

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

Jahresbericht für 2006

- Berichtszeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember 2006 -

**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**

Februar 2007

0. Vorwort

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über die nunmehr 9-jährige Arbeit der bei INDRO e.V. in Münster angesiedelten *Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten*. Insgesamt waren im Zeitraum von 1998 bis 2006 **4.470 direkte Kontakte** (Telefon, Fax, Brief, Email, persönliches Erscheinen bei INDRO), bei denen es sich in 3.475 Fällen um konkrete Vermittlungsanliegen oder um konkrete Anfragen zur Mitnahme des Substitutionsmedikamentes handelte, davon **608** aus dem Ausland, sowie allein seit 2003 **96.111 indirekte** Kontakte über die reiserelevanten INDRO-Webseiten, zu verzeichnen. Die hohe Nutzungsfrequenz der Angebote der Koordinationsstelle ist Beleg für einen weiterhin zunehmenden Informations- und Unterstützungsbedarf bei geplanten Auslandsreisen von Substitutionspatienten.

Unsere Arbeit musste und muss aufgrund sehr niedriger finanzieller Förderung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen von jährlich 5.000 EUR und durch das Baron Edmond DeRothschild Chemical Dependency Institute (CDI), New York, USA (Webadresse: www.opiateaddictionrx.info/) in Höhe von 4.000 \$US für das Jahr 2006 weitgehend mit den bei INDRO e.V. vorhandenen Ressourcen geleistet werden. Wir danken daher dem CDI für eine Erhöhung ihres Zuschusses auf 4.500 \$US für das Jahr 2007. Der in diesem Bericht dokumentierte hohe Informations- und Unterstützungsbedarf bzgl. Auslandsreisen von Substitutionspatienten umfasst nach wie vor ein Ausmaß, das angesichts der niedrigen finanziellen Fördermittel trotz großem Engagement der Koordinationsstelle nur kaum zu bewältigen ist. An dieser Stelle sei nur daran erinnert, dass neben der Bearbeitung der eingehenden Informationersuchen regelmäßig der eigene Informations- und Datenpool sowie die Internetseiten überarbeitet, ergänzt, aktualisiert und erweitert werden müssen.

Angesichts der enormen Zunahme der Nutzungsfrequenz unserer Internetangebote planen wir – trotz aller finanziellen und zeitlichen Einschränkungen – im Verlauf des Jahres 2007 eine vollständige Überarbeitung und Aktualisierung der im Internet präsentierten Informationen vorzunehmen. Es muss aber deutlich gesagt werden: Ohne die Gewährung zumindest Betriebskosten deckender Förderleistungen müsste die Koordinationsstelle ihre Angebote stark reduzieren. Wir bitten deshalb unsere Leser, Angebotsnutzer und weitere interessierte Menschen in 2007 um zusätzliche Spendenmittel, um einen Qualitätsverlust unserer Arbeit abwenden zu können. Unser Dank gilt all denen, die bereits in den zurückliegenden Jahren unsere Koordinationsstelle mit Spenden bedacht haben.

Trotz der kurz skizzierten Problematik haben wir in den vergangenen neun Jahren durch unsere Arbeit mit dazu beitragen können, dass vermutlich weltweit mehrere zehntausend substituierte Mitbürger und Mitbürgerinnen Auslandsaufenthalte realisieren konnten. Eine genaue Zahl lässt sich natürlich nicht ermitteln. Auf Grund einer hohen Nutzungsfrequenz seit Bestehen der Koordinationsstelle – nahezu 4.500 direkte Kontaktaufnahmen und mindestens 150.000 Besucher unserer reiserelevanten Webseiten - kann aber von einer sehr hohen Unterstützungsquote ausgegangen werden. Hierfür spricht auch eine starke Email-Resonanz durch Patienten, Ärzte und unterschiedliche Beratungsstellen.

Unsere neunjährigen Erfahrungen zeigen aber auch, dass nationale und internationale gesetzliche Rahmenbedingungen bei Substitutionsbehandlungen häufig dazu beitragen, dass Auslandsreisen nicht realisiert werden können. Daher findet in diesem Bericht die aktuelle Rechtslage in Deutschland bezüglich Take-Home besondere Berücksichtigung.

Münster, den 1. Februar 2007

Ralf Gerlach

1. Einleitung – Daten und Problemskizzierung

Methadon ist weltweit die am häufigsten eingesetzte Substanz im Rahmen von Substitutionsbehandlungen opiatabhängiger Patienten. Aktuell (Stand: 31.12.2006) werden Methadonbehandlungen in über 50 Staaten der Erde angeboten, wobei sich die Gesamtpatientenzahl auf über 730.000 beläuft und kontinuierlich ansteigt. Nach Methadon findet Buprenorphin (Subutex®, Suboxone®) weltweit am meisten Anwendung. Buprenorphin ist in ca. 35 Staaten zur Substitutionsbehandlung zugelassen. Nach unserer Schätzung gibt es weltweit mindestens 125.000 Buprenorphinpatienten (Tendenz: steigend). DHC (Dihydrocodein) und Codein kommt als Substitutionssubstanzen im Rahmen der Therapie Opiatabhängiger nur noch eine geringe Bedeutung zu. Codein oder Codein-haltige Präparate sind zwar weiterhin noch in einigen (vorwiegend asiatischen) Ländern rezeptfrei in Apotheken erhältlich und werden dort von Opiatabhängigen entweder zur Überbrückung von Heroin-Versorgungsengpässen oder zur „Eigentherapie“ verwendet, dürfen dort jedoch nicht im Rahmen von medikamentengestützter Therapie für Opiatabhängige ärztlich verordnet werden. In einigen wenigen Ländern, vorwiegend in Österreich, werden in der Substitutionsbehandlung auch retardierte Morphine verabreicht (Werner 2007). Die Gesamtzahl aller Substitutionspatienten weltweit ist bei mindestens 860.000 (Aceijas et al. 2006) anzusetzen - in Deutschland sind es aktuell ca. 65.000 (Bätzing 2006). Besonders im asiatischen und osteuropäischen Raum ist zukünftig mit einer starken Erweiterung an Substitutionsbehandlungsplätzen zu rechnen (Michels/Stöver/Gerlach 2007), so dass die Marke von einer Million Substitutionspatienten schon innerhalb der kommenden zwei bis vier Jahre sehr wahrscheinlich überschritten werden wird.

Über die Patientenzahlen und die zur Anwendung gelangenden Substitutionsmittel in Deutschland gibt **Tabelle 1** Auskunft:

Tabelle 1: Patientenzahlen in Deutschland in Relation zu verwendeten Substitutionsmitteln (2003 bis 2005)

Substanz	2003*		2004**		2005***	
	n	%	n	%	n	%
Methadon (gesamt)	48.216	86,1	48.064	83,3	50.020	82,0
Razemisches Methadon (<i>d,l</i> -Methadon)	39.200	70,0	39.409	68,3	40.382	66,2
Levomethadon (<i>l</i> -Methadon)	9.016	16,1	8.655	15,0	9.638	15,8
Buprenorphin (Subutex®)	6.888	12,3	9.001	15,6	10.492	17,2
Codein/Dihydrocodein (gesamt)	896	1,6	635	1,1	488	0,8
Dihydrocodein	784	1,4	519	0,9	427	0,7
Codein	112	0,2	116	0,2	61	0,1
Gesamt	56.000		57.700		61.000	

* Berechnet auf der Grundlage der im Drogen- und Suchtbericht 2004 dokumentierten Daten (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.): Drogen- und Suchtbericht. April 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin 2004)

** Berechnet auf der Grundlage der im Drogen- und Suchtbericht 2005 dokumentierten Daten (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.): Drogen- und Suchtbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin, Mai 2005)

*** Berechnet auf der Grundlage der im Drogen- und Suchtbericht 2006 dokumentierten Daten (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.): Drogen- und Suchtbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin, Mai 2006)

Trotz der enormen Ausweitung der Substitutionstherapie Opiatabhängiger gibt es jedoch in kaum einem Land flächendeckende Versorgungsstrukturen – selbst in den USA ist dieses Behandlungsangebot noch in einigen Bundesstaaten nicht zugelassen. 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 an ausgewählten einheimischen Heroinabhängigen im Rahmen von rigide strukturierten Pilotprogrammen zur Verfügung (z.B. Moldawien, Kirgisien, Ukraine). Eine derartige Limitierung bedingt unter anderem, dass dort (noch) keine Weiterbehandlungen ausländischer Reisender mit Methadon oder Buprenorphin möglich sind.

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 Belarus (Weißrussland), 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 Reisezielland 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?

Doch Reiseplanung und -organisation haben sich aufgrund weltweit uneinheitlicher und teils rigider Reise- und Versorgungsbestimmungen für Substitutionspatienten noch nie einfach gestaltet (Gerlach 2005). Reisen unter Take-home und/oder die Einleitung und Sicherung einer Weiterführung der Substitutionsbehandlung am geplanten Aufenthaltsort im Ausland sind auch in der Gegenwart in der Praxis nicht immer leicht zu verwirklichen. Die Realisierung von Reiseaktivitäten substituierter 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 oft ungerechtfertigt erschwert (GERLACH 2004). Noch immer existieren teils gravierende Vorurteile und negative Einstellungen gegenüber dieser Patientengruppe.

2. Zielsetzung, Aufgabenstellung und Angebote 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 2006 wurde die Koordinations- und Informationsstelle mit 5.000 EUR durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen sowie mit 4.000 \$US durch das Baron Edmond DeRothschild Chemical Dependency Institute (Webadresse: www.opiateaddictionrx.info/) gefördert.

Die Aufgaben und Angebote der Koordinationsstelle umfassen 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);
- stellt Merkblätter mit grundlegenden Informationen zur Verfügung;
- 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-Methwork, Central and Eastern European Harm Reduction Network) an und verweist auf deren im Internet zur Verfügung gestellte Informations- und Beratungsangebote.

Anhand der breiten Leistungspalette wird offensichtlich, dass auf Grund der geringen Fördermittel das Gros der Arbeit weitestgehend mit den bei INDRO e.V. vorhandenen Ressourcen geleistet werden muss.

Die „contact details“ der Koordinationsstelle lauten:

Internationale Koordinations- und Informationsstelle
für Auslandsreisen von Substitutionspatienten
c/o INDRO e.V.
Bremer Platz 18-20
D-48155 Münster
Fon: 0251-60123 oder 02571-582765
Fax: 0251-666580
Email: INDROeV@t-online.de
Web: www.indro-online.de
Kontaktperson: Ralf Gerlach

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.

Wir weisen an dieser Stelle 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.

3.1 Direkte Nachfragefrequenzen/Vermittlungstätigkeiten

Die Koordinationsstelle wurde in den vergangenen neun Jahren insgesamt 4.470 Male *direkt* (= per Telefon, Fax, Brief, Email oder persönliches Erscheinen zur Beratung bei INDRO) kontaktiert.

Einen genauen Überblick über die *direkten* Nachfragefrequenzen der ersten neun Jahre seit Bestehen der Koordinationsstelle liefert, differenziert nach Nachfragegruppen, Berichtsjahr und absoluten wie prozentualen Anteilen **Tabelle 2**. Der hohe Anteil an Patientenkontakten verdeutlicht ein großes persönliches Engagement der Betroffenen und zeigt, welch bedeutsamen Stellenwert Auslands-(Urlaubs-) Reisen für Substituierte einnehmen. Auffällig ist ein starker Rückgang der Kontaktaufnahme durch Drogenberatungsstellen und Kontaktläden gegenüber dem Vorjahr. Es bleibt abzuwarten, ob sich dieser Trend in 2007 bestätigt bzw. fortsetzt. Interpretationsversuche wären hier reine Spekulation, denn bereits für den Verlauf der Vorjahre waren breitere Schwankungen in Bezug auf die Kontaktfrequenz bestimmter Nutzergruppen zu verzeichnen, ohne dass konstante Abwärts- oder Aufwärtstrends eingetreten sind.

Von den 4.470 direkten Kontakten zwischen 1998 und 2006 bezogen sich 995 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 3.475 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 3**).

Insgesamt leisteten wir in den vergangenen neun Jahren bei 557 direkten Kontakten aus dem Ausland Unterstützung (**Tabelle 4**), 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%). Direkte Informations- und Vermittlungswünsche aus anderen Herkunftsländern spielten bisher nur eine untergeordnete Rolle (**Tabelle 5**).

Trotz leichter Abnahme *direkter* Nutzung unserer Angebote (**Tabelle 3 und 4**) liegt die Frequentierung unserer Koordinationsstelle nach wie vor auf hohem Niveau. Die aktuell zu beobachtende rückläufige Entwicklung im direkten Nachfragebereich ist sehr wahrscheinlich durch eine wesentlich erhöhte *indirekte* Nutzung unseres Internetangebotes zurück zu führen (siehe 3.3).

Nachfolgend seien die im Text erwähnten Tabellen abgebildet:

Tabelle 2: Direkte Nachfragefrequenz nach (Berufs-/Institutions-) Gruppen 1998-2006

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

¹ Keine Datenerhebung in Bezug auf Nachfragegruppen in 1998

² Schätzwerte

³ Inklusive Amtsapotheker

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 und Hilfsorganisationen für Asylbewerber subsumiert.

⁵ Abweichung von 100% auf Grund von Rundungen

Tabelle 3: Direkte, allgemeine und konkrete Nachfragen 1998-2006*

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
Gesamt	4.470	995	3.475

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

Tabelle 4: Direkte Nachfragen aus dem Ausland 1998 – 2006

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	N
n	93	41	85	68	63	66	82	59	51	608

Tabelle 5: Direkte Nachfragekontakte aus dem Ausland in 2005 und 2006 differenziert nach Herkunftsländern

2005 Anfragen aus	2005 Anzahl der Anfragen	2006 Anfragen aus	2006 Anzahl der Anfragen
USA	32	USA	27
Australien	6	Australien	3
Italien	5	Großbritannien	3
Großbritannien	4	Italien	3
Finnland	3	Kanada	3
Dänemark	2	Griechenland	2
Kanada	2	Österreich	2
Neuseeland	2	Schweiz	2
Schweiz	2	Spanien	2
Irland	1	Finnland	1
		Frankreich	1
		Israel	1
		Schweden	1

Differenziert nach Vermittlungsersuchen zur Fortführung der Behandlung und der Auslotung von Möglichkeiten der Substitutionsmittel-Mitnahme in jeweilige Reisezielländer ergibt sich folgendes Bild (**Tabelle 6**):

Tabelle 6: Weiterbehandlung versus Medikamentenmitnahme 1998-2006 (in %)

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Behandlungsfortführung	nicht erhoben	61,3%	64,1%	56,25 %	43,7%	44,1%	40,6%	44,2%	34,0%
Mitnahme des Substitutionsmittels	nicht erhoben	38,7%	35,9%	43,75 %	56,3%	55,9%	59,4%	55,8%	66,0%
	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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 ist 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 (weitere Ausführungen zu Take-Home-Problematik: Punkt 4 dieses Berichtes).

Darüber hinaus erhielten wir in 2006 insgesamt ca. 70 konkrete Vermittlungswünsche innerhalb Deutschlands (hierzu erfolgt keine statistische Auswertung) sowie zwei Anfragen im Rahmen von Abschiebeverfahren (diese Anfragen wurden **nicht** in die Gesamtnachfragestatistik eingebunden). An dieser Stelle möchten wir noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Koordinationsstelle für Vermittlungsersuchen 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 auch in 2006 bei der Inlandsvermittlung behilflich.

Von den insgesamt 338 konkreten Nachfragen per **direkter** Kontaktaufnahme in 2006 erreichten uns 287 aus Deutschland (84,9%) und 51 aus dem Ausland (15,1%). Die nachfolgende **Tabelle 7** gibt einen Überblick über die Reiseländer von Substitutionspatienten am Beispiel der in 2006 nachgefragten Staaten. Es zeigt sich eine weiterhin hohe direkte Nachfragefrequenz in Bezug auf Auslandsreisen von Substituierten. Anhand der Dokumentation der 62 direkt angefragten Zielländer in 2006 (1998=81; 1999=53; 2000=50; 2001=60; 2002=60; 2003=66; 2004=75; 2005=64) wird ersichtlich, dass gelegentlich auch exotisch anmutende Reiseziele von Substitutionspatienten anvisiert werden, wobei es sich hierbei gelegentlich um beruflich bedingte Auslandsaufenthalte handelt:

Tabelle 7: Reihenfolge der Zielländer (62) gemäß direkter Nachfragefrequenz in 2006

Reisezielland	Anzahl der Nachfragen	Reisezielland	Anzahl der Nachfragen
Türkei	27	Iran	3
Spanien*	23	Kanada	3
Italien	21	Kirgisien	3
USA**	17	Marokko	3
Griechenland	16	Moldawien	3
Deutschland	14	Schweiz	3
Ägypten	12	Slowakische Rep.	3
Thailand	12	Aruba	2
Bulgarien	9	Belarus	2
Kroatien	9	China (VR)	2
Ukraine	9	Estland	2
Frankreich**	8	Finnland	2
Portugal	8	Indien	2
Russland	8	Israel	2
Österreich	7	Malta	2
Polen	7	Mazedonien	2
Serbien	7	Rumänien	2
Tunesien	7	Schweden	2
Großbritannien**	6	Südafrika	2
Jamaika	6	Algerien	1
Kasachstan	6	Brasilien	1
Mexiko	6	Kamerun	1
Niederlande**	6	Kenia	1
Tunesien	6	Lettland	1
Irland	5	Liechtenstein	1
Norwegen	5	Luxemburg	1
Dominikan. Rep.	4	Oman	1
Österreich	4	Philippinen	1
Ungarn	4	Venezuela	1
Australien	3	Vietnam	1
Belgien	3		
Dänemark	3		
		Anfragen gesamt	338

* inklusive Kanarische Inseln und Balearen

** inklusive Überseegebiete

Die konkreten Nachfragen bezüglich Medikamentenmitnahme und Weiterbehandlungsmöglichkeiten bezogen sich im Zeitraum von 2003 bis 2006 auf folgende Substanzen (**Tabelle 8**):

Tabelle 8: Konkrete (direkte) Nachfragen 2003 bis 2006 differenziert nach Substanzen*

Substanz	Anzahl der Nachfragen			
	2003	2004	2005	2006
Methadon ¹	291 (= 81,5%)	318 (=80,3%)	322 (=84,4%)	271 (=80,1%)
Buprenorphin ²	58 (= 16,2%)	75 (=18,9%)	53 (=14,0%)	58 (=17,3%)
Codein/Dihydrocodein	6 (1,7%)	2 (=0,5%)	3 (=0,8%)	7 (=2,1%)
Morphin ³	2 (= 0,6%)	1 (=0,3%)	3 (=0,8%)	2 (=0,5%)
N	357 (= 100%)	396 (=100%)	381 (=100%)	338 (=100%)

* Ohne Berücksichtigung von Nachfragen nicht-substituierter Patienten

¹ Inklusive Polamidon® Lösung zur Substitution und Methadict®

² Subutex®

³ Substitol® (Morphin ist u.a. in Österreich zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger zugelassen)

Es fällt auf, dass die prozentualen Anteile der einzelnen Substitutionsmedikamente annähernd den für die Gesamtpopulation der Substitutionspatienten in Deutschland ermittelten Daten entsprechen (**Tabelle 1**). Da Codein/Dihydrocodein immer seltener zum Einsatz gelangen, spielen sie auch im Rahmen der Arbeit der Koordinations- und Informationsstelle nur noch eine untergeordnete Rolle.

3.3 Indirekte Nachfragefrequenzen/Vermittlung

Die Anzahl *indirekter Kontakte (visits)* über die Auslandsreise-relevanten Seiten des INDRÖ-Websites ist in 2006 mit **31.264** gegenüber dem Vorjahr um 6.395 gestiegen (2005=24.869; 2004 =24.978; 2003=15.000). Insgesamt wurden im Berichtsjahr 122.394 auslandsreise-relevante Seiten aufgerufen. Saisonal bedingte Spitzenwerte liegen in den Monaten März, April, Juli und November. Wie wichtig die Bereitstellung von (Muster-)Formularen ist, zeigt sich daran, dass 3.971 Formulare von den Besuchern downgeloadet wurden, wobei das sog. Schengen-Formular mit 845 Downloads Spitzenreiter ist.

Die Daten belegen die immense Bedeutung unserer Reise-Informationssseiten im Internet für Patienten und Professionelle. Sie sind ein möglicher Erklärungsansatz für leicht rückläufige Tendenzen im *direkten* Nutzungsbereich.

4. Exkurs: Aktuelle Take-Home-Regularien sind nicht realitätsangemessen und bedarfsgerecht

Die Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten erhält zunehmend Informationssersuchen von Patienten, die sich beruflich bedingt häufig im Ausland aufhalten müssen und dabei den vom Gesetzgeber eingeräumten Zeitrahmen von 30 Mitgabeta- gen ihres Substitutionsmittels innerhalb von 12 Monaten überschreiten. Obwohl wir für Fragestellungen in Hinblick auf Inlandsreisen nicht zuständig sind, erreichen uns dennoch auch immer häufiger Anfragen berufstätiger Substituierter, die für länger als sieben Tage von ihrem Wohnort abwesend sein müssen und teils vergeblich nach einer Möglichkeit der Weiterdosierung am beruflichen Einsatzort in Deutschland suchen. Aus Sicht der Koordinationsstelle gibt es Unzulänglichkeiten im Rahmen der aktuellen Rechtslage bezüglich Take-Home-Verordnungen, die im Sinne der Patienten dringend einer Korrektur bedürfen. Kritik an den gegenwärtigen gesetzlichen Rahmenbedingungen wird auch von vielen Experten aus Suchtmedizin und Drogenhilfe geäußert, welche u.a. in der „Berliner Erklärung“ zum Ausdruck kommt (akzept e.V. 2006; DGS 2006). Nachfolgend sollen zunächst einmal die aktuel-

len rechtlichen Rahmenbedingungen skizziert und daran anschließend im Rahmen einer kritischen Würdigung Änderungsvorschläge unterbreitet werden.

4.1. Allgemeine Rechtslage bezüglich Take-Home-Verordnungen

Grundsätzlich gilt: Alle gemäß BtMVV verschreibungsfähigen Substanzen zur Substitution dürfen als Mitgabe verordnet und gemäß § 15 Abs. 1 Betäubungsmittel-Außenhandels-Verordnung (BtMAHV) von den Patienten aus Deutschland als Reisebedarf ausgeführt werden. In den Anfangsjahren der Substitutionsbehandlung in Deutschland war eine Mitgabe eines Substitutionsmittels allerdings zunächst noch nicht gestattet. Ende 1992 kam es zu einer Änderung der BtMVV und somit zu neuer Rechtslage: Take-Home-Rationen durften ab da für die Dauer von bis zu drei Tagen verordnet werden, allerdings nur mit „Zustimmung der zuständigen Landesbehörde“ und „wenn der Patient seit mindestens zwölf Monaten an einer erfolgreichen Substitution teilnimmt [...]“ (§ 2a, Abs. 7 BtMVV in der Fassung vom 23. Dezember 1992, erneut in § 2a, Abs. 7 BtMVV i.d.F. vom 18. Januar 1994), und zwar unabhängig davon, ob Patienten Inlands- oder Auslandsreisen unternehmen wollten. Im Jahre 1998 wurde der Zeitrahmen von drei auf sieben Tage ausgedehnt (§ 5, Abs. 7 BtMVV i.d.F. vom 1. Februar 1998).

Durch eine erneute Änderung der BtMVV am 1. Juli 2001 wurden schließlich rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen, die zu einer wesentlichen Verbesserung der Auslandsreisemöglichkeiten von Substitutionspatienten geführt haben. Zwar stehen im Inland weiterhin nur Mitgaben für sieben Tage von Rezept zu Rezept zur Verfügung, im Falle von Auslandsreisen jedoch für 30 Tage in einem Zeitraum von 12 Monaten.

Entsprechend § 5 Abs. 11 BtMVV hat die Bundesärztekammer den „*allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft*“ widerspiegelnde verbindliche Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger erlassen (BUNDESÄRZTEKAMMER 2002). Im Sinne der BtMVV und der Richtlinien der Bundesärztekammer 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 Beigebrauch anderer psychotroper Substanzen haben und sie in der Lage sind, verantwortungsvoll mit dem Substitutionsmittel umzugehen (Ausschluss von Selbst- und Fremdgefährdung)*“ (GERLACH und MEYER-THOMPSON 2004, 78). Unter der Auflage besonderer Begründung und Dokumentation sind Ausnahmen von diesen Zeitvorgaben möglich. Allerdings gilt allgemein: „*Die Patienten haben grundsätzlich keinen Rechtsanspruch auf eine Take-home-Verordnung*“ (BUNDESÄRZTEKAMMER 2002).

Laut § 5 Abs. 8 BtMVV ist jede Take-home-Verschreibung „*dem Patienten im Rahmen einer persönlichen ärztlichen Konsultation auszuhändigen*“. Daraus folgt, dass eine postalische Zusendung von Rezepten an Apotheken nicht zulässig ist.

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).

4.2 Take-Home-Verordnungen bei Auslandsreisen

Im Falle von Auslandsreisen sind pro Patient pro Jahr (nicht Kalenderjahr) 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 dafür, keine ausreichenden Take-home-Verordnungen für auslandsreisende Patienten auszustellen – auch wenn es in den Richtlinien der Bundesärztekammer heißt: „*Die gemäß § 5 (8) BtMVV in begründeten Ausnahmefällen (zur Sicherstellung der Versorgung bei Auslandsaufenthalten) maximal mögliche Verschreibung des Substitutionsmittels (maximal 30 Tage im Jahr) muss auf Einzelfälle beschränkt werden, in denen die Notwendigkeit*

nachweisbar gegeben ist“, denn ein „begründeter Ausnahmefall“ tritt bereits dann ein, wenn ein (take-home-geeigneter) Patient für länger als sieben Tage 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 leider keine Ausnahmeregelungen getroffen worden, unter denen eine Überschreitung der Obergrenze von 30 Tagen möglich wäre. Im Falle von Auslandsreisen machen sich Substitutionsärzte, die bei geplanter Abwesenheit ihrer Patienten über vier Wochen hinaus vor Reiseantritt die Dosis erhöhen und dann eine 30-Tage-Mitgabe erlauben, die entsprechend länger ausreicht, strafbar.

Unter der Voraussetzung besonderer Begründung und Dokumentation ist es in Ausnahmefällen auch 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 fünfzehn Monaten in Substitution befindender, stabil sozial-integrierter Patient beruflich bedingt in ein Land (z.B. Türkei, Russland) oder an einen Ort begeben muss, in dem keine Fortführung der Behandlung möglich ist. Der Koordinationsstelle ist ein solcher Fall bekannt sowie mehrere ähnlich gelagerte Fälle, in denen Ärzte ihren berufstätigen 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 verweigerten, sie seien noch keine sechs Monate in Behandlung. Eine derartige Handhabung ist nicht nur nicht notwendig, sondern sie gefährdet u.U. auch das Arbeitsverhältnis der Patienten, 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 zum Beispiel einem sich erst seit zwei Monaten 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.

4.3 Fazit und kritische Würdigung

Seit Inkrafttreten der Fünfzehnten Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung am 1. Juli 2001 haben sich die Auslands-Reisebedingungen für Substitutionspatienten erheblich verbessert. 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 gestaltet sich für berufstätige Patienten, die häufiger beruflich bedingt ins Ausland reisen müssen, oft als arbeitsplatzgefährdend, da am Aufenthaltsort entweder keine Weiterbehandlungsmöglichkeit besteht oder die Vergabe innerhalb der Arbeitszeit stattfinden muss.

Darüber hinaus bleibt nach wie vor kritikwürdig, dass die Take-Home-Möglichkeit im Falle von Inlandsreisen weiterhin auf 7 Tage begrenzt bleibt. Es erscheint unlogisch und nicht nachvollziehbar, warum (stabile!) Patienten z.B. für einen Wanderurlaub in Irland maximal 30 Tagesrationen ihres Substitutionsmittels mitführen dürfen, aber nicht, wenn sie in den Schwarzwald zum Zelten fahren, längere Radtouren planen, sich auf Montagetätigkeit auf abgelegenen Baustellen im tiefsten Bayerischen Wald oder im Gebiet der Mecklenburgischen Seenplatte befinden, Vertreterreisen unternehmen oder an einer Künstlertournee durch Deutschland teilnehmen (GERLACH und MEYER-THOMPSON 2004). Gerade bei beruflich bedingter Abwesenheit ihrer Patienten vom Wohnort sollte substituierenden Ärzten eine flexiblere Handhabung in Bezug auf Take-Home-Verordnungen im Inland ermöglicht werden: Es ist eben nicht so, dass – trotz nun unbefristeter Konsiliarregelung - in jedem Bundesland

bzw. jeder Region flächendeckend Substitutionsbehandlungen vorgehalten werden (können). In Anlehnung an die „Berliner Erklärung“ (akzept e.V. 2006; DGS 2006) und auf der Basis der Erfahrungen unserer Koordinationsstelle bedarf die in § 5 Abs. 8 der BtMVV eingeschränkte Take-Home Möglichkeit bezüglich Inlands- und Auslandsreisen *stabiler* Patienten in Substitutionsbehandlung folgender Ausweitungen:

1. Aufhebung der Limitierung von sieben Mitgabedosen bei Inlandsreisen, stattdessen Angleichung an die im Falle von Auslandsreisen geltende Möglichkeit der Verschreibung der bis zu 30 Tage benötigten Menge des Substitutionsmittels;
2. Ermöglichung der Überschreitung von 30 Tagesdosen des Substitutionsmittels bei Inlands- und Auslandsreisen im Falle beruflich oder familiär bedingter (nachweisbarer) Notwendigkeit

ad 1: Die Notwendigkeit der Änderung liegt darin begründet, dass in Deutschland im Substitutionsbereich keine flächendeckende Versorgungsstruktur besteht. Versorgungslücken zeichnen sich nicht nur dramatisch zunehmend in ländlichen, sondern auch zunehmend in städtischen und großstädtischen Regionen ab. Als Folge dessen finden Substitutionspatienten, die über einen längeren Zeitraum als sieben Tage urlaubsbedingt oder auf Grund beruflicher oder familiärer Verpflichtungen innerhalb Deutschlands verreisen (müssen), häufig keinen weiterbehandelnden Arzt (auch keinen Konsiliararzt!) am geplanten Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung vor. Eines der wesentlichen Ziele von Substitutionsbehandlungen, die erfolgreiche berufliche Rehabilitation/Integration, wird durch die aktuell geltende Take-Home-Regelung im Falle berufstätiger Patienten häufig zumindest stark gefährdet. Darüber hinaus verhindert sie oft sogar den Einstieg in das heutzutage Mobilitätsfähigkeit fordernde Berufs- und Arbeitsleben.

ad 2: Im Falle von Auslandsreisen ist eine Überschreitung der Obergrenze der Verschreibung von bis zu 30 Tagen pro Jahr (nicht Kalenderjahr) zu ermöglichen. Es ist der Widerspruch zwischen unbegrenzter Take-Home-Möglichkeit im Inland (regelmäßige 7-Tage-Mitgabe) und auf 30 Tagesdosierungen innerhalb von 12 Monaten limitierter Mitgabe bei Auslandsreisen aufzuheben. Die nunmehr über neunjährigen 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 Tage). Hierbei gilt zu berücksichtigen: Auch im Ausland gibt es 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 ca. 52 Staaten mit Methadonbehandlung und der über 30 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 gegeben sind, so korrelieren die Arbeitszeiten häufig nicht mit den Vergabezeiten. Somit kann auch die aktuelle Take-Home Regelung bezüglich Auslandsreisen den beruflichen Rehabilitations-/Integrationsprozess substituierten Patienten be- oder verhindern.

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 2007 gesichert. Unser besonderer Dank gilt dem Baron Edmond DeRothschild Chemical Dependency Institute (CDI), das seine finanzielle Unterstützung in 2007 fortsetzt und bereits zum Jahresbeginn Fördermittel in Höhe von

4.500 \$US für die Arbeit der Koordinationsstelle zur Verfügung gestellt hat. Ohne den Support des CDI müsste die Koordinationsstelle ihren Betrieb zumindest stark einschränken!

Anhand der enormen Steigerung der Frequentierung unseres Internetangebotes wird deutlich, welch hohen Stellenwert diesem Medium mittlerweile zukommt. Es ist daher geplant, in 2007 eine vollständige Überarbeitung und Aktualisierung der Reiseinformationsseiten vorzunehmen.

Im Interesse der Substitutionspatienten werden wir uns auch in 2007 mit aller Kraft darum bemühen, alle eintreffenden Anfragen schnellstmöglich zu bearbeiten, damit die Patienten ihre geplanten Auslandsurlaube verwirklichen oder beruflich bedingte Auslandsaufenthalte wahrnehmen können.

5. Publikationen der Koordinationsstelle (ohne Berücksichtigung von Jahresberichten)

Gerlach, R. (1996) Reisebestimmungen für Methadonpatienten. Ein Leitfaden für Patienten, Eltern, Ärzte und Drogenhilfeeinrichtungen. Eigenverlag. INDRO e.V. Münster

Gerlach, R.(1997) Travel Regulations for Methadone Patients. Report commissioned by the Drug Policy Foundation (Washington, D.C.) and Beth Israel Medical Center (New York City). Münster

Gerlach, R.(1998) Methadonsubstitution: Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Methadonpatienten eingerichtet. In: Akzeptanz 6(1):18-19

Gerlach, R.(1999) Reiseregularien für Methadonpatienten - Behandlungsmöglichkeiten und Einfuhrbestimmungen. In: Akzept e.V./Trimbos-Institut (Hg.): The Times They Are A-Changin'. VWB. Berlin, 127-138

Gerlach, R.(2000) Methadonvergabe bei Reisen - Erfahrungen der Internationalen Koordinationsstelle für Auslandsreisen von Methadonpatienten. In: Jäger, H. (Hg.): AIDS - Herausforderungen für Forschung, Behandlung und das Leben mit HIV. Verlag moderne industrie. Landsberg/Lech, 300-303

Gerlach, R.(2000) Auslandsreisen unter Substitutionstherapie. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis 2(2):77-85

Gerlach, R.(2001) Reiseregularien bei Substituierten. In: Zerdick, J. (Hg.): Suchtmedizin im Dialog. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin, 297-315

Gerlach, R. (2004) Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten – Skizzierung der Arbeit der ersten fünf Jahre. In: Schneider, W./Gerlach, R. (Hg.): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin, 67-76

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

Gerlach, R. (2005) Inlands- und Auslandsreisen unter Substitutionstherapie. In: Gerlach, R./Stöver, H. (Hg.): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland - Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Lambertus, Freiburg, 313-317

Gerlach, R./Dowe, U. (2001) Substitutionsbehandlung: eingeschränkte Reisefreiheit der Patienten. In: Schneider, Wolfgang (Hg.): Illegalisierte Drogen - Alte Mythen, neue Akzeptanz. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin, 171-192

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

6. Im Text angeführte Literatur

Aceijas, C./Wolfe, D./Gerlach, R./Oppenheimer, E./Hickmann, M./Rhodes, T./Valencia, G. (2006) An Overview to HIV Associated With Injecting Drug Use. The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour / London School of Hygiene and Tropical Medicine. London

Akzept e.V. (2006) 8. Internationaler akzept Kongress Berlin 2006 – Berliner Erklärung. Berlin, April 2006

Bätzing, S. (2006) Zwischen Abstinenztherapie und Diamorphinvergabe – die Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen in Deutschland heute und morgen. Statement im Rahmen des 5. Parlamentarischen Abends der sanofi-aventis Deutschland GmbH am 20. September 2006 in Berlin

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

DGS (2006) Stellungnahme der DGS – Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin zur „Berliner Erklärung“. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8(3):156

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2004) Drogen- und Suchtbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2005) Drogen- und Suchtbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2006) Drogen- und Suchtbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin

Gerlach R. (2004) Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten – Skizzierung der Arbeit der ersten fünf Jahre. In: Schneider, W./Gerlach, R. (Hrsg.): DrogenLeben. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin, 67-76

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

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

Michels, I.I./Stöver, H./Gerlach, R. (2007) Substitution treatment for opioid addicts in Germany. Manuscript. (Submitted for publication in the *Harm Reduction Journal*)

Werner, W. (2007) Substitutionstherapie. In: Beubler, E./Haltmayer, H./Springer, A. (Hg.): Opiatabhängigkeit. 2. Auflage. Springer, Wien/New York, 185-203