

**Internationale Koordinations- und Informationsstelle
für Auslandsreisen von Substitutionspatienten**

Jahresbericht für 2009

- Berichtszeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember 2009 -

**Erstellt von
Ralf Gerlach**

im Auftrag des

**Instituts zur Förderung qualitativer Drogenforschung,
akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik
(INDRO) e.V., Münster,**

des

**Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes
Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf**

und des

**Baron Edmond DeRothschild
Chemical Dependency Institute, New York City, USA**

**©INDRO e.V.
Bremer Platz 18-20
D-48155 Münster
Fon: 0251-60123
Fax: 0251-666580
Email: INDROeV@t-online.de
www.indro-online.de**

Münster, Februar 2010

0. Vorwort

Die bei INDRO e.V. angesiedelte *Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten* besteht nunmehr seit 12 Jahren. Sie leistet ihre Arbeit im Auftrag und mit Fördermitteln des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) und des Baron Edmond DeRothschild Chemical Dependency Institute (CDI), New York City, USA.

Seit Inbetriebnahme der Koordinationsstelle im Jahre 1998 gab es über 5.697 direkte Nutzerkontakte (2009 = 414) sowie über 245.000 visits unserer auslandsreise-relevanten Webseiten (2009 = 34.810), ein Beleg für eine äußerst positive Leistungsbilanz und eine kontinuierliche Erfolgsgeschichte.

Für erhebliche Irritationen sorgten im vergangenen Jahr veränderte Einreiseregularien hinsichtlich der Einfuhr ärztlich verordneter Substitutionsmittel in die Türkei und die USA. Während die Türkei die Einfuhr gänzlich untersagt hat, verschärften die USA drastisch das Beantragungsverfahren. Beide „Spezialfälle“ werden gesondert im Jahresbericht besprochen.

Ein gesondertes und umfangreiches Kapitel wird der aktuellen bundesdeutschen Take-Home-Regelung im Hinblick auf Auslandsreisen gewidmet. Substitutionspatienten sind hier nach wie vor gegenüber mit BTM-pflichtigen Schmerzmitteln behandelten Patienten stark benachteiligt. Wir unterbreiten daher politischen Entscheidungsträgern Änderungsvorschläge der aktuellen Rechtslage.

Für das laufende Jahr 2010 sind die Fördermittel des Landes NRW in Höhe von 5.000 EUR gesichert. Es ist aber nicht absehbar, ob die Koordinationsstelle auch nach der endgültigen Umsetzung der Kommunalisierung der NRW-Landesfördermittel noch weiterhin finanziell unterstützt werden wird.

Auch das CDI hat dankenswerter Weise unerwartet noch einmal Mittel zur Verfügung gestellt. Die Höhe der Förderleistung des CDI beläuft sich in 2010 auf 3.600 \$US. Nach aktuellem Kenntnisstand muss aber davon ausgegangen werden, dass dies die letzte Bereitstellung von Fördermitteln durch das CDI bedeutet.

Die Zukunft der Koordinationsstelle über das Jahr 2010 hinaus bleibt daher ungewiss.

Münster, den 5. Februar 2010

Ralf Gerlach, Dipl.-Päd.
Stv. Leiter INDRO e.V.
Leiter der Koordinationsstelle

1. Aufgaben- und Angebotsspektrum der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substituierten

Die Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten wurde im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zum 1. Januar 1998 bei INDRO e.V. in Münster mit dem Ziel eingerichtet, national und international bestehende Lücken in den jeweiligen Drogenhilfesystemen mit ihren Unterstützungsmöglichkeiten bei Auslandsreisen ein Stück weit zu schließen. Nach wie vor ist sie weltweit der einzige Service für Substitutionspatienten, deren Ärzte und Betreuer, der weltweit operiert. Sie muss dies allerdings auf der Basis sehr niedriger finanzieller Förderung leisten: In 2009 wurde die Koordinations- und Informationsstelle mit 5.000 EUR durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen sowie mit 3.500 \$US durch das Baron Edmond DeRothschild Chemical Dependency Institute (Webadresse: www.opiateaddictionrx.info/) gefördert.

Die Aufgaben und Angebote der Koordinationsstelle umfassen eine breite Leistungspalette und ein weites Unterstützungsspektrum. Sie

- kann schriftlich, telefonisch, per Fax oder Email oder durch persönliches Erscheinen bei INDRO e.V. kontaktiert werden;
- informiert und berät über Weiterbehandlungsmöglichkeiten für Substitutionspatienten und Substitutionsmittel-Einfuhrbestimmungen im weltweiten Ausland;
- vermittelt Kontaktadressen von zentralen Suchtkoordinierungsstellen und/oder Ärzten/Kliniken/Ambulanzen inner- und außerhalb Europas (eine konkrete Vermittlung/Anmeldung muss in der Regel vom behandelnden Arzt geleistet werden); sie ist nicht zuständig für die Vermittlung von Kontaktadressen an deutsche Patienten innerhalb Deutschlands;
- leistet direkte Unterstützung, wenn ausländische Ärzte/Kliniken/Ambulanzen vorab getroffene Absprachen/Vereinbarungen nicht einhalten;
- ist nationale Kontaktstelle für Unterstützungsersuchen ausländischer Patienten, die in Deutschland eine Weiterbehandlung mit Substitutionsmitteln benötigen;
- erarbeitet und stellt international verwendbare Standardformulare zur Verfügung (z.B. für ärztliche Atteste: www.indro-online.de/formulare.htm und www.indro-online.de/forms.htm);
- stellt Merkblätter mit grundlegenden Informationen zur Verfügung (z.B. „Neue Sicherheitsregeln bei Auslandsflügen: www.indro-online.de/handgepaeck.htm);
- nutzt die Möglichkeiten neuer Medien und präsentiert weltweite Informationen (Weiterbehandlungsmöglichkeiten, Substitutionsmittel-Einfuhrbestimmungen, Kontaktadressen) im Internet (regelmäßige Aktualisierung des Websites in deutscher und englischer Sprache):
deutsch: www.indro-online.de/laender.htm
englisch: www.indro-online.de/travel.htm;
- erweitert und aktualisiert kontinuierlich den eigenen Informations- und Kontaktadressenpool;
- versendet in unregelmäßigen zeitlichen Abständen kostenlos „Wichtige Mitteilungen für Ärzte und Drogenberatungsstellen“ per Email (Bestelladresse: INDROeV@t-online.de);
- strebt den Auf- und Ausbau eines Kooperationsnetzes mit relevanten nationalen (u.a. Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Bundesopiumstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) und internationalen Institutionen, Organisationen

und Personen(gruppen) (z.B. Euro-Metwork, Eurasian Harm Reduction Network) an und verweist auf deren im Internet zur Verfügung gestellte Informations- und Beratungsangebote.

2. Daten zur Substitutionsbehandlung und Problemskizzierung

Methadon ist nach wie vor die weltweit am häufigsten eingesetzte Substanz im Rahmen von Substitutionsbehandlungen opiatabhängiger Patienten. Aktuell (Stand: 31.12.2009) werden Methadonbehandlungen in mindestens 64 Staaten der Erde angeboten, wobei sich die von uns geschätzte Gesamtpatientenzahl auf mindestens 1.200.000. beläuft.

Box 1: Länder, in denen Methadontherapien als Regelversorgung oder im Rahmen von Pilotprogrammen durchgeführt werden (Stand: 31.12.2009 - ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Albanien, Andorra, Australien, Bangladesh, Belarus (Weißrussland), Belgien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Costa Rica, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Georgien, Griechenland, Großbritannien, Indonesien, Iran, Irland, Israel, Italien, Kambodscha, Kanada, Kirgisien, (Kolumbien), Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malaysia, Malediven, Malta, Mauritius, Mazedonien, Mexiko, Moldawien, Montenegro, Myanmar, Nepal, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, San Marino, Schweden, Schweiz, Serbien, Slowakische Republik, Slowenien, Spanien, Südafrika, Taiwan, Thailand, Tschechische Republik, Ukraine, Ungarn, USA, Vietnam, Volksrepublik China

Nach Methadon findet Buprenorphin (Subutex®, Suboxone®) weltweit am meisten Anwendung. Buprenorphin wird in mindestens 36 Staaten in der Substitutionsbehandlung eingesetzt. Nach unserer vorsichtigen Schätzung gibt es weltweit mindestens 160.000 Buprenorphinpatienten.

Box 2: Länder, in denen mit Subutex® substituiert wird
(Stand: 31.12.2009 - ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Indonesien, Iran, Island, Israel, Italien, Kanada, Kroatien, Lettland, Libanon, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malaysia, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Singapur, Slowakische Republik, Slowenien, Spanien, Südafrika, Tschechische Republik, Ukraine, USA, Volksrepublik China (Hongkong)

In vielen Ländern, in denen Subutex® eingesetzt wird, wird auch Suboxone® verwendet.

DHC (Dihydrocodein) und Codein kommt als Substitutionssubstanzen im Rahmen der Therapie Opioidabhängiger nur noch eine untergeordnete Bedeutung zu. In einigen wenigen Ländern werden in der Substitutionsbehandlung auch retardierte Morphine (z.B. Österreich) und Diamorphin (z.B. Schweiz, Niederlande, Deutschland) verabreicht.

Die Gesamtzahl aller Substitutionspatienten weltweit überschritt nach unserem Kenntnisstand im Jahre 2008 erstmals die Grenze von einer Million. In Deutschland gibt es aktuell über 70.000 Patienten, wovon 59,7% mit Methadon, 20,6% mit Levomethadon, 18,9% mit Buprenorphin, 0,5% mit Dihydrocodein, 0,4% mit Diamorphin und 0,3% mit Codein substituiert werden (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

Von den präsentierten „großen Zahlen“ dürfen wir uns jedoch in Bezug auf die tatsächliche Versorgungssituation nicht täuschen lassen, denn trotz einer enormen Ausweitung der Substitutionstherapie Opioidabhängiger, vor allem im asiatischen Raum, gibt es auch heute noch in kaum einem Land flächendeckende Versorgungsstrukturen – selbst in den USA ist dieses Behandlungsangebot nach wie vor in einigen Bundesstaaten nicht zugelassen, und auch in Deutschland mangelt es weiterhin zum Teil dramatisch an Behandlungsplätzen, sowohl in ländlichen Regionen als auch in einigen größeren Städten und großstädtischen Ballungsgebieten (akzept e.V. & Stöver 2010; siehe beispielhaft für die Region Niederbayern: Geltinger 2010). Über diese Problematik täuschen die im Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in 2008 gewählten Formulierungen stark verharmlosend hinweg: „Die Substitutionsbehandlung einschließlich der begleitenden Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen ist in Deutschland prinzipiell flächendeckend gegeben; regional ist sie unterschiedlich stark im Versorgungssystem verankert“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008, 87). Darüber hinaus gibt es teils gravierende Unterschiede in Bezug auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Substitutionstherapien, die Behandlungsphilosophie, -organisation und -struktur. In einigen Staaten sind nach wie vor schwerwiegende Begleiterkrankungen des Drogenkonsums (etwa: HIV/AIDS) Voraussetzung zur Behandlungsaufnahme; in anderen Ländern, wie etwa Schweden und Norwegen, dürfen gesetzlich verankerte landesweite Gesamtpatientenzahlen nicht überschritten werden. Ferner befindet sich diese Therapieform in einer Reihe von Staaten noch in einer Erprobungsphase und steht daher nur einer geringen Anzahl von ausgewählten einheimischen Heroinabhängigen im Rahmen rigide strukturierter Pilotprogramme zur Verfügung (z.B. Albanien, Kirgisien, Malediven, Moldawien, Ukraine). Eine derartige Limitierung bedingt unter anderem, dass dort in der Regel noch keine Weiterbehandlungen ausländischer Reisender mit Methadon oder Buprenorphin möglich sind. In der Türkei (siehe 2.1) und Russland sind Substitutionsbehandlungen nach wie vor nicht zugelassen!

Parallel zu zunehmender Akzeptanz und kontinuierlicher Ausweitung der Substitutionsbehandlung auf nationaler und internationaler Ebene seit Beginn der 1990iger Jahre – so sind auf der europäischen Substitutionslandkarte lediglich noch Russland und die Türkei als „weiße Flecken“ auszumachen - ist ein sich stetig erhöhender Bedarf an Reiseaktivitäten der Patienten (beruflich oder privat bedingt) zu verzeichnen. Die am häufigsten in Zusammenhang mit Auslandsreisen auftretenden Fragen sind: Ist die Mitnahme eines Substitutionsmittels in ein bestimmtes Reiseziel land gestattet? In welchen Mengen und für welchen Zeitraum? Welche Formalitäten sind beim Zoll und - im Falle von Flugreisen - zusätzlich bei der Sicherheitskontrolle (Personen- und Gepäckkontrolle) zu beachten, welche Formulare und medizinischen Atteste zu besorgen? Existieren Weiterbehandlungsmöglichkeiten am geplanten Aufenthaltsort bzw. wie weit davon entfernt? Ist eine vorherige Absprache mit einem weiterbehandelnden Arzt notwendig? Wer trägt die Behandlungs- und Medikamentenkosten?

Reiseplanung und -organisation haben sich aufgrund weltweit uneinheitlicher und teils rigider Reise- und Versorgungsbestimmungen für Substitutionspatienten noch nie einfach gestaltet (Gerlach 2005b). Reisen unter Take-Home (siehe hierzu 4.) und/oder die Einleitung und Sicherung einer Weiterbehandlung im Ausland sind auch in der Gegenwart nicht immer leicht zu verwirklichen (Deutscher Bundestag 2007). Die Realisierung von Reiseaktivitäten substituiertter Patienten und die entsprechende professionelle Hilfe werden auf Grund von überbordenden bürokratischen Hürden und häufig auch fehlender Kooperationsbereitschaft seitens in- und ausländischer Kollegen und/oder Behörden (inkl. Zoll) oft ungerechtfertigt erschwert. Noch immer existieren teils gravierende Vorurteile und negative Einstellungen gegenüber dieser Patientengruppe. Die Arbeit der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substituierten hat daher auch nach nunmehr zwölfjähriger Tätigkeit nicht an Stellenwert eingebüßt.

2.1 Sonderfall Türkei

Die Türkei ist aktuell einer der wenigen Staaten, die weder Substitutionsbehandlungen gestatten noch die Einfuhr von ärztlich verordneten Substitutionsmedikamenten erlauben. Diese strikte Haltung verwundert, strebt die Türkei doch einen Beitritt in die Europäische Union an.

Ende September 2009 sah sich die Koordinationsstelle veranlasst, bezüglich der Türkei eine Reisewarnung herauszugeben:

Reisewarnung: Aktueller Warnhinweis der "Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten" bezüglich der Mitnahme von Substitutionsmitteln in die Türkei

Mit Schreiben vom 27.04.2009 teilte das Türkische Generalkonsulat Stuttgart dem Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Baden-Württemberg mit, dass die Einfuhr von Substitutionsmitteln in die Türkei verboten sei. Diese Information wurde binnen kurzer Zeit bundesweit über unterschiedliche Emailverteiler und Presseberichte verbreitet, sorgte allerdings nachhaltig für Irritationen, denn auf den Webseiten der in Wien ansässigen Internationalen Betäubungsmittel-Kontrollbehörde ist bis zum heutigen Zeitpunkt nachzulesen, dass die Mitnahme von Methadon oder Buprenorphin in die Türkei unter Einhaltung bestimmter Regeln gestattet sei (http://www.incb.org/pdf/travel_regulations/English/Turkey-ORIGINAL.pdf).

Die "Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten" kontaktierte daher schriftlich die Türkische Botschaft in Berlin mit der Bitte um nochmalige Abklärung der aktuellen Einreiseregularien. Mit Schreiben datiert vom 17.09.2009 teilte uns diese auf der Grundlage einer erneuten Stellungnahme des Türkischen Gesundheitsministeriums vom 04.09.2009 mit, dass die Mitnahme von ärztlich verordneten Medikamenten wie Methadon und Buprenorphin in die Türkei tatsächlich strikt verboten ist.

Die "Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten" möchte diese Rechtslage an dieser Stelle nicht kommentieren oder bewerten. Wir sind aber dazu verpflichtet, auf die veränderte Rechtslage hinzuweisen: Aktuell sind Weiterbehandlungen mit Methadon oder Buprenorphin in der Türkei nicht möglich, und die Einfuhr dieser Medikamente ist strengstens untersagt. Da uns bisher noch keine Erfahrungen darüber vorliegen, wie der Türkische Zoll reagiert, wenn bei Personen- und/oder Gepäckkontrollen bei der Einreise Methadon oder Buprenorphin entdeckt werden und mit welchen (strafrechtlichen) Sanktionen gerechnet werden muss - auch wenn eine ärztliche Bescheinigung vorliegt -, warnen wir ausdrücklich vor der Mitnahme dieser Medikamente in die Türkei.

Münster, den 30.09.2009

In einem uns in Kopie vorliegenden Schreiben des türkischen Generalkonsulats Hannover vom 20.01.2010 an das Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt wird die türkische Position erneut bestätigt. Auffällig ist, dass das Einfuhrverbot nach unserem Kenntnisstand bisher wohl nur in Deutschland von den türkischen Behörden verbreitet wird. Noch Ende November 2009 gestattete z.B. das türkische Konsulat in Innsbruck einer österreichischen Patientin die Mitnahme von Methadon per Konsulatsbeglaubigung der ärztlichen Bescheinigung. Es bleibt zu hoffen, dass sich sowohl das Bundesgesundheitsministerium als auch die Europäische Union im Sinne der Patienten für eine Rücknahme des Einfuhrverbotes von ärztlich verordnetem Methadon und Buprenorphin in die Türkei einsetzen.

2.2 Sonderfall USA

Die Rechtslage bezüglich der Einfuhr von ärztlich verordneten Substitutionsmedikamenten von Deutschland in die USA bleibt nach wie vor nicht eindeutig geklärt. **Die Einfuhr von Methadon scheint kaum möglich zu sein, wohingegen Buprenorphin unter Einhaltung strenger Regularien eingeführt werden darf.** Hierbei gilt folgendes zu beachten:

Reisende, die kein Visum für die USA benötigen, müssen online einen sog. ESTA-Antrag ausfüllen, um eine Einreisegenehmigung zu erhalten. Machen Substitutionspatienten wahrheitsgetreue Angaben bezüglich der dortigen Fragen zum Drogengebrauch, resultiert dies in einer sofortigen Ablehnung der Reiseerlaubnis (Substitutionspatienten gelten als Drogenabhängige!). Bei nicht wahrheitsgetreuen Angaben wird zwar eine Reisegenehmigung erteilt, **wenn dann aber ein Substitutionsmittel bei der Border Control entdeckt wird, muss damit gerechnet werden, dass es beschlagnahmt wird, man in einem Flughafengefängnis landet, längeren und massiven Verhören ausgesetzt wird und ein hohes Bußgeld zahlen muss und wieder ins Heimatland zurückgeschickt wird.**

Um dennoch in die USA mit Substitutionsmitteln einreisen zu können, empfehlen wir aktuell folgendes Prozedere:

Auf keinen Fall das ESTA-Formular ausfüllen, sondern immer ein Visum beantragen (persönlich bei der Botschaft oder einem Generalkonsulat vorstellig werden), und zwar mindestens drei Monate vor geplantem Reiseantritt! Zur Beantragung eines Einreisevisums müssen neben den üblichen Unterlagen ein Führungszeugnis/Strafregister-Auszug (ohne Einträge!) sowie eine englischsprachige ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden. Die Botschaft/das Generalkonsulat wird dann einen Besuch bei einem Ihrer Vertrauensärzte anordnen. Dort werden Urin und Blut untersucht auf Drogen, Alkohol, Psychopharmaka, Cannabis, etc. Darüber hinaus wird auch ein HIV-Test durchgeführt. Dieser Vertrauensarzt-Besuch ist sehr teuer, kostet einige hundert Euro, und die Gebühren sind in der Regel bar zu entrichten. Wenn alle Tests (bis auf das verordnete Medikament) negativ sind (kein sog. Beigebrauch festgestellt wird), stellt die Botschaft ein Visum aus. Bei der Reise gelten dann folgende Bedingungen:

Das mitgeführte Medikament muss bei der Einreise beim Zoll unter Vorlage einer englischsprachigen ärztlichen Bescheinigung angemeldet werden, das Medikament muss in Originalverpackung (Medikamentenfläschchen müssen eindeutig etikettiert sein mit Angabe der enthaltenen Substanz und dessen Menge) mitgeführt werden, und die mitgeführte Menge darf nicht die für die Dauer des Aufenthaltes verschriebenen Tagesdosierungen überschreiten.

Obwohl laut der Drug Enforcement Administration sowohl die Einfuhr von Methadon als auch von Buprenorphin gestattet ist, scheinen in der Praxis aktuell nur Visa-Anträge bei Buprenorphinmitnahme genehmigt zu werden, so dass Methadonpatienten auf eine Weiterbehandlung/-dosierung bei Reisen in das „Mutterland“ der Methadonsubstitution angewiesen sind.

3. Nutzungsfrequenz/geleistete Unterstützung

Bei der Auswertung der Nachfragefrequenz und der Unterstützungsleistungen unterscheiden wir zwischen *direkter* und *indirekter* Nutzung unserer Angebote:

Direkte Nutzung/Kontaktierung erfolgt per Telefon, Fax, Brief, Email oder persönliches Erscheinen zur Beratung.

Indirekte Nutzung erfolgt über Besuch unserer umfangreichen reiserelevanten Internetseiten.

3.1 Direkte Nachfragefrequenzen/Vermittlungstätigkeiten

Wir weisen vorab ausdrücklich darauf hin, dass die von uns hier dokumentierten Daten nicht repräsentativ für *alle* auslandsreisenden Substitutionspatienten sind. Sie beziehen sich ausschließlich auf die Nutzer und Nutzerinnen des Leistungsspektrums unserer Koordinationsstelle.

Die Koordinationsstelle wurde in den vergangenen 12 Jahren insgesamt 5.697 Male *direkt* (= per Telefon, Fax, Brief, Email oder persönliches Erscheinen zur Beratung bei INDRO) kontaktiert. Einen genauen Überblick über die *direkten* Nachfragefrequenzen der vergangenen 12 Jahre seit Bestehen der Koordinationsstelle liefern, differenziert nach Nachfragegruppen, Berichtsjahr und absoluten wie prozentualen Anteilen die **Tabellen 1a und 1b**. Der in 2009 erneut gestiegene Anteil an Patientenkontakten auf nunmehr 55,8% verdeutlicht ein großes persönliches Engagement der Betroffenen und zeigt, welch bedeutsamen Stellenwert Auslands-(Urlaubs-) Reisen für Substituierte einnehmen und wie wichtig es ihnen ist, diese auch tatsächlich realisieren zu können.

Von den 5.697 direkten Kontakten zwischen 1998 und 2009 bezogen sich 1.264 auf Fragen allgemeiner Art [hierunter subsumieren wir etwa Anfragen zu Reisebestimmungen ohne konkrete Nennung von Zielländern, Fragen bzgl. der BtMVV, BtMAHV, Schengener Durchführungsabkommen Artikel 75 (Geltungsbereich und –dauer, fällige Gebühren), Formularanforderungen]. In 4.433 Fällen wurde im Rahmen direkter Kontaktaufnahme gezielt nach den in bestimmten Staaten geltenden Reiseregularien und/oder Kontaktadressen örtlicher Ärzte/Ambulanzen/Kliniken zur Weiterbehandlung mit dem jeweiligen Substitutionsmittel gefragt (**Tabelle 2**).

Insgesamt leisteten wir in den vergangenen 12 Jahren bei 779 direkten Kontakten aus dem Ausland Unterstützung (**Tabelle 3**), wobei die direkten Anfragen aus den USA stets dominierten: 1998=39,8%; 1999=65,85%; 2000=61,2%; 2001=72%; 2002=66,7%; 2003=57,6%; 2004=50%; 2005=54,2%; 2006=52,9%; 2007=50,0%; 2008=34,6%; 2009=35,6%). Direkte Informations- und Vermittlungswünsche aus anderen Herkunftsländern spielten bisher nur eine eher untergeordnete Rolle. Die Informationsnutzung ausländischer Ärzte und Patienten erfolgt primär über unser Webangebot.

Nachdem in den vergangenen Jahren eine kontinuierliche Abnahme direkter Nutzung unserer Angebote zu verzeichnen war, gab es in 2009 erstmals wieder eine leichte Zunahme (**Tabelle 2 und 3**).

Nachfolgend seien die im Text erwähnten Tabellen abgebildet:

Tabelle 1a: *Direkte* Nachfragefrequenz nach (Berufs-/Institutions-) Gruppen 1998-2007

Nachfragegruppen	n										%									
	1998 ¹	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	1998 ²	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Substitutionspatienten	-	182	166	186	167	187	192	193	195	220	30	35,3	31,2	37,5	35,5	40,7	39,0	40,6	44,6	52,9
Ärzte/Arztpraxen	-	116	103	81	83	64	73	54	48	27	20	22,5	19,4	16,3	17,6	13,9	14,8	11,4	10,9	6,4
Drogenberatungsstellen/Kontaktläden	-	106	147	117	86	95	82	98	62	63	30	20,5	27,7	23,6	18,2	20,7	16,6	20,7	14,2	15,1
Substitutions-/Klinik-/Drogenambulanzen	-	30	38	41	45	34	90	50	62	58		5,8	7,1	8,3	9,5	7,4	18,3	10,6	14,2	14,0
Eltern von Patienten	-	22	14	16	16	16	6	22	4	3	5	4,3	2,6	3,2	3,4	3,5	1,2	4,6	1,0	0,7
AIDS-Hilfen/-beratungsstellen	-	16	13	12	12	4	3	2	2	7	5	3,1	2,4	2,5	2,5	0,9	0,6	0,4	0,5	1,7
Gesundheitsämter ³	-	8	9	3	6	10	5	8	14	0		1,5	1,7	0,6	1,3	2,2	1,0	1,7	3,1	0
Apotheken	-	7	9	5	10	8	5	4	2	0		1,4	1,7	1,0	2,1	1,7	1,0	0,8	0,5	0
Ehe-/Beziehungspartner	-	7	9	8	8	6	12	20	25	24		1,4	1,7	1,6	1,7	1,3	2,4	4,2	5,7	5,8
Selbsthilfeorganisationen	-	4	5	5	7	5	5	2	2	2	5	0,8	0,9	1,0	1,5	1,1	1,0	0,4	0,5	0,5
Ärztekammern	-	2	3	3	5	3	3	2	2	0		0,4	0,6	0,6	1,1	0,6	0,6	0,4	0,5	0
Kassenärztliche Vereinigungen	-	2	2	2	5	7	1	2	2	0		0,4	0,4	0,4	1,1	1,7	0,2	0,4	0,5	0
Bewährungshilfen	-	2	5	3	5	3	3	2	0	0		0,4	0,9	0,6	1,1	0,6	0,6	0,4	0	0
Andere ⁴	-	12	9	14	16	17	13	16	17	12	5	2,3	1,7	2,8	3,4	3,7	2,6	3,4	3,8	2,9
Gesamt	591	516	532	496	471	459	493	475	437	416	100	100	100	100	100	100	99,9 ⁵	100	100	100

Tabelle 1b: Direkte Nachfragefrequenz nach (Berufs-/Institutions-) Gruppen 2008-2009

Nachfragegruppen	n		%	
	2008	2009	2008	2009
Substitutionspatienten	164	191	54,3	55,8
Ärzte/Arztpraxen	41	24	13,6	7,0
Drogenberatungsstellen/Kontaktläden	29	37	9,6	10,8
Substitutions-/Klinik-/ Drogenambulanzen	23	50	7,6	14,6
Eltern von Patienten	5	2	1,6	0,6
AIDS-Hilfen/-beratungsstellen	2	1	0,7	0,3
Gesundheitsämter³	2	1	0,7	0,3
Apotheken	3	1	1,0	0,3
Ehe-/Beziehungspartner	15	17	5,0	5,0
Selbsthilfe- organisationen	3	1	1,0	0,3
Ärztckammern	2	1	0,7	0,3
Kassenärztliche Vereinigungen	2	2	0,7	0,6
Bewährungshilfen	0	1	0,0	0,3
Andere⁴	11	13	3,6	3,8
Gesamt	302	342	100,1⁵	100

¹ Keine Datenerhebung in Bezug auf Nachfragegruppen in 1998

² Schätzwerte

³ Inklusiv Amsapotheker

⁴ Unter „Andere“ wurden Frauenberatungsstellen, Vereine für Gefährdetenhilfe, Sozialtherapeutische Arbeitsprojekte, Hepatitis- Selbsthilfe, Wohnungslosenhilfe, Verwandte, Freunde/Bekannte, Krankenkassen, Clearingstellen für Substitution, Migrationsdienste, Arbeitgeber, Streetwork, Drogennotdienste, Einrichtungen für Betreutes Wohnen, Straffälligenhilfen, Pflegedienste, Rechtsanwälte, Reha-Einrichtungen, Justizvollzugsanstalten, Hilfsorganisationen für Asylbewerber und Konsulate subsumiert.

⁵ Abweichung von 100% auf Grund von Rundungen

Tabelle 2: Direkte, allgemeine und konkrete Nachfragen 1998-2009*

Jahr	Nachfragen Gesamt*	Allgemeine Informations- Ersuchen*	Konkrete, länderspezifische Auskunftersuchen bzgl. Reiseregularien (Mitnahme des Substitutionsmit- tels/Möglichkeiten der Weiterbehandlung am Reiseziel*
1998	591	142	449
1999	516	117	399
2000	532	125	407
2001	496	112	384
2002	471	107	364
2003	459	102	357
2004	493	97	396
2005	475	94	381
2006	437	99	338
2007	416	102	314
2008	397	95	302
2009	414	72	342
Gesamt	5.697	1.264	4.433

* Ohne Berücksichtigung von Nachfragen nach Vermittlung innerhalb Deutschlands
(2002 ca. 150; 2003 ca. 80; 2004 und 2005 je ca. 60; 2006 und 2007 je ca. 70; 2008 und 2009 je ca. 50)!

Tabelle 3: Direkte Nachfragen aus dem Ausland 1998–2009

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
n	93	41	85	68	63	66	82

Jahr	2005	2006	2007	2008	2009	N
n	59	51	46	52	73	779

Die Anfragen verteilen sich in 2009 wie folgt: USA 26, Italien 13, Australien und Kanada je 6, Großbritannien und Schweiz je 4, Niederlande 3, Frankreich und Österreich je 2 sowie Bermuda, Griechenland, Irland, Nepal, Polen, Portugal und Taiwan je 1 Anfrage.

Differenziert nach Vermittlungersuchen zur Fortführung der Behandlung und der Auslotung von Möglichkeiten der Substitutionsmittel-Mitnahme in jeweilige Reisezielländer ergibt sich folgendes Bild (**Tabelle 4**):

Tabelle 4: Weiterbehandlung versus Medikamentenmitnahme 1999-2009 (in %)*

Jahr	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Behandlungsfortführung	61,3%	64,1%	56,25%	43,7%	44,1%	40,6%	44,2%	34,0%	43,5%	48,8%	36,4 %
Mitnahme des Substitutionsmittels	38,7%	35,9%	43,75%	56,3%	55,9%	59,4%	55,8%	66,0%	56,5%	51,2%	63,6%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* Im ersten Betriebsjahr 1998 wurden hierzu noch keine Daten erhoben

In den Jahren 2001 und 2002 war ein hoher Anstieg der Nachfragen in Bezug auf die Mitnahmemöglichkeiten von Substitutionsmedikamenten zu verzeichnen. Die Veränderung im Verhältnis zwischen Nachfragen wegen Weiterbehandlungsmöglichkeit und Nachfragen wegen Medikamentenmitnahme war vermutlich auf die seit 2001 verbesserte Take-Home-Möglichkeit zurückzuführen (BtMVV § 5 Abs. 8: 30 Tage pro Jahr bei Auslandsreisen). Seit 2002 blieben die Zahlen relativ konstant. Das Durchschnittsniveau der Jahre 2002 bis 2005 betrug 43,15% in Bezug auf Behandlungsfortführung und 56,85% bei Medikamentenmitnahme. Für das Berichtsjahr 2006 war eine enorme Zunahme bezüglich der Fragen nach Substitutionsmittel-Mitnahme auf 66% zu beobachten. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Mehrzahl der Reiseinformationswünsche durch bzw. für stabile, take-home-fähige Patienten erfolgte. In 2007 und 2008 glich sich der prozentuale Anteil wieder auf das Durchschnittsniveau der Vorjahre an, wohingegen in 2009 mit 63,6% der „Rekordwert“ aus 2006 annähernd wieder erreicht wurde.

Darüber hinaus erhielten wir in 2009 insgesamt ca. 50 konkrete Vermittlungswünsche innerhalb Deutschlands (hierzu erfolgt keine statistische Auswertung) sowie drei Anfragen im Rahmen von Abschiebepflichtverfahren (diese Anfragen wurden **nicht** in die Gesamtnachfragestatistik eingebunden). An dieser Stelle möchten wir noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Koordinationsstelle für Vermittlungersuchen innerhalb Deutschlands nicht zuständig ist.

Zwar vermitteln wir Weiterbehandlungsmöglichkeiten in Deutschland, dies in der Regel jedoch nur für im Ausland ansässige Patienten. Dennoch waren wir, wie bereits in den Jahren zuvor, auch in 2008 bei der Inlandsvermittlung behilflich.

Von den insgesamt 342 konkreten Nachfragen per *direkter* Kontaktaufnahme in 2009 erreichten uns 269 aus Deutschland (78,7%) und 73 aus dem Ausland (21,3%). Die nachfolgende **Tabelle 5** gibt einen Überblick über die Reiseländer von Substitutionspatienten am Beispiel der in 2009 nachgefragten Staaten. Anhand der Dokumentation der 54 direkt angefragten Zielländer in 2009 (1998=81; 1999=53; 2000=50; 2001=60; 2002=60; 2003=66; 2004=75; 2005=64; 2006=62; 2007=63; 2008=63) wird ersichtlich, dass gelegentlich auch exotisch anmutende Reiseziele von Substitutionspatienten anvisiert werden, wobei es sich hierbei häufig um beruflich bedingte Auslandsaufenthalte, gelegentlich aber auch um Hochzeitsreisen handelt:

Tabelle 5: Reihenfolge der Zielländer (54) gemäß *direkter* Nachfragefrequenz in 2009

Reisezielland	Anzahl der Nachfragen	Reisezielland	Anzahl der Nachfragen
Thailand	25	Philippinen	3
Türkei	24	Irland	3
Kroatien	23	Argentinien	2
Spanien*	23	Belgien	2
Griechenland	21	Brasilien	2
Kasachstan	17	Israel	2
Deutschland	15	Jordanien	2
Niederlande	14	Malediven	2
USA**	13	Neuseeland	2
Mexiko	12	Costa Rica	1
Italien	10	Georgien	1
Polen	9	Kambodscha	1
Großbritannien**	8	Lettland	1
Portugal	8	Malaysia	1
Ägypten	7	Montenegro	1
Russland	7	Namibia	1
Ukraine	7	Norwegen	1
VR China	7	Österreich	1
Malta	6	Rumänien	1
Weißrussland	6	Schweden	1
Australien	5	Schweiz	1
Jamaika	5	Singapur	1
Libanon	5	Tschechien	1
Tunesien	5		
Bulgarien	4		
Kanada	4		
Serbien	4	Anfragen gesamt	342
VAE***	4		
Vietnam	4	* inklusive Kanarische Inseln und Balearen	
Aruba	3	** inklusive Überseegebiete	
Frankreich	3	*** Vereinigte Arabische Emirate	
Irland	3		

Die konkreten Nachfragen bezüglich Medikamentenmitnahme und Weiterbehandlungsmöglichkeiten bezogen sich im Zeitraum von 2004 bis 2009 auf folgende Substanzen (**Tabelle 6**):

Tabelle 6: Konkrete (direkte) Nachfragen 2004 bis 2009 differenziert nach Substanzen*

Substanz	Anzahl der Nachfragen in %					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Methadon ¹	80,3%	84,4%	80,1%	83,4%	83,4%	76,3%
Buprenorphin	18,9% ²	14,0% ²	17,3% ²	16,6% ³	15,6% ⁴	23,1% ⁵
Codein/ Dihydrocodein	0,5%	0,8%	2,1%	0	0,7%	0,6%
Morphin ⁶	0,3%	0,8%	0,5%	0	0,3%	0
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* Ohne Berücksichtigung von Nachfragen nicht-substituierter Patienten (z.B. Schmerzpatienten)

¹ Inklusive Polamidon® Lösung zur Substitution und Methadict®

² ausschließlich Subutex®

³ bis auf eine einzige Ausnahme (Suboxone®) Subutex®

⁴ Subutex®: 9,6%; Suboxone®: 6,0%

⁵ Subutex®: 18,8%; Suboxone®: 4,3%

⁶ Morphin ist u.a. in Österreich zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger zugelassen

Es fällt auf, dass die prozentualen Anteile der einzelnen Substitutionsmedikamente annähernd den für die Gesamtpopulation der Substitutionspatienten in Deutschland ermittelten Daten entsprechen (siehe S. 3). Da Codein/Dihydrocodein immer seltener zum Einsatz gelangen, spielen sie auch im Rahmen der Arbeit der Koordinations- und Informationsstelle kaum noch eine Rolle.

3.2 Indirekte Nachfragefrequenzen/Vermittlung

Die Anzahl **indirekter Kontakte (visits)** über die auslandsreise-relevanten Seiten des INDRO-Websites ist in 2009 mit **34.810** gegenüber dem Vorjahr erneut noch einmal geringfügig um 467 gestiegen (2008=34.343; 2007=33.626; 2006=31.264; 2005=24.869; 2004=24.978; 2003=15.000). Insgesamt wurden im Berichtsjahr **149.093** auslandsreise-relevante Seiten aufgerufen. Auch hier gab es noch einmal einen Anstieg von 2.875 gegenüber dem Vorjahr. Saisonal bedingte Spitzenwerte liegen nach wie vor in den Monaten März, April, Juli und November.

Die Daten belegen die immense Bedeutung unserer Reise-Informationssseiten im Internet für Patienten und Professionelle.

4. Take-Home-Verordnungen von Substitutionsmitteln für Opiatabhängige bei Auslandsreisen – Positionsbestimmung und Änderungsvorschläge zur aktuellen Rechtslage

Zu den aktuell in Deutschland geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen bezüglich Take-

Home-Verordnungen bei Auslandsreisen haben wir eine gesonderte Stellungnahme veröffentlicht (Gerlach 2009), die hier nahezu wortlautidentisch abgebildet wird.

4.1 Ausgangslage – rechtliche Rahmenbedingungen

Mitgaben aller gemäß der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV) verschreibungsfähigen Substanzen zur Substitution sind **als Reisebedarf für bis zu 30 Tage** in einem Zeitraum von 12 Monaten möglich (BtMVV § 5 Abs. 8 Satz 5 und 6). Wird Methadon/Levomethadon in flüssiger Lösung verordnet, ist darauf zu achten, dass jede einzelne Tagesdosis in einem etikettierten, kindergesicherten Behältnis (durch die Apotheke) abgegeben und mitgeführt werden muss (§ 12 Abs. 1 BtMVV). Bei Reisen in Unterzeichnerstaaten des Schengener Abkommens ist das sog. „Schengen-Formular“ mit zu führen, bei Reisen in Länder außerhalb des Geltungsbereichs dieses Abkommens in der Regel eine ärztliche Bescheinigung (Abweichungen hiervon: www.indro-online.de/laender.htm) (Gerlach 2005a).

Konkrete bundesweite Daten zum Umfang der Auslandsreise-Aktivitäten von Substitutionspatienten gibt es zwar nicht, es kann aber auf Grund der nunmehr über 10-jährigen Erfahrungen der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten davon ausgegangen werden, dass sich die jährliche Anzahl an auslandsreisenden Patienten weit im vierstelligen Bereich bewegt, was angesichts nunmehr ca. 70.000 Substituierter in Deutschland nicht verwundern mag (GERLACH 2008).

Im Sinne der BtMVV und der die gemäß § 5 Abs. 11 BtMVV den „*allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft*“ widerspiegelnden Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger sind Take-Home-Verordnungen dann zulässig und Patienten dann für Take-Home geeignet, wenn sie sich seit mindestens sechs Monaten in einer Substitutionstherapie befinden, auf eine stabile Dosis ihres jeweiligen Substitutionsmittels eingestellt sind, seit mindestens drei Monaten nachweislich keinen Gebrauch anderer psychotroper Substanzen aufweisen und sie in der Lage sind, verantwortungsvoll mit dem Substitutionsmittel umzugehen. Die Behandlungsverläufe der Patienten müssen stets umfassend und lückenlos dokumentiert sein. Unter der Auflage besonderer Begründung und Dokumentation sind Ausnahmen von diesen Zeitvorgaben möglich (BUNDESÄRZTEKAMMER 2002; GERLACH 2005b).

Im Falle von Auslandsreisen sind pro Patient pro Jahr (nicht Kalenderjahr) Substitutionsmittel-Mitgaben für bis zu 30 Tagen möglich. Werden die bereits zuvor skizzierten rechtlichen Voraussetzungen bezüglich Take-Home erfüllt und sind die Behandlungsverläufe der Patienten umfassend und lückenlos dokumentiert, besteht für substituierende Ärzte kein hinreichender Grund, sich vor ausreichender Take-Home-Verordnung für auslandsreisende Patienten zu scheuen – auch wenn es in den Richtlinien der Bundesärztekammer heißt: „*Die gemäß § 5 (8) BtMVV in begründeten Ausnahmefällen (zur Sicherstellung der Versorgung bei Auslandsaufenthalt) maximal mögliche Verschreibung des Substitutionsmittels (maximal 30 Tage im Jahr) muss auf Einzelfälle beschränkt werden, in denen die Notwendigkeit nachweisbar gegeben ist*“: Ein „begründeter Ausnahmefall“ tritt nämlich bereits dann ein, wenn ein Patient für länger als sieben Tage (der Höchstgrenze für Inlands-Take-Home-Verordnungen) ins Ausland verreisen möchte, und der „Nachweis einer Notwendigkeit“ ergibt sich häufig allein schon aus der Tatsache, dass sich nicht selten eine Fortführung der Behandlung am geplanten Aufenthaltsort als unrealisierbar erweist. Werden in einem Jahr mehr als 30 Reisetage im Ausland

überschritten, muss der Versuch unternommen werden, am Aufenthaltsort des Patienten - und, falls dies nicht möglich ist, bei der nächstgelegenen Substitutionspraxis/-ambulanz - eine Fortführung der Behandlung/Dosierung einzuleiten, denn vom Gesetzgeber sind bis heute keine Sonderregelungen getroffen worden, unter denen eine Überschreitung der Obergrenze von 30 Tagen möglich wäre.

Unter der Voraussetzung besonderer Begründung und Dokumentation ist es aber in Ausnahmefällen zulässig, von den vorgeschriebenen Zeitfenstern für Take-Home-Berechtigung, sechs Monate in Behandlung und drei Monate begebrauchsfrei, abzuweichen (BUNDESÄRZTEKAMMER 2002). Von dieser leider noch immer vielen Ärzten unbekanntem Regelung sollte im individuellen Bedarfsfall/„Ausnahmefall“ auch tatsächlich Gebrauch gemacht werden. So etwa dann, wenn ein sich „erst“ seit fünfeinhalb Monaten in Substitution befindender sozial-integrierter Patient beruflich bedingt in ein Land (z.B. Türkei, Russland) oder an einen Ort reisen muss, in dem keine Fortführung der Behandlung möglich ist. Leider kommen solche oder ähnlich gelagerte Fälle, in denen Ärzte ihren stabilen Patienten entweder aus Unkenntnis der genannten Ausnahmemöglichkeit oder aber aus (in solchen Fällen unbegründeter) Furcht vor standes- oder strafrechtlichen Sanktionen Take-Home mit der Begründung verweigern, sie seien noch keine sechs Monate in Behandlung, noch häufig vor. Eine derartige Handhabung ist nicht nur nicht notwendig, sondern sie gefährdet, handelt es sich um berufstätige Patienten, u.U. auch deren Arbeitsverhältnis, wenn diese ihren Arbeitgebern erklären müssen, warum sie ihren Arbeitsauftrag im Ausland nicht erfüllen können. Ein anderes Beispiel sind nachweislich im Ausland eingetretene Todesfälle von Familienmitgliedern oder engen Verwandten von Migranten. Sollte etwa einem sich erst seit zwei Monaten „begebrauchsfrei“ in Substitution befindlichen russischstämmigen Patienten, in dessen Familie in Russland nachweislich ein Todesfall eingetreten ist, dorthin die Reise zu den Trauerfeierlichkeiten verwehrt bleiben, weil in diesem Land Substitutionsbehandlungen noch immer verboten sind? Er würde doch, verständlicher Weise, ohnehin die Reise antreten und sich auf dem deutschen Schwarzmarkt eine ausreichende (eventuell aber verunreinigte) Menge seines Substitutionsmittels besorgen oder – bei Versorgungsengpass - (spätestens) in Russland wieder rückfällig in den illegalisierten Heroingebrauch werden.

4.2. Zur Position der Bundesregierung

In einer Antwort auf eine Kleine Anfrage von Bundestagsabgeordneten und der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige beantwortete die Bundesregierung auch Fragen zur Take-Home-Verordnung von Substitutionsmitteln im Falle von Auslandsreisen (DS 16/6655 vom 10.10.2007, Seite 11-12), und zwar wie folgt:

„In begründeten Ausnahmefällen kann bei einem Auslandsaufenthalt eine Verschreibung über einen Zeitraum bis zu 30 Tagen pro Jahr ausgestellt werden. Diese Ausnahmeregelung des § 5 Abs. 8 Satz 5 und 6 BtMVV soll eine Fortführung der Substitution im Ausland ermöglichen, die ohne diese Regelung meist ausgeschlossen wäre. Zwar gibt es inzwischen in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union Substitutionsbehandlung, jedoch sind die rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen – etwa im Hinblick auf die Zugangsvoraussetzungen, die Substitutionsstoffe, die Registrierung, die psychosoziale Begleitung u.v.m. – so unterschiedlich, dass eine in Deutschland begonnene Substitutionsbehandlung nirgends ohne schwierige Umstellung fortgesetzt werden kann. Deshalb nimmt die Ausnahmeregelung es in

Kauf, dass der Patientin oder dem Patienten eine große Menge des Substitutionsmittels für einen langen, unkontrollierten Zeitraum überlassen wird. [...] Die Bundesregierung lehnt eine Ausweitung des Take-Home-Zeitraums [...] bei Auslandsaufenthalten über 30 Tage hinaus ab. Die geltenden Fristen tragen den verschiedenen Interessen und Gesichtspunkten angemessenen Rechnung: Sie berücksichtigen sowohl den Gesichtspunkt der schrittweisen Übernahme von Eigenverantwortung durch die Patientinnen und Patienten, als auch die Notwendigkeit der medizinischen Überwachung der Behandlung durch den Arzt sowie das Risiko des Missbrauchs des mitgegebenen Substitutionsmittels. Werden die Fristen verlängert, so wächst eben dieses Missbrauchsrisiko erheblich an und die Intensität der ärztlichen Betreuung des Patienten nimmt ab. Deshalb hält die Bundesregierung an den geltenden Fristen fest.“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2007)

4.3 Zur Position der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten und Änderungsvorschläge an die Politik

Aus Sicht der Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten gibt es Unzulänglichkeiten im Rahmen der aktuellen Rechtslage bezüglich Take-Home-Verordnungen, die im Sinne der Patienten dringend einer Korrektur bedürfen.

Take-Home-Verordnungen im Falle von Auslandsreisen werden gemäß BtMVV und der Richtlinien der Bundesärztekammer zwar als zu begründende Ausnahme- und Einzelfälle aufgefasst, in der Alltagsrealität stellen sie aber eher die Regel als die Ausnahme dar, denn die Mehrzahl ins Ausland verreisender Substitutionspatienten ist auf Grund der von der Bundesregierung selbst zutreffend beschriebenen Problemsituation – der Schwierigkeit der Einleitung der Fortführung von Substitutionsbehandlungen im Ausland und der mit einer Weiterbehandlung verbundenen Umstellungsproblematik - auf die Mitgabe (Take-Home) ihres jeweiligen Substitutionsmittels angewiesen, zumal selbst in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union in der Regel keine flächendeckenden Versorgungsstrukturen bestehen.

Allerdings darf hier nicht unerwähnt bleiben, dass sich in 2007 43,5% der Anfragen an die Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten auf die Auslotung von Möglichkeiten der Fortführung von Substitution im Ausland bezogen und dass Weitervermittlungen an substituierende Ärzte oder Ambulanzen im Ausland durchaus auch erfolgreich abgeschlossen werden konnten. Darüber hinaus kann allein schon auf Grund der von der Koordinationsstelle dokumentierten hohen Reiseaktivitäten von Substitutionspatienten nicht von Ausnahme- bzw. Einzelfällen die Rede sein.

Durch eine Änderung der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV) am 1. Juli 2001 wurden zwar rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen, die zu einer wesentlichen Verbesserung der Auslandsreisemöglichkeiten von Substitutionspatienten geführt haben. Dennoch gilt es, in Bezug auf Auslandsreisen auf die Möglichkeit flexiblerer Regelung im Einzelfall hinzuwirken, denn die Begrenzung auf 30 Tage Take-Home pro Jahr ohne die Möglichkeit der Erteilung von Sondergenehmigungen gestaltet sich vor allem für **berufstätige Patienten (z.B. Monteure, Computer-/IT-Bereich, Reiseleiter, Musiker, Matrosen)**, die häufiger beruflich bedingt ins Ausland reisen müssen, oft als arbeitsplatz- und existenzgefährdend, da am Aufenthalts-/Einsatzort oder in zumutbarer Entfernung davon entweder keine Weiterbehandlungsmöglichkeit besteht oder die Vergabe innerhalb der Arbeitszeiten stattfinden muss. Darüber hinaus: Die Formulierung „30 Tage innerhalb eines Zeitraums von 12 Mona-

ten (nicht Kalenderjahr)“ führt in der Alltagspraxis häufig zu großen Missverständnissen sowohl auf Arzt-, Berater- und Patientenseite. Hier ist eine unmissverständliche, aber simple Klarstellung im Gesetzestext anzuraten: 30 Tage innerhalb eines Kalenderjahres.

Allein die Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten erhält pro Jahr zwischen 20 und 30 Informationersuchen von Patienten, die sich auf Grund beruflicher Verpflichtungen im Ausland aufhalten und dabei den vom Gesetzgeber eingeräumten Zeitrahmen von 30 Mitgabeterminen ihres Substitutionsmittels innerhalb von 12 Monaten überschreiten müssen. Die aktuellen Take-Home-Regularien werden diesem Patientenbedarf und den Zielen von Substitutionsbehandlungen (hier: Teilhabe am Arbeitsleben) oft nicht gerecht. Dies führt in der Praxis dazu, dass Ärzte gelegentlich nicht erlaubte „Kunstgriffe“ anwenden (Gerlach & Meyer-Thompson 2004) oder sich Patienten über den Schwarzmarkt mit den zusätzlich benötigten Mengen ihres jeweiligen Substitutionsmittels versorgen müssen. Hier ist zumindest die ärztliche Praxis der aktuellen Rechtslage voraus.

Die nunmehr 12-jährigen Erfahrungen der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten zeigen, dass viele Substitutionspatienten auf Grund beruflicher Verpflichtungen für einen längeren Zeitraum als 30 Tage pro Jahr Auslandsreisen planen müssen (z.B. 6 mal 10 oder 3 mal 15 Tage). Hierbei gilt - um es noch einmal deutlich zu betonen - zu berücksichtigen: Auch im Ausland gibt es meist keine flächendeckenden Versorgungsstrukturen – sie sind in vielen Staaten sogar wesentlich lückenhafter als in Deutschland -, so dass Fortführungen der Substitutionsbehandlung am Einsatzort oftmals nicht möglich sind. Zudem bieten eine Reihe der 64 Staaten mit Methadonbehandlung und der 36 Staaten mit Buprenorphinbehandlung keine Behandlungsplätze für ausländische Besucher an. Die Zahl der Staaten, in denen überhaupt keine Substitutionsbehandlungen durchgeführt werden (dürfen), ist weiterhin hoch. Doch selbst wenn Weiterbehandlungsmöglichkeiten am Einsatzort gegeben sind, so korrelieren die Arbeitszeiten häufig nicht mit den Vergabezeiten. Somit kann die aktuelle Take-Home Regelung bezüglich Auslandsreisen den erfolgreichen beruflichen Rehabilitations-/Integrationsprozess substituierten Patienten – eines der wesentlichen Ziele von Substitutionsbehandlungen - gefährden, ja gar den Einstieg in das heutzutage teils globale Mobilitätsfähigkeit fordernde Berufs- und Arbeitsleben verhindern.

Wenn wir hier für eine Erweiterung der Obergrenze der Verschreibung von Take-Home bei Auslandsreisen eintreten, so meinen wir nicht die Überschreitung von 30 Tagen pro jeweiliger Auslandsreise – eine Mitnahme von mehr als 30 Tagesrationen wäre auf Grund der Einfuhrbestimmungen fast aller Staaten ohnehin nicht praktikabel -, sondern zielen vielmehr ab auf folgende, beliebig variierbare Möglichkeiten: Mitgabe von 2 x 30, 6 x 10, 3 x 15, 4 x 12, 2 x 25, 3 x 12 etc. Tagesrationen pro Kalenderjahr in begründeten Ausnahmefällen:

Für über die bisherige Höchstgrenze hinausgehende Zeiträume sollte den zuständigen Betäubungsmittel-Überwachungsbehörden ein Ermessensspielraum für individuelle Sonderfälle nach eingehender Besprechung mit dem behandelnden Arzt eingeräumt werden. Die Möglichkeit der Erteilung von Sondergenehmigungen sollte nicht nur im Falle beruflich notwendiger Auslandsaufenthalte greifen können. Hierzu ein aktuelles Beispiel:

Nach wie vor ist in Polen eine Weiterbehandlung ausländischer Patienten mit Substitutionsmitteln praktisch nicht möglich. Folgender Fall wäre denkbar: Ein Patient (mit Migrationshintergrund) ist bereits zu Ostern für 30 Tage in Polen zum Urlaub bei Familienangehörigen oder Verwandten gewesen. Im Herbst tritt in der Familie ein Todesfall ein. Der noch in Polen lebende Vater ist verstorben. Da der Patient aber bereits die Höchstmitnahmedauer von 30 Ta-

gen innerhalb von 12 Monaten ausgeschöpft hat, gibt es nach aktueller bundesdeutscher Rechtslage keine Möglichkeit, dass er für die Dauer der Trauerfeierlichkeiten und der Klärung möglicher Erbschaftsangelegenheiten eine Mitgabe seines Substitutionsmittels erhalten kann. Die Konsequenz lautete: Er wäre gezwungen sich auf dem deutschen Schwarzmarkt sein Substitut zu beschaffen. Auf Grund der Rechtslage wäre er folglich zu illegalem/kriminellem Handeln gezwungen.

Sondergenehmigungen würden Ausnahmefälle bleiben, denn, salopp formuliert, wer von den „Normalsubstituierten“ kann schon über 30 Tage pro Jahr hinausgehende Auslandsaufenthalte finanzieren? Die große Mehrzahl der Substitutionspatienten, von denen viele ohnehin gar nicht Take-Home-berechtigt sind, wird durch die „30-Tage-Frist“ realiter nicht eingeschränkt. Allerdings gibt es **berufstätige Substitutionspatienten**, die sich Auslandsurlaube von mehr als 30 Tagen pro Jahr finanziell leisten können, sich auf Grund beruflich bedingter Verpflichtungen aber bereits 30 Tage mit Mitgaben im Ausland aufgehalten haben. Diese müssen dann ihren Urlaub, im Gegensatz zu Schmerzpatienten, entweder in Deutschland verbringen oder an einem Ort im Ausland, an dem eine Fortführung der Weiterdosierung mit dem jeweiligen Substitutionsmittel möglich ist? **Die Ungleichbehandlung von stabilen und sozial-integrierten Substitutionspatienten gegenüber Schmerzpatienten muss aufgehoben werden**, denn sie stellt den erfolgreichen Normalisierungs- und Integrationsprozess in Frage und fördert somit die Entwicklung von Minderwertigkeitsidentität im Sinne „Bürger zweiter Klasse“. In diesem Kontext muss ergänzend darauf hingewiesen werden, dass – entgegen der Aussagen der Bundesregierung - Take-Home-fähigen Patienten nicht immer „eine große Menge des Substitutionsmittels überlassen wird“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2007), denn die jeweilige für einen Auslandsaufenthalt verordnete Gesamtmenge eines Substitutionsmittels ist doch abhängig von der Tagesdosierung eines Patienten, und es gibt viele Substitutionspatienten im unteren und mittleren Dosierungsbereich.

Um es abschließend noch einmal deutlich zu sagen: Unsere Änderungsvorschläge zielen nicht darauf ab, Willkür und „Wildwuchs“ im Rahmen von Take-Home zu schüren. Sie beziehen sich vielmehr ausschließlich auf die Ermöglichung von Reiseaktivitäten in den o.g. Fällen und nur dann, wenn Patienten die unter 4.1 dokumentierten rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen für eine Take-Home-Eignung erfüllen.

5. Perspektiven der Arbeit

Die Fortführung der Förderung der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Höhe von 5.000 EUR ist für das Jahr 2010 gesichert. Ob dies jedoch auch ab 2011 noch der Fall sein wird, bleibt angesichts der Kommunalisierung der Landesfördermittel in NRW weiterhin unklar.

Unser besonderer Dank gilt dem Baron Edmond DeRothschild Chemical Dependency Institute (CDI), das seine finanzielle Unterstützung in 2010 fortsetzen wird. Dies war nicht absehbar, da die DeRothschild-Stiftung die Fördermittel für das CDI zum Jahresende 2009 auf Grund eigener knapper finanzieller Ressourcen streichen musste. Ohne den Support des CDI hätte die Koordinationsstelle in den vergangenen Jahren ihren Betrieb spürbar einschränken müssen! Die Höhe der Förderleistung des CDI beläuft sich in 2010 noch einmal auf 3.600 \$US. Nach aktuellem Kenntnisstand muss aber davon ausgegangen werden, dass dies die letz-

te Bereitstellung von Fördermitteln durch das CDI bedeutet.

Die Zukunft der Koordinationsstelle stellt sich nach Ablauf des Jahres 2010 somit ungewisser denn je dar.

Im Interesse der Substitutionspatienten werden wir uns aber auch in 2010 wieder mit aller Kraft darum bemühen, alle eintreffenden Anfragen schnellstmöglich zu bearbeiten, damit die Patienten ihre geplanten Auslandsurlaube verwirklichen oder beruflich bedingte Auslandsaufenthalte wahrnehmen können.

6. Literatur

Akzept e.V. & Stöver, H. (2010) Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: IMPROVE-Eine Befragung unter Drogenkonsumenten, Patienten und Ärzten - Ansätze zur Verbesserung einer erfolgreichen Therapieform. Berlin

Bundesärztekammer (2002) Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Bundesärztekammer. Köln, den 22.03.2002

Deutscher Bundestag (2007): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/6508 -. Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/6655, 10.10.2007

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2009): Drogen- und Suchtbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin

Geltinger, K. (2010) Methadon-Substitution in Landshut: Den schwarzen Peter hat der Kranke. In: Hallertauer Zeitung v. 23. Januar (verfügbar im Internet unter <http://www.idowa.de/hallertauer-zeitung/container/container/con/676155.html>. Stand: 30.01.2010)

Gerlach, R. (2005a) Inlands- und Auslandsreisen unter Substitutionstherapie. In: Gerlach, R. & Stöver, H. (Hg.) Vom Tabu zur Normalität. Lambertus. Freiburg, 313-317

Gerlach, R. (2005b) Reisen unter Substitutionsbehandlung. In: Backmund, M.: Suchttherapie. Ecomed. Landsberg. Grundwerk 1999. 7. Ergänzungslieferung, Mai 2005

Gerlach, R. (2008): Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten. Jahresbericht für 2007 - Berichtszeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember 2007 Erstellt im Auftrag des Instituts zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik (INDRO) e.V., Münster, des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf und des Baron Edmond DeRothschild Chemical Dependency Institute, New York City, USA. INDRO e.V. Münster

Gerlach, R. (2009): Take-Home-Verordnungen von Substitutionsmitteln für Opiatabhängige bei Auslandsreisen – Positionsbestimmung und Änderungsvorschläge zur aktuellen Rechtslage. In: Schneider, W. & Gerlach, R. (Hg.): Drogenhilfe und Drogenpolitik. VWB. Berlin, 147-153

Gerlach, R./Meyer-Thompson, H.-G. (2004) Substitutionspatienten auf Reisen – was gilt es zu beachten? Ein Leitfaden für Patienten, Eltern, Ärzte und Beratungsstellen. In: Schneider, W./Gerlach, R. (Hg.): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin, 77-90