

# Allgemeines

## Abhängigkeit

Im Gegensatz zur Spiel-, Arbeits-, Freß- oder Magersucht sprechen wir bei toxikologischen Wirkungen nach Definition der WHO von einer Drogenabhängigkeit: Zustand psychischer und/oder physischer Abhängigkeit von einer zeitweise oder fortgesetzt eingenommenen Substanz mit zentralnervöser Wirkung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet folgende Abhängigkeitstypen:

- Alkohol-Barbiturat-Typ,
- Amphetamin-Typ,
- Cannabis-Typ,
- Cocain-Typ,
- Halluzinogen-Typ,
- Khat-Typ,
- Opiat (Morphin)-Typ,
- Spezifischer Opiat-Antagonist-Typ

Auf die Konstituierung eines Nicotin- und Tabak-Typs wurde verzichtet. Die Experten erklären dazu, daß Tabak zwar eindeutig abhängig macht und eine große Gefahr für die Volksgesundheit darstellt, seine psycho toxische Wirkung aber viel geringer ist als die der aufgelisteten abhängigmachenden Substanzen.

Es ist nicht erforderlich, daß die betreffende Droge auch chemisch mit diesem Typ verwandt ist, z.B. Benzodiazepine, Carbromal, Methaqualon zum Alkohol-Barbiturat-Typ.

Unter Drogenabhängigkeit versteht man entweder eine psychische oder eine psychische und physische Abhängigkeit von einer Droge.

Unter psychischer Abhängigkeit versteht man einen durch Drogen verursachten Zustand seelischer Zufriedenheit, verbunden mit einer Tendenz zum periodischen oder Dauergebrauch der Droge(n), um Glücksgefühl (Lust) zu erzeugen oder Unbehagen (Unlust) zu vermeiden.

Physische Abhängigkeit liegt vor, wenn beim Absetzen einer Droge Entzugserscheinungen auftreten. Diese können den Einfluß der immer hierbei bestehenden psychischen Abhängigkeit, nämlich das Vermeiden von Unbehagen, verstärken und so Anlaß zu erneuter Drogenzufuhr sein. Eine nennenswerte körperliche Abhängigkeit gibt es nur bei der Barbiturat-Alkohol- und bei der Morphin-Gruppe. Unter Drogenmißbrauch versteht man jede ohne ärztliche Indikation herbeigeführte Drogenaufnahme in den Körper, ohne bereits abhängig zu sein. - Zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit gibt es fließende Übergänge.

Die Wirkung aller Drogen, die zur Abhängigkeit führen können, ist eine Rausch erzeugende, man spricht daher auch von einer Rauschsucht. Im Rausch besteht zunächst ein Erregungszustand, dann ein Dämmerzustand, der mit einer Bewußtseinsveränderung bis Bewußtseintrübung einhergeht und das Urteilsvermögen erheblich einschränkt.

Bei manchen Giften (Amphetamine, Schlafmittel) kommt es zu einer Toleranzbildung, d.h. um den gleichen Effekt wie am Anfang zu erreichen, muß die Dosis gesteigert werden (Amphetamine über 100fach). Bei folgenden Drogen kann es zur Drogenabhängigkeit und bei Absetzen zu einem *körperlichen Drogenentzug* kommen:

### 1. Schlafmittel und Alkohol.

Hierzu gehören lang- und kurzwirkende Barbiturate, methaqualon-, carbromal- und diäthylpentanamidhaltige Schlafmittel, Benzodiazepine, Gluthetimid, Meprobamat; analgetisch-antipyretische Mischpräparate.

### 2. Morphin, Opium und ähnliches (Morphiate)

Hierzu gehören Opium, Morphin, deren Derivate wie Heroin sowie alle morphinartigen synthetischen Stoffe wie Pethidin, Hydromorphen, Oxycodon, Levorphanol, Ketobemidon, 1-Methadon, d-Moramid, Fentanyl, Tilidin, Petnacozin u.a.

### 3. Amphetamine (Aufputschmittel)

Hierzu gehören Cocain, Khat, AN 1, Captagon (Fenetyllin), Preludin (Phenmetrazin), Ritalin (Methylphenidat), Pervitin (Metamphetamin), Katovit (Prolintan).

### 4. Laxantien (Abführmittel)

Bei folgenden Drogen kann es zur Drogenabhängigkeit kommen; beim Absetzen stehen jedoch *psychischen Entzugserscheinungen* im Vordergrund:

1. Halluzinogene  
Hierzu gehören LSD (Lysergid), Cannabis (Haschisch, Marihuana), Mescaline, STP-DOM, Tryptophanderivate, Atropin u.a.
2. Lösemittel  
Hierzu gehören Trichlorethylen, Tetrachlorkohlenstoff.
3. Nikotin

Allgemein kann gesagt werden: Alle Drogen verursachen eine psychische, aber nicht alle eine körperliche Abhängigkeit.

Häufigkeit:

Im Krankengut der Toxikologischen Abteilung der TU München von 2500 Patienten jährlich spielen Drogenabhängige mit einem Drittel, also etwa 880 Patienten pro Jahr (davon 80 jugendliche Morphinabhängige) zahlenmäßig die gleiche Rolle bei Suizidversuchen und Unfällen mit Chemikalien und Nahrungsmittelvergiftungen.

### Ätiologie:

Lebensgeschichtliche Faktoren bereiten den Boden einer Sucht, spezifische Konfliktsituationen bedingen jedoch erst die Ausbildung eines süchtigen Fehlverhaltens:

1. Lebensgeschichtlich bedingte Faktoren:  
Overprotectioning-verwöhnende Erziehung, Einzelkinder, auffällige Familienverhältnisse, schwere Autoritätsprobleme, schwere frühkindliche Hirnschädigungen.
2. Konfliktsituationen:

Vereinsamung, Unverstandensein, Bindungslosigkeit, Erlebnishunger, Neugier, Suche nach dem Lebenssinn, Aggressivität, Depression, Opposition und Emanzipation, sexuelle Schwierigkeiten, soziale Verstärker des Drogenkonsums durch Zuwendungen nur für Drogenabhängige.

Abhängigkeit ist eine fortschreitende Krankheit, die ohne Behandlung tödlich endet.

Abhängigkeit ist eine chronische Krankheit. Sie ist nicht rückgängig zu machen, sondern nur aufzuhalten, indem bei der Behandlung Bedingungen geschaffen werden, die es dem Kranken möglich machen, mit seiner Krankheit zu leben. Das bedeutet, daß der Abhängige für den Rest seines Lebens - auch noch nach 20 oder 30 Jahren -, Enthaltsamkeit jeder chemischen Substanz gegenüber einhält, die stimmungsverändern wirkt.

Abhängigkeit ist als ursächliche Erkrankung anzusehen. Ein Verschieben auf seelische Konflikte und deren medikamentöse Behandlung ist zum Scheitern verurteilt.

Das Hauptproblem des Abhängigen ist die Abwehr, selbst etwas für sich zu tun, also z.B. auch, sich einer Therapie zu unterziehen.

## Rechtliche Aspekte

### Zur Strafbarkeit beim Verschreiben von Ersatzdrogen

*Beschluß des Bundesgerichtshofs vom 17. Mai 1991 - 3 StR 8/91*

Der Wortlaut des § 13 Abs. 1 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) läßt die Auslegung zu, daß eine sozialmedizinische Indikation ausreicht, um eine Ersatzdroge zu verschreiben, z.B. um einen Opiatabhängigen unter Inkaufnahme einer fortbestehenden Abhängigkeit von dem Zwang zur Beschaffungskriminalität zu befreien. Mit dieser Feststellung hat der Bundesgerichtshof den Instanzgerichten aufgegeben, die besondere rechtliche Problematik der ambulanten Überbrückungstherapie zu berücksichtigen. Ausführungen des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Zulässigkeit der Verschreibung von sogenannten Ersatzdrogen sind keine Rechtsnorm, sondern stellen für den Richter nur eine Entscheidungshilfe dar.

Zum Sachverhalt:

Das Landgericht hatte den Angeklagten, einen praktischen Arzt, wegen unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln in zehn Fällen zu einer Gesamtgeldstrafe von 100 Tagessätzen verurteilt. Die Revision des Angeklagten hatte Erfolg.

Aus den Gründen:

Die Feststellung zum objektiven und subjektiven Tatbestand des § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst.a, § 13 Abs. 1 BtMG ist unvollständig, weil das Landgericht die für die rechtliche Beurteilung maßgebenden Gesichtspunkte zum Teil verkannt hat.

a) Nach § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG wird mit Freiheitsstrafe bis zu vier Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer entgegen § 13 Abs. 1 BtMG Betäubungsmittel verschreibt. Nach § 13 Abs. 1 BtMG dürfen die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel von Ärzten nur dann verschrieben werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen Körper begründet ist. Der Angeklagte hat seinen drogenabhängiger Patienten L-Polamidon und in einem Fall Ritalin verschrieben. L-Polamidon ist der Handelsname für das in der Anlage III Teil A genannte Levomethadon, Ritalin der Handelsname für das dort genannte Methylphenidat (vgl. Körner, BtMG, 3. Aufl. 1990, § 29 Rdnr. 76, Anhang C 1 Nr. 15 und Nr. 49 Buchst. i). Der Bundesgerichtshof hat in früheren, an die Rechtsprechung des Reichsgerichts anknüpfenden Entscheidungen die ärztliche Begründetheit einer Betäubungsmittel-Verschreibung dann angenommen, wenn das Mittel nach den allgemein oder weitaus überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft als Heilmittel für das Leiden des Patienten geeignet ist (BGHSt 29, 6, 9; 1, 318, 322; RGSt 62, 369, 385). Ob dieser Auslegung für das Verschreiben von Ersatzdrogen für Drogenabhängige auch heute noch uneingeschränkt zu folgen ist, kann zweifelhaft sein. Der geltende § 13 Abs. 1 BtMG 1981 läßt das Verschreiben der in der Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel zu, „wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist.“ Der früher geltende § 11 Abs. 1 Nr. 9 Buchst. a BtMG 1972 pönalisierte das Verschreiben von Betäubungsmitteln, „wenn die Anwendung nicht ärztlich, zahnärztlich oder tierärztlich ist“. Was der Gesetzgeber mit dem Verzicht auf das Wort „ärztlich“ bezweckt hat, ergibt sich aus der Gesetzesbegründung (abgedruckt bei Pfeil/Hempel/Schiedermaier/Slotty, Betäubungsmittelrecht, Stand: Januar 1987, B § 13 Rdnr. 1-3) nicht (vgl. dazu Haffke, MedR 1990, 243, 246 Anm. 37).

*Der neue Wortlaut läßt auch die Auslegung zu, daß eine sozialmedizinische Indikation zum Verschreiben ausreicht, z.B. um den Opiatabhängigen unter Inkaufnahme einer fortbestehenden Abhängigkeit von dem Zwang zur Beschaffungskriminalität zu befreien.*

Ob eine solche Auslegung mit dem Zweck des Betäubungsmittelgesetzes, das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG), zu vereinbaren wäre, braucht der Senat nicht zu entscheiden. Jedenfalls sind an die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals „keine Begründetheit der Anwendung am oder im menschlichen Körper“ strenge Anforderungen zu stellen. Denn vom Vorliegen dieses Merkmals hängt es ab, ob ein Arzt, der ein an sich verschreibungsfähiges Betäubungsmittel verordnet, eine Straftat begeht, die mit Freiheitsstrafe bis zu vier Jahren bedroht ist. Das grundsätzliche Gebot der Gesetzesbestimmtheit (Art. 103 Abs. 2 GG) erfordert eine Auslegung, die den Arzt als Adressat der Strafnorm klar erkennen läßt, unter welchen Voraussetzungen er sich durch das Verschreiben einer zur ärztlichen Medikation zugelassenen Ersatzdroge strafbar macht.

b) Entgegen der Ansicht des Landgerichts liegt der Tatbestand des unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln nicht schon deshalb vor, weil der Arzt durch die Verordnung der Ersatzdroge gegen die Regeln der Schulmedizin verstoßen hat. Dies würde zu einer Kriminalisierung medizinisch vertretbarer abweichender Auffassung führen und durch Strafandrohung die Entwicklung neuer Therapien verhindern. *Vielmehr ist anerkannt, daß die Verfahren der Schulmedizin nicht ohne weiteres mit den für die strafrechtliche Auslegung maßgeblichen Regeln der ärztlichen Kunst gleichzusetzen sind (Dreher/Tröndle, StGB, 45. Aufl. 1991, § 223 Rdnr. 9c; Eser, in: Schönte/Schröder, StGB, 23. Aufl. 1988, § 223 Rdnr. 35; Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 655; Laufs, Arztrecht, 4. Aufl. 1988, Rdnrn. 336 ff; Moll, Strafrechtliche Aspekte der Behandlung Opiatabhängiger mit Methadon und Codein, 1990, S. 234/235). Die Regeln der ärztlichen Kunst belassen einem Arzt gerade auf einem medizinisch umstrittenen Gebiet wie dem der Verschreibung von Ersatzdrogen für Drogenabhängige (Überblick bei Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 647) einen von ihm zu verantwortenden Risikobereich. Erst wenn die dem Arzt zuzubilligende Risikogrenze eindeutig überschritten ist (vgl. BGHSt 29, 6, 11), greift die Strafnorm des § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG ein, und zwar unabhängig davon, ob für die berufsrechtliche oder verwaltungsrechtliche Beurteilung ein strenger Maßstab anzulegen ist.*

c) Auch dem Vorstand der Bundesärztekammer fehlt die ihm vom Landgericht zugeschriebene „Richtlinienkompetenz“, einen für den Strafrichter verbindlichen Indikationenkatalog dafür aufzustellen, wann das Verschreiben von Ersatzdrogen zulässig ist. Empfehlungen der ärztlichen Berufsorganisationen sind für

den Richter, der in eigener Verantwortung über das Vorliegen der den Straftatbestand des § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG ausfüllenden Norm des § 13 Abs. 1 BtMG zu entscheiden hat, zwar eine Entscheidungshilfe, entbinden ihn aber nicht von der Verpflichtung, auch unter Berücksichtigung abweichender Stellungnahmen der ärztlichen Wissenschaft in jedem einer Verurteilung zugrundegelegten Einzelfall zu prüfen, ob die Verschreibung des Betäubungsmittels begründet war. Die Äußerung des Vorstandes der Bundesärztekammer ist keine Rechtsnorm, die die in § 13 Abs. 1 BtMG festgelegte Strafbarkeitsgrenze zu konkretisieren vermag (vgl. BVerfGE 76, 171 zu den von der Bundesrechtsanwaltskammer festgestellten Richtlinien des anwaltlichen Standesrechts).

d) Darüber hinaus hat das Landgericht nicht bedacht, daß selbst die von ihm — zu Unrecht — für rechtlich entscheidend angesehenen Richtlinien des Vorstandes der Bundesärztekammer aus dem Jahre 1988 (Dt. Ärztebl. 1988, 192 f.) die dort aufgeführten Indikationen (u.a. Drogenabhängige mit lebensbedrohlichen Zuständen im Entzug, Drogenentzug bei schweren konsumierenden Erkrankungen, drogenabhängige Aids-Kranke mit fortgeschrittener manifester Erkrankung) ausdrücklich nur als Beispielsfälle nennen, so daß auch sie Raum für eine einzelfallbezogene Annahme einer anderen Indikation lassen.

In der Stellungnahme des Vorstandes der Bundesärztekammer zu diesen Indikationen heißt es: „Solche Behandlungen sollen nur von in der Therapie von Drogenabhängigen erfahrenen Ärzten in Institutionen und unter strenger Kontrolle erfolgen“. Dies hat das Landgericht dahin gedeutet, daß sich der Angeklagte unabhängig von der Feststellung einer medizinischen Indikation für das Verschreiben einer Ersatzdroge schon deshalb strafbar gemacht habe, weil die ambulante Verabreichung von Methadon mit der deutschen Schulmedizin nicht in Einklang zu bringen sei. Ambulante Betreuung ohne Einbindung des Patienten in ein übergreifendes therapeutisches Behandlungsprogramm mag zwar im Regelfall gegen die Begründetheit der Anwendung von Ersatzdrogen sprechen. Ausnahmen sind jedoch denkbar, etwa wenn der Arzt auch bei ambulanter Behandlung die erforderliche strenge Kontrolle gewährleisten kann (vgl. Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 656 a. E.; BGHSt 29, 6: ausreichende Vorsorge dafür, daß der Patient das Mittel verschreibungsmäßig gebraucht). Das Landgericht hätte daher unter Berücksichtigung dessen, daß der Angeklagte die Einnahme von Polamidon - von der Einschaltung einer Vertrauensperson im Falle M. abgesehen - selbst überwacht, die Patienten mindestens einmal in der Woche untersucht und immer kleiner werdende Dosen verschrieben hat, eine einzelfallbezogene Prüfung und Abwägung vornehmen müssen. Da der Angeklagte lebensbedrohende Zustände bei einem Teil seiner Patienten behauptet hat und die festgestellten Krankheitssymptome auch die weitere Indikation einer schweren konsumierenden Erkrankung nicht von vornherein ausschließen, hätte sich das Landgericht nicht darauf beschränken dürfen, nur die Wertung des Sachverständigen („lebensbedrohlicher Befund nicht zu diagnostizieren“) mitzuteilen. Ohne tatrichterliche Subsumtion ist dem Senat eine rechtliche Überprüfung nicht möglich, auch nicht dahin, ob der Sachverständige bei seinen lediglich anhand der Patientenakte getroffenen Diagnosen dort nicht festgehalten hätte, aber vom Angeklagten unwiderlegt beschriebene schwerste Krankheitsbilder berücksichtigt hat.

e) Hinzu kommt folgendes: Nach den Feststellungen verfolgte der Angeklagte in den abgeurteilten Fällen den Zweck, die Patienten bis zum bevorstehenden Antritt einer Therapie oder einer Haftstrafe zu stabilisieren. Das Landgericht hätte sich daher auch mit der besonderen rechtlichen Problematik der „ambulanten Überbrückungstherapie“ auseinandersetzen müssen. Diese ist von der ambulanten Entzugsmedikation zu unterscheiden. Ziel der ambulanten Überbrückungstherapie ist es, die Versorgung eines Drogenabhängigen bis zur stationären Aufnahme zur Langzeitbehandlung zu gewährleisten. Schon das Reichsgericht hat das ärztliche Verschreiben von Betäubungsmitteln für zulässig angesehen, wenn es „bis zum Beginn eines fest vereinbarten, aber aus äußeren Gründen nicht sofort durchführbaren Heilverfahrens“ ärztlich angezeigt ist (RGSt 62, 369, 386). Das ist auch unter der Geltung des BtMG 1981 zulässig (vgl. Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 657; Moll, a.a.O., S. 168/169). Da das Landgericht den Sachverhalt unter diesem rechtlichen Gesichtspunkt nicht, auch nicht zu etwaigen in diese Richtung gehenden Fehlvorstellungen des Angeklagten näher aufgeklärt hat, fehlt dem Senat die tatsächliche Grundlage für Darlegungen, unter welchen Voraussetzungen im einzelnen der Angeklagte eine ambulante Überbrückungstherapie für zulässig halten durfte.

f) Schließlich reichen auch die Erwägungen des Landgerichts zur Schuld des Angeklagten nicht aus. In Fällen der vorliegenden Art ist nicht nur zu prüfen, ob der von der ärztlichen Begründetheit seiner Medikation überzeugte Angeklagte einem Verbotsirrtum unterlegen ist (BGH, NJW 1979, 1943, 1944, insoweit in BGHSt 29, 6 ff. nicht abgedruckt), sondern auch, ob er sich in einem den Vorsatz ausschließenden

Tatbestandsirrtum befunden hat. Das kommt z.B. in Betracht, wenn der Angeklagte bei einem Patienten die tatsächlichen Voraussetzungen für ein erlaubtes Verschreiben verkannt hat. Auch wenn dies auf grober Fahrlässigkeit beruhen würde, entfielen die Strafbarkeit. Denn nach § 29 Abs. 4 BtMB ist Fahrlässigkeit nur bei unerlaubtem Verabreichen oder unerlaubtem Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch, nicht aber bei unerlaubtem Verschreiben strafbar. Ob bei fahrlässigem Inverkehrbringen durch Verschreiben etwas anderes gilt (vgl. hierzu Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 512), kann offenbleiben, weil für eine solche Fallgestaltung keine Anhaltspunkte bestehen.

Mitgeteilt von Rechtsanwalt Dr. B. Dehong, - 7500 Karlsruhe  
Aus Arztrecht 8/1992

#### Betäubungsmittel - Sicherstellung\*

##### *Kasuistik:*

Ein 25jähriger Patient wird unter dem Vollbild einer Kokain-Intoxikation in der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg aufgenommen. Bei Übergabe der Wertsachen an das Pflegepersonal werden neun Kokainbriefchen entdeckt. Das Rauschgift wird zusammen mit Marihuana, Haschisch und weiterem Kokain, das der Patient am folgenden Tag freiwillig aushändigt, anfänglich mit seinem Einverständnis, später gegen seinen erklärten Willen, im Stationstresor verwahrt. Drei Tage nach der Aufnahme war die Kokainintoxikation weitgehend abgeklungen. Zu diesem Zeitpunkt bestand der Patient auf Entlassung, aber auch auf Rückgabe des Rauschgifts.

Aus medizinischer Sicht war dieser Fall wenig problematisch. Nach Anamnese, Befund sowie dem Ergebnis einer toxikologischen Untersuchung bestand an der Diagnose einer Kokainpsychose keine Zweifel. Hinsichtlich der Behandlung und Entlassung war die rechtliche Situation insofern eindeutig, als der Patient in der Lage war, rechtswirksame Erklärungen abzugeben, und eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung nicht bestand, so daß Maßnahmen gegen seinen erklärten Willen nicht berechtigt gewesen wären.

##### *Rechtliche Probleme:*

Als weitaus schwieriger erwiesen sich jedoch die juristischen Fragen hinsichtlich des sichergestellten Kokains. So war zu prüfen, ob die Ärzte sich nicht durch die Verwahrung des Rauschgifts im Stationstresor strafbar gemacht hatten. Bereits die Sicherstellung der Drogen für 3 Tage könnte als »Besitz« im Sinne des § 29 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) \* \* \* anzusehen sein, doch kam in diesem Fall eine derartige Annahme nicht in Betracht, da die Verwahrung aus Fürsorgegründen erfolgt war (s. KÖRNER). Die Inverwahrnahme schien bei einer Güterabwägung gemäß § 34 StGB\*\*\* unter Berücksichtigung der Stationssicherheit gerechtfertigt zu sein.

Unklar war weiterhin, ob das Rauschgift bei Entlassung an den Patienten zurückgegeben werden durfte oder gar mußte. Nach § 985 und § 823 BGB hatte der Patient als Eigentümer der Drogen zivilrechtlich einen Herausgabe- bzw. Schadensersatzanspruch. Fraglich war allerdings, ob die Eigentumsrechte hinsichtlich des Rauschgifts wegen Verstoßes gegen die guten Sitten überhaupt hätten wirksam ausgeübt werden können. Bei einer Güteabwägung gemäß § 34 StGB jedenfalls erwiesen sich die Fürsorgegründe wiederum als das höhere Rechtsgut und somit die Zurückhaltung der Drogen als zulässig (s. RIEGER). Die Aushändigung des Rauschgifts wäre auch nach den Bestimmungen des BtMG nicht legitim gewesen: Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung stellt die Rückgabe von Betäubungsmitteln an den unmittelbaren Vorbesitzer zwar keine Abgabe im Sinne des § 29 BtMG dar, weil der Kreis der Teilnehmer an dem Betäu-

\* *Quelle:* Miltnr, E., Sauer, H.: Rauschgift auf Station - die rechtlichen Probleme. DMW111,1125-1127 (1986) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. (Washington, DC, 1980) Deut. Bearbeitung und Einführung von Koehler, K., Saß, H. (Beltz: Weinheim-Basel 1984).

\*\* § 29 Abs. 1 BtMG: Mit Freiheitsstrafe zu vier Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer 1. Betäubungsmittel ohne Erlaubnis nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 anbaut, herstellt, mit ihnen Handel treibt, sie, ohne Handel zu treiben, einführt, ausführt, veräußert, abgibt, sonst in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft, 3. Betäubungsmittel besitzt, ohne sie aufgrund einer Erlaubnis nach § 3 Abs. 1 erlangt zu haben.

\*\*\* § 34 StGB: Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

smuggelungsverkehr dadurch nicht vergrößert wird (s. S CHMIDT). Doch wäre durch die Rückgabe die Verfügungsgewalt wieder auf den Patienten übergegangen und damit auf jeden Fall das Tatbestandsmerkmal des »Inverkehrbringens« erfüllt gewesen.

In der geschilderten Situation hätte die Aushändigung sogar die Verwirklichung eines besonders schweren Falles nach § 29 Abs. 3 Nr. 4 BtMG\* bedeutet.

Der besonders schwere Fall wird durch den Begriff der »nicht geringen Menge« definiert, die im Gesetz nicht festgelegt ist und deren Bestimmung damit der Rechtsprechung zufällt.

So hat das Oberlandesgericht (OLG) Karlsruhe 1978 bei 9 g Kokain (OLG Karlsruhe) eine nicht geringe Menge als gegeben erachtet; an anderer Stelle ist die Grenze zum besonders schweren Fall über 30 Konsumeinheiten definiert worden (s. HÜGEL-JUNGE), wobei als eine Einheit die mittlere tägliche Einstiegsdosis festgesetzt wird, die bei Kokain 30-100 mg beträgt.

Da der Reinheitsgrad von Kokain im Zwischenhandel in Einzelfällen bis 90 % betragen kann, hielten die Autoren mit etwa 9 g Kokain ohne Zweifel eine »nicht geringe Menge« unter Verschuß.

Die Rückgabe des Betäubungsmittels bei Entlassung wäre somit einer Beihilfe zum Rauschgifthandel in einem besonders schweren Fall gleichgekommen, weil der Patient sich nach eigenen Angaben das Rauschgift beschafft hatte, um damit Handel zu treiben.

Bei Berücksichtigung der verschiedenen Gesetzte folgte also: Das Rauschgift durfte bei Entlassung dem Patienten nicht nur nicht zurückgegeben werden, es durfte ebenso wenig im Besitz der behandelnden Ärzte bleiben.

Weitere Folgerung: Die Ärzte durften aufgrund gesetzlicher Bestimmungen das Rauschgift nicht behalten, es dem Patienten einerseits auch nicht zurückgeben, andererseits ihm ebenso wenig die Herausgabe verweigern, noch gegen seinen Willen das Rauschgift vernichten.

#### Literatur:

KÖRNER Betäubungsmittelrecht, 1982, Anm. 188 zu § 29.

Vgl. RIEGER H.-J.: Wegnahme von Medikamenten zum eigenen Schutz des Patienten. Dtsch. med. Wschr. 109, (1984).

BGH, Neue jur. Wschr., 1337 (1982); BGH, Monatsschrift für deutsches Recht (MDR), 512 (1982) f. MDR 881 f. (1982).

OLG Karlsruhe, Neue jur. Wschr. 1978, 1697.

HÜGEL-JUNGE Deutsches Betäubungsmittelgesetz, 6. erneuerte Auflage, § 29 BtMG Rdnr. 27.3 mit weiteren Nachweisen (1984).

MEGGES G., STEINKE W., WASILEWSKIJ. Die Präzisierung des Begriffs »nicht geringe Menge« im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes. Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ), 163 f. (1985).

BGH Neue jur. Wschr. 1985, 2771.

NStZ 1984, 286 m. Anm. Endriß.

LENCKNER in: SCHÖNKE-SCHRÖDER Strafgesetzbuch, Kommentar, 21. Aufl. München 1982, Rdnr. 31.

#### Rentenversicherung muß auch Entgiftung zahlen

Das Bundessozialgericht in Kassel hat grundsätzlich entschieden, daß bei Alkohol- und Drogenabhängigen, die keiner Krankenversicherung angehören, die Rentenversicherung vor den eigentlichen Entwöhnungskuren auch für die Entgiftungsbehandlung aufkommen muß, die sonst als Krankenbehandlung zu Lasten der Krankenkassen geht.

Das Bundessozialgericht entsprach damit der Klage des Krankenhauszweckverbands in Augsburg, der von der Landesversicherungsanstalt Schwaben die Kosten für die Entgiftungsbehandlung von sieben Suchtkranken verlangte, denen die Landesversicherungsanstalt Entwöhnungskuren bewilligt hatte. Die Patienten konnten aber die Entwöhnungskuren ohne die vorausgegangene Entgiftungsbehandlung nicht antreten. Die Patienten sind nicht krankenversichert.

Der Krankenhausträger hat nach der Feststellung des Bundessozialgerichts mit der Entgiftungsbehandlung infolgedessen ein Geschäft der Rentenversicherung betrieben. Der anders lautende Wille der Landesversicherungsanstalt ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts unerheblich, weil die der Entwöhnungskur vorausgehende Entgiftungsbehandlung im öffentlichen Interesse lag. Das Krankenhaus hat damit zwar

\* § 29 Abs. 3 BtMG: In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter mit Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge Handel treibt, sie in nicht geringer Menge besitzt oder abgibt.

zunächst ein Geschäft ohne ausdrücklichen Auftrag der Landesversicherungsanstalt getätigt, die Rentenversicherung muß aber jetzt nachträglich dafür aufkommen.

Das Sozialgericht erster Instanz in Augsburg hatte dagegen die Klage des Krankenhauszweckverbandes abgewiesen, weil die akute Entgiftungsbehandlung keine Kur im Sinne einer Rehabilitationsmaßnahme ist.

*Aktenzeichen: S RJ 39-89*

### **Keine fahrlässige Tötung durch den Arzt, wenn der süchtige Patient die Dosis der substituierenden Medikamente überschreitet**

Verschreibt ein Arzt einem süchtigen Patienten substituierende Medikamente und klärt er ihn bei der Verordnung darüber auf, daß die Dosisüberschreitung tödlich sein kann, ist er nicht wegen fahrlässiger Tötung strafbar, wenn der Patient an einer Überdosis der Medikamente stirbt. Der Behandlungsvertrag begründet für den Arzt zwar die Verpflichtung, Schaden von seinem Patienten abzuwenden. Er geht jedoch nicht so weit, den eigenverantwortlichen Patienten vor sich selbst zu schützen. Mit dem Behandlungsvertrag gibt ein Patient insbesondere auch seine Verantwortlichkeit und Entscheidungsfreiheit für sich nicht ab — wie nicht zuletzt daraus ersichtlich ist, daß er Anspruch darauf behält, in vollem Umfang über die Behandlung aufgeklärt zu werden, damit er auf der Grundlage eines richtigen Sachverhalts über sich entscheiden kann.

*Urteil des Landgerichts Kiel vom 1.11.1989 -1 Kis 2/87*

## **Indikationskriterien bei der Behandlung**

### **Ambulante Behandlung**

1. Abhängige, die ausreichend motiviert, relativ gut sozial integriert und frei von schweren Störungen auf seelischem, körperlichem und/oder sozialem Gebiet sind.
2. Abhängige, die während einer Vorbereitungsphase für eine anschließende stationäre Therapie behandelt werden.
3. Abhängige, die aus stationärer Behandlung in einem Fachkrankenhaus entlassen wurden.
4. Abhängige mit psychischer und physischer Abhängigkeit, mit leichteren körperlichen seelischen und sozialen Störungen.

Voraussetzung ist, daß ein Nachsorgesystem (ggf. qualifizierte Nachbehandlung) verfügbar ist.

Die ambulante Behandlung kann im Bedarfsfall durch kurzfristige stationäre Maßnahmen ergänzt werden. Dasselbe gilt auch für eine Ergänzungsbehandlung nach vorausgegangenen stationären Maßnahmen, z.B. nach einem Rückfall. Sie ist nicht möglich bei Morphiatabhängigen.

Eine Indikation für eine stationäre Behandlung ergibt sich, wenn eine qualifizierte, zeitlich ausreichende ambulante Behandlung nicht angezeigt oder erfolglos war. Welche Art stationärer Behandlung durchgeführt werden soll, ist in den Indikationskriterien für stationäre Behandlung beschrieben.

Bei der Festlegung von Indikationskriterien müssen verschiedene Gesichtspunkte berücksichtigt werden, z.B.

- unterschiedliche Bereitschaft des Patienten zur Behandlung und die sich daraus ergebende Rechtslage
- Alter und Geschlecht
- Art, Schwere und Dauer der Suchtkrankheit
- Dauer und Art der Behandlung
- Persönlichkeitsstruktur
- Folgeschäden
- psychosoziale Situation
- Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten einschließlich Vor- und Nachsorge

### **Mittelfristige stationäre Behandlung (ca. 6 Monate)**

1. Abhängige - auch Mehrfachabhängige - mit mittelschweren oder schweren körperlichen und/oder seelischen oder sozialen Schädigungen.

Tab. 3: Entzugserscheinungen

| Amphetamine  |  |                                      |          |          |
|--|--|--------------------------------------|----------|----------|
| Erschöpfung, Depression mit suizidalen Tendenzen, , Psychose, Heißhunger, Dauerschlaf bis zu 2 Tagen |  |                                      |          |          |
| Opiate, Morphine, Antagonisten   |  |                                      |          |          |
| Stadium des Entzugs  | Symptome   | Stunden nach der letzten Applikation |          |          |
|  |  | Heroin                               | Morphium | Methadon |
| 0  | Verlangen nach Drogen, Ängstlichkeit, Rastlosigkeit  | 4                                    | 6        | 12       |
| 1  | Gähnen, laufende Nase, Tränenfluß, Niesen, Schwitzen, Juckreiz   |                                      | 14       | 34-48    |
| 2  | Zunahme der genannten Symptome, Mydriasis, Gänsehaut, Muskelzuckungen, heiße und kalte Schauer, Unruhe, Knochen- und Muskelschmerzen, Appetitlosigkeit                               | 12                                   | 16       | 48-72    |
| 3  | Zunahme der genannten Symptomatik, Hypertonie, Hyperthermie, Tachykardie, Tachypnoe, Schlaflosigkeit, Übelkeit   | 18-24                                | 24—36    |          |
| 4  | Zunahme der genannten Symptomatik, fiebriges Aussehen, Muskelkrämpfe, Diarrhoe, Erbrechen, Schock, Hyperglykämie, spontane Ejaculation oder Orgasmus, evtl. Tod im Kreislaufversagen | 24-36                                | 36^8     |          |

Nachweis:  
Substanz: Rauschgift-Set; Urin, Serum: EMIT, Gaschromatographie, Massenspektromie, Dünnschichtchromatographie

Alkohol, Schlafmittel

Prädelir:  
Schlaflosigkeit, Schweißausbrüche, Agitiertheit, flüchtige Halluzinationen, emotionale Labilität, Zittern, Unsicherheit beim Sprechen, Gehen, Hantieren

Delier:  
Desorientiertheit, optisch-akustische Halluzinationen (Wahn), grober Temor, Beschäftigungsdelir, Fieber, Schwitzen, flüchtige Augenmuskelparesen, Hemiparesen, Aphasie, Tobsucht, Tachykardie  
paradoxe Wirkung bei Barbiturat-Abhängigkeit



## Langfristige stationäre Behandlung (mehr als 6 Monate)

1. Abhängige mit schweren Sozialisationsschäden, z.B. jugendliche Drogenabhängige (Opiat-Typ) oder Nichtseßhafte.
2. Abhängige mit schweren körperlichen und psychischen Suchtmittel-Folgeschäden, z.B. schweres organisches Psychosyndrom mit verlangsamter Rückbildungstendenz.
3. Abhängige mit schweren Störungen der praemorbiden Persönlichkeit, z.B. schizoide Neurosen etc.
4. Abhängige, bei denen die Behandlung durch eine Kombination von körperlichen, seelischen und sozialen Schäden besonders erschwert ist.

## Drogenentzug

Tab. 1: Symptomatik bei Entzug (x) und Intoxikation (●)

| Symptome                     | Alkohol | Psilocybin | Phencyclidin PCP | LSD | Barbiturate u.a. Schlafmittel | Methamphetamine (Pervitin) | Amphetamine | Haschisch | Kokain | Methadon | synthetische Opiate | Hydromorphin | Kodein | Heroin | Morphin |
|------------------------------|---------|------------|------------------|-----|-------------------------------|----------------------------|-------------|-----------|--------|----------|---------------------|--------------|--------|--------|---------|
| abdominelle Krämpfe          | x       |            |                  |     | x                             |                            |             |           |        | x        | x                   | x            | x      | x      | x       |
| abgeschwächte Reflexe        | ●       |            |                  |     | ●                             |                            |             |           |        | ●        | ●                   | ●            | ●      | ●      | ●       |
| Aggressivität                | ●       |            | ●                |     | ●                             |                            |             |           |        |          |                     |              |        |        |         |
| Angst                        | x       | ●          |                  | ●   | x                             | ●                          | ●           | ●         | ●      | x        | x                   | x            | x      | x      | x       |
| Appetitlosigkeit             |         |            |                  |     |                               | ●                          | ●           |           | ●      | ●        | ●                   | ●            | ●      | ●      | ●       |
| Bewußtlosigkeit              | x       |            | x                |     | x                             |                            |             |           |        | x        | x                   | x            |        | x      | x       |
| Chromosomen-Aberration       | ●       |            |                  | ●   |                               |                            |             |           |        |          |                     |              |        |        |         |
| Depression                   | ●       | ●          |                  | ●   | ●                             |                            | x           | ●         |        | x        |                     | x            | x      | x      | x       |
| Diarrhoe                     |         |            |                  |     |                               |                            |             |           |        | x        | x                   | x            | x      | x      | x       |
| Euphorie                     | ●       | ●          |                  | ●   | ●                             | ●                          | ●           | ●         |        | ●        | ●                   | ●            | ●      | ●      | ●       |
| Exzitation u. Hyperaktivität | ●       | ●          |                  | ●   |                               | ●                          | ●           | ●         | ●      |          |                     |              |        |        |         |
| gesteigerte Reflexe          | x       |            |                  |     |                               | ●                          | ●           |           | ●      |          |                     |              |        |        |         |
| gesteigerter Appetit         |         |            |                  |     |                               |                            |             | ●         |        |          |                     |              |        |        |         |
| Halluzination                | x       | ●          | ●                | ●   | x                             | ●                          | ●           | ●         | ●      |          | ●                   |              |        |        | ●       |
| Hepatitis                    |         |            | x                |     | x                             | x                          | x           |           | x      | x        | x                   | x            | x      | x      | x       |
| körperliche Abhängigkeit     | x       |            |                  |     | x                             |                            |             |           |        | x        | x                   | x            | x      | x      | x       |
| Konjunktivitis               | ●       |            |                  |     |                               |                            |             | ●         |        |          |                     |              |        |        |         |
| Koordinationsstörungen       | ●       |            | ●                |     | ●                             |                            |             | ●         |        | ●        | ●                   | ●            | ●      | ●      | ●       |
| Krämpfe                      | x       |            |                  |     | x                             |                            |             |           | x      |          |                     |              |        | x      | x       |
| Logorrhoe                    | ●       |            |                  |     |                               | ●                          | ●           | ●         | ●      |          |                     |              |        |        |         |
| Miosis                       | ●       |            |                  |     | ●                             |                            |             |           |        | ●        | ●                   | ●            | ●      | ●      | ●       |
| Mydriasis                    |         | ●          |                  | ●   |                               | ●                          | ●           |           | ●      | x        | x                   |              | x      | x      | x       |
| Nausea und Erbrechen         | x       |            |                  |     | x                             |                            |             |           |        | x        | x                   | x            | x      | x      | x       |
| Obstipation                  |         |            |                  |     |                               |                            |             |           |        | ●        | ●                   | ●            | ●      | ●      | ●       |

| Symptome                                  | Alkohol | Psilocybin | Phencyclidin PCP | LSD | Barbiturate<br>u.a. Schlafmittel | Methamphetamine<br>(Pervitin) | Amphetamine | Haschisch | Kokain | Metadon | synthetische Opiate | Hydromorphin | Kodein | Heroin | Morphin |
|---|---------|------------|------------------|-----|----------------------------------|-------------------------------|-------------|-----------|--------|---------|---------------------|--------------|--------|--------|---------|
| Panik                                     | x       |            |                  | ●   |                                  | ●                             | ●           | ●         |        | x       | x                   | x            | x      | x      | x       |
| psychische Abhängigkeit                   | x       | x          | x                | x   | x                                | x                             | x           | x         | x      | x       | x                   | x            | x      | x      | x       |
| Psychose                                  | x       |            |                  | x   |                                  | x                             | x           |           |        |         |                     |              |        |        |         |
| Ruhelosigkeit u. Erregbarkeit             | x       | ●          |                  |     | ●x                               | ●                             | ●           | ●         | ●      | x       | x                   | x            | x      | x      | x       |
| Schläfrigkeit                             | ●       |            | ●                |     | ●                                |                               | x           | ●         |        | ●       | ●                   | ●            | ●      | ●      | ●       |
| Schlaflosigkeit                           | x       |            |                  |     | x                                |                               | ●           |           | ●      |         | x                   | x            | x      | x      | x       |
| Schnupfen u. Tränenfluß                   |         |            |                  |     |                                  |                               |             |           |        | x       | x                   | x            | x      | x      | x       |
| Schweißneigung                            | x       | ●          |                  | ●   | ●                                | ●                             | ●           |           |        | x       | x                   | x            | x      | x      | x       |
| Schwindel                                 |         |            |                  |     |                                  | ●                             | ●           |           |        |         |                     |              |        |        |         |
| Sprachstörungen                           | ●       | ●          |                  | ●   |                                  |                               |             |           |        |         |                     |              |        |        |         |
| Taumeln                                   | ●       |            | ●                |     | ●                                |                               |             |           |        |         |                     |              |        |        |         |
| Tod                                       | ●       |            |                  |     | x●                               |                               |             |           |        | ●       | ●                   | ●            | ●      | ●      | ●       |
| Toleranz                                  |         | x          |                  | x   | x                                | x                             | x           |           |        | x       | x                   | x            | x      | x      | x       |
| Tremor                                    | x       |            |                  | ●   | x                                | ●                             | ●           |           | ●      | x       | x                   | x            | x      | x      | x       |
| Verhaltensstörungen                       | x       | ●          | ●                | ●   | ●                                |                               |             |           |        |         |                     |              |        |        |         |
| verwaschene Sprache                       | ●       |            | ●                |     | ●                                |                               |             |           |        | ●       | ●                   | ●            | ●      | ●      | ●       |
| Verwirrtheit                              | x       |            |                  |     | ●                                |                               |             |           |        | x       | x                   | x            | x      | x      | x       |
| zeitliche u. räumliche<br>Desorientierung | x       | ●          |                  | ●   |                                  |                               |             | ●         |        |         |                     |              |        |        |         |

Tab. 2: Aufnahmeweg

|            | Alkohol | Psilocybin | Phencyclidin PCP | LSD | Barbiturate<br>u.a. Schlafmittel | Methamphetamine<br>(Pervitin) | Amphetamine | Haschisch | Kokain | Metadon | synthetische Opiate | Hydromorphin | Kodein | Heroin | Morphin |
|------------|---------|------------|------------------|-----|----------------------------------|-------------------------------|-------------|-----------|--------|---------|---------------------|--------------|--------|--------|---------|
| oral       | x       | x          | x                | x   | x                                | x                             | x           |           | x      | x       | x                   | x            |        |        |         |
| injiziert  |         | x          |                  | x   | x                                | x                             |             | x         | x      | x       | x                   | x            | x      | x      |         |
| eingeatmet |         |            |                  |     |                                  |                               |             | x         |        |         |                     |              | x      |        |         |
| geraucht   |         |            |                  |     |                                  |                               | x           |           |        |         |                     |              |        |        |         |

Nachweis  
Alkotest mit Dräger in Ausatemluft, Schmidt-Urin, Dünnschichtchromatographie, Gaschromatographie, Unterscheidung durch Delirbeginn:

|          |     |   |
|----------|-----|---|
| Tage 1-5 | ' ; | Alkohol   |
| 6-8      | 1   | kurzwirkende Barbiturate, Carbromal, Methaqualon, Diäthylpentenamid, Clomethiazol, Meprobramat, Gluthetimid |
| 9-12     | ; / | langwirkende Barbirurate, Benzodiazepine  |

Nur 15 % Delirien beim Entzug (nach etwa 5jähr. Abusus)  
Trinker = körperlich, psychisch und sozial geschädigt

Trinkertypen (nach Jellinek)

| Art des Alkoholismus | Versuch einer Typisierung | Abhängigkeit  | Suchtkennzeichen                                     |
|----------------------|---------------------------|---|--|
| Alpha                | Konflikttrinker           | nur psychisch   | kein Kontrollverlust, aber undiszipliniertes Trinken |
| Beta                 | Gelegenheitstrinker       | keine, außer soziokulturelle                                  | kein Kontrollverlust                                 |
| Gamma                | süchtige Trinker          | zuerst psychische Abhängigkeit, später physische Abhängigkeit | Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz      |
| Delta                | Gewohnheitstrinker        | physische Abhängigkeit  | Unfähigkeit zur Abstinenz, aber kein Kontrollverlust |
| Epsilon              | episodischer Trinker      | psychische Abhängigkeit                                       | Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz      |

Therapie

Der Entzug läuft in folgenden Phasen ab:

- Drogenberatung: Obligate Einschaltung einer Drogenberatungsstelle zur Klärung evtl. straf- und zivilrechtlicher sowie immer der versicherungsrechtlichen Probleme, Motivationsprüfung.
- Entgiftung (klinischer Entzug): Neben der toxikologisch-analytisch kontrollierten Entgiftung (Drogenfreiheit!) gründliche somatische und psychosomatisch-psychiatrische Durchuntersuchung und Behandlung (z.B. von Infektionen, Zahnsanierung usw.).
- Psychischer Entzug (meist stationär): Systematisches Verlernen aller süchtigen Verhaltensweisen durch geeignete mehrdimensionale Verhaltensweisen.
- Nachbetreuung: Aufbau einer eigenen beruflichen und sozialen Existenz mit dem Ziel der dauernde Therapie-Unabhängigkeit.

Indikationen zur Aufnahme Drogenabhängiger

- Geplanter Entzug mit gesicherter Nachsorge. Hier ist die Erfolgsquote am höchsten.
- Notfälle wegen akuter Erkrankungen oder Überdosierung. Hieran sollte sich keine Nachsorge anschließen, denn die Rückfallquote beträgt 100%. Nach Abklingen der Akutsituation sollte der Patient entlassen und nach Erreichen der Voraussetzungen für einen geplanten Entzug eine Wiederaufnahme vereinbart werden.
- Wissenschaftliche Gründe. Dadurch lernt man die ausgeprägtesten Erscheinungsformen, das typische Szenen-Verhalten sowie Verlaufskontrollen aussichtsloser Erkrankungsfälle kennen. Allerdings verursachen gerade diese Patienten viel Ärger, wie Diebstahl an Mitpatienten, von Stationsmedikamenten, Einbruch in Klinikapotheke, Verführung von Mitpatienten.

Nichts tun, was die Drogenabhängigkeit unterstützt!

- Unter keinen Umständen Schmerz-, Beruhigungs-, Aufputsch- oder Schlafmittel verordnen
- Dem Drogenabhängigen die einzige Alternative verdeutlichen: entweder entziehen, um zu überleben oder durch Weiterspritzen oder -schlucken zugrunde gehen.
- Der Arzt sollte ihn mit der Diskrepanz zwischen Bereitschaft zum Entzug und tatsächlichem Handeln konfrontieren. Dabei sollte er sich nicht von den Argumenten des Süchtigen, die oft genug sehr überzeugend klingen, ablenken lassen.
- Ein Drogenabhängiger ist nicht in der Lage, seinen Drogenkonsum selbst zu kontrollieren und nur „ab und zu mal“ Drogen zu nehmen. Er pendelt zwischen dem Wunsch, zu entziehen, und dem Wunsch, weiter Drogen zu nehmen, hin und her. Der Arzt sollte eine eindeutige Haltung dagegensetzen.
- Der Drogenabhängige sollte dazu angehalten werden, eine Drogenberatungsstelle aufzusuchen, von der aus er in eine stationäre Einrichtung vermittelt wird. Ehemalige Drogenabhängige berichten, daß sie Ärzte, die ihnen Drogen verschrieben, zutiefst verachteten, obwohl sie damals so getan hätten, als seien sie den Ärzten sehr dankbar. Nur diejenigen, die ihnen Drogen verweigerten, hätten Eindruck auf sie gemacht und sie letztlich zur Therapie bewegt.

Tab. 4: Therapie

| Amphetamine   | Opiate, Morphine, Antagonisten  | Alkohol, Schlafmittel   |
|---|---|---|
| Bei akuter Intoxikation:  | Elementarhilfe, Giftelimination   |   |
| Nur auf geschlossener Station (Selbstmordgefahr)                    | geschlossene Station (Drogenbeschaffung!)   | Prädelir geschlossene Station (Psychose!)   |
|   | 3mal 50 mg Doxepin ( <i>Aponal</i> ) i.m. oder oral; bei Bedarf bis 400 mg/die in den ersten 3 Tagen Absetzen sobald wie möglich, spätestens am 10. Tag (Alternative: <i>Truxal</i> ) |   |
|   | bei schweren akuten Begleiterscheinungen, Gravidität: 0,5 mg <i>L/Polamidon</i> <i>Hoechst</i> (Levomethadon) oral 6stündlich, jeden Tag 20 % weniger                                 | Prophylaxe eines Alkohol-Entzugsdelirs Falls noch zum Zeitpunkt einer (reinen!) Alkohol-Intoxikation eines chronischen Alkoholikers Physostigminsalizylat (2 mg) injiziert und 8stündlich i.m. nachinjiziert wurde, läßt sich mit großer Wahrscheinlichkeit ein Alkoholentzugsdelir verhindern. |
| Vor Verlegung in die stationäre Einrichtung zum psychischen Entzug: |   | Delir: Einweisung auf Intensivbehandlungsstation, Anlegen eines zentralen Venenkatheters, Fixierung   |
| Röntgenthorax   | Venerologie   | 500,0 ml <i>Distraneurin</i> (0,8 % Clomethiazol) initial 100-500 ml/Stunde bis Patient sediert, dann 40-80 ml/Stunde   |
| EKG   | Dermatologie (Parasiten)  | 3mal 0,5 mg Atropinsulfat i.m. oder i.v. (behebt vagale und hypersekretorische Wirkung von Clomethiazol)  |
| Zanstatus (Zahnarzt)  | Drogenfreiheitskontrolle (!)  | 1. Tag 1500-5500 ml erforderliche Menge   |
| Komplikationen bei Abhängigkeit                                     |   | 2. Tag mindestens die Hälfte vom 1. Tag   |
| Gewichtsverlust,  | Wassereinlagerung   | 3. Tag mindestens die Hälfte vom 2. Tag usw.  |
| nekrosierende Angitis   | Lungenödem, Hirnödem,   | Absetzen 10 Stunden nach Erreichen der Dosierung von 10 ml/Stunde   |
| Hypertension  | Impotenz,   |   |
| Nierenschädigung,   | Amenorrhoe,   |   |
| Neuropathie,  | Marasmus,   |   |
| Lungenödem  | Sepsis, anaphylaktischer Schock, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Hepatitis   |   |
|   |   | Kein Distraneurin oral!   |

### Zusätzliche Maßnahmen

1. Ausgleich des Wasser- und Elektrolyt-Verlustes durch Schwitzen. Beim Fehlen von Kalium entstehen signifikant häufiger ein *KorsakoffSyndrom*
2. Antibiotische Therapie einer Pneumonie
3. Prophylaxe eines Stress-Ulkus mit Kohlekompressen oral (10 g)
4. Antiepileptische Therapie bei einem einmaligen zerebralen Krampfanfall nicht erforderlich, jedoch beim Status epilepticus (Diazepam, Phenytoin mehrmals täglich i.v.). Neurologische Diagnostik zum Ausschluss z.B. subduraler Hämatom aufgrund eines vorhergegangenen Sturzes
5. Blutdruck, Puls und Temperatur sind halbstündlich zu kontrollieren und notfalls zu korrigieren, denn hyperpyrexie und Kreislaufkollaps sind die häufigsten Todesursachen.
6. Digitalisierung bei Herzinsuffizienz-Zeichen.
7. Vitamine der B-Reihe können die Wernicke-Enzephalopathie lindern.
8. Bei Elektrolytstörung im Vollblut Substitution.
9. Tritt das Alkohol-Delir in Kombination mit einer Alkohol-Halluzinose auf, kann gelegentlich nach Abklingen des Delirs eine Weiterbehandlung mit Psychopharmaka erforderlich sein, da durch Clomethiazol lediglich die Delir-Symptome beeinflusst werden.
10. Bei protrahierter Somnolenz oder Krampfbereitschaft Prophylaxe und Therapie des Hirnödems mit Dexamethason i.v.

### Komplikationen bei Abhängigkeit

Entzugskampf (ohne Aura, ohne Unter-sich-Lassen):  
12-48 Stunden nach Absetzen der Droge

#### Alkohol:

Fettleber, toxische Hepatitis (chronisch persistierende/chronisch-aggressive)  
Leberzirrhose (> 40-80 g/die)  
Herzschädigung (Azetaldehyd)  
chronische Pankreatitis  
Gastritis, Ulzera, Blutungen (Schleimhauterosion) toxische Polyneuritis, Wesensveränderung (*Korsakoff*)  
Mißbildungen (1. Trimenon: Embryopathien)  
Unfallrisiko, Suizidgefahr (20%)  
Schlafstörungen, Delir, Entzugskrämpfe  
soziale Folgen: Familie zerrüttet, Impotenz, Beruf verloren, Schulden, Straftaten

#### Behandlungsziele:

1. Optimale Behebung oder Kompensation von körperlichen und seelischen Störungen, Erhöhung der seelischen Belastbarkeit.
2. Soziale Selbständigkeit mit beruflicher Integration und Aufbau personaler Bindungen.
3. Wertorientierte Lebensgestaltung in persönlicher Entscheidung. Nachreifung der Persönlichkeit.

### Klinische Befunde

Nicht aufgenommen werden dürfen auf einer offenen Station Patienten mit einer akuten Psychose (endogen oder drogenbedingt) oder Suizidgefährdete; sie gehören in eine geschlossene Abteilung. Auch sollten keine Sofortaufnahmen erfolgen. Ein Drogenentzug ist selten ein Notfall, auch wenn er von der Patienten oft als solcher dargestellt wird. Die Erfolgsquote steht in direkter Relation zu Planung und seelischer Vorbereitung auf das Kommende. Der Arzt sollte kurz den Verlauf eines Entzugs schildern, auf die Frage der medikamentösen Unterstützung eingehen und mögliche Komplikationen besprechen. Man muß betonen, daß die Schwere eines physischen Entzugs nicht nur von der Intensität der Abhängigkeit oder von der Art des Suchtmittels bestimmt wird, sondern im wesentlichen von der Einstellung zum Entzug. Bei positiver Einstellung ist die Toleranz wesentlich größer, die Entzugsdauer verkürzt und die benötigte Medikamentenunterstützung gering. Bei negativer Einstellung kann selbst bei maximaler Medikamentengabe (Überschreiten der neuroleptischen Schwelle) ein lebensgefährliches Entzugsstadium erreicht werden.

Das wichtigste Prinzip ist das der Freiwilligkeit; es werden nur Patienten aufgenommen, die darum bitten, und nicht solche, die von Gericht oder Eltern dazu gezwungen werden. Während der ganzen Therapie wird auf Zwänge verzichtet; an ihrer Stelle stehen objektive Kontrollen der Drogenabstinenz. Bei deren negativem Ergebnis erfolgt sofortige Unterbrechung der Therapie. Dies wird vorher mit dem Patienten schriftlich vereinbart (s. Behandlungsvertrag).

Es empfiehlt sich eine strenge Trennung zwischen planmäßigem Entzug und medizinischem Notfall. Bei letzteren (Hepatitis, chirurgische Eingriffe u.a.) muß man davon ausgehen, daß der Patient seine Drogen weibernimmt, und es empfiehlt sich daher, dem Rechnung zu tragen und von vornherein zu substituieren (z.B. Methadon, Barbiturat).

Um den tatsächlich zu einem Entzug Motivierten von dem Heer derjenigen zu trennen, die einige angenehme Tage im Krankenhaus verbringen wollen, empfiehlt es sich, nur Personen aufzunehmen, die eine Bereitschaft zum anschließenden Besuch einer stationären Rehabilitationseinrichtung zeigen und sich selbst um eine Platzreservierung bemühen. Außerdem sollte vor Aufnahme eine Dosisreduktion (z.B. auf zwei Injektionen pro Tag, mit Überprüfung der Injektionsstellen und Urinkontrollen) sowie einige sonstige Aufgaben (z.B. Führen einer Häufigkeitsliste über Drogenkonsum) vereinbart werden.

Zur Aufnahme bringt der Patient alle verwendeten Medikamente und Hilfsmittel (Spritzen, Staubinden, Kerze, Löffel u.a.) mit. Dies ist im wesentlichen eine symbolische Handlung. Mit dem Patienten wird dann schriftlich vereinbart, ob, und wenn ja, wieviel Medikamente er zu Unterstützung des Entzugs bekommen möchte.

Es empfiehlt sich, die Patienten möglichst gleichmäßig in der Klinik zu verteilen und nicht in einzelnen Zimmern zusammenzulegen, da die besondere Betonung der Drogenabhängigkeit als Verstärkung des bisherigen Verhaltens dient und eine Behandlung erschweren würde. Wo aus personellen oder organisatorischen Gründen diese normale Streuung nicht möglich ist, ist bei einer lokalen Konzentrierung dringend davor zu warnen, die Zimmer von Drogenpatienten nach ihrem Geschmack verwandeln zu lassen (zugezogene Vorhänge, Plakate, Kerzenlicht oder laute Musik). Diese und ähnliche Accessoires der früheren Umgebung könnten einen erneuten Drogengebrauch auslösen. Es empfiehlt sich auch, die Hausordnung bekannt zu machen und deren Einhaltung zu überwachen. Eine Störung der Mitpatienten muß vermieden werden. Somit wird die Grundlage dafür geschaffen, daß Mitpatienten zu Drogenpatienten eher Kontakt finden können. Es empfiehlt sich, Personal und Patienten darauf hinzuweisen, daß kein Geld ausgeliehen werden darf. Die Mithilfe von Drogenpatienten bei der Stationsarbeit ist unzumutbar (Zugang zu Medikamenten!). Generell ist zu sagen, daß jede Bevorzugung bzw. Benachteiligung gegenüber anderen Patienten unbedingt zu vermeiden ist. Bei Verstößen gegen die Klinikordnung bzw. Rückfall muß eine sofortige Entlassung erfolgen, wobei jedoch eine Wiederaufnahme nach entsprechender Wartezeit möglich sein sollte.

Während der Entgiftung wird eine gründliche internistische Untersuchung durchgeführt mit Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchung des Thorax, EKG, evtl. Leberblindpunktion, ferner eine gynäkologische bzw. dermatologische Untersuchung (AIDS, Gonorrhoe, Lues, Trichomonaden, Soor, Adnexitis u.a.), eine psychiatrische Untersuchung (Ausschluß einer Psychose!) sowie obligatorisch eine Vorstellung beim Zahnarzt. Wir empfehlen die strikte Meidung sämtlicher Medikamente, wie Sedativa, Analgetika, Laxantien oder Lebertherapeutika, deren Wirkung ohnehin nicht gesichert ist. Als unterstützende Maßnahme empfiehlt sich besonders anfangs eine kohlenhydratreiche Nahrung mit Zuckerzulage und Obstsaften, nach dem dritten Tag täglich physikalische Therapie in Form von Schwimmen oder Gymnastik, ferner die Erlernung eines Entspannungstrainings.

### Therapieende

Die Therapie eines planmäßigen Entzugs wird, wie angegeben, bei Rückfälligkeit sofort unterbrochen und der Patient, falls medizinisch möglich, entlassen. Ein Darüberhinwegsehen hat sich nicht bewährt; es ist nicht zuletzt den anderen Entzugspatienten gegenüber unfair. Die Wiederaufnahme kann auf Wunsch nach einer Wartezeit und Erfüllung zusätzlicher Kriterien erfolgen. Nach erfolgreichem Abschluß einer Behandlung, die in der Regel zwei bis drei Wochen dauert, sollte der Patient unbedingt zur weiteren physikalischen Behandlung in ein spezielles Rehabilitationszentrum verlegt werden.

## Prophylaxe

Eine Aufklärung über die Drogenabhängigkeit und ihre Folgeerscheinungen ist bei Kindern im 13. oder 14. Lebensjahr schon zu spät. Sie hat im 1. Schuljahr, also mit 6 Jahren zu beginnen.

Es hat sich als übereinstimmendes Ergebnis herausgestellt, daß der frühzeitige Beginn des Nikotin- und Alkoholkonsums die Gefahr in sich birgt, die Kontrolle und Steuerungsfähigkeit zu verlieren, also ein süchtiger Raucher oder Trinker zu werden. Kinder und Pubertierende sollten vom Nikotin solange wie möglich ferngehalten werden, da eine ziemlich enge Verbindung zwischen Nikotin und Alkohol besteht.

Pädagogisch falsch ist ein sog. frühzeitiges Alkoholdebüt. Man kann einem Kind nicht beibringen, wie es mit einem berauschenden Getränk „vernünftig“ umgehen soll.

Daher:

- Lassen Sie das Gespräch mit der jüngeren Generation nicht abreißen!
- Weichen Sie Fragen verunsicherter junger Menschen nach dem Sinn des Lebens nicht aus!
- Bringen Sie in der Nüchternheit unserer industrialisierten Welt Verständnis auf für emotionale Äußerungen junger Menschen!
- Brechen Sie die Kontakte nicht ab, wenn ein junger Mensch seine eigene Wege gehen will!
- Nehmen Sie es als selbstverständlich hin, wenn jemand alkoholische Getränke ablehnt!
- Helfen Sie dem Alkoholabhängigen bei der Aufrechterhaltung seiner Abstinenz!
- Bemühen Sie sich, unter anderen zuhören zu können, und nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch unter vier Augen!
- Machen Sie sich kundig über versteckten Alkohol in der Nahrung der Kinder (Ketchup, Fruchteis, Kakaosoße, Homöopathika).

Bemerkenswerterweise hat vor einigen Jahren eine 15jährige Schülerin zum Thema „Was erwarten wir von unseren Eltern und was geben sie uns?“ geschrieben: „Wir erwarten Zeit von unseren Eltern und sie geben uns Geld!“

Und dieses Geld macht den Griff zu Glas und Flasche überhaupt erst möglich.

## Verkehrstüchtigkeit nach Drogeneinnahme

Man kann global feststellen, daß Verkehrstüchtigkeit dann vorausgesetzt werden kann, wenn für die Dauer der aktiven Verkehrsteilnahme keine Krise oder akute Verschlechterung der Erkrankung vorausgesehen ist, die Reaktionsfähigkeit weder durch die Krankheit selbst, noch durch Medikamente eingeschränkt ist, die Grenze der Belastbarkeit dieser Kranken unter bestimmten Kautelen geklärt ist, nicht zusätzlich Rauschmittel oder Sedativa eingenommen werden.

Punkt 1 stellt auch für erfahrene Ärzte einen Unsicherheitsfaktor dar. Nach Schätzung sollen bei 15-20 % aller Verkehrsunfälle Arzneimittel ursächlich mit im Spiel sein. Untersuchungen über Arzneimiteleinahme von Verkehrsteilnehmern ergaben, daß Analgetika stets an der Spitze stehen. Sedativa und Hypnotika nahmen den 2. Platz ein. Es folgen Herz-Kreislauf-Präparate und an 4. Stelle Magen-Darm-Mittel. Bei der Verordnung von Schlafmitteln sollten die kurzwirksamen Mittel stets bevorzugt werden, damit am nächsten Tag keine Nachwirkungen - Dysphorien, Ermüdungszustände usw. - die Konzentration im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Zu warnen ist deshalb vor Kombinationen mit bromhaltigen Verbindungen (rezeptfrei!), Phenothiazinen, Meprobamat und sonstigen Beruhigungsmitteln.

Die große Zahl der modernen Atarktika, Neuroleptika, Antidepressiva usw. wirken meist sedierend führen zu Gleichgültigkeit und mindern so das Reaktionsvermögen. In den Beipackzetteln vieler Präparate finden sich derartige Hinweise für Patienten; ihr Fehlen bedeutet aber keinen Freibrief! Im Zweifelsfalle ist es besser, den Patienten vor dem Lenken eines Kraftfahrzeuges zu warnen.

Unerwünschte Wirkungen auf vasomotorische Regulationen - z.B. Kollapsneigung - treten bei einigen dieser Medikamente, besonders bei Therapiebeginn, auf und bedeuten eine Gefahr im Straßenverkehr. Der Arzt sollte sein Einverständnis zum Lenken eines Kraftwagens erst dann geben, wenn er sich von der Verträglichkeit des Präparats überzeugt hat.

Auch die Kombination mit anderen Arzneimitteln - z.B. Stimulantien - hebt die Gefährdung nicht auf.

Antidepressiva und Psychopharmaka vom Diazepamtyp können Nebenwirkungen auf die Augen haben.

Haschisch (Marihuana), LSD, Morphinderivate und Amphetaminderivate ('speed') sowie organische Lösemittel u.a. als Rauschdosen stören die psychomotorische Koordination erheblich. LSD, aber auch Haschisch, beeinflussen darüber hinaus das Sehen: Schätzen von Entfernungen und Farbsehen können erheblich beeinträchtigt werden. Bei eindeutiger Drogenabhängigkeit sollte der Arzt erwägen, ob im Interesse der Öffentlichkeit Fahrverbot oder ärztliche Schweigepflicht das höhere Rechtsgut ist. Falls ein Drogenabhängiger vor Abschluß der Behandlung diese abbricht, sollte in jedem Falle ein Meldung des Führerscheinträgers bei seinem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen. Das Gesundheitsamt wird dann den Technischen Überwachungsdienst verständigen, der eine Prüfung der Fahrtauglichkeit durchführt.

Laienmaßnahmen

Voraussetzung für die Therapie eines Drogenabhängigen ist das Zusammenwirken ausnahmslos aller Sozialpartner des Drogenabhängigen in Familie und Beruf, um ihn in eine drogenfreie Bahn abzudrängen. Die Summe dieser Bemühungen spiegelt sich beim Drogenabhängigen als sogenannte Motivation zum Entzug wider. Ohne mehr oder minder starke soziale Zwänge ist diese Bemühung jedoch erfolglos. Radikale Alternativen dürfen nicht gescheut werden: Scheidung vom prügelnden Alkoholiker, Entlassung aus Schule oder Bundeswehr eines jugendliches Drogenabhängigen, langjährige Gefängnisstrafen für dealende Drogenabhängige u.a. soziale oder finanzielle Hilfen sollten einem Drogenabhängigen nur jeweils bei nachgewiesener Drogenfreiheit gewährt werden. Mit Ausnahme einer Krisenintervention oder eines Aufnahmegesprächs einer Drogenberatungsstelle (siehe Therapie-Stufe I) sollten keine eingehenden Gespräche geführt werden. Alle Angaben über Art und Menge der applizierten Drogen müssen unbedingt durch einen Giftnachweis und objektive Befragung der Umgebung (Fremdanamnese) überprüft werden. Angehörige, die der Verdacht auf eine Drogenabhängigkeit bei einem Familienangehörigen hegen, sollten zunächst eine toxi-kologische Untersuchung vorgefundener Spritzen, von Blut oder Urin über den Hausarzt veranlassen, damit geklärt werden kann, um welche Art der Abhängigkeit es sich handelt. Die Art der Abhängigkeit unterliegt hierbei meist einem häufigen Wechsel und ist abhängig von der Schwarzmarktsituation und dem Rezeptverschreibungsverhalten der Ärzte sowie der finanziellen Lage des Betroffenen.

Rezeptfälschung

Eingelöst in Starnberger Apotheke (16jähriges Mädchen)


**Dr. med. Max Dauderer**  
II. Hau «Munal  
HIWI njirar«a«a. Tr"v» 10 «JM1 «0/2211  
KiauMastmc 9 - TtHM:«M)«air

**Dr. med. Max Dauderer**  
(ntemiat, Oberarzt der Toxikot Abt  
II. Med. Klinik und Poliklinik - Tedin. Univanitit  
ismaningerstraBe 22 - Telefon: (0 89) 41 40/ 22 1  
Privat: 8023 PulladvGroBhessetohe  
KreuzedcalraBe 9 - Telefon: (0 99) 79 43 97

&&>

P.IAo

%





Schriftvergleich  
(„Original")



## Rechtliche Aspekt

### Zur Strafbarkeit beim Verschreiben von Ersatzdrogen

*Beschluß des Bundesgerichtshofs vom 17. Mai 1991 - 3 StR 8/91*

Der Wortlaut des § 13 Abs. 1 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) läßt die Auslegung zu, daß eine sozialmedizinische Indikation ausreicht, um eine Ersatzdroge zu verschreiben, z.B. um einen Opiatabhängigen unter Inkaufnahme einer fortbestehenden Abhängigkeit von dem Zwang zur Beschaffungskriminalität zu befreien. Mit dieser Feststellung hat der Bundesgerichtshof den Instanzgerichten aufgegeben, die besondere rechtliche Problematik der ambulanten Überbrückungstherapie zu berücksichtigen. Ausführungen des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Zulässigkeit der Verschreibung von sogenannten Ersatzdrogen sind keine Rechtsnorm, sondern stellen für den Richter nur eine Entscheidungshilfe dar.

Zum Sachverhalt:

Das Landgericht hatte den Angeklagten, einen praktischen Arzt, wegen unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln in zehn Fällen zu einer Gesamtgeldstrafe von 100 Tagessätzen verurteilt. Die Revision des Angeklagten hatte Erfolg.

Aus den Gründen:

Die Feststellung zum objektiven und subjektiven Tatbestand des § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a, § 13 Abs. 1 BtMG ist unvollständig, weil das Landgericht die für die rechtliche Beurteilung maßgebenden Gesichtspunkte zum Teil verkannt hat.

a) Nach § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG wird mit Freiheitsstrafe bis zu vier Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer entgegen § 13 Abs. 1 BtMG Betäubungsmittel verschreibt. Nach § 13 Abs. 1 BtMG dürfen die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel von Ärzten nur dann verschrieben werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen Körper begründet ist. Der Angeklagte hat seinen drogenabhängigen Patienten L-Polamidon und in einem Fall Ritalin verschrieben. L-Polamidon ist der Handelsname für das in der Anlage III Teil A genannte Levomethadon, Ritalin der Handelsname für das dort genannte Methylphenidat (vgl. Körner, BtMG, 3. Aufl. 1990, § 29 Rdnr. 76, Anhang C 1 Nr. 15 und Nr. 49 Buchst. i). Der Bundesgerichtshof hat in früheren, an die Rechtsprechung des Reichsgerichts anknüpfenden Entscheidungen die ärztliche Begründetheit einer Betäubungsmittel-Verschreibung dann angenommen, wenn das Mittel nach den allgemein oder weitaus überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft als Heilmittel für das Leiden des Patienten geeignet ist (BGHSt 29, 6, 9; 1,318,322; RGSt 62, 369, 385). Ob dieser Auslegung für das Verschreiben von Ersatzdrogen für Drogenabhängige auch heute noch uneingeschränkt zu folgen ist, kann zweifelhaft sein. Der geltende § 13 Abs. 1 BtMG 1981 läßt das Verschreiben der in der Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel zu, »wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist«. Der früher geltende § 11 Abs. 1 Nr. 9 Buchst. a BtMG 1972 pönalisierte das Verschreiben von Betäubungsmitteln, »wenn die Anwendung nicht ärztlich, zahnärztlich oder tierärztlich ist«. Was der Gesetzgeber mit dem Verzicht auf das Wort »ärztlich« bezweckt hat, ergibt sich aus der Gesetzesbegründung (abgedruckt bei Pfeil/Hempel/ Schiedermaier/Slotty, Betäubungsmittelrecht, Stand: Januar 1987, B § 13 Rdnrn. 1-3) nicht (vgl. dazu Haffke, MedR 1990, 243, 246 Anm. 37). Der neue Wortlaut läßt auch die Auslegung zu, daß eine sozialmedizinische Indikation zum Verschreiben ausreicht, z.B. um den Opiatabhängigen unter Inkaufnahme einer fortbestehenden Abhängigkeit von dem Zwang zur Beschaffungskriminalität zu befreien.

Ob eine solche Auslegung mit dem Zweck des Betäubungsmittelgesetzes, das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG), zu vereinbaren wäre, braucht der Senat nicht zu entscheiden. Jedenfalls sind an die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals »keine Begründetheit der Anwendung am oder im menschlichen Körper« strenge Anforderungen zu stellen. Denn vom Vorliegen dieses Merkmals hängt es ab, ob ein Arzt, der ein an sich verschreibungsfähiges Betäubungsmittel verordnet, eine Straftat begeht, die mit Freiheitsstrafe bis zu vier Jahren bedroht ist. Das grundsätzliche Gebot der Gesetzesbestimmtheit (Art. 103 Abs. 2 GG) erfordert eine Auslegung, die den Arzt als Adressat der Strafnorm klar erkennen läßt, unter welchen Voraussetzungen er sich durch das Verschreiben einer zur ärztlichen Medikation zugelassenen Ersatzdroge strafbar macht.

b) Entgegen der Ansicht des Landgerichts liegt der Tatbestand des unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln nicht schon deshalb vor, weil der Arzt durch die Verordnung der Ersatzdroge gegen die Regeln der Schulmedizin verstoßen hat. Dies würde zu einer Kriminalisierung medizinisch vertretbarer abweichender Auffassung führen und durch Strafandrohung die Entwicklung neuer Therapien verhindern.

*Vielmehr ist anerkannt, daß die Verfahren der Schulmedizin nicht ohne weiteres mit den für die strafrechtliche Auslegung maßgeblichen Regeln der ärztlichen Kunst gleichzusetzen sind (Dreher/Tröndle, StGB, 45. Aufl. 1991, § 223 Rdnr. 9 c; Eser, in: Schönke/Schröder, StGB, 23. Aufl. 1988, § 223 Rdnr. 35; Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 655; Laufs, Arztrecht, 4. Aufl. 1988, Rdnrn. 336 ff.; Moll, Straf rechtliche Aspekte der Behandlung Opiatabhängiger mit Methadon und Codein, 1990, S. 234/235). Die Regeln der ärztlichen Kunst belassen einem Arzt gerade auf einem medizinisch umstrittenen Gebiet wie dem der Verschreibung von Ersatzdrogen für Drogenabhängige (Überblick bei Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 647) einen von ihm zu verantwortenden Risikobereich. Erst wenn die dem Arzt zuzubilligende Risikogrenze eindeutig überschritten ist (vgl. BGHSt 29, 6, 11), greift die Strafnorm des § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG ein, und zwar unabhängig davon, ob für die berufsrechtliche oder verwaltungsrechtliche Beurteilung ein strenger Maßstab anzulegen ist*

c) Auch dem Vorstand der Bundesärztekammer fehlt die ihm vom Landgericht zugeschriebene »Richtlinienkompetenz«, einen für den Strafrichter verbindlichen Indikationenkatalog dafür aufzustellen, wann das Verschreiben von Ersatzdrogen zulässig ist. Empfehlungen der ärztlichen Berufsorganisationen sind für den Richter, der in eigener Verantwortung über das Vorliegen der den Straftatbestand des § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG ausfüllenden Norm des § 13 Abs. 1 BtMG zu entscheiden hat, zwar eine Entscheidungshilfe, entbinden ihn aber nicht von der Verpflichtung, auch unter Berücksichtigung abweichender Stellungnahmen der ärztlichen Wissenschaft in jedem einer Verurteilung zugrundegelegten Einzelfall zu prüfen, ob die Verschreibung des Betäubungsmittels begründet war. Die Äußerung des Vorstandes der Bundesärztekammer ist keine Rechtsnorm, die in § 13 Abs. 1 BtMG festgelegte Strafbarkeitsgrenze zu konkretisieren vermag (vgl. BVerfGE 76, 171 zu den von der Bundesrechtsanwaltskammer festgestellten Richtlinien des anwaltlichen Standesrechts).

d) Darüber hinaus hat das Landgericht nicht bedacht, daß selbst die von ihm - zu Unrecht - für rechtlich entscheidend angesehenen Richtlinien des Vorstandes der Bundesärztekammer aus dem Jahre 1988 (Dt. Ärztebl. 1988, 192 f.) die dort aufgeführten Indikationen (u.a. Drogenabhängige mit lebensbedrohlichen Zuständen im Entzug, Drogenentzug bei schweren konsumierenden Erkrankungen, drogenabhängige Aids-Kranke mit fortgeschrittener manifester Erkrankung) ausdrücklich nur als Beispielfälle nennen, so daß auch sie Raum für eine einzelfallbezogene Annahme einer anderen Indikation lassen.

In der Stellungnahme des Vorstandes der Bundesärztekammer zu diesen Indikationen heißt es: »Solche Behandlungen sollen nur von in der Therapie von Drogenabhängigen erfahrenen Ärzten in Institutionen und unter strenger Kontrolle erfolgen«. Dies hat das Landgericht dahin gedeutet, daß sich der Angeklagte unabhängig von der Feststellung einer medizinischen Indikation für das Verschreiben einer Ersatzdroge schon deshalb strafbar gemacht habe, weil die ambulante Verabreichung von Methadon mit der deutschen Schulmedizin nicht in Einklang zu bringen sei. Ambulante Betreuung ohne Einbindung des Patienten in ein übergreifendes therapeutisches Behandlungsprogramm mag zwar im Regelfall gegen die Begründetheit der Anwendung von Ersatzdrogen sprechen. Ausnahmen sind jedoch denkbar, etwa wenn der Arzt auch bei ambulanter Behandlung die erforderliche strenge Kontrolle gewährleisten kann (vgl. Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 656 a. E.; BGHSt 29, 6: ausreichende Vorsorge dafür, daß der Patient das Mittel verschreibungsmäßig gebraucht). Das Landgericht hätte daher unter Berücksichtigung dessen, daß der Angeklagte die Einnahme von Polamidon - von der Einschaltung einer Vertrauensperson im Falle M. abgesehen - selbst überwacht, die Patienten mindestens einmal in der Woche untersucht und immer kleiner werdende Dosen verschrieben hat, eine einzelfallbezogene Prüfung und Abwägung vornehmen müssen. Da der Angeklagte lebensbedrohende Zustände bei einem Teil seiner Patienten behauptet hat und die festgestellten Krankheitssymptome auch die weitere Indikation einer schweren konsumierenden Erkrankung nicht von vornherein ausschließen, hätte sich das Landgericht nicht darauf beschränken dürfen, nur die Wertung des Sachverständigen (»lebensbedrohlicher Befund nicht zu diagnostizieren«) mitzuteilen. Ohne tatrichterliche Subsumtion ist dem Senat eine rechtliche Überprüfung nicht möglich, auch nicht dahin, ob der Sachverständige bei seinen lediglich anhand der Patientenakte getroffenen

Diagnosen dort nicht festgehaltene, aber vom Angeklagten unwiderlegt beschriebene schwerste Krankheitsbilder berücksichtigt hat.

e) Hinzu kommt folgendes: Nach den Feststellungen verfolgte der Angeklagte in den abgeurteilten Fällen den Zweck, die Patienten bis zum bevorstehenden Antritt einer Therapie oder einer Haftstrafe zu stabilisieren. Das Landgericht hätte sich daher auch mit der besonderen rechtlichen Problematik der »ambulanten Überbrückungstherapie« auseinandersetzen müssen. Diese ist von der ambulanten Entzugsmedikation zu unterscheiden. Ziel der ambulanten Überbrückungstherapie ist es, die Versorgung eines Drogenabhängigen bis zur stationären Aufnahme zur Langzeitbehandlung zu gewährleisten. Schon das Reichsgericht hat das ärztliche Verschreiben von Betäubungsmitteln für zulässig angesehen, wenn es »bis zum Beginn eines fest vereinbarten, aber aus äußeren Gründen nicht sofort durchführbaren Heilverfahrens« ärztlich angezeigt ist (RGSt 62, 369, 386). Das ist auch unter der Geltung des BtMG 1981 zulässig (vgl. Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 657; Moll, a.a.O., S. 168/169). Da das Landgericht den Sachverhalt unter diesem rechtlichen Gesichtspunkt nicht, auch nicht zu etwaigen in diese Richtung gehenden Fehlvorstellungen des Angeklagten näher aufgeklärt hat, fehlt dem Senat die tatsächliche Grundlage für Darlegungen, unter welchen Voraussetzungen im einzelnen der Angeklagte eine ambulante Überbrückungstherapie für zulässig halten durfte.

f) Schließlich reichen auch die Erwägungen des Landgerichts zur Schuld des Angeklagten nicht aus. In Fällen der vorliegenden Art ist nicht nur zu prüfen, ob der von der ärztlichen Begründetheit seiner Medikation überzeugte Angeklagte einem Verbotsirrtum unterlegen ist (BGH, NJW 1979, 1943, 1944, insoweit in BGHSt 29, 6 ff. nicht abgedruckt), sondern auch, ob er sich in einem den Vorsatz ausschließender Tatbestandsirrtum befunden hat. Das kommt z.B. in Betracht, wenn der Angeklagte bei einem Patienten die tatsächlichen Voraussetzungen für ein erlaubtes Verschreiben verkannt hat. Auch wenn dies auf grober Fahrlässigkeit beruhen würde, entfielen die Strafbarkeit. Denn nach § 29 Abs. 4 BtMG ist Fahrlässigkeit nur bei unerlaubtem Verabreichen oder unerlaubtem Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch, nicht aber bei unerlaubtem Verschreiben strafbar. Ob bei fahrlässigem Inverkehrbringen durch Verschreiben etwas anderes gilt (vgl. hierzu Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 512), kann offenbleiben, weil für eine solche Fallgestaltung keine Anhaltspunkte bestehen.

Mitgeteilt von Rechtsanwalt Dr. B. Dehong, Karlsruhe  
Aus Arztrecht 8/1992

### **Anordnung des Ruhens der Approbation an Arzt wegen Betäubungsmittelmisbrauchs**

*Beschluß des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg vom 19. Juli 1991 -9S 1227/91*

1. Das Schwergewicht des strafrechtlichen Vorwurfs und gleichzeitig des Vorwurfs, der Antragsteller besitze durch sein Verhalten nicht mehr das zur Ausübung des ärztlichen Berufs erforderliche Ansehen und Vertrauen (»Unwürdigkeit«) und biete keine Gewähr, daß er künftig seine beruflichen Pflichten zuverlässig erfüllen werde (»UnZuverlässigkeit«), ist der Verdacht, daß er als Chefarzt der Anästhesie über einen nennenswerten Zeitraum hinweg zum Eigenkonsum während der Dienstzeit Betäubungsmittel entwendet hat, darunter auch solche, die zur Anwendung bei Patienten während operativer Eingriffe vorgesehen und erforderlich waren, wodurch es in vielen Fällen zur Gefährdung von Patienten während der Narkose gekommen ist. Ein solches Verhalten stellt eine schwere Verletzung der ärztlichen Berufspflichten in ihrem Kern dar, Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Von einem Arzt, der seinen Dienst unter dem Einfluß von Betäubungsmitteln ausübt, nachdem er diese seinen Patienten entzogen hat, obwohl sie dringend auf sie angewiesen waren, geht gleichzeitig eine mittelbare und eine unmittelbare Gefahr für Leben und Gesundheit der sich ihm anvertrauenden Kranken aus. Von ihm muß wegen der Art und Häufigkeit seiner Taten angenommen werden, daß er auf Grund einer schwerwiegenden charakterlichen Fehlhaltung auch in der Zukunft in vergleichbarer Weise handeln wird. Das Verhalten weist daher nicht nur einen erheblichen Unrechtsgehalt auf, sondern es läßt seine weitere ärztliche Tätigkeit als Risiko erscheinen, das im öffentlichen Gesundheitsinteresse nicht hingenommen werden kann. Der Betäubungsmittelmisbrauch eines Arztes in Verbindung mit einer an Gewissenlosigkeit grenzenden Gefährdung von Patienten in der Narkose, einem Zustand völligen Ausgeliefertseins während eines schwerwiegenden Eingriffs in die Körperintegrität, erfährt darüber hinaus im Urteil der Öffentlichkeit eine außerordentliche Mißbilligung. Die Glaubwürdigkeit des ärztlichen Berufsstands, die für den Bestand

des gesundheitspolitisch überaus wichtigen Vertrauensverhältnisses erforderlich ist, das zwischen Arzt und Patient bestehen muß und jeder Heilbehandlung förderlich ist, gebiete daher den Ausschluß eines solchen Arztes, wenn nicht das öffentliche Interesse auch unter diesem Gesichtspunkt Schaden leiden soll. Das Leben und die Gesundheit von Patienten sowie das öffentliche Interesse an der Aufrechterhaltung eines vertrauenswürdigen ärztlichen Berufsstands haben auch in Anbetracht des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit Vorrang vor der Berufsfreiheit des Arztes und rechtfertigen daher, ihm die Berufsausübung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 Bundesärzteordnung (BÄO) vorläufig zu untersagen, wenn die Dringlichkeit des Tatverdachts seine Verurteilung wahrscheinlich macht. Unbeschadet dessen, daß die Täterschaft des Antragstellers derzeit nicht als erwiesen gelten kann, erlauben die vorliegenden Erkenntnisse und Beweismittel die Würdigung, daß er die ihm vorgeworfenen Taten auch tatsächlich begangen hat. Eine solche Bewertung ist der Verwaltungsbehörde und den Verwaltungsgerichten entgegen der Auffassung des Antragstellers nicht verwehrt.

2. Die sofortige Vollziehung der Ruhensanordnung ist unter dem rechtlichen Aspekt der Berufsunwürdigkeit erforderlich. Mit dem Tatbestandsmerkmal der Berufsunwürdigkeit wird, wie dargelegt, das Ansehen des ärztlichen Berufsstandes geschützt, und zwar nicht um seiner selbst willen, sondern um des Vertrauens willen, das die Öffentlichkeit den Angehörigen des Arztberufs entgegenbringen soll. Das Ansehen und Vertrauen in die Ärzteschaft ist daher ein Element des wichtigen Gemeinschaftsgutes der Volksgesundheit (§ 1 Abs. 1 BÄO), das als solches vor Gefährdung in Schutz genommen werden muß; einer gleichzeitigen Gefährdung bestimmter oder bestimmbarer Personen bedarf es nicht. Diesem Schutzgut würde Schaden zugefügt, wenn die Öffentlichkeit damit rechnen müßte, daß ein Arzt die Heilkunde weiter ausüben dürfte, der mit hoher Wahrscheinlichkeit in besonders verwerflicher Weise gegen seine Pflichten verstoßen hat, wie es im vorliegenden Falle anzunehmen ist. Denn dies bedeutete, daß die Bevölkerung sich nicht mehr davor sicher fühlen könnte, von unter Betäubungsmitteln stehenden Ärzten behandelt und dabei in Lebens- und Gesundheitsgefahr gebracht zu werden. Ein solches Ansehensrisiko bestünde nicht, wenn die Verfehlungen nicht in die Öffentlichkeit getragen worden wären und dies auch nicht konkret zu besorgen wäre. So liegt der Fall des Antragstellers aber nicht. Der Tatverdacht ist einer größeren Anzahl von Angehörigen des Pflegepersonals im Kreiskrankenhaus bekannt. Die Große Strafkammer des Landgerichts hat im Mai und Juni 1991 mehrfach öffentlich verhandelt. Den Vorwürfen ist eine hohe Öffentlichkeitswirksamkeit eigen. Der Fall ist daher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit entweder bereits in der Öffentlichkeit bekannt oder dies kann jederzeit geschehen.

Arztrecht 5/1992

### § 37 BtMG

#### *Absehen von der Verfolgung*

§ 37 BtMG schafft die Möglichkeit, daß, wenn eine Straftat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen wurde und keine höhere Strafe als eine Freiheitsstrafe bis zu 2 Jahren zu erwarten ist, die Staatsanwaltschaft mit Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Gerichts vorläufig von Anklageerhebung absehen kann, wenn der Beschuldigte nachweist, daß er sich seit mindestens 3 Monaten in einer Rehabilitationsbehandlung im Sinne des § 35 Abs. 1 befindet.

Wenn Anklage bereits erhoben ist, kann bis zum Ende der Hauptverhandlung das Verfahren vorläufig eingestellt werden. Die Entscheidung der Staatsanwaltschaft, ob Anklage erhoben oder davon abgesehen werden soll, liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Staatsanwaltschaft. Bei § 37 Abs. 1 handelt es sich nicht um eine Mußvorschrift. Das Verfahren wird von der Staatsanwaltschaft fortgesetzt, wenn der Beschuldigte die Behandlung nicht bis zu ihrem vorgeschriebenen Abschluß fortsetzt, die Fortführung der Behandlung nicht nachweist, einen erneuten Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz begeht oder wenn durch neue Tatsachen oder Beweismittel eine höhere Straferwartung als 2 Jahre Freiheitsstrafe naheliegt. Die Erwartung einer Resozialisierung entfällt jedoch nicht alleine durch einen einmaligen Rückfall in den Drogenkonsum. Obwohl Jugendstrafe nicht Freiheitsstrafe im Sinne des Gesetzes, sondern Erziehungsstrafe ist, ermöglicht § 48 BtMG die Zurückstellung auch der Jugendstrafe, wenn neben der Therapiezusage auch die Einwilligung des Erziehungsberechtigten und gesetzlichen Vertreters vorliegt.

Erforderlich ist für die Zurückstellung der Strafvollstreckung noch, daß das Gericht, das in erster Instanz verurteilt hat, die Zustimmung zur Zurückstellung erteilt. Weder die Zustimmung des Gerichts noch die Versagung der Zustimmung durch das Gericht können von der Vollstreckungsbehörde oder dem Antragsteller angegriffen werden. Die Entscheidung des Gerichts ist bindend. Liegt sie nicht vor, dann darf die

Vollstreckungsbehörde nicht zurückstellen. Möglich ist allerdings, daß ein neuer Antrag auf Zurückstellung nach §35 BtMG gestellt wird. Dies ist allerdings nur sinnvoll, wenn zwischenzeitlich neue Umstände die eine andere Beurteilung angezeigt erscheinen lassen, vorliegen.

Während der Behandlung ist der Drogenabhängige nach § 35 Abs. 3 verpflichtet, der Vollstreckungsbehörde die Aufnahme und Fortführung der Behandlung zu bestimmten Zeitpunkten nachzuweisen und auch seine Therapeuten von der Schweigepflicht zu entbinden. Eine 2- bis 3-monatige Meldung durch die Therapieeinrichtung oder durch den Klienten reicht aus. Die Therapieeinrichtung ist verpflichtet, den Nichtantritt der Therapie, den Behandlungsbeginn, den Behandlungsabbruch und das Behandlungsende des Verurteilten der Justiz mitzuteilen. Die für die Therapieeinrichtung gesetzlich geregelte Meldepflicht hat bei den Therapieeinrichtungen und Drogenarbeitern starke Kritik bis zur Ablehnung hervorgerufen. Noch immer wird teilweise die Abschaffung der Rückmeldepflicht bei Therapieabbruch verlangt, weil sie Therapie zur Strafe werden lasse, das therapeutische Vertrauensverhältnis störe, die Schweigepflicht verletze und den freien Zu- und Abgang zur Drogentherapie behindere. Dem wird entgegengehalten, daß mit dem Abbruch der Behandlung das Vertrauensverhältnis beendet und der Proband durch den Abbruch einer erhöhten Rückfall- und Suizidgefahr ausgesetzt ist. Darüberhinaus habe die Vollstreckungsbehörde ein erhebliches Interesse daran, möglichst bald zu wissen, wenn der Klient die Einrichtung verlassen hat, zumal die Strafe nur hinsichtlich der Vollstreckung zurückgestellt, nicht aber zur Bewährung ausgesetzt ist. Einigkeit besteht zwischenzeitlich in der Literatur, daß eine vorübergehende Abwesenheit von der Therapieeinrichtung eine Unterbrechung, aber noch kein Abbruch der Therapie ist. Abbruch ist ein Verhalten, aus dem der Schluß gezogen werden kann, daß der Straftäter die Therapie nicht fortsetzen will. Da Erfahrungen gezeigt haben, daß der Klient nach einer Abwesenheit von 1 bis 6 Tagen häufig zur Therapieeinrichtung zurückkehrt, haben die Drogenbeauftragten von Bund und Ländern vereinbart, landesrechtlich zu empfehlen, eine unerlaubte Abwesenheit von länger als 7 Tagen als Therapieabbruch anzusehen. Daraus kann auch der Schluß gezogen werden, daß die Therapieeinrichtung spätestens am 7. Tage nach Verlassen der Einrichtung die Vollstreckungsbehörde informiert. Wenn der Drogenabhängige nach kurzer Zeit zur Einrichtung zurückkehrt und die Behandlung fortsetzt, sollten die Vollstreckungsbehörden und Therapieeinrichtungen die Möglichkeiten zur Fortsetzung der Behandlung großzügig handhaben. Von Bedeutung für die Therapieeinrichtung ist schließlich, daß sie zur Erhaltung des Vertrauensverhältnisses darauf achten sollten, mit Ausnahme des Zeitpunktes des Abbruchs keine Informationen über den Therapieverlauf abzugeben, wenn der Betroffene die behandelnden Personen nicht von der Schweigepflicht entbindet.

§ 35 Abs. 4-6 regelt die Voraussetzungen des Widerrufs der Zurückstellung. Insbesondere widerruft die Vollstreckungsbehörde die Zurückstellung, wenn die Behandlung nicht begonnen oder nicht fortgeführt wird, wenn die Aufnahme und Fortführung der Behandlung nicht nachgewiesen wurde, wenn bei nachträglicher Bildung einer Gesamtstrafe nicht auch deren Vollstreckung zurückgestellt wurde, oder wenn eine weitere gegen den Verurteilten erkannte Freiheitsstrafe zu vollstrecken ist.

#### Betäubungsmittel - Sicherstellung\*

##### *Kasuistik*

Ein 25jähriger Patient wird unter dem Vollbild einer Kokain-Intoxikation in der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg aufgenommen. Bei Übergabe der Wertsachen an das Pflegepersonal werden neun Kokainbriefchen entdeckt. Das Rauschgift wird zusammen mit Marihuana, Haschisch und weiterem Kokain, das der Patient am folgenden Tag freiwillig aushändigt, anfänglich mit seinem Einverständnis, später gegen seinen erklärten Willen, im Stationstresor verwahrt. Drei Tage nach der Aufnahme war die Kokainintoxikation weitgehend abgeklungen. Zu diesem Zeitpunkt bestand der Patient auf Entlassung, aber auch auf Rückgabe des Rauschgifts.

Aus medizinischer Sicht war dieser Fall wenig problematisch. Nach Anamnese, Befund sowie dem Ergebnis einer toxikologischen Untersuchung bestand an der Diagnose einer Kokainpsychose kein Zweifel. Hinsichtlich der Behandlung und Entlassung war die rechtliche Situation insofern eindeutig, als der Patient in der Lage war, rechtswirksame Erklärungen abzugeben, und eine akute Eigen- oder Fremdge-

\* Quelle: MILTNER, E., SAUER, H.: Rauschgift auf Station - die rechtlichen Probleme. *DMW* 111,1125-1127 (1986).

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. (Washington, DC, 1980)

Deutsche Bearbeitung und Einführung von JOEHLER, K., SASS, H. (Beltz: Weinheim-Basel 1984).

führung nicht bestand, so daß Maßnahmen gegen seinen erklärten Willen nicht berechtigt gewesen wären,

#### Rechtliche Probleme:

Als weitaus schwieriger erwiesen sich jedoch die juristischen Fragen hinsichtlich des sichergestellten Kokains. So war zu prüfen, ob die Ärzte sich nicht durch die Verwahrung des Rauschgifts im Stationstresor strafbar gemacht hatten. Bereits die Sicherstellung der Drogen für 3 Tage könnte als »Besitz« im Sinne des § 29 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) \* anzusehen sein, doch kam in diesem Fall eine derartige Annahme nicht in Betracht, da die Verwahrung aus Fürsorgegründen erfolgt war (s. KÖRNER). Die Inverwahrnahme schien bei einer Güterabwägung gemäß § 34 StGB\*\* unter Berücksichtigung der Stationssicherheit gerechtfertigt zu sein.

Unklar war weiterhin, ob das Rauschgift bei Entlassung an den Patienten zurückgegeben werden durfte oder gar mußte. Nach § 985 und § 823 BGB hatte der Patient als Eigentümer der Drogen zivilrechtlich einen Herausgabe- bzw. Schadensersatzanspruch. Fraglich war allerdings, ob die Eigentumsrechte hinsichtlich des Rauschgifts wegen Verstoßes gegen die guten Sitten überhaupt wirksam ausgeübt werden können. Bei einer Güterabwägung gemäß § 34 StGB jedenfalls erwiesen sich die Fürsorgegründe wiederum als das höhere Rechtsgut und somit die Zurückhaltung der Drogen als zulässig (s. REGER). Die Aushändigung des Rauschgifts wäre auch nach den Bestimmungen des BtMG nicht legitim gewesen: Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung stellt die Rückgabe von Betäubungsmitteln an den unmittelbaren Vorbesitzer zwar keine Abgabe im Sinne des § 29 BtMG dar, weil der Kreis der Teilnehmer an dem Betäubungsmittelverkehr dadurch nicht vergrößert wird (s. SCHMIDT). Doch wäre durch die Rückgabe die Verfügungsgewalt wieder auf den Patienten übergegangen und damit auf jeden Fall das Tatbestandsmerkmal des »Inverkehrbringens« erfüllt gewesen.

In der geschilderten Situation hätte die Aushändigung sogar die Verwirklichung eines besonders schweren Falles nach § 29 Abs. 3 Nr. 4 BtMG\*\*\* bedeutet.

Der besonders schwere Fall wird durch den Begriff der »nicht geringen Menge« definiert, die im Gesetz nicht festgelegt ist und deren Bestimmung damit der Rechtsprechung zufällt.

So hat das Oberlandesgericht (OLG) Karlsruhe 1978 bei 9 g Kokain (OLG Karlsruhe) eine nicht geringe Menge als gegeben erachtet; an anderer Stelle ist die Grenze zum besonders schweren Fall über 30 Konsumeinheiten definiert worden (s. HÜGEL-JUNGE), wobei als eine Einheit die mittlere tägliche Einstiegsdosis festgesetzt wird, die bei Kokain 30-100 mg beträgt.

Da der Reinheitsgrad von Kokain im Zwischenhandel in Einzelfällen bis 90 % betragen kann, hielten die Autoren mit etwa 9 g Kokain ohne Zweifel eine »nicht geringe Menge« unter Verschuß.

Die Rückgabe des Betäubungsmittels bei Entlassung wäre somit einer Beihilfe zum Rauschgifthandel in einem besonders schweren Fall gleichgekommen, weil der Patient sich nach eigenen Angaben das Rauschgift beschafft hatte, um damit Handel zu treiben.

Bei Berücksichtigung der verschiedenen Gesetze folgte also: Das Rauschgift durfte bei Entlassung dem Patienten nicht nur nicht zurückgegeben werden, es durfte ebensowenig im Besitz der behandelnden Ärzte bleiben.

Weitere Folgerung: Die Ärzte durften aufgrund gesetzlicher Bestimmungen das Rauschgift nicht behalten, es dem Patienten einerseits auch nicht zurückgeben, andererseits ihm ebensowenig die Herausgabe verweigern, noch gegen seinen Willen das Rauschgift vernichten.

\* § 29 Abs. 1 BtMG: Mit Freiheitsstrafe zu vier Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer 1. Betäubungsmittel ohne Erlaubnis nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 anbaut, herstellt, mit ihnen Handel treibt, sie, ohne Handel zu treiben, einführt, ausführt, veräußert, abgibt, sonst in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft, 3. Betäubungsmittel besitzt ohne sie aufgrund einer Erlaubnis nach § 3 Abs. 1 erlangt zu haben.

\*\* § 34 StGB: Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

\*\*\* § 29 Abs. 3 BtMG: In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr. Ein besonderer schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter mit Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge Handel treibt, sie in nicht geringer Menge besitzt oder abgibt.

## Literatur

- KÖRNER: Betäubungsmittelrecht, 1982, Anm. 188 zu § 29.  
 Vgl. RIEGER, H.-J.: Wegnahme von Medikamenten zum eigenen Schutz des Patienten. Dtsch. med. Wschr. 109 (1984).  
 BGH, Neue jur. Wschr., 1337(1982); BGH, Monatsschrift für deutsches Recht (MDR), 512 (1988) m. d. MDR, 881 f. (1982).  
 OLG Karlsruhe, Neue jur. Wschr. 1978, 1697.  
 HÜGEL-JUNGE: Deutsches Betäubungsmittelgesetz, 6. erneuerte Auflage, § 29 BtMG Rdnr. 27.3 mit weiteren Nachweisen (1984).  
 MEGGES G., FREINKE W., WASILEWSKI J.: Die Präzisierung des Begriffs »nicht geringe Menge« im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes. Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSZ), 163 f. (1985).  
 BGH Neue jur. Wschr. 1985, 2771.  
 NSZ 1984, 286 m. Anm. Endriß.  
 LENCKNER in: SCHÖNKE-SCHRÖDER, Strafgesetzbuch, Kommentar, 21. Aufl. München 1982, Rdnr. 31.

## Rentenversicherung muß auch Entgiftung zahlen

Das Bundessozialgericht in Kassel hat grundsätzlich entschieden, daß bei Alkohol- und Drogenabhängigen, die keiner Krankenversicherung angehören, die Rentenversicherung vor den eigentlichen Entwöhnungskuren auch für die Entgiftungsbehandlung aufkommen muß, die sonst als Krankenbehandlung zu Lasten der Krankenkassen geht.

Das Bundessozialgericht entsprach damit der Klage des Krankenhauszweckverbands in Augsburg, der von der Landesversicherungsanstalt Schwaben die Kosten für die Entgiftungsbehandlung von sieben Suchtkranken verlangte, denen die Landesversicherungsanstalt Entwöhnungskuren bewilligt hatte. Die Patienten konnten aber die Entwöhnungskuren ohne die vorausgegangene Entgiftungsbehandlung nicht antreten. Die Patienten sind nicht krankenversichert.

Der Krankenhausträger hat nach der Feststellung des Bundessozialgerichts mit der Entgiftungsbehandlung infolgedessen ein Geschäft der Rentenversicherung betrieben. Der anders lautende Wille der Landesversicherungsanstalt ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts unerheblich, weil die der Entwöhnungskur vorausgehende Entgiftungsbehandlung im öffentlichen Interesse lag. Das Krankenhaus hat damit zwar zunächst ein Geschäft ohne ausdrücklichen Auftrag der Landesversicherungsanstalt getätigt, die Rentenversicherung muß aber jetzt nachträglich dafür aufkommen.

Das Sozialgericht erster Instanz in Augsburg hatte dagegen die Klage des Krankenhauszweckverbandes abgewiesen, weil die akute Entgiftungsbehandlung keine Kur im Sinne einer Rehabilitationsmaßnahme ist.

*Aktenzeichen: S RJ 39-89*

## Keine fahrlässige Tötung durch den Arzt, wenn der süchtige Patient die Dosis der substituierenden Medikamente überschreitet

Verschreibt ein Arzt einem süchtigen Patienten substituierende Medikamente und klärt er ihn bei der Verordnung darüber auf, daß die Dosisüberschreitung tödlich sein kann, ist er nicht wegen fahrlässiger Tötung strafbar, wenn der Patient an einer Überdosis der Medikamente stirbt. Der Behandlungsvertrag begründet für den Arzt zwar die Verpflichtung, Schaden von seinem Patienten abzuwenden. Er geht jedoch nicht so weit, den eigenverantwortlichen Patienten vor sich selbst zu schützen. Mit dem Behandlungsvertrag gibt ein Patient insbesondere auch seine Verantwortlichkeit und Entscheidungsfreiheit für sich nicht ab - wie nicht zuletzt daraus ersichtlich ist, daß er Anspruch darauf behält, in vollem Umfang über die Behandlung aufgeklärt zu werden, damit er auf der Grundlage eines richtigen Sachverhalts über sich entscheiden kann.

*Urteil des Landgerichts Kiel vom 1.11.1989 - I Kls 2/87*

## Volle Fahrt zurück in der Drogenpolitik\*

Schweizer Regierung will Rauschgiftkonsum doch weiter bestrafen

bca. Zürich (Eigener Bericht) - Die Schweizer Regierung will an ihrem harten Kurs in der Drogenpolitik festhalten, obwohl sie dafür bei Patienten, Fachleuten und betroffenen Organisationen wenig Unterstützung

\* Quelle: SZ 23.2.91

zung findet. Eine teilweise Liberalisierung des Rauschgiftkonsums und -handels, wie sie von der großen Mehrheit der Schweizer Kantone, Parteien und Hilfsorganisationen befürwortet wird, kommt nach dem Willen der Regierung nicht in Frage: Kleinhandel und Konsum sollen weiterhin bestraft werden. Noch im Oktober vergangenen Jahres hatten sich die zuständigen Behörden und Drogenexperten für die Straflosigkeit des Konsums aller Drogen und damit für eine Änderung des jetzigen Betäubungsmittelgesetzes ausgesprochen.

Die Schweizer Bischöfe hatten in ihrer Stellungnahme argumentiert, der Drogenabhängige sei krank und gehöre nicht vor den Strafrichter. In einer früheren Umfrage äußerten sich auch 75 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer gegen die Bestrafung von Drogenkonsumenten. Die in mehreren Städten praktizierte Abgabe von sterilen Spritzen an Süchtige wird gemäß der Umfrage ebenfalls von der Mehrheit der Bevölkerung unterstützt.

Demzufolge spiegeln nun die meisten Reaktionen auf die harte Haltung der Regierung Enttäuschung wider. Zwar will Innenminister Flavio Cotti prüfen, ob für erstmalige Drogenkonsumenten künftig anstelle der Strafe eine Therapie verordnet werden solle. Auch will er mit entsprechenden Vorbeugungs- und Betreuungsmaßnahmen die Zahl der Drogenabhängigen bis 1993 stabilisieren und in fünf Jahren um 20 Prozent reduzieren. Mit ihrer Entscheidung setzt sich die Regierung aber über die Empfehlungen einer eidgenössischen Betäubungsmittel-Kommission hinweg, den Drogenkonsum und die Beschaffung zum Eigengebrauch nicht mehr zu ahnden und vermehrt auf Prävention zu setzen. Cotti argumentierte, die Nachbarländer der Schweiz bestrafen ausnahmslos den Drogenkonsum und den Kleinhandel. Ein Alleingang der Schweiz mitten in Europa — so Cotti — wäre unverantwortlich.

Während die Sozialdemokratische Partei die »neue alte« Drogenpolitik der Regierung rundweg ablehnt, stoßen die Maßnahmen im Großteil des bürgerlichen Lagers ebenfalls auf wenig Gegenliebe. Nach offiziellen Schätzungen gibt es in der Schweiz 17 000 bis 25 000 Konsumenten von harten Drogen und rund eine halbe Million, die mindestens einmal Haschisch konsumiert haben.

### Pharmakonzern droht Schadenersatzklage\*

- Dem Pharmakonzern Hoffmann-LaRoche droht eine Schadenersatzklage, die nach Meinung der Londoner *Times* zur größten Personenhaftungsklage der britischen Rechtsgeschichte werden könnte. Ein Richter am Londoner High Court erteilte 3 000 Klägern, angeblich **»Abhängigen« des Beruhigungsmittels Valium**, jetzt die Erlaubnis, eine Sammelklage gegen die britische Tochter des Basler Konzerns anzustrengen. Etwa 570 britische Rechtsanwaltsfirmen sind bereits seit November mit der Vorbereitung der Klage befaßt. Diese würde sich auch gegen die britische Firma John Wyeth & Brother richten. Der Richter billigte eine Liste von 15 Drogen des Wirkstoffes Benzodiazepin, die in die Sammelklage einbezogen werden könnten. Möglichst schnell sollte dabei festgestellt werden, ob neben Roche und Wyeth auch gegen andere Hersteller Klagen eingereicht würden. Zu den in diesem Zusammenhang genannten Drogen gehören u.a. Librium, Mogadan, Serenid, Nobrium, Tranxilium, Dalmadorm, Halcion, Frisium, Noctamid, Rohypnol, Lexotanil u.a.

Die Klagen werden sich darauf stützen, daß die Hersteller es versäumt hätten, ausreichend vor dem Suchtpotential dieser Drogen gewarnt zu haben. Der Richter des High Courts, Justice Ian Kennedy, äußerte die Auffassung, daß bei Klagen dieser Art nur in den seltensten Fällen der Schadenersatz pro Person 10 000 Pfund erreichte, oder diese Summe gar überschreite.

### Drogensüchtige Mutter nach Tod von Baby inhaftiert\*\*

**Corona** (AFP) - Die US-Justiz hat eine drogenabhängige Frau angeklagt und in Haft genommen, deren Baby gestorben war, nachdem sie es mit rauschgiftinfizierter Muttermilch gestillt hatte. Wie am Samstag aus Justizkreisen bekannt wurde, wird die Frau beschuldigt, das Leben ihres Kindes gefährdet zu haben. In Blut, der Galle und Magen des Babys seien Spuren von aufputschenden Methamphetaminen gefunden worden. Es handele sich um eine Tötung durch die Einnahme von Amphetaminen.

\* Quelle: SZ 18.1.91

\*\* Quelle: SZ. 12.10.92



**Mit Haschisch und Valium am Steuer\***

**München** (dpa) - Eine zunehmende Flut von Haschischbefunden bei Verkehrsteilnehmern registrieren die Gerichtsmediziner. Professor Wolfgang Eisenmenger vom Institut für Rechtsmedizin in München erklärte, Urinuntersuchungen bei oberbayerischen Straftätern auf Medikamenteneinnahme hätten ergeben, daß bei 15 Prozent dieser Personen Cannabisinhaltsstoffe im Blut gefunden wurden, 20 Prozent hatten Rückstände von Beruhigungsmitteln wie Valium im Blut.

Den Gerichtsmedizinern sei es jedoch bisher nicht möglich, eine einheitliche Bezugsgröße zwischen Haschischkonsum und Fahruntauglichkeit herzustellen, sagte Eisenmenger. Die Haschischsubstanz sei noch eine Woche nach dem Genuß im Urin nachweisbar. Um Aussagen über einen Rausch abgeben zu können, müsse gleichzeitig Cannabis im Blut gefunden werden. Da sich die Haschischinhaltsstoffe im Fettgewebe ablagern, könne es noch Tage nach dem Konsum zu sogenannten »Echoräuschen« kommen.

**Strafverfahren gegen Ärzte  
Urteile und Schriftverkehr**

*Zur Strafbarkeit eines behandelnden Arztes wegen vorsätzlicher Körperverletzung, bei Drogensubstitution  
Urteil des Bayerischen Obersten Landesgerichts*

Der 4. Strafsenat des Bayerischen Obersten Landesgerichts hat in dem Strafverfahren gegen Dr. A. K. wegen vorsätzlicher Körperverletzung für Recht erkannt:

- I. Die Revision der Staatsanwaltschaft gegen das Urteil des Landgerichts Aschaffenburg vom 9.3.1994 wird als unbegründet verworfen.
- II. Die Staatskasse trägt die durch das Rechtsmittel entstandenen Kosten und notwendigen Auslagen des Angeklagten.

Gründe:

I.

Das Amtsgericht - Schöffengericht - Aschaffenburg verurteilte den Angeklagten am 23.9.1992 wegen fahrlässiger Körperverletzung in vier Fällen zur Gesamtgeldstrafe von 80 Tagessätzen à 100 DM.

Auf seine hiergegen eingelegte Berufung sprach das Landgericht Aschaffenburg den Angeklagten am 9.3.1994 frei. Es ist von folgenden Feststellungen ausgegangen:

Der Angeklagte ist Arzt für Allgemeinmedizin. Mit den Problemen der Suchtkrankheit infolge einer Betäubungsmittelabhängigkeit war er während seiner Ausbildung kaum befaßt, hat sich jedoch im Verlaufe seiner Tätigkeit als praktischer Arzt hierfür stärker interessiert, insbesondere, als sich Ende 1970/Anfang 1980 Eltern drogenabhängiger Kinder hilfeschend an ihn wandten. Der Angeklagte kam dabei mit den Problemen der Substitutionstherapien näher in Berührung, wobei ihn besonders die Behandlung drogenabhängiger Patienten mit codeinhaltigen Präparaten (wie z. B. Remedacen) interessierte. Er hat sich dabei auch für Veröffentlichungen durch Mediziner interessiert, insbesondere auch für eine in Buchform erschienene Abhandlung des praktischen Arztes Dr. med. Gorm Grimm in Kiel zu diesem Thema. Der Angeklagte gewann die Überzeugung, daß er durch die Verabreichung codeinhaltiger Medikamente an drogenabhängige Patienten diese insbesondere vom Heroin fernhalten können, um in der Folgezeit der Behandlung zu erreichen, daß diese Patienten sich einer Langzeittherapie unterziehen würden, um so letztlich die Abhängigkeit zu beseitigen.

In den Fällen Z., R., W. und K. hat der Angeklagte folgende Verschreibungen vorgenommen:

In der Zeit vom 19.7.1989 bis 24.1.1991 verschrieb er dem inzwischen verstorbenen Zeugen S. Z. Remedacen mit dem Suchtinhaltsstoff Dihydrocodein, einige Male zusammen mit dem Beruhigungsmittel Rohypnol und am 22.1.1990 zusammen mit Codeinum, wobei das Remedacen mehrfach in der Größenordnung einer Anstaltspackung verschrieben wurde.

Dem Zeugen T. R. verschrieb der Angeklagte in der Zeit vom 14.9.1988 bis 10.11.1990 vielfach Remedacen, mehrfach zusammen mit Rohypnol, am 13.11.1989 Valiquid mit dem Suchtinhaltsstoff Diazepam, zum Teil gleichzeitig oder auch gesondert Valoron N und Codeinum, sowie am 20.5.1990 und am 3.5.1990 zusammen mit Medinox N, einem Barbitursäurederivat.

Der Zeugin M. W. verschrieb der Angeklagte in der Zeit vom 19.9.1989 bis 1.3.1991 zusammen mit

\* Quelle: SZ 1.3.91

Codeinum (Remedacen) Rohypnol, zum Teil gleichzeitig mit Valoron N und am 3.5.1990 zusätzlich Medinox N.

Der Zeugin I. K. verschrieb er in der Zeit vom 24.7.1989 bis 11.3.1991 Remedacen, zum Teil in einer Gruppierung mit Valoron N, Rohypnol, Codeinum und Medinox N.

Die Behandlung dieser Patienten wurde kostenfrei vorgenommen. Sie wurden vom Angeklagten jeweils nach ausführlichen Gesprächen über die Drogenproblematik untersucht und beraten und insbesondere darauf hingewiesen, daß die von ihm für richtig gehaltene Substitutionstherapie mit Codein nur eine Überbrückung bis zum Antritt einer Langzeittherapie darstellen könne und oberstes Ziel sein müsse, diese Langzeittherapie anzutreten. Bei der Behandlung ging er davon aus, daß die jeweiligen Patienten pro Tag dreimal zwei Kapseln Remedacen einnehmen sollten, um dadurch die Gefahr des Rückfalls zum Heroin zu beseitigen. Die begleitenden Medikamente wurden verschrieben, wenn dies aus medizinischer Sicht zur Beseitigung von Begleiterscheinungen (z. B. Schlafstörungen, Zustände der Unruhe u. a.) für erforderlich gehalten wurde.

Durch die Behandlung des Angeklagten ist bei den Zeugen R., W. und K. keine Codeinabhängigkeit eingetreten. Alle vier genannten Patienten haben eine Langzeittherapie angetreten. K. und W. haben ihre Abhängigkeit überwunden, während sich R. noch in einer Therapie befindet.

Die Zeugen waren bei Behandlungsbeginn mit einer Codeinsubstitution einverstanden. Sie hatten von sich aus um die entsprechenden Remedacen-Verschreibungen gebeten, um vom Heroin und damit von der Szene und den hiermit verbundenen Gefahren loszukommen. Unbeschadet der mit der Behandlung durch den Angeklagten verbundenen »hohen Gefährdung« der Patienten war, auch nach Anhörung des Sachverständigen Prof. Täschner, eine Körperverletzung nicht zu diagnostizieren.

Mit ihrer Revision rügt die Staatsanwaltschaft die Verletzung formellen und materiellen Rechts.

Sie beanstandet mit der Aufklärungsrüge die unterlassene Verlesung der Patientenkartekarten der Zeugen Z., R., W. und K. Durch die Verlesung wäre bewiesen worden, daß der Angeklagte durch jahrelanges Verschreiben zahlreicher Suchtersatzstoffe wie Rohypnol, Codein, Remedacen, Medinox u. a. je nach Wunsch der Patienten und nicht durchgeführter Kontrolle hinsichtlich der verschreibungsgemäßen Einnahme dieser Präparate und bezüglich fehlenden Beikonsums von Drogen bei allen vier Patienten eine Körperverletzung durch übermäßig lange Aufrechterhaltung ihrer Drogensucht und Herbeiführung einer zusätzlichen Medikamentenabhängigkeit begangen habe. Ebenso hätte damit bewiesen werden können, daß sich die Tätigkeit des Angeklagten auf das Verschreiben von Suchtersatzmitteln beschränkt hatte. Dies sei mengenmäßig wahllos und ohne erkennbares Konzept hinsichtlich der Dosisreduzierung und der Vorbereitung auf eine Langzeittherapie geschehen.

Materielles Recht sieht die Revisionsführerin unter anderem deshalb als verletzt an, weil nicht nachvollziehbar sei, aufgrund welcher Feststellungen der Sachverständige zu dem Ergebnis gelangt sei, eine Körperverletzung sei nicht diagnostizierbar.

Die Staatsanwaltschaft beim Revisionsgericht, die das Rechtsmittel vertritt, hat zur Ergänzung der Sachrüge ausgeführt, das angefochtene Urteil leide an einem Sachmangel, weil sich den Gründen nicht entnehmen ließe, welche Feststellungen der Tatrichter treffen konnte und welche zur Verurteilung erforderlichen nicht. Die Strafkammer habe zum tatbestandlichen Erfolg des § 223 StGB keine Feststellungen getroffen. Insoweit ließen die Urteilsgründe nicht erkennen, ob bei den Patienten des Angeklagten eine Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens oder eine Gesundheitsschädigung eingetreten sei, die auch im Unterhalten oder Vertiefen eines bereits gegebenen pathologischen Zustands bestehen könne.

Im übrigen ergebe sich aus der Aufklärungsrüge, daß der Angeklagte dem inzwischen verstorbenen Patienten Z. u. a. auch Fortral verschrieben habe, das unter das Betäubungsmittelgesetz falle. Die Strafkammer hätte sich demzufolge auch mit der Frage auseinandersetzen müssen, ob in diesem Fall nicht auch ein Vergehen nach § 29 Abs. 1 Nr. 6a BtMG gegeben sei.

## II.

Das zulässige Rechtsmittel ist nicht begründet.

### 1. Die Aufklärungsrüge greift nicht durch.

Sie genügt den Anforderungen des § 344 Abs. 2 Satz 2 StPO. Die Revision stellt die Behauptung auf, durch das Verlesen der Patientenkartekarten der Zeugen Z., R., W. und K., deren Inhalt mitgeteilt wird, wäre bewiesen worden, daß der Angeklagte bei allen vier Patienten eine Körperverletzung durch übermäßig

lange Aufrechterhaltung ihrer Drogensucht und Herbeiführung einer zusätzlichen Medikamentenabhängigkeit begangen habe. Damit ist die Aufklärungsrüge in zulässiger Weise erhoben.

Sie ist aber nicht begründet, weil auch unter Zugrundelegung des Inhalts der ärztlichen Aufzeichnungen der Tatbestand der Körperverletzung in keinem der vier Fälle zu beweisen ist.

Entsprechend den bereits vom Landgericht getroffenen Feststellungen hätte sich durch das Verlesen der Karteikarten ergeben, daß der Angeklagte bei allen vier heroinabhängigen Patienten über einen Zeitraum zwischen 1 Vi und 2 Jahren Remedacen verschrieben hat. Hierbei handelt es sich um ein rezeptpflichtiges Arzneimittel (Hustensedativum), dessen Wirkstoff Dihydrocodein dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt ist (Anlage II zu § 1 Abs. 1 BtMG) und das in den von Anlage II ausgenommenen Zubereitungen vorzugsweise von niedergelassenen Ärzten zur Heroinsubstitution verwendet wird (hierzu Körner BtMG. 3. Aufl., § 29 Rd. 659, Anhang C 1 Rn. 5).

Es entspricht zwar ständiger Rechtsprechung, daß das Aufrechterhalten einer Sucht durch das ärztlich unbegründete Verschreiben von Arznei- oder Betäubungsmitteln den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen kann, weil dadurch eine Perpetuierung der Sucht eintreten und Therapiemöglichkeiten zerstört oder erschwert werden können (RGSt 77, 17/18; Körner § 29 Rn. 659, Anhang C 44 Rn. 1 a.E.; BGH NJW 1970, 519; OLG Frankfurt NSZ 1988, 25/26; BayObLG StV 1993, 641).

Andererseits ist nicht ausgeschlossen, daß die Verschreibung codeinhaltiger Arzneimittel im Rahmen einer Substitutionsbehandlung mit dem langfristigen Ziel der Beseitigung der Heroinabhängigkeit, auch wenn eine derartige Substitutionsbehandlung medizinisch stark umstritten ist, unter Umständen auch als Heilmaßnahme angesehen werden kann (vgl. Körner Anhang C 44 Rn. 4; RGSt 62, 369/386/388). So wird zwar während des Zeitraums einer solchen Behandlung eine bestehende Heroinsucht jedenfalls zeitweilig aufrecht erhalten. Da das Ziel der Behandlung jedoch im Entzug und damit in der Verbesserung des Allgemeinzustandes besteht, führt eine Codeinbehandlung unter diesen Umständen zu keiner dem Arzt zurechenbaren Gesundheitsbeschädigung, es sei denn, sie bewirke eine Verschlechterung des Krankheitsbildes oder es stünde mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit fest, daß eine Heilung von der Drogensucht zu einem früheren Zeitpunkt durch andere Behandlungsmethoden herbeigeführt worden wäre (Körner Anhang C 44 Rn. 4 a.E.). Derartige Feststellungen lassen sich an Hand des Inhalts der Patientenkarteikarten jedoch nicht treffen. Sie enthalten nur Diagnosen, zeitliche Daten von Untersuchungen und Verschreibungen sowie die Auflistung verschiedener Suchtersatzstoffe. Sie enthalten keine Hinweise darauf, daß die Verschreibung von Remedacen oder anderen Suchtersatzstoffen übermäßig lange, das heißt ohne vernünftigen ärztlichen Grund erfolgt wäre. Ebenso wenig enthalten sie Aussagen darüber, inwieweit weitere Suchtersatzstoffe wahllos ausschließlich auf Wunsch der Patienten verordnet wurden und Kontrollen zur verschreibungsge-  
mäßigen Einnahme oder zum Ausschluss fortwährenden Drogenkonsums stattgefunden haben.

Ebenso, wie mit dem Inhalt der hier geführten Patientenkarteikarten die Behauptung nicht bestätigt werden kann, der Angeklagte habe die Drogensucht von vier Patienten übermäßig lange aufrechterhalten, kann mit ihnen allein auch nicht bewiesen werden, daß der Angeklagte weitere Suchtersatzstoffe wie Rohypnol und Medinox N neben Remedacen und anderen Codeinpräparaten ohne medizinische Indikation und ohne wirksame Einwilligung verschrieben und dadurch den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt hat (vgl. hierzu Dreher/Tröndle StGB 46. Aufl. § 223 Rn. 9a). Der Inhalt der Patientenkarteikarten beweist insoweit lediglich, daß die genannten nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegenden Suchtersatzstoffe auch tatsächlich verschrieben wurden. Über den Anlaß und die Folgen der Verschreibungen sagen die Unterlagen nichts aus. Zwar entspricht es gesicherter medizinischer Erkenntnis, daß das Hinzuschreiben von Barbituraten (hier: Medinox N) und Diazepinen (hier: Rohypnol) regelmäßig medizinisch nicht indiziert ist. Es kann lediglich in Ausnahmefällen zur Behandlung von Sekundärkrankheiten von Opiatabhängigen vertretbar sein, weil die Einnahme derartiger psychoaktiver Substanzen zu einer nur noch schwer zu behandelnden Polytoxikomanie sowie zu lebensbedrohlichen Zuständen (Körner § 29 Rn. 659 und Anhang C 44 Rn. 3 und Rn. 5 m.w.Nachw.) und damit zu einer Körperverletzung führen kann. Mit dem Inhalt der Patientenkarteikarten ist dieser Nachweis aber hier nicht zu führen. Ebenso wenig ist diesen zu entnehmen, inwieweit die Patienten des Angeklagten aufgeklärt wurden und zu einer wirksamen Einwilligung in der Lage waren. Damit erweist sich die Aufklärungsrüge als unbegründet.

2. Der Freispruch des Angeklagten vom Vorwurf der Körperverletzung ist auch auf die Sachrüge hin nicht zu beanstanden.

a) Das Urteil des Landgerichts genügt inhaltlich den Anforderungen des § 267 Abs. 5 Satz 1 StPO. Danach muß der Tatrichter bei seinem Freispruch aus tatsächlichen Gründen zunächst diejenigen Tatsachen fest-

stellen, die er für erwiesen hält. Im Rahmen der Beweiswürdigung muß er darlegen, wie er zu diesen Feststellungen gelangt ist, und hierbei auch ausführen, aus welchen Gründen die für einen Schuldspruch erforderlichen Feststellungen nicht getroffen werden konnten (vgl. hierzu etwa BGHR StPO § 267 Abs. 5 Freispruch Nr. 5 und 7).

Dementsprechend legte das Landgericht dar, welchen Patienten in welchen Zeiträumen jeweils Suchtersatzmittel verschrieben wurden. Ausgehend von der Einlassung des Angeklagten, der es Glauben schenkte und gestützt auf die Aussagen der Zeugen R., W. und K. stellte es fest, daß die Patienten jeweils untersucht, beraten und mit dem Ziel der Codeinbehandlung, nämlich der Zuführung zu einer Langzeittherapie, vertraut gemacht wurden und damit auch einverstanden waren. Sämtliche Patienten haben nach den Feststellungen des Landgerichts eine Langzeittherapie auch angetreten. Es stellte, sachverständig beraten, ferner fest, daß die Einwilligungen der Patienten zur Art und Weise der Behandlung durch den Angeklagten wirksam waren, und kam, gestützt auf die Einlassung des Angeklagten und die Aussagen der Zeugen R., W. und K. sowie nach dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Täschner zu dem Ergebnis, daß die bestehende Heroinabhängigkeit nicht in vermeidbarer Weise aufrechterhalten wurde, eine Codeinabhängigkeit nicht aufgetreten ist, die Mehrfachmedikation medizinisch indiziert war, nach wirksamer Einwilligung durchgeführt wurde und dadurch keine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist. Damit liegen dem Urteil des Landgerichts Feststellungen zugrunde, die eine Subsumtion unter den Tatbestand der fahrlässigen oder vorsätzlichen Körperverletzung nicht zulassen. Eine Verletzung des § 267 Abs. 5 Satz 1 StPO ist nicht zu erkennen.

b) Ein sachlich-rechtlicher Begründungsmangel liegt nicht in den Erwägungen, mit denen das Landgericht das Vorliegen einer Gesundheitsbeschädigung verneint hat. Schließt sich der Tatrichter einem Sachverständigen an, so muß er im Urteil die Anknüpfungstatsachen und die Gedankengänge des Sachverständigen so darlegen, daß das Revisionsgericht die Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellungen prüfen kann (ständige Rechtsprechung, vgl. etwa BGHR StPO § 267 Abs. 1 Satz 1 Beweisaufnahme 2 Zeuge/Sachverständiger). Diesen Anforderungen werden die Urteilsgründe noch gerecht. Aus ihnen ergibt sich, daß dem Sachverständigen neben der Einlassung des Angeklagten die Aussagen der als Zeugen vernommenen Patienten R., K. und W. vorlagen. Ihm war auch bekannt, daß sich sämtliche vier Patienten tatsächlich einer Langzeittherapie unterzogen und daß die Zeuginnen K. und W. erklärt hatten, eine Codeinabhängigkeit sei bei ihnen nicht eingetreten. Diese Zeuginnen hatten zudem angegeben, ihre Heroinabhängigkeit überwunden zu haben. Ausdrückliche Feststellungen zu den Folgen der Mehrfachmedikation bei sämtlichen vier Zeugen wurden ausweislich der Urteilsgründe nicht getroffen. Dem Sachverständigen war aber die Tatsache der Mehrfachmedikation bekannt. Sein Gutachten befaßt sich damit. Seine Äußerung, die Behandlungsmethoden des Angeklagten seien mit einer hohen Gefährdung der Patienten verbunden gewesen, wäre sonst auch nicht verständlich. Damit ist aber ohne weiteres nachvollziehbar, warum das Landgericht eine Gesundheitsbeschädigung als nicht erwiesen angesehen hat. Es konnte zwar die erhebliche Gefahr einer Gesundheitsbeschädigung der Zeugen durch die Behandlungsmethoden des Angeklagten feststellen, doch sah es den Nachweis einer fehlenden medizinischen Indikation oder einer unwirksamen Einwilligung oder den Eintritt eines schädlichen Erfolgs nicht als erfüllt an. Einer lückenhaften Beweiserhebung zu den Folgen der Codeinbehandlung und der Mehrfachmedikation sämtlicher vier Patienten hätte nur mit einer hierauf abzielenden Aufklärungsrüge begegnet werden können.

Im übrigen übersieht die Staatsanwaltschaft, daß der festgestellte Sachverhalt auch unter dem Gesichtspunkt der Beteiligung des Angeklagten an einer eigenverantwortlichen Selbstverletzung oder Selbstgefährdung zu beurteilen ist. Der Angeklagte hat die verschriebenen Suchtersatzmittel den Patienten nicht selbst verabreicht, sondern diesen nach deren Aufklärung und mit ihrer Einwilligung wunschgemäß verschrieben. Körperverletzung in mittelbarer Täterschaft würde voraussetzen, daß die Opfer als unfreie Werkzeuge des das Geschehen beherrschenden Angeklagten gehandelt haben (vgl. hierzu OLG München NJW 1987, 2940/2941 m.w.Nachw.; Dannecker/Stoffers StV 1993, 642/644). Davon kann jedenfalls nach den Feststellungen des Tatrichters keine Rede sein. Die Fähigkeit der Patienten des Angeklagten zu eigenverantwortlichem Handeln hat das Landgericht in Kenntnis, daß es sich bei ihnen um heroinabhängige Patienten handelte, bejaht. Nach der Rechtsprechung des BGH (BGHSt 32, 362; BGH NSZ 1991, 392), der sich der Senat anschließt, darf im Bereich der Körperverletzungsdelikte ein Verletzungserfolg einem Dritten, dessen Handeln hierfür mitursächlich geworden ist, im Sinne aktiven Tuns nicht zugerechnet werden, wenn er sich als Folge einer eigenverantwortlich gewollten und verwirklichten Selbstgefährdung darstellt und sich die Mitwirkung des Dritten in einer bloßen Veranlassung, Ermöglichung oder Förderung des Selbstgefährdungsaktes erschöpft hat.

3. Von der erhobenen Aufklärungsrüge wird die Verordnung von Fortral nicht erfaßt.

Zwar ist in dem dem Verfahren zugrundeliegenden Strafbefehl dargelegt, daß der Angeklagte seinem früheren Patienten Z. auch das »Betäubungsmittel Fortral« verschrieben hat. Damit ist auch ein möglicher Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz Gegenstand des Verfahrens. Im Strafurteil ist der gesamte dem Tatrichter unterbreitete Sachverhalt ohne Rücksicht auf die rechtliche Wertung des Strafbefehls auszu-schöpfen. Einer ausdrücklichen Stellungnahme des Landgerichts zur Anwendbarkeit des BtMG bedurfte es aber dennoch nicht. Das synthetische Opiat Pentazocin, das u. a. unter dem Handelsnamen Fortral im Handel war, zählt nämlich nicht zu den in den Anlagen I und II zu § 1 Abs. 1 BtMG aufgeführten Betäu-bungsmitteln, die nicht verschreibungsfähig sind, sondern ist in Anlage III Teil B unter den Verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln genannt. Seine Verschreibung wäre demnach nur dann von § 13 Abs. 1 BtMG i.V.m. § 29 Abs. 1 Ziff. 6a BtMG erfaßt, wenn die Anwendung am oder im mensch-lichen Körper nicht begründet gewesen wäre. Durch die Urteilsbegründung in ihrer Gesamtheit, insbeson-dere durch die Wiedergabe der Ausführungen des Sachverständigen Prof. Täschner, hat das Landgericht ir-rechtlich nicht zu beanstandender Weise zum Ausdruck gebracht, daß es die Voraussetzungen des § 29 Abs. 1 Ziff. 6a BtMG hier nicht als nachweisbar ansieht.

Im übrigen wäre Voraussetzung einer zulässigen Aufklärungsrüge die bestimmte Behauptung gewesen, daß seitens des Angeklagten Fortral verordnet wurde, obwohl dessen Anwendung ärztlich nicht begründet war. Das ist nicht geschehen.

### III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 473 Abs. 1 Satz 1 Abs. 2 Satz 1 StPO.

28. Nov. 1994

#### *Urteil des Landgerichts Aschaffenburg (Berufungsurteil)*

Die 1. Kleine Strafkammer des Landgerichts Aschaffenburg - als Berufungsgericht - erkennt in der öffent-lichen Sitzung vom 09. März 1994, in dem Strafverfahren gegen den Angeklagten, verh. Allgemeinarzt, wegen vorsätzlicher Körperverletzung aufgrund der Hauptverhandlungen vom 10.02., 18.02., 01.03. und 09.03.1994 zu Recht:

- I. Auf die Berufung des Angeklagten wird das Urteil des Amtsgerichts - Schöffengericht - Aschaffenburg vom 23. September 1992 aufgehoben.
- II. Der Angeklagte wird - unter Verwerfung der Berufung der Staatsanwaltschaft - freigesprochen.
- III. Die Staatskasse trägt die Kosten des gesamten Verfahrens und die dem Angeklagten entstandenen notwendigen Auslagen.

#### Gründe:

##### I.

Das Amtsgericht - Schöffengericht - Aschaffenburg erkannte mit Urteil vom 23. September 1992 wie folgt:

1. Der Angeklagte wird wegen fahrlässiger Körperverletzung in vier Fällen zur Gesamtgeldstrafe von 80 Tagessätzen à 100 - DM verurteilt.
2. Der Angeklagte hat die Kosten des Verfahrens und seine eigenen notwendigen Auslagen zu tragen. Angewandte Vorschriften: §§ 230, 232, 53 StGB.

Gegen dieses Urteil haben sowohl der Angeklagte als auch die Staatsanwaltschaft Aschaffenburg form und fristgerecht Berufung eingelegt.

Der Angeklagte erstrebt mit seinem Rechtsmittel die Aufhebung des Ersturteils und seinen Freispruch. Die Staatsanwaltschaft vertritt die Auffassung, daß sich der Angeklagte der vorsätzlichen Körperverletzung in vier Fällen schuldig gemacht habe und erstrebt insoweit die Abänderung des Ersturteils in Schuldspruch. Die Berufung des Angeklagten erwies sich in vollen Umfang als erfolgreich. Der Vorwurf der Staatsan-waltschaft, der Angeklagte habe sich (nach Beschränkung der Anklage in erster Instanz) in vier Fällen der vorsätzlichen (nach Meinung des Erstgerichts der fahrlässigen) Körperverletzung dadurch schuldig gemacht, daß er den schwer heroinabhängigen vier Patienten codeinhaltige Medikamente verordnet und dadurch die Betäubungsmittel durch ein anderes Suchtpotential ersetzt habe, konnte nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme in der Berufungshauptverhandlung nicht aufrechterhalten werden.

**II.**

Die Kammer hat folgende Feststellungen getroffen:

**A**

Der am 23.06.1930 geborene Angeklagte ist verheiratet und hat vier Kinder. Er hat nach dem Medizinstudium (Staatsexamen 1956/57) als Assistenzarzt in Krankenhäusern in Hanau und Aschaffenburg gearbeitet und hat sich 1959 als praktischer Arzt in Kahl/Main niedergelassen. Er hat dort als Arzt für Allgemeinmedizin eine umfangreiche Allgemeinpraxis mit Kassenzulassung betrieben. Die Kassenpraxis hat er zwischenzeitlich aufgegeben und ist nunmehr nur noch in eingeschränktem Umfang im Rahmen einer Privatpraxis tätig. Mit den Problemen der Suchtkrankheit infolge einer Betäubungsmittelabhängigkeit war er während seiner Ausbildung kaum befaßt, hat sich jedoch im Verlaufe seiner Tätigkeit als praktischer Arzt hierfür stärker interessiert, insbesondere, als sich Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre Eltern drogenabhängiger Kinder hilfesuchend an ihn wandten. Der Angeklagte kam dabei mit den Problemen der Substitutionstherapien näher in Berührung, wobei ihn besonders die Behandlung drogenabhängiger Patienten mit codeinhaltigen Präparaten (wie z. B. Remedacen) interessierte. Er hat sich dabei auch für Veröffentlichungen durch Mediziner interessiert, insbesondere auch für eine in Buchform erschienene Abhandlung des praktischen Arztes Dr. med. Gorm Grimm in Kiel zu diesem Thema. Der Angeklagte gewann die Überzeugung, daß er durch Verabreichung codeinhaltiger Medikamente an drogenabhängige Patienten diese insbesondere vom Heroin werde fernhalten können, um in der Folgezeit der Behandlung zu erreichen, daß diese Patienten sich einer Langzeittherapie unterziehen würden, um so letztlich die Abhängigkeit zu beseitigen.

**B**

Bei den hier noch in Frage stehenden vier Fällen (den Zeugen Z. - zwischenzeitlich verstorben -, R., W. und K.) hat der Angeklagte folgende Verschreibungen vorgenommen:

- a) In der Zeit vom 09.07.1989 bis 24.01.1991 verschrieb er dem inzwischen verstorbenen Zeugen S. Z. Remedacen mit dem Suchtinhaltsstoff Dihydrocodein, einige Male zusammen mit dem Beruhigungsmittel Rohypnol und am 22.01.1990 zusammen mit Codeinum, wobei das Remedacen mehrfach in der Größenordnung einer Anstaltspackung verschrieben wurde.
- b) Dem Zeugen T. R. verschrieb der Angeklagte in der Zeit vom 14.09.1988 bis 10.11.1990 vielfach Remedacen, mehrfach zusammen mit Rohypnol, am 13.11.1989 Valiquid mit dem Suchtinhaltsstoff Diazepam, zum Teil gleichzeitig oder auch gesondert Valoron N und Codeinum, sowie am 20.04.1990 und am 03.05.1990 zusammen mit Medinox M, einem Barbitursäurederivat.
- c) Der Zeugin M. W. verschrieb der Angeklagte in der Zeit vom 19.09.1989 bis 01.03.1991 zusammen mit Codeinum (Remedacen) Rohypnol, zum Teil gleichzeitig mit Valoron N und am 03.05.1990 zusätzlich Medinox M.
- d) Der Zeugini. K. verschrieb er in der Zeit vom 24.07.1989 bis 11.03.1991 Remedacen, zum Teil in eine Gruppierung mit Valoron N, Rohypnol, Codeinum und Medinox.

Die Behandlung der obengenannten Zeugen (wie auch anderer drogenabhängiger Patienten) hat der Angeklagte ohne Verrechnung irgendwelcher Honorare über den ganzen Zeitraum hinweg kostenlos vorgenommen.

**III.**

Der Angeklagte hat sich dahin eingelassen, daß er die von ihm getroffenen medizinischen Maßnahmen bei seinen drogenabhängigen Patienten für richtig gehalten habe und daß diese Ansicht im Hinblick auf die heute mehr und mehr angewandten Substitutionstherapien mit Methadon oder Codein voll gerechtfertigt sei. Er habe die drogenabhängigen Patienten (insbesondere die obengenannten vier Zeugen) jeweils nach ausführlichen Gesprächen über die Drogenproblematik untersucht und beraten und insbesondere darauf hingewiesen, daß die von ihm für richtig gehaltene Substitutionstherapie mit Codein nur eine Überbrückung bis zum Antritt einer Langzeittherapie darstellen könne und oberstes Ziel sein müsse, diese Langzeittherapie anzutreten. Bei der Behandlung sei er davon ausgegangen, daß die jeweiligen Patienten pro Tag dreimal 2 Kapseln Remedacen einnehmen sollten, um dadurch die Gefahr des Rückfalls zum Heroin beseitigen zu können. Die begleitenden Medikamente (wie oben dargelegt) habe er verschrieben, wenn er dies aus medizinischer Sicht zur Beseitigung von Begleiterscheinungen (z. B. Schlafstörungen, Zustände von Unruhe u. a.) für erforderlich gehalten habe.

## IV.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme konnte die Kammer nicht mit der erforderlichen Sicherheit feststellen, daß sich der Angeklagte durch sein oben dargelegtes Verhalten der vorsätzlichen oder fahrlässigen Körperverletzung gegenüber den vier Zeugen schuldig gemacht hat. Ein solcher Schuldvorwurf hätte allenfalls dann begründet sein können, wenn der Angeklagte den von ihm als Arzt zu verantwortenden Risikobereich bei seiner Behandlung überschritten hätte und dadurch vorwerfbar eine bestehende Betäubungsmittelabhängigkeit ungerechtfertigt aufrechterhalten oder eine weitere Abhängigkeit von den von ihr verordneten Medikamenten herbeigeführt hätte. Dieser Vorwurf war aus folgenden Erwägungen nicht nachzuvollziehen:

- a) Bei der Vornahme eines Heileingriffs unterliegt ein Arzt grundsätzlich den »Regeln der ärztlichen Kunst«. Es gilt jedoch der Grundsatz der Methodenfreiheit, was nicht eine Gleichsetzung mit der Schulmedizin erfordert (vgl. Dreher/Tröndle, 46. Aufl., Rn. 9c zu § 223 StGB). Hierzu hat der Sachverständige Prof. Dr. Täschner ausgeführt, daß die sogenannte Schulmedizin, getragen durch die Universitätskliniken, das Bundesgesundheitsamt und auch die Bundesärztekammer, die Anwendung von Ersatzdrogen zur Therapie von Opiatabhängigen oder auch zur Dämpfung der Ausfallserscheinungen auch heute noch ablehnt. Die richtige Methode sei danach vielmehr körperliche Entgiftung, strikte Abstinenz und Langzeittherapie. Die sogenannten Substitutionstherapien (wie Methadon oder Codeinprogramme) seien heute zwar mehr und mehr in Anwendung, könnten jedoch von der Schulmedizin nicht als die richtige Behandlungsmethode angesehen werden. Der Sachverständige Dr. Raida, der in seiner Praxis in Darmstadt seit Jahren in großem Umfang opiatabhängige Patienten mit einem Codeinprogramm therapiert, vertritt dagegen die Auffassung, daß diese Substitutionstherapie im Hinblick auf eine angestrebte spätere Langzeittherapie sehr gute Erfolge bringe.

Welcher dieser Ansichten zu folgen ist oder ob jede für sich allein Gültigkeit besitzt, mag hier dahinstehen, denn die Methodenwahl durch einen Arzt unter Abweichung von der Schulmedizin indiziert für sich keinesfalls den Tatbestand der vorsätzlichen oder fahrlässigen Körperverletzung. Vorliegend haben die Zeugen Z., R., W. und K. (wobei der Zeuge Z. in der Berufungshauptverhandlung nicht mehr konkret befragt werden konnte, weil er zwischenzeitlich verstorben ist) übereinstimmend und glaubwürdig angegeben, das sie jeweils wegen ihrer starken Heroinabhängigkeit den Angeklagten aufgesucht und um medizinischen Rat gebeten haben. Der Angeklagte habe sich dabei in ausführlichen Gesprächen und auch durch eigene Untersuchung mit dem jeweiligen Drogenproblem vertraut gemacht und grundsätzlich den Rat erteilt, die Abhängigkeit letztlich durch eine sogenannte Langzeittherapie zu bekämpfen. Die Zeugen haben weiterhin angegeben, daß sie dem Angeklagten ihren Willen zur Durchführung einer solchen Langzeittherapie bekundet haben und daß sie jeweils von sich an den Angeklagten wegen der Verabreichung von Remedac als codeinhaltiges Medikament herangetreten sind, um die Zeit bis zum Antritt einer Langzeittherapie zu überbrücken und sich insbesondere aus der Rauschgiftszene lösen zu können. Die Zeugen haben auch übereinstimmend bekundet, daß der Angeklagte das entsprechende Remedac-Programm mit ihnen durchgesprochen und die Dosierung der Medikamente genau vorgegeben hat. Bei jeder Neuverschreibung habe sich der Angeklagte persönlich von der Notwendigkeit ein Bild gemacht und auch immer wieder das diagnostische Gespräch gesucht. Insbesondere die Zeuginnen W. und K. haben dargelegt, daß sie im Rahmen der Substitution mit Remedac vom Heroin lassen konnten (bis auf wenige Rückfälle), sich von der Szene lösen und den damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren (Aids) entgehen konnten. Bei ihrer Vernehmung in der Hauptverhandlung haben die genannten Zeugen auch die Auffassung vertreten, daß eine Abhängigkeit vom Codein in der Form wie bei Heroin bei ihnen nicht eingetreten sei, wobei die Zeugin W. ihre entgegenstehende frühere polizeiliche Aussage nicht mehr aufrechterhielt und ihre damaligen Äußerungen auf ihren schlechten Allgemeinzustand zurückführte.

Zu dieser Frage hat auch der Sachverständige Prof. Dr. Täschner ausgeführt, daß er Körperverletzungen aufgrund der vom Angeklagten an die Zeugen verabreichten Medikamente nicht mit der entsprechenden Sicherheit feststellen könne, wobei der Effekt, den der Angeklagte durch seine Methode erzielt habe, nicht ganz verkehrt gewesen sei. Allerdings habe nach seiner Auffassung durch die Behandlungsmethode des Angeklagten eine »hohe Gefährdung« der genannten Zeugen bestanden. Dies reicht jedoch nicht aus, um eine Körperverletzung zu diagnostizieren. Weiterhin ist als beachtlich zu bedenken, daß die vier genannten Zeugen sich letztlich Langzeittherapien unterzogen haben, wobei sich der Zeuge R. derzeit noch in der Therapie befindet und die Zeuginnen K. und W., die einen entspre-

chenden guten und sicheren Eindruck in der Hauptverhandlung hinterlassen haben, glaubhaft ihre Abhängigkeit überwunden haben.

- b) Nach Bekundung des Zeugen KHM M., der die Durchsuchung der Praxisräume des Angeklagten vorgenommen hat, waren für die genannten Zeugen und weitere heroinabhängige Patienten jeweils Karteikarten in der Patientenkartei angelegt, in welche jeweils die einzelnen Verschreibungen eingetragen waren.
  - c) Soweit dem Angeklagten zum Vorwurf gemacht wurde, er habe die Verschreibungen über einen zu langen Zeitraum hinweg vorgenommen, ohne darauf zu drängen, daß baldmöglichst Langzeittherapien angetreten wurden, hat er hierzu angegeben, er habe stets darauf gedrängt, daß ein baldiger Therapieantritt erfolgen solle und daß ihm dies auch immer wieder von den Zeugen zugesichert worden sei. Allerdings sei ihm die Zeugin K. etwas »aus dem Ruder gelaufen« (damit waren erhebliche psychische Probleme der Zeugin gemeint), weshalb er bei ihr zur entsprechenden Therapie auch umfangreichere Verschreibungen, wie oben dargelegt, vorgenommen habe. Insgesamt habe er Remedacen, auch andere Beruhigungsmittel verschrieben, wenn dies nach einer von ihm gestellten Diagnose erforderlich gewesen sei.
- Nach Auffassung der Kammer war dieses Verhalten des Angeklagten durch eine entsprechend vorzunehmende Güterabwägung gerechtfertigt, nämlich der Tatsache, daß die Gefahr drohte, daß die Zeugen wieder zum Heroin greifen würden, wenn er nicht in der konkreten Situation dieser Gefahr durch Verschreibung der obengenannten Medikamente entgegengetreten wäre.
- d) Bei Prüfung der Frage, ob durch die Behandlungsmethode des Angeklagten eine Körperverletzung der Patienten herbeigeführt werden konnte, war auch zu bedenken, daß die Zeugen bei Behandlungsbeginn ihre Einwilligung mit der Codeinsubstitution gegeben haben. Die Zeugen R., W. und K. haben in der Hauptverhandlung übereinstimmend bekundet, daß sie nach Offenbarung ihrer Heroinabhängigkeit den Angeklagten von sich aus um die entsprechenden Remedacen-Verschreibungen gebeten haben, weil sie vom Heroin und damit von der Szene und den verbundenen Gefahren loskommen wollten und ihnen die Möglichkeiten der Codeinbehandlung zu diesem Zweck bekannt waren. Der Sachverständige Prof. Dr. Täschner hat hierzu ausgeführt, daß er nach seiner psychiatrischen Erfahrung auch im Hinblick auf die bestehende Heroinabhängigkeit nicht von vornherein sagen könne, daß eine solche Einwilligung unwirksam sei, da die Patienten mit ihrer Problematik vertraut waren und sich mit Hilfe der Codeinsubstitution bewußt von ihrer Heroinabhängigkeit lösen wollten und deshalb auch entsprechende wirksame Erklärungen abgeben konnten.
  - e) Die Zeugen S. und A. haben in der Berufungsverhandlung bestätigt, daß sie ebenfalls heroinabhängig waren und deshalb ebenfalls an den Angeklagten mit dem Wunsch herangetreten sind, durch eine Remedacen-Substitution ihre Abhängigkeit zu bekämpfen. Beide Zeugen haben bestätigt, daß der Angeklagte nach entsprechender Untersuchung und Diagnostizierung Remedacen mit entsprechender Dosierungsanweisung verschrieben hat und sie nach entsprechender Einnahme über Monate hinweg von ihrer Heroinsucht loskommen konnten, ohne daß eine Langzeittherapie erforderlich gewesen sei und ohne daß sie in der Folgezeit noch codeinhaltige Präparate einnehmen mußten.

## V.

Nach alledem ist festzustellen, daß sich die Arzneimittelverschreibungen des Angeklagten als Heilmaßnahmen und nicht als Gesundheitsbeschädigungen darstellen. Denn der Angeklagte hat nach vorausgegangener sorgfältiger Untersuchung und Diagnose und nach Ausschluß von Kontraindikationen langfristig zur Durchführung eines Substitutionsprogramms codeinhaltige Arzneimittel (Remedacen) verschrieben, um bei den heroinabhängigen Zeugen langfristig die Opiatsucht zu beseitigen und die Patienten zur Drogenfreiheit zu führen. Hierbei war der Angeklagte zu der Überzeugung gelangt, daß zur Heilung der Patienten der Einsatz codeinhaltiger Arzneimittel erforderlich ist und eine Remedacen-Substitution die günstigste Heilungsaussicht im Hinblick auf eine sich anschließende Langzeittherapie verspricht. Darin kann aber nach Sachlage in den vorliegend zu beurteilenden Fällen keine Gesundheitsbeschädigung gesehen werden (vgl. auch Körner, 3. Aufl., Komm, zum Betäubungsmittelgesetz C 44 Nr. 4). Der Angeklagte war deshalb unter Verwerfung der Berufung der Staatsanwaltschaft nach Aufhebung des Ersturteils freizusprechen.



*Chronologischer Verlauf des Schuldvorwurfes gegen einen behandelnden Arzt bei Drogensubstitution*

Nachfolgend wird anhand von Schriftverkehr, Sektionsbefunden, Gutachten etc. ein Beispiel dargelegt, in dem ein Allgemeinarzt der fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) sowie der fahrlässigen mehrfachen Körperverletzung (§ 230 StGB) bezichtigt wird.

Der Mediziner hatte einer langjährigen Drogenabhängigen über längere Zeit Medinox und Remedacen verordnet. Die Patientin verstarb. Verantwortlich gemacht für ihren Tod wird der behandelnde Arzt. Ihm wird vorgeworfen, zu hohe Dosen verabreicht zu haben. Die Therapie entspräche nicht dem gesetzlich erlaubten Rahmen der Drogensubstitution. Wegen der Verschreibung von Ritalin bei weiteren Patienter wird ihm überdies der Schuldvorwurf der fahrlässigen Körperverletzung gemacht.

- Sektionsbefund der verstorbenen Patientin -

Dem Auftrag der Staatsanwaltschaft entsprechend haben wir die gerichtsmedizinische Untersuchung der Leiche von Frau J. R. durchgeführt.

## Befund und vorläufiges Gutachten

1. Bei der Leiche handelt es sich um eine Frau in gutem Allgemein- und Ernährungszustand.
2. Die Leiche fühlt sich kalt an.
3. Die Haut und sichtbaren Schleimhäute sind blaß.
4. Die Totenstarre ist an den großen Körpergelenken sowie an der Kiefermuskulatur voll ausgeprägt.
5. Am Rücken der Leiche finden sich, mit Ausnahme der Aufliegeflächen, blaurötliche, auf starken Fingerkuppendruck vollständig wegdrückbare Totenflecke.
6. An der Rumpfrückseite sind Verletzungen nicht abgrenzbar.
7. Das Haupthaar ist von brauner Farbe, bis überschulterlang.
8. In der behaarten Kopfhaut sind zunächst sieht- oder tastbare Verletzungen nicht abgrenzbar.
9. Die Haut des Gesichtes, insbesondere rechtsseitig, wie auch im Stirnbereich, deutlich lividrot verfärbt.
10. Über dem linken Stirnhöcker eine horizontal gestellte, etwa 1,5 cm lange, reizlose Narbenbildung.
13. Das knöcherne Nasenskelett ist intakt, in beiden Nasenöffnungen etwas bräunlich-rötliche Flüssigkeit.
14. In beiden äußeren Gehörgänge kein Fremdinhalt.
15. Die Lippen sind spaltförmig geöffnet, blaßgrauviolett.
16. Die Zunge liegt hinter den im Oberkiefer und Unterkiefer intakten Zahnreihen. Vom rechten Mundwinkel eine gelblich-bräunliche Abdrucks- oder Abdrucks- spur gleichfarbenen Sekretes.
17. Unterhalb des Kinnes, etwas nach links ausgreifend zum Mundboden zu gelegen, eine 2-markstückgroße, gelbliche Hautverfärbung mit zentralen, violettbläulichen Hautschattierungen.
18. Der Hals ist mittellang, eher schlank, nicht abnorm beweglich. Die Halshaut ist unverletzt.
19. Brustkorb seitengleich, gewölbt, nicht abnorm eindrückbar.
20. Die weiblichen Brustdrüsen sind mäßig fettreich, etwas schlaff.
21. Im oberen inneren Quadranten der linken Brustdrüse eine Tätowierung, eine fragliche Rose darstellend.
22. An der Brustkorbvorderwand sowie der seitlichen Brustkorbwand links finden sich EKG-Elektroden aufgelegt.
23. Bauchdecken etwa im Brustkorbniveau, sie sind unverletzt.
24. Im Unterbauch sowie im Mittel- und Oberbauch rechts zahlreiche Überdehnungsnarben.
25. Am rechten Beckenkamm eine Tätowierung unklaren Motivgehaltes.
26. Äußeres Genitale weiblich, äußerlich unauffällig.
27. Die Afteröffnung ist frei.
28. An der Vorderaußenseite des linken Oberschenkels, ca. handbreit unterhalb des Leistenbandes, eine 4 X 2 cm haltende, gelbgrünliche Hautverfärbung mit violetten Farbschattierungen.
29. Am rechten Unterschenkel, bis über das Kniegelenk zum Oberschenkel sich erstreckend, findet sich ein Verband, der an der Unterschenkelaußen- und -innenseite durch jeweils ca. 40 cm lange Holzbrettchen zusätzlich versteift ist.
30. An der Kniegelenksaußenseite rechts ein Pflasterverband, nach dessen Entfernung eine punktförmige Hautdurchtrennung wie nach Punktion sichtbar wird.
31. Darüber hinaus über der Kniescheibe rechts eine etwa pfennigstückgroße, weißlich depigmentierte Stelle der Haut, gesäumt von einem bräunlich-rötlichen, bis 3 mm breiten Saum.

32. Die Unterschenkelweichteile rechts etwas teigig geschwollen.
33. Über dem Sprunggelenk links, an der Streckseite, in Längsrichtung des Unterschenkels verlaufend, eine 1,5 cm lange, angedeutet weißliche Aufhellung der Haut.
34. Die Zehennägel beidseits weisen einen roten Farbanstrich auf.
35. In der rechten Ellenbeuge findet sich eine kaum erkennbare punktförmige Läsion der Oberhaut. Bei Umschneidung ist hier eine Unterblutung des Unterhautfettgewebes nicht zu erkennen.
36. An der Unterarminnenseite links, 3 Querfinger unterhalb der Ellenbeuge, eine 2-markstückgroße, weißlich pigmentierte reizlose Narbenbildung.
37. Darüber hinaus an der Beugeseite des linken Handgelenkes mehrfache, schwach sichtbare, quer verlaufende, reizlose Narbenbildungen.
38. Darüber hinaus an der Streckseite des Zeigefingergrundgelenkes links eine 1,5 cm lange, reizlose Narbenbildung, von der aus sich in Längsrichtung des Grundgliedes eine weitere, gleichartige Narbenbildung erstreckt.
39. In der Ellenbeuge links eine fragliche punktförmige Hautdurchtrennung, bei Einschneidung der Haut hier jedoch keinerlei Einblutung zu erkennen.
40. An der Innenseite des linken Ellenbogengelenkes, zur Streckseite zu gelegen, eine 8 x 4 cm haltende, gelbgrünliche Hautverfärbung mit violettbläulichen Hautschattierungen, zentral gelegen.

#### B. Innere Besichtigung

##### I. Schädelhöhle

41. Die Kopfschwarte zeigt nach dem Abziehen an ihrer Innenfläche eine blaßgraurote Farbe.
42. Im Bereich der seitlichen Scheitelbeinregion rechts eine schwache, schwarzrote Einblutung von etwa 2 cm Länge und 1 cm Breite. An der Schläfenmuskulatur beidseits sind Einblutungen nicht abgrenzbar.
43. Das knöcherne Schädeldach ist unverletzt, es mißt 17,7 x 13,4 cm, ist regelmäßig längsoval geformt, bis 10 mm stark.
44. Nach Abnahme des knöchernen Schädeldaches wölbt sich die harte Hirnhaut gespannt hervor. Über der harten Hirnhaut, unter ihr sowie zwischen den weichen Hirnhäuten sind Blutaustritte nicht abgrenzbar.
45. Im Längsblutleiter sowie in den Querblutleitern flüssiges Blut.
46. Das Gehirn wiegt 11 225 g.
47. Die Hirnwindungen sind an den Kuppen abgeplattet, die Windungstäler verstrichen, die Kleinhirnmanteln springen hervor. Die Hirngrundgefäße sind zart.
48. Auf zahlreichen Schnitten durch Groß- und Kleinhirn zeigt sich eine regelrechte Verteilung von graubrauner Rinde und weißem Mark. Krankhafte Veränderungen, insbesondere Blutaustritte finden sich nicht.
49. Das Hirnkammersystem ist nicht ausgeweitet, es ist mit klarer, wäßriger Flüssigkeit gefüllt, seine Innenhautauskleidung ist zart.
50. Auf Schnitten durch Brücke und verlängertes Mark kein krankhafter Befund, insbesondere keine Blutaustritte.
51. Nach dem Abziehen der harten Hirnhaut von der Schädelbasis erweist sich diese als unverletzt.

##### II. Brust- und Bauchhöhle

52. Nach Eröffnen der Bauchdecken gelangt man durch ein bis zu 5 cm starkes, gelbes Fettgewebe auf die z. T. deutlich geblähten Darmschlingen, welche von einem fetthaltigen Netz vollständig bedeckt werden.
53. In der Bauchhöhle kein Fremdinhalt.
54. Bauchfell und Darmüberzug glatt, glänzend, spiegelnd.
55. Der Wurmfortsatz ist vorhanden, reizlos, zart.
56. Zwerchfellstand rechts V., links VI. Rippe.
57. Die Rippenknorpel schneiden sich mittelhart.
58. Nach Entnahme des Brustbeines sinken die deutlich geblähten Lungen kaum in die Brusthöhlen zurück. Beidseits finden sich keine Verwachsungen, keine Verklebungen, kein Fremdinhalt.
59. Der Herzbeutel ist unverletzt, fettbewachsen, er enthält gelbliche Flüssigkeit.
60. Nach Durchschneiden der unteren Hohlader entleert sich ausschließlich dunkelrotes, flüssiges Blut.

## a) Halsorgane:

61. Die Zunge zeigt im Spitzenbereich seitlich, rechts mehr als links, deutliche Zahnabdrücke, jedoch ohne Verletzung der Oberfläche. Auf dem Schnitt frei von Einblutungen.
62. Die Zungengrunddrüsen sind deutlich ausgebildet.
63. Die Gaumenmandeln fehlen, an ihrer Stelle strahlige, reizlose Narben.
64. Die Speiseröhre zeigt eine grauweiße Schleimhaut und ist leer.
65. Die Luftröhre zeigt eine angedeutet nach unten zunehmende Rötung der Schleimhaut. In der Luftröhre grauer, schleimiger Inhalt.
66. Das Kehlkopfskelett sowie das Zungenbein ist unverletzt.
67. Die Weichteile des Kehlkopfeinganges etwas sulzig geschwollen.
68. Die Halsschlagaderäste mit geringen beetartigen Innenhauteinlagerungen im Aufteilungsbereich versehen.
69. Die Schilddrüse ist zweilappig angelegt, nicht vergrößert, auf dem Schnitt ohne Knoten.
70. Die Halsmuskulatur frei von Einblutungen.

## b) Brustorgane:

71. Das Herz wiegt 319 g.
72. Herzaußenfell, Herzinnenfell und Klappenapparat sind zart, letzterer erscheint schlußfähig.
73. Das eirunde Loch ist geschlossen.
74. Abgang der Herzkranzarterien regelrecht. Sie weisen nur ganz vereinzelt beetartige, weiche Innenhauteinlagerungen auf.
75. Über dem absteigenden Ast der linken Herzkranzschlagader, etwa im mittleren Drittel, eine bis 2 mm breite Muskelbrücke über 5 mm Länge.
76. Auf dem Schnitt zeigt die Herzmuskulatur eine braunrote Farbe, ohne Narben oder Fremdeinlagerungen bzw. nennenswerte Fetteinwachsung.
77. Die große Körperschlagader ist nahezu zartwandig.
78. Die Lungen sind beidseits gehörig gelappt, die rechte Lunge wiegt 545 g, die linke 432 g.
79. An ihrer Oberfläche sind sie von blaugrauvioletter Farbe, glatt und glänzend.
80. Auf dem Schnitt zeigt das Lungengewebe eine dunkelgraurote, gleichmäßige Farbe. Es ist überwiegend trocken, im Oberlappenbereich rechts jedoch mit deutlicher Flüssigkeitseinlagerung.
81. In den Lungenschlagaderästen kein embolisches Material.
82. In den Luftröhrenästen kein Fremdinhalt.
83. Einatmungs- oder Verdichtungsbezirke finden sich nicht.

## c) Bauchorgane:

84. Die Leber wiegt 1878 g.
85. An ihrer Oberfläche ist sie von braunroter Farbe, glatt und glänzend. Der Unterrand ist scharf.
86. Auf dem Schnitt zeigt das Lebergewebe eine braunrote Farbe, die Läppchenzeichnung ist erkennbar.
87. Die Gallenblase ohne Steininhalt. Im Gallenblasenbett ein bohnen großer, vergrößerter Lymphknoten.
88. Gallenwege, Lebernerven und Pfortadersystem sind frei durchgängig.
89. Die Milz wiegt 311 g, die schiefergraue Kapsel ist glatt und glänzend, gespannt.
90. Auf dem Schnitt zeigt das Milzgewebe eine dunkelrote Farbe, es ist fest. Die Milzkörperchen sind abgrenzbar.
91. Nierenbecken, ableitende Harnwege und Harnblase mit grauweißer Schleimhaut ausgekleidet. Die Harnblase enthält 100 ml eines gelblich-klaaren Urins.
92. Die Scheide ist mit grauweißer Schleimhaut ausgekleidet.
93. Die Gebärmutter ist nicht vergrößert, der Muttermund ist etwas verzogen, nicht eindeutig beurteilbar ob grubchenförmig oder quer gestellt. Gebärmutter Schleimhaut mittelhoch aufgebaut, wie kurz vor der Abstoßung. Anhangsgebilde beidseits mit einzelnen Zysten versehen sowie mit mehrfachen abgrenzbaren Follikeln.
94. Der Magen enthält 150 ml eines braunrotgelben, bröckeligen Inhaltes mit einzelnen, weißlich-stippchenartigen Beimengungen, die jedoch keine sicher sandige Konsistenz aufweisen.
95. Die Schleimhaut unauffällig.
96. Im Zwölffingerdarm und Dünndarm reichlich gelbgrün-schleimiger und sämiger Inhalt.
97. Im Dickdarm grünbrauner, salbenartiger Stuhl.

98. Die Bauchspeicheldrüse ist graugelbrot, fest.
99. Am Skelettsystem von Rumpf und Gliedmaßen keine Verletzungen nachweisbar.
100. Nunmehr wird ein Einschnitt geführt am rechten Kniegelenk. Aus der Kniegelenkshöhle entleert sich reichlich bernsteinfarbene Flüssigkeit.

#### Zusammenfassung der Befunde:

Hirnvolumenvermehrung mit Zeichen akuten Hirndruckes,  
 fleckförmige Lungenwassersucht,  
 feste Schwellung der Milz,  
 vergrößerter Gallenblasenbottlymphknoten,  
 zartes Gefäßsystem,  
 Kniegelenkserguß rechts,  
 Zustand nach Entfernung der Gaumenmandeln vor langer Zeit,  
 reizlose Narben an der Beugeseite des linken Handgelenkes wie nach Pulsaderschnittversuchen,  
 Zustand nach vermutlicher Punktion des rechten Kniegelenkes,  
 keine nachweisbaren Injektionsstellen,  
 nicht mehr frische Hautverfärbungen an der Kinnunterseite, am linken Ellenbogengelenk,  
 Tätowierungen an der Brustkorbvorderseite links sowie in der Gegend der rechten Leistenbeuge.

#### C. Vorläufiges Gutachten

I. Eine anatomisch nachweisbare Todesursache hat die Obduktion der Leiche der Frau nicht ergeben. Bei Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Obduktion bekannten Vorgeschichte kommt eine Vergiftung mit einem Gift, welches keine charakteristischen und anatomischen Veränderungen hinterläßt, in Betracht. Anhaltspunkte für eine Gewalteinwirkung von dritter Hand gegen den Körper der oben Genannten zu deren Lebzeiten, durch die der Tod erklärt werden könnte, fanden sich nicht.

#### II. Zur Sicherung der Diagnose wurden

- a) Gewebsteile aus Hirn, Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Milz, Luftröhre und Gallenblasenbottlymphknoten in Formol asserviert.
- b) Blut und Urin wurden zur Alkoholbestimmung sichergestellt.
- c) Zur chemisch-toxikologischen Untersuchung wurden asserviert: Blut, Urin, Mageninhalt, Gallenflüssigkeit, Teile von Lunge, Leber und eine Niere, Haupthaar und Nasenschleimhaut.
- d) Der anwesende Beamte erteilt Auftrag zur Alkoholbestimmung und zur chem.-tox. Untersuchung.

#### III. Wir bitten gegebenenfalls um Auftrag zu weiteren Untersuchungen.

#### IV. Ein abschließendes Gutachten bleibt vorbehalten.

#### V. Gegen die Freigabe der Leiche bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.

#### - Histologisches Gutachten -

Mit Beschluß vom 15.9.95 wird um Erstattung eines histologischen Zusatzgutachtens bezüglich der Todesursache von Frau J. R. gebeten.

Das Gutachten stützt sich auf die Kenntnis des Obduktionsbefundes und der histologischen Zusatzuntersuchung.

#### Gutachten

##### 1. Obduktionsbefund:

Anläßlich der am 30.9.93 durchgeführten gerichtsmedizinischen Untersuchung der Leiche der Frau J. R. wurden folgende wesentliche Befunde erhoben:

Hirnvolumenvermehrung mit Zeichen akuten Hirndruckes,  
 fleckförmige Lungenwassersucht,  
 feste Schwellung der Milz,  
 vergrößerter Gallenblasenbottlymphknoten,  
 zartes Gefäßsystem,  
 Kniegelenkserguß rechts,  
 Zustand nach Entfernung der Gaumenmandeln vor langer Zeit,  
 reizlose Narben an der Beugeseite des linken Handgelenkes wie nach Pulsaderschnittversuchen,

Zustand nach vermutlicher Punktion des rechten Kniegelenkes, keine nachweisbaren Injektionsstellen, nicht mehr frische Hautverfärbungen an der Kinnunterseite, am linken Ellenbogengelenk, Tätowierungen an der Brustkorb Vorderseite links sowie in der Gegend der rechten Leistenbeuge. Eine anatomisch nachweisbare Todesursache konnte von den Obduzenten nicht festgestellt werden.

## 2, Histologischer Befund:

Von den anlässlich der Leichenöffnung asservierten Organteilen wurden nach gründlicher Formolhärtung und Wässerung Gewebsblöcke ausgeschnitten und nach der Methode von Peterfy über Methylbenzoat in Paraffin eingebettet. Sodann wurden Dünnschnitte hergestellt und mit Hämatoxylin-Eosin angefärbt. Ausschnitte aus dem Gehirn wurden zur Darstellung von Nerven- und Gliazellen zusätzlich mit Kresylechtviolett angefärbt. Eine Bindegewebsfärbung erfolgte nach van Gieson. Ausschnitte aus der Niere wurden zusätzlich mit PAS angefärbt. Ausschnitte aus der Lunge wurden zur Darstellung von Fett nach Sudan III und zur Darstellung von Eisenpigment mit Berliner Blau angefärbt. Bei mikroskopischer Betrachtung der so hergestellten Präparate ergaben sich folgende Befunde:

### Gehirn:

Die weichen Häute zeigen eine diskrete Bindegewebsvermehrung. Die Gefäßdicke ist unauffällig. Die Gefäße sind z. T. prall mit roten Blutkörperchen gefüllt. Die Gefäßwände sind nicht auffällig verdickt. An keiner Stelle läßt sich eine Infiltration mit Zellen der weißen Reihe erkennen. An einzelnen Stellen, nahe von Gefäßen, jedoch hiervon etwas abgesetzt, lassen sich geringe Ansammlungen roter Blutkörperchen erkennen.

Die Nervenzellen sind überwiegend stark geschrumpft. Die Nissl-Substanz ist homogenisiert und zeigt ein acidophiles färberisches Verhalten. Im Neuropil finden sich, ausgehend von den Nervenzell-Leibern, streifige Aufhellungen, entsprechend den neurotisch aufgetriebenen apikalen Dendriten. Die kleinen Gefäße im Rindenniveau sind überwiegend stark ausgeweitet und prall gefüllt mit roten Blutkörperchen. Ganz vereinzelt lassen sich auch Zellen der weißen Reihe, vorwiegend Lymphozyten, erkennen. Weder subendothelial noch perivaskulär finden sich Protein- oder Fibrinausfällungen. Im Marklager zeigen die Oligodendrozyten perinukleär einen wasserhellen Hof.

### Kleinhirn:

Die Purkinjezellschicht ist nicht wertbar gelichtet. Abschnittsweise läßt sich angedeutet eine Homogenisierung des Zytoplasmas erkennen. Die Körnerzellschicht zeigt gerade beginnend eine leichte Lichtung.

### Verlängertes Mark:

Es ist eine normale anatomische Gliederung abgrenzbar. Die Oliven sind ohne wertbare krankhafte Veränderungen dargestellt.

### Brücke:

Eine normale anatomische Gliederung in Bahnen und Brückenkerne ist sichtbar. Die ortständigen Nervenzellen zeigen abschnittsweise, und dann auch nur geringfügig ausgeprägt, eine Schrumpfung und leichte Homogenisierung der Nisslsubstanz. Ferner erkennt man feinporige optisch leere Hohlräume.

### Herz:

An Ausschnitten aus der Herzmuskulatur haben sich die Herzmuskelfasern regelrecht dargestellt, sie sind annähernd von gleichmäßiger Dicke. Die Querstreifung ist erkennbar. Die Kerngröße variiert kaum, die Gefäßwände sind unauffällig. Das perivaskuläre Bindegewebe ist nicht vermehrt. Entzündliche Veränderungen oder Herzmuskelnarben sind nicht gegeben. An Ausschnitten aus dem rechten Herzmuskel läßt sich eine deutliche zapfenförmige Fetteinwachsung erkennen, die jedoch die Muskelschicht nicht vollständig durchsetzt.

### Lunge:

An Ausschnitten aus der Lunge sind die Lungenbläschen dargestellt. Die Alveolarwände sind weitgehend intakt. In den Lungenbläschen läßt sich immer wieder homogen eosin-rotes Material nachweisen. An anderen Stellen sind Lungenbläschen zusammengesunken. Die Gefäße hier erweitert und prall mit Blut

gefüllt. Überwiegend sind die Alveolarräume optisch leer. An keiner Stelle lassen sich mit eisenpositivem Pigment beladene Alveolardeckzellen bzw. Herzfehlerzellen nachweisen. Die Luftröhrenäste enthalten abgeschilferte Epithelien sowie etwas Schleim. Entzündliche Veränderungen sind an keinem der Ausschnitte gegeben.

#### Luftröhre:

An Ausschnitten aus der Luftröhre findet sich ein regelrechter Wandaufbau. Das Flimmerepithel ist noch deutlich erkennbar. Die kleinen Gefäße sind kräftig mit roten Blutkörperchen gefüllt und weit. Entzündliche Veränderungen sind an keiner Stelle gegeben.

#### Leber:

An Ausschnitten aus der Leber haben sich die Leberläppchen regelrecht dargestellt. Die Leberzellen sind von gleichmäßiger Größe, die Kerne unauffällig. Eine Bindegewebsvermehrung besteht nicht. In der Portalfeldern finden sich unterschiedlich stark ausgeprägt Lymphozyten, einhergehend mit sehr geringen läppchenintermediären lymphogranulozytären Infiltraten. Die Gefäße sind zart und mäßig blutgefüllt, die Gallengänge sind unauffällig.

#### Milz:

An Ausschnitten aus der Milz sind die Sinusoide weit und kräftig blutgefüllt. Die Milzfollikel zeigen einen regelrechten Aufbau aus rundkernigen Lymphozyten, vereinzelt lassen sich auch zentral aufgehellte Follikel erkennen.

#### Niere:

An Ausschnitten aus der Niere haben sich die Nierenkörperchen dargestellt, die Glomerulumschlingen sind zartwandig, ebenso die Bowmann'schen Kapseln. Die Glomerulumschlingen füllen die Nierenkörperchen aus. Die ableitenden Harnkanäle zeigen teils hochstehende, teils flache Epithelien. Die Gefäße sind zart, weit gestellt und prall mit roten Blutkörperchen gefüllt. An einer Stelle im Nierenbecken läßt sich eine umschriebene Ansammlung rundkerniger Lymphozyten erkennen. In diesem Bereich sind ebenfalls weit gestellte, prall mit roten Blutkörperchen gefüllte Gefäße abgrenzbar. Eine auffallende Bindegewebsvermehrung ist an keiner Stelle vorhanden.

### 3. Zusammenfassung der histologischen Befunde:

Generalisierte hypoxische Nervenzellschädigung des Rindenbandes,  
geringe hypoxische Schädigung der Purkinjezellschicht und teilweise der pontinen Nervenzellen,  
beginnende Körnerzellnekrose,  
geringe leptomeningeale Fibrose am Großhirn,  
geringe frische und reaktionslose leptomeningeale Blutaustritte,  
ektatische, paralytische Gefäße mit Blutstauung im leptomeningealen Raum,  
geringes feinporiges Ödem im Hirnstamm,  
fleckförmiges Lungenödem,  
ausgeprägte lymphozytäre Infiltration der Portalfeder in der Leber sowie geringe, vorwiegend lymphozytäre läppchenintermediäre Infiltration,  
fraglich entzündliche Begleitreaktion der Milz,  
Stauung der Nieren.

### 4. Abschließende Stellungnahme:

Am Gehirn fand sich eine ausgeprägte finale hypoxische, d. h. auf Sauerstoffmangel beruhende Schädigung der Nervenzellen vorwiegend an der Großhirnrinde. Die übrigen am Gehirn erhobenen Befunde (Körnerzellnekrose, Ödem) lassen sich ebenfalls auf eine solche Ursache zurückführen. Vorbestanden hat lediglich eine Fibrose der weichen Häute, die hinsichtlich ihrer Genese unterschiedlich sein kann, der jedoch keine relevante Bedeutung für den Todeseintritt zukommt. An den übrigen untersuchten Organen konnten Zeichen des finalen Herz-Kreislauf-Versagens festgestellt werden (fleckförmiges Lungenödem, Hyperämie der Nieren). An der Leber zeigte sich eine erhebliche portale, überwiegend rundzellige Infiltration, einhergehend mit sehr geringen mehr läppchenintermediären lymphozytären Infiltraten, jedoch ohne Anzeichen einer Schädigung der Leberzellen selbst. Die Lymphfollikel der Milz zeigten eine geringe entzünd-

liehe Aktivierung. Die Befunde an Leber und Milz stellen chronisch reaktive Veränderungen unspezifischer Art vom entzündlichen Typ dar, wie sie als Folge viraler, bakterieller und toxischer Expositionen des Körpers aufzutreten pflegen.

Die am Gehirn realisierten mikroskopischen Befunde sind zwanglos geeignet, einen letztendlichen Todes-eintritt infolge eines zentralen Regulationsversagens aufgrund einer Sauerstoffmangelschädigung des Gehirns zu erklären.

An allen untersuchten Organen fanden sich jedoch keinerlei Hinweise für insbesondere ein natürliches krankhaftes Leiden, welches mittelbar oder unmittelbar die Hirnschädigung hervorgerufen haben könnte.

#### - Toxikologisches Gutachten -

Anlässlich der am 30.09.1993 durchgeführten gerichtsmedizinischen Untersuchung der Leiche von Frau J. R. wurde von Herrn K. Auftrag zur toxikologischen Zusatzuntersuchung einschließlich Begutachtung erteilt.

#### Chemisch-toxikologische Untersuchung

##### 1. Mageninhalt:

Proben des 1 : 10 verdünnten Mageninhaltes wurden nach Extraktion und Aufnahme des Extraktes in Pufferlösung mittels FPIA (Fluoreszenz-polarisations-immunchemisches Nachweisverfahren) auf folgende Arznei- und Suchtstoffgruppen untersucht:

Barbiturate

Benzodiazepine

Morphin-Derivate

Trizyklische Antidepressiva

Amphetamine

Cocain

Hierbei ergab sich der Hinweis für das Vorliegen von Morphin-Derivaten und Barbituraten in hoher Konzentration. Hinweise für das Vorliegen von Arznei- oder Suchtstoffen aus den anderen untersuchten Gruppen haben sich nicht ergeben.

Eine Probe des 1 : 10 verdünnten Mageninhaltes wurde nach Extraktion mit TBPE (Tetrabrom-phenolphthalein-ethylester) auf das Vorliegen basischer Arzneistoffe wie z. B. Antidepressiva oder Antihistaminika untersucht. Hierbei ergab sich kein Hinweis auf das Vorliegen derartiger Verbindungen.

##### 2. Blut:

Proben des Herzblutes wurden nach Extraktion und Aufnahme des Extraktes in Pufferlösung mittels FPIA (Fluoreszenz-polarisations-immunchemisches Nachweisverfahren) auf folgende Arznei- und Suchtstoffgruppen untersucht:

Barbiturate

Benzodiazepine

Morphin-Derivate

Trizyklische Antidepressiva

Amphetamine

Cocain

Hierbei ergab sich der Hinweis für das Vorliegen von Morphin-Derivaten und Barbituraten in hoher Konzentration. Hinweise für das Vorliegen von Arznei- oder Suchtstoffen aus den anderen untersuchten Gruppen haben sich nicht ergeben.

Proben des Herzblutes wurden nach Zugabe eines internen Standards und Extraktion hochdruckflüssigkeitschromatographisch mittels Dioden-Array-Detektor auf das Vorliegen von Barbituraten untersucht. Hierbei wurde Pentobarbital aufgefunden. Die quantitative Bestimmung ergab:

Pentobarbital 16,0 mg/l Blut

Proben des Oberschenkelvenenblutes wurden nach Zugabe eines internen Standards, Extraktion und erforderlichenfalls nach Derivatisierung des Extraktes gaschromatographisch massenspektrometrisch auf das Vorliegen von Morphin-Derivaten untersucht. Hierbei wurde Dihydrocodein aufgefunden. Die quantitative Bestimmung ergab:

Dihydrocodein 0,259 mg/l Blut

## 3. Urin:

Proben des Urins wurden mittels FPIA (Fluoreszenz-polarisations-immunchemisches Nachweisverfahren) auf folgende Arznei- und Suchtstoffgruppen untersucht:

Barbiturate  
Benzodiazepine  
Morphin-Derivate  
Trizyklische Antidepressiva  
Amphetamine  
Cannabis-Inhaltsstoffe  
Cocain  
Methadon

Hierbei ergab sich der Hinweis für das Vorliegen von Morphin-Derivaten und Barbituraten, jeweils in hoher Konzentration, sowie von Cannabis-Derivaten. Hinweise für das Vorliegen von Arznei- oder Suchtstoffen aus den anderen untersuchten Gruppen haben sich nicht ergeben.

Eine Probe des Urins wurde mit TBPE (Tetrabrom-phenolphthalein-ethylester) auf das Vorliegen basischer Arzneistoffe wie z. B. Antidepressiva oder Antihistaminika untersucht: Hierbei ergab sich kein Hinweis auf das Vorliegen derartiger Verbindungen.

## Begutachtung

Die bei der toxikologischen Untersuchung erhobenen Befunde beweisen die vorangegangene Aufnahme von Sucht- und Ersatzmitteln. Die aufgefundene Konzentration an Pentobarbital, dem Wirkstoff von Medinox, liegt deutlich oberhalb des therapeutischen Bereiches. Weiterhin beweisen die Befunde eine Aufnahme von Dihydrocodein, das im sogenannten Codeinsaft verwendet wird. Die Konzentration liegt hier eher am unteren Rand des Bereiches, der bei der Verwendung von Dihydrocodein als Ersatzmittel aufgefunden wird.

Der Eintritt des Todes von Frau J. R. läßt sich als Folge der Aufnahme einer hohen Dosis von Pentobarbital in Verbindung mit Dihydrocodein erklären.

## — Sachverständigengutachten —

Im Auftrag des Gerichts soll auf Antrag der Verteidigung eine gutachtliche Äußerung zur Behandlung der verstorbenen drogenabhängigen Frau J. R. durch den behandelnden Arzt, Herrn Dr. R., gemacht werden. Die Begutachtung erfolgt auf Betreiben von Herrn Dr. H., dem Verteidiger von Herrn Dr. R. Das Gutachten erfolgt auf der Grundlage der Akteneinsicht. Ein Kontakt zur Sache konnte mit dem Rechtsanwalt und dem Angeklagten aus terminlichen Gründen nicht hergestellt werden. Es ist jedoch nicht zu erwarten, daß für die Beurteilung wesentliche neue Gesichtspunkte aufkommen können. Gegebenenfalls könnten zusätzliche Ausführungen mündlich (oder auch schriftlich) nachgereicht werden.

## Aktenlage

Verwendet wurden die Akten des Landgerichts Augsburg mit dem Az 207 JS 14423/93.

Aus den vorliegenden Akten werden vor allem Materialien kriminalpolizeilicher Sicherstellungen, Einlassungen des Herrn Dr. R., Vernehmungsprotokolle und das Gutachten aus dem Institut für Rechtsmedizin München genutzt.

## Sachverhalt

Anlaß des Gerichtsverfahrens ist der Tod der Frau J. R. Sie litt an einer langjährigen Drogenabhängigkeit. Frau J. R. verstarb am 9.9.1993 unter den Umständen einer Barbiturat-Dihydrocodein-Mischintoxikation in ihrer Wohnung. Sie stand zum Zeitpunkt ihres Todes bereits mehrere Monate in Behandlung ihrer Drogensucht bei Herrn Dr. R. Von ihm bekam sie mehrmals in etwa wöchentlichen Intervallen große Mengen an Barbituraten (Medinox) und Dihydrocodein (Remedacen) verordnet.

Die gerichtsrelevante Fragestellung bezieht sich im wesentlichen auf die Angemessenheit dieser ärztlichen Behandlungsweise.

Im einzelnen werden dem Vernehmungsprotokoll von der Kriminalpolizei Augsburg und von der Staatsanwaltschaft am LG Augsburg, RA R. vom 4.11.1993 folgende Informationen entnommen (Seitenangaben in Klammern auf Akten bezogen):

1. Die Mutter von Frau J. R., Frau A. J., hat am 29.9.1993, um etwa 11.45 Uhr, Frau J. R. in ihrem Zimmer



auf dem Tisch liegend bewegungslos und nicht ansprechbar angetroffen. Ihr Körper sei noch warm gewesen und es habe der Eindruck bestanden, daß sie vielleicht noch geatmet habe. Es sei bräunliche Flüssigkeit als Erbrochenes im Mund gewesen. Frau J. habe versucht, die Tochter wiederzubeleben. Nachdem dies nicht gelang, holte sie den Notarzt, der offensichtlich Reanimationsmaßnahmen unternahm, jedoch letztlich nur mehr den Tod feststellen konnte.

2. Frau J. schildert die dem Todestag vorausgehenden Tage mit Frau J. R.: Frau J. R. sei hochgradig intoxikiert gewesen, sei wegen Schmerzen im Bein ärztlich behandelt worden - es sei ihr so schlecht gegangen, daß nach Meinung von Frau J. eine Krankenhauseinweisung nötig gewesen wäre, was aber durch konsultierte Ärzte (ärztlicher Notdienst und Dr. R.) nicht vollzogen worden wäre. Phasenweise hätte sie kaum mehr gehen können, hätte nur mehr gelallt und hätte auch zeitweise nur mehr aus einer Schnabeltasche erfolgreich trinken können.

3. Herr Dr. R. habe der Patientin in jenen Tagen am 23.9.1993 100 Kapseln Medinox und 100 Kapseln Remedacen verordnet. Zuletzt habe er am 27.9.1993 100 Kapseln Remedacen und 100 Kapseln Medinox verschrieben (S. 347). Dieses Verordnungsverhalten würde seit Mai 1993 praktiziert werden. Die Drogensucht - angeblich Barbituratsucht - solle schon etwa 15 Jahre vorliegen.

4. Es liegen mehrere Rezepte von Herrn Dr. R. vor, die die Verordnung von hohen Mengen von Betäubungsmitteln (Ritalin, L-Polamidon) auch an andere Patienten beinhalten. Teilweise wurden die zulässigen Tagesdosen überschritten und auch Mehrfachverordnungen für einen Tag vorgenommen. Die Details dazu finden sich in der Anklageschrift auf S. 348-350.

## Beurteilung

### I. Grundorientierungen der Suchtmedizin

Zum Verständnis der fachlichen Bewertung dieser Sachlage ist zunächst der Stand der Suchtmedizin kurz zu erörtern.

1) Es gibt derzeit keine suchtmmedizinische Spezialität im medizinischen Fächerkreis, sondern es besteht eine weithin in der Fachliteratur und auch in den Massenmedien erkennbare kontroverse Diskussion der adäquaten Therapie zwischen Vertretern der sogenannten Abstinenzprogramme, die bei Drogenabhängigen als einziges Mittel der Wahl eine Entwöhnungstherapie angezeigt sehen und den Vertretern der Substitutionstherapie, die generell die Indikation zur Abgabe von Ersatzmedikamenten gegeben sehen. Die letzte Gruppe ist eine wachsende Zahl von medizinischen Außenseitern in bezug auf die traditionell für Suchtkrankheiten zuständige Psychiatrie. Eine Grundlage dieser Bewegung ist die Initiative von Behandlern der HIV-infizierten Drogenabhängigen. Aus dieser gegenwärtig noch polarisierten Situation der Diskussion der Behandlungsrichtlinien Suchtkranker, bei der beinahe jede medizinische Spezialität Behandlungskonzepte vorschlägt, resultieren für den Nicht-Spezialisten deutliche Orientierungsschwierigkeiten in Hinblick darauf, was das richtige medizinische Handeln bei Suchtkranken ist. Diese Situation kann auch dazu verführen, Außenseitermethoden im Suchtbereich mit Standardmethoden zu verwechseln. Bedauerlicherweise werden auch Suchtberatungsstellen in diesen Fragen zu wenig konsultiert.

Führender Fachverband für Suchtfragen ist die »Deutsche Gesellschaft für Suchttherapie und Suchtforschung e. V.«, die bei der »Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren« in Hamm eingebunden ist. Der Verband konnte sich noch nicht entschließen, die Substitutionsbehandlungen mit Ersatzstoffen - vor allem in der oben dargestellten Form - zu akzeptieren oder gar Therapiestandards zu formulieren. Die Therapiebewertungsforschung ist diesbezüglich noch zu sehr im Fluß.

Auch der Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirates und des Ausschusses »Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene« der Bundesärztekammer hat für die Behandlung von Drogenabhängigen eine richtungsgebende Funktion. Er hat beispielsweise in dem für Ärzte bezüglich Behandlungsstandards wichtigen Publikationsorgan »Deutsches Ärzteblatt« zum Thema »Ersatzdrogen« die sehr restriktiven Kriterien der Behandlung mit Ersatzdrogen dargelegt (Deutsches Ärzteblatt 85 (1988), 5:B192-B193). Zuletzt (1994) wurde ein inzwischen gut verbreitetes Büchlein von NOWAK et al. zur Behandlung Drogenabhängiger herausgegeben (Schattauer Verl. Stuttgart), das den aktuellen Stand der Drogentherapie darstellt, jedoch in keiner Weise die Behandlungspraktiken von Herrn Dr. R. stützen läßt. Selbst wenn man berechtigt unterstellt, daß die Konzepte der Drogentherapie in Deutschland in Richtung Ausweitung der Substitutionstherapie im Wandel sind, so ist auch die neueste Publikation von G ÖLZ (1995) »Der drogenabhängige Patient« (Urban & Schwarzenberg, München) und die darin von ULMER dargelegten Ausführungen zur Codeinsubstitution nicht geeignet, die Behandlungsweise von Herrn Dr. R. zu stützen. Auch hier wird

allgemein die Substitution mit Dihydrocodein zurückhaltend beurteilt und die Substitution mit Methadon bevorzugt. Sicher ist auch, daß die Beigabe von den therapeutisch schwer steuerbaren Barbituraten zu Dihydrocodein kontraindiziert ist und nur Sondersituationen vorbehalten bleibt.

2) Die klinische Erfahrung zeigt gelegentlich, daß es gewisse Erfolge mit Dihydrocodein-substituierten Drogenabhängigen gibt. Eine Steigerung der sozialen Integration ist dabei möglich, dennoch wird die Sucht aufrecht erhalten. Erforderlich ist allerdings ein Abbau des Beigebrauchs von anderen Stoffen.. Dies verfolgt jede Substitutionsbehandlung als Therapieteilziel. Damit ist medizinisch betrachtet die Substitutionstherapie im engeren Sinne keine kausale Therapie, sondern eher eine palliative Therapie, die der Minderung von Beschwerden dient, ohne die Krankheit in ihrer »inneren Ablauflogik« zu beeinflussen. Nur nach sozialmedizinischen Kriterien wäre es im Sinne der »Besserung des sozialen Befindens« eine Behandlung. Dieser Aspekt hat unter dem Begriff der »harm-reduction« im Kreise der Suchtexperten eine zunehmende Bedeutung bekommen. Dies beruht vor allem auf den Praktiken und den Diskussionen in der anglo-amerikanischen Ländern, aber auch in der Drogenpolitik Hollands. In Deutschland ist die Substitutionstherapie an das Abstinenzziel geknüpft. Vage Andeutungen von Patienten, daß sie bald einen stationären Entzug machen wollten, reichen zur Zieldefinition der Substitutionstherapie nicht aus.

Der sachliche Kernpunkt und Nährboden der dargestellten Kontroverse trifft die Frage nach dem Umgang mit den Patienten, die noch nicht für die Entwöhnungstherapie motiviert sind. Die extrem niedrige Mitwirkungsbereitschaft (Compliance) von Drogenabhängigen regt zum Umdenken der Therapiekonzepte an. Etwa 70 bis 90% der jeweils lokalen Drogenszene sind in keinem suchtherapeutischen Kontakt, weil dieser von Abstinenzforderungen gegenüber dem Abhängigen geprägt ist und damit die Süchtigen überfordert. Durch hier entgegenkommende Substitutionsprogramme mit Methadon können andererseits im Extremfall (z. B. Amsterdam) bis zu 75% der vorhandenen Drogenszene »therapeutisch« (i. o. g. Sinne) erreicht werden. Im Regelfall werden in Deutschland hingegen neben den etwa 10% jährlich ausstiegsmotivierten und an Abstinenztherapieprogrammen interessierten Drogenabhängigen durchschnittlich noch zusätzliche 15% nach den Richtlinien für neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB-Richtlinien) erreicht. Mit einer Methadonsubstitution nach optimaler Ausschöpfung der NUB-Richtlinien könnten maximal etwa 25% zusätzlich erreicht werden. Auf diese Weise wären dann etwa mehr als 50% der Drogenabhängigen in kontinuierlichem therapeutischen Kontakt. In Hinblick auf den derzeit wesentlich geringeren Prozentsatz an therapeutisch erreichbaren Drogenpatienten (etwa 25%) kann es sein, daß die Hilfsbereitschaft der Ärzte von drängenden Drogenabhängigen angesprochen wird, wobei sich die Ärzte dann zumindest ethisch von dem Aspekt der Hilfeleistung motiviert fühlen können: Die Nichtvergabe von Medikamenten würde zu einer weiteren Verelendung und Kriminalisierung einer großen Anzahl der Patienten führen. Vor allem die Rolle von Hausärzten ist hier noch weitgehend ungeklärt. Andererseits wird diese Argumentation vermutlich auch oft als Begründung für ertragreiche Privat-Rezeptierungen niedergelassener Ärzte mißbraucht. Daher sind wie bisher die Empfehlungen der Bundesärztekammer Richtschnur des Behandelns der Drogenabhängigen. Abweichungen davon bedürfen besonders umsichtiger patientenbezogener Überlegungen, Abklärungen und Kontrollmaßnahmen. Darüber hinaus muß eine detaillierte Dokumentation der ärztlichen Maßnahmen erfolgen. Dies wurde auch von Ärzteverbänden wie dem Kreisverband Augsburg schriftlich gefordert.

3) Die Motivationsdefizite der Patienten führten in den letzten Jahren im Bereich der Drogenhilfe zu dem Konzept der Niederschwelligkeit und zu der sogenannten akzeptierenden Drogenarbeit. Das bedeutet, daß man soweit möglich auf die Patienten zugeht und nur wenige Vorbedingungen für eine Therapie oder Betreuung verlangt (vgl. »Kundenorientierung« der neueren Gesundheitsökonomie). Das kann auch so mißverstanden werden, daß die Medikationswünsche der Patienten akzeptiert oder gar kritiklos vollzogen werden. Die Medikationswünsche beziehen sich erfahrungsgemäß oft auf medizinisch absurde Medikamentenkombinationen. Es sind hier aus der Sicht der Praxis keine klaren allgemeinverbindlichen Empfehlungen für das Handeln substituierender Ärzte erkennbar. Einige Ärztekammern wie Hamburg und Westfalen-Lippe haben die Substitution mit Dihydrocodein in »begründeten Einzelfällen« als kunstgerecht anerkannt. Der Stand der derzeitigen Diskussion ist, daß durch die Zulassung der Methadon-Substitution nach den NUB-Richtlinien zunächst diese Möglichkeit der Methadon-Substitution genutzt werden sollte. Sollte diese Substitution nicht möglich sein, dann sollte jede anderweitige Substitution gut begründet sein (Nachweis der Nichteignung des Patienten für Entwöhnungstherapie) und sich nach diesen Richtlinien orientieren.

4) Die unstrukturierte, ziellose Verordnung von psychoaktiven Medikamenten an Suchtkranke ist eine über Jahrzehnte bekannte Handlungsweise der Ärzte. In den letzten Jahren gibt es verstärkte Bemühungen,

hier Regularien zu entwickeln. Es sind in der Tat gewisse Versäumnisse festzustellen, die auch teilweise in Bereich der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung den verantwortlichen Organen der Ärzteschaft zuzuordnen sind.

Der zentrale Punkt des aktuellen Wandels in der Drogentherapie ist also, daß die mangelnde Therapiemotivation der Drogenabhängigen nahelegt, zunächst mit medikamentösen Ersatzangeboten, vorzugsweise mit Methadon, an die Abhängigen heranzutreten.

Dihydrocodein ist vermutlich auch in Zukunft nur bei besonders zuverlässigen Patienten ein denkbare Mittel zur Substitution. Eine Anerkennung dazu steht aber noch aus. Festzuhalten ist aber, daß das Abstinenzziel ausdrücklich in den jeweiligen Behandlungsvertrag aufgenommen werden muß.

## II. Todesumstände von Frau J. R.

1. Der Tod von Frau J. R. läßt sich wohl am besten mit den Folgen der Mischintoxikation mit Barbiturate und Dihydrocodein erklären, wobei möglicherweise der reduzierte Allgemeinzustand der letzten Tage zu einer besonderen Anfälligkeit gegenüber den für Frau J. R. üblichen Dosierungen der Selbstmedikation geführt haben kann.

2. Diagnostisch handelt es sich bei Frau J. R. am ehesten um eine langjährige Polytoxikomanie incl. des Herointyps, mit dem besonderen Akzent einer langjährigen Barbituratabhängigkeit mit kaum vorhandener Veränderungsmotivation bzw. Therapiemotivation. Daraus leitet sich ein im Verhältnis zur Schwere der Störung zu geringes konkretes Mitwirkungsinteresse von Frau J. R. an suchttherapeutischen Prozeduren ab. Frau J. R. stand auch mit einer Suchtberatungsstelle Schwaben, mit Herrn K., in Kontakt, wobei auch hier bei Frau J. R. sehr wenig Motivation festzustellen ist, einen regelrechten Beratungskontakt zu halten. Dies ist aber die Voraussetzung für eine klassische abstinenzorientierte Therapie.

3. Offensichtlich war Frau J. R. in den letzten Tagen vor ihrem Versterben in einem kritischen Zustand. Obwohl Frau J. R. von mehreren Ärzten gesehen worden ist, erfolgte keine Einweisung, vor allem auch deswegen, weil Frau J. R. nach ärztlichen Angaben wohl keine Aufnahme wünschte und sich sogar entsprechenden Empfehlungen widersetzte. Dies gehört zu dem für Außenstehende schwer nachvollziehbaren Eigensinn der Suchtkranken, die meistens erst bei Konfrontation mit schwersten Störungen bereit sind, ihr Suchtmittelkonsumverhalten zu verändern oder gar eine Therapie zu machen. Grundsätzlich wäre es daher aus suchtmmedizinischer Sicht wahrscheinlich nur durch eine Zwangseinweisung über das Vormundschaftsgericht möglich gewesen, Frau J. R. kurzfristig in einer psychiatrischen Klinik unterzubringen, wo die Krise der Patientin überbrückt hätte werden können. Zum Zwecke des Barbituratentzugs wäre dabei ein etwa 5-wöchiger Aufenthalt erforderlich gewesen. Daß damit nachhaltige Veränderungen hätten bewirkt werden können, muß erfahrungsgemäß bezweifelt werden.

## III. Das ärztliche Handeln von Herrn Dr. R.

Bezug für die Beurteilung der ärztlichen Handlungsweise sind die bereits 1993 für die Ärzteschaft verfügbaren Kriterien im Umgang mit Drogenabhängigen. Davon sollen kurz folgende Aspekte herausgegriffen werden:

Im Juni 1993, im Deutschen Ärzteblatt 90, Heft 24, Seite A 1812 bis 1818 werden die Vorschriften der

4. Novelle der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung dargelegt. Dort werden Indikationsstellung, Dosierungen, Tagesdosen, Rezeptieverhalten u. dgl. genauer dargelegt. Beispielsweise ist daraus ersichtbar, daß der beabsichtigte Zweck der Verordnung von Betäubungsmitteln auf keine andere Weise erreichbar sein muß. Für eine Substitutionstherapie bei Drogenabhängigen muß derzeit auch die mangelnde Eignung für eine Entwöhnungstherapie (Abstinenztherapie) nachgewiesen werden (S. A 1812).

Darüber hinaus hat der Augsburger Ärztliche Kreisverband, repräsentiert durch Dr. Dorn, im ärztlichen Mitteilungsblatt Schwaben Nr. 4 im August 1993 Regeln zur Dihydrocodeinsubstitution erfaßt. Solche Regeln waren schon seit Jahren bereits in den breiten ärztlichen Fachkreisen schon öfters diskutiert worden, wie beispielsweise in Leserbriefen im Deutschen Ärzteblatt u, dgl. Es handelt sich bei den Mitteilungen des Augsburger Ärzteverbands um einen 12-Punkte-Katalog, bei dem folgende Punkte wichtig sind (s. S. 210 d. Akte):

### 1. Betr. Punkt 3 der Regeln:

Es muß eine überzeugende Indikation (mit Therapieplan) gestellt werden. Aufgrund der mangelhaften Unterlagen von Herrn Dr. R. und auch in Hinblick auf seine mündliche Einlassung muß davon ausge-

gangen werden, daß die verordneten Medikamente Medinox und Remedacen ohne solide Begründung verordnet wurden. Die Angabe von Patienten alleine, diese Stoffe zu benötigen, ist kein Grund zur Verordnung. Eine spezifische Diagnostik muß erfolgen, gegebenenfalls unterstützt durch die Konsultation des Drogenberaters. Auch ein erfahrener Psychologe in einer Beratungsstelle wie Herr K. kann hier tragfähige suchtdiagnostische Beurteilungen abgeben als ein Allgemeinarzt.

#### 2. Betr. Punkt 4 der Regeln:

Es ist eine ständige Therapiekontrolle, insbesondere in Hinblick auf den Nebengebrauch vorzunehmen, wobei auch Urinkontrollen erforderlich sind. Davon ist in den Unterlagen nichts vermerkt. Es ist daher nicht davon auszugehen, daß eine geeignete Therapiekontrolle stattgefunden hat.

#### 3. Betr. Punkt 7 der Regeln:

Die Dihydrocodein-Abgabe soll nur in 3-Tagesmengen erfolgen. Es wurden von Herrn Dr. R. wesentlich größere Dosierungen verabreicht. Die Einnahme der Tabletten wurde nicht reglementiert.

#### 4. Betr. Punkt 9 der Regeln:

Es soll ein schriftlicher Behandlungsvertrag abgefaßt sein. Dieser läßt sich für Frau J. R. nicht finden.

5. Der Arzt muß eine Qualifikation für die Substitutionstherapie nachweisen können. Dies ist ebenfalls nicht der Fall, da Herr Dr. R. sich nicht für die Methadonsubstitution qualifiziert hat.

6. Darüber hinaus ist ja der besonders gravierende Umstand gegeben, daß Herr Dr. R. die Barbiturate so verordnete, daß keinerlei mittelfristige Programmtaktik erkennbar war. Diese Medikamente sind besonders gefährlich, weil sie im Gegensatz zu Benzodiazepinen eine wesentlich geringere therapeutische Breite haben. Ein Umstellen auf Benzodiazepine wäre im Prinzip möglich gewesen, es hat allerdings den Nachteil, daß damit auch eine Benzodiazepinsucht ausgelöst werden kann. Andererseits sind die Benzodiazepine auf der Drogenszene die führenden Medikamente, daß eher anzunehmen ist, daß Frau J. R. auch mit diesen Medikamenten Erfahrungen hatte. Zumindest der Entscheidungsvorgang dazu wäre erforderlich und zu dokumentieren gewesen. Auch wurden die Wechselwirkungen der Medikamente im Hinblick auf ihre atemantriebsdämpfenden Effekte nicht bedacht. Inwieweit Frau J. R. darüber informiert worden war, bleibt fraglich.

7. Grundlegend fehlt der gesamten Behandlung ein therapeutisches Gesamtkonzept, vor allem was bilateral zwischen Arzt und Patientin vereinbarte Therapieziele der Substitution betrifft (z. B. Zeitrahmen).

### Zusammenfassung

Zusammenfassend ist daher davon auszugehen, daß Herr Dr. R. eine mangelnde Qualität und Qualifikation in der hier dokumentierten Phase der Behandlung der polyvalent drogenkonsumierenden und drogenabhängigen Frau J. R. zeigte. Damit waren hohe Risiken der Behandlung gegeben, daß die Patientin in ihrer Suchtentwicklung weiter voranschreitet und auch möglicherweise an einer Überdosierung verstirbt, was dann wohl offensichtlich auch der Fall war.

#### - Stellungnahme des Beschuldigten —

Nach meiner persönlichen Meinung handelt es sich in diesem Strafverfahren seitens der Staatsanwaltschaft um einen politischen Prozeß, mit dem Ziel, von der desolaten staatlichen Drogenpolitik abzulenken.

Im Begleitwort zum Buch von Gorm Grimm »Die Lösung des Drogenproblems« hieß es bereits 1985: »Die offizielle Drogenpolitik im Hinblick auf die Behandlung Drogenstüchtiger beschränkt sich heute in der Bundesrepublik Deutschland auf Zwang, Abschreckung und Strafe.«

Nach meiner persönlichen Meinung hat sich daran bis heute nichts geändert und erkennbare Erfolge dieser Drogenpolitik sind ausgeblieben.

Auch in diesem Jahr ist die Zahl der Drogentoten wieder höher als im vergangenen.

Süddeutsche Zeitung vom 20.11.1995: «... Er ist in der diesjährigen Statistik des Polizeipräsidiums, die im Vorjahr zur gleichen Zeit 65 Fälle dieser Art verzeichnete, der 74. Drogentote.»

Vor einigen Wochen verdeutlichte Frau Minister Stamm von der Bayerischen Staatsregierung in einer Diskussionsrunde (Talk im Turm) im Kreise u. a. ihrer Amtsbrüder und -Schwestern weiterer Bundesländer diese meine persönliche Meinung.

Die Diskussion um die Legalisierung von Haschisch wurde von ihr nahezu verteufelt, aber sie stellte fest, alles Übel liege im Alkoholmißbrauch und rief zur Vorbildwirkung auf diesem Gebiet auf, dabei aber vergessend, oder aber aus anderen Gründen nicht darauf eingehend, wer denn alljährlich beim Oktoberfest bzw. am Nockerberg vor laufenden Fernsehkameras das erste Maß Bier dem Volke zutrinkt. Kein Staatsanwalt käme auf die Idee, in diesen Vorgängen den Tatbestand der Volksverführung erfüllt zu sehen. Jährlich sterben ca. 30-40 Tsd. Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums.

Es wird seitens der Anklage nichts unterlassen, die Situation zu verschärfen:

1. Bereits bei der Ermittlung wird versucht, durch Vortäuschung falscher Tatsachen zusätzliche Straftatbestandsmerkmale zu konstruieren.

So wird eine 100%ige Überschreitung der zulässigen einfachen Tageshöchstverschreibungsmenge für Ritalin unterstellt, was den Festlegungen im BtMG widerspricht. Gleiches gilt für das Gutachten des Herrn Dr. J. (?) Tatsache ist, daß die einfache Tageshöchstverschreibungsmenge für Ritalin nicht 200 mg, sondern 400 mg beträgt.

Erst auf Intervention durch die Verteidigung wird diese Anschuldigung fallengelassen.

2. Im Ermittlungsbericht und im Gutachten der Sachverständigen Dr. J. (?) wird festgehalten: »Es muß davon ausgegangen werden, daß die Verstorbene alle von Dr. R. verschriebenen Tabletten eingenommen hat.« Diese Feststellung ist falsch!! Bei gewissenhafter Prüfung der Beweismittel (Rezepte) ist erkennbar, soweit ein Interesse vorliegt, daß die Rezepte nur teilbeliefert bzw. gar nicht beliefert waren.

3. So am 23.09.1993 20 Kaps. Remedacen (20 Tabl. = DM 30,35)  
20 Tabl. Medinox Mono (20 Tabl. = DM 9,95)  
am 24.09.1993 20 Tabl. Medinox Mono  
am 25.09.1993 20 Tabl. Medinox Mono  
am 27.09.1993 20 Kaps. Remedacen  
20 Kaps. Medinox Mono

Zum Sachverständigen der Staatsanwaltschaft Herrn Dr. J.:

Selbst wenn von der Staatsanwaltschaft bestellt, ist zu erwarten, daß auch bei strafrechtlicher Fragestellung die Grundregeln wie bei einem unabhängigen Sachverständigen eingehalten werden:

Der Sachverständige ist eine Person, die kraft ihrer besonderen Sachkunde dem Richter die ihm fehlende Kenntnis von Erfahrungssätzen vermittelt oder die Beurteilung des Tatbestandes ermöglichen soll. (Gutachten Fibel, H. H. Marx, Georg Thieme Verlag Stuttgart) Dabei wird Unparteilichkeit erwartet.

Als langjähriger Gutachter beim Sozialgericht Augsburg habe ich bei jedem Gutachten-Auftrag folgende Aufforderung zu beachten: »Bitte prüfen Sie sofort, ob der Auftrag in Ihr Sachgebiet fällt und ohne Hinzuziehung weiterer Sachverständiger erledigt werden kann. Ist dies nicht der Fall, verständigen Sie bitte das Gericht unverzüglich. Gleiches gilt, wenn Sie Zweifel am Inhalt und Umfang des Auftrages haben.«

Ich melde bei dem von der Staatsanwaltschaft bestellten Gutachter Herrn Dr. J. Bedenken dahingehend an, daß er die Voraussetzungen nicht erfüllt, um den an ihn gestellten Gutachtensauftrag annehmen zu dürfen.

Begründung:

1. Herr Dr. J. schildert in seinem Gutachten (und wiederholt es mündlich) die Wirkung der Barbiturate und stellt als besonders verheerend den »hang-over-Effekt«, mit dem alles seinen Anfang nehme, dar. Er verschweigt aber dem Gericht, daß gerade dieser Effekt bei Barbiturat-Langzeit-Abhängigen in so abgeschwächter Form auftritt, daß sie eben so ungewöhnlich hohe Mengen dieses Medikamentes tolerieren (Daunerer M., Akute Intoxikationen). Ursache dafür ist eine Enzym-Aktivierung in der Leber, wodurch es zu einem rascheren Abbau der Barbitursäurederivate kommt.
2. Der Gutachter nimmt zur Frage der Behandlung Drogenabhängiger Stellung, obwohl anzunehmen ist, daß er über die für eine derartige gutachterliche Aussage erforderliche Erfahrung nicht verfügt. In einem Aufsatz aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München (Drogentodesfälle durch dihydrocodeinhaltige Ersatzmittel; (62) Dt. Ärztebl. 90, Heft 8, 1993), dem der Gutachter Herr Dr. J. meines Wissens angehört, ist abschließend festgeschrieben: »Als Rechtsmediziner ohne eigene therapeutische Erfahrung im Umgang mit Drogenabhängigen können wir die dargestellten Gefahren der DHC-Substitution nicht gegen mögliche Vorteile abwägen.«

Der Gerichtsmediziner hat naturgemäß Erfahrung nur an Toten und an Drogenabhängigen im Gerichtssaal. Hier ist ein Gutachter gefragt, der Erfahrung mit lebenden und nicht unter staatlichem Zwang stehenden Drogenkonsumenten hat.

3. Der Herr Gutachter gibt allgemeine Erklärungen ab, zu den Kernfragen:

3.1 Ist ein Pentobarbital-Blutspiegel von 16 mg/Liter ist mit absoluter Sicherheit eine zum Tode führende Blutkonzentration.

Literatur:

3.1.1 Mitteilung des Bundesgesundheitsamtes vom 20.06.1995, S. 6

| Wirkstoff     | potentiell<br>letale Dosis | Lit.Nr. | mittlere<br>hypnot. Dosis | Lit.-Nr. |
|---------------|----------------------------|---------|---------------------------|----------|
| Pentobarbital | unbekannt                  | /       | 0,1g                      | (9,1)    |

3.1.2 Toxikologie, Wirth/Glohuber, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1994, S. 334

Potentiell letaler Blutspiegel

Mögliche Indikation zur Hämo-perfusion: 10-50! mg/Liter

3.1.3 Medical Toxycology, Ellmhorn

|  |                |
|--|----------------|
| Drowsy                                 | 0,8 ±0,2 mg/dl |
| Stuporous                              | 1,4 ±0,3 mg/dl |
| Coma 1 (responsive to pain)            | 1,8 ±0,2 mg/dl |
| Coma 2 (unresponsive to pain)          | 2,2±0,2 mg/dl  |
| Coma 3 (mild vital sign instability)   | 2,6±0,2 mg/dl  |
| Coma 4 (severe vital sign instability) | 3,4±0,6 mg/dl  |

3.1.4 Daunderer Max, Akute Intoxikationen, Urban &c Schwarzenberg, 3. Auflage

|               |                      |              |              |
|---------------|----------------------|--------------|--------------|
| Pentobarbital | therapVbzw. ungiftig | toxisch      | letal        |
| (akut)        | lül mg/Liter         | 4-6 mg/Liter | 100 mg/Liter |
| (chronisch)   | Serum 15-35 mg/Liter | 40 mg/Liter  | 100 mg/Liter |

ebensowenig wie zur 2. Kernfrage:

Wie wird die vorgefundene Lage der Verstorbenen erklärt: Vor dem laufenden Fernsehgerät auf dem Tisch liegend??

3.2 Ist mit Sicherheit eine weitere Todesursache auszuschließen, speziell die Frage: Ist bei bekanntem erhöhtem Thromboserisiko bei der Verstorbenen mit Sicherheit der Tod, verursacht durch eine Lungenembolie ausgeschlossen?

Das erhöhte Thromboserisiko ergibt sich aus der Tatsache, daß die Verstorbene wegen eines Kniegelenkergusses einen immobilisierenden Verband über 2 große Gelenke bekommen hatte (zur Frage des erhöhten Thromboserisikos bei genannten Voraussetzungen liegt ein umfangreiches Schrifttum vor und kann jederzeit vorgelegt werden).

Im Obduktionsbericht wird der rechte immobilisierte Unterschenkel »etwas teigig geschwollen« beschrieben (auch durch das 2. Gutachten von Frau B. nicht geklärt, weil nicht untersucht!).

Weiter ist zu lesen, die Lunge betreffend, »im Oberlappen rechts jedoch mit deutlicher Flüssigkeitseinlagerung«. Dieser Befund wird im 1. Obduktionsprotokoll nicht diskutiert.

Im 2. (histologischen) Gutachten von Frau Dr. B. sind zwar mehrere Lungenabschnitte histologisch untersucht worden, eine Schichtung des rechten Lungenoberlappens ist nicht erfolgt. D. h., es sind Stichproben, aber keine systematische und vollständige Untersuchung des rechten Lungenoberlappens durchgeführt worden. Nur diese kann mit absoluter Sicherheit ein embolisches Mikrogeschehen nachweisen. So kann exakt nur gesagt werden: Eine Embolie konnte nicht nachgewiesen werden. Ausgeschlossen werden kann sie so nicht.

Die Formulierung »mit absoluter Sicherheit« ist in medizinischen Fragen immer fragwürdig und findet sich in wissenschaftlichen Arbeiten nicht.

Als Vergleich: Bei beispielsweise der Feinnadelpunktion der Vorsteherdüse zur Feststellung eines Carcinoms können auch mehrere durch Punktion gewonnene Gewebepartikel ohne histologischen, also feingeweblichen Nachweis von Krebsgewebe sein. Erst bei der Schichtung, d. h. Fixieren des betreffenden Organes und Schneiden in viele dünne Scheiben (die Dicke beträgt Bruchteile eines Millimeters) kann eine zuverlässige Aussage getroffen werden.

Beantwortet ist dabei immer noch nicht, warum der Sekundenherztod als Folge eines vaso-vagalen Reflexgeschehens als Todesursache mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen sei. In diesem Fall ist morphologisches Substrat nicht zu erwarten (vergleichbar dem plötzlichen Kindstod).

Erklärung aus der pathologischen Physiologie:

Das erhöhte Thromboserisiko bei über zwei große Gelenke immobilisierenden Verbänden (d. h. wenn eine Extremität durch einen Verband so ruhiggestellt wird, daß zwei große Gelenke

geschieht werden, bei der Verstorbenen das Fußgelenk und das Kniegelenk des rechten Beines) ist bekannt!

»Nach Verletzungen der unteren Extremitäten und immobilisierenden Verbänden muß mit dem Auftreten einer tiefen Beinvenenthrombose gerechnet werden. (3)«

Die Pathophysiologie der tiefen Beinvenenthrombose mit der konsekutiven Lungenembolie ist seit über 100 Jahren medizinisches Allgemeingut.

Die 3 wesentlichen pathogenetischen Faktoren

1. die venöse Stase im Niederdrucksystem (immobilisierender Verband)
2. die Endothelschädigung und (Knie trauma — hämorrhagisches Punktat)
3. die erhöhte Gerinnbarkeit des Blutes (D-Dimer!!)

sind heute noch als »Vircho'sche Trias« anerkannt.

Zwei Faktoren der »Vircho'schen Trias« sind bei der Verstorbenen erfüllt, der dritte wurde von der Gerichtsmedizin nicht untersucht.

Literatur:

1. Europäische Konsensus-Erklärung 1992, »Die Prävention der venösen Thromboembolie«
2. »Heparin«, Aktuelle Berichte - Analysen - Meinungen, 11/92
3. Dt. Ärzteblatt 92, Heft 28/29, 17. Juli 1995

Unerwähnt bleibt im Obduktionsbericht vom 06.10.1993 die im »vorläufigen Sektionsergebnis« vom 30.09.1993 getroffene Feststellung: »Des weiteren könnte auch ein bereits seit längerem vorhandener akuter Infekt für das Ableben in Frage kommen.«

Der Infekt ist bekannt (Kieferhöhlenentzündung!) und dokumentiert.

Eine infektbedingte Vorschädigung kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden (vorläufiges Sektionsergebnis).

»So können (Kardiologie in Klinik u. Praxis, Kraynbühl u. Kubier, Georg Thieme Verlag), bei einem ... Vorgeschiedigten bereits kleinere Embolien zu einer katastrophalen Kreislauftsituation führen. In über 90% findet sich als Emboliequelle eine Thrombose der tiefen Bein- oder Iliacavenen. Eine Embolisierung erfolgt mehr in die rechte als die linke Lunge.«

4. Nicht auf das dem Gutachter bekannte freisprechende Urteil von Aschaffenburg in vergleichbarer Sachlage ist Herr Dr. J. eingegangen.

Er hat somit das Gericht glauben zu machen versucht, meine Verschreibungsgewohnheit den Drogenabhängigen gegenüber sei etwas absolut Verwerfliches und empörend.

Am 06.12. d. J. lädt die Bayerische Landesapothekerkammer zu einer gemeinsamen Veranstaltung mit dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München zum Thema »Aktuelle Probleme bei der Substitution Drogenabhängiger mit DHC«, es referiert Prof. Dr. W. Eisenmenger, Vorstand des Institutes für Rechtsmedizin der Universität München, zu dem Ärzte und Apotheker gleichermaßen bedrängenden Problem.

Kein Drogenspezialist ist zu dieser Veranstaltung mit eingeladen!!

AufS. 4 wird über Mengenverhältnisse gesprochen - da geht es um die »Verwendung größerer Mengen, z. B. 200 Remedacen-Tabletten, 100 Rohypnol-Tabletten oder 1000 ml = 1 Liter!! DHC-Saft«.

Herrn Dr. J. sind diese Mengenverordnungen offensichtlich unbekannt - von einem »Rechtsmediziner ohne eigene therapeutische Erfahrung im Umgang mit Drogenabhängigen« nicht unbedingt zu erwarten.

Woher nimmt der Herr Dr. J. die Erfahrung, um über eine »ordnungsgemäße Verschreibungspraxis« gutachterlich Stellung nehmen zu können?

Wann hat Herr Dr. J. letztmals ein Rezept ausgestellt?

Dann kann man aber ein Gutachten mit dieser konkreten Fragestellung guten Gewissens nicht annehmen.

5. Der Herr Gutachter kann zu den entscheidenden Fragen keine Erklärung abgeben - außerdem zeigt er durch seine wertenden Äußerungen (»Es ist empörend«, wobei ich mich nicht mehr erinnere, worüber sich der Herr Gutachter empört hat, sowie seinen Hilferuf an die Presse, die auch ohne rechte Sachkenntnis staatsstreu folgt) fehlende Unparteilichkeit und verletzt durch Weglassen die Grundregeln wissenschaftlichen Handelns und ist nach meiner Meinung als Täuschung auszulegen. Herr Dr. J. ist von mir als Gutachter abzulehnen.

Literatur: auszugsweise,

Broad, W. u. Wade N.: Betrug und Täuschung in der Wissenschaft, Birkhauser Verlag Basel, 1984

Wenn ich die Drogenkarriere der verstorbenen Frau J. R. in das Verhältnis setze zu der Zeit, die sie in meiner Behandlung war, nämlich vom 20.08.1993 bis 02.09.1993, das sind 14 Tage, und vom 23.09.1993 bis 27.09.1993, das sind nochmal 4 Tage, also insgesamt 18 Tage, bei 15 Jahren Abhängigkeit, so habe ich einen Anteil von etwa 0,3% an diesem sehr wechselhaften Schicksal.

Dr. med. H. R.

- Brief des beschuldigten Arztes zum Vollzug der Bundesärzteordnung -

Vollzug der Bundesärzteordnung (BÄO)

Sehr geehrte Frau Oberregierungsrätin H.,

der Vorwurf des Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz bezieht sich auf die Verschreibung des Präparates Ritalin in zwei Fällen.

Ritalin ist als Therapeutikum aus der Kinderpsychiatrie bekannt. Es wird zur Behandlung des hyperkinetischen Syndroms eingesetzt. Darüber existiert ein umfangreiches Schrifttum.

Das Suchtpotential dieses Präparates wird bei Kindern als sehr gering eingeschätzt, selbst nach mehrjähriger Gabe. Erfahrung diesbezüglich bei Erwachsenen sind sehr spärlich.

Rapaport et al. fanden ein ähnliches Wirkprofil der Stimulantien (denen Ritalin zugehört) in Hinblick auf die Beeinflussung der motorischen Aktivität und verschiedener kognitiver Parameter sowohl bei hyperkinetischen Kindern als auch bei gesunden Kindern und bei Erwachsenen. Längsschnittuntersuchungen hätten gezeigt, daß hyperkinetische Kinder auch noch im Erwachsenenalter eine überschießende motorische Aktivität aufwiesen. Sie gehören zu einer Risikogruppe für das Auftreten dissozialen Verhaltens im Erwachsenenalter.

Im Hinblick auf den späteren Drogenmißbrauch bei einem Teil dieser Patienten ist bemerkenswert, daß die Gabe von Stimulantien im Kindesalter nicht zur Entwicklung einer Abhängigkeit von diesen Substanzen führe (Schulz u. Renschmidt - Hyperkinetisches Syndrom im Kindes- u. Jugendalter; Med. Mo. Pharm.; 14Jahrg.,H.5;1991).

Besteht bei Erwachsenen eine psychische Abhängigkeit von Stimulantien (z. B. Ritalin), so entwickelt sich eine Toleranzsteigerung, bei der die tägliche Dosis die therapeutische Dosis um ein vielhundertfaches überschreiten kann (Medizin-Gesamtdarstellung; Bd. V, Kap. VI, S. 6-7). Verbesserung der Leistung und Leistungsmotivation sowie günstige Wirkung auf die soziale Anpassung werden bei der Behandlung von Kindern mit hyperkinetischem Syndrom festgestellt (J. Martiniusi in: Kinder- u. jugendpsychiatrische Pharmakotherapie in Klinik u. Praxis; Springer Verlag 1984).

Dieser Effekt wird als »paradox« bezeichnet, da bei der Behandlung eines hyperkinetischen Syndroms mit Stimulantien (z. B. Ritalin) nicht nur eine der Pharmakologie entsprechende Steigerung des Antriebes (Aufputschmittel) ausbleibt, sondern eine Abnahme motorischer Aktivitäten, eine Verbesserung von Ausdauer und Konzentration und eine Verringerung emotionaler Schwankungen registriert worden war. Entfallen die Stimulantien ihre »paradoxe« Wirkung, sind sie in jedem Alter indiziert.

Die notwendige Tagesdosis von Ritalin beträgt nach Prof. Huessy bei der Behandlung des hyperkinetischen Syndroms bei Kindern 5-100 mg. Die Medikation solle so lange wie möglich durchgeführt werden. Nach Prof. Huessy werden viele der hyperkinetischen Kinder zu hyperkinetischen Erwachsenen, die auf die gleiche Medikation reagieren. Er verweist auf eigene Patienten, die dieselbe Menge von mg/kg Amphetamin seit 35 Jahren erhalten, mit der gleichen guten Wirkung (Prof. Dr. H. R. Huessy, University of Vermont, College of Medicine, 1 South Prospect, USA-Burlington, Vermont 05405).

Einer meiner jugendlichen Patienten war im Kindesalter in kinderpsychiatrischer Behandlung, wurde mit Ritalin therapiert, eine Abhängigkeit hat sich nicht ausgebildet.

Aus dieser Erfahrung heraus hielt ich es für vertretbar, in den zwei relevanten Fällen Ritalin einzusetzen. Beide Patienten zeigten Verhaltensweisen, wie sie dem hyperkinetischen Syndrom bei Kindern zuzuordnen sind, wie verminderte Aufmerksamkeitsspanne, allgemeine, teils schlecht gesteuerte Übererregbarkeit bei leichter Ablenkbarkeit, Affektstörungen, gestörtes Selbstbewußtsein. Diese Auffälligkeiten subsummiere ich unter dem Begriff: soziale Anpassungsschwierigkeiten.

In einem Fall habe ich nach zweimaliger Verordnung (02.07.1993 und 06.07.1993) von jeweils 20 Tabletten Ritalin diese Behandlung abgebrochen, weil mir der Patient dafür ungeeignet erschien.



Im zweiten Fall konnte ich einen guten Therapieeffekt erkennen. Der Patient erhielt jeweils 20 Tabletten verschrieben, befolgte vor allem meine Anweisung gewissenhaft (2x tägl. 10 mg) und hatte glaubwürdig einen Therapieplatz in absehbarer Zeit in Aussicht.

Die von mir vorgenommene und ausreichende Dosierung (20 mg/Tag) lag weit unter der für die Behandlung von Kindern empfohlenen Höchstmenge (100 mg/Tag) und ließ keinen Raum für den Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Abhängigkeit von Stimulantien.

Bei der letzten Verordnung erhielt der Patient 40 Tabletten, da zu diesem Zeitpunkt mein Urlaub bevorstand und die Verordnung zur Überbrückung bis zum Beginn der stationären Entzugsmaßnahme (Opiode) dienen sollte.

Damit war die zulässige Höchstmenge von 400 mg/Tag nicht überschritten und die Behandlungsdauer von bis zu 30 Tagen eingehalten.

Die Unterhaltung und Förderung eines Suchtverhaltens gegenüber Opioiden durch diese kurzzeitige und niedrige Dosierung von Ritalin halte ich für ausgeschlossen.

Den beabsichtigten Zweck hielt ich auf andere Weise nicht erreichbar, wie eventuell durch Verhaltens- bzw. psychotherapeutische Maßnahmen, da die stationäre Entzugsmaßnahme bevorstand und die Zeit dafür nicht ausreichte.

Zu meinem Verschreibungsverhalten von Betäubungsmitteln allgemein kann ich nachweisen, daß ich gewissenhaft damit umgehe. Ich setze Betäubungsmittel ausschließlich zur Schmerzbekämpfung bei malignen Tumorerkrankungen bzw. bei schweren Unfällen (bei der Struktur meiner Praxis extrem selten), ein. Bei den Drogen- und Tablettenabhängigen, die sich in meiner Behandlung befanden, handelte es sich ausschließlich um langjährig abhängige Menschen, einschließlich der Verstorbenen, die vorgaben, entweder einen Therapieplatz oder eine Haftstrafe in Aussicht zu haben. Bei allen chronisch Kranken, die neu in meine Praxis kommen, verfähre ich nach dem alten Grundsatz: Anfangen, wo der Patient steht und mit ihm weitergehen. Und das auch bei den Suchtpatienten.

Nur so kann man Zugang zu diesen Menschen bekommen, eine unverzichtbare Voraussetzung für die Vorbereitung der Langzeitentwöhnung.

Mein Ziel war es, die Betroffenen zum Ausstieg aus dem Suchtverhalten zu motivieren. Die bekannten und anzustrebenden Fakten, wie: Beschaffungsdruck (damit vielleicht auch Beschaffungskriminalität) verringern, einer HIV-Infektion vorbeugen und oft die soziale Wiedereingliederung erreichen, sind nur über den Weg des zu erwerbenden Vertrauens, das man nicht oktruieren kann, zu verwirklichen.

Dieses Vorhaben ist, wenn überhaupt, nicht in Wochen zu realisieren.

Ich habe diesen Patienten ein überdurchschnittliches Maß an Zuwendung gegeben, was sich schon zeitweilig nachteilig auf den normalen Praxisablauf auswirkte, mich aber an dieser Verfahrensweise dem kleinen Patientenkreis der Abhängigen gegenüber nicht hinderte.

Weitere dieser Problempatienten habe ich dann aber aus diesem Grund nicht mehr angenommen, obwohl ich noch mehrmals darum gebeten wurde.

Wenn ich hohe pro-Rezept-Mengen verschrieben habe, glaubte ich davon ausgehen zu können, daß die über viele Jahre von diesen Medikamenten abhängigen Patienten durchaus damit umzugehen verstünden und ich sie zunächst mit den bis dahin benötigten Mengen versorgen müsse.

Aus der Literatur ist bekannt, daß bei Barbituratabhängigkeit Tagesrationen von über 1200 mg (Pentobarbital-Toleranz-Test), was mehr als 12 Kapseln Medinox Mono entspräche, eingenommen werden.

Die Verstorbene gab anamnestisch an, täglich 16 Kapseln Medinox Mono zu benötigen. Für Codein (z. B. Codeinum phosph. Compretten) wird in der Literatur die mittlere erreichte Dosis mit 754 mg (15 Compretten), der Spitzen wert mit 7500 mg angegeben. Für Dihydrocodein (Remedacen) lag die mittlere erreichte Dosis bei 489,9 mg (16 Kapseln) pro Tag, das noch überlebte Maximum bei 3600 mg (120 Kapseln pro Tag) (W. Keup; Mißbrauchpotential von Codein und Dihydrocodein; Med. Mo. Pharm.; J. 16; H. 7; 1993). Im Kurzbericht über »Todesfälle durch DHC-Substitution« von R. Penning et al., Dt. Ärztebl. 90, H. 8 vom 26.02.1993 wird auf die fatalen Folgen unsachgemäßer Handhabung hingewiesen, aber gleichzeitig eingeräumt, mangels eigener therapeutischer Erfahrung mit Drogenabhängigen die Gefahren gegen mögliche Vorteile der DHC-Substitution nicht abwägen zu können.

Es gibt aber Mitteilungen, wonach die durchschnittliche Mortalität unter den Dihydrocodein-Substituierten sogar noch etwas unter der Todesrate der Methadon-Substituierten und deutlich unter der Mortalitätsrate unbehandelter Drogenabhängiger läge.

Die Sensibilität dieser Problematik war mir zu dem Zeitpunkt, in dem sich die Drogen- und Tablettenabhängigen in meiner Behandlung befanden, in diesem Umfang nicht bewußt.

Ich meine aber, daß infolge der Kürze der durch mich erfolgten Verordnung von Barbituraten und Codeinpräparaten im Vergleich zu der Länge der bestehenden Abhängigkeit eine Unterhaltung und Förderung der Sucht in der Form, daß eine Körperverletzung daraus abgeleitet werden kann, nicht gegeben ist.

Das Problem liegt sicher mit darin begründet, daß die Behandlung Drogen- und Tablettenabhängiger nach schulmedizinischen Regeln nur in einem sehr kleinen Prozentsatz realisierbar ist, aber nach schulmedizinischen Regeln beurteilt wird.

Es ist bekannt, daß sich von den etwa 2,5 Millionen in Deutschland geschätzten Abhängigen (ohne Nikotinabhängige) nur etwa 4500 (0,18%) in Behandlung nach den NUB-Richtlinien zur Substitution befinden (Ergebnis einer Umfrage der KBV 1993), wobei die Angaben in der Literatur schwanken.

Seitens der Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin wird festgestellt, daß in Deutschland über 90% aller Drogenabhängigen keinerlei Therapie erhalten. Sogenannte drogenfreie Langzeittherapien stünden nicht einmal für 4% der Betroffenen zur Verfügung. Auch die Substitution mit Methadon erreiche nur wenige Prozent. Angesichts dieser verheerenden Lage sei Linderung schon ein Erfolg ärztlichen Handelns.

Einmal, weil nicht genügend Behandlungsplätze zur Verfügung stehen und zum anderen, weil viele der Abhängigen diese Form der Substitution wegen der strengen Reglementierung ablehnen, nach meiner Auffassung aber von einer Betreuung nicht ausgeschlossen werden sollen.

Ich habe eine der im Strafverfahren angeführten Personen noch bis Januar 1994 in meiner Betreuung gehabt.

Ich habe entsprechend den Empfehlungen in den NUB-Richtlinien zur Substitution (die sich im engeren Sinn auf die Substitution durch Methadon beziehen und regeln, unter welchen Voraussetzungen die Methadon-Substitution kassenärztlich abrechenbar ist!) Drogen-Screening veranlaßt und jedesmal Barbiturate im Urin nachweisen können, ohne ihr welche verschrieben zu haben.

Und so erfolgte die bei sauberem Urin in Aussicht gestellte DHC-Substitution nicht und die betreffende Person ist dann weggeblieben - was sicher nicht bedeutet, daß sich ihr Suchtverhalten geändert hat.

Diese Patientin stand einer stationären Entzugsbehandlung aufgeschlossen gegenüber. Ich konnte dieses Vorhaben nicht weiter verfolgen.

Auch die Verstorbene hat mir wiederholt während der kurzen! Behandlungszeit versichert, einen Therapieplatz bereits fest zu haben.

Sie hat ihn mir gegenüber datiert und auch dadurch glaubhaft gemacht, daß sie den Therapieplatz schon aus dem Grund annehmen müsse, da die Zwangsräumung ihrer Wohnung für diesen Zeitpunkt angeordnet sei.

Die Verordnung der Drogenersatzstoffe sollte der Überbrückung dienen.

Die Verstorbene war nach ihren Angaben seit 15 Jahren (!) barbituratabhängig, sie befand sich vom 20.08.1993 bis 02.09.1993 und vom 23.09.1993 bis 27.09.1993 in meiner Behandlung.

Die vier Patienten, denen gegenüber mir Körperverletzung durch Unterhaltung und Förderung einer Sucht angeschuldigt wird, befanden sich zwischen 4 Wochen und maximal 8 Wochen in meiner Behandlung.

Ich wiederhole noch einmal: Bei den vier betreffenden Patienten handelte es sich insgesamt um über Jahre abhängige Personen. Die Kürze der Behandlungszeit war nicht geeignet, eine derartige Anschuldigung zu begründen.

Auch weise ich die Anschuldigung der fahrlässigen Tötung zurück.

Es gab keine Hinweiszeichen auf das Vorliegen eines lebensbedrohlichen Zustandes.

Ob die Überdosis von Pentobarbital den Tod tatsächlich herbeigeführt hat, bleibt anzuzweifeln. Die festgestellte Blutkonzentration von 16 mg/l Pentobarbital ist dem toxischen Bereich zuzuordnen, die potentiell letale Dosis wird aber in der Literatur für (kurz- und) mittellang wirkende Barbiturate mit ab 50 mg/l angegeben.

Selbst wenn eine Pentobarbitalintoxikation als Todesursache in Frage kommt, ist nicht ausgeschlossen, daß dies in suicidalen Absicht geschehen ist (Motiv: ausweglose Lage bei bevorstehender Zwangsräumung ihrer Wohnung).

Ebensowenig ist der Tod durch eine Lungenembolie ausgeschlossen. Es ist bekannt, daß bei Ruhigstellung einer Extremität über zwei große Gelenke ein erhöhtes Embolierisiko besteht. Diese Voraussetzungen waren bei der Verstorbenen gegeben.

Mein Handeln war in allen Fällen von der Absicht geprägt, den Betroffenen in der jeweiligen Situation die ihnen adäquate Hilfe zukommen zu lassen.

Ich bin mir stets des gesetzlichen Berufsauftrages bewußt und davon überzeugt, daß ich das für die Ausübung des ärztlichen Berufes erforderliche Ansehen und Vertrauen bei der Bevölkerung besitze und weiter die Gewähr für eine ordnungsgemäße Ausübung des ärztlichen Berufes biete.

Seit 1988 bin ich beim Sozialgericht in Augsburg gutachterlich tätig.

Herr Vizepräsident D., den ich über die Einleitung des Verwaltungsverfahrens - Vollzug der Bundesärzteordnung - informiert habe, ist bereit, auf Anforderung eine Stellungnahme zu meiner Person abzugeben.

Hochachtungsvoll  
Dr. H. R.

- Argumente zur Verteidigung —

Strafwürdigung Dr. R. (v. Johannes Daunerer)

Gegenargumente für eine Strafbarkeit aus § 222 StGB, » Fahrlässige Tötung der Pat. J. R., sowie § 230 fahrlässige Körperverletzung der anderen Patienten:

- Die Zustimmung der Patientin zu der Behandlung stellt eine eigenverantwortliche Selbstgefährdung dar, die hier tatbestandsausschließend wirkt. Zwar setzt eine rechtskräftige Einwilligung generelle Einwilligungsfähigkeit und keine Willensmängel voraus, bei Suchtkranken muß jedoch eine differenzierte Betrachtung erfolgen.

- J. R. war Verfügungsberechtigt, d. h. die Disposition über die tatbestandlich geschützten Rechtsgüter Gesundheit und Leben unterlag ihr selbst.

- Einwilligungsfähigkeit lag ebenso vor. Diese ist gegeben, wenn der Patient nach seiner geistigen und sittlichen Reife imstande ist, die Bedeutung und Tragweite des Rechtsgutsverzichts zu erkennen und sachgerecht zu beurteilen (BGHSt 12, 379 in NJW 64,1177). Aufgrund der langjährigen Polytoxikomanie der Patientin verfügte diese über umfangreiches Wissen und Erfahrung im Umgang mit Drogen. Dies ist für die Einschätzung der Tragweite und Auswirkungen der Substitutionstherapie ihrerseits zu berücksichtigen. Ein erheblicher Wissensvorsprung des Herrn Dr. R., der das Vorliegen eines erheblichen Wissensgefälles und damit die Annahme eines doluslosen Werkzeuges in Person der J. R. rechtfertigen würde, ist nicht gegeben.

Fremdgefährdung in mittelbarer Täterschaft ist abzulehnen. Die »Ermöglichung« der Selbstgefährdung ist jedoch in jedem Fall straflos. Schon die Beihilfe zum Selbstmord ist straflos. Ein Schuldvorwurf, der darin liegt, suchtkranken Patienten das Beschaffen von Substitutionspräparaten zu erleichtern, die diese sich dann selbst und eigenverantwortlich applizieren, ist keinesfalls gegeben. Mitnichten, wenn aus der Motivation der Zustandslinderung und Überbrückung eines Zeitintervalls bis zur stationären Behandlung gehandelt wurde.

Das Verhalten der J. R. stellt hier eine eigenverantwortliche Selbstgefährdung dar, deren Ermöglichung straflos ist.

- Auch wenn man das Verhalten als Fremdgefährdung werten würde, so ist in jedem Fall zu berücksichtigen, daß bei langjährigen Suchtkranken nicht die gleichen Anforderungen an eine rechtsgültige rechtfertigende Einwilligung gestellt werden dürfen, wie bei Gesunden. Das Kriterium der freien Willensbildung und Verstandesreife muß hier abgeschwächt werden. Die Jurisprudenz geht stets von gesunden Menschen aus. Die Medizin hat es mit Kranken zu tun. Die von der Judikatur an die Einwilligung gestellten hohen Anforderungen wären hier nicht sachgerecht, da das moralisch zu fordernde leidmildernde Therapieren bei Suchtkranken sonst niemals rechtskräftig kraft Einwilligung möglich wäre.

- Der Stand der Wissenschaft, der den Einsatz von Substitutionsdrogen rechtfertigt, ist im Wechsle begriffen und u. a. politisch geprägt. Dieser ist im übrigen nur geeignet, eine Sorgfaltspflichtverletzung der Herrn Dr. R. zu begründen. Das Gutachten des Herrn Dr. T. beschäftigt sich einseitig damit. Ein Pflichtwidrigkeitszusammenhang des Verschreibens dieser Medikamente mit dem Tod der J. R. oder der Gesundheitsbeeinträchtigung der anderen Patienten, muß jedoch eindeutig erwiesen sein. Der tatbestandliche Erfolg muß objektiv Herrn Dr. R.s Verhalten zugerechnet werden können. Zwar ist die Beobachtung hypothetischer Kausalverläufe in aller Regel unzulässig. Es muß hier jedoch nach einer Risikohöherung für

die Patienten gefragt werden (sog. Risikoerhöhungstheorie, vertreten s. a. von Prof. C. Roxin, München, dazu C. Roxin in Straf recht AT § 11 Rd. 36 ff). Nach dem Schutzzweck der Normen §§ 230,222 StGB müßte das Todesrisiko oder Gesundheitsschädigungsrisiko der Patienten relevant gesteigert worden sein. Die Patienten befanden sich alle in einem Zustand starker physischer und psychischer Abhängigkeit. Der körperliche Zerfall war bereits weit vorangeschritten. Die Heilungsaussichten ohne ärztliches Handeln wären bei ihnen erwiesenermaßen sehr gering. Das Verschreiben der Ersatzdrogen, auch in hoher Dosierung, stellt demnach keine relevante Risikoerhöhung gegenüber therapielosem Verhalten dar, das einen Schuldvorwurf begründen könnte. Fraglich wäre hier schon, ob das Verhalten überhaupt adäquat kausal im Sinne der »conditio sine qua non« Formel ist, oder nicht ein rettender Kausalverlauf zugrunde zu legen ist. Es ist unbestritten, daß die Patientin J. R. im Zeitraum der Verschreibung der Präparate so stark abhängig war, daß sie sich die Drogen anderweitig beschafft hätte. Das Risiko einer Überdosierung wäre hier mindestens genauso hoch. Der Behandlungszeitraum durch Herrn Dr. R. ist das Ende einer langer chronischen Krankheitsgeschichte. Die Krankheit, die in dem akuten Intoxikationszustand und Tod endet, kann nicht als einzig ausschlaggebend für den Todeseintritt gewertet werden.

- Das Gutachten des Herrn Dr. T. vermag lediglich zu einer Aufklärung bzgl. eines Verstoßes gegen das BTM-Gesetz beizutragen. Unbeachtet bleibt jedoch der Grundsatz der Therapiefreiheit. Grenzwerte und Dosierungsangaben berücksichtigen lediglich die physische Verträglichkeit eines »Durchschnittspatienten«. Zu berücksichtigen ist jedoch, daß bei langjährigen extensiven Polytoxikomanikern (J. R. = 15 Jahre) die Verträglichkeit steigt. Der psychische Aspekt, d. h. eine einzelfallbezogene Besserung des Gesamtzustandes eines Patienten durch Verabreichung hoher Dosen vor einem bevorstehenden stationären Aufenthalt, kann so nicht berücksichtigt werden.

Das Überschreiten der Dosierungsvorgaben in Einvernehmen mit dem Patienten muß unter Berücksichtigung der freien Selbstbestimmung, der Privatautonomie und des Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnisses im Einzelfall zulässig sein. »Vertrauen« ist Grundlage jeder Entwöhnung. Dem Patienten für kurze Zeiträume seinen Dosierungsvorstellungen zu entsprechen, muß demnach im Wege des übergesetzlichen rechtfertigenden Notstands gerechtfertigt sein. Die Patienten befinden sich in Dauergefahr um Leben und Gesundheit durch ihren extensiven Drogenkonsum. Ein eventueller Verstoß gegen das BTM-Gesetz, um auf Grundlage eines dann bestehenden »Vertrauens« den Patienten zu therapieren, ist daher unter Umständen in Kauf zu nehmen. Eine gesundheitsschädigende Absicht und Gesinnung des Herrn Dr. R. besteht nicht.

- Das NichtVorliegen eines schriftlichen Behandlungsvertrages ist zwar ein Formverstoß. Daraus eine Ungültigkeit des Einverständnisses und des Behandlungsvertrages (gem. § 125 BGB) abzuleiten, würde jedoch ergänzenden Vertragsauslegungen (§ 133,157 BGB) entgegenstehen. Der wirkliche Wille des Patienten ist maßgebend. Die hohe Dosierung ist von diesem Willen gedeckt.

- Der Sektionsbefund ist nicht evident, die Todesursache in den Ersatzdrogen zu sehen. Der Todeseintritt durch Lungenembolie oder Infektfolgen ist nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Auch die histologische Untersuchung vermag lediglich Hinweise auf cerebrale Sauerstoffdefizite zu liefern. Der Kausalitätsbeweis »Verschreibung der Präparate« - Todesursache ist somit nicht ausreichend.