

Zusammenfassung

Abhängigkeit von illegalem, aber auf dem Schwarzmarkt verfügbarem Heroin führt zu großen individuellen und gesellschaftlichen Schäden. Die Zahl der Abhängigen, der Rauschgiftdelikte und der Drogentoten hat trotz zahlreicher strafrechtlicher Regelungen dramatisch zugenommen. Die Verordnung von Opiaten mindert diese Schäden drastisch. Trotzdem wird diese Behandlung massiv strafrechtlich reglementiert. Die BtMVV hat keinen einzigen Fall von Heroinabhängigkeit verhindert, aber jahrzehntelang die angemessene Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten behindert, und mit Sicherheit behindert sie jetzt die Behandlung Heroinabhängiger. Der Nutzen ärztlicher Opiaterhaltungstherapien überwiegt den möglichen Schaden weit. Eine primäre Abhängigkeit von verschriebenen Opiaten ist selten und hat keine gesundheitspolitische Bedeutung. Die üblichen Sanktionsmaßnahmen gegen fahrlässig handelnde Ärzte reichen auch aus, um Fehlverhalten substituierender Ärzte zu ahnden. Die strafrechtliche Regelung der Substitutionsbehandlung durch den § 5 der BtMVV ist schädlich, weil sie Ärzte von Substitutionsbehandlungen abhält, denn der Schaden ist dann am größten, wenn Heroinabhängige nicht behandelt werden.

Schlüsselwörter

Substitutionsbehandlung · Strafrecht · Prohibition

Abstract

Dependence on illegal, but on the black market available heroin leads to large individual and social damage. The number of addicts, of offenses against the narcotic law and of drug deaths has increased dramatically despite numerous criminal regulations. Medical prescription of opiates diminishes this damage drastically. The narcotic prescription act did not prevent any case of heroin addiction, but for sure it obstructed for decades the treatment of patients with chronic pain and it obstructs the treatment of heroin addicts now. The benefit of opiate maintenance treatment outweighs the harm by far. A primary dependence of prescribed opiates is rare and without any importance for the public health. The usual sanctions against negligent acting physicians are sufficient to punish inappropriate behaviour of physicians prescribing opiates to addicts. The criminal regulation of opiate maintenance treatment by the § 5 of the narcotic prescription act is harmful, because it prevents physicians from maintaining opiate addicts. The harm is largest if addicts are not treated.

Key words

Opiate maintenance treatment · criminal law · prohibition

„Eine Überdosis ist immer schädlich, auch eine Überdosis Strafrecht. Die Erweiterungen der Strafvorschriften in der BtMVV bedeuten eine Überdosis an Strafrecht. Sie sind nicht hilfreich, sondern eher schädlich. Sie können u.U. zu heillosen und un-

würdigen Strafverfahren gegen engagierte Ärzte führen und schrecken wohlmeinende Ärzte von einer geplanten Substitutionsbehandlung ab“ [1].

Institutsangaben

Allgemeinarzt Hamburg

Korrespondenzadresse

Rainer Ullmann · Curschmannstraße 10 · 20251 Hamburg · E-mail: R.Ullmann@gmx.de

Bibliografie

Suchttherapie 2006; 7: 173 – 178 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

DOI 10.1055/s-2006-927225

ISSN 1439-9903

Heroinabhängigkeit ist nicht heilbar, aber sie heilt oft nach Jahren aus

„Die Basis der vielfältigen Behandlungsmethoden ist die Trennung des Abhängigen von seiner Droge. Zur Heilung gehört, dass der Patient körperliche und seelische Integrität wiedererlangt. Dass dieses Ziel erreicht wird, ist der Literatur nicht zu entnehmen“ [2].

„Es gibt keine zuverlässige Heilung der Drogenabhängigkeit. Drogenabhängigkeit hat viele Ähnlichkeiten mit anderen chronischen Krankheiten“ [3].

Seit fast 100 Jahren ist bekannt, dass Opiat- und damit auch Heroinabhängigkeit nicht heilbar ist. Mehrere Katamnesen über die Behandlungsergebnisse der Zwangsentwöhnungseinrichtungen Lexington und Fort Worth in den USA erschienen Anfang der 1960er-Jahre. Der Rückfall war die Regel. Die Untersuchungen zeigten geringe, mit den Jahren steigende Abstinenzraten [4–7]. Auch in deutschen Entwöhnungseinrichtungen waren die Ergebnisse nicht besser [8, 9]. Man weiß also seit Jahrzehnten, dass Opiatabhängigkeit bei vielen Opiatabhängigen nach Jahren ausheilt, aber eine Heilung durch Entwöhnungstherapien ist aus diesen Untersuchungen nicht abzuleiten. Die erste große Vergleichsstudie der verschiedenen Behandlungsmodalitäten war das Drug Abuse Reporting Program (DARP, [10]). Sie zeigte, dass Heroinabhängigkeit durchschnittlich 10, nur selten länger als 20 Jahre dauert – unabhängig von der Art der Behandlung. Bekannt ist seit Langem, dass die Sterblichkeit durch den Verlust der Opiattoleranz nach einem freiwilligen, besonders aber nach einem erzwungenen Entzug (z. B. in Haft) erhöht ist [11]. Bekannt ist ebenfalls seit Langem, dass die Sterblichkeit der Heroinabhängigkeit durch die Substitutionsbehandlung vermindert wird [12, 13]. Leider wurde dieses Wissen von den einflussreichen Psychiatern in Deutschland ignoriert. Die Opiaterhaltungstherapie bekam deshalb nicht den ihr zustehenden Platz bei der Behandlung der Opiatabhängigkeit, sondern wurde als angebliche Behandlung letzter Wahl unnötig reglementiert.

Schäden der Prohibition

Auch wenn Opiate legale Genussmittel wären, könnten körperliche und soziale Verelendung bei einigen Konsumenten wie bei der Abhängigkeit vom legalen Alkohol auftreten. Aber die schnelle Verelendung einiger Opiatabhängiger [14] und die Verbreitung lebensbedrohlicher Infektionskrankheiten sind Folgen der Prohibition. Die von kriminellen Händlern geforderten überhöhten Preise führen oft zu riskanteren Konsummustern und zu Beschaffungskriminalität oder Beschaffungsprostitution. Das Betäubungsmittelgesetz trat 1972 wegen des Missbrauchs von Betäubungsmitteln, der nach der Gesetzesbegründung „ein gefährliches Ausmaß zu erreichen drohte und sich einer Seuche gleich ausbreitete“ in Kraft. Es war als „wirkungsvolle Sofortmaßnahme zur Kontrolle des Verkehrs mit Rauschgiften und zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht gedacht“ [15]. In den folgenden Jahrzehnten nahm die Zahl der Rauschgiftdelikte, der Heroinabhängigen und der Drogentoten in vorher nicht vorstellbarer Weise auf das 15–30fache zu. Daraus lässt sich nicht der Schluss ziehen, dass das BtMG, mit dem die Heroinprohibition in Deutschland durchgesetzt wird, Heroinabhängigkeit verhindert hat. Die

Heroinprohibition hat nicht nur versagt, sie hat das Problem verschlimmert. Ohne Prohibition gäbe es die HIV- und Hepatitisepidemie unter den Drogenkonsumenten nicht, die in Osteuropa und Asien ein furchtbares Ausmaß angenommen hat. Diese Schäden können durch Opiaterhaltungstherapien erheblich gemindert werden. Die Schäden, die durch auf einen grauen Markt abfließende Substitutionsmedikamente und durch nicht sorgfältig arbeitende Ärzte entstehen, sind dagegen minimal.

Effekte der Opiaterhaltungstherapien

Die Substitutionsbehandlung mit Methadon ist die am besten untersuchte Suchtbehandlung. Hier wird das bevorzugte Opiat durch das oral und lange wirkende Methadon ersetzt, das fremdkontrolliert verabreicht werden kann. U. a. werden Heroinkonsum, Sterblichkeit, Komplikationen wie Infektionen mit HIV und Hepatitis und schwere bakterielle Infektionen dramatisch vermindert. Darüber hinaus werden von methadonbehandelten Heroinabhängigen deutlich weniger Straftaten begangen; viele arbeiten regulär [16]. Die Nebenwirkungen sind gering. Seit über 100 Jahren weiß man, dass die Einnahme eines Opiats im Toleranzbereich die Fähigkeit, zu arbeiten und am sozialen Leben teilzunehmen, nicht beeinträchtigt. Die Abhängigen sind symptomfrei und können produktiv tätig sein [17–19]. In den letzten Jahren zeigt die Heroinverschreibung in der Schweiz, in den Niederlanden und in Deutschland, dass auch mit der regelmäßigen Injektion von Heroin ein gesundheitlich und sozial normales Leben möglich ist [20–22]. Die Dauerverschreibung von Opiaten an Opiatabhängige ist also begründet im Sinne des BtMG, da es keine heilende Behandlung gibt und keine andere Behandlungsform bessere Behandlungsergebnisse zeigt. Sie ist die Standardbehandlung der Heroinabhängigkeit. Dabei ist die Verordnung einer subjektiv ausreichenden Opiatdosis der entscheidende Teil der Behandlung [23]. Zusätzliche psychosoziale Maßnahmen können im Einzelfall den Verlauf bessern. Ihr zusätzlicher Nutzen ist aber bisher wissenschaftlich nicht bewiesen [24]. Sie haben ohne gleichzeitige Opiatverordnung keinen Effekt [25]. Die wirksamste Behandlung der Heroinabhängigkeit ist also nicht eine „substitutionsgestützte Behandlung“, sondern eine Opiaterhaltungstherapie, die durch psychosoziale Maßnahmen ergänzt werden kann. Allerdings ist diese „bloße Opiaterhaltungstherapie“ nach der Begründung der 10. BtMÄndV unzulässig und als „alleiniges Auswechseln des Opiats durch ein Substitutionsmittel von der Leistungspflicht der GKV nicht umfasst“.

Es gibt keine vernünftige Begründung dafür, zunächst die Durchführung einer weniger erfolgreichen Therapie wie der stationären Entwöhnung zu fordern. Der Koblenzer Oberstaatsanwalt Winkler, der 1980 die Substitution für prinzipiell strafbar gehalten hatte [26], formuliert allerdings noch 2005: „Wenn eine Entwöhnung erreichbar gewesen wäre, wäre der Straftatbestand unzulässiger Verschreibung objektiv erfüllt“ [27]. Die politische Entscheidung gegen die Substitutionsbehandlung mit Methadon war nie mit wissenschaftlichen Argumenten, sondern nur als ideologisch verblendet zu erklären [28]. Diese falsche Politik hat mehrere Tausend junge Menschen das Leben gekostet. Die vermeidbaren HIV-Infektionen und andere schwere Komplikationen bringen den Betroffenen viel Leid, die Behandlung kostet die Krankenkassen Millionen.

Mögliche Schäden der Opiaterhaltungstherapien

Bei Opiaterhaltungstherapien können Nebenwirkungen auftreten: Überdosierung in der Eindosierungsphase, die Weitergabe mit dem Risiko einer Überdosierung bei nicht ausreichend gegen das Substitutionsmedikament toleranten Menschen, der unkontrollierte Konsum von mitgegebenen Opiatdosen und die Erzeugung einer Abhängigkeit bei Verschreibung an nicht opioid-abhängige Patienten. Ärztliche Behandlungen lassen sich am besten durch Fortbildung verbessern, weniger gut durch Strafrecht. Damit das Substitutionsmedikament nicht weitergegeben und nicht unkontrolliert in selbstgefährdender Weise eingenommen wird, hat sich das Behandlungskonzept der fremdkontrollierten Einnahme nach Dole und Nyswander in den Phasen süchtigen Konsums bewährt [19]. Das ist aber kein Selbstzweck. Im Laufe der Behandlung sollen die Patienten lernen, das Substitutionsmedikament kontrolliert (nicht in süchtiger Weise) einzunehmen. Es ist eine manchmal schwierige ärztliche Aufgabe, diese Fähigkeit richtig einzuschätzen. In Hamburg wurde Mitte der 90er-Jahre von den Rechtsmedizinern bemerkt, dass (am ehesten aus Verordnungen stammendes) Methadon bei Todesfällen nicht behandelter Heroinabhängiger eine zunehmend größere Rolle spielte. Die Gesamtzahl der Drogentoten stieg in dieser Zeit allerdings nicht an. Die innerärztliche Diskussion und eine Aufklärungskampagne der Rechtsmediziner in der offenen Drogenszene führten zu einem raschen Rückgang der Todesfälle mit Methadonbeteiligung [29]. Ebenfalls Mitte der 90er-Jahre wurde in Bayern auf den Schwarzmarkt abgeflossener DHC-Saft mit einer Kampagne „Codeintote“ und „Dealer in Weiß“ für Neueinsteiger und Todesfälle verantwortlich gemacht. Leider stieg die Zahl der Drogentoten nach der Beschränkung der Behandlung mit DHC drastisch an. Die politisch gewollte Beschränkung einer als schlecht eingeschätzten Behandlung hat zu einer Verschlechterung der Situation geführt. Dagegen wurde bei der Behandlung mit hoch dosierten retardierten DHC-Präparaten in Norddeutschland eine HIV-präventive Wirkung und eine Minderung des Heroinkonsums, der Prostitution und der Strafverfahren beobachtet, obwohl in dieser Praxis die Einnahme des Substitutionsmedikaments nicht fremdkontrolliert wurde und psychosoziale Beratung wegen fehlender Kapazitäten nur vereinzelt stattfand. Weitergabe an Nichtsüchtige wurde nicht beschrieben [30]. Auch in Bremen wurde eine primäre Abhängigkeit von auf dem grauen Markt erstandenen verschriebenen Opiaten nur in Einzelfällen beschrieben [31]. Staatliche Stellen versuchen vor allem, das Abfließen verschriebener Opiate auf einen grauen Markt zu verhindern. Das ist aber ein Randproblem, denn ärztliche Methadon- oder DHC-Verordnungen sind nicht Ursache der Heroinabhängigkeit der letzten Jahrzehnte, und jede Verschreibung von Opiaten an Heroinabhängige mindert die Schäden der Prohibition. Opiaterhaltungstherapien führen nicht dazu, dass mehr Menschen abhängig werden [32, 33]. Die massiven strafrechtlichen Reglementierungen dieser ärztlichen Behandlung sind nicht zu begründen.

Patienten haben Anspruch auf eine sorgfältige ärztliche Arbeit. Wenn ihnen durch eine ärztliche Handlung ein Schaden entsteht, müssen sie entschädigt werden. Dafür haben Ärzte eine Haftpflichtversicherung. Außerdem kann bei Behandlungsfehlern die Berufsergerichtsbarkeit angerufen werden. Darüber hinaus kann ein Arzt bei Schäden durch fahrlässiges oder leichtfer-

tiges (grob fahrlässiges) Verhalten wegen Körperverletzung strafrechtlich belangt werden. Bei der Substitutionsbehandlung wird aber die Einhaltung von Regelungen, deren Nutzen nicht einmal durch Überlegungen wahrscheinlich, geschweige denn durch Untersuchungen überprüft und belegt worden ist, mit Strafrecht erzwungen.

Beurteilung von Todesfällen unter der Behandlung

Die Sterblichkeit der unbehandelten Heroinabhängigkeit unter den Bedingungen der Prohibition beträgt etwa 2% jährlich, sie ist nach einem Entzug [11] und in der Eindosierung mit Methadon erhöht [34]. Opiaterhaltungstherapien senken die Sterblichkeit um etwa zwei Drittel. In Gutachten bei Prozessen gegen substituierende Ärzte wegen eines Todesfalles behaupten Rechtsmediziner oft „toxische“ Methadonkonzentrationen [35], ohne zu berücksichtigen, dass die Toxizität entscheidend von der Opiatoleranz abhängt. Die postmortale Verteilung lässt nur sehr eingeschränkt auf die vor dem Tode wirksame Konzentration schließen [36]. Bei Mischintoxikationen ist die Bedeutung der einzelnen Substanzen für den tödlichen Verlauf nur sehr schwer abzuschätzen. Die Formulierung: „Das vom Arzt verordnete Methadon ist für den tödlichen Verlauf nicht wegzudenken“ [37], wenn der Patient gegen den ausdrücklichen Rat des Arztes noch andere Substanzen genommen hat, wird der Situation nicht gerecht. In einigen Regionen wird nicht nur wegen fahrlässiger Tötung ermittelt, sondern auch wegen Verstoß gegen § 30 (1) Ziffer 3 BtMG (leichtfertige Todesverursachung durch Verabreichung von Betäubungsmitteln, Freiheitsstrafe nicht unter 2 Jahren). Dieser Paragraph wurde 1982 in das BtMG eingefügt. Damals wurden etwa 400 Drogentote jährlich gezählt. Man hoffte mit diesem Paragraphen, kriminelle Heroinhändler besser belangen zu können. Die Zahl der Drogentoten stieg trotzdem dramatisch an. Jetzt wird dieser Paragraph gegen substituierende Ärzte angewendet. Rechtsmediziner in Süddeutschland äußern sich oft zu den Behandlungsmodalitäten, ohne dass sie damit Erfahrung haben können, denn sie sehen weniger als 1% der substituierten Patienten – die Verstorbenen. Mangelnde Erfahrung spricht aus der Formulierung in einem rechtsmedizinischen Gutachten: „Eine Dosissteigerung, die nicht aufgrund noch manifester Entzugssymptome zu begründen ist, stellt einen gravierenden Verstoß gegen die Grundprinzipien der Substitutionsbehandlung dar, bei welcher gerade im Verlauf der Behandlung eine stetige Reduktion der Dosis bis zum völligen Absetzen anzustreben ist.“ Der Hinweis desselben Gutachters auf die Rote Liste bei der Beurteilung von Benzodiazepinverordnungen erscheint suchtmedizinisch zu knapp [37].

Strafrechtliche Einschränkungen der Opiaterhaltungstherapie

Politiker bezeichnen zwar seit einigen Jahren Sucht als Krankheit. Aber sie überlassen die Behandlung dieser Krankheit nicht den Ärzten. Sie verfolgen die Abhängigen – nach jetzigem Verständnis Kranke – strafrechtlich. Sie mischen sich in einzigartiger Weise in die Behandlung ein. Nach der BtMVV 1982 war Betäubungsmittelabhängigkeit kein besonders schwerer Krankheitsfall. Die Höchstdosis der täglichen Verschreibung von 60 mg Levomethadon durfte in diesem Fall nicht auf maximal 120 mg erhöht werden. Heute

weiß man: Heroinabhängigkeit ist die Krankheit, bei der im Vergleich zu anderen Krankheiten die höchsten Opiatdosen verschrieben werden müssen, um ein gutes Behandlungsergebnis zu erzielen. 1992 wurde ein wortreicher Paragraph für die Substitutionsbehandlung in die BtMVV eingeführt. Sinnvoll wäre es gewesen, die Behandlung als „begründet“ anzusehen, auf die die Therapiefreiheit einengenden Paragraphen 2a bzw. 5 der BtMVV zu verzichten und die Diskussion über die Behandlungsmodalitäten den Ärzten zu überlassen. Bei keiner Behandlung werden den Ärzten derart einschneidende Vorschriften bei der Behandlung gemacht und Verletzungen dieser Vorschriften strafrechtlich geahndet. Politiker legen sogar fest, wann diese lebensrettende Behandlung abgebrochen werden muss.

Strafrechtlich geregelt sind:

- die Aufnahme- und Abbruchkriterien,
- die Auswahl der Arzneimittel,
- die Zahl der Tage, für die eine Verschreibung ausgestellt werden darf,
- die Aushändigung des Rezeptes,
- die Kennzeichnung des Rezeptes mit einem Diagnosekürzel,
- die Kennzeichnung des Rezeptes bei einer höheren Dosis,
- die Einnahmemodalitäten,
- die Voraussetzung zur Mitgabe des Substitutionsmedikaments,
- die Durchführung von psychosozialen Begleitmaßnahmen,
- die Meldung der Patienten an ein zentrales Register,
- die Vorlage der Behandlungsdokumentation auf Anforderung der zuständigen Landesbehörde,
- die Form der Mitteilung über die bisherige Behandlung an den weiterbehandelnden Arzt,
- die Qualifikation, die ein Arzt haben muss, der nur ein Rezept für ein Substitutionsmedikament während der Urlaubsvertretung ausfüllen will.

Es ist eine Ordnungswidrigkeit, dem Patienten das Rezept zur Einlösung in der Apotheke mitzugeben, wenn der Patient das Substitutionsmedikament in der Praxis einnimmt. Es ist eine Straftat, dem Patienten das Substitutionsmedikament zur selbstkontrollierten Einnahme mitzugeben. Ein Arzt, der seinem Patienten einige Tagesdosen seines Substitutionsmedikamentes mitgibt, wird strafrechtlich nach §29 (1) Satz 1 BtMG wie ein Straßendealer behandelt. Führende Suchtmediziner halten die Abgabe definierter Tagesdosen aus der Praxis für mindestens genau so sinnvoll wie die Abgabe aus der Apotheke. Es ist auch eine Straftat, mit einem anderen als den zur Substitution ausdrücklich zugelassenen Opiaten zu behandeln, selbst wenn dieses Opiat in anderen europäischen Ländern zur Substitutionsbehandlung zugelassen ist. Die Regierung beruft sich auf anerkannte Regeln nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und auf Empfehlungen der BÄK. Die Richtlinien der BÄK vom 22.3.2002 verweisen andererseits auf die Vorschriften der BtMVV, als ob in diesen der Stand der Wissenschaft zu finden wäre. In den „Materialien zum gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“ (die wissenschaftliche Grundlage der Richtlinien) lösen sich die Vertreter von BÄK und KBV zwar von den Vorgaben des Ordnungsgebers und stellen z. B. fest, dass ein Behandlungsabbruch vermieden werden soll und dass es für die Wirksamkeit der psychosozialen Betreuung keinen wissenschaftlichen Beweis gibt. Aber diese Erkenntnis ist in die Richt-

linien nicht eingeflossen. Zu der in Strafverfahren relevanten Frage, ob ein wöchentlicher Kontakt für den Behandlungserfolg zwingend oder auch nur hilfreich ist, geben auch die „Materialien“ keinen Hinweis.

Insgesamt hat man den Eindruck, dass alle Leit- und Richtlinien in Großstädten mit gut ausgebautem öffentlichem Personennahverkehrssystem und Methadonambulanzen, an die schwierige Patienten verwiesen werden können, entwickelt worden sind. Auf Verhältnisse in ländlichen Regionen mit nur wenigen substituierenden Ärzten, schlechter Verkehrsanbindung und intensiver sozialer Kontrolle geht keine Richtlinie ein. Selbstverständlich nehmen auch die Staatsanwälte darauf keine Rücksicht. Nach Auffassung des Oberstaatsanwaltes Winkler machte der Mangel an gesetzlichen Vorgaben die Substitution für Ärzte in strafrechtlicher Hinsicht so hoch riskant [27]. Aus der Sicht der substituierenden Ärzte macht der Überschuss die Behandlung riskant. Ärzte, die nicht mit Substitutionsmedikamenten behandeln, sondern damit handeln, können nach den Regelungen des BtMG belangt werden. Auch in diesen Fällen ist der §5 der BtMVV nicht nötig. Der Gesetzgeber hätte sich aus einem medizinischen Meinungsstreit heraushalten sollen. Stattdessen hat er eine – die jetzt als richtig erkannte – Behandlungsmethode strafrechtlich unterdrückt.

Beispiele der Strafverfolgung

Besonders in Bayern und Baden-Württemberg geht die Staatsanwaltschaft bei Verstößen gegen die Verschreibungsformalia gegen substituierende Ärzte vor. Polizeibeamte ermitteln aufgrund der Angaben von Heroinabhängigen gegen substituierende Ärzte. Als ein Abhängiger behauptete, Schwarzmarktmethadon käme aus einer bestimmten Praxis, in der überhöhte Dosierungen verschrieben würden, wurden Praxis- und Wohnräume durchsucht. Es wurde dort kein Methadon gefunden. Im Strafbefehl über 3000 € wurde einzig und allein der Vorwurf erhoben, nicht „im Einzelfall begründete“ hohe Dosen verschrieben zu haben. Die Ärztin wurde nicht angehört. Gegen einen anderen Arzt wurde wegen leichtfertiger Todesverursachung in 2 Fällen und Verstoß gegen Verschreibungsformalia in knapp 2000 Fällen ein Prozess mit 15 Verhandlungstagen durchgeführt, als ob Großdealer verurteilt werden sollen, die jahrelang eine ganze Region mit Heroin versorgt haben. Vor Gericht stand ein Arzt, der – als Letzter im Umkreis von mehr als 50 km – seit Jahren etwa 150 heroinabhängige Patienten behandelt. Die Ausstellung jedes einzelnen Substitutionsrezeptes ohne Kontakt mit dem Patienten wurde mit 15 Tagessätzen (also mit einem halben Monatseinkommen) geahndet, die Mitgabe aus der Praxis mit 20 Tagessätzen. Die Todesfälle wurden dem Arzt selbst von der Staatsanwaltschaft nicht mehr zur Last gelegt, nachdem der Rechtsmediziner in der Hauptverhandlung seine Aussagen zurückgenommen hatte. Das Urteil: neun Monate Haft auf Bewährung, ein 5-jähriges Substitutionsverbot und eine Geldbuße für einen der nur noch wenigen Ärzte in Franken, der Heroinabhängige behandelt hat – trotz aller Schwierigkeiten mit dem großen Einzugsgebiet und mit der großen Zahl der Patienten, die sonst keinen Arzt gefunden hätten. In einer Stadt in Baden-Württemberg wurde die Mitgabe aus der Praxis in 34 Fällen als vorsätzliche unerlaubte Betäubungsmittelabgabe gewertet und mit je

5 Tagessätzen geahndet. Die Gesamtstrafe von 30 Tagessätzen wurde zur Bewährung ausgesetzt. (Zur Erinnerung: Die Mitgabe definierter Tagesdosen an substituierte Patienten wird von erfahrenen Suchtmedizinerinnen für mindestens genau so gut gehalten wie die Abgabe auf Rezept aus der Apotheke.) Die Substitutionsbehandlung wurde von einer Staatsanwaltschaft als unerlaubt angesehen, weil einige Monate nach Beginn der Behandlung noch Beikonsum bestand. Bevor überhaupt eine suchtmedicinische Stellungnahme vorlag oder in einem Prozess die Vorwürfe geklärt werden konnten, wurde dem Arzt die Durchführung von Substitutionsbehandlungen vom Landratsamt untersagt. Nach Auffassung des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz ist die Mitgabe für Sonn- und Feiertage eine nicht begründete Verschreibung und damit eine Straftat nach § 13 (1) BtMG, wenn der Patient sonst nicht als geeignet für eine Mitgabe angesehen wird. In einem Brief an die Regierung in Oberfranken vom 31.1.2006 heißt es: „Wer sich als Arzt zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen bereit erklärt, muss auch an Wochenenden zur Verfügung stehen oder eine Vertretung sicherstellen.“ Klarer wäre die Formulierung: „Wer substituiert, hat selber Schuld.“ Entsprechend wird gegen Ärzte strafrechtlich ermittelt wegen „nicht indizierter Mitgabe und Weiterbehandlung trotz Beikonsum“. In einem Fall war der Patient am 21.12. aus der JVA entlassen worden, an den Feiertagen ließ sich kein Arzt und keine Apotheke für die Einnahmekontrolle finden. Ohne Mitgabe hätte die Behandlung abgebrochen werden müssen – etwas, was nach den Richtlinien der BÄK vermieden werden soll. (Seit 1990, dem Beginn der Substitutionsbehandlung mit L-Polamidon in Hamburg, wird die Dosis für Sonn- und Feiertage mitgegeben, ohne dass jemand einen Schaden behauptet.) In Niedersachsen werden die Behandlungsdokumentationen bei allen substituierenden Ärzten von der KV überprüft, weil einzelne Ärzte nicht mit Methadon behandelt, sondern gehandelt haben sollen. Das Ergebnis eines solchen Vorgehens ist oft, dass Ärzte keine Substitutionsbehandlungen mehr durchführen. Patienten müssen in ländlichen Regionen oft mehr als 50 km weit fahren.

„Freilich, meine Damen und Herren, das Leben spottet aller Paragrafen und die zahllosen und mannigfaltigen Schwierigkeiten, die es schafft, gestatten eine streng buchstabenmäßige Durchführung der soeben dargelegten Grundsätze nicht immer und überall“ [38].

Literatur

- 1 Körner HH. Eine Überdosis ist immer schädlich, auch eine Überdosis Strafrecht. Vortrag beim Kongress Sucht und Recht. Zürich. 11. – 13.9.1996
- 2 Terry C, Pellens M. The Opium Problem. New York: The Committee on Drug Addictions in collaboration with the Bureau of Social Hygiene, Inc, 1928: 627
- 3 McLellan AT, Lewis DCMD, O'Brien CP et al. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. JAMA 2000; 284: 1689 – 1695
- 4 Duvall HJ, Locke BZ, Brill L. Follow-up Study of Narcotic Drug Addicts Five Years After Hospitalization. Public Health Reports 1963; 78: 185 – 193
- 5 Hunt GH, Odoroff ME. Follow-up Study of Narcotic Addicts After Hospitalization. Public Health Reports 1962; 77: 41 – 54
- 6 Vaillant GE. A 20-Year Follow-up of New York Narcotic Addicts. Arch Gen Psychiatry 1973; 29: 237 – 241
- 7 Winick C. The life cycle of the narcotic addict and of addiction. Bulletin on Narcotics 1964; XVI: 1 – 11
- 8 Ladewig D. Katamnesen bei Opiatabhängigkeit. In: Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten. In: Kleiner D (Hrsg). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer-Verlag, 1987: 55 – 69
- 9 Raschke P, Schliehe F. Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. Langzeitstudie am Beispiel des „Hammer Modells“. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 1985
- 10 Simpson D, Joe JW, Lehman WEK et al. Addiction Careers: Etiology, Treatment, and 12-Year Follow-up Outcomes. The J of Drug Issues 1986; 16: 107 – 121
- 11 Heckmann W, Püschel K, Schmoltdt A et al. Drogennot- und -todesfälle. Band 28 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1993
- 12 Gearing FR, Schweitzer MD. An Epidemiologic Evaluation of Long-term Methadone Maintenance Treatment for Heroin Addiction. Am J Epidemiology 1974; 100: 101 – 112
- 13 Grönbladh L. Untersuchungen zum schwedischen Methadonprojekt. Langzeitverläufe bei Drogenabhängigen. In: Kleiner D (Hrsg). Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer-Verlag, 1987: 151 – 161
- 14 Quensel S. Drogenelend. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1982: 156
- 15 Körner HH. Betäubungsmittelgesetz. 4. Aufl. München: Verlag C.H. Beck, 1994
- 16 Verthein U, Kalke J, Raschke P. Resultate internationaler und bundesdeutscher Evaluationsstudien zur Substitutionstherapie mit Methadon – eine Übersicht. Psychother Psychosom med Psychol 1994; 44: 128 – 136
- 17 Levinstein E. Die Morphiumsucht. Berlin: Verlag von August Hirschwald, 1887
- 18 Waldorf D, Orlick M, Reinerman C. Morphine Maintenance: The Shreveport Clinic 1919 – 1923. New York: The Lindesmith Center, 1974
- 19 Dole VP, Nyswander M. A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. JAMA 1965; 193: 646 – 650
- 20 Uchtenhagen A. Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten Ambros Uchtenhagen, Felix Gutzwiller, Anja Dobler-Mikola (Hrsg) Synthesebericht Ambros Uchtenhagen Zürich, Juni 1997. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 1997
- 21 Brink W van den. Heroingestützte Behandlung von Drogenabhängigen bei medizinischer Indikation: Schlussfolgerungen aus der holländischen Studie. Sucht 2002; 48: 77 – 78
- 22 Naber D, Haasen C. Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der klinischen Vergleichsstudie. Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), 2006
- 23 Yancovitz SR, Des Jarlais DC, Peyser NP et al. A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. American Journal of Public Health 1991; 81: 1185 – 1191
- 24 Richtlinien der Bundesärztekammer zur substituierungsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 22.3.2002. Materialien zum gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.; <http://www.baek.de/30/Praevention/20Sucht/69EvSubst.pdf>
- 25 Kakko J, Svanborg KD, Kreek J et al. 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial. The Lancet 2003; 361: 662 – 668
- 26 Winkler KR. Zur Strafbarkeit des Arztes gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 9 Betäubungsmittelgesetz. Suchtgefahren 1980; 26: 28 – 37
- 27 Winkler KR. Rechtliche Situation des Substitutionsarztes. Vortrag im September 2005 auf einem Symposium in der KV Rheinland Pfalz, Regionalzentrum Pfalz. 2005
- 28 Ullmann R. Das Verbot der Opiaterhaltungstherapien war wissenschaftlich nie begründet. In: INDRO e.V (Hrsg). Drogen – Leben Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin: VWB, 2004
- 29 Heinemann A, Andresen H, Raschke P. Methadonassoziierte Mortalität von Opiatkonsumenten in Hamburg 1990 bis 2001. Suchtmedizin 2005; 7: 27 – 32
- 30 Wille R, Siegismund H, Pels-Leusden R. Resocialisation and AIDS Prevention by Remedacene Substitution? Empirical Data Concerning 229

- Drug Addicts. Vortrag beim Symposium Drug Addiction and AIDS, Wien. 22./23.2.1991
- ³¹ Schmidt T. Drogenhilfe und Graumarkt. Opladen: Leske und Budrich, 2002: 173
- ³² Swords SMW. A Resume of Facts and Deductions Obtained by the Operation of a Narcotic Dispensary. American Medicine 1920; 15: 23–29
- ³³ Nordt C, Stohler R. Incidence of Heroin Use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. Lancet 2006; 367: 1830–1834
- ³⁴ Caplehorn JR, Drummer OH. Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994: lives lost and saved. MJA 1999; 170: 104–109
- ³⁵ Penning R, von Meyer L, Sachs H et al. Drogentodesfälle mit Methadonbeteiligung in den Jahren 2002 und 2003 – Daten des Instituts für Rechtsmedizin München. Suchtmedizin 2005; 7: 19–25
- ³⁶ Pounder DJ, Jones GR. Post-mortem Drug redistribution – a Toxicological Nightmare. Forensic Science International 1990; 45: 253–263
- ³⁷ Betz P. Gutachten im Auftrag der Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht Ansbach betr. Dr.S. vom 23.10.2003.
- ³⁸ Gaupp R. Die Gefahren der Rauschgifte für das deutsche Volk und ihre Bekämpfung. Aerztliches Vereinsblatt 1928; 57: 66–74