

Akzept 12.12.12.

Veränderung der BtmVV- Wie muss sie aussehen, um eine patienten- und arztgerechte Substitutionsbehandlung zu erreichen?

Rainer Ullmann

Es bestehen 2 Probleme: dass 1. ist eine BtMVV, die weit in die ärztliche Behandlung eingreift und eine individuelle, den Bedürfnissen des Patienten angepaßte Behandlung nicht immer erlaubt.

Das 2. Problem sind Staatsanwälte und Richter, die – ignorant oder böswillig – diese Regelungen so auslegen, daß praktisch jeder substituierende Arzt dagegen verstoßen muß.

Der Zweck des BtMG ist in §5 Abs. 1 Nr. 6 beschrieben: „die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, daneben aber den Mißbrauch von Betäubungsmitteln ... sowie das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen.“

Die Substitutionsbehandlung ist die notwendige medizinische Versorgung Heroinabhängiger mit Opiaten. Sie zu beschränken –wie es durch den §5 geschieht - ist nicht gerechtfertigt.

Die Einführung eines speziellen Paragraphen für die Regelung der Substitutionsbehandlung jährt sich gerade zum 20. Mal. Am 23.12. 1992 hat die Bundesregierung die Einführung des §2a in die 4. BtMÄndV mit 620 Wörtern verordnet.

Dazu sagte 1996 der ehemalige Frankfurter OStA Körner „Der deutsche Gesetzgeber hat anstelle Strafrecht als ultima ratio zu begreifen, im Betäubungsmittelrecht unserer Gesellschaft eine Überdosis an Strafrecht verschrieben. Das gesetzliche Herunterdosieren erweist sich aber als schwierig und langwierig.“ Nun heißt er §5 und enthielt 1998 schon 943 Wörter, jetzt sind es 2772.

Stellen Sie sich einmal vor, es gäbe keine strafrechtliche Regelung der Substitutionsbehandlung und **heute** müßte neu überlegt werden, was an der Substitutionsbehandlung strafrechtlich geregelt werden muß, um Schaden zu verhüten. Wir reden über die **Standardbehandlung** der Abhängigkeit von illegalem Heroin. Vor weit über 100 Jahren gab es ein Problem mit der Abhängigkeit von verschriebenen Opiaten, aber jetzt vermindert die ärztliche Verschreibung von Opiaten die Schäden der Abhängigkeit von illegalem Heroin.

Eine primäre Abhängigkeit von Substitutionsmedikamenten ist so selten, daß sie in den Polizeistatistiken nicht gesondert erfaßt wird. Während die Zahl der Substitutionspatienten auf etwa 70.000 stieg, ist die Zahl der Erstkonsumenten von Heroin von etwa 10.000 im Jahre 1992 auf weniger als 3000 im Jahr 2011 gesunken. Ein Risiko für die Ausbreitung der Opiatabhängigkeit durch die Substitutionsbehandlung ist aus diesen Zahlen nicht zu erkennen.

Es gibt 2 Straftaten nach §16 der BtMVV:

1. Verschreibung anderer Substitutionsmedikamente als der ausdrücklich erlaubten – das ist wissenschaftlich allerdings Unsinn. Wegen der Kreuztoleranz der Opiate untereinander sind alle Opiate geeignet, die Entzugssymptome und die Gier nach Heroin zu verhindern – auch legales Heroin kann das. Die Behandlung mit Buprenorphin war in Deutschland noch eine Straftat, als in Frankreich bereits mehrere 10.000 Patienten damit behandelt wurden.

2. Abstinenz nicht anzustreben (es heißt in der Begründung der 10. BtMÄndV: „Eine bloße Opiaterhaltungstherapie, die darauf beschränkt ist, die jeweiligen gesundheitlichen Störungen zu behandeln, ohne jedoch die Abstinenz zu fördern, ist unzulässig“):
das ist für Ärzte 1. bei chronischen Krankheiten nicht verständlich: wir können diese Krankheiten zwar nicht heilen, wir lindern aber gern die Symptome
2. ist blöd, daß die nicht befristete Opiaterhaltungstherapie die einzige Therapie ist, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien bewiesen ist.

Die damalige Drogenbeauftragte Frau Caspers 2007 erläutert: „Dagegen sind große Teile der Substitutionsvorschriften sanktionslos, wie etwa die Vorschriften über die Take home-Vergabe. Allerdings müssen substituierende Ärztinnen und Ärzte auch die allgemeinen, nicht nur für die Substitution geltenden Verschreibungsgrundsätze des ... §13 BtMG beachten.“ Darin steht, daß die Verschreibung begründet sein muß.

Ich habe das geglaubt. Substitutionsbehandlung ist begründet, wie im §13 BtMG gefordert, weil der beabsichtigte Zweck bei der Heroinabhängigkeit nicht anders erreicht werden kann.

Ich hätte es besser wissen müssen. Schon 1979 hatte der BGH im Verfahren gegen Kapuste entschieden, dass die betäubungsrechtliche Zulässigkeit der Behandlung rückwirkend entfällt, wenn der Arzt die eigenverantwortliche Einnahme von Polamidon ermöglicht. Das ist für einen Arzt nicht zu begreifen: medizinisch besteht eine Indikation zu einer Behandlung oder sie besteht nicht. Dann kann die Behandlung gut oder schlecht durchgeführt werden, aber auch bei schlechter Durchführung bleibt die Indikation – die Begründung – bestehen.

Der BGH hat die fremdkontrollierte Einnahme - die Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch - gefordert. Die gab es damals aber noch gar nicht, sie wurde erst 1981 in das BtMG aufgenommen. 1979 durfte ein Arzt nur verschreiben. Kapuste wurde verurteilt, weil er etwas nicht getan hat, was im damaligen BtMG nicht vorgesehen war. Gilt der Grundsatz: „Keine Strafe ohne Gesetz“ auch für substituierende Ärzte?

2008 hat der BGH etwas, was wie eine ärztliche Behandlung aussah (approbierter Arzt, in einer öffentlich angezeigten Praxis, Verordnung auf BtM-Rezepten zu Lasten der Krankenkasse, Belieferung der Rezepte durch eine Apotheke) kurzerhand zu einer Nichtbehandlung erklärt („Ein Arzt kann sich nicht dadurch von der Erlaubnispflicht des § 3 BtMG (für die Abgabe von BtM) befreien, dass er **unter dem Deckmantel einer ärztlichen Behandlung** mit Betäubungsmitteln verkehrt, ohne dass die Voraussetzungen ... einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführten Substitutionsbehandlung vorliegen.“

Dazu brauchte der BGH keinen Gutachter. Dann hat er die Abgabe einzelner Tagesdosen an die behandelten Patienten – das, was der Ambulanzarzt, der den Arzt angezeigt hatte, ebenfalls machte - wie Straßendealerei beurteilt. Überall sonst auf der Welt ist die Abgabe

aus der Behandlungseinrichtung üblich. 2007 sollte das in einer 21. BtMÄndV legalisiert werden. 2008 verurteilt der BGH das wie Straßendealerei. Begreifen Sie das?

Das LG Bayreuth schreibt: **„Alleine die Inkaufnahme langer Anfahrtswege, das Interesse der Patienten an der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes oder die Gefahr eines Wiederabgleitens in das Drogenmilieu rechtfertigen es nicht, von den genannten Regeln abzuweichen. Die Methadonsubstitution beinhaltet ein hohes Gefährdungspotential und ist nur unter enger ärztlicher Kontrolle und Begleitung zulässig.“**

Wesentliche Behandlungsziele sind also nicht so wichtig wie das Einhalten formaler Regeln – das ist grotesk! Das hohe Gefährdungspotential besteht nicht durch die Substitution, sondern durch die unbehandelte Heroinabhängigkeit – das hat sich offensichtlich bis in die deutsche Justiz noch nicht herumgesprochen und ist auch bei Politikern noch unbekannt, wie aktuelle Äußerungen der bayerischen Justizministerin Frau Merk zeigen.

Wie wäre es mit Fortbildung für Juristen und Politiker?

Das letzte BGH-Urteil stammt vom 12.2.12. Dort heißt es:

„Eine Substitutionsbehandlung ist nach § 13 BtMG nur als ultima ratio zulässig.
... Nur mit einer regelmäßigen oder gar wöchentlichen Konsultation hätte „der Fortschritt der Substitutionstherapie **und die weiter unabdingbare Verschreibung von Substitutionsmitteln überprüft werden können.**“

Das ist aus ärztlicher Sicht schwer zu fassen: Heroinabhängigkeit dauert jahrelang, aber die Indikation zur weiteren Verschreibung von Substitutionsmitteln muß wöchentlich überprüft werden?

Dann führt der BGH aus, der fehlende wöchentliche Kontakt könne doch bestraft werden, obwohl er in der BtMVV nicht strafbewehrt ist:

„Einer Strafbarkeit nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG (nicht begründete Verschreibung)

wegen einer unzureichenden ärztlichen Begleitung der Substitutionsbehandlung steht nicht entgegen, dass eine Verschreibung unter Missachtung des § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 BtMVV (in der Regel wöchentlicher Kontakt)

nicht nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 BtMG (Verstoß gegen die BtMVV),

§ 16 Nr. 2 Buchst. a BtMVV (die 2 Straftaten) bestraft werden kann.

§ 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 BtMG in Verbindung mit der BtMVV sanktioniert Verstöße gegen formelle Voraussetzungen der Substitutionsbehandlung.“

„Materielle Zuwiderhandlungen, zu denen es gehört, wenn der Arzt Substitutionsmittel verschreibt, obwohl er sich nicht fortlaufend ... über die Fortschritte der Behandlung unterrichtet, sind nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG strafbar, ohne dass § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 BtMG Sperrwirkung entfaltet“

Das haben Sie sicher verstanden und ich sage Ihnen hoffentlich nichts Neues, denn der BGH schließt seine Ausführungen mit den Worten:

„Diese Maßgaben einer zulässigen Substitutionsbehandlung sind aus den §§ 29, 13 BtMG, § 5 BtMVV ohne weiteres ersichtlich, so dass für den Arzt als Adressaten der Strafnorm - den

verfassungsrechtlichen Vorgaben entsprechend - klar erkennbar ist, unter welchen Voraussetzungen er sich durch das Verschreiben eines zur ärztlichen Medikation zugelassenen Substitutionsmittels strafbar macht.“

Dann ist die Schlußfolgerung zwingend: „Der das Substitutionsmittel entgegen § 13 BtMG verschreibende Arzt handelt vorsätzlich, wenn er zumindest billigend in Kauf nimmt, dass seine Verschreibung nicht den gesetzlichen Vorschriften entspricht.“

Propagandistisch ist es wichtig, den Gegner mit eingängigen Begriffen zu belegen: „Dealer in Weiß“ und „Ersatzdrogen“ haben sich sehr bewährt, die Anwendung von Strafrecht zu legitimieren. Bei „Dealer“ und „Drogen“ wird jedem klar: hier hilft nur Strafrecht!

Lüneburger Zeitung am 10.4.2007: „Alle drei Mediziner sollen sich bei der Abgabe des Methadons nicht an gesetzliche Vorgaben gehalten haben. Die Staatsanwaltschaft wirft ihnen deshalb illegalen Rauschgifthandel vor.“

„Laut Staatsanwaltschaft sollen die Ärzte die monatlichen Rezepte für Suchtpatienten so ausgestellt haben, dass sich die Verschreibungszeiträume überlappten. Nach Berechnungen der AOK könnten so in den Jahren 2004 und 2005 rund 38 Liter Methadon illegal ausgegeben worden sein. Da der illegale Verkauf etwa einen Euro pro Milliliter bringen könnte, sei von einem Schaden in Höhe von 38 000 Euro auszugehen.“

Wem ist dieser Schaden entstanden? Muß die AOK das Methadon auf dem Schwarzmarkt kaufen?

Was war tatsächlich? Einige Patienten brauchten eine höhere Dosis als bei Ausstellung des Rezeptes erwartet, und der Arzt stellte vor Ablauf von 30 Tagen ein neues Rezept aus.

Warum die Strafverfahren gegen substituierende Ärzte? Müssen sie, wenn kein Schaden bewiesen werden kann, tatsächlich ruiniert werden? Solche Verfahren gibt es in Europa sonst nicht.

Gilt auch für substituierende Ärzte das verfassungsrechtlich verankerte Verhältnismäßigkeitsprinzip? Danach wird Strafrecht „als ‚ultima ratio‘ des Rechtsgüterschutzes eingesetzt, wenn ein bestimmtes Verhalten über sein Verbotensein hinaus in besonderer Weise sozialschädlich und für das geordnete Zusammenleben der Menschen unerträglich, seine Verhinderung daher besonders dringlich ist.“ Schaden substituierende Ärzte der Gesellschaft so sehr?

Die Anwendung von Strafrecht ist nur dann verhältnismäßig, wenn Verwaltungsmaßnahmen nicht ausreichen, um Schaden zu verhüten.

Falls die Juristen es nicht wissen: einem Arzt kann man die Substitutionsgenehmigung entziehen, dann darf er die Behandlung nicht durchführen. Einem Straßendealer können Sie keine Genehmigung entziehen, er hat keine.

Würde es nicht reichen, wenn unsorgfältig arbeitenden Ärzten (die gibt es genau wie unsorgfältig arbeitende Politiker, Juristen und Journalisten) die Substitutionsbehandlung verboten wird, nach Prüfung durch ein sachlich zu dieser Prüfung befähigtes Gremium?

Wie muß die BtMVV also aussehen? So, daß auch Juristen sie **sinngemäß** auslegen können. D.h., der §5 muß gestrichen werden: er ist in seiner Regelungswut nicht zu verstehen und wird von einigen Staatsanwälten und Richtern mißbraucht, um Substitutions-behandlungen zu verhindern. Die Substitutionsbehandlung ist begründet. Wie auch sonst üblich, soll die Qualitätssicherung von der ärztlichen Selbstverwaltung übernommen werden.

Sanktionen können z.B. sein: Forderung nach Fortbildung, Begrenzung der Patientenzahlen, engere Anbindung an einen suchtmmedizinisch erfahrenen Arzt (wie bei der Konsiliarregelung), Entzug der Genehmigung zur Substitutionsbehandlung, engmaschige Kontrolle der BtM-Rezepte, Entzug der Betäubungsmittelrezepte durch die Bundesopiumstelle.