

ÖGABS - Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit und
ÖÄK – Österreichische Ärztekammer
22. SUBSTITUTIONS-FORUM - PLATTFORM FÜR DROGEN-THERAPIE
6. – 7. APRIL 2019, SCHLOSSHOTEL MONDSEE

„...ein Mittel gegen Kummer und Groll und aller Leiden Gedächtnis“ Opioidabhängigkeit bei Geflüchteten aus Iran und Afghanistan - Beobachtungen und praktische Erfahrungen aus der Substitutionsambulanz in Hamburg-Altona

Referent: Hans-Günter Meyer-Thompson, ASKLEPIOS Hamburg Nord Ochsenzoll, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulanz Altona, h.meyer@asklepios.com; Redakteur www.forum-substitutionspraxis.de

Als im Sommer 2015 Angela Merkel die Grenze öffnen ließ und die Parole ausgab: „Wir schaffen das!“, da wussten wir, dass über kurz oder lang eine neue Gruppe Opioidabhängiger aus Afghanistan und Iran zur Aufnahme in unserer Ambulanz anstehen würde. Wenn aus *der* Weltgegend, aus der über 80 Prozent der illegalen Mohnprodukte stammen, Menschen fliehen bzw. auswandern, dann würden nicht wenige ein bereits manifestes Abhängigkeitsproblem mitbringen.

So kam es: Bereits wenige Wochen später erreichten uns die ersten Anfragen aus den Zentralen Erstaufnahmen, die sich mit drogenkonsumierenden Bewohnern überfordert fühlten.

Einer der ersten Patienten war Herr A.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme war er Mitte 20, er 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 in 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 Bruder spurlos. Herr A., der bereits als Kind Theriak, wie Opium in dieser Region heißt, als Medizin kennengelernt hatte, begann in dieser Zeit, erst 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 Herr A. 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 Kommandeur, der ihm Morphinum verschaffte. Nach einer Granatsplitterverletzung kehrte er zurück in den Iran, wurde dort chirurgisch weiterbehandelt, erhielt als Schmerzmittel Morphinum und konsumierte nach der Krankenhausentlassung wieder Heroin, erstmalig auch Methadon als Schmerzmittel und 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 einhergehen: Gewalt, Tyrannei, Vertreibung, Kriegsverletzungen, eine hohe Prävalenz für den Konsum von Opium-Theriak-Heroin, Selbstmedikation, Armut, geringe Bildung, zerrissene Familien, lebensgefährliche Fluchtwege und Entwurzelung. Jedes Detail ist für sich bereits ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung und es sind psycho-soziale Traumata auf allen Ebenen. Und diese Vorgeschichte stellt wie viele andere in unserer Ambulanz die nah- und mittelöstlichen Konflikte wie unter einem Vergrößerungsglas dar.

Seit Ende 2015 haben wir an die 50 Patienten aus Afghanistan und Iran neu aufgenommen, die geflohen waren vor dem Krieg in ihrer Heimat, vor der Verfolgung aus politischen oder religiösen Gründen, wegen ihrer sexuellen Orientierung oder aus wirtschaftlicher Not. Die Haltequote liegt nach einem Jahr über 70 Prozent.

In Hamburg-Altona besteht seit 1991 die zentrale Substitutionsambulanz der Stadt mit aktuell um die 900 Patientinnen und Patienten im Quartal. Seit Anfang der 1990er Jahre wurden hier 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 nach den Repressionswellen in Iran – jede politische Unruhe in diesen Ländern sorgte für neue Geflüchtete in Hamburg, von denen dann einige mit einem Opioidproblem früher oder später bei uns auftauchten. Seit Mitte der 1990er Jahren kamen auch Patienten aus den Kriegen im vormaligen Jugoslawien und in den ehemaligen Republiken der UDSSR im Kaukasus.

Was wir in den zurückliegenden vier Jahren erleben, hat eine andere Dimension: Seit Sommer 2015 haben weit über eine Million Menschen Zuflucht in Deutschland gesucht: Zwei von drei Geflüchteten in Deutschland stammen aus Syrien, Irak, Iran und Afghanistan (1). Unter ihnen sind viele Männer, die bereits in ihren Heimatländern in einer Opium-Theriak-Kultur großgeworden sind: Bei den ersten Zähnen, bei Durchfall- und Atemwegserkrankungen, bei Schmerzen und weiteren Leiden – in Afghanistan gibt es zu Opium/Theriak als Medikament häufig keine Alternative. Im Zuge der kriegesischen Konflikte seit 1979, und besonders seit 2001, steigt außerdem die Zahl der Opioidabhängigen im Lande selber stetig an. Es wird von einer Prävalenz zwischen 5 und 10 Prozent ausgegangen bei einer Bevölkerung von 35 Millionen Menschen. (2)

Eine nicht ungewöhnliche Substanzanamnese erhoben wir bei Herrn B.
Als Kind und Jugendlicher in Afghanistan Opium/Theriak bei Zahnschmerzen, Durchfall, Husten und Schmerzen. Kein regelmäßiger Konsum dort. Dieser habe erst 2014 in Iran begonnen im Kreise seiner damaligen Freunde. Er habe nach einer alten Splitterverletzung am Bauch und rechten Oberschenkel häufiger Schmerzen gehabt, wogegen Theriak gut geholfen habe. Die Verletzungen rührten her von einem Granateinschlag bei ihm zu Hause, bei dem mehrere Familienmitglieder ums Leben gekommen waren. In Hamburg habe er begonnen, auch Heroin zu nehmen - inhalativ, nie iv.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit führte das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) von 2017 bis 2018

eine Erhebung durch über „Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland“ (3).

„Es wurden deutschlandweit 139 Suchthilfeeinrichtungen leitfadengestützt befragt und 7 qualitative Interviews geführt. (...)“

Die interviewten 128 drogenabhängigen Geflüchteten waren ausnahmslos männlich und im Durchschnitt 30 Jahre alt. Die Mehrheit betrieb einen Rauchkonsum von Heroin.

116 (90,6 %) Personen kamen aus farsi- oder darisprechenden Ländern, darunter 37,9 % Iraner, 31,9 % Afghanen aus dem Iran und 30,2 % Afghanen aus Afghanistan. Unter ihnen waren 55,2 % schon in ihren Heimatländern drogenabhängig, 16,4 % konsumierten gelegentlich Alkohol und/oder Cannabis und 28,4 % gaben keinen Konsum im Heimatland an. Erfahrungen mit Entgiftungsbehandlungen im Heimatland hatten etwas mehr als die Hälfte der bereits Abhängigen. 34,4 % kauften Methadon auf dem Schwarzmarkt gezielt gegen Entzugserscheinungen während der Flucht.“

Einer der Befragten mit einer typischen Vor- und Fluchtgeschichte ist Herr C:

Herr C. hat mit 18 Jahren Opium (Theriak) erstmalig geraucht. Er habe damals in Iran auf dem Bau gearbeitet. Die Arbeitgeber hätten Arbeitszeiten bis zu 20 Stunden erwartet. Unter Theriak, das er anfangs von Kollegen erhielt, habe er sich stärker und leistungsfähiger gefühlt und habe seine Schmerzen durch die harte körperliche Arbeit nicht so gespürt. Es sei nicht ungewöhnlich gewesen, dass Theriak und später auch Heroin frei erhältlich waren auf der Baustelle. Er habe in dieser Zeit die Substanz von Theriak auf Heroin gewechselt, habe aber niemals injiziert.

Seitdem sei er höchstens mal 6 Monate abstinent geblieben. Auch auf dem Weg von Iran nach Deutschland (Ende 2015) habe er Methadontropfen und Heroin mitgenommen und später auch in der Türkei und Griechenland Heroin kaufen können. Die Flucht habe 2 Monate gedauert.

In Hamburg habe er einen Monat nach der Ankunft Anfang 2016 wieder begonnen, Heroin zu rauchen. Heroin habe geholfen, Angst und Unsicherheit zu überdecken, „wie ein warmer Mantel“. Er habe sich wieder „fröhlich“ gefühlt.

Posttraumatische Belastungsstörungen, depressive Störungen und Angsterkrankungen sowie die Folgen von Entwurzelung und Heimatlosigkeit bilden die Kernelemente der seelischen Verfassung unserer Patienten.

Das Europa-Büro der WHO kommt in seinem jüngst erschienenen „Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region“ (4) zum Ergebnis, dass Posttraumatische Belastungsstörungen bei Geflüchteten und Asylsuchenden im Vergleich mit der Ursprungsbevölkerung häufiger zu beobachten sind. Depressive Störungen und Angsterkrankungen werden ebenfalls berichtet, abhängig von der Länge des Anerkennungsverfahrens und prekären sozio-ökonomischen Verhältnissen wie Arbeitslosigkeit und Vereinsamung.

So nimmt es nicht wunder, dass einige dieser Menschen am Zielort ihrer Flucht neu oder wieder beginnen, Opioide zu konsumieren. Bei den Geflüchteten aus dem Krieg in Syrien ist es häufig Tramadol, das im arabischen Raum weit verbreitet ist; Menschen aus Afghanistan und Iran bringen eine Prägung für Opium und Heroin mit.

Wie auch Herr D.

Der 26jährige afghanische Patient hat auf der Flucht nach Deutschland fünf Monate in Iran verbracht. Konsumiert hat er mit 16 Jahren erstmalig Theriak (oral); nach zwei Jahren auch Heroin geraucht und einige Male injiziert. Er kannte die Methadonsubstitution aus Iran, wo er im Sommer 2015 drei Monate behandelt wurde.

Auf die Flucht nach Deutschland nahm er Methadon mit. Der Vorrat reichte knapp bis Österreich, wo er in Wien kurzfristig Methadon erhielt - auch für die Weiterreise nach Deutschland. In Hamburg begann er wieder, Heroin zu rauchen und stellte sich erst 18 Monate später zur Aufnahme in die Substitutionsbehandlung vor. In der Vorgeschichte gibt es eine kurze heftige Periode Alkoholkonsums mit einer schweren Überdosis. In Hamburg hat er begonnen, Crack zu rauchen. Der Kokainverschnitt unterbreche seine kreisenden Gedanken und die depressive Stimmung und verschaffe ihm für kurze Zeit Ruhe, beschrieb er die erwünschte Wirkung. Die verstärkte Postkonsumdepression habe ihn aber wieder Abstand nehmen lassen von dieser Substanz.

Herr D. leidet an einer hereditären Augenerkrankung, die zur Erblindung führen wird; bereits jetzt ist seine Sehkraft stark eingeschränkt. Bei einem Überfall der Taliban auf sein Heimatdorf wurde sein Bruder erschossen, er selbst erhielt einen Gewehrkolbenschlag gegen den Kopf mit anschließender Verschlechterung der Sehkraft.

Er muss sich bei den wenigen Heroininjektionen mit Hepatitis C infiziert haben.

Herr C. wird keinen Ort in Afghanistan finden können, an dem er friedlich leben und seine Leiden behandeln lassen könnte. Dennoch wurde sein Asylantrag abgelehnt, er wird geduldet und kann zur Zeit nicht abgeschoben werden.

Immerhin steht ihm eine angemessene medizinische Versorgung zu: Die Stadt Hamburg hat bereits 2012 die Gesundheitskarte für Asylsuchende eingeführt. Die Opioidsubstitution war deshalb nach kurzer Zeit bei den Neu-Ankommenden unbürokratisch möglich, zumal aus der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen in Ochsenzoll bereits im Winter 2015/16 berichtet wurde, dass in kurzer Zeit Entzüge und Rückfälle aufeinander folgten. Diesen Drehtüreffekt galt es durch einen niedrigschwelligen Zugang zur Substitutionsbehandlung zu unterbrechen. Das sah auch die mit der Krankenversicherung der Hamburger Neubürger und Neubürgerinnen beauftragte Kasse so.

Frühzeitig möglich war auch, Grund- und Begleiterkrankungen behandeln zu lassen – im Fall von Herrn D. bei fachärztlich neurologischen, ophtalmologischen und infektiologischen Kolleginnen und Kollegen. Und zahnärztlichen, da er wie viele andere einen sehr schlechten Zahnstatus hatte bei der Aufnahme. Herr C. zählt zu jenen drei neu-zugewanderten Patienten aus der Ambulanz, die erfolgreich mit den direkt-aktiven Medikamenten vom Hepatitis C-Virus befreit werden konnten.

Zugute kommt unseren Patienten, dass die afghanischen und iranischen Gemeinden in Hamburg zu den größten in Europa zählen und die Kassenärztliche Vereinigung der Stadt 86 niedergelassene ärztliche Kolleginnen und Kollegen nennt, die Farsi sprechen, 18 für Dari und 25 für Pashtu (5).

Die Freie und Hansestadt Hamburg ist reich. Und in der Kaufmannsstadt lautet die kühle Rechnung, dass es kostengünstiger ist, den Zugang nicht nur zu Notfallbehandlungen sondern auch zum ambulanten und stationären Gesundheitssystem zu öffnen. Gesundheitsbehörde, Ärztekammer und die Ärzteschaft haben seit Spätsommer 2015 für eine vorbildliche medizinische Versorgung in den Erstaufnahmezentren gesorgt, u.a. mit Spezialsprechstunden für Frauen und Kinder.

Viele andere Menschen und Institutionen haben sich beteiligt: Das Tropeninstitut hat Fachkräfte und Expertise bereitgestellt. Die Stadt finanziert auch Sprachmittlerpools für psychisch Kranke oder behinderte Geflüchtete; eine private Stiftung bildet Fachkräfte aus den Reihen der Geflüchteten für die transkulturelle Sozialarbeit aus.

Und Sucht Hamburg, die ehemalige Landesstelle für Suchtfragen, unterhält das Programm HERKUNFT–ANKUNFT–ZUKUNFT (HAZ) (6):

„HAZ leistet seit über zehn Jahren kultursensible Aufklärung über das Suchthilfesystem in Hamburg und vermittelt Informationen rund um das Thema Sucht in den jeweiligen Communities und in Muttersprache. Dabei steht die Enttabuisierung des Suchtthemas unter den MigrantInnen im Mittelpunkt. Hierzu wird das Projekt von ehrenamtlichen Keypersons (Schlüsselpersonen) unterstützt, die ihr speziell geschultes Wissen zu dieser Thematik in einzelnen Veranstaltungen (in ihrer Sprache, Anm.) einbringen.

Die hamburgweiten Informationsveranstaltungen sind in Arabisch, Dari, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Hebräisch, Italienisch, Kurdisch, Malinké, Paschto, Polnisch, Portugiesisch, Romanes, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Twi abrufbar – diese Vielfalt ist einmalig in Deutschland.“

Am Universitätsklinikum Eppendorf wird zum Thema Migration, Trauma und Sucht geforscht. 260 Patientinnen und Patienten, überwiegend nicht abhängigkeitskrank, werden pro Jahr ambulant behandelt. Das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg ist auch beteiligt am Forschungsverbund PREPARE (Prevention and Treatment of Substance Use Disorders in Refugees) (7) . Das Projekt findet statt im Rahmen der Förderinitiative zur psychischen Gesundheit geflüchteter Menschen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und wird über fünf Jahre laufen. Beteiligt sind neben dem ZIS die Technische Universität und die Charité in Berlin, die Katholische Hochschule NRW und die Hochschule Emden/Leer sowie deutschlandweite Praxispartner in mehreren Metropolregionen.

Weitere Einrichtungen in Hamburg bieten Trauma- und Psychotherapie in Farsi an. Drei Träger für die psycho-soziale Behandlung von Opioidabhängigen bieten Therapiebegleitung mit Farsi-sprechenden Fachkräften an. In einer Einrichtung hat sich eine NA-Gruppe Farsi-sprechender Interessierter gebildet.

In der Altonaer Ambulanz hat das Team zusätzliche transkulturelle Kompetenz erworben und praktisch über Nacht Sprachkarten auf Farsi laminiert mit Sätzen wie „Ich fühl mich entzückt“, „Die Dosis reicht“, „Sie haben morgen einen Arzttermin“ oder „Wir benötigen eine Urinprobe.“ Recht schnell hat dann eine Dolmetscherin einen Vertrag des Krankenhausträgers ASKLEPIOS Hamburg erhalten, als die Übersetzungsdienste aus den Aufnahmezentren eingespart wurden. Und die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen hat frühzeitig jeweils zwei Betten freigehalten für Suchtkranke aus Afghanistan und Iran.

Geflüchteten stehen Sprach- und Integrationskurse zu, die auch von unseren Patienten angenommen werden. Mit zweien können wir uns bereits auf Deutsch sehr gut verständigen. Rund ein Viertel hat Zugang zum ersten Arbeitsmarkt gefunden. Nicht verschwiegen werden sollte, dass iranische und afghanische Gruppen sich als zum Teil selbst konsumierende Frontdealer auf der geduldeten offenen Drogenszene am zentralen Konsumraum Drob Inn betätigen. Darunter wohl auch Patienten von uns. Einwanderung – Arbeitsverbot – Ausweichen in illegale Tätigkeiten: Diese Kette wiederholte sich zum x-ten Mal.

Die geschilderten Fallbeispiele weisen Elemente auf, die die EMCDDA (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht) 2017 zusammengefasst hat in der

Literaturübersicht „Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services - a European guide“ (8). Danach fällt auf, dass die Mehrheit der Migranten jung, männlich und gesund ist, das ist das ‘healthy migrant paradox’.

Die für unsere Patientengruppe wichtigsten Erkenntnisse sind:

- Die Lebensbedingungen in Flüchtlingslagern und auf den Fluchtrouten machen anfällig für Infektionskrankheiten wie TBC, Hepatitis A und für Verletzungen.
- Es sind aber auch die hiesigen Lebensumstände, die krank machen und anfällig für Drogenkonsum.
- Ein weiteres Paradoxon: Obwohl sie mehr seelische Störungen aufweisen, entwickeln Geflüchtete weniger Probleme mit Alkohol oder illegalen Drogen als die eingewohnte Bevölkerung.
- Die wichtigsten Faktoren für eine Substanzstörung sind Langeweile, Arbeitsverbot und Unsicherheit bezüglich des Aufenthaltsstatus in Verbindung mit nicht diagnostizierten depressiven Störungen. Dies mag dazu führen, dass Drogenkonsummuster aus den Herkunftsländern fortgeführt oder sogar intensiviert werden.
- Im Falle der iranischen Migranten bedeutet dies - wenn die örtlichen Märkte kein Theriak anbieten - einen Wechsel vom traditionellen Opium zu Heroin mit seinen größeren Risiken. Nun hat die eingewohnte iranische Gemeinde in Hamburg über Jahrzehnte und unbeeinflusst von politischen Veränderungen in Iran nur selten ein Nachschubproblem mit Opium gehabt: Die Hafenstadt Hamburg und Persien verbinden seit über 150 Jahren enge Handelsbeziehungen, 20 bis 25 Tausend Menschen iranischer Herkunft leben in der Stadt.
- Die Literaturstudie der EMCDDA erwähnt auch, dass mehr als 90 Prozent der Geflüchteten mit traumatischen Kriegserlebnissen damit zurechtkommen, 9 Prozent hingegen entwickeln eine Posttraumatische Belastungsstörung.

Unsere Patienten sind wie andere Migrantinnen und Migranten aus Afghanistan und Iran von der Abschiebepolitik Deutschlands bedroht – die Willkommenskultur von 2015 hat längst einer Politik der Abschottung und Ausweisung Platz gemacht. Die Ablehnungsquote für Asylanträge für diese Gruppe lag 2017 bei über 50 Prozent, gerade noch 16 Prozent der Asylsuchenden erhielten den vollen Flüchtlingsschutz. (9)

Der substituierenden Ärzteschaft fällt in den Verfahren rund um das Asylrecht eine eigene Rolle zu:

Wenn unsere Patienten von Abschiebungen bedroht sind, können wir in Stellungnahmen nachweisen, dass die Opioidabhängigkeit eine von der WHO und nach ICD 10 anerkannte chronische Erkrankung mit hoher Rezidivgefahr ist, und dass die Substitution heutzutage als Behandlung der ersten Wahl gilt. Wenn also diese oder assoziierte Erkrankungen im Heimatland nicht behandelbar sind, und bei Abschiebung eine wesentliche Verschlechterung droht, dann kann vor den Verwaltungsgerichten eine Duldung bzw. ein Abschiebeverbot durchgesetzt werden. In einem Fall gelang es, einen Patienten per Gerichtsbeschluss praktisch aus dem Abschiebeflieger zu holen. In einem anderen Fall konnte die Deportation aus der Haft verhindert werden.

Denn die Situation für Opioidabhängige in Afghanistan ist grauenhaft:

„Grundsätzlich gibt es keine Substitutionsbehandlung mit Methadon in Afghanistan“, lautet die Antwort auf eine Anfrage an die deutsche Botschaft in Kabul (10). Laut

UNAIDS hingegen ist die Anzahl der Substituierten in Afghanistan von 2015 bis 2017 von 68 auf 748 angestiegen (14). INCB dokumentiert im Bericht für 2017 den Import von 23 kg reinem Methadon. 2015 waren es noch 6 kg (11).

Präzise Angaben gehen aus einer Korrespondenz mit UNODC Kabul hervor: Opioidsubstitution ist erhältlich in vier von 34 Provinzen Afghanistans (Kabul, Mazar, Herat and Nangarhar). Die Behandlung wird dort in kommunalen Zentren und Gefängnissen vorgehalten und ist intravenös Konsumierenden mit HIV oder mit Hepatitis B und C vorbehalten sowie Menschen nach mehrfachen abstinenzorientierten Therapien oder mit einer Überdosis in der Anamnese. Gerade 3 Prozent der iv-Konsumierenden haben Zugang zur medikamentengestützten Behandlung. Die Prävalenz für Opioidkonsum liegt bei 10 Prozent (12).

Für iranische Patienten ist die Lage im Heimatland besser:

Die Islamische Republik Iran weist mit Afghanistan die weltweit höchste Prävalenz für Opioidabhängigkeit auf. Über eine Million Menschen gelten als opioidabhängig, mehr als zwei Millionen sollen regelmäßig konsumieren. Handel und Wandel stehen in Blüte: Iran verbindet mit Afghanistan, globaler Hauptproduzent für Opium, eine eintausend Kilometer lange Grenze. Dort findet seit vielen Jahren ein Drogenkrieg zwischen Grenzwachern und Schmuggelbanden statt.

Die Drogenpolitik des Landes bewegt sich zwischen Todesstrafe und Substitutionsprogrammen: Polizei und Justiz gehen mit äußerster Härte gegen Drogenkonsumierende und Handel vor, hochrangige Angehörige des Staatsapparates sollen aber auch am Rauschgifthandel beteiligt sein. Bis vor kurzem wurden Todesstrafen für Drogendelikte vollstreckt. Heroin- und Opium/Theriak-Abhängige finden einen schnellen und niedrighwelligen Zugang zur Substitutionsbehandlung, auch in Haftanstalten. Grundlagen- und Versorgungsforschung stehen international in einem guten Ruf. 2018 hat die Reform des Drogenrechts die bisher drakonischen Strafen gemildert. (13, 14, 15)

Wir können die neuen Patienten aus Afghanistan und Iran aufnehmen und behandeln – die Suchterkrankung, die somatischen und psychiatrischen Grund- und Begleitiden und die somatoformen Störungen. Die Substitutionsbehandlung trägt dazu bei, dass sie neue Wurzeln schlagen können, dass sie Familien gründen, ihren alten oder einen neuen Beruf ergreifen und Mitglieder ihrer Gemeinden in Hamburg werden. Dafür müssen die politischen Rahmenbedingungen stimmen – Integration ist ein langwieriger Prozess. Wenn das nicht gefördert wird, geraten allzu viele in der Fremde erst recht unter die Räder, entwickeln schwere psychische Erkrankungen oder versinken in Armut, Entwurzelung und Drogen.

Opioide sind als Rauschmittel und als Medikament gegen körperliche und seelische Schmerzen seit der Antike gebräuchlich. Eine frühe Form von Opiumtropfen/Laudanum hieß im östlichen Mittelmeerraum Nepenthes und war eine Mischung aus Wein und Opium.

Vor 2.500 Jahren schrieb darüber ein Dichter:

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... (16)

Und so aktuell ist Homers Odyssee.

Quellen:

- (1) Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) – Zahlen zu Asyl in Deutschland
<https://www.bpb.de/node/265707d>
- (2) Afghanistan National Drug Survey 2015
https://www.issup.net/knowledge-share/publications/2016-10/afghanistan-national-drug-use-survey-2015#_ftn1
- (3) Silke Kuhn, Heike Zurhold, Kirsten Lehmann, Uwe Verthein; Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in Deutschland / Drug Use and Special Needs of Refugees in Germany, Suchttherapie; August 2018, 19. Jahrgang, Seiten 140-147
- (4) Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH; WHO Regional Office for Europe, 2018, ISBN 978-92-890-5384-6
- (5) Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Arztfinder
<http://www.kvhh.net/kvhh/pages/index/p/274>
- (6) Sucht Hamburg, Herkunft-Ankunft-Zukunft, <https://www.sucht-hamburg.de/hilfe/suchthilfe-und-migration>
- (7) Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg (Projekte),
<http://www.zis-hamburg.de/>
- (8) P. Lemmens, H. Dupont and I. Roosen
Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services - Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide
EMCDDA, Lissabon, 2017
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6341/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Migrants-Asylum-seekers-Refugees-Drug-use.pdf
- (9) PRO ASYL – Der Einzelfall zählt <https://www.proasyl.de/>
- (10) Persönliche Korrespondenz
- (11) Narcotic Drugs - Technical Report, INCB - International Narcotics control Board, E/INCB/2018/2, ISBN: 978-92-1-148309-3, United Nations, New York 2019)
https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2018/INCB-Narcotics_Drugs_Technical_Publication_2018.pdf
- (12) Persönliche Korrespondenz
- (13) Out with the old, in with the old: Iran's revolution, drug policies, and global drug markets; Brookings, USA, 24.02.2019 <https://www.brookings.edu/blog/order-from-chaos/2019/01/24/out-with-the-old-in-with-the-old-irans-revolution-drug-policies-and-global-drug-markets/>
- (14) UNAIDS. HEALTH, RIGHTS AND DRUGS - HARM REDUCTION, DECRIMINALIZATION AND ZERO DISCRIMINATION FOR PEOPLE WHO USE DRUGS, UNAIDS, 2019,
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2954_UNAIDS_drugs_report_2019_en.pdf
- (15) Global State of Harm Reduction, HRI – Harm Reduction International, 2018, ISBN: 978-0-9935434-7-0
<https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf>
- (16) Homer, Odyssee, Übersetzung Johann Heinrich Voß