

Suchtspezifische Problemlagen von männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten in Wien

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Suchtspezifische Problemlagen von männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten in Wien

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autor bzw. Autorinnen:

Julian Strizek
Judith Anzenberger
Alexandra Puhm
Marion Weigl

Fachliche Begleitung durch das BMGF:

Franz Pietsch
Claudia Rafling
Raphael Bayer

Projektassistenz:

Monika Löbau

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen bzw. des Autors und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2017

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Zitiervorschlag: Strizek, Julian; Anzenberger, Judith, Puhm, Alexandra; Weigl, Marion (2017):
Suchtspezifische Problemlagen von männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten in Wien.
Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/11/4760

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Bislang existieren in Österreich noch keinerlei Daten über den Konsum von psychoaktiven Substanzen sowie mögliche Suchtprobleme unter Asylwerbern/Asylwerberinnen. Speziell für unbegleitete jugendliche Geflüchtete wird aufgrund unterschiedlicher Dispositionen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines problematischen Konsums vermutet. Ziel des Projektes war es, explorativ und qualitativ Informationen zum Substanzkonsum unter unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten zu sammeln (Ausprägung, Motive und Rahmenbedingungen, Einstellungen, Unterstützungsstrategien und -maßnahmen bei Problemen), um darauf aufbauend Empfehlungen für Suchtprävention und -beratung formulieren zu können.

Methoden

Angewendet wurde ein Mix aus qualitativen Forschungsmethoden in Anlehnung an den Ansatz „Rapid Assessment and Response“ (RAR). Dafür wurden 39 qualitative Interviews unter Einsatz von Fallvignetten mit ausschließlich männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten, zwei Fokusgruppen mit Experten/Expertinnen aus der Flüchtlings- und Suchthilfe bzw. Suchtprävention sowie ergänzende Expertengespräche durchgeführt. Handlungsempfehlungen wurden im Rahmen eines Ergebnisworkshops mit Praxisvertretern/-vertreterinnen aus relevanten Einrichtungen erarbeitet.

Ergebnisse

Konsumerfahrungen der befragten Jugendlichen mit psychoaktiven Substanzen sind sehr heterogen und reichen von exzessiven Konsummustern bis zu eher traditionell geprägten Lebensentwürfen, in denen Abstinenz dominiert. Insgesamt überwiegt der Eindruck, dass Substanzkonsum entweder gar nicht stattfindet oder problembelastet ist. Ein für Länder wie Österreich symptomatischer moderater integrierter Alkoholkonsum wird vergleichsweise selten berichtet. Gleichzeitig wird fehlende Konsumkompetenz bemängelt. Nikotin wird mit Abstand am intensivsten konsumiert, Alkohol und Cannabis liegen etwa gleich auf, wohingegen Opiate nur eine geringe Rolle spielen. Als wichtig für Konsumverläufe erweisen sich der biographische Kontext und die Rahmenbedingungen des Fluchtprozesses bzw. der Lebenssituation in Österreich. Häufig werden erste Konsumerfahrungen erst außerhalb des Herkunftslandes oder auch erst in Österreich gemacht.

Kompensatorische Konsummotive, häufig im Sinne von Selbstmedikation zur Bewältigung von Trauma-Folgestörungen oder als Coping-Strategie bei Trauer oder Stress, spielen eine wichtige Rolle. Eine zentrale Bedeutung als Ursache für Substanzkonsum kommt insbesondere Schlafproblemen zu, die in Folge von Traumatisierungen und wegen der Rahmenbedingungen der Unterbringung häufig berichtet werden. Entsprechend sind Konsummotive stärker durch den Wunsch nach

Betäubung als durch ein Interesse an Berausung geprägt. Auch fehlende Tagesstruktur, fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten und damit verbundene Langeweile sind ein zentrales Konsummotiv.

Der Einfluss von Peers ist für unbegleitete jugendliche Geflüchtete nicht zuletzt aufgrund des Fehlens familiärer Bezugspersonen von besonderer Bedeutung. Das Fehlen der zumeist als traditionell und streng beschriebenen Eltern führt auch dazu, dass neue Freiheiten erfahren werden und die zuvor erlebte soziale Sanktionierung von Substanzkonsum wegfällt. Wissen zu gesundheitlichen Folgen und zur gesetzlichen Handhabung des Konsums unterschiedlicher Substanzen ist unter den befragten Jugendlichen nur fragmentarisch vorhanden. Bei normativen Einstellungen herrschen Präferenzen für restriktive Maßnahmen vor, häufig wird ein abstinentes Leben zum Ideal erhoben. Beides wird in Bezug zu Erfahrungen aus dem Herkunftsland gesetzt.

Die von den Jugendlichen angegebenen Unterstützungsstrategien bei Problemen sind in erster Linie durch eine starke Betonung von Eigenverantwortung und Willensstärke gekennzeichnet. Die Bandbreite an professionellen Unterstützungsmöglichkeiten ist nur wenig bekannt und teilweise von Misstrauen gegenüber Behörden gekennzeichnet. Privates Unterstützungspotenzial fehlt größtenteils bzw. erweist sich als ungeeignet. Als protektive Faktoren gegen einen übermäßigen Substanzkonsum werden Sport sowie sinnstiftende Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten genannt.

Mit der Zielgruppe beschäftigte Expertinnen und Experten beschreiben Substanzkonsum als ein relevantes Problemfeld unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter, wenn auch häufig andere zugrunde liegende Probleme die Ursache bilden. Dementsprechend kommt den Rahmenbedingungen eine große Bedeutung zur Abwendung bzw. Reduktion von Risikofaktoren zu. Die Versorgung bei behandlungsrelevanten Problemen ist zunächst durch sprachliche Hürden bzw. zu wenige muttersprachliche Angebote erschwert. Zudem bestehen teilweise Vorbehalte und Skepsis gegenüber Versorgungsangeboten, was einen längerfristigen Vertrauensaufbau bzw. ressourcenaufwendige Begleitung durch Vertrauenspersonen erfordert. Umstellungen in den Versorgungsstrukturen bei Erreichen der Volljährigkeit stellen eine weitere Herausforderung dar.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Die Ergebnisse legen nahe, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen unter unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten zwar sehr heterogen ausgeprägt ist, aber dennoch durch spezifische Konsummotive, Einstellungen und Rahmenbedingungen geprägt ist, die im Rahmen von suchtpreventiven Maßnahmen berücksichtigt werden sollen. Als Ansatzpunkte für suchtpreventive bzw. suchtrelevante Maßnahmen werden Informationen zur rechtlichen Situation, die Förderung von Risikokompetenz, der Ausbau von Wissen über Angebote der Suchthilfe und andere Hilfsangebote sowie der Ausbau von Angeboten zur psychischen Unterstützung bzw. Stabilisierung diskutiert. Zur Umsetzung dieser Inhalte sollte es einen breiten Mix aus Angeboten geben (direkt für Betroffene, Multiplikatoren-Schulung, Peer-Ansätze), um der Heterogenität der Zielgruppe und ihres jeweiligen Bedarfs gerecht zu werden. Veränderungen der Rahmenbedingungen könnten einen positiven Beitrag leisten, die Zuständigkeit dafür liegt jedoch nicht im Gesundheitswesen, sondern in anderen Sektoren.

Schlüsselwörter

jugendliche/junge Geflüchtete, Substanzkonsum, Sucht, qualitative Interviews

Summary

Background

Up to now no data was available on the use of psychoactive substances among asylum seekers in Austria. Especially unaccompanied minor refugees (UMR) are often assumed to have a higher risk for problematic use due to different dispositions. The aim of the project was to collect qualitative information on substance use among UMR and young adults in Austria, focusing on characteristics of use, motives and environmental factors, attitudes, support strategies and support measures. Based on the results recommendations are formulated.

Methods

A mix of qualitative research methods was applied based on the “Rapid Assessment and Response” approach (RAR). 39 qualitative interviews were conducted with male UMR and young adults using case vignettes. In addition two focus groups and expert interviews were conducted with representatives from treatment and prevention facilities and refugee aid. Recommendations are based on all interviews and were developed in a workshop together with practitioners.

Results

UMR show a wide range of experiences with psychoactive substances, ranging from excessive consumption patterns to abstinence with a strong emphasis on a traditional lifestyle. Moderate consumption – especially of alcohol – is comparatively rarely reported. Interviewees lack experience with alcohol and according ‘safer use’ practices. Nicotine shows the highest prevalence, followed by alcohol and cannabis, whereas opiates are rarely used. Consumption patterns are determined by the biographical context and environmental factors. Initial consumption experiences are often made apart from the country of origin.

Self-medication to cope with traumatic experiences, sleep problems, mourning or stress is the key motive for consumption. A lack of both daily routines and employment opportunities lead to boredom, constituting another central motive for consumption.

Peers have a significant influence on UMR, partly compensating the lack of family ties. The absence of a traditional and strict family setting and the contact to a more lenient environment may encourage the initiation of consumption of psychoactive substances.

Knowledge about health consequences and the legal status of different substances is very limited. Normative attitudes show preferences for restrictive measures and many interviewees describe abstinence as the ultimate goal; these attitudes seem to be linked to experiences from the country of origin and are contrasting experiences made in Austria. In case of problematic consumption interviewees stress the role of self-responsibility, whereas little knowledge exists of the range of

professional support measures. Sports and training and job opportunities are mentioned to have protective effects against risky consumption patterns.

Experts working with UMR describe substance use as a relevant problem among UMR, although these are often caused by underlying and more substantial problems. Accordingly environmental factors are important to reduce risk factors. The treatment of substance related problems is impeded by barriers of language and a lack of sufficient native-language services. In addition, UMR often indicate suspicion on professional support and public authorities. Consequently professional support requires the build-up of trust or support by persons in positions of trust. Changes in the provision of care when reaching legal age represent a further challenge.

Conclusions

The results suggest that the consumption of psychoactive substances among UMR is rather heterogeneous, but nevertheless characterized by specific consumption motives, attitudes and environmental factors, which should be taken into account in addiction prevention measures. Recommended measures should cover information on the legal situation, the promotion of risk competence and safer use practices and information on the treatment sector and other support measures. In addition it seems necessary to expand services for general mental health for UMR. To meet the heterogeneity of the target group a broad mix of measures is needed. Changes in situational factors of UMR living in Austria may make a positive contribution to minimize substance related risk factors, but are outside the competence of the health sector.

Keywords

Unaccompanied minor refugees, substance use, qualitative interviews

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	VI
Abbildungen.....	XI
Tabellen	XI
Abkürzungen.....	XII
1 Einleitung	1
2 Ausgangslage: Die Situation geflüchteter Menschen und die Rahmenbedingungen ihrer Versorgung.....	3
2.1 Rechtliche Grundlagen, Zielgruppen und politische Strategien	3
2.2 Wesentliche Elemente der Versorgungssituation.....	7
2.2.1 Grundversorgung	7
2.2.2 Ausbildungsmaßnahmen und Integrationshilfe für Asylberechtigte und Asylwerber/innen.....	9
2.2.3 Zugang zum Arbeitsmarkt.....	11
2.2.4 Psychotherapeutische Angebote	12
2.3 Eckdaten zu Asylanträgen, Grundversorgung und Asylentscheidungen	14
2.3.1 Asylanträge.....	14
2.3.2 Grundversorgung	16
2.3.3 Asylentscheidungen	18
2.3.4 Relevanz neuer Asylanträge für die Migrationsstatistik.....	19
2.4 Niederschlag der rezenten Entwicklung im Asylbereich auf Routinedaten des Drogen-Monitorings	21
2.4.1 Stationäre Versorgung.....	22
2.4.2 Anzeigenstatistik	22
2.4.3 Gesundheitsbezogene Maßnahmen.....	23
2.5 Spezifika des Substanzkonsums unter geflüchteten Menschen.....	24
2.5.1 Spezifische Einflussfaktoren auf das Konsumverhalten.....	25
2.5.2 Verstärkung der Risiken durch fehlendes familiäres Netzwerk.....	26
2.5.3 Unterschiede in der Nutzung von Suchthilfe-Einrichtungen.....	27
3 Zielsetzung, Projektdesign und Methodik	29
3.1 Zielsetzung.....	29
3.2 Projektdesign.....	29
3.3 Interviews mit männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten mittels Vignettenansatz.....	31
3.3.1 Der Vignetten-Ansatz	31
3.3.2 Verwendung von Vignetten im vorliegenden Projekt.....	32
3.4 Fokusgruppen und semistrukturierte Interviews mit Expertinnen und Experten...	33
3.5 Einschränkungen und Limitationen.....	34
3.5.1 Selektion der Interviewteilnehmer/innen.....	34
3.5.2 Interview-Effekte und soziale Erwünschtheit.....	36
3.5.3 Interpretation von Aussagen.....	36
3.5.4 Fehlende Referenz- oder Vergleichsgruppe	36
4 Ergebnisse aus Interviews mit Jugendlichen.....	38
4.1 Ausprägung des Konsums psychoaktiver Substanzen in der Zielgruppe	38

4.1.1	Konsumerfahrungen und Konsummuster	38
4.1.2	Konsumverläufe	39
4.1.3	Probleme und Belastungen infolge des Konsums von Alkohol und Cannabis.....	40
4.1.4	Probleme und Belastungen infolge von Nikotinkonsum	42
4.2	Konsummotive und Einfluss der Rahmenbedingungen	43
4.2.1	Kompensatorische Konsummotive	43
4.2.2	Rausch und Betäubung	44
4.2.3	Substanzkonsum und Tagesstruktur	45
4.2.4	Die Rolle von Peers und Familie	45
4.2.5	Unsicherheit und Zukunftsängste	47
4.2.6	Verfügbarkeit von Substanzen	47
4.3	Wissen und Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen	48
4.3.1	Wissen um gesundheitliche Risiken und rechtliche Rahmenbedingungen	48
4.3.2	Normative Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen	49
4.3.3	Substanzkonsum und Geschlechterbilder.....	50
4.4	Unterstützungsstrategien.....	51
4.4.1	Betonung von Willensstärke und Eigenverantwortung.....	51
4.4.2	Protektive Faktoren	52
4.4.3	Professionelle Unterstützung (innerhalb des Versorgungssystems).....	52
4.4.4	Private Unterstützung (außerhalb des professionellen Versorgungssystems).....	53
4.4.5	Erfahrungen mit Beratungs- und Behandlungsangeboten.....	54
5	Ergänzende Erkenntnisse aus Experteninterviews und Fokusgruppen	56
5.1	Relevanz von Substanzkonsum und Suchtproblemen bei unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten nach Einschätzung beruflich einschlägig Tätiger	56
5.1.1	Relevanz des Substanzkonsums in der Flüchtlingsbetreuung	56
5.1.2	Relevanz unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter in Suchthilfe und Gesundheitseinrichtungen	57
5.1.3	Relevanz für mobile Suchthilfe und Streetwork	58
5.1.4	Präventionsangebote der Exekutive	59
5.1.5	Bedeutung unterschiedlicher Substanzen.....	60
5.2	Charakteristika des Konsums und Einfluss der Rahmenbedingungen auf das Konsumverhalten	61
5.2.1	Charakteristika des Substanzkonsums.....	61
5.2.2	Möglichkeiten der Typisierung.....	62
5.2.3	Genderaspekte.....	62
5.2.4	Einfluss der Rahmenbedingungen auf das Konsumverhalten	63
5.3	Herausforderungen im Umgang mit der Zielgruppe in der beruflichen Praxis	64
5.3.1	Herausforderungen in der Flüchtlingsbetreuung	64
5.3.2	Herausforderungen in der Suchthilfe/Suchtprävention	65
5.3.3	Erfahrungen betreffend Integration in therapeutische Versorgungsstrukturen	66
5.3.4	Herausforderungen in der Präventionsarbeit der Exekutive	67
5.4	Mögliche Ansatzpunkte oder Interventionen der Suchtprävention	68
5.4.1	Wer kann präventive Maßnahmen am besten umsetzen?	69
5.4.2	Verhältnispräventive Maßnahmen	70
6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen von Expertinnen und Experten in relevanten Versorgungsbereichen auf Basis der gesammelten Ergebnisse	72
6.1	Sicherstellen einer breiten Palette suchtpreventiver Inhalte und Angebote für die Zielgruppe	73
6.2	Fördern von Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten, um konsumreduzierende Tagesstrukturen zu schaffen	74
6.3	Einsatz von Peers in der Suchtprävention.....	75
6.4	Wissenstransfer zwischen Sucht- und Flüchtlingshilfe	75

6.5	Informationen für die Zielgruppe über Substanzen, Suchtgefahren und Hilfsangebote	76
6.6	Bessere Versorgung der Zielgruppe im Suchthilfesystem durch Schaffung zielgruppengerechter Angebote und Sensibilisierung	78
6.7	Zugang zu suchtspezifischer Unterstützung durch Einrichtungen mit Drehscheibenfunktion und aufsuchende Sozialarbeit	79
6.8	Suchterkrankungen vermeiden durch therapeutische Angebote, die sich den zugrundeliegenden Problemen widmen	80
6.9	Fördern interkultureller Kompetenz in Einrichtungen der Suchthilfe	81
6.10	Fördern eines differenzierten Bildes unbegleiteter minderjähriger Geflüchteter und Schaffen eines gedeihlichen Klimas für zivilgesellschaftliches Engagement	82
6.11	Sicherstellen der langfristigen Versorgung von bereits in Österreich befindlichen Personen und Lernerfahrungen für zünftige Herausforderungen	82
7	Quellen.....	84
	Annex 1: Vignetten und Leitfaden für Interviews mit Jugendlichen.....	88
	Annex 2: Diskussionsleitfaden und Teilnehmer/innen der Fokusgruppen zu Projektstart	90
	Annex 3: Leitfaden für semistrukturierte Experteninterviews	92

Abbildungen

Abbildung 2.1: Jährliche Entwicklung der Asylanträge in Österreich, 2002 bis 2016 (langfristige Entwicklung)	15
Abbildung 2.2: UMF in der Grundversorgung nach Bundesland (Stand Februar 2017).....	17
Abbildung 2.3: Asylentscheidungen in Österreich im Zeitverlauf.....	19

Tabellen

Tabelle 2.1: Asylanträge von UMF im Zeitraum 2006–2016, gesamt sowie nach ausgewählten Herkunftsstaaten	16
Tabelle 2.2: Bevölkerung mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft zum Stichtag 1. 1. 2016, nach Staatsangehörigkeit	20
Tabelle 3.1: Überblick über Interviewteilnehmer und betreuende UMF-Einrichtungen.....	31
Tabelle 3.2: Überblick über Teilnehmer/innen an den Experteninterviews.....	34

Abkürzungen

AK	Arbeiterkammer
AMS	Arbeitsmarktservice
App	Software–Applikation für mobile Geräte
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AWS	Austria Wirtschaftsservice
BFA	Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
CoRE	Centre of Refugee Empowerment
DOKLI	Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen
EBDD/EMCDDA	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht/European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
FSW	Fonds Soziales Wien
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
LKA	Landeskriminalamt
ISP	Institut für Suchtprävention
MA	Magistratsabteilung
MEN	Männergesundheitszentrum im Kaiser Franz Josef–Spital
MiMi	Mit Migranten für Migranten – interkulturelle Gesundheitslotsen/–lotsinnen in Wien
ÖIF	Österreichischer Integrationsfonds
PROSA	Projekt Schule für Alle
SAM	sozial, sicher, aktiv, mobil; Bereich mobile soziale Arbeit in der Suchthilfe Wien
SMG	Suchtmittelgesetz
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees / Hohes Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen
UMF	unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

1 Einleitung

Die Versorgung von geflüchteten Menschen ist spätestens seit dem starken Anstieg von Asylanträgen im Jahr 2015 in Österreich ein vieldiskutiertes Thema. Unter anderen Aspekten wurde dabei – insbesondere medial – auch der Umgang unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter¹ mit psychoaktiven Substanzen diskutiert.

Negative Auswirkungen von Trauma und Verfolgung sind spezifische Belastungsfaktoren von geflüchteten Menschen, die sich negativ auf ihre Integrationsbestrebungen auswirken (UNHCR 2013). Ebenso ist bekannt, dass Selbstmedikation bei Traumatisierungen, also der Versuch, den Traumafolgen eigenständig mit Betäubung entgegen zu wirken, Substanzkonsum fördern kann und zu einem erhöhten Suchtrisiko führt.

Die erhöhte Vulnerabilität von geflüchteten Menschen in Bezug auf Suchterkrankungen findet im „EU ACTION PLAN ON DRUGS 2017–2020“ Beachtung. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht empfiehlt daher, zur Identifizierung sich abzeichnender Probleme Bedarfsanalysen durchzuführen und die derzeit bestehende Datenlücke in diesem Bereich zu schließen (EMCDDA 2017). Der vorliegende Bericht bietet eine explorative Beschreibung dieses Themenfeldes unter Berücksichtigung der Ausgangslage und der spezifischen Rahmenbedingungen in Österreich (vgl. Kap. 2).

Die Datenquellen für ein Drogen-Monitoring sind im Wesentlichen Routinedaten – z. B. aus dem Behandlungssystem – oder mit quantitativen Methoden gewonnene Daten, etwa Fragebogenerhebungen in der Gesamtbevölkerung oder im Schulsetting. Über Personengruppen, die im Behandlungssystem aus unterschiedlichen Gründen unterrepräsentiert sind bzw. die mit diesen Befragungsmethoden nicht erreicht werden können, stehen daher nur wenige Informationen zur Verfügung. Geflüchtete Menschen sind eine Personengruppe, auf die beide Aspekte zutreffen und zu der bislang noch keinerlei Ergebnisse aus Österreich hinsichtlich Substanzkonsum und Suchtrisiko vorliegen. Aus diesem Grund wurden für das gegenständliche Projekt Informationen mittels qualitativer Methoden (Interviews mit betroffenen Jugendlichen und Interviews mit relevanten Professionisten/Professionalistinnen, Fokusgruppen, vgl. Kap. 3) erhoben, um die Situation in Wien (und Umgebung) und einen sich daraus ableitbaren Handlungsbedarf beschreiben zu können. Die Ergebnisse aus den Interviews werden in Kap. 4 und Kap. 5 zusammengefasst.

1

In Fachkreisen wird zunehmend die Bezeichnung *Geflüchtete* anstelle der Bezeichnung *Flüchtlinge* verwendet. Dem wird in diesem Bericht insofern Rechnung getragen, als dort, wo konkret von Personen gesprochen wird, die Formulierung *Geflüchtete* verwendet wird. Bei zusammengesetzten Wörtern werden aus Gründen der einfachen Lesbarkeit aber weiterhin bereits etablierte Begriffe (z. B. *Flüchtlingshilfe* oder *Flüchtlingsbetreuung*) oder Abkürzungen (z. B. *UMF-Einrichtung*) verwendet. Da die Zielgruppe überwiegend, aber nicht ausschließlich aus Minderjährigen besteht, wird zudem überall dort, wo von den (ausschließlich männlichen) Interviewpartnern gesprochen wird, die Wortfolge *unbegleitete jugendliche Geflüchtete* verwendet. Der Begriff *Jugendlicher* bezieht sich in diesem Bericht nicht ausschließlich auf Personen zwischen 14 und 18 Jahren, wie es z. B. in unterschiedlichen Jugendschutzgesetzen der Fall ist, sondern auf die gesamte Gruppe der befragten Personen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren. Die Abkürzung *UMF* wird wiederum ausschließlich in Passagen verwendet, die sich explizit auf Minderjährige beziehen (z. B. *UMF-Einrichtungen* oder Statistiken über die Anzahl an *UMF* in Österreich).

Die Integration von geflüchteten Menschen ist ein Querschnittsthema und das Gelingen oder Nichtgelingen von Integration ist von zahlreichen Faktoren (etwa Wohnen, Spracherwerb, Gesundheit, Chancen am Arbeitsmarkt) abhängig, die sich wechselseitig beeinflussen (UNHCR 2013). Ebenso ist Gesundheit eine Querschnittsmaterie, die in Wechselwirkung mit unterschiedlichen Faktoren steht bzw. im Sinne des Grundsatzes *Health in All Policies/HiAP* in unterschiedlichen politischen Sektoren Berücksichtigung finden sollte. Vor dem Hintergrund dieser Schnittmenge von gesundheitlichen und sozialen Aspekten werden in Kap. 6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen formuliert, die zu einer Verbesserung der Versorgungslage der Zielgruppe sowie zur Prävention von Suchtproblemen beitragen können.

2 Ausgangslage: Die Situation geflüchteter Menschen und die Rahmenbedingungen ihrer Versorgung

In diesem Kapitel werden gesetzliche Grundlagen und behördliche Rahmenbedingungen sowie Erkenntnisse aus der Literatur dargestellt, um die spezifische Ausgangssituation von geflüchteten Menschen in Wien skizzieren zu können. Diese Ausgangssituation setzt sich sowohl aus Faktoren, die mit der Flucht verbunden sind, als auch aus solchen, die sich aus den Rahmenbedingungen im Aufnahmeland ergeben, zusammen. Diese Rahmenbedingungen können aufgrund ihres Umfangs sowie regionaler Unterschiede nur beispielhaft und selektiv für Wien dargestellt werden.

2.1 Rechtliche Grundlagen, Zielgruppen und politische Strategien

Definitionen und Bedeutung des Rechtsstatus

Sammelbegriffe wie „Flüchtling“ oder Formulierungen wie „geflüchtete Menschen“ sind häufig aus sprachpragmatischen Gründen notwendig, überdecken aber die Heterogenität dieser Personengruppen, die sich aus unterschiedlichen Rechtsstatus ergibt, die mit verschiedenen Rechten und Pflichten verbunden sind und so die Rahmenbedingungen für den Aufenthalt in Österreich (ebenso wie in anderen Ländern) festlegen.

Welchen Status eine geflüchtete Person in Österreich hat – ob sie etwa Asylwerber/in oder Asylberechtigte ist – ist insofern von großer Bedeutung, als dieser Status etwa die Möglichkeiten einer Erwerbsarbeit nachzugehen oder Sozialleistungen zu beziehen, bestimmt. Im Folgenden wird eine Definition häufig verwendeter Begriffe vorgenommen:

- » **Flüchtlinge** im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention sind Personen, die sich aus wohl begründeter Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmte sozialen Gruppen oder politischen Überzeugung außerhalb ihres Herkunftsstaates befinden und den Schutz ihres Herkunftslandes aufgrund eines der oben genannten Punkte nicht in Anspruch nehmen können oder wollen.
- » **Asylwerber/innen** bezeichnet Personen ab Einbringung eines Asylantrags bis zu dessen rechtskräftigem Abschluss bzw. bis zur Einstellung oder Gegenstandslosigkeit des Verfahrens (§ 2 Abs 1 Z 14 AsylG 2005).
- » **Asylberechtigte** sind Personen, die das zunächst befristete und schließlich dauernde Einreise- und Aufenthaltsrecht, das Österreich Fremden nach den Bestimmungen des AsylG 2005 gewährt, haben (§ 2 Abs 1 Z 15 AsylG 2005). Asylberechtigte haben freien Zugang zum Arbeitsmarkt und haben nach Ablauf der Grundversorgung (vgl. Kap. 2.2) Anspruch auf Sozialleistungen, wobei dieselben Kriterien herangezogen werden wie für österreichische Staatsbür-

ger/innen. Insgesamt sind Asylberechtigte österreichischen Staatsbürgern und Staatsbürgerinnen weitgehend gleichgestellt, verfügen aber über kein Wahlrecht und sind auch nicht wehrpflichtig.

- » **Subsidiär Schutzberechtigte** sind Personen, die mangels Verfolgung kein Asyl erhalten, deren Leben bzw. Unversehrtheit im Herkunftsland aber trotzdem bedroht wird. Der Status des subsidiär Schutzberechtigten gewährt das vorübergehende, verlängerbare Einreise- und Aufenthaltsrecht nach dem AsylG 2005 (§ 2 Abs 1 Z 16 AsylG 2005). Subsidiär Schutzberechtigte sind in einigen rechtlichen Fragen schlechter gestellt als Asylberechtigte (z. B. in Bezug auf Familiennachzug, Einbürgerung oder Anspruch auf Sozialleistungen).
- » **Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF)** sind Personen unter 18 Jahren, die ohne ein Elternteil oder eine sonstige obsorgeberechtigte Person im Land sind. Für diese Kinder und Jugendlichen bestehen Sonderbestimmungen für Betreuung und Versorgung, z. B. zur Unterbringung in speziellen Unterkünften oder zum Familiennachzug. So müssen im Falle eines Familiennachzuges der Eltern etwa zusätzliche Voraussetzungen (Unterkunftsnachweis, Krankenversicherung, feste und regelmäßige Einkünfte) nicht erfüllt werden.
- » Das AsylG 2005 sieht die **Ausstellung von Karten** für Asylwerbende, Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte vor. Zunächst ist einem/einer Asylwerbenden nach Einbringung des Antrages ohne unnötigen Aufschub eine Verfahrenskarte auszustellen. Diese berechtigt bei Versorgung in einer Betreuungseinrichtung des Bundes zum Aufenthalt in dieser und zur Teilnahme an der Versorgung. Darüber hinaus können durch die Verfahrenskarte jene Verfahrensschritte dokumentiert werden, die erforderlich sind, um das Zulassungsverfahren abzuschließen (§ 50 AsylG 2005). Einem/einer Asylwerbenden, dessen/deren Verfahren zugelassen ist, ist eine Aufenthaltsberechtigungskarte auszustellen. Diese Karte ist bis zu einer durchsetzbaren Entscheidung, zur Einstellung oder zur Gegenstandslosigkeit des Verfahrens gültig und dient dem Nachweis der Identität (§ 51 AsylG 2005). Wird Asyl zuerkannt, ist eine Karte für Asylberechtigte (§ 51a AsylG 2005) bzw. für subsidiär Schutzberechtigte eine Karte für subsidiär Schutzberechtigte (§ 52 AsylG 2005) auszustellen. Wie sich in den Interviews gezeigt hat, haben diese Karten große Bedeutung für die geflüchteten Personen und wird der jeweilige Status auch mit der Farbe der jeweiligen Karte in Verbindung gebracht.

Zielgruppendefinition des gegenständlichen Projekts

Im gegenständlichen Projekt wurden zunächst geflüchtete Jugendliche und junge Erwachsene als Zielgruppe definiert. Interviews wurden aufgrund der leichteren Erreichbarkeit über betreute Wohneinrichtungen ausschließlich mit männlichen jugendlichen Geflüchteten (größtenteils Minderjährige) durchgeführt, die sich in einem laufenden Asylverfahren befinden und über ausreichende Sprachkenntnisse verfügten, um an einem Interview teilzunehmen. Interviews mit weiblichen jugendlichen Geflüchteten konnten hingegen nicht durchgeführt werden, da diese nicht in den beteiligten Einrichtungen betreut wurden. Entsprechend beziehen sich Aussagen zu den Interviews mit Jugendlichen immer ausschließlich auf männliche Personen, wohingegen zu weiblichen jugendlichen Geflüchteten lediglich fragmentarische Aussagen aus den Expertengesprächen zur Verfügung stehen.

Für viele Fragestellungen sind gerade die Übergänge von einem Rechtsstatus in einen anderen relevant (von asylwerbend auf asylberechtigt, von minderjährig auf volljährig), da diese mit verschiedenen Anspruchsberechtigungen verknüpft sind. Die Zielgruppe des gegenständlichen Projektes sind somit unbegleitete jugendliche Geflüchtete, wobei die meisten Interviewpartner² der Definition von UMF entsprechen.

Wesentliche jüngste Gesetzesänderungen mit Relevanz für die Zielgruppe³

Die rechtlichen Grundlagen für Abläufe und Formen von Asylverfahren werden in Österreich im Asylgesetz 2005 (AsylG 2005) geregelt. Mit der Änderung des AsylG 2005 durch die Novelle BGBl I 2016/24 im Frühjahr 2016 wurde die Möglichkeit geschaffen, das Recht auf ein Asylverfahren einzuschränken, wenn eine Überforderung der staatlichen Behörden bzw. eine Überlastung der öffentlichen Dienste droht. Eine weitere wesentliche Änderung betrifft den Punkt „**Asyl auf Zeit**“, womit ein auf drei Jahre befristeter Asylstatus bei einer positiven Entscheidung der Asylbehörde gemeint ist. Erst dann, wenn innerhalb dieser drei Jahre keine Voraussetzung für ein Aberkennungsverfahren vorliegt – insbesondere wenn auf Basis einer behördlichen Analyse der Situation im Herkunftsland weiterhin Schutzbedarf besteht –, erwächst aus diesem befristeten Asylbescheid ein unbefristetes Aufenthaltsrecht (§ 3 Abs 4 AsylG 2005). Nachteile aus dieser neuen Regelung ergeben sich insbesondere durch eine andauernde Unsicherheit und damit verbundene psychische Belastungen. Zusätzlich ergeben sich durch diese Rechtsunsicherheit auch praktische Nachteile bei der Wohnungssuche und am Arbeitsmarkt (Asylkoordination Österreich 2016).

Im Juni 2017 trat ein wesentlicher Teil des **Integrationsgesetzes**, BGBl I Nr 2017/68, in Kraft, das nach dem Prinzip „Fordern und Fördern“ Betroffene verpflichtet, an angebotenen Maßnahmen mitzuwirken. So müssen Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte unter anderem eine Integrationserklärung abgeben, nach der sie sich verpflichten, an den angebotenen Deutschkursen (Zielniveau A1 und A2) sowie an einem achtstündigen „Wertekurs“ teilzunehmen. Personen, die an diesen Kursen nicht teilnehmen, können laut Integrationsgesetz mit Kürzungen der Sozialhilfe bzw. der bedarfsorientierten Mindestsicherung sanktioniert werden (§ 6 Integrationsgesetz) (ÖIF 2017).

Nationale Strategien zur Integration geflüchteter Menschen mit Relevanz zu Gesundheitsfragen

Auf strategischer Ebene wurde im Jahr 2010 ein „Nationaler Aktionsplan Integration“ beschlossen, der Handlungsfelder definiert sowie darauf aufbauend Maßnahmen für unterschiedliche Sektoren

2

In Aussagen, die sich auf die ausschließlich männlichen Interviewpartner beziehen, unterbleibt das Gendern.

3

Berücksichtigt wurden ausschließlich Gesetzesänderungen, die bis Ende November 2017 auch tatsächlich umgesetzt wurden. Nicht berücksichtigt wurden geplante Gesetzesänderungen, die nach den Nationalratswahlen 2017 im Rahmen der Regierungsbildung diskutiert wurden.

und Indikatoren zur Messung formuliert (BMEIA 2010a; BMEIA 2010b; BMEIA 2010c). Für den Gesundheitsbereich werden fünf Maßnahmen formuliert, die sich allerdings **nicht spezifisch** auf geflüchtete Menschen, sondern allgemein auf Personen mit Migrationshintergrund beziehen⁴.

Aufbauend auf diesen Nationalen Aktionsplan Integration wurde Ende 2015 – also zu jenem Zeitpunkt, als die Anzahl der Asylanträge ihren Höhepunkt erreichte – im Auftrag des BMEIA ein „50-Punkte-Plan zur Integration von Asylberechtigten und subsidiär Schutzberechtigten in Österreich“ (BMEIA 2015) verabschiedet. Dieser enthält neben Forderungen zum Ausbau von Angeboten teilweise auch Vorschläge für Sanktionsmöglichkeiten bei mangelnder Kooperation von Anspruchsnehmern/-nehmerinnen (z. B. Kürzung der bedarfsorientierten Mindestsicherung bei Nichterfüllung des Integrationsplans). Empfehlungen werden für unterschiedliche Handlungsfelder formuliert. So wird etwa im Themenfeld „Gesundheit und Soziales“ allgemein betont, dass die **Stärkung der Gesundheitskompetenz**, der Gesundheitsförderung und des Präventionsgedankens im Vordergrund stehen soll und besonderes Augenmerk auf die **psychische Gesundheit** zu legen ist.

Konkrete Forderungen (Punkte 25 bis 27) werden erhoben in Bezug auf:

- » Ausbau von Dolmetsch-Initiativen in der Akutversorgung,
- » Ausbau von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Schaffung von mehrsprachigen Angeboten,
- » Ausbau von schulärztlichen Untersuchungen (höhere Frequenz) und Erweiterung auf psychologische Maßnahmen sowie Schaffung einheitlicher Qualitäts- und Dokumentationsstandards.

Darüber hinaus werden folgende Forderungen gestellt, die für das gegenständliche Thema von besonderer Relevanz sind (BMEIA 2015):

- » Schaffung von Sprachangeboten für schulpflichtige und nicht mehr schulpflichtige Jugendliche (Punkte 3 und 4, Handlungsfeld Sprache und Bildung)
- » Schaffung von Angeboten zu Berufsorientierung, Unterstützung bei der Erhebung und Anerkennung vorhandener Qualifikationen und dem Setzen von Anreizen auf Unternehmenseite, um die berufliche Integration von jugendlichen Geflüchteten zu erleichtern (Punkte 12, 13, 15 und 16, Handlungsfeld Arbeit und Beruf)
- » Einsatz von Community-Beauftragten als Role-Models, die eine Brückenfunktion in der Integration wahrnehmen sollen (Punkt 31, Handlungsfeld interkultureller Dialog) sowie Ausbau von Buddy-Systemen im Sport- und Freizeitbereich und Erhöhung des Budgets für Integrationsprojekte im Bundessportförderungsprogramm (Punkt 36 und 38, Handlungsfeld Sport und Freizeit)

4

Die fünf Maßnahmen lauten: (1) Stärkung der interkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen, (2) Qualitätssicherung in Krankenanstalten und im Krankenanstaltenverbund, (3) Verbesserung der Health-Literacy, (4) Schaffung spezifischer Angebote zum Schutz der Gesundheit, (5) Stärkung der beruflichen Perspektiven von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitsbereich. Als Indikatoren zur Messung einer erfolgreichen Integration im Gesundheitsbereich werden insbesondere die Lebenserwartung bei der Geburt (nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Geburtsland) sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorgeleistungen (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und Brustkrebs-Screening) herangezogen.

- » Ressourcenaufstockung für den gesamten Integrationsbereich (Punkt 46) sowie Förderung des Datenaustausches und wissenschaftlicher Begleitforschung rund um die Flüchtlingsthematik (Punkte 49 und 50, Handlungsfeld Allgemeine strukturelle Maßnahmen).

Kernaussagen und Schlussfolgerungen

- » Der Asylstatus hat eine enorme Bedeutung für die Lebenssituation geflüchteter Menschen, da mit ihm zahlreiche Rechte und Pflichten verknüpft sind und er somit nahezu alle zukünftigen Entscheidungen determiniert.
- » Die Zielgruppe des gegenständlichen Projektes sind unbegleitete jugendliche Geflüchtete, wobei der Großteil der Interviewpartner noch minderjährig war und somit der Definition von UMF entspricht. Interviews mit weiblichen Geflüchteten konnten aufgrund des gewählten Projektdesigns nicht durchgeführt werden.
- » Jüngste rechtliche Änderungen in der Asylgesetzgebung haben bewirkt, dass die Anzahl der Asylanträge eingeschränkt wurde. Gleichzeitig wurden mit dem Prinzip „Asyl auf Zeit“ und dem Umgang mit Minderjährigkeit in Asylverfahren Änderungen umgesetzt, die es jugendlichen Geflüchteten erschweren, einen auf Dauer gesicherten Aufenthaltsstatus in Österreich zu erlangen.
- » Auf strategischer Ebene werden im „50-Punkte-Plan zur Integration von Asylberechtigten und subsidiär Schutzberechtigten in Österreich“ unter anderem der Ausbau von Dolmetsch-Initiativen in der Akutversorgung, der Ausbau von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Ausbau eines Buddy-Systems im Freizeitbereich gefordert.

2.2 Wesentliche Elemente der Versorgungssituation

Die Versorgung von Asylwerbern/Asylwerberinnen findet auf Länderebene statt und weist dementsprechend Unterschiede auf. Wien versorgt etwa ein Viertel aller Asylwerbenden, die sich in der Grundversorgung befinden, und übererfüllt damit die zwischen Bund und Ländern festgelegte Quote (120 %). Dass geflüchtete Menschen nach Wien oder in andere Ballungsräume ziehen wollen, wird meist mit dem erleichterten Zugang zu sozialen Netzen sowie der größeren Bandbreite an Beschäftigungsmöglichkeiten begründet (UNHCR 2013).

2.2.1 Grundversorgung

Während des Asylverfahrens haben Asylwerber/innen keinen Anspruch auf Sozialleistungen wie Mindestsicherung, Familienbeihilfe oder Kinderbetreuungsgeld. Stattdessen werden sie im Rahmen der Grundversorgung unterstützt, die aus einer **zeitlich begrenzten Basisversorgung** im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer besteht. Anspruch auf Grundversorgung haben sowohl Asylwerber/innen, während ihr Asylverfahren läuft, als auch Asylberechtigte in den ersten vier Monaten nach Asylgewährung.

Das Leistungsspektrum der Grundversorgung in Wien umfasst derzeit (FSW 2017) für Personen in betreuten Unterkünften

- » die Versorgung mit angemessener Verpflegung (Vollverpflegung mit drei Mahlzeiten pro Tag oder Verpflegungsgeld für Selbstversorger/innen in Höhe von 5,50 Euro pro Tag sowie
- » die Gewährung eines monatlichen Taschengelds (in Wien derzeit 40 Euro pro Monat für Personen in betreuten Unterkünften) plus 10 Euro Freizeitgeld pro Monat für Personen in betreuten Unterkünften.

Privat wohnende Personen erhalten einen Mietzuschuss in der Höhe von 150 Euro für Einzelpersonen bzw. 300 Euro für Familien sowie ein Verpflegungsentgelt von 215 Euro für Erwachsene und UMF sowie 100 Euro für begleitete Minderjährige. Darüber hinaus werden unabhängig von der Wohnform folgende Leistungen geboten:

- » Gewährung von Sach- oder Geldleistungen zur Erlangung der notwendigen Bekleidung (max. 150 Euro pro Jahr)
- » Schulbedarf für Schüler/innen bis maximal 200 Euro pro Jahr
- » Durchführung einer medizinischen Untersuchung im Bedarfsfall
- » Sicherung der Krankenversorgung im Sinne des ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz)
- » Übernahme der Fahrtkosten bei behördlichen Ladungen und Überstellungen.

Das Anrecht auf Grundversorgung kann allerdings erlöschen, wenn eine Person aufgrund einer strafbaren Handlung gerichtlich verurteilt wird. Ebenso kann für Personen, die die Aufrechterhaltung der Ordnung in einer Unterkunft durch ihr Verhalten fortgesetzt und nachhaltig gefährden, die Grundversorgung eingeschränkt oder eingestellt werden.

Nach Ablauf der Grundversorgung haben Asylberechtigte Anspruch auf Beantragung von **Sozialleistungen** (Mindestsicherung, Kinderbetreuungsgeld, Familienbeihilfe). Welcher Anspruch konkret besteht, ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt und manche Landesbestimmungen sehen auch Sonderbestimmungen für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte vor. So erhalten etwa in Oberösterreich Asylberechtigte mit einem befristeten Aufenthaltsrecht und subsidiär Schutzberechtigte abweichend von der Mindestsicherung lediglich eine Basisleistung und einen vorläufigen Steigerungsbetrag (§ 4 Abs 3 Oö Mindestsicherungsgesetz). Ein vorläufiger Steigerungsbetrag wird dann zuerkannt, wenn die betroffenen Asylberechtigten bzw. subsidiär Schutzberechtigten gegenüber der Behörde eine Integrationserklärung abgeben (§ 13 Abs 3c Oö Mindestsicherungsgesetz).

Die Dauer eines Asylverfahrens variiert sehr stark. Seit der Novellierung des AsylG 2005 durch BGBl I 2016/24 haben die Behörden binnen 15 Monaten über einen Asylantrag zu entscheiden (§ 22 Abs 1 AsylG 2005) – vor der Novelle waren es sechs Monate. Von der Einreise nach Österreich bis zum vollständigen Abschluss des Asylverfahrens, kann es jedoch deutlich länger als diese 15 Monate dauern, was nicht nur für die betroffene Person mit erheblichen Nachteilen (rechtliche Unsicherheit, psychische Belastung) verbunden ist, sondern im Falle von UMF auch eine erhebliche Verschlechterung der Chancen auf einen erfolgreichen Antrag auf Familienzusammenführung bedeutet.

2.2.2 Ausbildungsmaßnahmen und Integrationshilfe für Asylberechtigte und Asylwerber/innen

Personen, die eine **Asylberechtigung** erhalten haben, sind verpflichtet, sich unverzüglich bei dem zuständigen Integrationszentrum des ÖIF (Österreichischer Integrationsfonds) zu melden. In einem persönlichen Gespräch soll über Integrationserfordernisse und Integrationsleistungen informiert werden und einerseits die Eigenverantwortlichkeit des Asylberechtigten betont werden, andererseits sollen Erwartungen (Erlernen der deutschen Sprache) und Rahmenbedingungen (demokratische Ordnung der Republik Österreich) vermittelt werden. Im Rahmen eines Aberkennungsverfahrens kann beim ÖIF auch Auskunft darüber verlangt werden, ob betroffene Personen an Integrationsmaßnahmen teilgenommen haben und ob entsprechende Integrationsfortschritte zu verzeichnen sind.

Integrationshilfe für Asylberechtigte⁵ umfasst insbesondere Sprachkurse sowie Kurse zur Aus- und Weiterbildung und wird von privaten, kirchlichen oder humanitären Einrichtungen angeboten, deren Leistungen über einen Kostenersatz refundiert werden. Integrationshilfe ist nach Maßgabe vorhandener finanzieller und organisatorischer Ressourcen nicht nur Asylberechtigten zu gewähren, sondern auch Asylwerbern/Asylwerberinnen, die aus Herkunftsstaaten kommen, die eine sehr hohe Anerkennungsquote haben und für die somit die Zuerkennung von Asyl wahrscheinlich ist. Im Jahr 2015 wurde im Bundesministerium für Finanzen ein Integrationstopf von 75 Millionen Euro angesiedelt, der für Maßnahmen aus allen Ministerien zur Verfügung steht und dessen Schwerpunkt auf Deutschkursen und Lehrplätzen liegt (arbeit plus 2016). Weitere 70 Millionen wurden im Jahr 2015 für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen (ebenfalls Deutschkurse, aber auch für Kompetenz-Checks, Aus- und Weiterbildung) vorgesehen. Dieser Betrag wurde für das Jahr 2017 auf 94 Millionen Euro angehoben.

Die Notwendigkeit von Weiterbildungsmaßnahmen für **nicht schulpflichtige Asylwerber/innen** ergibt sich dadurch, dass diesen Personen der Zugang zu Bildung speziell erschwert ist (SOS-Mitmensch 2017; UNHCR 2013). Der erschwerte Zugang beruht einerseits auf individuellen Faktoren, etwa wenn Jugendliche Unterstützung bei der Trauma-Bewältigung benötigen würden und Therapieplätze nicht verfügbar oder nicht leistbar sind, Personaldokumente und Befähigungsnachweise verloren wurden oder Jugendliche nur begrenzt auf soziale Netze zur Unterstützung zurückgreifen können. Zusätzliche Probleme bestehen in Form von Schwierigkeiten bei der Anerkennung von Qualifikationen, Befähigungsnachweisen und Bildungsabschlüssen, in Form von langer Untätigkeit im Asylsystem oder in Form eines Ausschlusses von Asylwerbern/Asylwerberinnen von bestehenden Fördermaßnahmen; beispielsweise sind Asylwerber/innen von der seit Herbst

5

Die Mehrzahl der Projekte zur Unterstützung anerkannter Geflüchteter liegt in den Bereichen Wohnen, Arbeitsmarkt und Spracherwerb/Erwachsenenbildung. Eine Liste dieser Einrichtungen findet sich in einem Bericht des UNHCR (2013).

2016 geltenden Ausbildungspflicht bis zum 18. Lebensjahr⁶ ausgenommen (Medien-Serviceestelle Neue Österreicher/innen 2017).

Eine rezente Erhebung zur Arbeitsmarktsituation (Hosner et al. 2017) unter 1.200 Geflüchteten in fünf österreichischen Bundesländern ergab unter anderem, dass sich einerseits Bildungsabschlüsse zwischen Personen aus unterschiedlichen Herkunftsländern stark unterscheiden, andererseits Arbeit und Ausbildung unter Geflüchteten allgemein einen hohen Stellenwert haben.

In der Praxis sind jugendliche Asylsuchende aufgrund der Unübersichtlichkeit der verfügbaren Bildungsangebote häufig abhängig vom persönlichen Engagement von Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen oder von ehrenamtlichen Unterstützungen. Auch jugendliche Asylsuchende mit Familie in Österreich sind häufig nur schlecht über die wenigen Angebote informiert. Forderungen von SOS-Mitmensch (2017) umfassen daher u. a. die Ausweitung der Ausbildungspflicht sowie die vollständige Öffnung der Lehre für Asylwerber/innen sowie die Beseitigung von strukturellen Hindernissen (z. B. unbezahlbare Fahrtkosten, mangelnder Informationsfluss). Angebote für nicht mehr schulpflichtige Jugendliche sind österreichweit Basisbildungskurse, Übergangslerngänge sowie Lehrstellen in Mangelberufen, wobei die praktische Umsetzung von Bundesland zu Bundesland stark variiert.

In Wien werden unter dem Titel „**Integration ab dem ersten Tag**“ auch Maßnahmen angeboten, die sich speziell an Asylwerber/innen in der Grundversorgung richten, die bereits die Schulpflicht absolviert haben. Über die **Wiener Bildungsdrehscheibe** werden für diese Zielgruppe folgende Angebote bereitgestellt:

- » Orientierungsberatung, Sprachstandserhebung und Bildungscoaching
- » Kompetenzerhebung und -dokumentation
- » Individuelle Perspektiven- und Zielabklärung
- » Orientierung über das Bildungssystem in Österreich
- » Festlegen der nächsten Schritte/Maßnahmen in Form einer Empfehlung
- » Zubuchung zu passenden Bildungsangeboten (zum Beispiel Alphabetisierungs- und Deutschkurse, Basisbildungsangebote oder StartWien – das Jugendcollege)
- » Weitervermittlung zu Bildungsangeboten (zum Beispiel Pflichtschulabschluss, weiterführende Schulen, Hochschulen)
- » Dokumentation des Bildungsbedarfes

Beratung wird in mehreren Sprachen angeboten und orientiert sich an den Stärken, Fähigkeiten und persönlichen Zielen der betroffenen Personen. Die Vermittlung zu diesen Angeboten soll in erster Linie über Betreuer/innen der Grundversorgung erfolgen (AWS Soziales Wien 2017).

6

Die Ausbildungspflicht besagt, dass Jugendliche eine weiterführende Schule, eine Lehrausbildung, eine AMS-Qualifizierung oder eine Produktionsschule besuchen müssen und der Bund bzw. die Länder auch dazu verpflichtet sind, entsprechende Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen.

Weitere spezifische Ausbildungsprojekte für Asylwerber/innen in Wien sind „**StartWien – Das Jugendcollege**“ und „**PROSA – Projekt Schule für Alle!**“. Beide Initiativen richten sich an die Zielgruppe nicht mehr schulpflichtiger jugendlicher Geflüchteter zwischen 15 und 20 bzw. 21 Jahren. Prosa bietet dabei 50 Plätze pro Semester und hat ca. 400 Personen auf der Warteliste. Für Jugendliche aus Wien wird zudem ein Fahrtkostenersatz geboten. Das Jugendcollege bietet Platz für bis zu 1.000 Jugendliche und junge Erwachsene und versucht, einen bruchlosen Bildungsweg über einen gemeindefinanzierten Ausbildungsplatz (für Asylsuchende) bis zu einem AMS-finanzierten Ausbildungsplatz (für Asylberechtigte) zu ermöglichen.

Infomodule im Rahmen des EU-Projekts **CoRE** (Centre of Refugee Empowerment) verfolgen dem Projektnamen entsprechend einen „Empowerment-Ansatz“ und beinhalten unter anderem einen Peer-Mentoring-Ansatz, nach dem Jugendliche und junge Mütter ein Mentorentraining sowie muttersprachliche Beratungsmodule in Farsi/Dari, Paschtu, Arabisch, Englisch und Somali erhalten (CoRE 2017).

2.2.3 Zugang zum Arbeitsmarkt

Asylwerber/innen haben während des Zulassungsverfahrens (Prüfung, welcher EU-Staat für das Asylverfahren zuständig ist, dem sich das inhaltliche Prüfverfahren anschließt)⁷ sowie in den drei Monaten nach Zulassung des Verfahrens keinen regulären **Zugang zum Arbeitsmarkt**. Nach Ablauf dieser drei Monate ist für Asylwerber/innen eine Beschäftigung derzeit unter folgenden Bedingungen möglich: Einerseits kann einem bestimmten Kontingent von Asylwerbern/Asylwerberinnen eine befristete Beschäftigungsbewilligung von sechs Monaten ausgestellt werden („Ersatzkräfteverfahren“), die auf die Bereiche Gastronomie und Landwirtschaft beschränkt ist (arbeit plus 2016). Andererseits können Beschäftigungsbewilligungen auch für Asylwerber/innen unter 25 Jahren für bestimmte Lehrberufe ausgestellt werden, allerdings nur, wenn in diesem Lehrberuf ein nachgewiesener Lehrlingsmangel herrscht (Ersatzkraftverfahren). Diese Einschränkung der Möglichkeiten wird insbesondere bei abgelegenen Flüchtlingsquartieren durch eine unzureichende Mobilitätsinfrastruktur verschärft. Unbezahlte Tätigkeiten sind (in einem begrenzten Ausmaß für 1.000 Asylberechtigte) im Rahmen des freiwilligen Integrationsjahrs bei Einrichtungen möglich, die nach dem Zivildienst- oder Freiwilligengesetz als Träger anerkannt sind (arbeit plus 2016). Zusätzlich ist eine Teilnahme an gemeinnützigen Tätigkeiten möglich, die mit 3 bis 5 Euro pro Stunde bezahlt werden und vor allem den Vorteil bieten, Kontakte mit der lokalen Bevölkerung zu knüpfen (Asylkoordination Österreich 2016b). Selbstständige Tätigkeiten dürfen drei Monate nach der Zulassung zum Asylverfahren in freien Berufen (ohne Befähigungsnachweis) ausgeübt werden (AMS OÖ 2015).

Im Vergleich zu anderen Staaten, die aktuell viele geflüchtete Menschen aufgenommen haben, wird in Österreich der Arbeitsmarktzugang für Asylwerber/innen eher restriktiv reglementiert

7

Die durchschnittliche Verfahrensdauer betrug im September 2015 etwas mehr als fünf Monate (arbeit plus 2016).

(Österreichische Gesellschaft für Europapolitik 2015). In **Deutschland** erhalten Asylwerber/innen ebenfalls erst nach drei Monaten eine Arbeitsbewilligung. Danach sind sie nicht auf eine bestimmte Berufssparte am Arbeitsmarkt beschränkt, allerdings werden Vorrangprüfungen durchgeführt, d. h. es wird überprüft, ob dieselbe Stelle nicht auch einer arbeitslos gemeldeten Person mit deutscher Staatsbürgerschaft vermittelt werden könnte. In Schweden wiederum haben Asylwerber/innen direkt nach Antragstellung uneingeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt, ohne dass schwedische Staatsbürger/innen bevorzugt behandelt werden würden. Laut einer im Jahr 2013 überarbeiteten EU-Aufnahmerichtlinie muss grundsätzlich in allen Mitgliedstaaten spätestens neun Monate nach Asylantragsstellung ein faktischer Zugang zum Arbeitsmarkt gewährleistet werden (Österreichische Gesellschaft für Europapolitik 2015).

Asylberechtigte sind im Gegensatz zu Asylwerbern/Asylwerberinnen österreichischen Staatsbürgern/Staatsbürgerinnen am Arbeitsmarkt rechtlich gleichgestellt. Ergebnisse aus Deutschland haben jedoch gezeigt, dass Geflüchtete mehr Zeit als andere Migranten/Migrantinnen benötigen, um in den Arbeitsmarkt integriert zu werden (nach 10 Jahren waren etwa 60 Prozent der erwerbsfähigen Personen erwerbstätig) und selbst bei einer erfolgreichen Erwerbstätigkeit zu den am schlechtesten bezahlten Arbeitnehmergruppen gehören (arbeit plus 2016).

Aufgrund des eingeschränkten Arbeitsmarktzugangs für Asylwerber/innen werden Veränderungen der Asylanträge-Anzahl erst mit Verspätung in **Arbeitsmarktdaten** sichtbar. Im September 2015 waren knapp 19.000 Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte beim AMS vorge-merkt, was etwa 5 Prozent aller beim AMS arbeitslos gemeldeten oder in Schulung befindlichen Personen entspricht (Arbeitsmarktservice Österreich 2015). Entsprechend der regionalen Verteilung der Asylberechtigten im Rahmen der Grundversorgung verzeichnen die regionalen Geschäftsstellen des AMS Wien die meisten Meldungen zum AMS. Im Rahmen der Beratungstätigkeit des AMS werden auch Kompetenzen erhoben, was sich aufgrund von Sprachproblemen sowie mangelnder Vergleichbarkeit der Ausbildungssysteme zwischen Österreich und den jeweiligen Herkunftsländern schwierig gestaltet und zur Initiierung des **Pilotprojekts „Kompetenzcheck“** geführt hat. Im Jahr 2014 wurden seitens des AMS 43 Millionen Euro für die Arbeitsmarktförderung Asylberechtigter und subsidiär Schutzberechtigter ausgegeben, drei Viertel davon für Qualifizierungsmaßnahmen (Deutschkurse), etwa ein Sechstel für Beschäftigungsmaßnahmen am sekundären Arbeitsmarkt (Arbeitsmarktservice Österreich 2015).

2.2.4 Psychotherapeutische Angebote

Für Personen mit Fluchterfahrungen, die psychotherapeutischer Hilfe bedürfen, stehen in Wien grundsätzlich unterschiedliche Angebote zur Verfügung.

Einerseits sind dies Einrichtungen, deren Schwerpunkt auf der Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung liegt. Zu diesen Einrichtungen gehören etwa **Hemayat** oder **ESRA**⁸. Das im Jahr 1995 gegründete Betreuungszentrum Hemayat hat im Jahr 2016 1.044 Menschen, davon 219 minderjährige Klienten/Klientinnen, psychotherapeutisch, psychologisch und medizinisch betreut. Obwohl das Angebot ausgebaut wurde, kann der gestiegenen Nachfrage dennoch nicht nachkommen werden; mit Mai 2017 befanden sich 415 Menschen, davon 55 Minderjährige, auf der Warteliste von Hemayat (Hemayat 2017). Ähnliche Erfahrungen mit nicht ausreichenden Ressourcen werden auch in anderen Einrichtungen gemacht, die psychotherapeutische Hilfe anbieten. Das psychosoziale Zentrum ESRA, das traumatisierten Menschen unter anderem medizinische, psychotherapeutische und sozialarbeiterische Hilfe anbietet, betreut seit November 2016 in den Räumen der Arbeiterkammer Wien in Kooperation mit dem Jugendkolleg ein Projekt für junge Geflüchtete.

Andererseits wird psychotherapeutische Versorgung auch durch Einrichtungen gewährleistet, die sich mit weiteren Zielgruppen (z. B. das Ambulatorium „Die Boje“ für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen) bzw. Gesundheitsthemen im Allgemeinen beschäftigen (z. B. das Männergesundheitszentrum MEN). MEN legt seit etwa zwei Jahren seinen Schwerpunkt auf die Arbeit mit geflüchteten jungen Männern.

Die Klienten/Klientinnen werden sowohl von muttersprachlichen Therapeuten/Therapeutinnen als auch unter Einsatz von Dolmetschern/Dolmetscherinnen betreut.

Kernaussagen und Schlussfolgerungen

- » Sozialleistungen während des Asylverfahrens werden über die Grundversorgung abgedeckt, während andere Sozialleistungen, wie etwa die Mindestsicherung, an einen positiven Asylbescheid gekoppelt sind. In beiden Fällen obliegt die Ausgestaltung dieser Sozialleistungen den einzelnen Bundesländern.
- » Die Verlängerung der Frist zur Entscheidung über den Asylstatus auf bis zu zwei Jahre bedeutet eine Verlängerung der Unsicherheitsphase und somit der psychischen Belastungen für betroffene Personen und verschlechtert zudem die Chancen von UMF auf Familienzusammenführung.
- » Viele Integrationsmaßnahmen richten sich an Asylberechtigte und stehen nur teilweise auch für Asylwerber/innen zur Verfügung. Andererseits richten sich Maßnahmen der Bildungsdrehscheibe Wien unter dem Titel „Integration ab dem ersten Tag“ speziell an Asylwerber/innen, die nicht mehr schulpflichtig sind, und bieten u. a. Kompetenzchecks und die Weitervermittlung in Bildungsangebote. Spezifische Ausbildungsmöglichkeiten für nicht mehr schulpflichtige Asylwerber/innen in Wien bieten das Jugendcollege und PROSA.
- » Der Zugang für Asylwerber/innen zum Arbeitsmarkt ist in Österreich stark eingeschränkt. Maßnahmen zur Förderung wie die Ausbildungspflicht bis 18 oder Maßnahmen des AMS sind auf Asylberechtigte eingeschränkt.

8

„Esra“ ist ein aramäischer Männername mit der Bedeutung „Hilfe“.

» Einrichtungen, die psychotherapeutische, psychologische oder medizinische Unterstützungsmaßnahmen speziell für geflüchtete Menschen anbieten, können mit den bestehenden Ressourcen den nachgefragten Bedarf nicht abdecken.

2.3 Eckdaten zu Asylanträgen, Grundversorgung und Asylentscheidungen

Auch wenn innerhalb von Europa die Flüchtlingsthematik zwischenzeitlich einen hohen Stellenwert angenommen hat, sind in der globalen Perspektive außereuropäische Länder – die betroffenen Krisenländer⁹ selbst sowie die angrenzenden Staaten – um ein Vielfaches stärker von Flüchtlingsbewegungen betroffen als europäische Staaten. Das „Hohe Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen“ (UNHCR) weist etwa für das Jahr 2016 global eine Gesamtzahl von 67,7 Millionen Menschen aus, die weltweit auf der Flucht sind. Etwa ein Zehntel dieser Menschen befindet sich in Europa (6,2 Millionen). Für Österreich gibt UNHCR eine Gesamtzahl von **171.000** geflüchteten Menschen an, das entspricht etwa drei Prozent aller Geflüchteten in Europa (UNHCR 2016).

Umgerechnet auf die Einwohnerzahl der aufnehmenden Länder weisen insbesondere die bevölkerungsärmeren Staaten des Nahen Ostens (Libanon: 209 geflüchtete Menschen pro 1.000 Einwohner/innen; Jordanien: 90 geflüchtete Menschen pro 1.000 Einwohner/innen) eine besondere Belastung auf (arbeit plus 2016). Europäische Staaten verzeichneten insbesondere im Jahr 2015 einen starken Anstieg an Asylanträgen. Ein Vergleich ausgewählter europäischer Staaten ergab im Jahr 2015 für Schweden 17 Asylanträge pro 1.000 Einwohner/innen, für Österreich **10 Asylanträge pro 1.000 Einwohner/innen** und für Deutschland 6 Asylanträge pro 1.000 Einwohner/innen. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern kann festgehalten werden, dass in Österreich – jeweils gemessen an der Einwohnerzahl – überdurchschnittlich viele Asylanträge gestellt werden und auch die Asylenerkennungsrate über dem europäischen Durchschnitt liegt (STATISTIK AUSTRIA 2016).

2.3.1 Asylanträge

Um das Ausmaß an Fluchtbewegungen zu quantifizieren, wird zumeist auf die Anzahl der Asylanträge verwiesen. Daten dazu werden von Seiten des Bundesministeriums für Inneres (BMI) zur Verfügung gestellt (BMI 2017) und sowohl von Statistik Austria (STATISTIK AUSTRIA 2016) als auch von anderen Einrichtungen für eigene Darstellungen verwendet.

Im Jahr 2015 wurden in Österreich knapp über **88.000 Asylanträge** (= 10 Asylanträge pro 1.000 EW) gestellt, womit es zu einem starken Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren (2013: 17.500,

9

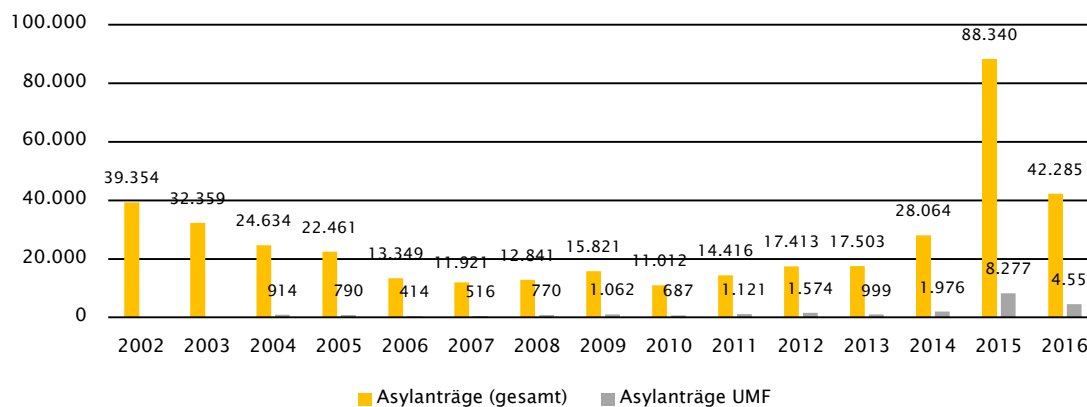
Für die Krisenregionen Syrien und Afghanistan weist UNHCR Zahlen von 7,1 Millionen bzw. 5,3 Millionen Menschen aus.

2014: 28.000) gekommen ist (vgl. Abbildung 2.1) (BMI 2015). Zwei Drittel dieser Asylanträge wurden von Männern gestellt. Im Jahr 2016 sank die Anzahl der Asylanträge als Folge unterschiedlicher nationaler und internationaler politischer Entscheidungen – wie etwa der Einführung einer Obergrenze in Österreich¹⁰ bzw. der Schließung der Balkanroute – auf etwa 42.000.

Analog dazu kam es im Jahr 2015 zu einem ebenso sprunghaften Anstieg der Asylanträge von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF), auf die knapp über **8.000 Anträge** (= 1 Asylantrag pro 1.000 EW) oder neun Prozent aller Asylanträge entfielen. Ebenso wie die Gesamtzahl der Asylanträge gingen im Jahr 2016 allerdings auch die Anträge von UMF auf die Hälfte des Vorjahreswertes zurück (vgl. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:

Jährliche Entwicklung der Asylanträge in Österreich, 2002 bis 2016 (langfristige Entwicklung)



Anmerkung: Die Anzahl der Asylanträge von UMF wird erst seit 2004 explizit ausgewiesen.

Quellen: Jahresberichte für Asylstatistik (BMI 2017); Darstellung GÖG

Die vorläufigen Zahlen für das Jahr 2017 lassen vermuten, dass sich dieser **rückläufige Trend** zumindest für das Jahr 2017 noch weiter fortsetzen wird: Die Werte für Jänner 2017 liegen etwa bei der Hälfte von jenen des Jänner 2016, sowohl UMF-Anträge als auch Asylanträge insgesamt zeigen weiterhin eine rückläufige Tendenz. Im ersten Halbjahr 2017 wurden monatlich im Durchschnitt etwa 2.000 Asylanträge insgesamt und 150 Asylanträge von UMF gestellt.

Die aktuell wichtigsten Herkunftsstaaten für Personen, die in Österreich einen Asylantrag stellen, sind Afghanistan (11.800 Personen) und Syrien (8.800 Personen). Mit deutlichem Abstand folgen Irak (2.800 Personen), Pakistan (2.500 Personen) und Iran (2.500 Personen) (Zahlen jeweils für das Jahr 2016, gerundet auf hundert Personen). Im antragstärksten Jahr 2015 stammten zwei Drittel der Asylanträge von Personen aus Syrien und Afghanistan (jeweils rund 25.000 Personen) sowie Irak (ca. 14.000 Personen) (BMI 2015).

10

Die Genfer Flüchtlingskonvention kennt keine Obergrenze, weshalb die österreichische Obergrenze rechtlich umstritten ist.

Unter UMF nehmen **Jugendliche aus Afghanistan** nochmals eine bedeutendere Rolle ein (vgl. Tabelle 2.1): Seit 2007 stellen sie die größte Gruppe von UMF dar, wobei ihr relativer Anteil an allen UMF in den letzten 10 Jahren tendenziell zugenommen hat: Kam etwa im Jahr 2007 jede/r fünfte UMF aus Afghanistan, lag der Anteil im personenstärksten Jahr 2015 bei etwa 2/3 (Asylkoordination Österreich 2016a).

Tabelle 2.1:

Asylanträge von UMF im Zeitraum 2006–2016, gesamt sowie nach ausgewählten Herkunftsstaaten

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2006 – 2016
Afghan.	46	100	242	431	297	755	1.035	437	1.253	5.509	2.746	12.851
Irak	3	11	31	16	13	13	5	6	29	366	89	582
Nigeria	40	29	65	118	62	20	18	31	31	208	244	866
Pakistan	4	2	6	4	5	60	160	59	24	185	338	847
Somalia	13	49	53	39	16	53	43	19	221	219	391	1.116
Syrien	-	5	4	11	9	12	28	64	259	1.134	136	1.662
Gesamt	414	516	770	1.062	687	1.121	1.574	999	1.976	8.277	4.551	21.947

Anmerkung: Die Spalte „2006 – 2016“ ist zwar eine Summe aller Asylanträge über diesen Zeitraum, bedeutet aber nicht, dass sich im Jahr 2016 auch tatsächlich so viele Personen in Österreich befinden.

Quelle: Asylkoordination Österreich (2017b)

In Tabelle 2.1 lässt sich eindeutig erkennen, dass die Zahl der UMF in den vergangenen Jahren starken Schwankungen ausgesetzt war. Laut Asylkoordination Österreich (2017b) führte ein Rückgang von Asylanträgen in der Vergangenheit (etwa in Jahren 2010 oder 2013) dazu, dass Betreuungskapazitäten und Personalressourcen abgebaut wurden, da Betreuungseinrichtungen ausschließlich über die Bezahlung von Tagessätzen¹¹ finanziert werden. Entsprechend mussten bei einem Anstieg der Antragszahlen – am deutlichsten im Jahr 2015 – Kapazitäten erst wieder aufgebaut werden (Einrichtung von Quartieren, Personalrekrutierung).

2.3.2 Grundversorgung

Im Jahre 2015 befanden sich 78.900 Personen in Österreich in der Grundversorgung – die größte Gruppe davon waren Asylwerber/innen, da Asylberechtigte nur während der ersten vier Monate nach der Asylgewährung Anspruch auf Grundversorgung haben¹². Zahlen für das Jahr 2016 liegen

¹¹

Die Tagessätze für UMF-Betreuungsstellen liegen zwischen 40,5 und 95 Euro pro Person und sind somit erheblich niedriger als jene in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die mindestens 120 Euro pro Tag betragen.

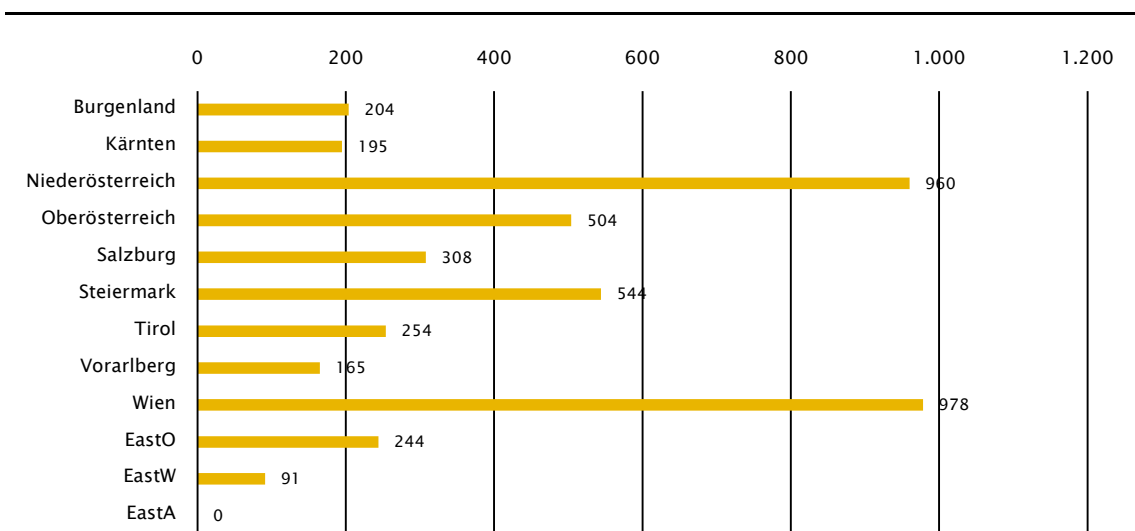
¹²

Der Umstieg von der Grundversorgung auf eigenständiges Wohnen ist für viele eine große Herausforderung, weil häufig das Geld für eine entsprechende Kautions fehlt. Aus diesem Grund schlägt etwa die Asylkoordination Österreich (2016b) Startwohnungen für die Zeit nach der Grundversorgung vor.

zwar in offiziellen Statistiken noch nicht vor, wurden aber im Rahmen einer parlamentarischen Anfrage an das Bundesministerium für Inneres erhoben (Sobotka 2016). Demnach stieg zu Beginn des Jahres 2016 die Anzahl der Personen in Grundversorgung auf 86.000, sank jedoch bis Oktober desselben Jahres wieder auf ca. 81.000. Von diesen 81.000 Personen wurde ungefähr ein Viertel (20.373 Personen) in Wien versorgt. Wien ist neben Vorarlberg auch das einzige Bundesland, das die in der – zwischen Bund und Ländern vereinbarten – Grundversorgungsvereinbarung festgelegte Quote¹³ erfüllt (Wien: 120 %, Vorarlberg: 102 %).

Zahlen der Asylkoordination Österreich (2017a) zufolge befanden sich im Februar 2017 in Österreich insgesamt **4.447 UMF in der Grundversorgung**. Jeweils knapp unter 1.000 UMF werden in Wien und in Niederösterreich versorgt (vgl. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2:
UMF in der Grundversorgung nach Bundesland (Stand Februar 2017)



EastO = Erstaufnahmestelle Ost (Traiskirchen)
EastW = Erstaufnahme West (St. Georgen)
EastA = Erstaufnahme Airport (Flughafen Wien Schwechat)

Quelle: Asylkoordination Österreich (2017a)

Laut Asylkoordination Österreich (2017b) gibt es derzeit in Österreich etwa 150 auf UMF spezialisierte Betreuungsstellen, in denen von Sozialpädagogen/-pädagoginnen und Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen ein geregelter Tagesablauf geboten wird und Jugendliche dabei unterstützt werden, Deutsch zu lernen, die Schule zu besuchen oder eine Ausbildung zu machen. Zu den wesent-

13

Im Jahr 2015 betrug diese Quote wie folgt: Wien: 19,3 %, NÖ: 19,2 %, OÖ: 17,14 %, Steiermark: 14,37 %, Tirol: 8,38 %, Kärnten: 6,97 %, Salzburg: 6,41 %, Vorarlberg: 4,37 %, Burgenland: 4,37 % (jeweils Prozent aller Geflüchteten) (Asylkoordination Österreich 2017b).

lichen Aufgaben dieser Sozialarbeiter/innen gehört die Unterstützung bei Amtswegen, Schulkontakten, Arztbesuchen sowie bei heiminternen Konflikten. Vermittlungsarbeit zwischen UMF und der Bevölkerung außerhalb der Einrichtung kann angesichts dieser geringen Ressourcen nicht geleistet werden. Für die Betreuung von UMF in der Grundversorgung wird ein höherer Betreuungsschlüssel angewendet als für erwachsene Geflüchtete in der Grundversorgung¹⁴. Für Personen mit psychischen Erkrankungen und Traumata besteht in jedem Bundesland ein spezielles Therapieangebot (Asylkoordination Österreich 2016b).

2.3.3 Asylentscheidungen

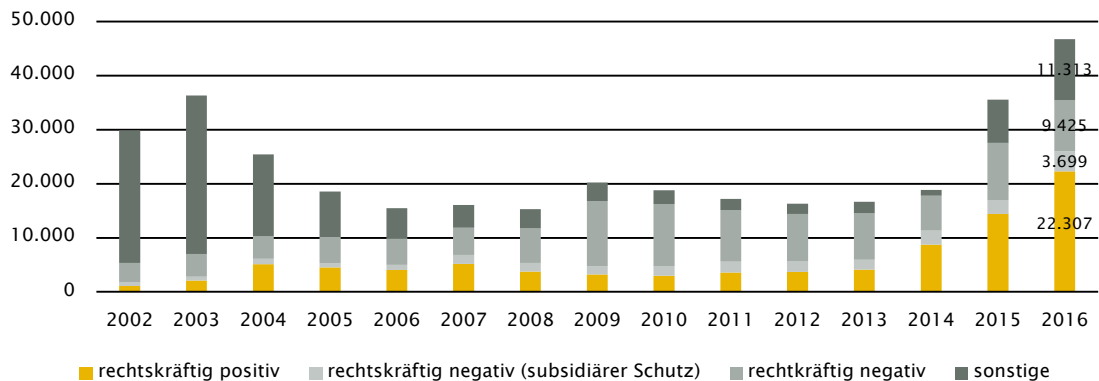
Statistiken zur Anzahl der Asylanträge bzw. zur Anzahl der Personen in der Grundversorgung geben keine direkte Auskunft darüber, ob diese Personen einen rechtskräftig positiven Asylbescheid erhalten und somit auch längerfristig in Österreich bleiben können. Aufgrund von Bearbeitungszeiten sind Veränderungen erst mit einer gewissen Verzögerung zu erkennen (vgl. Abbildung 2.3).

Im Jahr 2016 erhielten 22.300 Personen einen positiven Asylbescheid (= 48 % aller Asylentscheidungen in diesem Jahr), weitere 3.700 erhielten zwar einen negativen Asylbescheid, aber subsidiären Schutz (= 8 %). 20 Prozent aller Asylentscheidungen im Jahr 2015 waren negativ (9.400 Personen) und weitere 24 Prozent der Asylentscheidungen sind der Kategorie „sonstige“ zuzuordnen (STATISTIK AUSTRIA 2016). Der Anteil positiver Asylbescheide ist in erster Linie abhängig von der Beurteilung der politischen Situation im Herkunftsland. Diesem Umstand ist geschuldet, dass im Jahr 2015 unter syrischen Geflüchteten 81 Prozent einen rechtskräftig positiven Bescheid erhielten, hingegen nur 30 Prozent der afghanischen Geflüchteten (STATISTIK AUSTRIA 2016). Im Jahr 2016 klafften diese Werte noch stärker auseinander (Syrien: 89 %, Afghanistan: 25 % rechtskräftig positive Bescheide).

14

Bei erwachsenen Geflüchteten kommt in der Regel auf 140 Geflüchtete ein/e Sozialarbeiter/in.

Abbildung 2.3:
Asylentscheidungen in Österreich im Zeitverlauf



„Sonstige“ = Verfahren war gegenstandslos, da sich die asylwerbende Person nicht länger in Österreich aufhielt, oder wurde eingestellt, da sich der/die Asylwerber/in dem Verfahren entzogen hat und der Aufenthaltsort den Behörden nicht bekannt ist.

Quelle: Asylstatistik BMI (BMI 2017), Statistik Austria (STATISTIK AUSTRIA 2016)

Der Anstieg der Asylanträge im Jahr 2015 bedeutet zweifellos einen Einschnitt im Vergleich zu den Vorjahren, ist allerdings keine historische Ausnahme-Erscheinung: Noch größere Asylantragszahlen gab es in den Jahren 1956/57 (180.000 Personen aus Ungarn, von denen etwa ein Zehntel in Österreich blieben), im Jahr 1968 (162.000 Personen aus der damaligen Tschechoslowakei, von denen etwa ein Siebtel in Österreich blieben) sowie zwischen 1992 und 1995 während des Balkankrieges (ca. 90.000 Personen, von denen etwa zwei Drittel in Österreich blieben) (arbeit plus 2016).

2.3.4 Relevanz neuer Asylanträge für die Migrationsstatistik

Derzeit lässt sich weder sagen, ob es in Zukunft zu einem erneuten Anstieg von Asylanträgen kommen wird bzw. wie viele der bereits in Österreich lebenden Asylwerber/innen und Asylberechtigten auch längerfristig in Österreich bleiben werden. Im Lichte globaler sowie nationaler demographischer Entwicklungsprognosen und angesichts des Ausmaßes freiwilliger und erzwungener Wanderungsbewegungen ist längerfristig anzunehmen, dass der Anteil der **Personen mit Migrationshintergrund** tendenziell eher ansteigen wird. Derzeit haben rund 20 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren einen Migrationshintergrund¹⁵ (Klimont et al. 2015), wobei in Ballungsräumen der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund deutlich höher liegt (Wien: 42 %).

15

definiert als Personen, deren beide Elternteile im Ausland geboren sind

Nach wie vor werden in Integrations- oder Migrationsstatistiken unterschiedliche Merkmale verwendet. Am häufigsten werden die Merkmale „Nationalität“ oder „Staatsbürgerschaft“ erhoben (UNHCR 2013). Eindeutig feststellen lässt sich anhand amtlicher Statistiken, dass der Anteil an Personen in Österreich mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft seit den 1960er Jahren (von 1,4 % im Jahr 1961 auf 13,8 % im Jahr 2015) stetig angewachsen ist (STATISTIK AUSTRIA 2017a). Am Stichtag 1. 1. 2016 lebten 1,2 Millionen nicht österreichische Staatsangehörige in Österreich. Die größte Gruppe innerhalb dieser 1,2 Millionen Menschen sind deutsche Staatsangehörige, türkische Staatsangehörige und Personen mit einer Staatsbürgerschaft aus einem Balkanstaat oder einem angrenzenden osteuropäischen Land. Geflüchtete Menschen aus aktuellen Krisenregionen wie Afghanistan oder Syrien sind mit etwa 36.000 bzw. 33.000 Personen nach wie vor eine relativ kleine Gruppe innerhalb der Personen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft.

Tabelle 2.2:

Bevölkerung mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft zum Stichtag 1. 1. 2016, nach Staatsangehörigkeit

	Anzahl Personen	Prozent von allen nicht österreichischen Staatsbürgern	Anteil an der Gesamtbevölkerung in Österreich
Deutschland	176.463	13,9 %	2,0 %
Serbien	116.626	9,2 %	1,3 %
Türkei	116.026	9,2 %	1,3 %
Bosnien und Herzegowina	93.973	7,4 %	1,1 %
Rumänien	82.949	6,5 %	1,0 %
Kroatien	70.248	5,5 %	0,8 %
Tschechische Republik	63.550	5,0 %	0,7 %
Polen	57.589	4,5 %	0,7 %
Afghanistan	35.618	2,8 %	0,4 %
Slowakei	35.326	2,8 %	0,4 %
Syrien	33.313	2,6 %	0,4 %
Russische Föderation	31.190	2,5 %	0,4 %

Anmerkung: Dargestellt werden ausschließlich Staaten mit mehr als 30.000 Staatsangehörigen in Österreich.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2017a)

Kernaussagen und Schlussfolgerungen

- » Laut UHCR hielten sich im Jahr 2016 171.000 geflüchtete Menschen in Österreich auf. Gemessen an der Einwohnerzahl werden in Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Staaten vergleichsweise viele Asylanträge gestellt.
- » Im antragsstärksten Jahr 2015 haben insgesamt knapp über 88.000 Personen und davon knapp über 8.000 UMF einen Asylantrag gestellt. Dem sprunghaften Anstieg der Asylanträge folgte 2016 ein ebenso markanter Rückgang, der sich auch im ersten Halbjahr 2017 fortsetzt. Im ersten Halbjahr 2017 wurden monatlich im Durchschnitt etwa 2.000 Asylanträge insgesamt und 150 Asylanträge von UMF gestellt.

- » Jugendliche aus Afghanistan sind unter den UMF besonders stark vertreten und stellten im Jahr 2015 etwa zwei Drittel aller UMF-Asylanträge.
- » Stichtagsbezogen befanden sich im Februar 2017 knapp 4.500 UMF in der Grundversorgung, davon etwa 1.000 Jugendliche jeweils in Wien und in Niederösterreich. Für die Betreuung von UMF in Unterkünften durch Sozialarbeiter/innen wird in der Regeln ein besserer Betreuungsschlüssel angewendet als für erwachsene Geflüchtete.
- » Der Anteil positiver Asylbescheide variiert stark nach Herkunftsland: Im Jahr 2016 wurden ca. neun von zehn Asylanträgen von syrischen Geflüchteten positiv beurteilt, aber nur einer von vier Anträgen von afghanischen Geflüchteten.
- » Die Anzahl der Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft aus aktuellen Krisenregionen wie Syrien oder Afghanistan hat zuletzt zugenommen, ist aber nach wie vor deutlich geringer als die Anzahl an Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft aus traditionellen Herkunftsländern wie Deutschland, Türkei oder den größeren Balkanländern.

2.4 Niederschlag der rezenten Entwicklung im Asylbereich auf Routinedaten des Drogen-Monitorings

Das weitgehende Fehlen von Informationen zur Zielgruppe sowie die These, dass geflüchtete Personen unzureichend im Behandlungssystem versorgt werden, bildeten den Ausgangspunkt dieses Projektes. Entsprechend sind die wenigen verfügbaren Daten aus dem Bereich Drogen-Monitoring mit Vorsicht zu interpretieren.

Routinedaten des Drogen-Monitorings (stationäre medizinische Versorgung, Anzeigenstatistik, gesundheitsbezogene Maßnahmen) enthalten zwar teilweise Informationen zur Staatsbürgerschaft, geben aber nicht darüber Auskunft, ob es sich bei minderjährigen Personen um UMF handelt oder um Jugendliche, die in Begleitung ihrer Eltern in Österreich sind. Veränderungen in Routine-Daten werden jeweils in Relation zu den in einem bestimmten Jahr tatsächlich in Österreich befindlichen Personen (Referenzwert) gesetzt.¹⁶

16

Allgemein ist der Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft in den letzten Jahren stark angestiegen (von 293.000 im Jahr 2013 auf 406.000 im Jahr 2017). Besonders stark ausgeprägt war dieser Anstieg bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus aktuellen Kriegs- oder Krisenregionen wie Afghanistan (von 7.830 im Jahr 2013 auf 28.885), Syrien (von 1.016 auf 22.006), Irak (von 1.201 auf 6.757) und Somalia (von 1.268 auf 3.888). Mit Stichtag 1. 1. 2017 beträgt der Anteil der Personen unter 25 Jahren mit ausländischer Staatsbürgerschaft 18 Prozent.

2.4.1 Stationäre Versorgung¹⁷

Insgesamt kam es im Jahr 2016 in Österreich zu 4.473 Aufenthalten von Personen unter 25 Jahren im stationären Setting, die mit einer Hauptdiagnose aus der Gruppe F10–F19 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) aus dem Spital entlassen wurden. 84 Prozent dieser Diagnosen entfielen davon auf Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft. Auf Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft entfällt somit ein etwas geringerer Anteil (695 Aufnahmen in absoluten Zahlen), als man aufgrund der Bevölkerungsstatistik erwarten würde (vgl. Fußnote 16).

Bezogen jeweils auf die Anzahl der Personen einer Altersgruppe, die sich in Österreich aufhalten, kommt es bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (unter 25 Jahren) aus Afghanistan (insgesamt 140 stationäre Aufenthalte) und Somalia (30 stationäre Aufenthalte) etwas häufiger zu stationären Aufenthalten als unter Jugendlichen und jungen Erwachsene aus Syrien (21 stationäre Aufenthalte). Die Veränderung im Zeitverlauf entspricht größtenteils den demographischen Veränderungen: Die Verdopplung an jungen Personen aus Afghanistan zwischen 2015 und 2016 geht etwa mit einer Verdopplung der stationären Aufenthalte einher. Insgesamt lassen die Daten darauf schließen, dass es nicht zu einer Zuspitzung eines behandlungswürdigen Substanzkonsums gekommen ist und sich im stationären Setting lediglich demographische Entwicklungen widerspiegeln. Die insgesamt sehr niedrigen Behandlungsraten verdeutlichen, dass bei Suchtproblemen stationäre Angebote insgesamt nur eine untergeordnete Rolle in der Versorgung dieser Altersgruppe spielen.

2.4.2 Anzeigenstatistik

Anzeigen im Zusammenhang mit Suchtgiften können nicht als objektives Maß zur Feststellung einer Drogenproblematik herangezogen werden. Einerseits können daraus keine direkten Rückschlüsse auf (einen problematischen) Drogenkonsum gezogen werden, andererseits spiegelt die Zahl der Anzeigen auch die Polizeiaktivität (im öffentlichen Raum) wider. Auch gesetzliche Änderungen können zum Anstieg bzw. zur Reduktion von Anzeigen führen (z. B. Einführung des Straftatbestandes „Drogenhandel im öffentlichen Raum“ mit 1. Juni 2016). Drogenkonsum oder -handel im öffentlichen Raum ist sichtbarer als im privaten Bereich, daher ist es für die Polizei im öffentlichen Raum auch leichter einzugreifen. Die Wahrscheinlichkeit, im öffentlichen Raum mit Suchtgiften „erwischt“ zu werden, ist daher für Personen, die sich vorwiegend im öffentlichen Raum aufhalten (müssen), höher als für Personen, die sich in den Privatbereich zurückziehen können. Zusätzlich haben Jugendliche und junge Erwachsene mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft schlechtere Bildungs- und Arbeitsmarktchancen, was das Risiko eines Abrutschens in kriminelle

17

Daten von ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe aus der einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) konnten nicht zur Analyse nach Staatsbürgerschaft herangezogen werden, da die Variable „Staatsbürgerschaft“ nur in groben Kategorien vorliegt, die für Auswertungen im gegenständlichen Projekt nicht geeignet sind.

Milieus verstärkt. Auswertungen von polizeilichen Daten nach Staatsbürgerschaft können aufgrund dieser unterschiedlichen Faktoren ein verzerrtes Bild der Realität in Hinblick auf dessen gesundheitspolitische Relevanz wiedergeben.

Werden ausschließlich angezeigte Personen unter 25 Jahren berücksichtigt, entfällt in absoluten Zahlen der Großteil der Anzeigen nach Suchtmittelgesetz (SMG) auf Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (9.456 Personen im Jahr 2016, das sind ca. 70 % aller Angezeigten in dieser Altersgruppe). Dem gegenüber stehen 4.156 Personen (oder 30 % aller angezeigten Personen in dieser Altersgruppe) mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft, die im Jahr 2016 eine Anzeige nach SMG erhalten haben. Im Vergleich zur Bevölkerungsstatistik (siehe Fußnote 16) haben somit Personen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft aufgrund der eben erwähnten Rahmenbedingungen eine leicht erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine Anzeige nach SMG zu erhalten. Betont werden sollte aber, dass auch unter jungen Menschen (unter 25 Jahren) mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft Personen mit einer Anzeige nach SMG eine Minderheit und nur ein Prozent dieser Bevölkerungsgruppe darstellen. Von der in den letzten Jahren stark angestiegenen Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus Afghanistan und Syrien wurden in den letzten Jahren jeweils zwischen 1,1 und 2,2 Prozent angezeigt, wobei im Zeitraum 2013 bis 2016 tendenziell eher ein Rückgang zu verzeichnen ist.

2.4.3 Gesundheitsbezogene Maßnahmen

Personen, für die aufgrund einer Meldung der Polizei, einer Schulleitung, einer Militärdienststelle oder der Führerscheinebehörde Hinweise auf Suchtgiftmissbrauch vorliegen, werden von der Gesundheitsbehörde hinsichtlich des Bedarfs an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme begutachtet (§ 13 SMG) (Weigl et al. 2017).

Auch bei den Begutachtungen zur Notwendigkeit gesundheitsbezogener Maßnahmen sind in der Gruppe der unter 25-Jährigen jene mit österreichischer Staatsbürgerschaft die mit Abstand größte Gruppe, auf die im Jahr 2016 4.244 Vorladungen entfielen (das entspricht 81 % aller Vorladungen). Auf alle Personen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft entfielen im selben Jahr 978 Vorladungen (19 % aller Vorladungen). Der Anteil an Vorladungen entspricht somit nahezu genau dem Anteil an Personen, was darauf schließen lässt, dass eine ausländische Staatsbürgerschaft nicht mit einem erhöhten Risiko zur Vorladung im Rahmen einer gesundheitsbezogenen Maßnahme verbunden ist.

Eindeutige Unterschiede zeigen sich hingegen zwischen verschiedenen Gruppen von jüngst zugewanderten Menschen: Unter syrischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen kam es im Jahr 2016 zu insgesamt drei Begutachtungen (bei einer Anzahl von 16.872 Personen aus Syrien in diesem Alter in Österreich), während insgesamt 89 Vorladungen von afghanischen Jugendlichen im Jahr 2016 stattfanden (bei einer Anzahl von 22.779 Personen aus Afghanistan in diesem Alter in Österreich).

Kernaussagen und Schlussfolgerungen

- » Auswertungen nach Staatsbürgerschaft im Bereich der stationären Versorgung legen nahe, dass sich darin demographische Entwicklungen widerspiegeln, es aber nicht zu einer Zuspitzung eines behandlungswürdigen Substanzverhaltens gekommen ist. Unterschiede zwischen verschiedenen Einwanderungsgruppen sind deutlich größer als Unterschiede zwischen Personen mit bzw. ohne österreichische Staatsbürgerschaft.
- » Personen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft haben aus unterschiedlichen Gründen ein leicht erhöhtes Risiko, aufgrund eines Vergehens gegen das SMG angezeigt zu werden. Auch unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft sind Anzeigen nach SMG aber eine absolute Seltenheit. Bezogen auf die Anzahl der Personen, die sich in Österreich aufhalten, kann nicht von einem eindeutigen Anstieg der Anzeigen gegen Personen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft gesprochen werden.
- » In Bezug auf die Vorladungen zur Begutachtung über die Notwendigkeit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen sind keine nennenswerten Unterschiede zwischen Personen mit und Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft zu erkennen. Jugendliche bzw. junge Erwachsene aus Afghanistan werden hingegen deutlich häufiger zu Begutachtungen vorgeladen als Jugendliche bzw. junge Erwachsene aus Syrien.

2.5 Spezifika des Substanzkonsums unter geflüchteten Menschen

Personen mit Migrationshintergrund sind im Allgemeinen eine Bevölkerungsgruppe, die nur schwer mit den Mitteln der Bevölkerungsbefragung erreichbar ist und über die aus diesem Grund nur **wenige Daten** zur Verfügung stehen. Dies trifft insbesondere für jene Personen zu, die sich nicht (mehr) im Schulsystem befinden und nicht Deutsch als Muttersprache sprechen. In der letzten Bevölkerungserhebung zu Substanzkonsum (Strizek/Uhl 2016) beträgt der Anteil jener Personen, die selbst außerhalb Österreichs geboren wurden, ungefähr sechs Prozent und liegt somit deutlich unter dem aktuellen Wert in der Allgemeinbevölkerung (laut STATISTIK AUSTRIA (2017b) 16 %). Unter den Personen mit einem Geburtsort außerhalb Österreichs sind in Befragungsdaten wiederum jene Personen, die in Deutschland geboren wurden, deutlich überrepräsentiert.

Die Vergleichbarkeit der wenigen verfügbaren Daten ist zusätzlich eingeschränkt, da Migrationshintergrund **unterschiedlich operationalisiert** wird (nach Geburtsland der Eltern, nach eigenem Geburtsland, nach Staatsbürgerschaft) und häufig nur die größten Migrationsgruppen (im Sinne einer Unterscheidung nach Herkunftsländern) explizit ausgewiesen werden können (Anzenberger et al. 2015). Auch zum Thema erzwungene Migration (Flucht) wird ein allgemeiner Mangel an quantitativen Daten bemängelt, der wiederum der schweren Erreichbarkeit von geflüchteten Menschen geschuldet ist (Buber-Ennser et al. 2016).

Allgemein stellt sich die Frage, inwieweit es zulässig ist, geflüchtete Menschen oder Personen mit Migrationshintergrund als eine Gruppe zu betrachten, angesichts der Tatsache, dass Geflüchtete

eine sehr **heterogene Gruppe** bilden und daher häufig sehr unterschiedlichen Herausforderungen ausgesetzt sind (UNHCR 2013). In den migrantischen Populationen Österreichs zeigte sich sowohl in Bezug auf Gesundheitsbelastungen (Klimont et al. 2015) als auch in Bezug auf Einstellungen gegenüber Suchtfragen (Biffi/Rössl 2015), dass Unterschiede zwischen Subgruppen von Personen mit Migrationshintergrund teilweise größer sind als Unterschiede zwischen Personen mit und Personen ohne Migrationshintergrund. So unterscheiden sich Wissen und Einstellung zu einzelnen Suchterkrankungen von Personen mit Migrationshintergrund zwar im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung (z. B. geringer ausgeprägtes Krankheitsbewusstsein), ist aber im Wesentlichen durch persönliche Erfahrungen im Herkunftsland bzw. im Migrationsprozess geprägt (Biffi/Rössl 2015). Große Heterogenität zeigt sich dabei zwischen migrantischen Populationen aus unterschiedlichen Herkunftsstaaten, aber auch zwischen unterschiedlichen Gruppen aus ein- und demselben Herkunftsstaat (unterschiedlich nach ethnischer oder religiöser Zugehörigkeit, Stadt-Land-Herkunft, Bildung, Alter, Aufenthaltsdauer etc.). Auch weisen sämtliche verfügbaren Informationen darauf hin, dass in Bezug auf Muster im Konsum psychoaktiver Substanzen bzw. auf mögliche Suchtprobleme enorme Unterschiede zwischen verschiedenen Migrantengruppen bestehen.

Zudem ist bekannt, dass es häufig nicht möglich ist, zwischen Effekten aufgrund von migrations-spezifischen Einflussfaktoren und Effekten einer **allgemeinen sozioökonomischen Benachteiligung**¹⁸ zu unterscheiden, da diese beiden Faktoren zumeist hoch miteinander korrelieren (Anzenberger et al. 2015).

2.5.1 Spezifische Einflussfaktoren auf das Konsumverhalten

Aus der Literatur ist bekannt, dass Konsummuster in unterschiedlichen migrantischen Communitys sehr unterschiedlich sein können, etwa in Bezug auf das Erstkonsumalter, die Geschlechterverhältnisse, die Bereitschaft zu riskanteren Konsumformen und ein damit verbundene Risiko für Infektionserkrankungen und Wissen über Safer-Use-Praktiken (Haasen et al. 2015).

Das Ausmaß des Konsums von psychoaktiven Substanzen ist in manchen migrantischen Populationen geringer als in der autochthonen Mehrheitspopulation, was zumeist auf **protektive Effekte** von stärkeren sozialen und kulturellen Normen innerhalb dieser Gruppen zurückgeführt wird. Bei freiwilliger Migration spielt zudem der „**healthy immigrant effect**“ (Horyniak et al. 2016) eine Rolle, demzufolge aufgrund Selbstselektion (besser gebildete, wohlhabende und gesunde Menschen sind eher in der Lage zu migrieren) und Selektionskriterien des Aufnahmelandes Migrantinnen/Migranten im Durchschnitt gesünder sind als die autochthone Bevölkerung.¹⁹

18

Personen mit Migrationshintergrund berichten häufiger einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand und sind häufiger von chronischen Krankheiten, Schmerzen und Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Adipositas, mangelnde Bewegung) belastet (Klimont et al. 2015). Dies trifft ebenso auf Menschen zu, die sozioökonomisch benachteiligt sind.

19

So sind etwa in Österreich in Bezug auf die Lebenserwartung keine Unterschiede zwischen Personen mit Migrationshintergrund und Personen ohne Migrationshintergrund zu erkennen (Klimont et al. 2015).

Bei geflüchteten Menschen ist nicht davon auszugehen, dass ein solcher Effekt zum Tragen kommt, wenn alle Bevölkerungsschichten gleichermaßen von Gewaltandrohung zur Flucht gezwungen werden.

Außerdem steht diesem Effekt insbesondere bei Geflüchteten eine **erhöhte Vulnerabilität** in Bezug auf einen problematischen Konsum²⁰ aus einer Vielzahl von Gründen gegenüber (Ameskamp et al. 2016; EMCDDA 2017; Horyniak et al. 2016; Zurhold 2017). Dazu gehört zunächst die erhöhte Prävalenz von **psychiatrischen Erkrankungen** (posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen), die wiederum zu erhöhtem Substanzkonsum im Sinne einer dysfunktionalen Coping-Strategie (Selbstmedikation) führen können. Die Konfrontation mit einer „Konsumkultur“ in einem westlichen Staat bietet (insbesondere in Bezug auf Alkohol) ebenso eine **spezifische Akkulturationsaufgabe** für (junge) Personen mit Fluchterfahrung wie der Umgang mit der im Herkunftsland erlernten Konsumkultur in einem anderen Setting. Allgemein kann sich eine – bei Geflüchteten häufig anzutreffende – soziale und ökonomische Benachteiligung negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken. Sprachschwierigkeiten und Angst vor staatlicher Repression wiederum erschweren die rechtzeitige Identifikation und Behandlung von Suchtproblemen und führen zu **unzureichendem Zugang** zu Gesundheitsversorgung. Nicht zuletzt sind geflüchtete Menschen überdurchschnittlich häufig **männlich** und aus **jungen Altersgruppen**²¹, was beides – unabhängig von Migrationsaspekten – die Wahrscheinlichkeit von Konsum psychoaktiver Substanzen begünstigt.

2.5.2 Verstärkung der Risiken durch fehlendes familiäres Netzwerk

Auch aus Untersuchungen in Österreich ist bekannt (UNHCR 2013), dass allgemein lange Wartezeiten während des Asylverfahrens Ungewissheit und Hilflosigkeit auf Seiten der Asylsuchenden fördern und somit dem eigentlichen Integrationsziel, der Förderung von Eigenständigkeit und Unabhängigkeit, diametral entgegen stehen und häufig zu einer Zeit der Inaktivität führen. Psychische Belastungen werden zudem durch das Fehlen der Familie verstärkt, was zu Trauer und Beeinträchtigung der Konzentrations- und Lernfähigkeit führen kann. Auch Gewalterfahrungen, die den Auslöser des Fluchtprozesses dargestellt haben, sind eine Quelle von Belastungen. Insgesamt ergibt sich somit ein großer Bedarf an psychologischer Unterstützung für Geflüchtete, der durch die vorhandenen Angebote meist nur unzureichend abgedeckt wird (UNHCR 2013). Substanzkonsum kann somit im Sinne einer Selbstmedikation eine Folge dieser Belastungen darstellen.

20

Unter problematischem Drogenkonsum wird wiederholter Substanzkonsum verstanden, der Schäden wie Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychische oder soziale Probleme für die Person verursacht oder die Personen einem hohen Risiko aussetzt, einen solchen Schaden zu erleiden.

21

Im Jahr 2015 waren zwei Drittel der Asylwerber/innen männlich und ein Drittel weiblich. Bei unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten (UMF) ist dieses Geschlechterungleichgewicht noch stärker ausgeprägt.

Auch finanziell und sozial kann die Trennung von der Familie ein Problem darstellen, wenn etwa Bildungsangebote zugunsten von Erwerbsarbeit ausgeschlagen werden, um Geld für die Familienzusammenführung aufzutreiben. Da eingeschränkte gesellschaftliche Vernetzung ein Integrationshemmnis darstellt und Isolation in weiterer Folge auch zu Depression und gesellschaftlichen Problemen führen kann, ist Familiennachzug ein wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Integration (UNHCR 2013).

2.5.3 Unterschiede in der Nutzung von Suchthilfe-Einrichtungen

In Bezug auf die Klientenstruktur in **Einrichtungen der Suchthilfe** berichten Haasen et al. (2015), dass Migranten und Migrantinnen²² eher unterrepräsentiert sind und ihr Anteil umso geringer ausfällt, je spezialisierter das Angebot ist. Für Hamburg werden von derselben Studie Daten zitiert, wonach der Anteil migrantischer Personen in der lokalen Drogenszene bei etwa einem Drittel liegen soll, der Anteil migrantischer Personen in ambulanten und stationären Suchthilfe-Einrichtungen hingegen bei fünf bis zehn Prozent. Dadurch sind die Bedürfnisse von abhängigen Migranten/Migrantinnen durch Einrichtungen der Drogenhilfe nicht ausreichend abgedeckt. Ähnliche Divergenzen zwischen Straßenszene und Versorgungssetting werden auch aus anderen deutschen Städten berichtet (Haasen et al. 2015).

Für diese Unterversorgung werden unterschiedliche Gründe angeführt: hohe institutionelle Schwellen (etwa Mangel an muttersprachlichen Angeboten, Fachkräften und Informationen), Haltungen und Einstellungen seitens der betroffenen Personen (fehlendes Krankheitsbild, Misstrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen) und gesellschaftliche Hindernisse (ablehnende Haltung seitens der Aufnahmegesellschaft, Diskriminierung). Zusätzlich besteht bei der Personengruppe Migrantinnen/Migranten häufig unzureichendes Wissen über das Gesundheitswesen, was etwa dazu führt, dass bestehende Versorgungsangebote nicht optimal genutzt werden, z. B. in Form von Überversorgung im Bereich der ambulanten Akutversorgung, Unterversorgung in den Bereichen Prävention, Aufklärung, Gesundheitsförderung oder psychosoziale Betreuung (Anzenberger et al. 2015). Insbesondere im ländlichen Raum kann zusätzlich der Zugang zur Versorgung durch mangelnde Mobilität eingeschränkt sein.

Um dem Problem der Unterversorgung entgegenzuwirken, wurden Leitfäden zur Erleichterung der Versorgung unterschiedlicher Zielgruppen für diverse Problemstellungen entwickelt, die allerdings teilweise auf sehr spezifische Settings abzielen. Ziel des Leitfadens von Anzenberger/Gaiswinkler (2016) ist es etwa, konkrete Vorschläge zu bieten, wie interkulturelle Öffnung der versorgenden

22

Wissenschaftliche Untersuchungen zu Nutzung von Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe beziehen sich zu einem Großteil auf Personen mit Migrationshintergrund und nicht speziell auf geflüchtete Menschen. Es ist aber durchaus plausibel, dass viele dieser Erkenntnisse auch auf Geflüchtete übertragen werden können.

Einrichtungen gefördert und Personen mit Migrationshintergrund der Zugang zum Gesundheitssystem erleichtert werden kann. Die Empfehlungen des Leitfadens umfassen die Bereiche Werthaltung, Projektmanagement, Kommunikation, Vernetzung, Umsetzung und Kultur.

Ein weiteres Spezifikum liegt darin, dass traditionelle familiäre Strukturen bei Migranten/Migrantinnen stärker ausgeprägt sind und daher eine familiäre Integration auch bei einem problematischen Substanzkonsum häufig noch vorhanden ist: Dies trägt dazu bei, dass Betroffene später oder auch gar nicht professionelle Hilfe nachfragen, und würde eine stärkere Ausrichtung auf familientherapeutische Angebote erfordern (Horyniak et al. 2016).

Wenn es zu einem Kontakt mit dem Behandlungssystem kommt, ist von Seiten der Behandler/innen bekannt, dass ihre Arbeit erschwert wird durch eine weit verbreitete Erwartungshaltung nach kurzfristigen Erfolgen und dass zusätzlich Probleme durch unzureichend fachlich qualifizierte Laiendolmetscher/innen hinzukommen (Einflussnahme, Intimität).

Kernaussagen und Schlussfolgerungen

- » Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zu Substanzkonsum und Suchtrisiken unter Geflüchteten ist sehr gering, weil diese Bevölkerungsgruppe mit herkömmlichen Methoden des Drogen-Monitorings schlecht erreicht wird bzw. in Versorgungseinrichtungen (noch) unterrepräsentiert ist.
- » Bisherige Untersuchungen zu Personen mit Migrationshintergrund weisen diese als eine sehr heterogene Gruppe aus, deren Erfahrungen stark durch den biographischen Kontext geprägt sind. Gleichzeitig ist es häufig schwierig zu unterscheiden, welche Effekte als migrationspezifisch zu betrachten sind und welche eher auf allgemeine sozioökonomische Benachteiligung zurückzuführen sind.
- » Hinweise bestehen, dass bei Personen mit Migrationshintergrund zwar spezifische Faktoren in Richtung Abstinenz wirken können (traditionelle Werthaltungen, familiäre und soziale Kontrolle), speziell bei geflüchteten Menschen aber eine Reihe von Risikofaktoren (z. B. Traumatisierung oder Unsicherheit der Situation im Aufnahmeland) zu hoher psychischer Belastung führen können, die wiederum in einem problematischen Konsumverhalten bzw. in einem erhöhten Risiko für Suchterkrankungen ihren Ausdruck finden kann.
- » Für unbegleitete jugendliche Geflüchtete kann das Fehlen der Familie dazu führen, dass die psychischen Belastungen der Flucht durch Trauer und Einsamkeit verstärkt werden. Zudem entsprechen unbegleitete jugendliche Geflüchtete aufgrund ihres Alters und des Faktums, dass es sich meist um männliche Jugendliche handelt, auch ohne zusätzliche Belastungen jener demographischen Gruppe, die am ehesten mit einem auffallenden (Experimentier-) Konsumverhalten in Erscheinung tritt.
- » In Bezug auf die Nutzung von Suchthilfe-Einrichtungen ist tendenziell von einer Unterversorgung auszugehen, wobei Gründe dafür sowohl auf individueller Ebene (Wissensstand und Haltungen zu Gesundheitsfragen, Misstrauen gegenüber Behörden) als auch auf struktureller Ebene (Mangel an muttersprachlichen Angeboten) zu verorten sind.

3 Zielsetzung, Projektdesign und Methodik

3.1 Zielsetzung

Die wesentliche Zielsetzung des gegenständlichen Projekts liegt darin, die in Kap. 2.5 skizzierten Problemstellungen explorativ und in einer möglichst umfassenden Bandbreite für die Situation in Wien²³ zu erheben und Rückmeldungen aus unterschiedlichen Perspektiven zu strukturieren. Berücksichtigt werden dabei sowohl individuelle Aspekte der betroffenen Jugendlichen als auch Aspekte der derzeitigen Versorgungsstruktur.

Das Erkenntnisinteresse zielt darauf ab, zu einer fundierten Beurteilung der folgenden Fragen zu kommen:

1. Wie stark ausgeprägt sind suchtspezifische Probleme bei unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten in Wien und in welcher Relation stehen sie zu anderen Belastungen und Problemstellungen bei dieser Zielgruppe?
2. Welche spezifischen Charakteristika weist die Zielgruppe in Bezug auf Substanzkonsum auf und in welcher Weise unterscheidet sie sich in Versorgungsanfordernissen von anderen Zielgruppen der Suchthilfe und -prävention?
3. Welche Angebote der Suchthilfe und -prävention haben sich als hilfreich erwiesen und wo besteht noch Handlungsbedarf?
4. Inwieweit sind Lernerfahrungen von derzeit in Österreich betreuten geflüchteten Menschen längerfristig relevant und können auch in Bezug auf andere Zielgruppen hilfreich sein?

Es ist dezidiert **nicht Ziel** dieses Projektes, eine Prävalenzschätzung zum Ausmaß des Substanzkonsums in der Zielgruppe zu erarbeiten.

3.2 Projektdesign

Die Forschungsarbeiten wurden in Anlehnung an das Konzept der RAR-Methode (RAR = Rapid Assessment and Response) durchgeführt, das für unterschiedliche Bereiche der Gesundheitsforschung entwickelt (Rhodes et al. 1999) und bereits für Arbeiten mit ähnlichen Zielgruppen verwendet wurde (Braam et al. 2004). Die Grundidee der RAR-Methode besteht in den Annahmen,

23

Aus pragmatischen Gründen wurden sämtliche empirischen Arbeiten auf Wien bzw. Wien-Umgebung eingeschränkt. Aus diesem Grund erhebt die Studie auch keinen Anspruch darauf, in demselben Ausmaß auch die Situation in anderen Bundesgebieten zu beschreiben, auch wenn einige der im gegenständlichen Bericht beschriebenen Einflussfaktoren auf Ebene der betroffenen Individuen (z. B. Traumatisierung) bzw. auf Ebene bundesweit ähnlicher Umstände (z. B. Wartezeiten im Asylverfahren) anzusiedeln sind und es somit plausibel erscheint, dass sich diese in anderen Regionen ähnlich gestalten.

dass methodischer Pluralismus, ein schnelles Zur-Verfügung-Stellen von Daten und die Entwicklung von sektorenübergreifenden Maßnahmen wesentliche Kriterien von effektiven Public-Health-Interventionen darstellen (Rhodes et al. 1999).

Methodischer Pluralismus in der RAR-Methode ist sowohl durch die Verwendung von multiplen Informationsquellen gekennzeichnet als auch durch die Verwendung von quantitativen und qualitativen Ansätzen. Speziell bei Zielgruppen, die sich einem Zugriff über quantitative Methoden weitestgehend entziehen, können qualitative Zugänge helfen, wertvolle Information zu gewinnen. Unterstützungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Handlungsfeldern können damit differenzierter identifiziert werden als aus statistischen Daten (UNHCR 2013). Erkenntnisse aus unterschiedlichen Quellen sollen miteinander trianguliert und validiert werden, um so in kurzer Zeit ein verlässliches Bild zu erhalten (Braam et al. 2004). Der Forschungsprozess ist also durch ein induktives Vorgehen geprägt und entspricht einer zyklischen Abfolge von Hypothesen-Formulierung und deren Testung, vergleichbar mit dem Vorgehen eines Detektivs / einer Detektivin (Rhodes et al. 1999).

Der Fokus ist dabei nicht nur auf die Individuen gerichtet, sondern auch auf den sozialen, kulturellen und ökonomischen Kontext, in den Individuen und ihr Verhalten eingebettet sind. Dies entspricht dem Interesse an einerseits individuellen Problemlagen von geflüchteten Jugendlichen und andererseits deren Einbettung in die spezifischen Rahmenbedingungen ihrer Versorgung in Österreich. Empirische Daten wurden über **qualitative Interviews** einerseits mit unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten und andererseits mit Praktikern und Praktikerinnen²⁴ aus der Flüchtlingsbetreuung, der Suchthilfe und anderen für die Zielgruppe relevanten Einrichtungen gewonnen. Die Einladung zu den Interviews erfolgte über UMF-Betreuungseinrichtungen, in denen ausschließlich männliche Jugendliche betreut werden, sodass keine Interviews mit weiblichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten durchgeführt werden konnten.

Die vorläufigen Ergebnisse aus den Projektarbeiten wurden kurz vor Projektende in einem Ergebnis-Workshop präsentiert und mit über 30 Vertretern und Vertreterinnen aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen (insbesondere aus Flüchtlingsbetreuung und Suchthilfe/Suchtprävention) diskutiert. Ziel dieser Veranstaltung war, möglichst praxisnahe Handlungsempfehlungen zu erarbeiten.

24

z. B. Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen in Einrichtungen der Grundversorgung, Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen von Suchtberatungseinrichtungen, Sprachlehrern/-lehrerinnen in Deutschkursen für Geflüchtete, Klinikern/Klinikerinnen in der Akutversorgung

3.3 Interviews mit männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten mittels Vignettenansatz

Insgesamt wurden im Zeitraum Juni bis November 2017 39 qualitative Interviews mittels Interviewleitfaden und Fallvignetten (vgl. Tabelle 3.1 sowie Annex 1: Vignetten und Leitfaden für Interviews mit Jugendlichen) durchgeführt. Die Rekrutierung der männlichen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen erfolgte über die betreuenden Einrichtungen, die zu Projektbeginn kontaktiert wurden bzw. an der Fokusgruppe teilnahmen. In einem Einzelfall wurde ein (wiederum männlicher) Jugendlicher²⁵ interviewt, der sich in einer suchtspezifischen Einrichtung in Wien in Behandlung befindet und über diesen Weg von der Möglichkeit zur Teilnahme erfahren hat.²⁶

Tabelle 3.1:
Überblick über Interviewteilnehmer und betreuende UMF-Einrichtungen

Name der Einrichtung	Anzahl an Interviews	Datum/Zeitraum
Haus Papageno (Diakonie)	3	16. 6. 2017
Weidingers Gateway	13	11. 7. 2017 bis 20. 7. 2017
Haus Mödling (Diakonie)	8	14. 7. 2017 bis 04. 8. 2017
Haus Evans (Arbeiter-Samariter-Bund)	10	2. 10. 2017 bis 11. 10. 2017
Haus Erdberg (Arbeiter-Samariter-Bund)	4	24. 10. 2017
Einzelinterview	1	11. 10. 2017

Darstellung: GÖG

Als Einschlusskriterien für die Teilnahme wurden Fluchthintergrund, Alter von maximal 24 Jahren sowie ausreichende Deutsch- bzw. Englischkenntnisse formuliert. Zudem war entscheidend, dass hinreichendes Interesse an der Thematik sowie die Bereitschaft, darüber zu sprechen, besteht. Als Aufwandsentschädigung erhielt jeder teilnehmende Jugendliche 20 Euro. In der Praxis zeigte sich, dass die Jugendlichen in allen Einrichtungen zunächst leichte Vorbehalte gegenüber der Interviewanfrage hatten, sich aber nach den ersten Interviews schnell weitere Teilnehmer finden ließen.

3.3.1 Der Vignetten-Ansatz

Vignetten sind kurze, fiktive Geschichten über Individuen in spezifischen Situationen, die ein oder zumeist mehrere markante Elemente beinhalten und deren Beurteilung Auskunft über Wahrneh-

25

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird hier der Begriff Jugendlicher synonym für die gesamte Gruppe der Interviewteilnehmer verwendet und nicht ausschließlich auf die Altersgruppe von 14 bis 18 Jahren im Sinne seiner Legaldefinition eingeschränkt.

26

Entsprechend wird überall dort, wo auf Aussagen aus diesen Interviews Bezug genommen wird, nicht gegendert.

mungen und Einstellungen von Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen bietet. Die Situationsbeschreibungen in den Vignetten können in Bezug auf Länge und Komplexität variieren, beinhalten aber häufig eine Art moralisches Dilemma bzw. eine unterschiedlich beurteilbare Situation. Vignetten finden dafür zwangsläufig einen Kompromiss und können die Realität immer nur eingeschränkt und selektiv abbilden (Hughes/Huby 2012).

Das Arbeiten mit Vignetten läuft folgendermaßen ab: Interviewpartner/innen werden gebeten, eine Vignette durchzulesen. Im Anschluss daran werden sie aufgefordert, auf diesen Stimulus zu reagieren, eine Bewertung des Inhalts abzugeben und/oder zu beschreiben, wie sie selbst oder andere Personen reagieren würden. Ihre Reaktionen auf die Vignette können mit geschlossenen Fragen, aber auch mit offenen Fragen ermittelt werden (Barter/Renold 1999; Hughes 1998). Ausschlaggebend für eine gute Fallvignette ist, dass sie den Befragten sowohl relevant als auch real oder lebensnah erscheint (Hughes 1998) und eine ausgewogene Mischung aus einer konkreten Kontextbeschreibung und einer Uneindeutigkeit bietet, die die Befragten dazu nötigt, die fehlenden Informationen mit eigenen Ansichten aufzufüllen (Barter/Renold 1999).

Vignetten werden sowohl in der qualitativen als auch in der quantitativen Sozialforschung auf verschiedene Weise und mit unterschiedlicher Zielsetzung eingesetzt (Finch 1987). Vignetten bewirken einerseits, dass das beschriebene Verhalten durch seine Darstellung als „normal“ definiert wird und daher Interviewpartner/innen weniger stark dem Druck sozialer Erwünschtheit unterliegen, als wenn diese zu ihrer persönlichen Situation befragt werden. Gleichzeitig wird eine Frage in einem spezifisch definierten Setting und somit kontextgebunden beurteilt (Barter/Renold 1999). Aus diesem Grund werden Vignetten gehäuft bei sozial heiklen Interviewthemen (z. B. illegales Verhalten, Drogenkonsum, Sexualität) eingesetzt (Hughes 1998). Der wesentliche Informationsgehalt, den der Vignetten-Ansatz bietet, liegt also in erster Linie darin, den Interpretationsrahmen und Wahrnehmungsprozess der Befragten beschreiben zu können, und weniger darin, tatsächliches Handeln vorauszusagen zu können oder vergangenes Handeln zu dokumentieren (Jenkins et al. 2010).

3.3.2 Verwendung von Vignetten im vorliegenden Projekt

Im Rahmen des Projektes wurden insgesamt vier Vignetten eingesetzt (vgl. Annex). In den kurzen Vignetten-Szenarios werden folgende Aspekte von Drogenkonsum als Impuls angerissen: Rahmenbedingungen, Substanzart, Konsumfrequenz, persönliche Probleme in Folge des Konsums (z. B. Vernachlässigung anderer Aktivitäten, Streit mit Freunden) und negative Konsequenzen aus dem Umfeld (rechtliche Probleme bzw. Probleme mit der Polizei) sowie eine erste Reaktion eines Unterstützungssystems (Suchthilfe oder Flüchtlingsbetreuung).

In vielen Interviews erfüllte die Vignette vor allem eine „Ice-breaker“-Funktion und erleichterte den Jugendlichen den Gesprächseinstieg, indem über die Vignette das Konsumverhalten als „normal“ definiert wurde. Angesichts des tabuisierten Kernthemas der Befragung (Konsum von legalen

und illegalen Substanzen) sowie der Gefahr, andere heikle Themen zu streifen (Traumatisierungen), bot der Vignettenansatz eine Möglichkeit, Probleme anzusprechen, ohne dass sich die Jugendlichen genötigt sahen, über ihre eigenen Probleme zu sprechen, sofern sie dies nicht wollten.

Sämtliche Interviews wurden protokolliert: Der größte Teil der Gespräche wurde von zwei Personen durchgeführt, wobei eine Person das Gespräch führte und die zweite hauptsächlich für die Protokollführung verantwortlich war. Auf eine Aufzeichnung der Interviews mittels Audiogerät bzw. ein wörtliches Interviewtranskript wurde hingegen aus Ressourcengründen verzichtet, außerdem hätte dies der Vertraulichkeit der Interview-Situation entgegen gewirkt.

Die Interviewprotokolle wurden entlang dreier wesentlicher Prinzipien ausgewertet:

- » **Generalisierung:** Wiederkehrende Themen wurden gesammelt und auf einen gemeinsamen Nenner gebracht, um für diese Themen von konkreten und personen- bzw. situationsspezifischen Aussagen zu allgemeineren Aussagen zu gelangen.
- » **Strukturierung:** Generalisierte Aussagen als Antworten auf unterschiedliche Fragen wurden anschließend nach Möglichkeit zueinander in Beziehung gesetzt, um mögliche Zusammenhänge formulieren zu können.
- » **Schwerpunktsetzung:** Anstelle einer Quantifizierung im Sinne von Prozent oder numerischen Ausdrücken wird die Häufigkeit von bestimmten Phänomenen ausschließlich mittels verbaler Kategorien ausgedrückt (z. B. „von den meisten“ im Gegensatz zu „vereinzelt“).

3.4 Fokusgruppen und semistrukturierte Interviews mit Expertinnen und Experten

Zu Projektbeginn wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt, zu denen Mitarbeiter/innen aus der Flüchtlingsbetreuung sowie aus der Suchthilfe- bzw. Suchtprävention eingeladen waren. Insgesamt haben **22 Personen** an zwei zeitgleich stattfindenden Fokusgruppen teilgenommen. Die beiden Gruppen waren jeweils so zusammengesetzt, dass Vertreter/innen aus beiden Bereichen (also Flüchtlingshilfe und Suchthilfe/-prävention) in beiden Gruppen vertreten waren.

Die Zielsetzung dieser Fokusgruppen bestand im Wesentlichen darin, strukturiert Erfahrungswissen von Praktikern/Praktikerinnen aus den Bereichen der Flüchtlingsbetreuung und der Suchtprävention/-beratung/-behandlung zu sammeln, um auf dieser Basis eine Bestandsaufnahme zu gewährleisten und Problemfelder sowie bereits bestehende Maßnahmen zu identifizieren. Inhaltlich wurden zwei Fragestellungen diskutiert (Leitfaden siehe Annex):

- » Welches sind die wesentlichen Problembereiche hinsichtlich Substanzkonsum und Suchtverhalten aus der Perspektive von Einrichtungen der Flüchtlingsbetreuung und Einrichtungen der Suchthilfe/Suchtprävention?
- » Welche Herausforderungen und Erfolgsrezepte bestehen in Prävention und Versorgung für unterschiedliche suchtspezifische Problemlagen?

Weitere Berufsgruppen, die ebenfalls mit der Zielgruppe befasst sind, aber nicht in der Fokusgruppe vertreten waren, wurden im weiteren Verlauf kontaktiert und um Stellungnahme gebeten. Angefragt wurden Personen aus der Exekutive, der mobilen Suchthilfe, der offenen Jugendarbeit, von Ausbildungseinrichtungen und Einrichtungen mit psychotherapeutischen Angeboten (teilweise mit Schwerpunkt auf Menschen mit Fluchterfahrung bzw. Trauma-Folgestörungen). In Summe wurden **zehn ergänzende Experteninterviews mit 12 Personen** durchgeführt (Leitfaden siehe Annex 3).

Tabelle 3.2:
Überblick über Teilnehmer/innen an den Experteninterviews

Name der Person(en)	Einrichtung	Datum/Zeitraum
Roland Fahrberger	LKA Abt. 4 Kriminalprävention	5. 10. 2017
Sandra Diwoky	Suchthilfe Wien, SAM flex	12. 10. 2017
Arash Razmaria	MännerGesundheitsZentrum MEN	28. 11. 2017
Monika Libisch, Dejan Stanculj, Safah Algader	JUVIVO.15 bzw. FAIR-PLAY-TEAM.15	23. 11. 2017
Sina Farahmandnia	PROSA	16. 10. 2017
Barbara Peschke	INTERFACE	12. 10. 2017
Klaus Peter Mihacek	ESRA	28. 11. 2017
Nikolaus Ecker	Sozialarbeit, VHS Ottakring	14. 11. 2017
Christine Koska	Die Boje	7. 12. 2017
Sonja Brauner	Hemayat	20. 12. 2017

Darstellung: GÖG

3.5 Einschränkungen und Limitationen

3.5.1 Selektion der Interviewteilernehmer/innen

Interviews wurden mit männlichen unbegleiteten jugendlichen Flüchtlingen durchgeführt, die fast ausschließlich minderjährig waren²⁷ und in unterschiedlichen Wohneinrichtungen versorgt wurden. Die Ergebnisse bieten somit keinen Einblick in die Situation von Jugendlichen mit Fluchterfahrung, die gemeinsam mit ihrer Familie in Österreich leben. Aufgrund der starken Bedeutung von **familiärer Kontrolle** kann davon ausgegangen werden, dass sich diese beiden Gruppen stark voneinander unterscheiden.

Der Erwerb der Sprache im Aufnahmeland gilt als ein wesentlicher Einflussfaktor für unterschiedliche Anforderungen im Integrationsprozess (Ausbildung, Arbeitssuche, Aufbau von sozialen

27

Drei Interviews wurden mit jungen Erwachsenen geführt, die zwischen 18 und 24 Jahren alt waren.

Netzwerken) (UNHCR 2013). Die Interviews wurden fast ausschließlich mit Jugendlichen durchgeführt, die über ausreichend gute Deutschkenntnisse für ein Gespräch auf Deutsch verfügen, in einem einzigen Fall wurde Dolmetsch-Unterstützung hinzugezogen und zwei weitere Interviews wurden auf Wunsch der Interviewpartner auf Englisch geführt. Eine nachweisbare Folge der Auswahl von Jugendlichen mit ausreichenden Deutschkenntnissen liegt darin, dass alle interviewten Jugendlichen schon **länger in Österreich** leben (Minimum etwa ein halbes Jahr). Ob das Ausmaß der Deutschkenntnisse auch in anderen Aspekten eine bestimmte Selektion bewirkt hat, kann nicht festgestellt werden. In Bezug auf Nationalität und Geschlecht stellen die interviewten Jugendlichen eine sehr spezifische Gruppe dar: Da die Auswahl der Interviewteilnehmer über die betreuenden Einrichtungen erfolgte und in den beteiligten Einrichtungen ausschließlich männliche Jugendliche betreut wurden, konnten leider keine weiblichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten interviewt werden und entsprechend keine Aussagen über diese – deutliche kleinere – Personengruppe getroffen werden. Ein weiteres Merkmal der Stichprobe ergibt sich daraus, dass ein Großteil der Gespräche mit Jugendlichen aus Afghanistan²⁸ stattfand.

Ein zweiter Selektionseffekt liegt darin begründet, dass die Teilnahme am Interview freiwillig erfolgte und somit wahrscheinlich durch ein prinzipielles Interesse an der Thematik begünstigt wurde. Außerdem wurde die Teilnahme über die jeweiligen Betreuer/innen in den Flüchtlingsunterkünften vermittelt und in einigen Fällen wurden Jugendliche auch aktiv von Betreuern/Betreuerinnen angesprochen, ob sie Interesse hätten. Insgesamt stellt sich die Frage, inwieweit der Prozess der Rekrutierung dazu geführt hat, dass Gruppen von Jugendlichen mit bestimmten Konsumerfahrungen in besonderem Ausmaß teilgenommen haben. Da auch einige Gespräche mit Jugendlichen geführt wurden, die nur wenig oder sogar gar keine eigene Konsumerfahrung haben, sich aber trotzdem zur Thematik äußern wollten, erscheint eine starke Verzerrung in Richtung „starke Konsumerfahrung“ eher unplausibel. Das Ausmaß des Selektionseffekts und wie stark sich die Interviewteilnehmer von der Grundgesamtheit aller betreuten Jugendlichen unterscheiden, kann aufgrund des Studiendesigns nicht beurteilt werden.

Die Auswahl der teilnehmenden **Experten/Expertinnen** unterliegt ebenfalls einer gewissen Selektivität. Auch wenn die Auswahl mit Sorgfalt und dem Ziel einer möglichst breiten Abdeckung von relevanten Themenbereichen erfolgte, kann in Rahmen einer explorativen Studie der Anspruch einer vollständigen Abdeckung aller relevanten Bereiche nicht erfüllt werden. Darüber hinaus ist es bei Teilnahme je eines Vertreters / einer Vertreterin pro Einrichtung auch nicht möglich, potenziell abweichende Wahrnehmungen innerhalb einer Einrichtung zu identifizieren.

28

Der hohe Anteil afghanischer Jugendlicher unter den Interviewteilnehmern korrespondiert mit dem hohen Anteil afghanischer Jugendlicher an allen UMF in Österreich.

3.5.2 Interview–Effekte und soziale Erwünschtheit

Wie auch bei anderen Befragungsdaten bzw. allen reaktiven Datenerhebungsverfahren ist zu berücksichtigen, dass die erhaltenen Informationen jene sind, die die Befragten bereit waren, in einer Interviewsituation mitzuteilen. Inwieweit diese Angaben der Wahrheit entsprechen, kann nie zur Gänze geklärt werden. Da im vorliegenden Projekt nicht direkt nach persönlichen Erfahrungen gefragt wurde und eine Prävalenzschätzung dezidiert nicht das Ziel war, erscheint es plausibel, dass der Einfluss von sozialer Erwünschtheit eine geringere Rolle spielte, als wenn persönliche Erfahrungen erfragt worden wären. Auch während der Interviews überwog der Eindruck, dass die Angaben zum größten Teil ehrlich gemacht wurden. Auf der anderen Seite ist nicht zu leugnen, dass der Einsatz der Vignetten ein gewisses „Framing“ verursacht hat, also etwa die Schilderung von Substanzkonsum als etwas potenziell Gefährlichem, was Einfluss auf die Aussagen der Jugendlichen gehabt haben könnte.

3.5.3 Interpretation von Aussagen

Bei der Interpretation von Aussagen der geflüchteten Jugendlichen ist zu beachten, dass manchmal schwer zwischen sprachlichen Schwierigkeiten und mangelndem Wissen unterschieden werden kann. Dies betrifft etwa Fragen zu den physiologischen Auswirkungen von Substanzkonsum, deren oberflächliche Beantwortung sowohl auf sprachliche Defizite als auch auf ein unzureichendes Wissen zurückgeführt werden kann.

Bei Fragen, die sich auf Vergleiche zwischen dem Leben in Österreich und dem Leben im Herkunftsland beziehen, ist zu beachten, dass Jugendliche seit dem Verlassen ihrer Heimat mitunter entscheidende Entwicklungsphasen durchlaufen haben und das höhere Alter und die Entwicklungsschritte die Beurteilung stark beeinflussen. Dies betrifft etwa Aussagen zur Verbreitung von Substanzen in Österreich im Vergleich zum Herkunftsland, wo 17-jährige Burschen, die seit längerer Zeit in Österreich leben, auf sehr unterschiedliche Erfahrungshorizonte zurückgreifen müssen.

Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass die Lebenssituation der befragten Jugendlichen sich in vielerlei Hinsicht stark von jener anderer Jugendlicher in Österreich unterscheidet und Unterschiede nicht ausschließlich auf ein Merkmal (z. B. Nationalität) reduziert werden sollten.

3.5.4 Fehlende Referenz– oder Vergleichsgruppe

Aussagen in diesem Bericht beziehen sich immer auf die Gruppe der interviewten unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten. Es war explizit kein Ziel dieses Projekts, konkrete numerische Aussagen zum Konsumverhalten dieser Zielgruppe treffen zu können. Aber es wird an mehreren Stellen verbal beschrieben, ob gewisse Themen eher häufig oder eher selten angesprochen wurden, womit eine Quantifizierung erfolgt. Das Ziel dabei ist, herauszufinden, welche

spezifischen Belastungssituationen oder Risikofaktoren bei der Zielgruppe in einem relevanten Ausmaß anzutreffen sind. Das bedeutet nicht zwingend, dass diese Risikofaktoren bei in Österreich geborenen Jugendlichen nicht auch anzutreffen wären, insbesondere wenn ähnliche Belastungsfaktoren zu einer erhöhten Vulnerabilität führen. Daher wird im Folgenden auch auf pauschalierende Vergleiche zwischen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten und in Österreich geborenen Jugendlichen verzichtet.

Kernaussagen und Schlussfolgerungen

- » Um dem explorativen Charakter des Forschungsvorhabens gerecht zu werden, wurde ein möglichst offenes Projektdesign gewählt, das die Kombination von unterschiedlichen Informationsquellen erlaubt und zum Ziel hat, eine umfassende Beschreibung der Problem- und Versorgungslage zu bieten und Erkenntnisse und Aussagen aus möglichst vielen unterschiedlichen Perspektiven zu triangulieren.
- » Insgesamt wurden 39 qualitative Interviews mit jugendlichen Geflüchteten, zwei Fokusgruppen mit insgesamt 22 Teilnehmern/Teilnehmerinnen und zehn Expertengespräche mit zwölf Vertretern/Vertreterinnen aus unterschiedlichen Einrichtungen durchgeführt. Handlungsempfehlungen wurden im Rahmen eines Ergebnis-Workshops gemeinsam mit über 30 Vertretern/Vertreterinnen aus relevanten Versorgungsbereichen erarbeitet.
- » Die Methode des Vignettenansatzes hat sich als sehr hilfreich erwiesen, um in einer wenig konfrontativen Weise Informationen zu einem heiklen Thema zu erheben.
- » Aufgrund des qualitativen Designs erheben die Ergebnisse keinerlei Anspruch auf Repräsentativität. Limitationen sowie mögliche Verzerrungseffekte sind in Hinblick auf die Selektion der Interviewteilnehmer/innen zu berücksichtigen.

4 Ergebnisse aus Interviews mit Jugendlichen

4.1 Ausprägung des Konsums psychoaktiver Substanzen in der Zielgruppe

4.1.1 Konsumerfahrungen und Konsummuster

Insgesamt zeigt sich unter den 39 männlichen jugendlichen Interviewpartnern²⁹ eine **enorme Varianz** in Bezug auf eigene Konsumerfahrungen³⁰. Einige interviewte Jugendliche haben nach eigenen Angaben nur minimale (Probier-)Konsumerfahrungen bzw. konsumieren aktuell überhaupt nicht. In einigen Fällen wird dieses Verhalten mit Religion oder durch eine traditionelle Lebensführung begründet. Dennoch berichten mehrere Jugendlichen auch von Personen, die unter gesundheitlichen Folgen des Substanzkonsums leiden bzw. rechtliche Probleme mit illegalen Substanzen haben.

Der eigene Konsum von Zigaretten bzw. der Zigarettenkonsum von Freunden wird am häufigsten berichtet. Teilweise werden auch sehr exzessive Konsummuster beschrieben. Der Konsum von Alkohol und Cannabis wird deutlich seltener und etwa gleich häufig genannt, sowohl in Bezug auf das eigene Konsumverhalten als auch in Bezug auf das beobachtete Verhalten anderer Jugendlicher in ihrem sozialen Umfeld. Mohnkapseln sind den meisten Befragten nicht bekannt bzw. wird nur sehr selten über entsprechende (Konsum-)Erfahrungen berichtet.

In Bezug auf **Cannabis** wird häufig ein **sehr intensiver Konsum** beschrieben, sowohl in Bezug auf die Konsumfrequenz (z. B. täglicher Konsum), Konsummuster (z. B. bereits tagsüber) und Konsummenge (z. B. wird von Personen aus dem Bekanntenkreis berichtet, die zwischen 10 und 15 Joints pro Tag rauchen). Bei etwa fünf Jugendlichen lassen die Erzählungen – u. a. über die eigenen Konsumerfahrungen – auf ein potenzielles Suchtproblem schließen.

Dem stehen Jugendliche gegenüber, die nach eigenen Angaben nicht nur keine Konsumerfahrungen mit Cannabis gemacht haben, sondern zudem **starke Vorbehalte** gegenüber jeglichem Substanzkonsum zum Ausdruck bringen. In dieser Hinsicht scheinen die befragten jugendlichen Ge-

29

Aufgrund des Designs der Studie und der Rekrutierung von Interviewpartnern über betreuende Einrichtungen konnten ausschließlich männliche Personen interviewt werden. Entsprechend wird überall dort, wo auf Aussagen aus diesen Interviews Bezug genommen wird, nicht gegendert.

30

Da nicht direkt nach den eigenen Konsumerfahrungen gefragt wurde, diese aber teilweise genannt wurden, bezieht sich die Formulierung Konsumerfahrungen immer darauf, dass Jugendlichen davon berichten, ob der Konsum von Substanz XY in ihrem Umfeld vorkommt oder nicht. Eine Prävalenzschätzung des Substanzkonsums war explizit nicht Ziel dieses Projektes.

flüchteten **häufig Extrempositionen** einzunehmen: sehr risikobehaftetes Konsumverhalten (hochfrequent, häufig mit negativen Konsequenzen verbunden) auf der einen Seite und sehr stark ablehnende Haltung gegenüber sämtlichen psychoaktiven Substanzen auf der anderen Seite.

Insgesamt zeigten die befragten Jugendlichen gegenüber Nikotin häufig eine differenziertere Einstellung als gegenüber anderen Substanzen, was unter anderem auf ein größeres Ausmaß an Konsumerfahrung zurückgeführt werden kann.

Wiederholt wurde thematisiert, dass es vielen jugendlichen Afghanen in Bezug auf Alkohol an **Konsumkompetenz** fehle und wenn Konsum stattfindet, dann häufig auf exzessive Weise. Diese geringe Kompetenz werde auch im Vergleich zwischen österreichischen und afghanischen Jugendlichen deutlich: Während Alkohol für afghanische Jugendliche ungewohnt sei und sie sich „damit nicht so gut auskennen“³¹ und wenn, dann starke alkoholische Getränke wie Wodka oder Whiskey trinken, würden sich österreichische Jugendliche „besser auskennen“ und daher gemäßiger und eher Wein und Bier trinken.

Opiate wurden mangels entsprechender Erfahrungen seitens der Jugendlichen nur selten thematisiert und scheinen im Vergleich zu Alkohol und Cannabis eine **untergeordnete** Rolle zu spielen. Eigene Konsumerfahrungen mit Mohnkapseln wurden nur sehr vereinzelt von Jugendlichen berichtet, wobei es in einem Fall ein einmaliger Probierkonsum war, in einem zweiten Fall der betroffene Jugendliche im österreichischen Suchthilfesystem versorgt wurde und in einem weiteren Fall Konsumerfahrungen mit Opium als Schmerzmittel im Herkunftsland berichtet wurden. In einem weiteren Fall wird der verbreitete Konsum von opiumhaltigem Theriak-Tee³² berichtet, der sehr schnell süchtig macht. In insgesamt sechs (von 39) Interviews wird erwähnt, dass Opiate im Heimatland häufig konsumiert werden.

4.1.2 Konsumverläufe

Häufig werden bereits sehr **frühe Konsumerfahrungen mit Nikotin** berichtet, dass also Jugendliche bereits in ihren Herkunftsländern sehr früh begonnen haben, Tabak zu rauchen und dies auch nicht als außergewöhnlich erleben. Tabak wird zudem in den Herkunftsländern als sehr billig und für jedermann erschwinglich beschrieben. Mehrere Jugendliche berichten, dass sie bereits in sehr jungen Jahren arbeiten mussten und erste Konsumerfahrungen in diesem Zusammenhang machten.

31

Wortfolgen in Anführungszeichen entsprechen sinnhaft den geäußerten Formulierungen der Interviewpartner und dienen dazu, den Inhalten exemplarisch eine höhere Konkretisierung zu verleihen. Da die Gespräche nicht auf Band aufgezeichnet, sondern lediglich Notizen angefertigt wurden, kann es jedoch sein, dass diese Wortfolgen in manchen Fällen nicht exakt den Wortfolgen der Jugendlichen entsprechen.

32

Theriak-Tee ist ein traditionell als Heilmittel eingesetzter Tee, der in seiner ursprünglichen Form Opium als Bestandteil enthält, inzwischen aber auch in opiumfreien Varianten erhältlich ist.

Diesen Erfahrungen stehen Erzählungen einiger Jugendlicher gegenüber, wonach Konsumerfahrungen erst in Österreich gemacht wurden. Oft wird dies von den Jugendlichen mit der sehr restriktiven Haltung ihrer Eltern bzw. des Umfelds in ihrem Herkunftsland begründet. In Bezug auf Alkohol sind viele Interviewpartner im Vergleich zu gleichaltrigen Österreichern eher **konsumun- erfahren**. Alkohol wird in den muslimisch geprägten Herkunftsländern erwartungsgemäß seltener konsumiert und von den Interviewpartnern auch häufig mit sozialen Randgruppen in Verbindung gebracht.

In vielen Gesprächen zeigt sich, dass Konsumerfahrungen und Einstellungen erwartungsgemäß durch den **biographischen Kontext** der Jugendlichen geprägt sind. Insbesondere der Kontakt mit Cannabis bzw. mit cannabis-konsumierenden Personen scheint stark zu variieren und schwankt zwischen omnipräsent (etwa von Personen, die in Cannabis-Anbaugebieten aufgewachsen sind) bis hin zu einem absoluten Konsumtabu, verbunden mit starker sozialer Kontrolle. Während einige Interviewpartner davon berichten, dass der Cannabis-Konsum vielen Afghanen im Blut liege und bereits ihre Väter und Großväter Cannabis konsumiert hätten, berichten andere, dass der soziale Druck durch die Familie den Kindern einen Konsum verunmögliche.

Zuletzt haben auch die **Rahmenbedingungen während der Flucht** bei einigen Jugendlichen Konsumerfahrungen begünstigt: In mehreren Gesprächen wird berichtet, dass erst während der Flucht erste Konsumerfahrungen³³ stattgefunden haben oder dass konsumiert wird, um das Erlebte zu vergessen oder um in Massenquartieren besser schlafen zu können. Bei manchen Jugendlichen sind Flucht- und Migrationserfahrungen teilweise schon generationenübergreifend vorhanden (etwa bei Afghanen, die im Iran aufgewachsen sind) und Diskriminierungserfahrungen wurden schon im Herkunftsland gemacht.

4.1.3 Probleme und Belastungen infolge des Konsums von Alkohol und Cannabis

Das Thema Sucht oder Abhängigkeit wird von den befragten Jugendlichen nur sehr selten explizit thematisiert bzw. am Rande behandelt. Im Vordergrund stehen hingegen **akute negative Auswirkungen** in Zusammenhang mit Intoxikation bzw. Berausung. Die Mehrzahl der Interviewpartner kennt gleichaltrige Jugendliche aus ähnlichen Lebensumständen (etwa aus derselben Einrichtung

33

Vergleiche dazu die in Kap. 3.5 beschriebene Einschränkung, wie sich die durchlaufenen Entwicklungsstufen auf Vergleiche zwischen der Situation im Herkunftsland und der Situation in Österreich auswirken können.

oder andere Freunde), bei denen psychische Probleme oder schwerwiegende Belastungssituationen zeitgleich mit einem exzessiven Substanzkonsum aufgetreten sind³⁴. In einer längerfristigen Perspektive wird Substanzkonsum weniger mit einer möglichen Suchterkrankung in Verbindung gebracht, als vielmehr mit sozialen Problemen im Allgemeinen, wie Arbeitslosigkeit oder Problemen mit der Familie.

Insbesondere Alkoholkonsum wird auffallend oft mit **sozialen oder disziplinären Problemen** in Verbindung gebracht. Dieser Fokus ist auch angesichts der belastenden Lebensumstände (Unterbringung in Unterkünften mit mehreren gleichaltrigen Jugendlichen, fehlende Rückzugsmöglichkeiten, unzureichende Tagesstruktur) sowie der mangelnden Perspektiven nur wenig überraschend³⁵. Durch Berausung kann man andere stören, die Kontrolle verlieren, aggressiv werden („sich wie Rambo fühlen“) oder Streitigkeiten verursachen. Mehrmals wird erwähnt, dass Personen, die viel Alkohol konsumieren, irgendwann ihre Freunde verlieren würden. Das Konfliktpotenzial scheint zudem zu steigen, da aufgrund des Konsumverbots innerhalb der Unterkünfte der Konsum von Alkohol größtenteils im öffentlichen Raum stattfindet. In einem anderen Gespräch wird erwähnt, dass Alkoholkonsum heimlich in der Einrichtung stattfindet (z. B. auf der Toilette), aber manche exzessiv trinken. Werden derartige Verstöße bekannt, kann es teilweise auch dazu kommen, dass Personen die Unterkunft verlassen müssen.

Bei **Cannabiskonsum** werden Streit, Gewalt und Auseinandersetzungen deutlich seltener als negative Konsequenzen thematisiert. Stattdessen stehen – den Berichten der Jugendlichen zufolge – die Auswirkungen eines exzessiven Konsums von Cannabis in vielen Fällen diametral den Integrationsaufgaben entgegen, können zu Lethargie und Vernachlässigung von schulischen Aufgaben führen und lassen somit auf einen **dysfunktionalen** Konsum schließen („... es macht faul und man will immer schlafen und schließlich bekommt man auch kein Asyl“). Dem gegenüber steht die Beobachtung eines „funktionalen Konsums“, demzufolge genau jene Personen, die exzessiv konsumieren, ohne Cannabis gar nichts erledigen können, also z. B. vor dem Deutschkurs zur Stressreduktion einen Joint rauchen müssen oder Cannabis rauchen müssen, um „denken zu können“. Längerfristig wird Cannabiskonsum aber mehrheitlich mit negativen Folgen in Verbindung gesetzt: Geringere Chancen auf berufliche Ausbildung und im Asylverfahren sowie mögliche Probleme mit der Polizei werden als Folgen des Konsums von Cannabis beschrieben.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Alkohol und Cannabis bezüglich möglicher Folgen liegt naturgemäß im **rechtlichen Status**: Cannabiskonsum kann zu Problemen mit der Polizei führen, insbesondere weil auch der Verkauf von Cannabis wegen der fehlenden Möglichkeiten, anderweitig

34

In diesem Zusammenhang sei nochmals darauf hingewiesen, dass es explizit kein Ziel dieser Studie war, eine Prävalenzschätzung des problematischen Konsums unter UMF in Österreich zu erstellen. Auffallend war, dass nahezu alle Interviewpartner von Personen aus ihrem Umfeld berichtet haben, die einen problematischen Konsum ähnlich zu jenem in den Fallvignetten praktizieren. Theoretisch ist es aber möglich, dass es sich trotzdem nur um sehr wenige betroffene Person handelt und dass etwa mehrere Interviewpartner aus einer Einrichtung von ein und derselben Person berichtet haben.

35

Einschränkend sei erwähnt, dass auch in den Fallvignetten soziale Probleme (z. B. Streit mit Freunden) thematisiert wurden und dadurch ein entsprechendes „Framing“ bewirkt worden sein könnte (vgl. Kap. 3.5).

Geld zu verdienen, für manche eine Verlockung darstellen kann. Die Gefahren, die mit dem Verkauf von Cannabis verbunden sind, sind den meisten Jugendlichen aber bewusst. Gleichzeitig bestehen Erfahrungswerte, dass diese Gefahr von manchen aufgrund von finanziellen Schwierigkeiten in Kauf genommen wird, speziell von Personen, die jegliche Hoffnung auf eine Zukunft in Österreich aufgegeben haben bzw. bereits einen negativen Asylbescheid erhalten haben.

Personen, die unter Perspektivenlosigkeit leiden, werden aber auch in anderer Hinsicht mit einem erhöhten Risiko für **selbstschädigendes Verhalten** in Verbindung gebracht, beispielsweise mit einem erhöhten Risiko für Suizid oder Selbstverletzungen. Auch bei vier Interviewpartnern wurden deutlich sichtbare Wunden von Selbstverletzungen an den Armen beobachtet³⁶.

4.1.4 Probleme und Belastungen infolge von Nikotinkonsum

Als Folge von **Zigarettenkonsum** erleben die Jugendlichen nicht soziale Probleme als belastend, sondern die mit dem Konsum verbundenen Kosten sowie unmittelbare körperliche Einschränkungen, die etwa bei sportlicher Aktivität bemerkbar werden und teilweise auch Auslöser waren, um medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Erstaunlich häufig werden unmittelbare körperliche Folgen von starkem Nikotinkonsum thematisiert: etwa Kopfschmerzen, wenn man nicht raucht, oder auch starke Halsschmerzen. Längerfristige Risiken – etwa für Krebserkrankungen – werden nicht thematisiert³⁷.

Die geringen **finanziellen Mittel der Jugendlichen**³⁸ sind natürlich auch in Bezug auf andere Substanzen ein Problem. Sie werden von den meisten Jugendlichen insbesondere bei Zigarettenkonsum genannt, der unter den interviewten Jugendlichen am weitesten verbreitet und teilweise auch sehr intensiv ausgeprägt ist. Finanzielle Engpässe, teilweise dadurch mitbedingt, dass einige Jugendliche einen Teil des Geldes ihren Familien in Afghanistan schicken, führen dazu, dass Geld für Ausgaben wie Kleidung oder Essen knapp ist, zu Verschuldung bei Freunden und zu einer beeinträchtigten Lebensqualität führt. Finanzielle Engpässe können zusätzlich auch dazu führen, dass die Möglichkeit eines Zusatzeinkommens durch kriminelle Aktivitäten an Attraktivität gewinnt (z. B. Weiterverkauf von Cannabis), insbesondere wenn die eigenen Einkommensverhältnisse mit jenen von Personen verglichen werden, die Substanzen (weiter)verkaufen. Enge finanzielle

36

Um Belastungen bzw. Retraumatisierungen durch die Interviewsituation zu vermeiden, wurde diese so gestaltet, dass für die Interviewperson stark belastende Themen (etwa Traumata oder psychische Probleme) nicht direkt angesprochen, sondern lediglich abstrakt über die Vignetten thematisiert wurden. Dennoch wurden in einigen Interviews Belastungssituationen und Stress bis hin zu akuten Krisensituationen eigeninitiativ von den Interviewpartnern angesprochen.

37

Es ist durchaus plausibel, dass auch bei anderen Tabakkonsumenten/Tabakkonsumentinnen im Jugendalter die Bewertung von Belastungen ähnlich ausfällt.

38

Berichtet werden etwa 40 Euro Taschengeld pro Monat.

Möglichkeiten werden einerseits von den Jugendlichen als Grund genannt, weniger zu konsumieren. Andererseits wird in manchen Fällen berichtet, dass diese finanziellen Engpässe auch den Anreiz steigern, über den Weiterverkauf von Substanzen von einem Tag auf den anderen „reich“ zu werden. In einem Einzelfall wird berichtet, dass ein Jugendlicher aufgrund von Geldknappheit teilweise auf günstigere Angebote umgestiegen ist (z. B. Graumohnkapseln anstelle von Heroin).

Als belastend erleben einige Jugendliche die Tatsache, dass große Differenzen zwischen den Herausforderungen, die aufgrund der Fluchtsituation über die normalen Entwicklungsaufgaben eines gleichaltrigen Jugendlichen in Österreich hinausgehen, und den dazu zur Verfügung stehenden Ressourcen bestehen: Ein Jugendlicher berichtet etwa von der Belastung, einerseits Verantwortung gegenüber seiner in Syrien lebenden Mutter zu tragen, andererseits nur über 10 Euro pro Woche zu verfügen. Derartigen Schief lagen werden immer wieder in Form von **Identitätskonflikten** berichtet, die es erschweren, „ein Mann zu sein“ oder „stark zu sein“. Diese Probleme ergeben sich zusätzlich zu allgemeinen Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen, die sich „ungern etwas sagen lassen“.

Kernaussagen und Schlussfolgerungen

- » Konsumerfahrungen unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter mit psychoaktiven Substanzen sind sehr heterogen und reichen von exzessiven Konsummustern bis zu eher traditionell geprägten Lebensentwürfen, in denen Abstinenz dominiert. Insgesamt überwiegt der Eindruck, dass Substanzkonsum entweder gar nicht stattfindet oder wenn dann häufig problembelastet ist.
- » Ein für Länder wie Österreich symptomatischer moderater integrierter Alkoholkonsum wird vergleichsweise selten berichtet. Gleichzeitig wird fehlende Konsumkompetenz bemängelt.
- » Nikotin wird mit Abstand am intensivsten konsumiert, Alkohol und Cannabis liegen etwa gleich auf, wohingegen Opiate nur eine geringe Rolle spielen.
- » Als wichtig für Konsumverläufe erweisen sich der biografische Kontext und die Rahmenbedingungen des Fluchtprozesses bzw. der Lebenssituation in Österreich. Häufig werden erste Konsumerfahrungen erst außerhalb des Herkunftslandes oder auch erst in Österreich gemacht.

4.2 Konsummotive und Einfluss der Rahmenbedingungen

4.2.1 Kompensatorische Konsummotive

In nahezu allen Interviews wird Substanzkonsum (unabhängig von der Substanz) als vermeintliche **Bewältigungsstrategie zur Kompensation** von negativen Erlebnissen bzw. Emotionsregulation zur Sprache gebracht: Insbesondere die Abwesenheit der Eltern bzw. der Familie und die damit ver-

bundenen Sorgen und diesbezügliche Trauer, Kriegserfahrungen und Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem Asylverfahren werden als häufigste Motive für den Konsum psychoaktiver Substanzen genannt. Die Interviewpartner beschreiben Jugendliche, die viel konsumieren, als „traurig“, mit „schlechten Gedanken“ oder mit nicht näher definierten „anderen Problemen“ konfrontiert. Alkohol sei in solchen Fällen hilfreich, negative Sachen vergessen zu können. Viele Jugendliche sehen zudem Stress als wichtiges Konsummotiv für Zigaretten, Alkohol und Cannabis.

Auch somatische Probleme spielen eine Rolle beim Konsum von psychoaktiven Substanzen. Beispielsweise wird Cannabis gegen Kopfschmerzen geraucht und sowohl Cannabis als auch Mohnkapseltee werden als Einschlafhilfe bzw. bei Durchschlafstörungen verwendet.

Zwei Interviewpartner sehen in diesem kompensatorischen Konsummotiv auch dezidiert einen Unterschied zu in Österreich geborenen Jugendlichen. Diese würden öfters aus Spaß konsumieren oder „wenn sie glücklich sind“, was „Afghanen aber nicht so gut können“. In einem anderen Gespräch wird erwähnt, dass nur reiche Menschen aus Spaß konsumieren, also Personen, bei denen vermutet wird, dass sie keine Probleme haben.

Positive Beweggründe für den Konsum von berauschenden Substanzen wie Alkohol oder Cannabis (z. B. Konsum aus Spaß an der Berausung) wird nur vereinzelt erwähnt, zumeist aber einfach nicht genannt oder sogar explizit ausgeschlossen.

4.2.2 Rausch und Betäubung

In den Gesprächen überwiegt insgesamt der Eindruck, dass unter den Jugendlichen ein **geringes Interesse an Rausch** besteht. In diesem Zusammenhang scheinen die Lebensumstände eine wichtige Rolle zu spielen: Nicht die Kontrolle zu verlieren bzw. Dinge im Griff zu haben hat für die Jugendlichen eine große Bedeutung, da sie unter Umständen leben, in denen ein Kontrollverlust schnell mit Konflikten und Problemen verbunden ist. Ein ebenso wichtiges Motiv ist es, „stark zu sein“: Wer Drogen nimmt, ist schwach, und „stark zu sein“ wird von vielen Jugendlichen als wichtige Eigenschaft wahrgenommen. Die **berauschende und enthemmende Wirkung** von Alkohol und Cannabis wird von den Interviewpartnern immer wieder kritisch beurteilt, da viele Jugendliche im Rausch Dinge tun, die sie später bereuen, und es zu Problemen mit anderen Menschen kommt, was mit Scham und der Angst, das Gesicht zu verlieren, verbunden ist. Während einige Interviewpartner Kontrollverlust unabhängig von der Substanz kritisch sehen, beurteilen andere Interviewte Cannabiskonsum als weniger problembehaftet als Alkoholkonsum, da Cannabis zwar „high“ machen würde und einen „wie Kinder kichern“ lässt, eine Alkoholberauschung aber mit „laut sein“ und mit aggressivem Verhalten in Verbindung gebracht wird. Eine differenziertere Beurteilung von Substanzen erfolgt tendenziell eher von Jugendlichen mit Konsumerfahrung, während Pauschalbeurteilungen zumeist von Jugendlichen mit sehr geringer Konsumerfahrung geäußert werden. Dementsprechend wird auch bei Nikotinabhängigkeit am ehesten eine differenzierte Einschätzung getroffen.

Ein größeres Interesse scheint hingegen an **Betäubung** zu bestehen, die durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen gegen Schmerz und Einsamkeit bzw. mit dem Ziel, Dinge vergessen zu können, eingesetzt wird. Nur in Ausnahmefällen wird hingegen von einem gegenteiligen Effekt durch Konsumerfahrungen berichtet, nämlich dass Cannabis eher traurig mache und deswegen nicht gerne konsumiert wird.

4.2.3 Substanzkonsum und Tagesstruktur

Einige Interviewpartner berichten, dass das Fehlen von Tagesstruktur und die damit verbundene **Langeweile** ein wesentliches Konsummotiv darstellt, etwa weil man neue Erfahrungen sucht oder keine anderen Anregungen existieren und man in Österreich wenig machen könne. Vor allem in Bezug auf Zigaretten wird wiederholt berichtet, dass Jugendliche mehr konsumieren, wenn sie allein sind und nichts zu tun haben. Langeweile überschneidet sich dabei teilweise mit **Einsamkeit**: Entsprechend wird argumentiert, dass man Personen, die viel Alkohol trinken oder Cannabis rauchen, nicht alleine lassen sollte, da sie sonst noch mehr trinken bzw. rauchen würden.

In diesem Kontext wird ebenso erwähnt, dass das **Verfolgen eines Zieles eine protektive Wirkung** gegenüber Substanzkonsum haben kann. So meint ein Jugendlicher sinngemäß, dass „ein Ziel im Leben und viel Beschäftigung einen Schutz gegen die Ablenkung mit Substanzen“ darstellt. Schließlich sei der Konsum von Substanzen sehr zeitintensiv und Personen, die ihre Zeit für andere Dinge verwenden können, würden auch weniger konsumieren. Diese Struktur hält nach Sicht der Befragten von einem Konsumeinstieg ab bzw. begünstigt einen Konsumausstieg.

4.2.4 Die Rolle von Peers und Familie

Die aktuelle Lebenswelt der befragten Jugendlichen ist sehr stark durch männliche Peers geprägt. Wiederholt nennen die interviewten Jugendlichen Gruppendruck bzw. Nachahmung des Verhaltens von Freunden als Grund für Substanzkonsum. Das eigene Verhalten bzw. das Verhalten von anderen wird mehr oder weniger als direkte **Folge des Milieus** beschrieben, in dem sie sich aufhalten. Nach den Worten eines Interviewpartners macht „ein einziger schlechter Fisch das ganze Wasser schmutzig“. Auch wenn Gruppendruck und der Einfluss von Peers ein allgemeines Phänomen jugendlichen Substanzkonsums darstellt, erscheint es plausibel, dass das Fehlen von **familiären Bezugspersonen** diesen Einfluss noch weiter verstärkt.

Den Peers kommt aufgrund des Fehlens von Familie aber auch eine besondere Rolle als **Vertrauenspersonen** zu, wenn es um Hilfe und informelle Unterstützung geht. Peers, die über Konsumerfahrungen verfügen, aber keine Probleme damit haben, werden daher auch am häufigsten als Personengruppe genannt, die bei entsprechenden Problemen Hilfe bieten kann (deutlich häufiger als professionelle Unterstützung). Somit kommt Peers die ambivalente Rolle zu, am ehesten Unterstützung bieten zu können, aber gleichzeitig auch am ehesten zum Konsum zu animieren.

Wiederholt wird in den Gesprächen betont, wie schwierig es speziell für unbegleitete jugendliche Geflüchtete sei, Kontakte zu Jugendlichen außerhalb ihres **unmittelbaren Umfeldes** aufzubauen (was von vielen als Ziel formuliert wird), wobei hier unter anderem die unterschiedlichen ökonomischen Möglichkeiten eine wesentliche Rolle spielen: So könne man nach Angabe eines Interviewpartners „gute Freunde“ im Kino treffen, wofür man aber Geld brauche, währenddessen sich „schlechte Freunde“ eher im öffentlichen Raum aufhielten. Außerdem seien „gute Freunde“ häufig mit ihrer Familie unterwegs. Der Einfluss des sozialen Umfelds wird teilweise nahezu fatalistisch beschrieben: Habe man die „falschen Freunde“, „müsse“ man ebenfalls konsumieren, wolle man aufhören, „müsse“ man sich „bessere Freunde“ suchen, wobei oft konkrete Vorstellungen fehlen, wie das umzusetzen ist.³⁹

Insgesamt gibt es für unbegleitete jugendliche Geflüchtete nur **wenige Möglichkeiten**, sich dem Gruppendruck zu Substanzkonsum zu entziehen: Wenn die Freunde bzw. die Freundinnen außerhalb der Einrichtungen (in denen Substanzkonsum verboten ist) Cannabis und Alkohol konsumieren, bleibt für viele als einzige Option, in der Einrichtung zu bleiben, Sport zu machen oder „spazieren zu gehen“.

Der **Einfluss von Familie** wird in den Gesprächen in dreierlei Hinsicht thematisiert: erstens in Bezug auf Trauer und Einsamkeit (wie bereits beschrieben), die durch das Fehlen von Familie verursacht werden und in weiterer Folge Konsummotive darstellen können. Zweitens berichten sehr viele Jugendliche davon, dass ihre Eltern bzw. Familien im Herkunftsland sehr streng seien und keinerlei Konsum dulden bzw. hart sanktionieren würden. Substanzkonsum ist im familiären Kontext zudem mit Scham verbunden, da die Familie einem konsumierenden Jugendlichen vorhalten würde, „was andere erreicht haben“. Aus diesen Gründen sind Jugendliche auch häufig der Meinung, dass sie deutlich weniger bzw. überhaupt nicht konsumieren würden, wenn ihre Eltern anwesend wären, weil man in den Augen der Eltern „kein Junkie sein will“. Auch eine eigene Familiengründung würde den Konsum reduzieren, weil auch Ehefrauen nicht wollen, dass ihr Mann Alkohol oder Drogen konsumiert. Insgesamt ist das Leben in Österreich mit viel weniger sozialer Kontrolle verbunden als in Afghanistan („Afghanistan war wie ein Gefängnis, in Österreich bin ich frei“). Drittens sind viele Jugendliche im familiären Kontext häufig mit viel Verantwortung konfrontiert: Sie wurden mit hohen Erwartungen nach Europa geschickt, sollen hier eine Zukunft aufbauen („soll Arzt werden“) bzw. den Familiennachzug ermöglichen und eventuell auch noch Geld zurück in die Heimat schicken. Diese hohen Erwartungen kollidieren mit den stark eingeschränkten Möglichkeiten vor Ort, können Stress verursachen und somit einen weiteren Konsumanreiz darstellen.

39

Nur vereinzelt nennen Jugendliche mögliche Schritte, um andere Personen kennenzulernen, beispielsweise Studenten im Votivpark anzusprechen, weil dort „bravere Menschen“ zu finden sind als am Praterstern oder im Fitnessstudio. Das Meiden des Pratersterns wird auch in anderen Gesprächen betont, auch ein Wechsel der WG wäre eine Möglichkeit bei ständigen Problemen. Konsum kann im Einzelfall auch dazu führen, dass sich ein gemeinsamer Freundeskreis überhaupt erst findet. Der einzige Jugendliche, der sich zum Zeitpunkt des Interviews in einer Suchtberatungseinrichtung befand, berichtete, „wenn man Heroin konsumiert, hat man viele Freunde“. Der Bruch mit diesem Freundeskreis war sehr schwierig für den Betroffenen und in dieser Phase war Methadon sehr wichtig für ihn.

4.2.5 Unsicherheit und Zukunftsängste

Das laufende Asylverfahren wurde im Interview–Leitfaden bewusst nicht direkt angesprochen. Dennoch ließen mehrere Jugendliche in den Gesprächen durchklingen, dass der Ausgang des Asylverfahrens jenes Problem ist, das alle anderen Aspekte überdeckt. Substanzkonsum bzw. dadurch entstehende Probleme werden von vielen Interviewpartnern als **nachgeordnetes Problem** eingeordnet: Wäre der Asylentscheid positiv, würde alles gut werden. Das lange Warten auf den Asylbescheid erfordert aber eine enorme Frustrationstoleranz und nicht alle Personen bringen die dafür notwendigen Ressourcen auf. Der daraus resultierende Stress wird wiederholt als ein Grund genannt, der zu Substanzkonsum führen kann.

4.2.6 Verfügbarkeit von Substanzen

Die große Mehrzahl der interviewten Jugendlichen schätzt die **Verfügbarkeit** von Alkohol und Cannabis in Österreich als insgesamt sehr hoch ein, teilweise auch im Vergleich zur Situation im Herkunftsland⁴⁰. Speziell die Verfügbarkeit von Alkohol ist ein **Novum** für Jugendliche aus dem Nahen Osten bzw. dem arabischen Raum, das anfangs laut Aussagen der Interviewpartner zu großer Neugierde führen kann („neu angekommene Jugendliche machen Fotos von Regalen voller Alkohol in Supermärkten“), wobei diese zumeist aber auch schnell wieder nachlässt.

Während diese Einschätzung von Alkohol aufgrund von Legalstatus und Konsumtradition wenig überrascht, wird die Verfügbarkeit von **Cannabis** überraschenderweise nicht viel anders eingestuft („ständig wird man angesprochen“; „Österreich ist, wie ich mir Holland vorstelle“). Die hohe Verfügbarkeit von Cannabis wird von einigen Jugendlichen als Problem geschildert und auch als Grund für Konsum angegeben. Einige Rückmeldungen beziehen sich auch auf wahrgenommene Unterschiede in der **Qualität** der Substanzen in Afghanistan und Österreich. In Afghanistan werde vor allem Harz geraucht, während das in Österreich hauptsächlich konsumierte Cannabiskraut als „chemischer“ und „weniger schmackhaft“ beschrieben wird. In Österreich wird insbesondere die rechtliche Handhabung von Cannabis als verwirrend erlebt: Einerseits werden Cannabis–Setzlinge in Grow–Shops verkauft, andererseits ist der Besitz von Cannabis verboten.

In mehreren Interviews berichten Jugendliche, dass sie erst in Österreich mit Cannabis in Berührung gekommen sind (siehe Fußnote 28), was für sie in ihrem Herkunftsland nicht möglich

40

Vergleiche dazu die in Kap. 3.5 beschriebene Einschränkung, wie sich die durchlaufenen Entwicklungsstufen auf Vergleiche zwischen der Situation im Herkunftsland und der Situation in Österreich auswirken können. Die Einschätzung der Verfügbarkeit von Substanzen ist grundsätzlich vom Alter beeinflusst, in dem die Jugendlichen ihr Herkunftsland verlassen haben. Tatsächlich haben viele Jugendliche ihr Herkunftsland in einem Alter verlassen, in dem der Konsum im Allgemeinen nicht zu den üblichen Erfahrungen zählt. Auch selektive Wahrnehmung und eigene Konsumerfahrungen spielen eine wesentliche Rolle in der Wahrnehmung der Verfügbarkeit.

gewesen wäre. Aus anderen Gesprächen wiederum geht hervor, dass Cannabiskonsum im Herkunftsland ganz normal gewesen ist („In Afghanistan rauchen alle Cannabis, so wie in Österreich alle Alkohol konsumieren.“). Daraus lässt sich ableiten, dass die Einstellung zu (in Österreich illegalen) Substanzen wie Cannabis in den Herkunftsländern enorm variiert und sowohl Erfahrungen mit einer sehr restriktiven als auch mit einer sehr permissiven Handhabung bestehen. Tendenziell kommt der traditionellen Familienstruktur im Herkunftsland eine große Bedeutung zu.

Kernaussagen und Schlussfolgerungen

- » Kompensatorische Konsummotive, häufig im Sinne von Selbstmedikation zur Bewältigung von Trauma-Folgestörungen oder als Coping-Strategie bei Trauer oder Stress (z. B. bei Zukunftängsten), spielen eine wichtige Rolle. Eine zentrale Bedeutung als Ursache für Substanzkonsum kommt insbesondere Schlafproblemen zu, die infolge von Traumatisierungen und wegen der Rahmenbedingungen der Unterbringung häufig berichtet werden.
- » Entsprechend sind Konsummotive stärker durch den Wunsch nach Betäubung als durch ein Interesse an Berausung geprägt. Positive Konsummotive spielen somit eine untergeordnete Rolle.
- » Auch fehlende Tagesstruktur, fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten und damit verbundene Langeweile sind ein zentrales Konsummotiv.
- » Der Einfluss von Peers ist für unbegleitete jugendliche Geflüchtete nicht zuletzt aufgrund des Fehlens familiärer Bezugspersonen von besonderer Bedeutung. Das Fehlen der zumeist als traditionell und streng beschriebenen Eltern führt auch dazu, dass neue Freiheiten erfahren werden und die zuvor erlebte soziale Sanktionierung von Substanzkonsum wegfällt.

4.3 Wissen und Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen

4.3.1 Wissen um gesundheitliche Risiken und rechtliche Rahmenbedingungen

Insgesamt äußern sich die Jugendlichen **eher undifferenziert**⁴¹ über die gesundheitlichen Folgen des Konsums unterschiedlicher Substanzen. Aussagen, wie „Rauchen macht das Herz kaputt“ oder „Alkohol macht das Gehirn kaputt“ bleiben eher unspezifisch und können auch auf Nachfrage nicht präzisiert werden, wozu einerseits sprachliche Barrieren beitragen, tendenziell aber auch Rückschlüsse auf ein geringes Wissen in Bezug auf die Wirkung von psychoaktiven Substanzen zulassen. Nur in seltenen Fällen können konkrete negative somatische Folgen (etwa erhöhtes Risiko für

41

Aufgrund des Fehlens von Referenzwerten kann nicht beurteilt werden, ob in Österreich geborene Jugendliche ein differenzierteres Verständnis zu psychoaktiven Substanz und den möglichen negativen Folgen ihres Konsums haben.

Lungenkrebs durch Zigarettenkonsum) genannt werden. Zigaretten wird insgesamt ein **größeres Suchtpotenzial** zugeschrieben als Cannabis und Alkohol. Diese Einschätzung ist vermutlich damit zu erklären, dass die meisten der Jugendlichen selbst (erfolglos) versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören bzw. den Konsum von Zigaretten zu reduzieren.

Konsumerfahrene Jugendliche beurteilen die Substanzen Alkohol und Cannabis in Bezug auf deren gesundheitsschädliches bzw. –gefährdendes Potenzial **relativ ähnlich**. Wiederholt bezeichnen Jugendliche Alkohol oder Nikotin als „Einstiegsdrogen“, die dazu führen würden, dass Menschen später von legalen Substanzen auf illegale (und als gefährlicher eingestufte) Drogen wechseln. Dies korrespondiert mit einer wiederholt von Interviewpartnern geäußerten pauschalen Ablehnung sämtlicher Substanzen. Die Beurteilung von Cannabis fällt hingegen in einigen Fällen positiv aus. Wiederholt wird etwa berichtet, dass Cannabiskonsum nichts Außergewöhnliches sei und eher allgegenwärtig ist. Opiate spielen zwar nur eine untergeordnete Rolle, werden gleichzeitig aber in Summe als deutlich **gefährlicher** als andere Substanzen eingeschätzt.

Wissen zur **Rechtslage** ist bei vielen Interviewpartnern recht gering: So wird etwa wiederholt die Meinung geäußert, Alkohol oder Zigaretten seien in Österreich bis zum 18. Lebensjahr verboten, während sich andere Jugendliche wiederum überrascht zeigen, dass der Konsum von Cannabis oder das Trinken von Mohnkapseltee in Österreich verboten ist. Die Folgen einer gesetzlichen Übertretung in Österreich sind nur schemenhaft bekannt, etwa in Form von Aussagen wie „wen die Polizei erwischt, der muss ins Gefängnis“.

Informationen zu möglichen gesundheitlichen Folgen von Substanzkonsum, aber auch zu dessen rechtlicher Handhabung scheinen insgesamt eher zufällig zusammengetragen (z. B. aus dem Sprachunterricht oder aus dem Internet). Einige Interviewpartner berichten von Erfahrungen mit Schulungsprogrammen der Stadt Wien, in denen u. a. auf die Illegalität von Cannabis hingewiesen wurde.

4.3.2 Normative Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen

Im Rahmen normativer Fragestellungen („Was sollte sein?“) wird in vielen Fällen ein komplett **abstinentes Leben** als Ideal genannt: Am besten wäre es, überhaupt nicht zu konsumieren, da eigentlich alle Substanzen schlecht sind. Wiederholt wurde jeglicher Substanzkonsum mit sozialer Randständigkeit in Verbindung gebracht und dabei auch auf Erfahrungen aus den Herkunftsländern verwiesen: Wer Cannabis konsumiert, wird früher oder später auch verkaufen und in weiterer Folge irgendwann betteln gehen. Wenn jemand Alkohol konsumiert, wird meistens viel konsumiert und das führt zu entsprechenden Problemen.

Die Idee eines kontrollierten, moderaten oder sozial integrierten Konsums von Alkohol, Cannabis oder anderen Drogen ist hingegen eher wenig verbreitet und wurde nur von wenigen Jugendlichen beschrieben. Entsprechend sprechen sich die meisten Jugendlichen – unabhängig von eigenen Konsumerfahrungen – dafür aus, dass am besten niemand psychoaktive Substanzen konsumieren

sollte. Da dennoch die meisten der Interviewpartner irgendeine Art der Erfahrung mit psychoaktiven Substanzen gemacht haben, ergab sich in Gesprächen einiger Widerspruch zwischen der normativen Werthaltung und den tatsächlichen Erfahrungen.

In Bezug auf gesetzliche Regelungen und erzieherische Handhabung wurden größtenteils Forderungen nach **restriktiver Handhabungen** geäußert, etwa höhere Altersgrenzen für legale Substanzen oder auch höhere Strafen für den Konsum illegaler Substanzen. In Einzelfällen hielten die Interviewpartner der Polizei sogar vor, für Suchtprobleme mitverantwortlich zu sein, da sie zu wenig gegen die Verfügbarkeit von Cannabis unternähme. In Bezug auf die Erfahrungen mit der Polizei werden deutliche Unterschiede zwischen dem Herkunftsland und Österreich deutlich: Im Vergleich zur als korrupt, willkürlich und gewaltsam erlebten Polizei im Herkunftsland wird die Polizei in Österreich positiv wahrgenommen, auch wenn es in fast allen Einrichtungen Erfahrungen mit der Exekutive gibt. Viele Jugendliche zeigen sich aber zugleich überrascht über die – in Relation zum Herkunftsland – liberale Handhabung von legalen und illegalen Substanzen seitens der österreichischen Gesetzgebung und über den liberalen Umgang von österreichischen Eltern mit dem Substanzkonsum ihrer Kinder.

Insgesamt ist das Verständnis für die Drogengesetzgebung bei den befragten Jugendlichen durch eine Präferenz von restriktiven Maßnahmen gekennzeichnet, die in vielen Fällen den eigenen Erfahrungen mit strengen oder strafenden Eltern und Behörden entspricht. Nur vereinzelt wurden Zweifel geäußert, ob eine restriktive Handhabung tatsächlich ein Verhalten ändert und nicht lediglich dazu führt, dass es heimlich stattfinden muss. Ebenso steht die Präferenz für restriktive Maßnahmen in vielen Fällen im Widerspruch zu eigenen Konsumerfahrungen sowie zu der Einschätzung, dass in Österreich ein **freieres Leben** möglich ist als im Herkunftsland.

Wiederholt wird auch angemerkt, dass ein auffallendes Verhalten von einzelnen Personen zu einer **Stigmatisierung** der gesamten Gruppe führen kann und diese Stigmatisierung bei einer Minderheit (z. B. geflüchteten Afghanen) schneller Platz greift, als wenn sich einzelne Personen der Mehrheitsgesellschaft auffallend verhalten. Das negative Verhalten einzelner Afghanen führe somit dazu, dass auch andere Afghanen in einem schlechten Licht stehen.

4.3.3 Substanzkonsum und Geschlechterbilder

Viele Interviewpartner sehen einen wesentlichen Unterschied zwischen dem Substanzkonsum in ihren Herkunftsländern und dem Substanzkonsum in Österreich darin, dass Substanzkonsum in Österreich **keine alleinige Männerdomäne** ist, sondern Frauen ebenso Zigaretten rauchen bzw. Cannabis oder Alkohol konsumieren.

Das Bild aus dem Herkunftsland kann eine Ursache dafür darstellen, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen häufig mit Männlichkeit in Verbindung gebracht wird („Wer nicht raucht, ist eine Frau“). Gleichzeitig wurde aber auch mehrmals betont, dass Substanzkonsum unvereinbar mit **Familie** oder auch **Partnerschaft** sei. Ein großer positiver Einfluss wird dementsprechend einer Frau oder Freundin zugesprochen, da sie einen konsumierenden Mann zum Aufhören bringen oder

den Konsum verbieten könne. Außerdem sei es wichtig für einen Mann, „ein gutes Vorbild für die Kinder“ und „ein starker Mann“ zu sein. Einige Interviewpartner betonen in diesem Zusammenhang, dass Cannabiskonsum im Herkunftsland zwar toleriert werde, dass man aber niemals vor seiner Frau oder seinen Kindern konsumieren sollte. Diese soziale Kontrolle durch die Familie sei nach Ansicht einiger ein wirksames Mittel gegen exzessiven Konsum.

Diesem konservativen Geschlechterbild steht die vereinzelt berichtete Erfahrung gegenüber, dass Cannabiskonsum in Österreich das **Interesse von gleichaltrigen Mädchen** wecken kann, indem man etwas „Geheimnisvolles und Verbotenes“ macht und dies die Chance erhöht, dass man die Telefonnummer von Mädchen erhält oder sich auf Facebook befreunden kann. Auch mit Zigaretten könne man sich bei Mädchen interessant machen.

Kernaussagen und Schlussfolgerungen

- » Wissen zu gesundheitlichen Folgen und zur gesetzlichen Handhabung des Konsums unterschiedlicher Substanzen ist unter den befragten Jugendlichen nur fragmentarisch vorhanden.
- » Bei normativen Einstellungen herrschen Präferenzen für restriktive Maßnahmen vor, häufig wird ein abstinentes Leben zum Ideal erhoben. Beides wird in Bezug zu Erfahrungen aus dem Herkunftsland gesetzt.

4.4 Unterstützungsstrategien

4.4.1 Betonung von Willensstärke und Eigenverantwortung

In Hinblick auf hilfreiche Unterstützungsstrategien bzw. Unterstützungsmöglichkeiten bei Problemen mit psychoaktiven Substanzen ist die starke Betonung von **Eigenverantwortung** und **Willensstärke** jenes Merkmal, das am stärksten aus den Aussagen der Jugendlichen hervorsticht. Demzufolge wäre prinzipiell jedes Konsumverhalten in den Griff zu bekommen, wenn „man nur wolle“ bzw. sofern man nur „stark genug“ sei. Die Ansicht, dass eine Änderungsabsicht von Betroffenen die Voraussetzung für eine (professionell begleitete) Verhaltensänderung darstellt, wird wohl auch von Experten/Expertinnen im Suchtbereich durchaus geteilt. Spezifisch für die interviewten Jugendlichen ist jedoch, dass das Konzept von Sucht als Krankheit sehr wenig verbreitet ist und auch Wissen über externe Unterstützungsangebote nur rudimentär ausgeprägt ist. Ein Arzt / eine Ärztin oder ein Psychologe / eine Psychologin als Hilfe wird spontan nicht oder kaum genannt, erst auf Nachfrage sehen einige Jugendliche darin eine mögliche Hilfe für problematisch Konsumierende bzw. Abhängige.

Einige Jugendliche verstehen Substanzkonsum auch als Folge von dahinterliegenden Problemen und fordern daher explizit, dass das dahinterliegende Problem gelöst werden sollte.

4.4.2 Protektive Faktoren

Konkrete Vorstellungen zu protektiven Faktoren, um einem übermäßigen Substanzkonsum vorzubeugen bzw. ihn zu reduzieren, sind nur rudimentär ausgeprägt: Bei den meisten Jugendlichen findet sich eine idealisierte Betonung des **positiven Einflusses von Sportangeboten** (Fitnessstudio, Fußballspielen). In den Augen der Befragten macht Sport stark und ist gut für den Körper, Substanzkonsum steht diesem Leistungsanspruch entgegen und ist tendenziell schlecht für den Körper. Immer wieder wird angemerkt, dass „Sport machen“ das Beste wäre, um weniger Substanzen zu konsumieren, weil es ablenkt und weil sich Auswirkungen von Substanzkonsum mit Leistungsansprüchen in sportlicher Betätigung nicht vertragen. Strategien für Personen, die keinen Sport machen wollen, werden hingegen nur in seltenen Fällen genannt und bleiben fast immer sehr allgemein und unspezifisch. Eine Person meint, Substanzkonsumierende sollten stattdessen „mehr Obst und Gemüse essen“. Inwiefern das gegen Trauer helfen könnte, wird nicht ausgeführt. Abgesehen von Sport werden **Beschäftigung, Ausbildung, Religion** und allgemein **„Ziele im Leben“** als weitere wichtige Faktoren betrachtet, die Jugendliche davon abhalten könnten, (zu oft) Substanzen zu konsumieren.⁴²

4.4.3 Professionelle Unterstützung (innerhalb des Versorgungssystems)

In einigen Gesprächen wird erwähnt, dass eine Suche nach Unterstützung zuerst bei den Betreuern und Betreuerinnen innerhalb der Flüchtlingshilfe (**Bezugsbetreuer/innen** in Wohneinrichtungen) ansetzen würde. Von einem Jugendlichen, der sich aufgrund seines Opiatkonsums bereits in Betreuung der Suchthilfe befindet, wird es rückblickend als großes Glück beschrieben, dass seine Betreuerin professionelle Hilfe organisiert hat, da er zunächst aus Scham selber einen Entzug ohne professionelle Unterstützung versucht hat. Auch sonst werden Betreuer/innen als eine – wenn nicht als die wichtigste – Anlaufstation betrachtet, wenn auch das persönliche Verhältnis unterschiedlich gut ausgeprägt ist und auch durch Personalwechsel Vertrauenspersonen abhandeln können.

Die Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung außerhalb der unmittelbaren Flüchtlingshilfe ist insgesamt durch ein gewisses Misstrauen und Vorbehalte in Bezug auf die **Vertraulichkeit** von unterschiedlichen Einrichtungen bzw. Professionisten/Professionalistinnen eingeschränkt. So wird in Einzelfällen vermutet, dass alles, was man Lehrern/Lehrerinnen oder Ärzten/Ärztinnen erzählt, früher oder später in jenem Akt landet, der Einfluss auf das Asylverfahren hat, und sich daraus rechtliche Probleme ergeben könnten. Entsprechend werden diese Personengruppen auch nicht als geeignete Gesprächspartner/innen über den Konsum von psychoaktiven Substanzen oder

42

Keine Information gibt es darüber, welche protektiven Faktoren von weiblichen jugendlichen Geflüchteten genannt werden und inwieweit sich diese von den von männlichen Jugendlichen angeführten Aktivitäten und Angeboten unterscheiden.

für das Thema Sucht betrachtet. Jene Jugendlichen, denen Möglichkeiten von professioneller Unterstützung bekannt sind, nennen häufig stationäre und medizinische Hilfsangebote, also etwa eine **stationäre Entzugsbehandlung**. Psychotherapeutische und ambulante Angebote, für die von Expertenseite der größte Bedarf verortet wird, sind der Zielgruppe hingegen weitgehend unbekannt.

4.4.4 Private Unterstützung (außerhalb des professionellen Versorgungssystems)

Freunde bzw. Freundinnen sind nach Ansicht der Experten/Expertinnen bei einem tatsächlichen Suchtproblem oft schlechte Ratgeber/innen, weil sie wenig Wissen über das Hilfesystem haben, aus Angst vor negativen Folgen von einer Inanspruchnahme abraten, häufig auch wenig Verständnis für die Suchtproblematik an sich haben oder dieses Thema unter Gleichaltrigen mit Scham besetzt ist.

Als am besten geeignete potenzielle Unterstützer/innen werden immer wieder Personen genannt, die selber Konsumerfahrungen gemacht haben, dann aber erfolgreich aufgehört haben. Somit wird indirekt auf Möglichkeiten von **Selbst- und Laienhilfe** verwiesen. Eine solche Idee setzt aber voraus, dass mit einer gewissen Offenheit über Konsumerfahrungen gesprochen werden kann.

Einige wenige Interviewteilnehmer leben zwar in einer betreuten Unterkunft, haben aber auch Verwandte (meist aus dem erweiterten Familienkreis, aber auch ältere Brüder oder einen Onkel), die in Wien leben, und können somit zumindest teilweise auf ein familiäres Netzwerk zurückgreifen. Diese **weiteren Familienangehörigen** werden aber als ungeeignete Vertrauenspersonen in Bezug auf potenzielle Probleme mit Substanzkonsum beschrieben. Reaktionen von diesen Personen auf Substanzkonsum werden in nahezu allen Fällen als sehr restriktiv geschildert (Kontaktabbruch, komplettes Unverständnis).

Patenfamilien können einen Ersatz für die fehlende Familie darstellen und somit auch einen Rahmen bieten, in dem ein verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol erlernt werden könnte. Patenfamilien wurden in einigen Gesprächen zwar erwähnt, die Möglichkeit eines gemeinsamen moderaten Alkoholkonsums aber in keinem dieser Fälle als denkbare Option in Erwägung gezogen.⁴³

Mehrere Jugendliche verweisen auf die Bedeutung von **Religion** und auf das Verbot des Konsums psychoaktiver Suchtmittel im Koran (haram). In den meisten Gesprächen wird Religion allerdings nicht in Hinblick auf das eigene Konsumverhalten erwähnt (und trotz des Verbots z. B. Alkohol

43

Von einem Jugendlichen wird erzählt, dass er durch Konsum von Alkohol in der Öffentlichkeit einmal in einen Streit verwickelt war und ihm daraufhin angeboten wurde, dass er bei seiner Patenfamilie im sozialen Rahmen Alkohol in einem moderaten Ausmaß konsumieren könnte, um so Problemen durch den Konsum auf der Straße aus dem Weg zu gehen. Obwohl er sonst ein gutes Verhältnis zu seiner Patenfamilie hat, ist ein moderaterer Konsum in diesem Setting für ihn keine reizvolle Option.

konsumiert), sondern als mögliche Hilfestellung für andere ins Spiel gebracht, die aufhören sollten bzw. auf der Suche nach Orientierung im Leben sind. Auch ältere Verwandte würden mit Religion Druck in Richtung Abstinenz ausüben. Religiöse Versammlungen stellen jedenfalls „drogenfreie“ Räume dar, die für Jugendliche kostenfrei zugänglich sind und wo sie nicht dem Druck von anderen Konsumierenden ausgesetzt sind.

4.4.5 Erfahrungen mit Beratungs- und Behandlungsangeboten

In zwei Gesprächen berichten Interviewpartner von eigenen Erfahrungen mit Beratungsgesprächen bei **Boje**⁴⁴. In einem Gespräch wird dies aus Sicht des Betroffenen als wenig produktiv empfunden, da das „Reden noch trauriger gemacht hat“. In einem zweiten Fall wird dieser Termin bei einem „Sprecharzt“ positiv wahrgenommen, der zu einer Besserung des Kriegstraumas geführt hat; dieser Jugendliche würde ein solches Angebot auch wieder in Anspruch nehmen. Der Kontakt erfolgte jeweils über die Betreuer/innen. Einigen Jugendlichen ist der **Verein Dialog**⁴⁵ bekannt, weil befreundete Personen oder Bekannte dort bereits in Behandlung oder Betreuung waren. Ein beim Verein Dialog betreuter Interviewpartner berichtet, dass es häufig schwierig ist, eine Behandlungsmotivation aufzubauen, da viele User/innen depressiv und perspektivenlos sind und daher auch kein Anreiz besteht, für den es sich lohnen würde, den Konsum aufzugeben. Demzufolge wäre in solchen Fällen neben Suchtberatung auch Psychotherapie notwendig.

Die Unterstützung wäre nach Meinung mehrerer Interviewpartner vor allem dort notwendig, wo Konsum stattfindet bzw. wo Jugendliche direkt in Kontakt mit Substanzen geraten. Entsprechend können Ärzte/Ärztinnen oder Psychologinnen/Psychologen nur eingeschränkt helfen, weil sie „**nicht draußen sind**“. Das Problem ergibt sich daraus, dass jene Personen, die „draußen“ helfen könnten – nämlich andere Jugendliche – meistens jene sind, die selber auch konsumieren. Offene Sozialräume, in denen nicht konsumiert wird und die kostenfrei zugänglich sind, sind eher selten: Genannt werden entweder sportliche Aktivitäten oder auch Aktivitäten in Zusammenhang mit Religion.

Kernaussagen und Schlussfolgerungen

» Die von den Jugendlichen angegebenen Unterstützungsstrategien bei Problemen sind in erster Linie durch eine starke Betonung von Eigenverantwortung und Willensstärke gekennzeichnet.

44

Die Boje bietet Akuthilfe für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre in Krisensituationen (<http://www.die-boje.at/>).

45

Der Verein Dialog bietet in Wien ambulante Suchtberatung- und Suchthilfe an. Am Standort „Integrative Suchtberatung Gu-drunstraße“ besteht ein Schwerpunkt in der Arbeit mit Jugendlichen (<http://www.dialog-on.at/>).

Das Konzept von Sucht als einer psychischen Erkrankung erscheint hingegen weniger verbreitet.

- » Die Bandbreite an professionellen Unterstützungsmöglichkeiten ist nur wenig bekannt und teilweise von Misstrauen gegenüber Behörden gekennzeichnet.
- » Privates Unterstützungspotenzial fehlt größtenteils bzw. erweist sich als ungeeignet.
- » Sport⁴⁶ wird am häufigsten eine protektive Wirkung zugesprochen. Aber auch Beschäftigungs- und Ausbildungsmöglichkeiten („ein Ziel im Leben haben“) werden genannt, wenn es darum geht, was vor einem übermäßigen Konsum schützen könnte.

46

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass sämtliche Aussagen auf Interviews mit ausschließlich männlichen Jugendlichen beruhen und sich für die deutlich kleinere Gruppe weiblicher unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter gänzlich andere Aspekte ergeben könnten.

5 Ergänzende Erkenntnisse aus Experteninterviews und Fokusgruppen

Angesichts der Auswahl von Experten/Expertinnen aus unterschiedlichen Bereichen überrascht es wenig, dass Einschätzungen und Perspektiven teilweise stark variieren. Dies ist auch dadurch bedingt, dass die jeweiligen Professionen unterschiedliche Aufgabenbereiche abdecken, die mit einer unterschiedlichen Kontaktintensität mit der Zielgruppe einhergehen (in manchen Bereichen machen unbegleitete minderjährige bzw. junge Geflüchtete nur einen geringen Anteil der Zielgruppe aus). Manche Aussagen wurden aber nahezu einstimmig von allen interviewten Personen getroffen. Im Folgenden werden Ergebnisse aus den Fokusgruppen sowie aus den ergänzenden Experteninterviews (vgl. Kap. 3.4) gemeinsam dargestellt.

5.1 Relevanz von Substanzkonsum und Suchtproblemen bei unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten nach Einschätzung beruflich einschlägig Tätiger

Sowohl aus Sicht von Vertretern/Vertreterinnen der Suchthilfe als auch der Flüchtlingsbetreuung hat die Thematik vor allem in den **letzten beiden Jahren** an Relevanz gewonnen. Aus Perspektive der Suchtberatung hat die Zahl junger Klienten und Klientinnen mit Fluchthintergrund zugenommen, auch aus Sicht der Flüchtlingsbetreuung hat die Konsumthematik an Bedeutung gewonnen. Grundsätzlich erscheint aus Expertensicht bei der Beurteilung der Problemeinschätzung wichtig, zwischen einer **tatsächlichen Suchtproblematik** und einem **Substanzkonsum** zu unterscheiden, der ausschließlich zu (disziplinären) Problemen in der Flüchtlingsbetreuungseinrichtung oder auch zu rechtlichen Problemen (u. a. im Rahmen des Asylverfahrens) führt.

5.1.1 Relevanz des Substanzkonsums in der Flüchtlingsbetreuung

In beiden Fokusgruppen bestätigt sich, dass der Konsum von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen aus Perspektive der **Flüchtlingsbetreuungseinrichtungen** als relevantes Problem wahrgenommen wird, was auch in einem gehäuften Bedarf an suchtspezifischen Schulungen für Betreuende in der Flüchtlingsversorgung zum Ausdruck kommt. Problematisches Glücksspielverhalten scheint nicht aufzufallen bzw. wurde nicht berichtet.

Die Problematik des Substanzkonsums manifestiert sich sowohl auf der persönlichen Ebene der Jugendlichen mit Fluchterfahrung (somatische und psychische Probleme durch Substanzkonsum, aber auch rechtliche Folgen) als auch auf Einrichtungsebene (pädagogische Perspektive und disziplinärer Umgang mit illegalem bzw. risikoreichem Verhalten, aber auch die Gewährleistung des Wohls jener Jugendlichen mit Fluchthintergrund, die keine Substanzen konsumieren). In der Erwachsenenbetreuung bzw. der Nachbetreuung (disloziertes Wohnen), in der die über 18-Jährigen

zu finden sind, ist – aufgrund von Setting und Rahmenbedingungen – der Einblick in Suchtproblematiken weniger leicht als in der UMF-Betreuung. In weiterer Folge ist es dort auch schwieriger, einen Anstoß zur Hilfe(annahme) zu geben. Sichtbar werden Probleme aufgrund des Gebrauchs illegaler Substanzen daher eher, wenn Konflikte innerhalb einer Einrichtung auftreten oder die Polizei involviert ist.

5.1.2 Relevanz unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter in Suchthilfe und Gesundheitseinrichtungen

Aus Perspektive der **Suchthilfe bzw. anderer Gesundheitseinrichtungen** variieren Suchtprobleme nach Institution bzw. nach Aufgabengebiet. In der Tätigkeit von MEN (SMZ Süd) spielen substanzbezogene Störungen durch psychoaktive Substanzen bei jungen Erwachsenen mit Fluchterfahrung sehr wohl eine Rolle, an der Drogenambulanz der Medizinischen Universität Wien ist die Zielgruppe im Allgemeinen hingegen nur sehr wenig vertreten. In den niederschweligen Einrichtungen der Suchthilfe Wien spielt die Zielgruppe mengenmäßig ebenfalls nur eine geringe Rolle: Unter den 2.500 Klienten und Klientinnen im Jahr 2016 waren 50 junge Erwachsene mit Fluchterfahrung, aber nur ein unbegleiteter minderjähriger Geflüchteter (UMF). Auch in höherschweligen Behandlungseinrichtungen macht die Zielgruppe nur einen relativ kleinen Teil der Klientinnen/Klienten aus, und wenn, dann häufiger aufgrund von behördlichen Auflagen (Therapie statt Strafe) und weniger aus Eigenmotivation.

Im Bereich der **Suchtberatung und Suchtprävention** wird die Zielgruppe hingegen stärker als Klientel wahrgenommen: Im Jahresbericht des Vereins Dialog aus dem Jahr 2015 wird etwa darauf hingewiesen, dass eine Ambulanz vermehrt mit Suchtmittel konsumierenden Personen konfrontiert war, die im Rahmen aktueller Fluchtbewegungen nach Österreich gekommen sind (Verein Dialog 2015). Auf diese Erfahrung hin wurde ein Videodolmetsch in einem Pilotprojekt eingesetzt, womit positive Erfahrungen gemacht wurden. In den Beratungsstellen des Vereins Dialog (insbesondere am Standort „Integrativen Suchtberatung Gudrunstraße“ mit dem speziellen Schwerpunkt auf Jugendlichen) wurden im Jahr 2016 insgesamt 34 jugendliche Geflüchtete als Klienten/Klientinnen betreut (davon nur zwei Mädchen und nur ein Jugendlicher, der mit seiner Familie in Österreich ist).

In Einrichtungen, die die **psychotherapeutische Versorgung** von Menschen mit Fluchterfahrung oder Menschen in Krisensituationen sicherstellen, ist Substanzkonsum ein wichtiger Aspekt, wenn auch die Vorstellungsgründe häufig andere sind, etwa Posttraumatische Belastungsstörung oder depressive Erkrankungen. Ein (erhöhter) Substanzkonsum kristallisiert sich – wenn überhaupt – erst im Laufe der Therapie heraus. In den meisten Fällen stellt die Einnahme von Suchtmitteln eine dysfunktionale Coping-Strategie im Umgang mit Symptomen von Trauma-Folgestörungen dar. Sehr häufig sind dies Ein- und Durchschlafstörungen, die im Rahmen der Versorgung medikamentös behandelt werden, mitunter wird aber auch (zusätzlich) Cannabis bzw. Nikotin als Selbstmedikation eingesetzt.

Insgesamt geht die Einschätzung dahin, dass manifeste Suchtprobleme in der Zielgruppe aktuell keine große Rolle spielen, dass aber aufgrund der zahlreichen Risikofaktoren zweifellos eine **erhöhte Vulnerabilität** besteht und nicht absehbar ist, ob sich diese in einem erhöhten Behandlungsbedarf in den nächsten Jahren manifestieren wird. Es stellt sich auch die Frage, ob Betroffene nicht zu den Behandlungseinrichtungen finden bzw. diese nicht in Anspruch nehmen wollen/können. Daher betonen die Experten/Expertinnen, dass alternative Zugänge zum Suchthilfesystem ange-dacht werden sollten.

5.1.3 Relevanz für mobile Suchthilfe und Streetwork

Obwohl medial immer wieder das Konsumverhalten von Geflüchteten im öffentlichen Raum thematisiert wird, sind jugendliche Geflüchtete keine Zielgruppe, die auffallend häufig durch die **mobile Suchthilfe** (SAM, Suchthilfe Wien)⁴⁷ betreut wird. Das teilweise öffentlich wahrnehmbare Konsumverhalten von jugendlichen Geflüchteten – mitbedingt durch das Konsumverbot in den Wohneinrichtungen – wird **zumeist als Probierkonsum** eingestuft. Außerdem sind diese Jugendlichen zumeist in Bezug auf ihre Wohnsituation gut versorgt und werden daher insgesamt nicht als eine primäre Zielgruppe betrachtet. Wenn, dann findet diese Zielgruppe eher über das Thema Ruhestörung oder allgemein über lautes Verhalten im öffentlichen Raum Eingang in die Arbeit von SAM. Interventionen abseits von Ruhestörung sind zumeist eher bei älteren Geflüchteten notwendig, bei denen aufgrund eines langjährigen Substanzkonsums eine Anbindung an die Suchthilfe wünschenswert wäre und häufig auch aufgrund von psychischen Problemen und drohender oder bestehender Wohnungslosigkeit ein zusätzlicher Unterstützungsbedarf gegeben ist. Auch von Vertretern/Vertreterinnen von **JUVIVO.15** (offene Jugendarbeit im 15. Bezirk) wird festgehalten, dass Substanzkonsum keinesfalls ein Spezifikum unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter darstellt, sondern vielmehr im Vergleich zur anderen Klientel der Einrichtung eine untergeordnete Rolle spielt.

Die zentralen Ziele von SAM im Umgang mit jugendlichen Geflüchteten liegen in der Schaffung von Kooperationen (z. B. mit Einrichtungen der offenen Jugendarbeit) und in der Förderung eines sozial verträglichen Miteinanders. Letzteres erfolgt beispielsweise über die Vermittlung von basalen Regeln zum Verhalten im öffentlichen Raum über persönliche Gespräche. Ziel ist auch eine Sensibilisierung im Gespräch mit Beschwerdeführenden, in dem etwa auf unterschiedliche Lebensentwürfe hingewiesen wird und damit Verständnis gefördert werden soll. Diese Aktivitäten sollen indirekt auch der Diskriminierung von jugendlichen Geflüchteten entgegen wirken, wobei allerdings nicht beobachtet wird, dass diese Gruppe stärker von Diskriminierung betroffen ist als andere Klienten/Klientinnen der mobilen Suchtarbeit. Werden Probleme in der Klientel identifiziert,

47

Zielgruppe der mobilen Suchthilfe sind alle Menschen, die sich im öffentlichen Raum aufhalten. Mobile Suchthilfe hat die Zielsetzung, einen möglichst konfliktfreien öffentlichen Raum zu schaffen. Die Arbeitsweise von SAM ist stark sozialräumlich orientiert, also nicht spezifisch auf eine bestimmte Personengruppe bezogen, sondern anlassbezogen auf bestimmte öffentliche Räume ausgerichtet, in denen es Konflikte gibt.

besteht eine weitere Aufgabe im Vermitteln und Begleiten, wobei die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass ein Begleiten nur dann sinnvoll ist, wenn es um eine Hilfestellung in Bezug auf ein „Nicht-Hinfinden“ geht. Wenig sinnvoll ist Begleiten bei „Nicht-Wollen“.

5.1.4 Präventionsangebote der Exekutive

Angebote der Exekutive konzentrieren sich im Wesentlichen auf **Vorträge** für die Vermittlung von Informationen zu Gewalt- und Suchtprävention (Programmschiene „Polizei und Sicherheit“⁴⁸, speziell für ältere Geflüchtete und Personen mit Migrationshintergrund) und **Workshop-Reihen** in Schulen (Programmschiene „Under 18“).

Die Workshop-Reihen in Schulen werden in Wien von derzeit 65 Präventionsbeamten/-beamtinnen durchgeführt und umfassen vier bis fünf Veranstaltungen, die auf einen Zeitraum von zwei bis drei Jahre verteilt sind und mittels derer das Risikomanagement sowie die allgemeine Lebenskompetenz von Schülern und Schülerinnen gefördert werden soll. Inhalte wurden in Absprache mit der Fachstelle für Suchtprävention erarbeitet. Es ist aber davon auszugehen, dass über diese Workshop-Reihe sehr wenig unbegleitete jugendliche Geflüchtete erreicht werden.

Die etwa dreistündigen Vorträge aus der Programmschiene „Polizei und Sicherheit“ werden derzeit an zwei Orten in Wien abgehalten und beinhalten im Wesentlichen Informationen zu gesetzlichen Grundlagen (Straf- und Verwaltungsrecht), zu Wertgrundlagen (Menschenrechte, Demokratie) und zur Arbeitsweise der Polizei (was darf sie, was darf sie nicht). Als übergeordnetes Ziel wird definiert, die Vertrauensbeziehung zwischen Exekutive und geflüchteten Menschen zu stärken. Vorgetragen wird auf Deutsch, bei Bedarf kann aber ein Dolmetscher / eine Dolmetscherin für Arabisch und/oder Farsi eingesetzt werden. Besucher/innen dieser Vorträge erhalten eine **Teilnahmebestätigung**, die auch im Rahmen des Asylantrags vorgelegt werden kann.

Inhaltlich wird der Konsum von illegalen Substanzen und das Suchtmittelgesetz bei diesen Vorträgen zwar behandelt, spielt aber im Vergleich zu anderen Themen – etwa Gewalt in der Familie oder Befugnisse und Pflichten der Polizei – eine eher untergeordnete Rolle.

Eine spezifische Programmschiene für jugendliche Geflüchtete existiert derzeit noch nicht, wenn auch eine Ausweitung der beiden existierenden Programmschienen **im Rahmen des Jugendcolleges** geplant ist und im Jahr 2018 starten soll.

48

Der ursprüngliche Titel „No means no“ wurde zwischenzeitlich durch diesen allgemeineren Titel ersetzt. Der Untertitel zu „Polizei und Sicherheit“ lautet „Austria – Different Cultures – One Statement“.

5.1.5 Bedeutung unterschiedlicher Substanzen

Aus Sicht von Vertretern/Vertreterinnen der Suchthilfe/-prävention und der Flüchtlingsbetreuung spielen **Cannabis, Alkohol** und **Nikotin** die wichtigste Rolle im Substanzkonsum von jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen mit Fluchterfahrung. Vereinzelt und deutlich seltener wird auch der Konsum von anderen Substanzen (MDMA, Kokain) beobachtet. Auch in Zusammenhang mit der Präventionstätigkeit der Polizei wird berichtet, dass insbesondere Alkohol und Cannabis in Vorträgen und Workshops seitens der Teilnehmer/innen angesprochen werden. Im Falle von Alkohol wird vermutet, dass aufgrund der Bewertung von Alkohol im Islam häufig nicht ehrlich über den Konsum und seine Folgen gesprochen wird und das tatsächliche Problem deutlich größer ist.

Der Konsum von **Opioiden** spielt nach Einschätzung der Experten/Expertinnen in dieser spezifischen Gruppe eine geringere Rolle als jener von Alkohol und Cannabis und scheint sich auf wenige Einzelfälle zu konzentrieren. Aus Erfahrungen der mobilen Suchthilfe (SAM) wird ebenfalls berichtet, dass Cannabis- und Alkoholkonsum im Vordergrund stehen und dass keine Vermischung der jugendlichen Geflüchteten mit der lokalen Opiatszenen in Wien zu beobachten ist.

Insgesamt sei das Konsumverhalten stark geprägt durch Verfügbarkeit und Finanzierbarkeit (Mohnkapseln können z. B. im Bastelgeschäft sehr günstig gekauft und für die Zubereitung von Opium-Tee verwendet werden), es werden aber auch stark **kulturell geprägte Unterschiede zwischen den Konsumpräferenzen** Jugendlicher aus unterschiedlichen Herkunftsländern wahrgenommen. Etwa wird bei afghanischen Jugendlichen überdurchschnittlich häufig Cannabiskonsum beobachtet, während Opiumkonsum häufiger bei Jugendlichen aus dem Iran, aber auch aus Pakistan und Indien beobachtet wird. Insgesamt besteht zudem der Eindruck, dass das Ausmaß des Konsums von Nikotin, Cannabis und Alkohol bei erwachsenen Personen mit Fluchterfahrung deutlich größer ist als bei Jugendlichen.

Auch Experten und Expertinnen aus anderen Arbeitsbereichen teilen die Meinung, dass exzessiver **Alkoholkonsum** bei einigen minderjährigen unbegleiteten Geflüchteten bzw. bei jungen Geflüchteten ein relevantes Thema darstellt. Es wurde aber auch darauf hingewiesen, dass viele gar keinen Alkohol (und keine anderen Substanzen) konsumieren. Insbesondere eine **mangelnde Konsumkompetenz** wird dabei als wesentlicher Unterschied zu österreichischen Jugendlichen betrachtet.

Bezüglich **Cannabis** ist die Wahrnehmung nicht ganz so einheitlich: Der Konsum von Cannabis wird zwar mehrheitlich als durchaus verbreitet angesehen, es gibt aber auch Personen – v. a. aus dem Bildungsbereich –, die anderer Meinung sind. Das Rauchen von Zigaretten wird zwar als sehr häufiges Verhalten beschrieben, aber meist nicht als Problem wahrgenommen.

Mitarbeiter/innen in Bildungseinrichtungen (z. B. Anbieter/innen von Basis- und Deutschkursen) sind bei unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten häufig mit Müdigkeit oder Konzentrationsproblemen konfrontiert, was den Gebrauch von **Psychopharmaka** (etwa Antidepressiva) und **Analgetika** zum Thema macht. Dabei sei es häufig schwierig, zwischen einer ärztlich verordneten Einnahme und Medikamentenmissbrauch zu unterscheiden. Zu bedenken ist, dass die beobachteten Verhaltensweisen ebenso Symptome einer depressiven Erkrankung bzw. einer Trauma-Folgestörung sein

können. Auch für therapeutisch tätige Interviewpartner/innen sind Schlafstörungen bzw. die medikamentöse Behandlung ein zentrales Thema, das mit einigen Herausforderungen verbunden ist. Dazu zählen oftmals die nicht optimale Wahl eines Medikaments bzw. dessen Dosierung, eine mangelnde Verbesserung der Symptomatik trotz Einnahme, eine nicht verordnungskonforme Verwendung von Psychopharmaka inklusive Weitergabe an andere und mitunter großes Misstrauen gegenüber Psychopharmaka bzw. Hilfe bei psychischen Problemen im Allgemeinen. In diesen Fällen ist das Ausweichen auf Substanzen, deren Wirkung den Jugendlichen vertrauter ist, ein nahegelegener Schritt.

In Bezug auf das Thema **Glücksspiel** (und Sportwetten) wird die Ansicht vertreten, dass Glücksspiele und Sportwetten bei der Zielgruppe der jungen Geflüchteten nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen bzw. weniger auffallen und eher bei älteren Personen vertreten sind, was mit den verfügbaren finanziellen Ressourcen erklärt wird: Für viele minderjährige Geflüchtete sind derartige Angebote aufgrund der bei legalen Angeboten geltenden Jugendschutzbestimmungen und fehlenden finanziellen Ressourcen kein relevantes Thema. Dieses Ergebnis ergänzt die Erfahrung, dass insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund (erste und zweite Generation) ein erhöhtes Risiko in Bezug auf Glücksspiel und Sportwetten haben.

5.2 Charakteristika des Konsums und Einfluss der Rahmenbedingungen auf das Konsumverhalten

5.2.1 Charakteristika des Substanzkonsums

Auch laut Aussagen von Experten und Expertinnen aus unterschiedlichen Berufsgruppen erfüllt der Substanzkonsum bei jugendlichen Geflüchteten oft **kompensatorische Funktionen**, etwa bei großem Druck, verschiedenen sozialen Problemen und daraus resultierenden Schlafstörungen. Meist liegen in diesen Fällen mehrere Probleme gleichzeitig vor. Von einer Interviewpartnerin wurde das formuliert als „sich nicht unter Kontrolle zu haben, dabei stark sein zu müssen, Sehnsucht zu haben, aber gleichzeitig nicht hinschauen wollen, wie es einem wirklich geht, und sich somit einfach nur wegbeamern zu wollen“.

In manchen Unterstützungsangeboten werden auch immer wieder **psychosomatische Zusammenhänge** beobachtet, etwa eine Häufung von Kopf- oder Bauchschmerzen in Stress- oder Belastungssituationen. Der Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und körperlichen Problemen ist dabei für viele Jugendliche nicht nachvollziehbar. Aus dem Bereich der Sozialarbeit in einer Bildungseinrichtung wird daher als erste Zielsetzung formuliert, einen **Reflexionsprozess** über die Zusammenhänge zwischen Psyche und Körper anzuregen. Häufig gehen die Jugendlichen selber davon aus, ihren Konsum im Griff zu haben, auch wenn Substanzen teilweise zur Selbstmedikation verwendet werden (z. B. bei Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit). Hilfe wird dennoch erst dann gesucht, wenn die Sucht nicht mehr finanzierbar ist oder die Alltagsstruktur nicht mehr aufrechterhalten werden kann (z. B. Vernachlässigung von Deutschkursen oder sonstigen Pflichten und Terminen).

Für unbegleitete jugendliche Geflüchtete stellt zudem der Druck infolge der **Diskrepanz** zwischen den eigenen Erwartungen bzw. jenen der Familie und der Lebensrealität, mit der sie in Österreich konfrontiert sind, einen weiteren Risikofaktor dar. Zudem zeigen sich Unterschiede zwischen Geflüchteten aus Ländern, in denen die Bevölkerung seit mehreren Generationen in Kriegssituationen lebt, und jenen, wo dies nicht der Fall ist. Bei Letzteren ist eher eine stabile Eltern- und Großelterngeneration vorhanden, die einen protektiven Faktor darstellen kann.

5.2.2 Möglichkeiten der Typisierung

Einigkeit herrscht dahingehend, dass Jugendliche / junge Erwachsene in den Flüchtlingseinrichtungen sehr hohe Heterogenität in Bezug auf den Umgang mit Substanzen zeigen. Idealtypisch werden wiederholt **drei Typen** unterschieden:

1. Jugendliche, die aus religiösen Gründen den Konsum von Alkohol oder Nikotin strikt ablehnen
2. Jugendliche, die unterschiedliche Substanzen ausprobieren, deren Konsum aber zumeist nicht über Probierkonsum hinausgeht
3. Jugendliche, die nicht nur in Bezug auf psychoaktive Substanzen, sondern auch auf andere Themen (wie etwa Gewalt) exzessives und selbstschädigendes Verhalten zeigen; Perspektivlosigkeit und psychische Probleme sind häufig der zentrale Auslöser für ein derartiges Verhalten.

5.2.3 Genderaspekte

Die meisten Aussagen von Experten und Expertinnen beziehen sich auf männliche Jugendliche bzw. junge Erwachsene. Nur sehr wenige Informationen liegen zu **Geschlechterunterschieden** vor, unter anderem weil nur ein Bruchteil der unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten Mädchen sind und somit die Zielgruppe vor allem aus Burschen bzw. jungen Männern besteht. Nach Aussagen von Experten/Expertinnen, die zumindest teilweise auch weibliche jugendliche Geflüchtete betreuen, kommen diese im Jugendalter deutlich häufiger im Familienverbund nach Österreich, würden häufig unter starker sozialer Kontrolle der Familie stehen und auch im öffentlichen Bereich weniger stark in Erscheinung treten. In der psychotherapeutischen Versorgung wirkt sich dieser Unterschied insofern aus, als bei Mädchen die Familien bzw. Eltern(teile) in die Therapie miteinbezogen werden können. Im Bildungsbereich kommt es häufig zu gemischten Gruppen von männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten und Mädchen mit Migrationshintergrund (nicht zwingend mit Fluchterfahrungen). Tendenziell wird bei diesen Mädchen bzw. jungen Frauen der Konsum von psychoaktiven Substanzen deutlich seltener beobachtet, insbesondere Cannabis spielt bei ihnen im Vergleich zu ihren männlichen Altersgenossen so gut wie keine Rolle.

5.2.4 Einfluss der Rahmenbedingungen auf das Konsumverhalten

Aufgrund von Flucht- bzw. integrationsspezifischen Belastungssituationen (stärkere Auswirkungen von rechtlichen Problemen, fehlende familiäre Schutzfaktoren) kommt im Vergleich zu den in Österreich geborenen Jugendlichen der **Verhältnisebene** eine besondere Bedeutung zu. Viele unbegleitete jugendliche Geflüchtete befinden sich oft über einen längeren Zeitraum hinweg in einer Ausnahmesituation, inklusive negativer Fluchterfahrungen und mangelnder Perspektiven („Theoretisch ist alles möglich, aber nicht für diese Jugendlichen!“).

Konkret genannte Belastungsfaktoren für die Jugendlichen sind etwa:

- » Das lange **Warten** auf den essenziell wichtigen Asylbescheid⁴⁹ und die daraus resultierende unsichere Lebenssituation. Behördliches Agieren ist für die Jugendlichen zumeist nicht nachvollziehbar und wird häufig als willkürlich wahrgenommen.
- » Die fehlende **Privatsphäre** innerhalb der betreuten Unterkünfte sowie die eingeschränkten Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum, fehlende Angebote zur Tagesstrukturierung, der Mangel an leistbaren Möglichkeiten der Freizeitbeschäftigung und eingeschränkter/fehlender Zugang zu Bildungsangeboten. In Summe gewinnt Langeweile als Konsummotiv an Bedeutung.
- » Das Zusammenleben mit anderen, unter Umständen an **Trauma-Folgestörungen** leidenden Personen.
- » Durch das Zusammenleben mit anderen jungen Männern sind unbegleitete jugendliche Geflüchtete anfälliger für **Gruppendruck** und mit entsprechenden Rollenmodellen hinsichtlich problematischer Konsummuster konfrontiert.
- » Fehlende **Anspruchsberechtigung** und somit formaler Ausschluss von Unterstützungsangeboten (z. B. Ausschluss von Asylwerber/innen von der „Ausbildungspflicht bis 18“) bzw. faktischer Ausschluss aufgrund von Sprachbarrieren (z. B. bei Beratungsangeboten).
- » **Geringes Wissen** zu gesundheitsspezifischen Themen, aber auch dazu, wie ein geregeltes Leben im Allgemeinen abläuft.
- » Der Anreiz zur **Selbstmedikation**, beispielsweise zur Einnahme von Suchtmitteln gegen Schlafstörungen oder die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen.
- » Kulturelle Unterschiede in Bezug auf die Bedeutung, die der Konsum von psychoaktiven Substanzen im Herkunftsland bzw. im Aufnahmeland hat (z. B. Cannabiskonsum als Zeichen der Gastfreundlichkeit).

49

Welche Rolle die Belastungen spielen, die sich für Geflüchtete aufgrund ihrer spezifischen Lebenssituation ergeben, lässt sich auch daran erkennen, dass sich bei vielen Betroffenen die Symptome nach Erhalt eines positiven Asylbescheids deutlich verbessern. Aber selbst Jugendliche oder junge Erwachsene mit Asyl und Job klagen über das Fehlen einer sinnvollen Tätigkeit und suchen Abhilfe.

- » Der große „**Rucksack an Erfahrungen**“, den Jugendliche / junge Erwachsene mit Fluchterfahrung zu tragen haben, lässt Substanzkonsum schneller zum Problem werden. Geflüchtete Jugendliche sind zusätzlich auch von der Angst um ihre Familie bzw. Heimweh belastet.

5.3 Herausforderungen im Umgang mit der Zielgruppe in der beruflichen Praxis

5.3.1 Herausforderungen in der Flüchtlingsbetreuung

In der **Flüchtlingsbetreuung** werden vor allem disziplinäre Probleme bei akuten Berauschungszuständen thematisiert. Insbesondere unter starkem Alkoholeinfluss kommt es immer wieder zu Problemen, von solchen disziplinärer Art über Vandalismus bis zu körperlicher Gewalt. Dadurch wird es in manchen Fällen auch notwendig, die Polizei einzuschalten. Kooperationen mit der Polizei in Form von Workshops durch Präventionsbeamte/-beamtinnen sind auch notwendig, wenn Probleme im öffentlichen Raum virulent werden. Neben der bereits erwähnten Funktion des Konsums zur Beruhigung wird vonseiten der Einrichtungen auch die enthemmende Wirkung einer Alkoholberauschung, die das Ausagieren akuter Belastungen (z. B. Wohnsituation, Perspektivlosigkeit, Fluchterfahrung) begünstigt, als Problem beschrieben.

Eine Gratwanderung ist der **Umgang mit illegalem Verhalten** und mit Anzeigen, wenn z. B. illegale Suchtmittel in der Unterkunft konsumiert werden oder damit gedealt wird. Hier steht der Vertrauensbruch durch das Einleiten von Konsequenzen der Verantwortung gegenüber, andere Jugendliche schützen zu müssen. Tatsache ist jedenfalls, dass die zu erwartenden negativen Auswirkungen auf die Jugendlichen (z. B. im Zuge des Asylverfahrens, aber auch auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten) eine andere Reaktion bei Betreuern und Betreuerinnen bewirken können als bei einem vergleichbaren Verhalten von Jugendlichen ohne Asylverfahren.

Werden bei einem Jugendlichen behandlungsrelevante Probleme identifiziert, stellt sich die Herausforderung, ihn zur Annahme von **Hilfsangeboten zu motivieren**, was nach bisherigen Erfahrungen aus der Flüchtlingsbetreuung nur mit sehr viel Fremdmotivation und Engagement der Betreuenden zu bewerkstelligen ist. Die Motivation der Jugendlichen zur Veränderung bzw. zur Annahme von Hilfe schwankt oft. Hilfsangebote in der Suchthilfe bzw. in Einrichtungen, die Psychotherapie anbieten, sind aber meist mit längeren Wartezeiten verbunden bzw. haben eine längere Laufzeit. In vielen Fällen ist es notwendig, dass Jugendliche vor allem zu Beginn von einer Betreuungsperson zu den Terminen begleitet werden, was aufgrund der knappen Ressourcen und der Dauer der Termine für Mitarbeiter/innen aus der Flüchtlingsbetreuung schwierig bzw. schlicht nicht leistbar ist.

Eine weitere Herausforderung ist, dass es zuletzt zu **Ressourcenkürzungen** im Bereich der Flüchtlingsbetreuung gekommen ist und auch zivilgesellschaftliches Engagement rückläufig ist. Auch

aus diesem Grund ist es oft nicht möglich, Suchtproblemen entsprechend vorzubeugen bzw. erschöpfend anzugehen, stattdessen muss ein pragmatischer Zugang gewählt werden (z. B. sicherer Umgang mit Suchtmitteln).

Abgesehen von Problemen bei akuter Berausung stellen auch Jugendliche ein Problem dar, die aufgrund ihrer psychischen Konstitution eine zumindest zeitweise **intensivere und engmaschigere Betreuung** benötigen würden. Die Anzahl der Plätze für Jugendliche mit einem besonderen Betreuungsbedarf ist gedeckelt und auf die Bewilligung spezifischer Plätze beschränkt. Bei einigen psychosozialen Angeboten ist Sucht ein Ausschlussgrund. Mit dem aktuellen Betreuungsschlüssel in den UMF-Einrichtungen bzw. in den dislozierten Wohnformen und Erwachseneneneinrichtungen ist diese intensive Betreuung nicht umzusetzen. Teilweise gibt es zwar innerhalb der Flüchtlingsbetreuungseinrichtungen psychologische Unterstützung, aber nicht in ausreichendem Ausmaß und nicht überall.

Ein etwas allgemeineres Problem stellt sich – wie auch bei anderen Angeboten der Jugendwohlfahrt – durch den **Versorgungsbruch**, der mit dem 18. Geburtstag eines jungen Erwachsenen verbunden ist. Allerdings wurden in den letzten Jahren unterschiedliche Maßnahmen (z. B. Verlängerung der Betreuung über den 18. Geburtstag hinaus) geschaffen, um Übergänge schonender zu gestalten. Dies sind v. a. Übergangswohnmöglichkeiten in betreuten Wohngemeinschaften, die zwar weniger Betreuung bieten als UMF-Einrichtungen, aber doch einen geschützteren Rahmen bieten als Erwachseneneneinrichtungen.

5.3.2 Herausforderungen in der Suchthilfe/Suchtprävention

Angebote der Suchthilfe und -prävention stehen zunächst vor **sprachlichen Herausforderungen**. Speziell im therapeutischen Bereich kommt der sprachlichen Verständigung eine wesentliche Bedeutung zu. In manchen Einrichtungen in Wien wird für Beratungsgespräche Videodolmetsch eingesetzt, wobei bisherige Erfahrungen zeigen, dass sich diese Angebote im Zusammenhang mit medizinischer Abklärung bewähren (etwa bei Fachbegriffen), hingegen im psychotherapeutischen Setting (bei emotionalen Begrifflichkeiten und intimeren Themen) an ihre Grenzen stoßen. Als optimal hat sich die Einbindung von Betreuenden aus verschiedenen Herkunftsländern herausgestellt. Damit können Beratungen in der Muttersprache bzw. von Personen mit einem ähnlichen kulturellen Hintergrund angeboten werden. Aufgrund der Vielfalt der Menschen mit Fluchterfahrung und den eingeschränkten Ressourcen in den Einrichtungen ist diese Versorgung allerdings keineswegs flächendeckend.

Prinzipiell muss den Jugendlichen mit Fluchterfahrung, die eine **Psychotherapie** benötigen, diese auch „**schmackhaft**“ gemacht werden. Häufig ziehen die Jugendlichen Medikamente einer Psychotherapie vor, für deren Nutzen und Sinnhaftigkeit sie häufig nur wenig Verständnis haben. Allerdings ist auch beim Einsatz von Medikamenten die Compliance aufgrund einer geringen Gesundheitskompetenz teilweise gering. Auch die Notwendigkeit von psychotherapeutischen Maßnahmen als behördlich vorgeschriebene Maßnahme nach einem Vergehen nach dem SMG (§12 „Therapie statt Strafe“) ist für Jugendliche aus der Zielgruppe nur schwer nachvollziehbar. Daraus ergibt sich

die spezielle Herausforderung, Jugendliche bzw. junge Erwachsene zur Therapie zu motivieren, wenn ihnen gleichzeitig bewusst ist, dass dies ev. mit **verminderten Chancen auf einen dauerhaften Aufenthalt** in Österreich verbunden ist.

Finanzierungsprobleme gibt es hingegen bei jenen, die in **U-Haft** sitzen und eine Suchtbehandlung im Sinne von „Therapie statt Strafe“ erhalten sollten. Aufgrund der Haft befinden sie sich nicht mehr in der Grundversorgung und ist es somit schwierig, einen stationären Therapieplatz zu bekommen.

Allgemein wird beobachtet, dass Jugendliche mit Fluchterfahrung über herkömmliche Strukturen, wie etwa Drogenberatung, schlecht zu erreichen sind. Dies liegt primär daran, dass **andere Probleme im Vordergrund** stehen bzw. der Substanzkonsum nicht bzw. erst sehr spät als Problem wahrgenommen wird. Generell stellt sich die Frage, inwieweit Angebote der Suchthilfe überhaupt hilfreich sein können, wenn eigentlich ein Bedarf an Psychotherapie besteht, etwa bei Traumatisierungen. Für derartige Therapieangebote gibt es aber in Wien zu wenig Plätze, teilweise bestehen lange Wartezeiten (z .B. mehrere Monate für Erstgespräche beim Verein Hemayat oder MEN). Andere Erfahrungswerte aus Niederösterreich zeigen wiederum, dass entsprechende Angebote geschaffen, dann aber nicht zur Gänze ausgeschöpft wurden, da es schwer fällt, Betroffene auch zur Therapie zu motivieren.

Ein spezifisches Problem wird in Hinblick auf die Versorgung unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter berichtet, die ausschließlich einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen. In Wien werden Personen mit Alkoholproblemen im Rahmen des Programms „Alkohol. Leben können.“ versorgt. Anspruchsberechtigt für Leistungen im Rahmen von „Alkohol. Leben können.“ sind Versicherte der wesentlichen Krankenkassen⁵⁰ bis zu Beginn der Alterspension, Asylwerber/innen sind hingegen – ebenso wie Bezieher/innen einer Alterspension – nicht anspruchsberechtigt.

5.3.3 Erfahrungen betreffend Integration in therapeutische Versorgungsstrukturen

Manche Träger- bzw. Wohneinrichtungen bieten auch vor Ort Beratung durch Psychologen/Psychologinnen (z. B. durch MEN), die vor allem zur **Stärkung der Therapiemotivation** beitragen können. So werden etwa im Gruppensetting die Themen Trauma oder Sucht durch externe Experten/Expertinnen thematisiert. Teilweise wird psychologisches Personal explizit mit dieser Funktion eingestellt, während bei anderen Trägern/Trägerinnen zwar Personen mit einer entsprechenden Ausbildung in der Betreuung tätig sind, diese aber aufgrund der knappen Ressourcen nicht umsetzen können.

50

Stand Ende 2017: Wiener Gebietskrankenkasse, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe

Auch in der therapeutischen Arbeit mit jungen Geflüchteten liegt ein besonderer Fokus auf der **Lebensrealität** der Klienten und Klientinnen und der **Motivationsarbeit**. Die Erfahrungen zeigen, dass damit die Bindung zwischen Klient/in und Therapeut/in gestärkt werden kann und in weiterer Folge die Wertigkeit der therapeutischen Angebote bewusster wird und hohe Termintreue erreicht werden kann.

Vereinzelt bestehen Kooperationen zwischen Suchthilfe und **offener Jugendarbeit**. Gleichzeitig wird berichtet, dass Jugendliche mit Fluchthintergrund bislang die Angebote der offenen Jugendarbeit kaum nutzen, da große Diskrepanzen zu den Lebenswelten anderer Zielgruppen der offenen Jugendarbeit wahrgenommen werden und nur wenige Anschlussmöglichkeiten zwischen den Jugendlichen bestehen. Zusätzlich stellt sich die Frage, ob mit den bestehenden Kapazitäten eine umfangreiche Betreuung unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter im Rahmen der Jugendarbeit überhaupt möglich ist. Betont wurde in diesem Zusammenhang auch die Notwendigkeit, sich in der Jugendarbeit zeitintensiv mit den Lebenswelten und Erfahrungen der Jugendlichen auseinanderzusetzen.

Weitere Kooperationsmöglichkeiten werden darin gesehen, das Thema Sucht stärker in **bereits vorhandenen Angeboten** zu platzieren, etwa der Schulung von Gesundheitslotsinnen (z. B. Projekt MiMi⁵¹) oder in Informationsveranstaltungen für Neuankommende. Allerdings werden damit wieder eher erwachsene Personen mit Fluchthintergrund erreicht als Minderjährige.

Eine weitere Möglichkeit, junge Geflüchtete besser in eine psychosoziale Versorgung einzubinden, sind entsprechende Angebote an **neutralen, nicht stigmatisierenden Orten**. So bietet etwa ESRA in den Räumlichkeiten der Arbeiterkammer (AK) auf Zuweisung von Bildungseinrichtungen eine fachärztliche und sozialarbeiterische Versorgung mit gegebenenfalls Zuweisung zu anderen Hilfsangeboten.

5.3.4 Herausforderungen in der Präventionsarbeit der Exekutive

Präventionsprogramme der Exekutive haben einen eindeutigen Fokus auf Universalprävention und dezidiert nicht auf indizierter Prävention. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass auch Präventionsbeamte bzw. -beamtinnen nicht von dem **Offizialprinzip** abweichen können, wonach sie bei einem Verdacht auf eine strafbare Handlung eine entsprechende Anzeige erstatten und diese auch verfolgen müssen. Dieses Offizialprinzip erschwert den Vertrauensaufbau mit Personen, die illegale Substanzen konsumieren, und führt letztlich dazu, dass Personen mit einem hohen Problempotenzial eher selten erreicht werden.

51

MiMi steht für „Mit Migranten für Migranten“; im Zuge des Projekts werden interkulturelle Gesundheitslotsen/Gesundheitslotsinnen in Wien geschult.

Erfahrungen im Bereich der Informationsvermittlung zu rechtlichen Grundlagen haben gezeigt, dass das Prinzip „Therapie statt Strafe“ für viele Personen potenziell missverständlich ist und häufig so ausgelegt wird, dass Suchtmittelkonsum nicht verboten sein kann, wenn darauf keine „echte“ Strafe folgt. Für Personen aus sehr **hierarchischen Gesellschaften bzw. autoritären Regimen** ist zudem die Haltung österreichischer Behörden fremd bzw. wird als Laissez-faire-Haltung interpretiert. Für die nähere Zukunft wird vermutet, dass – insbesondere durch die Familienzusammenführung – trotz des derzeitigen Rückgangs an Asylanträgen weiterhin Bedarf an Informationsveranstaltungen besteht.

5.4 Mögliche Ansatzpunkte oder Interventionen der Suchtprävention

Von den Interviewpartnern/-partnerinnen wurden explizit verschiedene **Ansatzpunkte für suchtpreventive Maßnahmen** genannt:

- » **Informationen zur rechtlichen Situation** sind bei unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten zwar teilweise vorhanden, werden insgesamt aber doch als mangelhaft erachtet. Derzeit findet Informationsvermittlung vor allem durch die Präventionsbeamten/-beamtinnen der Exekutive in Form von Vorträgen statt, die allerdings tendenziell eher von erwachsenen Personen mit Migrationshintergrund bzw. Fluchterfahrung besucht werden. Seit März wurden mit dieser Vortragsschiene fast 1.000 Personen erreicht, wobei diese Vorträge über den ÖIF sowie über die MA 17 sowie über Mundpropaganda beworben wurden. Zukünftig werden die Vorträge auch im Rahmen des Jugendcolleges angeboten.
- » **Risikokompetenz fördern:** Da unbegleitete jugendliche Geflüchtete bzw. junge Erwachsene aus stark muslimisch geprägten Ländern den Umgang mit Alkohol nie gelernt haben, führt das Probierverhalten eventuell häufiger zu „Trinkunfällen“, also zu ungewollten Rauschen bis hin zu schweren Intoxikationen. Dazu kommt, dass Alkoholkonsum in den Einrichtungen verboten und damit der Konsum in einer relativ gesicherten Umgebung nicht möglich ist.
- » **Wissen über Suchthilfe und andere Hilfsangebote fördern:** Es fehlt an Wissen darüber, dass Hilfe – zu den verschiedenen Themen von unterschiedlichen Stellen/Fachkräften – grundsätzlich verfügbar ist und wo solche Unterstützungsleistungen zu finden sind. Dieser Mangel an Wissen wird unter anderem mit dem Stellenwert von psychischen Erkrankungen in den Herkunftsländern und den dort fehlenden bzw. anders organisierten Versorgungsstrukturen begründet. Aber auch mangelndes Wissen über die Versorgungsstrukturen in Österreich trägt dazu bei.
- » **Psychische Unterstützung zur Stabilisierung:** Psychische Unterstützung für jugendliche Geflüchtete wird als sehr notwendig erachtet, damit sie lernen, auf sich selbst zu schauen, und einen erträglichen Umgang mit Stress und psychischen Belastungen (Traurigkeit, Einsamkeit, Aggression) finden. Auch ein schneller Zugang zu Psychotherapie wäre nötig, stellt aber insbesondere zu Beginn des Aufenthalts (also ohne Deutsch- und zumeist auch ohne Englischkenntnisse) eine sprachliche Herausforderung dar.

5.4.1 Wer kann präventive Maßnahmen am besten umsetzen?

Die derzeitigen in Wien vorhandenen Angebote der Suchtprävention zielen vor allem auf eine **Schulung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen** ab. Derartige Angebote für Mitarbeitende der Flüchtlingsbetreuungseinrichtungen bestehen etwa von der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) und vom Institut für Suchtprävention in Kooperation mit dem Verein Dialog. Angebote, die sich direkt an Betroffene wenden, werden hingegen tendenziell selten angeboten und bestehen vor allem in Form der Informationsvermittlung durch Präventionsbeamte/-beamtinnen der Exekutive, die derzeit einerseits Schüler/innen und andererseits ältere Geflüchtete erreichen. Das geringe Ausmaß an Angeboten, die sich direkt an die Zielgruppe richten, liegt sowohl an spezifischen Herausforderungen in der Umsetzung als auch daran, dass eine Multiplikatoren-Schulung in der Regel weniger Ressourcen benötigt als die direkte Arbeit mit Betroffenen. Gleichzeitig ist dieser Ansatz grundsätzlich nachhaltig, vorausgesetzt die Personalfuktuation hält sich in Grenzen.

Ein Ziel von Präventionsmaßnahmen bei Multiplikatoren/Multiplikatorinnen liegt darin, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Flüchtlingsbetreuung Hintergrundwissen für Substanzkonsum zu vermitteln. Aus bisherigen Erfahrungen der Suchthilfe ist bekannt, dass Probierkonsum für viele Jugendliche Teil ihres „normalen“ Entwicklungsprozesses ist und nur ein kleiner Teil der Probierkonsumenten/-konsumentinnen später ein nachhaltiges, klinisch relevantes Suchtproblem entwickelt. Dementsprechend ist es für betreuende Personen (etwa in UMF-Wohneinrichtungen) wichtig, **zwischen Probierkonsum und problematischem Konsum** zu differenzieren und beurteilen zu können, ob ein suchtspezifischer Beratung- bzw. Behandlungsbedarf besteht oder stattdessen pädagogische/disziplinäre Maßnahmen notwendig sind. Diese Unterscheidung kann durch kulturelle Unterschiede (Sozialisation in unterschiedlichen Konsumkulturen), aber auch durch die Rahmenbedingungen der Fluchthilfe erschwert sein.

Suchtpräventive Maßnahmen direkt mit betroffenen Jugendlichen erfordern einen **Vertrauensaufbau**, der spezifische Rahmenbedingungen voraussetzt, bzw. erfolgen idealerweise durch eine Bezugsperson, zu der bereits Vertrauen besteht. In einer Schulklasse oder großen Gruppe fehlen diese Rahmenbedingungen zumeist. In diesem Kontext haben sich Kooperationen mit Bildungseinrichtungen als sinnvoll erwiesen. Diesbezügliche Erfahrungen von Einrichtungen aus dem Bildungsbereich (z. B. bei PROSA) zeigen, dass im Klassensetting einzelne Jugendliche die anderen stark beeinflussen können und dadurch die Diskussion erschwert wird, z. B. wenn besonders religiöse Jugendliche ein bestimmtes Verhalten oder Problem verteufeln und andere danach nicht mehr offen reden wollen. Als konstruktiver haben sich spezielle und nach Geschlechtern getrennte Gruppensituationen erwiesen, in denen ein Vertrauensraum geschaffen werden konnte und die Diskussion sensibler Themen möglich war. Bei suchtpreventiven Ansätzen direkt mit der Zielgruppe ist jedenfalls das unterschiedliche **Sprachniveau** der Jugendlichen zu berücksichtigen und ist auch der Einsatz von Filmen zu überlegen, nicht zuletzt da aufgrund der unterschiedlichen Alphabetisierung unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter der ausschließlich schriftlichen Informationsvermittlung Grenzen gesetzt sind.

Ein guter Zugang zu Jugendlichen bei unterschiedlichen Problemlagen wird jenen Stellen bescheinigt, die ein vielfältigeres Angebot wie Bildung, Lern-Unterstützung, aber auch Beratung und Tagesstruktur bzw. Freizeitbeschäftigungen bieten. Aufgrund der **längerfristigen und häufigeren Kontakte** kann hier Vertrauen zu den verschiedenen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aufgebaut werden. Diese stehen häufig auch längerfristig als Ansprechpersonen zur Verfügung. Die Einrichtung Mozaik wurde als Beispiel genannt, aber auch in manchen Bildungseinrichtungen bestehen ähnliche Beziehungsmöglichkeiten (z. B. Interface). Der Vorteil solcher Angebote verdeutlicht sich in Berichten darüber, dass ehemals betreute Jugendliche und junge Erwachsene zu einem späteren Zeitpunkt von sich aus wieder Kontakt aufnehmen.

Auf eine sehr ähnliche Weise werden die Grenzen der mobilen Suchthilfe (SAM) beschrieben, deren Tätigkeiten bei dieser Zielgruppe wesentlich dadurch erschwert ist, dass – im Gegensatz zur offenen Jugendarbeit – aufgrund ihres Arbeitsschwerpunktes und der verfügbaren Ressourcen keine freizeitpädagogischen Angebote gesetzt werden können (z. B. Organisation eines „Wuzelturniers“), die für den Vertrauensaufbau zu Jugendlichen enorm wichtig wäre. Zudem wird angemerkt, dass die Nutzung von mobilen Unterstützungsangeboten eine gewisse „**Routine**“ erfordert, die bei in Österreich geborenen, aber auch bei älteren Klienten/Klientinnen des Suchthilfesystems häufig eher vorhanden ist als bei Jugendlichen, die nur über wenig Erfahrungen mit dem österreichischen Sozialhilfesystem verfügen und meist kein genaues Verständnis davon haben, was Sozialarbeit tut und mit welchen Anliegen man sich an sie wenden kann.

Der Einsatz von **Peer-Ansätzen** wird in der Literatur und auch von Experten/Expertinnen wiederholt als vielversprechend diskutiert, etwa in Form von Schulung für Jugendliche, die die Informationen dann in ihre Peer-Gruppe zurücktragen sollen. Diese Ansätze sind allerdings auch mit spezifischen Herausforderungen verbunden: Jugendliche wollen häufig nicht mit Gleichaltrigen über Probleme reden, da sie besonders in dieser Gruppe stark und cool wirken wollen/müssen. Auch sei es ein Problem, dass häufig jene Jugendlichen, die sich an solchen Programmen beteiligen, nicht jene Jugendlichen sind, deren Stimme unter Gleichaltrigen großes Gewicht hat. Andererseits würden Jugendliche, die über eigene Erfahrungen berichten können, oft als glaubwürdiger erachtet als andere Personen.

5.4.2 Verhältnispräventive Maßnahmen

Möglichkeiten der Suchtprävention im Sinne von **verhältnispräventiven Maßnahmen** werden insbesondere in der Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten für die Jugendlichen gesehen, z. B. von Sportangeboten, die häufig mit geringen Kosten umsetzbar sind.

Hier ergibt sich die Herausforderung, dass zwischen Jugendlichen unterschiedlicher Herkunftsländer teilweise starke Trennlinien existieren und sich dadurch Gemeinschaftsaktivitäten schwierig umsetzen lassen. Außerdem wird von den Jugendlichen sehr oft der Wunsch geäußert, dass die Betreuenden (aus der Flüchtlingsbetreuung) mitkommen, was wiederum eine Ressourcenfrage darstellt. Darüber hinaus wird als Ziel definiert, Räume zu schaffen, in denen sich die Jugendlichen ohne Konsumzwang aufhalten können, um jene Plätze meiden zu können, an denen der Zugang

zu Suchtmitteln vergleichsweise leicht ist. Allgemein können alle Maßnahmen, die zur Stabilisierung der Situation unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter beitragen, suchtpreventiv wirken (etwa Patenschaften wie z. B. Connecting People).

Kernaussagen und Schlussfolgerungen

- » Mit der Zielgruppe beschäftigte Experten und Expertinnen beschreiben Substanzkonsum als ein relevantes Problemfeld unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter, wenn auch häufig andere zugrunde liegende Probleme die Ursache bilden. Dementsprechend kommt den Rahmenbedingungen eine große Bedeutung zur Abwendung bzw. Reduktion von Risikofaktoren zu.
- » Die Versorgung bei behandlungsrelevanten Problemen ist zunächst durch sprachliche Hürden bzw. zu wenige muttersprachliche Angebote erschwert. Zudem bestehen seitens unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter teilweise Vorbehalte und Skepsis gegenüber Versorgungsangeboten, was die Anregung eines Reflexionsprozesses erfordert um Therapiemotivation zu fördern.
- » Eine Vermittlung in Hilfsangebote erfordert einen längerfristigen Vertrauensaufbau bzw. ressourcenaufwendige Begleitung durch Vertrauenspersonen. Umstellungen in den Versorgungsstrukturen bei Erreichen der Volljährigkeit stellen eine weitere Herausforderung dar.
- » Mögliche Ansätze für die Suchtprevention liegen darin, allgemeine Lebenskompetenzen sowie Risikokompetenz zu fördern, Informationen zur rechtlichen Situation, aber auch zu Einrichtungen der Suchthilfe und anderen Hilfsangebote zielgruppengerecht zu vermitteln und Angebote zur psychischen Unterstützung auszubauen.

6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen von Expertinnen und Experten in relevanten Versorgungsbereichen auf Basis der gesammelten Ergebnisse

Die Erkenntnisse aus den Interviews mit Jugendlichen sowie den Gespräche und Diskussionen mit Experten und Expertinnen aus verschiedenen Bereichen⁵² legen nahe, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen unter männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten sehr heterogen ausgeprägt, aber durch spezifische Konsummotive, Einstellungen und Rahmenbedingungen charakterisiert ist, aus denen sich Risiko- und Belastungsfaktoren ergeben, denen im Rahmen von Maßnahmen der Suchthilfe und Suchtprävention Augenmerk geschenkt werden sollen.

Deutlich wurde auch, dass viele der beobachteten und in der Literatur beschriebenen Risikofaktoren bzw. Belastungen mit den Rahmenbedingungen des Asylwesens zusammenhängen und somit entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des Gesundheitswesens liegen.⁵³ Im Sinne des im Gesundheitsbereich seit Jahren verfolgten Ansatzes *Health in All Policies/HiAP* soll dennoch auch auf diese Aspekte hingewiesen werden, sofern diese in Zusammenhang zum Thema Sucht stehen. Dadurch soll einerseits verhindert werden, dass sie im Zuge weiterer Diskussionen zum Thema verloren gehen, und andererseits deutlich gemacht werden, dass der Einfluss durch Interventionen aus dem Suchtbereich (Suchtprävention, Suchtberatung und Suchtbehandlung) begrenzt ist.

Die folgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen basieren auf allen im Laufe des Projekts erhobenen Informationen (Interviews, Fokusgruppe), die im Rahmen des Workshops mit Vertretern/Vertreterinnen aus betroffenen Einrichtungen der Sucht- und Flüchtlingshilfe vertiefend diskutiert wurden. Die 33 Empfehlungen wurden gruppiert, und für jede Gruppe wurde ein Ziel formuliert:

- » Sicherstellen einer breiten Palette suchtpreventiver Inhalte und Angebote für die Zielgruppe (6.1)
- » Fördern von Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten, um konsumreduzierende Tagesstrukturen zu schaffen (6.2)
- » Einsatz von Peers in der Suchtprävention (6.3)
- » Wissenstransfer zwischen Sucht- und Flüchtlingshilfe (6.4)
- » Informationen für die Zielgruppe über Substanzen, Suchtgefahren und Hilfsangebote (6.5)

52

Da sämtliche empirischen Ergebnisse in Wien bzw. Wien-Umgebung erhoben wurden, kann nicht abschließend festgestellt werden, ob sich ähnliche Empfehlungen auch für andere Bundesländer ergeben würden.

53

Dazu gehört z. B. die Dauer des Asylverfahrens, der Tagessatz für die Betreuungseinrichtungen oder die Verfügbarkeit von Beschäftigungsmöglichkeiten.

- » Bessere Versorgung der Zielgruppe im Suchthilfesystem durch Schaffung zielgruppengerechter Angebote und Sensibilisierung (6.6)
- » Zugang zu suchtspezifischer Unterstützung durch Einrichtungen mit Drehscheibenfunktion und aufsuchende Sozialarbeit (6.7)
- » Suchterkrankungen vermeiden durch therapeutische Angebote, die sich den zugrundeliegenden Problemen widmen (6.8)
- » Fördern interkultureller Kompetenz in Einrichtungen der Suchthilfe (6.9)
- » Fördern eines differenzierten Bildes unbegleiteter minderjähriger Geflüchteter und Schaffen eines gedeihlichen Klimas für zivilgesellschaftliches Engagement (6.10)
- » Sicherstellen der langfristigen Versorgung von bereits in Österreich befindlichen Personen und Lernerfahrungen für zukünftige Herausforderungen (6.11)

6.1 Sicherstellen einer breiten Palette suchtpreventiver Inhalte und Angebote für die Zielgruppe

Unterschiedliche Präventionsangebote sind derzeit bereits in Wien vorhanden und umfassen Angebote aus der Theater- und Freizeitpädagogik (Sport- bzw. Kreativangebote) ebenso wie Workshops, die bislang in verschiedenen Settings durchgeführt wurden, beispielsweise direkt in UMF-Einrichtungen, aber auch im Rahmen von Bildungsveranstaltungen und Wertekursen. Bisherige Erfahrungen legen nahe, dass das Setting und die Gestaltung eine wichtige Rolle für die Motivation der Zielgruppe spielen. Als hilfreich haben sich teilweise auch Workshops zur Vermittlung spezifischer Skills wie z. B. Stressbewältigung gezeigt. Als motivationssteigernd für die Zielgruppe haben sich Teilnahmebestätigungen erwiesen, die im Rahmen des Asylverfahrens positiv beurteilt werden. Herausforderungen in der Organisation solcher Workshops liegen in der Finanzierung und der Unvorhersehbarkeit gruppenspezifischer Prozesse in teilweise sehr heterogenen Gruppen. Das Gelingen hängt jeweils von den sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen ab, daher kann nur ein breites Spektrum an koordinierten Angeboten sicherstellen, dass auch jede/jeder Jugendliche bzw. junge Erwachsene dieses Angebot in Anspruch nehmen kann (z. B. auch jene, die privat wohnen).

1. Empfehlung: Es braucht eine Vielfalt gut konzipierter Workshops mit unterschiedlichen Zielen und Formaten, die der Heterogenität der Gruppe gerecht werden, um diese jeweils in ihrer Lebenswelt und mit ihren spezifischen Problemlagen zu unterstützen. Die Finanzierung dieser Workshops sollte nicht von Spenden und Kapazitäten einzelner Organisationen (weder aus dem Sucht- bzw. Gesundheitsförderungsbereich noch von Einrichtungen der Flüchtlingshilfe) abhängig sein, sondern als Routineangebot abgesichert werden.

Sowohl Jugendliche als auch Experten und Expertinnen betonen, dass unbegleitete jugendliche Geflüchtete insgesamt nur auf wenige Vertrauenspersonen zurückgreifen können, aber großes Interesse daran haben, auch mit Personen außerhalb ihres unmittelbaren sozialen Umfeldes in Kontakt zu treten. Freunde und Vertraute sind zumeist Personen innerhalb der Wohneinrichtungen und für viele erscheint es fast unmöglich, diesen engen Kreis von Bezugspersonen zu erweitern. Präventionsangebote könnten gleichzeitig zu ihrem primären Ziel Kontakte zu österreichischen Jugendlichen erleichtern.

2. Empfehlung: Präventionsangebote in „gemischten Settings“ können dazu beitragen, dass unbegleitete jugendliche Geflüchtete mehr in Kontakt mit österreichischen Jugendlichen treten können.

Sowohl in Bezug auf Konsummotive (z. B. Coping-Mechanismen), Rahmenbedingungen (z. B. Fehlen und Bedeutung von Familie) und Konsumerfahrung (z. B. „Konsumkompetenz“) als auch in Bezug auf Entwicklungsaufgaben (z. B. Grad der Eigenverantwortung) wurden in den Gesprächen mit den Jugendlichen zahlreiche Besonderheiten der Situation unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter thematisiert. Daraus ergibt sich, dass weder Inhalte noch Methoden der Suchtprävention eins zu eins auf die spezifische Zielgruppe unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter übertragen werden können. Die Heterogenität an Erfahrungen und Wissen sowie kultureller Faktoren (wie z. B. der Bedeutung von Familie oder Religion) muss berücksichtigt werden. Vielen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten sind zudem grundlegende Haltungen der Suchtprävention in Österreich (z. B. Therapie statt Strafe) unbekannt. Stattdessen sehen manche Religion als Hilfsmittel, das Struktur und Anleitung in ihr Leben bringen kann.

3. Empfehlung: Präventionsangebote sollte die spezifischen Dispositionen der Zielgruppe berücksichtigen, gleichzeitig aber auch Verständnis für die Haltung einer säkularen und aufgeklärten Suchtprävention in Österreich vermitteln. Auch Grundlagen der Gesundheitsförderung sowie Lebenskompetenzen sollten vermittelt werden.

6.2 Fördern von Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten, um konsumreduzierende Tagesstrukturen zu schaffen

Untätigkeit und fehlende Tagesstruktur wurden von vielen Jugendlichen als wesentliche Faktoren beschrieben, die den Konsum psychoaktiver Substanzen begünstigt. Nur sehr wenige jugendliche Geflüchtete finden allerdings in Wien eine Lehrstelle, obwohl großes Interesse seitens der Jugendlichen an Berufsausbildungen besteht. Es fehlt zudem an arbeitsmarktintegrativen Angeboten.

4. Empfehlung: Aus Gesundheitsperspektive ist die Schaffung bzw. Öffnung arbeitsmarktintegrativer Angebote für Asylwerber/innen sinnvoll, da von ihnen erfahrungsgemäß eine suchtpreventive Wirkung ausgeht.

Die Gespräche mit Jugendlichen und Expertinnen/Experten legen nahe, dass der Schaffung von sinnvollen Freizeitbeschäftigungsmöglichkeiten eine enorme suchtpreventive Bedeutung zukommt, da häufig Langeweile oder Frustration über das erzwungene Nichtstun den Konsum von psychoaktiven Substanzen begünstigen.

5. Empfehlung: Bestehende Freizeitangebote sollten ausgebaut werden. Es fehlt speziell an niederschweligen Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten, die Tagesstruktur verschaffen können. Wichtig wäre, dass beeinträchtigte (= intoxizierte) Personen von solchen Angeboten nicht per se ausgeschlossen werden, da speziell bei dieser Gruppe der größte Bedarf für tagesstrukturierende Maßnahmen besteht und damit auch der öffentliche Raum entlastet würde. Gleichzeitig ist es wichtig, dass Räume bzw. Settings ohne Konsumzwang geschaffen werden,

in denen sich Jugendliche aufhalten können, ohne Geld ausgeben zu müssen, und keinem Gruppendruck in Richtung Substanzkonsum unterworfen sind.

Sport wurde von den Jugendlichen am häufigsten als Strategie genannt, die es ihnen erleichtern würde, weniger Substanzen zu konsumieren. Sportangeboten wird auch deswegen eine große Bedeutung zugemessen, weil sie nicht nur Beschäftigung und Ablenkung bieten, sondern auch negative Auswirkungen von Substanzkonsum spürbar machen und dadurch eingeschränkten, moderaten Konsum bzw. Abstinenz (vor allem von Cannabis und Zigaretten) positiv verstärken. Auch aus Sicht der Experten und Expertinnen haben sich Sportvereine als gute Möglichkeit erwiesen, um Jugendliche zu erreichen und Vertrauensbeziehungen aufzubauen. Über Sportangebote lassen sich auch Konsequenzen des Substanzkonsums (schlechtere Leistungen, Ausschluss aufgrund Dopingvergehen) gut vermitteln.

6. Empfehlung: Sportangebote sollten ausgebaut werden. Konsequenzen des Substanzkonsums sollten mit einem möglichst engen Bezug zu den Lebenswelten der Jugendlichen vermittelt werden.

6.3 Einsatz von Peers in der Suchtprävention

Der Einsatz von Peers aus der Community scheint gerade bei sensiblen bzw. teilweise tabuisierten Themen wie dem Konsum von illegalen Substanzen und Sucht ein erfolversprechender Ansatz zu sein, um Jugendliche besser zu erreichen, und hat sich auch vielfach in anderen Zusammenhängen bewährt. Es scheint daher sinnvoll, Jugendliche bzw. junge Erwachsene mit Fluchthintergrund zu schulen und – idealerweise gemeinsam mit Fachleuten – als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen einzusetzen. Auch im Rahmen des zukünftig verpflichtenden Integrationsjahrs könnten derartige Peer-Tätigkeiten eine Rolle spielen. Gute Schulung und Begleitung ist unbedingt notwendig, um zu verhindern, dass diese Peers z. B. besonders moralisierend auftreten.

7. Empfehlung: Suchtspezifische Themen sollten über Kooperationen in bereits etablierte Peerprojekte integriert bzw. ein eigenständiges längerfristiges Peer-Angebot als zusätzliche Strategie in der Suchtprävention aufgebaut werden.

6.4 Wissenstransfer zwischen Sucht- und Flüchtlingshilfe

Von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in UMF-Einrichtungen wird teilweise Informationsbedarf geäußert, insbesondere werden Informationen zu Suchthilfe-Einrichtungen und „Basics zu Sucht“ nachgefragt. Speziell muttersprachliche Mitarbeiter/innen in Wohneinrichtungen sind häufig auch Vertrauenspersonen für die Zielgruppe, was auch die Interviews mit den Jugendlichen bestätigen. Eine Schulung dieser Mitarbeiter/innen als Ergänzung scheint daher notwendig, um auch jene Jugendlichen zu erreichen, die trotz aller Bemühungen nicht an Workshops teilnehmen. In den Teams der UMF-Einrichtungen haben einzelne Personen Zusatzausbildungen, die in Zusammenhang mit Substanzkonsum bzw. Suchtproblematik hilfreich sind. Schulungen von ganzen Teams

sind oft aufgrund der Rahmenbedingungen nicht möglich. Aufgrund der hohen Personalfuktuation in Betreuungseinrichtungen sind diese Schulungen nicht einmalig, sondern in regelmäßigen Abständen abzuhalten.

8. Empfehlung: Durch regelmäßige Schulung von Mitarbeitenden aus UMF-Einrichtungen können bestehende Vertrauensbeziehungen zur Zielgruppe und bereits bestehende Sprachkompetenzen in Betreuungsteams genutzt werden. Um Ressourcen zu sparen, sollten diese Schulungen ausgewählten Personen aus den Teams gelten, die im besten Fall bereits auf bestehendes Vorwissen bzw. Ausbildungen zurückgreifen können. Zudem sollten Maßnahmen gesetzt werden, die der Personalfuktuation in Betreuungseinrichtungen entgegenwirken können (z. B. Supervision).

Veränderungen im Fremdenrecht führen zu neuen Rahmenbedingungen, die festlegen, welche Umstände negative Auswirkungen auf ein Asylverfahren haben können.

9. Empfehlung: Veränderungen im Fremden- und Asylrecht erfordern eine ständige Auseinandersetzung mit den aktuellen Rechtsgrundlagen, die daher an alle relevanten Personengruppen kommuniziert werden sollen.

Im Bereich Flüchtlingshilfe gibt es laufend Veränderungen, auch im Bereich der Suchthilfe entstehen laufend neue Angebote und Projekte. Es ist daher für beide Bereiche schwierig, den Überblick über den jeweils anderen Bereich zu bewahren. Zusätzlich gibt es Einrichtungen des Bildungsbereichs oder andere Beratungsstellen, die ebenfalls mit der Zielgruppe Kontakt haben. Der einmalige Informationsaustausch z. B. über Broschüren zu den verfügbaren Angeboten ist aufgrund der laufenden Veränderungen nicht zielführend, Websites zu pflegen ist wiederum sehr aufwendig. Der persönliche Kontakt fördert nicht nur den gegenseitigen Austausch, sondern trägt auch zur Sensibilisierung hinsichtlich der Möglichkeiten und Notwendigkeiten im jeweils anderen Bereich bei. Auch der Aspekt des Austausches und der Vernetzung im Rahmen des Projektes wurde von den beteiligten Experten/Expertinnen überwiegend als sehr gewinnbringend beurteilt.

10. Empfehlung: Vernetzungstreffen zwischen Suchthilfe und Flüchtlingsbetreuung werden als sehr hilfreich erlebt und sollten auch zukünftig regelmäßig angeboten werden. Entsprechende Ressourcen für die Organisation dieser Treffen sollen zur Verfügung gestellt und fix vorgesehen werden.

6.5 Informationen für die Zielgruppe über Substanzen, Suchtgefahren und Hilfsangebote

Die Interviews mit Jugendlichen ergaben, dass Informationsbedarf besteht hinsichtlich Substanzen und ihren Wirkungen, aber auch zu den jeweiligen rechtlichen Grundlagen bzw. damit verbundenen möglichen Konsequenzen. Zusätzlich braucht es – im Sinne einer Sensibilisierung – Information darüber, dass gelegentlicher Konsum nicht notwendigerweise ein Suchtverhalten darstellt, dass es das Risiko der Entwicklung einer Abhängigkeit gibt und dass Sucht in Österreich eine Erkrankung darstellt. Allerdings zeigt sich auch, dass eine einmalige Information nicht ausreicht,

sondern eine längere Auseinandersetzung mit diesen Themen erforderlich ist. Dies schließt auch eine Auseinandersetzung mit der Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und rechtlicher Situation (z. B. hinsichtlich Cannabis) oder der zugrundeliegenden Haltung (Bevorzugung von Alternativen zur Bestrafung) ein. Ein spezifisches Problem besteht in diesem Zusammenhang darin, dass zur Schnittstellenproblematik Asylrecht und SMG wenig juristische Expertise verfügbar ist. Auch Bezugsbetreuer/-innen in UMF-Einrichtungen sollten Zugang zu diesen Informationen haben, um als Multiplikatoren/Multiplikatorinnen wirken zu können. Auch hier sind Wiederholungen bzw. ein längerfristiger Austausch notwendig, unter anderem aufgrund der Personalfuktuation in den Einrichtungen. Laut Expertinnen und Experten fehlen für die Zielgruppe teilweise grundlegende muttersprachliche Informationen über das Angebot der Suchthilfe in Wien. Speziell Informationen über Themen wie „Safer Use“ oder über niederschwellige Einrichtungen, die man auch ohne Terminvereinbarung aufsuchen kann, wären sinnvoll.

11. Empfehlung: Informationen für jugendliche/junge Asylwerber/-innen bzw. -berechtigte über Substanzen, Suchtgefahren und spezifische Angebote der Suchthilfe sollten möglichst niederschwellig in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen. Gleichzeitig sind Workshops erforderlich, in denen eine kontinuierliche intensivere Auseinandersetzung mit diesen Themen erfolgen kann. Auch allgemeinere Informationen zu den Aufgaben, Rahmenbedingungen und Möglichkeiten des österreichischen Gesundheitssystems und zur Bandbreite an Angeboten (z. B. Wer bietet Beratung? Wer bietet Behandlung?) sind notwendig. Übersetzungen schriftlicher Informationsmaterialien könnten in Kooperation mit Universitäten erstellt werden, um Kosten zu sparen. Neben Informationsmaterial sollte den Teams der UMF-Einrichtungen auch sucht-spezifische Beratung in regelmäßigen Abständen zur Verfügung gestellt werden.

Informationen in zielgruppengerechten Medien tragen zur besseren Erreichbarkeit bei. Beispielsweise wurde in Deutschland eine App entwickelt, die sowohl Infos zu Substanzen und Sucht enthält als auch einen Wegweiser durch die verschiedenen Angebote bietet. Von der Asylkoordination und der MA 11 werden Videos zur Stressbewältigung angeboten. Damit können vor allem auch jene erreicht werden, die sich einem persönlichen Austausch und Gespräch entziehen. Vom ISP Wien werden gerade Videos bzw. ein E-Learning-Tool für Multiplikatoren/Multiplikatorinnen erstellt. Auch MEN installiert mehrsprachige Informationsschienen in multimedialen Formaten. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass eine ausschließliche Informationsvermittlung – unabhängig vom Medium – keinen nachhaltigen Effekt auf die Inanspruchnahme von Hilfe hat. Wichtig ist daher, diese Materialien „beziehungsgelitet“ zu verwenden, also als Grundlage zur persönlichen Vermittlung von Inhalten oder als Gesprächsanregung zu verwenden.

12. Empfehlung: Soziale bzw. digitale Medien sollten verstärkt und koordiniert genutzt werden, um Informationen zu vermitteln und in bestehende persönliche Unterstützungsangebote zu integrieren.

Die Jugendlichen / jungen Erwachsenen gehen zumeist mit einer positiven Erwartungshaltung in Weiterbildungsangebote. In Regelschulen wird das Thema Drogen auch in verschiedenen Unterrichtsfächern (z. B. im Englischunterricht) beleuchtet, jugendliche Geflüchtete sind aber kaum in Regelschulen anzutreffen. In Wien kommen Mitarbeiter/-innen des Vereins Dialog z. B. ins Jugendcollege, Informationsvermittlung findet auch durch Präventionsbeamte/-beamtinnen der Exekutive statt.

13. Empfehlung: Insbesondere im Bereich von (Aus-)Bildungsangeboten außerhalb des Regel-schulbetriebs sollte Informationsvermittlung über Sucht & Drogen stattfinden. Die Informationsvermittlung sollte ausgewogen unterschiedliche Aspekte (z. B. rechtlicher Hintergrund, Wirkmechanismen von unterschiedlichen Substanzen, Unterstützungsangebote) behandeln.

Informationen zur rechtlichen Situation werden von Präventionsbeamten/-beamtinnen im Rahmen von Vorträgen und Workshops vermittelt. Das Offizialprinzip verhindert allerdings, dass Exekutiv-beamte auch indizierte Prävention betreiben können, also jenen Personen Hilfe anbieten können, die sich mit Aussagen über eine Straftat selbst belasten würden.

14. Empfehlung: Zur universalpräventiven Informationsvermittlung über die rechtliche Situation haben sich die Präventionsbeamten/-beamtinnen bzw. Vertrauenspolizisten/-polizistinnen bewährt. Zusätzlich bedarf es einer Informationsvermittlung in Form von indizierter Prävention an Personen, die sich aufgrund eines potenziell straffälligen Verhaltens nicht selber belasten wollen.

6.6 Bessere Versorgung der Zielgruppe im Suchthilfesystem durch Schaffung zielgruppengerechter Angebote und Sensibilisierung

Die Gespräche mit den Jugendlichen legen nahe, dass sehr häufig psychische Belastungen (Trauer, Stress, Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft) und Traumata im Hintergrund eines problematischen Konsums stehen. Gleichzeitig besteht Bedarf zur Sensibilisierung der Zielgruppe in Bezug auf psychologische bzw. therapeutische Angebote, über die häufig nur wenig bekannt ist. Um mit einer Therapie zu beginnen, braucht es zunächst einen längerfristigen Bewusstseinsbildungsprozess, einen entsprechenden Leidensdruck und eine gewisse Stabilität, um Angebote auch längerfristig durchzuhalten. In einem ersten Schritt wären Konsumberatung, Suchtberatung und Kurzinterventionen, die z. B. gezielt Handlungsmöglichkeiten zur Stressreduktion vermitteln, hilfreich und realistisch.

15. Empfehlung: Passende und qualitativ hochwertige Angebote mit niederschwelligem Zugang sollten etabliert und ausgebaut werden. Indem das Verständnis über verschiedenen Angebote gefördert wird, findet gleichzeitig eine Sensibilisierung statt.

Die Inanspruchnahme von Suchtberatung und Suchttherapie im Speziellen, aber auch von anderen Therapieangeboten, wie z. B. Psychotherapie, wird nicht nur durch mangelnde Information über diese Angebote behindert, sondern wird auch durch Tabus, Angst, Scham etc. erschwert. Für manche Jugendliche ist die Nutzung von Suchtberatungseinrichtungen schambesetzt, weil Abhängigkeit und Sucht kulturell stark stigmatisiert sind und sie nicht mit der anderen Klientel der Suchthilfe in Verbindung gebracht werden wollen. Regelmäßige Kontakte zwischen niederschweligen Einrichtungen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum persönlichen Kennenlernen und zum Vertrauensaufbau scheinen geeignet zu sein, diese Hürden zu verringern. Solche Brücken sollten auch zwischen Einrichtungen der Sucht- und jenen der Flüchtlingshilfe im Sinne von „aus der Praxis in die Praxis“ hergestellt werden, um gemeinsam Strategien für die Zielgruppe zu erarbeiten.

16. Empfehlung: Spezielle Kontaktschienen zwischen Suchthilfe und Einrichtungen der Flüchtlingshilfe sollten etabliert werden, um einerseits strukturelle Abläufe zu verbessern und andererseits die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme mit dem Suchthilfebereich zu senken. Dafür ist es notwendig, dass es bei diesem Austausch auch zu einem direkten Kontakt mit den Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommt. Dazu sollte es zusätzliche Beratungsangebote von Suchtberatungseinrichtungen in den UMF-Einrichtungen geben, um Jugendlichen die Hürde zu nehmen, selbst eine Suchtberatungseinrichtung aufsuchen zu müssen.

Manche Einrichtungen bieten Termine nur an Vormittagen von Wochentagen an. Dadurch müssen die Jugendlichen zwischen Beratung und Schule/Kurs wählen, außerdem müssen sie dann anderen Menschen erzählen, warum sie fehlen, was wiederum beschämend ist. Termine an Wochentagen sind grundsätzlich nicht optimal, weil die Jugendlichen von Schule oder Kurs erschöpft sind.

17. Empfehlung: Beratungstermine für schulpflichtige Jugendliche bzw. jene, die an Kursen teilnehmen, sollten auch samstags angeboten werden, um die Vereinbarkeit mit diesen Verpflichtungen zu ermöglichen.

Die Gruppe der unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten besteht zu einem Großteil aus männlichen Jugendlichen. Weibliche Geflüchtete kommen viel häufiger im Familienverband nach Österreich. Weibliche Jugendliche zeigen aus diesem Grund andere Konsummuster, sind aber auch schlechter erreichbar als männliche Jugendliche in UMF-Einrichtungen. Niederschwellige Angebote des Suchthilfesystems werden daher – wenn überhaupt – fast ausschließlich von männlichen Personen genutzt.

18. Empfehlung: Es fehlt an genderspezifischen Angeboten der Suchthilfe für geflüchtete Frauen und Mädchen, die erst geschaffen werden müssen und für deren Grundlage entsprechende Forschungsarbeiten („needs assessment“) notwendig sind.

Wiederholt wurde kritisiert, dass Asylwerber/innen nicht anspruchsberechtigt sind in Hinblick auf Versorgungleistungen bei einem ausschließlichen Alkoholproblem.

19. Empfehlung: Bei Alkoholproblemen sollten Asylwerber/innen ebenso Anspruch auf Versorgungsleistungen haben wie bei problematischem Konsum illegaler Substanzen.

6.7 Zugang zu suchtspezifischer Unterstützung durch Einrichtungen mit Drehscheibenfunktion und aufsuchende Sozialarbeit

Der Übergang zwischen Flüchtlingsbetreuung und einem Angebot der Suchthilfe bindet häufig viele Ressourcen, weil zumindest anfänglich Begleitung notwendig ist. Im Bereich UMF-Betreuung ist es aufgrund des besseren Ressourcenschlüssels sinnvoll, wenn diese Begleitung auch durch die Bezugsbetreuer/innen erfolgt, weil sonst wieder viel Zeit in den Vertrauensaufbau mit Personen von einer weiteren Einrichtung (z. B. eines Liaison-Dienstes) fließen würde. Im Bereich der Erwachsenenbetreuung in der Grundversorgung ist hingegen eine solche Begleitung im Rahmen der

Grundversorgung aufgrund der schlechteren Betreuungsschlüssel nicht möglich. Die Möglichkeiten des Übergangs zwischen Flüchtlingsbetreuung und Suchthilfe sind also für jugendliche und erwachsene Geflüchtete unterschiedlich ausgeprägt. Für Personen über 18 Jahre sind somit andere Einrichtungen notwendig, die eine solche Drehscheibenfunktion übernehmen können bzw. als Schnittstelle dazu beitragen können, Vertrauen in Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens aufzubauen.

20. Empfehlung: Die ersten Schritte in eine Beratung erfordern häufig eine Begleitung, weil sonst schnelle Abbrüche nach nur wenigen Terminen die Folge sein können. Asylberatungsstellen und auch Ausbildungseinrichtungen haben einen guten Draht zu Jugendlichen und sollten als Multiplikatoren/Multiplikatorinnen zur Vermittlung von suchtspezifischen Informationen genutzt werden. Dafür ist eine Stärkung der Berater/innen als Vertrauenspersonen und Multiplikatoren/Multiplikatorinnen, beispielsweise in Asylberatungsstellen und Bildungseinrichtungen, mit entsprechenden Ressourcen notwendig.

Es braucht zusätzliche Angebote, um Jugendliche und junge Erwachsene „draußen“ – d. h. im öffentlichen Raum – aufsuchen und einerseits informieren, andererseits zu anderen Einrichtungen weitervermitteln können. Dies ist auch für jene Personen, die (aus welchem Grund auch immer) aus der Grundversorgung gefallen sind, wesentlich und oft die einzige Möglichkeit, Informationen zu erhalten. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass ein zeitintensiver Vertrauensaufbau notwendig ist, um die Zielgruppe erreichen zu können.

21. Empfehlung: Sicherstellung der Ressourcenausstattung von aufsuchenden Angeboten (z. B. offene Jugendarbeit), um die Weiterleitung in das Suchthilfesystem sicherstellen zu können.

Vertrauenspersonen innerhalb von Wohneinrichtungen sind zumeist auch jene Personen, die bei Regelverstößen (z. B. Alkohol- oder Drogenkonsum in der Einrichtung) Sanktionen aussprechen müssen, was die Offenheit in Bezug auf gewisse Verhaltensweisen erschwert. Wichtig wären daher zusätzliche Vertrauenspersonen, z. B. aus Beratungsstellen der Grundversorgung (z. B. Mosaik) oder Personen aus dem informellen Dolmetscherkreis; ehrenamtliche Bezugspersonen wie z.B. Paten/Patinnen sind bei akuten Suchtproblemen hingegen eher überfordert und auch Familienangehörige werden in Bezug auf Suchtproblematik als nicht geeignet gesehen.

22. Der Kreis der möglichen Vertrauenspersonen für die Jugendlichen sollte erweitert werden um suchtspezifisch geschulte Personen, die akzeptanzorientiert und für Probleme offen sind, ohne zwingend Sanktionen aussprechen zu müssen.

6.8 Suchterkrankungen vermeiden durch therapeutische Angebote, die sich den zugrundeliegenden Problemen widmen

In vielen Gesprächen mit Jugendlichen wird ein problematischer Substanzkonsum mit psychischen Belastungen oder Traumatisierungen in Verbindung gebracht, wodurch sich zusätzlich zu suchtspezifischen Maßnahmen auch ein Bedarf an allgemeineren therapeutischen Maßnahmen ergibt.

Aus bisherigen Erfahrungen mit geflüchteten Menschen ist bekannt, dass es eine gewisse Zeit dauert, bis eine Gruppe im Behandlungssystem ankommt. Dabei zeigen sich auch große Unterschiede zwischen verschiedenen Communitys. Auch der Bedarf an Psychotherapie tritt häufig erst dann auf, wenn andere Probleme bereits gelöst sind.

23. Empfehlung: Leistbare psychotherapeutische Angebote, nach Möglichkeit in unterschiedlichen Sprachen, können den zukünftigen Bedarf an Suchthilfe verringern. Die Suchthilfe sollte jedenfalls darauf eingestellt sein, dass die Zielgruppe heterogener wird und auch unterschiedliche Vorstellungen von Sucht mitbringt.

Von Expertenseite wird von langen Wartezeiten im Behandlungsbereich (speziell bei Psychotherapie) berichtet, was – speziell vor dem Hintergrund der kurzen Zeitfenster, in denen Veränderungsbereitschaft hinsichtlich des Suchtverhaltens besteht – eine große Hürde darstellt und den Beginn einer Therapie maßgeblich verzögern bzw. überhaupt verhindern kann.

24. Empfehlung: Der Ausbau finanziert psychotherapeutischer Angebote, insbesondere für Traumatherapie, ist notwendig und könnte ein späteres Suchtproblem abwenden.

6.9 Fördern interkultureller Kompetenz in Einrichtungen der Suchthilfe

In der Suchthilfe wird die Notwendigkeit einer Stärkung von interkultureller Kompetenz erkannt, teilweise ist aber nicht ganz klar, wer diese vermitteln soll. Die Asylkoordination bzw. die MA 17 bieten etwa länder- und themenspezifische Seminare an.

25. Empfehlungen: Einrichtungen der Suchthilfe sollten gezielt über Möglichkeiten informiert werden, die interkulturelle Kompetenz ihrer Belegschaft mittels Fortbildungen zu fördern.

In Niederösterreich ist geplant, über die Fachstelle Niederösterreich Curricula für Dolmetscher/innen und Sprachhelfer/innen zu den Themen Suchtprävention und Sexualpädagogik anzubieten. Dadurch werden sie mit Zusatzwissen ausgestattet, das die Übersetzung von sucht(präventions)spezifischen und sexualpädagogischen Inhalten im Rahmen von Workshops und Beratungen qualitativ verbessert.

26. Empfehlung: Suchtspezifisches Wissen von Dolmetschern/Dolmetscherinnen und Sprachhelfern/Sprachhelferinnen soll gestärkt werden, sodass sie im Rahmen von Workshops und Beratungen unterstützend tätig sein können.

Muttersprachliche Angebote und ein ähnlicher kultureller Hintergrund sind ein wichtiger Faktor, um Hemmschwellen zwischen Klienten/Klientinnen und dem Unterstützungssystem abzubauen zu können. Fremdsprachen-Kenntnisse von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in der Suchthilfe beschränken sich meist auf gängige Fremdsprachen, die in österreichischen Schulen unterrichtet werden (Englisch, Französisch, Italienisch). Kenntnisse in den Sprachen der neu nach Österreich zugewanderten Bevölkerungsgruppen sind eher selten.

27. Empfehlung: Eine Möglichkeit gegen zu wenige muttersprachliche Angebote in der Suchthilfe besteht darin, bereits in der Ausbildung (z. B. Sozialarbeit, Psychotherapie) Anreize zu setzen, das Interesse von Personen mit anderer Muttersprache als Deutsch an Arbeiten in der Suchthilfe zu wecken. Eine andere Möglichkeit wäre, Anreize zu setzen, dass Asylberechtigte in der Asylhilfe tätig werden, im besten Fall bezahlt oder im Rahmen des zukünftig verpflichtenden Integrationsjahres.

6.10 Fördern eines differenzierten Bildes unbegleiteter minderjähriger Geflüchteter und Schaffen eines gedeihlichen Klimas für zivilgesellschaftliches Engagement

Die Gespräche mit den Jugendlichen lassen auf ein insgesamt sehr heterogenes Konsumverhalten schließen. Ein einheitliches Konsummuster unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter existiert nicht.

28. Empfehlung: Die Informationsbereitstellung von behördlicher Seite sowie die mediale Darstellung dieser Informationen sollte der Heterogenität der Zielgruppe Rechnung tragen und pauschalierende Aussagen vermeiden.

Ehrenamtliche Tätigkeiten sind ein wichtiger Bestandteil der Flüchtlingshilfe. Das Ausmaß dieser ehrenamtlichen Tätigkeit ist aber Schwankungen unterworfen, die zu Versorgungslücken führen können. Gerade Patenschaften werden als wichtige Unterstützung für unbegleitete jugendliche Geflüchtete gesehen, die zusätzliche Ressourcen einbringen und durch längerfristige vertrauensvolle Beziehungen zur Stabilisierung beitragen können. Zuletzt wurde festgestellt, dass die Bereitschaft zu ehrenamtlichem Engagement derzeit rückläufig ist und die Anzahl jener Personen, die bereit sind, eine Patenschaft zu übernehmen, deutlich abnimmt.

29. Empfehlung: Dieser Wegfall an zivilgesellschaftlichem Engagement sollte durch eine Aufstockung der Ressourcen im professionellen Bereich kompensiert werden. Gleichzeitig sollten Möglichkeiten identifiziert werden, dieses Engagement wieder zu fördern.

6.11 Sicherstellen der langfristigen Versorgung von bereits in Österreich befindlichen Personen und Lernerfahrungen für zukünftige Herausforderungen

Die aktuelle Situation in Österreich steht für viele unbegleitete jugendliche Geflüchtete in einem krassen Widerspruch zu der Erwartungshaltung, die vor der Flucht bei ihnen und ihrer Familie bestand. Diese Diskrepanz führt zu Frustration, die gemeinsam mit einer wahrgenommenen Perspektivenlosigkeit einen Anreiz für den Konsum von psychoaktiven Substanzen darstellt.

30. Empfehlung: Aus Gesundheitsperspektive könnten durch eine Verbesserung der Lebenssituation (kürzere Asylverfahren, Unterbringung, Beschäftigungsmöglichkeiten) etliche der beobachteten Risikofaktoren abgeschwächt bzw. verhindert werden.

Offen bleibt die Frage, welche Lernerfahrungen aus der aktuellen Flüchtlingsbewegung für zukünftige zu ziehen sind. Institutionen der Suchthilfe und Suchtprävention werden jedenfalls aufgrund einer zunehmend mobileren und globalisierten Gesellschaft zukünftig mit einer zunehmend heterogenen Klientel konfrontiert sein, die sehr unterschiedlichen Kompetenzen, Erfahrungen und Einstellungen zu Suchtproblemen mitbringt.

31. Empfehlung: Kulturübergreifende Ansätze zur Prävention von Suchtproblemen und transkulturelle Therapieangebote sollten stärker gefördert werden.

Gleichzeitig offenbaren sich bereits bei aktuellen Asylwerbern und Asylwerberinnen enorme Unterschiede, z. B. in Bezug auf die Alphabetisierungsrate – etwa zwischen syrischen und afghanischen Geflüchteten –, die heterogene Hilfsangebote erfordern. Spezifische kulturelle Hintergründe (Religion, Herkunftsstaaten) erschweren daher die Vergleichbarkeit mit vorhergegangenen und zukünftigen Flüchtlingsbewegungen.

32. Empfehlung: Erfahrungen mit Geflüchteten aus unterschiedlichen Herkunftsstaaten sind enorm heterogen und erfordern jeweils ein spezifisches Wissen über die einzelne Gruppe. Die Methode „Rapid Assessment and Response“ hat sich als geeignet erwiesen und kann empfohlen werden, um in relativ kurzer Zeit auf pragmatische Weise Informationen aus unterschiedlichen Quellen zu sammeln und aufzubereiten.

Probleme durch Substanzkonsum spielen nach Ansicht der interviewten Jugendlichen und Experten/Expertinnen zwar eine relevante Rolle, sind aber im Vergleich zu anderen Aspekten der sozialen Rahmenbedingungen nicht das dringlichste Problem. Gleichzeitig tragen diese Jugendlichen viele Risikofaktoren (insbesondere Traumata und Stress) für die zukünftige Entwicklung eines Suchtproblems, weswegen suchtpreventiven Maßnahmen besondere Bedeutung zukommt.

33. Empfehlung: Zur Vermeidung von zukünftigen Suchtproblemen sollten suchtpreventive Maßnahmen auch bei jenen Jugendlichen ansetzen, die derzeit nicht in einem problematischen Ausmaß konsumieren. Insbesondere die Behandlung von zugrundeliegenden Traumata und Belastungen kann dabei helfen, zukünftige Suchtprobleme bereits vor ihrer Manifestation zu verhindern.

7 Quellen

- Ameskamp, D.; Kuhlmann, T.; Leicht, A.; Meyer-Thompson, H.-G.; Quellhorst, S.; Tretter, F. ; Wessel, T. (2016): Flüchtlinge und (Opioid-)Abhängigkeit: Die Hürden zur Behandlung. Flüchtlinge in Deutschland – eine Herausforderung auch für die Sucht- und Drogenpolitik?, Berlin, Drogenbeauftragte der Bundesregierung
- AMS OÖ (2015): Arbeitsmöglichkeiten für Asylwerberinnen und Asylwerber
- Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea; Breyer, Elisabeth (2015): Migration und Gesundheit. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
- Anzenberger, Judith; Gaiswinkler, Sylvia (2016): Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen. Leitfaden zur Maßnahmengestaltung in Gesundheitsförderung und –versorgung. Anregungen und Tipps zu den Themen Ernährung/Bewegung und Adipositas/Diabetes. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- arbeit plus (2016): Asyl & Arbeitsmarktsituation – Themenpapier 1. arbeit plus – Soziale Unternehmen Österreich, Wien
- Arbeitsmarktservice Österreich (2015): Anerkannte Flüchtlinge und subsidiär Schutzberechtigte am Arbeitsmarkt. Spezialthema zum Arbeitsmarkt, Wien
- AsylG (2005): Bundesgesetz über die Gewährung von Asyl (Asylgesetz 2005 – AsylG 2005), BGBl. I Nr. 100/2005, Fassung vom 09.01.2018
- Asylkoordination Österreich (2016a): Herkunftsländer UMF 2006–2016. Österreich, Asylkoordination
- Asylkoordination Österreich (2016b): Asylkoordinaten – Grundversorgung. Österreich, Asylkoordination. 2015/2
- Asylkoordination Österreich (2017a): Grundversorgungsstatistik – Februar 2017. (PDF), Asylkoordination Österreich, Wien
- Asylkoordination Österreich (2017b): Asylkoordinaten – Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) in Österreich. Asylkoordination Österreich. 1
- Asylkoordination Österreich (2016): Asylkoordinaten – Änderungen im Asylrecht seit 1. Juni 2016. Österreich, Asylkoordination. 4
- AWS Soziales Wien (2017): Bildungsberatung für AsylwerberInnen in der Grundversorgung [Online]. AWS Soziales Wien [Zugriff am 30.11.2017]
- Barter, Christine; Renold, Emma (1999): The use of vignettes in qualitative research. In: Social research update 25/91–6

- Biffi, Gudrun; Rössl, Lydia (2015): Suchtverhalten & Migration. omninum 2015, Bad Vöslau
- BMEIA (2010a): Nationaler Aktionsplan für Intergation – Massnahmen. BMEIA
- BMEIA (2010b): Nationaler Aktionsplan für Intergation – Indikatoren. BMEIA
- BMEIA (2010c): Nationaler Aktionsplan für Intergation – Bericht. BMEIA
- BMEIA (2015): 50 Punkte-Plan zur Integration von Asylberechtigten und subsidiär
Schutzberechtigten in Österreich. Bundesministerium für Europa, Integration und
Äußeres
- BMI (2015): Asylstatistik 2015. Republik Österreich – BMI – Sektion III (Recht)
- BMI (2017): Asylstatistik 2016. Republik Österreich, Bundesministerium für Inneres, Sektion III –
Recht
- Braam, Richard; Verbraeck, Hans; Trautmann, Franz (2004): Rapid Assessment and Response
(RAR) für problematischen Substanzgebrauch und Flüchtlingen, Asylwerbern und
illegalen Einwanderern. Aufl. 2. erweiterte Auflage. Landschaftsverband Westfalen-Lippw
(LWL)
- Landesjugendamt und Westfälische Schulen, Münster
- Buber-Ennser, Isabella; Kohlenberger, Judith; Rengs, Bernhard; Al Zakak, Zakarya; Goujon, Anne;
Striessnig, Erich; Potančoková, Michaela; Gisser, Richard; Testa, Maria Rita; Lutz,
Wolfgang (2016): Human capital, values, and attitudes of persons seeking refuge in
Austria in 2015. In: PLoS one 11/9e0163481
- CoRE (2017): UIA – Urban Innovative Action. CoRE – Centre of Refugee Empowerment [Online].
European Regional Development Fund – Centre of Refugee Empowerment.
<http://www.uia-initiative.eu/en/uia-cities/vienna>
- EMCDDA (2017): Health and social responses to drug problems – A European Guide. Publications
Office of the European Union, Luxembourg
- Finch, Janet (1987): The vignette technique in survey research. In: Sociology 21/1105–114
- FSW (2017): Hilfe für Flüchtlinge in Wien. Grundversorgung in Wien [Online]. Fonds Soziales Wien
- Haasen, Christian; Demiralay, Cüneyt; Agorastos, Agis; Reimer, Jens (2015): Suchtsstörungen bei
Migrantinnen und Migranten – ein relevantes Problem. In: Migration und psychische
Gesundheit – Belastungenb und Potentiale. Hg. v. Borde, Theda; David, Matthias.
Mabuse, Frankfurt/Main. S. 82–69
- Hemayat (2017): Jahresbericht 2016. In: Hemayat (Hg.): BENEFIZ-AUKTION FÜR HEMAYAT, Palais
Schönburg. 11. MAI 2017

- Horyniak, Danielle; Melo, Jason S; Farrell, Risa M; Ojeda, Victoria D; Strathdee, Steffanie A (2016): Epidemiology of substance use among forced migrants: a global systematic review. In: PLoS one 11/7e0159134
- Hosner, Roland; Vana, Irina; Jush, Golschan Khun (2017): Integrationsmaßnahmen und Arbeitsmarkterfolg von Flüchtlingen und subsidiär schutzberechtigten in Österreich. International Centre for Migration Policy Development (ICMPD), Wien
- Hughes, Rhidian (1998): Considering the vignette technique and its application to a study of drug injecting and HIV risk and safer behaviour. In: Sociology of Health & Illness 20/3381–400
- Hughes, Rhidian; Huby, Meg (2012): The construction and interpretation of vignettes in social research. In: Social Work and Social Sciences Review 11/136–51
- Jenkins, Nicholas; Bloor, Michael; Fischer, Jan; Berney, Lee; Neale, Joanne (2010): Putting it in context: the use of vignettes in qualitative interviewing. In: Qualitative Research 10/2175–198
- Klimont, Jeannette ; Baldaszti, Erika; Ihle, Petra (2015): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Statistik Austria
- Medien-Serviceestelle Neue Österreicher/innen (2017): 5.327 Jugendliche in Grundversorgung [Online]. http://medienserviceestelle.at/migration_bewegt/2017/08/09/18-000-jugendliche-in-der-grundversorgung/ [Zugriff am 18.08.2017]
- ÖIF (2017): Informationen zum Integrationsgesetz betreffend die Integration von Asyl- und subsidiär Schutzberechtigten. Integrationsfonds, Österreichischer
- Österreichische Gesellschaft für Europapolitik (2015): Integration von AsylwerberInnen & anerkannten Flüchtlingen in den Arbeitsmarkt. Europapolitik, Österreichischen Gesellschaft für, Wien
- Rhodes, Tim; Stimson, Gerry V; Fitch, Chris; Ball, Andrew; Renton, Adrian (1999): Rapid assessment, injecting drug use, and public health. In: The Lancet 354/917265–68
- Sobotka, Wolfgang (2016): Unterbringung von Asylwerbern durch die Bundesländer (Quotenerfüllung). Anfragebeantwortung 10074/AB 1 von 3 vom 12.12.2016 zu 10564/J (XXV.GP). Bundesministerium für Inneres, Wien
- SOS-Mitmensch (2017): Nicht mehr schulpflichtige Asylsuchende: Zugang zu Bildung nicht garantiert. Recherche von SOS Mitmensch für den Zeitraum März bis Juni 2017.
- STATISTIK AUSTRIA (2016): Migration und Integration – Zahlen, Daten, Indikatoren 2016. Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften
- STATISTIK AUSTRIA (2017a): Bevölkerung. In: Statistisches Jahrbuch 2017. Hg. v. AUSTRIA, STATISTIK, Wien. S. 114–38

STATISTIK AUSTRIA (2017b): Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung. (xls)

Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 1: Forschungsbericht, Wien

UNHCR (2013): Fördernde und hemmende Faktoren – Integration von Flüchtlingen in Österreich. UNHCR

UNHCR (2016): Global Report 2016 – Annex. (xls)

Verein Dialog (2015): Individuelle Suchthilfe. Jahresbericht 2015. Verein Dialog, Hilfs- und Beratungsstelle für

Suchtgefährdete und deren Angehörige, Wien

Weigl, Marion; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer–Eggerth, Alexander; Horvath, Ilonka; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian; Türscherl, Elisabeth (2017): Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich, Wien

Zurhold, Heike (2017): Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Hamburg

Annex 1: Vignetten und Leitfaden für Interviews mit Jugendlichen

Vignette 1

Hassan ist 16 Jahre alt und lebt seit zwei Jahren in einer betreuten Wohngemeinschaft in Wien. Bevor er in Österreich angekommen ist, hat Hassan nie Alkohol getrunken. Vor einem halben Jahr hat er gemeinsam mit seinen Freunden zum ersten Mal Alkohol probiert. Seitdem trinkt Hassan immer wieder große Mengen an Alkohol (nicht nur Bier sondern auch härtere Getränke wie Whisky). Wenn Hassan viel Alkohol trinkt, kommt es aber immer wieder zu Streit mit anderen Burschen. Manche Freunde wollen deshalb nicht mehr so viel Zeit mit Hassan verbringen oder nur dann, wenn kein Alkohol getrunken wird. Es gibt auch Probleme mit der Betreuerin aus der WG. Das ärgert Hassan, weswegen er sich auch mit ihr viel streitet. Die Betreuerin hat Hassan Hilfe angeboten. Hassan weiß aber nicht, ob er das gut findet.

- » Kommen solche Situationen auch in deinem Umfeld vor?
- » Was geht dir als erstes durch den Kopf, nachdem du diese Geschichte gehört hast?
- » Was glaubst du, wie diese Geschichte weiter geht bzw. wie es mit Hassan weitergeht? Welche Probleme werden Hassan bevorstehen?
- » Stell dir vor, du wirst von Hassan um Hilfe gebeten. Was rätst du Hassan zu tun?
- » Wer kann Hassan am besten helfen?
- » Was muss sich im Leben von Hassan ändern, damit es ihm wieder besser geht?
- » Stell dir vor, du bist Hassan. Was machst du?
- » Was glaubst du ist der Grund dafür, dass Hassan so viel Alkohol trinkt?

Vignette 2

Said ist 17 Jahre alt und lebt seit einem Jahr in einer betreuten Wohngemeinschaft in Wien. Said raucht seit mehreren Jahren fast jeden Tag Cannabis. Er weiß, dass Cannabis in Österreich verboten ist. Trotzdem raucht er weiterhin Cannabis. Wenn Said Cannabis raucht, vergisst er ab und zu Dinge zu tun, die er machen sollte. Das führt zu Problemen mit anderen. Der Lehrer aus dem Deutschkurs hat sich auch schon beschwert. Wenn Said noch öfter fehlt, dann verliert er seinen Platz im Deutschkurs. Auch Saims Freunde machen sich Sorgen um ihn. Vor mehreren Wochen wurde Said von der Polizei dabei erwischt, wie er Cannabis gekauft hat. Nun wurde Said vom Gesundheitsamt zu einem Gespräch eingeladen. Er weiß nicht, ob er hingehen soll.

- » Kommen solche Situationen auch in deinem Umfeld vor?
- » Was geht dir als erstes durch den Kopf, nachdem du diese Geschichte gehört hast?
- » Was glaubst du, wie diese Geschichte weiter geht bzw. wie es mit Said weitergeht? Welche Probleme werden Said bevorstehen?
- » Stell dir vor, du wirst von Said um Hilfe gebeten. Was rätst du Said zu tun?
- » Wer kann Said am besten helfen?
- » Was muss sich im Leben von Said ändern, damit es ihm wieder besser geht?

- » Stell dir vor, du bist Said. Was machst du?
- » Was glaubst du ist der Grund dafür, dass Said so viel Cannabis konsumiert?

Vignette 3

Karim ist 16 Jahre alt und lebt seit einem halben Jahr in einer betreuten Wohngemeinschaft in Wien. Ab und zu kaufen sich Karim und seine Freunde Mohnkapseln und machen daraus einen Tee. Karim weiß, dass Opium in Österreich verboten ist, kennt sich aber nicht wirklich damit aus. Wenn Karim keinen Opium-Tee trinken kann, wird er nervös und es geht ihm nicht gut. Karim probiert dann auch andere Drogen aus. Seine Freunde finden das gefährlich und machen sich Sorgen um Karim, wissen aber nicht, mit wem sie darüber reden sollen.

- » Kommen solche Situationen auch in deinem Umfeld vor?
- » Was geht dir als erstes durch den Kopf, nachdem du diese Geschichte gehört hast?
- » Was glaubst du, wie diese Geschichte weiter geht bzw. wie es mit Karim weitergeht? Welche Probleme werden Said bevorstehen?
- » Stell dir vor, du wirst von Karim um Hilfe gebeten. Was rätst du Karim zu tun?
- » Wer kann Karim am besten helfen?
- » Was muss sich im Leben von Karim ändern, damit es ihm wieder besser geht?
- » Stell dir vor, du bist Karim. Was machst du?
- » Was glaubst du ist der Grund dafür, dass Karim so viel Opium-Tee konsumiert?

Vignette 4

Amir ist 17 Jahre alt und lebt bereits seit mehreren Jahren in einer betreuten Wohngemeinschaft in Wien. Amir raucht sehr viele Zigaretten. An Tagen, an denen Amir besonders viele Zigaretten raucht, spürt er Schmerzen in seiner Brust. Am Monatsende wird manchmal das Geld knapp. Aber auf die Zigaretten kann Amir dann trotzdem nicht verzichten. Amir würde gerne weniger rauchen und macht sich Sorgen wegen den Schmerzen in seiner Brust. Er hat schon ein paar Mal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, aber dann doch wieder damit angefangen.

- » Kommen solche Situationen auch in deinem Umfeld vor?
- » Was geht dir als erstes durch den Kopf, nachdem du diese Geschichte gehört hast?
- » Was glaubst du, wie diese Geschichte weiter geht bzw. wie es mit Amir weitergeht? Welche Probleme werden Said bevorstehen?
- » Stell dir vor, du wirst von Amir um Hilfe gebeten. Was rätst du Amir zu tun?
- » Wer kann Amir am besten helfen?
- » Was muss sich im Leben von Amir ändern, damit es ihm wieder besser geht?
- » Stell dir vor, du bist Amir. Was machst du?
- » Was glaubst du ist der Grund dafür, dass Amir so viele Zigaretten raucht?

Annex 2: Diskussionsleitfaden und Teilnehmer/innen der Fokusgruppen zu Projektstart

Diskussionsleitfaden

1. Themenblock A: Diskussion von Problemlagen bei Substanzkonsum und Suchtverhalten: Perspektiven von Einrichtungen der Flüchtlingsbetreuung und Einrichtungen der Suchthilfe/Suchtprävention
 - » Ist problematischer Substanzgebrauch in der Zielgruppe auf Basis Ihrer Erfahrungen ein relevantes Problem bzw. ist die Zielgruppe eine relevante Klientel in Ihrer Einrichtung?
 - » Welche Substanzen werden problematisch konsumiert bzw. welche Verhaltenssüchte werden bei der Zielgruppe gehäuft als problematisch wahrgenommen? Welche Substanz wird als „unproblematisch“ wahrgenommen?
 - » Welche Personen innerhalb der Zielgruppe sind besonders von einem problematischen Substanzkonsum bzw. von Suchtproblemen betroffen?
 - » Welche Risikofaktoren (im Aufnahmeland, im Herkunftsland, persönliche Faktoren, soziale Faktoren), aber auch Schutzfaktoren sind spezifisch für die Zielgruppe und beeinflussen Ihrer Erfahrung nach die Entstehung von problematischem Substanzkonsum?
2. Themenblock B: Herausforderungen und Erfolgsrezepte in der Prävention und Versorgung unterschiedlicher suchtspezifischer Problemlagen
 - » Inwiefern besteht bei der Zielgruppe ein Problembewusstsein bzw. Informationsbedarf in Bezug auf potenzielle Suchtprobleme und inwiefern unterscheidet sich das von anderen Jugendlichen und jungen Erwachsenen?
 - » Was sind in Ihrer Einrichtung prioritäre Probleme in Zusammenhang mit problematischem Konsumverhalten bzw. Suchtproblemen in der Zielgruppe (z. B. körperliche, psychische, soziale oder strafrechtliche Probleme)?
 - » An wen (z. B. Betroffene, Peers, Multiplikatoren/Multiplikatorinnen) wenden sich unterstützende Maßnahmen und in welcher Form werden sie angeboten?
 - » Welche Formen von Unterstützungsmöglichkeiten haben sich bewährt, wo besteht noch weiterer Bedarf?

Teilnehmer/innen Fokusgruppe 1:

- » Ksenija Andelic, SOS-Kinderdorf
- » Gabriele Fischer, Med. Uni Wien, Zentrum für Public Health, Leiterin der OPCAT Kommission
- » Anna Lautsch, Diakonie, Haus Mödling
- » Sanela Manjic, Diakonie
- » Arash Razmaria, MEN, SMZ Süd
- » Alena Schaller, Verein B.A.S.I.S
- » Hermine Schmidhofer, SDW, Suchthilfe Wien
- » Susanne Tamandl, Kolping Österreich – Sucht- & Drogenberatung für Jugendliche und Angehörige

- » Lisa Wessely, Verein Dialog
- » Jenni Witek, Arbeiter-Samariter-Bund

Teilnehmer/innen Fokusgruppe 2:

- » Dragana Vidovic, ASB Wien
- » Farah Maria Faseli, Bilcom
- » Charlotte Feldewer, Caritas – Haus HAWI
- » Margit Bachschwöll, SDW – Institut Suchtprävention
- » Janine Mittelstedt, Wiener Rotes Kreuz – WG Sandro
- » Walter North, Verein Dialog
- » Oskar Loschan, Verein Dialog
- » Elina Smolinski, Caritas – WG Refugio im Servitenkloster
- » Stefan Hofner , SDW – Suchthilfe Wien
- » Wolfgang Krikula, Grüner Kreis – Ambulanz Wien
- » Sabine Schusser, Diakonie – Haus Mödling
- » Jessica Herz, Verein menschen.leben

Beide Fokusgruppen wurden am 22. 3. 2017 von 10 bis 12.30 Uhr in Wien durchgeführt.

Annex 3: Leitfaden für semistrukturierte Experteninterviews

1. Ist die Zielgruppe (jugendliche Geflüchtete) überhaupt eine Zielgruppe Ihrer Institution?
 - a. Wenn nein, warum nicht? Werden sie dezidiert ausgeschlossen oder nehmen sie Angebote einfach nicht in Anspruch? Wäre es sinnvoll, sie zu integrieren?
2. Wie stark ist die Gruppe der jugendlichen Geflüchteten vertreten? (Ist es eine wesentliche Zielgruppe oder eine, die eher selten auftaucht? Welche Entwicklungen ergeben sich im Zeitverlauf?)
3. Welche Rolle spielen Suchterkrankungen bzw. Substanzkonsum im jeweiligen Aufgabenbereich? (Relation zu anderen Aufgaben und Themenstellungen, eher Randthemen, Ausschlussgrund ...)
4. Welche sind die zentralen Themen bzw. Probleme im Zusammenhang mit Substanzen konsumierenden jugendlichen Geflüchteten?
5. Welche Substanzen werden in erster Linie konsumiert? (Gezielt nach Alkohol, Nikotin, Cannabis und Opioiden fragen)
6. Ist Glücksspiel bzw. Spielen um Geld auch ein relevantes Thema?
7. Welches Wissen besteht darüber hinaus zum Thema „Suchtprobleme bei jugendlichen Geflüchteten“?
8. Gibt es in Ihrer Einrichtung spezifische Angebote/Projekte zu diesem Thema oder sind solche geplant?
9. Falls das Thema für Sie relevant ist: Woran fehlt es Ihnen in Bezug auf den Umgang mit Substanzen konsumierenden jugendlichen Geflüchteten?
10. Was bräuchte es aus Ihrer Sicht insgesamt (z. B. an Rahmenbedingungen wie der Unterbringung, der Tagesstruktur etc. für jugendliche Geflüchtete), um einem Substanzkonsum vorzubeugen?