

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

Jahresbericht für 2016

- Berichtszeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember 2016 -

**Erstellt von
Ralf Gerlach**

im Auftrag des

**Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf**

und des

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

**©INDRO e.V.
Bremer Platz 18-20
D-48155 Münster
Fon: +49 (0)251-60123
Fax: +49 (0)251-666580
Email: indroev@t-online.de
Internet: www.indro-online.de
Facebook: www.facebook.com/indroev**

Münster, 14. Februar 2017

0. Vorwort

Mit Jahresbeginn 2017 ist die *Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten* in ihr 20. Betriebsjahr gestartet! Sie hält im Auftrag und mit Fördermitteln des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) Patienten in Opioid-Substitutionstherapie (OST) und deren professionellen Helfern sowie Angehörigen ein breitgefächertes Leistungsspektrum zur Realisierung von Urlaubs- oder beruflich bedingten Reisen ins nahe und ferne Ausland vor. Weltweit ist sie die einzige Stelle, die einen solchen umfangreichen Service hinsichtlich aller Staaten der Welt vorhält.

Die in diesem Jahresbericht dokumentierte, anhaltend hohe Nutzungsfrequenz unseres Leistungsangebotes zeigt, dass die Koordinationsstelle seit Inbetriebnahme nicht an Stellenwert für Patienten in OST und professionell Helfende eingebüßt hat.

Nach unserem Kenntnisstand ist noch in der laufenden Legislaturperiode mit einer Änderung der die OST betreffenden Paragraphen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zu rechnen. Die für unsere Koordinationsstelle bedeutsamste Änderung würde die Bestimmungen bezüglich der Take-Home-Regularien betreffen. Aller Voraussicht nach wird die von uns bereits seit Jahren kritisch kommentierte Begrenzung der Mitnahme von Substitutionsmitteln auf einen Zeitraum von 30 Tagen innerhalb von 12 Monaten endlich aufgehoben! Dies würde nicht nur für berufstätige OST-Patienten eine enorme Erleichterung und einen weiteren wichtigen Schritt in Richtung der „Normalisierung“ ihres Patientenstatus‘ bedeuten.

Die von uns angebotenen Hilfen können nicht ohne finanzielle Unterstützung geleistet werden. Daher gilt unser Dank dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen (MGEPA NRW), ohne dessen Bereitstellung von jährlichen Fördermitteln in Höhe von 5.000 EUR die Aufrechterhaltung des Betriebs der Koordinationsstelle nicht möglich wäre. Die Höhe der Förderleistung lässt allerdings erahnen, dass unserer Arbeit auch Grenzen gesetzt sind.

Münster, den 14. Februar 2017

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

1. Grundlegende Informationen und Problemskizzierung

Die Opioid-Substitutionstherapie (OST) ist mittlerweile, mit nur noch wenigen Ausnahmen – weltweit die Methode der Wahl in der Behandlung opioidabhängiger Menschen ist. Zum Jahresende 2016 gab es in mindestens 80 Ländern entsprechende Therapieangebote. Allein in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) beläuft sich das Patientenvolumen auf ca. 650.000 – weltweit sind es weitaus mehr als doppelt so viele Patienten, mit steigender Tendenz. In Deutschland haben wir ca. 77.000 OST-Patienten.

Parallel zum Anstieg der Patientenzahlen hat auch der Umfang an Reisebedarf und -aktivitäten enorm zugenommen. Die Realisierung anvisierter Inlands- und Auslandsreisen gestaltet sich jedoch oft schwieriger als von Patienten, Angehörigen, (Sucht-)Medizinern und Drogenhilfe erwartet.

Grundsätzlich dürfen alle OST-Patienten verreisen, vorausgesetzt es liegen keine medizinischen oder justiziell bedingten Gründe vor, die dies eindeutig ausschließen (z.B. krankheitsbedingte Reiseunfähigkeit, bevorstehende Gerichtsverhandlung, Bewährungsaufgaben).

OST-Patienten müssen ihren behandelnden Arzt über ihre Reisepläne in Kenntnis setzen. Stellt dieser eine Reisefähigkeit fest, muss nun auf Grund des aktuellen Behandlungsstatus‘ vom Arzt beurteilt werden (idealerweise in Rücksprache mit einer Psychosozialen Betreuungsstelle), ob eine Mitnahme des Substitutionsmittels (Take-Home-Verordnung) in Betracht kommt oder ob die Einleitung einer Weiterbehandlung bzw. -dosierung am Reisezielort erforderlich ist. Bei seiner Entscheidung sind die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Jahresberichtes geltenden, von der Bundesärztekammer (BÄK) in 2010 formulierten Stabilitätskriterien zur Voraussetzung für eine Take-Home-Verordnung zu beachten:

- Die Einstellungsphase auf ein Substitutionsmittel ist abgeschlossen;
- Im Therapieverlauf wurde eine klinische Stabilisierung erzielt;
- Selbstgefährdungsrisiken sind weitestgehend ausgeschlossen;
- Ein Parallelkonsum gesundheitsgefährdender Substanzen findet nicht statt;
- Kompliance gegenüber Arztpraxis und psychosozialer Betreuungsstelle (PSB) ist gegeben;
- Im psychosozialen Stabilisierungsprozess wurden Fortschritte erreicht;
- Hinweise für eine Fremdgefährdung durch Weitergabe des Substituts liegen nicht vor.

Erfüllt der Patient diese Vorgaben, so **kann** ihm der Arzt eine Take-Verordnung ausstellen. Ein Rechtsanspruch auf Erhalt von Mitgaben des jeweiligen Substitutionsmittels besteht nicht! Take-Home-Medikation aller gemäß der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) verschreibungsfähigen Substanzen zur OST (Methadon/L-Polamidon, Buprenorphin, Morphin - ausgenommen Diamorphin; Codein spielt bis auf wenige „Altfälle“ keine Rolle mehr) sind im Inland maximal in einer Menge von sieben Tagesdosen gestattet, bei Auslandsaufenthalten von bis zu 30 Tagesrationen innerhalb von 12 Monaten.

Wird Take-Home gewährt, ist abzuklären, welche Regelungen bezüglich des grenzüberschreitenden Mitführens ärztlich verordneter Betäubungsmittel je nach Reisezielland bestehen. Hierbei gibt es teils gravierende Unterschiede zwischen Reisen in Schengen-Unterzeichnerstaaten und Reisen in Nicht-Schengen-Unterzeichnerstaaten. Hinsichtlich dieser Regelungen gibt es **keine** Unterschiede zwischen OST-Patienten oder anderen mit betäubungsmittelhaltigen Medikamenten behandelten Patientengruppen (z.B. Schmerzpatienten).

Reisen mit Take-Home in Schengen-Unterzeichnerstaaten sind in aller Regel unproblematisch zu verwirklichen. Zur Mitfuhr benötigt wird das sog. „Schengenformular“, die „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung - Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens“ - Das Formular ist vom behandelnden Arzt auszufüllen und von der zuständigen (Landes-)Behörde zu beglaubigen (Formular-Bezugsquelle ist die Bundesopiumstelle). Die zuständigen Behörden für Beglaubigungen der Bescheinigungen zur Mitnahme von Betäubungsmitteln sind in den einzelnen Bundesländern nicht identisch. Informationen darüber, welche Behörde(n) in einem Bundesland zuständig ist(sind), können z.B. über die Gesundheitsministerien der Länder oder die Bundesopiumstelle eingeholt werden.

Problematischer gestaltet sich die Medikamentenmitnahme in Staaten außerhalb des Geltungsbereichs des Schengener Abkommens. Die Bandbreite der nationalen gesetzlichen Anforderungen reicht von einer ärztlichen Bescheinigung (evtl. mit zusätzlicher behördlicher Beglaubigung im Heimatland), einer Antragstellung zur Einfuhr (z.B. Vietnam), einer Beschränkung der Einfuhrmenge (z.B. Libanon, Türkei) bis hin zu einem gänzlichen Einfuhrverbot (z.B. Russland). Generell gilt: Ein Opioid-Ausweis oder ein Substitutions-Pass sind kein Ersatz für geforderte ärztliche Bescheinigungen! Ohne gültige Arztbriefe und eventuell zusätzlich erforderliche Dokumente kann Patienten die Ein- oder Ausreise verweigert werden, die Medikamente können vom Zoll beschlagnahmt werden, schlimmstenfalls kann es sogar zu einer Inhaftierung kommen.

Seit dem 6. November 2006 geltenden im Flugbetrieb besondere Sicherheitsregeln für Ab- und Anschlussflüge. Diese betreffen vor allem die Mitnahme von Flüssigkeiten in die Flugzeugkabine - entweder per Handgepäck oder in der Kleidung - und somit auch in flüssiger Form verordnetes Methadon und Polamidon. Die Mitnahme von mehreren Tagesdosen, d.h. mehreren Fläschchen (maximal bis zu 30!) wirft in jedem Fall Probleme auf – trotz korrekter Etikettierung könnten die Behältnisse ja flüssigen Sprengstoff enthalten-, mindestens kommt es zu Verzögerungen beim Ein- oder Auschecken. Deshalb, aber auch wegen größerer „Haltbarkeit“ (kein Zerschlagen/Auslaufen) ist bei Auslandsflugreisen die Mitgabe von Methadon- oder L-Polamidon-Tabletten anzuraten – L-Polamidon gibt es seit Anfang 2016 von Sanofi auch als Tablette.

Kommt im Einzelfall dennoch aus ärztlicher oder Patientensicht keine Umstellung auf Tabletten in Frage, so sind die Patienten auf mögliche Risiken hinzuweisen (z.B. Gepäckverlust) und darauf, sich rechtzeitig vor Reiseantritt bei den jeweiligen Fluglinien über die aktuellen Sicherheitsregeln und Transportbedingungen zu erkundigen.

Entfällt Take-Home, muss versucht werden, am geplanten Aufenthaltsort eine Weiterbehandlungsmöglichkeit einzuleiten. Dabei können folgende Schwierigkeiten auftreten:

- Im Reisezielland sind Substitutionstherapien nicht zugelassen
- Es gibt keine flächendeckende Versorgungsstruktur im Reisezielland - Am Aufenthaltsort befindet sich keine OST-Ambulanz oder –Arztpraxis
- Es treten sprachliche Barrieren auf
- Faxsendungen oder Emails landen ungelesen in der Ablage
- Öffnungszeiten von Ambulanzen/Arztpraxen liegen im Falle beruflich bedingtem Auslandsaufenthalt während der Arbeitszeit
- OST ist zwar zugelassen, kann aber auf Grund von Medikamentenmangel nicht durchgeführt werden (zurzeit etwa: Buprenorphinengpass in Bulgarien und Rumänien)
- OST ist zwar zugelassen, Weiterbehandlungen ausländischer Patienten werden aber abgelehnt, da es bereits für einheimische Patienten Wartelisten zur Behandlungsaufnahme gibt.

Ist eine Vergabemöglichkeit gefunden, kann es vorkommen, dass vor Reiseantritt getroffene Absprachen mit einer ausländischen Vergabestelle nicht eingehalten werden:

- Es wird eine falsche Äquivalenzdosis (z.B. Levomethadon/Methadon-Razemat) errechnet
- Take-Home wird trotz vorheriger Zusage verweigert
- unerwartete Gebührenforderungen von Ärzten
- Einbestellung zu Urinkontrollen

Wer hilft bzw. stellt Informationen bereit, wenn OST-Patienten Auslandsreisen unternehmen möchten? Zunächst einmal sollten die Patienten selbst versuchen sich kundig zu machen. Bleiben sie dabei erfolglos, müssen sie ihren Arzt oder eine Drogenhilfeeinrichtung zu Rate ziehen. Die Unterstützung bei Auslandsreisen gehört nach unserer Auffassung mit zum Aufgabenkatalog der sog. „PSB“, der psychosozialen Betreuung/Beratung von OST-Patienten - Die meisten PSB-Stellen, aber auch viele engagierte Ärzte und deren Praxisteams leisten mittlerweile eine sehr gute Unterstützungsarbeit!

Wie bereits angedeutet: Trotz großem Engagement und zeitaufwendiger Recherchearbeit scheitern Patienten und professionell Helfende oft daran, die für geplante Auslandsreisen erforderlichen Informationen aufzufinden. Spätestens dann sollte die Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten kontaktiert werden.

2. Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substituierten

Die bereits in 1998 im Auftrag des Gesundheitsministeriums NRW in Betrieb genommene und bei INDRO e.V. in Münster angesiedelte „Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten“ ist ein weltweit einmaliger Service zur weltweiten Unterstützung von Patienten, Angehörigen, Ärzten und Drogenhilfeeinrichtungen. Sie bietet nicht nur Informationen und Recherchehilfe bezüglich länderspezifischer Einfuhrrichtlinien, sondern hilft auch bei der Suche nach OST-Anbietern im Ausland, um Weiterbehandlungen vor Ort ermöglichen zu können. Ferner stellt sie eine Reihe von Formularen zur Verfügung. Sie ist telefonisch, per Brief, Email oder Fax *direkt* erreichbar. Darüber hinaus kann eine *indirekte* Nutzung über den Besuch unserer umfangreichen reiserlevanten Internetseiten und den Abruf der dort präsentierten Informationen erfolgen. Das gesamte Leistungsspektrum stellt sich wie folgt dar: 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 OST-Koordinierungsstellen und/oder Ärzten/Kliniken/Ambulanzen inner- und außerhalb Europas (eine konkrete Vermittlung/Anmeldung muss in der Regel vom behandelnden Arzt oder einer für die OST-Patienten zuständigen PSB-Stelle geleistet werden); sie ist nicht zuständig für die Vermittlung von Kontaktadressen an deutsche Patienten innerhalb Deutschlands;
- bietet Hilfe an, 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);
- 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;
- 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. European Harm Reduction Network, Harm Reduction International, International Center for Advancement of Addiction Treatment) an und verweist auf deren im Internet zur Verfügung gestellte Informations- und Beratungsangebote.

2.1 Nutzung der Angebote der Koordinations- und Informationsstelle

Bei der Auswertung der Nachfragefrequenz und des Umfangs an geleisteter Unterstützung differenzieren wir zwischen *direkter* und *indirekter* Nutzung unserer Angebote: **Direkte Nutzung/Kontaktierung** erfolgt per Telefon, Email, Fax, Brief oder persönlichem Erscheinen zur Beratung. **Indirekte Nutzung** erfolgt über den Besuch unserer umfangreichen reiserelevanten Internetseiten und den Abruf der dort präsentierten Informationen.

Die Evaluationsergebnisse der direkten Angebotsnutzung unserer Koordinationsstelle sind nicht repräsentativ für die Gesamtlage der Reiseaktivitäten von OST-Patienten in Deutschland. Konkrete bundesdeutsche Daten zum Umfang der Inlands- und Auslandsreise-Aktivitäten von OST-Patienten liegen nicht vor. Die jährliche Zahl an auslandsreisenden Patienten liegt nach unserer Schätzung jedoch weit im vierstelligen Bereich. Auf Grund des Umfangs des hier dokumentierten Nachfragebedarfs und der uns erreichenden Rückmeldungen aus Substitutions- und Drogenhilfeeinrichtungen spiegeln unsere Daten aber einen realistischen Trend wider.

2.1.1 Direkte Nachfragefrequenzen/Unterstützungsleistungen

Die Koordinationsstelle wurde in den vergangenen 19 Jahren insgesamt 8.111 Male *direkt* (= per Telefon, Email, Fax, Brief, oder persönlichem Erscheinen zur Beratung bei INDRO) kontaktiert. Von den diesen direkten Kontakten bezogen sich 1.780 auf Fragen allgemeiner Art [hierunter subsumieren wir etwa Anfragen zu Reisebestimmungen ohne konkrete Nennung von Zielländern, Fragen bzgl. des BtMG und der BtMVV, insbesondere zum Zeitrahmen der 30-Tage-Take-Home-Regelung (Irritationen, weil nicht das Kalenderjahr gilt bzw. weil die 12-Monate-Regelung nicht bundeseinheitlich angewandt wird), BtMAHV, Schengener Durchführungsabkommen Artikel 75 (Geltungsbereich und –dauer, fällige Gebühren), Formularanforderungen, Aufgabenbereich€ von Amtsapothekern]. In 6.331

Fällen wurde im Rahmen direkter Kontaktaufnahme gezielt nach den in spezifischen Staaten geltenden Reiseregularien und/oder Kontaktadressen örtlicher Ärzte/Ambulanzen/Kliniken zur Weiterbehandlung mit dem jeweiligen Substitutionsmittel gefragt (Tabelle 1).

In 2016 gab es erneut eine Zunahme an Nachfragen gegenüber dem Vorjahr. Es erreichten uns häufiger als früher Anfragen zu außerhalb des Geltungsbereichs des Schengener Abkommens liegenden Staaten, deren Bearbeitung wesentlich zeitintensiver ist. Spitzenreiter hinsichtlich der nach Auskunft ersuchenden Personen/Institutionen ist mit weitem Abstand die Gruppe der OST-Patienten mit einem Anteil von 58,9% (Tabelle 2). Das starke Engagement der Patienten weist darauf hin, welche hohen Stellenwert die Möglichkeit von Auslandsaufenthalten (urlaubsbezogen oder beruflich bedingt) für sie hat.

Tabelle 1: Direkte, allgemeine und konkrete Nachfragen 1998-2016*

Jahr	Nachfragen Gesamt*	Allgemeine Informations-Ersuchen*	Konkrete, länderspezifische Auskunftersuchen bzgl. Reiseregularien (Mitnahme des Substitutionsmittels/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
2010	388	87	301
2011	339	63	276
2012	352	64	288
2013	327	49	278
2014	308	106	202
2015	326	81	245
2016	374	66	308
Gesamt	8.111	1.780	6.331

* Ohne Berücksichtigung von Nachfragen nach Vermittlung deutscher Patienten innerhalb Deutschlands (im Jahresdurchschnitt 2002 bis 2013 56 Anfragen pro Jahr; 2014 = 47, 2015=52, 2016=43)

Tabelle 2: Direkte Nachfragefrequenz nach Nutzer-Gruppen 1998-2016¹ in %

Nachfragegruppen	%																		
	1998 ²	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
OST-Patienten	30	35,3	31,2	37,5	35,5	40,7	39,0	40,6	44,6	52,9	54,3	55,8	52,5	50,0	53,4	55,5	57,2	60,6	58,9
Ärzte/Arztpraxen	20	22,5	19,4	16,3	17,6	13,9	14,8	11,4	10,9	6,4	13,6	7,0	11,3	11,7	8,2	15,1	7,2	8,9	8,9
Drogenberatungsstellen/Kontaktläden*	30	20,5	27,7	23,6	18,2	20,7	16,6	20,7	14,2	15,1	9,6	10,8	15,0	9,2	9,7	10,3	11,7	10,8	12,8
Substitutions-/Klinik-/Drogenambulanzen		5,8	7,1	8,3	9,5	7,4	18,3	10,6	14,2	14,0	7,6	14,6	8,3	9,2	16,0	7,5	8,9	7,4	3,0
Eltern von Patienten	5	4,3	2,6	3,2	3,4	3,5	1,2	4,6	1,0	0,7	1,6	0,6	1,7	4,1	4,8	2,7	2,8	3,0	2,2
AIDS-Hilfen/-beratungsstellen	5	3,1	2,4	2,5	2,5	0,9	0,6	0,4	0,5	1,7	0,7	0,3	0,3	0,0	0,0	0,7	0,0	0,5	
Gesundheitsämter ³		1,5	1,7	0,6	1,3	2,2	1,0	1,7	3,1	0,0	0,7	0,3	1,0	3,1	1,5	0,7	2,2	1,0	0,9
Apotheken		1,4	1,7	1,0	2,1	1,7	1,0	0,8	0,5	0,0	1,0	0,3	1,3	1,0	0,5	0,0	1,1	0,5	0,9
Ehe-/Beziehungspartner		1,4	1,7	1,6	1,7	1,3	2,4	4,2	5,7	5,8	5,0	5,0	5,0	6,6	3,9	2,0	6,1	2,9	6,2
Selbsthilfeorganisationen	5	0,8	0,9	1,0	1,5	1,1	1,0	0,4	0,5	0,5	1,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
Ärzttekammern		0,4	0,6	0,6	1,1	0,6	0,6	0,4	0,5	0,0	0,7	0,3	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Kassenärztliche Vereinigungen		0,4	0,4	0,4	1,1	1,7	0,2	0,4	0,5	0,0	0,7	0,6	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bewährungshilfen		0,4	0,9	0,6	1,1	0,6	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Anderer ⁴	5	2,3	1,7	2,8	3,4	3,7	2,6	3,4	3,8	2,9	3,6	3,8	3,0	5,1	1,5	4,8	2,8	4,4	6,2
Gesamt	100	100	100	100	100	100	99,9 ⁵	100	100	100	100,1 ⁵	100	100,1 ⁵	100	100	100	100	100	100

¹ Keine detaillierte Datenerhebung in Bezug auf Nachfragegruppen in 1998

² Schätzwerte

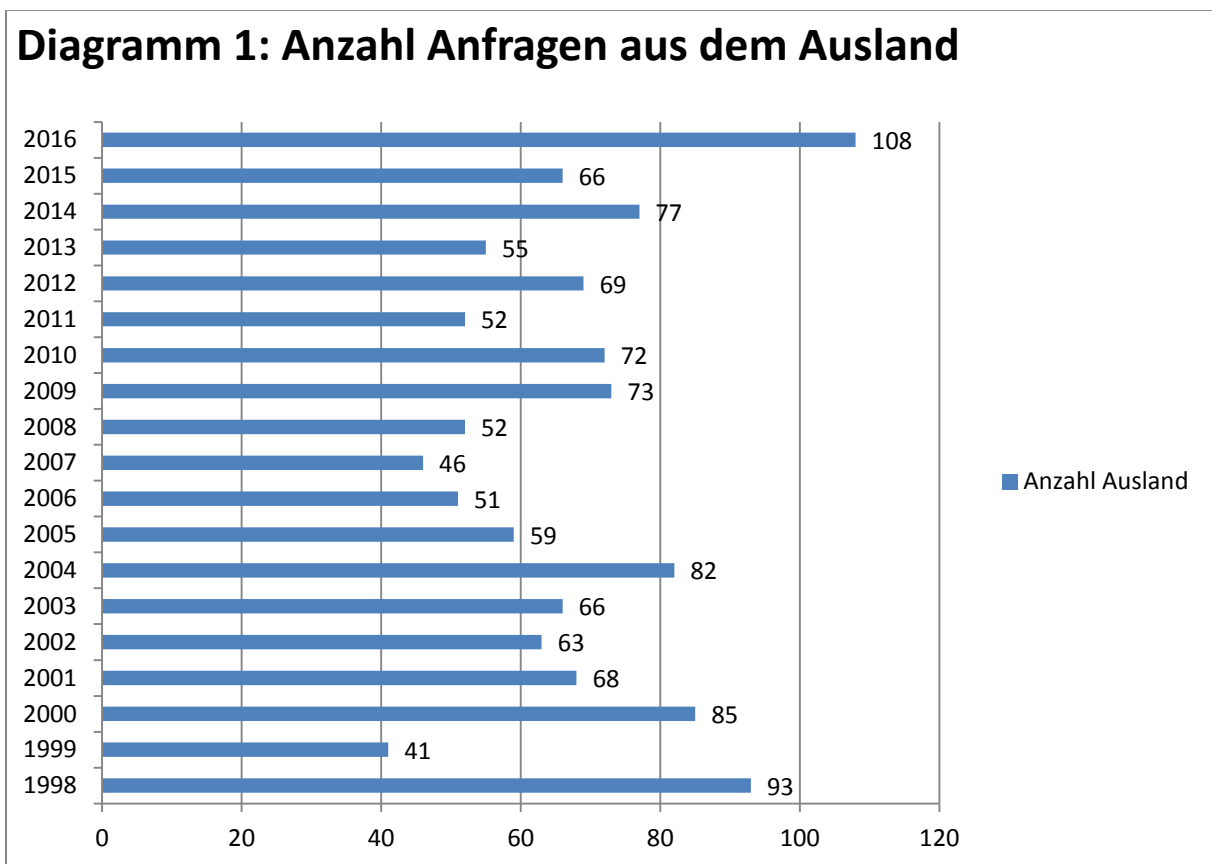
³ Inklusive Amtsapotheker

⁴ Unter „Anderer“ 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, (Ambulante) Pflegedienste, Rechtsanwälte, Reha-Einrichtungen, Justizvollzugsanstalten, Hilfsorganisationen für Asylbewerber, Asylbehörden, Reisebüros, Suchtkoordinatoren und Konsulate subsumiert.

⁵ Abweichung von 100% auf Grund von Rundungen

* inklusive psychosozialer Beratungs- und Betreuungsstellen

Insgesamt leisteten wir in den vergangenen 19 Jahren bei 1.278 direkten Kontakten aus dem Ausland Unterstützung, wobei die Kontaktaufnahme primär per Email erfolgte – im Vergleich hierzu findet die Kontaktaufnahme aus Deutschland unverändert gegenüber den Vorjahren in ca. 90% per Telefonanruf statt. Für 2016 ist ein deutlicher Anstieg festzustellen: Es erreichten uns 108 direkte Informations- und Vermittlungswünsche aus insgesamt 23 Ländern: USA 33, Australien 17, Italien 12, Kanada 7, Frankreich und Kroatien jeweils 6, Österreich, Portugal und Schweiz jeweils 3, Großbritannien, Irland, Mazedonien und Spanien jeweils 2 sowie Finnland, Griechenland, Indien, Indonesien, Kolumbien, Rumänien, Serbien, Schweden, Slowenien und Thailand je 1 Anfrage. Die Informationsnutzung unserer Angebotspalette durch ausländische Ärzte, Ambulanzen, Krankenhäuser, Drogenhilfeeinrichtungen, Eltern und Patienten erfolgt jedoch überwiegend über unsere Internetseiten. Die hier abgebildeten Daten können somit nur einen Minimalausschnitt aus der Summe aller Informationskontakte aus dem Ausland widerspiegeln. Diagramm 1 gibt Auskunft über die Anzahl direkter Anfragen aus dem Ausland im Verlauf der Jahre 1998 bis 2016:



Seit 2002 überwiegen die Nachfragen bezüglich der Mitnahmemöglichkeit des jeweiligen Substitutionsmittels ins Ausland deutlich gegenüber Nachfragen zu Weiterbehandlungsmöglichkeiten. In 2016 bezogen sich fast 60% der Informationersuchen auf im Ausland geltende Einfuhrregulativen zum persönlichen Gebrauch.

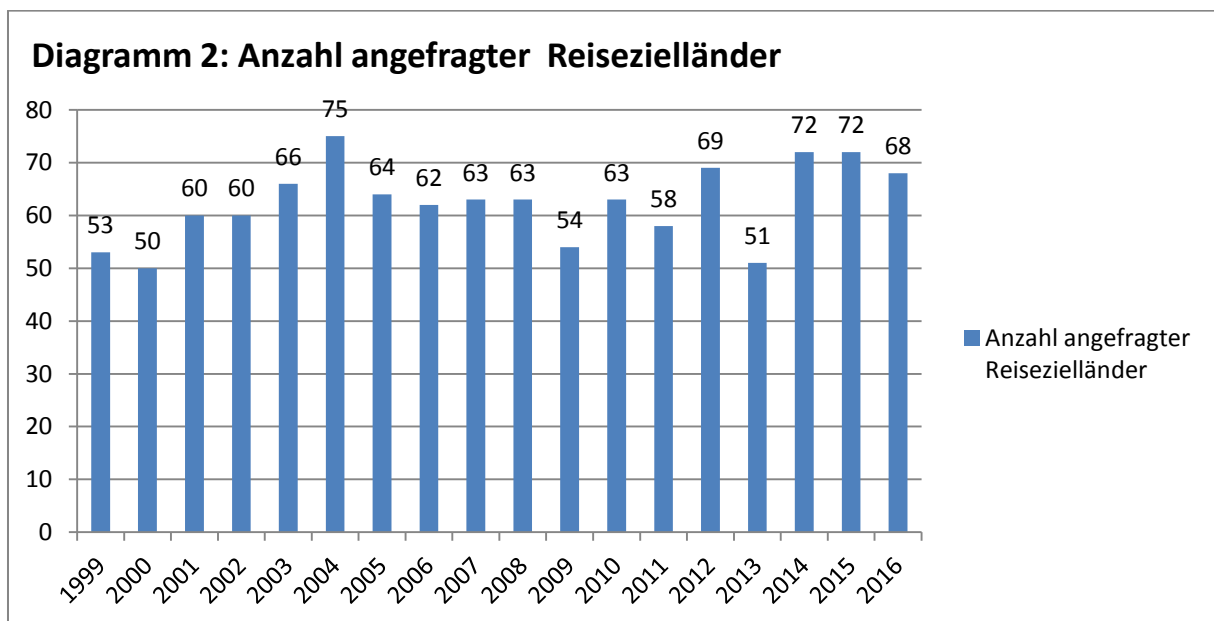
Differenziert nach Vermittlungersuchen zur Fortführung der Behandlung und der Auslösung von Möglichkeiten der Substitutionsmittel-Mitnahme (Take-Home) in jeweilige Reisezielländer ergibt sich in einem 18-Jahres-Verlauf folgendes Bild (Tabelle 3):

Tabelle 3: Weiterbehandlung versus Medikamentenmitnahme 1999-2016 (in %)*

Jahr	Behandlungsfortführung	Mitnahme des Substituts	Gesamt
1999	61,3	38,7	100
2000	64,1	35,9	100
2001	56,25	43,75	100
2002	43,7	56,3	100
2003	44,1	55,9	100
2004	40,6	59,4	100
2005	44,2	55,8	100
2006	34,0	66,0	100
2007	43,5	56,5	100
2008	48,8	51,2	100
2009	36,4	63,6	100
2010	23,8	76,2	100
2011	22,4	77,6	100
2012	39,3	60,7	100
2013	37,3	62,7	100
2014	39,6	60,4	100
2015	30,1	69,9	100
2016	40,1	59,9	100

* Im ersten Betriebsjahr 1998 wurden hierzu noch keine Daten erhoben

Rückblickend auf unsere bisherige 19-jährige Tätigkeit gibt es fast kein Land mehr, nach dessen dort geltenden Einfuhrbestimmungen oder Weiterbehandlungsvoraussetzungen nicht direkt nachgefragt worden ist. In 2016 wurden insgesamt 68 Reisezielländer direkt angefragt (Diagramm 2):



Direkt angefragte Reisezielländer in Reihenfolge der Nachfragehäufigkeit (abfallend, Zahl der Anfragen in Klammern) waren in 2016 (erstmalig liegt hier Deutschland an der Spitze!):

Deutschland (27), Türkei (23), Thailand (19), Spanien (18), USA (16), Griechenland (12), Italien (11), Ägypten (8), Niederlande (8), Frankreich (7), Kroatien (7), Großbritannien (6), Marokko (6), Vereinigte Arabische Emirate (6), China (5), Dominikanische Republik (5), Kasachstan (5), Russland (5), Vietnam (5), Bulgarien (4), Indonesien (4), Kanada (4), Polen (4), Schweiz (4), Bahamas (3), Dänemark (3), Irland (3), Kuba (3), Malta (3), Österreich (3), Neuseeland (3), Südafrika (3), Tschechien (3), Ungarn (3), Zypern (3), Argentinien (2), Aruba (2), Australien (2), Brasilien (2), Indien (2), Iran (2), Israel (2), Jamaika (2), Japan (2), Kolumbien (2), Kosovo (2), Libanon (2), Litauen (2), Malaysia (2), Malediven (2), Mexiko (2), Myanmar (2), Philippinen (2), Rumänien (2), Schweden (2), Serbien (2), Slowakische Republik (2), Slowenien (2), Afghanistan (1), Armenien (1), Aserbaidschan (1), Chile (1), Madagaskar (1), Mauritius (1), Panama (1), Sri Lanka (1), St. Lucia (1), Südkorea (1).

Die konkreten Nachfragen bezüglich Medikamentenmitnahme und Weiterbehandlungsmöglichkeiten bezogen sich im Zeitraum von 2003 bis 2016 auf folgende Substanzen (Tabelle 4):

Tabelle 4:
Konkrete (direkte) Nachfragen 2003 bis 2016 differenziert nach Substanzen (in %)*

Jahr	Methadon ¹	Buprenorphin	Codein/DHC	Morphin ⁸	
2003	81,5	16,2	1,7	0,6	100
2004	80,3	18,9 ²	0,5	0,3	100
2005	84,4	14,0 ²	0,8	0,8	100
2006	80,1	17,3 ²	2,1	0,5	100
2007	83,4	16,6 ³	0,0	0,0	100
2008	83,4	15,6	0,7	0,3	100
2009	76,3	23,1 ⁵	0,6	0,0	100
2010	81,3	17,2 ⁶	0,4	1,1	100
2011	78,8	20,2	0,0	1,0	100
2012	79,6	19,9 ⁷	0,5	0,0	100
2013	75,5	19,9 ⁹	0,0	4,6	100
2014	83,3	15,0 ¹⁰	0,0	1,7	100
2015	72,3	26,1	0,0	1,6	100
2016	67,8	28,2	0,0	4,00	100

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

¹Inklusive Polamidon® Lösung zur Substitution und Methadict®; ²ausschließlich Subutex®;

³fast ausschließlich Subutex®; ⁴Subutex®: 9,6%; Suboxone®: 6,0%; ⁵Subutex®: 18,8%; Suboxone®: 4,3%

⁶Subutex®: 13,8%; Suboxone®: 3,4%; ⁷Subutex® (einige wenige andere Monopräparate): 13,6%;

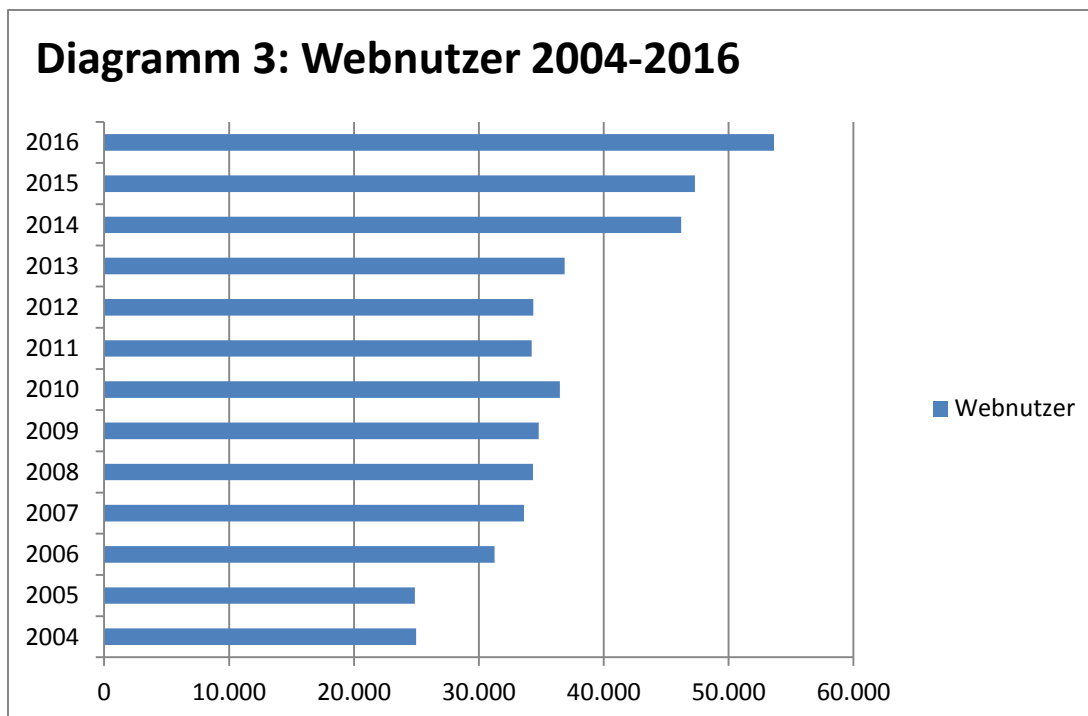
Suboxone®: 6,3%; ⁸Morphin ist u.a. in Österreich und seit 2015 in Deutschland zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger zugelassen; ⁹Subutex®: 14,6%; Suboxone®: 5,3%; ¹⁰Subutex®: 7,8%; Suboxone®: 7,2%

Seit 2013 gibt es keine Anfragen mehr bezüglich Codein und Dihydrocodein. Zwar gab es bisher noch nie einen so hohen Anteil bezüglich Buprenorphin wie in 2015 und 2016 bzw. noch nie einen so niedrigen Methadonanteil, doch zeigen sich im mehrjährigen Verlauf regelmäßig Schwankungen. Bereits in 2009 war eine ähnliche Entwicklung zu beobachten. Interpretationsversuche der Daten aus 2015 und 2016 würden daher nicht mehr als reine Spekulation bleiben.

2.1.2 Indirekte Nachfragefrequenzen/Vermittlung

Eine detaillierte Auswertung kann nur bezüglich der direkten Angebotsnutzung erfolgen, da uns zur Inanspruchnahme der Webinformationen nur statistische Daten zu den konkreten Besucherzahlen zur Verfügung stehen. Alle weiteren bei der Auswertung der direkten Kontakte berücksichtigten relevanten Daten sind bei der Auswertung der indirekten Kontakte nicht verfügbar.

Die Anzahl **indirekter Kontakte** über die auslandsreise-relevanten Seiten des INDRO-Websites ist in 2016 mit 53.627 weiter angestiegen (Diagramm 3). Seit Bestehen der Koordinationsstelle wurde diese Informationsquelle mehr als 516.000 Male genutzt. Diese hohe Nutzungsfrequenz unseres Webangebotes zeigt deutlich, welche immense Bedeutung unsere auslandsreiserelevanten Seiten für OST-Patienten, deren professionelle Helfer und Angehörige haben und dass der Nutzungsschwerpunkt unseres Informationsdienstes eindeutig im Bereich Internet angesiedelt ist.



3. Kritische Anmerkungen zur aktuellen Rechtslage

OST-Patienten sind gegenüber anderen mit Opioiden behandelten Patientengruppen in ihrer Mobilität wesentlich eingeschränkter. Wir haben bereits darauf hingewiesen, dass Take-Home-Medikationen aller gemäß BtMVV verschreibungsfähigen Substanzen zur OST (außer Diamorphin) bei Auslandsreisen nur in einer Menge von bis zu 30 Tagesrationen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten gestattet sind (bei Inlandsreisen sogar nur bis zu 7 Tagesrationen). Von dieser zeitlichen Beschränkung sind vor allem erwerbstätige OST-Patienten betroffen. Zwar fehlen spezifische und detaillierte Untersuchungen zum Umfang und zur Art der Erwerbsfähigkeit von OST-Patienten, doch legen Teildaten („Nebenprodukte“) aus Forschungsstudien nahe, dass eine nicht unerhebliche Anzahl der ca. 77.000 deutschen OST-Patienten am Erwerbsleben teilnimmt - die Daten schwanken zwischen 16 und 34%. Der Anteil derjenigen, die die Koordinationsstelle auf Grund beruflich bedingter Auslandsreisen kon-

taktierten, betrug in 2016 5,1%, unter Berücksichtigung von Kontaktierungen aus dem Ausland sogar 10,8%. Erwerbstätige OST-Patienten (Hauptberufsgruppen sind: Monteure, Computer-/IT-Spezialisten, Reiseleiter, Musiker, Flugbegleiter, Binnenschiffer, Hochseefischer, Crewmitglieder auf Kreuzfahrtschiffen, LKW-Fahrer) müssen oft häufiger als für 30 Tage pro Jahr in Arbeitseinsatz ins Ausland. Die vielfältigen möglichen Schwierigkeiten bezüglich der Einleitung und Aufrechterhaltung einer Weiterbehandlung/-dosierung am Reisezielort haben wir bereits skizziert.

Die aktuellen Take-Home-Regularien sind folglich nicht patienten- und bedarfsgerecht ausgestaltet. Sie offenbaren sich vor allem deshalb als praxis- und lebensweltfern, weil die im Inland auf 7 Tage begrenzte Take-Home-Möglichkeit (denken wir nur an Montagearbeiten im tiefsten Bayerischen Wald, die Wochenendarbeit mit einschließen) und die auf 30 Tage pro Jahr beschränkte Mitnahmehöchstdauer von Substitutionsmitteln bei Auslandsreisen berufliche Tätigkeiten von OST-Patienten im In- und Ausland oftmals gefährden oder gar verhindern und dadurch Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit und somit ein Abstieg in berufliche und soziale Desintegration droht - Die OST wird meist verheimlicht, um überhaupt einen Job zu erhalten und Kündigungen von Arbeitgebern oder soziale Ausgrenzung durch Kollegen zu vermeiden. Arbeitgeber reagieren in der Regel ablehnend, besonders auch dann, wenn ihnen von ihren Beschäftigten mitgeteilt wird, dass sie keine wohnortfernen oder Auslandsjobs anstreben können.

Diese Patienten haben zwar das wichtige Therapieziel Teilhabe am Arbeitsleben (Voraussetzung dafür ist nach unserer Auffassung psychosoziale Stabilität!) erreicht und erfüllen erfahrungsgemäß fast ausnahmslos die o.g. Voraussetzungen für Take-Home-Berechtigung, sind also „stabil“, werden dafür aber durch arbeitsplatz- und existenzgefährdende rechtliche Bestimmungen „bestraft“. Dies führt in der Praxis dazu, dass erwerbstätige OST-Patienten teils gezwungen sind „kriminell“ zu werden, um ihren Arbeitsplatz nicht zu verlieren (z.B. Beschaffung zusätzlich benötigter Mengen ihres Substitutionsmittels über illegale Quellen und dadurch bedingt auch erhöhte Gesundheitsgefährdung, Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz und Zollbestimmungen) und Ärzte gelegentlich nicht erlaubte „Kunstgriffe“ anwenden.

Generell sollte jedoch allen **stabilen** Patienten die Möglichkeit gewährt werden, mit Take-Home-Gaben in Urlaub fahren zu dürfen, egal wohin und nicht nur für 30 Tage innerhalb von 12 Monaten – mit BtM-rezeptpflichtigen Medikamenten versorgte Schmerzpatienten z.B. dürfen das auch, und zwar sogar ohne umfassende „Stabilitätsüberprüfung“.

Eine von der Koordinationsstelle bereits seit Jahren für notwendig erachtete und angemahnte Änderung der Take-Home-Regularien in Richtung einer zeitlichen Ausdehnung der Verschreibungsmöglichkeiten bei Auslandsaufenthalten blieb bisher leider unberücksichtigt. Allerdings liegt seit dem vergangenen Jahr ein Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Substitutionstherapie Opioidabhängiger vor, in dem die zeitliche Begrenzung von Take-Home bei Inlandsreisen ausgedehnt und bei Auslandsreisen derjenigen für andere Patientengruppen geltenden angepasst wird:

(http://www.dgsuchtmedizin.de/vorstandsnews/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=175&cHash=a05fbdda7c346307e74f3405188f0160).

Es zeichnet sich ab, dass die dort vorgeschlagenen Take-Home-Änderungen noch in der laufenden Legislaturperiode gesetzlich zementiert und somit Praxisumsetzung finden werden.

4. Neues Phänomen: Fake-Anfragen per Email

In 2016 wurden wir mit einem für die Koordinationsstelle neuen Phänomen konfrontiert: Fake-Anfragen per Email. Dabei handelt es sich um vorgetäuschte, d.h. nicht ernst gemeinte Hilfeersuchen. Uns erreichten insgesamt 14 derartige Emailanfragen, bisher nur aus dem Ausland. Wir werden hier nicht dokumentieren, wie solche Fake-Emails gestaltet sind und woran wir sie erkennen, um keine Nachahmung und oder eine veränderte Täuschungstarnung zu ermutigen.

5. Ausblick

Mit Beginn des Jahres 2017 hat die Koordinationsstelle ihr 20. Betriebsjahr aufgenommen. Wie die Auswertung der Nutzungsfrequenz zeigt, hat sie auch nach nahezu zwei Jahrzehnten nicht an Attraktivität und Stellenwert eingebüßt. Es ist geplant, im laufenden Jahr alle im Internet präsentierten Länderinformationen zu überarbeiten und zu aktualisieren – trotz aller zu erwartenden Hürden, die dabei gemeistert werden müssen (siehe Jahresberichte der Koordinationsstelle für 2014 und 2015). Zu Jahresbeginn 2018 wird eine ausführliche Dokumentation über die „ersten 20 Jahre“ der Arbeit unserer Koordinationsstelle erstellt werden.