

‘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 Gebraucherinnen 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 Gemeindefarbeit 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.