

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Stenographischer Dienst

# **N i e d e r s c h r i f t**

## **Sozialausschuss**

36. Sitzung

am Montag, dem 28. Januar 2002, 10:30 Uhr,  
im Sitzungszimmer 142 des Landtages

**Anwesende Abgeordnete**

Andreas Beran (SPD)

Vorsitzender

Wolfgang Baasch (SPD)

Birgit Herdejürgen (SPD)

Arno Jahner (SPD)

Siegrid Tenor-Alschausky (SPD)

Torsten Geerds (CDU)

Frauke Tengler (CDU)

i. V. von Thomas Stritzl

Dr. Heiner Garg (FDP)

Angelika Birk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Weitere Abgeordnete**

Konrad Nabel (SPD)

Silke Hinrichsen (SSW)

**Fehlende Abgeordnete**

Werner Kalinka (CDU)

Helga Kleiner (CDU)

Die Liste der **weiteren Anwesenden** befindet sich in der Sitzungsakte.

<b>Einzigiger Punkt der Tagesordnung:</b>	<b>Seite</b>
<b>Anhörung</b>	<b>4</b>
<b>a) Neue Wege in der Drogenpolitik</b>	
Antrag der Fraktionen von SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Abgeordneten des SSW Drucksache 15/762	
Bericht der Landesregierung Drucksache 15/975	
<b>b) Modellversuch in der Drogenpolitik</b>	
Antrag der Fraktion der FDP Drucksache 15/1192	
<b>c) Modellversuche in der Drogenpolitik</b>	
Bericht der Landesregierung Drucksache 15/1441	
<b>Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur Bewertung der Gefährlichkeit einzelner Rauschmittel für die Konsumentinnen und Konsumenten sowie für ihre Umwelt</b>	<b>5</b>
<b>Potenziale und Risiken der Substitution und der Originalstoffvergabe bei Opiatabhängigkeit</b>	<b>7</b>
<b>Möglichkeiten einer niedrigschwelligen, schadensmindernden Drogenhilfe sowie die dafür notwendigen landesrechtlichen Voraussetzungen</b>	<b>17</b>
<b>Drogen- und Suchtbeauftragter der Landesregierung</b>	<b>19</b>
<b>Generalstaatsanwalt</b>	<b>21</b>
<b>Die bisherigen Erfahrungen mit § 31 a BtMG sowie die Notwendigkeit und Möglichkeit eines weiteren Rückzugs des Strafrechts im Umgang mit Drogenkonsumierenden. Die Differenzierung in legale und illegale Drogen und ihre Auswirkungen auf die Präventionsarbeit.</b>	<b>23</b>
<b>Landeskriminalamt</b>	<b>37</b>
<b>Reintegration Drogenabhängiger in die Gesellschaft, Vorgehensweisen zu ihrer sozialen Stabilisierung</b>	<b>41</b>

Der Vorsitzende, Abg. Beran, eröffnet die Sitzung um 10.30 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Einzigster Punkt der Tagesordnung:

### **Anhörung**

#### **a) Neue Wege in der Drogenpolitik**

Antrag der Fraktionen von SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
und der Abgeordneten des SSW

Drucksache 15/762

Bericht der Landesregierung

Drucksache 15/975

(überwiesen am 31. Mai 2001 zur abschließenden Beratung)

#### **b) Modellversuch in der Drogenpolitik**

Antrag der Fraktion der FDP

Drucksache 15/1192

(überwiesen am 28. September 2001)

#### **c) Modellversuche in der Drogenpolitik**

Bericht der Landesregierung

Drucksache 15/1441

(überwiesen am 14. Dezember 2001 zur abschließenden Beratung)

hierzu: Umdrucke 15/1754, 15/1756, 15/1765, 15/1768, 15/1772, 15/1775,  
15/1776 (neu), 15/1779, 15/1781, 15/1782, 15/1784,  
15/1788, 15/1790, 15/1793, 15/1794, 15/1798, 15/1799,  
15/171801, 15/1804, 15/1807, 15/1813, 15/1819,  
15/1820, 15/1821

## **Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur Bewertung der Gefährlichkeit einzelner Rauschmittel für die Konsumentinnen und Konsumenten sowie für ihre Umwelt**

### **Prof. Dr. Peter Raschke**

Prof. Dr. Raschke verweist zu Beginn seiner Ausführungen auf eine Übersicht (Umdruck 15/1813), die die Unterschiede der verschiedenen Stoffe – Cannabis, Ecstasy, Crack, Kokain und Heroin – im Hinblick auf Wirkungen, Nebenwirkungen, dem Abhängigkeitspotenzial, der Toleranzbildung, der Todesfälle und der sozialen Folgen darstellt.

Er führt sodann aus, in Deutschland gebe es ein paradoxes Phänomen. Die Probierbereitschaft zur Einnahme illegaler Drogen sei von 18 % im Jahr 1989 auf 45 % im Jahr 2001 gestiegen. Gleichzeitig gebe es bei den Personen, die bisher ohne Drogen gelebt hätten, die wachsende Bereitschaft, weiterhin keine Drogen zu nehmen. Die Lifetime-Prävalenz, also die Angabe darüber, ob eine Person jemals Drogen genommen habe, sei in Westdeutschland von 21 % im Jahr 1993 auf 28 % im Jahr 2001 gestiegen und in Ostdeutschland von 6 % auf 24 %, sodass sich Ostdeutschland und Westdeutschland heute auf dem gleichen Niveau befänden.

Der Anteil der Konsumenten, der Drogen konsumiere, habe sich seit den 70er-Jahren nicht geändert. Er liege unverändert bei 5 %. Festzustellen sei eine wachsende Probierbereitschaft illegaler Drogen, insbesondere in der Altersgruppe von 16 bis 18 Jahren. Dies sei ein typisches Risiko- und Experimentierverhalten; der Jugendliche bleibe im Allgemeinen nicht an der Droge hängen.

Vor diesem Hintergrund sei eine Verstärkung der Präventionsarbeit sowie ein nüchterner Umgang mit Cannabis, der Hauptdroge der Jugendlichen, zu empfehlen. Die vorhandenen Instrumente der Präventionsarbeit sollten sinnvoll eingesetzt werden. Das zeige sicherlich mehr Wirkung als andere Methoden.

\* \* \*

Auf die Frage des Abg. Beran nach geschlechtsspezifischen Merkmalen im Umgang mit Drogen gibt Prof. Dr. Raschke zur Kenntnis, die wichtigsten geschlechtsspezifischen Unterschiede gebe es bei den legalen Drogen Alkohol und Medikamenten. Dort bestehe seit vielen Jahren eine Differenz. Ansonsten habe sich das Probierverhalten von Jungen und Mädchen angeglichen. Wesentliche Unterschiede seien ihm nicht bekannt.

Abg. Tengler bittet darum, die Übersicht um die gesundheitlichen Wirkungen und sozialen Folgen von legalen Drogen zu ergänzen. – Prof. Dr. Raschke sagt dies zu.

Auf die anschließende Frage der Abg. Tengler nach dem Grund für den Anstieg der Probierebereitschaft von Cannabis bemerkt Prof. Dr. Raschke, dies sei nicht untersucht worden. Die Bereitschaft zur Drogeneinnahme sei zwar gestiegen; die Anzahl der Jugendlichen, die Drogen konsumierten, sei mit 4 % jedoch gering.

Abg. Birk bittet um Auskunft, bei welchem Suchtmittel das Gefährdungspotenzial, in eine langfristige Abhängigkeit zu geraten - unabhängig von der rein stoffgebundenen Abhängigkeit - am größten ist, und ob sich bei dem Konsum illegaler Drogen neben geschlechtsspezifischen Unterschieden auch soziale Muster herausbilden. – Unterschiede gebe es nicht nur hinsichtlich der Wirkung, sondern auch hinsichtlich der Konsumentengruppen, entgegnet Dr. Kalke. Cannabis, Ecstasy und zum Teil Kokain würden überwiegend von Personen konsumiert, die sozial gut integriert seien und die Droge insbesondere als Gelegenheitskonsum am Wochenende zu sich nähmen. Crack und Heroin hingegen würden überwiegend von Personen mit einem schlechten sozialen Umfeld konsumiert. Eine Rolle spiele in dem Zusammenhang sozialer Missbrauch.

Abg. Tengler weist darauf hin, dass es nach Angaben der Hauptstelle gegen die Suchtgefahr, die im Internet veröffentlicht seien, bei hoher Dosierung von Cannabis zum „Null-Bock-Syndrom“ und zur Vereinzelung kommen soll. – Prof. Dr. Raschke bestätigt dies. Ein intensiver regelmäßiger Konsum von Cannabis könne eine soziale Vereinzelung nach sich ziehen, erläutert er. Der Prozentsatz sei jedoch gering. Cannabis sei häufig nicht die Ursache, sondern eine Begleiterscheinung eines Problems.

Auf die Frage der Abg. Hinrichsen nach den gesundheitlichen Folgen nach dem Absetzen von Drogen informiert Dr. Kalke, dass Cannabis körperlich nicht abhängig mache und es daher keine Entzugserscheinungen gebe. – Der Konsum von Heroin, fügt Prof. Dr. Raschke hinzu, führe nicht zu irreversiblen gesundheitlichen Prozessen, die nicht mehr korrigierbar seien. Das ausschließliche Rauchen von Hasch sei weniger schädlich als das Rauchen von Nikotin; erst die Kombination führe zu einer erhöhten Krebsgefahr.

## **Potenziale und Risiken der Substitution und der Originalstoffvergabe bei Opiatabhängigkeit**

### **Prof. Dr. Dr. Ambros Uchtenhagen**

Prof. Dr. Uchtenhagen verweist zu Beginn seiner Ausführungen auf seine schriftliche Stellungnahme (Umdruck 15/1807) und führt sodann aus:

Meine Damen und Herren, ich werde Ihnen im Folgenden die wichtigsten Substitutionsbehandlungen, deren Risiken sowie die Voraussetzungen für eine Substitution mit Originalstoffen und deren Vor- und Nachteile darstellen.

Heroinverschreibung gibt es in England seit den späten 60er-Jahren. Das ist relativ bescheiden ausgewertet; dennoch gibt es daraus wichtige Erfahrungen. Es gibt das Morphinverschreibungsprojekt in Amsterdam, das wissenschaftlich begleitet und ausgewertet wurde. Es gibt umfangreiche Reviews der Methadonbehandlungen. Die Letzte ist eine Metaanalyse der gesamten Methadonliteratur. Die Publikation wird im Laufe des Jahres erscheinen.

Die heroingestützte Behandlung gibt es in der Schweiz seit 1994 und das Heroinverschreibungsprojekt in Holland seit 1998, dessen Resultate aber erst dem Parlament zugeleitet werden, bevor sie die Öffentlichkeit erreichen dürfen. Das wird voraussichtlich im März dieses Jahres stattfinden. Daneben gibt es eine Serie von Studien zur Substitution mit Buprenorphin.

Was die Potenziale der Substitution mit oralem Methadon anbelangt, gibt es eine Flut von wissenschaftlichen Studien, Auswertungen, Beschreibungen der physiologischen und psychologischen Auswirkungen dieser Substitutionen, der Langzeitwirkungen usw. Der Kenntnisstand dazu ist im Grunde optimal. Ich darf in Klammern hinzufügen: Daher denke ich im Falle von Substitution bei einem Patienten in erster Linie an das orale Methadon, wenn es nicht Gründe dagegen gibt.

Die Entzugsbehandlung mit oralem Methadon ist vor allem in den USA und in einigen anderen Ländern bekannt. Methadon hat die besten Eigenschaften zur Unterdrückung der Entzugsscheinungen. In Europa ist diese Methode weniger gebräuchlich – aber eher aus Einstellungs- als aus medizinischen Gründen. Eine Langzeitbehandlung hat das Hauptinteresse.

Was sind die vielfach nachgewiesenen Potenziale? Weniger illegaler Konsum - und zwar gemäß einiger Studien nicht nur weniger Heroin-, sondern auch weniger Kokainkonsum -, weni-

ger Nadeltausch, das heißt weniger Neuinfektionen mit AIDS- und Hepatitis-Viren in einer gut geführten Behandlung, weniger Todesfälle, weniger Delinquenz und bessere Gesundheit – natürlich alles im Vergleich zum unbehandelten Abhängigen.

Voraussetzung, um diese günstigen Ergebnisse zu erzielen, ist eine optimale individuelle Dosierung. Ein Grundfehler vieler Methadonbehandlungen ist, dass nicht ausreichende Dosen verschrieben werden. Dies lädt zum Beikonsum ein. Einige Menschen - etwa 10 % derjenigen, die substituiert werden -, brauchen aufgrund ihrer Verstoffwechslung des Methadons von Anfang an größere Dosierungen. Wenn sie sie nicht erhalten, funktioniert die Behandlung nicht. – Das ist das Eine.

Das andere: Es darf sich nicht nur um die Vergabe handeln, also um die Verschreibung, sondern es muss eine umfassende diagnostische Abklärung und eine umfassende therapeutische Anhandnahme aller Probleme stattfinden, wenn die Behandlung mit Methadon eine Chance haben soll. Das Methadon kuriert keine Suizidalität und keine Depressionen. Es braucht ein Angehen aller Probleme, die ein Patient oder eine Patientin mit sich bringt.

Eine letzte wesentliche Voraussetzung: Es ist - vielleicht aus gewissen politischen Überlegungen heraus - immer wieder angeregt worden, Methadonbehandlungen zeitlich zu beschränken. In einer gewissen Zeit müsse Drogenfreiheit erreicht werden. Das hat sich als kontraproduktiv erwiesen. Die Dauer der Behandlung ist individuell zu definieren und nicht künstlich, administrativ, zu begrenzen.

Noch ein Wort zu den Potenzialen: Dort, wo ohne Wartelisten in genügender Zahl drogenfreie Therapien und Methadonbehandlungen angeboten werden, wählen bis zu zehn Mal mehr Opiatabhängige eine Substitutionsbehandlung mit Methadon als eine drogenfreie Behandlung. Wenn das gesundheitspolitische Ziel dahin geht, einen möglichst großen Anteil der Heroinabhängigen in irgendeine therapeutische Behandlung zu bringen, dann muss dem Rechnung getragen werden. Methadonbehandlungen haben ein wesentlich größeres Potenzial, Menschen aus der illegalen Szene herauszuführen.

Methadon wird nicht nur oral, sondern auch intravenös verwendet. Das ist aber wesentlich seltener und nicht überall der Fall. Keine Verwendung erfolgt bei Entzugsbehandlungen.

Die Langzeitbehandlung wird vor allem in England praktiziert. Die Auswahl an neueren Auswertungen ist gering. Festzustellen ist, dass die Akzeptanz für das intravenöse Methadon deutlich geringer ist als für das intravenöse Heroin.



Tendenziell wird die Vergabe auch in England zeitlich limitiert. Man bietet es Menschen an, die nicht bereit sind, auf orales Methadon einzusteigen, sozusagen als Eintrittsbonus - allerdings mit der klaren Tendenz, so bald wie möglich vom intravenösen auf den oralen Methadongebrauch umzusteigen.

Bei höheren Dosierungen hat die intervenöse Applikation erhebliche Nebenwirkungen. In den Schweizerischen Versuchen zur Betäubungsmittelverschreibung kam sie schlecht an, weil - aus welchen Gründen auch immer - in der Schweiz höhere Dosierungen als in England erforderlich sind.

Potenziale der Substitutionsbehandlungen mit Buprenorphin:

Buprenorphin ist ein Sonderfall unter den Substitutionsmitteln, weil es eine Mischung darstellt - eine pharmakologische Mischung eines Agonisten, der ähnlich wie Methadon wirkt, und eines Antagonisten.

Was sind die Ergebnisse? - Sie sind vergleichbar günstig, wenn es sich nicht um höhere Dosierungen handelt. Menschen, die höhere Dosierungen brauchen, erhalten bei Buprenorphin auch höhere Dosierungen des Antagonisten, und das tut nicht gut. Es besteht die Chance, nur jeden zweiten Tag zur Einnahme erscheinen zu müssen, wenn eine stabile Dosierung erreicht ist. Es besteht aufgrund der Antagonisten-Anteile ein geringeres Risiko der Überdosierung und der Todesfälle. Die Voraussetzungen sind im Übrigen dieselben wie bei der Methadonbehandlung.

Heroin intravenös verabreicht – was sind hier die Potenziale, natürlich auch gegenüber einer methadongestützten Behandlung?

Bei früheren Arbeiten aus England konnte man keine deutlichen Unterschiede feststellen. Ein einziger randomisierter Versuch hat gezeigt, dass die Heroinverschreibung intravenös in etwa das gleiche Ergebnis hat.

Aus der Schweizer Studie können wir folgende Ergebnisse, die als Buch publiziert sind, zusammenfassen: eine gute Rekrutierbarkeit, obwohl die Versuche eigentlich hochschwellig waren. Es waren einige Voraussetzungen zur Aufnahme zu erfüllen, unter anderem, dass zuvor andere Therapieversuche zu keinem günstigen Ergebnis geführt haben.

Eine weitere Hochschwelligkeit besteht darin, dass Heroin eine wesentlich kürzere Wirkungs-dauer als orales Methadon hat. Um die gesamte Tagesdosis intravenös zu applizieren, ist ein mehrmaliges Erscheinen am Tag erforderlich.

Fazit: Trotz allem eine gute Rekrutierbarkeit der Zielgruppe, insbesondere auch der stark in Delinquenz verstrickten Heroinabhängigen, gute Haltequoten, geringere Abbruchraten in Vergleich zu anderen Therapien und signifikant weniger illegaler Konsum. Es war auch ein signifikanter Rückgang des Kokainkonsums zu verzeichnen, weshalb wir auf die gleichzeitige Verschreibung von Kokain verzichtet haben, die von der Versuchsanlage und von unserer Bundesregierung her möglich gewesen wäre.

Weitere Ergebnisse: Weniger Delinquenz, hoch signifikant weniger. Bessere Gesundheit, gute Kombinierbarkeit mit oralem Methadon und relativ wenig Nebenwirkungen, die kaum zu einem Abbruch der Behandlung eingeladen haben.

Der Übertritt in eine drogenfreie Therapie erfolgte ungefähr bei einem Viertel derer, die ausgetreten sind. Etwas häufiger ist der Rückübertritt in eine methadongestützte Therapie. Andere sind in relativ geringer Zahl in ihr voriges Leben zurückgekehrt.

Nun zu den Risiken: Generell muss bei jeder Abgabe eines Opiates damit gerechnet werden, eine Sucht zu erzeugen, wenn der Betreffende nicht schon zuvor abhängig war. Eine solide Abklärung ist deshalb vor einer Verschreibung erforderlich.

Weiterhin ist fortgesetzter Heroinkonsum trotz Substitution festzustellen. Es ist bekannt: Ein gewisser Anteil der Substituierten mit Methadon spritzt weiter, aus den verschiedensten Gründen.

Die Weitergabe von Opiaten kann, wenn die Einnahme nicht ausreichend kontrolliert wird, andere Menschen hochgradig gefährden, die keine so genannte Opiattoleranz haben und für die eine Dosis, die der Methadonpatient ohne Weiteres erträgt und benötigt, tödlich wirken könnte.

Was die Todesfälle durch Beikonsum angeht: An Methadon selbst sterben weniger Patienten als an der Kombination von Methadon mit Alkohol, Methadon mit Beruhigungsmitteln oder einer Mischung aus allem. Diese hochbrisante Mischung kann bei Methadonbehandlungen immer wieder zu Todesfällen führen.

Ein Risiko ist aber auch Unterdosierung. Eine unzureichende Methadondosierung lädt geradezu zum Beikonsum ein.

Nebenwirkungen sind meist vermeidbar. Selten muss eine Behandlung wegen Nebenwirkungen abgebrochen werden. In der Regel sind Nebenwirkungen durch Dosis-Anpassungen zu beherrschen.

Mangelnde Kompetenz des Arztes ist eines der größten Risiken. Die Behandlung von Drogenabhängigen gehört nur in die Hände von Personen mit Erfahrung.

Ein Nachteil von Buprenorphin gegenüber dem oralen Methadon sind die Kosten: Es ist wesentlich teurer. In Frankreich ist Buprenorphin das Substitutionsmittel Nummer eins. Dort wurde vom Produzenten gute Lobbyarbeit geleistet; zudem darf jeder dort praktizierende Arzt ohne eine spezielle Bewilligung Buprenorphin verschreiben. Es wird nicht speziell erfasst.

Die kontrollierte Einnahme ist etwas aufwendiger, weil die Auflösung der sublingualen Tabletten abgewartet werden muss. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Tabletten in Wasser aufgelöst und gespritzt werden. Dabei gibt es auch Todesfälle zu verzeichnen.

Die Risiken beim Heroin sind die Gleichen wie bei oralem Methadon. Zusätzliche Risiken bestehen durch die intravenöse Applikation. Die Nebenwirkungen, die über illegales Straßenheroin bekannt sind, sind nicht ohne Weiteres auf das pharmakologisch reine Heroin zu übertragen. Aber es gibt zusätzliche Risiken.

Nebenwirkungen sind meist vermeidbar. Befürchtet wird eine Schwächung anderer Therapieformen. Wenn man Heroin anbietet - so die Annahme -, bestehe keine Bereitschaft mehr, in eine Methadonbehandlung oder in eine drogenfreie Behandlung zu gehen. Das hat sich nach unseren Erfahrungen - statistisch belegt - nicht bewahrheitet.

Des Weiteren werden ungünstige Folgen für die Prävention befürchtet. Wenn Heroin von der Teufelsdroge zu einem verschreibbaren Medikament mutiert, könne dies für Jugendliche eine Einladung darstellen im Sinne von „Das ist doch nicht so gefährlich.“ Auch das geschieht nicht. In Bezug auf die Konsumbereitschaft können wir aufgrund unserer Unterlagen sagen: „Nicht der Verbotscharakter einer Droge steuert die Konsumbereitschaft, sondern die wahrgenommene Gefährlichkeit.“ Das heißt, dass bei uns Heroin bei Jugendlichen noch nie so ein schlechtes Image seit der Verschreibung von Heroin hatte. Hinzu kommt ein noch schlechteres Image des

Heroinabhängigen. Sich mehrfach pro Tag in einer Poliklinik unter Aufsicht eine vorbereitete Dosis zu spritzen, hat wenig Attraktivität.

Zu den Vorteilen einer Substitution mit Heroin gegenüber anderen Substitutionsbehandlungen: höhere Attraktivität - vor allem zu Beginn, insbesondere bei denen, die erfolglos andere Therapien versucht haben -, zum Teil bessere Haltequoten, deutliche Reduktion des illegalen Heroinkonsums auch bei Menschen, die früher Beikonsum hatten. Die übrigen Auswirkungen sind weitgehend ähnlich.

Noch ein Wort zu den Nachteilen: Die Zugangsschwelle ist höher. Zu nennen sind die i. v. Applikation und die kurze Wirkungsdauer von gespritztem Heroin. Eine stärkere Anbindung an das Therapieprogramm ist erforderlich, das die berufliche Eingliederung eher schwierig macht. Deshalb ist die Kombination mit oralem Methadon so beliebt. Der logistische Aufwand für die Bereitstellung des Heroins ist größer mit entsprechenden Kostenfolgen. Eine Heroinbehandlung kostet in der Schweiz pro Patient und Tag das Zwei- bis Dreifache einer Behandlung mit oralem Methadon.

Ein letztes Wort zu den Voraussetzungen: Wann empfiehlt sich eine solche Behandlung? - Sie empfiehlt sich für Personen mit massiven Heroinproblemen. Ausreichend viele andere Behandlungsangebote müssen vorhanden sein. Wenn die Behandlung die Ultima Ratio für Personen mit massiven Heroinproblemen sein soll, dann müssen die anderen Therapien von guter Qualität und ohne lange Wartefristen erreichbar sein. Sonst wäre eine Verbesserung der anderen Therapien sinnvoller.

Ferner ist eine sorgfältige individuelle Abklärung und Indikationsstellung erforderlich. Das heißt: eine entsprechende Schulung der verantwortlichen Ärzte, ausreichende Aus- und Weiterbildung nicht nur der Ärzte, sondern auch der Behandlungsteams, Begleitforschung. Wenn man Heroinverschreibung einführen will, muss es auch den Willen geben, Evidenz über die Verwendung herzustellen.

Gute Akzeptanz und Zusammenarbeit sind vonnöten. Es braucht auch ein Ausmaß an Öffentlichkeitsarbeit, damit zum Beispiel Behörden, Ämter und die medizinische Welt den Sinn der Maßnahmen sehen. Wichtig sind zudem eine ausreichend politische Unterstützung sowie verfügbare Ressourcen – personell und finanziell.

\* \* \*

Abg. Nabel fragt, ob es in den Ländern Europas Unterschiede in der psychosozialen Begleitung gibt. – Derartige Unterschiede gebe es natürlich, gibt Prof. Dr. Uchtenhagen zur Kenntnis. Das hänge unter anderem mit den Präferenzen der Ärzte oder der Behandlungsteams zusammen. Es bestünden auch nationale Unterschiede, insbesondere im Ausmaß der psychosozialen Betreuung. In Italien gebe es in den staatlichen Methadonbehandlungsstellen oder Polikliniken ein Minimum an Begleitbetreuung, während man in der Schweiz aufgrund entsprechender Erfahrungen für ein anständiges Maß der begleitenden Betreuung gesorgt habe.

Prof. Dr. Raschke fügt an, die psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung sei in der Bundesrepublik stets ein wesentliches Element gewesen; sie sei jedoch in der Intensität und Häufigkeit sehr unterschiedlich praktiziert worden. In Hamburg habe es in den 90er-Jahren ein gut ausgebautes Netz gegeben, während die psychosoziale Betreuung in Bremen oder Berlin eher sporadisch gewesen sei. Untersuchungen zeigten, wie wichtig psychosoziale Betreuung gerade für die Langfristigkeit des Erfolges sei.

In dem geplanten bundesweiten Heroinprojekt spiele die psychosoziale Betreuung eine besondere Rolle. Alle Teilnehmer würden intensiv psychosozial betreut. Es werde nach unterschiedlichen Strategien verfahren um herauszufinden, wie langfristig die besten Erfolge erzielt werden könnten.

Auf Fragen der Abg. Birk und der Abg. Tengler legt Prof. Dr. Uchtenhagen dar, inwiefern sich die Intensität der psychosozialen Betreuung auf den Beikonsum auswirke, sei nicht die zentrale Frage. Die psychosoziale Betreuung müsse individuell auf die Bedürfnisse des Patienten ausgerichtet sein, sowohl im Ausmaß als auch in der Art der Betreuung. Nur wenn das nicht gewährleistet sei, sei mit einem erhöhten Beikonsum zu rechnen.

Was die Frage betreffe, ob die Mittel, die in das Heroinverschreibungsprojekt gingen, nicht besser in die Methadonbehandlung investiert werden sollten, so gebe es immer wieder Menschen, die mit der Behandlung von Methadon nicht zurecht kämen. Für diese Personen sei die Heroinverschreibung vorgesehen.

Prof. Dr. Raschke ergänzt, derzeit werde in einer bundesdeutschen Heroinstudie untersucht, ob bei einer spezifischen Gruppe die Verschreibung von Heroin erfolgreicher als die Verschreibung von Methadon sei. Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Programm sei, dass die Menschen vom bisherigen Hilfesystem nicht erreicht worden seien und eine Methadonbehandlung fehlschlage beziehungsweise Beikonsum stattfinde. Es gehe folglich nicht um die Frage

„Methadon“ oder „Heroin“, sondern darum, welche Therapie für diesen Personenkreis am geeignetsten sei.

Abg. Nabel folgert, dass für eine erfolgreiche Therapie psychosoziale Betreuung notwendig ist. – Es sei jedoch nicht erforderlich, bemerkt Prof. Dr. Uchtenhagen, dass jede Stelle, die Methadon ausbebe, diese Hilfe anbiete. In dem Fall müsse die psychosoziale Betreuung durch andere Stellen erfolgen.

Prof. Dr. Raschke bekräftigt die Notwendigkeit, die Substitutionsbehandlungen zeitlich nicht zu beschränken. Diesen Maßgaben entsprächen nicht die AUB-Richtlinien, die sehr eng gefasst seien und viele Begründungskünste der Ärzte nach sich zögen, um die Patienten in der Behandlung zu halten.

Dr. Kalke berichtet, die Substitutionslandschaft in Deutschland sei vielfältig. In verschiedenen Bundesländern gebe es Sonderprogramme, beispielsweise für Prostituierte oder drogenabhängige Gefängnisinsassen. Die Bewilligungspraxis sei von Region zu Region verschieden. Eine systematische Auswertung gebe es bislang nicht.

Bereits jetzt könnten die Bundesländer nach § 3 Abs. 1 BtMG Modellversuche mit Betäubungsmitteln durchführen. Dazu zähle beispielsweise das bundesweite Heroinprojekt.

Das bundesweite Heroinprojekt beginne ab 1. März, wahrscheinlich mit dem Einschluss der ersten Patientinnen und Patienten in Karlsruhe. Die Patientenzahl verteile sich auf zwei Gruppen. Die Gruppen der Methadon- und Heroinsubstituierten sollten jeweils 560 Personen umfassen. An dieser Multi-Center-Studie seien sieben Städte, aber auch vier Bundesländer und die Bundesregierung beteiligt. Da das gesamte Projekt bereits kalkuliert und genehmigt worden sei, bestehe für das Land Schleswig-Holstein quasi keine Möglichkeit mehr, sich daran zu beteiligen.

Es stelle sich jedoch die Frage, ob der § 3 BtMG nicht dahin gehend geändert werden sollte, dass der föderale Gestaltungsspielraum der Länder in der Drogenpolitik erhöht werde. In einem ähnlichen Beschluss der gemeinsamen Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 1998 hätten die Bundesländer bereits ihren Willen dazu bekundet, was auch aus wissenschaftlicher Sicht sinnvoll sei.

Abg. Nabel erinnert an das so genannte „Apotheker-Modell“ und regt an, das BtMG dahin gehend zu ändern, dass nachgeordnete, möglicherweise politisch beeinflussbare Stellen den

Zweck des Modellversuches nicht unterlaufen können, beispielsweise durch Arzneimittelgenehmigungen. – Auch er sei überrascht gewesen, fügt Prof. Dr. Raschke hinzu, wie eng an den Regeln klinischer Versuche ein Cannabisprojekt beurteilt worden sei. Er könne sich deshalb nur der Empfehlung von Dr. Kalke anschließen, die engen und zentralistisch gefassten Regelungen des BtMG auszudehnen, um den Bundesländern einen größeren Spielraum zu ermöglichen.

Abg. Birk fragt, ob eine Übersicht über die unterschiedlichen psychosozialen Ansätze und deren Erfolge bei Substitutions- und Heroinversuchen in der Schweiz und Großbritannien existiert und inwiefern soziale Parameter eine Rolle spielen. – Prof. Dr. Uchtenhagen verweist auf die bereits genannte wissenschaftliche Meta-Analyse der internationalen Methadonliteratur, die im Laufe des Jahres publiziert werden wird. – Für Deutschland gebe es solche Zusammenfassungen nicht, ergänzt Prof. Dr. Raschke. Nur in wenigen Studien sei die psychosoziale Betreuung berücksichtigt worden. In der Hamburger Studie habe man dies systematisch getan. Das Problem liege allerdings darin, dass im Hamburger Modell eine Verpflichtung bestanden habe, sich an der psychosozialen Betreuung zu beteiligen. Die Hamburger Studie stelle er dem Ausschuss gern zur Verfügung. – Der Ausschuss nehme das Angebot gern an, schließt Abg. Beran.

## **Möglichkeiten einer niedrigschwelligen, schadensmindernden Drogenhilfe sowie die dafür notwendigen landesrechtlichen Voraussetzungen**

### **Odyssee Kiel**

Herr Dehnke von der Odyssee Kiel trägt vor, die Begrifflichkeit einer „niedrigschwelligen, schadensmindernden Drogenhilfe“ sei in letzter Zeit stark von der Diskussion über Konsumräume und Originalstoffvergabe dominiert worden. Er betrachte es als eine logische Konsequenz, wenn im Rahmen eines Arzneimittelversuchs die Originalstoffvergabe endlich in Deutschland durchgeführt werde. Es werde stets Personen geben, die durch eine Substitution nicht erreicht würden. Er gehe davon aus, dass in zehn Jahren die Originalstoffvergabe ein Regelangebot darstelle.

Durch das Dritte Betäubungsmitteländerungsgesetz vom 1. April 2000 sei die gesetzliche Grundlage für den Betrieb von Konsumräumen geschaffen worden. In der vergangenen Woche sei in Aachen der zwanzigste Konsumraum eröffnet worden. In Schleswig-Holstein bestehe keine Möglichkeit, einen Konsumraum zu errichten, da die erforderliche Rechtsverordnung auf Landesebene fehle. Die rechtlichen Rahmenbedingungen des § 10 a BtMG sowie die Rahmenvereinbarungen der Länder Nordrhein-Westfalen, Saarland und Hamburg sei seiner schriftlichen Stellungnahme (Umdruck 15/1820) zu entnehmen. Die Rahmenvereinbarungen seien nahezu wortgleich. Allerdings bestehe allein in Hamburg für Substituierte die Möglichkeit zum intravenösen Konsum von Drogen in einem Konsumraum. In Nordrhein-Westfalen und im Saarland werde diesen Personen der Zutritt zum Konsumraum verweigert.

Der Hintergrund für die Einrichtung von Konsumräumen seien in Städten wie Frankfurt, Hannover oder Hamburg massive öffentliche Drogenszenen gewesen, deren Sogwirkung für das Umland, teilweise auch für andere Bundesländer, relativ groß gewesen sei. Hinzu gekommen sei ein hohes Maß an physischer und psychischer Verelendung. – Vergleichbare Zustände gebe es in Schleswig-Holstein nicht, weshalb es aus seiner Sicht nicht gerechtfertigt sei, über die Einrichtung eines Konsumraums nachzudenken. Zudem sei in Schleswig-Holstein kein ausdifferenziertes und durchfinanziertes Drogenhilfesystem vorhanden.

Was seien ferner Möglichkeiten einer „niedrigschwelligen und schadensmindernden Drogenhilfe“?

Einem Abhängigen sollte unmittelbar ein Entgiftungsplatz angeboten werden, statt ihn – wie im Moment - auf eine Wartezeit von vier bis sechs Wochen zu verweisen. Für Kinder und Jugend-



liche sollten aufgrund der Entwicklung der Konsummuster spezialisierte Angebote vorgehalten werden. Das Drogen- und das Jugendhilfesystem sollten miteinander verzahnt werden. In Justizvollzugsanstalten sollten Spritzentausch und Kondomvergabe ermöglicht werden; dies gebe es bislang in keiner Haftanstalt in Schleswig-Holstein. Einem Abhängigen sollten möglichst zeit- und ortsnah ein qualifizierter Mediziner als auch eine qualifizierte psychosoziale Betreuung angeboten werden. Das Angebot der Kontaktläden im Land sollte erweitert werden; deren Sinn werde fachlich von allen Seiten anerkannt. In Schleswig-Holstein gebe es Kontaktläden lediglich in Elmshorn, Flensburg, Lübeck und Kiel.

Neben der Basisarbeit dürfe auch die „Meta-Ebene“ nicht in Vergessenheit geraten. Nach wie vor existierten nicht in allen Kreisen und Städten abgestimmte Suchthilfepläne. Diese gemeinsam mit den vor Ort arbeitenden Trägern zu entwickeln, fortzuschreiben, aber auch auszuwerten, sei eine der vordringlichsten Arbeiten.

Was die gegenwärtige Finanzierungsstruktur angehe, so seien die Landeshaushalte seit Ende 1995 gedeckelt. Alle Personal- und Sachkostenerhöhungen müssten seither durch die Träger aufgefangen werden. Seine Einrichtung habe für das laufende Jahr noch keinen Zuwendungsbescheid vorliegen, wisse aber, dass nicht unerhebliche Etatkürzungen geplant seien. Vor diesem Hintergrund sei es wichtig, über die Finanzierungsstrukturen im Land zu reden; denn es mache keinen Sinn, zusätzliche Angebote in Erwägung zu ziehen, wenn zunehmend Basissegmente in Schwierigkeiten gerieten.

## **Drogen- und Suchtbeauftragter der Landesregierung**

Herr Dr. Kröhn, Drogen- und Suchtbeauftragter der Landesregierung, gibt sodann folgende Stellungnahme ab:

Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, in welchem Zusammenhang stehen die Fragen, die wir unter diesem Tagesordnungspunkt diskutieren?

In aller Kürze: Sucht ist Krankheit, und kranke Menschen benötigen Hilfe. Jede Sucht ist anders, und drogenabhängig ist nicht gleich drogenabhängig. Einen Königsweg aus der Suchtmittelabhängigkeit gibt es genauso wenig wie eine suchtmittelfreie Gesellschaft. Niedrigschwellige Hilfen bedeuten keine Suchtverlängerung, sondern in vielen Fällen Schadensminderung und Überlebenshilfe. Erst diese Dinge sind die Voraussetzung dafür, dass weiterführende Angebote angenommen werden können.

Welche Position haben wir zu den beiden vorrangig im Raum stehenden Weiterentwicklungen der Suchthilfe, zu Drogenkonsumräumen und zur Originalstoffvergabe? – Beide Ansätze werden aus fachlicher Sicht ausdrücklich begrüßt als weitere Bausteine in einem sinnvoll ausdifferenzierten und lebensweltbezogenen Hilfesystem für suchtmittelabhängige Menschen.

Im Einzelnen: Die Einrichtung eines Drogenkonsumraumes ist in den Städten Kiel und Lübeck wiederholt diskutiert worden. Von Landesseite aus stehen wir sozusagen „stand by“, haben das Projekt aber nicht auf Krampf forciert. Einige wesentliche Gründe sind gerade genannt worden.

Die Einrichtung eines Drogenkonsumraumes kann nur unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse und Wünsche vor Ort Sinn machen. Wir haben in Schleswig-Holstein keine etwa mit Hamburg vergleichbare offene Drogenszene. Anderenorts war gerade die offene Drogenszene, ursprünglich nicht zuletzt aus ordnungspolitischen Gesichtspunkten, für die Eröffnung von Konsumräumen ausschlaggebend. Es bleibt folglich aus meiner Sicht sorgfältigst abzuwägen, welche möglichen negativen Effekte der Einrichtung eines Konsumraums entgegenstehen könnten. Denkbar wären das Entstehen einer Szene, eine Sogwirkung auf ortsfremde Abhängige oder ein verstärkter Handel im Umfeld.

Die von mir befragten Praktiker im Land stehen einem Konsumraum, zumindest in Kiel und Lübeck, grundsätzlich positiv gegenüber. Somit bleibt die Einrichtung von Konsumräumen aus fachlicher Sicht als weiteres Instrument der Schadensminderung und zur Kontaktfelderweite-

rung mit bisher nicht erreichten Abhängigen eine Option. Sie darf allerdings nicht zulasten der bisherigen Versorgungsstruktur gehen. Sie muss eine in die bestehende Landschaft integrierte und zusätzliche Facette des Hilfesystems darstellen.

Vor dem Hintergrund des einstweilen noch abstrakten Planungsstandes haben wir noch keine Rechtsverordnung zum Betrieb von Drogenkonsumräumen vorgelegt. Darin sind auch konkrete Einzelheiten abhängig von den örtlichen Gegebenheiten zu regeln. Eine Rechtsverordnung sozusagen nur als Fingerübung macht keinen Sinn.

Was die Originalstoffvergabe anbelangt, so halten wir das Studiendesign fachlich für einen viel versprechenden Schritt zur Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten für opiatabhängige Menschen. Auffallend ist, dass hier die Zurückhaltung der Praktiker im Land größer als bei Konsumräumen zu sein scheint. Praktisch niemand konnte mir den quantitativen Bedarf konkret benennen.

Gerade in Anbetracht der immensen und - wie sich mittlerweile herausgestellt hat - geradezu explodierenden Kosten dieses Modells haben wir beschlossen, zunächst die Ergebnisse abwarten und dann zu prüfen, ob wir mit diesem Ansatz auch in Schleswig-Holstein beginnen werden.

Wir haben unsere Anstrengungen vielmehr darauf gerichtet, das in Schleswig-Holstein seit 1990 bestehende und bundesweit vorbildliche Methadonprogramm zu einem flächendeckenden Substitutionsangebot auszubauen und dafür auch die notwendige psychosoziale Begleitung vorhalten zu können.

Durch erleichterte Zugangswege und einen radikalen Umbruch nach der Schließung einer großen Kieler Substitutionspraxis befinden sich mittlerweile etwa 1.500 Menschen in einer geregelten Substitution. Gleichwohl bestehen Änderungswünsche. Eine vorliegende Opiatabhängigkeit muss als alleiniger Grund für die Aufnahme einer Substitution ausreichen. Das ist bislang in der Regel an Krankheitsindikationen gekoppelt.

Die Qualität der Substitutionsbehandlung ist zu steigern. Hier ist von den von der Bundesärztekammer in Kürze vorzulegenden Richtlinien zur Durchführung von Substitutionen, die sich an die Ärzteschaft wenden, aber auch von den immer häufiger sich zusammenfindenden ärztlichen Qualitätszirkeln viel zu erwarten.

Ein ganz wichtiger Punkt: Die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen ärztlichen Behandlern einerseits und psychosozialen Beratern andererseits ist zu verbessern. Vor allem muss die von den Kassen bisher nicht getragene psychosoziale Betreuung als integraler und anerkannter Bestandteil eines Substitutionsbehandlungskonzeptes endlich in das Regelsystem der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.

## Generalstaatsanwalt

Generalstaatsanwalt Rex gibt zur Kenntnis, die Einrichtung eines Konsumraumes sei aus sachlichen Gesichtspunkten wünschenswert; in der aktuellen finanziellen Situation gingen jedoch kostengünstige Drogenhilfeprojekte vor.

Ein Drogenkonsumraum könne nur funktionieren, wenn klare repressive Rahmenbedingungen und Drogenhilfsmaßnahmen existierten. Notwendig seien nach § 10 a BtMG eine Notfallversorgung, medizinische Beratung sowie die Vermittlung von weiterführenden und ausstiegsorientierten Angeboten der Beratung und Therapie. Man dürfe nicht den gleichen Fehler wie andere Städte begehen, einen „Raumcontainer“ ohne weiterführende Beratung und Therapiemöglichkeiten einzurichten.

Es müsse ein Gesamtkonzept erarbeitet werden. Die Zusammenarbeit mit der Polizei im Umfeld des Konsumraums, die Altersbegrenzung der Benutzer und Übernachtungsmöglichkeiten – und zwar ohne Formalitäten – seien zu klären. Zudem habe der Gesetzgeber bislang keine Stellungnahme dazu abgegeben, ob der Drogenkonsum nicht nur in einem Drogenkonsumraum, sondern auch unter bestimmten anderen Bedingungen straffrei sei; denn im Umkreis von kleineren Drogenszenen finde Drogenkonsum häufig an anderen Orten statt.

Was die Originalstoffvergabe betreffe, so dürfe aus Sicht des Süchtigen nicht kalkulierbar sein, wann eine Person in die Originalstoffvergabe einbezogen werde. Wenn bekannt sei, dass ein zweimaliger Abbruch einer anderweitigen Therapie die alleinige Voraussetzung für die Originalstoffvergabe sei, sinke die Motivation für andere Therapien.

\* \* \*

Besonders verweisen möchte er in dem Zusammenhang auf ein von ihm entwickeltes Drogenfrühhilfekonzept, das derzeit dem Arbeits- und Sozialministerium vorliege. Danach sollten die Polizei und Staatsanwaltschaft mit den Drogenberatungsstellen zusammenarbeiten und ihnen die Adressen von Jugendlichen mitteilen, die erst- oder zweimalig auffielen, damit ihnen frühzeitig Drogenberatung angeboten werde.

\* \* \*

Auf eine Frage des Abg. Garg bekräftigt Herr Dehnke, dass ein Konsumraum nur Sinn ergebe, wenn die Öffnungszeiten auf die Bedürfnisse der Konsumierenden ausgerichtet seien. In

Deutschland werde unterschiedlich verfahren. In Frankfurt habe der Konsumraum von 6 bis 24 Uhr geöffnet; in Münster habe man aus finanziellen Gründen beschlossen, ein Kleinprojekt zu starten, um es gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt zu erweitern. Die dortigen Öffnungszeiten seien: Montag, Dienstag und Donnerstag 11 bis 17 Uhr, Mittwoch 13 bis 17 Uhr, Freitag 11 bis 16 Uhr.

Abg. Nabel fragt, inwiefern es möglich ist, Druckräume in Kliniken oder ambulanten Einrichtungen zu integrieren. – Dr. Kröhn berichtet, solche Angebote gebe es in Deutschland bereits in einigen Orten. Es sei zu empfehlen, die Klientel auseinander zu halten, damit Personen, die lediglich eine Beratung wünschten, oder Jugendliche, die erstmalig auffällig geworden seien, nicht mit langjährigen Abhängigen zusammengeführt würden.

Auf eine Frage der Abg. Tengler gibt Dr. Kröhn zur Kenntnis, derzeit befinde sich der Bund mit dem Bundesverband der Ärzte und Krankenkassen in Verhandlungen darüber, ob die Kosten für eine psychosoziale Betreuung von den Krankenkassen als Regelleistung übernommen werden sollten. Bislang gebe es dazu wenig Bereitschaft. Diese Forderung könne sicherlich von einem Landesparlament unterstützt werden.

Abg. Birk bittet um Informationen bezüglich Spritzenvergabe, Substitutionsbehandlungen und psychosoziale Betreuung in Justizvollzugsanstalten. – Generalstaatsanwalt Rex erklärt, für dieses Gebiet sei nicht die Staatsanwaltschaft, sondern die Justizorganisation zuständig. Im Frauenvollzug sehe er den Spritzenaustausch nicht als problematisch an. Entsprechende Modellversuche in Niedersachsen hätten sich bewährt. Im Männervollzug würden in erster Linie Sicherheitsaspekte vorgebracht. Da ein Automat nicht erkenne, ob eine Spritze mit Spitze zurückgegeben werde, könne ein Gefängnisinsasse Spitzen ansammeln. – Abg. Hinrichsen weist darauf hin, dass die Thematik im vergangenen Jahr im Innen- und Rechtsausschuss beraten worden ist.

**Die bisherigen Erfahrungen mit § 31 a BtMG sowie die Notwendigkeit und Möglichkeit eines weiteren Rückzugs des Strafrechts im Umgang mit Drogenkonsumierenden. Die Differenzierung in legale und illegale Drogen und ihre Auswirkungen auf die Präventionsarbeit.**

**Prof. Dr. Kleiber**

Prof. Dr. Kleiber führt Folgendes aus:

Was § 31 a BtMG anbelangt, möchte ich zunächst etwas zur Entstehung und zu den Motiven des Gesetzgebers sagen. Die Vorschrift des § 31 a wurde bekanntermaßen durch das Gesetz zur Änderung des BtMG vom 9. September 1992 in das Betäubungsmittelstrafrecht aufgenommen. Nach § 31 a Abs. 1 BtMG kann die Staatsanwaltschaft unter denselben Voraussetzungen wie bei § 29 Abs. 5 BtMG - also bei Anbau, Herstellung, Einfuhr, Ausfuhr, Durchfuhr, Erwerb oder Besitz geringer Mengen von BtMG ausschließlich zum Eigenverbrauch - das Verfahren dann einstellen, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen ist und ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung nicht besteht.

Mit der Schaffung des § 31 a wurde die Vorschrift des § 29 Abs. 5 weiterentwickelt, um durch die Erweiterung der gesetzlichen Möglichkeiten a) eine Entlastung der Strafverfolgungsorgane zu bewirken und b) die Ermittlungsressourcen auf die Bekämpfung der mittleren und schweren Kriminalität, insbesondere des professionellen Drogenhandels, zu konzentrieren. Auch strebte der Gesetzgeber eine Vereinheitlichung der Einstellungspraxis in den einzelnen Bundesländern an, da sich gezeigt hatte, dass die Bundesländer Haschisch-Kleindelikte sehr unterschiedlich sanktionierten. Ein zusätzliches Motiv der Gesetzgeber war die Verwirklichung von Hilfsangeboten an Stelle von Strafen.

Was die tatbestandlichen Voraussetzungen anbelangt, bezieht sich § 31 a auf alle Betäubungsmittel, unterscheidet also nicht zwischen harten und weichen Drogen. Auch muss es sich bei dem Täter oder der Täterin nicht um Ersttäter handeln, um § 31 a anwenden zu können.

Die Bestimmung der geringen Menge ist Gegenstand heftiger Kontroversen zwischen den einzelnen Landesjustizverwaltungen gewesen, deren Richtlinien Mengen vorgeben, beispielsweise für Cannabis zwischen zwei bis drei Konsumeinheiten. Es besteht hier eine erhebliche Bandbreite mit Mengen zwischen 3 und 30 g.

Die geringe Menge muss ausschließlich zum Eigenverbrauch bestimmt sein, um § 31 a zur Anwendung zu bringen, und es muss eine geringe Schuld festgestellt werden. Die Schuld ist dann gering, wenn die Strafzumessungsgründe überwiegend zu Gunsten des Beschuldigten sprechen, sodass die zu erwartenden Sanktionen für das jeweilige Delikt im unteren Bereich des Strafrahmens liegen würden.

Schließlich setzt § 31 a voraus, dass kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Ist ein solches Interesse jedoch gegeben, so wäre die Anwendung von § 31 a auch in Fällen von geringer Schuld auszuschließen.

Eine vergleichende Analyse der Vorschriften ergab erhebliche Regelungsunterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern besonders für folgende Punkte:

Bezüglich der Bestimmung der geringen Menge wurden zwischen 3 und 30 g festgeschrieben. Die Einbeziehung so genannter harter Drogen in den Anwendungsbereich von § 31 a wird in den verschiedenen Ländern unterschiedlich gehandhabt – ebenso die rechtliche Behandlung von Wiederholungstätern. Die rechtliche Behandlung von Jugendlichen und Heranwachsenden erfolgt entweder durch Rückgriff auf das Jugendstrafrecht oder durch die Anwendung des § 31 a. Unterschiede gibt es bezüglich der Behandlung von Konsumverhaltensweisen in Justizvollzugsanstalten.

Was die Einstellungen anbelangt, ist eine Studie sehr bedeutsam geworden, die vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben worden ist und in der sich die Kriminologische Zentralstelle mit den Auswirkungen des § 31 a auseinandergesetzt hat.

Im Auftrag des BMG führte die Kriminologische Zentralstelle in Wiesbaden zwischen 1995 und 1997 ein Forschungsvorgaben zur Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaften bei Betäubungsmittelkonsumdelikten durch. Hintergrund der Studie war der Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 9. März 1994, das so genannte Haschisch-Urteil zur Verfassungsmäßigkeit der Strafvorschriften des BtMG betreffend den Umgang mit Cannabis. Darin wurde festgestellt, dass die Strafverfolgungsorgane nach dem Übermaßgebot von der Verfolgung der in § 31 a BtMG bezeichneten Straftaten abzusehen haben, wenn Cannabisprodukte nur in geringen Mengen und ausschließlich zum gelegentlichen Eigengebrauch erworben oder besessen werden und eine Fremdgefährdung nicht eingetreten ist.

Soweit hierfür die Staatsanwaltschaften der Länder zuständig sind, trifft die Länder die Pflicht, für eine im Wesentlichen einheitliche Einstellungspraxis zu sorgen. Die Frage ist jedoch, ob



diese Einstellungspraxis einheitlich ist. - Die zitierte Studie kommt zu dem Ergebnis, dass man von einer gewissen Einheitlichkeit in Bezug auf Cannabisprodukte ausgehen kann, weil Einstellungen in Bezug auf § 31 a in aller Regel dann erfolgen, wenn Mengen in der Größenordnung von 6 bis maximal 10 g identifiziert werden. Bei 90 % aller Einstellungen geht es um eine Menge bis zu 10 g.

Das sagt allerdings bei genauer Betrachtung noch nichts über die Einstellungspraxis der verschiedenen Länder in dem Fall aus, wenn das Verfahren nicht eingestellt wird. Auch das ist nicht unerheblich.

Dazu habe ich Ihnen eine Abbildung mitgebracht. Hier sind die Einstellungen nach § 31 a Abs. 1 als Anteil der Tatverdächtigen nach allgemeinen Verstößen nach § 29 BtMG dokumentiert. Diese Tabelle habe ich dem Internet entnommen. Bezugsgröße sind Daten von 1995; neuere Daten liegen meines Erachtens in analysierter Form nicht vor. Auch die jüngst erschienene Studie der Kriminologischen Zentralstelle analysiert Daten zwischen 1994 und 1995.

Wir sehen darin, dass es in den Bundesländern hinsichtlich der Einstellungsrate dramatisch unterschiedliche Zahlen gibt. Sie variieren zwischen 92,1 % in Schleswig-Holstein und 10,0 % in Sachsen-Anhalt. Die Raten der anderen Länder sind: Bremen 80,7 %, Hamburg 64,8 %, Bayern 19 %, Brandenburg 11,9 %, Sachsen 10,1 % und Sachsen-Anhalt 10,0 %. Die Einstellungsrate in Thüringen ist unklar, weil die Datenlage nicht präzise zu sein scheint. - Die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Gleichmäßigkeit der Behandlung von Drogenkonsumenten erscheint daher aus meiner Sicht nicht gerechtfertigt.

Die Studie, veröffentlicht im Band 89 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, kommt ihrerseits zu dem Ergebnis, dass von einer bundesweit im Wesentlichen einheitlichen Strafverfolgung von Drogenkonsumenten derzeit noch nicht ausgegangen werden kann. Dies betrifft sowohl die analysierten Erlasse und Richtlinien der Justizverwaltungen als auch die untersuchte Anwendungspraxis der Staatsanwaltschaften. Sie ergibt sich aus den allgemeinen Weisungen zum Vollzug von § 31 a BtMG bezüglich der Bemessung einer geringen Menge für Cannabisprodukte. Das ist, wie gesagt, eine Spannbreite zwischen 3 und 30 g. Darüber hinaus regeln einige Länder nur die Einstellung von Delikten mit Cannabis, andere aber auch von Straftaten mit Heroin, Kokain und anderen Betäubungsmitteln. Die tatsächliche Einstellungspraxis unterscheidet sich durch die landesspezifischen Vorgaben.

Ein relativ homogenes Bild – so sagt die Kriminologische Zentralstelle – zeigt sich lediglich bei der Mengenverteilung in den reinen Cannabisfällen. Hier stimmt die staatsanwaltschaftliche

Praxis bei Fällen bis zu 10 g in hohem Maße überein. Präziser ausgedrückt müsste man sagen: Man kann davon ausgehen, dass es nur dann zur Einstellung kommt, wenn nicht mehr als 10 g Cannabis gefunden werden. Wiederholungstäter werden in den Bundesländern unterschiedlich behandelt. In manchen Ländern kann es auch bei Mengen unterhalb von 10 g nicht zu einer Einstellung kommen, nämlich dann, wenn eine Wiederholungstat vorliegt.

Deutliche Unterschiede ergeben sich aber für die Einstellungspraxis bei harten Drogen bezüglich der Anwendung von Differenzierungsmöglichkeiten des Jugendstrafrechts sowie bei der Behandlung von Wiederholungstätern.

Insgesamt folgt aus den Ergebnissen dieser Studie die Notwendigkeit zusätzlicher Maßnahmen, um eine einheitliche Regelung der Einstellungsvoraussetzung, vorrangig im Bereich harter Drogen, zu erreichen.

Zur Notwendigkeit des Rückzugs des Strafrechts möchte ich Ihnen ein paar Daten aus der von mir durchgeführten Evaluation des Schweizer Heroinmodells darstellen. Zunächst einmal die Daten unserer Studie zum Cannabiskonsum sowie Konsummuster und Einflussfaktoren. Es ging in der empirischen Originalstudie zunächst einmal darum, Risiken, die mit verschiedenen Konsummustern verbunden sind, zu identifizieren und das Gefährdungspotenzial von Cannabis einzuschätzen.

In einer zweiten Studie, die ich mit dem Pharmakologen und Toxikologen Kowa aus Tübingen durchführen konnte, haben wir die internationale Literatur zu den gesundheitlichen und psychosozialen Folgen von Cannabisprodukten analysiert.

Ein paar Ergebnisse möchte ich Ihnen darstellen: Der erstmalige Zug von Cannabis – entgegen mancher Meinung und insbesondere Pressemeinung – wird nicht über anonyme Dealer in Schulen - eventuell kombiniert mit anderen illegalen Substanzen - realisiert, sondern erfolgt überwiegend im Nahbereich. 72 % der Erstkonsumenten bekommen Cannabis von Freunden, 15 % von Bekannten, 5 % von Partnern, nur 3 % von Unbekannten und 4 % von Familienmitgliedern. 1 % bleibt unaufgeklärt und ist nicht in die Untersuchung einbezogen.

Cannabiskonsum ist überwiegend transitorischer Natur. Es wird im Jugendalter begonnen - das ist in verschiedenen Studien nachgewiesen worden -, etwa im Alter zwischen 16 und 17 Jahren. In der Studie, die wir mit durchschnittlich sehr häufig konsumierenden Cannabiskonsumenten durchgeführt haben, betrug das Durchschnittsalter 16,9 Jahre. Das heißt, der Einstieg erfolgte bei einzelnen Personen unter 13 Jahren. Über 21-Jährige beginnen mit dem Cannabiskonsum

nur noch mit einer sehr geringen Wahrscheinlichkeit. – Damit gilt für den Konsum von Cannabis Ähnliches wie für den Konsum von Tabak.

In Bezug auf die Einschätzung der gesundheitlichen Folgen der Substanz Cannabis ist es nicht unerheblich, ob Cannabis möglicherweise zur Abhängigkeit führt oder die Merkmale aufweist, die im Suchtstoffabkommen beschrieben sind. Nach allen theoretischen Überlegungen müsste man, wenn man ein Suchtpotenzial annimmt, davon ausgehen, dass Cannabisprodukte mit zunehmender Dauer zu einer höheren Konsumfrequenz führen.

Wir sind dieser Frage nachgegangen und haben den Zusammenhang zwischen Konsumfrequenz und Dauer des Konsums von bis zu 30 Jahren anhand Stichproben von circa 1.500 Personen mit Konsumerfahrung untersucht. Das Ergebnis ist eine ziemlich exakte Null-Korelation, das heißt es besteht kein Zusammenhang zwischen der Konsumdauer und der Konsumfrequenz.

Dementsprechend ist nicht verwunderlich, dass die Ausstiegsrate von Cannabiskonsumenten etwa zu allen Zeitpunkten gleich wahrscheinlich ist. Auch hier müsste man in einer substanzmittelbezogenen Theorie annehmen, dass der Ausstieg mit zunehmender Konsumdauer schwieriger wird, weil eine Gewöhnung erfolgt. Das scheint bei Cannabisprodukten nicht der Fall zu sein, sodass man hier von einer Sondersituation im Vergleich zu anderen im Suchtstoffabkommen genannten Substanzen ausgehen muss.

Systematisch sind wir der Frage nachgegangen, wie es mit dem Abhängigkeitsrisiko von Cannabisprodukten aussieht. Das Abhängigkeitsrisiko wird üblicherweise in sieben Kriterien bestimmt, von denen man in Bezug auf die Cannabisabhängigkeit international fünf als möglicherweise zutreffend klassifiziert. Diese fünf Kriterien sind die Substanzwerte: häufig, in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen, anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren, viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen. Oder, weiteres Kriterium: Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt. Und schließlich gilt als Kriterium, ob fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems festzustellen ist, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht worden ist.

Man spricht von einer Abhängigkeit gemäß der internationalen Klassifikation, wenn über einen Zeitraum von sechs Monaten drei der fünf Kriterien erfüllt sind. Wenn wir dieses Kriterium anlegen und zwischen verschiedenen Konsummustergruppen differenzieren, dann stellt man

fest, dass für Gelegenheitskonsumenten Abhängigkeitsraten von maximal 1 % zu registrieren sind, die im leichten Bereich der Abhängigkeit liegen. Bei Individual-, Freizeit- und insbesondere Dauerkonsumenten kommt es zu höheren Abhängigkeitsraten, vor allem weil häufig andere Substanzen zusätzlich konsumiert werden.

Entsprechend muss man bei Cannabisabhängigkeit differenzieren, ob es sich um reinen Cannabiskonsum oder um polytoxikomanen Substanzmittelmisbrauch handelt. Bei reinem Cannabiskonsum haben wir bei einer Stichprobe hoch frequent konsumierender Cannabiskonsumenten Abhängigkeitsraten in der Größenordnung von 2 % festgestellt. Die Personen konsumierten im Durchschnitt 18mal im Monat Cannabis. Das ist weit über dem Ergebnis in Repräsentativuntersuchungen. In anderen Untersuchungen wurden bei Cannabis Abhängigkeitsraten von 1,4 % identifiziert.

Aus der Studie, die ich mit dem Kollegen Koga gemacht habe, sind wir anhand der internationalen Literatur zur Einschätzung der allgemeinen psychischen Gesundheit und weiterer Faktoren gekommen. Die Hauptergebnisse möchte ich Ihnen stichwortartig benennen.

In Bezug auf psychische Gesundheit finden wir keine langfristigen Auswirkungen des Cannabiskonsums. In Bezug auf die allgemeine psychische Gesundheit und das psychische Befinden gilt Ähnliches. Es gibt seriöse Studien, die nachweisen, dass transitorischer Probierkonsum einen soziologisch positiven Effekt hat. Das heißt nicht, dass man Cannabis konsumieren soll. Shetler und Block (phon.), die diese Studie durchgeführt haben, haben Dreijährige bis zum Alter von 18 Jahren beobachtet. Sie haben die Lebenssituation, die Situation der Eltern und die Erziehung in Betracht gezogen und bei den 18-Jährigen drei Gruppen differenziert: dauerhaft abstinent Gebliebene, Probierkonsumenten beziehungsweise Gelegenheitskonsumenten sowie regelmäßige Konsumenten.

Festzustellen ist, dass die psychosozial gesündeste und sozial erfolgreichste Gruppe die Probierer waren. Die dauerhaft Abstinente waren sozial und schulisch nicht ganz so erfolgreich. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass es sich um eine Gruppe handelte, die durchschnittlich etwas ängstlicher und autoritätshöriger war und sich deshalb nicht so viel zutraute. Insofern sind diese Ergebnisse nicht als Beweis dafür zu werten, dass Cannabis einen positiven Effekt hat, sondern als Zeichen dafür, dass Cannabiskonsum in der Jugendphase mit Neugier einhergeht – und Neugier etwas psychosozial Bedeutsames zur Persönlichkeitsentwicklung ist. Menschen entwickeln sich an den Herausforderungen, die sie bewältigen, und nicht so sehr an den Herausforderungen, die sich ihnen nicht gestellt haben.

Längerfristige Auswirkungen auf kognitive Grundfunktionen: Auch hier zeigt eine Literatur-Übersicht, dass es diese in der Regel nicht gibt. Dabei mache ich aber eine bedeutsame Einschränkung: Kurzfristig werden kognitive Grundfunktionen eingeschränkt. Es gibt Menschen, die über Jahre hinweg mehrfach täglich Cannabisprodukte konsumieren. Dies geschieht nicht mit einem pharmakologisch, aber einem soziologisch gesehen sehr negativen Effekt, weil sie sich durch dieses Verhalten über mehrere Jahre in eine Art Ausnahmesituation bringen und dadurch Entwicklungsverzögerungen produzieren. Wenn sie schulisch auffällig werden, möglicherweise die Schule verlassen müssen, dann sind mit dem Konsum Einschnitte sozialer Art verbunden, die schwer nachzuholen sind. In Folge dessen werden in einer ganzen Reihe von Studien Entwicklungsverzögerungen bei Cannabiskonsumenten festgestellt. Dies ist – wie gesagt – nicht auf eine pharmakologische Wirkung der Substanz zurückzuführen, sondern auf den kontinuierlichen jahrelangen Gebrauch.

Bezüglich schizophrener Psychosen ist diskutiert worden, ob diese durch Cannabis ausgelöst werden oder möglicherweise durch Cannabis induziert werden. Zu „induziert“ ist die überwiegende Meinung: „Nein“. Dass sie durch Cannabis ausgelöst werden, wird durchaus für möglich gehalten. Es gibt zwei widersprüchliche Erfahrungen: Die so genannte Positiv-Symptomatik scheint verstärkt und die Negativ-Symptomatik verbessert zu werden, sodass die Situation pharmakologisch schwer zu bewerten ist.

Es gibt ein hartes epidemiologisch begründetes Argument gegen den Einfluss von Cannabis-konsum auf die Entwicklung schizophrener Psychosen. Es gibt Länder, in denen unterschiedlich häufig Cannabisprodukte konsumiert werden. Die Schizophrenie-Raten sind aber international einigermaßen stabil und liegen bei etwa 1 %. Wenn es einen Einfluss auf psychotisches Geschehen gäbe, dann müsste man in unterschiedlichen Ländern sehr unterschiedliche Raten von Psychosen identifizieren. Das ist aber nicht der Fall.

Zum Abhängigkeitspotenzial habe ich bereits etwas gesagt. Bezüglich der Frage, ob Cannabis eine Einstiegsdroge ist, besteht mittlerweile international Einigkeit zu einem „Nein“. Hauptargument ist hier, dass man nachweisen kann, dass weit über 95 %, die einmal Cannabis konsumiert haben, ihren Konsum nicht auf andere illegale Substanzen ausgeweitet haben. Wenn man überhaupt von einer „Einstiegsdroge“ sprechen möchte – darin sind sich die Suchtforscher mittlerweile einig -, müsste man Tabak und Alkohol als „Einstiegsdrogen“ bezeichnen, weil sie bei Substanzmittelkonsumenten mit hoher Wahrscheinlichkeit zeitlich und biografisch vorausgehen.

Hinsichtlich der sozialen Integration gibt es immer wieder Hinweise, dass Cannabiskonsumten im Vergleich zu anderen ein so genanntes Amotivationales Syndrom aufweisen. In kontrollierten Studien zeigte sich dieses Amotivationales Syndrom allerdings nicht. Sofern es auftritt, scheint es ein Effekt der Selbstselektion derart zu sein, dass Menschen mit einer geringeren Arbeitsbereitschaft ein höheres Risiko haben, Cannabis zu konsumieren. Damit erfüllen sie im Zuge der Selbstselektion die Diagnosen, die ihnen später als Folge des Cannabiskonsums zugeschrieben werden.

Insgesamt kommen wir in dieser Expertise zu dem Ergebnis, dass die gesundheitlichen und psychosozialen Auswirkungen von Cannabisprodukten für die Konsumenten unter gesundheitlichen Gesichtspunkten weit geringer sind als überwiegend angenommen wird. Das ist mittlerweile auch der Standard verschiedener internationaler Reviews. Die WHO ist zu ähnlichen Aussagen gekommen. Eine europäische Task Force wird zu ähnlichen Aussagen kommen. Das Gleiche gilt für verschiedene Beiträge, die mittlerweile vorliegen.

Ich möchte Ihnen weitere Ergebnisse der Studie zum Heroinkonsum nennen. Bei der Evaluation des Schweizer Modellversuchs standen als Kriterium der Beurteilung die Fragen an, ob eine soziale Integration und Rehabilitation durch Heroinvergabe gelingen kann, ob es zu einem Rückgang der Kriminalitätsraten, zu einer Reduktion des illegalen Suchtmittelgebrauchs und zu einer Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Lage kommt.

Gegenüber gestellt wurden Heroin und Methadonvergabe. Zunächst zur Originalstoffvergabe: Die Haltequote lag in der Heroinvergabegruppe bei 70 bis 90 %, in der Methadongruppe bei 50 %.

Eine Veränderung der Lebenssituation wurde bei denjenigen festgestellt, die Heroin erhalten haben. Positive Fortschritte bezüglich sozialer Integration waren in der Methadongruppe nicht festzustellen.

In Bezug auf die sozialen Netzwerke ergaben sich in beiden Gruppen, die untersucht worden sind, geringe Veränderungen. Deutliche Änderungen ergaben sich hinsichtlich der Szenekontakte, die bei Originalstoff-Abgabe signifikant reduziert wurden. In der Methadongruppe war die Reduzierung weniger deutlich.

Zum Beikonsum: In der Heroinoriginalstoffgruppe kam es zu einem deutlichen Rückgang von illegalem Heroinkonsum, zu signifikant weniger Konsum von Kokain und Benzodiazepin, wäh-

rend in der Methadongruppe häufig Heroin und andere Substanzen zusätzlich konsumiert wurden.

Wichtige Unterschiede ergaben sich bezüglich der psychischen Situation der Klienten. Bei der Heroinoriginalstoffgruppe wurden weniger Depressionen, weniger Angst und Wahn und weniger Aggressionen diagnostiziert. Bei der Methadongruppe wurde Ähnliches festgestellt.

Bezüglich somatischer Beschwerden gab es positive Veränderungen in der Heroingruppe, die relativ deutlich ausfielen. Weniger deutlich waren die Veränderungen in der Methadongruppe. Die Kriminalitätsbelastung war bei denjenigen, die am Heroinmodell teilnahmen, deutlich geringer; in der Methadongruppe war dies weniger deutlich zu erkennen.

Einige Kriterien zur sozialen Situation: In der Heroingruppe betrug die Obdachlosigkeit zuvor 12 % und nach 18 Monaten 1 %. Bezüglich institutioneller Unterbringung waren es zuvor 9 %, später 2 %. Instabile Wohnverhältnisse: vorher 43 %, nachher 21 %. Vorher hatten 14 % einen Arbeitsplatz, nachher 32 %. Der Anteil derjenigen, die schuldenfrei war, stieg von 15 auf 34 %, und bezüglich der Kriminalitätsraten kam es zu einer Reduktion in der Größenordnung von etwa 50 %.

Unter diesen Aspekten scheint ein solches Modell durchaus aussichtsreich. Unter rechtlichen Gesichtspunkten muss man aber festhalten, dass ein solcher Modellversuch nach dem geltenden Recht in der Bundesrepublik nur in einer Halbbillegalität durchgeführt werden kann. Denn der Modellversuch in der Bundesrepublik erfolgt nach dem Arzneimittelgesetz. Danach sind natürlich die Kriminalitätsbelastung und ähnliche Dinge kein Kriterium, sondern man müsste sich auf gesundheitliche Auswirkungen konzentrieren. Insofern ist zu überlegen, in das Heroinmodell in der Bundesrepublik Deutschland psychosoziale Variablen und soziale Variablen generell als Outcome-Variablen einzubeziehen.

Ich komme zum Schluss: Ich gehe davon aus, dass die Einschätzung von Cannabisprodukten eine Neubewertung der Situation nach sich zieht, weil die gesundheitlichen Auswirkungen weit geringer sind, als bisher angenommen wurde.

Bezüglich der Frage der Differenzierung von legalen und illegalen Substanzen vermag ich keinen juristischen Rat zu geben, möchte aber aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive einige Worte sagen: Ich habe in Anlehnung an die Schweizer Kollegen, die etwas Ähnliches durchgeführt haben, einmal die Toxizität von Alkohol und Cannabis verglichen.

Bei Alkohol kommt es häufig zu Überdosierungen; bei Cannabis kommen diese nicht vor. Bei Alkohol sind Verkehrs- und andere Unfälle sehr häufig; bei Cannabis ist gemäß Studien das Unfallrisiko unterproportional. Es liegt sogar unter dem von abstinenten Personen, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass die Betroffenen beim Konsum von Cannabis keine Risiken mehr eingehen wollen und ihre eigene Fähigkeit sogar unterschätzen.

Suizidalität - bei Alkohol gegeben, bei Cannabis eher nicht oder unklar. Physische Abhängigkeit – bei Alkohol in deutlichem Maße gegeben, bei Cannabis kommt sie nicht vor. Psychische Abhängigkeit – bei Alkohol in hohem Maße, bei Cannabis in geringem Maße gegeben.

Weitere Punkte: Entzugserscheinungen sind bei Alkohol sehr, bei Cannabisprodukten minimal ausgeprägt. Toleranzwirkung ist beim Alkohol in hohem Maße gegeben, bei Cannabis wird international davon ausgegangen, dass es zu keiner Toleranzwirkung kommt. Das Abhängigkeitsrisiko ist bei Alkohol mehrfach höher als bei Cannabis. Auch die Verstärkungsfunktion – die Potenz, die Menschen und Tiere dazu bringt, eine Substanz trotz Alternativen wieder zu nehmen – ist beim Alkohol stärker gegeben.

Vergleicht man also Alkohol und Cannabisprodukte als Beispiele für legale oder illegale Substanzen, so wird diese Differenzierung unter gesundheitlichen und gesundheitswissenschaftlichen Gesichtspunkten obsolet. Jedenfalls fachwissenschaftlich ist sie nicht aufrecht zu erhalten.

Zum Schluss noch einige Worte zur Präventionspraxis: Wir sind uns heute einigermaßen einig darüber, dass Sucht nicht und nicht ausschließlich den Missbrauch illegaler Substanzen oder Drogen bedeutet, sondern ein Phänomen ist, das keine Differenzierung zwischen legalen und illegalen Substanzen macht.

Prävention sollte idealerweise auf der Basis wissenschaftlicher Theorien und Ergebnisse erfolgen. Das bedeutet, die Ansatzpunkte zur Prävention in den Mittelpunkt zu stellen, die als Risikofaktoren oder als Ursachen wissenschaftlich nachgewiesen sind.

Prävention muss dabei umfassend ansetzen, das heißt es sollte sowohl strukturelle Prävention als auch Verhaltensprävention sein. Aufgrund der Tatsache, dass das Einstiegsalter bei Cannabis im Durchschnitt bei 16 Jahren und bei Alkohol und Tabak darunter liegt, sollten im Mittelpunkt der Prävention Kinder und Jugendliche stehen.

Historisch sind drei Hauptstrategien zu differenzieren: In erster Linie hat man sich um Aufklärung durch Wissenssteigerung bemüht. Das ist wichtig gewesen. Es ist notwendig, aber nicht



hinreichend. Wissen ist eine möglicherweise sinnvolle, aber keineswegs hinreichende Bedingung, um zu einem veränderten Gesundheitsverhalten zu kommen.

Eine zweite wichtige Präventionsstrategie war die so genannte emotionale Strategie, in der über affektive, abschreckende Strategien versucht worden ist, die Nachfrageseite zu minimieren. Insgesamt ist die affektive, mit Angst arbeitende Strategie der Prävention wenig erfolgreich gewesen.

Derzeit in den Mittelpunkt gestellt werden alle Versuche, Prävention so anzulegen, dass sie der Vermittlung und Kompetenzförderung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen dient. Dieses geschieht in erster Linie durch positive Botschaften, die darauf abzielen, die Selbstwirksamkeit, den Optimismus, die Interaktionskompetenz und die Problemlösefähigkeiten von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Es zeigt sich in verschiedenen Studien, dass ein wichtiger protektiver Faktor Persönlichkeitseigenschaften und Personenmerkmale wie jene Faktoren sind, die ich Ihnen gerade genannt habe.

Mit Meta-Analysen konnte gezeigt werden, dass solche Präventionsprogramme erfolgreich sind, die interaktiv angelegt sind, die also nicht in erster Linie eine Einbahnstraßen-Kommunikation vorsehen, sondern offener gestaltet sind. Es sind eindeutig die Präventionsstrategien erfolgreicher, die Jugendliche dabei unterstützen, eigene Problemlösekompetenzen für Situationen zu stärken, in denen Überaktionen stattfinden.

Mittlerweile wird viel Wert darauf gelegt, Gleichaltrige mit in die Prävention einzubeziehen. Wir haben mit Mitteln der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Erfahrungen im sexualwissenschaftlichen Bereich machen können. Dieses wird mittlerweile in anderen Bereichen probiert. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstreicht inzwischen die Rolle von „Pierce“ als wichtige Präventionsstrategie.

Das neudeutsche Wort „Empowerment“, also die Selbstbefähigung, Selbstbemächtigung soll gestärkt werden. Schließlich gilt Prävention zur Stärkung von kommunalen multiplen Strategien als erfolgreich.

Dann scheint Prävention erfolgreicher zu sein, wenn sich im Umfeld mehrere Strategien ergänzen und aufeinander abgestimmt sind. Prävention hat zur Voraussetzung – das funktioniert ähnlich wie in der Werbung –, dass nachhaltige Angebote gemacht werden und nicht Einmal-Strategien angeboten werden.

In Zukunft sollten stärker als bisher nicht den Substanzkonsum an sich, sondern bestimmte Teilgruppen in den Mittelpunkt der Prävention gestellt werden. Nicht um den generellen Konsum geht es, sondern um die Vorbeugung vor riskanten Konsummustern.

Ebenso werden neue Zielgruppen in den Mittelpunkt rücken müssen. Neben Jugendlichen in der Techno-Szene sind zwei Gruppen von besonderer Bedeutung, um die man sich künftig stärker bemühen muss: zum einen Emigranten und Aussiedler, die ein höheres Suchtrisiko haben als gesehen wird, und Kinder suchtkranker Eltern.

\* \* \*

Auf eine Frage der Abg. Hinrichsen gibt Prof. Dr. Kleiber zur Kenntnis, dass Verbote im Rahmen der Prävention wenig bewirkten. Es müsse sowohl eine Kontrollierbarkeit als auch eine Nachvollziehbarkeit des Sinns der Verbote gegeben sein.

Abg. Birk erkundigt sich nach Erkenntnissen hinsichtlich Cannabiskonsum und das Führen von Kraftfahrzeugen und bittet um nähere Informationen zu den Drogen Ecstasy und Crack. – Prof. Dr. Kleiber erläutert, eine Studie von Berghaus und Krüger sei der Frage nachgegangen, ob es bei Cannabiskonsumenten ein höheres Unfallrisiko oder eine höhere Beteiligung an Verkehrsdelikten gebe. Festgestellt worden sei wider Erwarten ein unterproportionales Risiko, was nicht mit einem Schutzfaktor von Cannabis gleichzusetzen sei. Die Auswirkungen von Alkohol und Cannabis auf den Menschen seien sehr verschieden, wie er bereits dargestellt habe. Der Konsum von Alkohol führe zu riskanteren Verhaltensweisen, während Cannabis konsumierende Menschen ein höheres Sicherheitsbedürfnis entwickelten oder keine Kraftfahrzeuge mehr führten.

Partydrogen hätten bislang epidemiologisch keinen großen Stellenwert erlangt. Nach einer Phase eines dramatischen Anstiegs sei – nach Studien des BMG und der BZgA – in den letzten Jahren ein Rückgang des Ecstasykonsums zu verzeichnen. Das Phänomen müsse jedoch weiter im Auge behalten werden.

Was die Prävention angehe, so sollten seiner Ansicht nach substanzübergreifende Strategien erarbeitet werden, zumal nach diversen Studien die Hintergründe – Risikofaktoren und Ursachen – bei den unterschiedlichen Substanzen relativ ähnlich seien. Schon aus zeitlichen Aspekten sei es häufig nicht möglich, Differenzierungen vorzunehmen.

Abg. Nabel bittet um eine Empfehlung für einen weiteren Rückzug des Strafrechts im Umgang mit dem Konsum von Cannabisprodukten. – Prof. Dr. Kleiber informiert, die Praxis in verschiedenen Bundesländern, den § 31 a BtMG auf Cannabisprodukte zu beschränken, sei nach seiner Ansicht nicht sinnvoll. Sinnvoll erscheine ihm die Überlegung, ob Cannabisprodukte Gegenstand des § 31 a BtMG sein sollten, was nicht einer Legalisierung gleichkomme. Der Konsum von Cannabisprodukten könne seines Erachtens auf eine Ordnungswidrigkeit heruntergestuft werden, wenn er nicht mit Handel in größeren Mengen einhergehe. Er empfehle in Bezug auf Cannabisprodukte, den Jugendschutz zu verstärken und die strafrechtlichen Regelungen zurückzufahren.

Generalstaatsanwalt Rex trägt vor, die Richtlinien zur Anwendung des § 31 a BtMG in Schleswig-Holstein sähen vor, dass die Staatsanwaltschaft das Verfahren „bei Besitz von Cannabisprodukten bis 30 g Brutto-Gewicht, bei Kokain und Amphetaminen bis 3 g Brutto-Gewicht und bei Heroin bis zu 1 g Brutto-Gewicht“ einstelle. Das gelte auch in Wiederholungsfällen und für Jugendliche. Bei Jugendlichen würden Verfahren wegen Ladendiebstahl nach dem Jugendgerichtsgesetz eingestellt mit der Folge der Eintragung in die Erziehungskartei. Bei dem Besitz von Betäubungsmitteln erfolge die Einstellung nach § 31 a BtMG mit der Folge, dass dies nicht in der Erziehungskartei vermerkt werde.

Die Richtlinien gälten zudem für „den Anbau, die Herstellung, die Einfuhr, die Ausfuhr, die Durchfuhr, den Erwerb, das Verschaffen und den Besitz“. Eine Vergleichbarkeit mit anderen Bundesländern sei schwer herzustellen, wie in der Anhörung bereits ausgeführt worden sei. Die Einstellungsmöglichkeit in Schleswig-Holstein sei sehr liberal. Es liege hinsichtlich der Gramm-Zahlen an der Spitze. Seines Erachtens sei es nicht angebracht, die Gramm-Zahlen, bis zu deren Besitz ein Verfahren eingestellt werde, weiter zu erhöhen, da dies den Unterschied zwischen den Bundesländern noch vergrößere und dann schwer feststellbar sei, ob es sich um einen Dealer oder um einen Konsumenten handle.

Infrage gestellt werden sollte seines Erachtens die reaktionslose Einstellung der Verfahren. Der bessere Weg sei es, die Einstellung eines Verfahrens mit der Auflage einer Therapie zu verbinden.

Ein weiterer Punkt bei einem Rückzug des Strafrechts im Umgang mit Drogenkonsumierenden sei die Zurückstellung der Freiheitsstrafe bei Therapie. Wenn eine Person im Zuge der Beschaffungskriminalität mehrere Raubüberfälle begangen habe und eine mehrjährige Freiheitsstrafe erhalte, dann werde die Staatsanwaltschaft die Strafvollstreckung zurückstellen, wenn die Person eine stationäre Therapie antrete. Bei einer erfolgreichen Durchführung der Therapie

werde in der Regel die weitere Strafvollstreckung unterlassen. Dies sei ein guter Weg; allerdings müsse auch an die Opfer gedacht werden. Problematisch wäre dieser Weg sicherlich bei einem Modellversuch mit Originalstoffvergabe. Die Öffentlichkeit könnte vermutlich schwer nachvollziehen, weshalb auf die Strafvollstreckung verzichtet werde, wenn eine Person Heroin erhalte.

## Landeskriminalamt

Herr Rogge vom Landeskriminalamt Schleswig-Holstein verweist zu Beginn seiner Ausführungen auf seine schriftliche Stellungnahme (Umdruck 15/1819).

Er legt sodann dar, Ziel und Zweck des § 31 a BtMG sei der Grundsatz „Hilfe vor Strafe“ und die Entlastung der Staatsanwaltschaften und Gerichte gewesen. Diese Entlastung mache sich bei der Polizei jedoch nicht in dem gewünschten Umfang bemerkbar. In jedem Fall müsse eine Strafanzeige gestellt, Beschuldigte vernommen und ihre mitgeführten Sachen und Wohnungen auf verdächtige Substanzen durchsucht werden. Hinzu kämen Untersuchungen, ob es sich bei den verdächtigen Substanzen um Drogen handele. Verzichtet werde im Rahmen der Ermittlung lediglich auf weitergehende Zeugenvernehmungen und kriminaltechnische Untersuchungen, so weit es allein um den Vorwurf eines Konsumverstoßes gehe. Dies gelte sowohl für Cannabis als auch für kleine Mengen Heroin, Kokain und Amphetamine. Für Ecstasy existiere bislang keine Begrenzung hinsichtlich der geduldeten Menge.

Der gewünschte Effekt, Kapazität für die Bekämpfung des Rauschgifthandels freizusetzen, sei folglich nur bedingt eingetreten. Andererseits sei durch das 1999 in Kraft getretene Konzept zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität in Schleswig-Holstein versucht worden, den Schwerpunkt der Ermittlungen auf die Bekämpfung der Rauschgifthändler und nicht der Konsumenten zu legen. *Expressis verbis* sei darin festgehalten, dass Drogenkonsumenten nur dann verfolgt werden sollten, wenn sich im Rahmen von Überprüfungen oder Ermittlungen aus anderem Anlass Hinweise auf Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz ergäben, oder wenn dies aus Gründen der Gefahrenabwehr notwendig sei. Dieser Tatbestand sei beispielsweise gegeben, wenn Drogen in der Nähe von Schulen oder Kindergärten oder in Einkaufszonen konsumiert würden. Das Legalitätsprinzip werde dadurch nicht eingeschränkt

Spezielle Probleme im Umgang mit § 31 a BtMG und der erlassenen Richtlinien ergäben sich aus der uneinheitlichen Rechtsanwendung in Deutschland. Die Richtlinie in Schleswig-Holstein lege als Höchstgrenze für den Eigenbedarf Rauschgiftmengen fest, die deutlich höher als in anderen Bundesländern seien.

Nichts desto trotz sei in Schleswig-Holstein Einheitlichkeit gewährleistet: In allen Staatsanwaltschaften und Polizeidienststellen würden die genannten Mengen als Grundlage verwendet. Schleswig-Holstein liege aus seiner Sicht mit der Einschätzung richtig, dass es sich dabei um Fälle minderer Bedeutung und geringerer Schuld handele. Ihm sei kein Fall bekannt, in dem die

Polizei gemäß der Richtlinie zu § 31 a BtMG die Ermittlungen nicht reduziert und die Staatsanwaltschaft eingeschaltet habe.

Was den Fortbestand der Strafbarkeit betreffe, so sei der Polizei trotz des Bearbeitungsaufwandes nicht daran gelegen, den Besitz geringer Mengen Rauschgift gänzlich straffrei zu stellen. Die Vernehmungen führten häufig zu Erkenntnissen, die zu Ermittlungen gegen Rauschgifthändler führten.

Festzustellen sei allerdings ein Unterlaufen der Richtlinie durch Kleindealer. Vor dem Hintergrund, dass ein Drogenkonsument maximal 1 g Haschisch pro Tag benötige, sei die erlaubte Menge von 30 g ein erheblicher Wert.

Bei der Grenzmengen-Problematik müsse man sich aus polizeilicher Sicht Gedanken darüber machen, welche Rauschgiftmenge in der Regel ein Dealer und ein Konsument mit sich führten. Wenn die quasi geduldete Bruttomenge gemäß § 31 a eklatant nah an der „nicht geringen“ Menge gemäß § 29 a liege, die einen Verbrechenstatbestand begründe, der mit mindestens einem Jahr Freiheitsstrafe bedroht sei, dann stimme das Verhältnis der Nicht-Strafverfolgung und der Verfolgung als Verbrechen nicht mehr. Das Landeskriminalamt habe im Rahmen der Überarbeitung der Richtlinie im Jahr 1997 eine entsprechende Stellungnahme zur Grenzmengenproblematik für das Innenministerium erarbeitet, die letztlich zu einer Reduzierung der Menge bei der Substanz Kokain von 5 auf 3 g geführt habe. Dennoch bleibe das Missverhältnis erhalten.

Für Ecstasy gebe es bislang in der Richtlinie noch keine Regelung hinsichtlich der Strafbarkeit. Er sei der Auffassung, dass bis zu fünf Ecstasytabletten als Eigenbedarf definiert werden sollten – in Anlehnung an andere Bundesländer, die ähnliche Empfehlungen gäben.

Bezüglich der Einrichtung von Konsumräumen sei darauf hinzuweisen, dass Adressat des § 31 a BtMG ausschließlich die Staatsanwaltschaft und nicht die Polizei sei. Die Polizei müsse einschreiten, wenn eine Person in den Konsumraum gehe, da sie davon auszugehen habe, dass diese Person Rauschgift mit sich führe. Eine klare Regelung sei wünschenswert.

Als Fazit sei zu sagen, dass sich der § 31 a aus Sicht des Landeskriminalamtes bewährt habe; jedoch bedürften die Richtlinien zur Umsetzung des § 31 a der Überarbeitung:

Der Bearbeitungsaufwand bei Kleinfällen sollte für die Polizei weiter reduziert werden. Die Mengengrenzungen sollten modifiziert werden. Das LKA plädiere für Senkungen bei Cannabis und Kokain, für eine Prüfung, ob bei Heroin nicht eine leichte Anhebung sinnvoll sei,

und für die Aufnahme von Ecstasy in die Mengenregelung. Zudem müsse die Rolle der Polizei im Zusammenhang mit Konsumräumen eindeutig geregelt werden.

Bei Konsum von Cannabis beim Führen von Fahrzeugen würden nach dem Straßenverkehrsgesetz in der Regel Fahrverbote erlassen. Die Polizei führe regelmäßig Kontrollen durch. Die Dunkelziffer sei jedoch groß, da Drogeneinfluss schwer festgestellt werden könne.

Crack sei bislang in Schleswig-Holstein kein Thema. Einige Tatverdächtige versorgten sich in der Hamburger Szene.

Hinsichtlich Ecstasy könne er die bereits geäußerte Einschätzung nicht teilen, dass es sich um ein rückläufiges Problem handele. Jedes Jahr sei eine Verdoppelung der erstmals auffälligen Konsumenten von Ecstasy festzustellen. Auch ein starker Preisverfall spreche dafür, dass ein ausreichender Markt vorhanden sei.

\* \* \*

Abg. Herdejürgen bittet um Auskunft, ob polizeiliche Erkenntnisse auf eine Trennung der Drogemärkte hinweisen. - Herr Geuther bejaht die Frage. Der Normalfall sei der stoffgebundene Händler, erläutert er. Ein Händler mit mehreren Substanzen bilde eher eine Ausnahme.

Von\_Abg. Nabel nach der Sinnhaftigkeit von Prävention gefragt, informiert Herr Geuther, dass sich die Polizei in Schleswig-Holstein aus der Rauschgiftprävention zurückgezogen habe. Die Polizei betreibe eine Rauschgiftinformation und stelle ihr Wissen beispielsweise Einrichtungen im Rahmen ihrer Präventionsarbeit zur Verfügung. Daneben gebe es das System PIT – Prävention im Team. In den Klassenstufen 6 bis 8 an allgemein bildenden Schulen werde in einem Gemeinschaftsunterricht eines Lehrers und eines speziell ausgebildeten Polizeibeamten über Drogen informiert.

Abg. Birk erkundigt sich danach, ob bei einer Kraftfahrzeugkontrolle eine Person, bei der Cannabis vorgefunden wird, den Führerschein auch dann abzugeben hat, wenn kein Konsum nachgewiesen werden kann. Ferner regt sie an, Konsumenten von Ecstasy, beispielsweise vor Diskotheken, eine Stoffanalyse anzubieten. – Derartige Untersuchungen seien nicht in der Lage, erklärt Herr Geuther, dem Konsumenten in der Kürze der Zeit ein zufrieden stellendes Ergebnis zu liefern. Ecstasy sei nur ein Oberbegriff für Amphetaminderivate, von denen in der Szene bis zu zehn auf dem Markt seien. Ein Schnelltest, der in der Kürze der Zeit vor einer Diskothek möglich wäre, könnte nur das Vorhandensein einer bestimmten Stoffobergruppe

anzeigen, jedoch weder den exakten Wirkstoff benennen noch Beimengungen erkennen. Der Vortest müsste zudem mit einer individuellen Verträglichkeitsprüfung verbunden werden, da die gleiche Menge Amphetamine bei Konsumenten unterschiedliche Auswirkungen haben können.

Was das Thema Cannabis im Straßenverkehr betreffe, so sei die Polizei nach dem Straßenverkehrsgesetz bei einem Fund von Drogen verpflichtet, Meldung an die Straßenverkehrsbehörde zu erstatten. Diese entscheide darüber, ob der Führerschein entzogen werde.



## **Reintegration Drogenabhängiger in die Gesellschaft, Vorgehensweisen zu ihrer sozialen Stabilisierung**

### **Posthof**

Frau Bendlin beschreibt die spezifische Situation minderjähriger Drogenkonsumenten und ihre Probleme. Insoweit wird auf die schriftliche Stellungnahme verwiesen (Umdruck 15/1797).

Herr Schröder vom Posthof, einer Drogenhilfeeinrichtung für Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahren, bekräftigt die Ausführungen von Frau Bendlin. Er weist darauf hin, dass bei den jungen Menschen in der Einrichtung der Reifeprozess in der Regel im Alter von 11 bis 12 Jahren abgebrochen sei. Vor der Beginn einer therapeutischen Arbeit sei zunächst die Ausbildung der eigenen Persönlichkeit der Jugendlichen erforderlich. Dafür werde in der Regel ein längerer Zeitraum benötigt, als für die gesamte Maßnahme zur Verfügung stehe. Aus Kostengründen sei von den Krankenkassen gefordert worden, eine Maßnahme in der gleichen Zeit wie im Erwachsenenbereich abzuschließen. Der Posthof versuche, dies durch einen längeren Zeitraum im Rahmen der Nachsorge zu umgehen. Es bestünden jedoch erhebliche Schwierigkeiten, Kostenträger für diese Maßnahmen zu finden.

### **Betroffene**

Im Folgenden berichten Frau Damm und Frau Foltin über ihre Erfahrungen als Klientinnen der Frauensuchtberatungsstelle „donna klara“ und Herr Filtz über seine Erfahrungen als Klient mit dem Verein „Odyssee Kiel“. Sie bestätigen, mit der namentlichen Nennung in der Niederschrift über die Anhörung einverstanden zu sein.

Frau Damm erzählt, sie sei 53 Jahre alt, allein erziehende Mutter von drei Kindern und habe 1988 nach ihrer Scheidung unbewusst angefangen, abends ein Glas Wein zu trinken. Aufgrund großer Belastungen - zwei Zwangsversteigerungen, Verhalten der Gesellschaft gegenüber einer allein erziehenden Mutter, beispielsweise bei der Wohnungssuche – sei ihr abendlicher Konsum im Laufe der Jahre auf einen Liter gestiegen. Aus Verzweiflung und schlechtem Gewissen, insbesondere ihren Kindern gegenüber, habe sie sich nach Hilfe umgesehen und sei zufällig auf „donna klara“ gestoßen.

Den ersten Kontakt zu „donna klara“ habe sie als Erleichterung empfunden. Von den Ansprechpartnern habe sie sich verstanden gefühlt. Eine Einzelberatung sei unmittelbar möglich gewesen. Die Frage der Kostenübernahme sei von der Einrichtung für sie geregelt worden.

Zum ersten Mal habe sie das Gefühl gehabt, mit ihrem Problem nicht allein zu sein. Durch die Hilfe bei „donna klara“ fühle sie sich nun stark, um für ihren seit einem Jahr drogenabhängigen Sohn zu kämpfen.

Der erste Kontakt zu „donna klara“ liege nun 1 ½ Jahre zurück. Heute besuche sie einmal wöchentlich eine Selbsthilfegruppe, in der sie sich gut aufgehoben fühle und in der auf die spezifischen Gefühle von Frauen eingegangen werde. Für sie sei dabei der Kontakt zu Frauen sehr wichtig gewesen. Da sie in ihrer Beziehung von ihrem Partner geschlagen worden sei, könne sie einem Mann noch nicht das gleiche Vertrauen wie einer Frau entgegenbringen.

Nach einer 10-tägigen Entgiftung habe sie sich bei „donna klara“ in Einzel- und Gruppengesprächen „kennen gelernt“. Sie habe sich bewusst für diese offene Therapieform entschieden, um weiterhin mit dem täglichen Leben konfrontiert zu werden und weil es schwierig gewesen wäre, ihren Sohn für die Zeit der Therapie unterzubringen.

Die Beratungsstelle „donna klara“ habe ihr sehr geholfen. Sie könne nur empfehlen, verstärkt für diese Einrichtung zu werben, da sich viele Frauen in einer ähnlichen Situation befänden.

Frau Foltin schildert, sie habe früher verschiedene Drogen konsumiert und sei stark abhängig gewesen. Erst durch ihren Freund habe sie erkannt, dass ihr besonderes Problem beim Alkohol liege. Die Abhängigkeit der illegalen Drogen sei körperlich gewesen; die Abhängigkeit vom Alkohol hätten ihre psychischen Probleme widergespiegelt. Mit dem Konsum „weicher Drogen“ – Cannabis und Alkohol - habe sie mit 16 Jahren begonnen; zu „harten Drogen“ sei sie aufgrund eines Trauerfalls mit 21 Jahren gekommen.

Bei „donna klara“ sei sie seit 16 Monaten. Derzeit besuche sie zweimal wöchentlich Gesprächsrunden. Die Frage der Kostenübernahme ihrer Therapie durch die Krankenkasse sei von „donna klara“ geregelt worden. Drei Monate habe sie auf die finanzielle Zusage gewartet.

Sie habe bewusst nach einer Frauenberatungsstelle Ausschau gehalten, da sie aufgrund schlechter Erfahrungen wenig Vertrauen zu Männern habe. Frauen seien auf einer Ebene, und sie habe nicht viel erklären müssen. Heute sehe sie wieder einen Weg in ihrem Leben, während sie früher eine Integration in die Gesellschaft für unmöglich gehalten habe. Sie gehe wieder zur Schule, sei sehr ehrgeizig geworden und werde demnächst mit einer Ausbildung beginnen.

Besonders wichtig sei aus ihrer Sicht ein Therapieplatz unmittelbar im Anschluss an eine Entgiftung, damit abhängige Personen nicht ins alte Umfeld gerieten. Dadurch könnten viele Kosten gespart werden.

Herr Filtz legt dar, Haschisch habe er erstmalig mit 16 Jahren und „harte Drogen“ mit 20 Jahren konsumiert. Er habe sodann zehn Jahre sämtliche Drogenstationen durchlaufen und sei in dem Rahmen auch straffällig geworden. Als er vor die Wahl zwischen einer Gefängnisstrafe von sieben Monaten und einer Therapie gestellt worden sei, habe er sich, zunächst widerwillig, für die Therapie entschieden. 1999 sei er zu „Delta“ vom Verein Odyssee Kiel gekommen. Durch die Einrichtung habe er eine Arbeit gefunden, die ihn ausfülle. Daneben sei sehr auf das soziale Umfeld geachtet worden. Für ihn sei es wichtig gewesen, Kontakte zu Menschen aufzubauen, die keinen Kontakt zu Drogen hätten.

Bei der Therapie sei für ihn ebenfalls von Bedeutung, über einen längeren Zeitraum hinweg Kontakt zu den gleichen Personen zu haben. Sie seien mit seiner persönlichen Problematik vertraut, und die Hemmschwelle sei niedriger.

\* \* \*

Auf die Frage der Abg. Birk, welche Maßnahmen die Politik ergreifen sollte, um Drogenhilfe und Jugendhilfe zu verbinden, gibt Frau Bendlin zur Antwort, dazu sei eine Umgestaltung der Finanzierungssysteme erforderlich. In Deutschland gehe es stets darum, Geld von einem Etat in den anderen zu verlagern und nicht um die Menschen, die Hilfe benötigten. Mit mehreren Trägern sei versucht worden, ein Drogenhilfenetzwerk aufzubauen, insbesondere um die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Finanzierungssäulen zu verbessern. Zu klären sei, ob die Krankenkasse, die Jugendhilfe oder die Sozialhilfe für die Kosten aufkomme.

Das ursprünglich für Schleswig-Holstein vorgesehene Konzept sei schließlich in Kiel verwirklicht worden und habe viel positive Resonanz aus der Drogenhilfe, von der LSSH und vom Gesundheitsamt in Kiel erfahren. Die Problematik sei nur zu bewältigen, wenn sich eine Kommune entscheide, ein solches Netzwerk zu praktizieren. Denn Jugendhilfe finde auf kommunaler Ebene statt. Es müsse angestrebt werden, die Hilfen ineinander übergehend, am Bedarf des Einzelnen orientiert, zu gewähren.

Herr Filtz gibt zu bedenken, dass die Schwelle für Drogenabhängige, mit einer Therapie zu beginnen, aufgrund der Formalitäten sehr hoch sei. Die Zusage für die Kostenübernahme sollte seines Erachtens unbürokratischer vonstatten gehen. - Des Weiteren sollte vonseiten der

Schulen, sobald Kinder verhaltensauffällig würden, nachgeforscht werden, ob im privaten Umfeld der Kinder alles in Ordnung sei.

Frau Foltin regt an, die Zeitspanne von einer Entgiftung zur Therapie zu verkürzen, Alkoholverbung in den Medien zu verbieten, Zigarettenautomaten höher zu befestigen und verstärkt das Internet für Präventionsarbeit zu nutzen.

Für Jugendliche, bemerkt Frau Damm abschließend, sei selbst der Erwerb harter Drogen kein Problem. Wichtig sei deshalb, die Jugendlichen bereits nach den ersten Anzeichen aufzufangen, damit sie nicht in Kontakt mit härteren Drogen gerieten.

Der Vorsitzende, Abg. Beran, schließt die Sitzung um 17:05 Uhr.

gez. Andreas Beran  
Vorsitzender

gez. i. V. Petra Tschanter  
Protokollführerin

Die Anlagen sind als PDF-Format einzusehen.