BtMG

Bohnen / Schmidt

2020
ISBN 978-3-406-75058-8
C.H.BECK

schnell und portofrei erhältlich bei
beck-shop.de

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de steht für Kompetenz aus Tradition. Sie gründet auf über 250 Jahre juristische Fachbuch-Erfahrung durch die Verlage C.H.BECK und Franz Vahlen.
beck-shop.de hält Fachinformationen in allen gängigen Medienformaten bereit: über 12 Millionen Bücher, eBooks, Loseblattwerke, Zeitschriften, DVDs, Online-Datenbanken und Seminare. Besonders geschätzt wird beck-shop.de für sein umfassendes Spezialsortiment im Bereich Recht, Steuern und Wirtschaft mit rund 700.000 lieferbaren Fachbuchtiteln.

die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (BÄK-Richtlinie) ergänzt werden.

Vgl. für die Einzelheiten die Kommentierung zu § 5 BtMVV. **31.1**

So muss der behandelnde Arzt über eine besondere **suchtmedizinische Qualifikation** verfügen (→ BtMVV § 5 Rn. 21); Ärzte ohne diese Qualifikation dürfen höchstens 10 Patienten gleichzeitig substituieren und müssen sich mit einem suchtmedizinisch erfahrenen Arzt als **Konsiliarius** abstimmen, der die Patienten mindestens einmal pro Quartal sehen muss (→ BtMVV § 5 Rn. 29). An die Qualifikation des mit **Diamorphin** behandelnden Arztes stellt § 5a Abs. 1 S. 2 Nr. 1 BtMVV weitere Anforderungen (→ BtMVV § 5a Rn. 3). **32**

Untersuchung und **Indikationsstellung** müssen besonders gründlich erfolgen. Festzustellen ist eine **Opioidabhängigkeit** (Weber BtMG BtMVV § 5 Rn. 9; → BtMVV § 5 Rn. 2); bei der Substitution mit **Diamorphin** müssen auch die weiteren Voraussetzungen des § 5a Abs. 1 BtMVV gegeben sein. Nutzen und Risiken der Therapie sind entsprechend Ziff. 2 der BÄK-Richtlinie bei der Indikationsstellung abzuwägen. Das Endziel der Substitution soll grundsätzlich die Abstinenz sein (§ 5 Abs. 2 S. 1 BtMVV); in der Einsicht, dass dieses Ziel oft erst spät, vielleicht auch nie erreichbar sein wird, hat der Verordnungsgeber in § 5 Abs. 2 S. 2 BtMVV weitere **Therapieziele** aufgenommen, die die Bundesärztekammer aufgrund der ihr in § 5 Abs. 12 S. 2 BtMVV verliehenen Richtlinienkompetenz in Ziff. 1 der BÄK-Richtlinie um zusätzliche, auch sozialmedizinische Ziele erweitert hat. Eine Substitutionsbehandlung ist daher jedenfalls nunmehr auch zulässig, wenn dem Patienten – zunächst – „nur" eine Stabilisierung seiner Lebensverhältnisse, bspw. durch die Vermeidung von Beschaffungskriminalität, einen Abbruch des Kontakts zur „Szene" und/oder die Aufnahme oder Fortführung einer Arbeitstätigkeit ermöglicht werden soll (→ Rn. 22). **33**

Bei der **Auswahl des Substitutionsmittels** ist der Arzt auf die in § 5 Abs. 6 BtMVV genannten Betäubungsmittel beschränkt, die nicht zur intravenösen Anwendung geeignet sein dürfen. Zur **Behandlungsplanung** gehört bei der Substitution darüber hinaus neben der Dosisfindung im Allgemeinen auch eine **psychosoziale Begleitbehandlung,** die oft durch Drogenberatungsstellen angeboten wird, ggf. auch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Ein Verzicht auf eine entsprechende Empfehlung an den Patienten bedarf der Begründung, weil die Suchtbehandlung für ihren Erfolg regelmäßig der Einbindung in ein umfassendes Therapiekonzept bedarf; bei der Behandlung mit Diamorphin ist die Begleitbehandlung in den ersten sechs Monaten **verpflichtend** (§ 5a Abs. 3 S. 2 BtMVV; → BtMVV § 5a Rn. 19.). **34**

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Der Regelfall der Substitutionsbehandlung ist die tägliche (oder mehrmals tägliche) Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch, die in der ärztlichen Praxis, aber auch in einer Apotheke oder anderen, in § 5 Abs. 10 BtMVV aufgezählten Einrichtungen durch das dort genannte Fachpersonal erfolgen kann (**Sichtbezug;** → BtMVV § 5 Rn. 48). Im Verlauf der Therapie kann der Arzt dem Patienten sodann unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 8 BtMVV Verschreibungen für zwei bis höchstens fünf Tagesportionen (zur Überbrückung des Wochenendes; → BtMVV § 5 Rn. 50) und unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 9 BtMVV für bis zu sieben, in Ausnahmefällen auch bis zu 30 Tagesportionen zur **eigenverantwortlichen Einnahme** aushändigen, die der Patient dann in einer Apotheke vorlegen kann (**„take-home"-Verschreibung;** → BtMVV § 5 Rn. 56). Betäubungsmittel selbst darf der Arzt hingegen nicht zur eigenverantwortlichen Einnahme an einen Patienten abgeben (→ Rn. 61; vgl. BGH NJW 2008, 2596, BeckRS 2008, 13173 und BGH MedR 2015, 350, BeckRS 2014, 14629). Die Substitution mit Diamorphin darf zudem nur in einer **anerkannten Einrichtung** stattfinden (§ 5a Abs. 3 S. 1 BtMVV; → BtMVV § 5a Rn. 9); das Diamorphin darf die Einrichtung nicht verlassen. **35**

Bei der Behandlung betäubungsmittelabhängiger Patienten muss dem Arzt insbesondere zu Beginn der Therapie bewusst sein, dass ihnen oft nahezu jedes Mittel recht ist, um an das begehrte Betäubungsmittel zur Befriedigung ihrer Sucht zu gelangen. Er darf sich daher nicht ohne weiteres auf ihre Angaben verlassen, wie er es sonst bei Untersuchung und Anamneseerhebung zu tun pflegt, sondern muss die Äußerungen kritisch würdigen und ggf. überprüfen, ohne jedoch durch übersteigertes Misstrauen die Arzt-Patienten-Beziehung und damit den erfolgreichen Verlauf der Therapie zu gefährden (vgl. Weber BtMG § 13 Rn. 55). **35.1**

36 Besonderer Bedeutung kommt bei der Substitution der **Kontrolle des Behandlungsverlaufs** zu. Dazu gehören bspw. die Prüfung von Teilnahmenachweisen an einer Begleitbehandlung, die regelmäßige Überprüfung des Patientenzustands und ggf. eine Anpassung der Dosierung. Um diese kontinuierliche Bewertung des Therapieverlaufs sicherzustellen, dürfen „take-home"-Verschreibungen nur im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes ausgehändigt werden (§ 5 Abs. 8 S. 4, Abs. 9 S. 6 BtMVV); eine bloße Abholung des Rezepts am Empfangstresen ist nicht zulässig. Im Übrigen bestimmt der Arzt nach seinem ärztlichen Ermessen die Kontaktdichte (§ 5 Abs. 12 S. 1 Nr. 3 Buchst. d) BtMVV iVm Ziff. 4 der BÄK-Richtlinie); feste Vorgaben dazu enthält § 5 BtMVV nicht mehr.

36.1 Durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 22.05.2017 hat der Verordnungsgeber die Regelungskompetenz für viele Einzelheiten des Behandlungsverlaufs bei der Substitution auf die Bundesärztekammer übertragen, die dazu Regelungen in der BÄK-Richtlinie getroffen hat. Diese bedarf daher nunmehr der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und wird im Bundesanzeiger veröffentlicht. So sind die bisherigen Regelungen in § 5 BtMVV zur Häufigkeit der persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte, zu Beigebrauchskontrollen und zu den Voraussetzungen einer „take-home"-Verschreibung entfallen; sie finden sich nun in der BÄK-Richtlinie.

37 Zur Verlaufskontrolle gehört auch die Überprüfung der ordnungsgemäßen Einnahme des Substitutionsmittels und das Fehlen eines **Beigebrauchs,** also der Einnahme weiterer, insbesondere nicht verschreibungsfähiger Betäubungsmittel oder von Alkohol. Dem dienen bspw. unregelmäßige, unangekündigte laborchemische Kontrollen, die üblicherweise in Form **forensischer Urinkontrollen** erfolgen (§ 5 Abs. 12 S. 1 Nr. 3 Buchst. d) BtMVV iVm Ziff. 4 der BÄK-Richtlinie). Das Augenmerk des Arztes muss dabei nicht nur auf die Gesundheit des Patienten, sondern auch auf die Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs gerichtet sein.

37.1 Ein Beigebrauch kann zum einen die **Gesundheit des Patienten** oder den **Erfolg der Behandlung** gefährden. Er kann aber auch ein Zeichen für eine **Gefährdung der Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs** sein, weil die Gefahr der Weitergabe oder des Verkaufs von Tagesportionen des Substitutionsmittels besteht, um so an die nicht verschreibungsfähigen Betäubungsmittel für den Beigebrauch zu gelangen. Der Arzt muss daher bei positiven Urinkontrollen oder dem Vorliegen anderweitiger Erkenntnisse über schädlichen oder gefährlichen Beigebrauch – bspw. durch Erkenntnismitteilungen der Polizei – kritisch prüfen, ob und welche **Veränderungen an der Behandlung** er vornehmen muss. Dazu können die Einschränkung von „take-home"-Verschreibungen oder die Wiederaufnahme des Sichtbezugs gehören; möglicherweise muss auch die Dosis angepasst oder das Substitutionsmittel gewechselt werden. Eine **Beendigung** der Substitutionsbehandlung kann dabei immer nur das letzte Mittel sein und muss dann, wenn irgend möglich, durch **kontrollierte Abdosierung** erfolgen; der plötzliche Abbruch der Subtitution ist mit einem sehr hohen Gesundheitsrisiko für den Patienten verbunden. Stattdessen kann auch der Wechsel von der ambulanten zu einer stationären Therapie geboten sein (vgl. Weber BtMG § 13 Rn. 58).

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

38 Bei der Substitution mit Diamorphin ist darüber hinaus spätestens alle zwei Jahre eine externe Evaluation durch Einholung einer Zweitmeinung Voraussetzung für eine Fortsetzung der Behandlung (§ 5a Abs. 4 BtMVV; → BtMVV § 5a Rn. 25.).

39 Der gesamte Ablauf der oft jahre- oder jahrzehntelangen Substitutionsbehandlung ist unter Berücksichtigung der verpflichtenden (§ 5 Abs. 11 S. 1, Abs. 12 S. 3 BtMVV) Vorgaben in Ziff. 7 der BÄK-Richtlinie zu **dokumentieren** und auf Verlangen der zuständigen **Aufsichtsbehörde** (→ § 19 Rn. 6) dieser **vorzulegen** (§ 5 Abs. 11 S. 2 BtMVV).

V. Unbegründete Behandlungen

40 Jedenfalls **grobe Fehler** bei der Behandlung, einschließlich der vorangehenden Untersuchung und Indikationsstellung, schließen eine Begründetheit der Behandlung aus und führen zur **Strafbarkeit** der dann unbegründeten Verschreibung, Verabreichung oder Überlassung der Betäubungsmittel (→ Rn. 64).

41 **Nicht begründet** ist zB eine Behandlung
- ohne Untersuchung (→ Rn. 16),
- außerhalb des ärztlichen Heilauftrags (→ Rn. 13),

- ohne ausreichende Indikation (→ Rn. 23), bei Vorliegen von Kontraindikationen (→ Rn. 24) oder unter Verstoß gegen die Ultima-Ratio-Regel (→ Rn. 25),
- ohne Behandlungsplan (→ Rn. 28) oder Verlaufskontrolle (→ Rn. 29) oder
- ohne jede oder mit nur völlig unzureichender ärztlicher Dokumentation (→ Rn. 30); einzelne Dokumentationsmängel beeinträchtigen die Zulässigkeit der Behandlung hingegen nicht.

Unbegründet (vgl. KPV/Patzak BtMG § 29 Teil 15 Rn. 24 ff.; Weber BtMG § 29 Rn. 1503 ff.) ist insbesondere auch eine **Substitutionsbehandlung,** bei der **42**

- keine regelmäßigen Arzt-Patienten-Kontakte in der erforderlichen Dichte erfolgen (→ Rn. 36),
- eine erforderliche psychosoziale Begleitbehandlung unterbleibt (→ Rn. 34),
- es an der notwendigen Kontrolle des Behandlungsverlaufs fehlt, insbesondere im Hinblick auf die ordnungsgemäße Einnahme und das Fehlen eines Beigebrauchs (→ Rn. 37), oder auf Abweichungen vom Behandlungsplan nicht adäquat reagiert wird (→ Rn. 37.1), oder
- bei der die Voraussetzungen für eine „take-home"-Verschreibung nicht vorliegen oder deren zeitlicher Rahmen (weit) überschritten wird (→ Rn. 35).

Unbegründete Verschreibungen sind, zumal wenn sie durch falsche Angaben erschlichen **42a** wurden (vgl. dazu § 29 Abs. 1 Nr. 9), zudem keine taugliche Grundlage für den erlaubten Erwerb von Betäubungsmitteln, so dass der Patient, der sie in Kenntnis der fehlenden Begründetheit in der Apotheke einlöst, Betäubungsmittel **unerlaubt erwirbt** (vgl. → § 29 Teil 10 Rn. 390; Weber BtMG § 4 Rn. 95; KPV/Patzak BtMG § 29 Teil 10 Rn. 18; zweifelnd MüKoStGB/Kotz/Oğlakcıoğlu BtMG § 29 Rn. 994).

Im Zweifel wird die Feststellung der (fehlenden) Begründetheit einer Behandlung mit **43** Betäubungsmitteln, insbesondere im Bereich der Substitution, die Hinzuziehung eines suchtmedizinisch erfahrenen Sachverständigen erfordern. Dies gilt namentlich im Hinblick auf den Ersatz fester Vorgaben für den Behandlungsverlauf durch Verweise auf die BÄK-Richtlinie (→ Rn. 36.1).

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

E. Erlaubte Handlungsmodalitäten

Alle durch § 13 Abs. 1 erlaubten Handlungsmodalitäten – von der Verschreibung über die **44** Verabreichung und Verbrauchsüberlassung bis hin zur Überlassung nach Abs. 1a – müssen den vorstehend dargestellten Anforderungen an die ärztliche Verschreibung von und Behandlung mit Betäubungsmitteln entsprechen, um **begründet** zu sein. Nicht begründete Behandlungen mit Betäubungsmitteln (→ Rn. 40) sind **strafbar.**

I. Ärztliche Verschreibung

Eine Verschreibung ist die **schriftliche Anweisung** an einen Apotheker, an eine **45** bestimmte Person oder Einrichtung ein bestimmtes Betäubungsmittel zu bestimmten Bedingungen auszuhändigen (KPV/Patzak BtMG § 13 Rn. 5). Bei der Verschreibung von Diamorphin nach § 5a Abs. 1 BtMVV ist die Verschreibung nur einem pharmazeutischen Unternehmer vorzulegen (§ 8 Abs. 1 S. 3 BtMVV; → § 13 Rn. 117).

Die Verschreibung muss durch einen **Berechtigten** (→ Rn. 3), also einen Arzt, Zahnarzt **46** oder Tierarzt, im Rahmen seiner **Verschreibungsbefugnis** (→ Rn. 4) erfolgen. Bei der Auswahl der zu verschreibenden Betäubungsmittel und deren Menge sind die Vorschriften der BtMVV zu beachten (→ Rn. 8), die auch Vorgaben für die Rezeptvordrucke (§ 8 BtMVV) bzw. Anforderungsscheine (§ 10 BtMVV) und den notwendigen Inhalt einer solchen Verschreibung (§§ 9, 11 BtMVV) enthält.

1. Arten von Verschreibungen

Verschreibungen können entweder für einen **bestimmten,** dann namentlich genannten **47** **Patienten** (oder ein bestimmtes Tier) erfolgen (§ 2 Abs. 1-2, § 3 Abs. 1, § 4 Abs. 1-2 BtMVV) oder auf Vorrat, nämlich für den **Praxisbedarf** eines Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes (§ 2 Abs. 3, § 3 Abs. 2, § 4 Abs. 3 BtMVV) oder für den **Stationsbedarf** in einer Klinik, Zahnklinik oder Tierklinik (§ 2 Abs. 4, § 3 Abs. 3, § 4 Abs. 4 BtMVV). Der Arzt darf dann aus diesem Vorrat Betäubungsmittel zur Verabreichung oder zur Überlassung für den unmittelbaren Verbrauch entnehmen (oder entnehmen lassen), um unmittelbar einen

Patienten (oder ein Tier) zu behandeln. Über die Betäubungsmittelvorräte ist genau **Buch zu führen** (§§ 13, 14 BtMVV).

48 Für Patienten in **Alten- oder Pflegeheimen, Hospizen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung** kann der Arzt Betäubungsmittel in der Weise verschreiben, dass die Verschreibung nicht dem Patienten (oder einem Angehörigen) ausgehändigt wird, sondern durch den Arzt oder von ihm beauftragtes, eingewiesenes und kontrolliertes Personal seiner Praxis oder der Einrichtung eingelöst wird (§ 5c BtMVV). Die Betäubungsmittel können dann unter der Verantwortung des Arztes in der Einrichtung **gelagert** und dort aus diesem Vorrat verabreicht werden. Auch über einen solchen Vorrat ist – gesondert pro Patient – **Buch zu führen** (§§ 13, 14 BtMVV).

49 Außerdem kann der Arzt Verschreibungen vornehmen für einen **Notfallvorrat** an Betäubungsmitteln in Hospizen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 5d BtMVV), für Einrichtungen des **Rettungsdienstes** (§ 6 BtMVV) und für **Kauffahrteischiffe** (§ 7 BtMVV). Auch über diese Vorräte ist **Buch zu führen.**

2. Verwendung von Vordrucken; Nachweisführung

50 Verschreibungen können auf Betäubungsmittelrezepten (§§ 8, 9 BtMVV) oder Betäubungsmittelanforderungsscheinen (§§ 10, 11 BtMVV) erfolgen.

51 **Betäubungsmittelrezepte** sind zu verwenden für die Verschreibung für
- bestimmte Patienten (oder Tiere),
- den Praxisbedarf,
- Patienten in Heimen usw. und
- die Ausrüstung von Kauffahrteischiffen.

52 **Betäubungsmittelanforderungsscheine** finden Anwendung für die Verschreibung
- des Stationsbedarfs,
- des Notfallvorrats in Hospizen und
- des Bedarfs für den Rettungsdienst.

53 In allen Fällen der Vorratshaltung sind gemäß § 1 Abs. 3, §§ 13, 14 BtMVV **Nachweise** über den Zu- und Abgang und den Bestand der Betäubungsmittel, **je Betäubungsmittel gesondert,** zu führen. Beim Praxis- oder Stationsbedarf, dem Notfallvorrat, dem Bedarf des Rettungsdienstes und der Ausrüstung der Kauffahrteischiffe genügt eine Nachweisführung über den **Gesamtbestand.** Bei der Verschreibung von Betäubungsmitteln **auf den Namen eines Patienten** (oder Tieres), die in der Praxis (bspw. für den Sichtbezug von Betäubungsmitteln im Rahmen einer Substitution; → Rn. 35) oder einem Heim usw. verwahrt werden, müssen die Betäubungsmittel **je Patient getrennt gelagert** und auch die Nachweise **für jeden Patienten gesondert** geführt werden.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

II. Verabreichung

54 Verabreichen ist die **unmittelbare Anwendung** eines Betäubungsmittels **am oder im Körper** eines Menschen (oder Tieres) ohne dessen aktive Mitwirkung (Weber BtMG § 13 Rn. 15), bspw. durch Injektion oder Aufkleben eines Schmerzpflasters. Das Betäubungsmittel muss dabei aus dem Bestand des Patienten oder dem Vorrat des Arztes (Zahnarztes, Tierarztes) oder einer Einrichtung entstammen (→ Rn. 47).

55 Die Verabreichung kann durch den Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt selbst erfolgen, aber auch durch Dritte, wenn dies **im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung** geschieht. Eine **besondere Ausbildung** ist **nicht erforderlich,** so dass zB auch um Angehörige des Patienten in Betracht kommen; insbesondere muss es sich nicht um Hilfskräfte des Arztes im Sinne von Assistenz- oder Pflegefachpersonal handeln (aA MüKoStGB/Kotz/Oğlakcıoğlu BtMG § 13 Rn. 19 unter Verweis auf den – Rechtsgedanken des – jetzigen § 5 Abs. 10 S. 3 BtMVV; ebenso Weber BtMG § 13 Rn. 8, der eine Ausbildung, Einweisung und Kontrolle der Hilfskräfte für erforderlich hält – eine solche Einschränkung lässt sich aber weder dem Gesetz entnehmen noch besteht an ihr ein Bedarf). **Besondere Anforderungen** gelten für die Verabreichung von Betäubungsmittel hingegen bei der **Substitution,** in deren Rahmen nur das in § 5 Abs. 10 S. 1, S. 2 BtMVV genannte **Fachpersonal,** das zudem entsprechend **eingewiesen** sein muss (§ 5 Abs. 10 S. 3 BtMVV), nur an den dort genannten **bestimmten Orten** tätig werden darf.

Voraussetzung für die legale Verabreichung von Betäubungsmitteln ist jedoch das Vorliegen einer ärztlichen (zahnärztlichen, tierärztlichen) Behandlung, in deren Rahmen sich die Tätigkeit des Fachpersonals oder der sonstigen Dritten halten muss. Schon nach dem Wortsinn ist daher die **Aufnahme der Behandlung** durch einen Arzt (Zahnarzt, Tierarzt) erforderlich, der zudem entsprechende **Anweisungen** hinsichtlich der Art, Dosis und Verabreichungsweise des Betäubungsmittels getroffen haben muss. Die **selbständige Verabreichung** von Betäubungsmitteln – auch durch medizinisches Fachpersonal – ohne eine entsprechende ärztliche Anweisung geschieht nicht im Rahmen einer ärztlichen Behandlung und ist daher nicht von § 13 Abs. 1 BtMG gedeckt. **56**

Dieses Problem kann sich in allen medizinischen (oder pflegerischen) Einrichtungen stellen, in denen Betäubungsmittel vorgehalten werden, wenn nicht zugleich ein Arzt anwesend ist. Insbesondere problematisch ist dabei der Umgang mit Betäubungsmitteln im Rettungsdienst. Die für Einrichtungen des Rettungsdienstes verschriebenen Betäubungsmittel (→ Rn. 49) finden sich nicht nur auf arztbesetzten Rettungsmitteln wie Notarztwagen (NAW), Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) oder Rettungshubschraubern (RTH), sondern auch auf Rettungswagen (RTW), auf denen kein Arzt Dienst tut. Bis zum Eintreffen eines Arztes stellt sich dann für das eingesetzte Rettungsfachpersonal die Frage, ob zur Linderung von Schmerzzuständen die vorhandenen Betäubungsmittel auch ohne Anwesenheit eines Arztes eingesetzt werden dürfen. In verschiedenen Rettungsdienstbereichen, z. B. in Hessen und Schleswig-Holstein, sind Behandlungsalgorithmen in Kraft, die – teilweise nach telefonischer Rücksprache mit einem Arzt – die Betäubungsmittelgabe durch Rettungsfachpersonal, namentlich Rettungsassistenten und Notfallsanitäter, vorsehen. Eine rechtliche Grundlage hat diese Vorgehensweise jedoch nicht. Bei der eigenverantwortlichen Verabreichung von Betäubungsmitteln durch Rettungsfachpersonal fehlt es bereits an dem Merkmal einer ärztlichen Behandlung. Im Falle der vorherigen telefonischen Rücksprache mit einem Arzt kann dieser die zwingend notwendige eigene Untersuchung des Patienten (→ Rn. 16) nicht vornehmen, so dass die Verabreichung von Betäubungsmitteln dann auch mit ärztlicher Zustimmung bzw. auf fernmündliche ärztliche Anweisung nicht begründet wäre. Dieses Manko pflegt dem Rettungsfachpersonal, das ja um die fehlende Untersuchung weiß, in diesen Fällen auch bekannt zu sein. **56.1**

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Einführung des Berufsbildes des Notfallsanitäters durch das Notfallsanitätergesetz vom 22.05.2013 hat diese Rechtslage nicht geändert. Zwar gehört nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 lit. c) NotSanG zu den Ausbildungszielen auch die Befähigung zur eigenständigen Durchführung „von heilkundlichen Maßnahmen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden". Diese Ausbildungszielbestimmung regelt jedoch keinen neuen Zulässigkeitstatbestand, sondern schafft nur die ausbildungsmäßigen Voraussetzungen für eine Delegation heilkundlicher Aufgaben auf Notfallsanitäter, die dann ggf. landesrechtlicher Regelung bedarf (vgl. Die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c des Notfallsanitätergesetzes, Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 12.09.2016, WD 9-3000-042/16). Wo eine solche landesrechtliche Regelung besteht oder in anderer Weise bestimmte heilkundliche Maßnahmen durch Ärztliche Leiter Rettungsdienst „freigegeben" oder „generaldelegiert" werden, scheitert die generelle Erlaubnis zur Verabreichung von Betäubungsmitteln durch Notfallsanitäter im Rahmen von Behandlungsalgorithmen für bestimmte Notfallbilder ebenfalls an dem zwingenden Erfordernis einer vorangehenden ärztlichen Untersuchung (so auch KPV/Patzak BtMG § 13 Rn. 4 mwN und Tellioglu, Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter, 2015, 319 mit zustimmender Rezension durch Lippert MedR 2017, 301; aA Fehn MedR 2017, 453 mit schwer nachvollziehbarer Argumentation). **56.2**

Ein Verzicht auf das Erfordernis der persönlichen ärztlichen Untersuchung des Patienten vor der Verabreichung von Betäubungsmitteln erscheint allenfalls denkbar im Rahmen der Telemedizin (so auch Tellioglu, Medikamentöse Analgesie durch Notfallsanitäter, 2015, 325 f.), soweit diese durch Übertragung von Ton, Bild und Vitaldaten des Patienten eine ausreichende Untersuchung aus der Ferne ermöglicht, oder in notstandsähnlichen Situationen, bei denen die Indikation für eine Betäubungsmittelgabe so offensichtlich ist, dass das Bestehen auf eine vorherige ärztliche Untersuchung sich als bloße Förmelei darstellen würde. Dazu können ohne weitere Untersuchung erkennbare schwerste Verletzungen mit stärksten Schmerzen gehören, bei denen nicht betäubungsmittelpflichtige Schmerzmittel offenkundig nicht ausreichen, die Notwendigkeit der Schmerzbekämpfung allen anderen medizinischen Erwägungen vorgeht und auch ein Simulieren des Patienten ausgeschlossen werden kann. In allen anderen Fällen, insbesondere bei internistischen Erkrankungen, wird das Rettungsfachpersonal jedoch bis zum Eintreffen eines Arztes auf nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterstellte Analgetika zurückgreifen müssen. **56.3**

III. Verbrauchsüberlassung

57 Betäubungsmittel werden dann zum unmittelbaren Verbrauch überlassen, wenn sie einem anderen **zum sofortigen Verbrauch an Ort und Stelle** zugeführt werden, ohne dass der Empfänger an ihnen eigene Sachherrschaft erwirbt (KPV/Patzak BtMG § 13 Rn. 6). Es handelt sich somit um eine Art „Selbstverabreichung" unter den Augen des Arztes oder des überlassenden Dritten. Auch bei der Verbrauchsüberlassung muss das Betäubungsmittel aus dem Bestand des Patienten oder dem Vorrat des Arztes (Zahnarztes, Tierarztes) oder einer Einrichtung entnommen werden (→ Rn. 47).

58 Ansonsten gelten für die Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch dieselben Voraussetzungen wie für die Verabreichung von Betäubungsmitteln (→ Rn. 55).

59 Von der Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch abzugrenzen ist die **Abgabe** von Betäubungsmitteln, die dem Empfänger eine eigene Besitzposition verschafft, so dass er selbst entscheiden kann, wie er mit dem Betäubungsmittel umgehen will, statt es sofort und in Gegenwart der Person zu verbrauchen, die es ihm überlassen hat. Eine solche Abgabe ist im Gegensatz zur Verbrauchsüberlassung gerade **nicht erlaubt** (→ Rn. 61). Unschädlich ist es jedoch, wenn der Patient das ihm zum sofortigen Verbrauch überlassene Betäubungsmittel entgegen der ihm erteilten Anweisung verwendet und sich auf diese Weise eine eigenständige Besitzposition verschafft, zB indem er eine ihm überlassene Tablette nicht schluckt (oder bei sublingualer Darreichungsform unter der Zunge behält), sondern heimlich wieder aus dem Mund entnimmt.

IV. Überlassung

60 Das Zweite Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 19.10.2012 hat in Abs. 1a den neuen Begriff der Überlassung an ambulant versorgte Palliativpatienten eingeführt. Dabei wird zwar vorausgesetzt, dass der Patient das ihm überlassene Betäubungsmittel selbst verbraucht, tatsächlich wird ihm aber durch die Übertragung der Verfügungsgewalt eine eigenständige Besitzposition verschafft (Weber BtMG § 13 Rn. 17). Es handelt sich mithin um eine – unter Beachtung der Vorgaben des Abs. 1a dem Arzt ausnahmsweise erlaubte – Form der Abgabe von Betäubungsmitteln, die dementsprechend auch durch § 4 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. c) von der Erlaubnispflicht ausgenommen ist.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

V. Keine Abgabe

61 Im Gegensatz zur Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch ist dem Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt (wie auch dem medizinischen Personal oder Dritten im Rahmen einer ärztlichen Behandlung) die **Abgabe von Betäubungsmitteln grundsätzlich verboten.** Dies ergibt sich aus dem allgemeinen Verbot des § 3 Abs. 1 Nr. 1, von dem § 4 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. c) und § 4 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c) nur für den Betrieb einer Apotheke oder für die tierärztliche Hausapotheke Ausnahmen vorsieht. Dementsprechend sieht Abs. 2 die Abgabe von Betäubungsmitteln auch nur durch diese (und im Fall von Diamorphin für pharmazeutische Unternehmer, die dafür allerdings zudem eine Erlaubnis nach § 3 benötigen) vor.

62 Es ist daher unzulässig – und damit strafbar (→ Rn. 64a) –, einem Patienten aus der Praxis oder bei der Entlassung aus einem Krankenhaus Betäubungsmittel mitzugeben oder diese bei einem Hausbesuch zu hinterlassen. Stattdessen muss entweder eine Verschreibung der Betäubungsmittel oder ein erneuter Besuch erfolgen, in dessen Rahmen dann das Betäubungsmittel verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden kann.

62.1 Dies gilt auch für das Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1 SGB V) und die teilstationäre Versorgung (ausführlich dazu Gehring MedR 2018, 874; → § 29 Teil 8 Rn. 323). Soll hier eine Mitgabe (Abgabe) von Betäubungsmitteln erfolgen, bedarf dies der entsprechenden Verschreibung auf einem Betäubungsmittelrezept, die dann im Rahmen des § 14 Abs. 7 S. 3 ApoG durch die Krankenhausapotheke beliefert werden kann.

63 Von diesem Grundsatz bestehen nur **zwei Ausnahmen.** Die eine betrifft die in Abs. 1a geregelte Überlassung an ambulant versorgte Palliativpatienten unter den dort genannten Voraussetzungen, die andere die Aushändigung weiterer Einzeldosen von Codein oder Dihydrocodein im Rahmen der Substitution zur Erreichung des Tagesbedarfs nach der Überlas-

sung der ersten Dosis zum unmittelbaren Verbrauch (§ 5 Abs. 7 S. 2 BtMVV), die aufgrund der kurzen Halbwertszeit dieser Substitutionsmittel erforderlich sein kann.

F. Straf- und Bußgeldvorschriften

I. Betäubungsmittelrecht

Die **Verschreibung, Verabreichung oder Verbrauchsüberlassung** von Betäubungsmitteln unter Missachtung der Vorschriften des Abs. 1 ist für **jedermann** – also sowohl berechtigte Medizinalpersonen wie auch unberechtigte Personen – in § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 BtMG unter Strafe gestellt. Dies gilt sowohl für Verschreibungen durch Unbefugte (→ Rn. 3) als auch für die Anwendung von anderen Betäubungsmitteln als jenen der Anlage III (→ Rn. 8) und Behandlungen außerhalb des ärztlichen Heilauftrags, ohne Untersuchung oder in anderer Weise ohne Begründung (→ Rn. 40). **Fahrlässiges Handeln** ist jedoch nur bei einer Verabreichung oder Verbrauchsüberlassung strafbar; Verschreibungen entgegen Abs. 1 bleiben bei Fahrlässigkeit straffrei (→ § 29 Teil 15 Rn. 591). Das **Erschleichen** unbegründeter ärztlicher (zahnärztlicher, tierärztlicher) Verschreibungen durch Täuschung des Arztes (Zahnarztes, Tierarztes) ist in § 29 Abs. 1 Nr. 9 gesondert mit Strafe bedroht. **64**

Grundsätzlich strafbar ist nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 auch die **Abgabe** von Betäubungsmitteln durch den Arzt, der dafür einer Erlaubnis nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 bedürfte (→ Rn. 61). Handelt der Arzt dabei eigennützig, treibt er mit Betäubungsmitteln unerlaubt Handel (vgl. BGH 3 StR 44/09, BeckRS 2009, 24826; → § 29 Teil 15 Rn. 610). **64a**

Ergänzend bedroht § 16 BtMVV iVm § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 14 Verstöße gegen einzelne Vorschriften dieser Verordnung mit Strafe. **65**

Mit **erhöhter Strafe** bedroht ist die unerlaubte Verschreibung, Verabreichung oder Verbrauchsüberlassung von Betäubungsmitteln, wenn dadurch die Gesundheit mehrerer Menschen gefährdet wird (§ 29 Abs. 3 S. 2 Nr. 2), der Täter gewerbsmäßig handelt (§ 29 Abs. 3 S. 2 Nr. 1) oder sonst ein besonders schwerer Fall vorliegt (§ 29 Abs. 3 S. 1). Als **Verbrechen** qualifiziert ist die unerlaubte Verabreichung oder Verbrauchsüberlassung, wenn sie durch eine Person über 21 Jahren an eine Person unter 18 Jahren (§ 29a Abs. 1 Nr. 1) erfolgt (vgl. LG Hechingen BeckRS 2004, 6176) oder leichtfertig den Tod des Empfängers verursacht (§ 30 Abs. 1 Nr. 3). **66**

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Ordnungswidrig sind im Bereich des Abs. 1 nur Verstöße gegen Vorschriften der BtMVV gemäß § 17 BtMVV, die zudem vorsätzlich oder leichtfertig (dh mit einem erhöhten Grad an Fahrlässigkeit) begangen sein müssen. **67**

II. Allgemeines Strafrecht

1. Vermögensdelikte

Die – zumindest bedingt vorsätzliche – ärztliche oder zahnärztliche **Verschreibung** von Betäubungsmitteln zu Lasten eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung (auf „**Kassenrezept**“) ohne medizinische Indikation wird sich im Regelfall zugleich als **Untreue** (§ 266 StGB) darstellen, da den Vertragsarzt gegenüber den Krankenkassen eine Vermögensbetreuungspflicht trifft (Weber BtMG § 29 Rn. 1485 mwN). Soweit ein Vertragsarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Substitutionsbehandlungen abrechnet, obschon er diese nicht selbst erbracht bzw. – unzulässig – zur Gänze an sein nichtärztliches Assistenzpersonal delegiert hat, stellt sich dies als **Abrechnungsbetrug** dar (vgl. LG Saarbrücken Urt. v. 19.5.2011 – 4 KLs 11/09). **68**

Die unbegründete **Verschreibung** von Betäubungsmitteln auf „**Privatrezept**“ kann sich als **Beihilfe zum Betrug** (§ 263 StGB) darstellen, wenn der Patient das Rezept in Kenntnis der Unbegründetheit seiner privaten Krankenversicherung oder dem Beihilfeträger zur Erstattung einreicht (Weber BtMG § 29 Rn. 1486) und der Arzt das weiß (oder zumindest billigend in Kauf nimmt). **69**

2. Taten gegen die körperliche Unversehrtheit und das Leben

Betäubungsmittel können im menschlichen Körper **gesundheitsschädigende Wirkungen** haben: sie können einen Rausch und ein damit verbundenes Unwohlsein hervorrufen, ihre Nebenwirkungen können vor allem bei einer Überdosierung zu lebensbedrohlichen Zuständen führen (insbesondere durch Verminderung des Atemantriebs bis zum Atemstill- **70**

stand), und nicht zuletzt können sie zu einer Suchterkrankung führen, deren Verlauf üblicherweise mit Entzugserscheinungen verbunden ist.

71 Die unbegründete **Verschreibung, Verabreichung oder Verbrauchsüberlassung** stellt sich in all diesen Fällen als – vorsätzlich (§§ 223, 224 Abs. 1 Nr. 1 StGB) oder fahrlässig (§ 229 StGB) begangene – **Körperverletzung** dar. Führt insbesondere eine Überdosierung kausal zum Tode des Konsumenten bzw. (Substitutions-)Patienten, kommen auch vorsätzlich (§§ 211-213 StGB) oder fahrlässig (§ 222 StGB) begangene **Tötungsdelikte** in Betracht. In letzterem Fall ist zudem der betäubungsmittelstrafrechtliche Sondertatbestand des § 30 Abs. 1 Nr. 3 im Blick zu behalten (vgl. BGH NStZ 2011, 341, BeckRS 2011, 2464).

72 Ausgeschlossen wird eine Strafbarkeit des **Verschreibenden** oder **Verbrauchsüberlassenden** jedoch durch das Vorliegen einer **eigenverantwortlichen Selbstgefährdung** des Konsumenten. Wenn jemand in Kenntnis der Risiken des Betäubungsmittelkonsums einen solchen betreibt, dann ist die Verwirklichung dieses Risikos – in Form einer Gesundheitsschädigung oder auch des Todeseintritts – nicht demjenigen zuzurechnen, der durch die Verschaffung oder Verabreichung der Betäubungsmittel darin mitgewirkt hat (vgl. Weber BtMG § 13 Rn. 176 ff.; BGH NStZ 2011, 341, BeckRS 2011, 2464). Voraussetzung dafür ist, dass der Konsument (oder Patient) über alle notwendigen Informationen zur Einschätzung des Risikos verfügt und es ihm nicht (wie z. B. durch eine schwere Entzugssymptomatik) an der Fähigkeit zu einer selbstbestimmten Entscheidungsfähigkeit fehlt (Weber BtMG § 13 Rn. 178).

72.1 An einer eigenverantwortlichen Selbstgefährdung kann es daher u.a. deshalb fehlen, weil der Konsument oder Patient noch keine ausreichenden Erfahrungen mit dem jeweiligen Betäubungsmittel oder seiner Wirkung hat, weil er Wechselwirkungen mit anderen ihm verschriebenen oder zum Verbrauch überlassenen Mitteln nicht einschätzen kann oder weil er die Notwendigkeit einer Verringerung der bisherigen Dosis nach längerer Abstinenz nicht erkennt. Im Rahmen einer ärztlichen Behandlung, insbesondere einer Substitutionsbehandlung, kann es auch dann an einer eigenverantwortlichen Selbstgefährdung fehlen, wenn der Arzt den Patienten nicht über besondere Risiken einer Außenseitermethode aufklärt oder – ohne entsprechende Aufklärung – die Grenzen des medizinisch Vertretbaren überschreitet und sich über den Stand der ärztlichen Wissenschaft völlig hinwegsetzt (vgl. Weber BtMG § 13 Rn. 183).

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

73 Der unbegründet Betäubungsmittel **Verabreichende** wirkt hingegen nicht an einer eigenverantwortlichen Selbstgefährdung des Konsumenten mit, sondern begeht allenfalls eine **einverständliche Fremdgefährdung,** wobei sich die Frage nach der Wirksamkeit der Einwilligung stellt (im Einzelnen dazu Weber BtMG § 13 Rn. 184 ff.). Eine wirksame Einwilligung ist jedoch nicht schon deshalb ausgeschlossen, weil die Verabreichung der Betäubungsmittel nicht im Rahmen einer ärztlichen Behandlung oder unter Missachtung ärztlicher Anweisungen erfolgt und sich deshalb als unbegründet darstellt (vgl. BGH NStZ 2020, 29 (31), BeckRS 2019, 21605).

74 Verursacht die unbegründete **Verabreichung oder Verbrauchsüberlassung** leichtfertig den Tode des Konsumenten, ist der betäubungsmittelrechtliche Qualifikationstatbestand des § 30 Abs. 1 Nr. 3 verwirklicht, bei dem für die Annahme einer eigenverantwortlichen Selbstgefährdung oder einverständliche Fremdgefährdung nach der Rechtsprechung **kein Raum ist** (vgl. Weber BtMG § 30 Rn. 156 ff.).

III. Strafrechtliche Nebenfolgen und Maßregeln

75 Die Verurteilung wegen einer Straftat nach dem Betäubungsmittelgesetz führt zwingend zu dem **Verbot, Jugendliche zu beschäftigen** oder im Rahmen eines Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses zu beaufsichtigen, anzuweisen, auszubilden oder mit der Beaufsichtigung, Anweisung oder Ausbildung von Jugendlichen beauftragt zu werden (§ 25 Abs. 1 Nr. 4 JArbSchG). Wer Jugendliche nicht beschäftigen darf, ist überdies generell **als Ausbilder ungeeignet** (§ 29 Nr. 1 BBiB). Diese Verbote gelten für **fünf Jahre ab Rechtskraft** der Verurteilung.

76 Neben eine strafrechtliche Verurteilung kann zudem als Maßnahme der Sicherung ein strafrechtliches **Berufsverbot** (§§ 70 ff. StGB) treten, das auch bereits während der Ermittlungen vorläufig angeordnet werden kann (§ 132a StPO).