

Migration und Sucht – was sind die gegenwärtigen Herausforderungen für die Sucht- und Drogenpolitik?

Dr. Ingo Ilja Michels, Leiter des Arbeitsstabes der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

In einer Einwanderungsgesellschaft betrifft die Suchtproblematik zwangsläufig auch die Menschen, die in das neue Land kommen. Sie bringen ihre Geschichte mit und sie treten ein in die aktuelle Geschichte der neuen ‚Heimat‘. Das betrifft auch die Suchtproblematik, obwohl dieser Faktor in der Migrationsarbeit noch immer weitgehend ausgeblendet oder ‚unter‘belichtet wird.

Etwa 20% der Gesamtbevölkerung in Deutschland bestehen entweder aus Migranten (8,8%) oder aus Deutschen mit Migrationshintergrund (10,4%).

Eine ähnliche Verteilung ist in den Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchttherapie wiederzufinden. Hier haben wiederum im ambulanten 12% und im stationären Bereich 11% einen EU-Hintergrund. Der Anteil von MigrantInnen, der keinen EU-Hintergrund hat, beläuft sich auf etwa ein Viertel der KlientInnen.¹

Bislang war das Suchthilfesystem mit der Problematik von zugewanderten ‚Russlanddeutschen‘ befasst, wo sich zeigte, dass der kulturelle Hintergrund der aus der ehemaligen Sowjetunion stammenden KlientInnen die Suchthilfeeinrichtungen vor erhebliche Herausforderungen stellte: fehlende russische Sprachkenntnisse, ein völlig anderes Verständnis über Behandlung (vorwiegend assoziiert mit kaltem Entzug und Härte gegen sich selbst), fehlende Vertrautheit mit psychotherapeutischen Interventionen (im Gegensatz zu invasiven Verfahren (Vitamininfusionen etc.) oder dem sogenannten ‚coding‘ als Variante des ‚Verschwindenmachens‘ von Sucht; fehlendes Verständnis für die eigenen Ressourcen (self empowerment) versus Behandlung von außen (‚der Sozialarbeiter oder Arzt weiß, was zu tun ist‘). Hier hat das Suchthilfesystem erheblich dazu gelernt und neue Kompetenzen entwickelt.

Ein noch völlig weißer Fleck ist die Situation durch die erhebliche Zahl von Flüchtlingen, vorwiegend aus Syrien, dem Irak, aus Afghanistan, aber auch den Balkanstaaten oder Nordafrika. In all diesen Staaten gibt es (illegale) Drogen und Drogenkonsum und somit auch Abhängigkeit von diesen Suchtmitteln, vorwiegend Opiate und Cannabis und auch Amphetamine. Aber vielfach ist diese Situation kaum bekannt oder es gibt nur spärliche Daten. Wie viele der geflüchteten Menschen davon betroffen sind, wissen wir nicht. Wohl wissen wir aber, dass die Fluchtsituation und die vielen traumatischen Erlebnisse in den Ursprungsländern Suchtentwicklungen begünstigen und fördern. Traumatische Erlebnisse können oft nur mit Hilfe von psychotropen Substanzen und – neuerdings in der alkoholpermissiven westlichen Welt – durch Alkohol ertragen werden. Diese Entwicklung spiegelt nicht nur eine Realität wider, die unsere Gesellschaft zum Handeln auffordert. Sie zeigt auch, wie viel Expertenwissen über gute Bedingungen für Partizipation angezapft werden kann. Deutschland ist ein erfahrenes Einwanderungsland, woraus man auch für die aktuelle Situation viel schöpfen kann.

Was hat in der Vergangenheit gut funktioniert? Was sollte man lieber nicht wiederholen? Das sind dabei die beiden maßgeblichen Fragen. Was als neue Herausforderung nicht von der Hand zu weisen ist, ist die sich zuspitzende Flüchtlingssituation an den Grenzen zu Europa, die auch in einem engen Zusammenhang mit den Problemen der hier lebenden MigrantInnen steht.

¹ Klienten mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung; KURZBERICHT NR.1/2013 – DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2011/2; S. 4

Warum sind globale Zusammenhänge lokal wichtig? Wie wirkt sich Migration auf die soziale, aber auch die selbstempfundene Entwurzelung der Betroffenen aus?

Wenn aus Betroffenen aktive Menschen werden sollen, die ihr eigenes Schicksal selbstbewusst in die Hand nehmen sollen, dann muss auch dieses Thema adressiert werden. Die Motivation zur Teilhabe entsteht vor allem auch, wenn eine Verbundenheit zu jenem Ort entsteht, an dem man versucht, seine eigene Lebenswelt zu gestalten.

Das Thema Entwurzelung wird ganz konkret in der Suchthilfestatistik offenbar, die belegt, dass knapp 15% der MigrantInnen, die in einer stationäre Einrichtung ankommen, nicht über einen eigenen Wohnsitz verfügen.²

Auch die mangelnde Verwurzelung in Bildung und Ausbildung zeigt sich als Herausforderung. Hier schließt sich wieder der Kreis zur Beschäftigungsproblematik und dem Druck, Geld für sich und die Verwandten zu Hause zu verdienen.

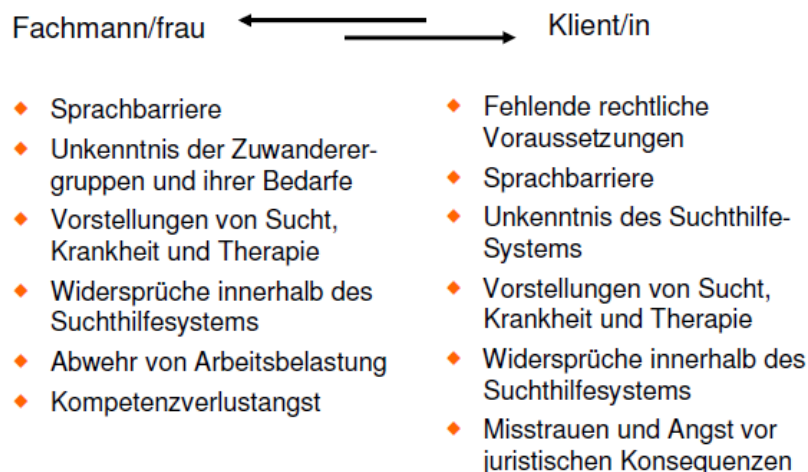
Zwischen 60 und 70% der MigrantInnen, die in der ambulanten oder stationären Therapie ankommen, verfügen entweder nur über einen Hauptschul- oder gar keinen Schulabschluss. Die Zahlen, die in diesem Zusammenhang über die Erwerbstätigkeit zustande kommen, sind ähnlich ernüchternd.

Förderliche Voraussetzungen, um am gesellschaftspolitischen Prozess teilzuhaben, sehen anders aus.

Ein weiteres Problem sind die Zugangsbarrieren zum Hilfesystem, aber auch zum Klientel aus der Sicht der Helfenden.

Zugangsbarrieren 1. Ordnung

transVer
transkulturelle Versorgung von Suchtkranken



FOGS/FTK

Czyzoll und Schu³

² Ebenda; S.6 (JVA/Maßregelvollzug/Sicherungsverwahrung)

³ http://transver-sucht.de/fileadmin/transver/downloads/Czycholl_Schu_transVer_20-11-2012_Kompatibilitaetsmodus_.pdf

Ein weiteres Problem stellen die ausländerrechtlichen Konstellationen dar, die es suchtkranken und Suchtmittel konsumierenden MigrantInnen schwer machen, sich den Behörden oder Hilfsorganisationen mit ihrer Problematik anzuvertrauen:

Das Bleiberecht und die Aufenthaltsbedingungen haben sich nicht erst seit einigen Wochen, sondern schon seit Dezember 2014 verändert. Und das hat auch Auswirkungen auf die Drogenhilfe:

"[...] in § 54 Absatz 2 Aufenthaltsgesetz wird das Ausweisungsinteresse als schwer bezeichnet, wenn der Ausländer

[...] 3. als Täter oder Teilnehmer den Tatbestand des § 29 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Betäubungsmittelgesetzes verwirklicht oder dies versucht,

4. Heroin, Kokain oder ein vergleichbar gefährliches Betäubungsmittel verbraucht und nicht zu einer erforderlichen seiner Rehabilitation dienenden Behandlung bereit ist oder sich ihr entzieht [...]"⁴

Diese Auszüge verdeutlichen, wie groß die Herausforderungen werden, wenn man anstrebt, die Probleme der von Sucht betroffenen MigrantInnen partizipativ zu lösen.

Denn zu dem eingangs beschriebenen Druck, für sich und die Angehörigen in der Heimat Geld verdienen zu müssen, gesellt sich der Justiz- und Ausweisungsdruck.

Wie spiegelt sich die drogenpolitische Situation global wider?

Die Drogenproblematik wird häufig weitgehend mit Afghanistan als Produktionsstätte von Opiaten identifiziert und eventuell noch mit Marokko als ‚Cannabisproduzent‘. Es ist wenig bekannt, dass der afrikanische Kontinent im Vergleich zu anderen globalen Bereichen als produzierender sowie logistischer Knotenpunkt in Sachen Drogen auch im Handel von Kokain, aber auch Heroin, zunehmend präsent ist, ausgehend von Lateinamerika.

Es sind hauptsächlich Belize, El Salvador, Guatemala und Honduras, die die Welt mit Kokain versorgen, nicht nur die Kokaproduzierenden Länder wie Kolumbien, Peru oder Bolivien. In Mexico wird Heroin produziert. Hierbei gelten die USA und Zentraleuropa als wichtigste Absatzmärkte. Einige nicht zu unterschätzende Routen gehen über Westafrika, das aus Sicht der UN als instabile Region bewertet wird. Vom Westen aus geht das Kokain über einige verteilte Knotenpunkte, die von Angola bis Südafrika reichen, in Richtung Europa.

Anders gestaltet sich die Opiatsituation. Aus Zentralasien gelangt derzeit das Heroin in die Welt. Westafrika taucht hier lediglich als Absatzmarkt auf, etwa Tanzania oder Südafrika.

Der von Krisen und sozialpolitischer Instabilität gezeichnete afrikanische Kontinent tritt bei derzeitiger Problembetrachtung vor allem im Zusammenhang mit dem Schmuggel von Bodenschätzen sowie dem Piratenproblem in globale Erscheinung.

Auch jener globale Aspekt ist relevant, der sich auf Konsumhäufigkeit von Cannabis bezieht.

Hier zeigt sich, dass in Zentral- und Westafrika ähnlich viel Cannabis konsumiert wird, wie in Nordamerika oder West- und Zentraleuropa. Es gibt also im Umgang mit Cannabis eine Art kontinentalübergreifendes Wissen, was vielleicht im Ansatz erklären könnte, warum viele AfrikanerInnen, die zum Beispiel im Kontext der Berliner Drogenpolitik auffällig werden („Görlitzer Park“), Cannabisdealer sind.

Was in diesem Zusammenhang interessant ist, dass vor allem Nigeria ein beliebtes Anbauland für Cannabis ist. Das Klima und die Bodenbedingungen sind für den Anbau außergewöhnlich förderlich. Es gibt dort viel an verfügbarem Land und die teilweise dichten Wälder eignen sich sehr gut, um den illegalen Anbau möglichst heimlich zu betreiben.

⁴ Anmerkung zu Nr. 3:

"§ 29 Abs. 1 BtMG enthält die Vergehenstatbestände durchschnittlicher Schwere, die mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren bedroht sind. Es handelt sich um eine sehr weitreichende Strafvorschrift; im Ergebnis - insbesondere weil die Vorschrift des § 54 Abs. 2 Nr. 3 Aufenthaltsg (neu) auch den Versuch und die Teilnahme einbezieht - können auf dieser Grundlage bei rechtskräftiger Verurteilung in sehr vielen Fällen Ausweisungen von Ausländern erfolgen."

Diese Dynamik von Märkten sollte mit berücksichtigt werden, wenn wir uns damit befassen, wie sich Drogenprobleme verschieben in ihren traditionellen Konstellationen von „Anbau“ und „Konsumländern“.

Aber wichtig bleibt auch die eigentliche Fluchtdynamik, die zunächst einmal nicht unmittelbar mit der Sucht- und Drogenproblematik zu tun hat, indirekt aber doch einige Probleme aufzeigt, die erklären, mit welchem Hintergrund Flüchtlinge nach Deutschland kommen und wie dieser mit der Drogenthematik in Verbindung steht:

- ☒ Extreme Armut
- ☒ Erfahrung mit häuslicher Gewalt
- ☒ Aufwachsen in verwaorlostem Umfeld
- ☒ Vertreibung
- ☒ Hunger
- ☒ Schwerstarbeit
- ☒ Opfer von Menschenhandel
- ☒ Leben auf der Straße
- ☒ Kinderprostitution / Kindersoldatentum.

Das ist die Realität von Millionen von Menschen, in der auch Drogenhandel und Drogenkonsum eine zentrale Rolle spielt.

Mit dieser Liste wird sehr deutlich, wie sich das Druckszenario für die betroffenen MigrantInnen zusammensetzt:

- ☒ Justizdruck
- ☒ ökonomischer Druck
- ☒ biographischer Druck

Damit wird eine sehr stabile Triade der Verzweiflung beschrieben. Und vor allem der biographische Druck hat es in sich. Hier wird die Frage nach global-sozialer Mobilität gestellt, die zum Teil aus beinahe unvorstellbarer Not geboren wird.

Denn neben dem Aspekt, dass die MigrantInnen in Bezug auf ihre zurückgebliebenen Familienangehörigen einen Versorgungsauftrag haben, offenbaren sich vor diesem Hintergrund die einfach gestellten und zugleich schwer zu beantwortenden Fragen:

Wohin sollen diese Menschen zurückkehren?

Und kann man von ihnen verlangen, dass sie ihre zum Teil traumatischen Erfahrungen erneut durchleben sollen?

Eine moderne und zugleich umfassende Drogenpolitik muss sich auch diesen Fragen stellen. Die globale Drogenpolitik scheint diesbezüglich erste grundlegende Schritte zu gehen. So wurde in der ministeriellen Erklärung der Commission on Narcotic Drugs (CND) 2014 folgende Punkte als zentrale Punkte des Handelns beschlossen, um mit der Weltrogenproblematik angemessen umzugehen:

Prioritätensetzungen für:

o Primäre Prävention

o Frühintervention

o Behandlung und Betreuung

o Rehabilitation

o Genesung (recovery)

o Soziale Wiedereingliederung

o Maßnahmen zur Minimierung der gesundheitlichen und sozialen Schäden („harm reduction“)

Die United Nations General Assembly Special Session (Sondergeneralversammlung UN UNGASS), die April 2016 in New York tagt hat sich einiges auf die Fahnen geschrieben und insbesondere die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union drängen auf folgende Leitprinzipien internationaler Drogenpolitik:

☒ Respektierung der Menschenrechte und Menschenwürde

☒ Die Todesstrafe für Drogendelikte muss abgelehnt werden

☒ Es soll die Gesundheit der Menschen geschützt werden und auch ein hoher Standard von Sicherheit gewährleistet sein

☒ Es soll ein ausgewogenes Verhältnis von Angebots- und Nachfrage-seite bestehen

☒ Die Strategie basiert auf den internationalen Suchtstoffabkommen, nicht gegen sie

☒ Die internationale Drogenpolitik soll sich an evidenzbasierter Forschung orientieren

☒ Beste Praktiken von Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Harmreduction sollen einbezogen werden

☒ Internationaler Drogenhandel soll bekämpft werden

☒ Alternative Entwicklung soll gefördert werden.

Globale Drogenpolitik kann eben auch das Suchthilfesystem bei uns beeinflussen. Nicht nur negativ, sondern auch als Bereicherung.