

Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA)

Abschlussbericht

für das
Bundesministerium für Gesundheit

bearbeitet von:

Dr. Heike Zurhold, ZIS

Hamburg, 28. September 2017

Projektnummer: ZMVI1-2516DSM211

Titel und Verantwortliche

Der offizielle Titel der Untersuchung lautet: „Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen“

Da der Begriff „Flüchtlinge“ offiziell in „Ausländer“ abgeändert wurde und dieser Begriff derzeit als korrekte Bezeichnung gilt, wurde der Projekttitel entsprechend angepasst in:

„Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Ausländern“ (UMA)

Förderkennzeichen: ZMVI1-2516DSM211

Leitung und Koordination

Dr. Heike Zurhold

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Tel. 040/7410-5299, Email: zurhold@uke.de

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Frau Christine Götzke war vom 1.4.2016 bis zum 15.8.2016 in dem Projekt als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig und ist dann in den Mutterschutz gegangen. Im Anschluss hat Frau Kirsten Lehmann die Aufgaben von Frau Götzke übernommen. Frau Lehmann ist im ZIS Hamburg beschäftigt.

Administration:

Sabine Meiboom, ZIS Hamburg

Laufzeit: 01.04.2016 bis 30.06.2017

Fördersumme: 46.737,00 Euro

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	4
2	Einleitung	6
2.1	Ausgangslage und Zielsetzungen	8
2.2	Projektstruktur	10
3	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	11
3.1	Aufarbeitung des Wissenstands	12
3.2	Durchführung und Auswertung von Interviews mit Fachkräften	13
4	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	15
5	Ergebnisse	16
5.1	Stand der internationalen Literatur	16
5.2	Medienberichte zu konsumierenden UMA	22
5.3	Bestehende Konzepte zur Versorgung von konsumierenden UMA	24
5.4	Auswertung der Interviews mit den Fachkräften	26
5.4.1	Art der Hilfe	27
5.4.2	Probleme der unbegleiteten minderjährigen Ausländer	33
5.4.3	Ausmaß des Substanzkonsums bei UMA	36
5.4.4	Merkmale konsumierender UMA und Art des Substanzkonsums	38
5.4.5	Auswirkungen des Substanzkonsums von UMA	41
5.4.6	Hilfeangebote für konsumierende UMA	42
5.4.7	Hilfebedarfe aus Sicht der Fachkräfte	50
6	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	53
7	Gender Mainstreaming Aspekte	56
8	Verbreitung der Projektergebnisse	57
9	Verwertung der Projektergebnisse	57
	Literaturverzeichnis	58

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Inobhutnahmen und Asylersanträge von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten von 2010-2015	6
Tabelle 2:	Zuständigkeiten der Jugendhilfe für UMA und junge Volljährige ehemalige UMA	8
Tabelle 3:	Interviewte Fachkräfte aus der Jugendhilfe und Jugendsuchthilfe in drei Bundesländern	14
Tabelle 4:	Übersicht der 12 Studien zum Substanzkonsum bei (jungen) Flüchtlingen	18
Tabelle 5:	Übersicht der 16 Medienberichte in 2016 zum Substanzkonsum bei (jungen) Flüchtlingen	23
Abbildung 1:	Projektstruktur	11

1 Zusammenfassung

Unbegleitete minderjährige Ausländer (UMA), die aus ihren Herkunftsländern ohne ihre Familien allein nach Deutschland kommen, gehören zu den schutzbedürftigsten Flüchtlingsgruppen. Der Schutzbedarf zeigt sich auch deutlich in Studien zur psychischen Belastung von UMA. Aus den Studien geht hervor, dass schätzungsweise etwa die Hälfte aller UMA psychische Auffälligkeiten aufweisen und unbegleitete Geflüchtete signifikant häufiger als begleitete Geflüchtete traumatische Erfahrungen gemacht haben. Inwiefern sich traumatische Erlebnisse der UMA in einen Substanzkonsum niederschlagen, ist bislang weitgehend unbekannt. Insgesamt liegen auch nur wenige Informationen zum Ausmaß des Substanzkonsums sowie zur Art der konsumierten Substanzen bei UMA vor.

Vor diesem Hintergrund zielte die durchgeführte Studie darauf ab, das Ausmaß des Substanzkonsums unter UMA und deren Charakteristika zu ermitteln. Des Weiteren war es Ziel, vorhandenen Konzepte und Probleme der Fachkräfte im Umgang mit konsumierenden UMA zu identifizieren und Möglichkeiten der besseren Versorgung dieser Zielgruppe aufzuzeigen. Um diese Ziele zu erreichen, wurden leitfadengestützte Interviews mit Fachkräften aus den Jugendämtern, der Koordinierung der Erstversorgung, der Betreuung von UMA sowie der Jugendsuchthilfe in den Städten Hamburg, Frankfurt und München durchgeführt. Die Studie konzentrierte sich auf diese drei Städte, da dort eine hohe Anzahl von UMA in Obhut genommen wurde (in den Bundesländern Hamburg, Hessen und Bayern zwischen 2.200 bis 11.100). Im Rahmen der Studie wurden zudem die vorhandenen wissenschaftliche Studien und Medienberichte zum Substanzkonsum von Geflüchteten ausgewertet und bestehende Versorgungskonzepte für die Gruppe konsumierender Geflüchteter aufbereitet.

An den Interviews haben insgesamt 35 Fachkräfte aus 19 Einrichtungen teilgenommen. Alle Einrichtungen wurden für ein persönliches Gespräch aufgesucht, das etwa 30-60 Minuten gedauert hat. Im Zuge der Flüchtlingswelle in 2015 wurde in allen Städten ein differenziertes Angebot an Wohneinrichtungen zur Betreuung von UMA geschaffen. Überdies wurde ein Netzwerk aus Kliniken und Praxen zur psychologischen und psychiatrischen Behandlung von UMA mit psychischen Auffälligkeiten aufgebaut. Lücken bestehen noch in der Vernetzung zwischen der Jugendflüchtlingshilfe und der Jugendsuchthilfe. Das betrifft sowohl die Schulungen von Betreuern und Betreuerinnen zur Suchtthematik, als auch den Zugang zur Suchtbehandlung für UMA mit einem problematischen Substanzkonsum.

UMA sind zu 90% männlich und zwischen 16-17 Jahre alt. Sofern sie Substanzen konsumieren, ist das primär Alkohol und Cannabis. Beobachtet wird zudem ein Anstieg des Konsums von Amphetaminen und Benzodiazepinen unter jungen Geflüchteten. Aus Sicht der Fachkräfte ist der Konsum als eine Form der Selbstmedikation zur Reduktion von psychischen Belastungen zu verstehen. Der Konsum von Alkohol kann auch als Anpassung an die „neue“ Kultur und Ausdruck von Freiheit sein, zumal Alkohol überall öffentlich verfügbar ist. Unter den UMA mit einem Substanzkonsum lassen sich drei Gruppen unterscheiden:

- UMA aus alkoholfernen Kulturen wie **Eritrea, Somalia, Irak und Iran**, die nicht zwischen Bier und Schnaps unterschieden können und daher sehr betrunken werden können bis hin zu einer Alkoholvergiftung.
- UMA aus **Marokko, Algerien, Tunesien**, die in ihrer Heimat im kriminellen Straßenmilieu gelebt haben, sich nicht integrieren wollen und für die Jugendhilfe schwer zugänglich sind. Sie konsumieren alle verfügbaren Substanzen wie Cannabis, Alkohol, Amphetamine, Kokain und dealen häufig auch mit illegalen Drogen.

- UMA aus **Afghanistan**, die aus ärmlichen Verhältnissen stammen und Heroin und Crack konsumieren.

Zum Ausmaß des Substanzkonsums unter UMA haben die interviewten Fachkräfte sehr divergierende Einschätzungen abgegeben. Diese reichen von Einzelfällen (n=6), 5% der UMA (n=3), 10-15% der UMA (n=4) bis hin zu 25% der UMA (n=2). Ausgehend von den Angaben aus den Jugendämtern kann von etwa 10% der UMA mit einem wiederholten Substanzkonsum ausgegangen werden, was 200 UMA in München und 100 UMA in Frankfurt entspricht. Übereinstimmend gehen die Fachkräfte der Jugendsuchthilfe davon aus, dass in den nächsten 2-3 Jahren mit einem Anstieg von jungen Geflüchteten in der Suchthilfe zu rechnen ist. Demzufolge sollten sich Suchtberatungen und Suchtbehandlungen auf diese Zielgruppe vorbereiten.

Zurzeit ist der Zugang zu den Angeboten der Suchthilfe für minderjährige und junge Geflüchtete mit vielfältigen Hürden verbunden. Insbesondere Einrichtungen der Entzugs- und Substitutionsbehandlung zögern Geflüchtete aufgrund der Sprachbarrieren aufzunehmen und zudem ist die Kostenübernahme für die Behandlung oftmals nicht geklärt. Eine Behandlung unter Mitwirkung eines Sprachmittlers oder im Gruppensetting ist für viele Behandlungseinrichtungen nicht vorstellbar. Stationäre Entwöhnungsbehandlungen stehen Geflüchteten in der Regel gar nicht zur Verfügung. Daher sind Behandlungseinrichtungen gefordert, Wege zu finden, um sich Geflüchteten mehr zu öffnen. Seitens minderjähriger und junger Geflüchteter bestehen ebenfalls viele Hemmschwellen, die Angebote der Suchthilfe zu nutzen. Sie kennen das Hilfesystem nicht und haben daher auch keine oder falsche Vorstellungen davon, was sie von der Suchthilfe erwarten können. Ihnen sind Rahmenbedingungen wie Schweigepflicht und Datenschutz nicht vertraut, so dass Geflüchtete eher negative Konsequenzen für ihren Asylantrag und ihre Integration befürchten. Hemmschwellen ließen sich durch unterschiedliche Maßnahmen senken. Dazu zählen eine aufsuchende Arbeit der Suchtberatung in den Flüchtlingsunterkünften, muttersprachliche Informationsveranstaltungen für minderjährige und junge Geflüchtete sowie Aufklärung und Information über soziale Medien. Soziale Medien wie Facebook, eine eigens erstellte App oder eine Webseite können eine Fülle an Informationen transportieren wie einen Wegweiser durch das lokale Hilfesystem, Wissen zu den Wirkungen einzelner Substanzen und Aufklärung zu Infektionserkrankungen und Testmöglichkeiten etc. Soziale Medien bieten den Vorteil, muttersprachliche Informationen in Wort, Bild und Ton (bei Analphabeten) zu transportieren und diese jederzeit um neue Sprachen oder Inhalte zu erweitern.

2 Einleitung

Unbegleitete Minderjährige sind nach internationaler Definition unter 18-Jährige, die aus ihrem Herkunftsland geflüchtet sind und ohne Eltern oder Erziehungsberechtigte in das Bundesgebiet einreisen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2009). Minderjährige flüchten vor Kriegshandlungen, Unterdrückung, Gewalt (Kindersoldaten), Zwangsverheiratung und aus wirtschaftlicher Not. Zumeist sind sie schon Wochen oder Monate auf der Flucht bevor sie nach Deutschland kommen. Zu ihrem Schutz wurden manche Minderjährige von ihren Familien nach Europa geschickt, andere wurden auf der Flucht von Eltern oder Angehörigen getrennt (UNICEF, 2016).

Unbegleitete Minderjährige sind besonders vulnerabel und benötigen einen besonderen Schutz. Die Schutzbedürftigkeit von „Flüchtlingskindern“ ist in Artikel 22 der UN-Konvention über die Rechte des Kindes weltweit geregelt.¹ In Deutschland wurde die UN-Konvention zwar am 6. März 1992 ratifiziert, doch erst seit dem 15.7.2010 gilt diese Konvention uneingeschränkt auch für minderjährige Geflüchtete (<https://www.kinderrechtskonvention.info/vorbehaltserklaerung-deutschlands-356/>). Nach ihrer Ankunft in Deutschland ist das örtliche Jugendamt gemäß § 42 des Sozialgesetzbuchs VIII (SGB VIII) zuständig, unbegleitete Minderjährige in Obhut zu nehmen und eine adäquate Unterbringung zu veranlassen. Sofern vorhanden wird in einem anschließenden Clearingverfahren die Situation des unbegleiteten Minderjährigen umfassend abgeklärt. Dazu gehört die Identitäts- und Altersfeststellung, die Klärung der gesundheitlichen Lage, die Ermittlung des Erziehungsbedarfs, die Bestellung eines Vormunds sowie die weitere Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung oder in einer anderen Wohnform (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2009; Huber & Lechner, 2017; Noske, 2015).

In dem Zeitraum von 2010 bis 2015 sind die Inobhutnahmen von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten stetig gestiegen. Aufgrund der sogenannten Flüchtlingskrise in 2015 (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016) hat sich die Zahl der Inobhutnahmen und Asylanträge von Minderjährigen zwischen 2014 und 2015 mehr als verdreifacht (Tab. 1).

Tabelle 1: Inobhutnahmen und Asylerstanträge von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten von 2010-2015

	Inobhutnahmen	Asylerstanträge
2010	2.882	1.948
2011	3.482	2.126
2012	4.767	2.096
2013	6.584	2.486
2014	11.642	4.399
2015	42.309	22.255

Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Asyl/um-zahlen-entwicklung.pdf?__blob=publicationFile)

¹ Artikel 22 zu Flüchtlingskindern besagt: Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um sicherzustellen, dass ein Kind, das die Rechtsstellung eines Flüchtlings begehrt oder nach Maßgabe der anzuwendenden Regeln und Verfahren des Völkerrechts oder des innerstaatlichen Rechts als Flüchtling angesehen wird; angemessenen Schutz und humanitäre Hilfe bei der Wahrnehmung der Rechte erhält, die in diesem Übereinkommen oder in anderen internationalen Übereinkünften über Menschenrechte oder über humanitäre Fragen, denen die genannten Staaten als Vertragsparteien angehören, festgelegt sind, und zwar unabhängig davon, ob es sich in Begleitung seiner Eltern oder einer anderen Person befindet oder nicht.

Auf Grundlage der Asylanträge ist bekannt, woher die minderjährigen Geflüchteten stammen. In 85% alle Anträge im Jahr 2015 handelte es sich um unbegleitete Minderjährige aus den Ländern Afghanistan (n=4.744), Syrien (n=3.985), Eritrea (n=1.349), Irak (n=1.340) und Somalia (n=793) (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2015; Deutscher Bundestag - 18. Wahlperiode, 2016). Der Zuwachs an Inobhutnahmen war in den 16 Bundesländern höchst ungleich verteilt (BumF, 2014, 2016b). In 2015 trugen die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie wie Flächenstaaten Bayern, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Baden-Württemberg die Hauptlast der jugendhilferechtlichen Zuständigkeiten für unbegleitete Minderjährige. Am 1.12.2015 waren diese 7 Bundesländer für 46.342 von insgesamt 60.816 unbegleiteten Geflüchtete zuständig (BumF, 2016b). Demzufolge waren diese Länder gefordert, in kurzer Zeit eine Infrastruktur mit Personal und geeigneten Erst- und Folgeunterkünften aufzubauen. In den 16 Bundesländern bestehen bis heute unterschiedliche Praktiken in der Art und Dauer der einzelnen Verfahrensschritte, in den Unterbringungsformen sowie in der Qualität der Betreuung von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten (Lewek & Naber, 2017).

Um die Inobhutnahme von geflüchteten Minderjährigen auf die Länder zu verteilen ist das Bundesgesetz „Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher“ zum 1.11.2015 in Kraft getreten. Das Gesetz enthält unter anderem eine konkrete länderübergreifende Quotierung der Verteilung (Königsteiner Schlüssel). Mit der gesetzlichen Neuregelung ist zudem der Begriff „unbegleitete minderjährige Ausländer“ (UMA) eingeführt worden (Deutscher Bundestag - 18. Wahlperiode, 2017). Zur Umsetzung des Gesetzes haben Länder wie Bayern, Nordrhein-Westfalen und Hamburg Richtlinien zum Verfahren der vorläufigen Inobhutnahme erstellt.² Der Bundesfachverband für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge hat eine bundesweite Online-Umfrage zur Umsetzung des Bundesgesetzes durchgeführt (BumF, 2016a). Die Ergebnisse zeigen eine sehr heterogene Unterbringungs- und Versorgungsstruktur, in der UMAs vielerorts nur notversorgt werden, da die erforderliche Infrastruktur in der Jugendhilfe fehlt. Durch die Quotenregelung wurden UMA vor allem den ostdeutschen Bundesländern zugewiesen, unabhängig von den dortigen Betreuungs- und Lebensbedingungen (BumF, 2016).

Die Prozesse der Inobhutnahme sowie die konkreten Unterbringungsbedingungen der unbegleiteten minderjährigen Ausländer haben auch in dem vorliegenden Projekt eine große Rolle eingenommen. Das primäre Ziel des 15-monatigen Projektes war, das Ausmaß und Art des Substanzkonsums der UMA zu explorieren. Zugleich zeigte sich im Projektverlauf, dass ein potenzieller Substanzkonsum auch im Zusammenhang mit den konkreten Lebens- und Betreuungsbedingungen der UMA steht. Um möglichst umfassende Informationen zum Substanzkonsum zu gewinnen, sollte das Projekt in Bundesländern bzw. Städten durchgeführt werden, die eine sehr hohe Anzahl an unbegleiteten minderjährigen Ausländern aufweisen. Zum Zeitpunkt der Antragstellung im Jahr 2015 befanden sich in Bayern, Hessen und Hamburg jeweils mehr als 1.000 UMA in der Zuständigkeit der Jugendhilfe. In diesen drei Ländern war auch zum Stichtag 1.8.2016 ein erheblicher Teil der UMA in Betreuungs- und Jugendhilfemaßnahmen registriert (Tab. 2; in Fettschrift). In jedem dieser drei Länder überstieg die Anzahl der UMA in Jugendhilfemaßnahmen die nach dem Königsteiner Schlüssel definierte Sollquote.

² In NRW: www.mkffi.nrw/sites/default/files/asset/document/handreichung_2017.pdf
In Hamburg: www.hamburg.de/contentblob/2672526/46fe123acc3c5250e1a1381b6b0e9e46/data/doku-2010.pdf;
In Bayern: www.stmas.bayern.de/jugend/uma/ sowie www.blja.bayern.de/imperia/md/content/blvf/bayerlandesjugendamt/peb_handbuch_uma_april_2016.pdf

Tabelle 2: Zuständigkeiten der Jugendhilfe für UMA und junge Volljährige ehemalige UMA

Bundesland	Jugendhilfeszuständigkeit am 01.08.2016	Sollquote nach Königsteiner Schlüssel 2015
Baden-Württemberg	8.145	8.251
Bayern	11.175	9.954
Berlin	3.050	3.239
Brandenburg	1.454	1.963
Bremen	2.108	614
Hamburg	2.259	1.623
Hessen	6.450	4.720
Mecklenburg-Vorpommern	984	1.301
Niedersachsen	5.319	5.978
NRW	12.744	13.604
Rheinland-Pfalz	2.566	3.102
Saarland	917	784
Sachsen	2.316	3.261
Sachsen-Anhalt	1.232	1.816
Schleswig-Holstein	2.058	2.183
Thüringen	1.362	1.747

Quelle: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/096/1809615.pdf>

In 2016 wurde mit insgesamt 64.139 Inobhut- und Anschlussmaßnahmen der Höchststand an jugendrechtlichen Zuständigkeiten erreicht. Danach ist der Anteil kontinuierlich gesunken; am 1. Februar 2017 befanden sich bundesweit 43.840 unbegleitete Minderjährige in Jugendhilfemaßnahmen (Deutscher Bundestag - 18. Wahlperiode, 2017). Aus vorliegenden Berichten geht hervor, dass UMA überwiegend zwischen 14-17 Jahre alt und zu über 90% männlich sind. Bundesweit kamen die meisten UMA aus Afghanistan, Syrien und Irak, in Hessen und Bayern kam ein Großteil der UMA aus Eritrea bzw. Somalia (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2015; Deutscher Bundestag - 18. Wahlperiode, 2017; Huber & Lechner, 2017).

2.1 Ausgangslage und Zielsetzungen

Angesichts der hohen Anzahl an unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA) in Deutschland stellt sich neben Betreuungs- und Integrationsfragen auch die Frage nach ihrer gesundheitlichen Situation und potenziellen Versorgungsbedarfen. Im Rahmen dieser Studie zum Ausmaß des Substanzkonsums stehen bei der gesundheitlichen Situation vor allem die psychischen Erkrankungen im Mittelpunkt. Bezogen auf psychische Erkrankungen gibt es einige neuere Untersuchungen aus Deutschland, die zeigen dass psychische Auffälligkeiten unter Flüchtlingskindern erhöht sind (BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer, 2015; Reher & Metzner, 2016; Witt, Rassenhofer, Fegert, & Plener, 2015). Witt et al. (2015) haben eine systematische Auswertung von 43 Studien zur Prävalenz

von psychischen Auffälligkeiten unter UMA vorgenommen. Aus der Auswertung geht hervor, dass UMA signifikant häufiger als begleitete Geflüchtete traumatische Erfahrungen gemacht haben. Einer anderen Untersuchung zufolge ist das häufigste traumatische Ereignis bei Flüchtlingskindern in Deutschland, körperliche Angriffe zum Beispiel auf Familienmitglieder oder Kriegshandlungen miterlebt zu haben (38-41 %). Aufgrund dessen sind bei den Flüchtlingskindern eine starke Schreckhaftigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, emotionale Taubheit und Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen typische Reaktionen auf das Erlebte (BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer, 2015). Den Ergebnissen der systematischen Auswertung nach wiesen etwa 42% der UMA im klinischen Interview eine psychische Störung auf, die zumeist in posttraumatischen Stresssymptomen bestand (zwischen 20-30%). Damit zeigen schätzungsweise etwa die Hälfte aller unbegleiteten minderjährigen Ausländer psychische Auffälligkeiten (Witt et al., 2015). Es gibt Hinweise darauf, dass der Kontakt zur Familie im Heimatland protektiv im Sinne der Resilienz wirkt. Bestehen keine Schutzfaktoren um mit traumatischen Erlebnissen umzugehen, benötigen UMA eine besondere Begleitung und gegebenenfalls auch eine Psychotherapie. Gleichwohl es eine rechtliche Verpflichtung zur Versorgung von geflüchteten Minderjährigen gibt fehlen geeignete Therapieplätze, da es in den Behandlungseinrichtungen Vorbehalte gegenüber der Arbeit mit Dolmetschern oder Unsicherheiten im Umgang mit den Themen der Geflüchteten gibt (BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer, 2015; Reher & Metzner, 2016).

Inwiefern sich traumatische Erlebnisse der UMA in einen Substanzkonsum niederschlagen, ist bislang weitgehend unbekannt. Insgesamt liegen nur wenige Informationen zur Prävalenz des Substanzkonsums sowie zur Art der konsumierten Substanzen vor. So geht etwa aus der Antwort des Bremischen Senats auf eine kleine Anfrage der CDU Fraktion zu minderjährigen Flüchtlingen und deren Kontakte zur Drogenszene hervor, dass die Polizei Bremen Erkenntnisse zum Straßenhandel mit Drogen bei UMA hat, diese Delikte jedoch eher eine Ausnahme darstellen (Bremische Bürgerschaft, 2014). UMA aus Guinea, Sierra Leone und anderen afrikanischen Ländern sind nach Auskunft der Polizei in den Straßendrogenhandel involviert. Im Jahr 2013 gab es 28 unbegleitete minderjährige Ausländer, die als Tatverdächtige im Zusammenhang mit dem Straßenhandel erfasst wurden. Weitere rudimentäre Informationen zum Substanzkonsum von UMA finden sich in der Dokumentation eines Workshops zu Suchtproblemen bei Flüchtlingen, der in München stattfand (Tretter & Arnold, 2016). Auf Grundlage der zwischen 2012 und 2015 behandelten 900 Migranten in einer Münchener Migrationsambulanz wurde folgendes auf dem Workshop berichtet:

- Afghanistan (60 % der Patienten): UMA konsumieren primär Alkohol. Männer zeigen häufig ein aggressives Verhalten.
- Irak (10 % der Patienten, nahezu ausschließlich irakische Kurden): Diese Gruppe konsumiert vorrangig Alkohol und Tabak: Die Männer sind häufig stark traumatisiert, suizidgefährdet und auch drogenabhängig. Zu UMA finden sich keine Aussagen.
- Syrien (5 % der Patienten): Diese Flüchtlinge sind oftmals gut gebildet und verfügen über finanzielle und familiäre Ressourcen. Eine Problementwicklung erfolge möglicherweise erst in zwei bis drei Jahren. Werden Substanzen konsumiert, dann Benzodiazepine, Tabak, Beta-Blocker und Alkohol. Ob gleiches auch bei UMA gilt, ist unbekannt.

Insgesamt verdeutlichen die Beiträge auf dem Workshop, dass der Substanzkonsum als Selbstmedikation von psychischen Belastungen eine wichtige Rolle spielt. Der Opiatkonsum scheint sehr selten vorzukommen (Tretter & Arnold, 2016). Bei der Einladung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Mai 2016 zum Thema Flüchtlinge in Deutschland wurde demgegenüber auf die Opioidabhängigkeit unter volljährigen Flüchtlingen hingewiesen (Ameskamp et al., 2016). Von Drogenhilfeein-

richtungen in den Städten München, Frankfurt, Hamburg, Berlin und Köln wurde berichtet, dass mit Beginn 2016 eine merkliche Zunahme von Geflüchteten mit einem Hilfebedarf zu verzeichnen ist, unter anderem von Geflüchteten aus Afghanistan, Irak und Iran wegen ihrer Heroinabhängigkeit. Übereinstimmend stellen die Fachkräfte fest, dass Geflüchtete oftmals ein anderes Krankheits- bzw. Suchtverständnis haben und ihnen das deutsche Suchthilfesystem fremd ist (Ameskamp et al., 2016; Tretter & Arnold, 2016).

Deutlich ist, dass zum Substanzkonsum von minderjährigen Ausländern in Deutschland nur rudimentäre Erkenntnisse vorliegen. Das durchgeführte Projekt will dazu beitragen, den Wissenstand zu diesem Thema zu verbessern. Ziel des Projektes war es möglichst umfassende Informationen zum Ausmaß und zur Art des Substanzkonsums bei UMA zu gewinnen. Das beinhaltet auch das Wissen zu Herkunft, Alter etc. der UMA mit einem Substanzkonsum. Darüber hinaus zielte das Projekt darauf ab, mögliche Schwierigkeiten der Fachkräfte in Betreuungseinrichtungen im Umgang mit konsumierenden UMA zu explorieren und angemessene Hilfen für konsumierende UMA zu identifizieren.

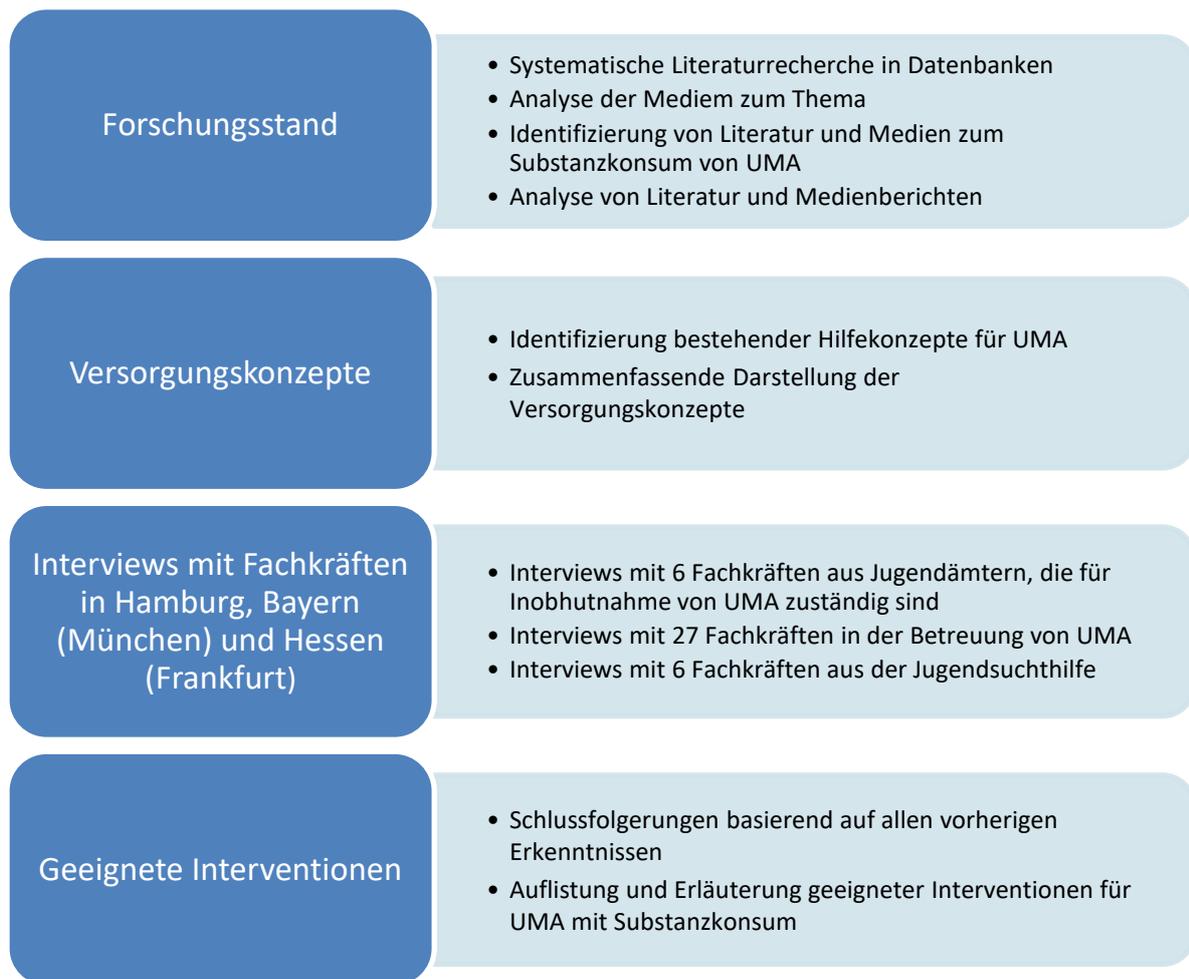
2.2 Projektstruktur

Das Forschungsprojekt wurde durch das wissenschaftliche Personal ZIS sowie verschiedener Hilfskräfte durchgeführt. Eine langjährig erfahrene wissenschaftliche Mitarbeiterin des ZIS übernahm die Projektleitung.

Um das Ausmaß des Substanzkonsums unter UMA zu untersuchen, wurden zunächst Bundesländer ausgewählt, in denen sich ein Großteil der UMA in Jugendhilfemaßnahmen befindet. Auf Grundlage der weiter oben dargestellten Tabelle sind das die Ländern Bayern, Hessen und Hamburg. In diesen drei Ländern wurde das Projekt umgesetzt, wobei in Bayern und Hessen ein Schwerpunkt in den Städten München und Frankfurt lag. Die Grundidee des Forschungsvorhabens bestand darin, Fachkräfte aus unterschiedlichen Hilfebereichen zum Substanzkonsum von UMA, ihren Schwierigkeiten im Umgang mit diesen Minderjährigen und Anforderungen an eine bedarfsgerechte Hilfe zu befragen. Im Projekt wurden keine UMA selbst zu ihrem möglichen Substanzkonsum befragt. Alle gewonnenen Erkenntnisse basieren somit auf den Einschätzungen der befragten Fachkräfte aus den Bereichen des Jugendamtes, der Betreuung von UMA und der Jugendsuchthilfe. Den Befragungen geht eine Analyse der internationalen Literatur voraus, die auf einer systematischen Literatursuche in verschiedenen Datenbanken basiert. Des Weiteren wurden bestehende Konzepte in der Versorgung von UMA mit Substanzproblemen gesichtet und zusammenfassend ausgewertet. Auf Basis aller gewonnenen Informationen sind abschließend Interventionsstrategien benannt, um UMA mit Substanzproblemen eine adäquate Versorgung zu bieten. Hierbei geht es auch um Fragen der Vernetzung zwischen der Jugend- und Suchthilfe.

Das Projekt besteht aus den folgenden vier Elementen, die in Abbildung 1 im Überblick dargestellt sind.

Abbildung 1: Projektstruktur



3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Das Forschungsprojekt zu unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA) ist als eine explorative Querschnittstudie angelegt, mit dem Ziel, möglichst umfassende Erkenntnisse zum Ausmaß eines Substanzkonsums bei dieser Zielgruppe und potenziellen Schwierigkeiten seitens der betreuenden Einrichtungen zu gewinnen. Unter Berücksichtigung von Literatur, bestehenden Versorgungskonzepten und auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse werden Interventionsstrategien erarbeitet, damit die Betreuerinnen und Betreuer von UMA sowohl präventiv als auch intervenierend handeln können.

Zur Untersuchung des Ausmaßes des Substanzkonsums unter UMA wurden keine Befragungen mit den minderjährigen Geflüchteten selbst durchgeführt, sondern Fachkräfte aus den Arbeitsbereichen Jugendamt, Betreuungseinrichtungen und Jugendsuchthilfe interviewt. Folgende Personen wurden mit der Studie adressiert:

- Eine leitende Fachkraft aus dem Jugendamt
- Eine Fachkraft im Jugendamt, die für die Koordination der Jugendhilfe zuständig ist
- Neun Fachkräfte in der Betreuung von UMA
- Zwei Fachkräfte der Jugend-Suchthilfe

Da in 2016 der Anteil an unbegleiteten minderjährigen Ausländern in den Ländern Bayern, Hessen und Hamburg (zusammen mit NRW und Baden-Württemberg) am höchsten war, wurden die Interviews in den Städten Hamburg, Frankfurt und München durchgeführt. Zudem wurden einige Interviews im Umland von München und Frankfurt geführt. Geplant war folglich, insgesamt 33 Fachkräfte aus dem Bereich der Jugendhilfe und sechs Fachkräfte aus der Jugend-Suchthilfe zu befragen.

Zur Entwicklung der Interviewmethoden wurden zunächst eine Analyse der internationalen Literatur zum Substanzkonsum bei UMA sowie eine Aufarbeitung der vorhandenen Interventionen für diese spezifische Gruppe vorgenommen.

3.1 Aufarbeitung des Wissenstands

Die Aufarbeitung des Wissenstands zum Substanzkonsum von UMA erfolgt zum einen auf Basis der internationalen Literatur und zum anderen auf der Grundlage vorhandener Versorgungskonzepte.

Zur internationalen Literatur

Relevante internationale Literatur wurde im Juni 2016 über die Datenbank PubMed gesucht, welche mehr als 27 Millionen Literaturreferenzen beinhaltet. Die Literatursuche erfolgte systematisch, indem bestimmte Schlüsselbegriffe im Titel und Abstract gesucht und die Ergebnisse dazu miteinander kombiniert wurden. Zu den Suchtbegriffen zählten „refugee or migrant“ (17.707 Einträge), „adolescent, youth, or young“ (539.095 Einträge) und „substance, alcohol, cannabis, opiate or amphetamine“ (359.659 Einträge). Die gefundenen Einträge wurden limitiert auf Literatur nach 1995 und auf Studien, in denen es um Menschen (und nicht um Tiere) geht. Anschließend wurden die drei Suchtbegriffe miteinander kombiniert, wodurch die Suchergebnisse auf 55 Studien begrenzt wurden. Nach Entfernung der Duplikate verblieben 45 Studien, von denen das Abstract sowie in einigen Fällen auch der Volltext gelesen wurde. In die Analyse der internationalen Literatur wurden 12 Studien eingeschlossen. Diese Studien wurden in dem Zeitraum von 2008 bis 2016 publiziert und nur drei dieser Studien stammen aus Deutschland. Die Studien werden unter den Aspekten der gesundheitlichen Situation von minderjährigen Geflüchteten, ihrem Substanzkonsum sowie ihrer Hilfebedarfe und Versorgungssituation ausgewertet.

Zu Medienberichten

Um das mediale Interesse an dem Thema zum Substanzkonsum von UMA einzubeziehen, wurden die online verfügbaren deutschen Zeitungen auf den Webseiten <https://paperball.news/> und <http://www.zeitung.de/> gesichtet. Die Suche nach Medienberichten erfolgte anhand der Suchwörter „Deutschland unbegleitete minderjährige Flüchtlinge Drogen Alkohol“ und die Suche umfasste den Zeitraum von Januar 2015 bis Dezember 2016. Für die Analyse wurde der Tag der Berichterstattung, die Zeitung und die Inhalte des Berichtes im Hinblick auf die Forschungsfrage erfasst.

Zu vorhandenen Versorgungskonzepten

Konzepte zur Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Ausländern mit einem Substanzkonsum sind rar. Im Wesentlichen existieren lediglich Materialien, die im Rahmen des europäischen SEARCH Projektes entwickelt wurden; diese sind allerdings aus dem Jahr 2004 und unter völlig anderen Bedingungen entstanden, als sie heute durch die hohe Zahl an UMA vorliegen. Des Weiteren wurden Interventionen für UMA auf Fachtagungen vorgestellt wie die zur Salutogenese von Jugendlichen aus dem Jahr 2001 und die zur Sucht und Migration in 2016. Schließlich finden sich noch einige wenige Konzepte zur Traumatherapie von jungen Flüchtlingen. Die vorhandenen Konzepte werden im Sinne der Auswertung zusammenfassend dargestellt.

3.2 Durchführung und Auswertung von Interviews mit Fachkräften

Für die Interviews mit den Fachkräften aus den Jugendämtern, der Betreuung von UMA sowie der Jugendsuchthilfe sind spezifische Interviewleitfäden entwickelt worden, um die Untersuchungsfragen an die jeweiligen Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche der Fachkräfte anzupassen. Die Leitfäden umfassen folgende Themenkomplexe:

- **Jugendamt:** Art der Hilfestruktur für UMA (Clearing, Wohneinheiten), Charakteristika der UMA, Ausmaß und Art des Substanzkonsums, fachlicher Umgang mit konsumierenden UMA, Einschätzungen zur Art angemessene Hilfen
- **Betreuungseinrichtungen:** Art der Wohneinrichtung, Anzahl und Charakteristika der untergebrachten UMA, Kenntnisse zum Substanzkonsum der betreuten UMA, Einschätzung zum Umgang der UMA mit Substanzen, fachlicher Umgang mit konsumierenden UMA, potenzielle Schwierigkeiten in der Weitervermittlung von konsumierenden UMA, Einschätzungen zur Art angemessene Hilfen
- **Jugendsuchthilfe:** Art der angebotenen Beratung oder Behandlung von UMA, Aufnahmekriterien bei UMA, Kenntnisse zur Art und Weise des Substanzkonsums bei UMA, Barrieren in der Versorgung konsumierender UMA, Einschätzungen zur Art angemessene Hilfen

Die Interviews waren für eine Dauer von 30-60 Minuten konzipiert und sollten in direktem persönlichem Kontakt durchgeführt werden. Dazu wurde zunächst der Kontakt zu den Einrichtungen aufgenommen, die sich im Vorfeld der Studie schriftlich zur Kooperation bereit erklärt haben. Im Verlauf der Studie hat eine Einrichtung ihre Kooperationsbereitschaft zurückgezogen und einzelne Einrichtungen wurden aufgrund sich verändernder Umstände umstrukturiert oder sogar geschlossen. Sich verändernde Umstände sind darauf zurückzuführen, dass sich der Zustrom an UMA nicht weiter gesteigert, sondern seit Mitte 2016 wieder gesunken ist.³ Zudem hat die Umverteilung der UMA nach dem Königsteiner Schlüssel zu starken Veränderungen in den Ländern beigetragen, die ihre Quoten übererfüllt haben; zu diesen Ländern gehörten auch Bayern, Hessen und Hamburg. Demzufolge mussten die Interviews auch auf die umgebenden Kommunen in Frankfurt und München ausgeweitet werden und teilweise galt es auch neue Kooperationspartner für die Interviews zu finden.

Gemäß der im Projektantrag definierten Zielsetzung sollten insgesamt 39 Fachkräfte aus der Jugendhilfe für UMA und der Jugendsuchthilfe interviewt werden. Die Durchführung der Interviews fand von Oktober 2016 bis Mai 2017 statt und in diesem Zeitraum wurden 35 Fachkräfte interviewt (vgl. Tabelle 3). Zwar wurde die Zielvorgabe somit nicht vollständig erreicht, zugleich wurden wie geplant die jeweils im Jugendamt Zuständigen interviewt, die unbegleitete minderjährige Ausländer in Obhut nehmen und Anschlussmaßnahmen koordinieren. Auch im Bereich der Jugendsuchthilfe wurden die Zielvorgaben erreicht und pro Stadt jeweils zwei Einrichtungen in die Studie einbezogen. In Hamburg nahmen sogar mehrere Mitarbeitende aus den beiden Einrichtungen an dem Interview teil. Im Rahmen des betreuten Wohnens für UMA waren pro Stadt Interviews mit 9 Fachkräften geplant. Wie aus Tabelle 3 hervorgeht wurden insgesamt nicht in 27 sondern 19 Fachkräfte aus verschiedenen Wohnunterkünften interviewt. Dessen ungeachtet kann die Befragung in den betreuten Wohneinrichtungen als erfolgreich gewertet werden, da mit den Interviews große Trägerverbände in den Regionen und unterschiedliche Betreuungsformen abgedeckt worden sind. In Hamburg besteht zudem die besondere Situation, dass der Landesbetrieb Erziehung und Beratung insgesamt 17 betreuende Einrichtungen mit 451 Plätzen betreibt. (vgl. auch: www.hamburg.de/fluechtlinge/4469150/unbegleitete-minderjaehrige-fluechtlinge). An dem Interview haben der Gesamtleiter, der Leiter des Bezirks Mitte sowie der Leiter einer Betreuungseinrichtung für UMA mit deviantem Verhalten teilgenommen. So-

³ https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Asyl/um-zahlen-entwicklung.pdf;jsessionid=A6FC4716E470F4CE0503E6CC3BE12397.1_cid368?__blob=publicationFile (vgl. auch: Deutscher Bundestag - 18. Wahlperiode, 2017)

mit repräsentierten diese Interviewpartner einen großen Teil dieser Hamburger Wohnunterkünfte für UMA.

Tabelle 3: Interviewte Fachkräfte aus der Jugendhilfe und Jugendsuchthilfe in drei Bundesländern

Hilfebereich	München und Umgebung	Frankfurt und Umgebung	Hamburg
Jugendamt und Koordination der Hilfen für UMA	Gruppenleitung Sozialreferat des Stadtjugendamtes – Pädagogische Jugendhilfe für unbegleitete minderjährige und junge Flüchtlinge	Leitung Besonderer Dienst Jugendhilfe, Kinder- und Jugendhilfe für Auswärtige und Clearingstelle	Leitung Fachdienst Flüchtlinge Kinder und Jugendnotdienst, Landesbetrieb Erziehung und Beratung
Interviewte	2	2	2
Wohnunterkünfte für UMA	2 Fachkräfte hpkj welcome in München 2 Fachkräfte ambulante Einrichtungen für UMA Condrops e.V. München 2 Fachkräfte Diakonie - Jugendhilfe Oberbayern 2 Mitarbeiterinnen Caritas Jugendhaus Garmisch-Partenkirchen	3 Fachkräfte AWO Aufnahmeheim für unbegleitete Flüchtlinge, Frankfurt 3 Fachkräfte Betreutes Wohnen Oberrrad CJD Rhein Main, Frankfurt Mitarbeiter Streetwork Innenstadt / Bahnhof kommunalen Kinder-Jugend-, Familienhilfe, Frankfurt Leiter Villa Anna Stationäre Jugendhilfe Eppstein	Leitungen von Betreuungseinrichtungen Jugendhilfeabteilung Flüchtlinge Landesbetrieb Erziehung und Beratung
Interviewte	8	8	3
Jugendsuchthilfe	Abteilungsleiter Suchtspezifische Angebote, Condrops e.V. München Einrichtungsleiter Fachambulanz für Jugendliche des Caritasverbands München	Mitarbeiter ¹ Jugend- und Drogenberatung Höchst Mitarbeiterin ¹ Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. Frankfurt	Team (n=4) Kontakt und Beratungsstelle für Jugendliche „Juko“ 2 Mitarbeiterinnen Suchtberatung Kö Schanze
Interviewte	2	2	6
Anzahl der Interviewten	12	12	11

1 Diese Interviews wurden telefonisch geführt.

Insgesamt wurden 35 Fachkräfte in 19 Interviews befragt. Bis auf zwei Telefoninterviews wurden alle anderen Interviews in einem persönlichem Gespräch durchgeführt. Die persönlichen Gespräche fanden als Einzel- oder Gruppeninterviews statt. Grundsätzlich nahmen diejenigen Fachkräfte an dem Interview teil, die zu den Forschungsfragen Auskunft geben konnten. Alle Interviews wurden mit dem

Einverständnis der Befragten auf einen Tonträger aufgezeichnet und anschließend vollständig transkribiert.

Die Transkriptionen sind die Grundlage für die Auswertung, welche mit Unterstützung der Software MAXQDA für qualitative Forschung vorgenommen wurde. Die Inhaltsanalyse der Interviews orientiert sich an den Themen, die in den Interviewleitfäden festgelegt wurden. Dementsprechend wurden die Interviews zu folgenden Themenbereichen ausgewertet:

- **Art der Hilfe:** Einrichtungsart, Zielgruppe, Aufnahmekriterium, Ziele der Hilfemaßnahme, Kooperationen mit anderen Institutionen und Fortbildungen der Fachkräfte
- **Probleme der UMA:** Unterbringung, Behandlung, Bleibeperspektive, Trauma
- **Ausmaß des Substanzkonsums von UMA**
- **Merkmale des Substanzkonsums:** Alter, Herkunftsland, Konsummotive, konsumierte Substanzen, Auswirkungen des Konsums
- **Probleme der Einrichtungen** im Umgang mit konsumierenden UMA
- **Hilfeangebote** für konsumierende UMA: Art der Hilfen, Dolmetscher, Positive Erfahrungen, Schwierigkeiten
- **Hilfebedarfe:** Angemessene Hilfeangebote, Präventionsstrategien

4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Innerhalb der Projektlaufzeit wurden alle zentralen Projektziele erreicht. Zur Zielerreichung waren Abweichungen vom Zeitplan nötig. Lediglich die Erstellung der Interviewleitfäden fand wie im Projektplan vorgesehen statt. Die internationale Literatur und die Presseberichte zum Substanzkonsum von UMA sind zwar in Übereinstimmung mit dem Arbeits- und Zeitplan gesichtet worden und aufgearbeitet worden (Meilenstein 1). Zugleich ist der Zeitraum für die Aufarbeitung auf Anfang 2017 ausgedehnt worden, um neuere Literatur einzubeziehen und die Presseberichte für das Jahr 2015 bis Ende 2016 zu berücksichtigen. Im Zusammenhang mit der Rekrutierungsphase und der Durchführung der Befragungen haben sich Änderungen im Vergleich zum ursprünglichen Arbeits- und Zeitplan ergeben (Meilenstein 2). Durch die interne personelle Umbesetzung im Projekt, vor allem aber durch Umstrukturierungen in Einrichtungen der Jugendhilfe und Änderungen in den Zuständigkeiten kam es zu Verzögerungen in den Befragungen. Zum Teil mussten Ansprechpersonen im Jugendhilfebereich in allen drei Städten neu ermittelt werden. Die Erreichung des 2. Meilensteins hat sich daher um drei Monate verschoben. Insgesamt zeigte sich, dass die Kontaktaufnahme mit den Einrichtungen und die Durchführung der Interviews sich nicht in zeitlich voneinander abgrenzbare Phasen trennen ließen. Vielmehr verliefen Kontaktaufnahme und Interviewdurchführung parallel über insgesamt 10 Monate. An der Fertigstellung des Berichtes wird sich zeitlich nichts ändern (Meilenstein 3).

Die Ziele des Projektvorhabens waren größtenteils erreichbar. Wie vorgesehen wurden die Fachkräfte aus den Jugendämtern und der Jugendsuchthilfe befragt. Geplant war, dass insgesamt 27 Fachkräfte aus den betreuten Wohneinrichtungen für UMA interviewt werden. An den Interviews haben dann tatsächlich 19 Fachkräfte teilgenommen, wobei diese zumeist größere Trägerverbände repräsentierten. Das gilt insbesondere für den LEB Hamburg. Die geringere Anzahl an Interviewten hat somit keineswegs den Informationsgehalt zum Forschungsthema verringert.

Aus den Interviews mit den verschiedenen Fachkräften lassen sich Aussagen zum Substanzkonsum von UMA, der Art der Substanzen und der Charakteristika der betroffenen UMA treffen. Auch können Probleme der Fachkräfte im Umgang mit konsumierenden UMA und benötigte Hilfen im Jugendhilfebereich identifiziert werden. Des Weiteren kann auf Basis der Interviews eine bestehende oder

auch fehlende Vernetzung zwischen der Jugendhilfe für minderjährige Geflüchtete und der Jugendsuchthilfe identifiziert werden. Auch die Angebotslage in der Suchthilfe für konsumierende UMA lässt sich herausarbeiten. Insgesamt zeigte ein Großteil der interviewten Fachkräfte ein großes Interesse an der Studie.

Aufgrund des explorativen Projektvorhabens lassen sich allerdings keine verallgemeinerbare Erkenntnisse zum Ausmaß des Substanzkonsums treffen. Vielmehr handelt es sich bei den Ergebnissen um den Anteil an UMA mit Substanzkonsum, welche sich in einer spezifischen Unterbringung in einer der drei Untersuchungsstädte befinden.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse umfassen den internationalen Stand der Literatur, die Auswertung der deutschen Presse, die Zusammenfassung zu den bestehenden Versorgungskonzepten für konsumierende UMA und die Analyse der Interviews mit den Fachkräften aus den verschiedenen Hilfeeinrichtungen.

5.1 Stand der internationalen Literatur

Die Aufarbeitung der internationalen Literatur dient dazu, Erkenntnisse zum Ausmaß des Substanzkonsums bei UMA und der Art der konsumierten Substanzen zu gewinnen. Dazu wurden Studien eingeschlossen, die sich mit der Prävalenz des Substanzkonsums und/oder dem Zusammenhang zwischen der Migration/Flucht und dem Substanzkonsum befassen.

Deutsch- und englischsprachige Studien wurden über eine systematische Recherche in den Datenbanken Medline, PsychInfo und PubMed identifiziert (vgl. zur Suchtstrategie Kapitel 3.1). Für die Analyse wurden Originalarbeiten, Reviews und Buchkapitel eingeschlossen, die auch Ergebnisse zum Substanzkonsum von minderjährigen Flüchtlingen beinhalten. Ausgeschlossen wurden Studien zu körperlichen Erkrankungen wie zum Beispiel sexuell übertragbare Krankheiten, die nicht im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum stehen. Des Weiteren wurden Studien ausgeschlossen, die sich ausschließlich mit erwachsenen Flüchtlingen oder Migranten befassen. Durch verschiedene Suchschritte, Limitierungen und das Durchlesen der Abstracts wurden schließlich 12 Studien identifiziert, die in die Analyse eingeschlossen wurden.

Die 12 eingeschlossenen Studien wurden zwischen 2008 und 2016 publiziert. Vier dieser Studien stammen aus Deutschland und jeweils 3 Studien stammen aus den USA und Australien. Des Weiteren wurde jeweils eine Studie in Kanada und Schweden durchgeführt. Insgesamt sind die identifizierten Studien sehr heterogen was den Forschungsschwerpunkt, die untersuchte Gruppe als auch das Untersuchungsdesign betrifft. Darüber hinaus wird nicht in allen Studien deutlich zwischen migrierten und geflüchteten Menschen oder zwischen geflüchteten Kindern und geflüchteten Familien unterschieden, was die Einschätzung der Untersuchungsergebnisse erschwert.

Drei Studien beschäftigen sich mit dem Zusammenhang zwischen der Migration und Sucht (Kimil & Salman, 2010) beziehungsweise mit dem Einfluss des Alters bei der Migration, der Länge des Aufenthaltes im Gastland und dem Substanzkonsum (Li & Wen, 2015; Patterson, Kyu, & Georgiades, 2012). Zum Substanzkonsum von jungen Flüchtlingen gibt es lediglich zwei Studien aus Australien, die unterschiedliche Formen des Konsums bei jungen, marginalisierten, afrikanischen Flüchtlingen untersucht haben (Horyniak, Higgs, Cogger, Dietze, & Bofu, 2016; Horyniak et al., 2014). Der Konsum illegaler wie legaler Substanzen wurde auch in einer Studie aus den USA untersucht, jedoch an erwachsenen Migranten und Geflüchteten und im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung (Salas-

Wright & Vaughn, 2014). Die Hälfte der identifizierten Studien konzentriert sich auf die psychische Belastung, traumatische Erfahrungen, Komorbidität und die Versorgung belasteter Flüchtlingskinder und /oder ihrer Familien (Betancourt et al., 2012; BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer, 2015; Brendler-Lindqvist, Norredam, & Hjern, 2014; Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, 2008; Posselt, Procter, de Crespigny, & Galletly, 2015; Witt et al., 2015).

Die Ergebnisse aus den jeweiligen Studien sind ebenso heterogen wie die Studiendesigns (vgl. Tabelle 4). Werden diese Ergebnisse zusammenfassend betrachtet, dann zeigen sich folgende Tendenzen: Die Flucht vor Kriegs- oder Gewalterlebnissen kann mit psychischen Erkrankungen wie Depression oder posttraumatischen Belastungsstörungen einhergehen, die behandlungsbedürftig sind (Betancourt et al., 2012; Gavranidou et al., 2008; Witt et al., 2015). Auch Belastungen durch die Integrationsanforderungen im Aufnahmeland können mit hohen psychischen Belastungen verbunden sein (Brendler-Lindqvist et al., 2014; Gavranidou et al., 2008; Kimil & Salman, 2010). Der Konsum von Alkohol, Cannabis oder anderen Substanzen dient dann als Selbstmedikation unerwünschter Gefühle, gleichwohl der Substanzkonsum unter Flüchtlingen wesentlich geringer verbreitet ist als unter den im Ankunftsland geborenen Einwohnern (Salas-Wright & Vaughn, 2014). Nur wenige Studien beschäftigen sich explizit mit dem Substanzkonsum. In zwei dieser Studien werden Sekundärdaten analysiert, um Zusammenhänge zwischen dem Alter bei der Migration, der Aufenthaltsdauer im Gastland und psychischen Störungen und Substanzkonsum zu untersuchen. Den Ergebnissen zufolge besteht bei einer Migration vor dem 6. Lebensjahr ein signifikantes Risiko zu einer psychischen Erkrankung, bei älteren männlichen Migranten besteht wiederum das Risiko zu einer Substanzabhängigkeit (Patterson et al., 2012). Bei einer Migration in der Kindheit (vor dem 9. Lebensjahr) erhöht sich mit zunehmender Aufenthaltsdauer das Risiko des „binge drinkings“ (Li & Wen, 2015). Zwei weitere Untersuchungen beschäftigen sich mit dem Alkohol- und Drogenkonsum von jungen, marginalisierten Afrikanern, die in Australien leben (Horyniak et al., 2016; Horyniak et al., 2014). Der Konsum wird von Afrikanern stark stigmatisiert und wurde erst nach der Migration begonnen. Motive für den täglichen Problemkonsum sind a) die Bewältigung von Stress vor und seit der Migration, b) die Bewältigung von Frustration und Langeweile seit der Migration und c) der Konsum als soziales Erlebnis in einer Gruppe afrikanischer Migranten. Sofern sich die Studien auch mit dem Hilfebedarf und der Versorgung von Flüchtlingen beschäftigen, sind die Erkenntnisse übereinstimmend. Junge Flüchtlinge nutzen die vorhandenen psychologischen und/oder drogenbezogenen Hilfen kaum. Sie kennen die Hilfeangebote entweder nicht oder stehen ihnen ablehnend gegenüber (BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer, 2015; Horyniak et al., 2016; Posselt et al., 2015).

Tabelle 4: Übersicht der 12 Studien zum Substanzkonsum bei (jungen) Flüchtlingen

Studie (Land)	Stichprobe	Alter der Untersuchten	Eingesetzte Methode	Ergebnis	Bemerkung
Kimil & Salman 2010 (Deutschland)	Aussiedler, Migranten und Flüchtlinge	Keine Angabe	Literaturanalyse	Schwierigkeiten in der Bewältigung von Migrationsanforderungen und damit verbundene Ohnmachtsgefühle können dazu führen, diese Gefühle mit Drogen zu kompensieren (Selbstmedikation). Traumatisierte Migranten /Flüchtlinge konsumieren häufig Alkohol, Cannabis und Medikamente, um ihre Symptome auszuhalten. Das Suchthilfesystem muss sich Migranten und Flüchtlingen öffnen durch die Ausbildung und den Einsatz von mehrsprachigen Mediatoren mit Migrationserfahrung.	Keine Originalarbeit, Fokus ist auf Versorgung gelegt
Patterson et al. 2012 (Kanada)	Repräsentatives Sample von Migranten aus dem „Canadian Community Health Survey“, die vor Migration keine psychische Störung und keine Substanzabhängigkeit entwickelt haben (n = 4946)	Erwachsene ab 18 Jahren	Logistische Regression, um den Zusammenhang zwischen dem Alter bei Migration und der 12-Monats Prävalenz von psychischen Störungen und Substanzabhängigkeit zu messen. Vergleich von 3 Altersgruppen bei Migration: 0 - 5 Jahre: n = 543; 11% 6 - 17 Jahre: n = 969; 19,6% 18 Jahre und älter: n = 3434; 69,4%.	Unter Einbezug der Kontrollvariable 'Aufenthaltsdauer' zeigt die Regression: Bei einer Migration vor dem 6. Lebensjahr besteht das höchste Risiko zu einer Depression oder Angststörung im Vergleich zu einer Migration nach dem 18. Lebensjahr. Eine Migration vor dem 6. Lebensjahr ist signifikant mit dem Risiko einer psychischen Erkrankung verbunden, nicht aber mit einem Substanzkonsum. Männliche Migranten haben ein geringeres Risiko eine Angststörung, aber ein höheres Risiko eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln.	Ergebnisse basieren auf der Analyse von Sekundärdaten aus dem Jahr 2002
Li & Wen 2015 (USA)	Daten aus dem „New Immigrant Survey“ (n=7.397 Migranten, davon sind 50,2 % männlich); Migranten aus Lateinamerika, Südostasien, Nordafrika, Mittel- und Zentralasien, Europa	Erwachsene ab 18 Jahren	Multivariate logistische Regression, um den Einfluss des Alters bei Migration und der Aufenthaltsdauer auf die Entwicklung einer physischen Störung und eines problematischen Substanzkonsums zu untersuchen. Vergleich von drei Altersgruppen bei Migration: Kindheit: 0 - 9 Jahre Jugendliche: 10 - 18 Jahre Erwachsene: älter als 18 Jahre	Die Prävalenz für das Rauchen und das „binge drinking“ variiert nach Herkunftsland und Gender. Migranten aus Europa und Lateinamerika zeigen die höchste Prävalenz für „binge drinking“ (22 - 26%). Erwachsene Frauen, die im Alter von 0-9 Jahren migriert sind, haben ein signifikant größeres Risiko zum „binge drinking“. Sowohl für das Rauchen als auch für das „binge drinking“ zeigen sich signifikante Wechselwirkungen mit dem Alter bei Migration und der Aufenthaltsdauer in den USA nur bei Männern. Die Aufenthaltsdauer hat einen nachteiligen Effekt auf das Rauchen bei der Migration im Jugendalter und einen nachteiligen Effekt auf das „binge drinking“ bei einer Migration in der Kindheit.	Ergebnisse basieren auf der Analyse von Sekundärdaten aus dem Jahr 2003

Studie (Land)	Stichprobe	Alter der Untersuchten	Eingesetzte Methode	Ergebnis	Bemerkung
Horyniak et al. 2014 (Australien)	18 männliche marginalisierte Afrikaner, die mindestens 16 Jahre alt sind und jemals illegale Drogen konsumiert haben (6 haben i.v. konsumiert) Herkunftsländer: Sudan, Eritrea, Kenia und Somalia	19 bis 30 Jahre	Mehrere Monate Feldbesuche zur Vertrauensbildung Persönliche semi-strukturierte Interviews zu Erfahrungen und Einstellungen zum intravenösen Drogenkonsum Transkription der etwa 40-minütigen Audioaufnahmen	Vor der Ankunft in Australien haben die Interviewpartner niemals Alkohol oder Drogen konsumiert. Zum Studienzeitpunkt tranken die meisten Alkohol und/oder rauchten regelmäßig Cannabis. Die meisten haben den intravenösen Konsum an öffentlichen Plätzen gesehen und beurteilen diesen als unnatürlich, riskant und unmoralisch. Die 12 nicht intravenös Konsumierenden distanzieren sich räumlich von denjenigen mit intravenösem Konsum. Viele Studienteilnehmer waren bereits im Gefängnis, welches als eine Risikoumgebung für den Einstieg in den i.v. Konsum gewertet wird. Der intravenöse Konsum ist dadurch motiviert, traumatische Erlebnisse zu bewältigen und vor Gefühlen des Elends zu flüchten.	Die Interviewten leben in einer Gegend mit offenem Drogenmarkt und öffentlichem intravenösem Konsum. Unter Afrikanern ist dieser Konsum aufgrund ihrer kulturellen Überzeugungen stark stigmatisiert. Ergebnisse basieren auf kleiner Stichprobe.
Horyniak et al. 2016 (Australien)	16 männliche, marginalisierte junge Afrikaner, die Alkohol trinken; rekrutiert auf der Straße in 2012-2013 Herkunftsländer: Sudan, Eritrea, Kenia und Somalia	18 bis 30 Jahre	Persönliche, semi-strukturierte Interviews zur Trinkmotivation, zu alkoholbedingten Problemen, Strategien zur Trinkreduktion Transkription Audioaufnahmen mit einer Länge zwischen 15 und 80 Minuten	Drei Motive für den täglichen problematischen Alkoholkonsum wurden identifiziert: <ul style="list-style-type: none"> • Bewältigung von Stress und traumatischen Erlebnissen (verbunden mit Hoffnungslosigkeit, Wut, Schlafstörungen) vor und seit der Migration • Bewältigung von Langeweile und Frustration durch fehlende Ausbildung, Arbeit, Einkommen und gesellschaftliche Teilhabe • Trinken als soziale Erfahrung in einer Gruppe von Migranten, die sich schon vor der Migration kennengelernt haben <p>Alle berichteten von anfänglichen Kontrollbemühungen, um das Trinken auf bestimmte Gelegenheiten oder Wochentage zu begrenzen. Aufgrund sozialer und gesundheitlicher Probleme durch die Alkoholabhängigkeit haben einige Interviewte absichtlich Straftaten begangen, um inhaftiert zu werden und auf diese Weise den Konsum zu limitieren.</p>	Wenige der Interviewten haben professionelle Hilfe genutzt wie Beratung, Entzugsbehandlung. Es besteht eine grundsätzliche Ablehnung der Befragten das Hilfesystem zu nutzen. Peer-basierte Ansätze könnten hier wirkungsvoll sein. Ergebnisse basieren auf kleiner Stichprobe.
Salas-Wright & Vaughn 2014 (USA)	Repräsentatives Sample aus dem „National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions“	Mindestens 18 Jahre	Mehrstufiges Clusterdesign mit der Überrekrutierung von Minoritäten Logistische Regression zum Vergleich der Prävalenz von Substanzabhängigkeit unter drei Gruppen und zur	Nach Kontrolle von Kovariablen waren US Einwohner 3-6-mal häufiger gefährdet als Flüchtlinge eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln. Flüchtlinge hatten auch ein signifikant geringeres Risiko als Migranten, eine Abhängigkeit von Alkohol, Opioiden, Kokain oder Halluzinogenen	Ergebnisse basieren auf der Analyse von Sekundärdaten aus dem Jahr 2004-2005. Flüchtlinge scheinen

Studie (Land)	Stichprobe	Alter der Untersuchten	Eingesetzte Methode	Ergebnis	Bemerkung
			Untersuchung des Einflusses von Gender und Aufenthaltsdauer Gruppenvergleich Flüchtlinge: n = 428 Migranten: n = 4.955 US Einwohner ohne Migrationshintergrund: n = 29.267	zu entwickeln. Die Dauer des Flüchtlingsstatus hat einen großen Einfluss auf das Risiko, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln. Bei einem Flüchtlingsstatus von mehr als einem Jahr stieg das Risiko für eine Alkoholabhängigkeit signifikant, während sich das Risiko für einen problematischen Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen signifikant verringerte.	eher zu Alkohol als zu anderen Drogen zu greifen, um mit der Flucht und der langjährigen Unterkunft im Flüchtlingscamp umzugehen.
Posselt, Procter et al. 2015 (Australien)	15 junge Flüchtlinge mit psychischen und drogenbedingten Problemen Herkunft: Afghanistan (60%), Afrika (27%) und Buthan (13%); leben seit etwa 5 Jahren in Australien 15 Organisationen aus der psychiatrischen Versorgung, Suchthilfe und Flüchtlingshilfe	Flüchtlinge: 12 bis 25 Jahre, 17,7 Jahre im Durchschnitt	Semi-strukturierte Interviews mit Flüchtlingen mit psychischen Problemen und komorbidem problematischem Substanzkonsum zu ihren gegenwärtigen Schwierigkeiten Semi-strukturierte Interviews mit Organisationen zu ihren Hilfeangeboten für Flüchtlinge mit komorbiden Störungen Interviewdauer: 45-90 Minuten	Seit der Entwicklung der komorbiden Störung bestehen die größten Schwierigkeiten der Flüchtlinge in sozialen Trennungen; Trennungen von Familie und Freunden, Erfahrungen der sozialen Isolation. Flüchtlingen ist nicht bewusst, dass es Hilfeeinrichtungen für ihre psychischen und drogenbezogene Probleme gibt. Die Organisationen berichteten, dass es Barrieren im Zugang zu kulturell kompetenten Hilfeangeboten gibt. Mangelnde kultursensible Hilfen bestehen sowohl im Hinblick auf eine psychiatrische Versorgung als auch in Bezug auf eine Suchtbehandlung.	Ergebnisse basieren auf kleiner Stichprobe.
Betancourt, Newnham et al. 2012 (USA)	60 Flüchtlingskinder mit Kriegserfahrungen in psychologischer Behandlung (51,7% männlich) Herkunft: Zentral- und Südamerika (n=21), Afrika (n=14) Osteuropa (n=11). Asien / Mittlerer Osten (n=14)	13,1 Jahre im Durchschnitt	Sample identifiziert anhand des „National Child Traumatic Stress Network’s Core Data Set“ Klinische Untersuchung der Traumaprävalenz und Psychopathologie sowie der Traumafolgen mittels standardisierter Instrumente	Folgen des Erlebens von Krieg oder politischer Gewalt: Depression (39%), Dissoziation (38%), Trennungsängste (23%), Schlafstörungen (20%) Straftaten, der Konsum von Alkohol oder Drogen sowie Selbstverletzungen sind seltene Folgen (weniger als 6%). Hohe Raten einer möglichen posttraumatischen Belastungsstörung (30%), generellen Ängstlichkeit (27%), Somatisierung (27%), traumatischen Verzweiflung (21%)	Die meisten Flüchtlingskindern lebten zusammen mit mindestens einem Elternteil (n=45, 82%). Die restlichen 15 Kinder könnten unbegleitet sein.
Brendler-Lindqvist, Norredam et al. 2014 (Schweden)	43.403 Flüchtlinge, die im Alter von 13 bis 34 Jahren aus dem Irak, Iran, Eritrea, Äthiopien, Somalia oder Afghanistan nach Schweden migriert sind	Flüchtlinge: 23 bis 35 Jahre	Kohortenstudie auf Grundlage der Informationen des Schwedischen Registers zur Verschreibung psychotroper Medikamente für psychische Erkrankungen. Logistische Regression um den Zu-	Nach Kontrolle der Variablen Alter, Gender und Wohnsitz zeigen die Ergebnisse: Im Vergleich zu den schwedischen Einwohnern war der Anteil an Flüchtlingen mit verschriebenen psychotropen Medikamenten gering. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer erhöhten sich die Verschreibungsraten bei Flüchtlingen. Nach 7 -10 Jahren	Ergebnisse basieren auf der Analyse von Sekundärdaten aus dem Jahr 2009 Weibliche Flüchtlinge nahmen weniger

Studie (Land)	Stichprobe	Alter der Untersuchten	Eingesetzte Methode	Ergebnis	Bemerkung
	Vergleichsgruppe: 1.1 Mio. in Schweden geborene Einwohner		sammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer in Schweden (die ersten 10 Jahre) und der Verschreibung von mindestens einem Medikament zu untersuchen.	Aufenthalt glichen sich die Verschreibungsraten von Flüchtlingen und der schwedischen Vergleichsgruppe an.	Medikamente ein als die männlichen Flüchtlinge.
Gavranidou, Niemic et al. 2008 (Deutschland)	32 männliche und 23 weibliche Kinder und Jugendliche, die in einer Münchener Flüchtlings-sammelunterkunft lebten Herkunft: Kosovo-Albanien (n=20), Bosnien (n=12), Afghanistan (n= 6), Irak (n=5) Libanon, Kamerun, Togo, Syrien und Vietnam (jeweils n < 3)	11 bis 17 Jahre, 13,4 Jahre im Durchschnitt	Halbstrukturierte Interviews zu den Exilbedingungen, zu früheren Kriegs- und Fluchterfahrungen. Erhebung von psychischer Belastung und Symptomen posttraumatischer Belastung mittels Youth Self Report (YSR) und Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Mittelwertvergleiche und Varianzanalysen	Direkte Kriegserlebnisse berichteten 24 Befragte. Diese Erlebnisse korrelieren nicht signifikant mit den einzelnen Skalen des YSR; das gilt für beide Geschlechter und alle Altersgruppen. Indirekten Kriegsbelastungen weisen 32 Befragte auf. Bei Jungen sowie bei Jugendlichen ab 14 Jahren besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen diesen Erlebnissen und einem schizoid-zwanghaften, einem aggressiven Verhalten und / oder dissoziativem Verhalten. Insgesamt 55 Befragte nannten gesellschaftliche Belastungen im Exil wie kein eignes Zimmer zu haben oder für die Eltern zu dolmetschen. Exilbedingte familiäre Belastungen korrelierten hoch mit aktuellen psychischen Problemen und Auffälligkeiten.	Die Studie zeigt, dass junge Flüchtlinge mit vielen familiären Belastungen die höchsten Werte auf den YSR-Skalen für Verhaltens-auffälligkeiten aufweisen.
Bundes-psychotherapeuten-kammer 2015 (Deutschland)	Geflüchtete Kinder und Jugendliche	Keine Angabe	Literaturanalyse zur psychischen Erkrankung von Flüchtlingskindern und -jugendlichen und ihre Versorgung	Hürden im Asylverfahren, Angst vor Abschiebung, fehlende Arbeitserlaubnis, Sprachbarrieren und Diskriminierungserfahrungen beeinflussen, wie stark ein Flüchtling unter posttraumatischen Belastungssymptomen leidet. Wird eine PTBS nicht behandelt, wird sie häufig chronisch. Nur 4% der psychisch kranken Flüchtlinge wurden in 2014 behandelt.	Psychotherapie ist eine geeignete Behandlung. Diese ist wirkungsvoll auch bei Einsatz von Dolmetschern.
Witt, Rassenhofer et al. 2015 (Deutschland)	Unbegleitete minder-jährige Ausländer	Unter 18 Jahre bei Ankunft im Aufnahmeland	Literaturreview von 43 Studien, die im Zeitraum von Januar 2004 bis April 2015 erschienen sind Kriterien: Originalarbeit mit mindestens 10 Studienteilnehmer	UMF berichten signifikant häufiger von traumatischen Erfahrungen als begleitete Flüchtlinge; je nach eingesetzter Methode und Instrument zeigen etwa 20% bis 80% der UMA psychische Auffälligkeiten. Trotz potenziell traumatischer Erlebnisse weisen etwa 50% der UMA keine psychischen Auffälligkeiten auf. Der Kontakt zur Familie im Heimatland wirkt protektiv. Hilfebedürfnisse der UMA: Schulbildung, sprachliche und kulturelle Integration, Zimmergenossen	Psychische Auffälligkeiten können bei UMA später einsetzen, daher regelmäßige Beobachtung.

5.2 Medienberichte zu konsumierenden UMA

Um die öffentliche Diskussion zum Thema unbegleitete minderjährige Flüchtlinge darzustellen, wurden die Medienberichte in deutschen Zeitungen für den Zeitraum von Januar 2015 bis Dezember 2016 durchsucht. Die Suche erfolgte anhand der folgenden Begriffe:

- Deutschland + (unbegleitete) + minderjährige + Flüchtlinge/Ausländer +
- Drogen/Alkohol/Cannabis/Heroin/Konsum

Ein zentrales Ergebnis der Suche ist, dass für das Jahr 2015 keine Medienberichte zu diesen Suchbegriffen vorliegen. Für das Jahr 2016 wurden insgesamt 16 Medienberichte gefunden. Offenbar hat das Thema der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge erst ab 2016 ein mediales Interesse geweckt. Das zeigt sich auch daran, dass in 2017 vermehrt in den Medien über UMA berichtet wird.

Die 16 Medienberichte in 2016 werden von zwei zentralen Themen beherrscht; die gewalttätige Konfrontation zwischen minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen und Rechtsradikalen in Bauzen (Sachsen) und die 9.000 vermissten minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen (vgl. Tabelle 5). Insgesamt 9 Artikel wurden zu den Vorkommnissen in Bauzen publiziert, darunter der Spiegel, die Zeit, die Welt, der Deutschlandfunk und der Focus. Das mediale Interesse an diesen Vorkommnissen ist der Ausländerfeindlichkeit gegenüber minderjährigen Flüchtlingen und der tätlichen Gegenwehr durch die Flüchtlinge geschuldet. Hintergrund ist, dass sich 20 von den 30 in Bauzen lebenden UMA auf einem zentralen Platz in der Stadt versammelt haben, da dort freies WLAN verfügbar ist. In einer Septembernacht versammelten sich am gleichen Platz auch 80 gewaltbereite Anhänger des rechten Spektrums, die mittels Parolen riefen, dass der Platz ihnen gehöre. Beide Gruppen waren alkoholisiert und lieferten sich verbale wie tätliche Auseinandersetzungen. Offenbar seien die tätlichen Angriffe von den minderjährigen Flüchtlingen ausgegangen. Als etwa 100 Polizisten eintrafen, um die Gruppen zu trennen und die Flüchtlinge zum Verlassen des Platzes aufforderten, haben die Flüchtlinge Gegenstände wie Flaschen und Holzlatten auf die Polizisten geworfen. Bei dem etwa 1-stündigen Polizeieinsatz wurden daraufhin Schlagstöcke und Pfefferspray eingesetzt und es gab mehrere Verletzte. Zur Sicherheit der Flüchtlinge postierte sich die Polizei an der Unterkunft für UMA sowie an drei weiteren städtischen Asylbewerberunterkünften. Infolge der Ausschreitungen zwischen Flüchtlingen und fremdenfeindlichen Einheimischen wurde für UMA ein Alkoholverbot sowie eine Ausgangssperre ab 19 Uhr verhängt. Eine Woche später wurden die Ausgangssperre und das Alkoholverbot wieder aufgehoben mit der Begründung, dass der Konsum von Wein und Bier für deutsche Jugendliche ab 16 Jahren erlaubt ist. In den Wohneinrichtungen für UMA gelte weiterhin das Alkoholverbot und die Vorschrift, um 22:00 Uhr zurück in der Unterkunft zu sein.

Bereits Monate vor dem Bauzen-Vorfall berichtete die Frankfurter Neue Presse Schlägereien in Flüchtlingsunterkünften unter Alkoholeinfluss. Unter anderen wurden in einer Unterkunft für UMA fünf Flüchtlinge verletzt, da der betrunkene Täter mit einem Messer um sich gestochen hat. Zitiert wird ein pakistanischer Flüchtling, der erst in Deutschland regelmäßig trinkt – aus Langeweile und um „traumatische Erfahrungen“ zu vergessen. In der Ärzte Zeitung findet sich ein Artikel, in dem ebenfalls von einem hohen Suchtrisiko bei traumatisierten Flüchtlingen gesprochen wird, gleichwohl die Ausmaß insgesamt unbekannt ist. Zitiert wird die Aussage einer Migrationsambulanz, nach der UMA primär Alkohol konsumieren würden.

Tabelle 5: Übersicht der 16 Medienberichte in 2016 zum Substanzkonsum bei (jungen) Flüchtlingen

Erscheinungsdatum	Artikelüberschrift	Zeitung / link
02.03.2016	Wie Nordafrikas Problemkinder das System austricksen	Die Welt https://www.welt.de/politik/deutschland/article152826568/Wie-Nordafrikas-Problemkinder-das-System-austricksen.html
30.03.2016	Asylbewerber und Alkohol: „Mein Vater würde mich umbringen“	Frankfurter Neue Presse http://www.fnp.de/nachrichten/politik/Asylbewerber-und-Alkohol-Mein-Vater-wuerde-mich-umbringen;art673,1931112
18.04.2016	Wenn der 18. Geburtstag zur Integrationsbremse wird	Süddeutsche Zeitung http://www.sueddeutsche.de/politik/asyl-plotzlich-erwachsen-1.2954550
13.06.2016	Drogensucht bei Flüchtlingen: Problem bislang verkannt	Ärzte Zeitung https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/fluechtlinge/article/913263/drogensucht-fluechtlingen-problem-bislang-verkannt.html
11.07.2016	Next stop: unbekannt	Bayrischer Rundfunk (report München) http://www.br.de/nachrichten/minderjaehrige-fluechtlinge-134.html
14.07.2016	Das geschah wohl wirklich mit vielen der verschwundenen jugendlichen Flüchtlinge	Huffington Post http://www.huffingtonpost.de/2016/07/14/moeglicherweise-tausende-verschwundene-minderjaehrige-fluechtlinge-in-der-hand-krimineller_n_10993514.html
15.09.2016	Nach Gewalt in Bautzen: Alkoholverbot und Ausgangssperre für Flüchtlinge – Steine und Flaschen flogen zuerst	Epoch Times http://www.epochtimes.de/politik/deutschland/bautzen-probleme-mit-jugendlichen-fluechtlingen-seit-wochen-situation-auf-dem-kornmarkt-ist-unertraeglich-a1935047.html
15.09.2016	Jetzt greift Bautzen gegen junge Flüchtlinge durch	Die Welt https://www.welt.de/politik/deutschland/article158185671/Jetzt-greift-Bautzen-gegen-junge-Fluechtlinge-durch.html
15.09.2016	Gewalt ging von alkoholisierten Asylbewerbern aus	Die Zeit http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2016-09/bautzen-minderjaehrige-fluechtlinge-alkoholverbot-polizei
16.09.2016	Alkoholverbot und Ausgangssperre	Deutschlandfunk http://www.deutschlandfunk.de/nach-gewalt-in-bautzen-alkoholverbot-und-ausgangssperre-1773.de.html?dram:article_id=366000
20.09.2016	Bautzen hebt Ausgangssperre für Flüchtlinge auf	Spiegel http://www.spiegel.de/politik/deutschland/bautzen-hebt-ausgangssperre-fuer-fluechtlinge-auf-a-1113120.html
20.09.2016	Bautzen hebt Ausgangssperre für unbegleitete Flüchtlinge auf	Focus http://www.focus.de/politik/deutschland/nach-ausschreitungen-bautzen-hebt-ausgangssperre-fuer-unbegleitete-fluechtlinge-auf_id_5963997.html
21.09.2016	Minderjährige Flüchtlinge dürfen wieder Alkohol trinken	Die Welt https://www.welt.de/politik/deutschland/article158285318/Minderjaehrige-Fluechtlinge-duerfen-wieder-Alkohol-trinken.html

Erscheinungsdatum	Artikelüberschrift	Zeitung / link
21.09.2016	Aufhebung von Verboten für unbegleitete junge Flüchtlinge	Bautzener Bote http://www.bautzenerbote.de/aufhebung-von-verbotten-fuer-unbegleitete-junge-fluechtlinge/
23.09.2016	Bautzen: Alkoholverbot und Ausgangssperre für UMA's aufgehoben – Lichterkette am Abend – Zur gleichen Zeit in Zwickau: Messerstecherei	Epoch Times http://www.epochtimes.de/politik/deutschland/bautzen-alkoholverbot-und-ausgangssperre-fuer-umas-aufgehoben-lichterkette-am-abend-zur-gleichen-zeit-in-zwickau-messerstecherei-a1938414.html
04.12.2016	Die neuen Kinder vom Bahnhof Zoo	Krautreporter https://krautreporter.de/1682-die-neuen-kinder-vom-bahnhof-zoo-teil-ii

Drei Berichte handeln von den in Deutschland 9.000 vermissten UMA, wobei dieses Thema abgesehen vom Report München eher von weniger bekannten Medien aufgegriffen wurde. Alle Berichte gehen der Frage nach, ob die vermissten Flüchtlinge Straftaten begehen, im Drogenhandel oder Drogenschmuggel involviert sind oder aber selbst illegale Drogen konsumieren. Berichtet wird von den Städten München, Bremen und Berlin, wobei sich die Schilderungen jeweils auf Einzelfälle von UMA gründen. So interviewte Report München jeweils einen Minderjährigen in München und Berlin, die Jugendliche kennen, die durch den Drogenhandel und -schmuggel Geld verdienen. Gründe dafür seien die Schulden durch die Flucht oder die finanzielle Unterstützung der Familie im Heimatland. In einem anderen Medienbericht wird von 200 UMA, zumeist Nordafrikaner, in Bremen berichtet, die durch Drogenhandel, Überfälle und Diebstahl polizeilich bekannt sind. In wiederum einem anderen Artikel wird von einem Gespräch mit einem jugendlichen, heroinkonsumierenden Afghanen aus Berlin erzählt. Zugleich finden sich in zwei Artikeln Einschränkungen: auf Nachfrage von Report München antwortete die Bundesregierung, dass keine Informationen über UMA im Drogenhandel vorliegen würden. In einem anderen Bericht werden Polizeisprecher aus Berlin und Stuttgart genannt, die von Einzelfällen sprechen und die Zahl der UMA im kriminellen Milieu bundesweit auf eine vierstellige Zahl beziffern. Die Frage der kriminellen Aktivitäten von UMA wird zudem in einem Artikel der Zeitung Welt zu Beginn des Jahres 2016 behandelt. Berichtet wurde, dass in 2015 keine UMA trotz nachweislicher Straftaten abgeschoben wurden. Problematisiert werden in dem Artikel marokkanische Jugendliche, die nach Auskunft der betreuenden Einrichtung dem Drogenkonsum und Drogenhandel nachgehen und auch Körperverletzung begangen haben. Die Betreuung dieser Jugendlichen wurde als schwierig beschrieben, gleichwohl kriminelle UMA eher Einzelfälle seien.

Die Medienberichterstattung zu UMA macht deutlich, dass UMA nur selten im Fokus der Presse stehen. Sofern über diese Gruppe berichtet wird, handelt es sich vorrangig um die Beschreibung von UMA im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen und dem Drogenhandel. Einzig die gewalttätige Auseinandersetzung zwischen UMA und einer rechtsextremen Gruppierung in einer sächsischen Stadt hat ein breites Medienecho hervorgerufen. Allen Artikeln ist gemeinsam, dass sie letztendlich über Einzelfälle berichten.

5.3 Bestehende Konzepte zur Versorgung von konsumierenden UMA

Praxisorientierte Konzepte zur Versorgung von substanzkonsumierenden UMA sind bis heute kaum vorhanden. Die Recherche ergab lediglich vier Treffer, wobei hier bereits eine weite Definition von Versorgungskonzepten für Flüchtlinge bzw. Migranten zugrunde liegt. Von den vier identifizierten Dokumenten besteht eines in der Dokumentation einer Fachtagung am 13.10.2000 und am

13.11.2000 zum Thema „Mir geht’s doch gut – Jugend, Kultur und Salutogenese“. In einem weiteren Dokument sind die Ergebnisse des europäischen SEARCH-Projektes zur Suchtprävention bei Flüchtlingen aus dem Jahr 2004 dargelegt. Als drittes wurde eine Konzeption zur Therapie schwer traumatisierter Flüchtlingskinder gefunden (Irmeler, 2009). Diese Dokumente sind vor der „Flüchtlingswelle“ erschienen und beschäftigen sich daher nur am Rande mit der Problematik von substanzkonsumierenden UMA. In 2016 hat der Gesamtverband für Suchthilfe e.V. eine Dokumentation zur Suchthilfe in kultureller Vielfalt herausgegeben, wobei allerdings auch hier Migranten und nicht Flüchtlinge im Vordergrund stehen.

Zur interkulturellen Drogenberatung und Drogentherapie werden je nach Zielgruppe spezifische Aspekte betont. Im Hinblick auf die Suchtprävention bei türkischstämmigen Migrantenfamilien wird empfohlen, eine stadtteilorientierte Suchtprävention durch die Vernetzung von Drogenberatung, interkulturelle Beratung, Sozialarbeit mit guten Kontakt zur Zielgruppe und spezifischen Vereinen zu etablieren sowie ein Leitungsteam aus deutschstämmigen Fachkräften und Fachkräften mit Migrationshintergrund bilden (Aksoy, 2001). Im Rahmen der Drogenberatung sollen zentrale ausländerrechtliche Fragen wie Abschiebung, Haftaussetzung, Passangelegenheiten und Aufenthaltsstatus abgeklärt werden, um Frustrationen oder falsche Hoffnungen bei migrierten Drogenkonsumierenden zu vermeiden. Zudem wird empfohlen, dass ehemalige Drogenkonsumierende in die Beratung einbezogen werden, die selbst einen Migrationshintergrund haben (Kaya-Heinlein, 2001). Bei der Beratung von Frauen gilt es, tabuisierte Themen sehr vorsichtig oder gar nicht anzusprechen. In der Drogentherapie sollten die Kultur, Mentalität, das fehlende Therapieverständnis sowie die Skepsis gegenüber Institutionen Berücksichtigung finden. Das therapeutische Konzept sollte für migrierte Drogenkonsumierende akzeptabel und nachvollziehbar sein und das Team sollte multikulturell zusammengesetzt sein (Kaya-Heinlein, 2001).

Im SEARCH-Projekt sind Materialien zur Suchtprävention für die Zielgruppen der Asylbewerber, Flüchtlinge und illegalen Einwanderer entwickelt worden (LWL, 2004). In dem umfangreichen Dokument befinden sich auch die entwickelten Leitlinien für die Suchtprävention bei diesen Zielgruppen. Die Leitlinien orientieren sich an europaweiten Standards für die Suchtprävention, welche für die interkulturelle Prävention folgende Standards definieren:

- Präzises Wissen über die Herkunftskultur indem Informationen über die Herkunftshintergründe der Zielgruppen gesammelt werden, zum Beispiel durch die Durchführung eines Rapid Assessments.
- Erwerben von interkultureller Kompetenz, um in der Kommunikation mit Angehörigen anderer Kulturen zu einem gegenseitigen Verständnis zu gelangen.
- Einbindung der Zielgruppen in die Planung und Durchführung der Angebote im Sinne der Partizipation und des Zugangs zu den Zielgruppen.

In den Materialien wird zwischen der methodischen und der praktischen Leitlinie unterschieden. In beiden Leitlinien wird die Notwendigkeit der Selbstkompetenz als Voraussetzung für die gegenseitige kulturelle Sensibilisierung genannt. Selbstkompetenz bedeutet das Wissen über die eigene Kultur, um auf dieser Grundlage die Hintergründe des eigenen kulturbedingten Handelns und das von Mitgliedern anderer Kulturen zu verstehen. Interkulturelle Kompetenz beinhaltet auch die Erfahrungen und Erkenntnisse im Kontakt mit den Zielgruppen zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern. In der praktischen Leitlinie werden weitere Kompetenzen genannt, die in der interkulturellen Suchtprävention nötig sind. Dazu zählen die Sozialkompetenz im Sinne der Empathie und der kultursensiblen Kommunikation sowie die Handlungskompetenz, um Wissen in praktische Schritte umsetzen zu können. Sprachbarrieren, die im Umgang mit fremden Kulturen bestehen, erfordern den Einsatz von Dolmetscherdiensten. Diese können zwar die rein sprachliche Übersetzung liefern, nicht aber die af-

fektive Ebene der Kommunikation. Daher sind Schlüsselpersonen aus der Herkunftskultur als Sprachmittler und Kulturmediator einzubeziehen.

In eine ähnliche Richtung wie die Leitlinien des SEARCH-Projektes gehen auch die Handlungsempfehlungen der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Yapar, 2016) sowie des Ethnomedizinisches Zentrum e.V. (Kimil, 2016). Auch in diesen Empfehlungen wird die Bedeutung des kulturellen Wissens von Fachkräften und eines multikulturell besetzten Teams hervorgehoben (auch: Arslan & Horwat, 2016). Darüber hinaus wird empfohlen, dass Fachkräfte in der Suchtprävention regelmäßig an interkulturellen Weiterbildungen teilnehmen und der Zugang zum Hilfesystem erleichtert wird, indem niedrigschwellige muttersprachliche Angebote vorgehalten werden, eine aufsuchende Arbeit geleistet wird und Peer-to-Peer Ansätze entwickelt werden. Des Weiteren soll das Thema Sucht und Migration stärker in den Suchthilfeeinrichtungen verankert werden, auch durch eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Migrationshilfe und Migrantenselbstorganisationen. Informationen für Menschen mit Substanzproblemen wie Flyer, Homepages oder Wegweiser durch das System der medizinischen Rehabilitation sollten mehrsprachig zur Verfügung stehen (Arslan & Horwat, 2016; Kimil, 2016).

Im Zusammenhang mit Traumafolgen unter Geflüchteten gibt es zwei Praxiskonzepte. Ein Praxiskonzept liegt zur Therapie von schwer traumatisierten Flüchtlingskindern vor, dass sich explizit an begleitete und unbegleitete minderjährige Ausländer wendet (Irmiler, 2009). Vorgestellt wird ein Dreisäulen-Modell zur Förderung der Resilienz, das Unterstützung bei Fragen zu Aufenthalt, Wohnung, Finanzen, und Bildung vorsieht (1. Säule), Hilfestellung bei der Vermittlung von Freizeitangeboten (2. Säule) und die Psychotherapie in Kombination mit anderen Methoden wie etwa zur Entspannung (3. Säule). Das andere Praxiskonzept besteht in dem E-Learning-Curriculum „Shelter“ (Safety & Help for Early adverse Life events and Traumatic Experiences in minor Refugees), welches im Juli 2017 gestartet ist und für die Arbeit mit begleiteten und unbegleiteten geflüchteten Minderjährigen entwickelt wurde (<https://shelter-notfall.elearning-kinderschutz.de/>). Für Organisationen, die begleitete und unbegleitete Geflüchtete betreuen werden online-Kurse zu Themen wie Traumafolgen und selbst – und fremdgefährdendes Verhalten der Kinder und Jugendlichen angeboten.

Trotz der unterschiedlichen Zielgruppen und Methoden bestehenden Versorgungskonzeptionen gibt es einige Gemeinsamkeiten, die als Voraussetzungen für eine interkulturelle Suchthilfe benannt werden. Zu diesen Gemeinsamkeiten zählen die interkulturelle Kompetenz, das Wissen um die Kultur des Herkunftslandes, Kompetenzen zur Beratung bei ausländerrechtlichen Fragen sowie eine Vernetzung mit der Flüchtlingshilfe und Migrantenorganisationen. Zudem wird eine kulturelle Öffnung der Einrichtung für wichtig gehalten, die eine multikulturelle Teambesetzung, den Einbezug von Muttersprachlern in Beratungs- und Therapieprozesse sowie mehrsprachige Informationen zu den Angeboten der Suchthilfe erfordern.

5.4 Auswertung der Interviews mit den Fachkräften

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den 19 qualitativen persönlichen Interviews dargelegt, welche mit insgesamt 35 Fachkräften aus den Städten Hamburg, Frankfurt (und Taunus) und München (und Oberbayern) geführt worden sind. Die interviewten Fachkräfte repräsentieren jeweils einen der drei folgenden Arbeitsbereiche: Die Inobhutnahme von UMA durch das Jugendamt, das betreute Wohnen für UMA innerhalb der Jugendhilfe und die Hilfeangebote der Jugendsichthilfe. Wie bereits in Kapitel 3.2 beschrieben, erfolgt die Interviewanalyse anhand von 7 Untersuchungsbereichen; die Art der jeweils durch die Institution angebotene Hilfe, die Probleme von UMA, Ausmaß und Art des Substanzkonsums bei UMA, die für diese Zielgruppe angebotenen Hilfe, Probleme der Ein-

richtungen im Umgang mit konsumierenden UMA sowie die von den Fachkräften geäußerten Hilfebedarfe für diese Zielgruppe.

5.4.1 Art der Hilfe

In diesem Kapitel werden die Art der Hilfen, die Zielgruppen und Ziele der Hilfen, die Vernetzung mit anderen Institutionen dargestellt, sowie die Fortbildungen, an denen die interviewten Fachkräfte teilgenommen haben. Die Art der angebotenen Hilfe, die Zielgruppen und die Zielsetzungen sind von dem jeweiligen institutionellen Bereich abhängig, in dem die interviewten Fachkräfte arbeiten. Das Wissen um die jeweilige Einrichtungsart ist nötig, um die Fragen nach dem Ausmaß des Substanzkonsums vom UMA einordnen zu können. Daher werden diese Merkmale getrennt nach den institutionellen Bereichen dargestellt.

Zur Art der angebotenen Hilfe, den Zielgruppen und Herkunftsländern

Die Jugendämter in den drei Städten sind zuständig für die Erstaufnahme der ankommenden minderjährigen Geflüchteten, was die Feststellung der Personalien, eine Alterseinschätzung sowie die Einschätzung vorhandener gesundheitlicher und psychischer Probleme umfasst. Aufgrund der Anwendung des Königsteiner Schlüssels werden alle UMA zunächst vorläufig in Obhut genommen, bis eine Verlegung in ein anderes Bundesland oder eine andere Kommune geklärt ist. Die Erstaufnahme von vorläufig in Obhut genommenen UMA ist in allen Städten unterschiedlich organisiert.

In Frankfurt gibt es ein „Screeningteam“, das das Erstaufnahmegespräch und die Unterbringung in eine Erstaufnahmeeinrichtung koordiniert. Verbleiben die UMA in Frankfurt, entscheidet das Team nach ein paar Monaten, welche Anschlusseinrichtung für den jeweiligen UMA geeignet ist. Die Erstaufnahmeeinrichtung hat 60 Plätze für männliche UMA und ein eigenes Haus für weibliche UMA. Zur Zeit des Interviews waren etwa 1.000 UMA in der Zuständigkeit des Jugendamtes, für die bereits ein personell gut ausgestattetes und zukünftig weiter aufgestocktes Team zur Verfügung steht.

Insgesamt 80-90% der 1.000 UMA sind männlich, 50% sind zwischen 16-17 Jahren alt, weitere 30% zwischen 14-15 Jahren alt und etwa 10% sind jünger als 14 Jahre. Zu etwa 70% stammen diese UMA aus Afghanistan und die restlichen 30% verteilen sich größtenteils auf die Herkunftsländer Syrien, Somalia, Eritrea und Äthiopien. Die neu aufgenommenen UMA kommen primär aus Eritrea, Somalia, und den Maghreb-Staaten wie Marokko und Algerien.

In Hamburg erfolgt die Erstaufnahme durch den Fachdienst Flüchtlinge des Kinder- und Jugendnotdienstes. Das Aufnahmegespräch wird mit Hilfe eines Sprachmittlers und auf Basis eines standardisierten Fragebogens von 2 sozialpädagogischen Fachkräften durchgeführt. Es wird Wert auf 2 Fachkräfte gelegt, um keine willkürlichen und subjektiven Einschätzungen zu treffen. Für die Erstunterbringung stehen 36 Plätze in drei Gruppeneinrichtungen zur Verfügung, in denen UMA 92 Tage verbleiben. Danach wird über eine geeignete Form des betreuten Wohnens entschieden.

Ende 2015 wurden 1.500 UMA in Obhut genommen, die auch weiterhin betreut werden. In der Erstaufnahmeeinrichtung befinden sich insgesamt 50 UMA, die im Durchschnitt 16-17 Jahre alt sind. In 2015 kamen die UMA primär aus Marokko, Algerien, Afghanistan und Syrien. Anfang 2017 hat die Zahl der UMA aus Syrien und Afghanistan abgenommen, so dass UMA aus Somalia, Eritrea und Gambia die Hauptgruppe darstellen.

In München erfolgt die Erstaufnahme von UMA durch das „Young Refugee Center“ mit insgesamt 160 Plätzen, von denen im Dezember 2016 lediglich 50 Plätze belegt waren. Nach einem Regierungsbeschluss in Bayern darf die vorläufige Inobhutnahme den Zeitraum von 4 Wochen nicht überschrei-

ten. Ist eine Prüfung der Verlegung bis dahin nicht erfolgt, bleibt das Jugendamt München für die Betreuung des UMA bis zur Volljährigkeit zuständig.

Zwischen 2015 und 2016 ist die Zahl der Inobhutnahmen von UMA von 5.000 auf 2.000 zurückgegangen. Ein Großteil der UMA kommt aus Afghanistan, Eritrea, Irak und den Maghreb-Staaten. Ein weiterer Teil der UMA stammt aus Somalia und Syrien.

Aus dem Bereich des betreuten Wohnens wurden mit der vorliegenden Studie Einrichtungen mit sehr unterschiedlichen Konzeptionen erreicht. In **Frankfurt** wurden Interviews mit zwei Erstaufnahmeeinrichtungen geführt sowie mit zwei Trägern, die betreutes Wohnen für UMA anbieten. Zudem wurde ein Interview mit der Streetwork der kommunalen Kinder-, Jugend- und Familienhilfe geführt, da diese in Kontakt mit Geflüchteten in den Brennpunkten der Frankfurter Drogenszene stehen. Der eine Träger für betreutes Wohnen nimmt UMA auf, die aus einer Einrichtung mit einer 24-Stunden Betreuung kommen und nicht älter als 21 Jahre sind. Für männliche UMA stehen zum einen 4 Wohnungen mit jeweils 3-4 Plätzen sowie angemietete Außenwohnungen zur Verfügung. Für weibliche UMA wurde eine eigene Wohnung eröffnet. Für die Aufnahme von UMA sind in der Leistungsvereinbarung und in dem Betreuungskonzept verschiedene Kriterien festgelegt. Generelle Ausschlusskriterien für die Aufnahme sind eine Suchtproblematik, der Konsum von Alkohol oder Drogen sowie vorhandene starke psychische Belastungen. Voraussetzung für die Aufnahme in eine Außenwohnung ist, dass die UMA selbstständig wohnen können und keine Nacht- oder Wochenendbetreuung benötigen, Grundkenntnisse in der Haushaltsführung haben und über einige Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Unklar blieb in dem Gespräch, was unter einer „Suchtproblematik“ verstanden wird, d.h. ob es um jeglichen Konsum oder tatsächlich um einen problematischen Konsum geht. Die andere aufgesuchte Wohneinrichtung befindet sich im Taunus und war bis 2012 eine stationäre Drogentherapie. Die Einrichtung wurde danach in eine stationäre Jugendhilfe mit etwa 50 Plätzen umgewandelt, die durch einen Suchttherapeuten geleitet wird und ausschließlich UMA aufnimmt. Für die Aufnahme in diese Einrichtungen sind ebenfalls Ausschlusskriterien benannt, die jedoch sehr eindeutig definiert sind: dazu zählen eine diagnostizierte akute psychische Erkrankung, eine akute Suizidalität, eine diagnostizierte Suchterkrankung nach ICD 10 sowie Intensivstraftäter nach STGB. Bei der Aufnahme sind die UMA im Durchschnitt 16 Jahre alt und verbleiben etwa 2 Jahre in der Einrichtung. Bis 2015 wurden auch Mädchen aufgenommen, in 2016 waren ausschließlich männliche UMA in der Einrichtung untergebracht. In beiden Wohneinrichtungen stammen die UMA primär aus Syrien, Afghanistan, Eritrea und Somalia. Streetwork in Frankfurt besteht in einer Anlaufstelle für Jugendliche an der Konstabler Wache sowie in der aufsuchenden Arbeit im Bahnhofsviertel. Die Anlaufstelle wurde in einem Jahr von etwa 300 Jugendlichen und jungen Volljährigen bis 25 Jahre aufgesucht. Im Bahnhofsviertel bestand der Kontakt zu 27 Ausländern / Geflüchteten von denen etwa die Hälfte minderjährig war. Bei diesen Personen handelt es sich überwiegend um Afghanen, die offenbar vor ihrer Einreise unter problematischen Bedingungen im Iran gelebt haben.

Der Landesbetrieb Erziehung und Beratung (LEB) **Hamburg** unterhält 16 Einrichtungen zur Betreuung von UMA und eine dieser Einrichtungen ist speziell für delinquente UMA. In dieser Einrichtung „Bullerdeich“ werden ausschließlich diejenigen UMA aufgenommen, die mit anderen Maßnahmen nicht erreichbar sind und die mehrfache Straftaten begangen haben wie Diebstahl, Konsum illegaler Drogen, Dealen und Übergriffe auf Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen. Zum Zeitpunkt des Interviews befanden sich keine UMA in dieser Einrichtung.

„Es wurden die aufgenommen, bei denen uns klar war, dass sie delinquent und nicht erreichbar sind. Alleine nur dealen hätte nicht ausgereicht, um in den Bullerdeich zu ziehen“ (LEB).

Wenn sich das Verhalten der UMA verbessert, werden sie in eine andere betreute Einrichtung des LEB aufgenommen. Der Betreuungsschlüssel in diesen Einrichtungen beträgt 1:3 zwischen Fachkraft und UMA. Es wurden insgesamt 400 UMA in 15 Einrichtungen betreut. Diese waren im Durchschnitt 16-17 Jahre alt und stammen überwiegend aus Syrien, Afghanistan, Eritrea, Somalia und Ägypten.

In **Bayern** wurden Interviews mit vier verschiedenen Wohneinrichtungen geführt, davon zwei in der Stadt München, eines in Oberbayern und eines in Garmisch-Partenkirchen. In der Stadt München gibt es einen großen Träger, der alle Formen der stationären und ambulanten Vollbetreuung sowie des selbstständigen Wohnens für UMA anbietet.

„Wir bieten aktuell im Rahmen der Jugendhilfe alle Möglichkeiten Formen von ambulant bis stationär an, die man letzten Endes anbieten kann. Es gibt nichts, was wir nicht mehr im Angebot haben“ (HM3).

Es gibt bei diesem Träger insbesondere folgende Wohneinrichtungen:

- Eine therapeutische Wohngruppe für 19 UMA mit einer hohen psychischen Belastung oder Traumafolgen
- Ambulante Wohngruppen für 22 UMA und teilbetreute Wohngruppen für 15 UMA
- Eine Mutter- und Kind Einrichtung für schwangere geflüchtete junge Frauen mit 8 Plätzen
- Mehrere Wohnprojekte für insgesamt 96 UMA, die bereits selbständiger und in einer Ausbildung sind und Unterstützung zur weiteren Integration benötigen

Weibliche UMA, die etwa 3-5% de UMA ausmachen, werden ansonsten gemeinsam mit deutschen Mädchen in der Jugendhilfe untergebracht. Für männliche UMA gibt es dahingegen spezielle Einrichtungen nur für UMA. Welche Wohnform geeignet ist, wird in Absprache mit dem Jugendamt und dem unbegleiteten Minderjährigen getroffen. Bei einer Teilbetreuung muss ein UMA Deutsch sprechen und darf nicht akut behandlungsbedürftig sein. Zeigt sich ein Therapiebedarf erst nach der Aufnahme, muss der UMA zu einer ambulanten Psychotherapie bereit sein. Bei dem Träger werden insgesamt 200 männliche UMA im Alter von 16-22 Jahren betreut; in Absprache mit dem Jugendamt München ist eine Betreuung über das 21. Lebensjahr hinaus möglich. Die 200 UMA stammen zu 50-70% aus Afghanistan, an zweiter Stelle folgen Syrien und Somalia. Neu aufgenommene UMA kommen primär aus afrikanischen Ländern wie Senegal, Gambia, Eritrea und Somalia. Die zweite Einrichtung in der Stadt München betreibt eine Einrichtung für 10 UMA im Alter von 14-18 Jahren mit einer 24-Stunden Betreuung und weniger betreute Wohneinrichtungen für 50 UMA. Die Herkunftsländer dieser 60 betreuten UMA entsprechen denen der anderen Münchener Einrichtung.

In Oberbayern wurde ein Verbund von 9 Trägern gegründet, um den Strom an UMA in 2015 kooperativ zu bewältigen. Einer dieser Träger bietet zwei heilpädagogische Gruppen für insgesamt 16 männliche UMA im Alter von 12-18 Jahren, die starke psychische Belastungen aufweisen und einer 24-Stunden Betreuung bedürfen. In diesen Gruppen ist der Betreuungsschlüssel mit 5 Vollzeit-Psychologenstellen pro Gruppe sehr hoch. Des Weiteren gibt es eine teilbetreute Einrichtung für männliche UMA und eine Einrichtung für weibliche UMA. Nach Aussage der befragten Fachkräfte ist eine Substanzabhängigkeit ein Ausschlusskriterium für die Aufnahme, wobei „Abhängigkeit“ nicht weiter definiert ist. Die insgesamt 24 betreuten männlichen UMA kommen aus unterschiedlichsten Ländern.

„Ich kann mich an Oktober 2014 erinnern, da waren monatelang 200 Jugendliche nur aus Eritrea. Und dann gab es eine Welle nur aus Afghanistan und dann hatten wir Februar/ März 2015 aus dem Kosovo und Albanien. Im April hatte sich das wieder erledigt, also das ist bunt durchmischt“ (DO).

Die Einrichtung in Garmisch-Partenkirchen betreibt ebenfalls zwei heilpädagogische Gruppen für insgesamt 18 männliche UMA, die pro Gruppe mit 5 Psychologenstellen ausgestattet ist. Im April 2016 ist eine sozialpädagogische Gruppe mit 12 Plätzen eröffnet worden für diejenigen UMA, die einen etwas geringeren Betreuungsbedarf haben. Zudem befand sich das Angebot des betreuten Einzelwohnens im Aufbau. Auch hier sind die Herkunftsländer der betreuten MA sehr heterogen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden 5 Einrichtungen der Jugendsuchthilfe einbezogen, davon befinden sich jeweils zwei in Hamburg und München und eine in Frankfurt. Vier Einrichtungen sind Beratungsstellen für suchtmittelkonsumierende Jugendliche, junge Erwachsene und Angehörige. In München ist eine der Einrichtungen eine Fachambulanz für junge Suchtkranke. In der Fachambulanz gibt es nur bei Alkohol eine Alterseinschränkung von bis zu 30 Jahren. Zweidrittel des Klientels ist unter 30 Jahre alt, wobei ein großer Teil um die 18 Jahre alt ist. Wenn Geflüchtete die Ambulanz nutzen, kommen diese aus Syrien, Irak und Schwarzafrika. Beide Hamburger Einrichtungen weisen eine Besonderheit auf. In einer dieser Einrichtungen gibt es einen arabischsprachigen Mitarbeiter, so dass Menschen aus Ägypten, Afghanistan und Syrien die Hilfeangebote nutzen. Die Beratungsstelle ist für die Zielgruppe der bis 21-Jährigen und das Durchschnittsalter der Jugendlichen in Beratung beträgt 16-17 Jahre. Die andere Hamburger Beratungsstelle ist für jugendliche Drogenkonsumierende in Alter von 14-27 Jahren, die alle Erstaufnahmeeinrichtungen für Flüchtlinge aufgesucht hat um das Beratungsangebot unter den Kindern und Jugendlichen bekannt zu machen. Zu diesem Zweck sind speziell zwei Stellen geschaffen worden, um somit die Barrieren für Flüchtlinge mit einem Substanzkonsum zu senken. Im Jahr 2016 haben sich 170 Jugendliche in dieser Einrichtung beraten lassen, davon waren 15-20% minderjährig. Bei den Flüchtlingen in Beratung handelt es sich primär um Syrer, Iraker und Ägypter.

Zielsetzungen der Hilfemaßnahmen

Zielsetzung der Jugendämter ist, die Daten der ankommenden UMA zu erfassen, sie medizinisch zu untersuchen und ihre Erstversorgung sicherzustellen. Verbleiben die UMA in deren Obhut, erfolgt eine individuelle Hilfeplanung zur Ermittlung einer geeigneten betreuten Wohneinrichtung. Die Wohneinrichtungen haben einen Erziehungsauftrag mit dem langfristigen Ziel der Verselbstständigung und Integration der UMA. Dieses Ziel soll durch eine individuell angemessen intensive Betreuung, die Integration in eine schulische oder berufliche Ausbildung und Sprachkurse erreicht werden. Eine feste Bezugsperson, eine feste Tagesstruktur mit Bildungsangeboten, festen Mahlzeiten und einem Freizeitprogramm wurden als wesentliche Schritte zur Selbstständigkeit der UMA benannt. Aus Sicht der befragten Fachkräfte vermitteln feste Strukturen Sicherheit nach der Flucht und bieten den UMA Stabilität und Ruhe. Betreuer und Betreuerinnen begleiten UMA zu allen Terminen wie Anhörungen zum Asylverfahren oder zur medizinischen oder psychiatrischen Untersuchungen und Behandlungen. Von einigen Fachkräften wurden geeignete Maßnahmen für UMA diskutiert, die schwierige Verhaltensweisen aufzeigen und von Wohneinrichtungen ausgeschlossen werden. Aus ihrer Sicht müssen auch schwierige oder stark belastete UMA durch spezifische und umfassende Hilfemaßnahmen integriert werden.

„Die Einrichtungen haben ja einen erzieherischen Auftrag nicht nur dem Jugendlichen gegenüber, die sich gut benehmen sondern auch dem Jugendlichen gegenüber, die sich eben nicht gut benehmen“ (JM).

Wie bereits erwähnt gibt es für delinquente UMA die spezielle Einrichtung Bullerdeich. Ziel dieser Einrichtung ist zum einen Regeln konsequent anzuwenden, zum anderen den Jugendlichen Wertschätzung entgegenzubringen. In der Einrichtung selbst wie in dem umliegenden Gelände ist jeglicher

Konsum illegaler Drogen verboten und wird direkt zur Strafanzeige gebracht. Es gibt eine enge Zusammenarbeit mit dem Jugendschutz bei der Polizei, die nahezu täglich Einsätze in der Einrichtung hatte und dabei jeweils mit 6 Polizeibeamten erschien. Wenn die Jugendlichen sich von einer nicht aggressiven Seite zeigten, wurden diese Momente genutzt, um Kontakt herzustellen und sie zu unterstützen.

In Hamburg wird die Hilfe für Geflüchtete großzügig geregelt, da auch bei einem kürzlich eingereisten Volljährigen noch ein Hilfebedarf durch die Jugendhilfe unterstellt wird. Zudem besteht die Haltung, dass sich die Konzeptionen an den Unterstützungsbedürfnissen der jungen Geflüchteten orientieren müssen und dementsprechend anzupassen sind.

„Wir erwarten nicht, dass die Jugendlichen, die wir haben, unserem Bedarf gerecht werden, sondern wir passen unseren Bedarf den Jugendlichen an“ (LH).

Da sich die Flüchtlingssituation in 2016 normalisiert hat, besteht die Möglichkeit zur Umstrukturierung der bestehenden Einrichtungen im Hinblick auf eine verbesserte Bedarfsanpassung. Vom LEB sind neue Wohn- und Betreuungsformen geplant, von denen zwei zum Zeitpunkt des Interviews schon weitgehend in Planungsumsetzung waren. Eine der Einrichtungen richtet sich an schwierige, psychisch belastete Jugendliche, da der Bedarf für diese UMA in Hamburg nicht hinreichend gedeckt ist. Die zweite Einrichtung wird als „2. Chance“ bezeichnet, die mit 12 Plätzen ausgestattet ist. Diese Einrichtung soll UMA aufnehmen, die nicht mehr zur Schule gehen, sich nicht an die Hausregeln in der Wohneinrichtung halten und mit denen die betreuenden Fachkräfte nur schwer arbeiten können. Jugendliche, die eine zweite Chance erhalten, soll die Ernsthaftigkeit der Integration durch ein konfrontatives pädagogisches Arbeiten bewusst werden. Zum Interviewzeitpunkt wurde noch Personal für diese Einrichtung gesucht.

Kooperationen und Vernetzung

Aufgrund der Anforderung im Jahr 2015 eine Vielzahl an Geflüchteten im Rahmen der Jugendhilfe zu versorgen und zu betreuen, haben sich gegenwärtig in allen Städten und bei allen Jugendhilfeträgern Kooperationen zu Einrichtungen der medizinischen und psychiatrischen Versorgung etabliert. Alle Fachkräfte schilderten, dass es anfangs sehr schwierig war Arztpraxen, psychiatrische und psychotherapeutische Praxen und Kliniken zu finden, die sich der Versorgung von UMA öffnen. Vorbehalte gab es insbesondere aufgrund der Sprachbarrieren, da für eine medizinische oder psychiatrische Diagnostik und Behandlung von UMA ein Dolmetscher benötigt wird.

„Beides, Psychotherapeutin und Psychiaterin, die selber sagt, dass sie ist da sehr offen ist...aber es ist dann einfach schwierig mit Dolmetschern“ (CG).

„Wenn es vielleicht vor 3-4 Jahren 5 Therapeuten gab, die wir jetzt empfehlen würden, dann gibt es jetzt 10 oder 15. Also man merkt schon, dass in allen Bereichen immer mehr versucht wird, den Bedarf hier zu decken“ (JF).

Nahezu alle Fachkräfte aus den Jugendämtern und den Wohneinrichtungen schilderten, dass Kooperationen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie von zentraler Bedeutung zur Versorgung von UMA sind, die psychische Auffälligkeiten, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen oder akute Krisen aufzeigen. Das gilt auch bei selbstverletzendem (z.B. Suizidversuche) oder fremdgefährdendem Verhalten der UMA, von dem mehrere Fachkräfte berichteten. In schwerwiegenden Fällen werden der Notarzt oder die Polizei für eine Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie gerufen. In anderen Fällen erfolgt zumeist eine ambulante medikamentöse Behandlung durch einen Psychiater oder eine Psychiaterin. In München, Hamburg und Frankfurt bestehen Netzwerke zu unterschiedlichen psychiatrischen Institutionen, wobei diese in Hamburg und München auf einer Kooperationsvereinbarung basieren. In München wurde eine Kooperationsvereinbarung mit einem Psychiater ge-

geschlossen, der sich Zeit für UMA nimmt und bei dem sich auch die Betreuer und Betreuerinnen fachlich beraten lassen können. In Frankfurt ist es gelungen, einige niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zur Behandlung von UMA zu gewinnen. In Hamburg wiederum wurde eine Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiatrien geschlossen, die jeweils in die Erstversorgungseinrichtungen gekommen sind, um UMA direkt dort zu versorgen. Die hamburger Behörde hat die Kosten für diese Form der psychiatrischen Versorgung übernommen. Zudem wurden ebenfalls Kooperationen mit Traumatherapeuten und -therapeutinnen geschlossen. Im Bedarfsfall konnten zusätzlich Traumatherapien angeboten werden, die über Honorare bezahlt wurden. Das Thema ‚Traumatherapie‘ wurde auch von zwei anderen Trägern genannt. Ein Träger aus Hessen kooperiert mit einem Zentrum zur Traumabearbeitung und ein Träger in Bayern ist mit dem Beratungs- und Behandlungszentrum ‚Refugio‘ vernetzt, das Hilfen für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer bietet. Refugio arbeitet mit Dolmetschern, hat jedoch nahezu keine Kapazitäten mehr, so dass Plätze für traumatisierte UMA fehlen.

Aus Hamburg wurde zudem von der Kooperation mit freien Trägern berichtet, um einen ambulanten Betreuer für bestimmte UMA hinzuzuziehen, die Muttersprachler sind, möglichst auch aus dem gleichen Herkunftsgebiet kommen und gezielt eine Beziehung etwa durch Freizeitaktivitäten herzustellen. Diese Betreuer sind etwa für 5 Stunden die Woche verfügbar, treffen keine Entscheidungen und können daher eine andere Vertrauensebene zu dem UMA aufbauen.

Im Hinblick auf eine potentielle Suchtproblematik bei UMA ergibt sich ein sehr heterogenes Bild. Im Bereich des betreuten Wohnens wird etwa auf die trägerinterne Suchthilfe zurückgegriffen, wenn UMA erkennbare Suchtprobleme haben (Bayern) oder es gibt eine Zusammenarbeit mit der Drogenberatung im Einzelfall (Frankfurt). Demgegenüber gibt es eine konstant enge Zusammenarbeit mit der Jugendsuchthilfe in Hamburg. Bei einem problematischen Konsum von Alkohol oder Cannabis werden UMA in eine stationäre Entzugsbehandlung vermittelt (München, Frankfurt). Aus Sicht der Suchthilfe fragen Wohnprojekte an, ob Suchtprävention für die UMA selbst oder aber für die Betreuer und Betreuerinnen angeboten werden kann. In den Gesprächen mit den betreuenden Fachkräften zeigt sich dann eine unsichere Haltung im Umgang mit dem Substanzkonsum von UMA. Da UMA noch minderjährig und daher schutzbedürftig sind, wird der Konsum problematisiert, auch wenn es sich um einen gelegentlichen Konsum handelt. Es mangelt an einer differenzierten Wahrnehmung des Konsumverhaltens. Das kommt auch darin zum Ausdruck, dass zum Beispiel Drogentests bei einer Beratungsstelle angefordert werden.

„Oft wurde dann mit Kanonen auf Spatzen geschossen, dass die hier eingelaufen sind und Drogentests machen wollten. Einfach, weil sie die Jugendlichen damit konfrontiert haben. Die sagten aber, das machen sie nicht. Die Jugendlichen sind dabei geblieben und da waren wir auch in einer ganz blöden Position, den jetzt zu überführen oder nicht“ (SM).

Zwei Suchthilfeeinrichtungen – eine München und eine in Hamburg - kennen die Einrichtungen für minderjährige Flüchtlinge, da sie diese aufgesucht haben. Zum einen kennen sie daher die schwierigeren UMA, die aus Sicht der Betreuer und Betreuerinnen problematisch sind, schlechte psychosoziale Ressourcen haben und bereits aus anderen Einrichtungen rausgeworfen wurden. Zum anderen lassen sich so die Angebote der Suchtberatung bekannt machen und auf Seiten der UMA wie der betreuenden Fachkräfte eine realistischer Erwartungshaltung an die Suchthilfe generieren.

Insgesamt wird die bestehende Kooperation von allen Befragten als sehr gut funktionierend und hilfreich bewertet. Aus Sicht der Suchthilfe ist der Umgang von Wohnprojekten mit dem Konsum von UMA sehr unterschiedlich. Während in einigen Einrichtungen bei jeglichem Konsum von Alkohol oder Cannabis die Drogenberatung eingeschaltet wird, erfolgt das bei anderen Einrichtungen erst, wenn der Konsum problematisch ist.

Fortbildungen der Fachkräfte

Bis auf die Jugendsuchthilfe, die Streetwork in Frankfurt und eine Wohneinrichtung mit einem neuen Team berichten alle anderen Fachkräfte, dass sie zumindest an zwei Schulungen teilgenommen haben. Bei großen Trägern wie etwa der Caritas, der Diakonie oder der Hamburger LEB werden Schulungen durch den Träger selbst angeboten, bei anderen Trägern besuchen die Fachkräfte externe Fortbildungsinstitute. Zu zwei Themen sind alle Fachkräfte in der Betreuung von UMA fortgebildet: Asyl- und ausländerrechtliche Fragen und zum Umgang mit traumatisierten UMA. Zum Thema Trauma werden entweder regelmäßig Veranstaltungen externer Institute besucht oder sogar eine Fortbildungsreihe bei einem Traumazentrum durchlaufen. So hat ein Frankfurter Wohnprojekt den Anspruch, dass jeder Betreuer und jede Betreuerin Kompetenzen im Umgang mit traumatisierten UMA erworben hat. Ein weiteres Thema, zu dem häufig Fortbildungen erfolgen, ist das interkulturelle Verständnis bzw. die interkulturelle Kompetenz. Ein Wohnprojekt in München besucht 2-mal pro Jahr eine Fortbildung zu diesem Thema. Bei den großen Jugendhilfeträgern in Hamburg und in Oberbayern existiert ein breit gefächertes Fortbildungsangebot, wobei jeweils unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. In Hamburg wurden zahlreiche Fortbildungen zu Rassismus und sexuellen Übergriffen besucht, während in Oberbayern ein Fokus auf den Flüchtlingsrouten, Herkunftsländern und dem kollektivistischen und individualistischen Denken liegt.

In Bezug auf Fortbildungen zum Thema Sucht oder Substanzkonsum gibt es große Unterschiede bei den Jugendhilfeeinrichtungen. Lediglich von vier Einrichtungen wurde angegeben, dass Fortbildungen zu diesen Themen stattfinden. In einer Einrichtung besteht die Haltung, dass eine solche Fortbildung nicht nötig sei, da das Problem mit einem Substanzkonsum von UMA in der Praxis nicht bestehe. Eine andere Jugendhilfeeinrichtung sieht die fehlende Fortbildung zu diesem Thema etwas kritischer.

„Das ist tatsächlich eine riesige Grauzone. Wenn jetzt 50% unser Klienten davon betroffen wären, dann würde es wahrscheinlich auch nochmal anders aufgegriffen werden“ (JF).

Die Beratungsstellen der Jugendsuchthilfe beklagen sich über das mangelnde oder unzureichende Wissen der Flüchtlingshilfe zum Substanzkonsum von Jugendlichen. In allen drei Städten bestätigen die interviewten Fachkräfte, dass Betreuer und Betreuerinnen von UMA geringe Kenntnisse zu den verschiedenen Konsumformen, den unterschiedlichen Substanzen sowie zu den Besonderheiten jugendlichen Konsumverhaltens haben. Daher bieten alle Einrichtungen auf Anfrage der Wohnprojekte Schulungen für die Betreuer und Betreuerinnen an. In Hamburg wird beispielsweise eine 5-stündige Schulung zu diesen Themen angeboten. Bei den Schulungen durch die Suchthilfe geht es darum, die Fachkräfte für das Thema Substanzkonsum zu sensibilisieren und sie zu informieren und ihnen mehr Verhaltenssicherheit zu vermitteln, um mit diesen Jugendlichen adäquater umzugehen.

5.4.2 Probleme der unbegleiteten minderjährigen Ausländer

In den Interviews kam immer wieder zum Ausdruck, dass ein Substanzkonsum von UMA im Kontext ihrer Problemlagen gesehen werden muss, die sie durch die Flucht und durch die Anforderungen in Deutschland haben. Auch die Frage, ob und wann konsumierende UMA eine Suchtberatungsstelle aufsuchen wird vor dem Hintergrund ihrer gegenwärtigen Lebensrealität betrachtet. Von den Fachkräften wurden eine Reihe von Problemen genannt, die UMA nach ihrer Einreise zu bewältigen haben. Traumatische Erfahrungen der UMA nahmen dabei einen großen Raum ein und wurden von 11 der 19 aufgesuchten Einrichtungen thematisiert. Ein zweiter zentraler Themenblock handelte von der Bleibeperspektive der UMA (7 Einrichtungen), gefolgt von dem Thema ‚Realität in Deutschland‘ und der Behandlung von UMA.

Realität in Deutschland

Werden die Aussagen der Fachkräfte zusammengefasst, wie UMA die Realität in Deutschland erleben, dann kristallisieren sich zwei Themenbereiche heraus: die Erwartungen der Herkunftsfamilie an die UMA und ihr Anspruch, in einem reichen Land wie Deutschland möglichst schnell Geld zu verdienen. Insbesondere bei der Erstaufnahme der UMA stellt sich heraus, dass sie andere Vorstellungen von den Möglichkeiten haben, die das Land ihnen bietet. Ihnen wird eine schulische oder berufliche Ausbildung geboten, nicht aber die von den UMA gewünschte Option, durch Arbeit Geld zu verdienen. Zugleich bestehen offenbar häufig Erwartungen der Herkunftsfamilie, dass ihre Söhne die Kosten für die Flucht nach Deutschland zurückzahlen oder die Familie zumindest finanziell unterstützen. Durch die der Verpflichtung gegenüber der Familie stehen die UMA unter immensen Druck. Zudem machen sie sich Sorgen um das Wohlergehen der Familie, die sie mit der Flucht verlassen haben. So müssen sie sich in der neuen Kultur zurechtfinden, Erwartungen an ihre Integration erfüllen und zugleich die Trennung von der Familie, deren Erwartungen und die reale Lebenssituation in Deutschland bewältigen. Hinzu kommt, dass ihnen die Hilfeprozesse fremd und nicht verständlich sind.

„Ein junger Mensch aus Somalia weiß nicht, was Jugendamt ist. Das kann ihm auch der Dolmetscher nicht übersetzen, weil der kein Konstrukt dafür hat. Vormund gibt es. Und warum seid ihr andere, als die im Jugendamt? Und wieso wohnt mein Vormund jetzt nicht hier, wenn der für mich zuständig ist? Ich dachte, das wäre Alexander, der ist doch mein Bezugsbetreuer und was hat denn mein Schulbesuch mit dem Asylverfahren zu tun und wieso brauche ich eine Erlaubnis zum Arbeiten, aber nicht dafür in die Schule zu gehen" (HM)?

Mit den Schwierigkeiten, sich in einer neuen Welt und ihren Jugendhilferegungen zurechtzufinden, gehen UMA unterschiedlich um. Ein Großteil schafft es, sich dem anzupassen, andere brechen die Ausbildung ab, um einen Job im Mindestlohnsektor anzunehmen und somit zu Geld zu kommen. Einige kommen in Deutschland das erste Mal mit Alkohol und Cannabis in Berührung und konsumieren, um den familiären Druck nicht mehr so stark zu spüren. Wiederum andere schaffen es nicht, auf legale Weise an Geld zu kommen und werden dann straffällig. Allerdings wurde von zwei Interviewpartnern berichtet, dass eher UMA aus Marokko, Algerien und Ägypten delinquent sind, da sie bereits in ihren Herkunftsländern in desolaten Verhältnissen aufgewachsen sind und bereits dort als Straßenkinder von der Kleinkriminalität gelebt haben. Diese nordafrikanischen Straßenkinder sind 2015 aus Spanien nach Deutschland eingereist und dort in mehreren Städten aufgetaucht. Alle pädagogischen Fachkräfte schilderten, dass der Umgang mit dieser Gruppe aufgrund ihres aggressiven Verhaltens höchst problematisch war und Einrichtungen sich weigerten, diese UMA zu betreuen.

Unklare Bleibeperspektive

In der Regel wollen die UMA in Deutschland bleiben. Doch die Bleibeperspektive ist für UMA bereits zu anfangs unsicher, da sie zunächst nur vorläufig in Obhut genommen werden und unklar ist, ob sie an dem Ort bleiben können oder nach dem Königsteiner Schlüssel woanders hin verlegt werden. Zudem wissen sie nicht, wann über eine Verlegung entschieden wird. Eine weitere Problematik sind Kettenduldungen, die dazu führen, dass die UMA ihre Zukunft nicht planen können. Vor allem UMA, die kurz vor ihrer Volljährigkeit stehen, sind unsicher, ob sich bei einem unsicheren Aufenthaltsstatus der Schulbesuch und der Sprachkurs überhaupt lohnen. Insbesondere afghanische UMA sind von der Abschiebung bedroht und stehen deswegen unter einer permanenten Anspannung. Die mögliche Ausweisung und Rückkehr in das Heimatland bedeute für diese UMA ein erneutes traumatisches Erlebnis.

„Die unsichere Perspektive hier ist ein Riesenproblem, gerade jetzt auch die Diskussion mit Abschiebung nach Afghanistan. Das macht die Jungs richtig wild, das ist ja fast eine Re-Traumatisierung. Dieses Hierherkommen und die ganze Familie steckt die ganze Hoffnung in

dieses Kind und jetzt muss er Angst haben, dass er wieder zurück geschickt wird. Also das ist für die Jungs krass" (LH).

Wenngleich Verständnis für die Lage dieser UMA vorhanden ist, wird das pädagogische Arbeiten mit ihnen als schwierig empfunden. Solange die Bleibeperspektive unklar ist, kann sich der UMA der Betreuung nicht öffnen. Mitunter erzählen sie eine Fluchtgeschichte, die zwar nicht der Realität entspricht, aber möglicherweise eine bessere Bleibeperspektive verspricht. Ist der Aufenthalt in Deutschland gesichert, kann mit den UMA in den Wohneinrichtungen wieder besser gearbeitet werden.

Traumatische Erlebnisse

Wie bereits aus der Analyse zu den Kooperationspartnern und den Fortbildungen hervorgeht, nimmt das Thema ‚Trauma‘ einen breiten Raum in den Hilfeeinrichtungen für UMA ein. Die meisten der interviewten Fachkräfte halten alle UMA für traumatisiert. Unterschiede in dieser Einschätzung bestehen darin, ob es sich um traumatische Erlebnisse durch oder nach der Flucht handelt, ob es um andere psychische Belastungen mit somatischen Folgen geht oder ob eine diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung vorliegt. In den Interviews war nicht immer eindeutig erkennbar, ob von traumatischen Situationen oder anderen psychischen Störungen die Rede war. Lediglich im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung wurde deutlich, dass keineswegs alle UMA mit traumatischen Erlebnissen dieses Krankheitsbild entwickeln.

Eindeutig sind dagegen die Beschreibungen von UMA, die psychosomatische Auffälligkeiten zeigen. So berichtete die Mehrheit der befragten Fachkräfte davon, dass viele UMA unter Schlafproblemen, Albträumen, Konzentrationsschwächen und Kopfschmerzen leiden. Des Weiteren wurde geschildert, dass einige UMA eine dissoziative Störung aufweisen. Als psychosomatische Folgen der erlebten Belastung regieren einige UMA mit einem autoaggressiven Verhalten. Mehrere Einrichtungen berichteten davon, dass sich UMA mit Messern die Arme aufritzen, sich beispielweise mit Zigaretten die Arme verbrennen und mitunter einen Suizid ankündigen. Von jeweils einer Wohneinrichtung in Hessen und Bayern wurde geschildert, dass Selbstverletzungen zumeist nur bei Jungen aus Afghanistan oder mitunter auch bei Jungen aus Syrien vorkommen. UMA aus afrikanischen Ländern zeigen dagegen kein autoaggressives Verhalten auf, sondern diese sich eher verbal aggressiv äußern und davon sprechen „am liebsten tot zu sein“. Die psychischen Belastungen der UMA sind nicht immer gleich zu Beginn der Erstaufnahme oder der anschließenden Betreuung beispielsweise durch Zittern oder Weinkrämpfe erkennbar. Oftmals wirken diejenigen UMA mit Verhaltensauffälligkeiten zunächst stabil und resilient und fügen sich problemlos in den Alltag der Wohneinrichtungen ein. Erst mit zunehmender Stabilität, Sicherheit und Eingewöhnung brechen die Belastungen Monate später hervor. Die Betreuer und Betreuerinnen sind somit gefordert, immer wieder auf eine Stabilisierung der UMA hinzuwirken und ihre Krisen immer wieder aufzufangen.

In Bezug auf den Substanzkonsum von UMA wird von vielen Fachkräften ein Zusammenhang zwischen den traumatischen Erlebnissen und dem Substanzkonsum gesehen. Substanzen wie Alkohol und Cannabis dienen den UMA als Selbstmedikation, um den psychischen Stress abzumildern oder um schlafen zu können. Oftmals haben die UMA in Deutschland den ersten Kontakt mit diesen Substanzen und traumatische Erlebnisse werden als „guter Nährboden“ (SM) für eine Suchterkrankung verstanden.

„Für die ist es erst einmal nur der Punkt, wenn es mir schlecht geht, dann habe ich eine Verhaltensmöglichkeit gefunden: saufen, kiffen, was mich beruhigt. Sie wissen eigentlich, dass es ihnen nicht gut tut oder sie wollen es nicht, aber sie kennen keine Alternativen. Sie wissen gar nicht, was könnte ich denn stattdessen machen und was wäre dann wirksam“ (HM).

Psychiatrische Behandlung

Bei einem selbst- oder fremdgefährdenden Verhalten werden die UMA in die Psychiatrie eingewiesen. Aus Frankfurt wird berichtet, dass 10% der UMA mindestens einen Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten, auch wenn es sich dabei manchmal nur um eine Nacht handelte und im Anschluss eine ambulante Psychotherapie erfolgte. Auch aus Hamburg wird darauf hingewiesen, dass die Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zusammenhang mit den Folgen traumatischer Erlebnisse sehr sinnvoll ist und zur Verhinderung weiterer Fälle der Selbstmedikation durch Substanzkonsum beiträgt.

„Also das ist wirklich eine sehr lohnenswerte Kooperation, die wir haben. Ich glaube, wenn wir nicht so aufmerksam mit den Traumata umgegangen wären, wie wir umgegangen sind, hätten wir wahrscheinlich die ein oder andere Selbstmedikation mehr, die wir so nicht haben“ (LH).

5.4.3 Ausmaß des Substanzkonsums bei UMA

Die interviewten 35 Fachkräfte aus den insgesamt 19 Einrichtungen wurden dazu befragt, wie sie das Ausmaß des Substanzkonsums unter den minderjährigen Geflüchteten einschätzen. Die Einschätzungen beziehen sich jeweils auf die Gruppe an Minderjährigen, die in den jeweiligen Einrichtungen im Rahmen der Jugendhilfe betreut werden oder sich in einer Suchtberatung befinden.

Die Einschätzungen der Fachkräfte zum Ausmaß des Substanzkonsums unter UMA beziehungsweise unter minderjährigen Geflüchteten sind oftmals davon abhängig, wie der Substanzkonsum gewertet wird; ob jeglicher gelegentlicher Substanzkonsum als problematisch betrachtet wird oder erst bei einem hochdosierten oder nahezu täglichen Konsum von einem Problemkonsum ausgegangen wird. In den Interviews wurde nicht in allen Fällen deutlich, wie der Konsum gewertet wird. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung lassen sich die Einschätzungen zum Ausmaß des Substanzkonsums vier unterschiedlichen Kategorien zuordnen.

- **Minderjährige mit einem Substanzkonsum sind Einzelfälle**

Aus 6 von insgesamt 19 Einrichtungen wurde bestätigt, dass ihnen in den letzten zwei Jahren lediglich 2-4 Minderjährige bekannt sind, die bereits Alkohol getrunken oder Cannabis geraucht haben. Von diesen Einzelfällen berichteten vor allem Wohnprojekte für UMA in Bayern (n=3). Aus ihrer Sicht führt die engmaschige Betreuung und die teils ländliche Umgebung dazu, dass der Substanzkonsum unter UMA keine große Rolle spielt. Nach Information des Hamburger Jugendhilfeträgers für UMA ist in allen Wohneinrichtungen der Cannabiskonsum und der Kleinstverkauf von Cannabis ein Thema, was als unproblematisch betrachtet wird. Ein risikoreicher Substanzkonsum findet dagegen nur in Einzelfällen statt. In einer Frankfurter und Hamburger Suchtberatungsstelle befanden sich in 2016 und 2017 nur wenige Minderjährige in Beratung. Zum Interviewzeitpunkt waren es in Frankfurt lediglich 2 UMA unter 180 bis 240 Klienten und Klientinnen pro Jahr. In Hamburg waren von 170 Klienten und Klientinnen 15 arabischsprechende Geflüchtete in Beratung. Warum der Anteil an minderjährigen Geflüchteten in der Suchtberatung so gering ist, konnten sich auch die Interviewpartner nicht erklären – wobei in Hamburg ein arabischsprechender Mitarbeiter vorhanden ist.

- **Das Ausmaß des Substanzkonsums beträgt etwa 5%**

In drei Einrichtungen wurde der Anteil an minderjährigen Geflüchteten mit einem Substanzkonsum auf etwa 5% beziffert. Diese Einschätzungen basieren je nach Einrichtung auf spezifischen Grundlagen. In einer Frankfurter Wohneinrichtung für UMA gründet sich die Angabe auf die Anzahl betreuter UMA, die Alkohol oder in Einzelfällen härtere Drogen konsumiert haben. Ein Konsum kommt hier primär unter nordafrikanischen UMA vor. In Hamburg wird bei der Erstaufnahme von UMA ein standardisierter Gesundheitsfragebogen eingesetzt, der auch Fragen zum Konsum enthält. Ein Mitarbei-

ter spricht arabisch und kann UMA aus diesem Sprachraum direkt nach dem Konsum von Alkohol, Medikamenten oder anderen Substanzen fragen. Aufgrund der Befragung wird davon ausgegangen, dass bei den 370 UMA in der Erstversorgung 5% einen Substanzkonsum aufweisen (etwa 19 UMA). Schließlich wird von der Suchtberatung in München berichtet, dass sich bislang nur wenige Geflüchtete in der Beratung befinden.

„Ich bin schon davon ausgegangen, dass sie uns die Bude einrennen. ...und jetzt haben wir so alle 4 Wochen eine Anfrage. Wenn man das jetzt auf den Bereich der 18-jährigen abstellt, dann sind es deutlich weniger als 5% (SM).

- **Das Ausmaß des Substanzkonsums beträgt etwa 10% bis 15%**

Von vier Einrichtungen, darunter eine Jugendsuchtberatung, wird das Ausmaß des Substanzkonsums auf 10% bis maximal 15% geschätzt. In einer Hamburger Jugendsuchtberatung wurden in 2016 insgesamt 700-800 Jugendliche bis 21 Jahre beraten, von denen 110 Flüchtlinge waren (etwa 15%). In den Jugendämtern in Frankfurt und München sowie in einer Erstaufnahmeeinrichtung in Frankfurt wurden alle Teams nach der Anzahl an UMA mit einem auffälligen Alkohol- oder Cannabiskonsum gefragt. Auf dieser Grundlage wurde der Anteil an UMA mit einem Substanzkonsum hochgerechnet. So wurde etwa aus der Erstversorgung in Frankfurt berichtet, dass zwei von 20 UMA in einer Gruppe angetrunken waren und dieser Anteil auf 500 UMA hochgerechnet wurde. Im Jugendamt München wurden über 16-Jährige mit einem auffälligen Alkoholkonsum und diejenigen mit einem Konsum von Cannabis oder anderen Substanzen auf der Basis der Kenntnisse von 40 Kollegen und Kolleginnen geschätzt. Diesen Schätzungen zufolge konsumieren 200 UMA von insgesamt 2.000 UMA in Obhut des Jugendamtes; diese Zahlen umfassen auch einen gelegentlichen wie einen riskanten Konsum. Im Jugendamt in Frankfurt wird geschätzt, dass etwa 100 UMA Cannabis konsumieren. Werden alle Substanzen betrachtet, dann wird von einem bekannten Ausmaß des Substanzkonsums von 10% unter den UMA ausgegangen. Die Dunkelziffer der nicht bekannten Fälle wird als ebenso hoch eingestuft.

„Offiziell handelt es sich um 10%; mit der Dunkelziffer sind es vielleicht doppelt so viele. Das heißt es wird in den nächsten vier Jahren schon eine relativ relevante Zahl an Menschen da sein, die potenziell irgendeine Form der Hilfe bräuchten für ihren Konsum“ (JF).

In allen drei Städten bewegt sich die Zahl der minderjährigen oder jungen Geflüchteten mit einem Substanzkonsum bei 100 bis 200 Personen.

- **Das Ausmaß beträgt mindestens 25%**

Lediglich zwei Institutionen bezifferten den Anteil der ihnen bekannten minderjährigen Geflüchteten auf 25% aller von ihnen betreuten Geflüchteten. In einer Erstaufnahmeeinrichtung in München wurde eine Auswertung der UMA mit einem Konsum von Alkohol, Cannabis oder Amphetaminen für das Jahr 2015 vorgenommen. Von den insgesamt 68 betreuten UMA haben 15 UMA eine dieser Substanzen konsumiert. Unklar bleibt, ob jeglicher Konsum gezählt wurde. Auf Nachfrage wurde erklärt, dass die Einschätzung zum Ausmaß des Konsums damit zu tun hat, genauer „hinzuschauen und als Problem wahrzunehmen“ (HM). Bei der zweiten Institution handelt es sich um Streetwork im Frankfurter Bahnhofsviertel. Den Mitarbeitern sind 30 Geflüchtete bekannt, von denen 10 Geflüchtete noch minderjährig sind. Diese sind zumeist afghanische Geflüchtete, die Heroin und auch Crack konsumieren und sich in der offenen Drogenszene aufhalten.

Einige Interviewpartner haben sich dazu geäußert, ob sie eine Veränderung in dem Ausmaß erwarten. In dieser Frage lassen sich anhand der Interviewaussagen zwei konträre Positionen ausmachen. Zum einen wird davon ausgegangen, dass sich die Problematik des Substanzkonsums in den nächsten

Jahren eher verringert beziehungsweise gegenüber 2015 bereits reduziert hat. Aus Hamburg wird berichtet, dass es 2015 viele Kurden und Afrikaner gab, die mit Drogen gedealt haben und auch Geflüchtete zum Dealen genutzt haben. Dieses Problem existiert offenbar seit 2016 nicht mehr. Nach Erfahrung einer Münchener Drogenberatung gab es in den letzten beiden Jahren etwa 20 Alkoholvergiftungen pro Jahr von UMA, während es davor 50 Fälle von Alkoholvergiftungen waren. Die gegenwärtige Verringerung der Substanzproblematik wird darauf zurückgeführt, dass sich die Versorgung von UMA nicht nur normalisiert, sondern auch professionalisiert hat und somit eine stabilere Unterbringung und eine verbesserte Betreuung möglich sind. Zum anderen sind durch die Schließung der Grenzen insgesamt weniger Geflüchtete und somit auch weniger problematische Geflüchtete eingereist. Demgegenüber erwarten Drogenberatungsstellen eine Zunahme an Geflüchteten mit einem Substanzproblem in den nächsten zwei bis vier Jahren. Aus ihrer Sicht dauert es erfahrungsgemäß einige Jahre bis Probleme mit dem Konsum zutage treten oder sich eine Suchterkrankung entwickelt hat. Hinzu kommt, dass Geflüchtete die Hilfeinrichtungen nicht kennen und daher nicht wissen, welche Hilfemaßnahme ihnen geboten wird. So erzählte ein Interviewpartner von einem Alkoholabhängigen aus Somalia, der nach 5 Jahren in die Suchtberatung kam und verlangte ihm „das Trinken zu verbieten“.

5.4.4 Merkmale konsumierender UMA und Art des Substanzkonsums

Eine Untersuchungsfrage war, ob diejenigen minderjährigen Geflüchteten mit einem Substanzkonsum bestimmte Merkmale im Hinblick auf die Herkunftsländern, das Alter und die Art der konsumierten Substanzen aufweisen. Die Analyse zeigt, dass das Ausmaß höchst unterschiedlich eingeschätzt wird, jedoch die Herkunftsländer und konsumierten Substanzen in allen drei Metropolen Gemeinsamkeiten aufweisen. Des Weiteren wurde nach Konsummotiven und den Auswirkungen des Konsums gefragt.

Herkunftsländer und Alter

Der Konsum von Substanzen ist offenbar nicht unter allen Geflüchteten gleich verbreitet. Mehrere Interviewpartner äußerten, dass der Alkoholkonsum bei muslimischen UMA aufgrund ihres religiösen und kulturellen Hintergrundes selten vorkommt. Alkohol wird abgelehnt, obwohl sich alle Jugendlichen mit diesem Thema beschäftigen. Auch auf strenggläubige UMA im Alter von 15-17 Jahre übt Alkohol eine Faszination aus, so dass einige Alkohol zumindest mal probieren.

Einen problematischen Konsum zeigen dagegen zwei Gruppen: minderjährige oder junge Geflüchtete aus Afghanistan sowie Geflüchtete aus den Maghreb-Staaten Algerien, Marokko und Tunesien.

Mehrere Interviewpartner aus Frankfurt berichten von einer Gruppe von etwa 10 Minderjährigen im Alter von 16-18 Jahre aus Afghanistan, die sich in der offenen Drogenszene am Bahnhofsviertel aufhalten. Diese männlichen Minderjährigen sind mit ihren Familien gekommen und waren als Flüchtlinge längere Zeit im Iran. Dort lebten sie als eine diskriminierte Minderheit in ärmlichen Verhältnissen. Nach der Einreise in Deutschland haben diese Minderjährigen sich von den Familien getrennt. Einzelne afghanische Flüchtlinge in der Drogenszene haben bereits in Afghanistan oder im Iran Opiate oder Heroin konsumiert. Ein Großteil der unter 18-Jährigen hat jedoch erst in Deutschland mit dem Heroinkonsum begonnen. Nach Beobachtungen durch die Straßensozialarbeit konsumieren diese Minderjährigen bereits seit 7-9 Monaten. Insgesamt halten sich etwa 30 afghanische Flüchtlinge im Alter von 16-23 Jahren in der Drogenszene in Frankfurt auf, konsumieren Heroin intravenös sowie auch Crack und Cannabis. Aus München und Frankfurt wurde berichtet, dass ein Teil dieser Afghanen im Bahnhofsviertel der Sexarbeit nachgeht. Der Kontakt zu der Gruppe der afghanischen Drogenkonsumenten war anfangs schwer herzustellen.

In Frankfurt, München und Hamburg wurde von Straßenkindern aus den Maghreb-Staaten berichtet. Diese UMA sind zumeist zwischen 16-17 Jahre alt oder sogar jünger und wurden in ihren Heimatländern auf der Straße sozialisiert und haben insgesamt wenige sozioökonomische Ressourcen. Wenn sie nach Europa kommen, sind diese Geflüchteten bereits drogenerfahren und konsumieren alles, was sie sich leisten können; Alkohol, Cannabis, Amphetamine, Kokain. Ein Großteil dieser Jugendlichen handelt auch auf der Straße mit diesen Substanzen.

„Das sind Straßenkinder, die oft jahrelange in Spanien oder Frankreich und vorher in Marokko auf der Straße gelebt haben. Sie kommen oft aus sehr unvollständigen Familien und existieren in einer Art als Vagabunden im kleinkriminellen Milieu. Die auch nicht mit bestimmten Zielen nach Deutschland kommen, um Asyl zu bekommen oder eine Ausbildung zu machen oder Deutsch zu lernen, sondern eher anspruchslos sind und auch kaum zugänglich sind für Sozialarbeiter, für Institutionen. Sie verweigern jede Kooperation mit Jugendamt und Behörden“ (AF).

In Frankfurt werden diese UMA immer wieder von der Polizei aufgegriffen und dem Jugendamt übergeben. Auch durch Streetwork ist es nicht gänzlich gelungen, Kontakte zu diesen UMA aufzunehmen. Insgesamt gestaltet sich die Kontaktaufnahme zu den drogenkonsumierenden UMA aus den Maghreb-Staaten für alle Akteure aus den Hilfebereichen als höchst schwierig.

Davon abgesehen schilderten einige Fachkräfte von minderjährigen Flüchtlingen aus Syrien oder Somalia, die risikoreich konsumieren. So beschreibt eine Hamburger Suchtberatung, dass syrische Flüchtlinge zumeist in Deutschland mit dem Cannabiskonsum anfangen. Der Erstkonsum erfolgt dabei oftmals über andere Geflüchtete, die in denselben Wohneinrichtungen untergebracht sind und dort bereits konsumieren und dealen. Von einer Münchener Suchtberatung werden 15-18-Jährige beschrieben, die aus alkoholfernen Kulturen kommen und während der Flucht oder nach der Einreise mit Alkohol „betäuben“. Eine Zuordnung nach Herkunftsland war nicht eindeutig möglich.

Insgesamt zeigen sich große Unterschiede im Konsumverhalten je nach Herkunftsland, Familienverhältnissen, Kultur, Sozialisation und Bildung. In den Großstädten existieren zwei Gruppen mit einem hochriskanten und polyvalenten Konsumverhalten; minderjährige Geflüchtete aus Afghanistan und den Maghreb-Staaten.

Konsumierte Substanzen

Die minderjährigen Geflüchteten konsumieren primär Alkohol und/oder Cannabis. Das gilt insbesondere für diejenigen in Betreuung durch die Jugendhilfe.

Cannabis wird von Geflüchteten aus Nordafrika als Teil ihrer Kultur betrachtet und daher häufig konsumiert. In Hamburg gibt es nordafrikanische UMA, die bereits nach dem Aufstehen mit dem Konsum von Cannabis beginnen. Offenbar wissen auch nicht alle Minderjährigen, dass Cannabis illegal ist. Aus München wird berichtet, dass es eine Gruppe an UMA gibt, die erhebliche Bindungsschwierigkeiten hat – auch gegenüber dem Betreuer oder der Betreuerinnen – und seit einem Jahr vermehrt synthetische Cannabinoide konsumiert. Laut einer Suchtberatungsstelle in München haben die 18-Jährigen zu 70% eine Cannabisdiagnose. In Frankfurt wird beobachtet, dass seit etwa 1¹/₂ Jahren im Bahnhofsviertel mit Cannabis gedealt wird. Eine Gruppe von jungen Geflüchteten hat dort eine Struktur zum Handel mit Cannabis aufgebaut und raucht Cannabis öffentlich, um auf die Qualität aufmerksam zu machen. Um welche Gruppe es sich handelt, ist aufgrund von Sprachbarrieren schwer auszumachen. Vermutet wird, dass es möglicherweise Geflüchtete aus Eritrea, Somalia oder Äthiopien sind. In der Straßensozialarbeit war es noch nicht gelungen, Zugang zu dieser neuen Gruppe an Geflüchteten im Bahnhofsviertel zu bekommen.

Im Hinblick auf den Konsum von Alkohol gibt es unterschiedliche Konsummuster. Zum einen beschreiben Fachkräfte, dass UMA nicht regelmäßig trinken, sondern alkoholische Getränke mal ausprobieren. Da sie den Umgang mit Alkohol nicht kennen und ihnen die Wirkungsweise nicht vertraut ist, sind die Jugendlichen betrunken. Ihnen fehlt auch das Wissen, dass beispielsweise eine Flasche Wodka nicht die gleiche Wirkung hat wie eine Flasche Bier. Zum anderen wurde von einer Gruppe an Geflüchteten berichtet, die mit dem Alkoholkonsum anfangen, um ihren Cannabiskonsum zu beenden. Diese Personen merken, dass die Wirkung von Cannabis zu Beeinträchtigungen in der Schule führt und Cannabis zudem illegal ist. Zugleich fehlt ihnen ein Ersatz zu Cannabis, so dass sie statt Cannabis Bier trinken.

Vor allem aus Hamburg wird berichtet, dass Benzodiazepine von UMA nachgefragt werden. Mitunter haben sie bereits auf der Flucht Benzodiazepine konsumiert und wollen diese auch weiterhin nach der Einreise einnehmen. Für UMA sind Benzodiazepine Medikamente, um ruhiger zu werden. Der Konsum von Opiaten ist insgesamt eher selten unter minderjährigen Geflüchteten. Lediglich aus Frankfurt und Hamburg wird von minderjährigen opiatkonsumierenden Flüchtlingen berichtet. In Hamburg schildert eine Suchtberatung, dass sie minderjährige Flüchtlinge kennen, die aus Camps wie zum Beispiel in Bulgarien kommen und dort Traamadol eingenommen haben.

"Was ich hier bei den Geflüchteten am meisten habe ist eine Mischung aus Cannabis und Opiaten und/oder Benzodiazepinen" (KH).

In Hamburg und München wird ein Anstieg an Amphetaminen und Benzodiazepinen unter minderjährigen oder jungen Geflüchteten beobachtet. In München scheint es zudem eine steigende Tendenz des Konsums von Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) in dieser Gruppe zu geben.

Konsummotive

Neun der befragten Einrichtungen haben sich zu den Konsummotiven geäußert. Werden diese Motive zusammenfassend betrachtet, kristallisieren sich zwei Motivlagen heraus. Bei 8 Einrichtungen wird ein Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und dem Konsum gesehen. Hierbei wird von der Selbstmedikation der UMA zur Stressbewältigung ausgegangen. Der Konsum stellt für UMA nicht ein Problem, sondern die Lösung eines Problems dar („sich eine Auszeit von belastenden Gedanken nehmen“ VF). Die unsichere Bleibperspektive, Schlaf- und Konzentrationsschwierigkeiten, Flashbacks aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie die Lautstärke in Gemeinschaftsunterkünften sind Gründe, warum ein minderjähriger Geflüchteter zu viel trinkt oder Cannabis raucht. Die Interviewpartner in einem Münchener Wohnprojekt haben die UMA nach ihren Gründen für den Konsum gefragt. Ein UMA sagte daraufhin:

„Ich halte das nicht aus. Das ist wie ein Feuer im Kopf und wenn ich trinke ist es gelöscht“ (HM).

Drei Einrichtungen gaben noch andere Konsummotive an, die mit der neuen Freiheit in Deutschland und der Anpassung an die Verhaltensweisen deutscher Jugendlicher in Zusammenhang stehen. Alkohol ist in Deutschland nicht verboten, sondern fest in der Kultur verankert. Das Biertrinken ist Ausdruck der Integration in die deutsche Gesellschaft. Hinzu kommt, dass in einer Großstadt Alkohol überall verfügbar ist und auch öffentlich konsumiert wird. Diese Freiheit kennen UMA aus muslimischen Ländern nicht und zudem sind keine Eltern anwesend, die Verbote aussprechen würden. Daher wird die neue Freiheit ausprobiert.

„Also ich hab viele Jugendliche gesehen, die trotzdem zur Schule gegangen sind und ihren Weg beschreiten haben. Die sind als sehr graue brave Maus hier angekommen und irgendwann kam dann so eine In-Frisur mit Lederjacke. Und auch mal mit Freunden auf den Kiez gehen und auch mal trinken. Und das haben die vorher nicht gemacht. Das haben die sich hier erst angeeignet, weil die Möglichkeiten da waren. Also es ist ein freies Land und man kann es machen“ (FH).

5.4.5 Auswirkungen des Substanzkonsums von UMA

Der Substanzkonsum von UMA kann in unterschiedlichen Maßnahmen der Jugendhilfe resultieren, rechtliche Konsequenzen haben oder bei den UMA zu einer weiteren Verfestigung der Delinquenz führen. Welche Auswirkungen der Substanzkonsum hat, ist zum einen von der Konsummenge und -frequenz abhängig, zum anderen von dem Umgang der jeweiligen Betreuungseinrichtungen mit dem Konsumverhalten der UMA.

Eine Konsequenz des Konsums ist, dass die betreuende Einrichtung diesen an das zuständige Jugendamt meldet. Wann eine Einrichtung eine Vorfallmeldung an das Jugendamt vornimmt, ist durchaus unterschiedlich. Von mehreren Frankfurter Einrichtungen wird berichtet, dass sie verpflichtet sind, jeden Konsumvorfall zu melden. Gemeldet wird zum Beispiel, wenn ein UMA nachts alkoholisiert in die Einrichtung zurückkommt oder bei Verdacht auf einen Konsum, da Alkoholflaschen oder Cannabis in dem Zimmer eines UMA gefunden wurden. Wohneinrichtungen führen zum Teil Zimmerkontrollen durch, um auf Drogen zu kontrollieren. Eine Einrichtung in Bayern schilderte, bei einem Cannabisfund den Vormund des UMA zu informieren sowie die Polizei einzuschalten. Demgegenüber zeigen eine Einrichtung in Frankfurt und Hamburg ein eher zurückhaltendes Verfahren. In der Frankfurter Einrichtung werden UMA zunächst ermahnt und an die Einhaltung der Hausordnung erinnert. Bei einem erkennbaren Konsum illegaler Drogen wird im Team beraten, ob das Jugendamt informiert wird oder ob ein Drogentest sinnvoll wäre. Wird eine Drogenberatung eingeschaltet, wird in jedem Fall das Jugendamt informiert. In der Hamburger Einrichtung wird abgewogen, ob eine Vorfallmeldung gerechtfertigt ist, da dieser Vorfall im Entwicklungsbericht steht und somit für den UMA negative Auswirkungen hat. Liegt ein risikoreicher Konsum vor – wie zum Beispiel der Konsum einer Flasche Wodka in der Woche – erfolgt eine Meldung, um weitere Schritte zur Unterstützung der UMA zu klären. Bei der Vorfallmeldung an das Jugendamt wird genau berichtet, um welche Art des Konsums es sich handelt, ob es um einen wiederholten Konsum geht und wie die betreuende Einrichtung darauf reagiert hat – ob ein Gespräch mit dem Bezugsbetreuer stattgefunden hat, ob eine Verwarnung ausgesprochen wurde, ein Drogentest veranlasst oder eine Drogenberatungsstelle eingeschaltet wurde. Betreuungseinrichtungen nehmen den Konsum auch zum Anlass, Regeln durchzusetzen, da in den Einrichtungen jeglicher Konsum verboten ist. Wird wiederholt gegen diese Regel verstoßen, kann das auch zum Ausschluss aus der Einrichtung führen. So berichtete eine Einrichtung, mitunter ein „Exempel zu statuieren“ und einen UMA rauszuwerfen, um die pädagogische Ernsthaftigkeit des regelkonformen Verhaltens zu demonstrieren.

Die Durchführung oder Anordnung von Drogentests wurde von vier betreuenden Einrichtungen thematisiert. Zwei Einrichtungen in Frankfurt wenden sich bei dem Konsum von Alkohol und/oder bei dem Konsum illegaler Drogen an eine Drogenberatungsstelle, um einen Drogentest zu veranlassen. Von zwei Einrichtungen in Bayern wird berichtet, dass bei einem erkennbaren Alkoholkonsum Tests eingesetzt werden, um sich Gewissheit zum Ausmaß des Konsums zu verschaffen.

„Wir lassen sie manchmal pusten, weil man [den Konsum] nur schwer einschätzen kann. Der sagt, ich habe nur ein Bier getrunken und es ist ein Unterschied ob er intoxikiert mit einem Promille vor mir steht oder mit 3,8 oder 4,0“ (HM).

Die Anordnung von Drogentests können UMA als Kränkung erleben, da ihr Wort offensichtlich nicht zählt. Für die Drogenberatung kann ein Drogentest wiederum zu einem Dilemma führen. Drogenberatung orientiert sich am Einzelfall und an den Angaben der Person, die beraten wird. Verlangt ein Betreuer einen Drogentest obwohl der UMA einen Konsum abstreitet, entsteht für die Drogenberatung der Konflikt, dem UMA zu glauben oder durch einen Drogentest seine Glaubwürdigkeit anzuzweifeln.

„Oft wurde dann mit Kanonen auf Spatzen geschossen, dass die [Betreuer] hier eingelaufen sind und Drogentests machen wollten. Einfach, weil sie die Jugendlichen damit konfrontiert haben, dass der sagte er macht das nicht. Die [UMA] sind aber dabei geblieben und da waren wir auch in einer ganz blöden Position, den jetzt zu überführen oder nicht“ (SM).

Das Thema Glaubwürdigkeit der UMA war in einigen Interviews ein Thema. Zumeist wurde davon berichtet, dass UMA ihren Konsum leugnen, verharmlosen oder rechtfertigen. So streiten UMA ihren Konsum von Alkohol ab, obwohl anhand ihres Ganges oder ihrer Alkoholausdünstungen der Konsum offensichtlich ist. Der Konsum wird dennoch häufig geleugnet, weil UMA wissen, dass er verboten ist und negative Konsequenzen für ihre Integration nach sich zieht. Ein weiterer Grund für das Leugnen oder Verharmlosen ist, dass der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen aufgrund der kulturellen Herkunft sehr schambesetzt ist und sie ihren Konsum als Verstoß gegen die religiösen und familiären Normen bewerten. Da der Konsum in ihren Herkunftsländern diskriminiert und als Schande angesehen wird, behaupten UMA nicht getrunken oder Cannabis geraucht zu haben.

Die meisten UMA kennen die Wirkung des Alkohols nicht und trinken deshalb zu viel. Durch den übermäßigen Alkoholkonsum kann es passieren, dass einige UMA die Kontrolle verlieren und dann aggressiv werden. So berichten zwei Einrichtungen – eine in München und eine in Hamburg – von gravierender verbaler und auch physischer Aggression stark betrunkenener UMA. Geschildert werden das Randalieren in der Einrichtung, verbale Gewaltausbrüche und Übergriffe auf die Fachkräfte, häufig jedoch auf Übergriffe gegen Betreuerinnen.

Von Fachkräften aus 7 Einrichtungen wurde der Handel mit illegalen Drogen thematisiert. Es gibt minderjährige Geflüchtete, die gezielt von erwachsenen Dealern als Zwischenhändler instrumentalisiert werden, da Minderjährige ein geringeres Strafmaß zu erwarten haben, wenn sie von der Polizei aufgegriffen werden. Aus Hamburg wurde berichtet, dass es insbesondere in 2015 UMA gab, die immer wieder in den Wohnunterkünften der Erwachsenen aufgegriffen wurden, da sie dort gedealt haben. Daneben gibt es eine Gruppe junger Geflüchteter, die vorrangig aus afrikanischen Ländern stammen und mit Cannabisprodukten handeln. Dazu zählen die bereits erwähnten Geflüchteten in Frankfurter Bahnhofsviertel sowie Straßenkinder aus den Maghreb-Staaten. Neben dem Dealen sind nordafrikanischen Straßenkinder teilweise auch in vielfacher Weise delinquent.

„Von Diebstählen, Kleinstdiebstählen bis hin zu auch organisierten Hehlergeschäften, Dealen mit Betäubungsmittel, Geld abziehen, Körperverletzung. Gegebenenfalls nachts die S Bahn durchstreifen, die U Bahn zu durchstreifen, um Leute abzuführen - gerade an den Wochenenden oder wo betrunkene Leute noch in den Bahnen sind. Das war ein festes Muster“ (LH).

Fallen UMA wiederholt mit dem Konsum oder dem Kleinhandel in der Betreuung auf, erkennen sie selbst, dass sie ein Konsumproblem entwickelt haben. Gehen die Bezugsbetreuer oder -betreuerinnen offen und nicht moralisierend mit dem Konsum um, öffnen sich auch UMA den Unterstützungsmöglichkeiten. Das institutionelle Hilfesystem und die Hilfeangebote der Suchtberatung und Suchtbehandlung sind den UMA unbekannt. Sie wollen ihren Konsum reduzieren oder ganz einstellen und haben die Vorstellung, dass sie im Krankenhaus medizinisch behandelt werden wollen, um von ihrem Konsum loszukommen und um nicht in Schwierigkeiten mit der Polizei oder dem Asylverfahren zu kommen.

5.4.6 Hilfeangebote für konsumierende UMA

In diesem Kapitel werden die Hilfeangebote für UMA analysiert sowie positive Erfahrungen mit der angebotenen Hilfe und gegenwärtige Schwierigkeiten, eine adäquate Hilfe oder Behandlung für diese Gruppe anzubieten. Zudem wird das Thema Dolmetscher behandelt, welches aufgrund von Sprachbarrieren in allen Interviews von zentraler Bedeutung war.

Die Hilfe und Unterstützung für konsumierende UMA unterscheidet sich je nach Einrichtungstyp und wird getrennt nach den Jugendhilfeeinrichtungen und den Suchthilfeeinrichtungen dargestellt. Davon abgesehen bestehen in Frankfurt und Hamburg besondere Hilfsmaßnahmen für UMA mit einem Substanzproblem, die im Sinne von „best practice“ als Fallbeispiele beschrieben werden.

Hilfemaßnahmen

Hilfemaßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe

Von den 10 aufgesuchten Wohneinrichtungen von UMA haben 5 ausgesagt, konsumierenden UMA immer wieder Gesprächsangebote zu machen, um das Konsumverhalten im Rahmen der Betreuung aufzuarbeiten. Betreuer und Betreuerinnen sind gefordert, genau hinzuschauen, da zum Beispiel eine geringe Ansprechbarkeit der UMA verschiedene Ursachen haben kann. Sie müssen differenzieren, ob UMA wegen Schlafstörungen oder wegen eines potenziellen Konsums nicht ansprechbar sind. Ist der Konsum die Ursache wird es als integraler Bestandteil der Betreuung betrachtet, UMA genauer nach den Motiven und Hintergründen für den Konsum zu fragen. Ausgehend davon werden weitere Maßnahmen zur Unterstützung ergriffen, die in der Intensivierung der Betreuung, in psychologischer Unterstützung, in der Begleitung zu einer Drogenberatungsstelle oder in einer Entzugsbehandlung bestehen können. Aus Sicht dieser Einrichtungen gibt es im Rahmen der Betreuung vielfältige Handlungsmöglichkeiten, den UMA mit einem Substanzkonsum aufzufangen und sie – wenn nötig – zu motivieren, freiwillig eine Suchtberatung in Anspruch zu nehmen. Aus Hamburg wurde der Fall eines heroinabhängigen UMA aus Afghanistan geschildert, der sich in der Drogenszene aufhält und bei dem alle verfügbaren Möglichkeiten der Betreuung ausgeschöpft wurden.

„Dann haben wir für einen ambulanten Betreuer die Stunden auf 20 Stunden die Woche erhöht. Der spricht auch die Muttersprache, damit man ihn mal besuchen kann und Essen bringen kann, weil er auch sehr stark abgenommen hat. Also alle Möglichkeiten, die uns so zur Verfügung stehen, die haben wir dann umgesetzt“ (FH).

So wurde ein Muttersprachler einbezogen, der den Minderjährigen in der Szene aufgesucht hat, um den Kontakt aufrecht zu erhalten und für sein Überleben zu sorgen. In diesem Fall ging die Betreuung an die Grenzen des Machbaren. In Hamburg war zum Zeitpunkt des Interviews eine niedrigschwellige Einrichtung geplant, in der UMA aufgenommen werden sollen, die nicht mehr zur Schule gehen, die kiffen und die aus anderen Einrichtungen ausgeschlossen worden sind. Diesen UMA wird eine Betreuung geboten, die sich an ihren Problemlagen orientiert und zum Ziel hat, ihnen eine Neuorientierung zur Integration zu ermöglichen.

Einzelne Wohneinrichtungen wie beispielsweise in Frankfurt verpflichten UMA als eine Betreuungsaufgabe dazu, eine Suchtberatung aufzusuchen und ihren Konsum zu beenden, falls nötig durch eine stationäre Entzugsbehandlung.

Hilfemaßnahmen im Rahmen der Suchthilfe

Der Kontakt zur Suchthilfe erfolgt zumeist nicht durch die UMA selbst, sondern über ihren Betreuer oder ihre Betreuerin. Diese sind dann in der Regel auch bei den Gesprächen anwesend. Eine Suchthilfeeinrichtung kritisiert, dass der Drogentest wegen des Alkohol- oder Cannabiskonsums mitunter der einzige Kontakt von UMA zur Suchthilfe ist, was für UMA wenig Vertrauen in diese Institution schafft. Die Hilfeangebote für junge Geflüchtete unterscheiden sich nicht grundsätzlich von denen für andere Jugendliche mit Suchtproblemen. Angeboten werden eine individuelle Beratung zur Stabilisierung oder zur Risikominimierung sowie die Weitervermittlung in eine Entzugsbehandlung oder eine anderen Behandlungsmaßnahme.

Eine Einrichtung in München bietet zwei verschiedene therapeutische Wohngemeinschaften an, die auch junge Geflüchtete aufnimmt. Die eine Wohngemeinschaft ist für junge Menschen, die abstinent sind. Die andere ist eine Wohngemeinschaft für junge Menschen, die weiterhin konsumieren und im Einzelwohnen untergebracht sind und eine intensive Betreuung zur Perspektiventwicklung erhalten.

Eine Jugendsuchthilfeeinrichtung in Hamburg bietet zudem Schulungen für junge Geflüchtete zum Substanzkonsum an. Ausgehend von der schulischen Präventionsarbeit wurde Suchtprävention für junge Geflüchtete entwickelt und Informationsveranstaltungen für diese Gruppe angeboten.

„Und dann haben wir so Infoveranstaltungen angeboten für geflüchtete Jugendliche, was wir sonst auch für Schulen anbieten. Und da haben wir 56 Jugendliche erreicht, aber die sind dann nicht unbedingt alle vom Konsum betroffen. Es ging darum, ein bisschen Präventionsarbeit zu machen und um Kennenlernarbeit“ (KH).

Junge Geflüchtete haben oftmals keine Informationen zu den Substanzen, mit denen sie in Deutschland in Kontakt kommen. Aus diesem Grund wurden die Informationsveranstaltungen auch dazu genutzt, Geflüchtete zu ihren Erfahrungen mit Drogen in ihren Heimatländern zu befragen und diese zu Drogenwirkungen und Abhängigkeitsentwicklung aufzuklären.

Dolmetscher, Sprach- und Kulturmittler

Minderjährige haben grundsätzlich ein Recht auf einen Dolmetscher und die Kosten hierfür werden vom Jugendamt übernommen. Alle Jugendämter verfügen über Listen von Dolmetschern für die benötigten unterschiedlichen Sprachen. Je nach Umfang der benötigten Dolmetscherdienste sind diese mit hohen Kosten verbunden. Dolmetscher werden immer dann eingesetzt, wenn eine gute Verständigung erforderlich ist. Das ist der Fall bei Gesprächen in einer Drogenberatungsstelle, bei therapeutischen Gesprächen, in der psychiatrischen Versorgung, bei der Traumatherapie, bei der Aufnahme in eine Entzugsbehandlung und teilweise auch während des gesamten Behandlungsprozesses.

Gleichwohl die Verfügbarkeit von Dolmetschern von allen insgesamt als positiv bewertet wird, ergeben sich in der Praxis auch durchaus Schwierigkeiten mit dem Einbezug von Dolmetschern. Zum einen müssen Termine mit einem Dolmetscher abgesprochen werden und diese kommen mitunter umsonst, da der entsprechende UMA nicht erscheint. Zudem haben Fachkräfte aus verschiedenen Einrichtungen gleichermaßen problematisiert, dass Dolmetscher manchmal überengagiert sind und die Beratung oder Behandlung mitgestalten. Geschildert wurde beispielsweise, dass ein Dolmetscher den Flüchtlingen mitteilt, was sie in der Suchtberatung sagen sollen und was nicht. Neben erkennbaren Eingriffen in die Beratung oder Behandlung besteht das grundsätzliche Problem, keine Kontrolle über die Übersetzung zu haben. Daher werden Sprachbarrieren von den Fachkräften als das größte Problem betrachtet. Da die Kommunikation von zentraler Bedeutung ist, um eine vertrauensvolle Beziehung im Beratungs- oder Therapieprozess aufzubauen, reichen rein sprachliche Übersetzungen nicht immer aus. In den Großstädten gibt es mittlerweile medizinisch geschulte Dolmetscher oder Dolmetscher, die für die psychosoziale Begleitung von Geflüchteten ausgebildet sind (München). Zudem werden Sprachmittler eingesetzt, die ihre Herkunftssprache und gut Deutsch sprechen und bereits hierzulande integriert sind. In Hamburg wurden während der Flüchtlingswelle in 2015 über 100 Sprachkulturmittler ausgebildet und eingestellt. Einige Sprachkulturmittler wurden als Erzieher über den städtischen Landesbetrieb Erziehung und Beratung ausgebildet. Sprachkulturmittler arbeiten zusammen mit dem pädagogischen Team und sind Teils des Teams, während Dolmetscher nur für Übersetzungen eingesetzt werden. Durch die Abnahme neu einreisender UMA wird ein Teil der ausgebildeten Sprachkulturmittler allerdings nicht mehr benötigt.

Sprechen UMA oder junge Geflüchtete Englisch, ist eine Verständigung ohne Übersetzung möglich und auch Behandlungen in englischer Sprache stellen zumeist kein Problem dar. Von den 19 aufgesuchten Einrichtungen sind in 5 Einrichtungen Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen beschäftigt, die selbst migriert sind und neben Deutsch auch ihrer Herkunftssprache sprechen. So arbeiten in der Suchtberatung in München und Hamburg arabischsprachige Berater. In einer Wohneinrichtung in Frankfurt arbeiten muttersprachliche Fachkräfte aus den Hauptherkunftsländern der UMA. Im Jugendamt in München sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen beschäftigt, die aus Ländern wie Georgien, Sudan, Marokko etc. migriert sind und teilweise ähnliche Erfahrungen mit autoritären oder patriarchalen Kulturen aufweisen wie die Geflüchteten. Ein multikulturelles Team wird als Bereicherung erlebt, da somit vor allem kulturelles Wissen zu Normen und Ritualen verfügbar ist. Das Wissen um soziale Normen erleichtert es auch Erzählungen von UMA kulturell einzuordnen und damit zu relativieren oder gar zu widersprechen.

„Bei uns ist es normal zu kiffen, das wird uns immer vorgehalten, dieses „bei uns“. Ein Jugendlicher, der das sagt, um sich dahinter zu verstecken, verallgemeinert das Problem. Dann gebe ich die Rückmeldung, was meinen sie mit „bei uns“. Ich stamme auch aus Marokko, aber in der Gegend, wo ich aufgewachsen bin, ist es ein Tabu zu kiffen“ (SF).

Positive Erfahrungen mit der Versorgung konsumierender UMA

Im Zusammenhang mit der Versorgung von UMA oder jungen Geflüchteten mit einem Substanzkonsum berichten einige Einrichtungen von sehr positiven Erfahrungen. Wie bereits beschrieben, hat die sprachliche und kulturelle Kompetenz durch muttersprachliche Fachkräfte den Vorteil, schwierige Themen mit Geflüchteten besser kommunizieren zu können. Zudem scheinen Geflüchtete Ratschläge, die über in der Herkunftssprache vermittelt werden, besser annehmen zu können.

„Ich habe selber Migrationshintergrund. Ich war der große Bruder und wenn ich gesagt habe, du hör zu, lass die Finger von diesem Drogenkonsum weg, das kam auch teilweise anders bei den Jugendlichen an“ (DO).

Um junge Geflüchtete mit einem Substanzkonsum zu unterstützen, ist ein gut funktionierendes Team an sozialpädagogischen Fachkräften nötig, die dem Geflüchteten viel Engagement entgegenbringt und eine intensivierete Betreuung und beständige Gesprächsangebote zur Verfügung stellt. In einer Münchener Wohneinrichtung für UMA wird zudem Psychoedukation zur Stressbewältigung eingesetzt. Durch diesen Maßnahmenkatalog konnten ein Großteil der UMA erfolgreich motiviert werden, den Konsum zu beenden.

„Von diesen 15 Menschen, die 2015 bei uns eingezogen sind und ein Konsumthema hatten, hatten 11 nach 12 Monaten oder zum Auszug kein Problem mehr. Es gab keinen Konsum mehr“ (HM).

Innerhalb der Suchthilfe gibt es teilweise gute Erfahrungen, Geflüchtete mit wenig Deutschkenntnissen auch in eine therapeutische Gruppe integrieren zu können. In Hamburg funktioniert die Entzugsbehandlung von minderjährigen oder jungen Geflüchteten mit einer Klinik sehr gut, da dort einmal pro Woche ein Arzt aus Afghanistan vor Ort ist, der Farsi spricht. Die Entzugsbehandlung ist eigentlich für erwachsene Opiatabhängige konzipiert, minderjährige Geflüchtete werden dennoch aufgenommen. In den Hamburger Wohneinrichtungen – wie auch häufig in München – gibt es in fast jeder Einrichtung Psychologen oder Psychologinnen, die therapeutisch unterstützen. Zudem wird regelmäßig eine Trauma-Erstberatung angeboten; die „Trauma Sprechstunde“.

Zwei Interviewpartner äußerten, dass Geflüchteten die Schweigepflicht in der Suchthilfe nicht bekannt ist. Sie haben vielmehr Angst, dass der Betreuer oder die Betreuerin und die Polizei von ihrem Verstoß gegen das BtMG erfahren. Um die Schweigepflicht zu erklären, zieht eine Einrichtung jeweils

den Vergleich mit einem Arzt oder Anwalt. Aus ihrer Sicht verstehen auch weniger gebildete Geflüchtete, was damit gemeint ist.

Im Folgenden werden zwei Fallbeispiele näher beschrieben, die sich in der Praxis als erfolgreich zur Kontaktaufnahme und Versorgung von UMA mit Drogenproblemen erwiesen haben.

Fallbeispiel Frankfurt

Im Frankfurter Bahnhofsviertel wird von zwei Sozialarbeitern Streetwork geleistet, die beide sehr gut mit der Flüchtlingshilfe und der Drogenhilfe vernetzt sind. Einer der beiden Streetworker hat zuvor auch in einer Wohneinrichtung für Geflüchtete gearbeitet. Als erstmals männliche Geflüchtete aus Afghanistan im Bahnhofsviertel wahrgenommen wurden, gab es zunächst große Vorbehalte, sich um diese Gruppe zu kümmern, da diesen „nichts angeboten werden“ könne. Da sich diese Gruppe dort regelmäßig aufgehalten hat und erkennbar Crack und intravenös Heroin konsumiert, hat sich Streetwork für die Geflüchteten als zuständig gesehen. Mit verschiedenen Maßnahmen (z.B. Essensgutscheinen) wurde erfolglos versucht, Kontakt zu dieser Gruppe herzustellen. Diese Situation änderte sich, als ein Dolmetscher einbezogen wurde, der selbst aus Afghanistan geflüchtet ist, Dari und Farsi spricht und beim Streetwork präsent war.

„Mit dem Dolmetscher standen innerhalb von 2 Minuten 5 Leute da und plötzlich nochmal 5 Leute, die alle genau hören wollen, was gibt es an sozialarbeiterischen Möglichkeiten. Die fast durchgängig gesagt haben, ich will hier weg, ich will aus der Szene raus, ich will aus dem Konsum raus“.

Durch die Einbeziehung des Dolmetschers entstand die Anforderung, Wege zur Unterstützung für die etwa 30 drogenkonsumierenden Afghanen zu suchen und somit zu überlegen, welche Informationen und Netzwerke dafür erforderlich sind. Der Bedarf zur Behandlung der jungen Geflüchteten wurde verschiedenen städtischen Institutionen, unter anderem dem Drogenreferat, vorgetragen und ist auf dort auf eine positive Resonanz gestoßen. Seitens der Streetwork wurden Vorschläge zur Entzugsbehandlung und zur Substitution gemacht, die durch Zusagen einer sofortigen Kostenübernahme unkompliziert unterstützt wurden. Im Zuge dessen hat sich eine Frankfurter Entzugseinrichtung entschieden, Geflüchtete zu entgiften oder auch zu substituieren. Dessen ungeachtet problematisierte der Interviewpartner, bisher nur 6 Geflüchtete erfolgreich in die Entzugsbehandlung „untergebracht zu haben“. Andere Geflüchtete sind an eine Substitutionsambulanz vermittelt worden, in der regelmäßig ein iranstämmiger Arzt an etwa 5 Tagen die Woche anwesend ist und mit dem die Kommunikation ohne Dolmetscher möglich ist.

Aus Sicht des Interviewpartners stellt sich jedoch die Schwierigkeit, welche Hilfe und welche Lebenssituation für die Geflüchteten zur Stabilisierung nach Abschluss der Behandlung nötig sind. So wäre eine Unterbringung an einem Ort außerhalb Frankfurts oder in einer ruhigeren Umgebung sinnvoll, um den Behandlungserfolg zu bewahren. In dieser Hinsicht hat Streetwork mehr Handlungsspielraum als die Jugend- und die Drogenhilfe.

„Wir können Minderjährige im Einzelfall im Hotelzimmer unterbringen für einen unterschiedlich langen Zeitraum. Das ist eine Möglichkeit, die wir uns erarbeitet haben nachdem die Einrichtungen der Inobhutnahme für dieses Klientel nicht funktionieren. Wir haben das auch für minderjährige Afghanen gemacht, um einen Jugendamtstermin möglich zu machen und um den jungen Mann, der immer noch nach Bonn zum Konsulat muss, morgens früh irgendwo abholen zu können“.

Insgesamt bewertet der Interviewpartner die geschaffenen Versorgungsmöglichkeiten durch Streetwork als sehr gut. Streetwork im Bahnhofsviertel ist mit politischer Rückendeckung frühzeitig imple-

mentiert worden und nutzt die vorhandenen Handlungsspielräume, um afghanische Drogenkonsumenten bestmöglich in der Konsumreduktion oder Abstinenz zu unterstützen.

FALLBEISPIEL Hamburg

In Hamburg gibt es im Vergleich zu Frankfurt und München zwei Besonderheiten – eine im Bereich des Wohnens für UMA und eine in der Jugendsuchthilfe

Einrichtung für delinquente UMA – Bullerdeich

Diese Einrichtung wurde speziell für UMA geschaffen, die wiederholt durch Straftaten, Drogenkonsum und auch durch Aggressivität aufgefallen sind. Da diese UMA in anderen Wohneinrichtungen nicht tragbar waren, wurde eine Einrichtung mit einem pädagogischen Konzept geschaffen, das auf einer Mischung aus weitreichenden Regeln, Sicherheit und Unterstützung basiert. Die Einrichtung befindet sich auf einem Gelände, das durch einen Sicherheitsdienst geschützt wird und in dem der Wohnbereich der UMA vom dem pädagogischen Arbeitsbereich und von Freizeitbereichen räumlich getrennt ist. Die Zugänge zu dem Gelände sind ebenfalls geschützt, so dass keine anderen Personen das Gelände ohne Genehmigung, Anmeldung und Schutz durch den Sicherheitsdienst betreten können. Für die betreuten UMA erfolgt der Zugang zum Gelände durch eine „Schleuse“, wo sie von Sicherheitsmitarbeitern auf Waffen durchsucht wurden und auch körperlich abgetastet werden dürfen. Zudem finden Taschenkontrollen statt, um zu verhindern, dass UMA Diebesgut mit in die Einrichtung bringen.

Im Vergleich zu anderen Wohneinrichtungen wurde im Bullerdeich ist das Verhältnis von pädagogischen Fachkräften zu UMA sehr gering und stattdessen der Anteil an Sprach- und Kulturmittlern sehr hoch.

„Bei 20 Jugendlichen haben 4 Pädagogen dort gearbeitet und 10 Sprach- und Kulturmittler. Also wir haben dort das Verhältnis völlig umgedreht, weil die Sprachkulturmittler bei diesen Jungs natürlich eine ganz andere Ansprache hatten und auch einen ganz anderen Respekt erfahren haben.... ohne die Sprachkulturmittler wäre es nicht gegangen“.

Zu den Regeln gehört, dass grundsätzlich alle Gewalttaten und Straftaten der UMA sowie Bedrohungen und Beleidigungen polizeilich angezeigt werden. Zielsetzung der Anzeige ist, dass die untergebrachten UMA Verlässlichkeit durch klare Regeln und ein verlässlich pädagogisches Handeln erfahren. Fehlverhalten wie Delinquenz wird sanktioniert und ein offenes und gesprächsbereites Verhalten wird positiv verstärkt. Zum Interviewzeitpunkt gab es keine UMA in Obhut, für die eine Unterbringung im Bullerdeich indiziert war. Die Erfahrungen mit der Konzeption zeigen, dass die Sprach- und Kulturmittler die Hauptansprechpartner für die UMA waren, an zweiter Stelle kam das pädagogische Team und dann die Mitarbeiter des Sicherheitsdienstes. Aufgrund ihrer Straffälligkeit ist ein Großteil der UMA letztendlich inhaftiert worden. Einige Jugendliche haben den Übergang in eine andere Einrichtung der Jugendhilfe geschafft, da sie ihr Verhalten verändert und andere Perspektiven für sich entwickelt haben.

Aufsuchende Arbeit der Jugendsuchthilfe

Als in 2015 unerwartet viele geflüchtete Jugendliche die städtische Suchtberatungsstelle aufsuchten, hat die Leitung der Einrichtung zwei Stellen für die Beratung von Flüchtlingen bei der Hamburger Be-

hörde beantragt. Diese Stellen wurden bewilligt und zunächst auf ein Jahr befristet. Da die Anzahl an jungen Geflüchteten in der Beratung nicht abnahm, wurden die Stellen entfristet.

Durch die personellen Ressourcen war es möglich, die Wohneinrichtungen der jugendlichen Geflüchteten direkt aufzusuchen und sich den Teams persönlich vorzustellen, um das Hilfeangebot zunächst den Teams bekannt zu machen. Zum einen diente das Aufsuchen der Wohneinrichtungen dazu, sich besser mit der Flüchtlingshilfe zu vernetzen, zum anderen sollten dadurch Hemmschwellen für die Geflüchteten selbst abgebaut werden. Geflüchtete mit einem Substanzkonsum werden zumeist in der Beratungsstelle beraten, zum Teil aber auch in den Wohneinrichtungen.

"Um diese Hemmschwellen zu senken und uns bekannt zu machen. Und dann war eben die erste Idee, in die Erstversorgungseinrichtungen zu gehen, weil da die minderjährigen Unbegleiteten saßen. Und uns vor allem auch in den Teams vorzustellen, weil die Betreuer ja immer nochmal einen anderen Blick auf die Jugendlichen haben, und dann einfach unser Angebot bekannt zu machen. Deswegen sind wir dann auch teilweise rausgefahren in die Einrichtungen, um es den Jugendlichen eben leichter zu machen, auch zu uns zu kommen".

Zudem wurden Informationsveranstaltungen zum Thema Flucht und Sucht für Geflüchtete und Teams in Wohneinrichtungen durchgeführt. Über die Informationsveranstaltungen wurden etwa 50-60 Geflüchtete erreicht und etwa 110 junge Geflüchtete haben die Suchtberatung in einem Jahr genutzt. Die aufsuchende Arbeit erweist sich hier – wie auch in Frankfurt – als erfolgreich, um junge Geflüchtete mit einem Substanzproblem zu erreichen.

Schwierigkeiten in der Versorgung konsumierender UMA

11 von 19 der befragten Einrichtungen haben Schwierigkeiten benannt, UMA mit einem Konsumproblem in eine adäquate drogenspezifische Hilfsmaßnahme einzubinden. Auf Basis der Interviewaussagen lassen sich fünf Barrieren im Zugang zu einer Drogenberatung und Drogenbehandlung differenzieren.

Individuelle Barrieren der UMA

Unter den UMA gibt es Gruppen, wie beispielsweise die bereits erwähnten nordafrikanischen Straßenkinder, die insgesamt schwer zugänglich und damit auch nicht für drogenspezifische Maßnahmen erreichbar sind. Eine weitere Barriere besteht darin, dass UMA entweder ihren Konsum nicht als risikohaft beurteilen oder aber dass bei ihnen im Laufe der Zeit die Motivation schwindet, eine Beratung oder Behandlung zu nutzen. Des Weiteren stellt die Unkenntnis der Institutionen und ihrer Zielsetzungen eine Hemmschwelle dar. UMA sind eher einen autoritären institutionellen Umgang gewohnt und sind von den auf Vertrauen und Offenheit geprägten Umgangsformen in der Beratung und Behandlung irritiert und lassen sich daher nur zögerlich auf die Hilfeangebote ein. Hinzu kommt ihre Angst vor negativen Auswirkungen einer Drogenbehandlung, da ihnen zum einen die Schweigepflicht nicht bekannt ist und zum anderen befürchtet wird, dass sie wegen des Verstoßes gegen das BtMG ausgewiesen werden. Für Jugendliche aus sehr patriarchal geprägten Kulturen ist es nicht zuletzt schwierig, sich auf eine Beratung oder Behandlung durch eine Beraterin oder Therapeutin einzulassen.

Komplexität der Problemlagen

Zu UMA mit komplexen Problemlagen wie Substanzkonsum, Aggressivität und traumatischen Erlebnissen haben die befragten Hilfeinrichtungen verschiedene Sichtweisen. Von einer Wohneinrichtung wurde problematisiert, dass betreute Jugendliche nach einem Gespräch zwar einsichtig sind,

aber nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich das Verhalten wiederholt. Daher wird eine Weiterbetreuung als schwierig erachtet. Demgegenüber argumentierte eine Suchthilfeeinrichtung, dass UMA mit der Erwartung von Betreuern geschickt werden, diese Jugendlichen zu „reparieren“ und auf diese Weise kein Drogenproblem mehr in der betreuenden Einrichtung zu haben. Ungeachtet der divergierenden Haltungen zu UMA mit vielfältigen Problemen sind Fachkräfte gefordert, sich beständig damit auseinander zu setzen, welche Probleme der UMA Teil ihrer Persönlichkeit und welche kulturell bedingt sind.

Sprachliche Schwierigkeiten

Sprachbarrieren als Hindernis im Zugang zur Drogenbehandlung liegen bei Geflüchteten auf der Hand. So berichten mehrere Fachkräfte von Behandlungseinrichtungen, die sich wegen der Sprachbarrieren weigern mit Geflüchteten zu arbeiten. Wenn Drogenhilfeeinrichtungen sich grundsätzlich auf die Arbeit mit Geflüchteten einlassen, entstehen Schwierigkeiten, sofern die Behandlung primär im Gruppensetting stattfindet. Gruppensettings gibt es sowohl in der Entzugsbehandlung als auch in der Entwöhnungsbehandlung.

„Ich hatte in den letzten 3 Jahren für 10-15 junge Menschen, die wirklich motiviert waren und gesagt haben ja ich will eine Therapie machen, versucht was zu bekommen. Das ist regelmäßig daran gescheitert, da alle kontaktierten Therapieeinrichtungen sagten, es gibt ein Gruppensetting und das funktioniert nicht mit Dolmetschern“ (JF).

Nicht in allen Städten sind Jugendentzugsstationen vorhanden und nicht in allen Städten nehmen diese geflüchtete Jugendliche auf. Eine Interviewpartnerin zitiert einen arabischen Chefarzt, der auf die Anfrage nach einer Entzugsbehandlung im Einzelgespräch antwortete, das sei ein Problem, das die Politik zu lösen habe. Ein anderer Interviewpartner schildert, dass er trotz des Gruppensettings in einer therapeutischen Gemeinschaft mit Geflüchteten arbeitet, die Gruppe aber in Krisensituationen mit einem Geflüchteten wegen der Sprachbarriere überfordert ist. Die Unterbringung von Geflüchteten in einer therapeutischen Gemeinschaft ist generell schwierig und funktioniert aus seiner Sicht nur mit einer engen Anbindung an die Bezugsbetreuer bzw. Bezugsbetreuerin und den Therapeuten bzw. die Therapeutin.

Systemimmanente Schwierigkeiten

Zu den systemimmanenten Schwierigkeiten zählen vor allem die Schwierigkeiten eine Kostenübernahme für die Behandlung von Geflüchteten zu bekommen sowie überhaupt geeignete Behandlungsplätze für Minderjährige zu finden. Ob die Kosten für eine Entzugsbehandlung, Substitution oder eine Entwöhnungsbehandlung von Geflüchteten übernommen werden, ist zum einen von Stadt zu Stadt verschieden, zum anderen aber auch innerhalb einer Stadt verschieden. Es scheint so, dass es innerhalb einer Stadt von dem Engagement der jeweiligen Fachkraft abhängig ist, ob Einrichtungen zur Behandlung von minderjährigen Geflüchteten überzeugt werden können. Ist die Kostenübernahme geklärt, mangelt es an geeigneten Behandlungsplätzen für Minderjährige. Bestehende Lücken zwischen der Jugendhilfe und der Jugendsuchthilfe treten bei den Geflüchteten besonders zu Tage. Oftmals ist es für volljährige Geflüchtete einfacher, einen Behandlungsplatz zu finden.

Auf dem Weg in eine geeignete Drogenbehandlung bestehen vielfältige Hürden, die eine Kostenübernahme, die Suche nach einem geeigneten Behandlungsplatz, Wartezeiten bis zur Behandlung sowie Motivationsprüfungen umfassen.

„Das ist ja noch das größere Problem, dass dann Krankenhäuser mit den Entgiftungsstationen sagen, es gibt eine Warteliste. Wenn du hier dich aufnehmen lassen möchtest, musst du jede Woche einmal anrufen und deine Motivation ausdrücken. Daran scheitert es ja schon, die sprechen kein Deutsch. Es gibt ganz viele Hürden im System, die es ganz schwierig machen. Und

dann nur weil die Entgiftung geschafft ist, wie geht es dann weiter? Wer kümmert sich darum eine Therapieeinrichtung zu besorgen für diese jungen Menschen? Wer bezahlt die?" (JF).

Schwierigkeiten der Weiterbehandlung

Von den Suchthilfeeinrichtungen in München wird berichtet, dass der Bedarf an Beratungs- und Behandlungsplätze für Geflüchtete insgesamt nicht gedeckt ist, da die vorhandenen Plätze beständig ausgebucht sind. So gab es innerhalb von zwei Jahren 50 Anfragen für eine Entwöhnungsbehandlung für junge Geflüchtete mit massiven sozialen und drogenbezogenen Problemen, von denen insgesamt lediglich 5 Geflüchtete aufgenommen werden konnten. Hier stellt sich die Frage, wie diese jungen Geflüchteten ansonsten versorgt werden, wenn innerhalb des Behandlungssystems keine Kapazitäten bestehen.

Eine Anschlussbehandlung nach einem Entzug zu finden scheitert auch an schlechten Deutschkenntnissen und einer kurzen Duldung für den Aufenthalt in Deutschland. Mitunter reicht die Zeit der Duldung nicht aus, um eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zu finden und an einer Therapiemaßnahme teilzunehmen. In diesen Fällen besteht das Risiko des Rückfalls in den Drogenkonsum. Gelingt es einen Geflüchteten in einer stationären Drogentherapie unterzubringen, sind die Therapieregeln und der Therapieprozess für diesen außerordentlich schwierig. Das Mobiltelefon in der Einrichtung abgeben zu müssen, ist für Geflüchtete eine Katastrophe, da somit der einzige Kontakt zur Familie im Heimatland nicht mehr möglich ist. Wird überdies mit einem konfrontativen Therapiestil gearbeitet, stellt sich das Problem, dass Geflüchtete nicht gewohnt sind, mit einer solchen Kritik umzugehen.

Vor diesem Hintergrund äußern einige Fachkräfte, dass drogenspezifische Einrichtungen mehr Sensibilität im Umgang mit jungen Geflüchteten benötigen. Von Geflüchteten wird erwartet, dass sie sich dem vorherrschenden Behandlungsstil anpassen und das Hilfesystem wenig Bereitschaft zeigt, sich auch an den Bedürfnissen junger Geflüchteter zu orientieren, die einen Hilfebedarf äußern.

5.4.7 Hilfebedarfe aus Sicht der Fachkräfte

Im Rahmen des Interviews sind die Fachkräfte gefragt worden, welche Maßnahmen notwendig wären, um UMA mit einem problematischen Substanzkonsum eine bedarfsgerechte Hilfe anbieten zu können. Die genannten Maßnahmen umfassen ein vielseitiges Spektrum und reichen von sehr individuellen Hilfen, strukturellen Verbesserungen bis hin zu bildungspolitischen Anforderungen.

Ein Großteil der genannten erforderlichen Maßnahmen betrifft den Bereich des betreuten Wohnens für UMA. Vorweg ist jedoch zu bemerken, dass in allen drei Städten (und Regionen) seit der Flüchtlingswelle in 2015 in einer enorm kurzen Zeit eine Infrastruktur zur Unterbringung von UMA und deren medizinisch-psychiatrischen Versorgung aufgebaut wurde. Angesichts der hohen täglichen Zahl an eingereisten UMA ist es eine anzuerkennende Leistung, differenzierte Unterbringungsformen sowie eine funktionierende Vernetzung geschaffen zu haben, die Metropolen und Kommunen in eine gute Lage versetzt, UMA zu versorgen.

„Also wenn Sie vor einem Jahr hier her gekommen wären, hätte sich das ganz anders angehört. Weil wir da wirklich eine Situation von quasi null Infrastruktur hatten. Da hatten wir die Jugendlichen und alle Probleme. Hatten WIR. Und es gab keine Plätze in der Psychiatrie, es gab keine Plätze in therapeutischen Einrichtungen, es gab keine Plätze in irgendwelchen speziellen Suchtkliniken. Es war eigentlich unmöglich, irgendetwas zu finden. Da muss ich schon sagen, das hat sich jetzt extrem gebessert. Jetzt hat man das Gefühl, man kann auch handeln. Also wenn so eine Problematik auftritt, gibt es Stellen, wo man weitervermitteln kann“ (CG).

„Die Ressourcen, die wir haben in Hamburg, sind gut. Das heißt, wir haben einen vernünftigen Personalschlüssel, wir haben genug Gelder eigentlich zur Verfügung, um gute Arbeit zu machen, und ein gutes Netzwerk. Das stimmt“ (LH).

Die Interviewpartner aus allen drei Städten äußerten, sich in einer komfortablen Situation zu befinden, dass eine gute Infrastruktur besteht und zugleich die Zahl an neuen UMA abnimmt, so dass gegenwärtig Kapazitäten zur besseren Ausrichtung der Hilfen an den Bedarfen der UMA bestehen. In dieser Hinsicht haben die Fachkräfte aus den Jugendämtern und dem betreuten Wohnen übereinstimmend geäußert, dass folgende zwei Maßnahmen zur Bedarfsanpassung notwendig sind:

- **Niedrigschwelliges Betreuungskonzept für besonders problematische UMA**

Sechs der befragten Einrichtungen äußerten, dass für UMA mit vielfältigen Problemlagen wie Drogenkonsum, Gewalttätigkeiten, autoaggressiven oder fremdgefährdendem Verhalten eine spezielle Wohneinrichtung erforderlich ist. Diese UMA, zu denen beispielsweise auch die nordafrikanischen Straßenkinder gehören, halten sich an keine Regeln, sind im Sozialverhalten auffällig und daher in vorhandenen Betreuungseinrichtungen nicht tragbar. Gerade für diese schwierigen Jugendlichen müsste eine Versorgungsstruktur geschaffen werden, die auf einem niedrigschwelligen Konzept mit einer engmaschigen Betreuung durch geschultes Personal basiert, um auf eine Integration hinzuwirken.

„Wir haben zu wenige Plätze gerade für diese jungen Menschen mit Multiproblemlagen... Zum einen steht die Traumatisierung ja nicht für sich alleine, die hat ja oft Auswirkungen. Es ist oft Gewalt gegen andere, Gewalt gegen sich selber, Sucht, Drogen, dann unterschiedlichste Ausprägungen im Sozialverhalten, zum einen ganz starke Rückzugstendenzen. Bei der Mehrheit ist keine Regelanpassung möglich“ (JM).

- **Therapeutische Wohneinrichtung für psychisch hoch belastete UMA**

Insgesamt sechs der befragten Einrichtungen berichteten, dass UMA mit schweren psychischen Belastungen zurzeit nicht bedarfsgerecht versorgt sind. Gemeint sind UMA, die zwar psychisch erkrankt sind und bei denen vielleicht sogar eine psychiatrische Diagnose (z.B. Psychose und Suchterkrankung) vorliegt, die aber zugleich keine psychiatrische Unterbringung benötigen. Den Betreuungsbedarf für diese Gruppe können die vorhandenen Regeleinrichtungen nicht decken, so dass eine kleine therapeutische Einrichtung des betreuten Wohnens implementiert werden sollte, wo eine intensive Betreuung durch entsprechend qualifiziertes Personal möglich ist. Solche passgenauen Einrichtungen fehlen bislang in den Städten und Kommunen.

Drei Einrichtungen sind der Meinung, dass die Zuständigkeit der Jugendhilfe für UMA im Einzelfall über das 18. oder 21. Lebensjahr hinaus ausgedehnt sollte. Da die Anforderungen an die Integration für UMA generell hoch sind und speziell stark belastete oder schwierige UMA eine längere Betreuung benötigen, sollte eine Begleitung im Rahmen der Jugendhilfe bis zum 25. Lebensjahr möglich sein.

- **Pädagogische Kompetenz im Umgang mit den Themen „Sucht“ und „Trauma“**

Da sich UMA in Betreuung befinden, die zumindest Alkohol und/oder Cannabis gelegentlich konsumiert haben, sollten Betreuer und Betreuerinnen über mehr Fachwissen zum Substanzkonsum verfügen. Von vier Hilfeeinrichtungen wurde geäußert, dass Schulungen zu den Wirkungsweisen unterschiedlicher Substanzen, zum Missbrauch und Abhängigkeit sowie zum Umgang mit konsumierenden UMA erforderlich wären. Betreuer und Betreuerinnen sollen für den Substanzkonsum sensibilisiert werden, auch um zu erkennen, wann eine Vermittlung an eine Suchtberatung angezeigt ist. Wünschenswert wäre es, wenn sich eine Fachkraft im Team mit dem Thema Substanzkonsum auskennt. Da aus der Praxissicht oftmals eine wechselseitige Verbindung zwischen dem Substanzkonsum und traumatischen Erlebnissen besteht, halten es vier Einrichtungen für wichtig, dass mindestens eine

Fachkraft in den Flüchtlingsunterkünften in Traumapädagogik ausgebildet ist. Im Zusammenhang mit der pädagogischen Kompetenz geht es um einen sensiblen Umgang mit Geflüchteten, die noch keine Suchtbehandlung oder eine Traumatherapie benötigen.

- **Zugang zur Suchtbehandlung erleichtern**

Fünf Einrichtungen bestätigten, dass der Zugang zur Suchtbehandlung für minderjährige Geflüchtete bislang schwierig ist. Je nach Einrichtung wird der Zugang zur Entzugsbehandlung oder zur stationären Entwöhnungsbehandlung als unzureichend bewertet. Zum einen ist der Zugang durch lange Wartezeiten, zum anderen durch den Mangel an verfügbaren Plätzen erschwert. Von den Einrichtungen der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung wird seitens der Fachkräfte erwartet, dass diese sich mehr für minderjährige Geflüchtete öffnen und die Aufnahme dieser Zielgruppe akzeptieren. Überdies sollten die Jugendhilfe und die Suchthilfe im Sinne eines Fallmanagements besser miteinander vernetzt sein. So wünscht sich zum Beispiel eine Fachkraft, dass es zu einem Geflüchteten in einer Beratung oder Behandlung durch die Suchthilfe einen gemeinsamen Austausch zwischen der betreuenden Einrichtung und der Suchthilfe zu dem konkreten Fall gibt.

- **Hemmschwellen zur Suchthilfe für UMA senken**

Eine zentrale Anforderung der Fachkräfte an eine bedarfsgerechte Hilfe für UMA besteht darin, die Hemmschwellen zur Nutzung der Suchthilfe bei UMA und jungen Geflüchteten zu senken. Es wurde eine Reihe von Maßnahmen genannt, wie sich die Hemmschwellen verringern lassen.

1. Geflüchtete sind zu den vorhandenen Hilfeangeboten und zentralen Aspekten des Drogenkonsums aufzuklären. Neben Informationen zum Hilfesystem gilt es Transparenz in elementaren Fragen wie dem Datenschutz, der Schweigepflicht und den Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Gesundheit und das Asylverfahren herzustellen.
2. Aufklärung kann auf verschiedenen Wegen geleistet werden; durch Informationsveranstaltungen der Geflüchteten, durch aufsuchende Arbeit in den Flüchtlingseinrichtungen oder Streetwork in der in der Drogenszene. Alle drei Zugangswege zu Geflüchteten erleichtern es, Kontakt zu dieser Zielgruppe herzustellen und auf individuelle Fragen oder vorhandene Hemmnisse seitens der Geflüchteten direkt einzugehen.
3. Aufklärung durch die Nutzung von sozialen Medien: Die meisten Geflüchteten besitzen ein Mobiltelefon und sind über soziale Medien wie Facebook gut miteinander vernetzt. Die Nutzung sozialer Medien kann sehr gut für eine Information und Aufklärung zu Substanzen, zur Illegalität und zu Hilfeeinrichtungen genutzt werden, zumal diese mehrsprachig verfügbar gemacht werden können. Eine Suchthilfeeinrichtung in München war zum Zeitpunkt des Interviews dabei, eine App zur Information für Drogenkonsumierende zu entwickeln. Diese App können andere Beratungsstellen übernehmen und eigene Inhalte einpflegen. Die App soll in deutscher Sprache verfügbar sein, kann aber ebenso auch in anderen Sprachen übersetzt werden.

„Es wird so eine Whitelabelgeschichte, d.h. andere Beratungsstellen könnten die übernehmen und ihren eigenen Inhalt einpflegen. Es ist dann natürlich auch möglich die Sprache zu ändern. Wenn sich jemand die Zeit nimmt und das ganze übersetzt. Man kann das machen, weil die App so programmiert ist, dass wir die hier bearbeiten können. Wir müssen dann nicht zur Softwarefirma, sondern wir können den Inhalt dann selber pflegen und darum wäre es auch möglich, das Ganze in Englisch zu machen“ (SM).

- **Mehr muttersprachliche Kompetenz für die Hauptherkunftsländer der Geflüchteten**

Gleichwohl minderjährige Geflüchtete einen Anspruch auf Dolmetscher haben, stehen diese nicht immer zur Verfügung, wenn sie gerade benötigt werden. Zudem Dolmetscherdienste mit hohen Kosten verbunden. Um nicht ausschließlich auf Übersetzungsdienste angewiesen zu sein und um kulturelle Wissen in der Hilfe für UMA einbringen zu können, wird mehr muttersprachliche Kompetenz in der Flüchtlingshilfe, in der Suchthilfe und in ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen von einigen Fachkräften für notwendig erachtet. Gibt es bereits Fachkräfte, die selbst eingewandert sind, aber ihr Arabisch oder Farsi auffrischen müssten um mit UMA aus diesen Sprachregionen arbeiten zu können, sollten entsprechende Sprachkurse gefördert werden.

- **Universitäre Ausbildung zu Flucht und Sucht**

Mehrere Interviewpartner gehen davon aus, dass in den nächsten Jahren die Drogenprobleme unter Geflüchteten steigen und drogenspezifische Hilfen in Anspruch nehmen werden. Um das Hilfesystem auf die zukünftig erwarteten Probleme vorzubereiten, wird empfohlen die Thematik Sucht und Flucht an den Hochschulen zu lehren. Im Studium der Sozialen Arbeit sollten Konzepte der Flüchtlingshilfe und der Suchthilfe als Teil der Ausbildung angeboten werden, um einen Nachwuchs an qualifizierten Fachkräften in der Arbeit mit substanzkonsumierenden Geflüchteten zu haben.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Wohneinrichtungen über mehr Sachkenntnis hinsichtlich des Substanzkonsums der UMA verfügen sollten. Gewünscht wird, dass für Geflüchtete mit Drogenproblemen der Zugang in die Suchthilfe erleichtert wird und dass die bei Geflüchteten vorhandenen Hemmschwellen zur Inanspruchnahme der Suchthilfe mittels persönlicher Ansprache und elektronischer Aufklärung gesenkt werden.

6 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Ziel der durchgeführten Studie war es, das Ausmaß des Substanzkonsums unter UMA und deren Charakteristika zu ermitteln. Des Weiteren sollten Konzepte und Probleme der Fachkräfte im Umgang mit konsumierenden UMA identifiziert und Möglichkeiten der besseren Versorgung dieser Zielgruppe exploriert werden. Diese Zielsetzungen sollten mittels leitfadengestützter Interviews erreicht werden, die mit Fachkräften aus den Jugendämtern, der Koordinierung der Erstversorgung, der Betreuung von UMA sowie der Jugendsuchthilfe in den Städten München, Frankfurt und Hamburg durchgeführt worden sind. Geplant war, pro Stadt ein Interview mit dem Jugendamt (n=3), ein Interview mit der Koordination der Erstversorgung (n=3), mit neun Einrichtungen des betreuten Wohnens (n=27) sowie mit zwei Jugendsuchthilfeeinrichtungen (n=6) durchzuführen.

Im Verlaufe der Studie wurden alle Zielsetzungen erreicht. Zugleich gab es Abweichungen bei der Interviewdurchführung in den Bereichen der Betreuung von UMA und der Jugendsuchthilfe. Statt der geplanten Interviews mit 27 Fachkräften wurden 19 Fachkräfte in den Wohneinrichtungen für UMA interviewt und die Interviews wurden zudem auf ländliche Regionen in Bayern und Hessen ausgedehnt. Innerhalb der Jugendsuchthilfe ist das Projekt auf großes Interesse gestoßen, so dass 10 statt der geplanten 6 Fachkräfte an dem Interview teilgenommen haben. Die geringere Anzahl an interviewten Fachkräften in der Betreuung von UMA ist darauf zurückzuführen, dass große Träger wie die Diakonie und der LEB in Hamburg, die unterschiedliche Wohneinrichtungen betreiben und somit über alle Wohneinrichtungen im Interview Auskunft gegeben haben, in die Studie eingeschlossen wurden. Insgesamt hat die Offenheit der interviewten Fachkräfte und ihr Interesse an dem Untersuchungsthema dazu beigetragen, dass eine Fülle an Informationen zu den betreuten UMA und jungen

Geflüchteten, ihren Problemlagen sowie zum Umgang der Einrichtungen mit dieser Zielgruppe und den Versorgungsbedarfen vorliegen.

In Übereinstimmung mit der Literatur zeigt diese Studie, dass UMA vielfältigen Stressoren ausgesetzt sind, die aus der Trennung von ihrer Familie, dem Druck zur finanziellen Unterstützung der zurückgebliebenen Familie sowie den Anforderungen an die Integration in eine neue Kultur resultieren. Hinzu kommt die Ungewissheit, wo sie untergebracht sein werden und welche Bleibeperspektive sie haben, die oftmals von ihrem Schulerfolg, den Sprachkenntnissen und dem Herkunftsland abhängen (Lewek & Naber, 2017). UMA in Betreuung sind zu etwa 90% männlich, zumeist zwischen 16-17 Jahre alt und kommen vorwiegend aus Afghanistan, Syrien, Irak, Somalia und Eritrea.

Von den interviewten Fachkräften in der Betreuung von UMA wurde berichtet, dass einige UMA auf die erlebten Belastungen nicht nur psychosomatisch mit Konzentrations- und Schlafstörungen sondern auch mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten reagieren oder eben auch mit dem Konsum von Substanzen wie Alkohol und Cannabis. Die verschiedenen Problemfelder aus Fluchterlebnissen, Art der Unterbringung, Bleibeperspektive und Integrationsanforderungen beeinflussen sich gegenseitig und in dieser Gemengelage muss auch der Substanzkonsum bei UMA betrachtet werden. Aus Sicht der interviewten Fachkräfte ist der Substanzkonsum als eine Art Selbstmedikation zur Stressregulierung zu verstehen. Der Konsum sei daher für die UMA nicht ein Problem, sondern die Lösung eines Problems. Da viele UMA aus alkoholfernen Kulturen kommen, haben sie in ihren Herkunftsländern den Umgang mit Alkohol nicht gelernt. Wenn sie in Deutschland mit Alkohol in Berührung kommen, können sie die Wirkungsweise unterschiedlicher alkoholischer Getränke nicht unterscheiden. Sie trinken beispielweise hochprozentigen Alkohol und Bier in den gleichen Mengen und sind demzufolge betrunken, mitunter bis hin zu einer Alkoholvergiftung – wie eine Suchthilfeeinrichtung berichtete. Gerade bei einem beginnenden Konsum von Alkohol, Cannabis oder auch von Amphetaminen - die laut Beobachtung der Fachkräfte unter Geflüchteten ansteigen – können präventive Aufklärungsmaßnahmen ansetzen.

Prävention durch Aufklärung von UMA und jungen Geflüchteten

Prävention durch Aufklärung ist bei den UMA und jungen Geflüchteten zu empfehlen, die keinerlei Wissen zu den Wirkungsweisen einzelner Substanzen und Risiken des Missbrauchs und der Abhängigkeitsentwicklung haben, jedoch bereits gelegentlich legale und/oder illegale Substanzen probiert haben.

Aufklärung kann durch persönliche Gespräche mit dem Bezugsbetreuer, der Bezugsbetreuerin oder einem Streetworker erfolgen. Voraussetzung hierfür ist, dass sich die Fachkräfte selbst mit den Wirkungsweisen und Konsumverläufen auskennen. Derzeit sind die Fachkräfte in der Betreuung von UMA primär für traumatische Erlebnisse sensibilisiert und oftmals auch geschult. Das Wissen zum Substanzkonsum ist demgegenüber deutlich rudimentärer. Hier besteht Schulungsbedarf durch die Suchthilfe.

Aufklärung kann durch Informationsveranstaltungen der Suchthilfe in Flüchtlingsunterkünften stattfinden. Ein solches Vorgehen praktiziert eine Jugendsuchtberatungsstelle in Hamburg erfolgreich.

Aufklärung kann über elektronische Medien erfolgen. Während eine Aufklärung durch ein persönliches Gespräch der Dienste eines Dolmetschers bedarf, besteht der Vorteil in der Aufklärung mittels elektronischer Medien darin, dass Informationen zum Thema Substanzkonsum in verschiedenen Sprachen zur Verfügung gestellt werden können. Da Geflüchtete Plattformen wie Facebook nutzen, können Informationen auf diesem Weg oder über eine App oder Webseite verfügbar gemacht werden. Zudem können Informationen dann nicht nur schriftlich in der jeweiligen Sprache verbreitet

werden, sondern auch als gesprochener Text. Gesprochene Texte wären dann auch für Analphabeten unter den Geflüchteten verfügbar.

Generell ist der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen in den Wohneinrichtungen der Jugendhilfe strikt verboten. Jugendliche, die konsumieren, tun dies außerhalb der Einrichtung oder heimlich innerhalb der Einrichtung. Wird der Konsum bekannt, unterscheiden einige Einrichtungen der Jugendhilfe nicht zwischen jeglichem, einem regelmäßigen oder einem riskanten Substanzkonsum. Den betreuenden Fachkräften ist bewusst, dass sie Wissenslücken zum Substanzkonsum bei Jugendlichen haben. Zugleich formulierte die Mehrheit der befragten Fachkräfte den Anspruch, UMA mit einem Substanzkonsum durch eine intensivierete Betreuung aufzufangen und mit ihnen über die Hintergründe des Konsums zu sprechen. Um die Kompetenzen der Betreuer und Betreuerinnen im Umgang mit konsumierenden UMA zu stärken, benötigen sie Schulungen durch die Suchthilfe und eine insgesamt bessere Vernetzung mit der Suchthilfe, um im Einzelfall Auskünfte zu spezifischen Problembereichen zu erhalten. Denkbar wäre auch, ein E-learning Modul zum Thema Sucht und Flucht für die Fachkräfte in der Jugendhilfe zu entwickeln.

Das Ausmaß des Substanzkonsums ist auf Grundlage der Aussagen der interviewten Fachkräfte nach wie vor schwer zu bemessen. Die Einschätzungen reichen von Einzelfällen, die konsumieren, bis hin zu 25% der jungen Geflüchteten mit einem problematischen Konsum. Hinzu kommt, dass es sich bei den Schätzungen nicht zwingend um UMA, sondern auch um junge Geflüchtete bis 21 oder 25 Jahren handelte. Belastbarer erscheinen Einschätzungen, die auf Suchtberatungen von Geflüchteten und auf Informationen in den Jugendämtern basieren. Demzufolge weisen etwa 10% der jungen unbegleiteten und begleiteten Geflüchteten einen problematischen Substanzkonsum auf, was etwa 100-200 Personen entspricht. Bekannt ist, dass es in den Metropolen junge heroinkonsumierende Geflüchtete aus Afghanistan und polyvalent konsumierende Geflüchtete aus den Maghrebstaaten gibt, die eine drogenspezifische Hilfe benötigen. Seitens der Suchthilfe wird erwartet, dass der Anteil an Geflüchteten mit einem problematischen Substanzkonsum in den nächsten Jahren steigt. Damit stellen sich zugleich neue Anforderungen an das Suchthilfesystem.

Aus den Studienergebnissen geht hervor, dass der Zugang zur Suchthilfe für Geflüchtete erschwert ist. Hürden im Zugang sind auf Sprachbarrieren, unklaren Kostenübernahmen, für Geflüchtete ungeeignete Gruppensettings, langen Wartezeiten bis zu einer Behandlung und generell fehlenden Behandlungsplätzen für minderjährige Geflüchtete zurückzuführen. Um Geflüchteten eine bedarfsgerechte Unterstützung bei ihren Substanzproblemen zur Verfügung zu stellen, müssen strukturelle Hürden im Zugang zur Suchthilfe deutlich verringert werden (Ameskamp et al., 2016).

Erleichterung des Zugangs zur Suchthilfe für Geflüchtete

Einrichtungen der Suchtberatung und Suchtbehandlung müssen sich für Geflüchtete öffnen und diese als eine ihrer Zielgruppen verstehen. Bisher ist der Zugang zur Substitution schwierig und abstinenzorientierte stationäre Entwöhnungsbehandlungen stehen für Geflüchtete gar nicht zur Verfügung. Häufig argumentieren therapeutische Einrichtungen, dass sie nur im Gruppensetting arbeiten und Geflüchtete deswegen nicht aufnehmen. Hier sind Einrichtungen der Suchtbehandlung zur konzeptionellen Flexibilität aufgefordert, um auch Geflüchtete in die Behandlung aufzunehmen.

Um mit Geflüchteten zu arbeiten ist, wäre es hilfreich wenn in den Einrichtungen Muttersprachler arbeiten. Da Geflüchtete aus einer Vielzahl an Ländern stammen, wird perspektivisch weiterhin der Einbezug von Dolmetschern nötig sein.

In der Suchtberatung und Suchtbehandlung müssen sich die Fachkräfte an den Einbezug von Dolmetschern oder Sprachmittlern bei der Anamnese und den weiteren Gesprächen gewöhnen. Dolmetscher sollten über soziale und kommunikative Kompetenzen verfügen, die sich in einer respektvollen aber unparteiischen Haltung gegenüber den Geflüchteten zeigt. Wenn vorhanden, sind Sprachmittlern dem Einsatz von Dolmetschern vorzuziehen, da diese über kulturspezifisches Wissen verfügen. In jedem Falle sollten Dolmetscher wie Sprachmittler sich an ihre Rolle als Übermittler der sprachlichen Inhalte in der Beratung und Behandlung verstehen und nicht den Hilfeprozess mitgestalten wollen. Damit Einrichtungen sich für die Beratung und Behandlung von Geflüchteten öffnen, müssen Kostenträger notwendige Sprachmittler / Dolmetscher bezahlen.

In Übereinstimmung mit den Praxiserfahrungen verdeutlichen die Projektergebnisse, dass bei den jungen Geflüchteten vielfältige Hemmnisse vorhanden sind, eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen. Minderjährige und junge Geflüchtete wissen bei ihrem ersten Kontakt mit einer Beratungsstelle mitunter überhaupt nicht, wo sie sind und was sie von der Einrichtung zu erwarten oder gar zu befürchten haben (Reher & Metzner, 2016). In ihren Herkunftsländern wird der Drogenkonsum tabuisiert oder stigmatisiert und zudem befürchten Geflüchtete negative Auswirkungen auf ihren Asylantrag. Auch die Angst, wegen des Konsums illegaler Drogen oder wegen drogenbezogenen Straftaten abgeschoben zu werden, hindert junge Geflüchtete eine Suchtberatung oder Suchtbehandlung in Anspruch zu nehmen (Ameskamp et al., 2016). Infolgedessen reicht es nicht aus, wenn sich Einrichtungen für junge Geflüchtete öffnen, sondern zugleich müssen bei Geflüchteten die Hemmschwellen gesenkt werden, Suchthilfeeinrichtungen aufzusuchen.

Hemmschwellen bei Geflüchtete senken

Hemmschwellen zur Nutzung der Suchthilfe lassen sich bei Geflüchteten auf verschiedenen Wegen senken:

Durch aufsuchende Arbeit wie bereits weiter oben beschrieben.

Durch eine muttersprachliche Aufklärung zu den Rahmenbedingungen einer Beratung und Behandlung, die auch die Aspekte der Schweigepflicht, des Datenschutzes und deren Gültigkeit gegenüber der Ausländerbehörde umfasst. Diese Aufklärung kann durch schriftliche und bebilderte Informationsmaterialien erfolgen.

Durch gedruckte muttersprachliche Informationsmaterialien zu den örtlichen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten und den Formen der Kontaktaufnahme. Zudem können diese Materialien auch auf Angebote der Schadensreduzierung durch eine Testung auf virale Erkrankungen beinhalten.

Durch Informationen mittels elektronische Medien. Wie bereits weiter oben geschildert können Facebook oder Apps eingesetzt werden, um Informationen zum Hilfesystem zu vermitteln, über Infektionserkrankungen und Möglichkeiten eines Tests auf HIV und HCV aufzuklären und nicht zuletzt um Botschaften zu safer use zu transportieren.

7 Gender Mainstreaming Aspekte

Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge waren bis 2016 fast ausnahmslos männlich. Familien, sofern diese noch bestehen, schicken zunächst ihre ältesten Söhne nach Europa. Aus den Berichten einzelner Fachkräfte geht hervor, dass gegen Ende 2016 die ersten unbegleiteten minderjährigen Mädchen

eingereist sind. Die Jugendhilfe in den Großstädten hat sich gegenwärtig personell wie konzeptionell auf diese Gruppe eingestellt und entweder Mädchengruppen in den betreuten Einrichtungen für UMA gegründet oder aber diese in anderen Jugendhilfeeinrichtungen untergebracht. Dessen ungeachtet sind die UMA in Obhut der Jugendhilfe bislang nach wie vor zu etwa 90% männlich. In dieser Studie berichteten die interviewten Fachkräfte über männliche Geflüchtete.

8 Verbreitung der Projektergebnisse

Das vorliegende Projekt ist mit dem Projekt „Qualifizierte Suchtprävention in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe – QuaSiE“ des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe vernetzt. Frau Dr. Zurhold ist in dem begleitenden Fachbeirat zu dem QuaSiE-Projekt vertreten.

Der Abschlussbericht mit den Ergebnissen aus den Interviews mit den Fachkräften wird den Befragten in den Städten Hamburg, Frankfurt und München zugeschickt. Der Abschlussbericht enthält auch Empfehlungen zur besseren Vernetzung zwischen der Sucht- und Flüchtlingshilfe sowie zur besseren Versorgung von jungen Geflüchteten mit einem problematischen Substanzkonsum.

Ergebnisse des Projektes wurden bereits auf zwei deutschen Kongressen präsentiert – den Suchttherapietagen in Hamburg und dem Deutschen Suchtkongress in Lübeck. Zudem werden die Ergebnisse auf weiteren Kongressen präsentiert (z.B. Fachtagung Sucht und Migration in München in 2018). Nach Abschluss des Projektes ist eine Veröffentlichung in einer deutschsprachigen Fachzeitschrift vorgesehen.

9 Verwertung der Projektergebnisse

Die Projektergebnisse sind in die Konzeption einer weiteren vom BMG geförderten Studie zum „Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland“ eingeflossen. Während sich diese Studie auf die erwachsenen Geflüchteten konzentriert, standen in der vorliegenden Studie die unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten im Mittelpunkt. Aus den Untersuchungsergebnissen geht hervor, dass Geflüchtete mit Drogenproblemen und einem entsprechenden Bedarf an Unterstützung durch die Suchthilfe nicht immer unbegleitete Geflüchtete und nicht immer noch minderjährig sind. Die Frage nach einer bedarfsgerechten Versorgung durch die Suchthilfe muss vielmehr junge Geflüchtete im Alter vom 16-30 in den Blick nehmen. Für diese Zielgruppe stellen sich eine Reihe zentraler weiterer Forschungsfragen. Zum einen ist nach wie vor nicht bekannt, wie viele Geflüchtete einen problematischen Substanzkonsum aufweisen. Hier fehlen Studien, die das Ausmaß der Substanzprobleme unter Geflüchteten systematisch und deutschlandweit erfassen. Im Hinblick auf die Versorgung von Geflüchteten mit Substanzproblemen müsste vor allem die Frage des Zugangs zur Suchthilfe untersucht werden. So verdeutlichen die Projektergebnisse, dass es auf dem Weg in eine Beratung oder Behandlung bei den Einrichtungen selbst und bei den Geflüchteten vielfältige Barrieren gibt. Da eine Zunahme an Geflüchteten mit einem hilfebedürftigen Substanzkonsum erwartbar ist, werden die Zugangsfragen von zentraler Bedeutung sein. Aufklärung der Geflüchteten in ihren Herkunftssprachen würde zur Reduzierung von Hemmschwellen beitragen und hier ließen sich soziale Medien – per Schrift und Wort – hervorragend nutzen. Schließlich verweisen die Projektergebnisse auch auf Wissenslücken im Zusammenhang mit den rechtlichen Ansprüchen von Geflüchteten auf eine medizinische Behandlung wie Substitution oder Entwöhnungsbehandlung.

Literaturverzeichnis

- Aksoy, M. N. (2001). Suchtprävention mit Migrantenfamilien in der Stuttgarter Stadtteilarbeit, *Dokumentation der Fachtagung „Mir geht's doch gut – Jugend, Kultur und Salutogenese“ am 13. Oktober und 13. November 2000* (pp. 86-95). München: Landeshauptstadt München, Sozialreferat - Stadtjugendamt.
- Ameskamp, D., Kuhlmann, T., Leicht, A., Meyer-Thompson, H.-G., Quellhorst, S., Tretter, F., et al. (2016). *Flüchtlinge und (Opioid-)Abhängigkeit: Die Hürden der Behandlung*. Unpublished manuscript.
- Arslan, M., & Horwat, U. (2016). Interkulturelle Suchthilfe: Migration vor dem Hintergrund der Sozialraumorientierung in der Suchthilfe - Erfahrungen und aktuelle Trends aus der Sicht der Praxis. In Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) (Ed.), *Suchthilfe in kultureller Vielfalt* (Vol. Infodienst 01/16, pp. 18-20). Berlin: Fachverband der Diakonie Deutschland.
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Layne, C. M., Kim, S., Steinberg, A. M., Ellis, H., et al. (2012). Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *J Trauma Stress, 25*(6), 682-690.
- BPTK – Bundespsychotherapeutenkammer. (2015). BPTK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. Berlin: http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPTK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf.
- Bremische Bürgerschaft. (2014). Antwort des Senats auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU. Wie werden unbegleitete minderjährige Flüchtlinge unterstützt, damit sie nicht in die Drogenszene geraten?, *Drucksache 18/1259 vom 11.02.14*: Landtag 18. Wahlperiode.
- Brendler-Lindqvist, M., Norredam, M., & Hjern, A. (2014). Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden--a register-based study. *International Journal for Equity in Health, 13*:122.
- BumF. (2014). *Inobhutnahmen von unbegleiteten Minderjährigen im Jahr 2014. Auswertung der Erhebung des Bundesfachverband UMF*. Berlin: Bundesfachverband für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e.V. .
- BumF. (2016). *Auswertung Bestandszahlen vom 23.08.2016: Unbegleitete junge Flüchtlinge in der Jugendhilfe*. Berlin: Bundesfachverband für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e.V.
- BumF. (2016a). *Die Aufnahmesituation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge in Deutschland. Erste Evaluation zur Umsetzung des Umverteilungsgesetzes*. Berlin: Bundesfachverband für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e.V.
- BumF. (2016b). Versorgung, Betreuung und Unterstützung von unbegleiteten ausländischen Minderjährigen (UMA) - aktuelle Verteilung auf die Bundesländer (pp. 2). Berlin: Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e.V. .
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2009). *Unbegleitete minderjährige Migranten in Deutschland - Aufnahme, Rückkehr und Integration*. Nürnberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2015). Statistische Daten zu unbegl. minderj. Kinder (< 18 Jahre). *Anträge und Entscheidungen im Zeitraum 01.01.2015 - 31.12.2015*: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Referat 124.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2016). Aktuelle Zahlen zu Asyl (pp. 11): Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Deutscher Bundestag - 18. Wahlperiode. (2016). Beteiligung, Förderung und Schutz von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen durch die Kinder- und Jugendhilfe, *Drucksache 18/7621 vom 22.02.2016*: Antwort der Bundesregierung.
- Deutscher Bundestag - 18. Wahlperiode. (2017). Bericht über die Situation unbegleiteter ausländischer Minderjähriger in Deutschland, *Drucksache 18/11540 vom 15.03.2017*: Unterrichtung durch die Bundesregierung.
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung, 17*(4), 224-231.

- Horyniak, D., Higgs, P., Cogger, S., Dietze, P., & Bofu, T. (2016). Heavy alcohol consumption among marginalised African refugee young people in Melbourne, Australia: motivations for drinking, experiences of alcohol-related problems and strategies for managing drinking. *Ethn Health, 21*(3), 284-299.
- Horyniak, D., Higgs, P., Cogger, S., Dietze, P., Bofu, T., & Seid, G. (2014). Experiences of and attitudes toward injecting drug use among marginalized African migrant and refugee youth in Melbourne, Australia. *J Ethn Subst Abuse, 13*(4), 405-429.
- Huber, A., & Lechner, C. (2017). Die Situation unbegleiteter minderjähriger Geflüchteter in Deutschland. *Kurzdossiers: Zuwanderung, Flucht und Asyl: Aktuelle Themen*. Retrieved from <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/243276/unbegleitete-minderjaehrige-gefluechtete>
- Irmiler, D. (2009). Schwer traumatisierte Flüchtlingskinder, -jugendliche und ihre Familien als Zielgruppe der Resilienzförderung. *Sozial Extra 11/12 '09, 11*(12), 26-28.
- Kaya-Heinlein, D. (2001). Interkulturelle Aspekte von Drogenkonsum - und therapie, *Dokumentation der Fachtagung „Mir geht's doch gut – Jugend, Kultur und Salutogenese“ am 13. Oktober und 13. November 2000* (pp. 50-61). München: Landeshauptstadt München, Sozialreferat - Stadtjugendamt.
- Kimil, A. (2016). Sucht und Migration - Ausgangslage, Herausforderungen und Anregungen für die Suchthilfe in Deutschland. In Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) (Ed.), *Suchthilfe in kultureller Vielfalt* (Vol. Infodienst 01/16, pp. 7-11). Berlin: Fachverband der Diakonie Deutschland.
- Kimil, A., & Salman, R. (2010). Migration und Sucht. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (pp. 368-382): Psychiatrie Verlag.
- Lewek, M., & Naber, A. (2017). *Kindheit im Wartezustand. Studie zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Flüchtlingsunterkünften in Deutschland*: Bundesfachverband für Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V.
- Li, K., & Wen, M. (2015). Substance Use, Age at Migration, and Length of Residence among Adult Immigrants in the United States. *J Immigr Minor Health, 17*(1), 156-164.
- LWL. (2004). *'SEARCH II'. Materialien zur Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer*. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Landesjugendamt und Westfälische Schulen, Koordinationsstelle Sucht.
- Noske, B. (2015). *Die Zukunft im Blick. Die Notwendigkeit, für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge Perspektiven zu schaffen*. Berlin: Bundesfachverband für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e.V. .
- Patterson, B., Kyu, H. H., & Georgiades, K. (2012). Age at Immigration to Canada and the Occurrence of Mood, Anxiety, and Substance Use Disorders. *CanJPsychiatry, 57*(4), 210-217.
- Posselt, M., Procter, N., de Crespigny, C., & Galletly, C. (2015). Merging perspectives: obstacles to recovery for youth from refugee backgrounds with comorbidity. *Australas Psychiatry, 23*(3), 293-299.
- Reher, C., & Metzner, F. (2016). Entscheidungshilfe zur Therapieplanung bei jugendlichen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in der ambulanten Praxis. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat, 65*(), 707-728.
- Salas-Wright, C. P., & Vaughn, M. G. (2014). A "refugee paradox" for substance use disorders? *Drug Alcohol Depend, 1*, 345-349.
- Tretter, F., & Arnold, M. (2016). Workshop "Suchtprobleme bei Flüchtlingen" am 03.03.2016. München: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.
- UNICEF. (2016). *UNICEF-Lagebericht: Zur Situation der Flüchtlingskinder in Deutschland*. Köln: Deutsches Komitee für UNICEF e.V.
- Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J. M., & Plener, P. L. (2015). Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Eine systematische Übersicht. *Kindheit und Entwicklung, 24*(4), 209-224.
- Yapar, N. (2016). Migration - Sucht - Transkulturalität. Good Practice: Herkunft Ankunft - Zukunft. In Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) (Ed.), *Suchthilfe in kultureller Vielfalt* (Vol. Infodienst 01/16, pp. 24-26). Berlin: Fachverband der Diakonie Deutschland.