

# Potentiale und Risiken der Substitutionsbehandlung mit synthetischen Ersatzstoffen und Originalstoffen bei Opiatabhängigkeit

Ambros Uchtenhagen, Institut für Suchtforschung Zürich

*Zur Terminologie* : mit Substitution ist der Ersatz von illegalem Heroin (Strassenheroin) durch Opiate d.h. Abkömmlinge des Schlafmohns (Morphin, Codein, Heroin) oder durch synthetische Opioide (Methadon, Buprenorphin) gemeint.

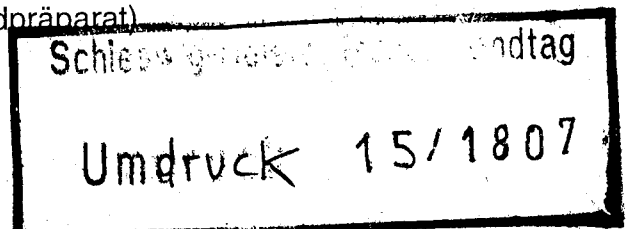
Mit Substitutionsbehandlung ist die Verschreibung von Ersatzstoffen im Rahmen einer umfassenden Behandlung des Suchtkranken gemeint.

Mit Originalstoffen sind Substanzen gemeint, die von Opiatabhängigen primär konsumiert werden (früher vor allem Morphin, gegenwärtig v.a. Heroin).

## In der Heroinsubstitution verwendete Substanzen

Gegenwärtig werden zu Substitutionszwecken die folgenden Substanzen verschrieben :

Methadon (oral, intravenös)  
Levo-alpha-acetylmethadol LAAM (orales Retardpräparat)  
Morphin (oral, intramuskulär, intravenös)  
Codein, Dihydrocodein (oral)  
Buprenorphin (oral, intramuskulär, intravenös)  
Diacetylmorphin (Heroin) (oral, intravenös)



## Potential der Substitution mit oralem Methadon

Die Verschreibung von oralem Methadon ist nicht nur die häufigste Substitutionsbehandlung, sondern auch die am intensivsten erforschte. Zusammenfassende Übersichten über Forschungsergebnisse sind diejenigen des National Institute on Drug Abuse (Cooper et al 1983), der Weltgesundheits-Organisation (Senay and Uchtenhagen 1990) sowie ein australisches Standardwerk (Ward et al 1998).

Die therapeutische Wirksamkeit der Langzeitbehandlung ist in einer Vielzahl von Untersuchungen geprüft und bestätigt worden. Dabei haben die frühen randomisierten Studien sowie die späteren klinischen Arbeiten (ausführliche Übersicht bei Ward et al 1998) positive Wirkungen in folgenden Bereichen dokumentiert : Verminderung des illegalen Substanzgebrauchs, Verminderung von Nadeltausch, Verminderung von Mortalität und Morbidität (v.a. injektionsbedingte Infektionen), Verbesserung des Gesundheitszustandes, Distanzierung von der Drogenszene, Verminderung krimineller Aktivitäten, Wiedererreichung von Arbeitsfähigkeit, insgesamt Normalisierung der Lebensführung.

Die klassischen Evaluationsstudien, die auf dem Vergleich methadonbehandelter Patienten mit einer Kontrollgruppe beruhen, stellten signifikante Verminderungen des täglichen Heroinkonsum und der Inhaftierungsrate fest. Naturalistische Studien ohne Kontrollgruppendesign ergeben oftmals etwas schlechtere Resultate, was auf Selektionseffekte und bessere Behandlungsqualität in kontrollierten Studien sowie auf weniger strikte Durchführungsregeln in jüngerer Zeit zurückgeführt werden kann.

Vergleichende Evaluationsstudien an Methadonbehandlungen, drogenfreien stationären und ambulanten Behandlungen wurden als Kohortenstudien ohne Kontrollgruppendedesign in grossem Massstab durchgeführt : Drug abuse reporting program DARP (Simpson and Sells 1990; Treatment outcome prospective study TOPS (Hubbard et al 1989), Drug abuse treatment outcome study DATOS (Simpson and Curry 1997); eine nationale schweizerische Studie (Uchtenhagen und Zimmer-Höfler 1985) sowie die englische National treatment outcome research study NTORS (Gossop 1998). Die wichtigsten Resultate dieser Studien sind: Methadonunterstützte Behandlungen vermögen mehr Patienten zu rekrutieren als drogenfreie Behandlungen und sie haben geringere Abbruchraten. Hingegen gibt es keine durchgehend feststellbaren Unterschiede in bezug auf Reduktion des Heroinkonsums und der Beschaffungskriminalität. Stationäre drogenfreie Behandlung ergibt die besten Resultate bezüglich eines sozial integrierten drogenfreien Lebensstils. Die schlechtesten Resultate haben drogenfreie ambulante Behandlungen.

Neuere Forschung konzentriert sich mehr auf Vergleichsuntersuchungen zwischen unterschiedlich arbeitenden Methadonpolikliniken, im Interesse einer Identifizierung relevanter Qualitätsmerkmale. Vergleichende Analysen verschiedener Methadonpolikliniken ergaben als wichtigsten Grund für den fortgesetzten Gebrauch illegalen Heroin eine ungenügende Methadondosierung. Sowohl Verweildauer wie Verzicht auf Heroin konnten in Abhängigkeit von der verschriebenen Methadondosierung vorausgesagt werden. Weitere relevante Faktoren sind die Erhältlichkeit von begleitenden betreuerischen Massnahmen sowie der Verzicht auf eine willkürliche Beschränkung der Behandlungsdauer (Ball & Ross 1991).

Von anderen Substanzen als Methadon ist insbesondere das Buprenorphin von Interesse, dem gleiche Wirksamkeit attestiert wird (Mattick et al 1998).

Erfahrungen mit injizierbarem Methadon gibt es vor allem aus England. Orales Methadon wird ärztlicherseits vorgezogen, aber intravenös appliziertes kann verschrieben werden, wenn ein Patient sich sonst nicht für die Behandlung gewinnen lässt. Mehrheitlich wird allerdings i.v. Heroin vorgezogen (Metrebian et al 1998). Im Rahmen der schweizerischen Versuche mit Betäubungsmittelverschreibung wurde ebenfalls injizierbares Methadon verwendet. Die Resultate waren wenig ermutigend wegen der häufigen negativen Nebenwirkungen (insbesondere Schmerzen an der Injektionsstelle). Der Unterschied zu den englischen Erfahrungen scheint darauf zu beruhen, dass in der Schweiz höhere Dosierungen erforderlich waren mit entsprechend häufigeren und heftigeren Nebenwirkungen (Uchtenhagen et al 2000).

### **Potential der Substitution mit Originalstoffen**

Eine Zusammenfassung der frühen Erfahrungen bis 1990 gibt Mino (1990).

Erfahrungen mit der Verschreibung injizierbaren Morphins sind gering. Aus neuerer Zeit ist das Amsterdamer Projekt zu erwähnen, das 1983-1984 mit insgesamt 37 Patienten durchgeführt wurde (Derks 1990). Trotz positiven Teilergebnissen wurde das Projekt wieder eingestellt. Im Rahmen der Schweizer Versuche hat sich injizierbares Morphin nicht bewährt; histaminähnliche Reaktionen waren derart häufig, dass viele Patienten die Behandlung abbrachen (Uchtenhagen et al 2000).

Anders die Erfahrungen mit oralem Morphin (Retardpräparate mit verlängerter Wirkungsdauer), die eine gute Akzeptanz und Verträglichkeit haben. Wegen des deutlich höheren Preises im Vergleich zu oralem Methadon wird es vorab bei Methadonunverträglichkeit gebraucht.

Frühe Erfahrungen mit der Verschreibung von injizierbarem Heroin an Heroinabhängige stammen wiederum aus England, wo in den späten 60er Jahren vor allem in London sog. drug clinics eingerichtet wurden. über die Erfahrungen, auch im Mehrjahresverlauf, wurde wiederholt berichtet (Zusammenfassung bei Strang & Gossop 1996). Diese Erfahrungen sind mit den heutigen Ergebnissen schlecht vergleichbar, da die „Behandlung“ aus dem Aushändigen eines Rezeptes bestand, worauf der Patient seine Ampullen in der Apotheke holen und zuhause spritzen oder auch weiterverkaufen konnte, und die Betreuung sich auf das Minimum beschränkte.

Neue Forschungsprojekte betreffen die Verwendung von pharmazeutischem Heroin als Ersatz für Strassenheroin im Rahmen eines umfassenden Abklärungs- und Betreuungsprogramms. 1994 wurde in der Schweiz ein nationales Forschungsprojekt begonnen mit der Verschreibung von injizierbarem Heroin, Morphin und Methadon, Das Projekt wurde als Längsschnitts-Kohortenstudie konzipiert und mit einer Kohorte von neu eingetretenen Patienten in Methadonbehandlungen verglichen. Aufgrund einschränkender Aufnahmekriterien wurde mit dem Projekt eine vergleichsweise chronifizierte Patientenpopulation (mittleres Alter 30 Jahre) mit langjähriger Heroinabhängigkeit (mittlere Dauer 10 Jahre) sowie mehreren gescheiterten vorangegangenen Therapieversuchen erreicht (Uchtenhagen et al 2000).

Die wichtigsten Ergebnisse waren : injizierbares Heroin erwies sich in randomisierten Teilstudien dem injizierbaren Morphin und Methadon überlegen bezüglich Rekrutierbarkeit der Zielgruppe, Haltequote und Reduktion des illegalen Beikonsums. Für injizierbares Heroin lassen sich stabile Dosierungen erreichen ohne Gefährdung der Patienten (kein Todesfall von verschriebenem Heroin). Weitere Ergebnisse betreffen eine rasche und anhaltende Verbesserung des Gesundheitszustandes, Verminderung des illegalen Beikonsums, der Szenenkontakte und des Delinquenzverhaltens, stärkere Reduktion des illegalen Heroin- und Kokainkonsums gegenüber der oralen Methadonbehandlung. Ausserdem zeigte sich eine gute Akzeptanz bei Behörden und in der Bevölkerung bei wiederholten lokalen und nationalen Referenden. Bei Nachuntersuchungen erwiesen sich die positiven Veränderungen als stabil, sowohl bei den in Behandlung verbliebenen Patienten wie auch bei den Ausgetretenen (Rehm et al 2001).

Ein niederländisches Projekt mit der Verschreibung von injizierbarem und inhalierbarem Heroin begann 1998 (van Ree 1998). Resultate werden im Frühjahr 2002 erwartet.

### **Risiken der Substitution mit Methadon**

Die möglichen Risiken einer Substitutionsbehandlung mit synthetischen Ersatzstoffen, die oral eingenommen werden, sind in folgender Übersicht zusammengefasst. Sie können vermindert werden durch Massnahmen, die unter der Kolonne „Richtlinien“ aufgeführt sind.

Risiken	Richtlinien
primäre Suchterzeugung	Nachweis der Opiatabhängigkeit
Schwächung des Abstinenzwillens	wiederholte Überprüfung der Chancen für eine Abstinenzbehandlung
gleichzeitiger Heroinkonsum	Urinkontrollen; ausreichende Dosierung
Konsum weiterer Suchtmittel, Überdosis mit Todesfolge	Urinkontrollen; keine Verschreibung weiterer suchtgefährdender Substanzen
Weitergabe des Methadons an andere mit Gefährdung anderer	kontrollierte Einnahme bis zu ausreichender Stabilisierung
Mehrfachabgabe des Methadons	zentrale Bewilligungserteilung und Registrierung
Verwahrlosung der Behandlungsdisziplin	Bewilligungen befristet, aber erneuerbar
Fehlentwicklungen im Laufe der Behandlung	obligate Begleitbetreuung; kontinuierliche Überprüfung des Regimes
mangelnde Qualifikation und Kontrollierbarkeit der Behandlungen	Definition von Standards, geeignete Weiterbildung für beteiligte Ärzte / Apotheker /Therapeuten in Verbindung mit den entsprechenden Berufsverbänden und Fachgesellschaften, Beschränkung der Substitutions- behandlung auf Ärzte, die sich zur Weiterbildung und zur Teilnahme an Evaluationen verpflichten

Methadon kann eine Reihe von Nebenwirkungen haben, die sich allerdings meist durch Dosisanpassungen vermindern lassen und nur selten einen Behandlungsabbruch erzwingen. Das grösste Risiko bildet der Beikonsum von anderen Suchtmitteln mit atemlähmender Wirkung (vor allem Alkohol und Benzodiazepine wie Rohypnol).

Buprenorphin soll ein geringeres Mortalitätsrisiko bei Überdosierungen haben, allerdings im höheren Dosisbereich auch dem Methadon unterlegen sein (Mattick et al 1998).

### Risiken der Substitution mit Originalstoffen

Grundsätzlich bestehen dieselben Risiken wie bei einer Substitutionsbehandlung mit Methadon. Wo injizierbares Heroin verschrieben wird, kommen die Risiken der intravenösen Applikation hinzu. Dabei geht es um Infektionen wie HIV und Hepatitis, wenn nicht rigoros für sterile Anwendung gesorgt wird, aber auch um Abszessbildungen und deren Folgen.

Nebenwirkungen, die bei Methadon weniger beobachtet werden, sind epilepsieähnliche Anfälle nach der Injektion. Andere neurologische Komplikationen sind noch um-

stritten. Allergische Erscheinungen sind ähnlich wie diejenigen bei Morphin; sie bilden die am häufigsten gemeldeten Nebenwirkungen.

### **Stellenwert der Substitution mit Methadon in einem therapeutischen Netzwerk**

Die alte Streitfrage darüber, ob Substitutionsbehandlung zulässig sei oder nicht, ist weitgehend ersetzt durch die Frage danach, wie Substitutionsbehandlungen zweckmässig in ein therapeutisches Netzwerk integriert werden können.

Ursprünglich als Behandlung zweiter Wahl eingeschätzt (wenn drogenfreie Behandlung versagt hat), ist heute die Substitutionsbehandlung eine der tragenden Säulen in der Behandlung Heroinabhängiger geworden. Wesentlich mehr Patienten entschliessen sich zu einer derartigen Behandlung als zu einer drogenfreien stationären Langzeitherapie. Wo Heroinabhängigkeit ein Problem für das öffentliche Gesundheitswesen und die öffentliche Ordnung bildet, ist die methadonunterstützte Behandlung deshalb heute eine der wirksamsten Massnahmen, nicht nur zur Verbesserung der Lebenssituation der Abhängigen, sondern auch zur Verminderung der öffentlichen Probleme.

Substitutionsbehandlungen führen nicht notwendigerweise zu einer verminderten Nachfrage nach drogenfreien Behandlungen. Je mehr Patienten sich in Substitutionsbehandlung befinden, desto grösser ist die Zahl derer, die sich im Laufe der Zeit auch davon lösen wollen, und dies oftmals unter Inanspruchnahme drogenfreier Therapien. Andererseits sind viele, die erfolglos in drogenfreien Therapien waren, in Substitutionsbehandlungen gut aufgehoben. Es gibt heute aber nicht nur eine sinnvolle Koexistenz der Therapieformen : therapeutische Gemeinschaften haben angefangen, bei geeigneter Indikation auch Methadonbehandlungen weiterzuführen, und Methadonbehandlungen haben sich Erfahrungen therapeutischer Gemeinschaften für stationäre, halbstationäre und ambulante Programme zunutze gemacht.

Eine gute Integration setzt schliesslich zweierlei voraus : einen guten Ausbildungsstand bei allen, die Indikationen stellen und für die Wahl einer Behandlung verantwortlich sind, und eine Versorgungsplanung, welche unterschiedliche Angebote für die unterschiedlichen Patientenbedürfnisse bereit hält.

### **Stellenwert der Substitution mit Originalstoffen in einem therapeutischen Netzwerk**

Die bisherigen Erfahrungen mit der heroingestützten Behandlung zeigen, dass sich damit eine Zielgruppe von Heroinabhängigen erreichen und erfolgreich behandeln lässt, die in herkömmlichen Behandlungsverfahren einschliesslich Methadonbehandlungen nicht befriedigend gebessert werden können. Da zu dieser Gruppe auch viele Süchtige gehören, die zu einem erheblichen Teil an illegalen Aktivitäten beteiligt sind und zu den negativen Begleiterscheinungen der Drogenszene beitragen, kann die heroingestützte Behandlung auch zu einer Entlastung der Allgemeinheit beitragen. Ferner fallen die finanziellen Einsparungen im Vergleich zu den Kosten der Behandlung ins Gewicht, dank Verminderung der Hospitalisierungen, medizinischen Behandlungen und insbesondere der Strafuntersuchungen und Gefängnisaufenthalte (Frei et al 2001).

Die heroingestützte Behandlung ermöglicht es denjenigen, die trotz Methadon weiterhin regelmässig Heroin konsumieren, eine therapeutische Alternative anzubieten. Andererseits ist sie auf ein gutes Netz an drogenfreien Therapien und Methadonbehandlungen angewiesen, um den Patienten nach einer ausreichenden Stabilisierung in eine Anschlussbehandlung überzuleiten.

Keinesfalls ist es das Ziel, bestehende Behandlungsformen einschliesslich Methadonbehandlungen durch heroingestützte Behandlungen zu ersetzen. Methadon wurde seinerzeit in die Therapie eingeführt wegen seiner klaren Vorteile gegenüber Heroin : längere Wirkungsdauer (eine Dosis reicht für einen Tag aus, was einen regulären Tageslauf ermöglicht), orale Einnahme (vermeidet die Risiken der intravenösen Injektionen) und geringe psychotrope Wirkung (nicht euphorisierend). Diese Vorteile bestehen heute noch.

### **Voraussetzungen für eine Substitution mit Originalstoffen**

Damit ist auch schon klar, dass sich eine heroingestützte Behandlung nur dann sinnvoll einsetzen lässt, wenn drogenfreie Therapien, Entzugsprogramme und Methadonbehandlungen in ausreichender Zahl und Qualität vorhanden sind. Auch dürfen die für eine heroingestützte Behandlung erforderlichen personellen und finanziellen Aufwendungen nicht anderen Behandlungsformen abgezogen werden. Und schliesslich kann diese Form der Behandlung nur dann für die Betroffenen und die Allgemeinheit wirksam werden, wenn sie sowohl politisch wie von der Fachwelt akzeptiert und mitgetragen wird.

### **Zitierte Literatur**

Ball JC, Ross A (1991) :

The effectiveness of methadone maintenance treatment. Springer Berlin

Cooper JR, Altmann F, Brown BS, Czechowicz D (1983) :

Research on the treatment of narcotic addiction. The State of the Art. National Institute of Drug Abuse, Rockville

Derks J (1990) :

Het Amsterdamse Morfine verstrekkingprogramma Nederlands Centrum Gestelijke volksgezondheit Utrecht

Frei A (2001) :

Socioeconomic evaluation of heroin maintenance treatment. In Gutzwiller F, Steffen T (Eds) Cost-Benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment. Karger Basel pp 37-130

Gossop M (1998) :

NTORS at one year. The national treatment outcome research study. Department of Health, London

Hubbard RL, Marsden ME, Rachal IV, Harwood HJ, Cavanaugh ER, Ginzburg HM (1989) :

Drug abuse treatment. A national study of effectiveness. University of North Carolina, Chapel Hill

Mattick RR, Oliphant D, Ward J, Hall W (1998) :

The effectiveness of other opioid replacement therapies : LAAM, heroin, buprenorphine, naltrexone and injectable maintenance. In Ward J, Mattick RP, Hall W (Eds) Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Harwood Amsterdam pp 123-157

Metrebian N, Shanahan W, Wells B, Stimson GV (1998) : Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users : associated health gains and harm reductions. MJA 168:596-600

Mino A (1990) : Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine. Office Fédéral de la Santé Publique Bern

Ree JM van (1998) : Study on the effectiveness of medically co-prescribed heroin. Progress report. Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, Utrecht

Rehm J, Gschwend P, Steffen T, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Uchtenhagen A (2001) : Feasibility, safety and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts : a follow-up study. The Lancet 358:1417-1420

Senay E, Uchtenhagen A (1990) : Methadone in the treatment of opioid dependence. A review of the world literature. In Arif A, Westermeyer J (Eds) Methadone maintenance in the management of opioid dependence. Praeger New York pp 19-54

Simpson DD, Sells SB (1990) : Opioid addiction and treatment : a 12-year follow-up. Krieger Malabar

Simpson DD, Curry S (Eds) (1997) : Drug abuse treatment outcome study DATOS. Psychol Addict Behav 11 (special issue)

Strang J, Gossop M (1996) : Heroin prescribing in the British system: a historical review. Europ Add Res 2:185-193

Uchtenhagen A, Zimmer Höfler D (1985) : Heroinabhängige und ihre „normalen“ Altersgenossen. Herkunft, Lebenssituation, Zweijahresverlauf im Quervergleich. Haupt Bern

Uchtenhagen A, Dobler Mikola A, Steffen T, Gutzwiller F, Blättler R, Pfeifer S (Hrsg) (2000) : Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängige. Wichtigste Resultate der Schweizerischen Kohortenstudie. Karger Basel

Ward J, Mattick R, Hall W (1998) : Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Harwood Amsterdam

**Tabelle: Gesundheitliche Wirkungen und soziale Folgen des Konsums von Heroin**

Gesundheitliche Wirkungen			Soziale Folgen				
Wirkungen	Nebenwirkungen	Abhängigkeitspotenzial	Toleranzbildung, Risiko des Umsteigens auf andere Drogen	Todesfälle und -ursachen,	Arbeitsfähigkeit	Soziale Situation (Kontakte, Wohnsituation, Finanzen)	Kriminalität
Euphorie mit kurzem „Flash“ und länger anhaltender erfüllter Zufriedenheit, schmerzlösend und angstlösend und hustendämpfend	Übelkeit, Mundtrockenheit, Kreislaufstörungen, Obstipation, Juckreiz, sexuelle Dysfunktionen, Atemdepressive Wirkung, Menstruationsstörungen (Frauen)  Besondere Problembereiche: mögliche Hepatitis- und HIV-Infektionen, insbesondere durch „Needle-Sharing“	hohes Suchtpotenzial  tägliches Konsum führt in kurzer Zeit zu körperlicher und psychischer Abhängigkeit  Absetzen oder Dosisreduzierung führt zu Entzugssymptomen  das Einstiegsalter liegt bei 18/19 Jahren (Durchschnitt)	starke Toleranzentwicklung, es tritt rasch eine Gewöhnung ein; es werden dann immer größere Mengen eingenommen  Heroinkonsum wird häufig vom Gebrauch anderer Substanzen begleitet (Kokain, Cannabis, Benzodiazepine)	häufigste Todesursache: unbeabsichtigte Überdosis; aber auch: Suizidalität	die meisten Konsumenten befinden sich in einer schlechten gesundheitlichen Situation und verfügen über eine mangelhafte Berufsausbildung, so dass ihre Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt ist	viele Heroinkonsumenten leben in einer schlechten sozialen Situation (arbeits- und wohnungslos, Schulden etc.)  diese Situation ist eng verknüpft mit den illegalen Bedingungen, unter denen sie ihr Suchtmittel erwerben und finanzieren	Finanzierung der Heroinsucht durch Drogenhandel und Beschaffungskriminalität (-prostitution)

**Schleswig-Holsteinischer Landtag**  
  
**Umdruck 15/1813**

Literatur:  
 Hartwig, Karl-Heinz/Pies, Ingo (1995): Rationale Drogenpolitik in der Demokratie, Tübingen.  
 Raschke, Peter (1994): Substitutionstherapie, Freiburg i.B.  
 Seidenberg A./Honegger U. (1998): Methadon, Heroin und andere Opiode.

**Tabelle: Gesundheitliche Wirkungen und soziale Folgen des Konsums von Kokain**

Gesundheitliche Wirkungen				Soziale Folgen			
Wirkungen	Nebenwirkungen	Abhängigkeitspotenzial	Toleranzbildung, Risiko des Umsteigens auf andere Drogen	Todesfälle und -ursachen,	Arbeitsfähigkeit	Soziale Situation (Kontakte, Wohnsituation, Finanzen)	Kriminalität
Euphorie („High“), Hyperaktivität, erhöhte sensorische Wahrnehmung, erhöhtes Selbstvertrauen, sexuelle Stimulation (aber nur bei Gelegenheits- konsumenten)	reduzierter Appetit, reduziertes Schlafbedürfnis, Herzbeschwerden mit Brustschmerzen bei chronischem oder massivem Konsum kann es zudem zu Angstzuständen, Wahnvorstellungen, tiefen Depressionen, systematischen Schlafstörungen kommen	ob es bei Kokain zu einer körperlichen oder „nur“ zu einer psychischen Abhängigkeit kommen kann, ist in der Fachliteratur umstritten  keine vegetativen Entzugssymptome, aber Wirkungsmecha- nismen im zentralen Nervensystem bekannt  insgesamt wird das Abhängigkeits- potenzial geringer als das für Alkohol und Heroin eingeschätzt	bei chronischem Kokainkonsum kommt es zu einer Toleranzbildung  häufig liegt Parallelkonsum anderer Substanzen vor (Alkohol und Heroin), aber nicht im Sinne eines Umsteigeeffekts	aufgrund der individuellen Varianz kann keine exakte Dosismenge angegeben werden, die einer Toxizität gleichzusetzen wäre; es wird von einer lethalen Einzeldosis von 1,5g ausgegangen  reine Kokain- Todesfälle aufgrund von Überdosierungen kommen selten vor (ca. 2% aller Drogentodesfälle inkl. „Crack-Toten“); aber Kokain findet sich häufig bei „Misch- intoxikationen“	es können zwei Konsumentengruppen unterschieden werden: a.) Drogenabhängige auf der Szene mit Kokain- und Heroinkonsum (schlechte Arbeitsfähigkeit) b.) sozial integrierte Konsumenten, die Kokain als „Freizeitdroge“ und/oder „Leistungs- droge“ nutzen (vorhandene Arbeitsfähigkeit)	Gruppe a.) siehe Heroin  Gruppe b.) weiter bestehende Verankerung in Familie, Beruf und Gesellschaft	Gruppe a.) siehe Heroin  Gruppe b.) finanzieren sich ihren Konsum aus legalen Quellen (Einkommen)

Literatur:

Haasen, Christian et al. (2002): Psychosoziale und körperliche Folgen von Kokain- und Crackkonsum, in: Suchtmedizin, Heft 1/2002 (im Druck).  
Haasen, Christian (1998): Cocain/Crack, in: Götz, Jörg (Hrsg.) (1998): Moderne Suchtmedizin, Stuttgart, S. 1 bis 5 (Kapitel B 4.6).

**Tabelle: Gesundheitliche Wirkungen und soziale Folgen des Konsums von Crack**

Gesundheitliche Wirkungen				Soziale Folgen			
Wirkungen	Nebenwirkungen	Abhängigkeitspotenzial	Toleranzbildung, Risiko des Umsteigens auf andere Drogen	Todesfälle und -ursachen,	Arbeitsfähigkeit	Soziale Situation (Kontakte, Wohnsituation, Finanzen)	Kriminalität
<p>heftiger euphorischer „Kick“ mit schnellem Wirkungsabfall</p> <p>häufiger erhöhte Aggressivität und Gewalt als beim Kokainkonsum, wobei die Wirkungszusammenhänge unstritten sind (weiterer Unterschied: keine sexuell stimulierende Wirkung)</p>	<p>wie bei Kokain, zudem sind mit dem Crack-Rauchen Risiken für Bronchitis und Lungenschäden verbunden</p>	<p>hohes psychisches Suchtpotenzial</p> <p>kontrollierte Konsummuster sind die Ausnahme</p>	<p>Toleranzentwicklung tritt beim chronischen Crackkonsum schneller auf als beim chronischen Kokainkonsum</p> <p>starkes Verlangen („Craving“) ist bei Crack deutlicher ausgeprägter als bei anderen Formen des Kokainkonsums</p>	<p>Überdosierung kann zu Atem- und Herzstillstand führen</p> <p>reine Crack-Todesfälle sind aber bislang selten vorgekommen (ca. 2% aller Drogentodesfälle inkl. „Kokain-Toten“)</p>	<p>die meisten Crackkonsumenten sind marginalisiert und bringen schlechte berufliche Voraussetzungen mit</p>	<p>viele Konsumenten waren schon vor Beginn des Crackgebrauchs sozial desintegriert</p> <p>insbesondere die bei weiblichen Crackkonsumenten verbreitete Beschaffungsprostitution verstärkt den Verelendungsprozess</p>	<p>ein großer Teil der Crackkonsumenten finanziert sich den Konsum über Beschaffungskriminalität (-prostitution)</p>

Literatur:

Haasen, Christian et al. (2002): Psychosoziale und körperliche Folgen von Kokain- und Crackkonsum, in: Suchtmedizin, Heft 1/2002 (im Druck).  
 Stöver, Heino (2001): Bestandsaufnahme „Crack-Konsum“ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote, Bericht für das Bundesministerium für Gesundheit, Bremen.

Prof. Dr. Peter Raschke/Dr. Jens Kalke, Januar 2002

**Tabelle: Gesundheitliche Wirkungen und soziale Folgen des Konsums von Ecstasy**

Gesundheitliche Wirkungen				Soziale Folgen			
Wirkungen	Nebenwirkungen	Abhängigkeitspotenzial	Toleranzbildung, Risiko des Umsteigens auf andere Drogen	Todesfälle und -ursachen,	Arbeitsfähigkeit	Soziale Situation (Kontakte, Wohnsituation, Finanzen)	Kriminalität
<p>Entaktogene Wirkung: anregend und stimulierend, besserer Zugang zu den eigenen Gefühlen emotionale Offenheit, Zunahme der Kontaktfreudigkeit, Intensivierung der Sinneseindrücke, verändertes Zeitempfinden, erhöhter Bewegungsdrang, herabgesetzte Aggressivität</p>	<p>mit Abklingen des Rausches sind depressive Verstimmungen, Panikattacken, Erschöpfungszustände, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen möglich</p> <p>Frage, ob dauerhafter Ecstasykonsum zu neurotoxischen Effekten führt, ist umstritten</p>	<p>Ecstasykonsum führt zu keiner körperlichen Abhängigkeit</p> <p>Abhängigkeit wird meistens vor allem im Zusammenhang mit der Integration des Konsums in subkulturelle Lebensstile gesehen</p> <p>Ecstasy wird in der Regel das erste Mal zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr probiert</p>	<p>Toleranzentwicklung, Dosissteigerung nötig, um entaktogene Wirkung zu erhalten</p> <p>Ecstasy ist keine „Einstiegssubstanz“ in den illegalen Drogengebrauch (davor: Alkohol und Cannabis)</p>	<p>die bisherigen Todesfälle im Zusammenhang mit Ecstasy-Konsum werden vor allem auf die Bedingungen des Konsums zurückgeführt: unzureichende Trinkmenge bei langandauernder Anstrengung in schlecht belüftenden Räumlichkeiten</p>	<p>die meisten Konsumenten sind „Wochenendgebraucher“ und gehen einer geregelten Arbeit nach bzw. befinden sich in der Schul- oder Berufsausbildung.</p> <p>im akuten Rausch eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, sonst keine negativen Auswirkungen bekannt</p>	<p>die meisten Konsumenten sind sozial integriert (häufige soziale Kontakte, gute Wohn- und Finanzsituation); sie benutzen Ecstasy als „Freizeitdroge“</p>	<p>Ecstasykonsum führt in der Regel nicht zu Beschaffungskriminalität, weil sich die meisten Gebraucher ihren gelegentlichen Konsum selber finanzieren können.</p> <p>bei den meisten Konsumenten ist kein Unrechtsbewusstsein vorhanden (generalpräventive Wirkung des Verbotes fraglich), aber: Gefahr der Stigmatisierung bei Einleitung eines BtMG-Verfahrens (Strafanzeige)</p>

Literatur:

Nowoczyn, K. (1998): Designer-Drogen, in: Götz, Jörg (Hrsg.) (1998): Moderne Suchtmedizin, Stuttgart, S. 1 bis 5 (Kapitel B.4.4).  
 Thomasius, Rainer (Hrsg.) (2000): Ecstasy. Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs, Stuttgart.

**Tabelle: Gesundheitliche Wirkungen und soziale Folgen des Konsums von Cannabis**

Gesundheitliche Wirkungen					Soziale Folgen		
Wirkungen	Nebenwirkungen	Abhängigkeitspotenzial	Toleranzbildung, Risiko des Umsteigens auf andere Drogen	Todesfälle und -ursachen,	Arbeitsfähigkeit	Soziale Situation (Kontakte, Wohnsituation, Finanzen)	Kriminalität
<p>bei <i>geringer bis mittlerer Dosierung</i>: entspannte Euphorie, gesteigerte Sinneseindrücke, verändertes Zeitempfinden</p> <p>bei <i>hoher Dosierung</i>: es kann zu Angstzuständen und Halluzinationen kommen, häufig auch verminderte Antriebskraft</p>	<p><i>kurzfristig</i>: Rötung der Bindehaut, abnehmende Körpertemperatur, trockener Mund und Rachen, Hungergefühl</p> <p>bei <i>chronischem Gebrauch</i>: erhöhtes Bronchial- und Lungenkrebsrisiko (wg. tieferer Inhalation), Effekte auf das Immunsystem nicht nachgewiesen, auch „Amotivations-syndrom“ bisher nicht belegt</p>	<p>chronischer Konsum kann zu psychischer Abhängigkeit führen; körperliche Abhängigkeit ist unbekannt</p> <p>Suchtpotenzial insgesamt sehr gering</p> <p>Cannabis wird in der Regel das erste Mal zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr probiert</p>	<p>keine pharmakologischen Eigenschaften, die das Risiko zum Umsteigen auf andere Drogen erhöhen</p> <p>wenn ein Umsteigerisiko besteht, dann durch die Beschaffung von Cannabis auf dem „Schwarzmarkt“</p> <p>individuelle Konsummuster können sich ändern, z.B. vom regelmäßigen zum gelegentlichen Gebrauch</p>	<p>geringe Toxizität (geschätzt erst bei 100 Gramm Haschisch)</p> <p>weltweit kein Todesfall bekannt</p>	<p>gewöhnheitsmäßige Konsumenten haben häufiger Probleme mit Arbeit und Berufsausbildung</p>	<p>keine negativen Auswirkungen auf die soziale Situation bekannt</p> <p>wenn es hier zu Veränderungen kommt, steht dies meistens im Zusammenhang mit dem Lebensstil der Sub- und Jugendkulturen, in denen der Cannabiskonsum verbreitet ist (<i>früher</i>)</p> <p><i>heute</i>: „Freizeit- und Genussdroge“ von vielen Jugendlichen; Cannabistrauchen kann als weitgehend sozial integrierte Gewohnheit angesehen werden</p>	<p>Cannabiskonsum führt in der Regel nicht zu Beschaffungskriminalität, weil sich die meisten Gebraucher ihren (gelegentlichen) Konsum selber finanzieren können</p> <p>bei den meisten Konsumenten ist kein Unrechtsbewusstsein vorhanden (generalpräventive Wirkung des Verbotes fraglich)</p> <p>aber: Gefahr der Stigmatisierung bei Einleitung eines BtMG-Verfahrens (Strafanzüge)</p>

Literatur:

Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (1999): Cannabisbericht, Bern.  
 Kleiber, Dieter/Soellner, Renate (1998): Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken, Weinheim/München.  
 Raschke, Peter/Kalke, Jens (1997): Cannabis in Apotheken. Kontrollierte Abgabe als Heroinprävention, Freiburg i.B.

**Anhörung – „Neue Wege in der Drogenpolitik“**

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst einmal möchte ich mich recht herzlich für die Einladung zur Anhörung des Sozialausschusses bedanken.

Ich möchte an dieser Stelle nicht verhehlen, dass ein Blick auf die hochkarätig besetzte Referentenliste in mir die Frage aufkeimen ließ, aus welchem Grund wohl der Vertreter eines kleinen Drogenhilfeträger als Hauptreferent eingeladen wurde. Ich habe mir diese Frage mit der Vermutung beantwortet, dass o.a. Thema aus der Sicht eines „vor Ort“ arbeitenden Trägers zu beleuchten.

Kurz zu uns: ODYSSEE e.V. betreibt ein Netzwerk von Einrichtungen für Konsumenten illegaler Drogen. Angefangen beim „Kontaktladen CLARO“, einer niedrigschwelligen Anlaufstelle (hervorgegangen Ende der 80iger Jahre aus dem Bundesmodell „Booster“), über verschiedene Arbeitsprojekte für Cleane und Substituierte (teilweise in Kooperation mit

der Kieler Beschäftigungs- und Ausbildungsgesellschaft KIBA GmbH, dem Arbeitsamt Kiel und dem Europäischen Sozialfonds), bis hin zur vom Rentenversicherungsträger anerkannten stationären Adaptionseinrichtung „DELTA“ und dem ambulanten Wohnbetreuungsprogramm „MIDHGARD“ wird ein Einrichtungsverbund vorgehalten, der eng mit den Angeboten zweier „klassischer Drogenberatungsstellen“ verknüpft ist.

Möglich wurde der Aufbau eines solch differenzierten Netzes aufgrund der zunehmenden Diskussionen über einen Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit, beginnend in der Mitte der 80iger Jahre. Der unbedingten Abstinenz wurde eine den Drogengebrauch akzeptierende Haltung gegenübergestellt.

Vor zwanzig Jahren noch vielerorts unvorstellbare Hilfeformen wie Sprizentausch in Kontaktläden, nahezu flächendeckende Substitutionsbehandlungen bis hin zur gesetzlichen Regelung von Konsumräumen und dem Beginn eines Modellvorhabens zur Originalstoffvergabe sind u.a. Ausdruck und Ergebnis dieses Paradigmenwechsels.

Doch was können die Begriffe „niedrigschwellig“ und „schadensmindernd“ unter den Voraussetzungen des Januars 2002 für

ein Flächenland wie Schleswig-Holstein bedeuten und welche Perspektiven zeichnen sich ab ?

Um diese Frage zumindest ansatzweise zu beantworten ist zunächst eine Definition der Begrifflichkeiten sinnvoll und notwendig. Insbesondere die bundesweit geführten Diskussionen um Konsumräume und die Originalstoffvergabe dominieren die „niedrigschwellige und schadensmindernde“ Beschreibung der Drogenhilfe. Aber gerade im Hinblick auf die Entwicklung in Schleswig-Holstein sollte eine weitreichendere Betrachtung gewählt werden, denn auch in 10 Jahren wird aller Voraussicht nach in Süderbrarup kein Konsumraum entstehen.

Streng genommen definieren die Begriffe lediglich die Bedingungen des Zugangs und des Verbleibs, während in der Praxis ganz grundsätzliche Veränderungen für die Klienten eingetreten sind, denn auch für den Drogenkonsumenten aus Süderbrarup wird beim Besuch der nächstgelegenen Beratungsstelle Abstinenz nicht zur Voraussetzung, sondern mögliche Folge einer Intervention und die Chance, z.B. in Niebüll in der Suchtberatungsstelle Spritzen zu tauschen hat natürlich schadensmindernde Auswirkungen auf das ganz persönliche Infektionsrisiko.

Zugespitzt möchte ich die Behauptung aufstellen, dass niedrigschwellige und schadensmindernde Angebote weit über die Konsumraumdiskussion hinaus gehen, sie umfassen vielmehr eine breite Palette von

Hilfsmöglichkeiten, die zeitnah und fachgerecht vorgehalten werden sollten. Dies reicht vom Spritzentausch vor Ort, dem zeit- und ortsnahen Vorhalten von qualifizierten Entgiftungsplätzen, einer flächendeckenden Möglichkeit zur Aufnahme einer Substitutionsbehandlung bis hin zur Teilnahme an Arbeitsprojekten.

Im weiteren Verlauf werde ich hierauf noch näher eingehen.

Doch ich möchte der fachlichen Positionsbestimmung zu den Themen Konsumräume und Originalstoffvergabe nicht ausweichen.

**Originalstoffvergabe** – da das Paket des Modellprojektes weitgehend geschnürt ist (rechtliche Grundlagen, teilnehmende Städte, Auswahlverfahren vor Ort, Forschungsdesign etc.), beschränke ich mich auf einige wenige Anmerkungen. Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger ist meiner Meinung nach die logische und notwendige Konsequenz aus den mittlerweile mehr als zehnjährigen Erfahrungen der Substitutionsbehandlung. Es ist nur folgerichtig zu erproben, ob die laut Forschungsdesign des Modellprojektes 10 % bis 20 %, die nur gering von der Substitution profitieren, durch Originalstoffvergabe Ziele erreichen wie: Schadensminimierung, Integration ins Hilfesystem, Reduktion des illegalen Konsums und der damit verbundenen Begleitprobleme, gesundheitliche, psychische und soziale Verbesserung und Stabilisierung, letztendlich Kontrolle und Überwindung der Abhängigkeit.

Möglicherweise werden wir in 10 Jahren die Originalstoffvergabe als einen festen Baustein im Hilfesystem für Drogenabhängige erleben, erinnern wir uns, auch Substitution mit Methadon war in den Anfängen äußerst umstritten und gehört heute zum festen Bestandteil eines differenzierten Hilfeangebots in der Bundesrepublik.

Ich wünsche mir, dass nach Beendigung des Modellprojektes ergebnisoffen über die Erfahrungen diskutiert wird, um im Interesse der Drogenabhängigen sinnvolle Ergänzungen zeitnah in das Hilfesystem einzubauen.

Da nach meinem Kenntnisstand (da mag ich mich übrigens auch irren) eine Beteiligung von Städten aus unserem Bundesland nicht mehr möglich ist, möchte ich an dieser Stelle dieses Thema verlassen. Für Interessierte empfehle ich abschließend die Internetseite des Modells, [www.heroinstudie.de](http://www.heroinstudie.de), die eine Fülle von weitergehenden Informationen bietet.

**Konsumräume** – Der aus meiner Sicht entscheidende Durchbruch zur Schaffung von Konsumräumen wurde mit dem 3. Betäubungsmitteländerungsgesetz, das zum 1. April 2000 in Kraft trat, gelegt. Erstmals wurde eine bundeseinheitliche Rahmenvorschrift erlassen, um den Betrieb von Konsumräumen rechtlich abzusichern. Im § 10a BtMG finden sich die gesetzlichen Mindestvoraussetzungen zum

Betrieb. Aus verfassungsrechtlichen Gründen war es allerdings nicht möglich, den Städten die unmittelbare Kompetenz zur Ausgestaltung dieses Betriebs einzuräumen, statt dessen wurden die Länder ermächtigt, durch Rechtsverordnung Regelungsgrundlagen zu treffen.

(Ich habe Ihnen als Anlage sowohl den § 10a BtMG, als auch die Rechtsverordnungen der Länder Hamburg, NRW und Saarland beigelegt.)

Sollten Sie diese Rechtsgrundlagen näher studieren, werden Sie feststellen, dass es bis auf eine Ausnahme nur geringe Unterschiede in einzelnen Formulierungen gibt. Aber diese eine Ausnahme hat durchaus praktische Konsequenzen, sie betrifft nämlich den Nutzerkreis. Während in Hamburg Substituierte Konsumräume nutzen können, ist dies in NRW und dem Saarland für den Fall ausgeschlossen, das Benutzer sich „erkennbar in einer Substitutionsbehandlung befinden“. In der Praxis bedeutet dies, das Einrichtungen der Drogenhilfe, die in einem regelmäßigen Austausch stehen, um z.B. durch Abgleich Doppelbetreuungen zu vermeiden oder aber sowohl Konsumräume als auch Beratungsstellen und/oder Kontaktläden betreiben und gemeinsame Teamsitzungen durchführen, die ihnen bekannten Substituierten ausschließen müssen. Träger, die innerhalb ihrer Angebote Mitarbeiter rotierend in unterschiedlichen Bereichen arbeiten lassen, um „burn out Effekte“ zu vermindern, stehen vor einer ähnlichen

Problematik, die aber nicht zwangsweise negative Auswirkungen haben muß. Ich möchte dies an einem praktischen Beispiel erläutern: ein Substituierter, der mit 15 ml Methadon substituiert wird und zusätzlich Heroin spritzt spielt mit seinem Leben.

Dr. Manfred Wienand, Beigeordneter des Deutschen Städtetages, hat in „Der Städtetag, 11/2001“ zu Konsumräumen u.a. folgendes bemerkt:  
*„Der Betrieb von Drogenkonsumräumen setzt voraus, dass vor Ort ein Bedarf besteht, funktionierende Partnerschaften mit Polizei und Staatsanwaltschaft aufgebaut und die notwendigen räumlichen, personellen und finanziellen Voraussetzungen einschließlich der Notfallversorgung geschaffen werden können. Dabei sind unter Akzeptanzaspekten auch schwierige Standortfragen zu klären. Nach wie vor ist aus kommunaler Sicht zu beklagen, dass – trotz verbesserter Rechtslage – nicht alle Rechtsfragen geklärt sind und die Betreiber von Drogenkonsumräumen, ... ,haftungs- und strafrechtliche Risiken eingehen“.*

Welche Konsequenzen ergeben sich aber nun für die Politik und die Drogenhilfe in Schleswig-Holstein, denn die beiden wichtigsten Voraussetzungen liegen gar nicht vor:

1. eine Verordnung über die Erteilung zur Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen.
2. die Beantwortung der Frage des Bedarfs.

Zu 1.: auch wenn ich mit den administrativen Abläufen innerhalb des zuständigen Ministeriums nicht vertraut bin, gehe ich doch davon aus, dass für den Fall der Notwendigkeit eine entsprechende Rechtsverordnung relativ zügig erarbeitet und erlassen werden kann. Ich gewinne diese Erkenntnis aus den nahezu identischen Formulierungen der Verordnungen aus Hamburg, NRW und dem Saarland, in Verbindung mit den Vorgaben des § 10a BtMG.

Zu 2.: dieser Punkt erscheint mir der eigentlich spannende, zumal es aus meiner Sicht verschiedenste Wechselwirkungen zu beachten und grundsätzliche Fragestellungen zu beantworten gilt.

Also, besteht in Schleswig-Holstein der Bedarf für Konsumräume? Meine Antwort lautet: NEIN, aber ... !

Was bedeutet nun dieses vielsagende NEIN, aber ... ? Zunächst einmal möchte ich auf Grundannahmen und Beschreibungen einer Bedarfsfeststellung eingehen, festgemacht an den Ausgangssituationen der Städte Hamburg, Hannover und Frankfurt am Main. Alle genannten Städte hatten nach meiner Erkenntnis vor der Entscheidung für die Einrichtung von Konsumräumen u.a. folgendes gemein: Eine hohe

Anzahl von Konsumenten illegaler Drogen, manifestierte offene Drogenszenen, eine relativ hohe Anzahl von Langzeit- und Schwerstabhängigen einhergehend mit entsprechenden sozialen und gesundheitlichen Verelendungstendenzen auf breiter Front, vielfacher offener Drogengebrauch unter katastrophalen hygienischen Bedingungen, eine Sogwirkung für Konsumentengruppen aus dem näheren und weiteren Umfeld, eine hohe Anzahl von Drogenotfällen und Drogentoten; aber auch ein ausdifferenziertes und vor allem durchfinanziertes Drogenhilfesystem.

Konsumräume wurden und werden als zusätzlicher Baustein in einem Netzwerk verstanden und wurden und werden zusätzlich finanziert.

Auf Schleswig-Holstein heruntergebrochen existiert nach meinen Informationen keine Gemeinde, Kommune oder Stadt, die annähernd vergleichbare Bedingungen aufzeigt. Selbst in der Landeshauptstadt Kiel können die Fachleute der Drogenberatungsstellen keine offene Szene ausmachen, geschweige denn von offenem manifestiertem Drogengebrauch sprechen. Der Konsum findet in aller Regel im privaten häuslichen Bereich statt, einzelne Ausnahmen, die zweifelsfrei auftreten, begründen aber nicht ansatzweise Tendenzen in Richtung der o.a. Städte.

Noch gravierender erscheint mir, dass, bezogen auf das gesamte Flächenland, keineswegs von einem ausdifferenziertem und vor allem

durchfinanziertem Hilfesystem gesprochen werden kann. Zugespitzt formuliert müssen wir uns vielmehr über die Verwaltung des Mangels unterhalten.

Nicht das ich falsch verstanden werde, ich möchte an dieser Stelle keine „Jammerarie“ anstimmen. Haushaltsmittel waren und sind eines der knappsten „Güter“ im Land. Auch uns ist klar, dass Prioritäten gesetzt werden müssen und die Zeiten der Zuwendungsverfahren nach dem Motto „Wünsch Dir was“ längst der Vergangenheit angehören. Ich möchte vielmehr den ehrlichen Versuch unternehmen, die vorhandenen „niedrigschwelligen“ und „schadensmindernden“ Angebote aufzuzeigen, um mein „NEIN, aber ...“ zu den Konsumräumen in diesen Gesamtkontext zu stellen.

Sie erinnern sich, an anderer Stelle definierte ich die beiden Begriffe weitreichender, denn ist es nicht „niedrigschwellig“ und „schadensmindernd“

- einem um einen Entgiftungsplatz nachsuchenden Klienten diesen zeit- und ortsnah zur Verfügung zu stellen? – *Die Wartezeiten für einen „schlichten . . . qualifizierten“ Entgiftungsplatz Kieler Drogenkonsumenten beträgt gegenwärtig ca. 4 – 6 Wochen. Zuständig für einen Großteil von Kiel ist die Fachklinik der Psychiatrium Gruppe in Heiligenhafen (ausgesprochen ortsnah!),*

*aber ohne zusätzliche Belegbetten in der Fachklinik Bredstedt (!) und dem PLK Rickling (!) würde sich diese Wartezeit verdreifachen.*

- auch konsumierenden Kindern und Jugendlichen zumindest in den größeren Städten auf ihre Situation und Bedürfnisse (Stichwort neue Konsummuster und Designerdrogen) abgestimmte Anlaufstellen vorzuhalten, um hierdurch neue Zugänge zu ermöglichen. – *Im gesamten Land existiert kein derartiges Angebot, wenngleich in Kiel z.Z. konstruktiv über die Einrichtung einer solchen Anlaufstelle nachgedacht wird.*
  
- Das Jugendhilfe- und Drogenhilfesystem zu vernetzen, um frühzeitig alternative Interventionsformen anbieten zu können. – *Ich empfinde es als unerträglich, dass zunehmend Mitarbeiter der Jugendhilfe aufgrund von massiven Drogenproblemen der betreuten Kinder und Jugendlichen ratsuchend Kontakt zu Drogenberatungsstellen aufnehmen und gleichzeitig deren Trägervertreter bekunden, dieses Problem sei eines unter vielen und würde in den Einrichtungen der Jugendhilfe aufgefangen werden.*
  
- Das absolute Basisangebote wie Sprizentausch und kostenlose Kondomvergabe auch Inhaftierten in den Justizvollzugsanstalten

zur Verfügung gestellt werden können. – *In keiner schleswig-holsteinischen JVA existieren diese Möglichkeiten, Drogenkonsum in der Haft geht einher mit massiven Infektionsrisiken in den Bereichen Hepatitis und HIV.*

- Einem substituitionswilligen Klienten, der die anamnestischen und rechtlichen Kriterien zur Aufnahme erfüllt, einen qualifizierten Arzt sowie eine qualifizierte psychosoziale Betreuung zeit- und ortsnahe nennen zu können. – *Laut KV Schleswig-Holstein mit Stand vom 21.01.2002 werden in Schleswig-Holstein 1471 Personen offiziell substituiert, hinzu addieren sich 400 – 600 Personen, die nicht über die KV erfasst werden. Die Spanne reicht dabei von jeweils 1 Substituierten in Reinbek, in Mölln, und in Schwarzenbek bis zu 563 in Kiel. Verteilt man die Substituierten gleichmäßig auf die vom Land finanzierte psychosoziale Begleitung ergibt sich ein Schlüssel von 1:87 (!), 1990 sah das Land bei der Finanzierung einen vertraglichen Betreuungsschlüssel von 1:8 vor. Würden, insbesondere in den größeren Städten, die Substituierten tatsächlich um ein wöchentliches Gespräch bitten, würde das System schlicht zusammenbrechen.*
- das Angebot der Kontaktläden im Land zu erweitern, denn deren Sinnhaftigkeit wird fachlich von allen Seiten anerkannt. – *Lediglich in Elmshorn, Flensburg, Lübeck und Kiel existieren*

*niedrigschwellige Kontaktläden, die zusammengenommen weder in räumlicher, personeller noch finanzieller Ausstattung das Niveau z.B. des „Café Fix“ in Frankfurt erreichen.*

Die geschilderte Situationsbeschreibung erhebt keinesfalls einen Anspruch auf Vollständigkeit.

Neben den stark auf die Basisarbeit ausgerichteten Arbeitsbereichen sollte aber auch die „Meta-Ebene“ nicht vergessen werden.

Nach wie vor existieren nicht in allen Kreisen und Städten abgestimmte Suchthilfepläne. Diese mit den vor Ort arbeitenden Trägern zu entwickeln, fortzuschreiben aber auch auszuwerten ist eine der vordringlichsten Aufgaben, um gemeinsam notwendige Prioritäten unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Mittel zu erarbeiten.

Erlauben sie mir, an dieser Stelle einen kleinen Blick auf die gegenwärtigen Finanzierungsstrukturen der niedrigschwiligen Drogenhilfe zu werfen. Wir haben Ende Januar und sie könnten ja auf die Idee kommen, mich zu fragen wie hoch die Zuwendungen für dieses Arbeitsfeld im laufenden Jahr ausfallen. Ich könnte es ihnen nicht beantworten, da ich es nicht weiß. Wir haben keinen Zuwendungsbescheid vorliegen, wissen aber, dass nicht unerhebliche Etatkürzungen geplant sind.

Verschärft wird diese Situation durch die seit Ende 1995 vorgenommene Deckelung der Haushalte. Alle Personal- und Sachkostenerhöhungen seither müssen durch die Träger aufgefangen werden und Kosten spielen bei der Einrichtung eines Konsumraumes eine nicht unerhebliche Rolle. Laut Auskunft der Kollegen aus Hannover belaufen sie sich bei halbwegs vertretbaren Öffnungszeiten auf 250.000 – 300.000 € pro Jahr, bei 5 – 6 Konsumplätzen.

Ich hoffe es ist verständlich geworden, warum ich im Gesamtkontext bezüglich der Einrichtung von Konsumräumen zur Bewertung „NEIN“ gekommen bin. Selbst für den Fall, dass Finanzmittel zusätzlich zum bisherigen Etat verfügbar wären, würde ich schweren Herzens in einen „Entscheidungsnotstand“ geraten.

Dieser „Entscheidungsnotstand“ begründet auch mein (NEIN) „aber ...“ ! Der Ehrlichkeit halber möchte ich ein Argument für Konsumräume noch erwähnen und das ist ohne Frage schwerwiegend: Jede Reanimation in einem Konsumraum rettet ein Leben und dies unabhängig davon, ob ansonsten im privaten häuslichen Bereich oder aber öffentlich konsumiert worden wäre ! Das Problem ist nur: Auch zeitnahe Vermittlung in Entgiftung, Sprizentausch in Haftanstalten, rechtzeitige Intervention bei Kindern und Jugendlichen, „saubere“ Substitution rettet im Zweifelsfall und in der Konsequenz Menschenleben!

Ich hoffe, meine Aussagen regen zu weiteren Diskussionen an, helfen vielleicht der Politik ein klein wenig den Blick auf das Ganze zu richten, denn trotz der beschriebenen Probleme erlebe ich Drogenhilfe in Schleswig-Holstein als durchaus innovativ und lebendig:

- in nahezu allen Einrichtungen werden Qualitätsentwicklungs- und Qualitätssicherungssysteme diskutiert und entwickelt.
- Die Drogenhilfe beteiligt sich aktiv an der Etablierung und Entwicklung von Dokumentationssystemen, ja ein Programm wurde aus der täglichen Praxis heraus entwickelt.
- Von bundesweit 16 Arbeitsprojekten für Drogenabhängige der letzten EU-Förderperiode kamen 5 (!) aus Schleswig-Holstein.
- Träger haben den Zuwendungsgebern schon vor Jahren den Abschluss von Leistungsverträgen angeboten.

Abschließend gebe ich zu bedenken, Drogenhilfe in Schleswig-Holstein ist Gott sei Dank ein heterogenes Gebilde, dies ist nur die Meinung eines kleinen Trägers, es wird im Land auch durchaus konträre Positionen geben, daher bitte ich die Politik, das Gespräch vor Ort in den jeweiligen Einrichtungen, mit Mitarbeitern, aber auch und insbesondere den Betroffenen zu suchen, glauben sie mir, es lohnt sich!

Kiel, den 22.01.02

Andreas Dehnke

Geschäftsführer

- Cannabis diskussion ( " Sport + Bier " )
- § 31 a BtMG
- Förderrichtlinien / kommunale Beteiligungen /  
längfristige Vereinbarungen
- Case-Management



ERHARD REX

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Umdruck 15/1821

Der  
Generalstaatsanwalt  
des Landes  
Schleswig-Holstein

Schleswig, 11. Januar 2002

## ANHÖRUNG NEUE WEGE IN DER DROGENPOLITIK

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

Niedrigschwellige, schadensmindernde Drogenhilfe lässt sich in drei Bereiche einteilen:

- 1.1. Drogenhilfe am Ende einer Drogenkarriere (z. B. „Druckraum“, Originalstoffvergabe „Modellversuche Heroin“, Methadon/Entzugstherapie, Intensivbetreuung, Übernachtungsmöglichkeiten, Zurückstellung der Strafvollstreckung gem. § 35 BtMG bei Drogentherapie).

Soweit es um die Einrichtung von Drogenkonsumräumen geht, bedarf es gem. § 10 a BtMG einer Erlaubnis der obersten Landesbehörde sowie einer Rechtsverordnung der Landesregierung gem. § 10 a Abs. 2 BtMG. In dieser Rechtsverordnung müssten u. a. geregelt werden Mindeststandards für Sicherheit und Kontrolle sowie die Einzelheiten der Ausstattung (z. B. Notfallversorgung, medizinische Beratung, Vermittlung von weiterführenden und ausstiegsorientierten Angeboten der Beratung und Therapie! Verhinderung von BtM-Straftaten im Konsumraum, Zusammenarbeit mit der Polizei im Umfeld des Konsumraums, Altersbegrenzung für Benutzer usw.). Die Einrichtung eines Drogenkonsumraums wirft eine Vielzahl von Problemen auf (z. B. gefahrenabwehrrechtliche Maßnahmen, Bekämpfung des Drogenhandels um den Konsumraum, Drogenfürsorgemaßnahmen, Kontrollmaßnahmen usw.),

die gelöst werden müssen (vgl. die seinerzeitige Beurlaubung des Bielefelder Polizeipräsidenten sowie Ermittlungsverfahren gegen Bielefelder Drogenberater im Zusammenhang mit einem Drogenkonsumraum in Bielefeld).

Zu einem Modellversuch „Originalstoffvergabe“ erfolgt von hier aus eine Äußerung nicht, es handelt sich nicht um strafrechtliche Aspekte.

Niedrigschwellige, schadensmindernde Drogenhilfe für Angehörige von offenen Drogenszenen stehen in einem untrennbaren Zusammenhang mit drogenpolitischen Gesamtkonzepten betreffend offene Drogenszenen. Ein solches Gesamtkonzept umfasst eine Vielzahl von Drogenhilfsmaßnahmen wie auch von repressiven Reaktionen, z. B. Drogenkonsumraum, Spriztentauschprogramme, Drogenberatung in der offenen Szene durch Streetworker, Übernachtungsangebote „informeller Art“, „Therapiesofortkonzepte“, Klärung der Finanzierung von Methadontherapien, Entzugstherapien usw. sofort, Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten; als repressiven Teil Strafverfolgung der nicht süchtigen Straßenhändler, Untersuchungshaftmöglichkeiten, Abschiebemöglichkeiten, gefahrenabwehrrechtliche Maßnahmen, z. B. Platzverweis auch gegen Süchtige?, Platzverweise gegen Händler auf bestimmte Stadtteile bzw. das gesamte Stadtgebiet im Wiederholungsfall, Videoüberwachungsmaßnahmen?).

1.2 Bei der „normalen“ Drogenberatung ist meines Erachtens ein Standard von niedrigschwelliger schadensmindernder Drogenhilfe in Schleswig-Holstein erreicht, der lediglich noch punktuell verbessert werden kann.

1.3 Ausbau von Drogenfrühhilfe

Drogenhilfe und Drogenberatung hat sich in der Vergangenheit in der Praxis vorwiegend begriffen als Hilfe für verfestigt Abhängige. Nach meiner Kenntnis ist der weit überwiegende Teil der Klienten bereits in

einer verfestigten Drogensuchtsituation. Bislang waren alle Kräfte der Drogenhilfe, der Polizei, der Justiz darauf gebündelt, bei langjährigen BtM-Abhängigen Reaktionsmuster des Staates zu schaffen (Drogenhilfe, Methadontherapie, Heroinvergabemodell, Konsumraum, Strafverfolgung bei Beschaffungskriminalität usw.). Dagegen gibt es bislang keine Konzepte, zu Beginn einer Drogenkarriere Drogenhilfsmaßnahmen veranlassen zu können. Es macht aber keinen Sinn, zu Beginn einer Drogenkarriere z. B. die daraus resultierenden strafrechtlichen Ermittlungsverfahren „verwaltungsmäßig“ einzustellen und anschließend die Akten wegzulegen, wobei die Jugendlichen/jungen Erwachsenen einer Drogenkarriere überlassen bleiben, und zwar bis zu einem Zeitpunkt, zu dem sie durch Beschaffungskriminalität oder Verelendung so auffallen, dass nunmehr aufwendige Reaktionen von staatlicher Seite erfolgen. Es sollte daher versucht werden, alle personellen und finanziellen Ressourcen nicht nur am Ende einer verfestigten Drogenkarriere zu konzentrieren, sondern - mit noch verhältnismäßig geringem personellen und finanziellen Aufwand - zumindest in Einzelfällen Drogenkarrieren zu verhindern/zu beenden. Sowohl unter den Gesichtspunkten von Hilfeleistung, Zukunftschancen für Jugendliche, gesellschaftliche Solidarität als auch mit - kühlem - Blick auf gesamtgesellschaftliche Kosten bei verfestigter Drogenkarriere besteht nach meiner Ansicht Handlungsbedarf des Staates auch zu Beginn einer Drogenkarriere.

Hier sollten Drogenfrühhilfesysteme geschaffen werden, um Jugendlichen/jungen Erwachsenen Hilfsangebote zu vermitteln. Für den Bereich der Betäubungsmittelsucht bietet sich nämlich hier - durch die grundsätzliche Strafbarkeit des BtM-Besitzes/BtM-Handels - die Möglichkeit, im Gegensatz zu anderen Suchtformen - und den gleichen schweren Langzeitfolgen - über die strafprozessuale Tataufklärung durch Polizei und Justiz von einer beginnenden Drogenkarriere zu erfahren und Hilfsangebote zu veranlassen.

Ein Drogenfrühhilfekonzept ist von mir erarbeitet und liegt derzeit einer interministeriellen Arbeitsgruppe vor. Zu den Einzelheiten bitte ich, das hierfür zuständige Arbeits- und Sozialministerium zu befragen.

**2. Bisherige Erfahrungen mit § 31 a BtMG, Notwendigkeit eines weiteren Rückzugs des Strafrechts bei Drogenkonsumierenden.**

Die bisherigen Erfahrungen mit § 31 a BtMG und der darin vorgesehenen regelmäßigen Einstellungsmöglichkeit des Ermittlungsverfahrens sind in Schleswig-Holstein ohne Beanstandungen.

Ich halte es allerdings nicht für notwendig, einen weiteren Rückzug des Strafrechts in diesem Bereich vorzusehen.

Die Einstellungsmöglichkeiten gem. § 31 a BtMG sind durch Richtlinien in Schleswig-Holstein präzisiert. Danach stellt die Staatsanwaltschaft - auch in Wiederholungsfällen - das Ermittlungsverfahren ein bei (Anbau, Herstellung, Einfuhr, Ausfuhr, Durchfuhr, Erwerb, Verschaffen und Besitz) von

- Cannabisprodukten von nicht mehr als 30 g Bruttogewicht
- Kokain und Amphetamine von nicht mehr als 3 g Bruttogewicht
- Heroin von nicht mehr als 1 g Bruttogewicht.

Diese Einstellungsmöglichkeiten gelten auch für Konsumverhaltensweisen von Gefangenen im Strafvollzug.

Schleswig-Holstein hat nach einer Übersichtstabelle damit eine sehr liberale Einstellungsmöglichkeit im Vergleich zu den meisten anderen Bundesländern. Es erscheint nicht sinnvoll, die Einstellungsschere zwischen den verschiedenen Bundesländern noch weiter auseinander klaffen zu lassen. Es erscheint auch nicht sinnvoll, weitere - reaktionslose - Einstellungsmöglichkeiten zu schaffen, weil letztlich dadurch das Problem, nämlich die beginnende Drogensucht in keiner Weise behandelt wird. Vielmehr sollte der Staat einen Weg be

schreiten, Drogenhilfsmaßnahmen und Drogenberatung auch im Stadium einer beginnenden Drogensucht zu verankern. Die reaktionslose Einstellung des Ermittlungsverfahrens wäre hier eher kontraproduktiv. Bei höheren Drogenmengen ließe sich eher daran denken, Einstellungsmöglichkeiten gegen die Auflage von Drogenberatung/ambulanter Drogentherapie zu schaffen.

Erhard Rex

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'R' followed by a smaller 'X'.

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Umdruck 15/1819

Landeskriminalamt · Mühlenweg 166 · 24116 Kiel

Schleswig-Holsteinischer  
Landtag  
Sozialausschuss  
z. H. Frau Birgit Raddatz  
Postfach 71 21

Innenministerium  
des Landes  
Schleswig-Holstein

Landeskriminalamt

24171 Kiel

Ihr Zeichen / vom

Mein Zeichen / vom

Telefon (0431)  
160-

Datum

L 230

4230

24.01.2002/Re.

## Neue Wege in der Drogenpolitik, hier Anhörung am 28.01.2002

### Schreiben Sozialausschuss - L 214 - Frau Raddatz - vom 17.01.2002 sowie vorheriger Schriftverkehr

Aufgrund der übersandten Einladung zur Anhörung im Sozialausschuss übersende ich Ihnen im Vorwege sowie zum Zwecke der Nachbereitung den nachfolgenden Text des von Ihnen erbetenen Koreferats:

#### 1. Allgemeines

Aussagen darüber, ob es notwendig oder möglich ist, das Strafrecht zu Gunsten von Drogenkonsumenten weiter zu liberalisieren, sind politischer Natur und nicht von der Polizei zu treffen. Ich sehe es dagegen als meine Aufgabe an, Sie über das *neutrale* Fachwissen der Polizei zu informieren und Sie mit dieser Information in die Lage zu versetzen, Ihre politischen Entscheidungen zu formulieren. Ich werde Ihnen daher im Folgenden einen kurzen Überblick über die Rauschgiftprävention der Polizei in Schleswig-Holstein geben, den wesentlichen Teil meines Vortrages jedoch auf die Erfahrungen der Polizei in der Anwendung des § 31 a BtmG verwenden.

#### 2. Aufgaben der Polizei im Rahmen der RG-Prävention

Die Landespolizei Schleswig-Holstein betreibt keine „klassische“ Drogenprävention im Sinne von Erklärung von Suchtverhalten und Erziehung zur Suchtfreiheit. Dafür ist sie weder sachlich zuständig noch fachlich oder personell in der Lage. Statt dessen beschränkt sie sich darauf, Informationen über die Situation der Rauschgiftkriminalität und die Rolle der Polizei in der Strafverfolgung zu erläutern, meist in

Polizeizentrum Eichhof  
Mühlenweg 166  
24116 Kiel  
Telefon (0431) 1 60 - 0  
Telefax (0431) 1 60 50 29  
Telex 292 389 IMLZd  
E-Mail: lka.sh@t-online.de

Form von Vorträgen oder durch die Herausgabe von Berichten. Auf diese Weise unterstützt und ergänzt sie andere Institutionen in deren Präventionsarbeit. Ihre Darstellung ist inhaltlich auf die Substanzen beschränkt, die gesetzlich als Betäubungsmittel definiert sind. An der Prävention gegen den Missbrauch anderer Stoffe beteiligt sich die Polizei nicht, mit Ausnahme einiger Teilaspekte zum Thema „Alkohol im Straßenverkehr.“

Einen relativ neuen Weg, ihr Fachwissen in die Prävention einzubringen, geht die Polizei mit dem Programm „PIT“ - Prävention im Team. Der Kern dieses Projekts besteht darin, dass speziell geschulte Lehrer und Polizeibeamte *gemeinsam* im Unterricht für die Klassenstufen 6 bis 8 Projekte zur Kriminalitätsprävention bearbeiten. Zu den bislang entwickelten Bausteinen gehört auch das Thema „Sucht.“ Die Form der Zusammenarbeit zwischen Schulen und Polizei hat sich bewährt und wird weiter ausgebaut. Bis heute haben 210 Schulen in Schleswig-Holstein „PIT-Projekte“ durchgeführt. Jedoch beschränkt sich die Polizei auch hierbei darauf, die Situation der Rauschgiftkriminalität und ihre Rolle bei der Strafverfolgung darzustellen.

Ein Teil der polizeilichen Darstellung ist in eine Broschüre eingeflossen, die sich unter dem Titel „Sehnsucht“ an Erziehungspersonen wendet, um ihnen mit dem Untertitel „So schützen Sie Ihr Kind vor Drogen“ Unterstützung anzubieten.

Die Polizei hat nicht die Absicht, in der Zukunft eigene weitergehende Präventionsmaßnahmen im Bereich Drogenprävention zu ergreifen.

### **3. Anwendung des § 31 a BtmG**

Die Einführung des § 31 a verfolgt vorrangig zwei Gedanken: „Hilfe vor Strafe“ und Entlastung der Staatsanwaltschaften und Gerichte. Letzteres soll erfolgen, indem Verfahren gegen Konsumenten bereits durch die StA ohne Beteiligung eines Gerichtes eingestellt werden können.

Für die Polizei waren die Auswirkungen nur begrenzt - das Legalitätsprinzip zwingt uns trotz § 31 a BtmG nach wie vor dazu, zahlreiche Maßnahmen zu treffen: Wir müssen in jedem Fall Strafanzeigen fertigen, Beschuldigte und ihre mitgeführten Sachen, ggf. auch ihre Wohnungen, durchsuchen, verdächtige Substanzen und Konsumutensilien sicherstellen, sichergestellte Substanzen voruntersuchen, die Beschuldigten vernehmen, Berichte zu unseren Ermittlungshandlungen fertigen, im Einzelfall erkennungsdienstliche Behandlungen vornehmen, den Fall statistisch erfassen, die Informationssysteme der Polizei bestücken, Kriminalakten anlegen oder ergänzen und letztlich die Ermittlungsakte an die Staatsanwaltschaft übersenden.

Wir verzichten lediglich auf *weiterführende* Zeugenvernehmungen, kriminaltechnische Untersuchungen und andere Ermittlungen, soweit dem Beschuldigten nur ein Konsumverstoß vorzuwerfen ist.

**Der erhoffte Effekt, Kapazitäten für die Bekämpfung des Rauschgifthandels freizusetzen, ist bei der Polizei also nur bedingt eingetreten.**

Um ihn zu verstärken, hat das LKA SH in seinem „**Konzept zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität in Schleswig-Holstein**“ aus dem Jahr 1999 entsprechende Vorgaben gemacht: Mit Blick auf den § 31 a BtmG und die Landesrichtlinie ist darin festgelegt, dass die Polizei den Schwerpunkt ihrer Ermittlungen auf allen Ebenen auch weiterhin dort setzen soll, wo Rauschgift**händler** verfolgt werden können. Gegen Drogen**konsumenten** sollen nicht mehr aus eigener Initiative gezielte Ermittlungen ergriffen werden; Drogenkonsumenten sollen nur noch dann verfolgt werden, wenn „*sich im Rahmen von Überprüfungen oder Ermittlungen aus anderem Anlass Hinweise auf Verstöße gegen das BtmG ergeben oder aber polizeiliches Einschreiten aus Gründen der Gefahrenabwehr erforderlich ist. Das Legalitätsprinzip wird hierdurch nicht eingeschränkt.*“

Leider lässt das System unserer Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) keine Aussage darüber zu, ob diese Schwerpunktsetzung tatsächlich zu einer geringeren Anzahl von Verfahren gegen Konsumenten führt: Die PKS bildet Straftaten nach kriminologischen Gesichtspunkten und am Gesetz orientierten Vorgaben ab und nicht mit Blick auf eine zu erwartende justizielle Entscheidung. Auch liefert die PKS nur *Fallzahlen*, die keine Rückschlüsse darauf zulassen, wie sich der Arbeitsaufwand aufteilt zwischen der Bekämpfung schwerer Verstöße auf der einen und der Bearbeitung von Konsumentenverstößen auf der anderen Seite.

### **3.1 Spezielle Probleme im Umgang mit § 31 a BtmG**

#### **3.1.1 Keine einheitlichen Regelungen in Deutschland**

Die SH-Richtlinie legt als Höchstgrenze für den Eigenbedarf Rauschgiftmengen fest, die deutlich höher liegen als in anderen Bundesländern. Eine einheitliche Rechtsanwendung in ganz Deutschland gibt es damit nicht. Das kann gelegentlich zu Irritationen führen, wenn Konsumenten aus SH sich in gewohnter Weise in anderen Bundesländern bewegen, wo strengere Regelungen bestehen.

#### **3.1.2 Kaum veränderter Bearbeitungsaufwand**

Das Legalitätsprinzip zwingt die Polizei trotz ihrer anderslautenden Schwerpunktsetzung immer wieder dazu, gegen Konsumenten Verfahren einzuleiten und dann eine Reihe von Ermittlungsschritten zu ergreifen. Angesichts der zu erwartenden Einstellung der Verfahren fällt es der Polizei jedoch gelegentlich schwer, diesen Aufwand zu betreiben. Dem LKA ist kein Fall bekannt, in dem eine Staatsanwaltschaft in Schleswig-Holstein der Beurteilung der Polizei widersprochen hat, dass ein Sachverhalt nach § 31 a BtmG einzustellen sein wird.

Insofern muss der Polizei attestiert werden, dass sie sicher urteilt. Deshalb sollte geprüft werden, ob die StA nicht auch mit noch weniger Verfahrensunterlagen auskommt, damit letztlich der Bearbeitungsaufwand für die Polizei weiter reduziert werden kann.

### 3.1.3 *Fortbestand der Strafbarkeit*

Trotz des Bearbeitungsaufwandes ist der Polizei aber nicht daran gelegen, dass der Besitz auch geringer Mengen Rauschgift zum Eigenbedarf *gänzlich* straffrei wird: Die Polizei benötigt Rechtsgrundlagen, um gegen Konsumenten zur Strafverfolgung einschreiten zu können, um Hinweise zu erlangen, die zu Ermittlungen gegen Rauschgift*händler* führen. Wäre der Besitz von Konsummengen straflos, hätte die Polizei keine Rechtsgrundlagen mehr, Informationen zu erheben. Außerdem kann einem Rauschgift*händler* das strafverschärfende Tatbestandsmerkmal des Handels nur dann nachgewiesen werden, wenn seine Abnehmer als Zeugen und somit als Beweismittel zur Verfügung stehen. Dürfte die Polizei gegen diese Konsumenten nicht einschreiten, wäre die Beweisführung gegen Dealer erheblich erschwert, wenn nicht sogar unmöglich.

### 3.1.4 *Unterlaufen der Richtlinie durch Kleindealer*

Das LKA erhält von den Dienststellen vor Ort immer wieder Hinweise darauf, dass Dealer sich die vergleichsweise großzügigen Mengenbegrenzungen zu Nutze machen, indem sie nur solche Rauschgiftmengen mit sich führen, mit denen sie gerade noch als Konsumenten angesehen werden. Weil in diesen Fällen auf weiterführende Ermittlungen verzichtet wird, bleiben darüber hinausgehende Verdachtsmomente immer wieder einmal unbemerkt. Wären die geduldeten Mengen so gering wie in anderen Ländern, wären Dealer gezwungen, noch kleinere Rauschgiftmengen mitzuführen, und ihr Geschäft wäre sehr viel umständlicher und risikoreicher.

### 3.1.5 *Grenzmengen-Problematik*

Für das Strafmaß in einem Btm-Verfahren ist u. a. die Rauschgiftmenge von Bedeutung. Die Staffelung der Strafbarkeit sieht faktisch eine Dreiteilung vor in

- die quasi geduldete Bruttomenge gemäß § 31 a,
- die „normale“ Menge, die gemäß § 29 einen Vergehenstatbestand darstellt und
- die „nicht geringe“ Menge gemäß § 29 a, die einen Verbrechenstatbestand begründet, der mit mindestens einem Jahr Freiheitsstrafe bedroht ist.

Zwischen der geduldeten Menge und der Menge, die einen Verbrechenstatbestand begründet, muss naturgemäß ein erheblicher Abstand liegen. Die SH-Richtlinie zu § 31 a definiert jedoch Abstände, die je nach Stoffart unerklärlich voneinander abweichen:

Anhand des durchschnittlichen Wirkstoffgehalts, den das LKA bei seinen kriminaltechnischen Untersuchungen des sichergestellten Rauschgifts ermittelt hat, kann man einen Umrechnungsfaktor bilden, um das Verhältnis zu beschreiben zwischen *geduldeter* Menge und der Menge, die gesetzlich als „*nicht geringe Menge*“ definiert ist. Dabei ergibt sich Folgendes: Bei Cannabis beträgt der Umrechnungsfaktor etwa 5, für Amphetamin gilt ein Faktor von ca. 16, bei Heroin angesichts der durchschnittlich schlechten Qualität auf Konsumentenebene sogar 30 bis 40. Bei Kokain dagegen reicht bei guter Qualität schon ein Faktor von < 3, um den Verbrechenstatbestand zu erfüllen. Diese Unstimmigkeiten sollten ausgeglichen werden. Das LKA hat im Rahmen der Überarbeitung der Richtlinie im Jahr 1997 eine entsprechende Stellungnahme zur Grenzmengenproblematik für das Innenministerium erarbeitet.

### 3.1.6 *Bisher keine Regelung für Ecstasy-Konsummengen*

Für Ecstasy gibt es leider *immer noch keine* Regelung in der Richtlinie, obwohl der Anteil der Fälle mit Ecstasy in der PKS inzwischen mehr als doppelt so groß ist wie die Anzahl der Fälle mit Kokain oder mit Amphetamin. Das LKA hält es für erforderlich, die Richtlinie in diesem Punkt zu ergänzen. Ich bin der Auffassung, dass bis zu fünf Ecstasy-Tabletten als Eigenbedarf definiert werden sollten. Personen, die mehr Ecstasy besitzen, sind nach polizeilicher Erfahrung eher als Dealer anzusehen und nicht als Konsumenten, die sich für den Eigenbedarf bevorraten.

### 3.1.7 *Rechtstatsächliche Probleme bei Einrichtung von Konsumräumen*

Sollte es in Schleswig-Holstein zur Einrichtung von Konsumräumen kommen, wird sich ein Rechtsproblem faktisch auswirken: Als die Erlaubnis zum Betrieb von Konsumräumen in das BtmG eingefügt wurde, wurde der § 31 a dahingehend ergänzt, dass von der Verfolgung eines Drogenkonsumenten abgesehen werden soll, der mit geringen Mengen Rauschgift zum Eigenbedarf einen Konsumraum nutzt.

Dabei ist zu beachten: Der § 31 a hat ausschließlich die *Staatsanwaltschaft* zum Adressaten, nicht die Polizei! Die Polizei muss nach wie vor dem Legalitätsprinzip folgen - und wenn sie eine Person in den Konsumraum hineingehen sieht, muss sie einschreiten, denn sie kann unterstellen, dass diese Person Rauschgift bei sich führt; weshalb sollte sie sonst dorthin gehen? Schreitet ein Polizeibeamter in dieser Situation nicht ein, begeht er Strafvereitelung im Amt. Niemand - auch die Polizei selbst nicht - hält ein Einschreiten in dieser Situation für sinnvoll, aber das Gesetz ist eindeutig anders formuliert. Hier hat es der Gesetzgeber entgegen der Beratung durch die Polizei versäumt, eine Regelung zu finden, die

dem Konsumenten und der Polizei gleichermaßen dient. In der Begründung zum damaligen Gesetzentwurf heißt es weiter, dass der Schutz des Konsumenten auch schon auf dem Weg zum Konsumraum gelten soll - leider ist dieser Begriff derart schwammig, dass er in der Praxis schwierig auszulegen und uneinheitlich angewendet werden wird.

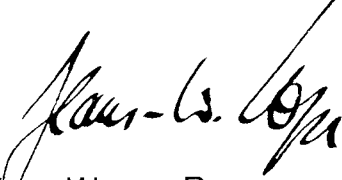
Deshalb wünscht sich das LKA hier eine klare Regelung, die einer praktischen Auswirkung gerecht wird.

#### 4. Fazit

Die Rolle der Polizei in der Suchtprävention ist darauf beschränkt, Informationen ausschließlich über die Situation der Rauschgiftkriminalität und die Aufgabe der Polizei in der Strafverfolgung darzustellen. Sie tut dies mit regelmäßigen Berichten und Vorträgen und widmet sich mit dem „PIT-Programm“ besonders der Kooperation mit Schulen, die weiter ausgebaut werden wird.

Der § 31 a hat sich aus Sicht des LKA bewährt, jedoch bedürfen die Richtlinien zur Umsetzung des § 31 a in SH der Überarbeitung:

- Der Bearbeitungsaufwand bei Kleinfällen sollte für die Polizei noch weiter reduziert werden.
- Die Mengengrenzungen sollten modifiziert werden: Das LKA plädiert für Senkungen bei Cannabis und Kokain, für eine Prüfung, ob bei Heroin nicht eine leichte Anhebung sinnvoll ist, und für die Aufnahme von Ecstasy in die Mengengrenzung.
- Die Rolle der Polizei im Zusammenhang mit Konsumräumen muss eindeutig geregelt werden.



Hans-Werner Rogge

Anlage: Übersicht „Grenzmenzen“

**„Grenzmengen“**  
i.S. der SH-Richtlinie zu § 31 a BtmG

<b>Cannabis</b>	<b>bis zu 30 g</b>
<b>Kokain</b>	<b>bis zu 3 g</b>
<b>Amphetamin</b>	<b>bis zu 3 g</b>
<b>Heroin</b>	<b>bis zu 1 g</b>

**Vorschlag LKA SH:**

**„Ecstasy“ bis zu 5 Tabletten**