



## Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

DGS e.V. c/o ZIS / UKE Martinistr. 52 20246 Hamburg

### Vorstand

Prof. Dr. Markus Backmund (1. Vorsitzender)  
Dr. Christel Lüdecke (stellv. Vorsitzende)  
Prof. (apl.) Dr. Ulrich Preuß (stellv. Vorsitzender)  
Dr. Konrad Isernhagen  
Dr. Gabriele Jungbluth-Strube  
Hans-Günter Meyer-Thompson  
PD Dr. Tim Neumann  
Dr. Tobias Rüter  
Stephan Walcher

### DGS e.V.

c/o Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)  
der Universität Hamburg  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg  
Telefon: +49 40 741054221

Email: [info@dgsuchtmedizin.de](mailto:info@dgsuchtmedizin.de)  
Home: [www.dgsuchtmedizin.de](http://www.dgsuchtmedizin.de)

## Warum das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aus suchtmedizinischer Sicht auf den Prüfstand gehört

Zur Diskussion gestellt vom Vorstand der DGS – Deutsche Gesellschaft für  
Suchtmedizin

### Ein Gesetz aus einer anderen Zeit

Als 1971 das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verabschiedet wurde, waren Gesetzgeber und Experten der Meinung, mit dem Strafrecht könne man der aufkommenden „Drogenwelle“ Herr werden. Ein furchtbarer Irrtum: Im folgenden Jahrzehnt verhinderte eben dieses BtMG eine rasche und pragmatische Antwort auf die rasante Ausbreitung des AIDS-Virus unter den Heroinabhängigen, weil Substitution verboten war und das Prinzip der Schadensminderung in Deutschland offiziell nicht anerkannt war.

Zu dieser Zeit grenzte auch die Psychiatrie Suchtkranke und insbesondere Drogenabhängige weitgehend aus, selbst noch in der ersten Phase der Psychiatriereform; erst mit den Empfehlungen der Expertenkommission im Jahre 1988 wurde diese Fehlentwicklung als fatal erkannt und unter Bezugnahme auf die internationalen Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung, mit harm reduction orientierten Ansätzen und mit den Erfahrungen der AIDS-Hilfe Kurskorrekturen gefordert und schrittweise umgesetzt (u.a. Aufbau des Suchtausschusses der BDK, Stationen zur qualifizierten Entzugsbehandlung, Behandlungsangebote für psychiatrisch komorbide Drogenabhängige, chronisch mehrfach abhängige Patienten und aufsuchende Hilfen).

Vorstand:  
Prof. Dr. Markus Backmund  
Dr. Christel Lüdecke  
Prof. (apl.) Dr. Ulrich Preuß

Bankverbindung:  
DGS (vorm. DGDS) e.V.  
Commerzbank  
Konto: 450428800 BLZ: 500 800 00  
IBAN: DE 78 5008 0000 0450 428 800, BIC: DRESDEFFXXX

Steuer-Nr. 17/412/01859  
UST-IdNr. DE 114 103 514

Bereits während der Debatte um das BtMG Anfang der 1970er Jahre gab es Stimmen, die eine rein strafrechtliche Würdigung des Drogenproblems für wenig hilfreich hielten. Diese Befürchtungen bewahrheiteten sich: 1982 wurde deshalb der Abschnitt über „Therapie statt Strafe“ nachträglich in das Gesetz eingefügt. Eine Regelung allerdings, die Richter entscheiden lässt, ob der Aufenthalt in einer Therapieeinrichtung hilfreicher erscheint als der in einer Haftanstalt.

Auch die weiteren Änderungen und Anpassungen, 2014 aufgelistet von der Bundesregierung in der Bundestagsdrucksache 18/2937 (im folgenden in kursiv zitiert), sind der Entwicklung immer hinterhergelaufen und haben nur punktuell Abhilfe geschaffen, einige der Regelungen werden von Landesregierungen sogar boykottiert:

- *Die Einrichtung von Drogenkonsumräumen (§ 10a BtMG)*: Die bayerische Landesregierung verweigert beispielsweise der Stadt Nürnberg einen Konsumraum und nimmt die vergleichsweise hohe Zahl an Drogentoten dort in Kauf.
- *Die ärztliche Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige mit der Möglichkeit zu einer psychosozialen Betreuung (§ 13 BtMG i. V. m. § 5 BtMVV)*: Die seit Jahren bekannte unsichere Rechtslage für Substitutionsärzte führt geradewegs in eine Unterversorgung, Substitutionsärzte stehen weiterhin mit einem Bein im Gefängnis.
- *Die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung für Schwerstabhängige*: Nach Abschluss der wissenschaftlichen Untersuchung und Überführung der Behandlung mit Diamorphin (Heroin) in die Regelversorgung wurden gerade zwei neue Ambulanzen eröffnet, weil für die Patienten viel zu scharfe Zulassungsbedingungen gelten und weil die gesetzlichen Auflagen mit den daraus entstehenden Kosten selbst bereitwillige Kommunen und potentielle Träger vor der Einrichtung von Ambulanzen und Schwerpunktpraxen zurückschrecken lassen.
- *Die ausdrückliche Möglichkeit der Vergabe von Einmalspritzen und öffentlichen Informationen hierüber (§ 29 Absatz 1 Satz 2 BtMG)*: Diese Regelung gilt allerdings nicht für Haftanstalten, wo die höchsten Risiken für die Übertragung von HIV und Hepatitis bestehen.
- *Das Prinzip der Hilfe statt Strafe (Absehen von der Verfolgung, § 31a BtMG)*: seit 1994 haben Bund und Länder es nicht geschafft, den Auftrag des Bundesverfassungsgerichts umzusetzen, einheitliche Obergrenzen des Besitzes von Cannabis festzulegen, bis zu denen Verfahren eingestellt werden können.
- *Verschiedene Frühinterventionsmodelle (§§ 31a und 37 BtMG)*: Zu nennen ist insbesondere das Frühinterventionsmodell FreD, das zu Drogenberatung anstelle von Strafe verhelfen soll. Jedoch sind viele Voraussetzungen misslich:
  1. Das Modell gilt nur bei geringen Cannabismengen. Es ist nicht einzusehen, weshalb ein Konsument mit 6 Gramm Cannabis der Beratung bedarf, der mit 9 oder 11 Gramm erwischte Konsument angeblich Strafe statt Beratung oder Behandlung bedarf.
  2. Was eine geringe Cannabismenge bedeutet, wird in den Bundesländern unterschiedlich definiert.
  3. Das Modell heißt FreD, weil es nur für erstauffällige Drogenkonsumenten gilt (**F**rüh**i**ntervention bei **e**rst**a**uffälligen **D**rogen**k**onsumenten). Nur benötigen gerade Wiederholungs-Konsumenten und Dauerkonsumenten erst recht eine Beratung oder Behandlung.
  4. Es gibt Bundesländer, in denen FreD häufig, wenig oder gar nicht angewandt wird.

Und der § 37 BtMG wird überhaupt selten angewandt.

- *Das Prinzip der Therapie statt Strafe (Zurückstellen der Strafvollstreckung für betäubungsmittelabhängige Straftäter, §§ 35 ff. BtMG):* Die Zahl der „35er-Urteile“ nimmt seit Jahren kontinuierlich ab, weil mit Zulassung der Substitutionsbehandlung die Beschaffungskriminalität rapide abgenommen hat. Stattdessen steigen die Verurteilungen nach §64 StGB, d.h. Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrisch-drogentherapeutischen Einrichtung - mit der Begleiterscheinung, dass nur in wenigen geschlossenen forensischen Abteilungen Substitutionsbehandlung angeboten werden.

Das generalpräventive Ziel des BtMG, den Missbrauch von Betäubungsmitteln sowie das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen, ist verfehlt worden. Seit 1971 haben der BtM-Konsum und die BtM-Abhängigkeit in damals unvorstellbarer Weise zugenommen und besonders in der Gruppe der Heroinabhängigen zu dramatischen Gesundheitsrisiken geführt. Das BtMG hat nicht nur sein Ziel verfehlt, sondern verhindert weiterhin sogar schadensbegrenzende Maßnahmen.

Das BtMG war von Anfang an eine Fehlkonstruktion und auch die Anpassungen seit 1971 haben es nur punktuell verbessert: Keine der seitdem aufgetretenen „Drogenwellen“ ist durch das Gesetz ernsthaft beeinflusst worden. Strafandrohungen haben zu verschiedenen Zeiten Konsumenten nicht in nennenswertem Umfang davor zurückschrecken lassen, Cannabis, Ecstasy, Heroin, Kokain/Crack und aktuell Methamphetamin (Crystal) zu nehmen. Das BtMG in seiner jetzigen Fassung trifft in allererster Linie die Konsumenten und bereitet den Boden für ein brutales, milliarden schweres, kriminelles Geschäft mit internationalen Verflechtungen, teilweise auch zu terroristischen Gruppierungen.

Strafandrohungen haben aber nicht nur in der Gruppe der Heroinabhängigen Schaden angerichtet. Strafandrohungen und allgemein das repressive Element stehen nach wie vor im Verhältnis zu den drei anderen Säulen einer modernen Drogenpolitik: Prävention, Schadensminderung („harm reduction“) und Therapie zu sehr im Vordergrund; und ein Großteil der Ressourcen im Umgang mit der Sucht werden durch Kosten bei Polizei, Justiz und im Strafvollzug verbraucht.

Diese Gewichtung steht den Zielen einer modernen public-health-Politik entgegen und drängt Konsumenten, die sich schlimmstenfalls nur selbst schädigen, in die Illegalität, was sie für Vorbeugung, Schadensbegrenzung und Therapie schlecht erreichbar macht.

Fast die Hälfte der deutschen Strafrechtsprofessoren und der langjährige Kommentator des BtMG sprechen sich für eine Überprüfung des Gesetzes aus und auch aus den Reihen der Polizei werden seit langem Zweifel an der Sinnhaftigkeit der bestehenden Regelungen geäußert.

Das bestehende Betäubungsmittelrecht hat die Entwicklungen in der Suchtmedizin und -therapie nicht oder nicht ausreichend aufgenommen und stellt sich als hinderlich und problemverschärfend dar.

Es ist deshalb auch aus suchtmmedizinischer Sicht dringend geboten, das BtMG gründlich zu überprüfen.

### **1. Schadensminderung ernst nehmen**

Seit Inkrafttreten des BtMG 1971 wurde die Drogenpolitik um das Prinzip der Schadensminderung erweitert: Bis in die 1990er Jahre galt der Leitsatz, Süchtige so weit fallen zu lassen, bis ihr „Leidensdruck“ sie zur Umkehr bekehrt. Selbst die Abgabe von Spritzen und Nadeln an Heroinabhängige galt lange als strafbewehrte Förderung des Rauschgiftkonsums.

Schadensminderung wird von der WHO empfohlen für den Umgang mit legalen wie illegalen Substanzen: Plastikbecher statt Bierflaschen in Fußballstadien sind ein Beispiel dafür, Grenzwerte bei Tabakprodukten ein anderes, Regeln zum Höchsteinsatz an Spielautomaten ein drittes. Der Gesetzgeber in Deutschland verweigert jedoch bei illegalen Substanzen überfällige Schritte mit dem Hinweis, das sei nach dem BtMG nicht erlaubt: drug-checking beispielsweise oder auch Pilotprojekte zur kontrollierten Abgabe von Cannabis.

### **2. Das Abstinenzdogma ist gefallen**

Von einer weiteren „ewigen Wahrheit“ hat sich die Suchtmedizin bereits vor über 20 Jahren verabschiedet: Die dauerhafte Abstinenz von Suchtmitteln als einzig relevantes und alle anderen Belange nachordnendes Behandlungsziel ist einer wesentlich differenzierteren und realitätsorientierten Zielhierarchie gewichen. In der Folge haben sich individualisierte Therapien wie „kontrolliertes Trinken“ und Substitutionsbehandlung etabliert. In dieser Zielhierarchie steht die stabile Abstinenz heute nach der Sicherung des möglichst gesunden Überlebens, der Reduzierung des Konsums und der Verlängerung abstinenter Perioden nicht mehr an erster Stelle.

Das Abstinenzdogma war die suchtmmedizinisch-wissenschaftliche Grundlage für die kompromisslose Ausrichtung des Gesetzes – deshalb ist der Gesetzgeber gut beraten, das BtMG zu überprüfen.

### **3. Das BtMG erschwert Prävention, Schadensminderung und Therapie**

Drogenkonsumenten sind vor dem Gesetz immer Kriminelle, weil zwar der Konsum straffrei ist, hingegen Erwerb und Besitz verboten sind. Dieses Stigma erschwert ihnen den Zugang zum Drogenhilfesystem.

Lebensrettende Behandlungen wiederum erreichen Drogenkonsumenten häufig zu spät: Ihr illegaler Status verhindert bei Überdosierungen/Vergiftungen nicht selten, dass Mitkonsumenten umgehend medizinische Hilfe anfordern, da sie polizeiliche Ermittlungen fürchten.

Die Schweiz, die Niederlande und auch Portugal haben nachgewiesen, dass mit einer Entkriminalisierung Begleit- und Folgekrankheiten zurückgehen und insgesamt der Konsum nicht zunimmt.

### **4. Bei Neuen Psychoaktiven Substanzen kennt das BtMG nur Verbote**

„Neue Psychoaktive Substanzen“ mit unbekannter Wirkung stellen Notfallmedizin und Drogenhilfe vor neue Probleme. Es ist richtig, diese Substanzen in die Verbotslisten des BtMG aufzunehmen. Zusätzlich muss „drug-checking“ gesetzlich abgesichert werden, um extrem gefährliche Stoffe frühzeitig erkennen zu können. Drogen straffrei auf ihre Zusammensetzung überprüfen lassen zu können, hat sich in

Österreich, in der Schweiz und in den Niederlanden bewährt und den Konsum letztlich nicht gefördert.

### **5. Das BtMG erzeugt vermeidbare Kosten**

Die Strafverfolgung von Konsumenten illegaler Substanzen bindet personelle und finanzielle Ressourcen bei Polizei und Justiz selbst bei der Einstellung von Verfahren, da jeder einzelne Fall erst einmal durchermittelt werden muss.

Auch aus medizinischer Sicht bewirkt das BtMG vermeidbare Kosten: beispielsweise durch drogenassoziierte Begleitkrankheiten wie AIDS und Hepatitis oder auch durch Vergiftungen und Überdosierungen.

### **6. Sonderfall Cannabis als Medizin**

Das BtMG hat die Erforschung medizinischer Eigenschaften des Hanfs mehrere Jahrzehnte lang behindert. Das Spektrum der Indikationen wird aber aktuell immer interessanter. Ein wachsender Kreis von Menschen, die nicht zu den herkömmlichen hedonistischen Cannabiskonsumenten zählen, erlebt diese Substanz als hilfreich, beispielsweise bei der Linderung von Schmerzen. Das BtMG trägt dieser Entwicklung nicht in gebotenem Umfang Rechnung und erklärt potentielle Patienten zu Kriminellen.

### **7. Der §29 im BtMG macht aus Ärzten Dealer**

Aus suchtmedizinischer Sicht muss im BtMG der Paragraph 29 geändert werden, der substituierende Ärzte bedroht, sie bei Mitgabe von Medikamenten wie Dealer zu verfolgen. Und die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), gehört aus medizinischen, rechtlichen und drogenpolitischen Gründen gründlich reformiert, da die aktuelle Version die Substitutionsbehandlung behindert und Ärzte davon abhält, Opioidabhängige zu behandeln.

Für den Vorstand der DGS:

Prof. Dr. Markus Backmund (München)

Hans-Günter Meyer-Thompson (Hamburg)

15.02.2015