

Hamburg, den 22.1.2013

An den
Sozialausschuss
Schleswig-Holsteinischer Landtag
Peter Eichstädt
Vorsitzender

Stellungnahme des
Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD)
(Dr. Heike Zurhold, Dr. Peter Degkwitz, Dr. Jens Kalke, Prof. Dr. Peter Raschke)

zum

Änderungsantrag der Fraktionen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, PIRATEN
und der Abgeordneten des SSW:

Drogenpolitik braucht Prävention und Innovation

Drucksache 18/ 157

Punkte 2., 3. Und 4.

**Zum Änderungsantrag Drucksache 18/ 157, Punkt 2.
Cannabisprodukte**

In den 16 Bundesländern existieren nach wie vor unterschiedliche
Verordnungen für das Absehen von der Strafverfolgung bei Cannabisdelikten
zum Eigenverbrauch (§ 31 a BtMG). Die Regelungen reichen von einer
Einzelfallprüfung, über 3 Konsumeinheiten bis hin zu 10 Gramm
Cannabisprodukte. Viele Bundesländer sehen in ihrer Richtlinie einen Wert von
„bis zu 6 Gramm“ vor.

Eine schon etwas ältere Untersuchung zeigt, dass es früher eine unterschiedliche
Anwendung des § 31 a BTMG in den Bundesländern gegeben hat (Schäfer & Paoli
2006). Nach Angaben der Drogenbeauftragten der Bundesregierung löste diese
Studie einen Angleichungsprozess aus, nach dem es zu einer im Wesentlichen
einheitlichen Rechtsanwendung in den Bundesländern gekommen ist (Drogen-
und Suchtbericht 2009). Wie sich die aktuelle Situation darstellt, kann nicht
beurteilt werden.

Eine Vereinheitlichung der Länderrichtlinien und ihrer Anwendung ist aus
wissenschaftlicher Sicht in jedem Fall zu begrüßen. Wie hoch aus präventiver
Sicht der Grenzwert liegen sollte, kann nicht gesagt. Denn es liegen keine
empirisch abgesicherten Erkenntnisse darüber vor, welche Auswirkungen
unterschiedliche Grenzwerte auf den Konsum von Cannabis haben (Prävalenzen,
Produkte etc.). Hierzu wären entsprechende Studien erforderlich.

Unabhängig von der aktuellen Diskussion um eine angemessene Höhe der
„geringen Menge“ halten wir die Durchführung von wissenschaftlichen
Modellversuchen zur kontrollierten Abgabe von Cannabisprodukten für
wünschenswert, um weitere empirische Erkenntnisse über die Trennung der

Drogenmärkte, präventive Auswirkungen und des Konsumentenschutzes zu erhalten.

Verwiesen sei hier auch auf das für Schleswig-Holstein erstellte Gutachten „Cannabis in Apotheken“ von Peter Raschke und Jens Kalke, das auch in publizierter Form vorliegt (Lambertus-Verlag 1997) und insbesondere das dort enthaltene Kapitel 5 „Zum Stand der Cannabisforschung“.

Zum Änderungsantrag Drucksache 18/ 157, Punkt 3. Drug-Checking

"Möglichkeiten und Effekte einer modellhaften Erprobung von sogenannten Drug-Checking-Angeboten mit wissenschaftlicher Begleitung an einem Standort in Schleswig-Holstein."

Das ISD begrüßt ausdrücklich die im Koalitionsvertrag festgehaltene Zielsetzung, ein Drug-Checking-Angebot in Schleswig Holstein modellhaft zu erproben. Wir verweisen hierbei auf die aktuell günstigen Bedingungen zur Realisierung, da ähnliche Initiativen zur Abklärung der rechtlichen Rahmenbedingungen und zur praktischen Umsetzung in verschiedenen Ländern/Regionen vorangetrieben werden. Am weitesten ist die Entwicklung in Berlin vorangeschritten – vgl. http://www.drugchecking.de/pdf/drugchecking_staedtetag_30_08_2011.pdf). Aus Sicht der Prävention und der Risikominderung ist das anvisierte Modellvorhaben zum Drug-Checking insbesondere aufgrund der ständigen Zunahme von neuen psychotrop wirkenden Substanzen (sog. Legal Highs oder Research Chemicals) der letzten Jahre vordringlich.

Ein solcher Modellversuch ist mit dem Wissenstand und den praktischen Erfahrungen in europäischen Nachbarländern begründet.

Bestehende Drug-Checking Angebote – d.h. die Möglichkeit des Testens illegal erworbener Substanzen – haben sich in Verbindung mit einer geeigneten Risikokommunikation für DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe als geeignet erwiesen, Vergiftungen, Überdosierungen und unerwünschte Effekte zu vermeiden. Drug-Checking bildet insofern einen pragmatischen und evidenzbasierten Ansatz zur Schadens- bzw. Risikominderung (Harm Reduction), der entsprechende, bereits bestehende Angebote ergänzen kann und sich mit diesen verbinden lässt.

Das zeigen die Erfahrungen der existierenden Drug-Checking Projekte in europäischen Nachbarländern (umfassende übergreifende wissenschaftliche Studien liegen bislang nicht vor):

Österreich/Wien – vgl. „checkit! – Kompetenzzentrum für Freizeitdrogen“

<http://www.checkyourdrugs.at/> (Verweis auf entsprechende Studien unter: <http://www.checkyourdrugs.at/uber-uns/projekte-studien/>)

Schweiz/Zürich/Bern – vgl. „safer-party“ – <http://www.saferparty.ch/worum-gehts.html> (Den Nachweis der Effekte führt eine die Studie <http://www.harmreductionjournal.com/content/8/1/16>)

Niederlande/Utrecht/Amsterdam – vgl. die zentrale Seite zum Pill-Testing-Programme: <http://www.adviesburodrugs.nl/> (hier ist die Funktion Monitoring – die direkten Kontakte zu den Partygängern sind weniger ausgebaut).

Wir sind jederzeit gern bereit, zu den aufgeworfenen Fragen im geeigneten Rahmen fachlich detaillierter Stellung zu nehmen sowie die Sondierung von praktischen Optionen zur Umsetzung zu unterstützen.

Zum Änderungsantrag Drucksache 18/ 157, Punkt 4. Drogenkonsumräume

Drogenkonsumräume – rechtliche Rahmenbedingungen, Funktion und Effektivität

1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Rechtsgrundlage für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Deutschland ist der § 10a BtMG. Die Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen gemäß § 10a BtMG wurde mit dem 3. Betäubungsmittel-Änderungsgesetz geschaffen, welches am 1. April 2000 in Kraft getreten ist.

Hiermit besteht ein bundeseinheitliches Rahmengesetz, das die Landesregierungen ermächtigt, nach Maßgabe des Absatzes 2 „durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis“ zu regeln. Hierbei müssen die zu erlassenden Länderverordnungen die bundeseinheitlich festgelegten 10 Mindeststandards einhalten, um die „Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen“ zu gewährleisten.

Die Einhaltung der Mindeststandards wurde von ZEUS GmbH (2002) bei den im Jahr 2002 bestehenden Konsumräumen geprüft. Die Evaluation hat gezeigt, dass die vorgeschriebenen Mindeststandards - mit wenigen Einschränkungen – eingehalten werden. In den folgenden 10 Jahren hat sich die Arbeit in den Drogenkonsumräumen weiter professionalisiert (DAH & Akzept e.V. (2011)). Ein von ZEUS GmbH vorgenommener Vergleich der Rechtsverordnungen der Länder ergab, dass die Länderverordnungen in zentralen Punkten ähnlich sind, in den Ausführungen zu den zugelassenen Personen jedoch voneinander abweichen. Die Rechtsverordnung des Landes Hamburg dient als hier als ein fortschrittliches Beispiel, da mit den Drogenkonsumräumen Kontakt zu schwer erreichbaren Konsumierenden aufgenommen werden soll und Substituierte nicht von dem Angebot ausgeschlossen werden (vgl. <http://www.konsumraum.de/dta/rechtsverordnung.html>).

2. Funktion von Drogenkonsumräumen

Neben Spritzenvergaben und der Substitutionsbehandlung sind Drogenkonsumräume ein weiterer zentraler Bestandteil von schadensminimierenden Drogenhilfeangeboten (DAH & AKZEP e.V. 2011; Schatz & Nougier 2012). Drogenkonsumräume dienen der Überlebenshilfe und tragen zur entscheidend Senkung der Mortalität unter Drogenkonsumierenden bei. Durch die niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Kontaktmöglichkeiten übernehmen Drogenkonsumräume eine Brückenfunktion in weiterführende Hilfsmaßnahmen. Neben ihrer gesundheitsfördernden haben Drogenkonsumräume eine ordnungspolitische Funktion, indem sie zur Reduzierung der öffentlichen Belastungen durch öffentlich sichtbaren Drogenkonsum beitragen.

Drogenkonsumräume sind ein hoch spezialisiertes Hilfeangebot, das sich an Personen mit einem riskanten Konsumverhalten und hohen gesundheitlichen Problemen richtet. Im Sinne einer integrierten Versorgung wird den Nutzern und Nutzerinnen zudem eine medizinische Grundversorgung, Beratung und die Weitervermittlung in intensivere Hilfsmaßnahmen angeboten.

3. Effektivität

Verschiedene Evaluationen und Reviews bestätigen, dass Drogenkonsumräume effektiv sind

- die Hygiene beim Drogenkonsum zu verbessern,
- das Risikoverhalten zu minimieren (Needle Sharing, Konsum in der Öffentlichkeit),
- Überdosierungen durch die ständige Überwachung der Konsumvorgänge zu verhindern,
- die Zahl der Drogentoten durch die sofort einsetzbare Notfallversorgung zu senken,
- die Einleitung von weiterführenden Hilfen zu fördern und
- die öffentliche Belästigung (Verunreinigung durch Spritzenutensilien etc.) zu verringern (Hedrich et al. 2010, ZEUS GmbH 2002; Schatz & Nougier 2012).

Insbesondere die Evidenz, dass Drogenkonsumräume einen zentralen Beitrag bei der Vermittlung in weiterführende Hilfen und der Senkung der Anzahl an Drogentoten leisten, rechtfertigt ihre Implementierung. Gegenwärtig existieren Drogenkonsumräume in der Schweiz, den Niederlanden, Deutschland, Spanien, Luxemburg, Norwegen, Dänemark, Australien und Kanada. In Deutschland gibt es mit Stand vom Juli 2011 insgesamt 25 Drogenkonsumräume in 16 Städten und sechs Bundesländern (Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland). Die Implementierung eines Drogenkonsumraumes in Schleswig-Holstein wäre ein weiterer Schritt in Richtung eines umfassenden und effektiven Drogenhilfeangebotes in Deutschland.

Referenzen:

DAH & Akzept e.V. (2011). Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraums. Berlin

Hedrich, D., Kerr, T., & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond, chapter 11. In: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (Hg.). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*.

Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>).

Schatz, E. & Nougier, M. (June 2012). Drug consumption rooms. Evidence and practice. IDPC Briefing Paper (http://www.drugsandalcohol.ie/17898/1/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms.pdf).

Zeus GmbH (2012). Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bochum