

Opiatkonsum von Migranten – neue Herausforderung für das Versorgungssystem

Hans-Günter Meyer-Thompson, Arzt

ASKLEPIOS Hamburg Nord Ochsenzoll, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulanz Altona

h.meyer@asklepios.com

*Aber ein Neues ersann die liebliche Tochter Kronions:
Siehe sie warf in den Wein, wovon sie tranken, ein Mittel
Gegen Kummer und Groll und aller Leiden Gedächtnis.
Kostet einer des Weins, mit dieser Würze gemischt;
Dann benetzt den Tag ihm keine Träne die Wangen,
Wär' ihm auch sein Vater und seine Mutter gestorben,
Würde vor ihm sein Bruder, und sein geliebtester Sohn auch
Mit dem Schwerte getötet, daß seine Augen es sähen.
Siehe so heilsam war die künstlich bereitete Würze...
Homer, Odyssee, 4.219-232 (Übersetzung Johann Heinrich Voß)*

Nepenthes heißt dieses Sedativum aus Wein und Opium, eine antike Form von Laudanum.

Zweitausendsiebenhundert Jahre später liest sich eine Drogenanamnese aus dieser Weltgegend wie folgt:

Herr A. ist Mitte 20 und ist im Iran geboren und aufgewachsen. Seine Familie stammt ursprünglich aus Afghanistan, von wo sie in das Nachbarland geflohen war: Vater, Mutter, drei Söhne, eine Tochter. Die Familie lebte illegal im Iran und hielt sich mit Tagelöhnerarbeiten über Wasser. Als Herr A. 17 war, wurde die Familie von den iranischen Behörden ausgewiesen zurück nach Afghanistan. Dort kam der Vater durch eine Gewalttat ums Leben. Die Mutter schlug sich daraufhin mit ihren Kindern erneut durch nach Teheran. Kurz darauf verschwand der älteste Sohn spurlos. Herr A., der wohl bereits als Kind Opium/Theriak als Medizin gegen Zahnschmerzen, Husten und Durchfall kennengelernt hatte, begann in dieser Zeit, Theriak zu konsumieren, nach einiger Zeit dann Heroin zu rauchen. Die Geschwister und die Mutter lebten unter ärmlichsten Bedingungen, stets in Gefahr, wieder ausgewiesen zu werden. Mit Anfang 20 wurde er festgenommen und vor die Wahl gestellt, dass er die

Deportation seiner Angehörigen abwenden könne, wenn er sich „freiwillig“ für einen Einsatz in Syrien melde. Dort kämpfte er in den iranischen Verbänden auf Seiten des Assad-Regime. Als sein mitgebrachter Heroinvorrat zur Neige ging, meldete er sich bei seinem Kommandanten, der ihm Morphin verschaffte. Nach einer Granatsplitterverletzung kehrte er zurück in den Iran, konsumierte weiterhin Heroin, erstmalig auch Methadon als Substitut. Methadon nahm er mit auf die Flucht nach Europa, wo er einige Monate nach der Ankunft in Hamburg in unsere Ambulanz kam und um Behandlung bat.

Diese Anamnese weist so ziemlich alle Elemente auf, die mit dem Thema Flucht aus Nah- und Mittelost in Verbindung mit Opioidabhängigkeit verbunden sind: Gewalt, Tyrannei, Vertreibung, Kriegsverletzungen, eine hohe Prävalenz für Opium-Theriak-Heroinkonsum, Selbstmedikation, Armut, geringe Bildung, zerrissene Familien, lebensgefährliche Fluchtwege und Entwurzelung. Jedes Detail ist für sich bereits ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung.

Wie unter einem Vergrößerungsglas weist jede einzelne Anamnese bei neuen

Patienten aus Kurdistan, Syrien, Irak, Iran und Afghanistan biographische und politische Details auf, die die gesellschaftlichen Umbrüche zwischen Diyarbakir und Kabul widerspiegeln.

Die Befragung von in Deutschland aufgenommenen Flüchtlingen nach ihren Fluchtgründen ergibt Angst vor Krieg und Gewalt (70 Prozent), Verfolgung (44 Prozent) und Zwangsrekrutierung (36 Prozent).

Zwei Drittel aller seit Sommer 2015 gestellten Asylanträge stammen von Flüchtlingen aus Syrien, Afghanistan, Irak und Iran.

Zwei Drittel der Geflüchteten sind männlichen Geschlechts.

Wiederum zwei Drittel dieser Gruppe sind über 16 Jahre alt.

Die Prävalenz für eine Opioidabhängigkeit in diesen Ländern liegt, soweit Zahlen vorliegen, teilweise über 5 Prozent.

Grob und konservativ berechnet dürfte seit Sommer 2015 von über einer Million Flüchtlingen mindestens eine hohe vierstellige Anzahl von Menschen gekommen sein, die Erfahrungen mit einem Opioidkonsum haben.

Dies ist eine enorme Herausforderung an Suchtmedizin, Beratungsstellen und Drogenpolitik.

Die Entwicklung war im Laufe des zweiten Halbjahrs 2015 vorhersehbar.

Da Hamburg ein Zentrum der Zuwanderung speziell aus Afghanistan und Iran ist, hat uns das nicht überrascht.

In Hamburg-Altona, wo ich arbeite, besteht seit bald 25 Jahren die zentrale Substitutionsambulanz der Stadt mit aktuell mehr als 700 Patienten. Seit Anfang der 1990er Jahre haben wir Menschen aus über 50 Ländern behandelt. Migranten und Asylsuchende aus Afghanistan, Iran und aus der Türkei gehörten bereits zu den ersten Patienten: Der ehemalige Major der königlich afghanischen Luftwaffe, der geflüchtete

Oberst der kaiserlich-iranischen Armee, der Partisan aus den Bergen Kurdistans, die geflüchteten Oppositionellen vor und seit der islamischen Revolution in Iran – jede politische Unruhe in diesen Ländern sorgte für neue Flüchtlinge in Hamburg, von denen nicht wenige mit einem Opioidproblem früher oder später bei uns auftauchten.

In den 1990er Jahren kamen dann die Flüchtlinge aus den Balkankriegen und aus den Konflikten in den ehemaligen Republiken der UDSSR im Kaukasus.

Ebenfalls in den 1990er Jahren die Söhne und Töchter der Einwanderer mit deutschen Vorfahren aus der ehemaligen Sowjetunion. Und russische Juden, die nach dem Kontingentabkommen einwanderten.

Wir haben diese Patienten aufnehmen und behandeln können, viele konnten neue Wurzeln schlagen, haben Familien gegründet, ihren alten oder einen neuen Beruf ergriffen und sind Mitglieder ihrer Gemeinden in Hamburg geworden, von denen die aus Afghanistan und Iran zu den größten in Europa zählen. Einige sind im Exil unter die Räder geraten, sind verelendet, haben schwere Depressionen oder Psychosen entwickelt oder sind an Armut, Entwurzelung oder Drogen zugrunde gegangen.

Was wir seit dem Sommer 2015 erleben, hat eine andere Dimension: Einmal die große Anzahl von Migranten in kurzer Zeit und zum anderen, dass unter den Flüchtlingen aus Syrien, Irak, Iran und Afghanistan viele Männer sind, die bereits in ihren Heimatländern in einer ausgesprochenen Opium-Theriak-Kultur großgeworden sind.

Lassen Sie mich einen kurzen Blick auf die Situation in den Herkunftsländern werfen:

In weiten Teilen Afghanistans gibt es bei den ersten Zähnen, bei Durchfall- und Atemwegserkrankungen, bei Schmerzen und weiteren Erkrankungen keine

Alternative zu Opium/Theriak als Medikament. Im Zuge der kriegerischen Konflikte seit 1979, und besonders seit 2001, steigt außerdem die Zahl der Heroinabhängigen stetig an. Es wird von einer Prävalenz zwischen 5 und 10 Prozent ausgegangen. Unter der männlichen Bevölkerung ist auch der Alkohol- und Haschischkonsum verbreitet, bei den Frauen Schmerzmittel.

Bei iranischen Patienten ergibt häufig die Familienanamnese, dass da ein Onkel oder Cousin mit seinem Opiumkonsum „der Familie Schande bereitet“, oder aber dass die Großmutter abends einen Tee mit Theriak vor dem Einschlafen trinkt, gelegentlich auch morgens gegen die Gelenkschmerzen. Laut UNODC gibt es über eine Million Opioidabhängige im Land (2.26% der erwachsenen Bevölkerung). Die Drogenpolitik Irans ist widersprüchlich: Weit mehr als 100 Tsd. Menschen werden substituiert, auch in Gefängnissen. Daneben werden jährlich mehrere hundert Todesurteile gegen Drogenhändler und – konsumenten vollstreckt.

Methamphetamin ist ebenfalls stark verbreitet und die Islamische Republik hat auch ein Alkoholproblem.

Die syrischen Patienten bringen schädliche Konsummuster von Tramadol und Captagon/Fenetyllin (ein Amphetaminderivat) mit.

Im Irak ist seit dem Sturz Saddam Husseins der Konsum von Alkohol, Amphetaminen, Sedativa und Opioiden sprunghaft angestiegen.

Halbwegs zuverlässige Zahlen liegen lediglich aus Teheran vor. Laut MENAHRA, dem Drogenhilfenetzwerk im Mittleren Osten und Nordafrika, gibt es schätzungsweise 630 Tsd. iv Drogenkonsumenten im Nahen und Mittleren Osten.

Der Vollständigkeit halber sei noch angemerkt, dass bei Flüchtlingen aus Eritrea eher ein schädlicher Alkoholkonsum zu beobachten ist und bei

Flüchtlingen aus den Maghrebstaaten kombinierte Konsummuster von Haschisch, Alkohol und Benzodiazepinen.

Über 60 Millionen Menschen sind weltweit auf der Flucht, 60 Prozent sind sogenannte Binnenflüchtlinge. Mehr als die Hälfte sind Kinder.

Flucht („forced migration“) vor Krieg, Völkermord, Tyrannei oder Hungersnot ist die große humanitäre Krise des 20. und 21. Jahrhunderts. Aber bei pubmed findet sich gerade eine niedrige dreistellige Zahl von Veröffentlichungen zu den Stichworten „migration“ und „substance abuse“. Die meisten Arbeiten sind über Migranten aus Mexiko in den USA erschienen, ein paar befassen sich mit IDP – internal displaced people in Südost-Asien, mit Wanderarbeitern in China oder mit den Vertriebenen aus Butan in nepalischen Lagern. Erst seit 2015/16 steigt die Zahl der Veröffentlichungen sprunghaft an, allmählich auch in den deutschsprachigen Fachzeitschriften.

Schon bei der Benennung dieser Patientengruppe geht es durcheinander:

- People with a migration background (PMB)
- Foreign born people (FBP)
- Migration background (MB)
- First Generation Migrants (FGM)

Und unter diese Begriffe werden ziemlich undifferenziert Migranten ganz allgemein gefasst, eine verwirrende Begrifflichkeit. Flucht und Migration sind Risikofaktoren für die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen, häufig begleitet von psychischen Leiden. Das besagt die Fachliteratur und das beobachten wir auch bei unseren Patienten:

Neben der Hauptdiagnose: Riskante Konsummuster mit Entwicklung einer Substanzabhängigkeit sehen wir

- depressive Störungen, MDE – Major Depressive Episodes

- PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung
- Suizidalität
- Psychosen - First Episode Psychosis (FEP)
- Somatisierungsstörungen
- Pathologisches Spielen

Ingo Schäfer vom UKE Hamburg nennt zusätzlich Angststörungen, Schmerzsyndrome und dissoziative Störungen.

Aus 17 Studien seit 2009 mit hohen methodischen Standards (N: 7.134 Flüchtlinge) hat Schäfer zusammengestellt, dass eine PTBS bei 5 – 71 Prozent auftritt, Depression bei 15 – 54 Prozent und Angst bei 19 – 37 Prozent.

Auf das Problem psychischer Störungen bei Flüchtlingen ist in den zurückliegenden Monaten verschiedentlich von der Bundesärztekammer und einigen Landesärztekammern hingewiesen worden, ebenfalls von der DGPPN und von den Berufsverbänden und den Kammern der Psychologen und Psychotherapeuten.

Wie ist das Problem einzuschätzen?

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) warnt davor, das Trauma zu „überpathologisieren“.

Psychosoziale Hilfe müsste wieder stärker in den Fokus rücken - vor allem bei jenen Menschen, bei denen die Probleme erst hierzulande durch das Asylsystem verursacht wurden: Wenn beispielsweise eine unsichere Zukunftsperspektive nach dem Schulabschluss, eine drohende Abschiebung oder eine Verlegung in ein neues Umfeld Angst auslösen. „In diesem Fall bedürfen die Betroffenen nicht unbedingt einer Psychotherapie.“

Anerkennung, Integration, eine Beschäftigung und eine stabile Gemeinschaft seien entscheidend. Und Familienzusammenführung.

Das Internationale Rote Kreuz warnt allerdings davor, die Herausforderungen der gesundheitlichen Betreuung von Flüchtlingen und Migranten zu unterschätzen. Bereits jetzt habe die Ausbreitung von psychischen Erkrankungen „epidemische Ausmaße“ erreicht.

Die Publikation des Europa-Büros der WHO von 2016: „*Public Health Aspects of Mental Health among Migrants and Refugees*“ resümiert im Abschnitt „*Substance Use Disorders*“, dass sich mit der Zeit die Prävalenzen für dieses Störungsbild (incl. Alkohol) denen der einheimischen Bevölkerung anpassen. Obwohl in der europäischen WHO-Region über 70 Millionen Migranten und Flüchtlinge lebten, läge nur eine geringe Anzahl von Veröffentlichungen und Forschungsberichten zu diesem Thema vor.

Der Vollständigkeit halber:

Welche körperlichen Leiden sehen wir bei unseren Patienten?

- TBC (pre-migration and reactivating factors, MDR-TBC)
- Hepatitis B, weniger Hepatitis C und HIV (außer bei Patienten aus Iran). Leider auch aktuell zwei wahrscheinlich erst hierzulande aufgetretene Hepatitis C-Infektionen durch unsaubere Injektionsbestecke.
- Kriegsverletzungen und Folgen von Folter, auch Narben infolge religiös motivierter Selbst-Flagellationen
- Einen sehr schlechten Zahnstatus und schlechten Ernährungszustand mit gastro-intestinalen Beschwerden
- Hautprobleme durch schlechte hygienische Bedingungen auf der Flucht; mit dem Sonderfall Leishmaniasis / „Aleppobeule“.

Wie nun gehen wir mit dieser Herausforderung um?

Die Stadt Hamburg hat 2015 schnell reagiert und ein vorbildliches Versorgungssystem für die Aufgenommenen eingerichtet. Dazu gehört u.a., dass in den Erstaufnahmezentren Sprechstunden eingerichtet wurden, um vor Ort ärztliche Behandlungen anbieten zu können, es wurden Medikamentenschränke nach den Empfehlungen von MSF - Médecins Sans Frontières eingerichtet, es findet ein einheitliches Screening statt, spezielle Angebote für Kinder und Frauen werden vorgehalten und diese Menschen erhalten nach kurzer Zeit eine Versicherungskarte, die den Zugang zum ambulanten und stationären Gesundheitssystem öffnet. Und zusätzlich: eine Monatskarte für den Öffentlichen Nahverkehr.

Federführend ist der Öffentliche Gesundheitsdienst, so wie es die Bundesärztekammer empfohlen bzw. gefordert hat. Eine große Anzahl Freiwilliger aus verschiedenen Gesundheitsberufen hat sich beteiligt, die Hilfsorganisationen haben Erstaufnahmecamps/-zentren eingerichtet, die Kammern der Ärzte- und Zahnärzteschaft veranstalten Fortbildungen und weisen auf Schwerpunktpraxen hin, die tropenmedizinische Abteilung der Universitätsklinik hat ihre Ambulanz erweitert u.a.m.

Diese Struktur hat es den nachgeordneten Gesundheitseinrichtungen enorm erleichtert, Flüchtlinge in einem frühen Stadium ihres Anerkennungsverfahrens behandeln zu können. Ein absoluter Luxus ist, dass wir in Hamburg ein knappes Dutzend niedergelassene Farsi-sprechende internistisch-hausärztlich oder psychiatrisch praktizierende Kolleginnen und Kollegen haben.

Wie sieht es für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen aus?

Die ASKLEPIOS-Klinik für Abhängigkeitserkrankungen in Ochsenzoll,

mein Arbeitgeber, war gleich doppelt gefordert: Im stationären Bereich meldeten sich frühzeitig Patienten zum Entzug von verschiedenen Substanzen. Anfangs allerdings war eine ambulante Weiterbehandlung nicht möglich, eine Substitutionsbehandlung schon gar nicht. Innerhalb kürzester Zeit ergab sich der typische Drehtüreffekt.

Das hat sich geändert: In der Klinik gibt es einmal pro Woche einen Nachmittag mit Terminen, an denen ein Dolmetscher für Farsi teilnimmt. In der Sprechstunde kann kurzfristig eine stationäre Aufnahme oder eine ambulante Behandlung vereinbart werden. Ständig sind fünf Betten reserviert und ausgelastet für Farsi-sprechende Patienten aus Iran und Afghanistan.

Das Pflegepersonal hat für diese Patienten Aufnahmebögen auf Farsi entwickelt, den Tagesablauf der Station mittels Piktogrammen veranschaulicht und eine Reihe von Standardsätzen zweisprachig niedergelegt.

In der Substitutionsambulanz Altona haben wir seit Sommer 2015 mehr als zwei Dutzend neue Patienten aus dieser Gruppe in die Behandlung aufgenommen. Hier haben wir inzwischen ein Mäppchen mit den Standardsätzen wie „Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte – Sie haben morgen einen Arzttermin – bitte geben Sie eine Urinprobe ab – pusten Sie bitte hier kräftig rein“ in neun Sprachen. Sehr hilfreich.

Auch andere Einrichtungen haben sich auf die neue Situation eingestellt:

- Im zentralen Konsumraum der Stadt am Hauptbahnhof arbeitete stundenweise eine ärztliche Kollegin aus Afghanistan, die leider wieder aufgehört hat. Die Öffnungszeiten wurden ausgeweitet. So um die 70 Heroinkonsumenten aus Afghanistan und Iran finden sich im oder im Umfeld des Konsumraums. Tendenz: zunehmend. Bislang konsumiert die große Mehrzahl nicht intravenös, aber das ist keine Garantie auf die Zukunft.

- 3-4 PSB-Einrichtungen bieten bereits Termine mit Dolmetscherhilfe an.
- Am Universitätskrankenhaus Eppendorf gibt es die Flüchtlingsambulanz für Unter-18-jährige, Schwerpunkt: Traumafolgestörung.
- Die International Psychosocial Organisation (IPSO) bildet seit Februar 2017 24 Flüchtlinge zu psychosozialen Beratern aus, unterstützt durch eine Spende von 340 Tsd. Euro des Unternehmers Michael Otto.
- Das Suchthilfesystem der Stadt Hamburg, in der mehr als ein Viertel der Bevölkerung einen Migrationshintergrund aufweist, hat bereits seit einigen Jahren im Rahmen des bundesweit beachteten Projekts „Herkunft-Ankunft-Zukunft“ sogenannte „keypersons“ ausgebildet, die in ihrer Muttersprache in den diversen ethnischen Gemeinden Aufklärung betreiben über Abhängigkeitsrisiken, -erkrankungen und den Zugang zum Hilfesystem.
- Die Themenseite der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.: Suchthilfe-Migration-Asyl fasst die aktuellen Angebote zusammen, weist auf spezielle Einrichtungen hin, auch für Menschen ohne Papiere.
- Überdies existiert eine Reihe von muttersprachlichen Suchthilfe- und Selbsthilfeangeboten. So hat sich kürzlich eine NA-Gruppe Farsi-sprechender Opioidkonsumenten gebildet, angegliedert an eine PSB-Beratungsstelle.

Wir sind nicht die einzigen, denen die Entwicklung schädlicher Konsummuster auffällt:

Auch die Polizei registriert aufmerksam, dass sich eine neue Konsumenten- und Kleinhändlergruppe mit iranisch-afghanischem Hintergrund bildet. In der Ambulanz nehmen wir Patienten auf, die nach kurzer Zeit in Deutschland bereits hoch verschuldet und für illegale Aktivitäten erpressbar sind. Es steht zu

befürchten, dass aus dieser Gruppe drogenkriminelle Strukturen entstehen. Über kurz oder lang wird es direkte Handelswege aus dem „Goldenen Halbmond“, dem Hauptanbauggebiet für Mohn, geben: Das ist gleichermaßen eine Gesetzmäßigkeit der Opioidabhängigkeit wie der Drogenökonomie. Polizei, Öffentliches Gesundheitswesen und Suchthilfe stehen vor einer schwierigen Aufgabe, die eine enge Kooperation erfordert. Wir würden es begrüßen, wenn die für Drogenpolitik zuständige Behörde das Problem zur Kenntnis nimmt, bevor auf einem Wahlplakat der AfD die Begriffe „Flüchtlinge-Rauschgift-Kriminalität“ auftauchen.

Hamburg ist eine reiche Metropole mit internationalen Verbindungen und mit einer Vielfalt an Einwandererkulturen. Zweifelsohne bietet die Stadt, die sowohl Kommune als auch Bundesland ist, bessere Voraussetzungen im Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen als die meisten der über 400 Landkreise in Deutschland.

Dennoch stehen auch wir vor aktuellen wie absehbaren Schwierigkeiten: Das größte Problem ist die Verständigung. In der Klinik und bei Aufnahmen in der Ambulanz gelingt es in der Regel, Übersetzungshilfe zu organisieren. Bei Neuankömmlingen schicken die Aufnahmezentren häufig auch noch Dolmetscher mit. Dazu sind sie auch verpflichtet, aber es klappt nicht immer. Im weiteren Verlauf, wenn die Patienten nicht mehr in den Erstaufnahmezentren wohnen und noch keinen Deutschkurs besucht haben, wird es schwierig, und manchmal müssen wir uns der Unterstützung von bereits etwas Deutsch sprechenden Bekannten der Patienten bedienen, oder wir haben das Glück, dass sich ein Dolmetscher bereit erklärt, auch kurzfristig per Mobiltelefon zur Verfügung zu stehen.

Und es gibt Rückschläge: Die Klinik hat ein hervorragend funktionierendes Übersetzungssystem, dass per SKYPE funktioniert und zu jeder Tages- und Nachtzeit irgendwo auf der Welt einen Dolmetscher auftreibt, wieder abgeschaltet.

Unser Antrag auf eine regelmäßige Dolmetscherhilfe 4 Stunden wöchentlich in der Ambulanz soll nun demnächst bewilligt werden.

An der Kostenübernahme für die Dolmetscher ist auch die Eröffnung einer Therapiestation der Psychiatrischen Hauptklinik in Ochsenzoll für Flüchtlinge gescheitert, die quasi schlüsselfertig und mit komplettem Team bereit stand. Kritische Stimmen merken an, dass es möglicherweise nicht besonders klug ist, eine solche Spezialstation einzurichten, da man sich u.U. religiös, ethnisch oder politisch geprägte Konflikte ins Haus holt, die man weder verstehen geschweige denn lösen könne im Rahmen einer stationären Psychotherapie.

Die Bürgerschaft der Hansestadt hat das Problem erkannt und gerade 200 Tsd. Euro freigegeben für Dolmetscherhilfe in der Psychotherapie für geflüchtete Menschen.

Zum Schluss noch zwei ganz praxisnahe Themen:

Es gibt keinen bundeseinheitlichen Krankenversicherungssatus für Flüchtlinge in der ersten Zeit.

Einige Bundesländer haben recht unbürokratisch den Weg zur Gesundheitskarte geebnet: Hamburg, Bremen, Berlin u.a.

Einige Bundesländer lehnen die Ausstellung eines Gesundheitskarte ab, so Bayern und Baden-Württemberg.

In anderen Bundesländern wiederum haben einzelne Kommunen Karten ausgegeben.

Dort, wo das nicht der Fall ist, müssen Flüchtlinge in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland meist einen Behandlungsschein bei der Kommune holen, bevor sie zum Arzt gehen können. Ein Angestellter des Sozialamts entscheidet dann im Zweifel, ob ein behandlungsbedürftiger Fall vorliegt. Hätten Flüchtlinge eine elektronische Gesundheitskarte, würde dieser Behördengang wegfallen. Nach bisherigen Erkenntnissen aus den Regionen, wo Gesundheitskarten ausgegeben werden, kommt es nicht zu einer Überbeanspruchung des ambulanten und stationären Systems. Uns jedenfalls hat dieser Versicherungsstatus enorm geholfen, in der klinischen Abteilung Patienten direkt in den Entzug aufnehmen zu können, und im ambulanten Bereich innerhalb von 24 Stunden einen ambulanten Entzug oder eine Substitutionsbehandlung beginnen zu können.

Das zweite praxisnahe Thema: Abschiebungen und ärztliche Bescheinigungen.

Bundesinnenminister de Maizière hat im vergangenen Jahr die Seriosität ärztlicher Atteste für Flüchtlinge in Abschiebeverfahren bezweifelt. Zum Glück hat Bundesärztekammerpräsident Montgomery umgehend diese Anwürfe scharf zurückgewiesen.

Grundgesetz und Aufenthaltsgesetz formulieren den Anspruch auf Asyl und zielstaatenbezogene Abschiebungsverbote bei drohender Folter, menschenerniedrigender Behandlung, bei Todesstrafe und bei krankheitsbedingter Gefahr für Leib und Leben.

Wird ein Asylantrag abgelehnt, so kann dagegen beim Verwaltungsgericht Einspruch erhoben werden.

Das Deutsche Ärzteblatt in der Ausgabe vom 20. Januar 2017 schreibt dazu:

„An dieser Stelle kann der Verwaltungsrichter per Beweisbeschluss ein ärztliches oder psychologisches Sachverständigengutachten einholen, das zwei verschiedenen Fragestellungen dienen kann. Einerseits kann er ein Gutachten anfordern, in dem Hinweise auf psychische oder auch körperliche Folterfolgen überprüft werden sollen, die die Angaben des Asylbewerbers, gefoltert worden zu sein, stützen können. Er kann aber auch in einem Gutachten untersuchen lassen, ob und welche Erkrankungen bei dem Asylbewerber bestehen und inwieweit bei Rückführung oder Abschiebung ins Herkunftsland prognostisch mit einer schwerwiegenden oder auch lebensbedrohlichen Verschlechterung der Erkrankung zu rechnen wäre.“

Welche Standards bei der Begutachtung einzuhalten sind, ist nachzulesen im Curriculum der Bundesärztekammer *„Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“*.

Die Formulierung: ist *„prognostisch mit einer schwerwiegenden oder auch lebensbedrohlichen Verschlechterung der Erkrankung zu rechnen“* hat bei unserem ersten Abschiebefall nach Afghanistan die Möglichkeit eröffnet, auf die chronische Erkrankung Opioidabhängigkeit in Verbindung mit einer aktiven Hepatitis und mit akuter Suizidalität in einer Stellungnahme hinzuweisen. Der Patient, der seit den 1990er Jahre in Hamburg lebt, seit über zehn Jahren keine betäubungsmittelrechtlichen Verfahren aufweist, verheirateter Familienvater ist und in einem Sicherheitsbetrieb arbeitet, konnte daraufhin auf dem Flugplatz umdrehen. Voraussetzung ist bei all diesen Fällen eine sorgfältige Dokumentation der Vorgeschichte und des Behandlungsverlaufs.

Bei Patienten mit ungesichertem Aufenthaltsstatus muss man gewärtig

sein, dass Abschiebungen von jetzt auf sofort stattfinden. Dann bleibt für Stellungnahmen nur wenig Zeit (in unserem Fall waren es gerade 45 Minuten). Ohne sorgfältige Anamnese, Untersuchung, Therapieplanung und Dokumentation hat man dann keine Chance, eine Stellungnahme vorlegen zu können.

Weiter führt der Artikel der Arbeitsgruppe *„Begutachtung“* der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie und des Referates *„Psychotraumatologie“* der DGPPN im Ärzteblatt aus: *„Was die unter dem Stichwort „Asylpaket II“ erfolgte Novellierung der Asylgesetzgebung angeht, hat sich im Grunde hinsichtlich der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung als mögliches Abschiebehindernis nichts geändert. Denn schon vordem galt – wie bei allen anderen psychiatrischen Diagnosen auch – das alleinige Vorliegen einer solchen nicht von vornherein als Abschiebehindernis. Wie bei allen psychischen wie somatischen Erkrankungen kommt es auch hier auf das klinische Bild und vor allem auf die Schwere der Erkrankung an und auf die Frage, inwieweit aus der prognostischen Beurteilung möglichst konkret ersichtlich wird, dass erhebliche Gefahr für Gesundheit und Leben im Falle einer Abschiebung besteht.“*

Welchen Stellenwert Abhängigkeitserkrankungen im Asylverfahren und bei Widerspruchsverfahren vor den Verwaltungsgerichten haben werden, wird sich in der nächsten Zeit herausstellen. Wir müssen damit rechnen, dass uns in den kommenden Jahren das Thema Migration und Abhängigkeitserkrankungen noch intensiv beschäftigen wird. Zu den mitgebrachten Faktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung gesellen sich zusätzlich Einwanderungsstressoren wie

Diskriminierung, mangelnde Integration und die fremde Kultur.

Große Einwanderungsbewegungen sind für jede Gesellschaft eine Herausforderung: politisch, ökonomisch, kulturell. Für die Suchtmedizin und Drogenpolitik sehe ich eine Reihe von Fragen:

- Gelingt es uns, kulturelle Kompetenz zu gewinnen im Umgang mit Flüchtlingen? Sollten interkulturelle Teams Standard sein in der Suchtmedizin einer Einwanderergesellschaft?
- Wie können wir Rahmenbedingungen schaffen für niedrigschwellige und langfristige Behandlungsangebote?
- Wann ist der richtige Zeitpunkt, eine ausführliche Anamnese der traumatischen Erlebnisse vorzunehmen? Wie können wir adäquat auf Krisen reagieren? Wie bringen wir Traumatherapie und Suchtmedizin zusammen?
- Wie erreichen wir die weiblichen Flüchtlinge aus diesen Ländern mit einem Substanzproblem?
- Wie kann Alkoholprävention unter muslimischen Einwanderern in unserem Land mit einer ausgesprochenen

Alkoholkultur gestaltet werden?

- Ist im Zusammenhang mit Migration die Integration als 5.Säule in der Drogenpolitik zu definieren?
- Nehmen die supranationalen Organisationen WHO und UNODC das Thema auf ihre Agenda? Wie steht es mit unseren Fachgesellschaften und Berufsverbänden?
- Sind Suchtmedizin und Suchthilfe bereit, sich dem Thema zu stellen? Sollten wir Empfehlungen und Guidelines für den Umgang mit Immigranten in der Suchtmedizin erarbeiten?
- Wie gehen wir mit Ressentiments unter Patienten und Beschäftigten gegenüber Flüchtlingen und Migranten um?
- Gewinnen rechtspopulistische Kreise so stark an Einfluss, dass Sozialpolitik, Integration und Schadensminderung darunter ausgetrocknet werden?
- Welche Bedeutung aus Sicht von Public Health messen wir dem Thema „Migration und Abhängigkeitserkrankungen“ zu? Das sind die Fragen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Quellen und Hinweise:

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)
<http://www.bamf.de/DE/Startseite/startseite-node.html>

Aktuelle Zahlen zu Asyl, Ausgabe Dezember 2016, BAMF
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2016.pdf?__blob=publicationFile

Afghanistan - Opium Survey 2016: Cultivation and Production
UNODC (UN Office on Drugs and Crime) and Islamic Republic of Afghanistan, Ministry of Counter Narcotics, DECEMBER 2016
https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2016_cultivation_production.pdf

UNODC, World Drug Report 2016
<https://www.unodc.org/wdr2016/index.html>

Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region
Health Evidence Network Synthesis Report, No. 47; Stefan Priebe, Domenico Giacco, and Rawda El-Nagib.
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. ISBN-13: 978-92-890-5165-1
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf

"Migration und Sucht" am 21.09.2016 am DZSKJ des UKE Hamburg-Eppendorf - Präsentationen und Vorträge
<https://www.uke.de/kliniken-institute/zentren/deutsches-zentrum-fuer-suchtfraagen-des-kindes-und-jugendalters/ueber-das-zentrum/aktuelles/index.html>

Asylbewerber: Ein ethisches Dilemma; Dtsch Arztebl 2017; 114(3): A-74 / B-65 / C-65
Haenel, Ferdinand; Biesold, Karl-Heinz; Denis, Doris; Ebbinghaus, Ruth; Flatten, Guido; Liebermann, Peter
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/185646/Asylbewerber-Ein-ethisches-Dilemma>

Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. BÄK, 2012
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrStandardsBegutachtungTrauma2012.pdf

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen - BAS e.V.-Workshop: Suchtprobleme bei Flüchtlingen, 03.03.2016 in München. Dokumentation zum Workshop "Suchtprobleme bei Flüchtlingen"
http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Nachlese/2016/BAS_e.V._Workshopdokumentation_Suchtprobleme_bei_Fl%C3%BChlingen_2016_final.pdf

Die Fachbeiträge der DHS Fachkonferenz 2016: Forum 108 "Suchtrisiko Migration"
<http://www.dhs.de/dhs-veranstaltungen/rueckschau/fachkonferenz.html>

aerzteblatt.de – Themenauswahl Migranten/Asylbewerber
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Migranten%2FAsylbewerber>

Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen bereiten Experten Sorge. (aerzteblatt.de, 10.10.2016)
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Migranten/Asylbewerber?nid=70830>

Flüchtlinge und (Opioid-)Abhängigkeit - Die Hürden zur Behandlung
Dieter Ameskamp, Dr. med. Thomas Kuhlmann, Astrid Leicht, Hans-Günter Meyer-Thompson, Dr. med. Sibylle Quellhorst, Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter, Dr. Theo Wessel; KONTUREN, 10.08.2016
<https://www.konturen.de/fachbeitraege/fluechtlinge-und-opioid-abhaengigkeit/>

Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA (2016) Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review. PLoS ONE 11(7): e0159134. doi:10.1371/journal.pone.0159134
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0159134>

Transcultural drug work - A handbook for practitioners working with drug users from different ethnic and cultural backgrounds, Olga FEDOROVA, Pompidou Group / Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit trafficking in Drugs, PPG/COOP (2012)3
[https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Documents/PPG-Coop\(2012\)3_Handbook_en.pdf](https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Documents/PPG-Coop(2012)3_Handbook_en.pdf)

Migration - Sucht - Transkulturalität - SUCHT Hamburg, 2013
<http://www.sucht-hamburg.de/shop-kategorie/broschueren-ratgeber/item/migration-sucht-transkulturalitaet>

Suchthilfe in kultureller Vielfalt, Schwerpunktausgabe von Partnerschaftlich 1/2016, Hrsg: GVS – Gesamtverband für Suchthilfe
http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Partnerschaftlich/2016/PS_01-16.pdf

Hamburg. SUCHT.HAMBURG (Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.), Themenseite Suchthilfe-Migration-Asyl
<http://www.sucht-hamburg.de/hilfe/suchthilfesystem/suchthilfe-migration-asyl>

Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS) - Selected Publications
<http://incas.tums.ac.ir/find.php?item=1.343.336.en>

Broschüre aus dem Gesundheitsministerium Teheran auf Farsi für PatientInnen
<http://rahju85.blogfa.com/post/26>

Broschüre aus dem Gesundheitsministerium Teheran für Angehörige auf Farsi
http://zhc.zaums.ac.ir/uploads/%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86_%D9%86%DA%AF%D9%87%D8%AF%D8%A7%D8%B1%D9%86%D8%AF%D9%87_%D8%A8%D8%A7_%D9%85%D8%AA%D8%A7%D8%AF%D9%88%D9%86.pdf

Broschüre aus dem Gesundheitsministerium Teheran für PsychologInnen und BeraterInnen
http://www.ssu.ac.ir/cms/fileadmin/user_upload/Moavenatha/MBehdashti/ravan/pdf/faaliyatha/Psychologist_Booklet_farsi_92-6-13_with_cover_-_resized.pdf