



Hintergrund

Eine große Anzahl von Menschen kommt derzeit notfallmäßig in andere Länder, in für sie unbekannte Lebensbedingungen, zu großen Teilen verständlicherweise in Lagermilieus. Unbekannt sind die initiale Suchtmittelbelastung – nach Herkunftsländern differenziert, die Traumatisierung während der Flucht und die speziellen Bedingungen einer erst in den Zufluchtsländern aufkommende Suchtentwicklung. Das Verständnis der Bedingungen solcher Entwicklungen ist für eine optimale Betreuung der Flüchtlinge vor Ort unabdingbar. Dies ist zuletzt bekannt durch das Heroin-Problem der 1990er und 2000er Jahre der Migranten aus Staaten der ehemaligen Sowjetunion, beispielsweise jener junger Männer, die aus Kasachstan nach Deutschland kamen, aber auch bei Flüchtlingen im Kontext des Balkankrieges.

Derzeit machen Menschen aus Syrien einen Großteil der Flüchtlinge aus, wobei keine offensichtlichen Suchtprobleme vorliegen. Allerdings wird bei allein reisenden Jugendlichen nach der Aufnahme in Flüchtlingslagern von Drogenproblemen berichtet. Genauere Zahlen liegen nicht vor.

Auch Flüchtlinge aus Afghanistan oder Pakistan oder aus dem Balkan oder Afrika bringen in unterschiedlicher Häufigkeit, Form und Intensität Suchtprobleme mit, die zu beachten sind.

Einführung in die Thematik

Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter, 2. Vorsitzender des BAS e.V., erläuterte zunächst, dass die Teilnehmerzahl aufgrund des anvisierten Workshopcharakters auf ursprünglich etwa 20-30 Personen begrenzt worden sei. Bedingt durch den enormen Zulauf habe man sich schließlich für eine Großveranstaltung entschieden, die sich insbesondere Dank der Flexibilität und des Engagements von *Prof. Dr. Oliver Pogarell*, Leiter des Ständigen Ausschuss Forschung (STAP) des BAS e.V., realisieren ließ. Prof. Tretter betonte, dass auch von Seiten einiger Akteure in Wien großes Interesse bestanden habe, dieses Dunkelfeld aufzuhellen. Diese seien jedoch bedauerlicherweise verhindert gewesen.

Bei der Tagung gehe es, so Prof. Tretter, um die Sammlung von Beobachtungen bezüglich Suchthinweisen bei Flüchtlingen aus den Segmenten Verwaltung, Flüchtlingshilfe, Polizei, ambulante Medizin, Suchtberatung sowie Klinik und Psychiatrie, um das Verständnis von Hintergründen und um Hinweise für das praktische Prozedere zu gewinnen. Es sei allmählich notwendig, eine differenzierte Sicht auch zu den verschiedenen Personengruppen nach Familienstand, Alter, Geschlecht und vor allem Herkunftsland und Fluchtanlass zu bekommen, da das Risiko massenmedialer Verzerrung der Realität zu groß sei. Wichtig sei auch die Differenzierung des Stadiums des Aufenthalts und der Art der Unterkunft der Flüchtlinge.

Prof. Tretter betonte auch die Relevanz, Erfahrungen aus dem Balkan-Krieg mit seinen Flüchtlingsproblemen in die aktuelle Situation einzubinden. Damals seien einige polytoxikomane Patienten in Haar behandelt worden. Diese Erfahrungen wären auch zur Integrationsaufgabe wertvoll. Dabei sei auch der Städtevergleich interessant, insofern Wien einen besonders hohen Ausländeranteil (37 %) im Vergleich zu München (27 %) und Berlin (19 %) habe.

In der Einführung verwies Prof. Tretter ferner auf die grundlegende Notwendigkeit, sich und vor allem Außenstehenden klar zu machen, dass die Menschen, die als Flüchtlinge ankommen, zum dritten Mal ihre Situation verändert hätten: der Kriegszustand zu Hause, die Fluchtsituation und die Situation im Zufluchtsland. In allen diesen Stadien bestünde traumatisierender Stress und demzufolge das Risiko, dass durch Einnahme von Alkohol, Tabak, Benzodiazepinen, Amphetaminen, Cannabis und auch Opioiden eine Selbstmedikation erfolge, die oft aber nur Schlafinduktion, Schmerzlinderung bei unversorgten Verletzungen, Beruhigung oder die Überwindung von Erschöpfung zum Ziel habe. Der Einsatz dieser Substanzen auch von Seiten des Militärs sei schon seit nahezu 100 Jahren bekannt.

Verfahrensschritte und Voraussetzungen im Rahmen der Antragsstellungen im AsylbLG – Schwerpunkt Suchtproblematik

Gabi Yazgan vom Sozialreferat, Amt für Wohnen und Migration der Landeshauptstadt München, die *Petra Spitzbarth* krankheitsbedingt vertrat, schilderte die aktuelle Flüchtlingssituation und die Modalitäten der Antragsstellung bei Bedarf einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung wegen posttraumatischer Störungen oder Suchtproblemen. Die Anzahl in Deutschland angekommener Flüchtlinge sei unbekannt, da noch nicht alle registriert seien. Bundesweit seien 2015



476.649 Asylanträge gestellt worden. Davon seien 140.872 positiv entschieden, 91.514 negativ, 50.297 sonstige Verfahrenserledigungen und der Rest noch nicht entschieden. Aktuelle Informationen dazu stünden auf der Website des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF; www.bamf.de) zur Verfügung.

In München gebe es derzeit ca. 15.000 Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG.

Nach der Registrierung würden die Asylsuchenden nach dem Königsteiner Schlüssel auf verschiedene Erstaufnahmeeinrichtungen und deren Dependancen verteilt. Die Asylantragstellung erfolge im BAMF, ebenso die Anhörung und die Entscheidung über den Asylantrag. In der Zwischenzeit könne eine Verteilung (Zuweisung) in eine staatliche oder kommunale Unterkunft erfolgen, in der die Asylbewerber in der Regel auch bis zum Abschluss ihres Asylverfahrens verblieben. Personen aus sicheren Drittstaaten verblieben meist in der Erstaufnahmeeinrichtung.

Bezüglich des Antragsverfahrens Drogentherapie bei Leistungsberechtigten nach § 3 AsylbLG (i.d.R. bis zum Abschluss des Asylverfahrens und Wechsel in SGB II oder nach 15 Monaten im Bundesgebiet) verwies Frau Yazgan auf § 6 Satz 1 Alt. 2 AsylbLG (Zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich): Dieser knüpfe nicht an die in § 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG verwendeten Begriffe „Erkrankung“, „Schmerzzustände“, „Krankheiten“ und „Krankheitsfolgen“ an, sondern verwende den weiteren Begriff „Gesundheit“, der neben dem biologisch-physiologischen auch das psychische Wohlbefinden umfasse. Im Einzelfall könne es zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sein, chronisch Kranke (zum Beispiel bei Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder bestimmten Herzerkrankungen) oder Suchtkranke zu behandeln und mit Arzneimitteln zu versorgen, um ernste Folgen zu vermeiden (zum Beispiel diabetisches Koma, Schlaganfall, Herzinfarkt).

Die Frage, inwieweit psychotherapeutische oder ähnliche Behandlungen für Flüchtlinge als „sonstige Leistungen“ nach § 6 AsylbLG zu gewähren seien, stelle sich vor allem bei leistungsberechtigten Asylbewerbern, die in ihrem Heimatland der körperlichen und/oder seelischen Folter ausgesetzt worden seien und jetzt eine Suchtproblematik vorwiesen, wenn nicht bereits eine „akute Erkrankung“ im Sinne des § 4 AsylbLG vorliege. Unter „akuter Erkrankung“ verstehe man einen unvermittelt auftretenden, schnell und heftig verlaufenden regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der aus medizinischen Gründen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedürfe.

Kein Leistungsanspruch bestehe daher auf nicht eindeutig medizinisch indizierte Behandlungen. Daher könne eine Psycho-, Trauma- oder Suchttherapie allenfalls als sonstige Leistung im Sinne des § 6 AsylbLG in Betracht kommen. Suchterkrankungen lösten allerdings nicht automatisch einen Anspruch auf Erbringung „sonstiger Leistungen“ nach dem AsylbLG aus, es sei in jedem Fall eine Einzelfallprüfung notwendig. Dies erfordere unbedingt, dass ein Facharzt nachvollziehbar und schlüssig unter Angabe der Diagnose folgendes attestiere:

- Die Maßnahmen sind zur Sicherung der Gesundheit des leistungsberechtigten Flüchtlings unerlässlich,
- die Aufnahme der psychotherapeutischen respektive Suchtbehandlung ist auch im Hinblick auf die voraussichtliche Dauer des weiteren Aufenthaltes sachgerecht und
- gleichwertige, kostengünstigere Behandlungsmaßnahmen stehen nicht zur Verfügung.

Ein entsprechender Antrag ist formlos unter Angabe der geplanten Therapiestunden (ambulante Therapie) oder der Länge der geplanten medizinischen Rehabilitation (stationäre Drogentherapie) und einer entsprechenden Schweigepflichtentbindung bei der zuständigen Sachbearbeitung zu stellen. Dieser Antrag, der auch den Dolmetscherbedarf beinhalten könne, werde anschließend zusammen mit der fachärztlichen Stellungnahme an das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) zur Gutachtenerstellung übermittelt. Das Verfahren könne derzeit drei Monate dauern. Aussagekräftige Anträge würden das Verfahren beschleunigen. Die Ärzte entschieden, insofern die entsprechenden Unterlagen aussagekräftig genug seien, häufig nach Aktenlage. Die Bewilligungsquote sei hoch. Allerdings wurde dazu im Publikum angemerkt, dass es scheinbar von den verschiedenen bayerischen Bezirken abhängig sei, ob die Anträge akzeptiert würden.

In Einzelfällen erfolge eine Einladung der Person zur Untersuchung. Die Entscheidung der Sachbearbeitung richte sich ausschließlich nach den im Gutachten gemachten Empfehlungen des RGU. Die Anträge würden statistisch nicht erfasst, so dass keine Angaben zu der Anzahl der gestellten Anträgen möglich seien.



Für allgemeine Fragen zu Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz könne man sich an das Gruppenpostfach s3-m-fsa-steuerung.soz@muenchen.de wenden. Fragen an die Sachbearbeitung in Einzelfällen würden über das Gruppenpostfach zew-fluehi-gu.soz@muenchen.de beantwortet.

Drogenkonsum in Herkunftsländern

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel vom IFT Institut für Therapieforschung München präsentierte die für die Regionen Nordafrika, Ägypten, Syrien, Irak, Iran und Afghanistan verfügbaren offiziellen Statistiken der WHO, der UNODC, dem EMCDDA, dem US Department of State sowie weiterer Berichte und Surveys und erläuterte auch die methodische Problematik der Erhebungen. So seien regelmäßige Monitoringdaten nur begrenzt vorhanden. Zur Versorgung stünden lückenhafte oder ältere Daten und nur wenige verlässliche Informationen zur Verfügung. Die Anzahl wissenschaftlicher Publikationen sei gering und zudem nicht für alle Länder verfügbar.

Ferner stellte er die kulturraumspezifischen Bewertungen der Sucht und der einzelnen Suchtmittel dar, wobei er auch Einblicke in die jeweiligen Versorgungssysteme gab. Dr. Pfeiffer-Gerschel stellte grundlegend klar, dass die Hauptprobleme dieser Länder in der Sicherung der Existenz der Bevölkerung liegen, was Ernährung, Wohnen, Arbeit und Sicherheit angehe und dass demzufolge Fragen der somatischen Gesundheit und vor allem dann der psychischen Gesundheit, speziell der Sucht, kaum Thema seien. Es sei daher auch verständlich, dass in bestimmten Ländern die Produktion und der Handel von illegalen Substanzen stark verwurzelt und den Soldaten wie auch Flüchtlingen aus diesen Regionen wohlbekannt seien.

Die Zahlen der EMCDDA betreffend werde eine Aufschlüsselung der hier interessierenden Länder nicht vorgenommen.

Den Daten der Asylgeschäftsstatistik des BAMF zufolge stellten Syrer unter allen Flüchtlingen mit einem Anteil von 35,9 % an allen Erstanträgen den Hauptanteil der Asylbewerber. Darüber hinaus seien aber Menschen aus den Balkanstaaten stark vertreten.

Insofern verfügbar, würden in Nordafrika ca. 4,3 % Cannabis-Konsumenten geschätzt, im Nahen und Mittleren Osten 3,4 %, in Ost und Südost Europa 2,3 % und im Vergleich dazu in West und Zentral Europa ca. 5,7 % (12-Monatsprävalenzen; UNODC, World Drug Report 2015).

Im Nahen und Mittleren Osten werde von einer relativ hohen Quote von 1,9 % Opioid-Konsumenten ausgegangen, in Ost und Südost Europa von 1,4 %. Im Vergleich dazu werde in West und Zentral Europa von einem Anteil in Höhe von 0,5 % und in Nordafrika von 0,2 % ausgegangen (12-Monatsprävalenzen; UNODC, World Drug Report 2015).

Es wurden von Dr. Pfeiffer-Gerschel einige markante regionale Befunde formuliert, die nachfolgend kurz vorgestellt werden:

- Mittlerer Osten und Nordafrika: in vielen Ländern instabile politische Lage, daher wenig Ressourcen für die Forschung; Informationsdefizite zu Herstellung, Handel, Prävalenz und Behandlung; schwierige/desaströse Lage der Bevölkerung mit wenig Jobchancen/Sicherheit; Anbau von Rauschgift; nationaler/internationaler Rauschgifthandel (gefördert durch Instabilität); Einsatz von Substanzen im Syrienkrieg
- Nordafrika: verbreiteter Anbau von Cannabis (mit Schwerpunkt in Marokko/Ägypten); seit 2012 Anstieg des Konsums von Opioiden, Cannabis, Kokain und ATS (Amphetamin Type Stimulants) [INCB, 2013, Africa]
- Mittlerer Osten: ansteigender Konsum von Opioiden, ATS, Methamphetamin, Kokain, anderen Stimulanzien und verschreibungspflichtigen Medikamenten (World Drug Report 2013)
- Iran: traditioneller Konsum von Opium; steigender Methamphetaminkonsum
- Irak: traditioneller Konsum von Opium
- Afghanistan: traditioneller Konsum von Opium; es werden ca.1,6-3,0 Mio. Opiatabhängige geschätzt; bei 30,5 Mio. Einwohnern ergibt sich eine Prävalenz in Höhe von 5-10 %, die mehr 20-fach höher liegt als in Westeuropa (0,2 %); es existieren landesweit ca. 2.300 Behandlungsplätze in etwa 100 meist mit internationaler Hilfe finanzierten Einrichtungen; das größte staatliche Behandlungsangebot in Kabul verfügt z.B. über 300 Plätze.
- Libanon: Herstellung von Fenetyllin (ehemaliges Captagon[®])



- Jordanien: massiver Anstieg des Konsum von Captagon® (World Drug Report 2013)
- Syrien: steigender Konsum von Captagon® (World Drug Report 2013)
- Ägypten: aktuell höchste Prävalenz des Heroinkonsums in Nordafrika (INCB 2013, Africa); Verbreitung von Tramadol (Diskussion: Hier ist die Schwierigkeit des Nachweises im Schnelltest zu berücksichtigen!)
- Marokko: ansteigende Kokain- und Opiatprävalenzen
- Saudi-Arabien: Verbreitung von Benzodiazepinen
- Balkan: Drogenabhängige sterben vergleichsweise früher, was jedoch kein Hinweis auf die Verbreitung von illegalen Drogen sein muss, sondern auf die schlechtere Versorgungssituation verweisen kann. Männer aus Bosnien und Herzegowina zeigen eine höhere Alkoholbelastung (5,19 %; Punktprävalenz, 2004) als deutsche Männer (4,51 %; Punktprävalenz, 2004).

Insgesamt könne man ein Anstieg des Konsums von Stimulanzien feststellen, da Flucht anstrengend sei. Die Datenlage sei jedoch lückenhaft, sodass sich eine Unterschätzung des Trends vermuten lasse.

Dr. Pfeiffer-Gerschel zufolge sei es wichtig zu beachten, dass die Konsumerfahrungen und Hilfeleistungen in den Herkunftsländern große Unterschiede aufwiesen und dass diese Erfahrungen in die Zufluchtsländer mitgebracht würden.

Er betonte ferner auch die Notwendigkeit, auf HIV-Infektionen zu achten, da diese in den Herkunftsländern deutlich höher als in Deutschland seien (höchste HIV-Raten unter Drogenkonsumenten im Nahen und Mittleren Osten neben Südwestasien; im Iran ca. 15 % und in Marokko ca. 10 % Prävalenz bei Drogenkonsumenten). Da aus vielen Ländern keine Daten zur Verfügung stünden, müsse man möglicherweise mit „versteckten“ Epidemien rechnen.

Auch Hepatitis C sei ein größeres Problem.

Ein besonderes Augenmerk sei auf Suchtprobleme bei Frauen zu legen, die erkennbar noch zum Thema würden. Drogen konsumierende „unsichtbare“ Frauen seien in vielen Herkunftsländern nochmals deutlich benachteiligt, da sie in regionalen Studien kaum erfasst würden. Daraus ergebe sich eine große Unwissenheit und eine möglicherweise deutliche Unterschätzung der Prävalenzen. Es herrsche eine starke Geschlechtertrennung und besondere Stigmatisierung von Frauen, die Drogen konsumierten und ein deutlich erschwerter Zugang zu Harm Reduction- und Therapieangeboten. Besondere Bedürfnisse von Frauen im therapeutischen Kontext blieben – mit Ausnahme des Irans mit auf Frauen spezialisierten Angeboten – praktisch unberücksichtigt.

Betrachte man den Alkohol-Konsum in den meisten Ländern der Region, sei dieser zwar gesetzlich erlaubt, aus religiösen Gründen jedoch unüblich und sozial stigmatisiert. Es seien demzufolge niedrige Prävalenzraten des Alkoholkonsums feststellbar, aber auch der Konsum von „Selbstgebranntem“ vorherrschend, der deutlich erhöhte gesundheitliche Risiken mit sich bringe.

Kultureller Hintergrund, Traumaerfahrungen und Konsumpräferenzen verschiedener Migrantengruppen in Deutschland

Rabee Mokhtari Nejad von der Migrationsambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München berichtete über die Erkenntnisse aus ihrer Ambulanz. Grundlegend sei zu beachten, dass die Flüchtlingsproblematik, insbesondere die Sucht betreffend, eine Problematik jüngerer Männer sei. Dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zufolge seien 2014 die Mehrheit der Asylanträge von Männern gestellt worden. 70,5 % aller Asylbewerber seien jünger als 30 Jahre. Mehr als die Hälfte der unbegleiteten minderjährigen Asylwerber (59,8 %) stammten aus Afghanistan (23,9 %), Eritrea (21,0 %) und Syrien (14,9 %).

Mindestens 50 % der Flüchtlinge wiesen eine psychische Erkrankung auf. Zu den häufigsten Störungen zählten Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS; 40-50 %), depressive Störungen (50 %; im Vergleich zur Belastung bei Arbeitsmigranten eine zweifach erhöhte Belastung, Lindert et al., 2009) und Suizidalität (Gäbel et al., 2006, Ruf et al., 2010, Bundespsychotherapeutenkammer, 2015). Schwedische Studien zeigten ferner ein erhöhtes Risiko für Suchterkrankungen (Alkohol und illegale Substanzen) für junge Migranten der 2. Generation und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (Lundgren et al., 2012).



Frau Mokhtari Nejad verwies jedoch auf die deutlichen Unterschiede innerhalb der Migrantenpopulationen (Svensson et al., 2010, Hjern et al., 2004, Storbjörk et al., 2010, Lundgren et al., 2012). Die Erfahrungen seien sehr individuell, sodass es in der Folge auch nicht möglich sei, Gruppentherapien anzubieten.

Betrachte man die Migrantenpopulationen in der Münchener Migrationsambulanz zwischen 2012-2015 (n=900), so kämen die meisten Patienten aus Afghanistan (60 %), dem Irak (10 %) und Nigeria (8 %). Dass darunter nur wenige Frauen seien, dürfte auch dem Problem der Kinderbetreuung geschuldet sein. Derzeit könne aufgrund der Vielzahl an Flüchtlingen der Behandlungsbedarf seitens der Migrationsambulanz nicht gedeckt werden.

Nach Herkunftsländern aufgeteilt, ergebe sich für die betrachteten 900 Patienten der Migrationsambulanz folgendes Bild:

- Afghanistan (60 % der Patienten): Hierbei handele es sich überwiegend um junge Männer und verheiratete Frauen. Frau Mokhtari Nejad betonte, dass sich dieses Land seit 1979 in einem nahezu permanenten Kriegszustand befinde. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge missbrauchten in erster Linie Alkohol. Unter afghanischen Frauen sei Polypharmazie (bunter Mix, in erster Linie Kopfschmerztabletten und Internistika) und Benzodiazepine in Zusammenhang mit affektiven Störungen, Angststörungen und Traumata i.S. einer Selbstmedikation weit verbreitet. Kopfschmerztabletten würden häufig gegen durch eine sehr geringe tägliche Trinkmenge von 100-200 ml verursachte Kopfschmerzen eingesetzt. Die Frauen sprächen kein Deutsch, wiesen nur einen sehr geringen Bildungsgrad auf, seien aber dennoch sehr therapieinteressiert. Als Suchtstoffe bei erwachsenen Männern dominierten insbesondere Alkohol, dann Tabak, Schmerzmittel wie Tramadol, Benzodiazepine und Cannabis. Es sei kein Fall von Heroinabhängigkeit oder Kokain-, MDMA- oder Ecstasykonsum bekannt. Männer zeigten häufig aggressives Verhalten (auch der eigenen Familie gegenüber) und eine hohe Therapieabbruchrate. Insgesamt stellen Menschen aus Afghanistan mit 30 Jahren Kriegszustand im Lande die weltweit größte Flüchtlingsproblematik dar.
- Irak (10 % der Patienten): Es handele sich in der Migrationsambulanz fast ausschließlich um irakische Kurden, die vorrangig Alkohol und Tabak, aber in einigen Fällen auch Benzodiazepine konsumierten. Die Männer seien hoch traumatisiert und suizidgefährdet. Frau Mokhtari Nejad verwies darauf, dass die Situation im Heimatland seit 2003 durch den langanhaltenden Krieg zunehmend durch Instabilität gekennzeichnet sei und sich die Versorgungslage erheblich verschlechtert habe. Es sei eine Zunahme psychiatrischer Erkrankungen feststellbar (Mokdad et al., 2014, Al Hamzawi et al, 2015), wobei Angaben zur Prävalenz aufgrund der fehlenden Erfassung psychiatrischer Erkrankungen nicht möglich seien (Al Hamzawi et al, 2015). Im Vordergrund stünden dabei affektive Störungen, PTBS und Drogenabhängigkeit (Al Hamzawi et al, 2015).
- Syrien (nur ca. 5 % der Patienten): In der Migrationsambulanz würden Frau Mokhtari Nejad zufolge kaum syrische Staatsangehörige vorstellig. Dies gelte ferner für den niedrigschwelligen ambulanten Notfalldienst der Klinik und auch für Refugio trotz verfügbarer Dolmetscherdienste. Es sei aber eine hohe Prävalenz von psychiatrischen Erkrankungen bei syrischen Flüchtlingen zu erwarten. Dass derzeit nur so wenige Syrer im Suchthilfesystem vorstellig würden, könnte darauf zurückzuführen sein, dass viele syrische Flüchtlinge gut situiert seien und über Ressourcen verfügten, dass die Flucht oftmals im Familienverbund stattfinde und sie eine größere Stabilität aufwiesen. Eine Problementwicklung erfolge möglicherweise erst in zwei bis drei Jahren. Die Rangreihe der Problemsubstanzen bei den in der Migrationsambulanz ankommenden Männern aus Syrien seien Benzodiazepine, Tabak, Beta-Blocker sowie Alkohol. Die oftmals von schweren Kriegstraumata und dem Verlust von Angehörigen gezeichneten Männer zeigten bereits vorbestehenden Konsum von Benzodiazepin, die i.S. einer Selbstmedikation zur Beruhigung eingenommen würden.

Aufgrund ihrer Erfahrungen mit den Patienten in der Migrationsambulanz zog Frau Mokhtari Nejad das Fazit, dass Alkohol die am häufigsten konsumierte Droge sei, gefolgt von Cannabis, Benzodiazepinen und Tabak. Eine Opiatabhängigkeit hingegen sei eher selten vorhanden. Selbstmedikation (Polypharmazie) spiele im Vorfeld der psychiatrischen Erstvorstellung eine wichtige Rolle.

Ambulante Therapien funktionierten gut, die Drop-Out-Quote sei gering. Da ambulante Behandlungsplätze jedoch Mangelware seien, würden viele stationär versorgt.



Insgesamt hätten Flüchtlinge mit einer Drogenabhängigkeit einen erschwerten Zugang zu suchtspezifischen Angeboten. Es seien mehr kulturspezifische Angebote erforderlich. In diesem Zusammenhang sei es wichtig, die kulturelle Kompetenz von Mitarbeitern auszubilden, spezifische Psychoedukationsprogramme und Präventionsstrategien für junge Flüchtlinge und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge zu entwickeln, die Kostenübernahme der suchtspezifischen Behandlung und Dolmetscherdienste zu klären sowie die Vernetzung und den Austausch aller mit der Suchtbehandlung und Behandlung von Flüchtlingen befassten Akteure zu verbessern.

Erfahrungen aus der Behandlungspraxis: REFUDOCOS – ein Münchener Modell? Vorstellung eines neuen akutmedizinischen Versorgungskonzepts für Flüchtlinge und Asylbewerber und deren Kinder

Dr. Hannes Rabe, REFUDOCOS und Beiratsmitglied des BAS e.V., stellte den Verein REFUDOCOS zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen, Asylbewerbern und deren Kinder vor. Flüchtlinge, die ins Land kämen, benötigten häufig eine medizinische Versorgung. Das grundlegende Problem bestünde aber darin, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für die Betroffenen mit sprachlichen, technischen, kulturellen und bürokratischen Hindernissen verbunden sei. Deswegen sei mit REFUDOCOS in Zusammenarbeit mit der Regierung von Oberbayern ein neues Konzept entwickelt worden, das den Besonderheiten der Migrantenmedizin auf verschiedenen Ebenen Rechnung trage. In die Arbeit von REFUDOCOS zur medizinischen Versorgung der Flüchtlinge seien verschiedene Institutionen und Berufsgruppen involviert: Ärzte, nichtärztliches Personal, Soziale Dienste, Dolmetscher, Regierung/Kommune sowie externe Institutionen. Ein wichtiger Partner sei das Tropeninstitut.

Zentrale Merkmale der Arbeit von REFUDOCOS:

- Niedrigschwelliger Zugang (da vor Ort aufsuchend)
- Schonung von Ressourcen (durch frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Krankheiten und ggf. gezielte Weitervermittlung in das allgemeine Gesundheitssystem i.S. einer Lotsenfunktion)
- Kosteneffizienz (durch kompetente/zunehmend spezialisierte Betreuung und Vernetzung mit sozialen Partnern vor Ort)
- Ergänzung/Unterstützung (zur Versorgung durch das öffentliche Gesundheitssystem, z.B. Impfkampagnen)
- Zusatzangebot für Zusatzbedarf (z.B. zur Verbesserung der Akzeptanz der einheimischen Bevölkerung)
- Innovation (z.B. durch Evaluation, telemedizinische Anbindung an das Tropeninstitut)

Die REFUDOCOS Praxis in der Münchener Bayernkaserne wurde am 01.11.2014 eröffnet. Finanziert würde der Verein über das Sozialamt und die Regierung von Oberbayern (keine Krankenkassenfinanzierung!). Behandelt würden hier ca. 80-120 Fälle täglich, vom 01.01.-31.10.2015 seien dies ca. 8.000 Patienten gewesen. Viele würden mehrfach vorstellig, sodass man von 10.000-12.000 Behandlungsfällen ausgehen könne. Dr. Rabe zufolge seien seit Beginn seiner ehrenamtlichen Mitarbeit bislang nur vereinzelte suchtmmedizinische Fälle bekannt geworden.

Er berichtete von den Erfahrungen mit den Patienten, den sprachlichen Barrieren, kulturspezifischen Besonderheiten im Umgang mit Krankheiten und der jeweils kulturspezifischen Betrachtung der Rolle des Arztes. Viele der Patienten seien beeindruckt von den Standards der medizinischen Versorgung in Deutschland.

Dr. Rabe zeigte sich überzeugt, dass die medizinische Versorgung von Flüchtlingen auch in Zukunft ein wichtiges Thema bleiben werde. Gemeinsam seien bedarfsgerechte Strukturen zu schaffen und zu unterhalten, die den Interessen der Menschen in Not und der Bevölkerung gerecht würden.



Erfahrungen aus der Behandlungspraxis: Suchtprobleme bei Flüchtlingen – Behandlungserfahrungen aus dem stationären Bereich

Dr. Andreas Hinum vom kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost berichte vom Aufnahmemodus und dem Problemspektrum der Aufnahmen in der Suchtabteilung mit Schwerpunkt Drogen. Zunächst sei festzustellen, dass Flüchtlinge einen relativ geringen Anteil an der Gesamtzahl der versorgten Patienten in der Suchtabteilung in Haar ausmachten, sodass sich die Frage stelle, wo diese seien. Und nur wenige der erreichten Flüchtlinge kämen geplant beziehungsweise regulär, sondern z.B. über die Polizei im Rahmen des Bayerischen Unterbringungsgesetzes (Bay. UG) und blieben nur kurze Zeit. Die Behandlungsdauer belaufe sich überwiegend auf 1-4 Tage.

Zu den häufigsten Entlassdiagnosen bei Flüchtlingen zählten: Alkoholintoxikation (F10.0), Alkoholabhängigkeit (F10.2) und Alkoholmissbrauch (F10.1).

Betrachte man den Zusammenhang von Suchterkrankung und Migration, könne man folgende grobe Einteilung vornehmen:

1. eine bereits im Herkunftsland bestehende Suchterkrankung
2. keine bevorstehende Suchterkrankung, Entwicklung einer Substanzstörung während der Flucht
3. keine vorbestehende Suchterkrankung, Entwicklung einer Substanzstörung in Europa (höchster Anteil)

Dr. Hinum stellte zu den drei angeführten unterschiedlichen Entwicklungszeitpunkten der Suchterkrankungen jeweils Fallbeispiele vor.

Es wurde darauf hingewiesen, dass auch in anderen psychiatrischen Abteilungen der Klinik Suchtpatienten aus der Gruppe der Flüchtlinge behandelt würden, sodass das quantitative Bild sicher zu erweitern sei.

In Zusammenhang mit der Versorgung von Flüchtlingen zeigten sich einige Problemfelder. So sei aufgrund der Sprachbarrieren und der kulturellen Unterschiede die differenzierte Anamnese erschwert, sodass Patienten nur wenig vom stationären Setting profitierten. Bei einem großen Prozentsatz handele es sich nach einer Gewalteskalation um Notaufnahmen respektive Einweisungen im Rahmen des Bayerischen Unterbringungsgesetzes. Das Angebot ambulanter Versorgungsangebote sei wichtig und im stationären Bereich bedürfe es spezialisierter Angebote. Ferner sollte die Lücke zwischen ambulanten und stationären Hilfsangeboten durch eine Vernetzung geschlossen werden, womit sich auch Kosteneinsparungen generieren ließen. Kulturvermittler seien von großer Bedeutung, der Bedarf steige.

Dr. Hinum zufolge sei mit Blick auf die Flüchtlingssituation derzeit „keine Verbesserung in Sicht“, da diese zum einen durch ein schwieriges soziales Umfeld in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Flüchtlingsunterkünften sowie durch Arbeitslosigkeit gezeichnet sei. Zum anderen präge Perspektivlosigkeit, Langeweile, Frustration, Versagensgefühle, Heimweh und psychiatrische Erkrankungen die psychische Situation der Betroffenen.

Erfahrungen aus der Behandlungspraxis: Erfahrungsbericht zur Beratung abhängigkeitskranker Flüchtlinge

Uwe Steinbrenner von Condrobs e.V. Drogenberatung München stellte die Zielgruppe, das Aufgabenspektrum sowie die Vernetzungsstrukturen von Condrobs vor und präsentierte eigene Betriebsstatistiken. So wiesen 40 % der Klientel Migrationshintergrund auf. Hierbei zeige sich, dass Flüchtlinge nur 5,3 % der ca. 1.100 Klienten pro Jahr stellten. Insgesamt aber sei der Klientenanteil mit Migrationshintergrund gestiegen.

Zu den seitens der Migranten in Anspruch genommenen Angeboten zählten schwerpunktmäßig Beratung, Substitution, ambulante Rehabilitation sowie Informationsangebote für Angehörige.

Die Suchtberatung von überwiegend männlichen Flüchtlingen sei wie folgt charakterisiert:



- oftmals über Fachdienste vermittelt (z.B. Flüchtlingseinrichtungen)
- aufgefallen durch riskantes Verhalten
- hoher Konsum von Alkohol, Cannabis, synthetischen Cannabinoiden und Medikamenten
- zusätzlich psychische (insbesondere PTBS) und somatische Beschwerden (Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Gedankenkreisen, Dissoziationen)
- Überschätzung der Kontrolle und Vermeidung der Suchtthematik
- häufig Wunsch nach Konsumreduzierung
- verbesserte Erfolge durch zusätzliche Inanspruchnahme von Integrationsangeboten (z.B. Arbeit, Betreutes Wohnen)

Herr Steinbrenner verwies in Zusammenhang mit Flüchtlingen und Migranten auf die große Bedeutung einer kultursensiblen Suchtberatung. Von zentraler Bedeutung sei:

- sich „Zeit“ zu nehmen, um Chancengleichheit zu ermöglichen
- ggf. Vorgespräche mit Vermittlern und Dolmetschern zu führen
- einen freundlichen Empfang zu bereiten („sicherer Raum“)
- ihnen mit Respekt und Wertschätzung zu begegnen
- Interesse an den kulturellen Unterschieden zu zeigen und diese zu akzeptieren (Krankheits-/Suchtverständnis, Familienverständnis)
- zu verstehen, dass ihnen das deutsche Suchthilfesystem/die Institutionen fremd sind
- sich Klarheit über den Suchtmittelkonsum (Dosis, Dauer, Muster) und Zusatzdiagnosen (Suizidalität) zu verschaffen
- die Lebenssituation – unter Berücksichtigung der Migrationsphasen – zu explorieren (wie z.B. Belastungen, Verluste, Trauma, Zukunftsperspektiven, Ressourcen, gesellschaftlicher und ökonomischer Status)
- die „innere Landkarte“ zu beachten (Überlebenswissen)
- die Funktion des Drogenkonsums erfahrbar zu machen
- Sprachbarrieren (gefärbt durch Scham, Trauma, Autorität, Gender, Kultur) abzubauen
- eine akzeptierende Haltung einzunehmen
- ressourcenorientiert zu arbeiten
- im Sinne einer Motivierenden Gesprächsführung vorzugehen
- Beschämung zu vermeiden (z.B. bei Gewalt, Sucht in der Familie)
- Substanzaufklärung verständlich aufzubereiten
- ein klares Vorgehen zu zeigen („Rezept“)
- zum jeweiligen Lebenskontext passende Veränderungsprozesse anzustreben

Den Blick in die Zukunft gerichtet, ging Herr Steinbrenner davon aus, dass die Bedarfe bzgl. der Behandlung von Flüchtlingen und demzufolge auch die Mehrfachbelastungen steigen dürften. Suchtberatung bei Flüchtlingen sei oft zeitintensiver und fachlich anspruchsvoll, aber wirksam. Frühe Interventionen seien von großer Bedeutung, da diese eine Chronifizierung der Suchtproblematik verhindern könnten. Auch institutionelle Kooperationen seien wichtig, da diese einen Beitrag zur Verhinderung von Beratungsabbrüchen leisteten.



Aspekte der öffentlichen Ordnung – Betäubungskriminalität in Zusammenhang mit Flüchtlingen

Sigrid Kienle vom Bayerischen Landeskriminalamt erklärte einleitend, dass sie keine aktuellen Zahlen präsentieren könne, da der offizielle Bericht des LKA zur Polizeilichen Kriminalstatistik 2015 (incl. der Gewalt- und Rauschgiftkriminalität) erst Ende März veröffentlicht und vom bayerischen Innenminister Joachim Herrmann persönlich vorgestellt würde. Daher könnten lediglich Tendenzen aufgezeigt und Kernaussagen getroffen werden.

Sie erläuterte zunächst, dass die Polizeiliche Kriminalitätsstatistik (PKS) „Zuwanderer“, d.h. „Personen mit dem Aufenthaltsstatus Asylbewerber, Duldung, Kontingentflüchtling, Schutzberechtigt und unerlaubter Aufenthalt“ erfasse. Die PKS registriere die an die Staatsanwaltschaft abgegebenen Straftaten und erhebliche Ordnungswidrigkeiten. Es sei wichtig zu bedenken, dass es sich um eine Auslaufstatistik handle, die nicht alle Delikte widerspiegeln könne, da manche Ermittlungen über den Jahreswechsel hinaus geführt würden. Darüber hinaus handle es sich um das sog. Helffeld, d.h. die Taten, die der Polizei bekannt geworden sind. Das Dunkelfeld ist bei der Betäubungsmittelkriminalität naturgemäß sehr hoch, da keiner der Beteiligten in den Focus der Polizei gelangen möchte.

Festhalten könne man aber, dass im Jahr 2015 ein bayernweiter erheblicher Anstieg der BtM-Kriminalität durch Zuwanderer innerhalb und außerhalb der Asylbewerberunterkünfte zu verzeichnen gewesen sei. Da jedoch die Anzahl der in Deutschland sich aufhaltenden Asylbewerber nicht bekannt sei, könne keine valide Aussage zur Relation getroffen werden.

Fast die Hälfte aller BtM-Delikte im Großraum München seien durch Zuwanderer verübt worden. Zentraler Brennpunkt in München: das Hauptbahnhofsviertel. In München würden die meisten Delikte aufgedeckt, was nicht zuletzt auf die Schwerpunktkontrollen am Hauptbahnhof zurückzugehe. Hauptsächlich gehandelt würden Cannabis und Kokain. Hinsichtlich des Besitzes stünden Cannabis und sonstige Betäubungsmittel im Ranking weit oben. Crystal Meth hingegen sei statistisch betrachtet vernachlässigbar. Zu den Hauptgruppen sowohl den Handel als auch den Besitz betreffend zählten Schwarzafrikaner und Syrer. Frau Kienle wies ferner darauf hin, dass möglicherweise viele junge Flüchtlinge fälschlicherweise glaubten, dass der Konsum von Drogen in Deutschland erlaubt sei und dass Aufklärung und Präventionsprogramme, die es seitens der Polizei derzeit nicht gebe und aus Ressourcengründen auch nicht geplant seien, wünschenswert wären.

Frau Kienle wies nur allgemein darauf hin, dass die Zahl der BtM-Verstöße sich von 2014 auf 2015 verdoppelt habe: der Anteil an den BtM-Delikten insgesamt habe zunächst 1,7 % betragen, dann 3,4 %. Dies wurde vom Publikum jedoch kritisch gesehen, da es nach wie vor um einen geringer Anteil handeln würde. Die Gefahr des öffentlichen Missverständnisses und die ideologisch verfremdete Nutzung dieser Beobachtung durch extrem nationalistische Gruppierungen seien zu beachten.

Mit Blick in die Zukunft zeichne sich, so Frau Kienle, der Trend einer weiter steigenden BtM-Kriminalität durch Zuwanderer ab.

Ausblick

Einigkeit bestand darin, dass zeitnah Suchtpräventionsmaterialien (Flyer) in gedruckter und elektronischer Form erforderlich seien, wobei einige Akteure in Aussicht stellten, sich an deren Erarbeitung zu beteiligen.

Ferner stellte die BAS eine Nachfolgeveranstaltung in Aussicht, in der aktuelle Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Praxis vorgestellt werden sollen.



Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis

Die Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. wurde im Herbst 1997 auf Initiative von Wissenschaftlern und Praktikern aus dem Bereich der Prävention und Behandlung substanzinduzierter Störungen gegründet. Zu diesem Themenkreis gehören körperliche und psychosoziale Störungen bzw. Krankheiten im Zusammenhang mit Alkohol, Nikotin, illegalen Drogen und psychoaktiv wirkenden Medikamenten. Darüber hinaus befasst sich die BAS auch mit nicht substanzgebundenen Süchten, sofern sie die diagnostischen Kriterien einer Suchterkrankung erfüllen. Ein zentrales Ziel der BAS besteht in der Förderung des Transfers zwischen Wissenschaft und Praxis. Auf diese Weise soll die Umsetzung von Forschungserkenntnissen in die Praxis der Suchtkrankenhilfe erleichtert und ein stärkerer Bezug von Forschungsfragen auf Fragestellungen der Praxis erreicht werden. Ferner hat sich die Bayerische Akademie für Suchtfragen die Unterstützung der Kooperation zwischen den verschiedenen im Suchtbereich tätigen Berufsgruppen und Interventionstypen zur Aufgabe gemacht. Der BAS e.V. ist Gesellschafter der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmungsgesellschaft (haftungsbeschränkt). Weitere Informationen zur BAS finden Sie unter www.bas-muenchen.de.

Kontakt:

Bayerische Akademie für Suchtfragen
in Forschung und Praxis BAS e.V.
Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel.: 089-530730-0
Fax: 089-530730-19
E-Mail: bas.ev@bas-muenchen.de
Web: www.bas-muenchen.de



Literatur und weiterführende Links

Al-Hamzawi AO, Bruffaerts R, Bromet EJ, AlKhafaji AM, Kessler RC (2015) The Epidemiology of Major Depressive Episode in the Iraqi General Population. PLoS ONE 10(7): e0131937. doi:10.1371/journal.pone.0131937

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Asylzahlen
(<http://www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/Asylzahlen/asylzahlen-node.html>)

Bundespsychotherapeutenkammer (<http://www.bptk.de>)

Gäbel U, Ruf M, Schauer M, Odenwald M, Neuner F (2006): Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylpraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35, 1, 1-20.

Hjern A, Wicks S, Dalman C (2004) Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants — a national cohort study in two generations of Swedish residents. Psychological Medicine, 34, 1025–1033.

INCB Report 2013. Africa
(https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/English/AR_2013_E_Chapter_II_Africa.pdf)

Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 69(2):246-257.

Lundgren L, Chassler D, Amodeo M, D'Ippolito M, Sullivan L (2012). Barriers to implementation of evidenced-based addiction treatment: A national study. Journal of Substance Abuse Treatment, 42, 231-238.

Mokdad AH et al (2014). The State of Health in the Arab World, 1990-210: An Analysis of Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors. The Lancet 383 (9914): 209-20.

Polizeiliche Kriminalstatistik für den Freistaat Bayern 2015
(https://www.polizei.bayern.de/content/6/4/9/pks_pressebericht_2015.pdf)

REFUDCOS Verein medizinischer Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und deren Kinder e.V. (www.refudocs.de)

Ruf M, Schauer M, Elbert T (2010a). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 39 (3), 151-160.

Ruf M, Schauer, M, Neuner F, Catani C, Schauer, E, Elbert, T (2010b). Narrative Exposure Therapy for 7-16 yearolds – A Randomized Controlled Trial with Traumatized Refugee Children. Journal of Traumatic Stress, 23 (4), 437-445.

UNODC: World Drug Report 2015
(https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)

UNODC: World Drug Report 2013
(https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf)