

Kommentar / Commentary

## **Strafrechtlicher Umgang mit substituierenden Ärzten aus suchtmedizinischer Sicht**

**[Criminal prosecution of methadone and/or buprenorphine prescribing doctors from an addiction specialist's perspective]**

RAINER ULLMANN (Dr. med./M.D.)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2010;7:1-12, URL: [www.indro-online.de/Ullmann2010.pdf](http://www.indro-online.de/Ullmann2010.pdf)**

### **Zusammenfassung**

Die Opiaterhaltungstherapie ist eine wirksame Behandlungsform der Heroinabhängigkeit. Sie ist trotz des erwiesenen Effekts in Deutschland verboten. Erlaubt sind nur Substitutionsbehandlungen, mit denen Opiatabstinenz angestrebt wird. Auch diese Behandlung ist strafrechtlich massiv reglementiert. Darüber hinaus werden Verstöße gegen nicht strafbewehrte Regelungen strafrechtlich verfolgt und gesetzliche Regelungen werden auf Ärzte angewendet, die nicht für Ärzte gedacht sind. Häufig beraten nicht sachverständige Gutachter die Gerichte. Die Anwendung von Strafrecht ist kontraproduktiv und verstößt gegen das Prinzip der Verhältnismäßigkeit. Das sollte verfassungsrechtlich überprüft werden, da Verwaltungsrecht ausreicht, um Ärzte am Missbrauch mit Betäubungsmitteln (BtM) zu hindern. Die Ärztekammern sollten die Qualität der Behandlungen überwachen, für Fortbildung sorgen und ggf. die Genehmigung zur Substitutionsbehandlung entziehen.

### **Die Opiaterhaltungstherapie (OET) ist eine wirksame Behandlung der Opiatabhängigkeit**

Opiatabhängigkeit ist nicht kurzfristig heilbar und verläuft oft chronisch-rezidivierend (2, 33, 49). Es ist seit mehr als 100 Jahren bekannt, dass OET wirksame Behandlungen der Opiatabhängigkeit sind (8, 13, 19, 42, 50).

In den USA wurden nach dem Verbot der freien Verfügbarkeit von Opiaten durch den Harrison Act OET in Narcotic Clinics durchgeführt, auch mit dem Ziel, Opiatabhängige arbeitsfähig machen. Die dort behandelten Patienten waren symptomfrei und sozial unauffällig (36, 48, 53).

Symptomfreiheit ist bei vielen chronischen Krankheiten ein erstrebenswertes Ziel. In Deutschland sind die diesem Ziel dienenden Opiaterhaltungstherapien noch heute ausdrücklich verboten. Es heißt in der Begründung zur 10. BtMÄndV von 1998: „Eine bloße „Opiaterhaltungstherapie“, die darauf beschränkt ist, die jeweiligen gesundheitlichen Störungen zu behandeln, ohne jedoch die Abstinenz zu fördern, ist unzulässig“. Die Substitutionsbehandlung ist – ohne dass es in Deutschland zugegeben wird – eine Form der Opiaterhaltungstherapie. Seit Jahren ist bekannt, dass mit einer OET Opiatabstinenz nicht später er-

erreicht wird als mit sog. Abstinenztherapien (31). Auch die in Großbritannien nie verbotene Heroinerhaltungstherapie zeigte keine schlechteren Ergebnisse (37).

### **Die Beschränkung der OET ist drogenpolitisch schädlich: OET führen nicht zu einer Ausbreitung der Opiatabhängigkeit**

Substituierende Ärzte werden in ein enges Regelwerk gezwängt und bei Abweichungen von diesem Regelwerk mit Haftstrafe bedroht, auch wenn kein Schaden entsteht. Zwar waren vor mehr als 100 Jahren, als es noch keine betäubungsmittelrechtlichen Regelungen gab, einige mit Morphiumspritzen behandelte Patienten abhängig geworden. Die Morphiumsucht wurde ab 1874/75 als seltene Nebenwirkung der wirksamen Behandlung vieler anders nicht behandelbarer Schmerzzustände mit unter die Haut gespritztem Morphin beschrieben (25). Das Problem wurde in Fachkreisen selbstkritisch diskutiert, und nach dem 1. Weltkrieg verbreitete sich die Morphiumsucht weniger durch ärztliche Verordnungen, sondern mehr durch einen sich aus Wehrmachtsvorräten, Diebstählen aus pharmazeutischen Firmen und andern illegalen Quellen speisenden Schwarzmarkt (20, 21, 51). Als das Reichsgericht 1926 ohne jede suchtmmedizinische Diskussion Opiaterhaltungstherapien verboten hatte (es verbot die Dauerverordnung von Kokain; die Entscheidung galt auch für Morphinumdauererschreibungen), war die Opiatabhängigkeit bereits wieder seltener geworden und nur noch in geringerem Ausmaß ein ärztlich verursachtes Problem (9, 56).

In den USA und in einigen europäischen Nachbarländern konnte zwar schon in den 1970ern gezeigt werden, dass ärztlich verschriebene Opiate zu einer Linderung der mit der Heroinabhängigkeit einhergehenden Probleme führten. In Deutschland aber heißt es 1974 in dem auf dem 77. Deutschen Ärztetag verabschiedeten Blauen Papier: „Der einzelne Arzt ist in aller Regel darin überfordert, die Notwendigkeit der Anwendung solcher Mittel (Methadon, Polamidon) zu beurteilen. Damit ist für ihn nach den Bestimmungen über die Verschreibung von Betäubungsmitteln die erlaubte Grenze erreicht.“ Fast 10 Jahre nach den ersten Publikationen über die ambulant durchgeführte Methadonerhaltungstherapie in den USA hielten Funktionäre der Ärzteschaft in Deutschland die ambulante Substitutionsbehandlung für eine Straftat.

Besonders aufmerksam wird die Mitgabe des Substitutionsmedikaments zur eigenverantwortlichen Einnahme durch den Patienten geregelt. Der Handel mit Substitutionsmedikamenten ist die Hauptsorge des Ordnungsgebers. Er hätte aus der Geschichte lernen können. Nicht die Weitergabe von verschriebenen Medikamenten ist das Hauptrisiko für die Ausbreitung der Heroinabhängigkeit, sondern der beschränkte legale Zugang zu einem Opiat und das daraus folgende Schwarzmarktangebot. In Großbritannien war den Hausärzten 1968 die Verordnung von Heroin verboten worden, weil sich ein grauer Markt mit verschriebenem Heroin entwickelt hatte. Die Zahl der dem Innenministerium bekannten Abhängigen hatte von 1958 – 1968 von 112 um über 2000 auf 2232 zugenommen. Dieser Anstieg wurde allerdings durch den Anstieg nach dem Verbot hausärztlicher Heroinverschreibungen übertroffen: Jetzt stieg die Zahl der Heroinabhängigen wegen eines großen Schwarzmarktangebots in 12 Jahren um fast 3000 auf 5100 (1980) und in 22 Jahren um über 15000 auf 17500 im Jahre 1990 (47).

Das war vorhergesehen worden: “If ... the restrictions are so severe as to prevent or seriously discourage the addict from obtaining any supplies from legitimate sources it may lead to the development of such an organised illicit traffic. The absence hitherto of such an organised illicit traffic has been attributed largely to the fact that an addict has been able to obtain supplies of drugs legally” (46). In der Umgebung gut geführter Narcotic Clinics in den USA um 1920 nahm die Zahl der Morphinabhängigen ab (36, 48, 53).

In Deutschland sind die Zahlen der EkHD (Erstauffällige Konsumenten harter Drogen) von 10450 im Jahre 1992 auf 3900 im Jahre 2008 zurückgegangen (11, 12). In diesen Jahren nahm die Zahl der substituierten Patienten von etwa 4000 (1993) (54) auf mehr als 70000 zu (18). Aus diesen Zahlen kann eine Ausbreitung der Betäubungsmittelabhängigkeit als Folge von Substitutionsbehandlungen nicht abgelesen werden. Andere Untersuchungen zeigen, dass eine primäre Abhängigkeit von Substitutionsmedikamenten sehr selten ist (44, 55). Bis 2008 werden EkHD von Substitutionsmedikamenten wegen ihrer geringen Zahl in der Kriminalstatistik nicht erfasst.

## **Fragwürdige Auslegung der Gesetze durch die Gerichte**

Prinzipiell ist jeder Umgang mit BtM allen Personen verboten, die keine Erlaubnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) haben. Ärzte sind beim Umgang mit BtM privilegiert. Sie dürfen im Rahmen einer Behandlung Betäubungsmittel verschreiben, verabreichen oder zum unmittelbaren Verbrauch überlassen, wenn die Anwendung begründet ist. Die Substitutionsbehandlung ist die Standardbehandlung der Heroinabhängigkeit. Damit ist sie begründet. Die Durchführung einer Substitutionsbehandlung zur Behandlung der Heroinabhängigkeit ist also keine Straftat. Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt die Straftaten von Ärzten in §29 Abs. 1 Nr. 6 BtMG (nicht begründete Anwendung) und in Nr. 14 [Verstoß gegen die Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV), wenn sie für einen bestimmten Tatbestand auf den §29 verweist]. Bei der Regelung der Substitutionsbehandlung ist das nur dann der Fall, wenn das Abstinenzziel nicht angestrebt wird und wenn andere als die ausdrücklich erlaubten Opiate verwendet werden. Beide Forderungen sind wissenschaftlich nicht begründet:

1. ist es nach jahrzehntelanger Erfahrung mit der Behandlung Opiatabhängiger klar, dass bei einem nennenswerten Teil der Abhängigen Abstinenz nicht erzielt werden kann
  2. kann Abhängigkeit von illegalem Heroin mit jedem Opiat behandelt werden, selbst mit legalem Heroin.
- Diese Straftaten sind mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder Geldstrafe bedroht. Verstöße gegen Formalia bei Ausfüllen der BtM-Rezepte sind Ordnungswidrigkeiten. Alle anderen Regelungen der BtMVV bezüglich der Substitutionsbehandlung sind nicht strafbewehrt. Trotzdem gibt es immer wieder Strafverfahren wegen Verstößen gegen diese nicht strafbewehrten Regelungen. Herrschende Meinung unter Juristen ist, dass die Begründung entfällt, wenn von (nicht strafbewehrten) Durchführungsbestimmungen abgewichen wird, unabhängig davon, ob dem Patienten ein Nutzen entstanden ist oder ob ein Schaden nachgewiesen wurde. Die Behandlung wird dann insgesamt zur Straftat, und da zur Behandlung eines Patienten viele Male Betäubungsmittel verordnet werden, werden die Ärzte dann wegen mehrerer hundert Straftaten vor dem Landgericht angeklagt. Dann gibt es keine Tatsacheninstanz mehr, es kann nur noch vor dem Bundesgerichtshof (BGH) Revision eingelegt werden.

Nach ärztlichem Verständnis sind ärztliche Maßnahmen indiziert und damit begründet, wenn der mögliche Nutzen größer als der mögliche Schaden ist. Sie sind nicht indiziert und damit unbegründet, wenn kein Nutzen zu erwarten ist. Kontraindiziert sind sie, wenn der mögliche Nutzen kleiner als der mögliche Schaden ist. Hier wird zwischen absoluter und relativer Kontraindikation unterschieden. Z.B. ist der früher bei vielen Krankheiten geübte Aderlaß bei Blutarmut absolut kontraindiziert. Trotz einer relativen Kontraindikation kann eine Maßnahme indiziert sein, wenn im konkreten Einzelfall keine bessere Behandlungsalternative besteht. Die Indikation und damit die Begründung für eine Behandlung bleibt aus ärztlicher Sicht bestehen, selbst wenn die Behandlung schlecht durchgeführt wurde und dem Patienten dadurch ein Schaden entstand.

## **BGH 1979: Rezeptierungsverbot und Forderung des vom Arzt kontrollierten Gebrauchs**

Dr. Kapuste hatte bereits in den 1970er Jahren Heroinabhängige mit L-Polamidon behandelt. Dazu hatte er wie in der BtMVV vorgeschrieben unter Beachtung der damals geltenden Höchstverschreibungsmengen seinen Patienten den Bedarf für 1 –2 Tage verschrieben. Die Patienten lösten das Rezept in der Apotheke ein und nahmen das L-Polamidon in eigener Verantwortung ein, wie es die BtMVV und das BtMG vorsahen.

Der BGH urteilte 1979, die Verabreichung von L-Polamidon sei eine mögliche Methode der Wahl (damit ist die Behandlung ärztlich begründet und nicht strafbar); er führt dann aber – von den damaligen medizinischen “Sachverständigen” schlecht beraten - aus:

„Bei jedem Opiatsüchtigen besteht infolge der krankheitsbezogenen Einschränkung seiner Willensfreiheit eine sehr erhebliche Wahrscheinlichkeit dafür, daß er ein ihm verschriebenes Betäubungsmittel nicht als Heilmittel, sondern als Suchtmittel verwendet, wenn es ihm zu unkontrolliertem Gebrauch zugänglich gemacht wird. Daher muß, sofern die Heilung eines Opiatsüchtigen durch Anwendung eines substituie-

renden Suchtmittels überhaupt in Betracht kommt, der behandelnde Arzt Vorkehrungen treffen, um die handgreiflich naheliegende Gefahr eines Mißbrauchs seiner Verschreibung zu bannen. Das kann er wirksam dadurch erreichen, daß er den Patienten das Mittel nur unter eigener Aufsicht oder unter der Aufsicht zuverlässiger Hilfspersonen gebrauchen läßt. Eine Verschreibung zu unkontrolliertem Gebrauch dagegen ist, wie das insoweit sachverständig beratene Landgericht mit Recht angenommen hat, ärztlich nicht zu verantworten. Sie ist daher im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 9a BtMG ärztlich nicht begründet“ (und damit eine Straftat).

Diese Aussage ist suchtmmedizinisch falsch. Der BGH entmündigte mit dieser Behauptung pauschal alle Heroinabhängigen, und er forderte die fremdkontrollierte (Gebrauch des Mittels „nur unter eigener (des Arztes) Aufsicht oder unter der Aufsicht zuverlässiger Hilfspersonen“) Einnahme nach dem in den USA entwickelten Dole-Nyswander-Protokoll. Der BGH hat nicht berücksichtigt, dass in Großbritannien die Verschreibung von Opiaten ohne Einnahmekontrolle medizinischer Standard war und noch ist. Nur bei schwierigen Patienten wird die Einnahmekontrolle empfohlen (14, 15). Auch in den USA wurde bereits 1968 einigen Patienten die Methadondosis für 6 Tage mitgegeben (17). Erst in der 4. BtMÄndV von 1992 wurde entgegen der Auffassung des BGH, aber im Einklang mit suchtmmedizinischer Erfahrung, die Mitgabe von 3 Tagesdosen, in der 10. BtMÄndV von 1998 die Mitgabe von 7 Tagesdosen zur eigenverantwortlichen Einnahme erlaubt.

Das Rezeptierungsverbot und die geforderte Form der Einnahmekontrolle („die Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch“) ist eine juristisch fragwürdige Auslegung des deutschen Betäubungsmittelrechts (34). Nach dem BtMG 1972 und auch in der BtMVV von 1978 durften Ärzte in begründeten Fällen BtM verschreiben. Die Abgabe war den Apotheken vorbehalten, als Ausnahme den ärztlichen Hausapotheken, weil es damals nicht flächendeckend Apotheken gab. Ärzte sollten gerade nicht große Mengen Betäubungsmittel in ihrer Praxis vorrätig halten, wohl, um das Risiko einer Abhängigkeit unter den Ärzten niedrig zu halten (34). Die vom BGH geforderte Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch wurde erst 1982 – 3 Jahre nach dem Urteil – in das Gesetz eingeführt.

Da einflussreiche Psychiater und der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) die Substitutionsbehandlung weiter ablehnten (10), wurde 1991 ein weiteres Verfahren bis zum BGH geführt. In diesem Verfahren stellte der BGH fest, dass die Richtlinien der BÄK keine bindende Wirkung für den Strafrichter haben und dass der Richter auf abweichende wissenschaftliche Meinungen hören müsse:

„Auch dem Vorstand der Bundesärztekammer fehlt die ihm vom Landgericht zugeschriebene "Richtlinienkompetenz", einen für den Strafrichter verbindlichen Indikationskatalog dafür aufzustellen, wann das Verschreiben von Ersatzdrogen zulässig ist. Empfehlungen der ärztlichen Berufsorganisationen sind für den Richter ... zwar eine Entscheidungshilfe, entbinden ihn aber nicht von der Verpflichtung, auch unter Berücksichtigung abweichender Stellungnahmen der ärztlichen Wissenschaft in jedem einer Verurteilung zugrunde gelegten Einzelfall zu prüfen, ob die Verschreibung des Betäubungsmittels begründet war.“

Daraufhin wurde die Substitutionsbehandlung 1992 ausdrücklich zur Behandlung der Betäubungsmittelabhängigkeit erlaubt. Wenn die Vertreter der medizinischen Wissenschaft in Deutschland – wie in Großbritannien das Rolleston-Komitee 1926 – die Dauerverschreibung von Opiaten an Opiatabhängige für eine begründete Behandlung gehalten hätten, hätten Juristen die Substitutionsbehandlung nicht als Verstoß gegen das BtMG verurteilt. Das noch in der Begründung der 10. BtMÄndV von 1998 stehende Verbot der Opiaterhaltungstherapien wirkt merkwürdig – als ob man den Verlauf einer chronischen Krankheit gesetzlich festlegen könne.

### **BGH 2008: Verbot der Abgabe aus der Praxis**

Die Abgabe des Substitutionsmedikaments aus der Praxis als international übliches und auch in der deut-

schen Fachwelt intensiv diskutiertes Vorgehen wird in Deutschland als „unerlaubte Abgabe“ und damit als Straftat bewertet. Die „unerlaubte Abgabe“ wurde 1972 als Straftatbestand in das BtMG aufgenommen. Ein Arzt machte sich strafbar, wenn er ein Betäubungsmittel abgibt, wenn die Anwendung nicht ärztlich begründet ist. Für Ärzte ist also Umgang ohne ärztliche Begründung das entscheidende Kriterium. Die Substitutionsbehandlung gab es damals noch nicht: Sie kann nicht das Ziel dieser Regelung gewesen sein. Jetzt wird ein Arzt, der einzelne definierte Tagesdosen des aufgrund seiner ärztlichen Verordnung aus der Apotheke bezogenen Substitutionsmedikamentes an seinen Patienten aus der Praxis abgibt, strafrechtlich wie ein Straßendealer behandelt, während die Abgabe derselben Menge aus der Apotheke – auf Verordnung des Arztes - straffrei ist. Das ist nicht gerechtfertigt.

Im BtMG 1981 wurde das Wort „Abgabe“ gestrichen, weil es keine ärztlichen Hausapotheken mehr gab. Die „Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch“ wurde entsprechend dem BGH-Urteil von 1979, das den Gebrauch des zur Substitutionsbehandlung verschriebenen Betäubungsmittels unter Kontrolle des Arztes gefordert hatte, eingefügt. In vielen anderen Ländern, in denen damals Substitutionsbehandlungen durchgeführt wurden, wurden die dem Patienten zur eigenverantwortlichen Einnahme mitgegebenen Tagesdosen aus der Praxis oder Ambulanz mitgegeben (38, 57). Auch in Deutschland halten erfahrene Suchtmediziner die Abgabe definierter Tagesdosen aus der Praxis für mindestens genau so sinnvoll, wie die Abgabe aus der Apotheke. 2006 gab es eine Petition an den Bundestag zu dieser Frage (40). Im Referentenentwurf zur 21. BtMÄndV vom 3.12.2007 wurde dieses Verfahren vorgeschlagen, konnte aber politisch wegen des Widerstands eines Bundeslandes nicht durchgesetzt werden. Die Abgabe aus der Praxis wäre vom Bundesministerium sicher nicht erwogen worden, wenn dieser Tatbestand so sozialschädlich wäre.

Die Abgabe aus der Praxis ist auch aus der Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland zu verstehen. In der 4. BtMÄndV von 1992 wurde vorgeschrieben, dass den Betäubungsmittelabhängigen das zur Substitution verschriebene BtM nur unter Aufsicht des verschreibenden Arztes oder seines ärztlichen Vertreters zum unmittelbaren Verbrauch zu überlassen sei. Die Ärzte entwickelten die dazu notwendigen Strukturen und ließen das von der Apotheke in einzelnen Tagesdosen gelieferte Substitutionsmedikament in der Praxis einnehmen. Anfänglich nur mit Zustimmung der Landesbehörde, später auch ohne diese Zustimmung durfte nach längerer stabilisierender Behandlung den Patienten für einige Tage das Medikament zur eigenverantwortlichen Einnahme mitgegeben werden. Es lag nahe, die von der Apotheke vorbereiteten Tagesdosen mitzugeben.

Der BGH hat in seinem Urteil vom 4.6. 2008 die Abgabe aus der Praxis dann als Straftat nach §29 Abs. Nr. 1 BtMG (Dealerparagraph) und nicht nach dem für Ärzte gedachten §29 Abs. 1 Nr. 6 gewertet, wenn der Arzt „...unter dem Deckmantel einer ärztlichen Behandlung mit Betäubungsmitteln verkehrt, ohne dass die Voraussetzungen ... einer nach medizinischer Erkenntnis gebotenen und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführten Substitutionsbehandlung vorliegen.“

Um den Arzt bestrafen zu können, musste der BGH den Kunstgriff vornehmen, die Behandlung des Arztes zu einer Nicht-Behandlung zu erklären. Das hat er ohne jede sachverständige Diskussion entschieden. Es gab keine sachverständige gutachterliche Erörterung der Kriterien, die für eine ärztliche Behandlung essentiell sind. Alle Formalia waren erfüllt: Es handelte sich um einen approbierten Arzt mit der Genehmigung zur Substitutionsbehandlung, er behandelte die heroinabhängigen Patienten in seinen Praxisräumen zu Lasten der Krankenkasse, das Substitutionsmedikament wurde auf einem Betäubungsmittelrezept verordnet und von der Apotheke in die Praxis geliefert. Es wäre korrekt gewesen, die entsprechenden Tagesdosen zu verschreiben und von der Apotheke abgeben zu lassen. Der Effekt wäre derselbe gewesen: Die heroinabhängigen Patienten hätten über einige Tagesdosen des Substitutionsmedikaments verfügt. Die Forderung im Beschluss des BGH vom 17.5.1991, dass die Tatrichter auch abweichende Stellungnahmen der ärztlichen Wissenschaft einzuholen und zu berücksichtigen hätten, ist in diesem Verfahren nicht erfüllt worden. Aus der Argumentation des BGH folgt aber, dass er zur Abgabe aus der Praxis bei einer Behandlung nicht entschieden hat.

Die Urteilsbegründung erweckt den Eindruck, als ob der Arzt wegen einer als schlecht angesehenen Be-

handlung bestraft werden sollte. Da die für die Substitutionsbehandlung geltenden Regelungen eine Bestrafung bei schlechten Behandlungen nicht vorsahen, wurde kurzerhand behauptet, es habe sich nicht um eine Behandlung gehandelt. Das Urteil erinnert an die Strafverfahren in den 1920ern in den USA, mit denen die Opiaterhaltungstherapien zu einer Straftat gemacht wurden. Auch damals hatte das höchste Gericht in den USA der Verschreibung eines Arztes das Attribut „ärztliche Verschreibung“ abgesprochen, ohne Sachverständige zu hören (23, 51).

Auch das Landgericht (LG) Verden hat auf ein Gutachten verzichtet. Es schreibt in der Urteilsbegründung: „Dem Antrag auf Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens war nicht nachzugehen... Es haben sich keine Feststellungen treffen lassen, die ... ein Abweichen des vom Gesetzgeber in §13 BtMG, §5 BtMVV vorgegebenen Rahmens der Substitutionsbehandlung auch nur ansatzweise erklären können... Die Kammer bedarf hierzu auch keiner sachverständigen Hilfe, da die genannten Regelungen für eine Substitutionsbehandlung klar, eindeutig und allgemeingültig sind ....“.

Es ging in dem Verfahren um 146 Straftaten bei der Behandlung von 12 privat behandelten Patienten. Der Arzt hatte das Methadon für die Patienten rezeptiert und in der Apotheke bezahlt. Dann ließ er sich das Geld von den Patienten anteilig für das verbrauchte Methadon erstatten. Das LG Verden begründete sein Urteil damit, dass die gesetzlichen Anforderungen an eine ordnungsgemäße und damit erlaubte Substitutionsbehandlung in einem Ausmaß verletzt worden seien, dass sich die entgeltlich erfolgten Abgaben nicht mehr als ärztliche Versorgung, sondern als schlichte Veräußerungen darstellen. Einige Sätze in der Urteilsbegründung führen zu Zweifeln, dass das LG keine sachverständige Hilfe benötigt. Im Urteil wird bemängelt, dass keine Alternativen zur Substitution erörtert worden seien; die Behandlung sei nicht von Anfang an entsprechend eines Therapieplanes mit schrittweiser Reduzierung auf das Erreichen einer Betäubungsmittelabstinenz gerichtet gewesen. Die Patienten seien über einen langen Zeitraum (teilweise mehrere Jahre) mit nahezu unveränderter Dosis substituiert worden. Die dauerhafte Weigerung der Dosisabsenkung hätte Anlass gegeben, die bestimmungsgemäße Verwendung in Zweifel zu ziehen. Bei Beikonsum sei die Verschreibung nicht zulässig.

Wieso Mitgaben von Methadon zur freien Verfügung die Tragweite einer Take-Home-Verordnung noch übersteigen, wie das LG schreibt, ist unklar: In beiden Fällen bekommt der Patient die freie Verfügung über einige Tagesdosen des Substitutionsmedikaments, entweder vom Arzt direkt oder aus der Apotheke, in der er ein vom Arzt ausgestelltes Rezept einlöst. Zusätzlich wird dem Arzt vorgeworfen, von den Mitgaberegeln der BÄK-Richtlinien (die nicht strafbewehrt sind) abgewichen zu sein. Es heißt dann: „Die Kammer ist davon überzeugt, dass ihm bewusst war, dass er das Methadon letztlich nur – wie an Kunden – verkauft hat. In Anbetracht der fortdauernden und regelmäßigen Begehungsweise muss davon ausgegangen werden, dass sich der Angeklagte durch die Mitgaben des Substitutionsmittels eine nicht nur vorübergehende, regelmäßige Einnahmequelle geschaffen hat, also gewerbsmäßig handelte“. Diese Vorwürfe kollidieren mit der suchtmedizinischen Erkenntnis, dass die Substitutionsbehandlung als Standardbehandlung der Heroinabhängigkeit besonders dann erfolgreich ist, wenn sie lange mit einer für den Patienten ausreichenden Dosis durchgeführt wird und wenn die Behandlungszeit nicht aus finanziellen oder ethischen Erwägungen begrenzt wird (32).

In einem einzigen Fall hat das LG den Arzt freigesprochen: Die entgeltliche Abgabe an einen stabilen Patienten, der mehr als 1 Jahr behandelt wurde, bevor der Arzt das Methadon aus der Praxis abgab, blieb noch im Rahmen der gesetzlichen Regelungen. Daher konnte nicht mit der für eine Verurteilung notwendigen sicheren Überzeugung festgestellt werden, dass sich die Mitgabe nur als bloßer Verkauf darstellt.

Der BGH (7) lehnte die Revision ab und schrieb: „Da der Angeklagte die Betäubungsmittel über den Einstandspreis hinaus zu monatlichen (Behandlungs-)Pauschalen an die Patienten abgab, ist das Landgericht zu Recht von einem eigennützigen Handeln und einer Strafbarkeit wegen (gewerbsmäßigen) Handeltreibens mit BtM ausgegangen“.

Es mag sein, dass der Arzt nicht sorgfältig behandelt hat. Es wäre für die Patienten aber viel teurer gewesen, wenn sie die einzelnen Tagesdosen in der Apotheke hätten bezahlen müssen. Darüber hinaus hat der

Arzt für seine Behandlung – wie bei privater Behandlung üblich - eine Rechnung ausgestellt. Dass der BGH diese beiden Sachverhalte falsch verknüpft (der Arzt hat sich die Behandlung honorieren lassen; er hat die Kosten für das von der Apotheke gelieferte Methadon zunächst übernommen und sich von den Patienten entsprechend dem Verbrauch die ausgelegten Kosten anteilig ohne Aufschlag erstatten lassen), um daraus gewerbsmäßigen Handel zu konstruieren, ist schwer nachvollziehbar. Darüber hinaus ist es unlogisch, wenn in einem Fall die Abgabe aus der Praxis als nicht strafbar angesehen wird, weil nicht strafbewehrte Regelungen eingehalten wurden, in anderen Fällen ohne jede suchtmmedizinische Erörterung die gesamte Behandlung als Nicht-Behandlung deklariert und die Abgabe zum illegalen Handel erklärt wird. Das ist besonders dann schwer zu verstehen, wenn die vom Gericht in Anspruch genommene Sachkunde in der Urteilsbegründung nicht immer zu erkennen ist.

### **Wissenschaftlich nicht begründete Richtlinien der Bundesärztekammer**

Trotz des Beschlusses des BGH vom 17.5.1991 forderte die Regierung die BÄK auf, Richtlinien zu verfassen, die den Stand der Wissenschaft wiedergeben. Auf diese Richtlinien stützen sich oft Staatsanwälte bei den Ermittlungsverfahren gegen substituierende Ärzte. Allerdings lässt die Formulierung in der BtMVV: „Die Einhaltung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn und soweit die Richtlinien der BÄK beachtet worden sind“ die Möglichkeit offen, dass die Einhaltung des Standes der Wissenschaft auch anders belegt werden kann. Das ist besonders deshalb wichtig, weil die BÄK-Richtlinien (BÄK-RL) vom 22.3.2002 den Stand der Wissenschaft nicht in allen Punkten wiedergeben. In den „Materialien zum gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, herausgegeben von der BÄK und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als Grundlage der Richtlinien der BÄK vom 22.3.2002“ (Materialien) ist z. B. zu lesen, dass es für die Abbruchkriterien in den BÄK-RL keine wissenschaftliche Begründung gibt. Zur Forderung in den BÄK-RL, mindestens 6 Monate das Substitutionsmedikament fremdkontrolliert einnehmen zu lassen, gibt es in den „Materialien“ gar keine Aussage: Es kann keine wissenschaftlich begründete Aussage geben, da es keine Untersuchungen gibt, die verschiedene Einnahme- und Mitgabemodalitäten vergleichen. Zur Wahl der Substitutionsmittel heißt es wörtlich: „Es können die Substitutionsmittel eingesetzt werden, die in der BtMVV zugelassen sind.“ Aus der BtMVV ist allerdings der Stand der Wissenschaft nicht abzulesen.

Auch Abweichungen von den BÄK-RL sind wie die Regelungen der BtMVV, die Behandlungsmodalitäten betreffen, nicht strafbewehrt. Trotzdem wurden mehrere Ärzte wegen Abweichungen von den Mitgaberegulungen der BÄK-RL angeklagt. Ein Arzt wurde wegen der von ihm geübten regelmäßigen Mitgabe für 7 Tage wegen unerlaubter Verschreibung von Betäubungsmitteln in 282 Fällen (bei der Behandlung von 10 Patienten) zu einer Haftstrafe von 1 Jahr und 8 Monaten auf Bewährung verurteilt. Das Urteil wird vom LG Bayreuth so begründet: „Dem Angeklagten stehen in keinem der Fälle Rechtfertigungs- oder Entschuldigungsgründe zur Seite. 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. Bei der Abwägung (Aufrechterhaltung des sozialen Status einerseits und tödliche Gefahr durch die Substitution andererseits) reichen die von dem Angeklagten genannten Gründe nicht aus, eine Substitution unter eklatanter Abweichung von den einschlägigen Vorschriften zu rechtfertigen oder zu entschuldigen.“ Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist ein wesentliches Ziel der Substitutionsbehandlung. Eine Arbeitsaufnahme ist sehr hilfreich, um die Sucht zu überwinden. Es ist unsinnig, dieses durch formale Regelungen, deren Wert bisher nicht gezeigt wurde, zu behindern. Die Unterwerfung der ärztlichen Behandlungsziele Lösung aus der Drogenszene und soziale Reintegration unter formale Regelungen ist unsinnig. Die tödliche Gefahr besteht nicht durch die Substitution, sondern durch die unbehandelte Heroinabhängigkeit – hier war das Gericht schlecht beraten.

## **Fachlich schlechte Gutachten**

Ein Gutachter schreibt in der Einleitung, dass „bei den gängigen Substitutionsbehandlungen im niedergelassenen Bereich aufgrund der falschen Indikationen ein extrem hoher Beigebrauch, in der Regel fast immer, stattfindet.“ Daraus spricht ein Vorurteil, das der sorgfältigen Erfüllung eines Gutachtauftrages im Wege steht. Dann wirft er dem Arzt vor, er habe in eine maximale Intoxikation hinein mit der Substitutionsbehandlung begonnen. Grund für diese Beschuldigung ist, dass im Aufnahmeurin verschiedene Substanzen halbquantitativ über den Messbereich hinaus (Ausdruck des Gutachters: „Tachoanschlag“) nachgewiesen wurden. Der Gutachter sollte wissen, dass Intoxikation eine klinische Diagnose ist, die nicht aus einem Urinbefund gestellt werden kann. (27)

Als Gutachter werden oft Rechtsmediziner bestellt, die der Substitutionsbehandlung kritisch gegenüber stehen – vielleicht, weil sie nur die Misserfolge und gelegentlich grobe Behandlungsfehler sehen. Wenn aber ein Rechtsmediziner noch 2005 schreibt: „Dass ... die Methadon-Substitutionsbehandlung Todesfälle weitgehend verhindern kann, ist offenbar auszuschließen“, dann zeigt er, dass er nicht sachkundig und nicht unvoreingenommen ist und damit die Voraussetzungen für einen Gutachter nicht erfüllt (39).

Ein Kardiologe ohne eigene Erfahrung in der Substitutionsbehandlung schreibt: „Die strengen gesetzlichen Vorgaben, die bindenden Richtlinien und Leitlinien stellen keine „Schikane“ gegenüber Vertragsärzten dar, sondern sind zwingend erforderliche und einzuhaltende Regeln, da Drogensüchtige im Verantwortungsbereich eines Vertragsarztes im Rahmen der Substitutionsbehandlung hochgiftige und suchterzeugende Opiate zum Trinken erhalten.“ Dann rechnet er die Gesamtmenge des in mehreren Jahren verschriebenen Methadons zusammen und berechnet daraus, wie viele gesunde Menschen lebensbedrohlich oder tödlich damit intoxikiert werden könnten. Diese Aussagen zeigen, dass ihm die Substitutionsbehandlung völlig fremd ist. (29)

Staatsanwälte werden manchmal beim Abfassen der Anklageschrift schlecht beraten. Wenn als Beweis des Beigebrauchs der Ausgangsurin angeführt wird, lässt das an der Qualität der Ermittlungen zweifeln: Der Opiatnachweis im Aufnahmeurin ist für die Diagnose der Heroinabhängigkeit notwendig. Von Beikonsum redet man erst, wenn nicht verordnete Substanzen während der Behandlung konsumiert werden. Auch wenn unterschiedslos jede nachgewiesene Substanz, auch Cannabis oder eine benzodiazepinhaltige Schlaftablette zur staatsanwaltschaftlichen Forderung führt, die Behandlung hätte abgebrochen werden müssen oder zumindest hätte das Substitutionsmedikament nicht mehr mitgegeben werden dürfen, ist das suchtmittelmedizinisch nicht begründet. Eine Vielzahl von weder straf- noch bußgeldbewehrten Formfehlern soll die ganze Behandlung unzulässig machen. Dabei werden besonders Mitgaben kritisiert. Der Staatsanwalt schreibt: „Bei drogensüchtigen Patienten handelt es sich bekanntermaßen um ein äußerst unzuverlässiges Klientel. Es liegt auf der Hand, dass das Methadon auch für einen Drogensüchtigen, der keine echte Abstinenzbereitschaft zeigt, interessant ist.“

Die Mitgaben waren nach Auffassung des Arztes notwendig, um den Patienten den Arbeitsplatz zu erhalten – das spricht dagegen, dass diese Patienten äußerst unzuverlässig waren. Der Arzt wurde wegen unbegründeter Verschreibung angeklagt, obwohl der Staatsanwalt selber schrieb, dass die zur Last gelegten Taten nicht strafbewehrt sind.

## **Todesfälle**

Der Tod eines Patienten, dem der Arzt eine zu hohe Eingangsdosis zum unmittelbaren Verbrauch überlassen hatte und dem er außerdem eine weitere hohe Dosis mitgegeben hatte, wurde als unerlaubte Abgabe von Betäubungsmitteln an einen anderen bestraft, durch die er leichtfertig dessen Tod verursacht hat (Strafmaß mindestens 2 Jahre Haft) (28). Die Annahme, der Angeklagte habe den Tod billigend in Kauf genommen, ist eine durch nichts gerechtfertigte Unterstellung. In diesem Fall führten zum Tode: die zu hohe Eingangsdosis, weil der Arzt die Toleranz des Patienten falsch einschätzte, die Mitgabe einer zweiten



hohen Dosis, die nicht so vorbereitet worden ist, dass sie zur Injektion nicht geeignet ist, das Injizieren dieser zweiten Dosis durch den Patienten und die Fehlinterpretation der bedrohlichen Situation am nächsten Morgen durch die Ehefrau. Der Patient war nicht entzückt, als er das Methadon injizierte. Er handelte also nicht zwanghaft, um unerträgliche Entzugssymptome zu lindern, sondern eigenverantwortlich. Die Behandlung des Arztes rechtfertigt ein Ermittlungsverfahren wegen eines Behandlungsfehlers mit Todesfolge, strafbar als fahrlässige Tötung.

Der erwähnte Verbrechenstatbestand wurde 1982 in das BtMG eingeführt. Dazu schreibt der ehemalige Frankfurter Oberstaatsanwalt Körner (24): „Der Verbrechenstatbestand war vom Gesetzgeber als Werkzeug gegen die alarmierend ansteigenden Zahlen von Drogentodesfällen gedacht, mußte aber sein Ziel verfehlen, da die große Zahl der Drogentodesfälle Ergebnis einer eigenverantwortlich gewollten und verwirklichten Selbstgefährdung sind.“

Der BGH wollte 1990 diese Regelung trotz gewollter Selbstgefährdung angewendet sehen, weil beim unerlaubten Umgang mit Betäubungsmitteln der Aspekt der Selbstgefährdung notwendig berücksichtigt sei. Der Gesetzgeber habe das Betäubungsmittelrecht wegen der steigenden Zahlen der Todesfälle durch Rauschgiftgenuß verschärft. Dieses Argument spricht allerdings gegen die Anwendung auf einen Todesfall im Rahmen einer ärztlichen Behandlung. Auch der Vergleich des BtMG 1972 mit dem von 1982 führt zum selben Ergebnis. Nach dem BtMG 1972 machte sich ein Arzt strafbar, wenn er bei unbegründeter Verschreibung oder Abgabe jemanden in die Gefahr des Todes bringt. Eine ärztlich begründete Anwendung war nicht nach dieser Regelung strafbar. Nach dem BtMG 1982 macht sich ein Arzt strafbar, wenn er unbegründet BtM verschreibt, verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch überlässt. Wenn zum Tode führende ärztliche Behandlungen mit dieser Regelung sanktioniert werden sollten, ist nicht zu beargwöhnen, dass nicht auch die Verschreibung in den Katalog der Handlungen aufgenommen wurde, denn das ist der spezifisch ärztliche Umgang mit BtM.

Entgegen der Auffassung des Gerichts sind nicht alle Heroinabhängigen unfähig, kontrolliert einzunehmen. Es ist eine wichtige Aufgabe des Arztes, in jedem Einzelfall diese Fähigkeit einzuschätzen und den Patienten nicht zu überfordern. Dabei muss die Handlung des Patienten – die Injektion entgegen der Anordnung des Arztes zu einer Zeit, als er keine Entzugssymptome hatte – berücksichtigt und überprüft werden, wie weit der substituierende Arzt für ein Fehlverhalten seines Patienten – besonders außerhalb einer Entzugssituation - verantwortlich gemacht werden kann.

## **Verfassungsrechtliche Bedenken zum strafrechtlichen Umgang mit substituierenden Ärzten**

### Bestimmtheitsgebot

Wie oben beschrieben gibt es definierte Tatbestände, die nach BtMG und BtMVV als Straftaten definiert werden. Verurteilt werden substituierende Ärzte aber häufig wegen Abweichungen von nicht strafbewehrten Regelungen. Es ist juristisch herrschende Meinung, mit Abweichungen von nicht strafbewehrten Regelungen der BtMVV und der BÄK-RL entfalle die Begründetheit und damit die strafrechtliche Zulässigkeit der Verschreibung von BtM. Damit wird die Entscheidung des Gesetzgebers, nur bestimmte Verstöße gegen §5 BtMVV ahnden zu wollen, unterlaufen (43). Dieses Vorgehen verstößt gegen das Bestimmtheitsgebot. Es muss im Gesetz definiert sein, was strafbar ist und was nicht.

### Übermaßverbot

Die Anwendung von Strafrecht gegen substituierende Ärzte verstößt auch gegen das Übermaßverbot. Strafrecht ist ultima ratio staatlicher Sanktionen. Es ist nur dann gerechtfertigt, wenn ein bestimmtes Verhalten in besonderer Weise sozialschädlich, seine Verhinderung daher besonders dringlich und nicht anders als mit Strafrecht zu erreichen ist. Die strafrechtliche Verfolgung von substituierenden Ärzten ist nicht erforderlich, da ihnen mit den Mitteln des Verwaltungsrechts die Betäubungsmittelrezepte entzogen werden können und damit die Möglichkeit, über Betäubungsmittel zu verfügen.

Im Fall der Abgabe aus der Praxis weisen Nestler und Mayer in einer Verfassungsbeschwerde darauf hin, dass das strafrechtlich sanktionierte Verbot der Abgabe von Betäubungsmitteln aus der Praxis zum Erreichen des Ziels, „die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung, hier der Betäubungsmittelabhängigen, sicherzustellen und daneben den Missbrauch von Betäubungsmitteln sowie das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen“, nicht geeignet ist. Wenn der Arzt ein Rezept aushändigt, muss der Apotheker es beliefern. Eine sachliche Prüfung, ob das Medikament medizinisch indiziert ist, steht ihm nicht zu. Die (verbotene) Abgabe durch den Arzt führt zu demselben Zustand wie die (erlaubte) Abgabe durch den Apotheker.

Die Anwendung des Tatbestandes der unerlaubten Abgabe nach §29 Abs. Nr.1 behandelt den substituierenden Arzt wie irgendeine andere Person, die unberechtigt BtM abgibt, während der substituierende Arzt auf der Grundlage einer medizinischen Indikation gehandelt hat (35).

### **Zusammenfassende Beurteilung der Strafverfahren**

In vielen Urteilen gegen substituierende Ärzte kann man erkennen, dass die Gerichte nicht sachverständig beraten wurden, weil nicht mit der Substitutionsbehandlung vertraute Gutachter beauftragt wurden. Darüber hinaus werden in vielen Verfahren Handlungen bestraft, die nach der BtMVV nicht strafbewehrt sind. Außerdem werden substituierende Ärzte manchmal nach gesetzlichen Regelungen verurteilt, die für Drogendealer gemacht wurden. Das Kriterium für die strafrechtliche Bewertung des ärztlichen Umgangs mit BtM ist die Begründetheit im Rahmen einer Behandlung, nicht die Modalität des Umgangs. So ist die Abgabe aus der Praxis in vielen anderen Ländern üblich, in denen Substitutionsbehandlungen durchgeführt werden. Obwohl sie auch in Deutschland in Fachkreisen diskutiert und in die BtMVV aufgenommen werden sollte, wird sie hier als Straftat bewertet.

Strafrecht ist nicht geeignet und nicht angemessen, um Fehler beim ärztlichen Umgang mit Betäubungsmitteln zu ahnden. Die Überprüfung der Qualität der ärztlichen Arbeit ist eine primär ärztliche Aufgabe. Es ist nicht sinnvoll, Abweichungen von den jeweils gültigen Behandlungsrichtlinien strafrechtlich zu verfolgen – medizinischer Fortschritt entwickelt sich durch die offene Diskussion über verschiedene Behandlungsansätze. Die Substitutionsbehandlung war lange strafrechtlich verboten und ist jetzt die Standardbehandlung der Heroinabhängigkeit.

Wenn Ärzte bei der Substitutionsbehandlung Schaden anrichten, kann das mit geringem Aufwand dadurch beendet werden, dass die Genehmigung zur Substitutionsbehandlung widerrufen wird oder die Betäubungsmittelrezepte entzogen werden. Entsteht einem Patienten ein Schaden, kann der als Körperverletzung strafrechtlich geahndet werden. Strafrecht ist ultima ratio staatlicher Sanktionsmöglichkeiten und hier nicht indiziert, denn die Sanktionsmöglichkeiten des Verwaltungsrechts reichen aus, um einen wirksamen Rechtsgüterschutz herbeizuführen (52).

### **Literatur**

1. BÄK-Richtlinien vom 22.3.2002
2. BALL J, On the Treatment of Drug Dependence, Amer. J. Psychiat. 1972; 128: 873-4
3. BGHSt 29, 6 vom 8.5.1979
4. BGH 4 StR 359/90 vom 25.09.1990
5. BGH 3 StR 8/91 vom 17.05.1991
6. BGH 2 StR 577/07 vom 4. Juni 2008
7. BGH 3 StR 44/09 vom 28.7.2009
8. BONHOEFFER, K.: Zur Therapie des Morphinismus. In: Therapie der Gegenwart 1926:67:18-22
9. BUMKE, O.: Morphinismus. In: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, Verlag von J.F. Bergmann, München 5. Auflage 1942, 335-345

10. BUNDESÄRZTEKAMMER, Beschluß des Vorstandes vom 9. Februar 1990: Ersatzdrogen; DÄ 1990; 87: B575-577
11. BUNDESKRIMINALAMT Rauschgift Jahresbericht 1995
12. BUNDESKRIMINALAMT Rauschgift Jahreskurzlage 2008
13. DANSAUER: 47. Deutscher Aertzetag 1928 in Danzig. Stenographischer Bericht über die Verhandlungen. In: Aertzliches Vereinsblatt für Deutschland 1928;57:76-78
14. DEPARTMENT OF HEALTH, SCOTTISH OFFICE DEPARTMENT OF HEALTH, WELSH OFFICE; Drug Misuse and Dependence Guidelines on Clinical Management 1991
15. DEPARTMENT OF HEALTH, SCOTTISH OFFICE DEPARTMENT OF HEALTH, WELSH OFFICE, DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES NORTHERN IRELAND; Drug Misuse and Dependence Guidelines on Clinical Management 1999
16. DEPARTMENTAL COMMITTEE ON MORPHINE AND HEROIN: Addiction Report. His Majesty's Stationery Office. London 1926: TREBACH, A.: The Heroin Solution. Yale University Press. New Haven and London 1982
17. DOLE V., NYSWANDER M., WARNER A.: Successful Treatment of 750 Criminal Addicts. In: JAMA 1968; 206: 2708-11
18. DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG: Drogen- und Suchtbericht. Berlin 2009
19. ERLLENMEYER, A.: Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. Heuser's Verlag. Berlin Leipzig Neuwied 3. Auflage 1887
20. GAUPP: Verhandlungen des 47. Deutschen Ärztetages. Stenographischer Bericht. In: Aertzliches Vereinsblatt 1928;57: 66-74
21. ILBERG, G.: Über Verbreitung und Bekämpfung des Morphinismus und Kokainismus. In: Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 1926;83:240-249
22. REFERENTENENTWURF zur 21. BtMÄndV vom 3.12.2007
23. KING, R.B.: The Narcotics Bureau and the Harrison Act: Jailing the Healers and the Sick. In: Yale Law Journal 1953:784-787
24. KÖRNER, H.H.: Betäubungsmittelgesetz. 7.Aufl. Verlag C.H.Beck München 2007, Rn 73 zu §30
25. LEVINSTEIN, E., Die Morphiumsucht. In: Berliner Klinische Wochenschrift 1875; 646-649
26. LG Bayreuth AZ 1 KLs 113 Js 5114/04
27. LG Bayreuth, Gutachten zum Verfahren AZ 1 KLs 113 Js 5114/04
28. LG Hanau AZ 4200 Js 14077/04 - KLs
29. LG Lüneburg Gutachten zum Verfahren AZ 6111 Js 11797/06
30. LG Verden AZ 421 Js 30197 04 StA Verden
31. MADDUX, J., DESMOND, D.: Methadone Maintenance and Recovery from Opioid Dependence. In: Am. J. Drug Alcohol Abuse 1992; 18, 63-74
32. MATERIALIEN zum gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, herausgegeben von der BÄK und der KBV als Grundlage der Richtlinien der BÄK vom 22.3.2002
33. MCLELLAN, A. T., LEWIS, D. C., O'BRIEN, C. P., HERBERT, D., KLEBER, H. D.: Drug Dependence, a Chronic Medical Illness Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. In: JAMA 2000;284:1689-1695
34. MOLL, S.: Strafrechtliche Aspekte der Ärztlichen Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen, Inaugural – Dissertation. Frankfurt 1989
35. NESTLER, C., MAYER. Verfassungsbeschwerde zum BGH-Urteil 3 StR 8/91
36. NYSWANDER, M.: The Drug Addict as a Patient. Grune & Stratton. New York and London 1956
37. OPPENHEIMER, E., STIMSON, G., Thorley, A.: Seven-year follow-up of heroin addicts: abstinence and continued use compared. In: BMJ 1979;278 (2): 627-630
38. ÖSTERREICH 2006 Änderung der Suchtgiftverordnung. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, ausgegeben am 23. November 2006 § 23 e

39. PENNING, R., VON MEYER, L., SACHS, H., ZINKA, B.: Drogentodesfälle mit Methadonbeteiligung in den Jahren 2002 und 2003 – Daten des Instituts für Rechtsmedizin München. In: Suchtmedizin 2005; 7:19-25
40. PETITIONSAUSSCHUSS Deutscher Bundestag Arzneimittelwesen 2006
41. REICHSGERICHT I. Strafsenat 5.10.1926 I 184/26
42. ROLLESTON COMMITTEE: Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction, Report, Published by his Majesty's Stationery Office, London 1926
43. RZEPKA, D.: Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung; Gutachten im Auftrag von akzept e.V. Bielefeld 2008
44. SCHMIDT, T.: Drogenhilfe und Graumarkt, Leske und Budrich Opladen 2002, S. 173
45. Staatsanwaltschaft Aschaffenburg Anklageschrift AZ 112 Js 325/08
46. STIMSON, G. V., OPPENHEIMER, E.: Heroin Addiction, Treatment and Control in Britain. Tavistock Publications. London and New York 1982, S. 52
47. STRANG J., GOSSOP M. (eds.): Heroin Addiction and Drug Policy The British System. Oxford University Press Oxford New York Tokyo 1994 S. 281 ff).
48. SWORDS, M. W.: A Resume of Facts and Deductions Obtained by the Operation of a Narcotic Dispensary. In: American Medicine 1920:23-29
49. TERRY, C.H., PELLENS, M.: The Opium Problem. The Committee of Drug Addictions in Collaboration with the Bureau of Social Hygiene, Inc. New York 1928
50. TREBACH, A.: The Heroin Solution, Yale University Press New Haven and London 1982
51. ULLMANN, R.: Das Verbot der Opiaterhaltungstherapien war wissenschaftlich nie begründet. In: Schneider, W., Gerlach, R. (Hg.): DrogenLeben Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. VWB Berlin 2004
52. ULLMANN, R.: Substitutionsbehandlung Heroinabhängiger - Behandlung wieder kriminalisiert. In: Dtsch Arztebl 2009;106(18): A 874-6
53. WALDORF, D., ORLICK, M., REINARMAN, C.: Morphine Maintenance: The Shreveport Clinic 1919-1923. The Lindesmith Center. New York 1974
54. WEBER, I.: Methadon-Substitution - Zahl der Patienten verdoppelt. In: Deutsches Ärzteblatt 1995;92: A-266-268
55. WILLE, R., SIEGISMUND, H., PELS-LEUSDEN, R.: Resocialisation and AIDS Prevention by Remedacem Substitution? Empirical Data Concerning 229 Drug Addicts; Vortrag beim Symposium Drug Addiction and AIDS Wien 22./23.2. 1991
56. WOLFF, P.: Zur Behandlung und Bekämpfung der Alkaloidsuchten (Morphinismus, Kokainismus usw.). Auswertung einer Rundfrage. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1928:7-10, 51-53, 134-136, 224-226, 265-268, 349-351, 387-389
57. ZÜRICH Direktion des Gesundheitswesens Richtlinien zur methadongestützten Behandlung Heroinabhängiger vom 20. März 1996

**Korrespondenzadresse/  
Address for correspondence:**

Dr. Rainer Ullmann  
Curschmannstr. 10  
D-20251 Hamburg  
Email: r.ullmann@gmx.de

Veröffentlicht / Published:  
25. Januar 2010 / January 25, 2010

Eingereicht / Received:  
9. Januar 2010/ January 9, 2010

Angenommen / Accepted:  
24. Januar 2010/ January 24, 2010