Dr. Nazih Eldin
Joanne Murphy
Railway Street

Telefon: 0035.3 46 9076400
Fax: 0035.3 46 9028818
e-mail: nazih.eldin@nehb.ie
Joanne.murphy@nehb.ie
Internet: www.nehb.ie

IRL-Navan / Co. Meat

University for Central Lancashire (Uclan)
Centre for Ethnicity and Health
Dr. Eleanor Peters
Preston
PR1 2HE

Telefon: 0044 1772 892780
Fax: 0044 1772 892964
e-mail: ehunit@uclan.ac.uk
Internet: www.uclan.ac.uk

England**4. Wissenschaftliche Begleitung**

Trimbos Institut Utrecht
Franz Trautmann
Da Costakade 45
P.O.Box 725

Telefon: 0031.30.297.1100
Fax.: 0031.30.297.1111
e-mail: Ftrautmann@trimbos.nl
Internet: www.trimbos.nl

NL-3500 AS Utrecht

Centrum voor Verslavingsonderzoek
Richard Braam
Hans Verbraeck
Oudegracht 325

Telefon: 0031.30.2381495
Fax: 0031.30.2381496
e-mail: cvo@drugresearch.nl
Internet: www.fss.uu.nl/cvo

NL-3511 PC Utrecht

5. Dolmetscher

Carsten Hinz
Lüderitzstr. 65

Telefon: 0049.30.45088156
Mobile phone: 0049-173-6206980
Fax.: 0049.30.484983636

D-13351 Berlin

e-mail: carsten.hinz@gmx.net

Jennie Dau
Rönnestr. 4

Telefon: 0049.30.32705148
Mobile phone: 0049-179-2920659
Fax: 0049.30.32705149

D-14057 Berlin

e-mail: J.Dau@t-online.de
