

## Substitutionspatienten auf Reisen

Ralf Gerlach, Dipl.-Päd.

Stv. Leiter [INDRO e.V.](#) Münster

Leiter der „Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten“

Vortrag, geh. bei der 19. Jahrestagung der Deutschen Fachgesellschaft für Reise-  
medizin e.V. 23.-24.09.2016 in Ludwigshafen

(Leittext, abweichende Formulierungen und Ergänzungen während des Vortrages  
möglich und hier nicht erfasst)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Tagungsveranstalter haben meinen Vortrag so terminiert, dass ich Sie durch die Phase des „Suppen-“ bzw. „Schnitzel-Komas“ begleiten darf. Ich hoffe, Sie empfinden mich dabei als nicht allzu störend!

Lassen Sie mich damit einleiten, dass die Opioid-Substitutionstherapie (im weiteren nur noch mit OST abgekürzt) mittlerweile, mit nur noch wenigen Ausnahmen – weltweit die Methode der Wahl in der Behandlung opioidabhängiger Menschen ist. Zum Jahresende 2015 gab es in mindestens 80 Ländern entsprechende Therapieangebote (Gerlach 2016a). Allein in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) beläuft sich das Patientenvolumen auf ca. 650.000 (EMCDDA 2016) – weltweit sind es weitaus mehr als doppelt so viele Patienten, mit steigender Tendenz. In Deutschland haben wir über 77.000 OST-Patienten (Bundesopiumstelle 2016):

Parallel zum rapiden 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.

Trotz der angedeuteten Entwicklungen und Problematik wird das Thema „Substitutionspatienten und Reisen“ sowohl in der Fachliteratur als auch bei Tagungen und Kongressen eher ausgespart. Daher bedanke ich mich für die Einladung Ihrer Fachgesellschaft und freue mich, Ihnen heute dazu vortragen zu dürfen! Ich berufe mich dabei zu großen Teilen auf die mehrjährigen Erfahrungen der „Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten“, auf deren Arbeit ich später noch gesondert zu sprechen kommen werde.

Bei der Vorbereitung meines Beitrages ist mir selbst auch wieder bewusst geworden, wie komplex sich das Thema darstellt. Ich werde mich daher heute auf einige wichti-

ge Aspekte beschränken und dabei den Schwerpunkt auf Auslandsreisen legen, die für Sie als Reisemediziner sicher auch von besonderem Interesse sind.

Hinsichtlich OST-Patienten greift Claudius' „Wenn einer eine Reise tut, dann kann er was erleben“ zu kurz: Das „Erleben“ beginnt hier nicht erst mit Reiseantritt, sondern bereits (teils weit) im Vorfeld, nämlich wenn ein Reisewunsch gehegt und dessen Realisierung in Angriff genommen werden muss.

Um zu verdeutlichen, worauf ich damit abziele, begeben wir uns zunächst einmal selbst auf eine Reise, nämlich durch das Labyrinth rechtlicher und medizinischer, auch vorurteilsbelasteter Rahmenbedingungen und anderer Irrungen und Wirrungen. Für die Sportlichen unter Ihnen: Auf einen Hindernislauf mit vielen Hürden!

Zunächst einmal gilt: 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, Bewährungsauflagen).

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 Behandlungsstelle), 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 folgenden von der Bundesärztekammer (BÄK) (2010: 514) gesetzten 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 Behandlungsstelle (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 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (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 Reiseziel-land 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 ([http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen/reise\\_scheng\\_formular.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen/reise_scheng_formular.pdf?__blob=publicationFile&v=3))). Die zuständigen Behörden für Beglaubigungen der Bescheinigungen zur Mitnahme von Betäubungsmitteln sind in den einzelnen Bundesländern nicht identisch. Welche Behörde in ihrem Bundesland zuständig ist, erfahren Sie auf den Webseiten der Bundesopiumstelle

([http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen/LaenderlisteBtM.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen/LaenderlisteBtM.pdf?__blob=publicationFile&v=6)).

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. Brunei, einige afrikanische Staaten).

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 (beispielhaft: Agius 2016), die Medikamente können vom Zoll beschlagnahmt werden, schlimmstenfalls kann es sogar zu einer Inhaftierung kommen (z.B. Fall aus Kasachstan bekannt).

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 nun 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 (z.B. Russland)
- Es gibt keine flächendeckende Versorgungsstruktur im Reisezielland (Dies trifft auch auf Deutschland zu, wo man selbst in der Tagespresse immer wieder von Versorgungsengpässen hört (vor kurzem etwa: Coordes 2016); es wird immer schwieriger, ausländische Patienten an Ärzte/Ambulanzen in Deutschland zu vermitteln)
- Am Aufenthaltsort befindet sich keine OST-Ambulanz oder –Arztpraxis
- Es treten sprachliche Barrieren auf
- Faxesendungen 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

An dieser Stelle möchte ich kurz einige kritische Worte auf der Grundlage des Erfahrungsschatzes der o.g. Koordinations- und Informationsstelle zwischenschalten:

Wenn ein behandelnder Arzt einen Patienten nicht für reisefähig hält oder ihm kein Take-Home gewähren darf/möchte, dann sollte er dies dem Patienten auch deutlich erklären und sich nicht, wohl zur Vermeidung längerer und hitziger Diskussionen, in Floskeln flüchten wie: „Es gibt da jetzt neue gesetzliche Regelungen, nach denen ich Ihnen das Substitutionsmittel nicht mehr mitgeben darf“ oder (evtl. sogar als Ergänzung): „Es gibt an ihrem Reisezielort (auch) keine Weiterbehandlungsmöglichkeit“. Trotz Take-Home-Zusage: „Jetzt sind ja nur noch drei Wochen bis zu Ihrem Urlaub, das schaffen wir nicht mehr mit dem Schengen-Formular“. Auch aus den USA ist bekannt, dass Kliniken gelegentlich ihren Patienten mitteilen, Auslandsreisen seien nicht möglich.

Meist erfahren die Patienten aber dennoch, dass dies so nicht zutrifft, z.B. über eine Drogenhilfeeinrichtung oder über die Koordinationsstelle für Auslandsreisen – und dann bekommt der Arzt doch die hitzige Diskussion, die er gerade vermeiden wollte.

Gelegentlich offenbart sich auch eine mangelhafte Kenntnis rechtlicher Rahmenbedingungen, besonders des § 5 der BtMVV: „Ich darf Ihnen das Substitut nur für 7 Tage ins Ausland mitgeben“. „Mein Arzt sagt, dass es per Gesetz nur für 21 Tage Take-Home gibt. Er müsse es ja schließlich wissen, als Arzt“. Oder: Obwohl gemäß BtMVV jede einzelne Tagesdosis eines in flüssiger Form verordneten Substitutionsmittels in einem gesonderten und gesondert etikettierten Fläschchen portioniert werden muss: „Füllen Sie Ihr gesamtes Methadon in eine Flasche, die Apotheke wird dann ein Etikett darauf machen“. „Das mit dem Schengen-Formular lassen wir mal. Da kontrolliert doch erfahrungsgemäß eh keiner“ (kommt leider immer noch relativ häufig vor!). Ein absolutes No-Go ist die Mitgabe unetikettierter Methadon-Fläschchen aus dem Praxisbedarf. Es gibt aber gelegentlich auch an Sozialneid grenzende Aussagen wie „Müssen die denn unbedingt nach XXX fahren, das kann ich mir ja selbst nicht einmal leisten!“.

Es gäbe natürlich auch über Patienten einiges zu „beanstanden“. Hier nur: Oft verschweigen Patienten ihren per Urinprobe festgestellten „Beigebrauch“, wenn sie sich über ihre Ärzte beschweren. Und abschließend ein von mir unkommentiertes Beispiel: „Wir fliegen morgen mit Methadon nach Kanada. Dürfen wir das Substitutionsmittel überhaupt einführen?“

Kommen wir nun zu einer ganz wesentlichen Frage: 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 meiner Auffassung auch zum Aufgabenkatalog der sog. „PSB“, der psychosozialen Betreuung/Beratung von OST-Patienten (Gerlach/Stöver 2009) - die allerdings auch nicht flächendeckend in Deutschland gesichert ist. Bevor ich es später vielleicht vergesse hervorzuheben:

Die meisten PSB-Stellen, aber auch viele engagierte Ärzte und deren Praxisteams leisten mittlerweile eine sehr gute Unterstützungsarbeit! – das war früher schon einmal anders...

Informationsquellen, die „angezapft“ werden können, sind

## 1. Diplomatische Vertretungen ausländischer Staaten in Deutschland

Geht es um den grenzüberschreitenden Betäubungsmittelverkehr, so empfiehlt die Bundesopiumstelle: „Hierzu kann die jeweilige diplomatische Vertretung des Ziellandes in Deutschland Auskunft erteilen, deren [Kontaktadressen](#) auf der Internetseite des Auswärtigen Amtes abgerufen werden können.“

([www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen/\\_node.html](http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen/_node.html)).

Haben Sie das schon einmal versucht, telefonisch?! Hat man, oft reiner Glücksfall, die Telefonansagen erfolgreich überwunden und wird über die Zentrale weiter verbunden, stößt man, gelinde gesagt, oft auf geballte Ahnungslosigkeit oder gar auf strikte Ablehnung, wie in der Botschaft eines arabischen Staates: „Wie, Sie wollen zu uns kommen. Sie fehlen uns gerade noch. Bei uns werden Leute wie Sie aufgehängt!“ (kein Witz!). Reicht man eine schriftliche Anfrage ein: Das Warten auf eine Antwort kann ein langwährendes Geduldsspiel ohne Ende werden. Und: Man ist nicht davor gefeit, von ausländischen Botschaften/Konsulaten mit Fehlinformationen gefüttert zu werden. Dennoch: Eine Möglichkeit des Informationensuchens, die genutzt werden sollte, denn es gibt durchaus auch positive Erfahrungen (ca. 30-40% Erfolgsquote).

Darüber hinaus stellt die Bundesopiumstelle im Web ein Muster für eine Bescheinigung für Reisen außerhalb des Schengenraums zur Verfügung. ([http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen/reise\\_andere\\_formular.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen/reise_andere_formular.pdf?__blob=publicationFile&v=3)). Cave: Bei Verwendung eines Internationalen Arztbriefes ist die Angabe der Diagnose „Drogen“- oder „Opioidabhängigkeit“ zu vermeiden, falls die gesetzlichen Regularien des Reiseziellandes nicht ausdrücklich eine Angabe zur Indikation fordern.

## 2. INCB

Die Internationale Betäubungsmittel-Kontrollbehörde in Wien (INCB) stellt länderspezifische Informationen im Internet zur Verfügung: [http://www.incb.org/incb/en/psychotropicsubstances/travellers\\_country\\_regulations.html](http://www.incb.org/incb/en/psychotropicsubstances/travellers_country_regulations.html).

Bevor ich Ihnen eine dritte Informationsquelle vorstellen werde, möchte ich bezüglich der INCB kurz anmerken, dass es selbst dieser internationalen und sicher finanziell nicht schlecht ausgestatteten Behörde bisher nicht gelungen ist, die Einfuhrregula-

rien aller 193 UN-Mitgliedsstaaten zu erfassen und zu dokumentieren. Einige der aktuell 109 präsentierten länderspezifischen Informationen bleiben zudem auch unklar und bedürfen im konkreten Reisefall weiterer intensiver Recherchen.

### 3. Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten

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“ (nachfolgend nur noch „Koordinationsstelle“) 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 reiserelevanten Internetseiten und den Abruf der dort präsentierten Informationen erfolgen. Das gesamte Leistungsspektrum ist auf folgender Webseite abrufbar: <http://www.indro-online.de/kontakt.htm>.

An dieser Stelle möchte ich ausdrücklich betonen, dass die Koordinationsstelle nur jährliche Fördermittel in Höhe von 5.000 EUR vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW erhält. So kann es nicht wundern, dass wir zwar mehr Länderinfos als die INCB vorhalten, aber auch die uns vorliegenden Informationen und Daten teils unvollständig sind. Die Recherchearbeit gestaltet sich nicht nur auf Grund minimaler finanzieller und personeller Ressourcen („One-Man-Band“), sondern auch wegen fehlendem Interesse bzw. fehlender Kooperationsbereitschaft ausländischer Behörden häufig sehr aufwendig und zeitintensiv. Ein Beispiel:

Im Spätherbst 2014 kontaktierten wir die in 75 Staaten zuständigen Behörden auf dem Postweg und baten um die Übermittlung aktueller Einfuhrbestimmungen von Substitutionsmitteln und die Regularien zur möglichen Weiterbehandlung von OST-Patienten. Nach ca. einem halben Jahr hatten uns gerade einmal sechs (!) ausländische Ministerien geantwortet – das vietnamesische Gesundheitsministerium war so „freundlich“, in vietnamesisch zu antworten. Leider sind auch ausländische Zollbehörden nicht kooperationsfreundlicher. Und dass OST-Arztpraxen und Ambulanzen nicht zwingend im Internet präsentiert werden möchten, ist teilweise nachvollziehbar. Aus den o.g. Gründen kann die Koordinationsstelle auf die Einbeziehung anderer Informanten und eigener Internetrecherche nicht verzichten.

Auf Grund der geringen Fördermittel dürfte nachvollziehbar sein, dass wir – bis auf wenige Ausnahmen – ausschließlich OST-Patienten beraten, auch wenn es bezüg-

lich der zu beachtenden Regularien sehr viele Überschneidungen zwischen OST-Patienten und z.B. Schmerzpatienten gibt.

Kommen wir nun zur Frage des Umfangs an Reiseaktivitäten von OST-Patienten. Konkrete bzw. repräsentative nationale und internationale Daten zum Umfang der Auslands-Reiseaktivitäten von OST-Patienten liegen nicht vor. Wir müssen also auf die von der Internationalen Koordinationsstelle gesammelten Daten zurück greifen, die uns nur einen Trend vermitteln können.

Seit Inbetriebnahme in 1998 gab es 7.737 direkte Kontaktaufnahmen per Telefonanruf (90%) und Email - davon 1.200 Anfragen aus dem Ausland -, wovon sich nahezu 80% auf länderspezifische Reiseregularien bezogen (Rest etwa: BtMVV, Formulare) sowie über 460.000 Aufrufe (visits) unserer reiserelevanten Webseiten. Im Durchschnitt (bezogen auf 18 Jahre) wurden jährlich 63 Reisezielländer angefragt (Minimum 50, Maximum 81). Hauptnutzergruppen waren in 2015: OST-Patienten = 60,6%, Arztpraxen und Substitutionsambulanzen = 16,3% und Drogenhilfeeinrichtungen = 10,8%. Nachgefragte Substanzen waren in 2015: Methadon/Polamidon = 72,3%, BUP (Subutex/Suboxone) = 26,1% und Morphin (Substitol) = 1,6%.

Weiterbehandlung versus Medikamentenmitfuhr:

1999: WB=61,3% M=38,7%

2015: WB=30,1% M=69,9%

Die jährliche Zahl an auslandsreisenden Patienten liegt allein in Deutschland aber seit über einem Jahrzehnt weit im vierstelligen Bereich. Ausführlicheres Datenmaterial findet sich im aktuellen Jahresbericht der Koordinationsstelle (Gerlach 2016a).

Trotz Nutzung aller in Frage kommenden Informationsquellen ist es nicht immer möglich, die genaue Rechtslage bezüglich der Einfuhr von Substitutionsmitteln in einen bestimmten Staat zu ermitteln. Zur Absicherung des Arztes bei Mitgabe von Substitutionsmitteln in Krisengebiete oder Länder mit unklarer Rechtslage empfehlen wir Ärzten folgende vom Patienten zu unterzeichnende (allerdings nicht rechtsbewährte) Musterbescheinigung:

„Gemäß Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und Betäubungsmittelaußenhandels-Verordnung ist die Mitgabe bzw. Mitnahme des Substitutionsmittels (z.B. Methadon) ins Ausland gestattet. Die Rechtslage bzgl. der Einfuhr z.B. Methadon nach XXX konnte nicht abschließend und eindeutig geklärt werden. Ich bin von meinem behandelnden Arzt Dr. Sowieso hierauf ausführlich und ausdrücklich hingewiesen worden. Für mögliche Probleme bei der Einreise in XXX mit meinem o.g. Substitutionsmedikament oder sich daraus ergebender Schwierigkeiten mit dem dortigen Zoll oder der Polizei trage ich daher die alleinige Verantwortung.“ Wenn jemand in ein solches Land reisen möchte oder muss (z.B. beruflich bedingt, Krankheits- oder Trauerfall in der Familie), macht er es ohnehin, ob mit oder ohne Zustimmung des Arztes.



Vor einigen Minuten habe ich über die Prüfung der Reisefähigkeit von OST-Patienten gesprochen und vielleicht haben Sie bemerkt, dass bisher eine wichtige Fragestellung von mir nicht berücksichtigt worden ist, und zwar: Wer informiert und berät OST-Patienten, die Auslands- bzw. Fernreisen unternehmen möchten, eigentlich über reisemedizinisch relevante Aspekte? Werden sie überhaupt und, falls ja, hinreichend über mögliche gesundheitliche Risiken und z.B. notwendige Schutzimpfungen aufgeklärt? Ich muss Ihnen gestehen: Ich weiß es nicht! Und hätte ich keine Einladung zu der heutigen Fachtagung erhalten, würde diese Thematik auch weiterhin unberücksichtigt bleiben. So aber werde ich im kommenden Jahr diejenigen Patienten, die die Koordinationsstelle telefonisch kontaktieren hierzu befragen und entsprechende Daten sammeln.

Ich möchte abschließend auf einen wesentlichen Unterschied zwischen OST-Patienten und anderen mit Opioiden behandelten Patientengruppen zu sprechen kommen (in Anlehnung an Gerlach 2016b): OST-Patienten sind in ihrer Mobilität wesentlich eingeschränkter. Ich hatte 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 über 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 kontaktierten, betrug in 2015 4,9%, unter Berücksichtigung von Kontaktierungen aus dem Ausland sogar 10,6%. 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. Auf die vielfältigen möglichen Schwierigkeiten bezüglich der Einleitung und Aufrechterhaltung einer Weiterbehandlung/-dosierung am Reisezielort habe ich ja bereits hingewiesen.

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 Bayrischen 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 vermei-

den. Arbeitgeber reagieren in der Regel ablehnend, besonders auch dann, wenn ihnen von ihren Beschäftigten mitgeteilt wird, dass sie keine wohnortfernen oder Auslandsjobs antreten können.

Diese Patienten haben zwar das wichtige Therapieziel Teilhabe am Arbeitsleben (Voraussetzung dafür ist nach meiner 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“ (Gerlach/Meyer-Thompson 2004) anwenden, die ich Ihnen aus nachvollziehbaren Gründen hier nicht erläutern werde.

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 diesem Jahr ein Diskussionsentwurf 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](http://www.dgsuchtmedizin.de/vorstandsnews/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=175&chash=a05fbdda7c346307e74f3405188f0160)).

Es bleibt zu hoffen, dass die dort vorgeschlagenen Take-Home-Änderungen tatsächlich und bald gesetzlich zementiert werden und Praxisumsetzung finden.

Ende der Reise.

Ich bedanke mich für Ihre zum Glück doch nicht komatöse Aufmerksamkeit!

## Literatur

Agius, M. (2016): *Brit methadone user guilty of causing airport disturbance*, in: Online-Ausgabe von Malta Today vom 01.06.2016, online verfügbar unter: [http://www.maltatoday.com.mt/news/court\\_and\\_police/65895/brit\\_methadone\\_user\\_guilty\\_of\\_causing\\_airport\\_disturbance#.V-PWspj\\_rIU](http://www.maltatoday.com.mt/news/court_and_police/65895/brit_methadone_user_guilty_of_causing_airport_disturbance#.V-PWspj_rIU); letzter Zugriff: 02.09.2016.

Behrendt, K./Isernhagen, K./Meyer-Thompson, H.-G./Ullmann, R. (2016): *Substitutionsrecht 2016: Das „Gestrüpp“ wird gelichtet. Die Initiative der DGS und der Diskussionsentwurf des BMG. Version vom 09.07.2016*, online verfügbar unter: [http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/Vorstandsnews/2016-09/6\\_Substitutionsrecht\\_2016- Das\\_Gestruemp\\_wird\\_gelichtet\\_-9-.pdf](http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/Vorstandsnews/2016-09/6_Substitutionsrecht_2016- Das_Gestruemp_wird_gelichtet_-9-.pdf) ; letzter Zugriff: 13.09.2016.

Bundesärztekammer (2010): *Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Stand: 19. Februar 2010)*, in: Deutsches Ärzteblatt 107: 11, 511-516.

Bundesopiumstelle (2016): *Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2016*. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, online verfügbar unter: [http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst\\_Bericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=11](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=11); letzter Zugriff: 17.09.2016.

Coordes, D. (2016): *Suchtberatung schlägt Alarm: Die Substitutionstherapie gelangt an ihre Grenze*, in: Online-Ausgabe des Südkurier vom 12.09.2016, online verfügbar unter : <http://www.suedkurier.de/region/kreis-konstanz/singen/Suchtberatung-schlaegt-Alarm-Die-Substitutionstherapie-gelangt-an-ihre-Grenze;art372458,8897581>; letzter Zugriff: 13.09.2016.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2016): *European Drug Report 2016: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Gerlach, R. (2016a): *Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten. Jahresbericht für 2015 - Berichtszeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember 2015*, Münster, online verfügbar unter: [www.indro-online.de/jbreise2016.pdf](http://www.indro-online.de/jbreise2016.pdf); letzter Zugriff: 30.08.2016.

Gerlach, R. (2016b): *Take-Home-Regularien für Patient\_innen in Opioid-Substitutionstherapie (OST) – Problemskizzierung und Änderungsvorschläge zur aktuellen Rechtslage aus Sicht der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten*, in: akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (Hrsg.): 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016, Pabst, Lengerich, 173-178

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

Gerlach, R./Stöver, H. (2009): *Inhalte, Bedeutung, Stellenwert, Organisation und Finanzierung von psychosozialer Betreuung im Rahmen von Substitutionsbehandlungen – eine Zwischenbilanz*, in: Gerlach, R./Stöver, H. (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung, Lambertus, Freiburg, 15-34.

### **Kontaktadresse**

Ralf Gerlach  
INDRO e.V.  
Bremer Platz 18-20  
D-48155 Münster  
Fon: ++49 (0)251 60123  
Fax: ++49 (0)215 666580  
Email: [indroev@t-online.de](mailto:indroev@t-online.de)

Publikationsliste: [www.indro-online.de/publikationengerlach](http://www.indro-online.de/publikationengerlach)