

Aus der Medizinischen Fakultät zu Köln  
Durchgeführt im:  
Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Sana-Klinikums Remscheid  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln  
Chefarzt PD Dr. med. Gerhard Hapfelmeier

# **Art und Ausmaß von Substanzkonsum- und -missbrauch bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanmedizin  
an der Medizinischen Fakultät  
der Universität zu Köln

vorgelegt von  
Silke Rosenbusch  
aus Köln

promoviert am 12. März 2026

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln  
Druckjahr 2025

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink

1. Gutachter: Privatdozent Dr. med. G. Hapfelmeier
2. Gutachterin: Privatdozentin Dr. rer. nat. M. Krischer

#### Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich keine Unterstützungsleistungen erhalten.

Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin / eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Der dieser Arbeit zugrunde liegenden Datensatz wurde sowohl von mir als auch von Mitarbeitern und Praktikanten des Sana Klinikums Remscheid erhoben. Wir haben die Daten bei Besuchen in Wohngruppen, Schulen und in der Flüchtlingsambulanz in Wuppertal erhoben und sie anschließend von Dr. Marco Walg mit einer Statistiksoftware ausgewertet.

#### Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 11. November 2025

Silke Rosenbusch

## Danksagung

- Henrike Nagel
- „Auf Achse“ für die Herstellung von Kontakt zu zwei Jugendlichen.
- Alle Mitarbeiter des „Neukirchener Erziehungsverein“ insb. Fr. Alexia Schupp
- Florentine Löwer
- Dr. Marco Walg
- Dr. Gerd Hapfelmeier

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>7</b>
2.1	Flüchtlingssituation in Europa – Epidemiologie	7
2.2	Psychische Probleme unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge	7
2.2.1	Trauma und Substanzmissbrauch	8
2.2.2	Definition von Psychotraumatisierung	8
2.2.3	Traumatisierung bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen	9
2.2.4	Relevante Schutzfaktoren für Folgen der Traumatisierung	10
2.2.5	Komorbidität von Trauma und Substanzmissbrauch	11
2.3	Hintergrund der Dissertation	13
2.3.1	Motivation und Hypothese	13
2.4	Relevanz	13
2.5	Ziel der Arbeit	14
2.6	Stand der Forschung	14
<b>3</b>	<b>MATERIAL UND METHODEN</b>	<b>16</b>
3.1	Ein- und Ausschlusskriterien	16
3.2	Verfahren zur Aufklärung und Einholung der Einwilligung	17
3.3	Beschreibung der Datenquellen und der zu erfassenden Daten	18
3.4	Zeitlicher Ablauf der Studienteilnahme	21
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>42</b>
5.1	Vergleich mit anderen Arbeiten	42
5.1.1	Tabak	42
5.1.2	Alkohol	42
5.1.3	Cannabis	43
5.1.4	Illegale Drogen	43

<b>6</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG</b>	<b>49</b>
<b>7.1</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>49</b>

# 1 Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass der Substanzkonsum- und Missbrauch bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen mit Ausnahme von Alkohol höher war als bei gleichaltrigen deutschen Jugendlichen. Betrachtet wurden legale aber auch illegale Drogen wie Alkohol, Nikotin, Cannabis, welches zu Beginn der Untersuchung noch nicht legal war, aber zwischenzeitlich legalisiert wurde.

Da das menschliche Gehirn noch bis zum Alter von 25 Jahren weiterentwickelt, ist dieser hohe Substanzkonsum als kritisch zu betrachten und ein Risikofaktor dafür, dass es den Jugendlichen misslingen könnte, ihr Leben auf eine solide Basis zu stellen.

## **Schlussfolgerung:**

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass der Substanzkonsum- und Missbrauch von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen signifikant höher ist als in der deutschen Vergleichspopulation. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Präventions- und Interventionsstrategien, um dieser vulnerablen Gruppe angemessen zu helfen.

Besonders deutliche wird die Bedeutung psychosozialer Betreuung und kulturell sensibler Ansätze in der Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Programme zur Suchtprävention sollten verstärkt in Flüchtlingsunterkünften und Integrationsprojekten integriert werden, um frühzeitig aufklärend und unterstützend wirken zu können. Es ist essenziell, dass diese Maßnahmen auf die spezifischen Bedürfnisse und Erfahrungen dieser Jugendlichen zugeschnitten sind, um ihre Wirksamkeit zu maximieren.

Darüber hinaus sollten weitere Forschungsarbeiten durchgeführt werden, um die zugrundeliegenden Ursachen für den erhöhten Substanzkonsum besser zu verstehen und langfristige Lösungsansätze zu entwickeln. Dies könnte auch beinhalten, die Rolle von Bildungs- Und Beschäftigungsmöglichkeiten sowie die Auswirkungen sozialer und rechtlicher Rahmenbedingungen auf das Verhalten der Jugendlichen zu untersuchen.

Insgesamt verdeutlicht diese Studie die dringende Notwendigkeit, die gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge systematisch anzugehen. Durch koordinierte Anstrengungen von Politik, Wissenschaft und Praxis können wir dazu beitragen, die Lebensbedingungen dieser Jugendlichen zu verbessern und ihre Chancen auf eine erfolgreiche Integration in die Gesellschaft zu erhöhen.

## 2 Einleitung

### 2.1 Flüchtlingssituation in Europa – Epidemiologie

Seit dem Jahr 2015 sind außergewöhnlich viele Menschen nach Europa geflohen. Im Jahr 2018 stieg die Anzahl der Flüchtlinge weltweit auf einen absoluten Höchststand. (Ärzteblatt, 2019) Ende 2022 beherbergte Europa 12,4 Millionen Flüchtlinge ("The UN Refugy Agency - Wo wir tätig sind," n.d.). Etwa die Hälfte der Flüchtlinge weltweit sind dabei Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Einige von ihnen, die in dieser Arbeit behandelten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (UMF), haben den Weg in ein anderes Land ohne eine für sie sorgende, erwachsene Bezugsperson unternommen.

Im Jahr 2016 wurden 44935 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland in Obhut genommen. Im Jahr 2017 meldet das Statistische Bundesamt nur noch etwa die Hälfte, nämlich 22492. ("22.492 Inobhutnahmen von unbegleiteten Minderjährigen in 2017," n.d.) 2019 lebten insgesamt 29900 unbegleitete minderjährige und junge Erwachsene Flüchtlinge in Deutschland. Nur 9,9% von ihnen waren Mädchen. (*Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge - auf Hilfe angewiesen*, n.d.)

Seit diesem Höhepunkt der Flüchtlingswelle 2016 sind es aktuell nur noch etwa ein Viertel der ursprünglichen Zahlen. Für 2023 meldete das Bundesamt für Migration noch die Antragstellung auf einen Asylantrag von 10900 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. ("Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge," n.d.)

Ende 2022 befanden sich rund 27.900 unbegleitete Minderjährige und junge Volljährige in Zuständigkeit der Jugendhilfe (Stand: 13.1.2023). Rund 4.000 unbegleitete Minderjährige kamen 2022 aus der Ukraine. ("Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge - Zahlen und Fakten," n.d.)

### 2.2 Psychische Probleme unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge

Gemäß einer Übersichtsarbeit von Witt, Rassenhofer, Pflieger und Plener 2015 (Plener, P. L., 2015) leiden unbegleitete minderjährige Flüchtlinge gehäuft an psychischen Störungen. Dies hängt besonders damit zusammen, dass ihnen wichtige Schutzfaktoren, welche eine Familie und eine Bezugsperson gewährleisten, fehlen sowie damit, dass unbegleitete minderjährige Flüchtlinge auf ihrer Flucht mehr traumatisierende Erfahrungen machen als begleitete. (Lauritz Rudolf Floribert Müller, Karl Phillipp Büter, Rita Rosner, Johanna Unterhitzberger, 2019) Diese Vulnerabilität erfordert eine besondere Berücksichtigung im Rahmen der klinischen Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF).

97% von ihnen haben traumatische Erfahrungen gemacht. Psychischen Störungen treten demzufolge bei UMF häufiger auf (Huemer et al., 2009), als bei begleiteten. Hinzu kommen belastende Erfahrungen nach der Ankunft wie ein unsicherer Aufenthaltsstatus, der Prozess

der Beantragung von Asyl, Sprachbarrieren, fremde Kultur und ähnliches. (Li, S.S.Y., Liddell, B.J. & Nickerson, A., n.d.)

Walg et al (M. Walg et al., n.d.) führten 2017 die erste Untersuchung zur Prävalenz psychischer Störungen bei männlichen UMF in Deutschland durch und kamen zu dem Schluss, dass ein Großteil (75%) der Flüchtlinge unter psychischen Störungen leidet, wovon posttraumatische Belastungsstörungen mit 36% am häufigsten vertreten waren, gefolgt von Depressionen (26,7%) und Anpassungsstörungen (16%). Hier gaben 68% an, Gewalt durch eine fremde Person erfahren zu haben, 45% schilderten Inhaftierungen und 41% waren anwesend bei der Tötung, Ermordung oder Hinrichtung eines Familienmitglieds.

### **2.2.1 Trauma und Substanzmissbrauch**

Mehrere große epidemiologische Studien der letzten 3 Jahrzehnte konnten zeigen, dass posttraumatische Belastungsstörungen mit vermehrtem Substanzkonsum einher gehen. Personen, die eine posttraumatische Belastungsstörung aufweisen, neigen 2 bis 4 Mal mehr dazu eine Abhängigkeitserkrankung zu erleiden, als Personen ohne Posttraumatische Belastungsstörung (McCauley et al., 2012). Psychische und emotionale Belastungen gehen bei Erwachsenen mit einem höheren Risiko für Substanzmissbrauch einher. Eine vom *National Institute of Mental Health* gesponserte große epidemiologische Studie (National Institute of Drug Abuse, n.d.) ergab, dass ungefähr die Hälfte der Patienten mit einer psychischen Erkrankung auch einen schädlichen oder abhängigen Substanzgebrauch hatten. Außerdem wiesen unter den Personen mit einem schädlichen oder abhängigen Substanzgebrauch 40-65% psychiatrische Auffälligkeiten auf.

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge erleben bei ihrer Flucht verschiedene belastende Ereignisse und Situationen, so dass ein hoher Anteil von ihnen in der Folge psychische Störungen davonträgt. Dr. Marco Walg, Psychologe, der auf unbegleitete minderjährige Flüchtlinge spezialisiert ist, schildert in seinem Buch „Stabilisierungstraining für jugendliche Flüchtlinge mit Traumafolgestörungen“ Erfahrungen von Jugendlichen auf der Flucht, welche kaum emotional nachvollziehbar sind, weil derartige Geschehnisse für uns in der westlichen Welt viel zu weit weg sind. Dazu zählen das Erleben kriegerische Handlungen, unmittelbares Erleben einer Tötung von Freunden oder Familie, Folter, Missbrauch durch Schlepper und vieles mehr. Es liegt daher nahe anzunehmen, dass auch UMF einen höheren Substanzkonsum und Missbrauch aufweisen könnten.

### **2.2.2 Definition von Psychotraumatisierung**

Von einer Psychotraumatisierung wird gesprochen, wenn eine seelische Verletzung stattfindet, welche zurückzuführen ist auf eine außergewöhnliche Bedrohung oder ein Ereignis mit katastrophalem Ausmaß, welches nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. In der Folge lassen sich bei Betroffenen sogenannte „Flashbacks“ diagnostizieren. Ein ungewoll-

tes Wiedererleben bestimmter Aspekte des Traumas oder des kompletten Ereignisses im Wachzustand. Hierzu gesellt sich das Vorhandensein von Alpträumen. Weitere Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung sind eine erhöhte emotionale Erregung, z.B. Schreckhaftigkeit und/oder Schlafstörungen sowie die Vermeidung von Situationen, Gesprächen oder Reizen, welche an das Trauma erinnern. In der Folge einer posttraumatischen Belastungsstörung kann es auch zu depressiven Verstimmungen kommen. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) findet sich sowohl in der Definition des DSM als auch der ICD-10.

In den S3 Leitlinien für Posttraumatische Belastungsstörungen ("Literatur-S3-Leitlinie.pdf," n.d.) zählen folgende Sachverhalte oder Erfahrungen zu den traumatisierenden Ereignissen:

- Erlebte körperliche und sexualisierte Gewalt, auch in der Kindheit (sog. Sexueller Missbrauch)
- Vergewaltigung
- Gewalttätige Angriffe auf die eigene Person
- Entführung
- Geiselnahme
- Terroranschlag
- Krieg
- Kriegsgefangenschaft
- Politische Haft
- Folterung
- Gefangenschaft in einem Konzentrationslager
- Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen
- Unfälle
- Die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit

Differenziert wird hier zwischen Man-made-Desaster, einem durch Menschen verursachtem Trauma und einem Natural-Desaster, einer Naturkatastrophe. Aber auch zwischen einem Monotrauma, einem einzelnen Ereignis (Typ-I-Trauma) und einer komplexen Traumatisierung (Typ-II-Trauma). Ergänzt wird dieses wiederum durch eine kumulative Traumatisierung. Einem Trauma, welches durch mehrere Ereignisse entsteht, bei dem jedes einzelne Ereignis subtraumatisch verblieben wäre, durch die Kumulation aber an Stärke gewinnt. Ständige Vernachlässigung in der Kindheit kann so z.B. ebenfalls zu einer Traumatisierung führen.

### **2.2.3 Traumatisierung bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen**

Die meisten UMF haben in ihrem jungen Leben ein oder mehrere dieser traumatisierenden Ereignisse erlebt und tragen in der Folge auch psychische Störungen davon (Oberg, Charles and Sharma, Haylay, n.d.). Das insbesondere vermehrt dadurch, dass Ihnen Schutzfaktoren fehlen, die das *Coping*, also die Verarbeitung der Traumatisierung erleichtern würden.

## 2.2.4 Relevante Schutzfaktoren für Folgen der Traumatisierung

Um psychische Erkrankungen nach Traumatisierung zu verhindern, oder die Folgen abzumildern, können Kernkompetenzen erworben oder gestärkt werden. Dazu zählen z.B. Fertigkeiten wie Aufmerksamkeits- und Impulskontrolle sowie Stressbewältigungsstrategien. Aber auch die Wahrnehmung über den Umgang mit Emotionen und Körperfunktionen, die Fähigkeit zum Umgang mit Anspannung aber vor allem auch die sozialen Kontakte und Kompetenzen. Die UMF weisen besonders im letzten Punkt ein erhebliches Defizit auf, weil sie allein die Reise in ein fremdes Land angetreten sind und häufig auch keinen Kontakt zur Familie im Heimatland haben. Gute soziale Unterstützung hat sich in zahlreichen Studien als wichtiger Schutzfaktor erwiesen.

Schutzfaktoren sind nach Egle et al. (Egle et al., 1997) bei psychischer Belastung im Kinders- und Jugendalter:

- Eine dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Aufwachsen in einer Großfamilie mit kompensatorischen Beziehungen zu den Großeltern und entsprechender Entlastung der Mutter
- Ein gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust
- Überdurchschnittliche Intelligenz
- Ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Sicheres Bindungsverhalten
- Soziale Förderung, z.B. durch Jugendgruppen, Schule oder Kirche
- Verlässlich unterstützende Bezugspersonen im Erwachsenenalter, vor allem Ehe- oder sonstige konstante Beziehungspartner
- Lebenszeitlich späteres Eingehen „schwer lösbarer Bindungen“
- Eine geringe Risiko-Gesamtbelastung

Risikofaktoren aus ebendieser Quelle:

- Niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie
- Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Große Familien und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- Chronische Disharmonie
- Unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12./18. Lebensmonat
- Psychische Störungen der Mutter oder des Vaters
- Alleinerziehende Mutter
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen

- Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
- Ein Altersabstand zum nächsten Geschwister von unter 18 Monaten
- Uneheliche Geburt

Das Trauma wird zu einem Trauma, da in der bedrohlichen Situation Handeln dringend erforderlich, gleichzeitig aufgrund der Situation aber auch nicht möglich ist. Durch diese Diskrepanz entsteht in der Psyche die Traumatisierung. Eine solche Situation überschreitet die Verarbeitungskompetenz des Individuums. Um es nachhaltig zu bearbeiten, muss das traumatische Ereignis als singuläres Extremereignis der eigenen Lebensgeschichte erfahren werden, dessen Wiederholung zwar möglich, aber äußerst unwahrscheinlich ist. Misslingt dieser Prozess könnte es sein, dass der Betroffene als Selbstmedikation zum Drogenkonsum greift.

### **2.2.5 Komorbidität von Trauma und Substanzmissbrauch**

Die meisten Studien zum Thema Trauma und Substanzmissbrauch wurden an amerikanischen Kriegsveteranen aus dem Irak oder Afghanistan durchgeführt. Unter Veteranen mit einer posttraumatischen Belastungsstörungen leiden 20% unter begleitendem Substanzmissbrauch. Jeder dritte Veteran, der psychologische Hilfe für seinen Substanzmissbrauch sucht, hat begleitend eine posttraumatische Belastungsstörung. Veteranen mit posttraumatischer Belastungsstörung rauchen doppelt so häufig Zigaretten, wie solche ohne. Jeder zehnte Veteran, der aus dem Irak oder Afghanistan zurückkehrt, hat ein Problem mit Alkohol oder anderen Drogen. Zudem neigen Veteranen mit posttraumatischer Belastungsstörung zum Binge Trinken, also sehr viel Alkohol (4-5 Einheiten) in sehr kurzer Zeit (1-2 Stunden) zu konsumieren. ("Substance Abuse in Veterans - PTSD," n.d.).

Lawson et al. (Lawson et al., 2013) untersuchten im Jahr 2013 Suchtkranke in Hinsicht auf ein zuvor erfolgtes Trauma Ereignis. Dabei zeigte sich, dass 96,5% der Probanden mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt hatten.

Auch die Datenlage bezüglich traumatischer Erlebnisse in der Kindheit zeigen eine Komorbidität von Substanzmissbrauch im Erwachsenenalter und/oder auch bereits in der Jugendzeit.

In einer Studie von Khoury et al. (Khoury et al., 2010) wurden einer Traumatisierung im Kindesalter und ihre Folgen untersucht. Diese ist eine der wenigen Studien, welche nicht Kriegsveteranen als Probanden aufweist, sondern Patienten aus Erstversorgungseinrichtungen in Atlanta, GA in den Vereinigten Staaten. Dabei handelte es sich hauptsächlich um Personen aus sozioökonomisch niedrigen Einkommensschichten und zumeist um Farbige. In der traumatisierten Bevölkerung wurde eine Lebenszeit Abhängigkeit von 39% bei Alkohol, 34,1% Kokain, 6,2% Heroin/Opiate und 44,8% Marihuana festgestellt. Das Ausmaß des Substanzmiss-

brauchs korrelierte stark mit dem Ausmaß des Missbrauchs in der Kindheit sowie dem der Posttraumatischen Belastungsstörung.

Perkonig et al (Perkonig et al., 2000) untersuchten hingegen 2001 Deutsche Jugendliche im Alter zwischen 14 und 21 Jahren auf Trauma, posttraumatische Belastungsstörung sowie Komorbiditäten. Sie stellten fest, dass die Traumatisierung in Deutschland geringer war als in den meisten amerikanischen Studien, dass aber die Komorbidität im gleichen Maß vorhanden war. In dieser Population missbrauchten durchschnittlich 57% nach traumatischem Ereignis Alkohol, Nikotin oder sonstige Drogen. Bei bestehender posttraumatischer Belastungsstörung waren es sogar 68%.

Verschiedene Studien zeigen zudem, dass Jugendliche, welche allgemein unter psychischen Störungen leiden, einen höheren Substanzmissbrauch an den Tag legen und dass dies nicht nur für von einer PTSD betroffene gilt. Mangeruda et al. (Wenche Langfjord Mangeruda, Ottar Bjerkesetbc, Turid Lingaas Holmend, Stian Lydersena, Marit Sæbø Indredavikae, n.d.) schlossen Jugendliche mit Stimmungsschwankungen, Angststörungen, Essstörungen, ADHS und sonstige Störungen in ihre Untersuchung bezüglich Substanzmissbrauch ein und konnten zeigen, dass sie einen höheren Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum aufwiesen als Gleichaltrige ohne psychische Störungen. Zu den selben Ergebnissen kam eine Studie von 2019 (Ove Heradstveit, Jens Christoffer Skogen, Jørn Hetland, Robert Stewart, Mari Hysing, n.d.) an Jugendlichen welche an Traumafolgestörungen, Depressionen und Verhaltensstörungen litten.

Daher lässt sich vermuten, dass auch bei unbegleiteten minderjährigen Jugendlichen der Substanzmissbrauch in Folge der Traumatisierung, Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen und speziell bei vorbestehender und diagnostizierter posttraumatischer Belastungsstörung steigen könnte.

Bei der Traumatisierung entstehen nicht nur psychische Veränderungen im betroffenen Individuum, sondern auch neuro-hormonelle Abweichungen vom Normalzustand. ("Einführung Psychotraumatologie PsychoMed compact, Band 4762: Amazon.de: Peter Zimmermann, Christiane Eichenberg: Amazon.de," n.d.) Der Plasmaspiegel der Stresshormone Noradrenalin und Cortisol verändert sich. Während Noradrenalin steigt, reguliert der Körper die Ausschüttung des Cortisols nach unten. Dies ist verantwortlich für viele der somatischen Folgen der Traumatisierung: Der gesteigerten Wachheit und Nervosität, der Impulsivität, der Hypertonie sowie der Tachykardie. Aber auch entscheidende Belohnungs- und andere Botenstoffe verändern sich: Dopamin, Serotonin, GABA und Endorphine. Sowie das Glutamat und das Neuropeptid Y. Hier könnte der Ursprung dafür liegen, dass Traumatisierungsoffer gehäuft zu Substanzmissbrauch, da Substanzen ebenso an der Ausschüttung selbiger Botenstoffe beteiligt sind oder dazu führen, neigen.

## **2.3 Hintergrund der Dissertation**

### **2.3.1 Motivation und Hypothese**

In dieser Arbeit steht daher im vordergründigen Interesse herauszufinden, ob UMF in der Folge vermehrt zu Substanzkonsum- oder missbrauch neigen. Und wenn dem so sein sollte, wie ausgeprägt dieser ist. Sowie ob wir es ggf. mit Substanzmissbrauch oder auch Sucht zu tun haben.

Wir vermuten daher erstens, dass UMF einen höheren Substanzkonsum an den Tag legen als Jugendliche ohne Fluchthintergrund und dass sowohl Substanzmissbrauch als auch Sucht stärker ausgeprägt sind.

Zudem vermuten wird, dass Glaube und Religion einen Einfluss darauf hat, welche Substanzen konsumiert werden sowie auch darauf, in welcher Menge. Bei muslimischem Glauben und besonders, wenn dieser streng praktiziert wird, nehmen wir an, dass Alkohol nicht zur Substanz der ersten Wahl wird, da dieser aus religiösen Gründen untersagt ist.

Wir nehmen zudem an, dass der Aufenthaltsstatus eines Jugendlichen einen Einfluss auf seinen Substanzmissbrauch hat und dass, je sicherer der Aufenthaltsstatus in Deutschland ist, es zu weniger Substanzmissbrauch kommt.

## **2.4 Relevanz**

Die Datenbank Statista beziffert die Zahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge für das Jahr 2022 auf 7277 (*Unbegleitete minderjährige Asylbewerber in Deutschland bis 2022 Veröffentlicht von Statista Research Department, 24.03.2023, n.d.*). Das ist der vierthöchste Wert seit 2009. Obwohl der Zustrom aktuell nicht so hoch ist wie 2015 (da waren es 35939) fällt die steigende Tendenz auf. Es ist anzunehmen, dass es weltweit in der Folge des Ukraine Kriegs noch zu weiterer Destabilisierung kommt.

Substanzmissbrauch hat besonders bei Jugendlichen negative Auswirkungen auf die körperliche und geistige Gesundheit, da bei ihnen sowohl Körper als auch Gehirn noch in der Entwicklung sind. So führt der Konsum von Alkohol und Marihuana besonders zu Veränderungen in Gehirnregionen, die für Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache und visuelle Verarbeitung verantwortlich sind (Winters KC, Arria A., n.d.).

Zudem kann Substanzmissbrauch die Integration der Jugendlichen in die Gesellschaft erschweren. Bei Problemen mit Alkohol oder Drogen könnten sich für die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge Probleme ergeben einen Arbeitsplatz, eine Ausbildung oder auch eine Wohnung zu finden. Ihre Motivation zur Integration könnte darunter leiden wie auch der Aufbau positiver Beziehung zu anderen.

Substanzmissbrauch führt außerdem oft in die Kriminalität. Nicht nur der Konsum illegaler Drogen bietet einen Einstieg in kriminelles Verhalten. Auch der Konsum legaler Drogen wie Alko-

hol kann insbesondere bei Jugendlichen dazu führen, dass sie Schwierigkeiten mit dem Gesetz bekommen können.

Es ist daher wichtig, dem Substanzmissbrauch von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen auf den Grund zu gehen, um sowohl geeignete Unterstützung als auch Intervention zu entwickeln, um die negativen Auswirkungen zu minimieren und ihnen eine Chance auf eine erfolgreiche Integration in die Gesellschaft zu geben.

## **2.5 Ziel der Arbeit**

Ziel der Studie war herauszufinden, wie ausgeprägt der Substanzkonsum- und Missbrauch bei unbegleiteten minderjährige Flüchtlingen ist und ob dieser höher ist als bei gleichaltrigen deutschen Jugendlichen. Da ein Großteil der befragten Jugendlichen sich bereits wegen Trauma und begleitenden komorbiden Störungen in der Betreuung der Flüchtlingsambulanz in Wuppertal des Sana Klinikums in Remscheids befand oder auch in den Wohngruppen, in denen sie leben, auch psychisch betreut wird, kann der Ausmaß des Substanzmissbrauchs für die betreuenden Einrichtungen ein Hinweis darauf sein, ob präventiv mehr getan werden muss, um die Jugendlichen adäquat aufzufangen und ihnen einen möglichst guten Start in ein Erwachsenenalter in einem fremden Land und ohne Familie zu ermöglichen sowie das Erlebte möglichst konstruktiv und nachhaltig zu verarbeiten statt zu Substanzen zu greifen, die ihnen ihr Leben und die Integration möglicherweise noch erschweren könnten.

Unsere Hypothese war, dass UMF einen höheren Substanzkonsum zeigen als begleitete jugendliche Flüchtlinge und auch als deutsche gleichaltrige Jugendliche. Weiterhin vermuteten wir, dass dies beim Alkoholkonsum möglicherweise nicht so sein würde.

## **2.6 Stand der Forschung**

Das Wissen zum Substanzmissbrauch bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen ist noch sehr begrenzt und es gibt erhebliche Wissenslücken. Zudem kann die Situation von Land zu Land und auch von Fall zu Fall unterschiedlich sein. Da die Kohorten der bisher untersuchten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge oft recht klein waren, ist auch unklar ob vorliegende Studien repräsentativ sind. So umfasst auch unsere Studie nur knapp über 100 Probanden, von denen ein Großteil in der gleichen Gegend wohnt. Die Umgebung übt jedoch Einfluss auf die Jugendlichen aus. Je nachdem wie verfügbar gewisse Substanzen sind, welche Schule besucht wird, wie das Klientel des Freundeskreises ist, kann sich der Substanzkonsum unterscheiden. Klar ist, dass traumatische Ereignisse oft in der Folge zu Substanzmissbrauch führen und auch, dass ein Großteil der UMF traumatisiert sind. Dass psychische Erkrankungen oft Substanzmissbrauch als Komorbidität aufweisen ist ebenfalls bekannt. Der Stand der Forschung deutete darauf hin, dass ein Großteil der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge traumatisiert ist und in der Folge der Traumatisierung auch psychische Erkrankungen aufwei-

sen. Außerdem wissen wir, dass ihnen viele wichtige Coping-Strategien zum adäquaten Umgang mit und Bewältigung von Traumatisierung fehlen. Ob aber ihr Substanzkonsum und Missbrauch höher ausfällt als der von begleiteten minderjährigen Flüchtlingen, die weniger traumatisiert sind, oder sich von deutschen Jugendlichen unterscheidet ist unklar. Vorliegende Studien, die den Substanzmissbrauch von UMF untersucht haben, sind kaum vorhanden. 2 Studien aus Schweden kommen zu unterschiedlichen Schlüssen. Während die eine (Manhica H, Almquist Y, Rostila M, Hjern A., n.d.) zum Schluss kommt, dass UMF eine häufigere Hospitalisierung und Kriminalität im Zusammenhang mit Substanzkonsum- und Missbrauch ausweisen zeigt die zweite (Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA., n.d.), dass es zwischen den UMF und anderen Jugendlichen keinen Unterschied bezüglich ihres Substanzmissbrauchs gab.

Auch ob Jugendliche aus muslimischem Kulturkreis ein anderes Konsummuster aufweisen, ist bis dato unklar. Wir wissen nicht, ob sie vermehrt zu anderen Substanzen als Alkohol greifen, weil ihnen die Religion den Konsum von Alkohol untersagt oder ihr Glaube möglicherweise grundsätzlich ein protektiver Faktor ist, etwa im Sinne Karl Marx, der Religion „Opium fürs Volk“ nannte. Eine schwedische Studie zeigt zumindest, dass UMF einen geringeren Alkoholkonsum aufweisen.

### **3 Material und Methoden**

Um in Erfahrung zu bringen, wie groß der Substanzmissbrauch unter alleingeflüchteten Jugendlichen ist, wurden diverse Substanzmissbrauchsfragebögen mit den Jugendlichen in Form eines Interviews durchgegangen.

Hierzu haben wir 102 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge mit den verschiedenen standardisierten Fragebögen zu ihrem Substanzkonsum befragt.

Ein Großteil der befragten Jugendlichen befindet sich bereits in der Behandlung des Sana-Klinikums in Remscheid bzw. in dessen Zweigstelle in Wuppertal, wohin sie von der Clearingstelle zur Einschätzung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt wurden. Diese Ambulanz hat den Behandlungsschwerpunkt „Flüchtlinge mit Traumafolgestörungen“. Die Jugendlichen sind vorwiegend in Wohngruppen untergebracht, von wo aus sie zur Schule gehen, oder einer Ausbildung nachgehen.

#### **3.1 Ein- und Ausschlusskriterien**

Für unsere Untersuchung gelten folgende Einschlusskriterien:

- Flucht aus einem außereuropäischen Staat nach Deutschland,
- Unbegleiteter Flüchtling
- Alter zwischen 16 und 21 Jahren,
- Aufenthaltsdauer von mindestens 18 Monaten in Deutschland,
- Ausreichende Deutschkenntnisse

Es gelten folgende Ausschlusskriterien:

- Alter < 16 oder Alter > 21 Jahre,
- Aktuelle schwere depressive Episode oder Psychose.

Sekretärinnen der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz überprüften die Patientenakten bezüglich o.g. Ein- und Ausschlusskriterien.

Akten von PatientInnen, welche die o.g. Einschlusskriterien erfüllen und keine Ausschlusskriterien gemäß Akte aufweisen, wurden an den Untersuchungsleiter zur Durchsicht weitergeleitet. Dieser überprüfte das Vorliegen der Einschlusskriterien und das Nicht-Vorliegen der Ausschlusskriterien laut Aktenlage und machte ggf. einen Vermerk in der Akte, dass die / der Patient/in als Studienteilnehmer/in in Frage kommt. Die fallführenden Behandler der Ambulanz wurden aufgrund dieses Vermerks beim nächsten Termin der Patienten über die Studie informieren und aufklären. Bei Einverständnis nahmen die Behandler zunächst telefonisch Kontakt zu den Vormündern (falls vorhanden) und Betreuern oder Betreuerinnen der Wohngruppen (falls vorhanden) auf, informierten über die geplante Studie, sendeten bei Interesse die schrift-

lichen Informationen über die Studie zu und vereinbarten bei Zustimmung einen Termin zur Studienteilnahme. Ein Termin zur Studienteilnahme in der Ambulanz fand vor oder nach einem geplanten Behandlungstermin statt, sodass keine gesonderten Wege für die Studie anfallen.

Die Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen (ST) wurden andererseits durch Jugendhilfeeinrichtungen im Versorgungsgebiet des Sana-Klinikums Remscheid und durch das Psychosoziale Zentrum Düsseldorf rekrutiert. Diese Einrichtungen wurden vom Untersuchungsleiter zunächst telefonisch über die Studie informiert. Bei Interesse hat die Doktorandin in der Einrichtung mögliche ST über die Studie informieren und die schriftlichen Informationen zur Verfügung gestellt. Die Mitarbeiter der Einrichtungen haben die schriftlichen Informationen über die Studie an die Vormünder (falls vorhanden) weitergeleitet. Bei Interesse an einer Studienteilnahme wurde ein Termin zur Studienteilnahme in der Einrichtung vereinbart, sodass keine gesonderten Wege für die Studie anfallen.

Es handelt sich um eine epidemiologische Untersuchung. Eine Intervention findet nicht statt. Die vorliegende Arbeit ist eine monozentrische Studie mit einem Prüfzentrum in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Wuppertal.

Da bei einem Versand von Fragebögen Verständnisschwierigkeiten der ST sehr wahrscheinlich sind, wurden die Fragebögen bei „Hausbesuchen“ in Einrichtungen der Jugendhilfe und im Psychosozialen Zentrum Düsseldorf mit Unterstützung durch die Doktorandin bzw. durch testpsychologische Assistenten bearbeitet. Durch diese Hausbesuche werden den ST studienbedingte Wege erspart. Gegebenenfalls bestehende Verständnisschwierigkeiten konnten so aufgedeckt und durch Umschreiben der Fragen beseitigt werden.

Insgesamt wurden 146 UMF gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollten. 41 der angefragten lehnten die Teilnahme ab. Drei mussten ausgeschlossen werden, da ihre Deutschkenntnisse nicht ausreichten, um die Fragen zu verstehen und zu beantworten. 102 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge nahmen schlussendlich an der Befragung teil.

### **3.2 Verfahren zur Aufklärung und Einholung der Einwilligung**

Neben den ST wurden auch Betreuer (MitarbeiterInnen in Wohngruppen der Jugendhilfe) und Vormünder (falls vorhanden) über die Studie aufgeklärt und ihre Einwilligung eingeholt. Entsprechend gibt es drei verschiedene Versionen der Studieninformation und der Einwilligungserklärung (siehe Anhang).

Potentielle ST, welche über die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz in Wuppertal rekrutiert wurden, wurden in der Ambulanz im Anschluss an einen Behandlungstermin mündlich und schriftlich über die Studie informiert. Falls sie einwilligten, wurden Vormund und Bezugsbetreuer telefonisch über die geplante Studie informiert. Vormund und Bezugsbetreuer erhielten bei Interesse anschließend die schriftlichen Informationen per E-Mail, Fax oder Brief. Die

schriftlichen Einwilligungserklärungen konnten ebenso per E-Mail, Fax oder Brief an die Ambulanz geschickt werden. Alternativ konnten die ST nach telefonischer Rücksprache auch alle Einwilligungserklärungen zum Termin der Studienteilnahme in der Ambulanz mitbringen.

Potentielle ST, welche über Jugendhilfeeinrichtungen und das Psychosoziale Zentrum Düsseldorf rekrutiert wurden, wurden bei Interesse bei einem Termin in dieser Einrichtung mündlich und schriftlich über die Studie informiert. Voraussetzung hierfür war, dass die Betreuer und Betreuerinnen der Einrichtung diesem Termin nach Information über die Studie vorab zustimmten. Bei Interesse der Jugendlichen an einer Studienteilnahme, wurden die schriftlichen Informationen über die Studie für Betreuer und Vormünder mit der Bitte um Weiterleitung ausgehändigt. Die Vormünder wurden zudem telefonisch über die Studie informiert. Es wurde außerdem ein Termin zur Studienteilnahme in der Einrichtung vereinbart. Bei diesem Termin sollten die notwendigen Einwilligungserklärungen vorliegen.

Rückfragen zur Studie beantwortete der Untersuchungsleiter telefonisch oder per E-Mail.

### **3.3 Beschreibung der Datenquellen und der zu erfassenden Daten**

Die ST wurden durch Fragebögen befragt. Die Zahl der Fragebögen war abhängig von den Angaben in dem Interview (siehe zeitlicher Ablauf). Zudem werden Bezugsbetreuer (falls vorhanden) anhand von Fragebögen befragt.

Die jugendlichen Probanden wurden zunächst in einem Fragebogen nach persönlichen Daten befragt (Herkunftsland, Aufenthalt in Deutschland, Religiosität. Zudem umfasst der Fragebogen jeweils Fragen zu Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum. Er enthält auch eine Frage zur Funktion des etwaigen Substanzkonsums. Die Bearbeitung des Fragebogens beträgt ca. 10 Minuten.

Zur Einschätzung der allgemeinen psychischen Belastung wurde im Anschluss der Fragebogen *Brief-Symptom-Checklist* (Franke, G.H., 2017, Brief-Symptom-Checklist, BSL, Hogrefe) zur Bearbeitung vorgelegt. Der Fragebogen umfasst 53 Items zur Erfassung körperlicher und psychischer Symptome. Die Bearbeitungsdauer beträgt 15-20 Minuten. Neben der deutschen Version liegen Versionen in Dari, Arabisch, Englisch und Französisch vor.

Wird der Konsum von Alkohol, Tabak oder Drogen in den vergangenen drei Monaten bejaht, folgt ein entsprechender Fragebogen zum Konsum der jeweiligen Substanz. Wird der Konsum von psychotropen Substanzen in den vergangenen drei Monaten verneint, ist die Studie nach Bearbeitung der BSL für die jugendlichen TeilnehmerInnen beendet.

Wurde laut Angaben des Probanden in den vergangenen drei Monaten **Tabak** geraucht, wird ein Fragebogen zur Einschätzung des Vorliegens einer Tabakabhängigkeit zur Bearbeitung vorgelegt: *Der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit* (Fagerström, K.: Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, 14, 75-78).

Der Fragebogen umfasst 6 Items zum Tabakkonsum. Die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 5 Minuten.

Wurde laut Angaben des Probanden in den vergangenen drei Monaten **Alkohol** getrunken, wird ein Fragebogen zur Einschätzung des Vorliegens einer Alkoholabhängigkeit zur Bearbeitung vorgelegt: *AUDIT-Fragebogen zur Ermessung der Alkoholabhängigkeit* (Babor TF, De la Fuente JR, Saunders JB: AUDIT, the Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care, WHO).

Der Fragebogen umfasst 10 Items zum Alkoholkonsum. Die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 10 Minuten.

Wurden laut Angaben des Probanden in den vergangenen drei Monaten **illegale Drogen** konsumiert, wird ein substanzspezifischer Fragebogen zur Einschätzung des Vorliegens einer Drogenabhängigkeit zur Bearbeitung vorgelegt:

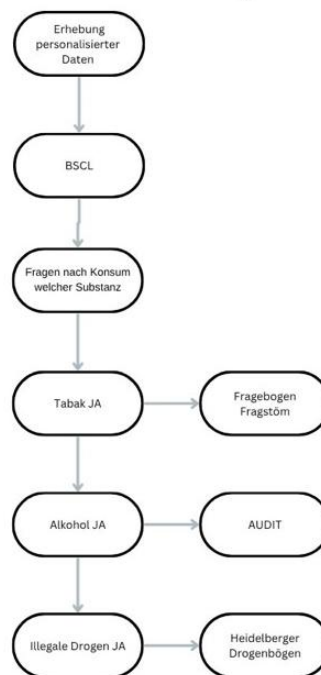
- Bei Cannabis-, Amphetamin-, Kokain oder Halluzinogen wird der entsprechende Fragebogen aus den *Heidelberger Drogenbögen* verwendet (HDB, Aguilar-Raab, C., Weinhold, J. & Verres, R., 2014, Hogrefe).

Die jeweiligen Fragebögen umfassen maximal 15 Items. Die Bearbeitungsdauer pro Fragebogen beträgt ca. 10 Minuten.

Bezugsbetreuer und/oder Bezugsbetreuerinnen, falls vorhanden, werden in einem Fragebogen zur Einschätzung von Deutschkenntnissen, Beschulung, Regeleinhaltung in der Wohngruppe, Medikamenteneinnahme, augenscheinlichem Substanzkonsum des jugendlichen Teilnehmers befragt. Die Bearbeitung dieses Fragebogens dauert ca. 5 Minuten.

Zur Fremdbeurteilung der psychischen und emotionalen Belastung der jugendlichen Flüchtlinge haben Bezugsbetreuer und/oder Bezugsbetreuerinnen bei Einverständnis des Probanden den *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen CBCL/4-18* (Achenbach, T.M., Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C., 1998, Hogrefe) zur Bearbeitung vorgelegt. Dieser Fremdbeurteilungsbogen umfasst 113 Items. Er wurde für den Einsatz bei jugendlichen Flüchtlingen mit Beurteilungen durch Erzieher aus Wohngruppen in einer Studie validiert. Die Bearbeitungsdauer beträgt 15-20 Minuten.

## Ablauf Datenerhebung



## Psychotherapie

Von den 102 befragten Jugendlichen befanden sich 16 bzw. 15,7% noch nie in Psychotherapie. 18 bzw. 17,6% haben in der Vergangenheit eine Psychotherapie wahrgenommen, 66 (64,7%) befanden sich zum Befragungszeitpunkt in psychotherapeutischer Behandlung. Bei zweien fehlte die Angabe.

Tabelle 1: Psychotherapie

### Psychotherapie

	Häufigkeit	Prozent
Nein	16	15,7
ja, in Vergangenheit	18	17,6
ja, aktuell	66	64,7
Gesamt	100	98,0
Fehlend	2	2,0
Gesamt	102	100,0

## Unterskalen BSCL

Zu den Unterpunkten auf der BSCL wurden nur 101 von 102 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge befragt. Ein Datensatz fehlt.

In ihnen werden neun Unterpunkte erfasst:

- Aggressivität
- Angst
- Depressivität
- paranoides Denken
- phobische Angst
- Psychotizismus
- Somatisierung
- Unsicherheit Sozialkontakt
- Zwanghaftigkeit.

### Mittelwerte der einzelnen Unterpunkte

Die Mittelwerte der einzelnen emotionalen Zustände befinden sich durchweg bei über dem Wert 50. Der Unterpunkt „Angst“ erzielt mit 61,17 den höchsten Wert und ist gleichzeitig der einzige Punkt über einem Wert von 60 und damit als „überdurchschnittlich“ eingestuft. Die einzelnen anderen Werte stellen sich in Tab. 2.1 und 2.2 dar.

*Tabelle 1.1: Mittelwerte der einzelnen Unterpunkte BSCL*

	<b>Aggressivität</b>	<b>Angst</b>	<b>Depressivität</b>	<b>Paranoides Denken</b>
Mittelwert	54,5	61,2	58,1	57,6
Standartabweichung	10,2	11,5	8,7	12,2

*Tabelle 2.2: Mittelwerte der einzelnen Unterpunkte BSCL*

	<b>Phobische Angst</b>	<b>Psychotizismus</b>	<b>Somatisierung</b>	<b>Unsicherheit Sozialkontakt</b>	<b>Zwanghaftigkeit</b>
Mittelwert	59,1	56,2	59,8	56,3	55,8
Standartabweichung	10,9	8,3	10,8	10,4	12,1

### 3.4 Zeitlicher Ablauf der Studienteilnahme

Die jugendlichen ST haben für die Studienteilnahme insgesamt zwischen 25 und 60 Minuten benötigen. Die Dauer ist abhängig von den Angaben der ST zum Substanzkonsum.

Die Bezugsbetreuer und/oder Bezugsbetreuerinnen der Wohngruppen haben für die Bearbeitung der zwei Fragebögen zwischen 20 und 25 Minuten Dauer benötigt.

### **Beginn und Ende der Datenerfassung**

Die Studie wurde **ab 01.01.2019** begonnen. Ende der Datenerfassung war das **Frühjahr 2021**. Die lange Dauer des Zeitraums war vor allem den Kontaktbeschränkungen durch die Pandemie geschuldet, die ein persönliches Interview nicht zuließ.

## 4 Ergebnisse

### Beschreibung der Charakteristika der befragten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge:

Insgesamt wurden 102 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge befragt. Davon waren 93 männlich und 9 weiblich. Demnach waren 91,2% männlichen und 8,8% weiblichen Geschlechts.

*Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung nach Geschlecht*

Geschlecht		
	Häufigkeit	Prozent
Männlich	93	91,2
Weiblich	9	8,8
Gesamt	102	100,0

### Alter

Die Jugendlichen Flüchtlinge waren im Durchschnitt 18,15 Jahre alt, wobei der/die jüngste Befragte 16 Jahre und der/die älteste Befragte 21 Jahre alt war. Hier ergab sich eine Standardabweichung von 1,293. Alle 102 UMF konnten in der Altersverteilung berücksichtigt werden. Tab. 2 verdeutlicht dies.

*Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung nach Alter*

Alter	
N	102
Mittelwert	18,2
Standardabweichung	1,3
Minimum	16
Maximum	21

### Herkunft

Nahezu die Hälfte der UMF stammte aus Afghanistan, nämlich 39,2%. Das sind 40 Jugendliche aus der befragten Stichprobe. Die am zweithäufigsten vertretenen Herkunftsländer waren Syrien und Guinea mit jeweils 12 Jugendlichen, welche 11,8% der Stichprobe entspricht. Gefolgt von Somalia mit 10 Jugendlichen, was 9,8% der Stichprobe entspricht. Alle anderen Herkunftsländer machen in den meisten Fällen jeweils weit unter 6% aus.

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung nach Herkunftsland

	Häufigkeit	Prozent
Afghanistan	40	39,2
Irak	4	3,9
Somalia	10	9,8
Syrien	12	11,8
Guinea	12	11,8
Kamerun	1	1,0
Eritrea	6	5,9
Marokko	2	2,0
Iran	6	5,9
Albanien	4	3,9
Sri Lanka	1	1,0
Pakistan	1	1,0
Niger	1	1,0
Gambia	1	1,0
Saudi Arabien	1	1,0
<b>Gesamt</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

## Rekrutierung

Ein Großteil der UMF, nämlich 67,6%, wurden durch die KJP-Ambulanz in Wuppertal rekrutiert. Hier bestand bereits Kontakt zu den Jugendlichen, was es erleichterte eine Vertrauensbeziehung aufzubauen und die Jugendlichen zur Teilnahme zu bewegen sowie ehrlich auf die Fragen zum Substanzmissbrauch zu antworten. Bei 20,6% wurde Kontakt zu Wohngruppen hergestellt. 10,8% konnten in einer kooperierenden Schule befragt werden. Ein UMF ließ sich keiner der Gruppen zuordnen.

Tabelle 6: Rekrutierungsorte der jugendlichen Flüchtlinge

	Häufigkeit	Prozent
<b>KJP-Ambulanz</b>	69	67,6
<b>Wohngruppen</b>	21	20,6
<b>Schule</b>	11	10,8
<b>Andere</b>	1	1,0
<b>Gesamt</b>	102	100,0

## Aufenthaltsstatus

Die meisten befragten UMF verfügen in Deutschland über den Aufenthaltsstatus der Duldung. In Zahlen waren dies 34 Jugendliche oder auch 33%. Sie haben also keine gültige Aufenthaltserlaubnis, von einer Abschiebung wird derzeit jedoch abgesehen. Weitere 30,4% verfügten über einen befreiten Aufenthaltstitel. Das bedeutete, dass von gewissen Vorgaben, die normalerweise für einen erlaubten Aufenthalt gelten, bei ihnen abgesehen wird. Dieser Status betrifft damit 31 Jugendliche. Die restlichen 36% verteilen sich auf die Status subsidiärer Schutz, Abschiebeverbot, Aufenthaltsgestaltung, Asyl beantragt, Fiktionsbescheinigung und Asyl. Sieben Jugendlichen war ihr Status unbekannt. Drei hatten keine Aufenthaltserlaubnis.

**Tabelle 7:** Stichprobenbeschreibung nach Aufenthaltsstatus

	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Befr. Aufenthaltstitel	31	30,4
Duldung	34	33,3
Subsidiärer Schutz	6	5,9
Abschiebeverbot	4	3,9
Aufenthaltsgestattung	9	8,8
Asyl beantragt	3	2,9
Fiktionsbescheinigung	1	1,0
Asyl	4	3,9
unbekannt	7	6,9
Keine Erlaubnis	3	2,9
Gesamt	102	100

### **Aufenthaltsdauer**

Im Durchschnitt hielten sich die befragten Jugendlichen 3,17 Jahre in Deutschland auf. Das Minimum waren 1,5 Jahre, das Maximum 6 Jahre. Beide Werte waren auch den Einschlusskriterien geschuldet.

**Tabelle 8:** Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

<b>Aufenthaltsdauer</b>	
N	102
Mittelwert in Jahren	3,2
Standardabweichung	1,2
Minimum	1,5
Maximum	6,0

## Aufenthaltssicherheit

Die Sicherheit des Aufenthaltsstatus wurde ermittelt, da es möglich sein könnte, dass mehr Substanzen konsumiert werden, wenn der Aufenthaltsstatus unsicher ist. Die Sicherheit leitet sich wiederum aus den Daten aus Tab. 5 ab.

Bei sieben Befragten war der Aufenthaltsstatus unbekannt. Somit ist hier unklar wie sicher der Status ist. Keiner der Befragten verfügt über eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis. 80 befinden sich jedoch befristet sicher in Deutschland. Bei 15 ist der Status unsicher. In der Regel orientiert sich der Status daran, ob die Jugendlichen Bildungs- sowie Berufsausbildungsangebote nutzen und wie gut sie sich integrieren. Er kann sich ändern.

*Tabelle 9: Aufenthaltssicherheit*

<b>Aufenthaltssicherheit</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
unbekannt	7	6,9
Befristet sicher	80	78,4
Unsicher	15	14,7
Gesamt	102	100,0

## Religion

Bei der Verteilung der Religionen zeigte sich, dass 84,3% der befragten UMF muslimischen Glaubens waren. Somit 86 der 102 Befragten. Sieben waren konfessionslos (6,9%), sieben weitere waren christlichen Glaubens (ebenfalls 6,9%). Zwei bezeichneten sich als Jesiden.

*Tabelle 10: Religion*

<b>Religion</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Konfessionslos	7	6,9
Christ	7	6,9
Muslime	86	84,3
Jeside	2	2,0
Gesamt	102	100,0

### **In Schule oder Ausbildung**

Von 102 befragten Jugendlichen befanden sich 96 in Schule oder Ausbildung. 6 befanden sich weder in Schule noch Ausbildung. Nach Berufstätigkeit wurde nicht gefragt, daher lässt sich nicht sagen, ob die 6 Jugendlichen, die sich weder in Schule noch Ausbildung befanden, bereits die Ausbildung abgeschlossen haben und regulär berufstätig, oder aber erwerbslos sind.

*Tabelle 11: Schule oder Ausbildung*

<b>In Schule oder Ausbildung</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Nein	6	5,9
Ja	96	94,1
Gesamt	102	100,0

### **Substanzkonsum**

#### **Alkohol**

Von den 102 Jugendlichen gaben 64 an in den letzten 3 Monaten keinen Alkohol konsumiert zu haben. Das waren 62,7 % und damit die Mehrheit. Entsprechend hatten 38 Alkohol konsumiert, was 37,3% ausmachte.

*Tabelle 12: Alkoholkonsum in den letzten 3 Monaten*

<b>Alkoholkonsum in den letzten 3 Monaten</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Nein	64	62,7
Ja	38	37,3
Gesamt	102	100,0

### Alkoholkonsum der über 17jährigen

Von 102 Probanden waren 73 18 Jahre oder älter. In dieser Altersgruppe zeigte sich ein höherer Konsum als bei den unter 18jährigen. 38,4% der Befragten gaben an Alkohol zu konsumieren. 20,5% taten dies ein Mal im Monat, 16,4% 2-4 Mal im Monat und 1,4% 2-3 Mal pro Woche.

Tabelle 12a: Alkoholkonsum der über 17jährigen

Häufigkeit in den letzten 3 Monaten		
	Häufigkeit	Prozent
Nie	45	61,6
1-mal pro Monat	15	20,5
2-4-mal pro Monat	12	16,4
2-3-mal pro Woche	1	1,4
Gesamt	73	100,0

### Menge des Alkoholkonsums bei den über 17jährigen

Von den 28 UMF über 17 Jahre, die angegeben hatten, dass sie in den letzten 3 Monaten Alkohol getrunken hatten, gaben 6 (8,3%) an 1-2 Einheiten konsumiert zu haben, 11 (15,1%) hatten zu 3-4 Drinks gegriffen, 3 (4,1%) zu 5-6 Drinks, ebenfalls 3 (4,1%) zu 7-8 und 5 Jugendliche (6,8%) hatten mehr als 10 Einheiten alkoholische Getränke zu sich genommen.

Tabelle 12b: Menge des Alkoholkonsums bei den über 17jährigen

Menge Alkohol in letzten 3 Monaten		
	Häufigkeit	Prozent
1-2	6	8,3
3-4	11	15,1
5-6	3	4,1
7-8	3	4,1
Größer gleich 10	5	6,8
Gesamt	28	38,4

### Alkoholkonsum der unter 18jährigen

Bei den unter 18jährigen gaben 75,9% der 22 befragten UMF an in den letzten 3 Monaten keinen Alkohol getrunken zu haben. 3 (10,3%) hatten 1 Mal im Monat Alkohol getrunken, ebenfalls 3 (10,3%) 2-4 Mal im Monat und einer (3,4%) 2-3 Mal pro Woche.

Tabelle 13: Alkoholkonsum der unter 18jährigen

Häufigkeit in letzten 3 Monaten		
	Häufigkeit	Prozent
Nie	22	75,9
1-mal pro Monat	3	10,3
2-4-mal pro Monat	3	10,3
2-3-mal pro Woche	1	3,4
	29	100,0

### Alkoholmenge bei den unter 18jährigen

Von 29 UMF unter 18 Jahren hatten 7 angegeben, dass sie in den letzten 3 Monaten Alkohol getrunken hatten. Davon hatte einer (3,4%) 1-2 Einheiten getrunken, zwei (6,9%) 3-4, ebenfalls zwei (6,9%) 5-6 Drinks, einer (3,4%) 7-8 und ebenfalls einer (3,4%) über 10 alkoholische Getränke,

Tabelle 13d: Alkoholmenge bei den unter 18jährigen

Menge Alkohol in den letzten 3 Monaten		
	Häufigkeit	Prozent
1-2	1	3,4
3-4	2	6,9
5-6	2	6,9
7-8	1	3,4
Mehr/gleich 10	1	3,4
Gesamt	7	24,0

### Alkoholkonsum im Herkunftsland

Von 102 befragten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen gaben 86 an in ihrem Herkunftsland keinen Alkohol konsumiert zu haben. Das waren 84,3%. 16 hatten bereits im Herkunftsland Alkohol getrunken und damit 15,7%.

Tabelle 13. Alkoholkonsum im Herkunftsland

	Häufigkeit	Prozent
Nein	86	84,3
ja	16	15,7
Gesamt	102	100,0

### Häufigkeit des Alkoholkonsums im Herkunftsland

Zehn befragte unbegleitete minderjährige Flüchtlinge gaben an seltener als 1 Mal im Monat Alkohol getrunken zu haben. Einer teilte mit einmal im Monat Alkohol getrunken zu haben, zwei je einmal in der Woche. Nur einer gab an mehrmals pro Woche Alkohol, getrunken zu haben. Einer trank täglich. Wiederum einer der UMF, welcher angegeben hatte in seinem Heimatland getrunken zu haben, machte keine Angaben zur Menge. So ergibt sich die Diskrepanz zwischen Abb. 14 und Abb. 15. Die Daten, welche in Abb. 15. Als „fehlend“ deklariert sind, beinhalten alle Jugendlichen, welche im Heimatland noch nie Alkohol getrunken hatten.

Tabelle 14: Häufigkeit des Alkoholkonsum im Herkunftsland

Häufigkeit Alkoholkonsum im Herkunftsland		
	Häufigkeit	Prozente
Seltener als 1 Mal pro Monat	10	9,8
1 Mal pro Monat	1	1,0
1 Mal pro Woche	2	2
Mehrmals pro Woche	1	1
Täglich	1	1
Gesamt	15	14,7
Kein Konsum	87	85,3
Gesamt	102	100

Zur Schädlichkeit des Konsums und den Grad der Abhängigkeit später mehr.

### Tabakkonsum in den letzten 3 Monaten

Von 102 befragten Jugendlichen gaben 44 an in den letzten 3 Monaten keinen Tabak konsumiert zu haben. Das waren 43,1%. Die restlichen 56,9% beantworteten die Frage nach Tabakkonsum in den letzten 3 Monaten mit „ja“. Das waren 58 Jugendliche und damit die Mehrheit. Unter dem Begriff Tabak werden eingeschlossen Wasserpfeifen und Tabakerhitzer.

Tabelle 15: Tabakkonsum in den letzten 3 Monaten

	Häufigkeit	Prozent
Nein	44	43,1
Ja	58	56,9
Gesamt	102	100,0

### Tabakmenge in den letzten 3 Monaten bei den über 17jährigen

73 der befragten UMF waren bereits über 18 Jahre alt. Diese sogenannten „Jungen Erwachsenen“ weisen in der Regel einen höheren Zigarettenkonsum auf als Jugendliche. 32 junge Erwachsene gaben an in den letzten 3 Monaten gar nicht geraucht zu haben. Das waren 43,8%. Daraus ergeben sich umgekehrt **56,2% Raucher**. 35,6% der rauchenden jungen Erwachsenen rauchten 0-10 Zigaretten, 19,2% 11-20 Zigaretten und einer mehr als 30.

Tabelle 15a: Tabakmenge in den letzten 3 Monaten 18 Jahre und älter

Zigaretten pro Tag		
	Häufigkeit	Prozent
Gar nicht	32	43,8
0-10	26	35,6
11-20	14	19,2
>30	1	1,4
Gesamt	73	100,0

### Tabakmenge in den letzten 3 Monaten bei den unter 18jährigen

Von den 102 befragten UMF waren 29 unter 18 Jahre und damit Jugendliche. 44,8% gaben an in den letzten 3 Monaten nicht geraucht zu haben. Das entspricht einer Quote von **55,2% Rauchern** unter den jugendlichen UMF. 14 (48,3%) gaben an 0-10 Zigaretten geraucht zu haben, einer (3,4%) zwischen 11 und 20 und ein weiterer (3,4%) zwischen 21 und 30 Zigaretten.

*Tabelle 15b: Tabakmenge in den letzten 3 Monaten unter 18 Jahren*

<b>Zigaretten pro Tag</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Gar nicht	13	44,8
0-10	14	48,3
11-20	1	3,4
21-30	1	3,4
<b>Gesamt</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

### **Tabakkonsum im Herkunftsland**

Von 102 UMF haben 78 angegeben im Herkunftsland keinen Tabak konsumiert zu haben. Das waren 76,5% der Befragten. 24 weitere gaben an im Herkunftsland bereits Tabak konsumiert zu haben, somit 23,5%

*Tabelle 16: Tabakkonsum im Herkunftsland*

<b>Tabakkonsum im Herkunftsland</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Nein	78	76,5
Ja	24	23,5
<b>Gesamt</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

### Häufigkeit des Tabakkonsums im Herkunftsland

Von den 24 Befragten, die bereits im Herkunftsland Tabak konsumiert hatten, tat dies einer mehrmals im Monat, einer etwa einmal im Monat und 11 seltener als einmal im Monat. Einer gab an, ein Mal pro Woche Tabak konsumiert zu haben und 10, dass sie dies täglich getan hätten.

*Tabelle 17: Häufigkeit des Tabakkonsums im Herkunftsland*

<b>Häufigkeit des Tabakkonsums im Herkunftsland</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Seltener als 1 Mal im Monat	11	10,8
1 Mal pro Monat	1	1,0
Mehrmals pro Monat	1	1,0
1 Mal pro Woche	1	1,0
Täglich	10	9,8
Gesamt	24	23,5
System	78	76,5
Gesamt	102	100,0

### Drogenkonsum in den letzten 3 Monaten

Befragt nach dem Drogenkonsum in den letzten 3 Monaten gaben 80 von 102 UMF an keine Drogen konsumiert zu haben. Darunter wurde alles außer Alkohol und Nikotin verstanden. Damit gaben 78,4% an, dass sie keine Drogen konsumiert hatten. 22 gaben an Drogen konsumiert zu haben, somit 21,6%.

*Tabelle 18: Drogenkonsum in den letzten 3 Monaten*

<b>Drogenkonsum in den letzten 3 Monaten</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Nein	80	78,4
Ja	22	21,6
Gesamt	102	100,0

### Amphetaminkonsum in den letzten 3 Monaten

Nach ihrem Amphetaminkonsum der letzten 3 Monate befragt gaben 21 der UMF, die angegeben hatten Drogen konsumiert zu haben an, kein Kokain konsumiert zu haben. Einer beantwortete den Kokainkonsum mit „Ja“.

*Tabelle 19: Amphetaminkonsum in den letzten 3 Monaten*

Amphetamine in den letzten 3 Monaten		
	Häufigkeit	Prozent
Nein	21	19,6
Ja	1	1,0
Gesamt	22	20,6
Kein Konsum	80	79,4
Gesamt	102	100,0

### THC-Konsum in den letzten 3 Monaten

Von 102 befragten UMF gaben 22 an in den letzten 3 Monaten THC konsumiert zu haben. Das waren 21,6% der Befragten. Die restlichen 80 hatten kein THC konsumiert.

*Tabelle 20: THC-Konsum in den letzten 3 Monaten*

THC-Konsum in den letzten 3 Monaten		
	Häufigkeit	Prozent
Ja	22	21,6
Kein Konsum	80	78,4
Gesamt	102	100,0

### THC-Konsum bei den über 17jährigen

Bei den über 17jährigen hatten 26% in den letzten 3 Monaten Cannabis konsumiert. Das waren 19 der 73 befragten jungen Erwachsenen.

*Tabelle 21a: THC-Konsum bei den über 17jährigen*

THC-Konsum der über 17jährigen in den letzten 3 Monaten		
	Häufigkeit	Prozent
Ja	19	26,0
Kein Konsum	54	74,0
Gesamt	73	100,0

### THC-Konsum in den letzten 3 Monaten bei den unter 18jährigen

Von den unter 18jährigen hatten 10,3% in den letzten 3 Monaten THC konsumiert. Das waren 3 der 29 befragten Probanden. 89,7% hatten dies verneint.

*Tabelle 20b: THC-Konsum in den letzten 3 Monaten bei den unter 18jährigen*

THC-Konsum der unter 18jährigen in den letzten 3 Monaten		
	Häufigkeit	Prozent
Ja	3	10,3
Kein Konsum	26	89,7
Gesamt	29	100,0

### Halluzinogen-Konsum in den letzten 3 Monaten

Von 102 befragten UMF hatte keiner Halluzinogene konsumiert.

*Tabelle 2: Halluzinogen Konsum in den letzten 3 Monaten*

Halluzinogene in den letzten 3 Monaten		
	Häufigkeit	Prozent
Nein	22	19,6
Kein Konsum	80	80,4
Gesamt	92	100,0

### **Kokainkonsum in den letzten 3 Monaten**

Von den 22 UMF die angegeben hatten Drogen konsumiert zu haben, hatte einer angegeben in den letzten 3 Monaten Kokain konsumiert zu haben. Das waren 4,8%. Die restlichen 21 haben den Konsum verneint.

*Tabelle 22: Kokainkonsum in den letzten 3 Monaten*

<b>Kokain in letzten 3 Monaten</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Nein	21	19,6
Ja	1	1,0
Gesamt	22	20,6
System	80	79,4
Gesamt	102	100,0

### **Heroin-Konsum in den letzten 3 Monaten**

Von den 22 UMF die angegeben hatten Drogen konsumiert zu haben, hatte einer angegeben in den letzten 3 Monaten Heroin konsumiert zu haben. Das waren wie beim Kokain 4,8%. Die restlichen 21 haben den Konsum verneint.

*Tabelle 23: Heroin-Konsum in den letzten 3 Monaten*

<b>Heroin-Konsum in den letzten 3 Monaten</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Nein	21	19,6
Ja	1	1,0
Kein Konsum	80	79,4
Gesamt	102	100,0

### Drogenkonsum im Herkunftsland

Von 102 befragten UMF gaben 94 an im Herkunftsland keine Drogen konsumiert zu haben. 8 Jugendliche machten die Angabe, dort Drogen konsumiert zu haben.

Tabelle 24: Drogenkonsum im Herkunftsland

Drogenkonsum im Herkunftsland		
	Häufigkeit	Prozent
Nein	94	92,2
Ja	8	7,8
Gesamt	102	100,0

### Häufigkeit des Drogenkonsums im Herkunftsland

Von den 8 Jugendlichen, die angegeben hatten im Herkunftsland Drogen konsumiert zu haben, gaben zwei an, dies seltener als einmal pro Monat getan zu haben, zwei gaben an es etwa einmal im Monat getan zu haben, zwei weitere taten dies einmal pro Woche, einer mehrmals pro Woche und einer täglich.

Tabelle 25: Häufigkeit des Drogenkonsums im Herkunftsland

Häufigkeit des Drogenkonsums im Herkunftsland		
	Häufigkeit	Prozent
Seltener als 1-mal pro Monat	2	2,0
1-mal pro Monat	2	2,0
1-mal pro Woche	2	2,0
Mehrmals pro Woche	1	1,0
Täglich	1	1,0
Gesamt	8	7,8
Kein Konsum	94	92,2
Gesamt	102	100,0

### Konsumverhalten für Alkoholkonsum in den letzten 3 Monaten

Von den 38 Jugendlichen, welche angegeben hatten in den letzten 3 Monaten Alkohol konsumiert zu haben zeigte sich bei 17 keine Abhängigkeit. 13 UMF hatten den Alkohol missbräuchlich konsumiert und bei 8 lag eine Abhängigkeit vor. 12,7% der Jugendlichen konsumierte Alkohol somit missbräuchlich. 7,8% von ihnen wiesen eine Abhängigkeit auf.

Tabelle 26: Konsumverhalten von Alkohol in den letzten 3 Monaten

Alkoholabhängigkeit		
	Häufigkeit	Prozent
Keine Abhängigkeit	17	16,7
Missbrauch	13	12,7
Abhängigkeit	8	7,8
Gesamt	38	37,3
Kein Konsum	64	62,7
Gesamt	102	100,0

### Häufigkeit des Alkoholkonsums bei den unter 18jährigen

Bei den unter 18jährigen hatten 24,1% in den letzten 3 Monaten Alkohol getrunken. Das waren 7 der 29 Jugendlichen. Davon 10,3% 1 Mal pro Woche, ebenfalls 10,3% 2-4 Mal pro Woche und 3,4% 2-3 Mal pro Woche.

Tabelle 26a: Häufigkeit des bei den unter 18jährigen

Häufigkeit in den letzten 3 Monaten		
	Häufigkeit	Prozent
Nie	22	75,9
1 Mal pro Monat	3	10,3
2-4 Mal pro Monat	3	10,3
2-3 Mal pro Woche	1	3,4
Gesamt	29	100,0

### Konsumverhalten bei Tabak in den letzten 3 Monaten

Von 57 UMF, welche zuvor angegeben hatten in den letzten 3 Monaten Tabak konsumiert zu haben, wiesen 31, und damit 54,4%, keine Abhängigkeit auf. 16 von ihnen, also 18,1%, eine leichte Abhängigkeit. 10 hingegen wiesen eine starke Abhängigkeit auf. Somit 17,5%.

Tabelle 27: Konsummuster von Tabak in den letzten 3 Monaten

Tabakabhängigkeit		
	Häufigkeit	Prozent
Keine Abhängigkeit	31	30,4
Mittlere Abhängigkeit	16	15,7
Starke Abhängigkeit	10	9,8
Gesamt	57	55,9
Kein Konsum	45	44,1
Gesamt	102	100,0

### Konsumverhalten Cannabis in den letzten 3 Monaten

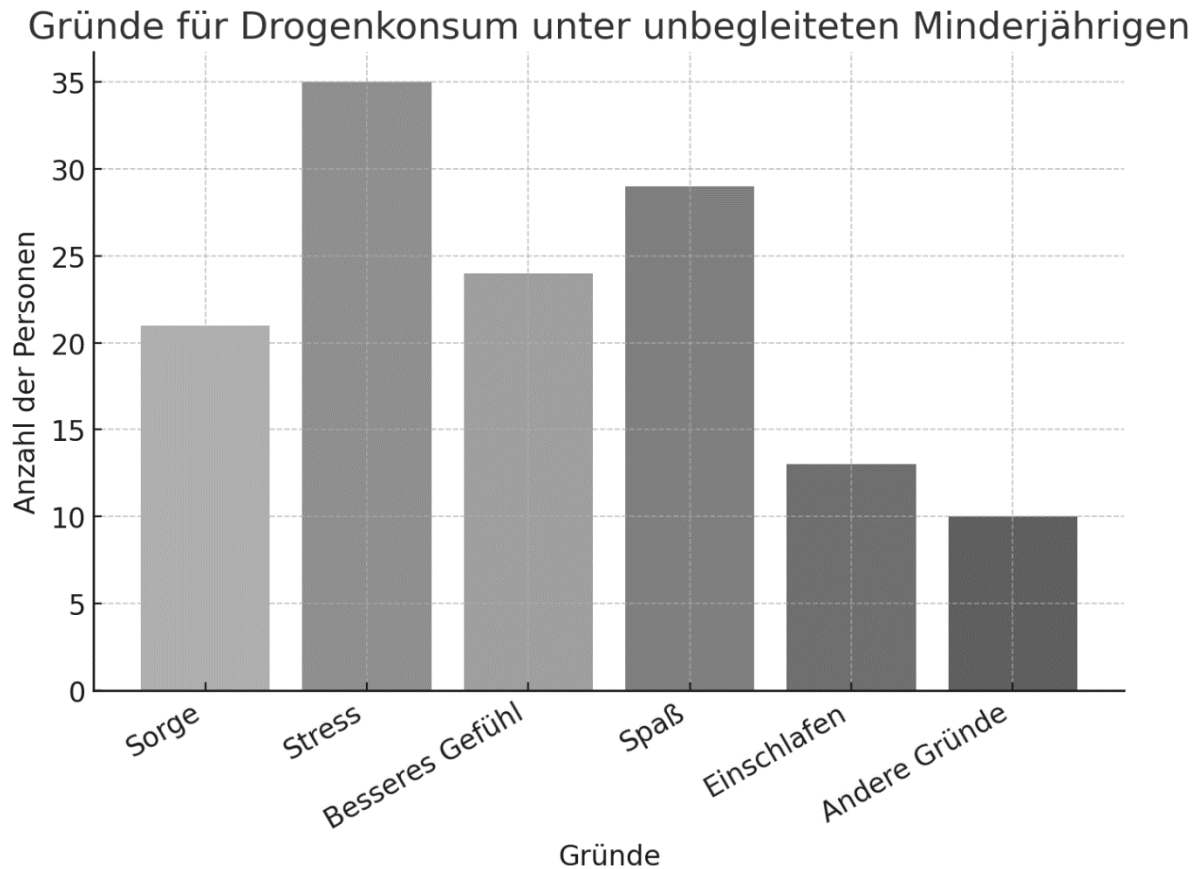
Von 102 Jugendlichen hatten 21 angegeben in den letzten 3 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Das Konsumverhalten dieser 21 UMF wurde in riskanten und nicht riskanten Konsum unterteilt. 9 Jugendliche (42,9%) wiesen dabei kein riskantes Konsummuster auf. Bei 12 (57,1%) war das Konsumverhalten riskant.

Tabelle 28: Konsumverhalten Cannabis in den letzten 3 Monaten

Konsumverhalten Cannabis		
	Häufigkeit	Prozent
Kein riskanter Konsum	9	8,8
Riskanter Konsum	12	11,8
Gesamt	21	20,6
Kein Konsum	81	79,4
Gesamt	102	100,0

## Gründe für Konsum

Als Gründe für den Konsum gaben 21 Jugendliche an, aus Sorge konsumiert zu haben, 35 aus Stress, 24 für ein besseres Gefühl, 29 aus Spaß und 13 zum Einschlafen. 10 gaben an, dass es weitere Gründe geben würde, aus denen sie konsumiert hätten, die hier aber nicht erfragt wurden.



## 5 Diskussion

### 5.1 Vergleich mit anderen Arbeiten

#### 5.1.1 Tabak

Um einen Eindruck davon zu gewinnen, wie stark sich der Konsum der UMF von dem, gleichaltriger deutscher Jugendlicher und junger Erwachsener unterscheidet, wurde in der vorliegenden Arbeit initial die erhobenen Daten, mit denen aus der „Drogenaffinitätsstudie“ verglichen. Zum jetzigen Zeitpunkt (Feb. 2022) stammen die neusten Daten zum Substanzmissbrauch deutscher Jugendliche aus dem Jahr 2019. Die Drogenaffinitätsstudie („Drogenaffinitaet\_Jugendlicher\_2019\_Basisbericht.pdf,” B. Orth, C. Merkel) wird in mehrjährigen Abständen durchgeführt und zwar unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren. Dieses Charakteristikum macht sie leider nicht exakt vergleichbar mit den von den in der vorliegenden Arbeit befragten UMF, da unsere Kohorte im Alter zwischen 15 und 21 war. Zudem wurde hier eine 3monats Prävalenz erhoben, in der Drogenaffinitätsstudie hingegen nur eine 30 Tage sowie, eine 12monats Prävalenz.

Nichtsdestoweniger zeigt sich, dass die UMF beim Tabak einen weit höheren Konsum an den Tag legen als deutsche Jugendliche. Der in den letzten Jahren immer weniger werdende Tabakkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt in Deutschland 2019 bei 7,2% der Jugendlichen 12-17 Jahre und bei 28,8% für die jungen Erwachsenen. Unter dem UMF hatten 56,9% in den letzten 3 Monaten geraucht und 23,5% bereits im Herkunftsland. Das waren 56,2% der über 17jährigen und 55,2% der unter 18jährigen. Damit greifen 7,7-mal so viele minderjährige unbegleitete Flüchtlinge regelmäßig zu Zigaretten und etwa doppelt so viele der nun erwachsenen UMF. Vorausgesetzt die 3-monats-Prävalenz deckt sich mit der 30-Tage-Prävalenz. Gerade der Konsum unter Jugendlichen ist hier auffällig erhöht.

Ältere Studien fanden heraus, dass zwischen 29% und 41% der Nicotin konsumierenden Jugendliche eine Abhängigkeit aufwiesen (Cathy L. Backinger et al, n.d.). Das deckt sich mit den Prozentsätzen aus unserer Studie.

Fazit: Es scheint Faktoren zu geben, die bei UMF dazu führen, dass sie mehr Nikotin konsumieren und davon auch entsprechend abhängig werden. Diese zu eliminieren oder konstruktiv anzugehen wäre wünschenswert.

#### 5.1.2 Alkohol

Aus dem Drogenaffinitätsreport geht ebenfalls hervor, dass 9,0 % der 14-17jährigen regelmäßig Alkohol trinkt. Unter dem Begriff „regelmäßig“ wird der Konsum mindestens einmal in der Woche verstanden. Unter den UMF im selben Alter hatten 24,1% in den letzten 3 Monaten Alkohol getrunken. 10,3% 1 Mal pro Monat, 10,3% 2-4 Mal pro Monat und 3,4% 2-3 Mal pro Woche. Wollen wir die Daten vergleichen, müssen wir also die UMF, die nur einmal im Monat

getrunken haben, von der Betrachtung ausschließen. So haben 13,7% der UMF unter 18 Jahren in den letzten 3 Monaten mindestens einmal pro Woche Alkohol getrunken. Das sind mehr als unter den deutschen Jugendlichen.

Bei den jungen Erwachsenen Deutschen trinken 32,3% regelmäßig – also ebenfalls mindestens einmal in der Woche. Bei den UMF waren es 38,3%, die in den letzten 3 Monaten Alkohol getrunken hatten. 20,5% einmal im Monat, 16,4% 2-4 Mal im Monat und 1,4% 2-3 Mal die Woche. Unter den UMF über 17 befinden sich also 17,8% regelmäßige Trinker. Das sind weniger als unter den deutschen jungen Erwachsenen.

Dies könnte damit zusammenhängen, dass der Großteil der UMF muslimischen Glaubens ist und auch angegeben hat verhältnismäßig streng gläubig zu sein. Im Islam ist der Konsum von Alkohol untersagt. Der islamische Glaube könnte hier ein protektiver Faktor sein, welcher aber erst im Erwachsenenalter signifikant wird.

Wenn man alle UMF jeden Alters betrachtet, liegt bei 55,3% derjenigen, die Alkohol konsumiert hatten, eine Abhängigkeit oder ein Missbrauch vor (Abb. 27). Ältere Studien bei deutschen Jugendlichen gehen ebenfalls von einer bestehenden Abhängigkeit bei etwa der Hälfte der regelmäßig trinkenden Jugendlichen aus. (Remschmidt, Helmut, n.d.).

### **5.1.3 Cannabis**

Von den UMF in unserer Befragung gaben 21,6% an in den letzten 3 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Dabei entfielen 26% auf die über 17jährigen und 10,3% auf die unter 18jährigen. Insgesamt 8,1% aller deutschen Jugendlichen haben im Zeitraum der letzten zwölf Monate Cannabis konsumiert. Bei den jungen Erwachsenen waren es 24,1%.

Der Konsum von THC bei den unbegleiteten Flüchtlingen war also in beiden Altersgruppen stärker ausgeprägt als bei deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

#### **Riskanter Konsum**

57,1% der UMF wiesen bezüglich Cannabis einen riskanten Konsum auf. Hierunter versteht man einen gesundheitsschädigenden oder abhängigen Konsum. Unter deutschen Jugendlichen erfüllen etwa 17% der aktuellen Konsumenten in epidemiologischen Suchtsurveys die DSM-IV-Kriterien für ein missbräuchliches oder abhängiges Konsumverhalten (Ann-Kathrin Seidel, Matthis Morgenstern, Rainer Hanewinkel, n.d.). Tatsächlich treffen die häufigsten Risikofaktoren für einen riskanten Konsum auch explizit auf die hier untersuchten UMF zu: männliches Geschlecht, Migrationshintergrund sowie eine instabile Beziehung zu den Eltern.

### **5.1.4 Illegale Drogen**

Bei den UMF lag der Konsum von illegalen Drogen über alle Altersgruppen verteilt in den letzten 3 Monaten bei 21,6%. Von den 12–17jährigen hatten 10,3% in den letzten 3 Monaten illegale Drogen konsumiert. Bei den über 18jährigen waren es 26% die in den letzten 3 Mona-

ten illegale Drogen konsumiert hatten. Wie weiter oben beschrieben, wurden unter den illegalen Drogen Cannabis am häufigsten konsumiert. Seit 2024 ist der Konsum von Cannabis allerdings legal, so er sich in bestimmten definierten Bereichen bewegt. Nur einer der befragten UMF hatte jeweils angegeben Kokain, Heroin und Amphetamine konsumiert zu haben, während 22 Cannabis geraucht hatten. Insgesamt hatten 23 Jugendliche von 102 angegeben illegale Drogen konsumiert zu haben. Aus unserer Statistik geht nicht hervor, ob es sich bei dem einen der über Cannabis hinaus weitere Drogen konsumiert hatte, ggf. um ein und denselben Jugendlichen handelt, was möglich wäre.

Bei den Deutschen 12- bis 17jährige Jugendlichen im Drogenaffinitätsbericht hatten 8,3% in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine illegale Droge konsumiert. Von denen hatte wiederum etwa die Hälfte (insgesamt 4,0%) berichten, dass ihr letzter Konsum nicht länger als 30 Tage zurückliegt (30 Tage-Prävalenz).

Bei den deutschen jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren lag die 12 Monats-Prävalenz bei 24,8%. Die 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen beträgt in dieser Altersgruppe 12,0% und die Verbreitung des regelmäßigen Konsums illegaler Drogen beträgt 8,3%. Da auch hier unterschiedliche Zeiträume betrachtet wurden.

Vergleichsdaten, die sich exakt mit dem von uns beobachteten Zeitraum decken, liegen unseres Wissens nicht vor. Auffällig ist aber bereits jetzt, dass der Konsum illegaler Drogen bei den unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen höher ist als bei deutschen Jugendlichen. Sogar dann, wenn bei deutschen Jugendlichen ein Beobachtungszeitraum von 12 Monaten als Grundlage dient.

Man darf diskutieren, ob nicht noch mehr UMF angegeben hätten Substanzen konsumiert zu haben, hätten auch wir einen Zeitraum von 12 Monaten zugrunde gelegt.

Ebenfalls ist zu überlegen, ob die jugendlichen Flüchtlinge bei der Befragung wahrheitsgemäß geantwortet haben. Es wäre möglich, dass die Jugendlichen zum Konsum illegaler Drogen falsche Angaben gemacht haben, da sie negative Konsequenzen für sich befürchteten. Angst vor dem Verlust des Aufenthaltsstatus ist eine der größten Ängste von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Ebenso Angst vor der Zukunft oder der Verlust eines Ausbildungsplatzes, da von diesem die Aufenthaltserlaubnis abhängen kann und ggf. entzogen werden kann, wenn der Ausbildungsplatz verloren geht. Besonders bei illegalen Drogen ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass falsche Angaben gemacht wurden, da evtl. auch eine strafrechtliche Verfolgung drohen könnte.

Zwar war er einem Großteil der Jugendliche der Arbeitsgruppenleiter des Projekts bekannt und wurde auch als Vertrauensperson wahrgenommen. Dennoch wäre es möglich, dass die Jugendlichen mehr illegale Drogen konsumiert, als sie angegeben haben. Die Teilnahme an der Studie wurden im Vorfeld auch von vielen angefragten Jugendlichen verweigert, nachdem

das Thema bekannt war. Initial waren sie bereit für die Teilnahme an einer Studie, lehnten aber ab, als sie erfuhren, dass ihr Substanzgebrauch erfragt werden solle. In einem der Vorgespräche gestand ein Jugendlicher auch ein, dass der Konsum illegaler Substanzen durchaus unter UMF in seinem Freundeskreis praktiziert würde. Dies lässt Spielraum anzunehmen, dass der Konsum möglicherweise noch höher ausfällt als in dieser Studie abgebildet.

Sollten die Ergebnisse unserer Studie korrekt sein und der Substanzgebrauch und Substanzmissbrauch bei UMF höher sein als bei der deutschen Vergleichspopulation, bleibt weiterhin unklar, worauf konkret dieser zurückzuführen ist. Wie bei jeder Kohortenstudie liegen oft mehr als nur die untersuchten Parameter vor, welche Einfluss auf das Ergebnis nehmen können. Möglicherweise ist nicht ausschließlich Trauma und Flucht sowie psychische Probleme ursächlich für den vermehrten Konsum, sondern die Umstände der Unterbringung, das soziale Gefüge, die Fähigkeit sich an die neue Situation anzupassen, sich zu integrieren, die Sprache zu erlernen und ähnliches. Die Aussagekraft der Studie ist zudem limitiert durch die Tatsache, dass nicht mehr als 102 Jugendliche eingeschlossen wurden, was für eine derartige Studie und speziell an Minderjährigen bereits eine recht große Population betrachtet werden kann. Ein Großteil der Jugendlichen (etwa  $\frac{3}{4}$ ) war bereits durch die Flüchtlingsambulanz psychologisch angebunden und lebte in derselben Gegend. Weitere 20 gingen auf ein und dieselbe Schule, aber in einer anderen Gegend Deutschlands. Es wäre zu überlegen, ob der Konsum und Missbrauch im städtischen Umfeld gegenüber einer ländlichen Umgebung evtl. erhöht oder auch erniedrigt ist. Einige Studien (Kerri Coomber B App Sci (Hons), John W. Toumbourou PhD, Peter Miller PhD, Petra K. Staiger PhD, Sheryl A. Hemphill PhD, Richard F. Catalano PhD, n.d.) aus den USA fanden, dass Jugendliche im ländlichen Raum mehr Substanzen konsumieren als in Städten, gleichzeitig aber auch eher gewillt sind, darüber Auskunft zu geben. Es ist unklar, ob das in Deutschland ebenso ist. Die Flüchtlingsambulanz befindet sich in einer mittleren Großstadt, während die Berufsschule in einer Kleinstadt angesiedelt ist. Es besteht daher weiterer Forschungsbedarf.

## 6 Literaturverzeichnis

- 22.492 Inobhutnahmen von unbegleiteten Minderjährigen in 2017 [WWW Document], n.d. . BumF. URL <https://b-umf.de/p/inobhut2017/> (accessed 4.18.19).
- Ann-Kathrin Seidel, Matthis Morgenstern, Rainer Hanewinkel, n.d. Risikofaktoren für einen riskanten Cannabiskonsum. *Nervenarzt*.
- Ärzteblatt, D.Ä.G., Redaktion Deutsches, 2019. Zahl der Flüchtlinge weltweit stieg 2018 auf Höchststand [WWW Document]. *Dtsch. Ärztebl.* URL <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104014/Zahl-der-Fluechtlinge-weltweit-stieg-2018-auf-Hoechststand> (accessed 6.27.19).
- Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, n.d.
- Cathy L. Backinger et al, n.d. Symptoms of Tobacco Dependence Among Middle and High School Tobacco Users. *Am J Prev Med*.
- Drogenaffinitaet\_Jugendlicher\_2019\_Basisbericht.pdf, B. Orth, C. Merkel
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Steffens, M., 1997. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt* 68, 683–695. <https://doi.org/10.1007/s001150050183>
- Einführung Psychotraumatologie PsychoMed compact, Band 4762: Amazon.de: Peter Zimmermann, Christiane Eichenberg: Amazon.de [WWW Document], n.d. URL [https://www.amazon.de/Einf%C3%BChrung-Psychotraumatologie-PsychoMed-compact-Band/dp/3825247627/ref=sr\\_1\\_1?\\_\\_mk\\_de\\_DE=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crd=WKMENQYR8VT8&keywords=einf%C3%BChrung+psychotraumatologie&qid=1562747412&s=gateway&prefix=Einf%C3%BChrung+psychotraumatolo%2Caps%2C154&sr=8-1](https://www.amazon.de/Einf%C3%BChrung-Psychotraumatologie-PsychoMed-compact-Band/dp/3825247627/ref=sr_1_1?__mk_de_DE=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crd=WKMENQYR8VT8&keywords=einf%C3%BChrung+psychotraumatologie&qid=1562747412&s=gateway&prefix=Einf%C3%BChrung+psychotraumatolo%2Caps%2C154&sr=8-1) (accessed 7.10.19).
- Huemer, J., Karnik, N.S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M.H., Steiner, H., 2009. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* 3, 13. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-13>
- Kerri Coomber B App Sci (Hons), John W. Toumbourou PhD, Peter Miller PhD, Petra K. Staiger PhD, Sheryl A. Hemphill PhD, Richard F. Catalano PhD, n.d. Rural Adolescent Alcohol, Tobacco an Illicit Drug Use: A Comparison of Students in Victoria, Australia and Washington State, United States. *J. Rural Health*.
- Khoury, L., Tang, Y.L., Bradley, B., Cubells, J.F., Ressler, K.J., 2010. Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population. *Depress. Anxiety* 27, 1077–1086. <https://doi.org/10.1002/da.20751>

- Lauritz Rudolf Floribert Müller, Karl Phillip Büter, Rita Rosner, Johanna Unterhitzberger, 2019. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study.
- Lawson, K.M., Back, S.E., Hartwell, K.J., Maria, M.M.-S., Brady, K.T., 2013. A Comparison of Trauma Profiles among Individuals with Prescription Opioid, Nicotine or Cocaine Dependence. *Am. J. Addict. Am. Acad. Psychiatr. Alcohol. Addict.* 22, 127–131. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.00319.x>
- Li, S.S.Y., Liddell, B.J. & Nickerson, A., n.d. The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers.
- Literatur-S3-Leitlinie.pdf, n.d.
- M. Walg, G. Hapfelmeier, E. Fink, M. Großmeier, M. Temprano, n.d. Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. *Z. Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother.* 2017 451 58–68.
- Manhica H, Almquist Y, Rostila M, Hjern A., n.d. The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: a national cohort study.
- McCauley, J.L., Killeen, T., Gros, D.F., Brady, K.T., Back, S.E., 2012. Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders: Advances in Assessment and Treatment. *Clin. Psychol. Publ. Div. Clin. Psychol. Am. Psychol. Assoc.* 19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12006>
- National Institute of Drug Abuse, n.d. Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report.
- Oberg, Charles, Sharma, Haylay, n.d. Post-Traumatic Stress Disorder in Unaccompanied Refugee Minors: Prevalence, Contributing and Protective Factors, and Effective Interventions. *MDPI Child.*
- Ove Heradstveit, Jens Christoffer Skogen, Jørn Hetland, Robert Stewart, Mari Hysing, n.d. Psychiatric Diagnoses Differ Considerably in Their Associations With Alcohol/Drug-Related Problems Among Adolescents. A Norwegian Population-Based Survey Linked With National Patient Registry Data.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H.-U., 2000. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr. Scand.* 101, 46–59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>

- Plener, P. L., W., A., Rassenhofer, M., Fegrt, J.M., 2015. Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Kindh. Entwickl. 24 209–224.
- Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA., n.d. Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care.
- Remschmidt, Helmut, n.d. Serie - Alkoholismus: Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen. Dtsch. Ärztebl.
- Substance Abuse in Veterans - PTSD: National Center for PTSD [WWW Document], n.d. URL [https://www.ptsd.va.gov/understand/related/substance\\_abuse\\_vet.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand/related/substance_abuse_vet.asp) (accessed 8.31.19).
- The UN Refugy Agency - Wo wir tätig sind, n.d.
- Unbegleitete minderjährige Asylbewerber in Deutschland bis 2022 Veröffentlicht von Statista Research Department, 24.03.2023, n.d.
- Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge - auf Hilfe angewiesen, n.d.
- Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge - Zahlen und Fakten, n.d.
- Wenche Langfjord Mangeruda, Ottar Bjerkesetbc, Turid Lingaas Holmend, Stian Lydersena, Marit Sæbø Indredavikae, n.d. Smoking, alcohol consumption, and drug use among adolescents with psychiatric disorders compared with a population based sample. J. Adolesc.
- Winters KC, Arria A., n.d. Adolescent Brain Development and Drugs. Prev Res 2011 18(2):21-24.

## 7 Anhang

### 7.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Psychotherapie .....	20
Tabelle 1.1:	Mittelwerte der einzelnen Unterpunkte BSCL .....	21
Tabelle 2.2:	Mittelwerte der einzelnen Unterpunkte BSCL .....	21
Tabelle 3:	Stichprobenbeschreibung nach Geschlecht .....	23
Tabelle 4:	Stichprobenbeschreibung nach Alter.....	23
Tabelle 5:	Stichprobenbeschreibung nach Herkunftsland .....	24
Tabelle 6:	Rekrutierungsorte der jugendlichen Flüchtlinge.....	25
Tabelle 7:	Stichprobenbeschreibung nach Aufenthaltsstatus .....	26
Tabelle 8:	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer .....	26
Tabelle 9:	Aufenthaltssicherheit.....	27
Tabelle 10:	Religion.....	27
Tabelle 11:	Schule oder Ausbildung .....	28
Tabelle 12:	Alkoholkonsum in den letzten 3 Monaten .....	28
Tabelle 12a:	Alkoholkonsum der über 17jährigen .....	29
Tabelle 12b:	Menge des Alkoholkonsums bei den über 17jährigen.....	29
Tabelle 13:	Alkoholkonsum der unter 18jährigen .....	30
Tabelle 13d:	Alkoholmenge bei den unter 18jährigen .....	30
Tabelle 13:	Alkoholkonsum im Herkunftsland .....	31
Tabelle 14:	Häufigkeit des Alkoholkonsum im Herkunftsland .....	31
Tabelle 15:	Tabakkonsum in den letzten 3 Monaten .....	32
Tabelle 15a:	Tabakmenge in den letzten 3 Monaten 18 Jahre und älter .....	32
Tabelle 15b:	Tabakmenge in den letzten 3 Monaten unter 18 Jahren.....	33
Tabelle 16:	Tabakkonsum im Herkunftsland .....	33
Tabelle 17:	Häufigkeit des Tabakkonsums im Herkunftsland .....	34
Tabelle 18:	Drogenkonsum in den letzten 3 Monaten .....	34
Tabelle 19:	Amphetaminkonsum in den letzten 3 Monaten .....	35
Tabelle 20:	THC-Konsum in den letzten 3 Monaten.....	35
Tabelle 21a:	THC-Konsum bei den über 17jährigen .....	36
Tabelle 20b:	THC-Konsum in den letzten 3 Monaten bei den unter 18jährigen.....	36
Tabelle 3:	Halluzinogen Konsum in den letzten 3 Monaten.....	36
Tabelle 22:	Kokainkonsum in den letzten 3 Monaten .....	37
Tabelle 23:	Heroin-Konsum in den letzten 3 Monaten.....	37
Tabelle 24:	Drogenkonsum im Herkunftsland .....	38
Tabelle 25:	Häufigkeit des Drogenkonsums im Herkunftsland .....	38

Tabelle 26:	Konsumverhalten von Alkohol in den letzten 3 Monaten .....	39
Tabelle 26a:	Häufigkeit des bei den unter 18jährigen .....	39
Tabelle 27:	Konsummuster von Tabak in den letzten 3 Monaten .....	40
Tabelle 28:	Konsumverhalten Cannabis in den letzten 3 Monaten.....	40