

Dr. Rainer Ullmann

Strafrechtliche und vertragsarztrechtliche Beschränkungen der Substitutionsbehandlung

Opiatabhängigkeit ist seit einigen Jahrzehnten Abhängigkeit von illegalem Heroin, nicht mehr, wie bis kurz nach dem 1. Weltkrieg, Abhängigkeit von ärztlich verschriebenem Morphin. Die Standardbehandlung der Opiatabhängigkeit unter den Bedingungen der Prohibition ist die hochdosierte oft jahrelang dauernde ärztliche Verordnung eines Opiats. Damit kann der Konsum kontrolliert und bei einem Teil der Heroinabhängigen nach einigen Jahren Opiatabstinenz erreicht werden. Kurzfristig angelegte Behandlungen können den süchtigen Konsum nur selten beenden. Der Staat ist seit dem Beginn der Heroinwelle nicht in der Lage, junge Menschen vor dem großen Angebot an illegalem Heroin zu schützen. Trotzdem wird Ärzten immer noch – wider besseres Wissen – vorgeworfen, daß sie die Sucht verlängern, wenn sie Heroinabhängige mit Opiaten behandeln. Sie müssen immer noch begründen, warum sie die Standardbehandlung anwenden, statt die Heroinabhängigen zum (meist erfolglosen) Entzug und zu einer wissenschaftlich weniger gut begründeten „Abstinenztherapie“ zu drängen. Die Ärzte, die von illegalem Heroin abhängig gewordene Menschen behandeln, werden strafrechtlich immer noch Dealern gleichgestellt.

Diese Auffassung ist nicht begründet.

Die strafrechtliche Regelung der Substitutionsbehandlung ist gegenüber 1979 teilweise verschärft worden. Nach der damaligen Entscheidung des BGH in der Strafsache gegen Dr. Johannes Kapuste war die Substitutionsbehandlung unter der Einschränkung, daß ausnahmslos alle Verordnungen unter Fremdkontrolle eingenommen werden müßten, erlaubt. Der BGH behauptete damals, alle Süchtigen seien nicht in der Lage, kontrolliert das verordnete Medikament einzunehmen.

Diese Auffassung war damals genau wie heute wissenschaftlich nicht begründet. Schon damals wurde in den USA stabilen Patienten das Methadon für maximal 7 Tage mitgegeben. Die Auffassung des BGH wurde ohne – oder wider – die in der internationalen Literatur verbreitete Kenntnis durchgesetzt. Mit dieser Einschränkung war die Substitutionsbehandlung vom BGH nicht verboten worden. Sie war aber praktisch unmöglich gemacht worden, denn die tägliche Einnahmekontrolle ist in einer ärztlichen Praxis nicht zu leisten. Es wurde versucht, dieses faktische Verbot in vielen Strafverfahren durchzusetzen. Die Drogenbeauftragten drängten noch 1985 darauf, daß bei allen Drogentoten nach Substitutionsmitteln gesucht werden sollte, um die verordnenden Ärzte strafrechtlich zur Verantwortung ziehen zu können. Die BGH-Entscheidung von 1991 in der Strafsache gegen Hartmut Ewig brachte strafrechtlich nichts neues, es regelte nur das Verhältnis zwischen dem Recht des Arztes, nach seinem besten Wissen ärztlich zu behandeln, und der Einschränkung dieser Behandlungsfreiheit durch die Schulmedizin. Die Regeln der Schulmedizin dürfen nach Ansicht des BGH nicht zur Kriminalisierung medizinisch vertretbarer abweichender Auffassungen führen.

In der 10. BtMÄndV vom 1.2.1998 wurde der Behandlungsspielraum der Ärzte bei der Behandlung Heroinabhängiger deutlich eingeschränkt. Die Regierung erweiterte den Geltungsbereich der BtMVV auch auf nicht dem BtMG unterstehende Arzneimittel, wenn damit betäubungsmittelabhängige Patienten behandelt werden. Das galt also nur für – oder gegen – substituierende Ärzte, alle anderen Ärzte sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Zum einen wurde geregelt, daß Flunitrazepam (Rohypnol®) bei Betäubungsmittelabhängigen auf einem BtM-Rezept verordnet werden muß. Das von Hoffmann LaRoche in - wie bei dieser Firma üblich - stark überhöhter Dosierung angebotene Benzodiazepin mit dem damals größten Umsatz aller Benzodiazepine - sollte vollständig dem BtMG unterstellt werden. Die Firma konnte erreichen, daß nur die Behandlung von BtM-Abhängigen betäubungsmittel-rechtlich geregelt wurde. Immerhin wurde die 2mg Tablette aus dem Handel gezogen, Höchstdosis pro Tablette ist jetzt 1mg, immer noch eine hohe Dosis für den gelegentlichen Gebrauch als Schlafmittel.

Gesundheitspolitisch wäre es sinnvoll, alle Benzodiazepine dem BtMG zu unterstellen und die Ärzte allein durch den Zwang, ein BtM-Rezept zu benutzen, an einen vorsichtigen Umgang mit diesen Medikamenten zu erinnern. Z.Zt. ist die Benzodiazepinabhängigkeit ärztlich verursacht, nicht die Opiatabhängigkeit wie vor 100 Jahren.

Die Regelungen der 10. BtMÄndV vom 1.2.1998 sollten aber besonders die Behandlung mit DHC beschränken, eigentlich verbieten. Diese Beschränkung wurde allein aus finanziellen Gründen getroffen, denn die verwendeten retardierten DHC-Kapseln, die im wesentlichen von einem Arzt (Gorm Grimm) zu Lasten der GKV an viele Patienten verschrieben wurden, sind zwar weniger lebensgefährlich, aber viel teurer als Methadon oder auch L-Polamidon. Beide Medikamente durften damals nur unter der Bedingung täglich fremdkontrollierter Einnahme verordnet werden. Erst ab 1992 durfte nach Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde für maximal 3 Tage pro Woche mitgegeben werden, und manche Landesbehörden gaben solche Genehmigungen nicht.

Codein führt viel seltener zu Abhängigkeit und zu tödlichen Überdosierungen als das preiswertere l-Polamidon oder Methadon. Die handelsüblichen Codeinpräparate sind deshalb als ausgenommene Zubereitungen nicht den Regelungen der BtMVV unterstellt; in Frankreich sind sie sogar nur apothekenpflichtig. Trotzdem waren angebliche „Codeintote“ Vorwand für die Unterstellung von DHC und Codein unter die BtMVV - bei der Verordnung an Betäubungsmittelabhängige. Bedauerlich für diese Theorie und für die Heroinabhängigen war allerdings, daß die Zahl der Drogentoten nach der Unterstellung nicht abnahm, sondern in einigen Regionen sogar dramatisch zunahm. Von 1997 (dem letzten Jahr der nur rezeptpflichtigen Behandlung Heroinabhängiger mit DHC) auf 1998 stieg die Zahl der Drogentoten in Deutschland von 1501 auf 1674, in Bayern, das diese Kampagne angeführt hatte, von 220 auf 313 (um mehr als 40%), in Hessen von 97 auf 140 (ebenfalls um mehr als 40%). Eine Untersuchung des Instituts für Therapieforschung (IFT, Leiter Dr. Bühringer) prüfte die naheliegende Frage ausdrücklich nicht, ob etwas, was in engem zeitlichen Zusammenhang steht, auch kausal zusammenhängt. Plausibel und zu überprüfen wäre z.B. die Hypothese, ob einige Todesfälle damit zusammenhängen, daß viele Ärzte abrupt die Behandlung beendeten statt DHC auf einem BtM-Rezept zu verordnen. Solche Fälle sind berichtet, und sie betreffen mehrere tausend Patienten. Nun weiß man, daß Opiatabhängige andere Opiate konsumieren, wenn das gewünschte Opiat – hier DHC – vom Markt verschwindet und nicht mehr verfügbar ist. Allerdings kennen sie sich mit den anderen verfügbaren Opiaten – hier illegales Heroin und aus ärztlicher Verordnung abgeflossenes Methadon - nicht so gut aus. Bei diesen beiden Substanzen besteht gegenüber retardiertem DHC ein erheblich höheres Risiko versehentlicher tödlicher Überdosierungen. Man weiß seit langem, daß die Sterblichkeit Heroinabhängiger nach Behandlungsabbruch dramatisch erhöht ist. Man hätte also z.B. die Sterblichkeit der Heroinabhängigen untersuchen müssen, die nur bis zum 31.1.1998 mit DHC behandelt wurden und deren Behandlung dann abgebrochen wurde. Diese Frage wurde ausdrücklich nicht untersucht. Erst im Jahre 2002 war die Zahl der Drogentoten mit 1513 wieder auf den relativ niedrigen Stand von 1997 abgesunken.

Nachdem in den letzten Novellierungen der BtMVV die Mitgaberegungen für das Substitutionsmittel gelockert wurden (zuerst Mitgabe für 3 Tage nach 1 Jahr, dann Mitgabe für 7 Tage nach 6 Monaten, wenn bestimmte Kriterien erfüllt waren, jetzt auch vor Ablauf von 6 Monaten nach Einschätzung des behandelnden Arztes), weil nur so eine berufliche Rehabilitation möglich ist, wurde gleichzeitig eine Kampagne gegen substituierende Ärzte wegen leichtfertiger Mitgaben geführt. Schuld an den vielen Drogentoten waren nach Auffassung der Regierung allein die substituierenden Ärzte, die leichtfertig Methadon zur selbstkontrollierten Einnahme verordneten. Schuld waren nicht diejenigen, die durch viele Regelungen Heroinabhängigen den Zugang zur effektivsten und lebensrettenden Behandlung erschwerten, oft verweigerten und Heroinabhängige damit auf den Schwarzmarkt verwiesen. Die Kampagne „Methadontote“ startete in Hamburg, obwohl dort die Zahl der Drogentoten kontinuierlich seit 1991 und auch nach der Unterstellung von DHC unter die BtMVV sank. Grund für diesen günstigen Verlauf ist, daß in Hamburg die Sozialbehörde die Kosten für die teuren retardierten DHC-Kapseln schon seit 1988 übernommen hatte und weil in Hamburg viele Heroinabhängige durch eine großzügige Zugangsregelung bereits in den frühen 90er Jahren mit Methadon und L-Polamidon behandelt werden konnten.

Diese Kampagne führte dazu, daß in der 15. BtMÄndV hohe Qualifikationsanforderungen an substituierende Ärzte gestellt wurden, wodurch leider die schon vorher zu geringe Zahl der substituierenden Ärzte weiter abnahm. In einigen ländlichen Regionen müssen Heroinabhängige mehr als 50km fahren, um ihren substituierenden Arzt zu erreichen..

Zusätzlich zu den strafrechtlichen Einschränkungen wurden die Behandlungskapazitäten durch vertragsärztliche Regelungen begrenzt. Der Bundesausschuß hatte von Anfang an die Zahl der heroinabhängigen Patienten, die von einem Arzt substituiert werden durften, ohne Rücksicht auf den medizinischen Bedarf zuerst auf groteske 10, jetzt auf 50 Patienten (in Ausnahmefällen nach Genehmigung durch die KV mehr) beschränkt. Zusätzlich galt Heroinabhängigkeit zunächst nicht als ausreichende Indikation. Es durfte zu Lasten der GKV erst behandelt werden, wenn schwere Begleitkrankheiten vorlagen, die man in anderen Ländern durch die Substitutionsbehandlung zu verhindern sucht. Damit hatte der Bundesausschuß erreicht, daß viele Patienten von der Behandlung ausgeschlossen wurden oder die Substitutionsbehandlung privat bezahlen mußten. Erst ab 2003 galt Heroinabhängigkeit als ausreichende Indikation. Die Vertreter der Krankenkassen hatten die neue Regelung anfangs abgelehnt, da sie eine Ausweitung ihrer Leistungen befürchteten. Aber: „Strenge qualitative Anforderungen an die Substitutionsbehandlung sollen eine Leistungsausweitung jedoch verhindern.“ (Vorstand der KBV vom 28.10.2002)

Die Kassen schluckten bei der Neufassung der BUB-Richtlinien die Kröte: „Heroinabhängigkeit ist ausreichende Indikation für die Substitutionsbehandlung“ und damit den Wegfall der von Anfang an wissenschaftlich nicht haltbaren Forderung nach zusätzlichen schweren Krankheiten. Dafür akzeptierte die Regierung (die nach ihren eigenen Worten sehr bemüht ist, die Substitution zu fördern) die Forderung nach Feststellung des Bedarfs an psychosozialer Betreuung durch die personell überforderten Drogenberatungsstellen. Die international erprobte Substitutionsbehandlung war nur dann zu Lasten der GKV erlaubt, wenn eine oft sinnvolle, aber in Deutschland nicht durch wissenschaftliche Untersuchungen als wirksam erwiesene zusätzliche psychosoziale Betreuung stattfand. Man könnte diese Regelung als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für Drogenberater auffassen. Allerdings stellen die verarmten Kommunen nicht die notwendigen Stellen zur Verfügung. Einige Kassenärztliche Vereinigungen legen die BUB-Richtlinien sehr eng aus und zahlen den Ärzten kein Honorar für die Substitutionsbehandlung, wenn vor Beginn der Behandlung keine Bescheinigung der Drogenberatung vorliegt. Es wäre Aufgabe der KV, im Sinne der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Behandlung, die sich auch auf Heroinabhängige erstreckt, für genügend Behandlungsplätze zu sorgen, auch in ländlichen Regionen.

Darüber hinaus würde es auch nicht schaden, wenn der Staat Behandlungsmöglichkeiten für Abhängige von illegalem, aber trotzdem verfügbarem Heroin schafft und die Kosten nicht nur der GKV aufbürdet. Er könnte damit die Kosten für seine (mangelhafte) Durchsetzung der Prohibition senken.

Hamburg, den 4.4.2004

© Dr. Rainer Ullmann

Kontaktadresse:

Dr. Rainer Ullmann
Weidenallee 1
20357 Hamburg

[Zurück zum Index Substitution](#)