



6. Interdisziplinäres Symposium zur Suchterkrankung

Workshop C: Ärztlich-medizinrechtliche Verantwortung in der Verschreibung von Opioiden



Themen und Fragestellung

- **(straf-)rechtliche Haftung als Folge falsch wahrgenommener Verantwortung („Verantwortlichkeit“ als Synonym für „Haftung“)**
- **Medizinische Indikation als Grundvoraussetzung für „verantwortbare“ Verschreibung von „Medikamenten“, „Substanzen“, „Suchtmitteln“ ???**
- **Rechtliche Haftung bei Verwirklichung unerwünschter Risiken („Erfolgs-haftung“) oder bereits bei „Normverstößen“ („Handlungshaftung“) ???**
- **Wunsch des Patienten als möglicher Ausschlussgrund für eine Haftung ??**
- **Neue Wege „verdeckter behördlicher Qualitätskontrolle“ (Mystery Shopping in Arztpraxen) ???**



Fall 1

Patient A geht zu Dr. B, um sich gegen diverse Beschwerden Medikamente verschreiben zu lassen. Vor allem will er Opioiden. Daher schildert A dem Arzt starke Kopfschmerzen. A hat sich vorweg schlaue gemacht, welche Art von Schmerzen für den Untersucher schwer feststellbar sind, sodass der Arzt letztlich den Patientenangaben vertrauen muss. Dr. B untersucht A und verschreibt – auf Grund der aus seiner Sicht glaubwürdigen Schilderung der Schmerzen – verschiedene Medikamente, unter anderem solche, die Opioiden enthalten.

A wird eines Tages von der Polizei bewusstlos in einem Park aufgefunden. Nach Einlieferung ins Krankenhaus wird ein lebensbedrohlicher Zustand festgestellt als Folge des Gebrauchs hoher Dosen von Schmerzmitteln. Eine aufgefundene leere Packung ermöglicht eine Zuordnung der eingenommenen Medikamente zum verschreibenden Arzt Dr. B.

Welche rechtlichen Probleme resultieren aus dem Verhalten von Dr. B?



„Medikamente“, „Substanzen“, „Suchtmittel“ - 1

- **Begriffe**
 - **Suchtmittel** = Überbegriff für Suchtgifte und psychotrope Stoffe (§ 1 Abs 2 SMG)
 - Suchtgifte = § 2 SMG
 - Psychotrope Stoffe = § 3 SMG
- **Konkretisierung entsprechend dem Bestimmtheitsgebot**
 - Ausgangspunkt für die dem SMG unterliegenden **Substanzen** sind internationale Konventionen (zB Einzige UN-Suchtgiftkonvention); **zum Teil gelten auch psychotrope Substanzen auf Grund ihres Gefährdungspotentials als „Suchtgifte“**
 - Verordnungen des BM für Gesundheit schaffen Klarheit; Anhänge von Suchtgift-VO (SV) und Psychotropen-VO (PV) nennen die konkreten Substanzen



„Medikamente“, „Substanzen“, „Suchtmittel“ - 2

- **Gerichtliche Strafbestimmungen: §§ 27 ff SMG**
 - **Vorschriftswidrig**
 - **Suchtgift (§§ 27 bis 28b SMG) bzw einen psychotropen Stoff (§§ 30 bis 31b SMG) zB einem anderen anbieten, überlassen, verschaffen ...**
 - **Behandelnder Arzt ist meist Beitragstäter (§ 12 3. Fall StGB) für entsprechende Strafnorm des SMG, da er durch das Rezeptausstellen zum Überlassen/Verschaffen beiträgt (= eine Mit-Ursache setzt)**
 - **Apotheker ist unmittelbarer Täter, weil er das suchtmittelhaltige Arzneimittel aushändigt**



„Medikamente“, „Substanzen“, „Suchtmittel“ - 3

■ Relevanz von Mengen

- Grundsatz: kleinste messbare Menge begründet Anwendbarkeit des SMG
- Überschreiten von bestimmten Mengen („Grenzmenge“) bewirkt einen höheren Strafsatz (qualifizierte Begehungsweise)
 - aus „unerlaubtem Umgang“ (§§ 27, 30 SMG) wird „Handel“ (§§ 28, 28a, 31, 31a SMG)
 - Grenzmenge in Reinsubstanz wird durch VO des BM für Gesundheit festgelegt (Grenzmengen-VO; §§ 28b, 31b SMG; SGV; PGV)
 - Große Menge bzw „übergroße Menge“: Überschreiten der 15-fachen bzw 25-fachen Grenzmenge qualifiziert die Tat zusätzlich



„Medikamente“, „Substanzen“, „Suchtmittel“ - 4

- **Relevanz von Mengen**
- **Grundsatz der Zusammenrechnung**
 - **Voraussetzung: „fortlaufende Tatbestandsverwirklichung“**
 - **Annäherung an die Grenzmenge durch Einzelakte bei „einheitlicher Tatsituation und gleicher Motivationslage“ (OGH 14 Os 174/99; 11 Os 37/11y)**
 - **Objektive Gesamtsituation plus (subjektiver) Additionsvorsatz**
 - **Zusammenrechnung verschiedener Substanzen, die für sich genommen die Grenzmenge nicht überschreiten**
 - **Auf Grund der Mengenbestimmungen in den einschlägigen Verordnungen von der Judikatur und der überwiegenden Lehre bejaht**
 - **ABER: Keine Zusammenrechnung von Suchtgiften und psychotropen Stoffen**



Fall 1 – Zwischenlösung - 1

Dr. B verwirklicht (objektiv)

- Suchtgifthandel (§ 28a Abs 1 SMG)
 - sofern er vorschriftswidrig (entgegen lege artis iS von § 8 SMG ???) Suchtgift in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge dem Patienten A überlassen hat
 - wird die Grenzmenge nicht erreicht, verwirklicht er „Unerlaubten Umgang mit Suchtgiften“ nach § 27 SMG
- Handel mit psychotropen Stoffen (§ 31a Abs 1 SMG)
 - sofern er vorschriftswidrig (entgegen lege artis iS von § 8 SMG ???) einen psychotropen Stoff in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge dem Patienten A überlassen hat
 - wird die Grenzmenge nicht erreicht, verwirklicht er „Unerlaubten Umgang mit psychotropen Stoffen“ nach § 30 SMG

Verschreibung/Dosierung lege artis - 1

- **„Vorschriftswidrig“ iS von §§ 27 ff SMG = (auch) entgegen lege artis:**
 - **§ 8 SMG: Abgabe suchtmittelhaltiger Arzneimittel „nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der medizinischen ... Wissenschaft, insbesondere auch für Schmerz- sowie für Entzugs- und Substitutionsbehandlungen“**
 - **ABER: medizinischer „lege artis“ ist zusätzlich durch Rechtsnormen begrenzt**
 - + zB Substitutionsbehandlung nach §§ 23a ff Suchtgiftverordnung (SV)
 - + „Richtlinien des BM für Gesundheit“ (zB für Benzodiazepine) ???
 - + hinter diesen Verordnungen stehen nicht nur Gesundheits-, sondern auch „Sicherheitsüberlegungen“
 - + Arzt mutiert gleichsam „vom Mediziner zum Polizisten“ (ob er will oder nicht)

Verschreibung/Dosierung lege artis - 2

- **„Vorschriftswidrig“ iS von §§ 27 ff SMG = (auch) entgegen lege artis:**
 - **Beurteilungsspielraum für MedizinerInnen ist schon innerhalb des medizinisch Zulässigen hoch**
 - + Verschreibung und Dosierung hängen wesentlich vom physisch-psychischen Zustand des jeweiligen Patienten ab
 - + dessen Abklärung ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine Behandlung lege artis
 - **Verordnungen und Richtlinien (???) des jeweiligen Ministeriums sind in die Beurteilung von lege artis einzubeziehen, sodass „ärztliche Kunstfehler“ ebenso eine juristische Verantwortung begründen können wie „rechtliche Kunstfehler“**
 - **Es kommt hier für eine Verantwortlichkeit nicht auf eine „Risikoverwirklichung“ (zB Schaden) an, sondern der Verstoß gegen Vorschriften reicht aus**



Fall 1 – Zwischenlösung - 2

Dr. B verwirklicht (objektiv)

- Suchtgifthandel (§ 28a Abs 1 SMG)
 - sofern er vorschriftswidrig und entgegen lege artis iS von § 8 SMG (wäre im Einzelfall zu prüfen) Suchtgift in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge dem Patienten A überlassen hat
 - wird die Grenzmenge nicht erreicht, verwirklicht er „Unerlaubten Umgang mit Suchtgiften“ nach § 27 SMG
- Handel mit psychotropen Stoffen (§ 31a Abs 1 SMG)
 - sofern er vorschriftswidrig und entgegen lege artis iS von § 8 SMG (wäre im Einzelfall zu prüfen) einen psychotropen Stoff in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge dem Patienten A überlassen hat
 - wird die Grenzmenge nicht erreicht, verwirklicht er „Unerlaubten Umgang mit psychotropen Stoffen“ nach § 30 SMG



Fall 2 (Fortsetzung von Fall 1)

Dr. B verteidigt sich im Zuge seiner Einvernahme damit, dass er die im Fall 1 genannten Dosen letztlich auch entsprechend den Wünschen des A verordnet habe. Patientenwünsche seien für eine gelingende Behandlung entscheidend, weil eine solche ein „Vertrauen“ zwischen Arzt und Patient erfordert. Insofern seien gegenüber dem Patienten A Verschreibung und Dosierung „letztlich im Rahmen einer Gesamtbetrachtung notwendig“ gewesen. Er habe daher als Arzt korrekt gehandelt.

Außerdem sei A für seinen beeinträchtigten Gesundheitszustand letztlich selbst verantwortlich, denn die Folgen der konkreten Medikamenteneinnahme seien ihm bewusst gewesen. Die Verantwortung für die Gesundheitsbeeinträchtigung könne daher in solchen Fällen nicht dem behandelnden Arzt zugeschrieben werden.

Welche rechtlichen Probleme resultieren aus dem Verhalten von Dr. B?



Berücksichtigung von Patientenwünschen - 1

- **Berücksichtigung von Patientenwünschen und –verhalten als Ausdruck des Autonomieprinzips, wie es auch in der Einwilligung zum Ausdruck kommt**
 - **Voraussetzungen für eine verantwortungsausschließende Einwilligung:**
 - **Disponibilität des Rechtsguts**
 - + **SMG schützt nach herrschender Ansicht die „Volksgesundheit“**
 - + **als Universalrechtsgut, dessen Träger die Rechtsgemeinschaft ist, ist es der Dispositionsbefugnis des Rechtsträgers entzogen**
 - + **eine Einwilligung kann somit eine Strafbarkeit wegen Körperverletzung/Gesundheitsschädigung (§§ 83 ff StGB) ausschließen, nicht jedoch wegen Strafnormen des SMG**



Berücksichtigung von Patientenwünschen - 2

- **Berücksichtigung von Patientenwünschen und –verhalten als Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung**
 - **Aspekt der Patientenautonomie kann in eine Beurteilung des (medizinischen) Standards (lege artis) einfließen**
 - **Er steht aber im Spannungsverhältnis zum „rechtlichen lege artis“**
 - **In Rechtsvorschriften ausdrücklich festgelegte Substanzen und Mengen geben zwar wenig Spielraum für eine „großzügige Verschreibung“**
 - **Durch die SMG-Novelle 2015 ist der Behandlungsaspekt aber stärker gegenüber dem Strafverfolgungsaspekt hervorgehoben worden (**Therapie statt Strafverfahren !!!**); daher sollte dem medizinischen lege artis stärkerer Vorrang eingeräumt werden**



Exkurs: Erweiterung von „Therapie statt Strafe“

- **Vorrang gesundheitsbehördlicher Intervention vor Strafverfolgung**
 - **§ 13 SMG hat mit 1.1.2016 einen neuen Abs 2a und b erhalten**
 - Bei einer Straftat nach §§ 27 Abs 1 und 2 SMG **ausschließlich** für den eigenen **persönlichen Gebrauch** oder den „vorteilslosen“ persönlichen Gebrauch eines anderen hat die Behörde **an Stelle einer Strafanzeige** (§ 78 StPO) diesen Umstand **der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde mitzuteilen**
 - Ergibt sich dieser Umstand erst **im Laufe der Ermittlungen**, erfolgt seitens der Kriminalpolizei die „**Abtretung des Verfahrens**“ **an die Gesundheitsbehörde**; die StA ist davon mit „Abtretungsbericht“ zu verständigen
 - **Gesundheitsbehörde hat nach § 12 SMG vorzugehen** (Untersuchung, bei Bedarf gesundheitsbezogene Maßnahme etc)
 - „**Therapie statt Strafverfahren**“ ist mehr als „**Therapie statt Strafe**“
 - **§ 14 Abs 1 SMG wurde entsprechend angepasst**
 - **Bezirksverwaltungsbehörde hat Strafanzeige nur dann** zu erstatten, wenn sich die Person den notwendigen, zweckmäßigen, ihr nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen **gesundheitsbezogenen Maßnahmen** gemäß § 11 Abs 2 SMG **oder der notwendigen Untersuchung** gemäß § 12 Abs 1 SMG **nicht unterzieht.**



Strafrechtliche Risiken - 1

- **§§ 27 ff SMG als Vorsatzdelikte - I**
 - **Vorsatz (§ 5 StGB) hinsichtlich der Tathandlungen (überlassen usw)**
 - **Wissen + Wollen**
 - **Vorsatz hinsichtlich des Merkmals „vorschriftswidrig“?**
 - **nach hM ist „vorschriftswidrig“ ein Tatbestandsmerkmal, das vom Vorsatz des Täters umfasst sein muss**
 - **Arzt muss es also ernstlich für möglich halten und sich damit abfinden, dass er vorschriftswidrig handelt,**
 - **indem er zB verschiedene Grundsätze der SV/PV nicht einhält oder generell nicht lege artis (vgl § 8 SMG) behandelt (zB bei Dosierung oder Verschreibung)**



Strafrechtliche Risiken - 2

- **§§ 27 ff SMG als Vorsatzdelikte - II**
 - **Vorsatz hinsichtlich des Merkmals „vorschriftswidrig“**
 - **Keine Strafbarkeit bei (grob) fahrlässiger Nichteinhaltung der Vorschriften**
 - **Schützt Unwissenheit also doch vor Strafe ???**
 - **Vorsatz muss vom Gericht nachgewiesen werden (und ist letztlich eine Frage der Glaubwürdigkeit)**
 - **ERGO: Die Furcht vor Verurteilung wegen eines SMG-Delikts ist bei durchschnittlich sorgfältiger Behandlung und ordentlicher Dokumentation im Regelfall unbegründet**



Fall 1 und 2 – Ergebnis I

Dr. B verwirklicht (objektiv)

- Suchtgifthandel (§ 28a SMG) / unerlaubten Umgang mit Suchtgift (§ 27 SMG)
 - Sofern er (je nach Menge) vorschriftswidrig und entgegen lege artis iS von § 8 SMG Suchtgift dem Patienten A überlassen hat (in Form der Beitragstäterschaft nach § 12 3. Fall StGB)
- gleiches gilt für unerlaubten Umgang / Handel mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31a SMG)

Fraglich ist der Vorsatz als subjektive Tatbestandskomponente

- Wenn sich das Verhalten von Dr. B sehr weit von jenem Verhalten abhebt, das ein durchschnittlicher Arzt in der Situation setzen würde, liegt darin ein Vorsatzindiz (aber auch nicht mehr)

Strafrechtliche Risiken - 3

- **Fahrlässige Körperverletzung (§ 88 StGB) - I**
 - Herbeiführung der Gesundheitsschädigung eines anderen
 - Komatöser bzw lebensbedrohlicher Zustand ist ein Indiz für eine schwere Gesundheitsschädigung (§ 88 Abs 4 iVm § 84 Abs 1 StGB)
 - durch ein objektiv sorgfaltswidriges Verhalten (zB eines Arztes)
 - zB Verstoß gegen die SV oder Behandlung entgegen lege artis (Überdosierung etc)
 - Keine Berücksichtigung von Defiziten des Täters (zB Ausbildungsmängel) gegenüber dem durchschnittlichen Können eines vergleichbaren Dritten
 - Wünsche des Patienten schließen Verantwortung des behandelnden Arztes nicht von vornherein aus, können sie aber begrenzen (**Problem der „tatsächlichen Eigenverantwortlichkeit“ des Patienten**)
 - **ABER: Kausalitätszusammenhang eines ärztlichen Fehlverhaltens ist bei eigenverantwortlicher Selbstgefährdung häufig schwierig nachzuweisen**



Strafrechtliche Risiken - 4

- **Fahrlässige Körperverletzung (§ 88 StGB) - II**
 - **Problem der eigenverantwortlichen Selbstgefährdung**
 - **Grob unvernünftiges Handeln, das zu eigener Verletzung bzw Gesundheitsschädigung führt, begründet grundsätzlich keine Verantwortlichkeit eines anderen**
 - **Rechtlich geschützt ist im Rahmen der Leib- und Lebedelikte die Fremdverletzung bzw -tötung, außer bei Unterstützung von Selbstmord (§ 78 StGB)**
 - **ABER: Grundvoraussetzung dieses Autonomieprinzips ist die volle Handlungsfreiheit auf Grund voller Risikoeinsicht**
 - **Diese Risikoeinsicht kann bei Suchtkranken oder anderen psychischen Beeinträchtigungen mitunter fehlen und gegebenenfalls eine Verantwortung des Arztes begründen bzw den Sorgfaltsmaßstab erhöhen**



Fall 1 und 2 – Ergebnis II

Dr. B könnte durch die großzügige Verschreibung der Medikamente eine (Mit-)Ursache für die schwere Gesundheitsbeeinträchtigung des A gesetzt haben

- **Je nach Einsichtsfähigkeit könnte die eigenverantwortliche Medikamenteneinnahme durch A die Zurechnung der Gesundheitsbeeinträchtigung in die Risikosphäre des Dr. B ausschließen**
- **Entscheidend wird sein, inwieweit der Patient A auf Grund seines Gesundheitszustandes eigenverantwortlich handeln konnte**
- **Ein hinreichende Aufklärung über die Wirkungsweise des Medikaments schließt, wenn der Patient dies auch – zumindest aus Sicht des Aufklärenden – verstanden hat, die strafrechtliche Verantwortung von Dr. B aus**



Fall 3

Der Gesundheitsbehörde ist zu Ohren gekommen, dass es Dr. B mit der Verschreibung von Opioiden „besonders locker“ nimmt. Deshalb wird C, ein Mitarbeiter der Behörde, mit einer falschen Identität (ecard) ausgestattet und beauftragt, Dr. B dahin gehend zu testen, ob er Opioiden „allzu sorglos“ verschreibt.

C sucht sich einen Tag aus, an dem das Wartezimmer von Dr. B besonders voll ist. Freundlich versucht er zunächst, die Sprechstundenhilfe zu überzeugen, ihm das Rezept auszustellen, weil er es sehr eilig habe. Dies gelingt ihm nicht.

Als C nach einiger Zeit – die Ordinationszeit ist eigentlich schon zu Ende – in das Behandlungszimmer kommt, versucht er von Dr. B sogleich das Medikament zu bekommen. Weil Dr. B schon „sehr geschafft“ ist, verschreibt er C das Medikament ohne eingehende Untersuchung.

Welche rechtlichen Probleme resultieren aus dem Verhalten von Dr. B?



Mystery Shopping - 1

ASVG (seit 1.1.2016)

- **§ 32a. (1)** Die in den §§ 23 bis 25 bezeichneten Versicherungsträger und die Träger der im § 2 Abs. 2 bezeichneten Sonderversicherungen sind **verpflichtet**, die **rechtskonforme sowie die gesamt- und einzelvertragskonforme Vorgehensweise der Vertragspartner/innen zu überprüfen**. Zu diesem Zweck sind die Versicherungsträger ermächtigt, **eigens hierfür ausgestellte e-cards durch die Prüforgane des Versicherungsträgers einzusetzen**. Kontrollen der Vertragspartner/innen mit Hilfe eigens hierfür ausgestellter e-cards sind **nur bei begründetem Verdacht** auf eine nicht rechtskonforme oder gesamt- oder einzelvertragskonforme Vorgangsweise des Vertragspartners/der Vertragspartnerin zulässig und darüber hinaus stichprobenweise auf Grund eines jährlich im Vorhinein zu erstellenden Stichprobenplans.



Mystery Shopping - 2

Entwurf der Richtlinien für die Durchführung, Dokumentation und Qualitätssicherung von Kontrollen im Vertragspartnerbereich (Jänner 2016)

§ 5. (1) ... Als Schwerpunkte für Kontrollen kommen in Betracht:

1. die vertragskonforme Leistungserbringung,
2. Ungerechtfertigte Krankmeldungen im Sinne von § 8 Z 2 und 3,
...
4. **Verordnung von Heilmitteln**, wenn bekannt ist oder bei gehöriger Sorgfalt bekannt sein müsste, dass diese **einer missbräuchlichen Verwendung zugeführt** werden,
5. Verrechnung nicht bzw. unvollständig bzw. unzulässig erbrachter Leistungen,
...

(2) Es obliegt dem Versicherungsträger, ob er diese Kontrollen durch eigene Bedienstete durchführt oder sich der Unterstützung Dritter bedient. ...



Mystery Shopping - 3

- **Motto: Vertrauen ist gut, (verdeckte) Kontrolle ist besser**
- **Es gibt einschlägige (grund- und menschenrechtliche) Judikatur zur Zulässigkeit von „Tatprovokation“ (agent provocateur)**
 - **„Tatprovokation“ ≠ „Information über Bereitschaft zur Tatbegehung“**
 - **Bisherige Sichtweise: Auf Grund des Spannungsverhältnisses mit dem Fairness-Grundsatz (Art 6 EMRK) Berücksichtigung bei der Strafzumessung als mildernd**
 - **Neuere Judikatur des EGMR (Entscheidung *Furcht* gegen Deutschland): die Berücksichtigung im Wege der Strafzumessung ist zu wenig; es sollte ein „Verwertungsverbot“ der Ergebnisse oder ein „Verfolgungshindernis“ geben**
 - **Österreich hat Ende 2015 einen Reformentwurf der StPO in Begutachtung geschickt, der dies umsetzen soll (geplant: bis Sommer 2016)**



Mystery Shopping - 4

- **Gesundheits- und Sozialversicherungsbereich geht einen anderen Weg**
 - **Versuchte Wahrung der Sachlichkeit durch Begrenzung dieser Methode auf „begründeten Verdacht“**
 - **ABER:** Vertrauen des Arztes in ein korrektes Verhalten seiner Patienten ist eine Grundvoraussetzung, um eine sachgemäße Behandlung durchführen zu können; dieses wird durch Möglichkeit von Mystery Shopping „angekratzt“
 - **Kein Schutz für weitere Verwertung der „verdeckt ermittelten Ergebnisse“, sondern im Gegenteil „Anzeigepflicht“ bei entdeckten Missständen**
 - Nach **§ 6 Abs 3 des Richtlinien-Entwurfs** ist in Fällen, in denen sich bei einer Kontrolle ein Sachverhalt ergibt, dessen Untersuchung in die Zuständigkeit einer anderen Behörde fällt, diese **Behörde darauf hinzuweisen** und eine **Übermittlung der erforderlichen Aktenteile oder Dokumente im Amtshilfeweg** zulässig; als Bsp nennen die Erläuterungen sanitätsbehördliche Auflagen, Fahrtauglichkeit sowie die Zuverlässigkeit nach waffen- oder sprengstoffrechtlichen Vorschriften.



Fall 3 – Ergebnis

Dr. B hat durch die „großzügige Verschreibung der Medikamente“ gegen die medizinischen und rechtlichen leges artis verstoßen

- **Das Risiko für eine Strafbarkeit wegen Verstößen gegen SMG-Vorschriften ist zwar begrenzt, weil es am entsprechenden Vorsatz fehlen wird**
- **Es gibt aber nach dem Entwurf der Richtlinien kein Verbot, die Ergebnisse dieser „Tatprovokation“ in verwaltungs- oder disziplinarrechtlichen Verfahren zu verwenden; Gleiches gilt für Verfahren im Zusammenhang mit Vertragsverletzungen**

Es stellt sich generell die Frage, ob diese gesetzliche Normierung verdeckter Ermittlungen der Sache dienlich ist

- **„Generelles Misstrauen“ als schlechte Voraussetzung für eine Behandlung von PatientInnen, die man nicht persönlich kennt ...**



6. Interdisziplinäres Symposium zur Suchterkrankung

**Workshop C: Ärztlich-medizinrechtliche Verantwortung in der
Verschreibung von Opioiden**

Danke für die Aufmerksamkeit