Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel

Transkulturelle Suchthilfe
Sucht
Eine Krankheit der Gewohnheiten

Asylbewerber im deutschen (Sucht-)Hilfesystem: Therapeutische Optionen zwischen Bleiberecht und Abschiebung

Dr. Martin Reker (Bielefeld-Bethel)
Hellweg Klinik Oerlingausen
7. Juni 2013

Warum Asylbewerber thematisieren ?

- Flüchtlinge sind durch psychische Krankheiten stark belastet
- Flüchtlinge haben nur ein eingeschränktes Recht auf Behandlung
- Verständigungsprobleme, Probleme beim Zugang zum Hilfesystem und Unkenntnis über das Wesen des Flüchtlingsstatus bei den Helfern erschweren therapeutisches Handeln

Belastung von Flüchtlingen mit psychischen Erkrankungen

- PTBS (34 bis 45 %)
- Depressionen (durchschnittlich 30 %)
- Angsterkrankungen (durchschnittlich 27 %)
- Somatoforme Störungen (etwa 30 %)
- Suchterkrankungen (?)

Medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Im Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4 AsylbLG, § 6 AsylbLG) ist auch die Krankenversorgung geregelt:

- Medizinische Versorgung, (zahn-)ärztliche Hilfe und sonstige erforderlichen Leistungen müssen bei allen akuten oder akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen gewährt werden.
- Medizinische Versorgung, (zahn-)ärztliche Hilfe und sonstige erforderlichen Leistungen müssen bei allen mit Schmerzen verbundenen Erkrankungen gewährt werden.
- Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, wenn dies "unaufschiebbar" (das heißt jetzt unmittelbar notwendig) ist.
- Bei Schwangerschaft und Geburt erhalten Frauen alle auch für Deutsche üblichen medizinischen Leistungen bei Arzt und Krankenhaus, sämtliche Vorsorgeuntersuchungen für Mutter und Kind, Hebammenhilfe, Medikamente und Heilmittel.
- "Sonstige" medizinische Leistungen müssen gewährt werden, wenn dies "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist."

Bessere Versorgung nach 4 Jahren

- Nach § 2 AsylbLG erhalten Sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im gleichen Umfang wie Deutsche. Sie gelten zwar streng genommen nicht als Krankenversicherte, erhalten aber eine Versicherungskarte und bekommen alle Leistungen, auf die auch deutsche Versicherte einen Anspruch haben, von der von Ihnen gewählten gesetzlichen Krankenkasse. Die Kasse holt sich das Geld anschließend vom Sozialamt zurück. Leistungen der Pflegeversicherung erhalten Sie allerdings nicht über die Krankenkasse. Diese können Sie gegebenenfalls beim Sozialamt beantragen.

Schnittstellenprobleme

- Behandlung von Asylbewerbern erfordert meistens Dolmetscher
- Asylbewerber halten sich überwiegend in Unterkünften auf, haben kaum Zugang zum Gesundheitssystem und angegliederten Hilfs- und Versorgungseinrichtungen
- Das medizinische Hilfesystem hat wenig Erfahrung mit dolmetschergestützter Diagnostik und Therapie, flüchtlingsspezifischen Problemlagen und sozialrechtlichen Problemen dieser Personengruppe

Das Hauptanliegen der Asylbewerber:

Bleiben dürfen !

Mitte der 90er Jahre wird das Überleben des Suchtpatienten voraussetzungslos zum vorrangigsten Behandlungsziel erklärt.

Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit

Dauerhafte Abstinenz

Verlängerung der
alkoholfreien Perioden

Reduzierung der
Trinkmenge + der Trinkexzesse

Sicherung des
möglichst gesunden Überlebens

Sicherung des Überlebens

Zielhierarchie (nach: Schwoon, Krausz)

Im Jahre 2013 ist das Leben der Asylbewerber in Sicherheit voraussetzungslos zum vorrangigsten Behandlungsziel.

Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit

Dauerhafte Symptomfreiheit

Verlängerung der symptomfreier Perioden

Reduzierung der Symptome

Sicherung des möglichst gesunden Überlebens

Leben in Sicherheit

Zielhierarchie (nach: Schwoon, Krausz)

Bundesamt
für Migration
und Flüchtlinge

Aktuelle Zahlen zu Asyl

Ausgabe: April 2013

Tabellen
Diagramme
Erläuterungen

www.bamf.de

Bundesamt
für Migration
und Flüchtlinge
60 JAHRE
Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
Das Bundesamt
in Zahlen 2012 - Asyl
Zahlen 2012

Entwicklung der jährlichen Asylantragszahlen seit 1995 sowie der monatlichen Asylantragszahlen ab Januar 2013

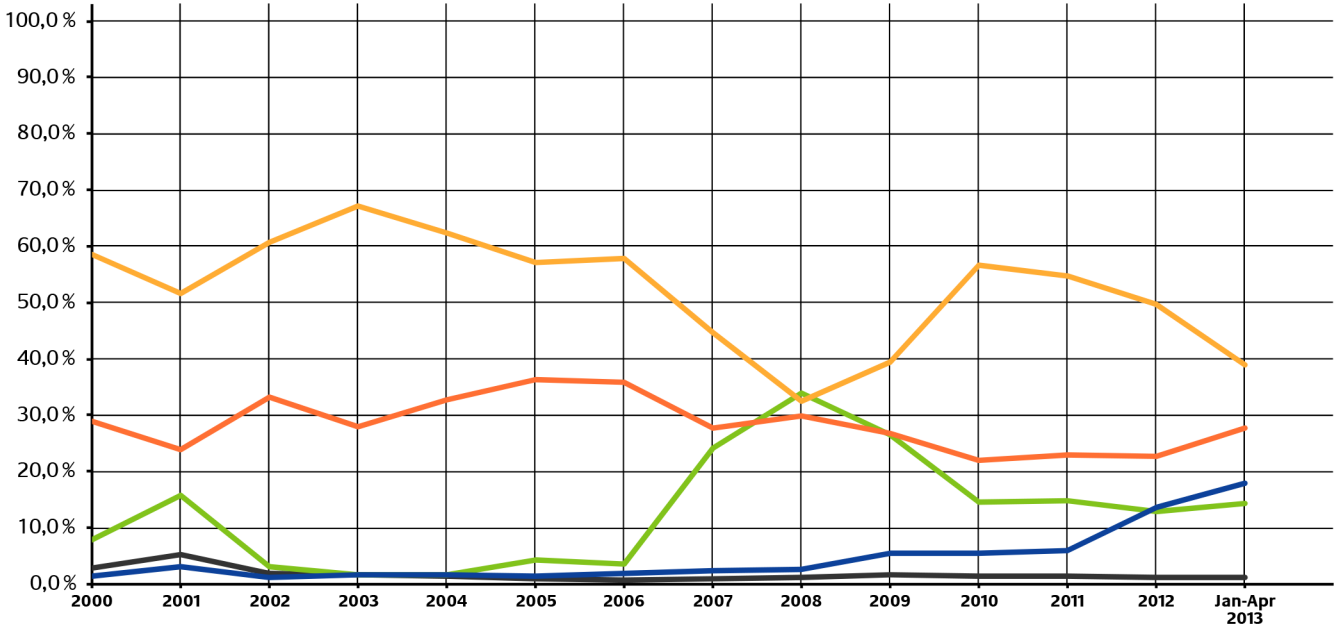
Entwicklung der jährlichen Asylantragszahlen seit 1995

ZEITRAUM	ASYLANTRÄGE		
	insgesamt	davon Erstanträge	davon Folgeanträge
1995	166.951	127.937	39.014
1996	149.193	116.367	32.826
1997	151.700	104.353	47.347
1998	143.429	98.644	44.785
1999	138.319	95.113	43.206
2000	117.648	78.564	39.084
2001	118.306	88.287	30.019
2002	91.471	71.127	20.344
2003	67.848	50.563	17.285
2004	50.152	35.607	14.545
2005	42.908	28.914	13.994
2006	30.100	21.029	9.071
2007	30.303	19.164	11.139
2008	28.018	22.085	5.933
2009	33.033	27.649	5.384
2010	48.589	41.332	7.257
2011	53.347	45.741	7.606
2012	77.651	64.539	13.112
Jan-Apr 2013	30.259	26.792	3.467
Jan 2013	8.186	7.332	854
Feb 2013	6.636	5.806	830
Mrz 2013	6.295	5.579	716
Apr 2013	8.557	7.541	1.016
Mai 2013			
Jun 2013			
Jul 2013			
Aug 2013			
Sep 2013			
Okt 2013			
Nov 2013			
Dez 2013			

Die Monatswerte können wegen evtl. nachträglicher Änderungen nicht zu einem Jahreswert addiert werden.

Quelle: MARiS

Entwicklung der einzelnen Entscheidungsarten seit 2000 in Prozent

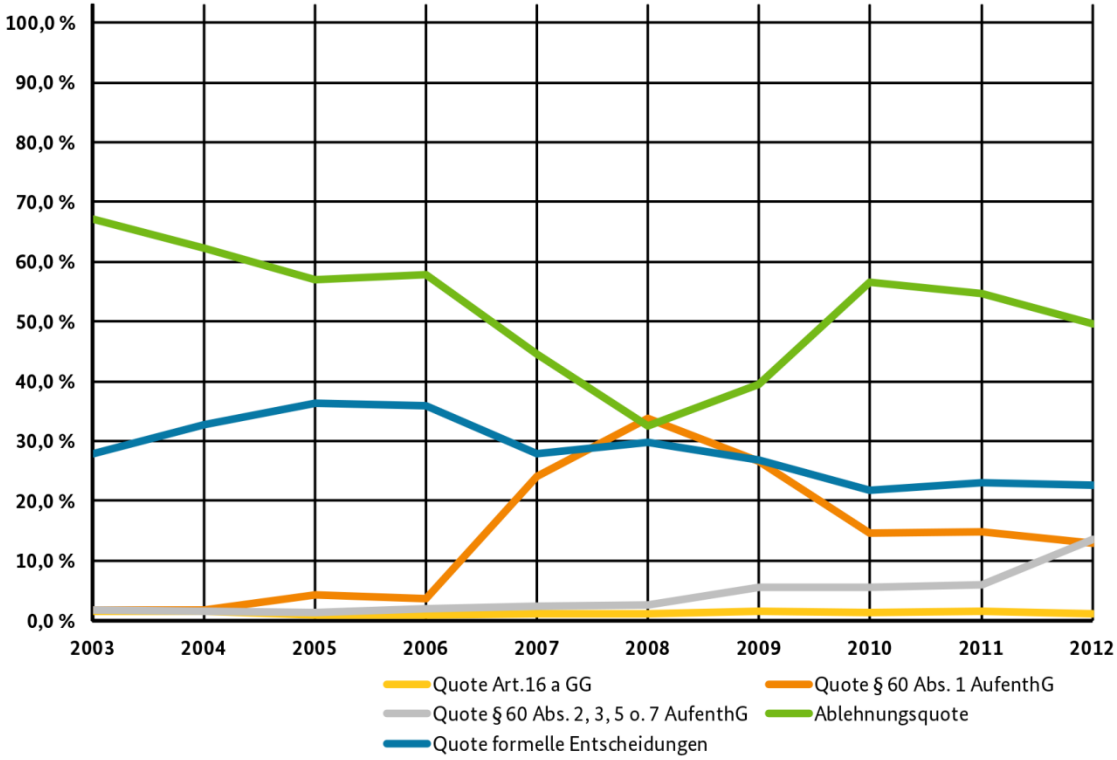


Angaben in Prozent
Quelle: MARiS

Seit 01.01.2005 ersetzt § 60 Abs. 1 bzw. Abs. 2 bis 7 AufenthG die §§ 51 Abs. 1 bzw. 53 Abs. 1 bis 6 AuslG.

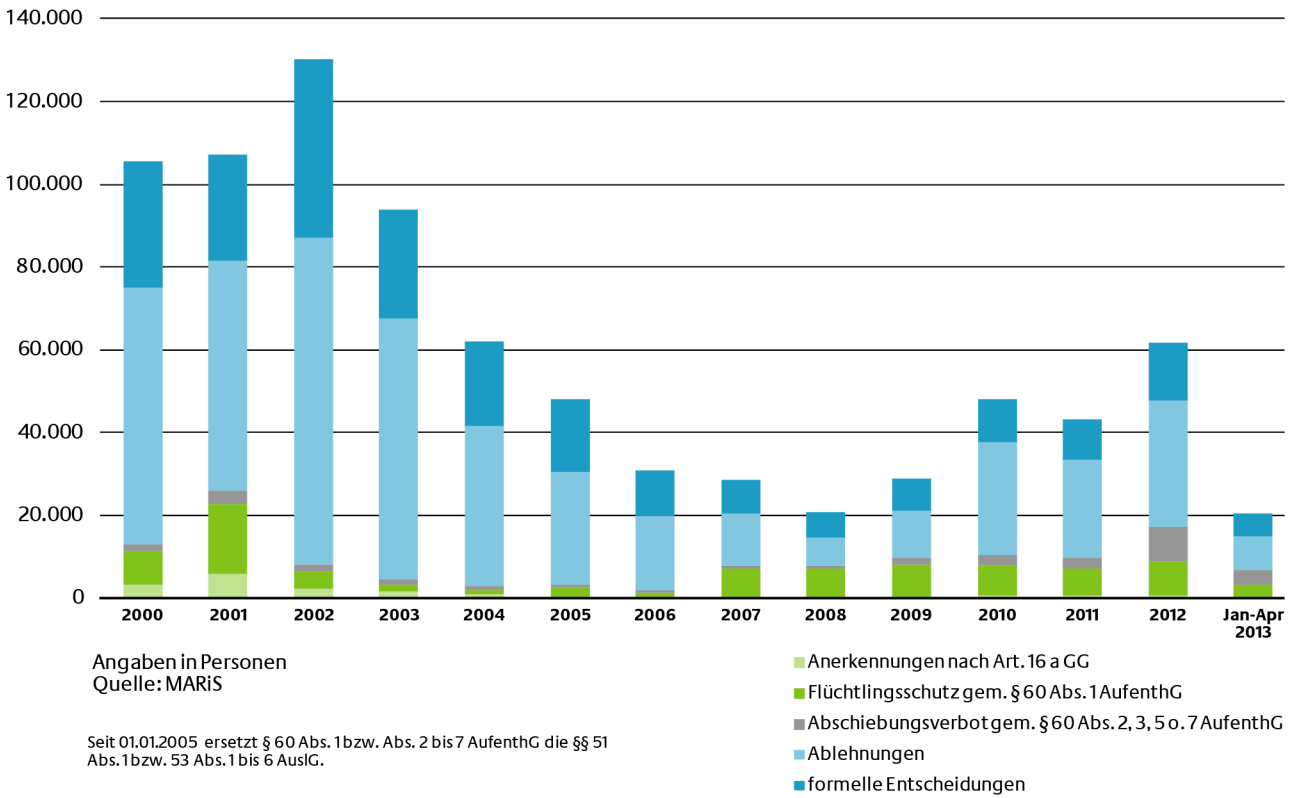
- Quote nach Art. 16 a GG
- Quote § 60 Abs. 1 AufenthG
- Quote § 60 Abs. 2, 3, 5 o. 7 AufenthG
- Ablehnungsquote
- Quote formelle Entscheidungen

Abbildung I - 15:
Quoten der einzelnen Entscheidungsarten von 2003 bis 2012



Angaben in Prozent

Entwicklung der einzelnen Entscheidungsarten seit 2000 in absoluten Werten



Seit 01.01.2005 ersetzt § 60 Abs. 1 bzw. Abs. 2 bis 7 AufenthG die §§ 51 Abs. 1 bzw. 53 Abs. 1 bis 6 AuslG.

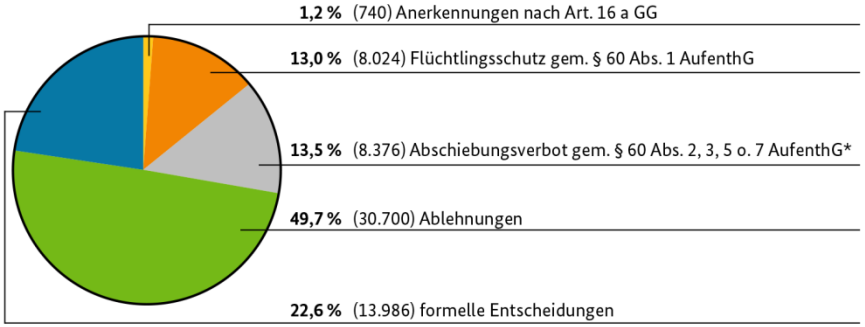
Tabelle I - 9:

Entscheidungen und Entscheidungsquoten seit 2003 in Jahreszeiträumen (Erst- und Folgeanträge)

Jahr	Entscheidungen										
	insgesamt	Sachentscheidungen								Formelle Entscheidungen	
		davon Anerkennungen als Asylberechtigte (Art. 16 a GG und Familienasyl)		davon Gewährung von Flüchtlingsschutz gem. § 60 Abs. 1 AufenthG		davon Feststellung eines Abschiebungs-verbotes gem. § 60 Abs. 2, 3, 5 o. 7 AufenthG		davon Ablehnungen			
2003	93.885	1.534	1,6 %	1.602	1,7 %	1.567	1,7 %	63.002	67,1 %	26.180	27,9 %
2004	61.961	960	1,5 %	1.107	1,8 %	964	1,6 %	38.599	62,3 %	20.331	32,8 %
2005	48.102	411	0,9 %	2.053	4,3 %	657	1,4 %	27.452	57,1 %	17.529	36,4 %
2006	30.759	251	0,8 %	1.097	3,6 %	603	2,0 %	17.781	57,8 %	11.027	35,8 %
2007	28.572	304	1,1 %	6.893	24,1 %	673	2,4 %	12.749	44,6 %	7.953	27,8 %
2008	20.817	233	1,1 %	7.058	33,9 %	562	2,7 %	6.761	32,5 %	6.203	29,8 %
2009	28.816	452	1,6 %	7.663	26,6 %	1.611	5,6 %	11.360	39,4 %	7.730	26,8 %
2010	48.187	643	1,3 %	7.061	14,7 %	2.691	5,6 %	27.255	56,6 %	10.537	21,9 %
2011	43.362	652	1,5 %	6.446	14,9 %	2.577	5,9 %	23.717	54,7 %	9.970	23,0 %
2012	61.826	740	1,2 %	8.024	13,0 %	8.376	13,5 %	30.700	49,7 %	13.986	22,6 %

Abbildung I - 16:
Quoten der einzelnen Entscheidungsarten im Jahr 2012

Gesamtzahl der Entscheidungen: 61.826



* davon:

- europarechtliche Abschiebungsverbote (§ 60 Abs. 2, 3 und 7 Satz 2 AufenthG): 6.974 Entscheidungen, 83,3 %.
- nationale Abschiebungsverbote (§ 60 Abs. 5 und 7 Satz 1 AufenthG): 1.402 Entscheidungen, 16,7 %.

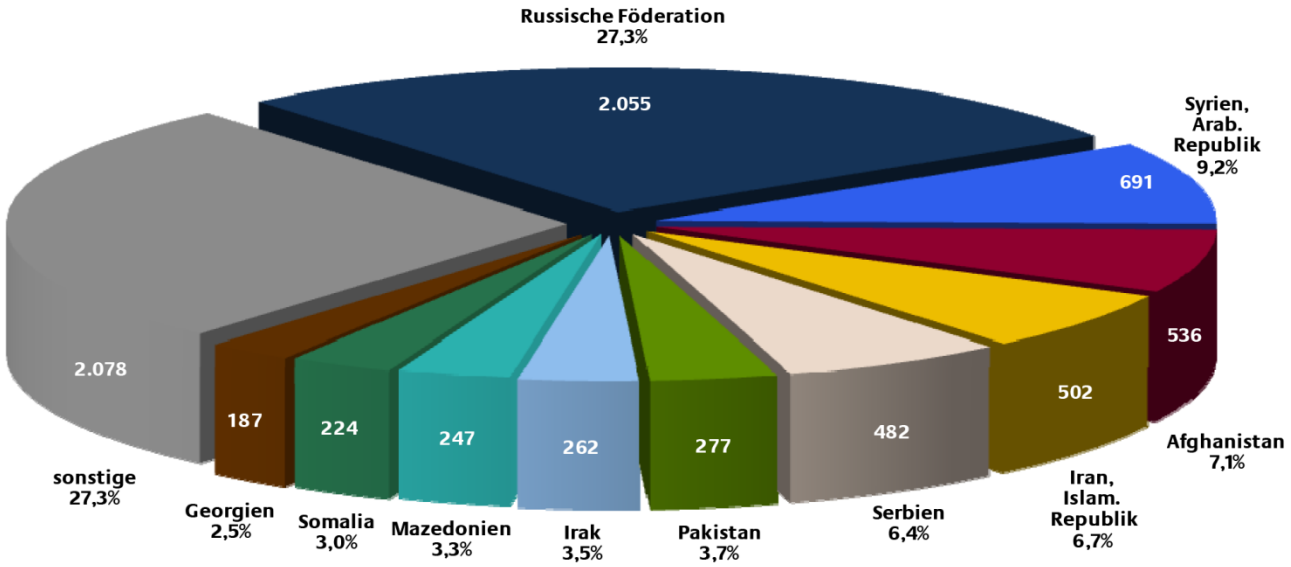
Die Realität:

85,5 % der Asylbewerber erhalten keinen stabilen Aufenthaltsstatus !

Die zehn zugangsstärksten Herkunftsländer

Hauptherkunftsländer im April 2013

Gesamtzahl der Erstanträge: 7.541



Quelle: MARiS

Der letzte Ausweg:

Fehlende Reisefähigkeit i.S. eines Abschiebungshindernisses

Entweder zielstaatsbezogen oder inlandsbezogen

Welche Eigenschaften muss ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis haben ?

- Krankheitsbedingte Reiseunfähigkeit
- Fortdauernde Passlosigkeit
- Fehlen erforderlicher Reisedokumente
- Bei Staatenlosen die fehlende Übernahmebereitschaft der Landes des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes
- Unterbrechung der Verkehrswege

Welche Eigenschaften muss ein auslandsbezogenes Abschiebungshindernis haben ?

Nach § 60 Abs. 7 S.1 AufenthG soll von einer Abschiebung in einen anderen Staat abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr besteht für Leben, Leib oder Freiheit. Die im Abschiebungsland zu erwartende Rechtsgutbeeinträchtigung muss dabei in einer Verschlimmerung der Krankheit wegen unzureichender medizinischer Behandlung bestehen. Es kommt also auf die spezifischen Verhältnisse im Zielstaat der Abschiebung an.

Die PTBS als Abschiebungshindernis:

Die PTBS kann ein solches inlands- oder zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis sein.

Arzt und Psychologe im Umgang mit Asylbewerbern:

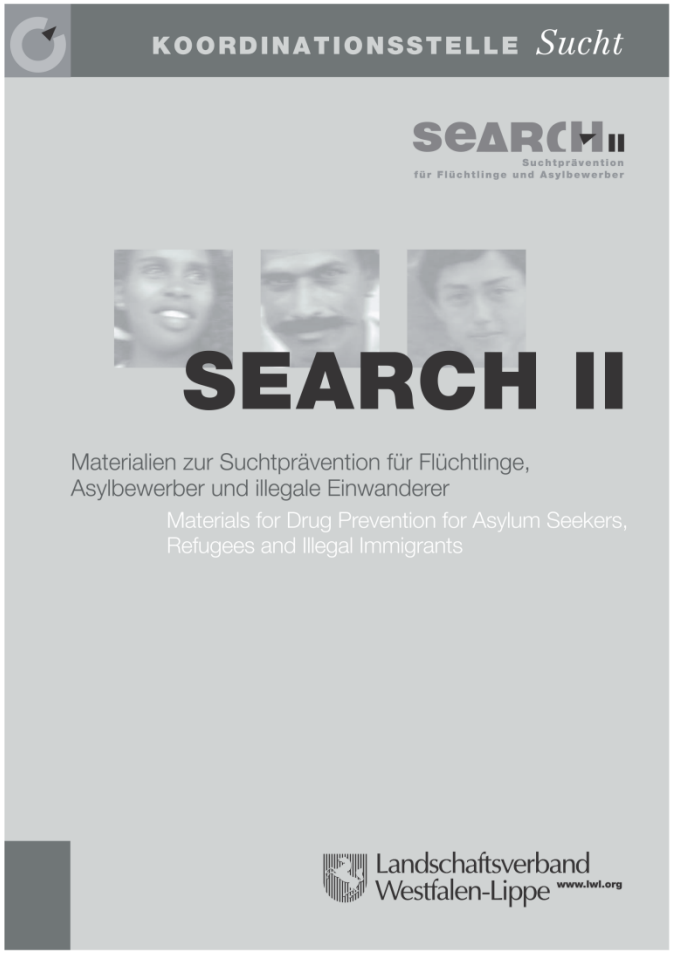
- Können wichtige Impulse geben, um Anlasstatbestände für die Feststellung eines Abschiebungshindernisses in das Verfahren einzubringen
- Neigen zu Gefälligkeitsbescheinigungen
- Kennen sich im Asylrecht meist schlecht aus
- Können viel Gutes bewirken, wenn Sie qualifizierter agieren würden
- Müssen mit der Flüchtlingshilfe vernetzt sein

Das ethische Dilemma als Arzt/Psychologe in der Behandlung von Asylbewerbern:

- Abschiebungshindernisse schützen nur so lange vor der Abschiebung, bis sie beseitigt sind.
- Die Beseitigung seelischer Abschiebungshindernisse (= Behandlung) ist Aufgabe von Psychiatern und Psychotherapeuten
- Wer erfolgreich behandelt worden ist, wird abgeschoben
- Es liegt in der Natur des gesundheitlichen Abschiebungshindernisses, dass es chronifizieren muss
- Therapeuten, die gesundheitliche Abschiebungshindernisse fortschreiben, tragen zur Chronifizierung ihrer Patienten bei

Das ethische Dilemma als Arzt/Psychologe in der Behandlung von Asylbewerbern:

- Parteigutachten sind auch im Asylrecht nicht gut angesehen, können von Flüchtlingen eigentlich nicht finanziert werden und lassen eine unabhängige Begutachtung kaum zu.
- Parteigutachten haben den Vorteil, dass man negative Ergebnisse unter den Tisch fallen lassen kann.
- Neutrale Gutachten mit Beauftragung durch Gerichte und Behörden entlasten den Asylbewerber finanziell und bieten eine Grundlage für ein ordentliches Gutachten.
- Gutachter in Asylverfahren mit formalem Auftrag übernehmen eine große Verantwortung für existentielle Schicksalsfragen von Flüchtlingen und ihren Familien


KOORDINATIONSSTELLE Sucht
SEARCH II
Suchtprävention
für Flüchtlinge und Asylbewerber
SEARCH II
Materialien zur Suchtprävention für Flüchtlinge,
Asylbewerber und illegale Einwanderer
Materials for Drug Prevention for Asylum Seekers,
Refugees and Illegal Immigrants
Landschaftsverband
Westfalen-Lippe
www.lwl.org

Hauptgruppen suchtkranker Flüchtlinge:

- Alleinstehende Männer mit Drogenproblemen
- Verheiratete Männer mit Alkoholproblemen
- Männer und Frauen mit starker Tabakabhängigkeit

Alleinstehende Männer mit Drogenproblemen:

- Herkunft oft aus den Kaukasusrepubliken
- Abhängigkeit oft schon im Heimatland
- Altersgruppe von 18 bis 30 Jahren
- Beschaffungskriminalität bei fehlenden regulären Einnahmemöglichkeiten
- Aggressivität und Depressivität
- Hier Perspektivlosigkeit und Langeweile

Alleinstehende Männer mit Drogenproblemen:

Herkunft oft aus den Kaukasusrepubliken:

„Die Drogen kamen mit den aus Afghanistan zurückkehrenden Soldaten. Jetzt sind sie überall und alle verdienen Geld damit, sogar die Polizei.“

(45-jähriger Aserer)

Drogenabhängige alleinstehende Männer (II)

- Viele glauben, Drogen seien in Deutschland erlaubt
- Unverständnis, dass Konsum erlaubt, Besitz und Erwerb aber verboten sind
- Dealen wird dem Anschein nach viel praktiziert und wenig bestraft
- Körperliche Fiolgen des Konsums sind bekannt.
- Hilfesystem ist für viele undurchsichtig

Männer – alleinstehend und mit Familien – mit problematischem Alkoholgebrauch

„Alle trinken. Wenn alle trinken, dann ist es kein Problem, es ist Alltag."

(Jude aus Aserbeidschan, 24 Jahre alt)

„Das Geld ist knapp, deswegen klauen sie aus den Geschäften vorwiegend Alkohol."

(Verwaltungsangestellte im Sozialamt)

Aus: SEARCH II: Materialien … S. 92

Männer – alleinstehend und mit Familien – mit problematischem Alkoholgebrauch: Gründe

- Langeweile und Entwurzelung
- Vergessen der Probleme
- Festliche Stimmung
- Gefühl, dass man zur Gemeinschaft gehört
- In den Heimatländern sind Konsummengen, die hier als problematisch gelten, als normal angesehen.

Männer – alleinstehend und mit Familien – mit problematischem Alkoholgebrauch: Interventionen

- Integrationsarbeit muss Priorität haben
- Familien müssen einbezogen werden
- Infoveranstaltungen untauglich

Männer – alleinstehend und mit Familien – mit problematischem Alkoholgebrauch

„Die Asylbewerber haben keine Probleme mit Alkohol. Sie können immer an nächsten Tag vom Bett wieder aufstehen."

(Hausmeister im Übergangswohnheim)

aus: SEARCH II: Materialien zur Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer, S. 89

Frauen und Männer - Kettenraucher

„Ohne Zigaretten können die meisten nicht leben. Sie werden nervös, wenn keine Schachtel auf dem Bett liegt."

(Sozialarbeiterin)

Folgen: Gesundheitliche Probleme und Beschaffungskriminalität

Medikamentenmissbrauch

„In den Herkunftsländern gehören Fragen nach Medikamemtengebrauch in die Privatsphäre, weshalb wir von unseren gesprächspartnern aus der zielgruppe zu diesen Punkten keine klare Antworten bekamen.“

Search II: Materialien … S. 89

Das Thema Sucht in der Arbeit mit Flüchtlingen:

„Prävention durch Integration war der Wunsch aller Befragten während der Interviews. Mit einem solchen Konzept steht man allerdings konträr zur offiziellen Politik, die Integration ausdrücklich erst nach Anerkennung des Aufenthaltsstatus vorsieht."

Praktische Möglichkeiten für eine Politik der kleinen Schritte:

Patenschaften, Vernetzung von in der Flüchtlingsarbeit engagierten KollegInnen mit Flyer als Information etc.

SEARCH II: Materialien S. 93

Grundsätze in der Arbeit mit (sucht-)kranken Flüchtlingen:

- Kommunikation über Dolmetscher ermöglichen
- Verfügbare Informationen sammeln, insbesondere auch zum Aufenthaltsstatus, Fluchtanlass, möglichen Traumata etc.
- Informationen über „Spielregeln" in Deutschland geben
- Einen sicheren und verlässlichen Rahmen herstellen
- Kooperation mit den zuständigen Behörden suchen
- Kriminalpräventiv tätig sein (Substitution !)
- Anschlussbehandlungen sicher stellen
- Verantwortung übernehmen

Resumee:

- (Sucht-)kranke Menschen benötigen Ärzte und Psychologen, die bereit sind, Verantwortung für sie zu übernehmen
- Asylbewerber können nicht von Grundrechten des GG ausgeschlossen werden
- Feindbilder sind in der Arbeit mit Flüchtlingen und den zuständigen Behörden genauso untauglich wie ein blauäugiges Gutmenschentum
- Das Verständnis für die seelischen Störungen und Bedürfnisse von Flüchtlingen muss weiter entwickelt werden. Das gilt insbesondere auch für Suchterkrankungen bei Flüchtlingen.

Leitung/Referent

Dr. med. **M. Reker**
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen des
Evangelischen Krankenhauses Bielefeld gGmbH
Gilead IV
Remterweg 69/71
33617 Bielefeld
martin.reker@me.com

Dipl. Psych. **Eva van Keuk**
Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf
Benrather Str. 7
40213 Düsseldorf
info@psz-duesseldorf.de

Stand: 04.02.2013/vi
Änderungen und Irrtümer vorbehalten!

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG
Ärztekammer Westfalen-Lippe
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Körperschaften des öffentlichen Rechts

Curriculäre Fortbildung

gem. Curriculum der Bundesärztekammer

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen

für Ärzte/innen und Psychologische Psychotherapeuten/innen

Freitag/Samstag,
15./16.11. und 13./14.12. 2013

in Bielefeld

Wer sich mehr mit dem Thema Flüchtlinge und asylrelevante Gesundheitsstörungen bei Flüchtlingen beschäftigen möchte, ist herzlich eingeladen.