

56.DHS Fachkonferenz SUCHT: Abstinenz – Konsum – Kontrolle Forum 16: Suchtrisiko Migration, Erfurt, 11.10.2016

Migration und Opioidabhängigkeit unter Geflüchteten aus Syrien, Irak, Iran und Afghanistan – Beobachtungen und Anmerkungen aus einer Substitutionsambulanz

Hans-Günter Meyer-Thompson, Hamburg
ASKLEPIOS Hamburg Nord Ochsenzoll, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulanz
Altona
h.meyer@asklepios.com

An manchen Tagen in unserer Ambulanz zeigen sich die vorder- und mittelasiatischen Konflikte wie unter einem Mikroskop: Jede einzelne Anamnese bei neuen Patienten aus Kurdistan, Syrien, Irak, Iran und Afghanistan weist biographische und politische Details auf, die die gesellschaftlichen Umbrüche zwischen Diyarbakir und Kabul widerspiegeln.

Lassen Sie mich das an einem Fallbeispiel illustrieren:

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 bereits als Kind Opium/Theriak als Medizin 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 Ersatz. 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.

Was benötigen wir, um diesen Menschen helfen zu können? Schaffen wir das?

In Hamburg-Altona, wo ich arbeite, besteht seit bald 25 Jahren die

zentrale Substitutionsambulanz der Stadt mit aktuell um die 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 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. Später kamen 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 aus der ehemaligen Sowjetunion mit deutschen Vorfahren. 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: Allein in diesem Jahr haben von Januar bis September über 400 Tsd. Menschen einen Asylantrag in Deutschland gestellt, seit Sommer 2015 sind es weit über eine Million Menschen: Zwei von drei Flüchtlingen in Deutschland stammen aus Syrien, Irak, Iran und Afghanistan. Unter ihnen

sind viele Männer, die bereits in ihren Heimatländern in einer ausgesprochenen Opium-Theriak-Kultur großgeworden sind:

Bei den ersten Zähnen, bei Durchfall- und Atemwegserkrankungen, bei Schmerzen und weiteren Erkrankungen – in weiten Teilen Afghanistans gibt es zu Opium/Theriak als Medikament keine Alternative. 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.

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). 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.

Millionen Menschen sind weltweit intern auf der Flucht oder haben in anderen Ländern Zuflucht gefunden. Flucht („forced migration“) vor Krieg, Völkermord, Tyrannei oder Hungersnot ist die große humanitäre Krise des 20. und 21. Jahrhunderts. Aber zu meiner Überraschung finden sich bei pubmed gerade ein paar Dutzend

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.

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)

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:

- Depression, MDE – Major Depressive Episodes
- PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung
- Suizidalität
- Psychosen - First Episode Psychosis (FEP)
- Pathologisches Spielen
- Riskanter Drogenkonsum, affektive Störungen und Angststörungen werden insbesondere bei Einwanderern jüngerer Alters gesehen, wobei die vorherrschenden lokalen Drogenkonsummuster im neuen Land häufig übernommen werden.

Am 10. Oktober 2016 hat aerzteblatt.de diese Meldung vom Weltgesundheitsgipfel in Berlin verbreitet: *„Der Generaldirektor des Internationalen Roten Kreuzes, Yves Daccord, warnte davor, die Herausforderungen der gesundheitlichen Betreuung von Flüchtlingen und Migranten zu*

unterschätzen. Bereits jetzt habe die Ausbreitung von psychischen Erkrankungen „epidemische Ausmaße“ erreicht. Die damit zusammenhängenden Themen werden nach Einschätzung von Daccord die politische Agenda der kommenden zehn Jahre bestimmen. Ohne Behandlung drohten ein oder zwei Generationen verloren zu gehen.“

Welche körperlichen Leiden sehen wir bei unseren Patienten?

- TBC (pre-migration and reactivating factors, MDR-TBC)
- Hepatitis B, weniger Hepatitis C und HIV
- Kriegsverletzungen und Folgen von Folter
- Einen sehr schlechten Zahnstatus und schlechten Ernährungszustand mit gastro-intestinalen Beschwerden
- Hautprobleme durch schlechte hygienische Bedingungen auf der Flucht; mit dem Sonderfall Leishmaniasis „Aleppobeule“

Die Stadt Hamburg hat 2015 schnell reagiert und ein vorbildliches Versorgungssystem für die hier 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. Eine große Anzahl Freiwilliger aus verschiedenen Gesundheitsberufen beteiligt sich, 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.

Die ASKLEPIOS-Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, mein Arbeitgeber, ist 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 ambulante Termine mit Dolmetschern für Farsi und Dari, ständig sind zwei bis vier Betten reserviert für Patienten aus Iran und Afghanistan. In der Zentralen Psychiatrischen Notaufnahme wurde ein Laptop 24 Stunden freigeschaltet, um jederzeit Übersetzungshilfe per Skype nutzen zu können. Und in der Substitutionsambulanz Altona haben wir seit letztem Sommer gut ein Dutzend neue Patienten aus dieser Gruppe in die Behandlung aufgenommen.

Auch andere Einrichtungen haben sich auf die neue Situation eingestellt: Im zentralen Konsumraum der Stadt am Hauptbahnhof arbeitet stundenweise eine ärztliche Kollegin aus Afghanistan.

Das Suchthilfesystem der Stadt Hamburg, in der mehr als ein Viertel der Bevölkerung einen Migrationshintergrund aufweist, hat bereits seit einigen Jahren „keypersons“ ausgebildet, die in ihrer Muttersprache in den diversen ethnischen Gemeinden Aufklärung

betreiben über Abhängigkeitsrisiken, -erkrankungen und den Zugang zum Hilfesystem.

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 Hauptanbaugebiet 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.

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.

Es hapert vielerorts bereits beim Versicherungsstatus der Flüchtlinge in den ersten Monaten: Nur wenige Bundesländer haben diese Personengruppe unbürokratisch in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen; häufig erhalten die neu Ankommenden über längere Zeit sogenannte Notfallscheine, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen berechtigen, aber nur in Ausnahmefällen zur Behandlung von chronischen. Daran gekoppelt ist ein aufwändiges Genehmigungsverfahren. Es ist nachvollziehbar, dass unbehandelte chronische Erkrankungen schnell akute

Komplikationen bewirken, aber die finanzschwachen Landkreise fürchten, diese finanzielle Herausforderung nicht leisten zu können. Das ist nicht fair und im übrigen eine Milchmädchenrechnung.

Was für die medizinische Versorgung allgemein gilt, trifft auch für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen zu: bei akuten Intoxikations- oder Entzugszuständen kann in der Regel behandelt werden. Die Nachbehandlung scheitert häufig schon aus logistischen Gründen, da weder ausreichend ambulante Behandlungen, geschweige denn Übersetzungshilfen zur Verfügung stehen. Die Behandlung der Opioidabhängigkeit ist in einigen Regionen Deutschlands eh stark eingeschränkt – wie dort Patienten aus den genannten Ländern Zugang finden sollen, weiß ich nicht.

Wir müssen damit rechnen, dass in den kommenden Jahren das Thema Migration und Sucht uns noch intensiv beschäftigen wird. Zu den mitgebrachten Faktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung gesellen sich 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, die nicht nur in Deutschland zu beantworten sind:

- Gelingt es uns, transkulturelle Kompetenz zu gewinnen im Umgang mit Flüchtlingen? Sollten interkulturelle Teams Standard sein in der Suchtmedizin einer Einwanderergesellschaft?
- 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 beispielsweise 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 das Thema auf ihre Agenda?
 - Sind Suchtmedizin und Suchthilfe bereit, sich dem Thema zu stellen? Sollten wir (endlich) Empfehlungen und Guidelines für den Umgang mit Immigranten in der Suchtmedizin erarbeiten?
 - Gewinnen rechtspopulistische Kreise so stark an Einfluss, dass Sozialpolitik, Integration und Harm-Reduction darunter ausgetrocknet werden?
- Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.