

**Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in
niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland**

ABSCHLUSSBERICHT

bearbeitet von:

Dr. Silke Kuhn

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

1 Titel und Verantwortliche

Titel des Projekts:

Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland

Förderkennzeichen:

ZMVI1-2517DSM218

Leitung:

PD Dr. Uwe Verthein

Projektmitarbeitende:

Dr. Silke Kuhn, Dr. Heike Zurhold, Kirsten Lehmann, Marcus-Sebastian Martens, Prof. Dr. Ingo Schäfer

Kontaktdaten:

Dr. Silke Kuhn

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Tel.: 040 / 7410 57905

Fax: 040 / 7410 58351

E-Mail: skuhn@uke.de

Laufzeit:

1.6.2017 bis 31.1.2018

Fördersumme:

77.373,00 Euro

2 Inhaltsverzeichnis

3	Zusammenfassung	3
4	Einleitung	5
4.1	Hintergrund und Ziele	5
4.2	Projektstruktur	6
4.3	Forschungsstand	7
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	8
5.1	Operationalisierung der Ziele	10
5.2	Datenerhebung	11
6	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	12
6.1	Darstellung des Projektverlaufs	12
6.2	Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit.....	12
6.3	Positive und negative Erfahrungen.....	12
7	Ergebnisse	13
7.1	Ergebnisse der bundesweiten Umfrage in Suchtberatungsstellen	13
7.1.1	Soziodemografische Merkmale der Geflüchteten	15
7.1.2	Inanspruchnahme der Suchthilfeeinrichtungen von arabisch- oder farsisprechenden Geflüchteten	16
7.1.3	Erfahrungen der niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen mit drogenabhängigen arabisch- oder farsisprechenden Geflüchteten	18
7.1.4	Beratung und Vermittlung in weiterführende Hilfen (alle Einrichtungsformen)....	20
7.1.5	Szenebildung in den Städten	22
7.1.6	Dolmetscher/Sprachmittler und Informationsmaterial.....	23
7.1.7	Geflüchtete aus dem Balkan, ehemaligen GUS-Staaten oder EU-Ausland.....	23
7.2	Auswertung nach Bundesländern	24
7.3	Fazit der bundesweiten Befragung von Suchthilfeeinrichtungen.....	31
7.4	Ergebnisse der Interviews mit den geflüchteten Drogenabhängigen	33
7.4.1	Allgemeine Angaben zu den geflüchteten Drogenabhängigen.....	33
7.4.2	Substanzkonsum im Heimatland.....	35
7.4.3	Substanzkonsum während der Flucht.....	37
7.4.3	Substanzkonsum in Deutschland.....	39
7.4.4	Vergleich der Afghanen aus Afghanistan, der Afghanen aus Iran und der Iraner ..	43
7.5	Ergebnisse der Fokusgruppen.....	44
8	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	49
9	Gender Mainstreaming Aspekte	53
10	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	53
11	Verwertung der Projektergebnisse	53
12	Literaturverzeichnis.....	55
13	Anhang	56

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl an Erstanträgen Geflüchteter nach Herkunftsländern (2015 bis 2017)	5
Tabelle 2: Alter und Anteil männlicher Geflüchteter in den Jahren 2015 bis 2017	5
Tabelle 3: Anzahl der Interviews mit drogenabhängigen Geflüchteten nach Erhebungsorten.....	11
Tabelle 4: Anzahl der kontaktierten Einrichtungen pro Bundesland.....	14
Tabelle 5: Geflüchtete in den Einrichtungen seit Mitte 2015	14
Tabelle 6: Mittlere Anzahl Geflüchteter in den Einrichtungen	15
Tabelle 7: Geflüchtete in Suchthilfeeinrichtungen und auf der Szene nach Bundesländern	25
Tabelle 8: Staatsangehörigkeit der Geflüchteten und Land, in dem die Geflüchteten am längsten lebten	33
Tabelle 9: Allgemeine Angaben zu Unterkunft und Asylstatus	35
Tabelle 10: Substanzkonsum im Heimatland	36
Tabelle 11: Gründe für den Konsum im Heimatland.....	37
Tabelle 12: Konsum auf der Flucht in Abhängigkeit vom Konsum im Heimatland	38
Tabelle 13: Substanzkonsum während der Flucht	39
Tabelle 14: Substanzkonsum in Deutschland.....	40
Tabelle 15: Gründe für den Konsum in Deutschland	41
Tabelle 16: Selbstauskünfte zu HIV und Hepatitis C.....	41
Tabelle 17: Gründe für die Inanspruchnahme der Suchthilfeeinrichtung	42
Tabelle 18: Vergleich Geflüchteter aus dem Iran und Afghanistan	43
Tabelle 19: Anzahl der kontaktierten Einrichtungen pro Stadt und Bundesland.....	56
Abbildung 1: Projektstruktur	7
Abbildung 2: Herkunftsländer der Geflüchteten (seit 2015) nach Einrichtungsart	16
Abbildung 3: Altersstruktur der geflüchteten Drogenabhängigen	34
Abbildung 4: Fluchtdauer in Monaten	37
Abbildung 5: Deutschlandkarte: Städte, in denen Suchthilfeeinrichtungen befragt wurden.....	59

3 Zusammenfassung

Seit Anfang 2015 bis Ende 2017 wurden ca. 1,4 Millionen Erstanträge auf Asyl in Deutschland gestellt, vornehmlich von Menschen aus arabisch- oder persisch-sprachigen Ländern (Syrien, Afghanistan, Irak, Iran). Hohe Prävalenzen für Opiatabhängigkeit in den Heimatländern, vor allem in Afghanistan und Iran, lassen vermuten, dass auch drogenabhängige Geflüchtete in Deutschland Asyl beantragt haben. Möglich ist auch, dass nicht behandelte Traumafolgestörungen und Belastungen wie unsichere Bleibeperspektiven, Einsamkeit und Heimweh zu einem Erstkonsum in Deutschland führten. Einige wenige niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtungen berichteten von einem starken Zulauf durch opioidabhängige Geflüchtete, allerdings fehlen systematische Untersuchungen.

Die durchgeführte Studie zielte daher einerseits darauf ab, deutschlandweit zu ermitteln, ob und an welchen Orten drogenabhängige Geflüchtete vom Suchthilfesystem erreicht werden. Andererseits sollte sie Aufschluss geben über die Nationalität, die Konsumbiografie, die Konsummuster und die Behandlungsbedarfe der Geflüchteten sowie über die Unterstützungsbedarfe der von drogenabhängigen Geflüchteten frequentierten Suchthilfeeinrichtungen. Die Untersuchung konzentriert sich auf Geflüchtete, die ab 2015 in Deutschland angekommen sind und über Cannabis hinaus illegale Substanzen konsumieren. Um bestimmen zu können, wo und in welchem Ausmaß drogenabhängige Geflüchtete von den Einrichtungen der Suchthilfe erreicht werden, wurden deutschlandweit 139 Suchthilfeeinrichtungen leitfadengestützt befragt (incl. 7 qualitative Interviews). Auf der Basis dieser Befragung konnten Bereiche identifiziert werden, in denen lediglich rudimentäre Erkenntnisse zu der Zielgruppe der Geflüchteten vorlagen. Anschließend wurden 128 geflüchtete Drogenabhängige in 5 niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in den Städten Hamburg, Berlin, Düsseldorf, Aachen und Nürnberg mit der Unterstützung von Dolmetschern zu ihrer Lebenssituation, zu Konsummustern sowie Behandlungserfahrungen und Behandlungswünschen interviewt. Die Fragebögen wurden in die Sprachen Farsi, Arabisch und Russisch übersetzt. Nach der Befragung fanden 4 Fokusgruppen mit Fachkräften der Suchthilfe statt, in denen erste Ergebnisse diskutiert und Unterstützungsbedarfe formuliert wurden.

Geflüchtete Drogenabhängige wurden vornehmlich von Einrichtungen der niedrigschwelligen Suchthilfe in größeren Städten in den alten Bundesländern erreicht. Die interviewten 128 drogenabhängigen Geflüchteten sind ausnahmslos männlich, meistens jünger als 30 Jahre und i.d.R. alleine nach Deutschland geflüchtet. 91% der Interviewten kommen aus Afghanistan und dem Iran. 53 % der Geflüchteten waren bereits in ihren Heimatländern drogenabhängig, vorwiegend von Opium. Einen Rauchkonsum von Heroin berichteten 30 Personen, einen i. v. Konsum von Heroin 9 Personen. Die meisten Geflüchteten erreichten Deutschland über die „Balkanroute“. Neben Opium und Cannabis nahmen 26 Geflüchtete auf dem Schwarzmarkt erworbenes Methadon oder Methadon mit auf die Flucht. In Deutschland konsumierten sie neben Heroin die in der jeweiligen Region üblichen Substanzen, z.B. Crack in Hamburg und Kräutermischungen in Bayern. Regelmäßiger Alkohol- aber auch Cannabiskonsum war vergleichsweise selten. Den meisten Geflüchteten wurde Heroin von anderen Geflüchteten oder Migranten des gleichen Kulturkreises in den Unterkünften oder auf der Straße angeboten. Sie erhofften sich davon zeitweises Vergessen ihrer prekären Lebensumstände, häufig ohne genau zu wissen, was sie konsumierten. Unklare Bleibeperspektive, Sorge um die Familien in den Heimatländern, Einsamkeit aber auch Langeweile (keine Arbeitserlaubnis) wurden häufig als Konsummotive genannt.

Die Sprachkompetenz der Geflüchteten, die Vermittlungsmöglichkeiten in weiterführende Hilfe sowie die Vernetzung von Flüchtlings- und Suchthilfe wurden als defizitär beschrieben. Daher wurden in den Fokusgruppen folgende Punkte als besonders wichtig erachtet:

- Aufklärungsveranstaltungen in den Flüchtlingseinrichtungen, um zu verhindern, dass illegale Substanzen „probiert“ werden und zum anderen, um drogenabhängige Geflüchtete frühzeitig zu erreichen und diese an das regionale Suchthilfesystem anzubinden und damit die Abwanderung in die Metropolen zu verhindern.
- Zentrale Übersetzungen von Aufklärungsmaterialien aber auch von Substitutionsverträgen und deren Verbreitung; Audiodateien der Materialien in Farsi und Arabisch, da die Analphabetenrate unter den Geflüchteten hoch ist; die schnelle und unbürokratische, d. h. für die Suchthilfeeinrichtungen kostenneutrale Bereitstellung von Sprachmittlern, evt. die Möglichkeit der Nutzung des „Videodolmetschens“; Aufstockung des Personals um Sprachmittler in den Einrichtungen, die schon jetzt stark frequentiert werden.
- Eine verbindliche rechtliche Regelung, damit Substitutionsbehandlungen frühzeitig den geflüchteten Drogenabhängigen angeboten werden können, am besten in Anlehnung an die Regelversorgung.
- Eine regionale Vernetzung der Suchthilfe mit den unterschiedlichen Akteuren der Flüchtlingshilfe sowie psychiatrischen Einrichtungen, Ambulanzen oder Fachkräften zur Behandlung von Traumafolgestörungen und Vertretern von Krankenkassen in Form eines „Runden Tisches“; zentraler Aufbau einer Internetplattform mit Erläuterungen z. B. zum Asylbewerberleistungsgesetz, dem Versichertenstatus entsprechend der Dauer des Aufenthaltes und Asylstatus; incl. Forum als eine Möglichkeit des Austausches. Alle Mitarbeitenden der Suchthilfe erhalten so die Möglichkeit, sich schnell und kompakt zu informieren und die Kluft zwischen den wenigen gut informierten und vernetzten Suchthilfeeinrichtungen und den anderen Einrichtungen kann verringert werden.

4 Einleitung

4.1 Hintergrund und Ziele

Der sprunghafte Anstieg von Menschen, die in Deutschland Asyl beantragt haben, erforderte von der Bundesregierung und den Bundesländern die Bereitstellung einer Infrastruktur mit Personal, den Aufbau geeigneter Erst- und Folgeunterkünfte sowie die Sicherstellung einer medizinischen Versorgung. Mehr als 1/3 aller Antragstellenden waren syrische Staatsbürger und erst mit einem deutlichen Abstand folgten Menschen aus Afghanistan, dem Irak oder Iran (Tab. 1) (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2015, 2016, 2017).

Tabelle 1: Anzahl an Erstanträgen Geflüchteter nach Herkunftsländern (2015 bis 2017)

Jahr	Gesamtzahl Erstanträge	Hauptherkunftsländer (Prozentualer Anteil an der Gesamtzahl)			
		Syrien	Afghanistan	Irak	Iran
2015*	441.899	39,9 %	7,1 %	6,7 %	
2016	722.370	36,9 %	17,6 %	13,3 %	3,7 %
2017**	198.317	24,7 %	8,3 %	11,1 %	4,3 %

* Albanien:12,2 %/ Kosovo: 7,6 %; ** Eritrea: 5,2 %

Etwa 2/3 der Geflüchteten waren männlich (Tab. 2). Besonders hoch (66 % bis 80 %) war der Anteil männlicher Geflüchteter in der Altersstufe zwischen 16 und unter 30 Jahren.

Tabelle 2: Alter und Anteil männlicher Geflüchteter in den Jahren 2015 bis 2017

Jahr	Jünger als 30 Jahre	Anteil männlich, insgesamt
2015	71,1 %	69,2 %
2016	73,8 %	65,7 %
2017	75,2 %	60,5 %

Geflüchtete haben in ihren Heimatländern oder auf der Flucht mehr oder weniger schwere Traumata erlebt und Schätzungen der Psychotherapeutenkammer Deutschlands gehen davon aus, dass 40 %-50 % der Geflüchteten unter einer posttraumatischen Belastungsstörung und/oder einer Depression leiden (Bundespsychologenkammer, 2015). Erlebte Traumata sind häufig mit einem Substanzkonsum assoziiert (Patterson, Kyu, & Georgiades, 2012; Tretter & Arnold, 2016). Genaue Untersuchungen für die aktuellen Asylbewerber in Deutschland fehlen noch, obwohl es Hinweise auf substanzkonsumierende Geflüchtete in den Flüchtlingsunterkünften und auf substanzabhängige Geflüchtete in den Einrichtungen der Suchthilfe gibt (Ameskamp, et al., 2016). Unklar ist bisher, ob Geflüchtete mit einem Substanzkonsum bereits in ihren Heimatländern Substanzen konsumiert und eine Abhängigkeit entwickelt haben. Angesichts der Länder, aus denen die meisten Geflüchteten gekommen sind, ist dies zumindest bei einigen zu erwarten. In Afghanistan gebrauchen 8,5 % der erwachsenen Bevölkerung Opium und in Iran ist der Prozentsatz ähnlich (UNODC United Nations Office on Drug and Crimes, 2015).

Geflüchtete mit einem problematischen Substanzkonsum werden durch die vorhandenen Angebote der Suchthilfe nur schlecht erreicht. Zudem besteht eine große Unsicherheit, welche Leistungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz abgedeckt sind. Dieses schränkt die medizinische Versorgung in den ersten 15 Monaten in Deutschland auf eine Akutversorgung ein, die vom Bund bezahlt wird. In der Regel entscheiden Sachbearbeiter über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung. Die Bundesländer nutzen den großen Interpretationsspielraum des Asylbewerberleistungsgesetzes indem sie z. B. Substitutionsbehandlung innerhalb der ersten 15 Monate finanzieren oder nicht. Die Bundesländer Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein haben mit ihren „Landesrahmenvereinbarungen“ und i. d. R. der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte die medizinische Versorgung für die Geflüchteten wesentlich vereinfacht, wohingegen es in Sachsen und Bayern für die Geflüchteten deutlich schwieriger ist, eine über eine eng definierte Akutbehandlung hinausgehende Versorgung zu erhalten.

Die Studie soll Aufschluss geben u. a. über die Konsumbiografie, Konsummuster und Behandlungserfahrungen drogenkonsumierender Geflüchteter sowie deren Bedarfe und die Barrieren einer Behandlungsaufnahme. Weiter sollen die Schwierigkeiten der Mitarbeitenden von Suchthilfeeinrichtungen und deren Unterstützungsbedarfe ermittelt werden. Die Untersuchung konzentriert sich auf Flüchtlinge, die ab 2015 in Deutschland angekommen sind, illegale Substanzen konsumieren und Kontakt zu niedrigschwelligen Einrichtungen wie z. B. Konsumräumen haben. Von Drogenkonsumräumen wird berichtet, dass Flüchtlinge dort zunehmend präsent sind (Ameskamp, et al., 2016). Zugleich ist über diese Zielgruppe insgesamt wenig bekannt. Drogenkonsumierende Flüchtlinge stellen niedrigschwellige Einrichtungen (z.B. Konsumräume), wie auch das gesamte Suchthilfesystem, vor neue Herausforderungen. Das durchgeführte Projekt soll dazu beitragen, den Wissensstand zu diesem Thema zu verbessern.

Das Forschungsvorhaben verfolgt nicht das Ziel, umfassende Erkenntnisse zum generellen Ausmaß des Substanzkonsums von Geflüchteten zu generieren. Dazu wären repräsentative Befragungen der Zielgruppe in den Einrichtungen der Flüchtlingshilfe notwendig.

4.2 Projektstruktur

Das Forschungsprojekt wurde durch das wissenschaftliche Personal des ZIS durchgeführt. Der Vorsitzende der Deutschen AIDS-Hilfe Dirk Schaeffer informierte im Vorfeld alle Konsumräume in Deutschland per Mail über das Vorhaben.

Um deutschlandweit zu ermitteln, ob und wo drogenabhängige Geflüchtete vom Suchthilfesystem erreicht werden, wurden telefonische Interviews mit Mitarbeitenden der Suchthilfe geführt. Um alle deutschen Bundesländer abbilden zu können, wurden, abweichend vom Antrag, nicht ausschließlich niedrigschwellige Einrichtungen kontaktiert, da einige Bundesländer diese Einrichtungsart nicht oder äußerst selten vorhalten.

Die Auswertung der Telefonate und Interviews mit den Mitarbeitenden der Suchthilfeeinrichtungen zeigten Bereiche auf, in denen lediglich rudimentäre Erkenntnisse vorlagen, z.B. zur Fluchtbiografie oder dem Beginn des Substanzkonsums der Geflüchteten. Der entwickelte Fragebogen, mit dem 128 Geflüchtete mit der Hilfe von Dolmetschern strukturiert befragt wurden, versuchte explizit, diese Wissenslücken zu füllen.

An 4 Standorten wurden abschließend Fokusgruppen mit Fachkräften aus den Einrichtungen durchgeführt, die in ihrer Arbeit bereits mit Flüchtlingen konfrontiert sind. Zum einen wurden die Ergebnisse der Befragungen vorgestellt und diskutiert, zum anderen konkrete Maßnahmen zur

Verbesserung der Versorgung von Flüchtlingen, unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede, erarbeitet.

Die Abbildung 1 illustriert die 3 aufeinander aufbauenden Teilprojekte.

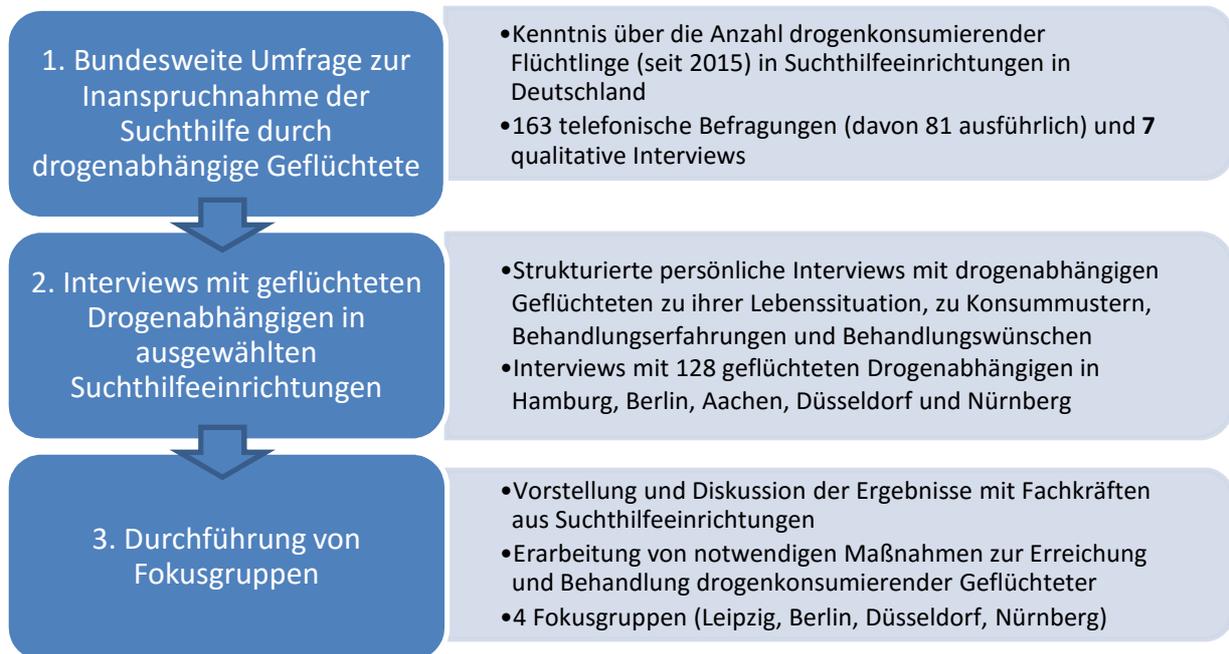


Abbildung 1: Projektstruktur

4.3 Forschungsstand

In diesem Abschnitt wird kurz der relevante Forschungsstand bezogen auf drogenabhängige Geflüchtete wiedergegeben. Die meisten Veröffentlichungen zu Geflüchteten in Deutschland beschäftigen sich mit dem Themenfeld unbegleitete minderjährige Geflüchtete oder den Folgen erlebter Traumata im Heimatland und während der Flucht. So widmete die Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ seine erste Ausgabe in 2017 dem Thema „Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung geflüchteter Personen“. Eine Metaanalyse zu den psychischen Folgen von Krieg, Folter und Vertreibung ermittelte Prävalenzraten von 31 % für posttraumatische Belastungsstörung und/oder einer Depression, allerdings mit einer sehr großen Variationsbreite (Steel Z, Chey T, & Silove D et al., 2009). Die systematische Übersicht über empirische Studien zum Gesundheitszustand und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland listet 51 deutsche Primärstudien auf, von denen 24 Studien auf die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) fokussierten (Bozorgmehr, et al., 2016) und 21 auf körperliche Erkrankungen.

Einen interessanten Ansatz verfolgen Bajbouji und Kollegen (Bajbouj, et al., 2018). Sie übertragen die Erkenntnisse von Nichtregierungsorganisationen (NGOs) zur Not- und Entwicklungshilfe auf die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten in Deutschland und benennen deren Kernprinzipien: *Gleichheit, Partizipation, Do-not-harm-Prinzip, Ressourcenorientierung und Integrierte Aktivitäten*. Sie schlagen ein stufenweises Vorgehen vor, welches nicht in erster Linie spezialisierte Angebote für Geflüchtete vorsieht, sondern die Selbsthilfe unterstützt und vorhandene Ressourcen stärkt und somit die Fokussierung auf Traumata und die damit einhergehende mögliche Stigmatisierung aufhebt. Sie betonen, dass Versorgungsstrukturen für alle gleichermaßen zugänglich sein sollten, ohne Geflüchtete zu bevorzugen oder zu benachteiligen. Es gilt auch, den Postmigrationsstress zu

minimieren, der aufenthaltsrechtliche Aspekte (z. B. Länge der Asylverfahren, Wohnsituation) sowie individuelle Aspekte (Sprachschwierigkeiten, Verlust soziale Kontakte) umfasst (Böttche, Heeke, & Knaevelsrud, 2016). Zwei weitere Artikel, die ebenso wie der Beitrag von Böttche und Kollegen in dem Gesundheitsblatt in 2016 erschienen sind, skizzieren das „Bremer Modell“ der Gesundheitsversorgung für Geflüchtete und beleuchten die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden aus dem Blickwinkel der Gesundheitsämter. Der Fokus aller Beiträge liegt eindeutig auf der Wohn- und Lebenssituation, dem gesundheitlichen Zustand incl. Impfstatus, Infektionserkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen der Geflüchteten. Deutlich wird, dass die Sicherstellung und Koordination der Versorgung angesichts der großen Anzahl von Asylsuchenden große Herausforderungen an alle Beteiligte stellte. Die Diagnostik von Suchtstörungen hatte, wenn überhaupt, eine eher untergeordnete Relevanz. Daher ist es nicht erstaunlich, dass es bislang wenig Evidenz zur Verbreitung des Substanzkonsums unter Geflüchteten gibt. In Deutschland fehlen Studien zur Prävalenz des Konsums und zu den konsumierten Substanzen bei unterschiedlichen Gruppen von Geflüchteten vollständig.

Sehr häufig wird zwischen Migranten und Geflüchtete nicht trennscharf unterschieden. Konzepte, die sich bei türkei- oder russlandstämmigen Migranten bewährt haben, sind nicht unreflektiert auf Geflüchtete aus Syrien, Iran oder Afghanistan zu übertragen (Kimil, 2016). Die zugewanderten „Russlanddeutschen“ haben zwar das deutsche Suchthilfesystem mit vielfältigen Problemen konfrontiert, aber auch dazu beigetragen, dass neue Kompetenzen entwickelt wurden und kultursensible Suchthilfe für viele Einrichtungen gängige Praxis geworden ist. Welchen neuen Herausforderungen sich das Suchthilfesystem durch die Geflüchteten aus den „neuen Flüchtlingsländern“ stellen muss, ist noch nicht wirklich bekannt (Michels, 2016). Der Beitrag von Ameskamp und Kollegen zu „Flüchtlingen und (Opioid-) Abhängigkeit“ skizziert die besondere Situation in den Heimatländern, die wenigen Informationen zu drogenabhängigen Geflüchteten aus einigen Metropolen in Deutschland und die Hürden der Behandlung (Ameskamp, et al., 2016). Eine auch nur ansatzweise systematische Übersicht über drogenkonsumierende Geflüchtete in Deutschland liegt noch nicht vor.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine explorative Querschnittsstudie, die Erkenntnisse über die Anzahl drogenabhängiger Geflüchteter (seit 2015) in Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland zulässt und regionale Unterschiede der Bedarfe der Einrichtungen im Zusammenhang mit der angemessenen Betreuung dieser Zielgruppe aufzeigt. Sie gibt Aufschluss über die Konsumbiografie und die aktuellen Konsummuster geflüchteter Drogenabhängiger sowie ihrer Behandlungserfahrungen im Heimatland und Behandlungserwartungen in Deutschland.

(1) Um bestimmen zu können, in welchem Ausmaß drogenabhängige Geflüchtete von der Suchthilfe erreicht werden, wurden bundesweit die Adressen der niedrigschwiligen und ggf. höherschwiligen¹ Einrichtungen der Suchthilfe in eine Exceldatei eingepflegt.

¹ In Abgrenzung zu den Suchtberatungen mit angeschlossenem Konsumraum oder Kontaktladen/Kontaktcafé mit Spritzentausch (niedrigschwellig), werden die Suchtberatungsstellen ohne dieses Angebot als höherschwellig bezeichnet.

Folgende Quellen wurden verwendet²:

1. Webseite der Deutschen Aids-Hilfe, Konsumräume in Deutschland, N=22
2. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Einrichtungsregister: Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.) N=105
3. Landesstellen für Suchtfragen aller 16 Bundesländer, für Mecklenburg-Vorpommern LAKOST Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen, wurden kontaktiert. Entweder konnten die erforderlichen Informationen den Webseiten der Landesstellen entnommen werden oder sie wurden telefonisch angefordert.

Jedes Bundesland wurde als eine geographisch abgegrenzte Befragungseinheit verstanden und zu deren Einrichtungen wurde sukzessiver Kontakt aufgenommen, d.h. erst wenn ein Bundesland umfassend dokumentiert wurde, wurde das nächste Bundesland befragt. Die Auswahl und Befragung der Einrichtungen folgte einem mehrstufigen Vorgehen.

A) Bundesländer mit Konsumräumen (Hamburg, Berlin, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Saarland)

- Kontaktaufnahme mit dem Konsumraum bzw. den Konsumräumen in dem jeweiligen Bundesland.
- Kontaktaufnahme mit niedrigschwelligen Einrichtungen (i. d. R. Kontaktläden ohne Konsumräume) in weiteren Städten.
- Kontaktaufnahme mit höherschwelligen Einrichtungen in kleineren Städten und ländlichen Gebieten.

B) Bundesländer ohne Konsumräume

- Kontaktaufnahme mit niedrigschwelligen Einrichtungen in den größeren Städten, ggf. nach Absprache mit den jeweiligen Landesstellen für Suchtfragen.
- Kontaktaufnahme mit höherschwelligen Einrichtungen in weiteren größeren und kleineren Städten und ländlichen Gebieten.

Um die Erreichung von drogenabhängigen Geflüchteten durch die Suchthilfe umfassend abzubilden, wurden in größeren Städten mehrere Einrichtungen befragt. Des Weiteren wurde erhoben, ob und in welchem Ausmaß sich geflüchtete Drogenabhängige in der Drogenszene der jeweiligen Städte aufhalten. Dazu wurden, wenn notwendig, die Streetworker kontaktiert. Hinweisen der Suchthilfeeinrichtungen in Bezug auf Entgiftungsstationen oder Substitution wurde nachgegangen.

Alle Telefonate wurden dokumentiert; sie gliedern sich in 3 Kategorien:

1. Kurze Telefonate, wenn deutlich wurde, dass (fast) keine Geflüchteten die Einrichtungen bisher kontaktiert hatten.
2. Längere Telefonate bei einer höheren Anzahl an Geflüchteten oder bei spezifischen Problemlagen.
3. Telefonische Interviews mit einer minimalen Dauer von 60 Minuten, wenn Einrichtungen über ausreichende Erfahrung mit drogenabhängigen Geflüchteten berichten konnten.

(2) Die Einrichtungen mit den häufigsten Kontakten zu drogenabhängigen Geflüchteten wurden ausgewählt, um in diesen geflüchtete Drogenabhängige für persönliche Interviews zu rekrutieren. Alle angefragten Einrichtungen erklärten sich zur Teilnahme bereit. In folgenden

² Das DBDD-Einrichtungsregister ist nicht öffentlich zugänglich und wird für die Erstellung der Deutschen Suchthilfestatistik genutzt.

Suchthilfeeinrichtungen mit Konsumräumen oder Kontaktcafés fanden die Interviews mit den drogenabhängigen Geflüchteten statt:

Stadt	Einrichtung	Einrichtungsart
Hamburg	Drob Inn	Konsumraum
Berlin	vista gGmbH, Birkenstube	Konsumraum
Düsseldorf	Drogenhilfe e. V.	Konsumraum
Aachen	Kontakt-Café Kaiserplatz	Kontaktcafé
Nürnberg	Mudra e. V.	Kontaktladen

Nach Auskunft der Einrichtungen sprachen die Geflüchteten überwiegend Farsi, sodass farsisprechende Dolmetscher oder Sprachmittler benötigt wurden. Für die kleine Gruppe der arabisch oder russisch sprechenden Geflüchteten stellten die Einrichtungen Sprachmittler zur Verfügung. Alle Einrichtungen hatten schon Kontakte zu Sprachmittlern oder Dolmetscherdiensten. In 2 Städten wurden Sprachmittler über Dolmetscherdienste eingestellt, in den weiteren 3 Städten den Einrichtungen bekannte und erfahrene Sprachmittler gefunden. In Nürnberg verfügte ein Mitarbeitender über die notwendigen Sprachkenntnisse. Insgesamt kamen 7 Dolmetscher/Sprachmittler zum Einsatz, darunter 2 Frauen. Die Interviewer wurden vor Aufnahme ihrer Tätigkeit geschult. Die Interviews wurden, mit Ausnahme von Nürnberg, immer in einem Tandem aus Sprachmittler und wissenschaftlicher Mitarbeiterin (ZIS) geführt. In einer Einrichtung wurden die infrage kommenden Geflüchteten im Vorfeld der Befragung von der Einrichtungsleitung angesprochen und zu den Interviews eingeladen. In den anderen Einrichtungen wurden die Geflüchteten in oder vor der Einrichtung rekrutiert. In 3 Einrichtungen bot sich jeweils ein Geflüchteter an, die Rekrutierung zu unterstützen, was sich als sehr hilfreich erwies. Sie wurden dafür mit einem kleinen Betrag entlohnt. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten (s. Kap. 6.2).

Die Geflüchteten erhielten 15 Euro pro durchgeführtes Interview. Ohne diese Entlohnung wäre das Projekt in der Kürze der Zeit nicht durchführbar gewesen. Kein Geflüchteter versuchte, sich mehrfach interviewen zu lassen. Gemäß der im Projektantrag definierten Zielsetzung sollten mindestens 100 geflüchtete Drogenabhängige interviewt werden. Mit 128 auswertbaren Interviews wurde diese Zielgröße übertroffen.

(3) Fokusgruppen wurden an 4 Standorten in Deutschland realisiert: Leipzig, Berlin, Düsseldorf und Nürnberg. Die Fokusgruppe in Leipzig fand im Rahmen des bundesweiten Drogenkonsumraumtreffens statt. An dem Konsumraumtreffen nahmen 14 Vertreter teil, an den anderen Fokusgruppen zwischen 6 und 8 Fachkräfte. Bis auf die Fokusgruppe in Leipzig waren die anderen Fokusgruppen regional besetzt.

5.1 Operationalisierung der Ziele

Für die Interviews mit den Fachkräften der Suchthilfeeinrichtungen wurde ein spezifischer Interviewleitfaden entwickelt. Dieser Leitfaden kam nicht nur bei den telefonischen Interviews zum Einsatz, sondern auch bei den längeren Telefonaten. Der Leitfaden umfasste folgende Themenkomplexe:

- Angebote der Einrichtungen, deren Erreichbarkeit, (neue) offene Drogenszenen in der jeweiligen Stadt, Nutzungsprofile der Klientel, Charakteristika und Substanzkonsum der Geflüchteten, potentielle Probleme und fachlicher Umgang mit drogenkonsumierenden Geflüchteten.

Der Fragebogen für die strukturierte Befragung der geflüchteten Drogenabhängigen wurde nach der Auswertung der Interviews mit den Fachkräften der Suchthilfeeinrichtungen entwickelt. Es zeigte sich, dass dort, wo Geflüchtete in nennenswerter Anzahl bemerkt wurden (nur niedrighschwellige Einrichtungen), es fast keine Kenntnisse zu dieser neuen Klientel gab. So lagen maximal Einschätzungen zum Herkunftsland (über die Sprache) und grobe Schätzungen des Alters und der aktuell konsumierten Substanzen vor. Der Fragebogen umfasste folgende Bereiche:

- Angaben zum Alter, Herkunftsland und Ethnie, Status des Asylantragsverfahrens und Lebensumstände in Deutschland, Substanzkonsum im Heimatland, während der Flucht und in Deutschland, Konsummotive und Behandlungswünsche sowie Fragen zu HIV und Hepatitis C-Infektionen.

Der Fragebogen wurde in 3 Sprachen (Farsi, Arabisch, Russisch) „Premium“ übersetzt. Dies bedeutet, dass die Übersetzung von einem professionellen muttersprachlichen Übersetzer vorgenommen wird und durch einen zweiten muttersprachlichen Übersetzer überprüft wird. Dieses Vorgehen wird für Texte empfohlen, die zu einer Veröffentlichung bestimmt sind.

In den Fokusgruppen wurden die ersten Ergebnisse vorgestellt und unter Berücksichtigung regionaler Spezifika diskutiert.

5.2 Datenerhebung

Insgesamt wurden 7 Fachkräfte in telefonischen Interviews befragt. Grundsätzlich nahmen diejenigen Fachkräfte an dem Interview teil, die zu den Forschungsfragen Auskunft geben konnten. Alle Interviews wurden mit dem Einverständnis der Befragten auf einen Tonträger aufgezeichnet und anschließend vollständig transkribiert.

Die Transkriptionen wie auch die Mitschriften der 81 weiteren längeren Telefonate sind die Grundlage für die Auswertung, welche mit Unterstützung der Software MAXQDA für qualitative Forschung vorgenommen wurde. Die Inhaltsanalyse orientierte sich an den Themen, die in den Interviewleitfäden festgelegt wurden. Darüber hinaus wurden Auswertungen für jedes einzelne Bundesland getrennt durchgeführt. Die Angaben aller befragten Suchthilfeeinrichtungen wurden zusätzlich quantitativ mittels des Statistikpakets SPSS ausgewertet.

In 5 Städten wurden insgesamt 134 geflüchtete Drogenabhängige interviewt (Tab. 3). 128 Interviews erfüllten alle Einschlusskriterien und gingen in die Datenanalyse mithilfe von SPSS ein.

Tabelle 3: Anzahl der Interviews mit drogenabhängigen Geflüchteten nach Erhebungsorten

Städte	Anzahl Interviews	Anzahl valider Interviews
Hamburg	46	46
Berlin	33	33
Aachen	20	19
Düsseldorf	16	16
Nürnberg	19	14
Gesamt	134	128

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

6.1 Darstellung des Projektverlaufs

Innerhalb der Projektlaufzeit wurden alle Projektziele erreicht. Zur Zielerreichung waren keine Abweichungen vom Zeitplan nötig.

Eine Ethikanfrage an die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg wurde am 01.06.2017 per E-Mail und per Brief gestellt. In der Anfrage, inwieweit die Notwendigkeit eines Ethikvotums für das Projekt besteht, wurden die möglicherweise ethikrelevanten Bedingungen erläutert. Zusätzlich wurde der vollständige Projektantrag beigefügt.

Die Antwort der Ethikkommission vom 08.06.2017 machte uns darauf aufmerksam, dass eine Beratung durch die Ethikkommission nur dann erforderlich ist, wenn es sich entweder um „Forschung am Menschen“ handelt oder wenn die Datenerhebung pseudoanonymisiert erfolgt.

Das Projektteam kam nach Diskussion möglicher ethikrelevanter Vorgehensweisen zu folgender Entscheidung: Die Datenerhebung bei den Geflüchteten erfolgt anonym und ist nicht ethikrelevant. Die Interviews der Mitarbeitenden der Suchthilfeeinrichtungen sind nicht anonym, die Mitarbeitenden sind namentlich bekannt. Die studiengegenständlichen Fragen beziehen sich jedoch auf die strukturellen Gegebenheiten der Einrichtung und nicht auf die Person des Interviewten. Es erfolgt keine Weitergabe personenbezogener Angaben zu einzelnen Geflüchteten. Die Informationen, die auf Einrichtungsebene erhoben werden, werden nach Bundesländern aufbereitet und ohne Nennung der Einrichtungen berichtet. Dieses Vorgehen ist nicht ethikrelevant.

6.2 Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit

Aus den Befragungen der Suchthilfeeinrichtungen, den Interviews mit den drogenabhängigen Geflüchteten und den Ergebnissen der Fokusgruppen lassen sich erstmals deutschlandweit belastbare Aussagen hinsichtlich der Nationalität der geflüchteten Drogenabhängigen, ihrem Substanzkonsum im Heimatland, während der Flucht und in Deutschland treffen. Auch können regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme der Suchthilfeeinrichtungen, der Probleme im Umgang mit geflüchteten Drogenabhängigen sowie deren Behandlungsbedarfe und Überleitung in weiterführende Hilfen identifiziert werden.

6.3 Positive und negative Erfahrungen

Besonders auffällig war das große Interesse der Fachkräfte an diesem Projekt. Dies spiegelte sich wider in der Bereitschaft der Einrichtungen, in denen Geflüchtete interviewt wurden, das Projekt z.T. mit eigenen Ressourcen zu unterstützen. Die niedrigschwelligen Einrichtungen wussten, dass Geflüchtete bei ihnen angekommen sind, hatten aber aufgrund der Sprachbarrieren keine Möglichkeit, diese tatsächlich kennenzulernen. Auch die vielen Suchthilfeeinrichtungen, zu denen Kontakt aufgenommen wurde, waren bereit, spontan die gestellten Fragen zu beantworten und bemüht, dem Projekt valide Daten zu ihrer Klientel zukommen zu lassen. Zu einem Teil nutzten sie die Telefonate auch dazu, von ihren Problemen mit Geflüchteten und mit anderen zugewanderten Bevölkerungsgruppen ausführlich zu berichten.

Die Interviews mit den Geflüchteten selbst verliefen ausgesprochen respektvoll und offen. Es gab keine Vorerfahrungen, welche Fragenkomplexe bei den Geflüchteten auf Vorbehalte stoßen würden. Als „heikle Themen“ waren von den Fachkräften der befragten Suchthilfeeinrichtungen, sofern sie überhaupt längere Gespräche mit den Geflüchteten geführt hatten, der Konsum im Heimatland und

vor allem der Konsum während der Flucht genannt worden. Diese Erfahrungen konnten wir nicht bestätigen. Während einige Geflüchtete fast reflexartig ihre Identitätskarte zeigen wollten, war es anderen sehr wichtig, dass ihnen Anonymität zugesichert wurde. Mehrfach wurde nachgefragt, ob auch keine versteckten Kameras das Interview aufnehmen würden. Auffällig war das große Bedürfnis vieler Geflüchteter, in ihrer Muttersprache ausführlich über ihren Drogenkonsum (auch im Heimatland), ihre Flucht und ihre momentanen Lebensumstände zu sprechen. Wichtig war, ihnen einrichtungsbezogenen Hinweise z. B. auf Beratungszeiten mit farsisprechenden Dolmetschern zu geben, von denen sie bisher keine Kenntnisse hatten. Teilweise konnten die Dolmetscher zusammen mit den Geflüchteten im Anschluss an die Interviews besondere Anliegen mit den Mitarbeitenden der Einrichtung besprechen. Hierbei ging es auch um prekäre Lebenslagen oder abgelehnte Asylanträge. Für die Interviewer stellten die Befragungen z. T. eine Herausforderung dar, vor allem, wenn sie von morgens bis in den späten Nachmittag hinein andauerten. Gespräche, um die vielen Lebensgeschichten zu verarbeiten, waren notwendig.

Aufgrund des explorativen Projektvorhabens lassen sich keine verallgemeinerbaren Erkenntnisse treffen, auch wenn in den Einrichtungen, in denen geflüchtete Drogenabhängige interviewt wurden, ca. 50 % der anvisierten Geflüchteten befragt werden konnten.

Als problematisch stellten sich die Übersetzungen des Fragebogens für die Geflüchteten heraus. Trotz der „Premium“-Übersetzung (s. Kap. 5.1) schwankte die Qualität der Übersetzung in Abhängigkeit von der Sprache. Die übersetzten Fragebögen wurden mit muttersprachlichen Mitarbeitenden bzw. dem ersten Dolmetscher besprochen und von ihnen gegengelesen. Dabei stellte sich heraus, dass die russischen und arabischen Fragebögen weitgehend so belassen werden konnten, der Fragebogen auf Farsi aber noch überarbeitet werden musste. Grundsätzlich muss bei der Formulierung von Forschungsfragen, die in diese Sprachen übersetzt werden sollen, noch stärker auf eine einfache Sprache geachtet werden.

7 Ergebnisse

Die nachfolgende Ergebnisdarstellung folgt dem Projektaufbau und umfasst die bundesweite Umfrage in den Suchtberatungsstellen, die Auswertung der Interviews mit den Geflüchteten sowie die Darstellung der Themenbereiche in den Fokusgruppen und die abgeleiteten Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung drogenkonsumierender Geflüchteter.

7.1 Ergebnisse der bundesweiten Umfrage in Suchtberatungsstellen

Es wurde insgesamt zu 163 Einrichtungen Kontakt aufgenommen. Die Anzahl und Einrichtungsart sind in Tabelle 4 dargestellt (Städte pro Bundesland s. Anhang).

Tabelle 4: Anzahl der kontaktierten Einrichtungen pro Bundesland

Bundesland	Konsumraum	Kontaktladen	Höher-schwellig	Entgiftung	Substitution	Streetwork	Obdachlosen-hilfe	Gesamt
Schleswig-Holstein	0	4	3	0	0	0	0	7
Mecklen-burg Vorp.	0	1	7	4	2	0	0	14
Hamburg	4	0	0	0	0	0	0	4
Bremen	0	2	1	0	0	0	2	5
Nieder-sachsen	1	4	11	0	0	2	0	18
Sachsen-Anhalt	0	1	14	2	0	1	0	18
Branden-burg	0	0	14	0	0	0	0	14
Berlin	1	0	0	0	0	1	0	2
Nordrhein-Westfalen	10	1	5	0	3	2	0	21
Hessen	4	2	6	0	1	1	0	14
Thüringen	0	3	4	0	0	2	0	9
Sachsen	0	1	4	0	0	0	0	5
Rheinland-Pfalz	0	2	3	0	0	0	0	5
Saarland	1	0	0	0	0	0	0	1
Baden-Württemb.	0	9	1	0	0	0	0	10
Bayern	0	8	8	0	1	2	0	19
Gesamt	21	38	82	6	7	11	2	166

Grundsätzlich zeigte sich, dass sehr wenige Informationen über geflüchtete Drogenabhängige vorlagen. Wie erwartet, wurden sie eher von den Konsumräumen oder Kontaktläden (Kontaktcafés, niedrigschwelligen Einrichtungen) erreicht. Während 19 der 21 befragten Konsumräume Kontakt zu drogenabhängigen Geflüchteten hatten, wurde dies lediglich von 24 der 82 befragten höherschwelligen Suchthilfeeinrichtungen bejaht (Tab. 5).

Tabelle 5: Geflüchtete in den Einrichtungen seit Mitte 2015

	nein	ja	vereinzelt	ja oder vereinzelt, aber keine harten Drogen
Suchtberatung mit Konsumraum (N=21)	2	8	11	0
Suchtberatung mit Kontaktladen (N=36)	10	10	15	1
höherschwellige Suchthilfeeinrichtung (N=82)	44	7	17	14

Anzahl der Einrichtungen ohne Entgiftungs- oder Substitutionseinrichtungen, Streetwork

Auch hinsichtlich der Anzahl der erreichten drogenabhängigen Geflüchteten zeigten sich Unterschiede zwischen den Einrichtungsformen der Suchthilfe. Mit durchschnittlich 22,9 Personen erreichten die Konsumräume deutlich mehr Geflüchtete als die beiden anderen Einrichtungsarten (Tab.6).

Tabelle 6: Mittlere Anzahl Geflüchteter in den Einrichtungen

	N	Mittelwert	Streuung	Minimum	Maximum
Suchtberatung mit Konsumraum	14	22,9	25,9	2	70
Suchtberatung mit Kontaktladen	21	11,6	18,0	1	80
Höher Schwellige Suchthilfeeinrichtung	16	3,4	3,1	1	10

Nur sofern Geflüchtete betreut wurden.

Längere und informativere Gespräche mit der Unterstützung von Dolmetschern wurden, wenn überhaupt, in den höherschwelligeren Einrichtungen der Suchthilfe geführt. Allerdings wurden diese Einrichtungen von der Zielgruppe sehr selten aufgesucht.

Aufgrund der Struktur der niedrigschwelligen Einrichtungen fanden dort keine längeren Gespräche statt. Die Sprachbarriere verhinderte, dass die Mitarbeitenden, wie bei deutschsprachigen Konsumierenden möglich, in häufigeren kürzeren Gesprächen etwas über die Besucher erfuhren.

„Wir haben wenig Kontakt zu den Geflüchteten, da sie wenig Deutsch können. Sie zeigen auf die Spritzen und dann sind sie wieder weg“ (BL5_05).

7.1.1 Soziodemografische Merkmale der Geflüchteten

Auf die Frage nach Geflüchteten wurden von den Befragten spontan auch Drogenabhängige aus dem russischsprachigen Raum oder den EU-Ländern genannt, auch wenn diese keinen Asylantrag stellen bzw. die Aussicht auf einen positiven Bescheid eines Asylantrags sehr gering ist. Seit Mitte 2015 erlebten die Einrichtungen einen deutlichen Anstieg von Menschen aus eben diesen Ländern.

Die Abbildung 2 zeigt die Anteile der genannten geflüchteten Drogenabhängigen in den unterschiedlichen Einrichtungsarten. Die Grafik gibt keine Auskunft über die tatsächliche Anzahl an betreuten Geflüchteten (Abb. 2). Während die Suchtberatungen mit angeschlossenem Konsumraum davon ausgingen, hauptsächlich Geflüchtete aus Afghanistan seit 2015 neu in ihre Einrichtungen aufgenommen zu haben, gingen die Kontaktladen davon aus, in der Hauptsache Iraner als Besucher zu haben. Auch wenn dies in Einzelfällen zutreffen sollte, erstaunt dieses Ergebnis. Eine mögliche Erklärung wäre, dass es sich bei den Afghanen als auch bei den Iranern um farsisprechende Personen handelte und sie daher fälschlicherweise der einen oder anderen Gruppe zugeordnet wurden. Zusammengefasst hatten die Konsumräume und Kontaktladen einen vergleichbaren Anteil an farsisprechenden Geflüchteten. Der Anteil an EU-Bürgern oder Personen aus den ehemaligen GUS-Staaten war in beiden Einrichtungsarten annähernd gleich. In höherschwelligen Suchthilfeeinrichtungen waren vergleichsweise häufiger Syrer oder Iraker angekommen, auch wenn die absoluten Zahlen sehr gering waren.

Syrer machen den größten Anteil der seit 2015 in Deutschland eingereisten Geflüchteten aus, waren aber in den Einrichtungen der Suchthilfe nur vereinzelt anzutreffen. Daher ist es nachvollziehbar, dass die Mitarbeitenden der Einrichtungen darüber verwundert waren.

„Ich frage mich, wo die ganzen Syrer geblieben sind, wir haben einen Einzigen, den wir aufgenommen haben“ (BL1_01).

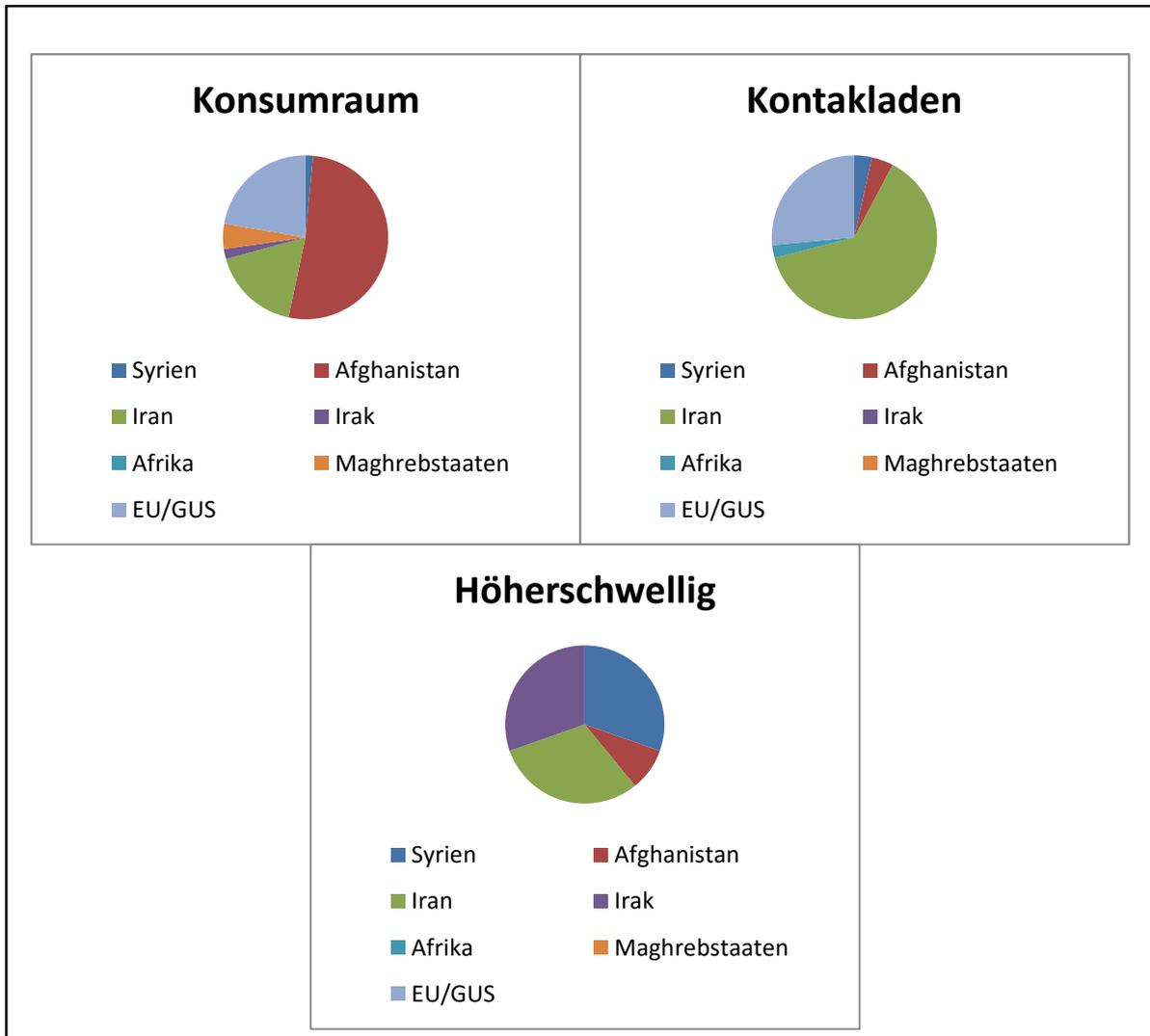


Abbildung 2: Herkunftsländer der Geflüchteten (seit 2015) nach Einrichtungart

Die geflüchteten Drogenabhängigen waren männlich und der geschätzte Altersdurchschnitt lag bei unter 30 Jahren. Lediglich aus den russischsprachigen Ländern wurden sehr vereinzelt auch Frauen durch die Einrichtungen erreicht. Über den Bildungsgrad konnten keine verlässlichen Aussagen getroffen werden. Es deutet sich jedoch an, dass sich die Afghanen von den anderen Geflüchteten durch ein niedrigeres Bildungsniveau abhoben. Der Analphabetisierungsgrad der drogenabhängigen Afghanen in Frankfurt (Szene) wurde von einem Dolmetscher auf 80 % geschätzt.

7.1.2 Inanspruchnahme der Suchthilfeeinrichtungen von arabisch- oder farsisprechenden Geflüchteten

Die Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen durch arabisch- oder farsisprechende drogenabhängige Geflüchtete war unabhängig von der räumlichen Nähe zu einer Erstaufnahmeeinrichtung. Ländliche Gebiete oder kleinere Städte berichteten weder von Kontaktaufnahmen noch haben sie Kenntnis von dieser Gruppe im öffentlichen Raum (Ausnahmen:

Sachsen, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, s. Kap. 7.2). Es ist davon auszugehen, dass sich der Konsum entweder im Privaten abspielte oder die drogenabhängigen Geflüchteten in größere Städte mit Kontaktläden oder Bundesländer mit Konsumräumen ohne Ausweisungspflicht abwanderten.

„Registriert sind sie fast alle, aber ob sie hier registriert sind, ist eine ganz andere Frage“ (BL3_02).

„Anfang des Jahrs kamen täglich 2-3, die wir aber nicht aufnehmen konnten [waren nicht in der Stadt gemeldet], die waren eher auf der Durchreise“ (BL1_14).

Hochschwellige Sucht- und Drogenberatungen wurden von drogenabhängigen Geflüchteten i.d.R. nicht aufgesucht. Dort kamen Jugendliche oder junge Erwachsene in Begleitung von Betreuern und Dolmetschern aus den Flüchtlingsunterkünften an. Bei den konsumierten Substanzen handelte es sich um Cannabis und/oder Alkohol, seltener um Amphetamine. Inwieweit die Geflüchteten eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt hatten oder einen massiven Missbrauch betrieben, bleibt unklar. Mit der Abnahme des Zuzugs neuer Geflüchteter und der Sicherung der Grundversorgung traten die Probleme mit substanzkonsumierenden Geflüchteten in den Einrichtungen der Flüchtlingshilfe stärker in den Vordergrund. Die Mitarbeitenden der Suchthilfeeinrichtungen wurden zunehmend um Unterstützung gebeten, da die Probleme erst zeitverzögert offensichtlich wurden oder, dies gilt vor allem für Jugendliche, mit dem Konsum von Alkohol und Cannabis erst in den Flüchtlingsunterkünften begonnen wurde. Anfragen von den Flüchtlingseinrichtungen erfolgten hinsichtlich anonymer Fallberatung, Schulung von Mitarbeitenden der Flüchtlingseinrichtungen und Veranstaltungen für die Geflüchteten bzw. Gespräche mit konsumierenden Geflüchteten in den Einrichtungen.

1. Anonyme Fallberatung: Diesen telefonischen Anfragen wurde i.d.R. nachgekommen
2. Schulung der Mitarbeitenden oder Multiplikatoren der Flüchtlingseinrichtungen:

Diesen Nachfragen konnten die Suchtberatungen noch am ehesten nachkommen, da dafür keine Sprachmittler benötigt wurden. Einer stark gestiegenen Anfrage konnte aufgrund von personellen Engpässen teilweise nicht in vollem Umfang entsprochen werden, sofern keine finanzielle Unterstützung der Suchthilfeeinrichtungen stattfand. Für die Flüchtlingsunterkünfte stellten die Substanzen Alkohol und Cannabis das größte Problem dar.

3. Prävention und Beratungstätigkeit der Suchthilfeeinrichtungen in den Flüchtlingsunterkünften, auch zu Gesetzeslagen

Auf diese Nachfrage der Flüchtlingsunterkünfte reagierte die Suchthilfe in sehr unterschiedlicher Weise. Das Spektrum reichte von einer strikten Zurückweisung des Ansinnens mit Verweis auf die Kommstruktur der Einrichtungen, über Informationsveranstaltungen für Geflüchtete bis hin zu einer intensiven Kooperation und Betreuung von Heroinabhängigen in der Flüchtlingsunterkunft. Teilweise wurden Gespräche in der Flüchtlingsambulanz geführt und Sprechstunden vor Ort angeboten. Auch wenn die Bereitschaft vorhanden war, scheiterte es häufig am Fehlen kompetenter und vertrauensvoller Sprachmittlern oder Aufklärungsmaterialien in den Herkunftssprachen. Anfragen erreichten die Suchthilfeeinrichtungen auch von Sozialämtern oder Einrichtungen, die Deutschkurse durchführten. Auch wenn der Bedarf von Präventionsschulungen in Wohnheimen und Projekten von den Mitarbeitenden vor Ort gesehen wurde, kam es vor, dass diese Angebote (mit Dolmetschern) von den Geflüchteten nicht angenommen wurden. Der problematische Konsum von Alkohol und Cannabis und die damit verbundenen Probleme, auch Aggressionen und Gewalt in den Einrichtungen und im öffentlichen

Raum, führten in Frankfurt dazu, dass alle Jugendlichen verpflichtend an Präventionsveranstaltungen teilnehmen mussten.

Geflüchtete Drogenabhängige erhielten über unterschiedliche Wege Kenntnis über die Standorte und die Angebote der **niedrigschwelligen Suchthilfe**. Inwieweit sie Informationen über digitale Netzwerke austauschten ist unbekannt, aber durchaus möglich, da berichtet wurde, dass die Geflüchteten ausnahmslos über ein Smartphone verfügten.

1. Über Konsumierende

Auf der Szene, z. B. beim Kauf von Substanzen, erfahren die Geflüchteten, welche Einrichtungen sie zum Spritzentauch/Folientausch oder zum Konsum aufsuchen können. Diese Informationen wurden an andere Geflüchtete weitergegeben.

„Wir haben eine offene Drogenszene ..., da spricht sich schnell rum, wo man Hilfe bekommt“ (BL1_08).

„Manche fragen draußen nach Drogen und die älteren Klienten schicken sie dann in den Konsumraum“ (BL1_11).

2. Aufsuchende Arbeit

Niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtungen stellten ihre Hilfemöglichkeiten auf der Szene oder in Flüchtlingsseinrichtungen vor, entweder persönlich und/oder mit Flyern in diversen Sprachen und begleiteten drogenabhängige Geflüchtete teilweise auch in die entsprechenden Einrichtungen.

„Ein Kollege ist in die Unterbringungen gegangen und hat das Konzept mehrfach vorgestellt“ (BL6_03).

„Man muss auf die Leute in irgendeiner Form zugehen und sie möglichst in ihrer Sprache ansprechen“ (BL7_09).

In den Städten mit mehreren Konsumräumen oder Kontaktläden hatte aufsuchende Arbeit verstärkten Kontakt zu den drogenabhängigen Geflüchteten, die szenenah (häufig in Bahnhofsnähe) gelegen ist oder die sich verstärkt um die Geflüchteten bemüht hatte. Kein Konsens besteht darin, ob die Geflüchteten die niedrigschwelligen Einrichtungen alleine, zu zweit oder in größeren Gruppen aufsuchten.

7.1.3 Erfahrungen der niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen mit drogenabhängigen arabisch- oder farsisprechenden Geflüchteten

Substanzkonsum der Geflüchteten

Opioide waren die von den Geflüchteten vornehmlich konsumierten Substanzen. Heroin wurde geraucht oder iv appliziert. Die Einrichtungen gehen mittlerweile davon aus, dass bei sehr vielen Vorerfahrungen mit einem Opioidkonsum in den Heimatländern vorliegen. Die Ergebnisse einer Umfrage durch das Streetwork in Frankfurt ergab, dass von den 15 drogenabhängigen Geflüchteten, die die Frage nach dem Substanzkonsum in den Heimatländern beantwortet haben, 13 Personen schon dort Opioide konsumiert hatten, 3 auch i. v. Bei Geflüchteten mit Opioidvorerfahrung geht man davon aus, dass sie in erster Linie Opium geraucht haben und erst in Deutschland auf den Heroinkonsum umgestiegen sind.

„Die Art und Weise, wie die Heroin hier geraucht haben, die war neu“ (BL3_02).

Der Umstieg von einem Rauch- auf einen i. v.-Konsum scheint von mehreren Faktoren abhängig zu sein; der unterschiedlichen Wirkung von gerauchtem Opium und Heroin, der Länge des Aufenthaltes in Deutschland und der Einbindung in die hiesige Drogenszene.

„Die Perser... teilweise auch intravenös, dann eher, weil sie es vom Geld her nicht mehr schaffen“ (BL1_01).

„Landen alle letztlich beim i. v.-Konsum“ (BL2_03).

„Die kommen rauchend hier an und werden dann eingenordet, wie man am besten spritzt“ (BL1_11).

Ob und welche weiteren Substanzen, wie z. B. Crack oder Kokain konsumiert werden, ist von der Verfügbarkeit der Substanzen in der jeweiligen Drogenszene und wie beim Umstieg auf einen iv-Konsum von der Aufenthaltsdauer in Deutschland abhängig. Kokain scheint im Zusammenhang mit Prostitution eine Rolle zu spielen, über Amphetaminkonsum gibt es keine gesicherten Auskünfte.

„Hier haben sie dann alles, was man zusätzlich noch erlernen kann, auch erlernt. Den intravenösen Konsum, das Crackrauchen, polyvalentes Konsumverhalten“ (BL3_02).

„Und irgendwann konsumieren sie auch alles, was so vorbeikommt“ (BL7_09).

Über Vorbehandlungen einer Abhängigkeitserkrankung in den Heimatländern sowie dem Konsum während der Flucht lagen keine Erkenntnisse vor. Sporadische Berichte deuten auf die Einnahme von Benzodiazepinen während der Flucht und in den Flüchtlingsunterkünften hin.

Inanspruchnahme der Angebote der niedrigschwelligen Hilfen

Die geflüchteten Drogenabhängigen nutzten die niedrigschwelligen Einrichtungen anfangs lediglich zum Spritzentauch/Folientausch oder zum Konsum. Die weiteren Angebote des niedrigschwelligen offenen Bereichs wurden zögerlicher angenommen. Es bedurfte einer gewissen Vertrauensbildung, bis sich die Geflüchteten länger in den Einrichtungen aufhielten und nicht mehr so wirkten, als „seien sie noch auf der Flucht“. In erster Linie wurde die Möglichkeit genutzt, Kaffee oder Tee zu trinken und wenn vorhanden, das Internet zu nutzen.

Seltener berichteten die Einrichtungen, dass die Geflüchteten Kontakt zu den anderen Besuchern aufnahmen, außer zur Anbahnung von Drogendeals. Dies liegt in erster Linie an der bestehenden Sprachbarriere. Erst, wenn die Geflüchteten über rudimentäre Deutschkenntnisse verfügten, entstanden Kontakte zu nicht geflüchteten Konsumierenden. Dabei war die Geschwindigkeit, mit der die Geflüchteten Deutschkenntnisse erwarben, individuell sehr unterschiedlich.

Verständigung und Aufklärung

Die Einrichtungen standen oder stehen vor dem Problem, keine Sprachmittler in den Sprachen Arabisch oder Farsi zu haben und waren auf die Klienten aus diesen Sprachräumen nicht vorbereitet. Die Verständigung erfolgte häufig über „Hände und Füße“. Teilweise wurden Klienten abgewiesen, weil auch eine rudimentäre Verständigung auf Deutsch oder Englisch nicht möglich war und die Konsumraumverordnung dies zwingend vorsah. Um die Konsumraumverordnung anschaulich zu verdeutlichen, verfügen die Konsumräume über Piktogramme oder Bilder (grünes Häkchen = erlaubt, rotes Kreuz = verboten). Alle niedrigschwelligen Einrichtungen nutzten, wenn vorhanden, vertrauenswürdige Klienten um die wichtigsten Regeln und Hinweise den geflüchteten Drogenabhängigen verständlich zu machen. Nur wenige konnten bisher farsisprechende Mitarbeitende fest oder auf Stundenbasis einstellen. Den Einrichtungen war nicht bekannt, warum entweder schon länger bekannte Arabisch oder Farsi sprechende Drogenabhängige sich den

Geflüchteten annehmen oder sie andererseits meiden und auch eine sprachliche Vermittlung ablehnen.

„Wir haben Piktogramme, z. B. dass man nicht rauchen darf, ..., wir haben auch ganz spezielle Regeln, dass man Drogen nicht teilen darf... Das zu erklären, ist natürlich schon ein Highlight“ (BL1_11).

„Verständigung mit Händen und Füßen oder jemanden aus der Gruppe, der etwas Deutsch spricht“ (BL6_03).

Inwieweit die Angebote der Einrichtung oder Konsumraumregeln übersetzt wurden, hängt von der Frequentierung der Einrichtung und/oder der personellen Ausstattung ab. Einige wenige Einrichtungen verfügten schon über Flyer oder Konsumraumregeln auf Arabisch und/oder Farsi.

Kulturell bedingte Verhaltensweisen

In den niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe fallen die drogenabhängigen Geflüchteten aus den arabisch- oder farsisprachigen Ländern wenig durch Verhaltensauffälligkeiten auf. Ihr Misstrauen in Institutionen ist groß und offene niedrigschwellige Angebote sind für sie neu, sodass es einer Eingewöhnungszeit bedarf.

„Eigentlich insgesamt sehr unspektakulär, unauffällig“ (BL1_01).

„Ich kann nicht sagen, dass da irgendwas gewesen ist. Da war nichts. Mit den Russlanddeutschen damals war es viel schwieriger“ (BL1_11).

Es wird angedeutet, dass es einigen Geflüchteten schwerfällt, von weiblichen Mitarbeitenden Anweisungen entgegen zu nehmen. Allerdings verfügen die Mitarbeitenden der niedrigschwelligen Einrichtungen über jahrelange Erfahrung mit einer schwierigen Klientel und sie setzen die aufgestellten Umgangsregeln konsequent um.

„Es gibt manchmal Situationen, wo man denkt, dass ist kulturell bedingt, anderes Frauenbild oder so was, dass sich jemand von einer Frau nichts sagen lassen will und dann negativ reagiert oder vielleicht sexualisiert. Das unterscheidet sich aber nicht so signifikant von Leuten, die von hier sind. ... Sie sind selten stark alkoholisiert,..., das hängt auch damit zusammen, wie enthemmt sich Leute dem anderen Geschlecht gegenüber verhalten“ (BL1_01).

„Da gibt es schon mal Schwierigkeiten und das kann dann auch dazu führen, dass die dann wegbleiben. Wir müssen ansagen und dem muss man auch nachkommen und auch weibliche Kolleginnen machen das und das müssen sie auch lernen“ (BL3_02).

Den niedrigschwelligen Einrichtungen war es wichtig zu betonen, dass Traumata kein Alleinstellungsmerkmal der neu angekommenen Geflüchteten darstellen. Viele ihrer Klienten würden unter traumatischen Erlebnissen leiden, die sich in psychischer Symptomatik und Verhaltensauffälligkeiten manifestiert hätten.

„Konsum, Aggressivität, Angst, da haben wir immer mit leben müssen..., traumatische Erlebnisse, da ist nicht jetzt eine neue Nation oder Gruppe dazugekommen, die jetzt nun ganz schwierig ist“ (BL3_02).

7.1.4 Beratung und Vermittlung in weiterführende Hilfen (alle Einrichtungsformen)

Die Barrieren, die einer Vermittlung in eine weiterführende Hilfe entgegenstanden, waren vielschichtig. So ist eine Beratungstätigkeit durch fehlende Sprachmittler eingeschränkt, aufnehmende Einrichtungen stehen nicht zur Verfügung und/oder die Kostenübernahme ist

ungeklärt. Eine Beratung durch muttersprachliche Mitarbeitende wurde angenommen, es war aber auf beiden Seiten oft frustrierend, da zu wenige weiterführende Hilfen angeboten werden können.

Einer Vermittlung standen aber auch die Erwartungshaltungen der Geflüchteten entgegen. So nahmen diese z. B. an, dass ihnen in der Entgiftung ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt würde und lehnten Mehrbettzimmer ab. Eine Suchterkrankung wird als ein rein körperliches Problem angesehen und der Wunsch nach einem „helfenden Medikament“ ist groß. Bei einigen Einrichtungen verdichtete sich auch die Vermutung, dass relativ viele Geflüchtete nicht an einer Behandlung interessiert waren, sondern weiter konsumieren wollten. Die Gründe dafür waren unklar.

Stationäre Entgiftung

Die Überleitung in eine Entgiftung als eine Form der Akutbehandlung war diejenige Vermittlungsmaßnahme, die noch am ehesten möglich war und bewilligt wurde. Allerdings stellt nach den Erfahrungen der Einrichtungen eine Entgiftung ohne eine weitere Beratung oder stationäre Therapie lediglich eine Unterbrechung des Konsums dar.

„Und bringen auch eigentlich nicht viel, da die Geflüchteten dann wieder in die gleichen Einrichtungen zurück müssen, mit dem Leerlauf und der Langeweile“ (BL7_08).

„Mit Entgiftung kommen wir nicht wirklich weit, ist immer eine nette Pause, aber dann muss es eigentlich in die Entwöhnung gehen und da haben sie den Anspruch nicht. Entgiftungsplätze sind auch sehr reduziert, die müssen auch entsprechende Mitarbeiter haben, die auf Farsi erklären können“ (BL3_02).

Zudem waren nicht alle potentiellen Entgiftungseinrichtungen zur Aufnahme drogenabhängiger Geflüchteter bereit. So wurde z. B. eine Kommunikationsfähigkeit auf Deutsch über Alltagsthemen vorausgesetzt, da keine Dolmetscher zur Verfügung standen.

„Entgiftungen wurden zumeist abgebrochen aus disziplinarischen Gründen wegen Lappalien, weil die Hausordnung nicht verstanden wurde oder wegen kultureller Differenzen mit anderen Klienten“ (BL2_03).

Substitution

Die Vermittlung in eine Substitutionsbehandlung, nach der die Geflüchteten auch aktiv nachfragten, war grundsätzlich schwierig, langwierig und abhängig vom Bundesland und den zur Verfügung stehenden Substitutionsplätzen. In den neuen Bundesländern, aber auch in Bayern stehen allgemein zu wenige Substitutionsplätze zur Verfügung, daher ist es fast unmöglich, Geflüchtete zu vermitteln. Substitution war nur dann zeitnah möglich, wenn den Suchthilfeeinrichtungen eine Methadonambulanz angegliedert ist. Dann bestand auch die Möglichkeit, eine schon in anderen Ländern begonnene Substitution übergangslos weiterzuführen, während andere Kommunen eine im Ausland begonnene Substitution nicht fortsetzten. Als Begründung wurde angeführt, dass die Substitutionsbehandlung durch das Asylbewerberleistungsgesetz nicht abgedeckt ist. Eine weitere Hürde für eine erfolgreiche Überleitung in Substitution war die Sprachbarriere. Substitutionspraxen verfügten selten über Sprachmittler und hielten keine in andere Sprachen übersetzte Substitutionsverträge vor.

„Wir machen dann erstmal, ..., auf unsere Kosten und haben dann versucht es irgendwie hinzukriegen“ (BL1_11).

„Aber wir haben natürlich die Drogenambulanz in relativer Nähe, da ist aber auch die Voraussetzung die Krankenversicherung, daher geht das bei einigen einfach nicht“ (BL3_01).

Stationäre Rehabilitation

Keine der Einrichtungen berichtete von einer gelungenen Überführung in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung oder Traumabehandlung.

Kostenübernahme

Unklar war, welche weiterführenden Hilfen bezahlt werden. Die Bundesländer legen das Asylbewerberleistungsgesetz unterschiedlich aus und die Auslegung unterscheidet sich zudem von Stadt zu Stadt innerhalb der Bundesländer. Je nach Aufenthaltsstatus ist die Überleitung in weiterführende Hilfen eingeschränkt oder nicht möglich. Undurchsichtige Einzelfallentscheidungen wurden fast überall beklagt.

Das Verständigungsproblem und der ungeklärte Leistungsbezug wurden als Hauptgründe für eine Nicht-Überleitung in weiterführende Hilfen genannt.

Aufklärung und Testung (HIV, Hepatitis C)

Die Einrichtungen waren bis auf wenige Ausnahmen („Gesundheitsmobil“ in Berlin) aufgrund der Sprachbarriere nicht in der Lage, den Geflüchteten HIV- oder Hepatitis C-Testungen anzubieten. Über „Safer Use“ wurde ansatzweise aufgeklärt, über „Safer Sex“ nicht. Es wurden die Broschüren der Deutschen Aidshilfe genutzt, die den Einrichtungen aber nicht in Farsi vorliegen.

„Durch die Sprachbarriere ist das sehr schwierig bis unmöglich“ (BL1_11).

7.1.5 Szenebildung in den Städten

Grundsätzlich muss zwischen zwei für die Bevölkerung sichtbaren „Szenen“ unterschieden werden. Jugendliche und sehr junge Erwachsene konsumieren öffentlich und in Gruppen Alkohol und/oder Cannabis, selten auch Amphetamine. Die enthemmende und ungewohnte Wirkung von Alkohol kann zu aggressivem Verhalten führen und zu Konflikten mit anderen ethnischen Gruppen. Hier wurde beobachtet, dass auch minderjährige Geflüchtete als Dealer für Cannabis und Kokain eingesetzt wurden.

Bezogen auf opioidkonsumierende Geflüchtete berichteten die meisten Befragten von keiner neuen oder Vergrößerung der bestehenden Drogenszene. Allerdings wurde häufig vermutet oder anekdotenhaft belegt, dass der Konsum im privaten Raum bzw. den Unterkünften stattfindet, zumal ein Rauchkonsum von Heroin nicht so stark auffällt, da keine gebrauchten Spritzen entsorgt werden müssen und der Intoxikationsgrad beim Rauchkonsum nicht so hoch ist.

Neue sichtbare oder offene Drogenszenen durch Geflüchtete hatten sich in Berlin, Hamburg, Frankfurt, Nürnberg, München und Magdeburg gebildet. In Berlin, Frankfurt und München ist offensichtlich, dass geflüchtete Drogenabhängige der Prostitution nachgehen, auch Hamburg hat Kenntnis von sich prostituierenden geflüchteten Drogenabhängigen.

Wenige Städte berichten von gemischten Drogenszenen, wobei die Geflüchteten z. T. Schwierigkeiten haben, sich zu integrieren. Dies ist ihren fehlenden Deutschkenntnissen geschuldet, jedoch auch einer gewissen „Ausländerfeindlichkeit“ innerhalb der Szene.

„Da viele auf der Szene obdachlos sind, gibt es schon auch Vorbehalte den Geflüchteten gegenüber, die wenigstens Wohnraum und Essen haben“. (BL1_17).

„Es hat sich eine eigene Szene in der Szene gebildet, die Szene beschwert sich über Aggressivität der Geflüchteten, auch untereinander“ (BL1_21).

7.1.6 Dolmetscher/Sprachmittler und Informationsmaterial

Das Sprachproblem, bzw. die fehlende schnelle und für die Beratungsstellen kostenneutrale Bereitstellung von professionellen Dolmetschern wurde von allen Einrichtungen als Hauptproblem identifiziert. Die Frage, wer welche Dolmetscher oder Sprachmittler zur Verfügung stellt und finanziert, ist weder deutschlandweit noch in den Bundesländern oder Städten einheitlich geregelt. Wenn Betroffene über die Flüchtlingsseinrichtungen angemeldet wurden, schickten diese Dolmetscher mit. Teilweise gilt diese Regelung ausschließlich für Jugendliche; Erwachsene müssen selbständig einen Dolmetscher mitbringen. Die Gemeindedolmetscherdienste sind häufig nur für die Flüchtlingsunterkünfte zuständig oder mussten über die Integrationsbeauftragten im Einzelfall beantragt werden. In einigen Bundesländern müssten die Suchthilfeeinrichtungen bei Bedarf die Dolmetscher aus dem eigenen Etat bezahlen, was für diese Tätigkeiten jedoch kein Budget vorsieht. In manchen Städten oder Einrichtungen sind dagegen ausreichend Dolmetscher vorhanden, aber die Geflüchteten kommen dort nicht an.

Um auch für Geflüchtete Hilfen bereitstellen zu können, haben die Einrichtungen bzw. einzelne Mitarbeitende unterschiedliche Lösungen gefunden:

- Bekannte der Mitarbeitenden dolmetschen.
- Ehrenamtliches Netz wurde aufgebaut.
- Aus dem bürgerlichen Engagement heraus haben sich Menschen mit Migrationshintergrund ehrenamtlich zur Verfügung gestellt.
- Bekannte/Mitbewohner der Klienten dolmetschen.
- Mitarbeitende mit Sprachkenntnissen oder FSJler dolmetschen.
- Niedrigschwellige Einrichtungen: Andere Klienten fungieren als Übersetzer.

Teilweise haben die Einrichtungen auch schlechte Erfahrungen mit Dolmetschern oder übersetzenden Verwandten gemacht.

„Wir hatten hier die Situation mit Dolmetschern, die sehr moralisch bewertend an das Thema herangegangen sind und das war nicht sehr hilfreich“ (BL3_01).

„Ich habe es teilweise erlebt, da waren die Dolmetscher grottenschlecht, die übersetzen einfach Mist“ (BL7_08).

Gerade niedrigschwellige Einrichtungen benötigen Sprachmittler ohne vorherige Terminvereinbarung. Eine Einrichtung hat bereits das System des Videodolmetschens getestet und eine weitere Einrichtung ist kurz vor der Einführung.

7.1.7 Geflüchtete aus dem Balkan, ehemaligen GUS-Staaten oder EU-Ausland

Viele befragte Einrichtungen haben im Gespräch spontan einen Vergleich mit dem Ankommen der Russlanddeutschen ab 2003 gezogen, da sie diese Zeit als sehr problematisch und aggressiv in Erinnerung haben und fast alle Einrichtung davon betroffen waren. Im Vergleich dazu sind derzeit nur in wenigen Einrichtungen Geflüchtete in größerer Anzahl angekommen.

„Das waren ganz andere Leute mit einem anderen Hintergrund. Damals war es auffällig, dass die ganz stark als Gruppe zusammen hingen, der russische Sprachraum. Da gab es auch viele Gruppenbildungen, wenn ein Russe sich mit einem Kasachen gestritten hatte, da kamen dann gleich die anderen zusammen“ (BL3_02).

„Ich erinnere mich noch gut, als „die Russen“ kamen ... Das hat eine ganze Weile gedauert, bis wir eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zu ihnen aufgebaut haben“ (BL8_01).

Als eine große Gruppe neu angekommener Drogenabhängiger werden Georgier genannt.

„Mit der Flüchtlingswelle sind viele aus allen möglichen osteuropäischen Staaten oder ehemaligen GUS-Staaten angekommen, ca. 50. Darunter auch viele Georgier“ (BL9_05).

„15 Georgier angekommen, zeitweise kam täglich einer dazu.... Außerhalb der Einrichtung mischen sie die Szene auf, sehr aggressives Verhalten“ (BL6_04).

„Georgier, Tschetschenen... eher in Gruppen. Da haben wir schon manchmal gedacht, da ist gerade ein Bus angekommen und vor unserer Tür geöffnet worden“ (BL3_01).

Georgier, Tschetschenen, Rumänen, Bulgaren oder Albaner finden in Deutschland sehr schnell Szenen, an die sie sich anschließen. Teilweise sind sie auch untereinander bekannt oder verwandt. Es sind problematische offene Drogenszenen durch Menschen aus EU-Ländern, ehemalige GUS-Staaten oder Balkanstaaten entstanden, z. B. in Dortmund durch Bulgaren und Albaner. Punktuell sind auch Szenen durch Arbeitsmigranten entstanden, die entweder in einer Gruppe nach Deutschland gebracht werden oder die als Einzelpersonen nach Deutschland gekommen sind. Vielfach waren sie schon in ihren Herkunftsländern abhängig und aufgrund ihrer Abhängigkeit nicht in der Lage, in Deutschland Arbeit zu finden. Sie sind demnach häufig wohnungslos und ohne Ansprüche hinsichtlich sozialer Leistungen in Deutschland. Dies führt in einer schnellen Abwärtsspirale in eine massive Verelendung.

7.2 Auswertung nach Bundesländern

Die Tabelle 7 gibt einen groben schematischen Überblick über Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen durch Geflüchtete in den einzelnen Bundesländern und beschreibt, in welchen Bundesländern sich neue Drogenszenen durch Geflüchtete gebildet haben. Ein blauer Pfeil nach unten deutet an, dass in diesen Bundesländern nur wenige Geflüchtete in Suchthilfeeinrichtungen bzw. auf der Szene angekommen sind, ein roter Pfeil nach oben kennzeichnet Bundesländer, die mit Problemen durch drogenkonsumierende Geflüchtete belastet sind und ein waagerechter Pfeil beschreibt eine mittlere Belastung der Länder oder Szenen oder weist auf Probleme durch besondere Geflüchtetengruppen hin. Im Folgenden werden die spezifischen Problemlagen der einzelnen Bundesländer kurz beschrieben.

Tabelle 7: Geflüchtete in Suchthilfeeinrichtungen und auf der Szene nach Bundesländern

Bundesländer	Geflüchtete in Einrichtungen	Geflüchtete in Drogenszene
Mecklenburg-Vorpommern	↓	↓
Sachsen-Anhalt	↓	↓
Brandenburg	↓	↓
Thüringen, Sachsen	↓	↔
Schleswig-Holstein	↓	↓
Hamburg	↑	↑
Bremen	↓	↔
Niedersachsen	↓	↓
Berlin	↑	↑
Nordrhein-Westfalen	↓ ↑ ↔	↓ ↑ ↔
Hessen	↓	↑
Rheinland-Pfalz	↓	↓
Saarland	↔	↑
Baden-Württemberg	↓	↓
Bayern	↓	↑

Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern wurde ein Gremium „Flüchtlingshilfe“ installiert. Dem sind außer vereinzelt Cannabis rauchende Jugendliche keine Geflüchteten mit Drogenproblemen bekannt. Lediglich in Rostock gibt es einen Kontaktladen mit Spritzentausch, aber auch dort war kein Geflüchteter angekommen. In Mecklenburg-Vorpommern gab es keine offenen Drogenszenen, der Konsum fand in privaten Räumen statt. Da die Geflüchteten eine geschlossene Community bilden, waren sie, auch aufgrund von Sprachproblemen und Skepsis gegenüber Institutionen, durch Streetwork nicht zu erreichen. Dies wurde von einigen Städten berichtet. Es wurde vermutet, dass es drogenkonsumierende Geflüchtete gibt, zumal die Flüchtlingsunterkünfte immer wieder von Problemen berichteten. Es war grundsätzlich unklar, wer Dolmetschertätigkeiten in den Suchthilfeeinrichtungen bezahlt. Die Einrichtungen sollten dies aus dem eigenen Budget finanzieren oder Betroffene sollten Dolmetscher selbst mitbringen. Rostock und Schwerin berichteten über aggressives und frauenfeindliches Verhalten während stationärer Entgiftungen und dem Versuch der Substitution, die daraufhin abgebrochen wurden. Die Stadt Stralsund galt als die einzige Stadt in Mecklenburg-Vorpommern mit drogenabhängigen Geflüchteten in der Suchtberatung. Darauf wurde

auch von den anderen befragten Einrichtungen hingewiesen. In den letzten 2 Jahren wurden 12 männliche drogenabhängige Geflüchtete betreut, allerdings niemand aus den arabisch- oder farsisprechenden Herkunftsländern. Die Beratung ist regelfinanziert und dies gilt auch für Geflüchtete. Sie führen Substitutionsbehandlungen mit bezahlten Dolmetschern durch, die Substitution selbst findet in einer Schwerpunktpraxis statt. Ob und wie schnell in eine Substitution überführt werden kann, hängt von den Vorgaben der einzelnen Kommunen ab.

Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt gibt es keine niedrigschwelligen Einrichtungen und Geflüchtete sind, mit Ausnahme von Halle, noch nicht in der Suchthilfe angekommen. Hier wurden bisher 10 Geflüchtete aus dem Iran und Afghanistan betreut. Aus Iran kamen vorwiegend cleane Heroinabhängige, die eine NA (Narcotics Anonymous)-Gruppe suchten. Da es keine bezahlten Dolmetscher gab, wurde ein ehrenamtlicher Dolmetscherpool aus Bekannten zusammengestellt. Mittlerweile kann auf telefonische Dolmetscher des Psychosozialen Zentrums für Migranten zurückgegriffen werden. In Magdeburg hatte sich eine neue offene Drogenszene gebildet; hier wird allerdings eher kein Heroin, dafür Cannabis, Alkohol, Kokain, Speed und Crystal Meth konsumiert. Die Konsumierenden kamen in den Einrichtungen der Suchthilfe jedoch nicht an.

Brandenburg

In Brandenburg gibt es keine niedrigschwelligen Einrichtungen, Heroinabhängige wandern i. d. R. nach Berlin ab. In Frankfurt/Oder wird der Bedarf gesehen, allerdings kamen nur wenige Geflüchtete in der Suchtberatung an. Junge Geflüchtete mischten sich auf der Szene mit jungen Einheimischen, wobei die Geflüchteten sich häufig als Dealer anboten. Bei den vorwiegend konsumierten Substanzen handelt es sich um Tramal, Stimulanzen, Crystal Meth und Legal Highs (Nähe zu Polen). Es häuften sich Drogennotfälle in den Szenetreffs unter jungen Deutschen. Eisenhüttenstadt mit einer großen Erstaufnahmestelle verzeichnete keinerlei Probleme; es wurde vermutet, dass es die Geflüchteten mit Substanzproblemen in das nahe gelegene Frankfurt/Oder zieht. In Cottbus wurden sporadisch ankommende Geflüchtete zum Gesundheitsamt geschickt um die Finanzierung zu klären. Bisher war allerdings niemand wieder zurückgekommen. Eine Ausnahme bildet Eberswalde.

Beispiel für eine gelungene aufsuchende Arbeit im kleinstädtischen Umfeld

Es wurden 6 Syrer und 2 Afghanen mit einem Rauchkonsum Heroin betreut. Die Einrichtung ist intensiv, proaktiv und präventiv in den Flüchtlingsunterkünften zusammen mit einem Dolmetscher tätig. Sie haben einen runden Tisch mit dem Integrationsfachdienst ins Leben gerufen, um alle Fragen rund um Zuständigkeiten und Kostenübernahmen zu klären. Hieran nehmen auch Vertreter der Krankenkassen teil. Dadurch wurde es möglich, Betroffene in Entgiftungseinrichtungen zu vermitteln. Sie lassen sich hinsichtlich kultursensibler Arbeit extern beraten und haben ihr Vorgehen in der Beratung zielgruppenspezifisch verändert. Die Arbeit zeugt von einem hohen Maß an Offenheit, Neugierde und Interesse für die neue Zielgruppe.

Thüringen

Während in Thüringen bis auf Erfurt, (fast) keine drogenabhängigen Geflüchteten in den Einrichtungen der Suchthilfe ankamen, wird von einigen Städten von großen Problemen mit Geflüchteten auf zentralen Plätzen berichtet. Dort wurde eher Cannabis und Crack geraucht und Alkohol getrunken. Ein Konzept, dem zu begegnen, war nicht erkennbar. In Erfurt waren im Kontaktladen ca. 10 und in der Beratung 5 Geflüchtete angekommen.

Sachsen

In Sachsen konzentriert sich nach Aussagen der Städte die Heroinszene in Leipzig. Dort findet sich auch ein Kontaktladen mit Streetwork, der zusätzlich von einem mobilen Bus unterstützt wird. Sie verfügen auch über eine Notschlafstelle. Sie konnten bisher lediglich ca. 7 drogenabhängige Männer aus dem arabisch- oder farsisprachigen Raum identifizieren. Über Sprachmittler in diesen Sprachen verfügten sie nicht. Im gleichen Zeitraum hatten sie zu ca. 50 neu angekommenen Drogenabhängigen aus den ehemaligen GUS-Staaten oder Osteuropa, vorwiegend aus Georgien, Kontakt. In Dresden waren bisher nur sehr vereinzelt Geflüchtete angekommen, vornehmlich wurden die Substanzen Cannabis, Amphetamine, Crystal Meth, Schmerzmittel und Alkohol konsumiert, mit oftmaligem vorangegangenen Konsum von Opium und Cannabis in den Herkunftsländern. Städte wie Chemnitz oder Plauen berichteten eher von Problemen mit Crystal Meth und Substanzen wie z.B. Badesalz. Sie berichteten von offenen Szenen, in denen auch Geflüchtete anzutreffen sind und von Problemen mit Geflüchteten, auch untereinander, auf öffentlichen Plätzen. Ebenso wie in Thüringen schien es auch in Sachsen kein Konzept zu geben, sich diesen Problemen zu stellen.

Schleswig-Holstein

Geflüchtete Drogenabhängige waren in Schleswig-Holstein bisher weder in den Kontaktläden noch in höherschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in nennenswerter Anzahl angekommen. In keiner Stadt waren in der Szene Geflüchtete bemerkt worden, noch hatten diese eine neue Szene gebildet, auch nicht in Kiel, wo vergleichsweise viele Heroinabhängige leben. Gleichwohl waren dort Flüchtlingsunterkünfte bekannt, in denen viele junge Männer (Iraner zwischen 20 und 30 Jahren) Heroin rauchten. Diese konnten jedoch nicht zu einer Entgiftung motiviert werden. Lediglich Neumünster gab an, Heroinabhängige, die in Einrichtungen leben und mit Betreuer und Dolmetscher eine Suchthilfeeinrichtung aufgesucht hatten, in Entgiftungsbehandlungen vermittelt zu haben. Allerdings fand anschließend keine weitere Betreuung oder Behandlung statt.

Hamburg

In Hamburg hatte sich einer der insgesamt vier Konsumräume als zentrale Anlaufstelle für geflüchtete Drogenabhängige, i. d. R. aus Afghanistan (50-70), entwickelt, die sich auch in der offenen Szene vor dem Konsumraum aufhalten. Ein weiterer Konsumraum, der traditionell für sehr viele russischstämmige Drogenabhängige eine Anlaufstelle ist, verzeichnete in den letzten Jahren einen deutlichen Zuwachs an drogenabhängigen Menschen aus Osteuropa und den ehemaligen GUS-Staaten, vorwiegend aus Tschetschenien und Georgien. In einem dritten Konsumraum kamen nur vereinzelt drogenabhängige Geflüchtete an und ein weiterer Konsumraum war ausschließlich Frauen vorbehalten. Beide hoch frequentierte Einrichtungen haben mittlerweile Aussicht auf finanzielle Unterstützung zur Bereitstellung von Sprachmittlern, bzw. Teilnahme am Videodolmetschen.

Bremen

Bremerhaven hatte noch fast keine Geflüchteten durch die Einrichtungen erreicht, allerdings waren viele Anfragen des Sozialamtes bei ihnen eingegangen. Sie wurden jedoch nicht aktiv, da keine Dolmetscher zur Verfügung standen und die Perspektiven hinsichtlich möglicher Entwöhnungsbehandlungen nicht gesehen wurden. Die niedrigschwelligen Einrichtungen in Bremen hatten Kontakt zu geflüchteten Drogenabhängigen. Sie konnten die Anzahl nicht quantifizieren, schätzten sie auf 30-40 Männer, darunter jedoch viele aus Osteuropa oder den ehemaligen GUS-Staaten, keine aus Syrien. Sie beobachteten einen Zuzug und eine Verelendung von schon in ihren Heimatländern opiatabhängigen obdachlosen EU-Ausländern. Aufgrund der Sprachbarriere beschränkte sich der Kontakt i. d. R. auf den Spritzentausch. Vier mit Methadon substituierte Männer

(2 Afghanen, 2 Iraner) kamen mit privaten Sprachmittlern, da ihr Vorrat des Substitutionsmittels aufgebraucht war. Nach deren Angaben hatten sie das Methadon aus ihren Herkunftsländern mitgebracht und es sich auch auf dem Fluchtweg kaufen können.

Niedersachsen

Generell waren in Niedersachsen nur sehr wenige Geflüchtete in den Einrichtungen der Suchthilfe angekommen. Dieser Umstand wurde von den Mitarbeitenden mit Erstaunen registriert, ohne eine Erklärung dafür zu haben, zumal der Eindruck vorherrschte, dass es unter den Geflüchteten in Niedersachsen auch Drogenabhängige gibt. Auch im Hannoveraner Konsumraum konnte man sich nur an zwei Geflüchtete (Syrien, Irak) erinnern, die zudem die Angebote nur kurzfristig nutzten. Niedrigschwellige Einrichtungen in weiteren Städten bestätigten diese Aussage auch für ihre Einrichtungen (max. 5 opiatabhängige Geflüchtete). Bisher hatte keine Vergrößerung der offenen Szene durch Geflüchtete stattgefunden, das galt für alle Städte in Niedersachsen. Sofern ein Einblick in die Flüchtlingsunterkünfte stattgefunden hat, bzw. Arbeitsmaßnahmen begleitet wurden, wurde offensichtlicher, dass relativ viele Geflüchtete Substanzen konsumierten. Inwiefern bei ihnen eine Abhängigkeit vorlag, ist unklar. Goslar berichtete, dass mit den Geflüchteten viele Albaner in der Stadt angekommen waren, die jedoch nicht als Flüchtlinge gemeldet sind. Sie konsumierten Kokain und betätigten sich als Dealer. Das führte zu einer Zuspitzung der ohnehin prekären Situation in Goslar. Ein steigender Kokainkonsum, auch unter den Substituierten, führte zu zunehmender Aggressivität und einem Anstieg von Straftaten. Zudem sei Crystal Meth in Goslar angekommen und schon Jugendliche seien davon massiv betroffen.

Berlin

Berlin verzeichnete eine hohe Zahl an drogenabhängigen Geflüchteten aus den arabisch- oder farsisprechenden Ländern, die sich zum Teil illegal in der Stadt aufhielten, da sie aus dem Umland oder anderen Bundesgebieten aufgrund der in Berlin bestehenden Drogenszene zugezogen waren. Der Konsumraum in der Birkenstraße ist eine zentrale Anlaufstelle für diese Personengruppe geworden. Das Gesundheitsmobil erreicht auch die offenen Drogenszenen. Während die schon seit Jahren bekannte Szene im Görlitzer Park (Cannabis) von Westafrikanern dominiert wurde, hatte sich eine neue offene Szene am Hansaplatz etabliert (ausschließlich ca. 60 Geflüchtete) und eine weitere Szene (Geflüchtete) hatte sich an die bestehende Drogenszene im Kleinen Tiergarten angeschlossen. Am Hansaplatz hielten sich vor allem Drogenabhängige aus Afghanistan und Pakistan, wenige Iraner und fast keine Syrer auf. Es handelte sich um junge Männer unter 30 Jahren, die sich zum Teil auch prostituierten. Im Gesundheitsmobil wurde auf HIV und Hepatitis getestet, wobei sich herausgestellt hat, dass sehr viele positiv auf Hepatitis-C getestet wurden. Sie versuchten an beiden Szenetreffen, die Geflüchteten über das Suchthilfesystem aufzuklären und sie an die nahe gelegene Birkenstube anzubinden.

Nordrhein-Westfalen

Die Situation drogenabhängiger Geflüchteter in Nordrhein-Westfalen muss differenziert betrachtet werden, dies gilt für die Suchthilfeeinrichtungen wie auch für die 10 nordrhein-westfälischen Konsumräume. In den Konsumräumen in Wuppertal, Dortmund, Münster, Köln, Bonn und Troisdorf waren bisher nur vereinzelt Geflüchtete (unter 10) angekommen und diese Gruppe wurde noch nicht als Problem identifiziert. Die Verständigung erfolgte aufgrund fehlender Sprachmittler zumeist „mit Händen und Füßen“. Neue oder erweiterte offene Szenen wurden aus diesen Städten nicht berichtet. Aus Dortmund wurde berichtet, dass im Zuge der „Flüchtlingswelle“ viele Bulgaren und Rumänen mit Heroinkonsum zugezogen sind, die ihren Konsum in der Öffentlichkeit, aber nicht im Konsumraum praktizieren. Die Konsumräume in Düsseldorf, Essen und Bochum berichteten von mehr als 20

Geflüchteten, aber auch von vielen neuen Drogenabhängigen aus Osteuropa, Russland und ehemaligen GUS-Staaten. In Bielefeld besteht ein sehr gut vernetztes Hilfesystem, in welches auch der Konsumraum eingebunden ist. Die Wege von den Flüchtlingseinrichtungen in die Suchthilfe und von dort aus in die Entgiftung, Substitution oder andere weiterführende Hilfen sind kurz und schnell.

Beispiel für ein traditionell gut vernetztes Hilfesystem

Bielefeld ist überschaubar und gut vernetzt. Von Prävention bis hin zu niedrigschwelligen Angeboten (Konsumraum) liegt alles in der Hand eines Trägers. In der offenen Drogenszene am Bahnhof erfahren die Geflüchteten schnell, wo sie Hilfe bekommen. Wird der Zutritt zum Konsumraum verwehrt (nicht in Bielefeld gemeldet) wird versucht, diese an die Drogensprechstunde in Bethel zu überweisen oder an eine Praxis, die sich mit den Sprechzeiten abwechseln. Die Abteilung für Psychiatrie und Psychosoziale Medizin hat einen Anamnesebogen für die Flüchtlingseinrichtungen entwickelt, der auch Substanzkonsum abfragt. Gute Kontakte bestehen auch zum Hausärzterverband, der Sprechstunden in den Erstaufnahmeeinrichtungen durchführt. Neben der psychiatrischen Ambulanz für Geflüchtete gibt es auch eine enge Vernetzung zur Uni-Ambulanz für Geflüchtete. Somit können drogenabhängige Geflüchtete mit psychiatrischer Komorbidität oder Traumafolgestörungen gut behandelt werden. Auf der Station gibt es eine afghanische Ärztin. Ein Qualitätszirkel Substitution hat sich ebenfalls gebildet. Bemerkenswert ist, dass sehr schnell eine Substitutionsbehandlung eingeleitet wird und die Kostenübernahme kein Problem darstellt. Wurde eine Substitution in anderen Ländern, z. B. Frankreich, begonnen, wird diese fortgesetzt. Die Geflüchteten erhalten ein Schreiben, dass die Behandlung bestätigt, da es vorkam, dass Geflüchtete ad hoc in andere Einrichtungen verlegt wurden. Dennoch kann es in diesen Fällen vorkommen, dass in den weiteren Einrichtungen die Substitution nicht fortgeführt wird.

In Bielefeld besteht ebenfalls das Problem, Sprachmittler zu bekommen, die bezahlt werden. Gute Erfahrungen haben sie mit einer Sprachschule vor Ort gemacht, die sehr professionelle Dolmetscher gestellt hat. Von Verwandten, die anstelle von Dolmetschern übersetzen, wird abgeraten.

Die meisten drogenabhängigen Geflüchteten aus den arabischen Fluchtländern fanden sich im Kontakt-Café in Aachen, ca. 25 farsisprechende Geflüchtete. Zusammen mit anderen Einrichtungen bietet das Kontakt-Café eine 24-Stunden-Aufenthaltsmöglichkeit für Drogenabhängige. Als ein möglicher Grund für die hohe Anzahl an geflüchteten Drogenabhängigen wurde der niedrige Preis für die Substanzen genannt (Nähe zu Holland). Allerdings ist in Aachen auch der Preis für Kokain sehr günstig. Durch den Konsum von Kokainbase ist die Szene aggressiver geworden. Für Suchthilfeeinrichtungen in ländlicheren Gebieten war die Situation vergleichbar mit der in anderen Bundesländern: Wenn überhaupt, wurden Jugendliche mit THC- und Alkoholkonsum erreicht, die mit Dolmetschern der Flüchtlingsunterkünfte die Beratungen aufsuchten. Drogenabhängige waren fast ausschließlich lange bekannt, älter, substituiert, angepasst und häufig ins Arbeitsleben eingebunden.

Hessen

In den befragten Städten in Hessen waren den Suchtberatungen nur sehr wenige geflüchtete Drogenabhängige bekannt, das galt auch für die 4 Konsumräume in Frankfurt. Außer in Frankfurt hatten sich keine neuen Szenen durch Geflüchtete gebildet, noch waren sie in nennenswerter Anzahl in den bestehenden Szenen angekommen. Auffällige neue Drogenszenen durch Geflüchtete bildeten sich in Frankfurt, zum einen in Bahnhofsnähe, zum anderen in den Taunusanlagen. Eine Erhebung des Streetwork ergab, dass sich die neue Szene hauptsächlich aus ca. 50 Afghanen oder Iranern mit afghanischem Hintergrund zusammensetzt, die z.T. vermutlich auch der Prostitution nachgehen. Die meisten sind nicht in Frankfurt oder dem nahen Umland gemeldet und somit wohnungslos und ohne Geldbezüge. Sie übernachteten häufig in den Taunusanlagen und sind dort ein Anziehungspunkt für

andere Drogenabhängige. Dies ist insofern problematisch, da es in den vergangenen Jahren gelungen war, die dortige Szene aufzulösen und an die Konsumräume anzubinden. Eine weitere Szene wurde durch Jugendliche mit THC- und Alkoholkonsum gebildet. Hier kam es zunehmend zu Aggressionen und Schlägereien, sodass die jugendlichen Geflüchteten in den Einrichtungen der Jugendhilfe verpflichtend an Präventionsveranstaltungen zu eben diesen Substanzen teilnehmen mussten. Erstaunlich wenige substanzkonsumierende Geflüchtete (hauptsächlich mit THC-Gebrauch) waren in Gießen, der Stadt mit der größten Erstaufnahmestelle in Hessen, angekommen. Während anfangs 6.000 Menschen in dieser Einrichtung versorgt wurden, sind es zurzeit nur noch 1.300.

Rheinland-Pfalz

Bisher sind in Rheinland-Pfalz drogenabhängige Geflüchtete in den Einrichtungen der Suchthilfe noch Einzelfälle. Notbehandlungen sind möglich, aber Entgiftungen oder Substitution haben noch nicht stattgefunden. Interessanterweise berichteten die Einrichtungen, dass es kein Problem sei, auf Dolmetscher oder Sprachmittler auch zeitnah zurückgreifen zu können.

Saarland

In Saarbrücken waren ca. 15 drogenabhängige Geflüchtete im Konsumraum angekommen und konnten dort auch angebunden werden. Es hatte sich eine neue Szene durch Geflüchtete gebildet, teilweise waren auch Häuser bekannt, in denen u. a. Geflüchtete lebten, konsumierten und dealten.

Baden-Württemberg

In den meisten niedrighschwelligen Einrichtungen in Baden-Württemberg waren noch sehr wenige drogenabhängige Geflüchtete angekommen. Sie berichteten von einer Aufteilung des Schwarzmarktes; während Schwarzafrikaner den Cannabismarkt bestimmten, waren russischsprachige Gruppen eher im Heroingeschäft tätig. Dort dockten auch die neuangekommenen Georgier an. Es gab wiederholt Berichte von Ausländerfeindlichkeit auf der Szene den Drogenabhängigen aus dem arabischen Raum gegenüber, auch ausgehend von den russischsprachigen Drogenabhängigen. Die Städte berichteten von steigenden Anfragen aus den Flüchtlingsunterkünften hinsichtlich Cannabis- und Alkoholkonsum. Die Nachfrage konnte personell nicht ausreichend bedient werden. Es wurde von größeren Gruppen aus Osteuropa mit einem i. v. Konsum von Anabolika und synthetischen Drogen berichtet. In Freiburg konnten ca. 20 Geflüchtete aus Afghanistan, Iran und Syrien angebunden werden. Allerdings hatte der Kontaktladen sein Konzept in den Flüchtlingseinrichtungen vorgestellt. In Freiburg werden i. d. R. Benzodiazepine und Ritalin i. v. konsumiert, da der Reinheitsgehalt des Heroins extrem niedrig ist.

Bayern

In Bayern scheinen sich die drogenabhängigen Geflüchteten auf die Städte München und Nürnberg zu konzentrieren, wenngleich auch weitere Städte von Problemen in und Anfragen aus Flüchtlingsunterkünften berichteten. Vermutet wurde, dass die Ausländerfeindlichkeit der Szene verhinderte, dass sich Geflüchtete dort aufhalten und sie daher eher im Privaten konsumierten. Städte wie Hof oder Bamberg berichteten von grundsätzlich wenigen Heroinabhängigen, aber von einem massiven Problem durch Crystal Meth-Konsum. Während es in Nürnberg durch proaktives und effektives Streetwork mit einem Muttersprachler (Farsi) gelungen war, zu drogenabhängigen Geflüchteten aus Iran Kontakt herzustellen, waren in München in den Einrichtungen der Suchthilfe bisher wenige drogenabhängige Geflüchtete angekommen. Diese waren allerdings auf den halboffenen Szenen und grundsätzlich im Stadtgebiet auffällig, z. T. verelendet. Die Szene scheint sich häufig zu verändern. Die Gruppe von sich prostituierenden jungen Männern aus den Maghrebstaaten, die vor zwei Jahren in München auffällig war, ist vollständig verschwunden. In

München waren, auch unter den Geflüchteten, Legal Highs, wie Badesalze oder Bonzai (synthetisches Cannabinoid) ein großes Problem.

Beispiel für eine gute Anbindung drogenabhängiger Geflüchteter ohne Möglichkeit einer Weiterbehandlung

In der offenen Szene am Hauptbahnhof in Nürnberg mischten sich die Geflüchteten (mit und ohne Drogenprobleme) mit Obdachlosen, Punks, Alkohol- und Drogenabhängigen. Es kam wiederholt zu Aggressionen untereinander. Mudra e.V. verfügte zwar über einen arabisch sprechenden Mitarbeitenden, doch die meisten Geflüchteten sprechen Farsi. Der Einrichtungsflyer wurde schnell und unbürokratisch auf Farsi übersetzt und es konnten auch farsisprechende Mitarbeitende (auf Stundenbasis) für das Streetwork und das Kontaktcafé eingestellt werden. Auf diese Weise gelang es, Kontakt zu ca. 80 Geflüchteten herzustellen und diese z.T. auch an das Kontaktcafé anzubinden. Bisher ist es nicht gelungen, den Geflüchteten Substitutionsbehandlungen zu ermöglichen. Ärzte weigern sich bei nicht ausreichenden Deutschkenntnissen zu substituieren, auch wenn die Klienten von Sprachmittlern begleitet werden. Zudem liegen Substitutionsvereinbarungen nicht auf Farsi vor und der unklare rechtliche Status sowie nicht geklärte Kostenübernahmen verhinderten die Weiterleitung in andere Hilfen.

7.3 Fazit der bundesweiten Befragung von Suchthilfeeinrichtungen

1. Netzwerke/ Kooperationen

Geflüchtete wurden häufig nicht oder nur rudimentär durch die Mitarbeitenden der Aufnahmeeinrichtungen über das Suchthilfesystem aufgeklärt, da diesen selbst die entsprechenden Informationen nicht zur Verfügung stehen. Zielgruppenorientierte Peerschulungen der Mitarbeitenden der Flüchtlingseinrichtungen werden als sehr sinnvoll erachtet, ebenso wie die Präventionsarbeit mit den Geflüchteten. Aus Sicht der Suchthilfeeinrichtungen waren die Mitarbeitenden der Flüchtlingshilfe in 2016 durchgängig überlastet, so dass Suchterkrankungen für diese ein randständiges Thema darstellten. Erst mit einer zeitlichen Verzögerung wurden die Probleme, die mit einem missbräuchlichen oder abhängigen Substanzkonsum verbunden waren, offensichtlicher, was sich auch daran bemessen lässt, dass die Suchthilfeeinrichtungen verstärkt um Unterstützung angefragt werden. Unter den Mitarbeitenden der Flüchtlingsunterkünfte ist das Problembewusstsein hinsichtlich des Substanzkonsums der Geflüchteten gewachsen und wird seltener so oft Drogenkonsum und Drogenhandel in den Unterkünften negiert.

In vielen Städten wurden Netzwerke mit Bezug auf die Geflüchteten aufgebaut, an denen auch die Suchthilfe beteiligt ist. Einige Netzwerke haben sich auf der Leitungsebene der Trägervereine konstituiert. Hier besteht die Herausforderung, die Ergebnisse der Netzwerkarbeit auch den Leitungen oder Mitarbeitenden der einzelnen Suchthilfeeinrichtungen zu vermitteln. Nicht jede Einrichtung hat die personelle Kapazität, eigene Mitarbeitende für Flüchtlingsthemen abzustellen, noch besteht bei jeder Einrichtung momentan ein Bedarf. Aufgrund ihrer Erfahrung mit dem Zuzug der „Russlanddeutschen erwarten viele Einrichtungen eine steigende Inanspruchnahme in den nächsten 1 bis 2 Jahren und äußern somit den Wunsch, auf die Zunahme vorbereitet zu sein.

Der Wunsch besteht, die existierenden Fachstellen für Flüchtlinge, die häufig auf die medizinische Versorgung und Traumatherapie fokussieren, um suchtspezifische Angebote zu erweitern.

2. Sprachmittler/Aufklärungsbroschüren in den „neuen“ Sprachen

Informationen oder Materialien beziehen niedrigschwellige Einrichtungen bevorzugt über die Deutsche Aidshilfe oder die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Höher schwellige Einrichtungen informieren sich ebenfalls über die DHS, erwarten aber auch die Weiterleitung aktueller Materialien über ihre jeweiligen Landesstellen für Suchtfragen. Farsisprachige Materialien sind bis auf wenige Ausnahmen nicht vorhanden, arabischsprachige Materialien sehr selten, wohingegen russischsprachige Materialien i.d.R. vorhanden sind. Russischsprachige Materialien wurden im Zusammenhang mit dem Zuzug von Russlanddeutschen erstellt. Sehr wenige Einrichtungen lassen ihre Flyer übersetzen, z.T. auch nicht aus Kostengründen.

Häufig wurde der Wunsch geäußert Informationsmaterialien zentral zu konzipieren und zu verbreiten. Allerdings ist manchmal unklar, ob die Geflüchteten geschriebene Sprache tatsächlich lesen und verstehen können, da der Analphabetisierungsgrad hoch zu sein scheint und eine geleistete Unterschrift z.B. unter einem Konsumraum- oder Behandlungsvertrag nichts darüber aussagt, ob deren Inhalte auch verstanden worden sind.

Die Möglichkeit, schnell, kostenneutral und unbürokratisch auf Sprachmittler zugreifen zu können, halten viele Einrichtungen für essentiell, um die Versorgung der Geflüchteten gewährleisten zu können. Deutlich wurde das z.T. hohe persönliche Engagement, eigeninitiativ Sprachmittlung zu gewährleisten. Verwandte oder Freunde der Geflüchteten wurden eher als ungeeignet eingeschätzt, da unklar bleibt, auf welcher kulturell bedingten und moralisch gefärbten Sichtweise die Übersetzungen basieren. Die Möglichkeit des „Videodolmetschens“ ist gerade für niedrigschwellige Einrichtungen attraktiv, da Sprachmittlung in diesen Einrichtungen häufig spontaner benötigt wird.

Viele Einrichtungen mit wenigen geflüchteten Drogenabhängigen gaben jedoch an, momentan keine Unterstützungsbedarfe zu haben.

3. Weiterführende Hilfe

Bis auf die wenigen Einrichtungen mit einer sehr guten Vernetzung ist die fehlende Möglichkeit einer weiterführenden Suchtbehandlung für die Suchthilfe frustrierend.

„Und eben dieses Weitervermittelnde, welche Möglichkeiten gibt es, denen weiterführend zu helfen. Manche haben erst hier angefangen, also früh zu intervenieren, gar nicht die Leute lange in der Sucht zu belassen, das haben wir nicht“ (BL1_01).

„Vor allem, wenn Leute noch am Anfang ihrer Suchtkarriere stehen, ist das schade... So kann die Sucht sich über Monate vertiefen. Wenn die dann über Monate nicht wissen, was mit ihnen passiert, dann geraten sie tiefer in die Sucht, obwohl es am Anfang noch gar nicht so war“ (BL3_01).

Es wird bemängelt, dass es keine Therapieeinrichtungen mit arabisch- oder farsisprechenden Mitarbeitenden gibt und realistischer Weise wohl auch in naher Zukunft nicht geben wird.

„Man braucht ja auch die Ausbildung, nur Farsi sprechen reicht eben nicht. In einer Therapieeinrichtung gibt es auch Vorschriften für die Qualifikation“ (BL3_02).

Weniger Verständnis wird jedoch für die Hürden aufgebracht, die einer Überleitung in eine Substitutionsbehandlung entgegenstehen, zumal sie von Geflüchteten angefragt wird und für die niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen die einzige sinnvolle Behandlung für die Geflüchteten darstellt, da es keine Therapieeinrichtungen gibt. Der Umstieg auf einen i. v. Konsum, eine Integration in die Drogenszene und die Entwicklung einer stärkeren Ausprägung der

Suchterkrankung mit den entsprechenden körperlichen und psychischen Folgen könnte möglicherweise aufgehalten werden.

4. Kostenübernahmen

Ein stets genanntes Thema ist die fehlende oder undurchsichtige Kostenübernahme für Behandlungsmaßnahmen, wobei die Auslegung des Asylbewerberleistungsgesetzes sehr variabel erfolgt. Eine Überleitung in weiterführende Behandlungen ist von den Netzwerken innerhalb der Gemeinden, der Motivation der zuständigen Mitarbeitenden und dem Durchsetzungsvermögen der Geflüchteten und vom Zufall der Zuweisung der Geflüchteten zu den Wohnorten abhängig.

7.4 Ergebnisse der Interviews mit den geflüchteten Drogenabhängigen

Wie in Abschnitt 5 beschrieben, gehen 128 Interviews mit geflüchteten Drogenabhängigen in die statistische Auswertung ein. Ausnahmslos alle Interviewten waren Männer. Die Einrichtungen berichteten, bisher noch keine Kenntnis von Frauen in der beschriebenen Zielgruppe zu haben.

7.4.1 Allgemeine Angaben zu den geflüchteten Drogenabhängigen

Die Mehrheit der interviewten Geflüchteten kamen aus farsisprechenden Ländern; 73 Männer bezeichneten sich als Afghanen und 44 Männer als Iraner (Tab.8). Von den Afghanen verbrachten 37 (51 %) die meiste Zeit ihres Lebens in Iran und gehörten selbst (bzw. ihre Eltern) zu den marginalisierten afghanischen „Arbeitsmigranten“ in Iran. Die am häufigsten genannten ethnischen Zugehörigkeiten waren Perser (N=44), Hazara (N=30), Tadschike (N=17) und Kurde (N=9). Während 118 Geflüchtete (92 %) im Heimatland in einem städtischen Umfeld lebten, stammten 10 Geflüchtete (8 %) aus einem ländlichen Gebiet.

Tabelle 8: Staatsangehörigkeit der Geflüchteten und Land, in dem die Geflüchteten am längsten lebten

Staatsangehörigkeit		Land, in dem Interviewte am längsten gelebt haben					
Land	N=128	Land	N		N		N
Afghanistan	73	Afghanistan	35	Iran	37	Anderes	1
Iran	44	Iran	44				
Syrien	2	Syrien	2				
Anderes*	9	Anderes	9				

* Aserbaidshan (2), Marokko (2), Georgien (1), Kasachstan (1), Türkei (1), Sibirien (1)

Die Geflüchteten waren zwischen 18 und 70 Jahre alt mit einem Mittelwert von 30 Jahren (Median: 28 Jahre). Der Mittelwert bleibt auch nach Ausschluss des 70-jährigen Geflüchteten konstant. Die Altersspannbreite liegt dann zwischen 18 und 59 Jahren. 59 % der Geflüchteten sind 30 Jahre alt oder jünger (s. Abb. 3).

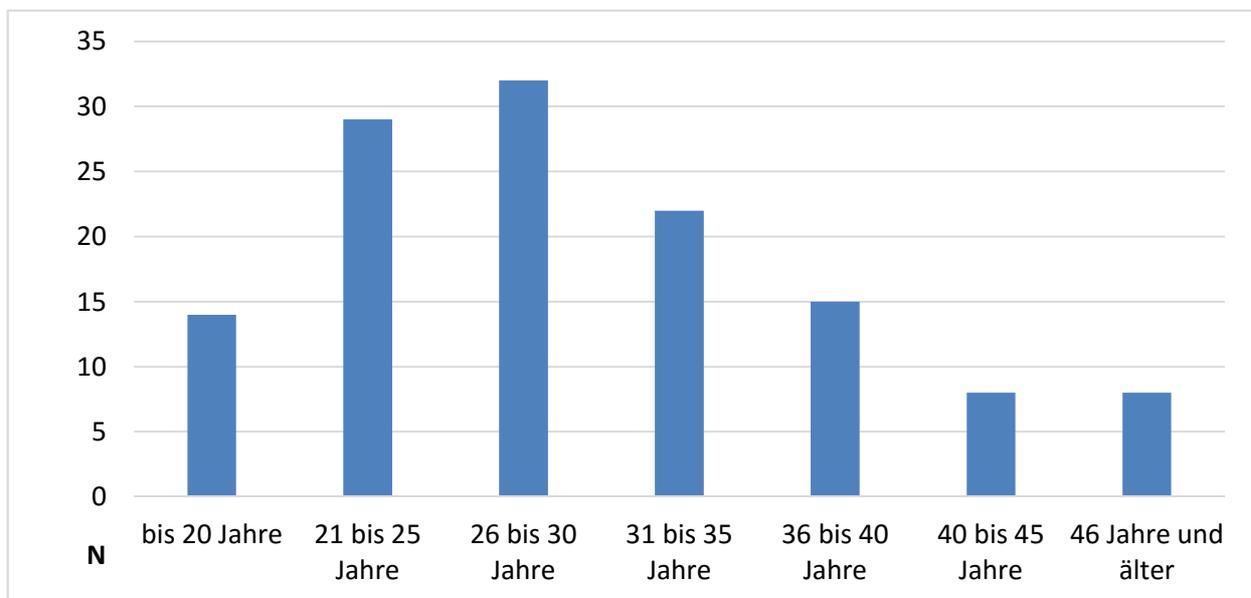


Abbildung 3: Altersstruktur der geflüchteten Drogenabhängigen

Knapp 70 % der geflüchteten Drogenabhängigen waren bereits 2015 nach Deutschland geflüchtet. Weniger als ein Drittel der Geflüchteten verfügten über eine Anerkennung als Geflüchteter oder eine Duldung. 68 % lebten in Erstaufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften. Von den 26 obdachlosen Geflüchteten waren 18 am Aufenthaltsort gemeldet. Ihren Platz in einer Erstaufnahmeeinrichtung/Gemeinschaftsunterkunft haben sie verloren, da sie ohne eine Genehmigung der Unterkunft länger als 3 Tage ferngeblieben sind (Residenzpflicht) bzw. keiner Erstaufnahme zugewiesen wurden, da sie keinen Asylantrag gestellt hatten. Obdachlosigkeit korrespondiert nicht mit der Länge des Aufenthaltes in Deutschland. Über Haftaufenthalte (ohne Nächte in Polizeigewahrsam) berichteten 51 % der Geflüchteten (Tab. 9).

Tabelle 9: Allgemeine Angaben zu Unterkunft und Asylstatus

		N=128	%
Jahr der Einreise	2015	89	69,5 %
	2016	35	27,3 %
	2017	4	3,1 %
Asylantrag gestellt	ja	121	96,9 %
	nein/unklar	4	3,1 %
Asylantrag (Stand)	anerkannt/Duldung	31	24,2 %
	in Bearbeitung	31	24,2 %
	abgelehnt	49	38,3 %
	unklar	9	7,0 %
	fehlende Daten	8	6,3 %
Unterkunft	Erstaufnahme, Gemeinschaftsunterkunft	87	68,0 %
	bei Freunden, Bekannten	4	3,1 %
	in eigener Wohnung	11	8,6 %
	obdachlos	26	20,3 %
Zugewiesene Meldeadresse	am Aufenthaltsort	107	83,6 %
	nicht am Aufenthaltsort	21	16,4 %
Haftaufenthalte	niemals	63	49,2 %
	nur im Herkunftsland	26	20,3 %
	nur auf der Flucht	5	3,9 %
	nur in Deutschland	27	21,1 %
	im Herkunftsland und Deutschland	4	3,1 %
	auf der Flucht und in Deutschland	3	2,3 %

7.4.2 Substanzkonsum im Heimatland

Während 35 geflüchtete Drogenabhängige (27 %) keinerlei Substanzen in ihrem Heimatland konsumiert hatten, gaben 25 Geflüchtete (20 %) einen gelegentlichen Substanzkonsum an. 68 Personen (53 %) hatten schon in ihrem Heimatland abhängig konsumiert.

Ein gelegentlicher Konsum wurde wie folgt definiert:

- kein Konsum von Substanzen außer Cannabis oder Alkohol oder maximal Probierkonsum von Opioiden, Kokain, Amphetaminen.
- gelegentlicher Konsum von Cannabis und/oder Alkohol, maximal Wochenendkonsum mit Freunden.

Die Geflüchteten mit einem abhängigen Konsum waren durchschnittlich 5 Jahre älter als die Geflüchteten mit einem gelegentlichen Konsum ($\bar{x} = 33$ Jahre vs. $\bar{x} = 28$ Jahre, $t=2,16$, $p=0,033$). Von den 68 in ihrem Heimatland abhängig konsumierenden Geflüchteten waren 11 Personen zum Zeitpunkt ihrer Flucht clean (i. d. R. einige Jahre). Von diesen abstinenten Geflüchteten hatten 7 Geflüchtete an NA-Gruppen teilgenommen oder diese geleitet und waren schon langjährig clean, während sich 4 Geflüchtete durch Entgiftungen auf die Flucht vorbereitet hatten. Erfahrungen mit Drogenbehandlungen konnten 37 Personen aufweisen; 28 Geflüchtete hatten schon ein- oder mehrmals in sogenannten „Camps“ entgiftet, 5 Geflüchtete waren in einer regulären

Substitutionsbehandlung und eine Person hatte sowohl Erfahrung mit Entgiftungsbehandlungen als auch mit Substitution. Die „Camps“ wurden von den Geflüchteten als umzäunte und bewachte Lager beschrieben, in denen Drogenabhängige ohne medikamentöse Unterstützung von den Substanzen entzogen wurden.

Die 93 Geflüchteten mit gelegentlichem oder abhängigem Konsum haben am häufigsten Opium und Cannabis konsumiert. Einen Rauchkonsum von Heroin gaben 32 % der Personen mit Konsumerfahrungen an. Etwas mehr Personen (39 %) hatten schon Erfahrungen mit dem Konsum von Alkohol in ihren Heimatländern, der sich jedoch eher auf einen Wochenendkonsum oder einen seltenen Konsum beschränkte (Tab. 10).

Tabelle 10: Substanzkonsum im Heimatland

Substanz (N=93)	nein	ja, letztes ½ Jahr	ja, nicht im letzten ½ Jahr	Fast jeden Tag	1-2 mal pro Woche	seltener	Alter bei Erst- konsum
Cannabis	47	41	5	22	14	10	18
Beruhigungsmittel	89	4		2		2	21
Opium	37	42	14	38	9	9	20
Heroin geraucht	62	23	7	26	4		22
Heroin i. v.	84	9		8	1		21
Kokain geraucht	85	7	1	4	2	2	21
Amphetamine	68	19	6	13	5	7	23
Substitutions- mittel	84	5	4	6	1	2	25
Alkohol	57	33	3	6	18	12	18

N=1: Kokain nasal, nicht genannt: Heroin nasal, Kokain i. v., Kräutermischungen

Die geflüchteten Drogenkonsumenten wurden nach ihren Konsumgründen im Heimatland gefragt. Die Fragen wurden „offen“ gestellt und die Antworten nachträglich kategorisiert. Die Geflüchteten mit einem gelegentlichen Konsum im Heimatland konsumierten i. d. R. aus hedonistischen Gründen, z. B. um mit Freunden zusammen am Wochenende Spaß zu haben. Die Geflüchteten mit einem abhängigen Konsum im Heimatland gaben darüber hinaus weitere Gründe an (Tab. 11). Auffällig ist, dass nur Geflüchtete aus Iran oder Afghanistan Arbeitsstress als ein Konsummotiv angaben. Den Berichten der Geflüchteten zufolge bekamen sie von ihren Arbeitgebern Opium, damit sie die schwere körperliche Arbeit besser bewältigen konnten und weniger unter Schmerzen litten. Explizit politische Gründe wurden nur von 4 Personen genannt. Hierunter sind Kriegserfahrungen oder politisch motivierte Berufsverbote zu verstehen. Unter „andere Gründe“ wurden Selbstmedikationen subsumiert, z. B. gegen Schmerzen oder zur emotionalen Stabilisierung bei von der Norm abweichender Sexualität (Homo- oder Transsexualität).

Retrospektiv erfragte Konsummotive sollten vorsichtig interpretiert werden, da nicht auszuschließen ist, dass die Antworten den Versuch widerspiegeln, eine sinnhafte Erklärung oder Entschuldigung für das eigene Konsumverhalten zu finden. Gleichwohl deuten die Ergebnisse an, dass es sich bei den

Geflüchteten mit einem abhängigen Konsum im Heimatland um einen biografisch belasteteren Personenkreis handeln könnte.

Tabelle 11: Gründe für den Konsum im Heimatland

Konsumgründe (Mehrfachantworten)	Gelegentlicher Konsum	Abhängiger Konsum	Gesamt
Spaß, mit Freunden	16	20	36
Abhängige Freunde oder Familie	3	23	26
Familiäre Konflikte	0	14	14
Früher Verlust von Eltern/Elternteilen/Freunden	0	12	12
Arbeit	0	13 (Stress) 3 (arbeitslos)	16
Politische Gründe	1	3	4
Andere Gründe	2	7	9

7.4.3 Substanzkonsum während der Flucht

Die meisten geflüchteten Drogenabhängigen haben Deutschland über die Balkanroute erreicht. Die Flucht dauerte für 63 % der Befragten zwischen wenigen Tagen und 2 Monaten (Abb. 4). Lediglich 15 Geflüchtete berichten eine Fluchtdauer von mehr als einem Jahr. Die mittlere Fluchtdauer aller Befragten betrug 8 Monate. Werden nur die Geflüchteten betrachtet; deren Flucht nicht länger als ein Jahr betrug, sank die mittlere Fluchtdauer auf 2,7 Monate. Geflüchtet sind 105 Befragte alleine (83 %) und 22 (17 %) mit der Familie oder engen Freunden (N=127, 1 fehlender Wert).

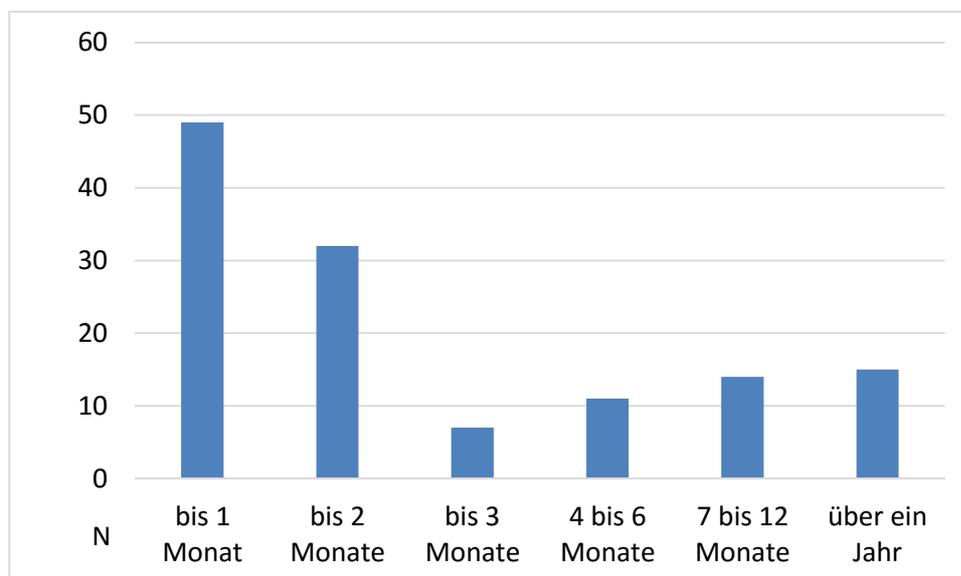


Abbildung 4: Fluchtdauer in Monaten

Die Tabelle 12 zeigt den Substanzkonsum während der Flucht in Abhängigkeit vom Konsum im Heimatland. Diejenigen, die im Heimatland nicht konsumiert hatten, konsumierten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit nicht während der Flucht. Lediglich 4 Geflüchtete gaben einen gelegentlichen

Konsum von Cannabis oder Alkohol an. Die beiden Geflüchteten, die während der Flucht eine Abhängigkeit von Opioiden entwickelten, waren sehr lange, nämlich 3 und 5 Jahre, auf der Flucht.

Auch die Geflüchteten mit einem Gelegenheitskonsum im Heimatland konsumierten auf der Flucht entweder nicht oder nur gelegentlich. Allerdings intensivierten 5 Geflüchtete ihren Substanzkonsum während der Flucht. 2 Geflüchtete begannen fast täglich Alkohol zu trinken, ein Geflüchteter rauchte täglich Cannabis und ein weiterer nahm Beruhigungstabletten, wann immer er sie bekommen konnte. Ein fünfter Geflüchteter rauchte an 1-2 Tagen pro Woche Opiate. Die Geflüchteten berichteten, dass ihnen Alkohol und Cannabis von den Schleppern angeboten bzw. aufgedrängt wurden, zum einen, um die Langeweile erträglicher zu machen und zum anderen zur Ruhigstellung während der Fahrten in den LKWs.

Die meisten der in ihren Heimatländern abhängig Konsumierenden behielt diesen Konsum auch auf der Flucht bei oder substituierten sich selbst (siehe Tab. 12 und 13). 10 Personen gaben an, auf der Flucht nicht konsumiert zu haben und 5 Personen konsumierten nur gelegentlich.

Tabelle 12: Konsum auf der Flucht in Abhängigkeit vom Konsum im Heimatland

Konsum im Heimatland	Abhängiger Konsum auf der Flucht	Konsum auf der Flucht	Kein Konsum auf der Flucht
Kein Konsum (N=35)	2	4	29
Gelegentlicher Konsum (N=25)		12	13
Abhängiger Konsum (N=57)	42	5	10
Abhängiger Konsum, clean Flucht angetreten (N=11)		1	10

Von den 57 Geflüchteten mit einem abhängigen Konsum im Heimatland machten 50 Personen Angaben zu Entzugserscheinungen während der Flucht. Keine Entzugserscheinungen hatten 13 Geflüchtete, während 25 Geflüchtete von Entzugserscheinungen berichteten und 12 Geflüchtete immer mal wieder unter Entzugssymptomen litten. Das vorrangige Konsummotiv während der Flucht war daher nachvollziehbar die Vermeidung von Entzugserscheinungen. Aber auch Einsamkeit, Langeweile und widrige Wetterbedingungen (z.B. Kälte) wurden als Konsumgründe angeführt.

Die substanzabhängigen Geflüchteten haben sich auf die Flucht vorbereitet, entweder, indem sie vorher entgiftet haben oder ihre bevorzugten Substanzen auf die Flucht mitgenommen haben. Wie Tabelle 13 zeigt, haben sich 26 Geflüchtete auf dem Schwarzmarkt Substitutionsmittel besorgt, zu einem gleichen Anteil Methadon oder Methadict.

Tabelle 13: Substanzkonsum während der Flucht

Substanz (N=66)	nein	ja	fast jeden Tag	1-2 mal pro Woche	seltener	immer, falls verfügbar
Cannabis	57	9	7	2		
Beruhigungsmittel	64	2		1		1
Opium	54	12	9	2		1
Heroin geraucht	55	11	5	3		3
Heroin i. v.	62	4	3			1
Heroin nasal	65	1	1			
Kokain geraucht	62	4	2	1		1
Amphetamine	63	3	1	1		1
Substitutions- mittel	40	26	20	3	1	2
Alkohol	45	21	6	13	2	

Nicht genannt: Kokain i. v., Kokain nasal, Kräutermischungen

Wann immer es relativ gefahrlos möglich war, wurden Substanzen während der Flucht gekauft und konsumiert. Von der Menge der mitgenommenen Substanzen, der Möglichkeit, Substanzen unterwegs zu kaufen und der Dauer der Flucht hing es ab, ob die Geflüchteten die Flucht ohne oder mit geringen Entzugserscheinungen bewältigen konnten. Einige Geflüchtete konnten sich von den mitgenommenen Substitutionsmitteln noch eine Zeit in Deutschland substituieren. Übereinstimmend berichten die Geflüchteten, dass es problemlos möglich war, in Griechenland (Festland) Drogen zu kaufen.

7.4.3 Substanzkonsum in Deutschland

Von den 128 geflüchteten Drogenabhängigen rauchten aktuell 85 Heroin und 30 berichteten von einem i. v. Konsum von Heroin. Auffällig ist, dass nur 7 Geflüchtete angaben, fast täglich Alkohol zu trinken und nur 12 Personen berichteten von einem täglichen Cannabiskonsum (Tab. 14).

Die geflüchteten Drogenkonsumierenden passen sich dem Substanzangebot der jeweiligen Städte an. Hamburg ist die Stadt, in der das Rauchen von „Crack“ (Kokain) unter den Opioidkonsumierenden weit verbreitet ist und das zeigt sich ebenfalls unter den Geflüchteten; 74 % der Geflüchteten in Hamburg rauchten „Crack“, während diese Substanz in den anderen Städten nur von 20 % konsumiert wurde ($\chi^2=36,7$, $p < 0,000$). Intravenöser Heroingebrauch war dagegen in Hamburg unter den Geflüchteten seltener als in den anderen Städten (15% vs. 28%, ns.). Von insgesamt 30 aktuell i. v. heroinkonsumierenden Geflüchteten gaben 17 Personen an, vorher Heroin geraucht zu haben, 4 rauchten aktuell Heroin und 9 hatten noch nie Heroin geraucht. Es deutet sich an, dass bei Heroin möglicherweise ein Umstieg vom Rauchkonsum auf den i. v. Konsum stattgefunden hat.

Von den 25 Geflüchteten, die angaben, Substitutionsmittel zu konsumieren, waren 15 Personen aktuell in eine Substitutionsbehandlung eingeschlossen. Weitere 4 Personen hatten eine Substitutionsbehandlung in Deutschland wieder abgebrochen und konsumierten derzeit keine illegal

erworbenen Substitutionsmittel. Von den 6 Geflüchteten, die schon in ihrem Heimatland substituiert wurden, war lediglich eine Person auch in Deutschland in einer Substitutionsbehandlung.

Tabelle 14: Substanzkonsum in Deutschland

Substanz (N=128)	nein	ja	ja, nicht aktuell	fast jeden Tag	1-2 mal pro Woche	seltener
Cannabis	105	22	1	12	6	5
Beruhigungsmittel	126	2		1	1	
Heroin geraucht	20	85	23	101	6	1
Heroin i. v.	94	30	4	29	3	2
Heroin nasal	124	3	1	4		
Kokain geraucht	77	50	1	40	7	4
Kokain i. v.	115	13		8	1	4
Kokain nasal	126	2		1		1
Amphetamine	124	4			3	1
Substitutionsmittel	102	25	1	22	4	
Alkohol	108	16	4	7	4	9
Kräutermischungen	127	1		1		

Ein Teil der schon im Heimatland drogenabhängigen Geflüchteten konsumierte in Deutschland übergangslos weiter. I.d.R. wurden dann auch keine weiteren Konsumgründe angegeben. Ihre Lebensumstände in Deutschland wurden von vielen als Auslöser des Konsums bzw. als den Konsum aufrechterhaltene Gründe angegeben. Darunter fallen nicht erfüllte Erwartungen an das Leben in Deutschland (Wohn- und Arbeitssituation) sowie die Angst vor einem abgelehnten Asylantrag und Einsamkeit bzw. Sehnsucht nach und Sorgen um die zurückgelassenen Familien. Sehr häufig wurde auch „Langeweile“ angegeben. Die Antwort „falsche Freunde“ wurde vielfach spontan als erstes genannt, insbesondere von Geflüchteten, die im Heimatland nicht oder nur gelegentlich konsumiert hatten oder „clean“ nach Deutschland kamen. „Falsche Freunde“ meint, dass den Geflüchteten von Männern aus ihrem Kulturkreis Drogen angeboten wurden, i.d.R. Heroin, mit der Aussicht, dass diese helfen, körperliche und seelische Schmerzen zu lindern, Freude bereiten, die Langeweile vergessen lassen und Spaß bringen. Die Geflüchteten wurden in den Flüchtlingsunterkünften, auf der Straße vor den zentralen Anlaufstellen für Asylbewerber oder auch in „Asylkirchen“ angesprochen (Tab. 15). Nach Auskunft der Geflüchteten ist der Rauchkonsum von Heroin in den Asylunterkünften weit verbreitet.

Tabelle 15: Gründe für den Konsum in Deutschland

Konsumgründe Deutschland (N=125)	Konsum im Heimatland		
	Kein Konsum	Gelegentlicher Konsum	Abhängiger Konsum
Sofortiger Konsum in Deutschland bei bestehender Abhängigkeit			31
Zuerst Monate clean, sich dann an Substanzen „erinnert“			10
„falsche Freunde“	20	14	18
Ablehnung Asylantrag		4	2
Lebensumstände in Deutschland	18	10	23
Familiäre Probleme	4	1	1
Schmerzen	2	1	1

Im Vorfeld der Befragung war unklar, ob Fragen nach einer HIV-oder Hepatitis-Infektion oder einer AIDS-Erkrankung von den geflüchteten Drogenabhängigen beantwortet werden würden bzw. ob die Geflüchteten diese übertragbaren Erkrankungen kennen (Tab. 16). Die Frage „Kann man sich in Deutschland mit HIV oder Hepatitis C infizieren“ gibt einen indirekten Hinweis auf die Kenntnis der Übertragungswege. Lediglich 15 Geflüchtete waren überzeugt, sich in Deutschland nicht anstecken zu können. Alle Geflüchteten kannten diese Erkrankungen und es waren keine Vorbehalte spürbar, auf diese Fragen zu antworten. Mit HIV hatten sich bereits 4 Geflüchtete infiziert und mit Hepatitis C 12 Geflüchtete

Tabelle 16: Selbstauskünfte zu HIV und Hepatitis C

N=128	
Mit HIV infiziert/ an AIDS erkrankt	
ja	4
nein	107
weiß ich nicht	14
kenne ich nicht	3
Mit Hepatitis C infiziert	
ja	12
nein	97
weiß ich nicht	15
kenne ich nicht	3
Man kann sich in Deutschland anstecken mit	
HIV	113
Hepatitis C	113
Glaubhafte Testung	41

Bei 41 Personen konnte eine Testung validiert werden. Darunter fallen Testungen im Rahmen von Entgiftungs- oder Substitutionsbehandlungen, in Arztpraxen oder Gesundheitsmobilen. Ein nicht unerheblicher Teil der Geflüchteten geht allerdings davon aus, bei der Ankunft in Deutschland im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen auch auf HIV und Hepatitis C untersucht worden zu sein und schlussfolgern, dass sie diese Erkrankungen nicht haben, da ihnen kein positives Ergebnis mitgeteilt wurde. Auf diese Erkrankungen wird jedoch nicht routinemäßig untersucht (mit Ausnahme von Bayern), was den Geflüchteten anscheinend nicht bekannt war.

Die Geflüchteten wurden zum Abschluss des Interviews gefragt, wie sie auf die Einrichtung aufmerksam geworden sind, weshalb sie diese aufsuchen und was sie sich von der Einrichtung wünschen (Tab.17).

Die allermeisten Geflüchteten hatten über andere Konsumierende von der jeweiligen Einrichtung erfahren. Nur sehr wenige wurden vom Streetwork auf diese Drogenhilfeeinrichtungen aufmerksam gemacht und dies lediglich in 2 Städten. In den Einrichtungen nutzten sie das Konsumraumangebot und/oder die Möglichkeit, Spritzen zu tauschen oder Rauchfolien zu kaufen. Weitere Angebote wie kostengünstige Getränke und Mahlzeiten sowie die Nutzung von Hygieneeinrichtungen wurden seltener in Anspruch genommen. Während für viele Geflüchtete die Einrichtungen auch eine Art Rückzugsmöglichkeit darstellten, gab es auch gegenteilige Anmerkungen. So hielten einige sich nicht gerne lange in den Einrichtungen auf, da andere Konsumierende sie wiederholt zu bisher nicht genutzten Drogen oder Konsumformen (i. v. Konsum) zu verführen versuchten. Über die Möglichkeit, die benötigten Drogen im Umfeld der Einrichtungen zu kaufen, waren die Geflüchteten gut informiert. Die meisten Geflüchteten wünschten sich, von den Substanzen zu entgiften und ungefähr die Hälfte der Geflüchteten würden gerne substituiert werden. Sehr wenige Geflüchtete konnten sich überhaupt keine Behandlung ihrer Abhängigkeit vorstellen, da es „in Allahs Hand liege, ob sie krank oder gesund seien“.

Tabelle 17: Gründe für die Inanspruchnahme der Suchthilfeeinrichtung

Mehrfachantworten	ja
Woher haben Sie von der Einrichtung erfahren?	
Andere haben mich mitgenommen	77
Andere haben mir davon erzählt	41
Über die Szene davon erfahren	21
Mitarbeiter hat mich angesprochen (Streetwork)	10
Flyer gelesen	2
Aus welchen Gründen suchen Sie die Einrichtung auf?	
Drogenkonsum, Spritzentausch	96
Menschen in ähnlicher Situation treffen	68
Möchte über meine Probleme sprechen	51

Werde hier in Ruhe gelassen	47
Was soll die Einrichtung für Sie tun?	
In Entgiftung vermitteln	95
In Therapie vermitteln	67
In Substitution vermitteln	53
Beim Asylantrag unterstützen	63
Helfen, eine Wohnung zu finden	60

7.4.4 Vergleich der Afghanen aus Afghanistan, der Afghanen aus Iran und der Iraner

Sowohl Afghanen als auch Iraner sprechen und verstehen Farsi und sind für Mitarbeitende der Einrichtung nicht an der Sprache zu unterscheiden. Das folgende Kapitel untersucht, ob es Unterschiede zwischen den geflüchteten Iranern, den Afghanen aus Iran und den Afghanen aus Afghanistan gibt, die möglicherweise für die Arbeit mit diesen von Bedeutung sind (Tab. 18).

Die in dieser Studie befragten Iraner waren deutlich älter als die Afghanen. Bezogen auf das Jahr der Einreise und die Hafterfahrungen unterschieden sich die Gruppen nicht. Die Afghanen aus Iran waren etwas häufiger obdachlos (27 %) als die Afghanen aus Afghanistan (20 %) und die Iraner (18 %).

Die Iraner und die Afghanen aus Iran hatten in Iran vergleichbar konsumiert und unterschieden sich von den Afghanen aus Afghanistan vor allem in Bezug auf den Konsum von Cannabis, Opium und Heroin. Der Konsum scheint stärker durch das Heimatland als durch eine bestimmte Nationalität geprägt zu sein, zumal sich in Deutschland der Konsum zwischen den 3 Gruppen angeglichen hat.

Die iranischen Geflüchteten schienen etwas besser über HIV/Aids und Hepatitis C aufgeklärt zu sein als die Afghanen. Niemand unter den Iranern glaubte, dass man sich in Deutschland nicht anstecken kann. Zwischen 8 und 10% der Afghanen waren über die Ansteckungswege nicht ausreichend informiert, Unterschiede zwischen den Afghanen aus Afghanistan oder Iran zeigten sich nicht. Die Bereitschaft sich testen zu lassen unter denjenigen, die glaubten, bisher noch nicht getestet worden zu sein, schwankte zwischen den Gruppen. Alle Iraner würden sich auf Hepatitis C testen lassen, jedoch nur 78 % der Afghanen aus Iran und kein Afghane aus Afghanistan. Ein ähnliches Bild ergab sich bei der Frage, ob sie sich auf HIV testen lassen würden. 89 % der Iraner, 75 % der Afghanen aus dem Iran und lediglich 29 % der Afghanen aus Afghanistan würden sich testen lassen.

Tabelle 18: Vergleich Geflüchteter aus Iran und Afghanistan

	Afghanen aus Afghanistan (N=35)	Afghanen aus Iran (N=37)	Iraner (N=44)	
Alter in Jahren (Mittelwert + Streuung)	28,3 ± 10,8	26,8 ± 6,4	34,1 ± 9,6	F=7,3, p=0,001
Abhängiger Konsum im Heimatland	34,3 %	64,9 %	63,6 %	Chi2=14,3, p=0,007
Substanzen im Herkunftsland (im letzten ½ Jahr vor der Flucht)				

Cannabis	17,1 %	35,1 %	38,6 %	
Opium	17,1 %	40,5 %	40,9 %	
Heroin geraucht	8,6 %	29,7 %	18,2 %	
Heroin i. v.	8,6 %	5,4 %	2,3 %	
Amphetamine	11,4 %	18,9 %	13,6 %	
Alkohol	11,4 %	18,9 %	36,4 %	
Substanzen in Deutschland				
Cannabis	22,9 %	10,8 %	11,4 %	
Heroin geraucht	62,9 %	75,7 %	63,6 %	
Heroin i. v.	20,0 %	21,6 %	29,5 %	
Kokain geraucht	29,5 %	36,4 %	34,1 %	
Amphetamine	0	2,7 %	6,8 %	
Alkohol	14,3 %	16,2 %	15,9 %	
In Deutschland in Substitution	11,4 %	2,7 %	15,9 %	

7.5 Ergebnisse der Fokusgruppen

In den Fokusgruppen wurden erste Ergebnisse des Projektes vorgestellt. Folgende Fragen sollten diskutiert werden:

1. Welche Ergebnisse decken sich mit den eigenen Erfahrungen?
2. Wie ist aktuell der Zugang zu Geflüchteten und wie könnte dieser verbessert werden?
3. Wie sind die bestehenden Sprachbarrieren zu bewerten und ggf. zu überwinden?
4. Was kann die Suchthilfe für diese Gruppe der Geflüchteten leisten? Welche Hilfen werden nachgefragt und angeboten?
5. Welche Erfahrungen bestehen hinsichtlich der Vermittlung in weitere Behandlung?
6. Werden Angebote zur Aufklärung von Infektionserkrankungen (HIV/AIDS und HCV) auch für Geflüchtete bereitgestellt? Werden diesen Tests angeboten und werden diese angenommen?

Auffällig war, dass die Teilnehmenden über sehr wenige Kenntnisse zu den Problemlagen und Konzepten für geflüchtete Drogenabhängige in den jeweils anderen Einrichtungen verfügten. Dementsprechend groß war das Bedürfnis nach Austausch, gegenseitiger Information und Vernetzung. Neben Leitungen/Mitarbeitenden von Suchhilfeeinrichtungen mit Konsumräumen oder Kontaktcafés waren auch höherschwellige Einrichtungen und das Streetwork in den Fokusgruppen vertreten. Auf Wunsch der Teilnehmenden wurde eine Teilnehmerliste aller Fokusgruppenteilnehmer erstellt und verschickt. Nicht alle Bundesländer waren durch Teilnehmende vertreten; Vertreter aus den Bundesländern Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Thüringen fehlten.

- **Ausmaß des Drogenkonsums unter den Geflüchteten**

Die Teilnehmenden bestätigten für ihre Städte/Bundesländer die in den Umfragen geschätzten Angaben zu der Anzahl an geflüchteten Drogenabhängigen in den Suchthilfeeinrichtungen. Es wird vermutet, dass Geflüchtete aufgrund von Perspektivlosigkeit mit einem Substanzkonsum beginnen oder einen bestehenden Substanzkonsum verstärken könnten. Die nach Deutschland migrierten Russlanddeutschen seien auch erst mit einer Latenz von 1 bis 2 Jahren auffällig geworden, bzw. erst dann wurde das Ausmaß ihres Substanzkonsums offensichtlich. So würden in Stuttgart Geflüchtete in den Einrichtungen ankommen, was vor ein paar Monaten noch nicht der Fall gewesen ist. Deutlich wird, dass es eine unterschiedliche Anzahl von Geflüchteten an unterschiedlichen Orten gibt und dementsprechend nicht jede Suchtberatungsstelle von den Geflüchteten im gleichen Ausmaß frequentiert wird. Eine zu starke Konzentration auf die Geflüchteten birgt die Gefahr, dass andere Klienten vernachlässigt werden, vor allem bei einer niedrigen Personaldecke.

- **Substanzkonsum, Traumata und Infektionserkrankungen**

Uneinigkeit herrschte darüber, ob der Substanzkonsum der geflüchteten Drogenabhängigen schon im Heimatland, während der Flucht oder erst in Deutschland begonnen wurde. Insgesamt hat sich bei den Teilnehmenden im Laufe der Zeit der Eindruck verstärkt, dass ein nicht unerheblicher Anteil der geflüchteten Drogenabhängigen bereits im Herkunftsland Substanzen konsumiert hat. Lediglich der Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. schätzt grundsätzlich die Abhängigkeit von Substanzen im Heimatland als gering ein. Diese Einrichtung ist keine Einrichtung mit angegliedertem Konsumraum oder Kontaktcafé und die betreuten Geflüchteten unterscheiden sich deutlich von denen der anderen Einrichtungen. Sie betreuen in der Mehrzahl Geflüchtete aus Afghanistan, Irak und Syrien, deren Flucht häufig länger als 3 Jahre gedauert hat. In 2017 haben sie 263 Termingespräche geführt, die Anzahl an Personen konnte nicht genannt werden, liegt aber deutlich darunter. Unter den Personen befanden sich 44 Minderjährige von denen 6 Heroin i. v. konsumierten.

Hinsichtlich des Ausmaßes an (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) unter drogenabhängigen Geflüchteten lassen sich keine gesicherten Aussagen treffen, da in den niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen selten bis nie Gespräche zu diesem Thema stattfinden, bzw. aufgrund der Sprachbarriere stattfinden können. Verhaltensauffälligkeiten, die Geflüchtete speziell von anderen Drogenabhängigen in den Einrichtungen unterscheiden, werden nicht berichtet. Einzig die Mitarbeitenden des Drogennotdienstes in Berlin berichten von vielen schwer traumatisierten Geflüchteten.

Auf HIV oder Hepatitis C wird weder regelhaft getestet noch darüber aufgeklärt. In Berlin wird versucht, die Geflüchteten über das Gesundheitsmobil zu erreichen. Gleichwohl stellt sich die Frage nach dem Vorgehen bei einem positiven Ergebnis. Wer und wie sagt man es dem betroffenen Geflüchteten? Wer finanziert die Behandlung und wer behandelt?

- **Erreichbarkeit der Geflüchteten**

Ein Großteil des Kontaktes zu Geflüchteten entsteht, weil diese den Konsumraum oder das Kontaktcafé nutzen. Streetwork mit einem muttersprachlichen Begleiter und dem Verteilen von übersetzten Flyern der Einrichtung wird als eine gute Möglichkeit angesehen, zu den geflüchteten Drogenabhängigen Vertrauen aufzubauen, auf die Einrichtung aufmerksam zu machen und die Geflüchteten an diese zu binden. Mudra e. V. in Nürnberg konnte darüber sehr viele Geflüchtete erreichen. Allerdings geben die Mitarbeitenden einiger Konsumräume zu bedenken, dass ihre Aufnahmekapazität, i. d. R. aufgrund von Personalmangel, schon jetzt erreicht sei. Sie können sich nicht vorstellen, noch mehr Geflüchtete aufzunehmen, zumal der Betreuungsaufwand bei diesen deutlich höher ist als bei Nicht-Geflüchteten.

Das Erreichen der drogenabhängigen Geflüchteten über die Szene ist nur dort möglich, wo Drogenszenen existieren. In einigen Bundesländern/Kommunen ist der Repressionsdruck sehr stark und Verfolgung und Verurteilung auch bei Besitz von Kleinstmengen gängige Praxis. Daher würden sich dort auch keine offenen Szenen bilden. Zudem müsse der Zugang zu den Geflüchteten über die Niedrigschwelligkeit hinausgehen. Die Suchthilfe müsse daher in den Flüchtlingsunterkünften präsent sein. Zuerst müssen die Mitarbeitenden in den Unterkünften geschult und für den Umgang mit drogenabhängigen Geflüchteten sensibilisiert werden.

- **Nutzung der Konsumräume**

Die Konsumraumverordnungen der einzelnen Bundesländer sind sehr unterschiedlich. In einigen Bundesländern besteht Ausweispflicht und nur die in den Kommunen gemeldeten Drogenabhängigen dürfen den Konsumraum nutzen. Daher werden Geflüchtete, die nicht in den jeweiligen Städten gemeldet sind, abgewiesen. Konsumraumverordnungen müssen zudem gelesen, verstanden und unterzeichnet werden. Auch wenn Konsumraumverordnungen auf Arabisch oder Farsi vorliegen, kommt es häufig vor, dass die Inhalte nicht verstanden werden, da die Geflüchteten über keine ausreichende Lesekompetenz verfügen. Die Mitarbeitenden in Frankfurt haben daher Audiodateien angefertigt. Konsumräume halten standardmäßig Piktogramme oder Fotos vor, die verdeutlichen, welche Regeln es im Konsumraum zu beachten gibt. Den Geflüchteten die Konsumraumregeln zu erklären, erfordert Zeit und Kreativität. Darüber, inwieweit auch nicht deutschsprachige Menschen die Konsumräume nutzen sollten, liegt kein Konsens vor. Während einige Konsumräume ihre Regeln überdenken, damit die Geflüchteten sich dort wohlfühlen oder ihren Konsumraum auch Personen öffnen, die kein Deutsch oder Englisch sprechen, geben andere zu bedenken, dass es sinnvoll ist, wenn die Konsumräume nur bei ausreichenden Deutschkenntnissen genutzt werden dürfen, da im Falle einer Überdosierung oder eines paranoiden Schubs nicht mit den Klienten kommuniziert werden kann. Wenn die Geflüchteten lediglich die den Konsumräumen angegliederten Café oder Kontakträume nutzen, findet keine Registrierung statt und „sie laufen durch und gehen unter“ und werden erst von den Mitarbeitenden bemerkt, wenn sie in größerer Anzahl erscheinen oder die Mitarbeitenden dementsprechend sensibilisiert sind.

- **Flyer, Übersetzungen vorhandener Materialien, Weiterbildung**

Je nach Vernetzungsgrad und Personalkapazität verfügen die Einrichtungen über Flyer und Aufklärungsmaterial auf Arabisch oder Farsi. Die Internetseite der Deutschen Aidshilfe wird diesbezüglich am häufigsten aufgesucht. Hausordnungen müssen eigeninitiativ übersetzt werden. Wenn von Seiten der Kommune verlangt wird, dass jede Übersetzung durch einen vereidigten Übersetzer vorgenommen werden muss, kann es sehr lange dauern, bis die finanziellen Mittel dafür bewilligt werden. Dieses Vorgehen ist nicht praktikabel, da jede Änderung wiederum in gleicher Art und Weise übersetzt werden muss.

Gewünscht wird, dass Aufklärungsmaterial zentral übersetzt und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt wird. Dies müsse zudem sehr viel schneller geschehen. Außerdem werden Aufklärungsmaterialien zu verschiedenen Kulturen benötigt. Eine kultursensible Weiterbildung und eine dementsprechende Qualifikation der Mitarbeitenden werden als wichtig erachtet. Dies gilt in einem besonderen Maße für Mitarbeitende, die Beratungsgespräche mit den Geflüchteten führen.

- **Dolmetscher und Sprachmittler**

Die Sprachbarrieren sind nach wie vor sehr hoch und Erfahrungen mit Dolmetschern und Sprachmittlern sind fast überall vorhanden. Auf folgende Probleme wurde hingewiesen:

Mögliche Dolmetscher/Sprachmittler müssen die Arbeit der Suchthilfe kennen und auch die besonderen Erfordernisse und „Haltungen“ einer Einrichtung. Daher bedarf es einer Vertrauensbasis zwischen Einrichtung und Dolmetscher/Sprachmittler um sicher zu gehen, dass diese den Geflüchteten neutral und nicht moralisch wertend gegenüber treten. Die Mitarbeitenden können i. d. R. die Übersetzungen nicht überprüfen und ggf. nur an der Reaktion der Abhängigen erkennen, dass der Wortlaut von Fragen und Antworten nicht korrekt übersetzt wurde. Als problematisch wird angesehen, dass häufig schnell eine Beziehung zwischen Dolmetscher und Geflüchtetem entsteht und die Fachkraft nicht mehr als die eigentliche Ansprechperson wahrgenommen wird. Das kann zu einem dazu führen, dass die Dolmetscher ihre Kompetenzen überschreiten und selbst inhaltlich beraten und z. T. auch falsche Versprechungen machen und zum anderen, dass sie von den Geflüchteten als „Freund“ wahrgenommen werden, der sich um weitere Belange auch in seiner Freizeit kümmern soll.

Die Teilnehmenden präferieren Muttersprachler in den von den geflüchteten Drogenabhängigen hoch frequentierten Einrichtungen. In weniger hoch frequentierten Einrichtungen ist dies weder möglich, noch erforderlich. Aber auch hier wäre es sinnvoll, auf Dolmetscher zurückgreifen zu können, die in der Einrichtung bekannt und mit der Arbeit der Einrichtung vertraut sind.

- **Weiterführende Hilfeangebote**

Weiterführende Hilfeangebote umfassen die Vermittlung in eine Entgiftungsbehandlung, die Überleitung in Substitution oder in eine ambulante oder stationäre Suchttherapie. Die Weiterleitung drogenabhängiger Geflüchteter wird von allen Teilnehmenden der Fokusgruppen als schwierig angesehen, allerdings in einem deutlich unterschiedlichen Ausmaß. Ob eine Überleitung möglich ist, ist in erster Linie davon abhängig, zu welchem Bundesland oder welcher Kommune die jeweilige Suchthilfeeinrichtung gehört.

Die Vermittlung in eine Entgiftung als eine Form der Akutbehandlung, ist theoretisch am ehesten möglich, scheitert jedoch häufig daran, dass sich die Abhängigen täglich in der Klinik melden müssen, um ihre Motivation zu beweisen. Dies wird von den Geflüchteten nicht verstanden bzw. die Hemmschwelle zu telefonieren ist aufgrund von Sprachbarrieren zu hoch. Es übersteigt die Kapazitäten der Einrichtungen, täglich mit und für sie auf den Entgiftungsstationen anzurufen.

Die geflüchteten Drogenabhängigen in eine reguläre Substitution zu überführen ist schwierig bis unmöglich. In einigen wenigen Einrichtungen oder Städten, wie z. B. Bielefeld, ist es aufgrund einer traditionell sehr guten Vernetzung und politischem Willen dagegen relativ problemlos durchführbar. Die Schwierigkeiten, Geflüchtete zu substituieren, bestehen auf 3 Ebenen:

1. Es gibt keine substituierenden Ärzte in den Regionen oder die wenigen substituierenden Ärzte nehmen keine neuen Patienten mehr auf oder die Fahrtkosten zum nächsten substituierenden Arzt übersteigen das Budget der Geflüchteten.
2. Die Kostenübernahme für eine Substitutionsbehandlung wird abgelehnt, da sie nach dem Asylbewerberleistungsgesetz keine Akutbehandlung darstellt.
3. Potentielle substituierende Ärzte weigern sich, Geflüchtete aufzunehmen. Sie begründen es mit der mangelnden Sprachkompetenz der Geflüchteten und/oder fehlender Übersetzung der Substitutionsverträge in Farsi oder Arabisch. Die Weigerung wird in Nürnberg auch dann aufrechterhalten, wenn eine deutschsprachige Begleitung (Dolmetscher, Mitarbeitender der Einrichtung) die Geflüchteten begleitet.

Drogen-Therapieeinrichtungen für Geflüchtete sind den Fokusgruppen-Teilnehmenden nicht bekannt. Es wird gefordert, dass sich Einrichtungen bemühen, geeignetes Personal einzustellen.

Realistischerweise wird angemerkt, dass an Mitarbeitende von Therapieeinrichtungen andere Anforderungen gestellt werden als an Sprachmittler in niedrigschwelligen Einrichtungen und es noch einige Zeit dauern kann, bis muttersprachliche Therapeuten ausgebildet sind.

Gruppentherapeutische Angebote in der Tradition der NA-Gruppen halten nur wenige Einrichtungen vor. In Berlin wird die farsisprechende Gruppe sehr gut angenommen, die Arabisch sprechende Gruppe dagegen nicht.

Eine Einrichtung, die in weiterführende Hilfen vermittelt und auch psychosoziale Begleitung während einer Substitutionsbehandlung anbietet, merkt kritisch an, dass viele Geflüchtete nicht zu den vereinbarten Gesprächen erscheinen würden, wobei unklar ist, ob es an einer mangelnden Motivation der Geflüchteten liegt oder ob die Abstände von 2 Wochen zwischen den Gesprächen zu lang sind.

Die eingeschränkten Möglichkeiten, geflüchtete Drogenabhängige in weiterführende Hilfen zu vermitteln, führt auf beiden Seiten zu Frustrationen. Motivierte Geflüchtete verstehen nicht, warum ihnen keine Möglichkeit gegeben wird, aus der Drogensucht auszusteigen, sodass sie den Kontakt zu der Einrichtung nicht aufrechterhalten. Für die Mitarbeitenden ist es schwierig auszuhalten, keine Hilfen anbieten zu können. Die Gefahr besteht, dass diese Geflüchteten auf riskantere Konsumformen (z.B. i. v. Konsum) umsteigen und in die Szene abtauchen. Grundsätzlich müssen bis zu einer Entscheidung zu viele bürokratische Hürden überwunden werden.

- **Rechtliche Grundlagen**

Viele Einrichtungen konnten das Vertrauen der geflüchteten Drogenabhängigen gewinnen, was dazu führte, dass der Wunsch besteht, die Mitarbeitenden der Einrichtungen mögen sich auch um alle sonstigen Belange, wie z. B. den Asylantrag kümmern. Die Angst der Geflüchteten, aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit abgeschoben zu werden, ist hoch. Der Wunsch nach einer leicht lesbaren Übersicht zu sozialrechtlichen Themen wurde geäußert (bundeslandspezifisch). Eine kompakte Übersicht sollte online erhältlich sein. Es bleibt unklar und unverständlich, warum und bei wem welche Maßnahmen bewilligt werden. Die Teilnehmenden haben, auch im Vergleich der Bundesländer, den Eindruck von willkürlichen und daher undemokratischen Entscheidungen.

Geflüchtete, die in Gemeinschaftsunterkünften illegale Substanzen konsumieren, dürfen, abhängig vom Betreiber der Einrichtung, nicht mehr weiter in den Unterkünften wohnen. Diese Praxis entlässt die Geflüchteten in die Obdachlosigkeit. Zugleich ist die Möglichkeit, Notschlafstellen nutzen zu können, nicht überall gegeben und zudem dürfen sie in der Regel auch Personen aufnehmen, die in dieser Kommune gemeldet sind, um doppelte Abrechnungen zu vermeiden. Das Aufstellen von Spritzenabwurfbehältern wurde diskutiert. Es wurde auch hinterfragt, welche Möglichkeiten die Einrichtungen haben, problematisches Verhalten der Geflüchteten zu sanktionieren und ob „rechtsfreie Räume“ entstehen, wenn Einrichtungen der Flüchtlingshilfe nicht mehr die Möglichkeit haben, Zugangsverbote auszusprechen.

- **Kooperation und Vernetzung**

Der Grad der Vernetzung der Institutionen ist in den Kommunen sehr unterschiedlich. Städte und Kommunen mit einer höheren Anzahl an Geflüchteten sind i.d.R. besser vernetzt. Aufgrund der zurückgehenden Flüchtlingszahlen sind die Flüchtlingsunterkünfte nicht mehr überfüllt und einige zentrale Erstaufnahmeeinrichtungen wurden geschlossen. Die Mitarbeitenden werden zunehmend, über die primäre Erstversorgung hinaus, auf den Substanzkonsum der Geflüchteten aufmerksam und sind offener gegenüber Beratungsangeboten der Suchthilfe geworden. Allerdings werden zunehmend Mitarbeitende und auch Sprachmittler entlassen und Verträge mit Dolmetschern

gekündigt. Die Einführung eines „Runden Tisches“ der an der Versorgung der Geflüchteten beteiligten, unter Einbezug von Vertretern der Krankenkassen, wird empfohlen.

- **Drogenabhängige aus EU-Ländern, Balkanstaaten oder ehemaligen GUS-Staaten**

Die Teilnehmenden berichten von drogenabhängigen Menschen aus EU-Ländern, Balkanstaaten und ehemaligen GUS-Ländern, die parallel mit den Geflüchteten in den Kommunen in größerer Anzahl angekommen sind. Die Nationalitäten sind über die Kommunen hinweg nicht gleichverteilt. Da diese Menschen keinen Bundesländern oder Kommunen zugewiesen werden, ziehen sie vorwiegend in Städte, in denen schon Menschen ihrer Nationalität wohnen. Auch Probleme mit drogenabhängigen illegal arbeitenden Saisonarbeitern werden berichtet, so wurden z. B. jeden Freitag nach Feierabend gebrauchte Spritzen neben einer Baustelle zurückgelassen. Aufgrund eines fehlenden Krankenschutzes kann dieser Gruppe wenig angeboten werden.

8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die durchgeführte Studie hatte zum Ziel, die Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen durch drogenabhängige Geflüchtete zu untersuchen und Aufschluss über die Nationalität der geflüchteten Drogenabhängigen sowie über deren Konsummuster, Konsumbiografie, Behandlungserfahrungen sowie Behandlungswünsche zu geben. Gleichzeitig sollten die Unterstützungsbedarfe der Einrichtungen erhoben werden. Zur Zielerreichung wurden telefonisch bundesweit vor allem niedrigschwellige Einrichtungen der Suchthilfe befragt, 128 geflüchtete Drogenabhängige mittels eines strukturierten Fragebogens und mit Unterstützung von Dolmetschern/Sprachmittlern interviewt und die Ergebnisse in 4 Fokusgruppen diskutiert. Alle Zielsetzungen des Projektes wurden erreicht. Über das eigentliche Anliegen dieser Studie hinaus meldeten einige Einrichtungen zurück, dass es durch das Projekt zu einer Sensibilisierung für die Arbeit mit Geflüchteten gekommen sei.

Die Studie konzentrierte sich auf **volljährige** Geflüchtete, die **ab 2015 in den Suchthilfeeinrichtungen** in Deutschland angekommen sind und über Cannabis hinaus weitere **illegale Drogen** konsumierten. Die Studie kann keine Aussagen zum Substanzkonsum von Geflüchteten in den Einrichtungen der Flüchtlingshilfe treffen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der 3 Projektteile thematisch aufeinander bezogen dargestellt. Zuallererst muss konstatiert werden, dass pauschale Aussagen zu drogenabhängigen Geflüchteten in Einrichtungen der Suchthilfe nicht möglich sind. Die Berichte einzelner Einrichtungen zu ihrem Klientel sollten nicht verallgemeinert werden, da sie lediglich einen Ausschnitt des gesamten Spektrums beleuchten. Eine differenzierte Betrachtungsweise unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede und einrichtungsbezogener Merkmale ist unerlässlich.

Grundsätzlich konnten die anekdotischen Beobachtungen der Suchthilfe bestätigt werden:

Die geflüchteten Drogenabhängigen waren männlich und vornehmlich in den Einrichtungen der niedrigschwelligen Suchthilfe in größeren Städten in den alten Bundesländern zu finden. Die meisten waren jünger als 30 Jahre und alleine nach Deutschland geflüchtet.
--

Der Rückschluss, dass auch nur dort drogenabhängige Geflüchtete in den Einrichtungen der Flüchtlingshilfe angekommen sind, ist dagegen nicht zulässig. Die Studie zeigt, dass drogenabhängige Geflüchtete in den Wohneinrichtungen in den neuen Bundesländern identifiziert und an das Hilfesystem angebunden werden konnten, sofern die Suchthilfe in den Unterkünften aktiv tätig und/oder offen für die neue Klientel war. In den neuen Bundesländern sowie grundsätzlich in kleineren Städten gibt es wenige oder keine niedrigschwelligen Einrichtungen und in der Regel auch

keine Szene. Drogenabhängige Geflüchtete werden sichtbar, wenn sie sich auf der Szene bewegen oder Kontaktcafés oder Konsumräume aufsuchen und konsumieren möglicherweise eher in den Unterkünften, wenn es diese Einrichtungsformen nicht in erreichbarer Nähe gibt. Es deutete sich an, dass drogenabhängige Geflüchtete, wenn es möglich ist, tagsüber in größere Städte „pendeln“, aber auch eine Abwanderung in größere Städte stattgefunden hatte. Verlassen Geflüchtete die ihnen zugewiesenen Wohnorte (Residenzpflicht), dann verlieren sie ihren Anspruch auf Unterkunft und finanzielle Unterstützung und werden u. U. obdachlos.

Die Angaben der niedrigschwelligen Einrichtungen hinsichtlich der Nationalität der geflüchteten Drogenabhängigen konnten durch die Befragung der Geflüchteten bestätigt werden. 91 % der Befragten sprachen Farsi.

Die allermeisten der geflüchteten Drogenabhängigen in niedrigschwelligen Einrichtungen kamen aus Afghanistan oder Iran. Geflüchtete aus Syrien waren i. d. R. dort nicht vertreten.

Unter den wenigen drogenabhängigen Geflüchteten, die von höherschwelligen Einrichtungen betreut wurden, waren jedoch ca. 2/3 aus Syrien und dem Irak. Der Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e. V. wurde neben Afghanen ebenfalls von Syrern und Irakern kontaktiert. Drogenkonsumräume und Kontaktcafés berichteten von keinen besonderen Verhaltensauffälligkeiten der Geflüchteten und auch wenigen Anhaltspunkten, dass es sich bei den von ihnen betreuten Geflüchteten um schwer traumatisierte Personen handelt. Demgegenüber berichtete der Notdienst in Berlin von vielen schwer traumatisierten drogenabhängigen Geflüchteten. Es ist ungeklärt, ob der Notdienst Traumatisierungen besser erkennen kann, da dort längere Gespräche geführt werden oder ob es an der anderen Zusammensetzung ihres Klientel (mehr Syrer) liegt. Weitere Merkmale sprechen dafür, dass es sich mehrheitlich um andere Geflüchtete handelte, als sie in den niedrigschwelligen Einrichtungen anzutreffen waren. So wurde die Prävalenz für eine Drogenabhängigkeit im Heimatland als gering eingeschätzt. Dies trifft eher auf Syrien zu, nicht aber auf Afghanistan oder Iran. Die Flucht habe zudem häufig länger als 3 Jahre gedauert. In dieser Studie berichteten nur 15 der interviewten Geflüchteten von einer Fluchtdauer von mehr als einem Jahr und 63 % erreichten Deutschland innerhalb von 2 Monaten. Die beide Interviewten, die in ihrem Heimatland keine Substanzen konsumiert und auf der Flucht eine Abhängigkeit entwickelt hatten, waren aber 3 und 5 Jahre auf der Flucht.

Geflüchtete Drogenabhängige sind keine homogene Gruppe. Besonders zu beachten ist die individuelle Fluchtbiografie, z. B. auch die Fluchtdauer. Es ist problematisch, von den Geflüchteten zu sprechen und die Eindrücke der eigenen Einrichtung als absolut für alle geflüchteten Drogenabhängigen zu setzen. Es kommt auch darauf an, aus welchen Herkunftsländern sie kommen und aus welchem Grund sie geflüchtet sind.

Viele befragte Einrichtungen äußerten die Vermutung, dass eine größere Anzahl der geflüchteten Drogenabhängigen schon in ihrem Heimatland abhängig war. Dies konnte durch die Interviews mit den Geflüchteten bestätigt werden.

Der hohe Prozentsatz an Geflüchteten mit Heroinerfahrungen im Heimatland überraschte und war in der Form von den Mitarbeitenden der Suchthilfeeinrichtungen nicht vermutet worden. Sie waren eher davon ausgegangen, dass im Heimatland Opium geraucht wurde und in Deutschland der Umstieg auf Heroin stattgefunden hatte, da Opium in Deutschland nicht verfügbar ist. Mehr als die Hälfte (54 %) der schon im Heimatland abhängigen Geflüchteten verfügten über Behandlungserfahrungen in den Herkunftsländern, die weitaus meisten mit Entzugsbehandlungen ohne medikamentöse Unterstützung. Lediglich 9 % waren schon in einer regulären Substitution und

10 % in NA-Gruppen (erfolgreich) eingebunden. Es ist davon auszugehen, dass Substitutionsmittel (Methadon und Methadict) den Drogenabhängigen nicht unbekannt sind. Immerhin 46 % der zum Zeitpunkt der Flucht abhängig konsumierenden Geflüchteten versorgten sich auf dem Schwarzmarkt mit diesen Substanzen, um sich während der Flucht selbst zu substituieren.

Etwas mehr als die Hälfte der interviewten Geflüchteten hatten schon im Heimatland eine Substanzabhängigkeit entwickelt. 82 % von ihnen hatten Konsumerfahrungen mit Opium und 44 % mit Heroin. Sie bereiteten sich gezielt auf die Flucht vor, indem sie u.a. Methadon und Methadict auf dem Schwarzmarkt in ihren Heimatländern kauften.

Die Konsummuster in Deutschland entsprachen in etwa denen von den Fachkräften der Suchthilfe erwarteten. Am häufigsten wurde Heroin geraucht, seltener injiziert. Regelmäßiger Alkohol- und Cannabiskonsum waren vergleichsweise selten.

Die geflüchteten Drogenabhängigen konsumierten neben Heroin die in der jeweiligen Region üblichen Substanzen, z.B. Crack in Hamburg und Kräutermischungen in Bayern.

Erstaunlich viele Geflüchtete waren schon glaubhaft auf HIV bzw. Hepatitis C getestet worden. Viele waren jedoch irrtümlicherweise der Ansicht, bei der Einreise in Deutschland umfassend, d. h. auch auf diese Infektionserkrankungen getestet worden zu sein. Hier ist eine verstärkte Aufklärung wichtig.

Den Geflüchteten ohne oder mit gelegentlichen Konsumerfahrungen wurde Heroin von anderen Geflüchteten oder Migranten des gleichen Kulturkreises in den Unterkünften oder auf der Straße angeboten. Sie erhofften sich davon zeitweises Vergessen ihrer prekären Lebensumstände, häufig ohne genau zu wissen, was sie konsumierten. Eine unklare Bleibeperspektive, Sorge um die Familien in den Heimatländern, Einsamkeit aber auch Langeweile (keine Arbeitserlaubnis) wurden häufig als Konsummotive genannt.

Um gefährdete Geflüchtete oder drogenabhängige Geflüchtete zu erreichen, sind Maßnahmen auf zwei unterschiedlichen Ebenen notwendig. Ein Maßnahmenkatalog adressiert die Flüchtlingsunterkünfte. Hier ist eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden notwendig, auch im Sinne einer Peerschulung. Darüber hinaus bieten sich Aufklärungsveranstaltungen an, die möglichst von kompetenten Sprachmittlern durchgeführt werden sollten. Auch das Angebot von Sprechstunden vor Ort durch die Suchthilfe hat sich bewährt. Geflüchtete Drogenabhängige, die sich auf der Szene aufhalten, können durch gezieltes Streetwork erreicht werden. Muttersprachliche Streetworker oder die das Streetwork begleitende Sprachmittler sind essentiell. Übersetzte Einrichtungsflyer oder Aufklärungsmaterialien sind wichtig, ersetzen aber nicht den persönlichen Kontakt, durch den auch Analphabeten erreicht werden können, Vertrauen aufgebaut und über das vielschichtige Drogenhilfesystem in Deutschland aufgeklärt werden kann.

Um geflüchtete Drogenabhängige möglichst frühzeitig zu erreichen, bieten sich Veranstaltungen in den Einrichtungen der Flüchtlingshilfe sowie ein verstärktes muttersprachliches Streetwork an. Aufklärungsmaterialien sollten zentral konzipiert und übersetzt werden und proaktiv den Suchthilfeeinrichtungen angeboten werden.

Nicht jede Suchthilfeeinrichtung verfügt über die finanziellen Möglichkeiten und die personelle Ausstattung, Aufklärungsmaterialien zu erstellen und zu übersetzen und Flüchtlingsunterkünfte zu betreuen. Sehr viel sinnvoller erscheint es, Materialien zentral zu erstellen und zu verteilen und auch bewährte Schulungs- oder Aufklärungskonzepte Flüchtlingsunterkünften überregional anzubieten.

Dadurch kann auf möglicherweise steigende Bedarfe der Sucht- und Flüchtlingshilfe schneller und flexibler reagiert werden.

Die Deutsch- und Englischkenntnisse der geflüchteten Drogenabhängigen sind, wenn überhaupt, nur sehr rudimentär vorhanden und eine Verständigung sehr schlecht möglich. Hervorzuheben ist das hohe persönliche Engagement vieler Mitarbeitenden von Suchthilfeeinrichtungen, die sich um Sprachmittler auch aus dem eigenen Bekanntenkreis bemüht haben.

Die schnelle und unbürokratische, d. h. für die Suchthilfeeinrichtungen kostenneutrale Bereitstellung von Sprachmittlern ist auch in den nächsten Jahren unabdingbar. Sinnvoll wäre es auch, den Zugriff auf „Videodolmetschen“ zu ermöglichen, wenn schnelle Klärungen notwendig sind (z.B. in Konsumräumen oder Kontaktcafés). Dies käme auch anderen nicht deutschsprachigen Klienten zugute. Die von den Geflüchteten hoch frequentierten Einrichtungen der Suchthilfe benötigen eine Aufstockung ihres Personals mit möglichst muttersprachlichen Mitarbeitenden, um für die Geflüchteten selbst, aber auch für die anderen Klienten weiterhin hilfreich tätig zu sein. Die Versorgung von Geflüchteten ist personalintensiv!

Das in der Befragung der Suchthilfeeinrichtungen, den Interviews mit den Geflüchteten und in den Fokusgruppen benannte Kernproblem ist die Überleitung der Geflüchteten in weiterführende Hilfen. Die Aufklärung über das deutsche Suchthilfesystem oder die Übersetzung von Informationen zur Substitution oder auch Substitutionsverträgen macht nur dann Sinn, wenn diese Maßnahmen den Geflüchteten auch tatsächlich angeboten werden können. Die Nachfrage auf Seiten der Geflüchteten hinsichtlich Entgiftungsbehandlungen, Substitution oder Drogentherapie ist groß. Nicht in allen Bundesländern oder Kommunen stehen diese Angebote den Geflüchteten offen, was dazu führt, dass sowohl die Geflüchteten als auch die Mitarbeitenden der Suchthilfe frustriert sind. Mit diesem Problemkomplex unmittelbar verbunden ist die unterschiedliche Auslegung des Asylbewerberleistungsgesetzes. Gefordert wird eine bundeseinheitliche Entscheidung in der Hinsicht, dass Substitutionsbehandlungen unabhängig vom Status der Geflüchteten und möglichst frühzeitig finanziert werden. Eine Substitutionsbehandlung erscheint vielen Mitarbeitenden der Suchthilfe als die momentan beste Behandlungsalternative, da stationäre Therapieplätze für Geflüchtete derzeit nicht zur Verfügung stehen. Substitution erscheint als die Möglichkeit, eine feste Szeneanbindung zu verhindern und dem Verelendungsprozess entgegen zu wirken.

Ob Entgiftungsbehandlungen oder Substitution für die geflüchteten Drogenabhängigen angeboten werden können, hängt von der Verfügbarkeit dieser Maßnahmen ab. Inwieweit die Kosten für eine Substitutionsbehandlung übernommen werden, liegt in der Entscheidungshoheit der Bundesländer und Kommunen. Hierauf haben die Suchthilfeeinrichtungen wenig Einfluss.

Auch wenn grundsätzlich weniger Geflüchtete nach Deutschland einreisen bedeutet dies nicht, dass keine neuen Geflüchteten mehr ankommen oder die Integration der Geflüchteten abgeschlossen ist. Viele Suchthilfeeinrichtungen erwarten sie in Analogie zu den russischsprachigen Migranten in ihren Einrichtungen erst in 1-2 Jahren, da Folgeprobleme des Konsums oder der Abhängigkeit noch nicht offensichtlich sind. Daher sollten zeitnah folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

- Aufklärungsveranstaltungen in den Flüchtlingseinrichtungen, um zu verhindern, dass illegale Substanzen „probiert“ werden und zum anderen, um drogenabhängige Geflüchtete frühzeitig zu erreichen und diese an das regionale Suchthilfesystem anzubinden und damit die Abwanderung in die Metropolen zu verhindern.
- Aufstockung des Personals um Sprachmittler in den Einrichtungen, die schon jetzt stark frequentiert werden.

- Eine verbindliche rechtliche Regelung, damit Substitutionsbehandlungen frühzeitig den geflüchteten Drogenabhängigen angeboten werden können, am besten in Anlehnung an die Regelversorgung.

Diese Studie untermauert den von Ameskamp und Kollegen verfassten Text zu „Flüchtlingen und (Opioid-) Abhängigkeit, der im Anschluss an ein Treffen zum Thema „Flüchtlinge in Deutschland – eine Herausforderung auch für die Sucht- und Drogenhilfe“ verfasst wurde (Ameskamp, et al., 2016).

9 Gender Mainstreaming Aspekte

Drogenkonsumierende Geflüchtete aus dem arabisch- oder farsisprechenden Kulturraum, die entweder von den Suchthilfeeinrichtungen erreicht werden oder lediglich dem Streetwork bekannt sind, sind bislang ausnahmslos männlich. Es liegen keine Erkenntnisse darüber vor, ob sich grundsätzlich unter Geflüchteten auch drogenkonsumierende Frauen befinden.

10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Der Abschlussbericht wird den Einrichtungsleitungen der an der Befragung der drogenabhängigen Geflüchteten beteiligten Einrichtungen sowie den Teilnehmenden an den Fokusgruppen zugeschickt. Es wird eine Liste mit weiteren Interessierten an den Befragungsergebnissen geführt.

Ergebnisse des Projektes sollen auf dem Deutschen Suchtkongress in Hamburg präsentiert werden. Einrichtungsbezogene Ergebnisse wurden schon den Mitarbeitenden des Drob Inn in Hamburg vorgestellt, da ein großes Interesse bestand, erstmals eine Beschreibung der eigenen Klientel zu erhalten. Nach Abschluss des Projektes sind Veröffentlichungen in Fachzeitschriften vorgesehen.

11 Verwertung der Projektergebnisse

Die wissenschaftliche Verwertung der Erkenntnisse dieses Projektes wird durch Verbreitung und Diskussion der Ergebnisse in Fachzeitschriften sowie auf Tagungen und Kongressen realisiert.

Für Deutschland liegen mit den Ergebnissen des Projektes erstmals Erkenntnisse zum Drogenkonsum und den Hilfebedarfen von erwachsenen Geflüchteten in Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland vor. Neben drogenabhängigen Geflüchteten, die schon in ihrem Heimatland abhängig waren, gibt es viele Geflüchtete, die vor ihrer Flucht nicht oder sehr moderat Cannabis und Alkohol konsumiert haben. Dies unterstreicht, wie wichtig zielgruppenspezifische Aufklärung und Prävention schon in den Flüchtlingsunterkünften ist. Es ist nach wie vor nicht bekannt, wie viele Geflüchtete einen problematischen Substanzkonsum aufweisen. Die interviewten Geflüchteten berichten von einer nicht unerheblichen Anzahl drogenkonsumierender Geflüchteter in den Flüchtlingseinrichtungen ohne Anbindung an das Hilfesystem. Es fehlen jedoch Studien, die das Ausmaß der Substanzprobleme unter Berücksichtigung der Einnahme von Schmerz- und Beruhigungsmitteln systematisch und deutschlandweit sowie genderspezifisch erfassen. Im Hinblick auf die Versorgung von Geflüchteten mit Substanzproblemen müsste vor allem die Frage des Zugangs zur Suchthilfe und der Vermittlung in weiterführende Hilfen bzw. deren Finanzierung untersucht werden.

Das Interesse an diesem Projekt und an den Ergebnissen zeigt, wie wenig über drogenkonsumierende Geflüchtete jenseits anekdotischer Berichte bekannt ist. In diesem Zusammenhang kommt auch der Sprachbarriere eine besondere Bedeutung zu. Für die Mitarbeitenden der niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen sind sie daran zu erkennen, dass sie „eine fremde Sprache sprechen, die nicht arabisch ist“. Die Sprache Farsi wird als das Bindeglied zwischen den Geflüchteten angesehen,

ohne aber zwischen Menschen aus dem afghanischen oder iranischen Kulturraum zu differenzieren. Während bei Arabisch sprechenden Geflüchteten auf bekannte Klienten als Sprachmittler zurückgegriffen werden kann, ist das bei farsisprechenden Geflüchteten selten möglich. Daher ist es wichtig zu untersuchen, wie eine ausreichende Sprachmittlung aussehen könnte – Sprachmittlung über Dolmetscherdienste, Beschäftigung von farsisprechenden Mitarbeitenden (mit welcher Ausbildung?) oder Einsatz von internetbasierter Sprachmittlung.

12 Literaturverzeichnis

- Ameskamp, D., Kuhlmann, T., Leicht, A., Meyer-Thompson, H.-G., Quellhorst, S., Tretter, F., & Wessel, T. (2016). Flüchtlinge und (Opioid-)Abhängigkeit: Die Hürden der Behandlung. In.
- Bajbouj, M., Alabdullah, J., Ahmad, S., Schidem, S., Zellmann, H., Schneider, F., & Heuser, I. (2018). Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. Erkenntnisse aus der Not- und Entwicklungshilfe. *Nervenarzt*, *89*, 1-7.
- Böttche, M., Heeke, C., & Knaevelsrud, C. (2016). Sequentielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl*, *59*, 621-626.
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., & C, S. (2016). Systematische Übersicht und "Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und er medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014). *Bundesgesundheitsbl*, *59*, 599-620.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2015). Aktuelle Zahlen zu Asyl, Dezember 2015. In: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2016). Aktuelle Zahlen zu Asyl, Dezember 2016. In: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2017). Aktuelle Zahlen zu Asyl, Dezember 2017. In: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundespsychologenkammer. (2015). Mindestens die Hälfte der Flüchtlinge ist psychisch krank. *BPTK-Standpunkt "Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen"*.
- Kimil, A. (2016). Sucht und Migration - Ausgangslage, Herausforderungen und Anregungen für die Suchthilfe in Deutschland. In Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) (Ed.), *Suchthilfe in kultureller Vielfalt* (Vol. Infodienst 01/16, pp. 7-11). Berlin: Fachverband der Diakonie Deutschland.
- Michels, I.-I. (2016). Migration und Sucht-was sind die gegenwärtigen Herausforderungen für die Sucht- und Drogenpolitik? In Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) (Ed.), *Suchthilfe in kultureller Vielfalt* (pp. 12-14). Berlin: Fachverband der Diakonie Deutschland e.V.
- Patterson, B., Kyu, H. H., & Georgiades, K. (2012). Age at Immigration to Canada and the Occurrence of Mood, Anxiety, and Substance Use Disorders. *CanJPsychiatry*, *57*, 210-217.
- Steel Z, Chey T, & Silove D et al. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, *302*, 537-549.
- Tretter, F., & Arnold, M. (2016). Workshop "Suchtprobleme bei Flüchtlingen" am 03.03.2016. In. München: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.
- UNODC United Nations Office on Drug and Crimes. (2015). Afghanistan Drug Report 2015. In: United Nations.

13 Anhang

Tabelle 19: Anzahl der kontaktierten Einrichtungen pro Stadt und Bundesland

Bundesland	Kürzel	Stadt	befragte (Anzahl)	Einrichtungen
Schleswig- Holstein	SH	Flensburg	1	
		Itzehoe	1	
		Kiel	3	
		Lübeck	1	
		Neumünster	1	
Mecklenburg-Vorpommern	MV	Greifswald	3	
		Hagenow	1	
		Parchim	1	
		Rostock	4	
		Schwerin	3	
		Stralsund	2	
Hamburg	HH	Hamburg	4	
Bremen	HB	Bremen	4	
		Bremerhaven	1	
Niedersachsen	NI	Aurich	1	
		Braunschweig	2	
		Emden	1	
		Goslar	1	
		Göttingen	1	
		Hannover	4	
		Hildesheim	1	
		Leer	1	
		Lüneburg	1	
		Nordhorn	1	
		Oldenburg	2	
		Osnabrück	1	
		Wolfsburg	1	
Sachsen- Anhalt	ST	Bernburg	1	
		Börde	1	
		Gardelegen	1	
		Halberstadt	1	
		Halle	1	
		Lutherstadt-Eisleben	1	
		Magdeburg	5	
		Merseburg	1	
		Naumburg	1	
		Quedlinburg	1	
		Sangerhausen	1	
		Schönebeck	1	
		Wittenberg	1	
Zerbst	1			
Brandenburg	BB	Brandenburg	1	
		Cottbus	2	
		Eberswalde	1	
		Eisenhüttenstadt	1	
		Frankfurt (Oder)	1	

		Henningsdorf	1
		Neuruppin	1
		Perleberg	1
		Potsdam	2
		Prenzlau	1
		Rathenow	1
		Seelow	1
Berlin	B	Berlin	2
Nordrhein- Westfalen	NRW	Aachen	1
		Arnsberg	1
		Bielefeld	3
		Bochum	2
		Bonn	1
		Dortmund	1
		Düsseldorf	1
		Essen	1
		Köln	1
		Lippstadt	1
		Münster	1
		Soest	1
		Troisdorf	2
		Wuppertal	4
Hessen	HE	Frankfurt	7
		Fulda	2
		Gießen	1
		Kassel	1
		Limburg	1
		Marburg	1
		Offenbach	1
Thüringen	TH	Arnstadt	1
		Eisenach	1
		Erfurt	2
		Gera	2
		Jena	1
		Mühlhausen	1
		Weimar	1
Sachsen	SN	Chemnitz	2
		Dresden	2
		Leipzig	1
		Plauen	1
Rheinland- Pfalz	RP	Kaiserslautern	1
		Koblenz	1
		Mainz	1
		Speyer	1
		Trier	1
Saarland	SL	Saarbrücken	1
Baden- Württemberg	BW	Freiburg	1
		Heidelberg	1
		Karlsruhe	1
		Mannheim	1
		Mühlheim	1
		Offenburg	1

		Pforzheim	1
		Stuttgart	2
		Tübingen	1
Bayern	BY	Bamberg	1
		Bad Kissingen	1
		Garmisch-Partenkirchen	1
		Hof	1
		Ingolstadt	1
		München	8
		Nürnberg	3
		Regensburg	2
		Schweinfurt	1



Die Größe des Kreises beschreibt die Anzahl befragter Einrichtungen. Je größer der rote Kreis, desto mehr Einrichtungen wurden kontaktiert.

Abbildung 5: Deutschlandkarte: Städte, in denen Suchthilfeeinrichtungen befragt wurden