

DROGENPOLITISCHES MEMORANDUM

Die Drogenpolitik in Deutschland braucht eine neue Logik – Forderungen zu einem drogenpolitischen Neubeginn

Inhaltsübersicht

1 Ausgangspunkt der Neuorientierung: ein substanzübergreifendes Verständnis von Drogengebrauch, -mißbrauch und -abhängigkeit	2
2 Falsche Antworten der herrschenden Drogenpolitik: Repression, Kriminalisierung und Pathologisierung	3
2.1 Kritik des Drei- und Vier-Säulen-Modells	4
3 Drogenmündigkeit als Ziel einer konsistenten Drogenpolitik im Kontext umfassender Gesundheitsförderung	5
3.1 Forschungspolitik	5
4 Hinwendung zur Subsidiarität im Drogenbereich durch konsequentes Durchsetzen des Prinzips „Selbstbefähigung/-organisation vor Fremdbestimmung und Fremdhilfe“	6
4.1 Schaffung von Rahmenbedingungen, um jedem Mitglied der Gesellschaft die Entwicklung individueller Drogenkompetenz zu ermöglichen	7
4.2 Förderung selbstorganisierter Unterstützung und Hilfe als elementares Element einer kulturellen Integration sozial bisher nicht gekannter Drogen und als wesentlicher gesundheitspolitischer Bestandteil des Drogenhilfesystems	8
4.3 Konsequente Durchsetzung der Akzeptanz von Lebensweisen durch den Aufbau und die Weiterentwicklung niedrigschwelliger psychosozialer Angebote	9
4.4 Normalisierung der medizinischen und psychosozialen Behandlung von DrogenkonsumentInnen	10
4.5 Erhaltung des Solidarprinzips in der Versorgung Drogenabhängiger	12
4.6 Repression: Haft/Justiz („harm-reduction“)	12
5 Schnelle außenpolitische Neuordnung der deutschen Drogenpolitik	14
6 Résumé	15
7 Anmerkungen	16

Präambel

Trotz einer Reihe erfolgreicher präventiver und therapeutischer Bemühungen, die den politisch Verantwortlichen in den letzten Jahren von SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen und nicht zuletzt von der Drogenselbsthilfe abgerungen wurden, ist zugleich eine Vielzahl von Chancen vertan worden, drogenpolitische Fehlentwicklungen zu korrigieren, Innovationen zu fördern und neue praktische Ansätze schnell und unbürokratisch umzusetzen. Als DrogengebraucherInnen, Eltern und Angehörige von DrogenkonsumentInnen, als ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen, AIDS-Hilfe-BeraterInnen, WissenschaftlerInnen und JuristInnen sind wir durch unsere Berufs- und Lebenspraxis täglich mit den Widersprüchen und Haltlosigkeiten des gegenwärtigen drogenpolitischen Vorgehens konfrontiert: Verursacht durch gesellschaftliche Ächtung und Kriminalisierung finden sich derzeit besonders sozial schwächere DrogenkonsumentInnen oft in Lebenssituationen wieder, die von Ausgrenzung, Armut, Obdachlosigkeit, einem katastrophalen Gesundheitszustand und hoher Sterblichkeit geprägt sind.

Vor diesem Hintergrund fordern wir

- Wir fordern deshalb eine grundsätzliche Neuorientierung in der bundesdeutschen Drogenpolitik mit dem erklärten Ziel, in der Fach- wie der allgemeinen öffentlichen Diskussion das drogenpolitische Verständnis von Prävention und helfender Intervention konsequent weiterzuentwickeln. Prävention, Begleitung, Therapie und psychosoziale Unterstützung müssen Vorrang vor repressiven und ordnungspolitischen Maßnahmen haben.
- Zum vielfältigen Regelungs- und Handlungsbedarf haben wir Forderungen formuliert, deren jeweilige Umsetzung zur Meßlatte politischer Glaubwürdigkeit von Legislative und Exekutive auf Bundes- und Länderebene wird.

1 Ausgangspunkt der Neuorientierung: ein substanzübergreifendes Verständnis von Drogengebrauch, -mißbrauch und -abhängigkeit

Nach neuesten repräsentativen Erhebungen gibt es in der Bundesrepublik Deutschland 17,7 Millionen RaucherInnen im berufsfähigen Alter (= 36,2% der 18- bis 59jährigen); über 40% von diesen rauchen mehr als 20 Zigaretten täglich (Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Jahrbuch gegen die Suchtgefahren 1996, S.75ff.). Über 6,5 Millionen Erwachsene im berufsfähigen Alter (= 13,3%) konsumieren in Deutschland mißbräuchlich Alkohol, rund 2,5 Millionen der Gesamtbevölkerung (= 3,1%) sind, die Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde gelegt, behandlungsbedürftig (ebenda, S. 31ff.). Nahezu eine Million Menschen sind als medikamentenabhängig zu klassifizieren (ebenda).

Diesen epidemiologischen Eckdaten zum Konsum legalisierter Drogen stehen jene zum Gebrauch illegalisierter Drogen gegenüber: In den letzten zwölf Monaten des Jahres 1995 konsumierten in Ostdeutschland nur 1,9%, in Westdeutschland rund 5,4% der berufsfähigen Bevölkerung illegalisierte Drogen (Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Jahrbuch Sucht 1997, S. 97ff.). Bei letzteren handelt es sich mehrheitlich um Haschisch/Marihuana. Die Zahl der OpiatkonsumentInnen – vor allem der von Heroin – liegt mit rund 225.000 bis 275.000 – Personen deutlich niedriger (ebenda, S. 65). Wie viele Menschen in Deutschland Kokain und/oder Amphetamine nehmen, ist weitgehend unbekannt.

Die Fakten machen nachvollziehbar: Die illegalisierten Substanzen spielen epidemiologisch nicht jene Rolle, die ihnen in den Medien und der politischen Öffentlichkeit so gerne eingeräumt wird. Evident wird vielmehr eine unangemessene öffentliche Skandalisierung, mit der der Konsum illegalisierter Drogen als "Drogensonderwirkung" inszeniert wird. Damit einher geht eine undifferenzierte Präsentation aller illegalisierter KonsumentInnen als „süchtig“, obwohl deren Mehrzahl diese Drogen durchaus reflektiert und weitgehend kontrolliert gebraucht – oder sie mangels legaler Verfügbarkeit in Selbstmedikation therapeutisch anwendet (z.B. im Fall von Cannabis).

Die Lebenspraxis von DrogenkonsumentInnen wie auch die Erfahrungen aus unserer Arbeit als BeraterInnen, TherapeutInnen und Behandelnde unterstreicht, daß die widersprüchlichen Problem- und Bedürfnislagen der KonsumentInnen illegalisierter Drogen gesellschaftlich zu akzeptieren sind: Wer Drogen konsumiert, ist nicht zwangsläufig „süchtig“, nicht jeder Gebrauch von Drogen führt „automatisch“ in die Abhängigkeit. Die Vorstellung, Drogen und Selbstkontrolle seien miteinander unvereinbar, gehört der Vergangenheit an. Die Grundannahme des Gesetzgebers, jeder Konsum psychoaktiver Substanzen sei ein Mißbrauch, trifft nicht zu. Anzuerkennen ist vielmehr, daß es auch den reflektierten, kontrollierten, nicht selbst- und fremdgefährdenden Konsum

bisher illegalisierter psychoaktiver Substanzen gibt, der sich schlicht als Drogengebrauch darstellt. Diese Tatsache ist auch gesetzlich zu berücksichtigen.

Nicht übersehen werden darf jedoch, daß der dauerhafte exzessive Konsum psychoaktiver Substanzen, unabhängig von deren rechtlichem Status, zum Risiko für das somatische, psychische und soziale Wohlbefinden der Menschen werden kann. Physische und psychische Abhängigkeit von Drogen kann das Leben von DrogenkonsumentInnen und deren sozialen Umfelds sehr komplex und zerstörerisch beeinträchtigen.

Prohibition hält indes eine solche Entwicklung in der Regel nicht auf, sondern schafft nur zusätzliche Risiken. Zu diesen gehören hohe Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei den KonsumentInnen bestimmter illegalisierter Drogen, gesundheitliche Schädigungen wie Spritzabszesse, HIV- und Hepatitisinfektionen, schwarzmarktbedingte polyvalente Konsummuster, ein hoher Grad sozialer Desintegration in Form von Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Aufenthalt in Haft und Psychiatrie sowie Deprivation. Oft sind diese „Nebenwirkungen“ ausschließlich auf Strafverfolgung zurückzuführen.

2 Falsche Antworten der herrschenden Drogenpolitik: Repression, Kriminalisierung und Pathologisierung

Die jahrelange Fokussierung der bundesdeutschen Drogenpolitik auf repressive Maßnahmen zur Bekämpfung von Drogenangebot und -nachfrage, wie sie im nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan festgeschrieben wurde, führte zu einer Vielzahl von Fehlentscheidungen und -entwicklungen in den Bereichen Prävention, Hilfe und Unterstützung, Therapie und medizinische Behandlung. Die Art und Weise, wie das hierzulande festgeschriebene Abstinenzparadigma gegenwärtig drogenpolitisch umgesetzt wird, fördert zugleich eine gesellschaftliche Atmosphäre prinzipieller Ablehnung von Drogenkonsum und bestärkt irrationale Bedürfnisse nach harter Bestrafung nicht nur der DealerInnen, sondern auch der DrogenkonsumentInnen. Damit ist die deutsche Drogenpolitik verantwortlich für ein Klima der Intoleranz, in dem Feindbilder und soziale Ächtung ebenso gedeihen wie Vorurteile, Diskriminierung und Ausgrenzung, in dem im übrigen kaum pragmatische Lösungswege für Drogenprobleme gefunden werden können.

Vor diesem Hintergrund wird nicht nur die Entwicklung eines kontrollierten, genußorientierten und souveränen Drogengebrauchs für jene erschwert, die nicht auf den Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen verzichten wollen. Da Repression durchgängig auch die gesundheits- und sozialpolitischen Aspekte der gegenwärtigen Drogenpolitik dominiert, werden drogenkonsumierende Menschen zusätzlich mit den Folgen dieser verfehlten Politik konfrontiert. Schließlich wird auch die alltägliche praktische Bewältigung von Drogen- und AIDS-Problemen durch unnötige Barrieren behindert.

Die Erfahrungen der vergangenen 25 Jahre belegen: Mit repressiver Drogenpolitik und deren Fixierung auf das Strafrecht gelingt es nicht, den Konsum psychoaktiver Substanzen in der Gesellschaft zurückzudrängen. Die gegenwärtige Praxis zeigt vielmehr, daß der Umgang der Menschen mit psychoaktiven Substanzen durch gesetzliche Verbote und Strafandrohungen nicht gesteuert oder unterbunden werden kann; letztere schaffen sogar zusätzliche Anreize – eben den sprichwörtlichen „Reiz des Verbotenen“. Steigende oder gleichbleibend hohe Prävalenzraten des Drogenkonsums sind die unübersehbare Bankrotterklärung einer auf Strafrecht gestützten Abschreckungsstrategie. Der „generalpräventive“ Zweck des Strafrechts läuft völlig ins Leere. Trotz Verbots kommt es täglich zigtausendfach zum Normbruch, der öffentlich allzu oft mit vermeintlich pathologischem Verhalten sogenannter Randgruppen in Verbindung gebracht wird. Tatsächlich aber wird illegalisierter Drogengebrauch, etwa was Cannabis oder Ecstasy betrifft, mehrheitlich längst von gesellschaftlich integrierten – um nicht zu sagen: bürgerlichen – Gruppen praktiziert und dementsprechend billigend in Kauf genommen.

Prohibitionsmaßnahmen geben dem Drogenangebot lediglich seine besondere Spezifik: Sie produzieren einen illegalisierten Schwarzmarkt mit willkürlicher Preisbildung, der Kontrollen hinsichtlich der Zusammensetzung und Qualität der Substanzen erschwert, das Entstehen krimineller Handelsstrukturen fördert und die KonsumentInnen in unsichere, diskontinuierliche Versorgungslagen verweist. Hohe Schwarzmarktpreise nötigen Abhängige zugleich zu Beschaffungskriminalität und -prostitution.

Die bisherigen und die gegenwärtig diskutierten Maßnahmen zur Bekämpfung der sogenannten organisierten Kriminalität („Geldwäscheparagraph“, „kleiner“ und „großer Lauschangriff“ bis in die Intimsphäre hinein, Erweiterung der Möglichkeiten verdeckter ErmittlerInnen usw.) haben den Umfang des illegalisierten Handels mit Opiaten, Kokain, Cannabis und Stimulanzien nicht wesentlich beeinflusst. Vielmehr gibt der Staat mit der Prohibition Möglichkeiten aus der Hand, seinen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Verpflichtungen zum

Schutz seiner BürgerInnen durch steuernde und regulierende Mechanismen nachzukommen (z.B. Preisgestaltung, Lizenzierung, Produkt- und Qualitätskontrollen, Verkaufsbeschränkungen, Produzentenhaftung, Werbebeschränkungen u.ä.). Deutlich wird, daß die Prohibition Drogenprobleme verschärft und bei der Bewältigung von Sucht- und Drogenproblemen kontraproduktiv ist.

Daneben erfüllt das Betäubungsmittelgesetz die Rolle eines Wegbereiters und Schrittmachers in eine veränderte Strafrechtsdogmatik: Bislang galt die verfassungsrechtlich fundierte Funktion des Strafrechts, nach der eine Kriminalstrafe nur als letzte in Betracht kommende Sanktion verhängt werden darf. Mittlerweile belegen jedoch vielfältige Beispiele, daß durch das Betäubungsmittelgesetz eine Vorverlagerung von Straftatbeständen erfolgt, durch die der Grundsatz der tatbezogenen Deliktahndung längst zugunsten eines dem Polizei- und Ordnungsrecht immer ähnlicher werdenden Präventions- und Risikovorbeugungsstrafrecht aufgegeben wurde. Vorverlagerte Straftatbestände werden heute überall dort flankierend herangezogen, wo ordnungs- oder gewerberechtliche Vorschriften nicht ergiebig genug erscheinen. Exemplarisch genannt seien hierfür die neueingeführte Strafbarkeit des Umgangs mit Cannabissamen sowie die inflationäre Ausweitung der Strafdrohung für den Umgang mit chemischen Grundsubstanzen, die sich zur Herstellung von Ecstasyprodukten eignen.

Im Zuge der Europäisierung droht die Übertragung dieser Politikmuster auch auf die Ebene der Drogenpolitik der Europäischen Union.

2.1 Kritik des Drei- und Vier-Säulen-Modells

Im Unterschied zur Orientierung Deutschlands an den drei „Säulen der Drogenpolitik“ (Prävention, Repression und Therapie) wird beispielsweise in der Schweiz zusätzlich als viertes Politikelement die „Überlebenshilfe“ weithin praktiziert und kontinuierlich weiterentwickelt. In diesem Bereich der Drogenhilfe wird für besonders verarmte und gesundheitlich gefährdete Menschen ein Leben mit Drogen akzeptiert. Unter dem Gesichtspunkt von „harm reduction“ bietet das niedrigschwellige, akzeptierend arbeitende Hilfesystem eine Vielzahl unterschiedlicher Überlebenshilfen für sogenannte Schwerstabhängige an, die vom Konsumraum bis zur kontrollierten Originalstoffvergabe reichen. „Harm reduction“-Ansätze greifen die gegenwärtig politisch erzeugte Tatsache auf, daß aufgrund polizeilicher Verfolgung und Strategien der Szenezerschlagung Hilfsangebote von KonsumentInnen nicht in Anspruch genommen werden können, die dringend akuter (Über)Lebenshilfe bedürfen. Niedrigschwellige, akzeptierend arbeitende Angebote stellen bereits unter Beweis, daß drogenbezogene Probleme durch die Anstrengung des einzelnen und – oft – unter Zuhilfenahme langfristiger professioneller Unterstützung und medizinischer Behandlung bewältigt werden können. Daher bedarf es eines professionellen, ausdifferenzierten

Hilfesystems, das als elementarer Bestandteil des Grundrechts und des solidarischen Anspruchs auf angemessene gesundheitserhaltende, -fördernde und -wiederherstellende Hilfe der Gesellschaft zu sichern und weiterzuentwickeln ist.

Dennoch darf nicht übersehen werden, daß die derzeitigen Angebote der Überlebenshilfe aus der „Elendsverwaltung“ nicht herausführen. Dies wird beispielsweise daran erkennbar, daß die Angebote der Überlebenshilfe in der Schweiz wie auch auf kommunaler Ebene in Deutschland in der Regel mit Repressionsmaßnahmen verknüpft und von diesen durchzogen sind. So ist die Einrichtung von Druckräumen fast immer mit Polizeiaktionen zur Zerschlagung der offenen Drogenszene verbunden. Geregelter Konsumangebote stehen faktisch unter einem Interpretationsvorbehalt der örtlichen Strafverfolgungsbehörden und sind, wenn überhaupt, nur als „Sonderwirklichkeit“ im Rahmen des Hilfesystems für sogenannte Schwerstabhängige rechtlich abgesichert.

Unübersehbar gehorcht die Ergänzung der traditionellen Drogenpolitik durch Überlebenshilfe in der Regel ordnungspolitischen Gesichtspunkten zur Kriminalitätsbekämpfung, Säuberung einzelner Stadtteile oder zur Befriedung der AnwohnerInnen. Das bloße Hinzufügen akzeptierender Ansätze zur überwiegend repressiven und prohibitiven Drogenpolitik führt – abgesehen von der ordnungspolitischen Engführung – zugleich zu deren insgesamt Inkonsistenz. Geht man von den vier drogenpolitischen Säulen (Prävention, Repression, Therapie und Überlebenshilfe) aus, so muß im Rahmen einer veränderten Drogenpolitik das gegenwärtig dominierende Element „Repression“, das mehr oder weniger deutlich auch die Ansätze von Prävention, Therapie und Überlebenshilfe prägt, zugunsten akzeptierender Angebote und wirksamer Prävention deutlich eingeschränkt und längerfristig gänzlich abgeschafft werden. Das Strafrecht ist kein Instrument, um den Umgang mit Drogen zu regeln. In der Durchsetzung und steten Vervollkommnung des sogenannten Vier-Säulen-Modells der Drogenpolitik kann deshalb nicht die Perspektive einer innovativen und konsistenten Drogenpolitik liegen.

3 Drogenmündigkeit als Ziel einer konsistenten Drogenpolitik im Kontext umfassender Gesundheitsförderung

Notwendig ist ein Paradigmenwechsel in der Drogenpolitik, der die enttabuisierte Debatte um Nutzen und Schaden des Konsums psychoaktiver Substanzen eröffnet. Es geht darum, einen *möglichst souveränen Umgang mit Drogen* sowie das rechtzeitige Signalisieren von Hilfebedarf im Prozeß des „Lernens“ von Drogenkonsum gesellschaftlich zu fördern und zu unterstützen. Drogenmündigkeit setzt geeignete Rahmenbedingungen und die individuelle Befähigung zu genußorientiertem und autonom kontrolliertem Drogenkonsum voraus. Nach diesem Grundsatz hat die Drogenpolitik Lebensbedingungen und Unterstützungssysteme zu schaffen, die die möglichen Risiken beim Gebrauch psychoaktiver Substanzen vermindern, dem Einstieg in zerstörerische, abhängige Lebensweisen – genauer: Lebensstile – entgegenwirken und dadurch die Entwicklung von Drogenmündigkeit fördern.

Der Begriff der Drogenmündigkeit gestattet es, die akzeptierenden und auf Selbstbestimmung basierenden Angebote der Drogenselbsthilfe und der Drogenarbeit mit einer Umorientierung der Prävention konzeptionell stimmig zu verknüpfen. Dies bedeutet, daß die Ausrichtung der Prävention am prohibitiven Ideal der Abstinenz ersetzt werden muß durch die Förderung von Drogenmündigkeit. Darin enthalten sein kann auch die Fähigkeit zu selbstgewählter Abstinenz.

Vor diesem Hintergrund fordern wir

- die Abkehr von der prohibitiven Logik des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans,
- Impulse gesellschaftlich bedeutender Gruppen und Institutionen (Parlamente, Parteien, Verwaltungen, Kirchen, Gewerkschaften, Schulen, Jugend- und Jugendsozialarbeit, usw.) für die Herstellung eines breiten gesellschaftlichen Konsenses zur Förderung von Drogenmündigkeit sowie für eine Veränderung der öffentlichen Meinung in Richtung auf Toleranz und Akzeptanz eines Lebensstils, der den Gebrauch derzeit illegalisierter Drogen mitumfaßt. Hierzu gehört eine aktive, stete Informationsvermittlung zu Drogenkultur und Drogenkonsum,
 - die *realistisch* ist, indem sie davon ausgeht, daß der Gebrauch psychoaktiver Substanzen für die KonsumentInnen in der Regel funktional ist,
 - die *pragmatisch* ist, über Risiken aufklärt und den Umgang der Menschen mit diesen Substanzen zum Dreh- und Angelpunkt definitorischen Denkens werden läßt,
 - die auf eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Lebensgestaltung zielt, ohne sich auf verkürzte Vorstellungen zum Zusammenhang von Drogenkonsum und vorgeblich defizitären sozialen oder persönlichen Problemstellungen zu berufen;
- die Entwicklung innovativer Formen der kulturellen Einbindung von Drogen beispielsweise durch die Stärkung des „self-empowerment“ der unterschiedlichen Szenen mit dem Ziel, zum Risikomanagement im Umgang mit Drogen zu befähigen.

3.1 Forschungspolitik

Über die Möglichkeiten und Grenzen der sozialen Integration von Drogen, die bisher nicht allgemein gebraucht wurden, die Entwicklung und Reichweite kultureller Techniken bei der Ausprägung souveränen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen, die Wirkmechanismen von Hilfen sowie die Grundlagen und Strukturen zerstörerischer Abhängigkeitsentwicklungen liegen hierzulande nach wie vor nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Eine Abkoppelung vom internationalen Stand der Suchtforschung ist zu konstatieren. Hingegen ist davon auszugehen, daß in den einzelnen Drogenszenen ein umfangreiches soziales Wissen und eine Vielzahl von Erfahrungen dazu vorliegen, die über Forschung der Gesellschaft zugänglich zu machen sind.

Heute stellt sich – gerade im internationalen Vergleich – die Forschung in der Bundesrepublik auf dem Gebiet der Suchtgenese und der Kulturgeschichte des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen sowie der Epidemiologie und Therapiequalitätssicherung sogar als ausgesprochen rückständig dar. Weder gibt es eine systematische Lehre und Ausbildung an den Universitäten und Fachhochschulen noch eine kontinuierliche Förderung von Forschungseinrichtungen, Dokumentationszentren und Forschungsverbänden. Die Forschung in Deutschland ist durch das Leitbild der Abstinenz in die Irre geführt worden und kann daher nicht ergebnisoffen vorgehen. Die wenigen deutschen Forschungsprojekte orientieren sich mehrheitlich an Konzeptionen und Ansätzen, die die Stigmatisierung, Psychiatrisierung und Psychologisierung drogenkonsumierender Menschen festschreiben helfen

(„Risikofaktoren“, CMA-Index für sogenannte Schwerstabhängigkeit u.ä.). Die deutsche Forschungslandschaft leidet schließlich auch darunter, daß im Rahmen von Schwerpunktförderungsprogrammen überwiegend klinisch orientierte Projekte mit neurobiologischem oder pharmakologischem Schwerpunkt gefördert wurden. Dem gegenüber werden sozialmedizinisch, sozialepidemiologisch und kulturwissenschaftlich ausgerichtete Vorhaben fortgesetzt benachteiligt. Das unbestreitbare Forschungsdefizit muß über einen pluralen Forschungsansatz so schnell wie möglich aufgearbeitet werden.

Deshalb fordern wir

- das Schaffen von Studien- und Forschungszentren für akzeptierende Drogenforschung, die – ergebnisoffen und modellhaft – vom Bund finanziert werden;
- die besondere Förderung einer „community-based“-Forschung; das heißt die organisierte Drogenselbsthilfe sollte an sämtlichen Planungs-, Durchführungs- und Evaluationsfragen sowohl im klinischen als auch im sozialwissenschaftlichen und epidemiologischen Forschungskontext beteiligt werden (Partizipation); die Forschung sollte überdies ausdrücklich auf das Wissen und die Erfahrungen der jeweiligen Szenen rekurrieren;
- die kritische Prüfung von Forschungslinien nach dem Kriterium, ob einer weiteren Stigmatisierung, Pathologisierung und Psychiatisierung drogengebrauchender Menschen entgegengearbeitet wird oder ob diesen Vorschub geleistet wird;
- die Einrichtung einer unabhängigen, neutralen Kommission für Drogenforschung, über die der Forschungsbedarf erhoben und die Mittel für Forschungsvorhaben nach wissenschaftlich begründeten Kriterien vergeben werden.

4 Hinwendung zur Subsidiarität im Drogenbereich durch konsequentes Durchsetzen des Prinzips „Selbstbefähigung/-organisation vor Fremdbestimmung und Fremdhilfe“

Die Struktur und die konzeptionelle Ausgestaltung des Drogenhilfesystems einschließlich der medizinischen Behandlung für illegalisierte DrogenkonsumentInnen ist eng mit dem derzeitigen Status der Hilfesuchenden verwoben. Dies betrifft nicht nur die Koppelung der Drogenhilfe an die Justiz, sondern auch die Tatsache, daß mit der Drogenhilfe ein institutionelles Hilfesystem mit eigenen Interessen und normativen Konzepten entstanden ist.

Die Koppelung der Drogenhilfe an die Justiz führt dazu, daß „Hilfe“ und „Strafe“ für Betroffene, HelferInnen und Behandelnde derart miteinander verknüpft sind, daß sie kaum unterschiedlich wahrgenommen werden. Das Prinzip „Therapie statt Strafe“ suggeriert eine nicht vorhandene Trennschärfe zwischen Therapie und Strafe, die jedoch in der Praxis oft zu „Therapie als Strafe“ wird. Besonders deutlich wird dies an „therapeutischen Interventionen“, die nicht in den Hilfebedürfnissen der KlientInnen begründet sind, sondern eher den Anforderungen des Justizapparates Rechnung tragen. Dies trifft nicht nur auf die Umsetzung des genannten Prinzips „Therapie statt Strafe“ im Rahmen der Anwendung der Paragraphen 35ff BtMG zu, sondern beeinflusst auch die Drogenhilfepraxis und die Ausgestaltung der medizinischen Behandlung. Nicht zu übersehen sind schließlich die „ökonomischen Bindungen“ zwischen Strafverfolgung und Drogenhilfe. Die Repression hat gegenwärtig unübersehbar ihre legitimatorische Ergänzung in der „Therapie“ – sie sichert somit den steten Ausbau des Hilfesystems.

Dieses Hilfesystem erweist sich vor allem als Instanz der „Problemverwaltung“ und als Nutznießer der bestehenden drogenpolitischen Verhältnisse. Der große institutionelle Apparat der gegenwärtigen Drogenhilfe steht als unübersehbares Symbol für die vermeintliche Unkontrollierbarkeit illegalisierter Substanzen, die Aussichtslosigkeit der Entwicklung von Drogenmündigkeit und die Hilflosigkeit der DrogenkonsumentInnen. Mit seinem institutionellen Rahmen und der daraus resultierenden Eigendynamik setzt dieser Apparat letztlich seine Eigeninteressen vor das Eingehen auf die Bedürfnisse der Hilfesuchenden und tendiert zu behördlicher Bevormundung, zum Passiv-Halten und zur Überbetreuung.

Ideologische oder moralische Überzeugung darf nicht länger über das Gewähren von Hilfen entscheiden, darf nicht länger im Rahmen von Drogenhilfe das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen durch eine umarmende „fürsorgliche Belagerung“ ersticken. Eine auf die Unverletzlichkeit ihrer Mitglieder bedachte Gesellschaft muß statt dessen ein innovatives Hilfesystem entwickeln, das Selbstbefähigung und -organisation der Hilfesuchenden in den Vordergrund stellt. Dies hat seinen Niederschlag nicht nur in der Schaffung von Rahmenbedingungen für die Befähigung des einzelnen zu einem autonom kontrollierten, genußorientierten und souveränen Umgang mit

Drogen zu finden. Dieses Prinzip muß sich auch in der konkreten Ausgestaltung von Hilfe- und Behandlungsangeboten wiederfinden, die „self-empowerment“ des einzelnen, der „communities“ und entsprechender Betroffenenengruppen in das Zentrum ihres Wirkens zu stellen haben. In diesem Sinne sind auch indirekt vermittelte Botschaften eines Gebots – beispielsweise unter dem Motto „safe“ – durch Botschaften zum Risikomanagement – beispielsweise mit dem Verweis auf „safer“ – zu ersetzen.

4.1 Schaffung von Rahmenbedingungen, um jedem Mitglied der Gesellschaft die Entwicklung individueller Drogenkompetenz zu ermöglichen

Gegenwärtig sind alle gesellschaftlichen Anstrengungen im Rahmen von Prävention im Drogenbereich auf die Verhinderung von Drogenkonsum fixiert. Mit einer solchen Strategie wird jedoch in der aktuellen Praxis der Suchtprävention der gesundheitspolitische Grundsatz „Vorbeugung vor Behebung von Gesundheitsschäden“ keineswegs umgesetzt. Die praktizierten massenmedialen Kampagnen wie „Keine Macht den Drogen“ tragen zur gesellschaftlichen Ächtung des Konsums derzeit illegalisierter Substanzen und damit zur Ausgrenzung der KonsumentInnen bei.

Ohne angemessene Ansprache, Hilfe und Unterstützung bleiben diejenigen, die nicht auf den Konsum illegalisierter Drogen verzichten wollen. Ihnen werden Unterstützungsleistungen für das Erlernen eines angemessenen und selbstbestimmten Umgangs mit psychoaktiven Substanzen, für die Befähigung zum Vermeiden beeinträchtigender Abhängigkeiten und konsumspezifischer Schäden („harm reduction“) und damit für die Entwicklung von Drogenmündigkeit verwehrt.

Die derzeit praktizierte Prohibition

- verhindert den legalen Zugang zu qualitativ gesicherten und damit berechenbaren psychoaktiven Substanzen,
- verweist auf kriminelle Versorgungsstrukturen, die erst durch Verbote geschaffen wurden,
- bedroht jeden offenen Umgang mit aktuell illegalisierten Substanzen mit Strafe,
- zwingt zu Heimlichkeit und fördert die Tabuisierung.

Der Versuch, die Strafverfolgung für den Umgang mit sogenannten „Kleinstmengen“ von Drogen durch Sonderregelungen (§ 31a BtMG) einzuschränken, hat sich als Irrweg erwiesen. Nach wie vor schaffen die weiterhin beibehaltenen polizeilichen Ermittlungen einen permanenten präventionsfeindlichen Beobachtungs-, Ermittlungs- und Verfolgungsdruck, verhindern sie ein rechtzeitiges Offenlegen von Hilfebedarf bei Drogenproblemen und ein frühzeitiges Anbieten entsprechender Unterstützung. Schließlich fördern die gegenwärtigen länderspezifischen Regelungen zum § 31a BtMG die ungleiche Rechtsanwendung gegenüber DrogengebraucherInnen weiter und gefährden zunehmend rechtsstaatliche Prinzipien. Die rechtliche Stellung der KonsumentInnen muß deshalb neu geregelt werden:

Weist deren Verhalten keine oder nur eine sehr mittelbare Fremdgefährdung auf, so darf in die Autonomie des einzelnen strafrechtlich nicht eingegriffen werden. Derartige Eingriffe sind jedoch zwangsläufig, solange in der Logik des geltenden Legalitätsprinzips die Polizei immer dort ermitteln muß, wo ein „Drogenkonsument-Innenverhalten“ erkennbar wird.

Wir fordern deshalb

- die Durchsetzung von Präventionskonzepten ohne Lebensstilvorgaben; diese Konzepte müssen an den bewährten Methoden der Selbstbefähigung im Sinne der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention anknüpfen. Hierzu gehört unter anderem, daß die Beschäftigung mit den Phänomenen des Drogenkonsums zum selbstverständlichen Bestandteil von Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit gehört und nicht mehr zum Sonderthema wird, das ausschließlich von extraordinären ExpertInnensystemen zu behandeln ist (denkbar ist zum Beispiel die Einführung von „Gesundheitskunde“ als obligatorisches Unterrichtsfach);
- die schrittweise Ersetzung des BtMG durch ein Regelwerk zum Umgang mit psychoaktiven Substanzen ohne strafrechtliche Anteile;
 - der erste Schritt dahin ist die sofortige Aufhebung der Strafdrohung im Umgang mit kleinen Mengen sämtlicher derzeit verbotener Substanzen;

- zu den ersten Maßnahmen hat zugleich die Herausnahme von Cannabis und anderer Substanzen aus der betäubungsmittelrechtlichen Definition zu gehören. Dies muß einhergehen mit der gleichzeitigen Schaffung komplementärer Vorschriften zur Einrichtung legaler Vertriebssysteme, zu deren Qualitätssicherung, zur Qualitätssicherung der dort angebotenen Substanzen, zum Jugendschutz, Straßenverkehr, usw;
- eine Amnestie für Gefangene, die ausschließlich wegen Drogenkonsumdelikten verurteilt wurden, ohne fremde Rechtsgüter geschädigt zu haben, die Rehabilitierung aller deswegen Verurteilter sowie das Löschen ihrer Daten aus dem Bundeszentralregister, in dem personenbezogen alle in Deutschland begangenen Straftaten gespeichert werden und aus dem beispielsweise Informationen für das Erstellen eines Führungszeugnisses abgerufen werden;
- den Aufbau einer zentralen, unabhängigen, durch das Parlament kontrollierten Meldestelle für alle Arten und Formen staatlicher Gewalt und Willkür gegenüber DrogenkonsumentInnen sowie eine zügige und rückhaltlose Aufklärung entsprechender Formen des Amtsmissbrauchs und die konsequente disziplinarrechtliche wie gegebenenfalls auch strafrechtliche Ahndung festgestellter Verstöße.

4.2 Förderung selbstorganisierter Unterstützung und Hilfe als elementares Element einer kulturellen Integration sozial bisher nicht gekannter Drogen und als wesentlicher gesundheitspolitischer Bestandteil des Drogenhilfesystems

Selbstorganisierte Beratung, Begleitung und gegenseitige Unterstützung sind wesentliche Elemente, um sozial bisher nicht gekannte Drogen kulturell zu integrieren, gesundheitlichen Beeinträchtigungen in bestimmten drogenkonsumierenden sozialen Bezügen vorzubeugen, sie besser zu bewältigen oder zu beheben. Im Bereich der AIDS- und Drogenhilfe hat sich in den letzten Jahren gezeigt, daß die Mobilisierung selbstorganisierter Unterstützung und die Emanzipation der Betroffenen wesentliche Grundlagen sind, um die Ausbreitung von HIV und AIDS zu verhindern. An diese Erfahrungen sollte das gesellschaftliche Bemühen um die Verminderung von Drogenproblemen anknüpfen. Auch Drogengebrauch vollzieht sich in einem Set von Erfahrungen, Regeln, von durch Alltagswissen übermittelten Normen und technischem Know-how, das von anderen DrogengebraucherInnen gelernt und durch eigene Erfahrungen sowie in beständiger Kommunikation mit dem Umfeld erweitert und verändert wird. In der Kommunikation der DrogenkonsumentInnen untereinander werden wichtige handlungsleitende Vorsichtsmaßregeln, Tips, schadensminimierende Ratschläge, die Drogenwirkung intensivierende Hinweise, Warnungen, Bewertungen, Mythen usw. angesprochen und transportiert; in den Drogenkulturen wird am Modell gelernt, werden Erfahrungen für den eigenen Alltag übernommen, abgewandelt oder zurückgewiesen. Insofern tragen DrogengebraucherInnen selbst dazu bei, das Risikoverhalten bei Drogengebrauch zu verändern. Gesellschaftlich eher akzeptiert als im Rahmen der Befähigung zum kompetenten Umgang mit Drogen sind die Kompetenzen von Selbsthilfegruppen in der Behandlung und Nachsorge von Drogenabhängigen. Dort vermitteln sie wichtige Impulse für das Erreichen und Stabilisieren einer zufriedenstellenden Lebenssituation.

Ungeachtet der nachgewiesenen Potentiale der Selbstorganisation und der Selbsthilfe bei der Verminderung und Bewältigung von Drogenproblemen reduziert sich das Engagement der Gesellschaft schwerpunktmäßig darauf, professionelle Hilfestrukturen und entsprechende soziale Dienstleistungsbereiche zu schaffen. In ihrer Beziehung zu diesem professionellen Hilfesystem werden Selbstorganisation und Selbsthilfe eher als Bereiche gesehen, die mit ihrem Engagement Lücken des Systems füllen oder aber wegen ihrer vermeintlich kostengünstigeren Arbeit Aufgaben des professionellen Hilfesystems zu übernehmen haben. Infolge eines solchermaßen hierarchisch strukturierten Verhältnisses zwischen professionellem Hilfesystem, Selbstorganisation und Selbsthilfe werden Fragen der Drogenpolitik und der Entwicklung eines innovativen und bedarfsgerechten Drogenhilfesystems auf den verschiedenen Ebenen in der Regel von Fachkräften entschieden. DrogenkonsumentInnen und ihren Organisationen, die als sinnvolles Gegengewicht einem Abgleiten in behördliche Bevormundung und totale Betreuung entgegenwirken könnten, wird in den Prozessen des Aushandelns von Interessen und Unterstützungsansprüchen keine gleichberechtigte Position zugesprochen.

Der Logik dieser Form arbeitsteiliger Spezialisierung und Zuständigkeitsverteilung bei der Bearbeitung von „Versorgungsaufträgen bei Drogenproblemen“ entspricht es, daß nach wie vor unverbindlich bleibt, inwieweit Selbsthilfezusammenschlüsse in ihrer Entwicklung und bei ihrer Arbeit finanziell und strukturell unterstützt werden. Folgerichtig gelingt es selbstorganisierten Zusammenschlüssen nur schwer, zu einer kontinuierlichen Arbeit zu finden.

Deutlich wird, daß das Wirksamwerden von selbstorganisiertem Engagement und Selbsthilfepotentialen in der Gesundheitsförderung von DrogenkonsumentInnen daran gebunden ist, daß sich in der politischen Haltung der

Verantwortlichen im Drogenhilfesystem und in der Drogenpolitik etwas ändert. Es gilt gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die der Emanzipation von DrogenkonsumentInnen und deren selbstorganisierter Unterstützung einen Raum öffnen und diese in ihrer Entwicklung fördern. Genaugenommen geht es darum, durch eine Abkehr von strafrechtlicher Verfolgung die Entwicklung und Stärkung vorinstitutioneller Netzwerke zu fördern und damit neue Unterstützungspotentiale zur Verminderung von Drogenproblemen zu erschließen.

Wir fordern deshalb

- die sofortige Zulassung und die Förderung von „drug-checking“-Projekten, die eine selbstorganisierte Unterstützung für DrogenkonsumentInnen sind, um Risikomanagement entwickeln und den Folgen der Prohibition begegnen zu können;
- die umgehende und ersatzlose Streichung des Tatbestandes des Verschaffens, Gewährns oder Mitteilens einer Gelegenheit zum „unbefugten“ Konsum von Betäubungsmitteln (§ 29 Abs.1 Nr. 1 BtMG);
- die schrittweise Schaffung legaler, (qualitäts-)kontrollierter Bezugs- und Versorgungsstrukturen für derzeit noch illegalisierte psychoaktive Substanzen als Grundbedingung für die Entwicklung eines autonom kontrollierten, genußorientierten und souveränen Umgangs mit Drogen;
- die Schaffung gesetzlicher Grundlagen, um bundesweit Minimalforderungen zur politischen und finanziellen Förderung von Strukturen der Selbstorganisation festzuschreiben und damit den Aufbau eines differenzierten, innovativen Systems von Selbsthilfeinitiativen zu unterstützen;
- die sofortige Rücknahme der Einschränkung der (Selbst-)Verpflichtung der Krankenkassen zur finanziellen Förderung von Selbsthilfepotentialen;
- die Beteiligung der Organisationen der DrogenkonsumentInnen und deren Eltern und Angehörigen als vollwertige GesprächspartnerInnen in Fragen der Drogenpolitik und Drogenhilfe;
- die Initiierung, Stimulierung und Unterstützung von Selbstorganisation und Selbsthilfe über Pilotprojekte;
- die Schaffung individueller Selbstversorgungsmöglichkeiten durch Eigenanbau (zum Beispiel Cannabis).

4.3 Konsequente Durchsetzung der Akzeptanz von Lebensweisen durch den Aufbau und die Weiterentwicklung niedrigschwelliger psychosozialer Angebote

Macht- und ordnungspolitische Bekämpfungs- und Verdrängungsstrategien passen nicht in eine tolerante, weltoffene und zivile Gesellschaft. Voraussetzung für den Abschied von repressiven Tendenzen ist, die in der Verfassung garantierten Freiheits- und Gleichheitsrechte in vollem Umfang auch für Menschen mit abweichenden Verhaltensweisen und Lebensstilen gelten zu lassen.

Die repressiven Maßnahmen der vergangenen Jahrzehnte haben eine Subkultur geschaffen, die ausweglos zwischen Vertreibungs- und Verfolgungsdruck einerseits und ihren berechtigten Interessen an Kommunikation und Subsidiarität andererseits zerrieben wird. Dies gilt besonders für urbane Räume. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bedeutet angesichts innerstädtischer Drogenszenen zuallererst, daß drogengebrauchende Menschen selbstverständlich auch im öffentlichen Raum sichtbar sind. Die Frage: „Wem gehört der öffentliche Raum?“ ist nicht nur im Hinblick auf Drogengebrauch neu zu stellen. Auch DrogengebraucherInnen haben das grundgesetzlich verbrieft Recht auf Freizügigkeit, das nicht durch Ingewahrsamnahme, Gebiets- oder Platzverweis unrechtmäßig eingeschränkt werden darf.

Akzeptierende, niedrigschwellige Angebote der Drogen- und Selbsthilfe legitimieren sich vor diesem Hintergrund nicht erst über ihre Bewährung in der Praxis; hier haben sie ihre Angemessenheit und Effizienz bei der Bewältigung drogenbezogener Probleme längst bewiesen. Ihre primäre Rechtfertigung ergibt sich aus dem Eröffnen von Hilfsmöglichkeiten, die ohne Vorbedingungen gewährt werden. Das Primat der Erreichbarkeit bedeutet indes nicht, daß akzeptierende Angebote unmittelbar den Gesetzen der Szene folgen müssen. Auch akzeptierende Angebote beinhalten Interaktion und bedingen Intervention. Sie sind mehr als bloße Begegnungsorten (Kulturstätten) oder komplementäre „Nischen“ (Auffangbecken). Sonst blieben sie nur das Feigenblatt einer im übrigen rigorosen kommunal- und ordnungspolitischen Strategie. Unter den gegenwärtigen Bedingungen wird der Versuch fehlschlagen, mit dem Betrieb von Druckräumen oder anderen niedrigschwelligen Anlaufstellen über deren eigentliche Intention als Hilfeangebote hinauszugehen.

Wir fordern deshalb

- drogengebrauchende Menschen im öffentlichen Raum nicht länger zu Opfern fruchtloser generalpräventiver Ansätze und Einsätze zu machen;
- die Dominanz polizeilicher Maßnahmen im Umgang mit offenen Drogenszenen sofort zu beenden;
- eine Stadtentwicklungspolitik zu betreiben, die der Differenzierung von Drogengebrauch und Drogenmißbrauch Rechnung trägt und entsprechend gestufte Strukturen der Selbstorganisation (Kulturstätten, Anlauf- und Kontaktstellen für Frauen und Männer), der niedrigschwelligen Hilfe (Überlebenshilfe, Gesundheitsräume, geschlechtsspezifische Angebote, schwellenlose Sofortsubstitution) und der akuten Krisenintervention (Entgiftung, Akutbehandlung) räumlich und sozial erreichbar gestaltet;
- die genannten gestuften Strukturen finanziell abzusichern und hierzu kurzfristig eine kostenträgerübergreifende Mischfinanzierung (öffentlicher Haushalt, gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherungsträger) im Sinne einer Empfehlungsvereinbarung (analog zu den Empfehlungsvereinbarungen „Ambulante Rehabilitation“) zu entwickeln;
- parallel hierzu Ansatz- und Eckpunkte für einen kostenträgerübergreifenden Finanzierungs-Pool „Basis-Intervention“ mit überwiegend präventionsspezifischer Ausrichtung (unter anderem Vermittlung von Safer-Use-Botschaften, „harm reduction“), aber auch niedrigschwelliger Intervention (zum Beispiel Substitutionsvergabe, Entgiftung, akupunkturgestützte Stabilisierung) zu definieren;
- die Angebotsprofile bestehender gesundheitlicher und sozialer Hilfesysteme (Kinder-, Jugend-, Drogen-, Alkohol-, Prostitutions-, Obdachlosenhilfe, Wohn- und Arbeitsprojekte, geschlechtsspezifische Angebote, usw.) durchlässiger zu gestalten und besser aufeinander abzustimmen. Es gilt, das Netzwerkprinzip zu stärken und auf diese Weise den ghettoisierenden Wirkungen des Drogenhilfesystems zu begegnen;
- geeignete, paritätisch besetzte und demokratisch legitimierte Planungs- und Steuerungsgremien auf kommunaler und überregionaler Ebene zu schaffen, die ausgehend vom regionalen Bedarf einen Versorgungsverbund nach einheitlichen konzeptionellen Überlegungen planen und dessen Umsetzung kontrollieren. Diese Gremien sind paritätisch sowohl mit LeistungsträgerInnen und LeistungserbringerInnen als auch mit LeistungsempfängerInnen zu besetzen;
- die Informationsangebote öffentlicher Träger auf akzeptierende Ansätze und Kommunikationsbereitschaft abzustellen (unter anderem zu den Möglichkeiten des Risikomanagements bei Drogenkonsum im Sinne von Safer Use und „harm reduction“).

4.4 Normalisierung der medizinischen und psychosozialen Behandlung von DrogenkonsumentInnen

Anzuerkennen ist, daß die Entwicklung von Drogenmündigkeit, wie alle sozialen Prozesse, nicht immer geradlinig verläuft, sondern von Brüchen und Phasen zeitweisen Scheiterns des einzelnen an dieser Entwicklungsaufgabe begleitet sein kann. Der dauerhafte exzessive Konsum psychoaktiver Substanzen stellt, unabhängig von deren rechtlichem Status, ein Risiko für das somatische, psychische und soziale Wohlbefinden von Menschen dar. Die physische und psychische Abhängigkeit von Drogen wird mitunter zu einer sehr komplexen und zerstörerischen Beeinträchtigung des Lebens der DrogenkonsumentInnen und ihres sozialen Umfelds, für deren Überwindung eine angemessene Unterstützung und Hilfe notwendig werden kann. Die Überlegenheit hierauf abge stimmter gesellschaftlicher Reaktionsmuster gegenüber einem strafrechtlich verfolgenden Umgang ist ausreichend bewiesen. Dennoch ist nicht zu übersehen, daß gegenwärtig viele drogenkonsumierende Menschen aus Angst vor stigmatisierender Pathologisierung und Psychiatrisierung sowie zur Verhinderung von Strafverfolgung und Ausgrenzung das medizinische Behandlungssystem meiden. In der Folge bleiben viele von ihnen in behandlungsbedürftigen Situationen ohne ärztlichen Beistand.

Um unabweisbare medizinische Hilfen bemühen sich viele DrogenkonsumentInnen bei ihren HausärztInnen. Dort werden sie allerdings nicht immer kompetent beraten und behandelt. Die derzeit mangelhafte medizinische Ausbildung führt häufig zu Unsicherheit, Unwissenheit, Vor- und Fehlurteilen, in deren Folge sich viele ÄrztInnen und auch Betreuungspersonal in Einrichtungen der Krankenversorgung weigern, DrogenkonsumentInnen zu versorgen und zu betreuen.

Die Substitutionsbehandlung Heroinabhängiger ist ein Beleg dafür, wie ärztliche Behandlung, gegebenenfalls im Zusammenwirken mit psychosozialer Betreuung, selbst bei schwerwiegenden somatischen und psychischen Erkrankungen zu einer gesundheitlichen und in der Folge auch sozialen Stabilisierung führen kann. Die gegenwärtig laufenden Programme der Methadon- und Dihydrocodeinverschreibung erreichen mehr und andere

abhängige Frauen und Männer als Therapien, die vor ihrem Beginn Abstinenz von allen Opioiden fordern; sie weisen im übrigen eine hohe Haltequote auf, reduzieren deutlich die gesundheitlichen Folgeschäden des illegalisierten Heroinkonsums (unter anderem Sterblichkeit, Neuinfektionen mit Hepatitiden und HIV) und fördern die Selbsthilfepotentiale der Betroffenen. Der Erfolg der Substitutionsbehandlungen hat im Bereich der Suchtmedizin zu dem Konsens geführt, daß Drogenabhängigkeit behandelbar ist, daß sie chronisch-rezidivierend sein kann, daß Behandlung den Verlauf der Drogenabhängigkeit verbessert und die mit einer Abhängigkeit vielfach einhergehenden Komplikationen verhindert werden können.

Trotz dieser positiven Ergebnisse steht die Substitutionsbehandlung immer noch nicht allen Heroinabhängigen im notwendigen Umfang zur Verfügung. Der Zugang zu ihr wie auch ihre Durchführung sind durch eine bürokratische und praxisferne Regelungsdichte gekennzeichnet. In der Folge werden SubstitutionspatientInnen nicht wie andere PatientInnen behandelt, werden substituierende ÄrztInnen in ihrem Handeln erheblich reglementiert und strafrechtlich bedroht. Zwar definiert auch der Gesetzgeber die Sicherstellung der „medizinischen Versorgung der Bevölkerung“ als eine der Maximen des BtMG (vergleiche § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG); doch werden in der täglichen Praxis die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs regelmäßig wichtiger eingestuft als das Leben oder die Gesundheit drogengebrauchender Menschen. Dies setzt sich auch in den Regelungen der Krankenkassen fort. Die notwendige Versorgung mit einer Therapie, die sich auf Betäubungsmittel stützt, muß deshalb umgehend auch krankenversicherungsrechtlich als eine Grundversorgung anerkannt werden, für die ein gesetzlicher Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen und Ärztevereinigungen besteht. Die vordergründige Gleichung „Heilung = Abstinenz“ ist falsch; sie beinhaltet eine Logik, die schnellstens überwunden werden muß. Ein erster Schritt hierzu ist die umgehende Streichung des Abstinenzgebots, das im BtMG verankert ist. Ein zweiter Schritt wäre, den Gesichtspunkt der Überlebenssicherung als selbstverständliche Zielvorgabe auch in das Krankenversicherungsrecht (§ 27 SGB V) zu übernehmen.

Therapeutische und (andere) medizinische Angebote für DrogenkonsumentInnen müssen zugleich die Tatsache anerkennen, daß viele DrogengebraucherInnen ihren Drogenkonsum ohne professionelle Hilfe reflektieren und kontrollieren können. Diese Selbstbefähigungskompetenzen dürfen nicht dadurch behindert oder erstickt werden, daß die Bearbeitung von Drogenproblemen allein der Therapie und der Medizin zugesprochen wird. Auch vor diesem Hintergrund erweisen sich pathologisierende und psychiatrisierende Zuweisungen als ungeeignet. Vielmehr sind therapeutische und (andere) medizinische Hilfeleistungen nach dem Leitmotiv „Selbstbefähigung vor Fremdhilfe“ zu strukturieren.

Wir fordern deshalb

- die sofortige definitorische Änderung des betäubungsmittelrechtlichen Gesetzeszwecks (§ 5 Abs.1 Nr. 6 BtMG) durch die Hinzunahme des „harm-reduction“-Gedankens. Es gilt den gegenwärtigen Zweck des Gesetzes, die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs zu gewähren, um den Aspekt der umfassenden Gewährleistung einer kurativen, palliativen und präventiv notwendigen Versorgung der Bevölkerung zu erweitern;
- die sofortige Beendigung direkter und indirekter Eingriffe in die Beratung und Behandlung. Die fachlich begründeten Diagnosen, Indikationen und Therapien sind in Zusammenarbeit mit den KlientInnen (die dazu befähigt werden müssen, informiert entscheiden zu können = „informed consent“) zu erarbeiten und vor justiziablen Fremdeinflüssen zu schützen;
- die sofortige Wiederherstellung der Therapiefreiheit bei der Behandlung von Abhängigen. Hierzu gehört die sofortige Beseitigung von Auflagen in bezug auf die Erlaubnis-, Antrags-, Melde-, Dokumentations- und Rezeptierpflichten der ÄrztInnen, die die Wahl und die Durchführung von Therapien für Drogenabhängige gegenwärtig erheblich beschränken. Ersatzlos zu streichen sind insbesondere jene Paragraphen, die substituierende ÄrztInnen über Bußgeld- und Strafvorschriften in der Ausgestaltung der Therapie beschränken und bei Abweichungen von gesetzlichen Vorgaben zu StraftäterInnen stempeln; diese Vorschriften schrecken vor der Aufnahme von Substitutionsbehandlungen ab (u.a. § 5 Abs. 1 BtMVV, § 13 BtMG, § 29 Abs. 1 BtMG, §§ 16, 17 BtMVV);
- die gesetzliche Ausgestaltung der Behandlung mit Opioiden als Standardtherapie und nicht – wie bisher – deren Einstufung als Ultima-ratio-Therapie; zu schaffen sind niedrigschwellige Zugangsbedingungen für alle, die eine solche Behandlung wählen;
- die Erweiterung der Substitutionsmöglichkeiten durch das Zulassen aller dafür geeigneten Mittel (z.B. Methadon, Polamidon, Codein, Buprenorphin) und Zubereitungen einschließlich der injizierbaren Lösungen;

- die umgehende Überführung von Heroin in die Anlage III des BtMG, so daß es verschreibungsfähig ist; die Heroinverschreibung muß für diejenigen Heroinabhängigen möglich werden, die eine solche Behandlung wählen;
- Anstrengungen zur Verbesserung der medizinischen Behandlung von DrogenkonsumentInnen beispielweise durch die Einführung eines obligatorischen Schwerpunkts in der Ausbildung von ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen.

4.5 Erhaltung des Solidarprinzips in der Versorgung Drogenabhängiger

Die Verschlechterung in der sozialen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland trifft besonders SozialhilfeempfängerInnen und Arbeitslose, unter denen auch viele drogenkonsumierende Menschen sind. Einsparungen werden, unabhängig von wissenschaftlichen Ergebnissen und praktischen Erfahrungen, auch bei Leistungen des professionellen Hilfesystems vorgenommen, besonders bei solchen für „prognostisch ungünstige KlientInnen“. Zugunsten wirtschaftlicher Erwägungen der Rentenversicherungsträger wird nicht zuletzt Stück für Stück das Mitspracherecht der KlientInnen in bezug auf die Art und den Ort der Behandlung (§ 33 SGB I) erheblich eingeschränkt und entwertet. Unter diesen gesellschaftlichen Umständen wird es für Drogenabhängige immer schwieriger, eine bedarfsgerechten Behandlung zu erhalten.

Ziel angemessener Hilfe für DrogenkonsumentInnen muß sein, diesen ein sozial integriertes, selbständiges Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und ihnen gegebenenfalls Unterstützung bei der Entwicklung entsprechender Fähigkeiten zu gewähren. Dieses Ziel kann nicht allein durch

Drogenpolitik, sondern nur im komplexen Wirkzusammenhang von gesundheits-, sozial- und beschäftigungspolitischen Maßnahmen erreicht werden. Gegenwärtig wird jedoch die notwendige Verknüpfung medizinischer Rehabilitationsleistungen mit alltagspraktischen und psychosozialen Eingliederungsangeboten, die hauptsächlich von den Ländern und Kommunen über das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) zu finanzieren sind, schon in ihren Ansätzen wieder zerstört oder zumindest erheblich erschwert.

Wir fordern deshalb

- bei der Reformierung der Finanzierung von Unterstützungs- und Behandlungsmaßnahmen für DrogenkonsumentInnen und -abhängige das Solidarprinzip strikt zu wahren und die Zugangsbedingungen zu entsprechenden Hilfen unbürokratisch und niedrighschwellig zu gestalten;
 - dazu gehört die umgehende Neuordnung der Finanzierung von Hilfen für DrogenkonsumentInnen im Rahmen eines Artikelgesetzes, so daß soziale und gesundheitliche Unterstützung schnell und unbürokratisch gewährleistet werden kann;
 - gefordert ist ein bundesweites Initiieren von „Vorleistungskassen“, über die Hilfemaßnahmen unbürokratisch vorfinanziert werden können, so daß die Verhandlungen mit den verantwortlichen Leistungsträgern im nachhinein und abgekoppelt von akuten Problemsituationen erfolgen können;
- umfangreiche Modellprogramme für Arbeits- und Beschäftigungsprojekte zur sozialen Wiedereingliederung drogenkonsumierender Frauen und Männer über die Neufassung von Leistungsgesetzen, durch die tatsächlich abrufbare Hilfen über das BSHG, Maßnahmen der Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und des Arbeitsförderungsgesetzes bereitgestellt werden;
- Steuern und Abgaben aus dem Verkauf psychoaktiver Substanzen (zum Beispiel Tabak, Alkohol, Medikamente) gezielt zu verwenden, um damit sowohl Maßnahmen der Prävention, als auch Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen für Drogenabhängige zu finanzieren.

4.6 Repression: Haft/Justiz („harm-reduction“)

Im Zuge eines drogenpolitischen Paradigmenwechsels hin zu einer gesellschaftlichen Förderung von Drogenmündigkeit und Drogenkompetenzen darf nicht übersehen werden, daß es auch Regelungen geben muß, mit denen Fremdgefährdungen und Fremdschädigungen durch Drogenkonsum wirksam unterbunden werden. Entsprechende Maßnahmen der Regulierung des Verhaltens einzelner haben sich im Rahmen der Regelung sozialer Grundnormen über Jahrhunderte entwickelt und sind im bestehenden Strafrecht bereits ausreichend festgeschrieben. Eine darüber hinausgehende Sonderregelung für Drogendelinquenz ist deshalb nicht nur unnötig, sondern auch verfassungsrechtlich äußerst problematisch.

Die Law-and-order-Mentalität auf den kommunalen, regionalen und bundespolitischen Entscheidungsebenen ist auch in drogenpolitischen Zusammenhängen längst nicht mehr mit rechtstaatlichen Grundsätzen vereinbar. Belästigung, mangelnde Sauberkeit und „Unwirtlichkeit“ bundesdeutscher Großstädte dienen als Alibi, um polizeiliche und ordnungsbehördliche Befugnisse beinahe uferlos auszudehnen. Betroffen ist ein Personenkreis, der gemeinhin als gesellschaftlich „randständig“ betrachtet wird.

Diese Fehlentwicklungen sind umgehend zu beenden. Es gilt, die polizeiliche Arbeit neu zu systematisieren, auf ihre rechtstaatlich unverzichtbare Funktion zurückzuführen und den Geboten der Objektivität, Transparenz und Verhältnismäßigkeit unterzuordnen: Abweichendes Verhalten ist nicht schon deshalb polizeilich oder ordnungsbehördlich relevant, weil es von gesellschaftlichen Normen abweicht. Erst wenn konkrete Rechtsnormen gebrochen werden oder konkrete Gefahren abzuwehren sind, ist polizeiliches Einschreiten zu rechtfertigen. Das Rechtsgut „öffentliche Sicherheit und Ordnung“ und die polizeiliche Befugnis der „Gefahrenabwehr“ sind demnach in einem objektivierbaren, eng umrissenen Sinne auszulegen. In den Polizeigesetzen der Bundesländer sollte zugleich eine Antidiskriminierungsklausel eingefügt werden, wonach im öffentlichen Raum gezeigte abweichende Lebensstile nicht per se eine Störung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung darstellen.

Die polizeiliche Tätigkeit muß im Drogenbereich zugleich wieder mehr Transparenz erhalten. Die BürgerInnen müssen erkennen oder vorhersehen können, wann sie AdressatInnen einer polizeilichen Maßnahme sind. Dementsprechend müssen die Kriterien polizeilichen Handelns klar benannt und bekannt sein. Bei einem Wegfall der Strafbarkeit von derzeit im BtMG strafbedrohten Taten und einem eingeschränkten Verständnis von „öffentlicher Ordnung“ reduzieren sich künftig die Anlässe für polizeiliche Maßnahmen gegen drogengebrauchende Personen deutlich. Die Widersprüche in den Handlungsaufträgen von Polizei, Schule und Jugendarbeit erfordern zugleich, künftig auch auf die bedenkliche Ausweitung der polizeilichen Tätigkeit etwa in die Bereiche der schulischen und außerschulischen Suchtprävention bei Jugendlichen zu verzichten.

Das deutsche Strafvollzugssystem, das die ihm zukommende Aufgabe der Resozialisierung straffällig Gewordener durch seine einseitige Ausrichtung an den Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit vielfach konterkariert, bedroht mit seinen sozialen und materiellen Rahmenbedingungen die Gesundheit der Gefangenen auf besondere Weise. Seine Ursachen findet dies nicht nur in den ohnehin krankheitsfördernden Aspekten des Lebens in Haft. Die Bedrohung der Gesundheit der Gefangenen durch die Bedingungen der Haft erhält besondere Brisanz angesichts von Infektionen und übertragbaren Krankheiten wie HIV, AIDS, Hepatitiden und ähnliche, die die Lebensqualität und auch die Lebensperspektiven von Gefangenen dramatisch einschränken.

Der zwangsverwahrende und von struktureller Gewalt gekennzeichnete Charakter des Strafvollzugs begrenzt nicht nur die Möglichkeiten einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung als Voraussetzung eines gesundheitsbewußten Handelns der Gefangenen. Er schränkt auch das Engagement anderer Institutionen für Gesundheitsförderung unter Gefangenen ein: Nach wie vor werden den InsassInnen von Strafanstalten notwendige Informationen und Beratungen zu Infektions- und anderen

Erkrankungsrisiken sowie zu gebotenen Vorsichtsmaßnahmen versagt, werden notwendige Präventionsmittel (zum Beispiel Kondome, Gleitmittel, sterile Spritzbestecke) verwehrt. Das Fehlen der freien Arztwahl, der mangelnde Einbezug externer FachärztInnen und -kliniken sowie erhebliche Einschränkungen bei der psychosozialen Begleitung und medizinischen Behandlung treffen drogenkonsumierende Gefangene und damit die Mehrheit der InsassInnen von Strafanstalten auf besondere Weise und geben dem Thema „HIV und AIDS im Strafvollzug“ einen extraordinären Stellenwert.

Die Illegalisierung und Kriminalisierung des Konsums bestimmter psychoaktiver Substanzen sind dafür verantwortlich, daß die Haftanstalten, in denen heute schon 30 bis 50% der Gefangenen drogenabhängig und alkoholkrank sind, eine stetig steigende Zahl von Verurteilten aufnehmen müssen, die gegen das Betäubungsmittelgesetz verstoßen haben und/oder in Zusammenhang mit ihrer Drogenabhängigkeit straffällig wurden. Intravenös konsumierende DrogengebraucherInnen sind mit einem zweifachen Übertragungsrisiko – erstens in Zusammenhang mit Sexualität, zweitens mit Drogenkonsum – ohnehin erhöhten Infektionsrisiken ausgesetzt, die sich unter den rigiden Bedingungen des Strafvollzugs noch verschärfen. Diesen stehen in der Regel minimale Hilfe- und Unterstützungsangebote gegenüber, die sich nicht mit dem Standard des Hilfesystems außerhalb von Haftanstalten (zum Beispiel Entgiftungsmöglichkeiten, Aufnahme oder Weiterführung einer Substitutionsbehandlung) messen können. Die Erfahrungen zeigen zugleich, daß eine Zwangstherapie gemäß § 64 (Maßregelvollzug) wenig erfolgversprechend ist, weil Psychotherapie unter Zwang nicht funktionieren kann.

Wir fordern deshalb

- den Maßregelvollzug in der jetzigen Form abzuschaffen;
- gesetzliche Grundlagen zu schaffen, die nationale Minimalanforderungen an die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, Hilfe- und Unterstützung sowie medizinischen Behandlung in den Justizvollzugsanstalten festschreiben und damit in allen Einrichtungen Anwendung finden. Diese müssen hinwirken
 - auf die bundesweite Durchsetzung einer ungehinderten Verbreitung der Botschaften von Safer Use und Safer Sex in Strafvollzugsanstalten, in denen drogenkonsumierende Gefangene leben;
 - auf die bundesweite Anerkennung der Notwendigkeit und der Verpflichtung der Justiz, jedem/r Gefangenen die außerhalb des Vollzugs üblichen infektionsprophylaktischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen zugänglich zu machen. Diese Maßnahmen müssen geeignet sein, die Gesundheit eines/r jeden Gefangenen zu erhalten. Dies schließt Spritzen- und Kondomvergabe als Standard der Gesundheitsförderung in Haft ein;
 - auf die bundesweite Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung bei Neueintritt und Entlassung drogenkonsumierender Gefangener (zum Beispiel Substitutionsbehandlung, Beibehaltung einer bestimmten Medikation wie Naltrexon). Dies orientiert auf einen Ausbau der Zusammenarbeit zwischen Gefängnissen und außervollzuglichen Diensten;
 - auf die Schaffung von Behandlungsangeboten, die in ihren Zugangsmöglichkeiten und Qualitätsstandards denen außerhalb des Gefängnisses entsprechen;
- bundesweit darauf hinzuwirken, daß bei Bediensteten und Inhaftierten, bei juristischen und politischen EntscheidungsträgerInnen und in der Öffentlichkeit eine Akzeptanzhaltung gegenüber erfolgversprechenden instrumentellen und personalkommunikativen Präventionsangeboten geschaffen und aufrechterhalten wird. Das Thema „selbstverantwortlicher Drogenkonsum“ muß deshalb obligatorischer Bestandteil der Aus- und Fortbildung dieses Personenkreises sein;
- Modellprogramme zur Heroinverschreibung auch für Strafgefangene.

5 Schnelle außenpolitische Neuordnung der deutschen Drogenpolitik

Im europäischen Maßstab spielt die Bundesrepublik Deutschland die Rolle eines Bremsers bei Bemühungen um die Reformierung der Drogenpolitik zugunsten eines humanen, pragmatischen und rationalen Leitbildes. Noch immer wird einer „war on drugs“-Mentalität gefolgt, die wesentlich durch die USA oktroyiert ist.

Die innenpolitische Neuordnung hin zu einer konsistenten Drogenpolitik bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die von Deutschland vertretene Außenpolitik in Drogenfragen. Zu den vordringlichen Veränderungen in der drogenpolitischen Außenpolitik Deutschlands gehören die Orientierung am Fördern und Stützen von Grundprinzipien der Drogenmündigkeit und am „harm-reduction“-Ansatz, der das Reduzieren drogen- oder drogenpolitikinduzierter Schädigungen vor das Ziel der Abstinenz stellt, sowie die Überprüfung der Mitgliedschaft der Bundesrepublik Deutschland in internationalen Suchtstoffabkommen, die die Prohibition festschreiben und eine eigenständige Drogenpolitik behindern.

6 Résumé

Die Entkriminalisierung des Umgangs mit Drogen, die rechtliche Neuregelung rund um Cannabis, der Paradigmenwechsel in der Prävention und der Einstieg in die kontrollierte Heroinabgabe sind notwendige erste Schritte, um hierzulande zu einer neuen Logik in der Drogenpolitik zu kommen. In diesem Sinne fordern wir von den drogenpolitisch Verantwortlichen ein deutliches Signal zu einer drogenpolitischen Wende.

Berlin, im September 1998

Bundesweites JES-Netzwerk

Eve and Rave, Verein zur Förderung der Techno- Partykultur und zur Minderung der Drogenproblematik

Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit

Deutsche AIDS-Hilfe

akzept-Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Deutsche Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin

7 Anmerkungen

Wortlaut von im Text erwähnten Gesetzen

Zu Seite 6: §§ 35; 36; 37 und 38 BtMG

§ 35 Zurückstellung der Strafvollstreckung

- (1) Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, daß er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken.
- (2) Gegen die Verweigerung der Zustimmung durch das Gericht des ersten Rechtszuges steht der Vollstreckungsbehörde die Beschwerde nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Buches der Strafprozeßordnung zu. Der Verurteilte kann die Verweigerung dieser Zustimmung nur zusammen mit der Ablehnung der Zurückstellung durch die Vollstreckungsbehörde nach den §§ 23 bis 30 des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz anfechten. Das Oberlandesgericht entscheidet in diesem Falle auch über die Verweigerung der Zustimmung; es kann die Zustimmung selbst erteilen.
- (3) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn
 1. auf eine Gesamtfreiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren erkannt worden ist oder
 2. auf eine Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren erkannt worden ist und ein zu vollstreckender Rest der Freiheitsstrafe oder der Gesamtfreiheitsstrafe zwei Jahre nicht übersteigtund im übrigen die Voraussetzungen des Absatzes 1 für den ihrer Bedeutung nach überwiegenden Teil der abgeurteilten Straftaten erfüllt sind.
- (4) Der Verurteilte ist verpflichtet, zu Zeitpunkten, die die Vollstreckungsbehörde festsetzt, den Nachweis über die Aufnahme und über die Fortführung der Behandlung zu erbringen; die behandelnden Personen oder Einrichtungen teilen der Vollstreckungsbehörde einen Abbruch der Behandlung mit.
- (5) Die Vollstreckungsbehörde widerruft die Zurückstellung der Vollstreckung, wenn die Behandlung nicht begonnen oder nicht fortgeführt wird und nicht zu erwarten ist, daß der Verurteilte eine Behandlung derselben Art alsbald beginnt oder wieder aufnimmt, oder wenn der Verurteilte den nach Absatz 4 geforderten Nachweis nicht erbringt. Von dem Widerruf kann abgesehen werden, wenn der Verurteilte nachträglich nachweist, daß er sich in Behandlung befindet. Ein Widerruf nach Satz 1 steht einer erneuten Zurückstellung der Vollstreckung nicht entgegen.
- (6) Die Zurückstellung der Vollstreckung wird auch widerrufen, wenn
 1. bei nachträglicher Bildung einer Gesamtstrafe nicht auch deren Vollstreckung nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 3 zurückgestellt wird oder
 2. eine weitere gegen den Verurteilten erkannte Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung zu vollstrecken ist.
- (7) Hat die Vollstreckungsbehörde die Zurückstellung widerrufen, so ist sie befugt, zur Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt einen Haftbefehl zu erlassen. Gegen den Widerruf kann die Entscheidung des Gerichts des ersten Rechtszuges herbeigeführt werden. Der Fortgang der Vollstreckung wird durch die Anrufung des Gerichts nicht gehemmt. § 462 der Strafprozeßordnung³ gilt entsprechend.

§ 36 Anrechnung und Strafaussetzung zur Bewährung

- (1) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte in einer staatlich anerkannten Einrichtung behandeln lassen, so wird die vom Verurteilten nachgewiesene Zeit seines Aufenthaltes in dieser Einrichtung auf die Strafe angerechnet, bis infolge der Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt sind. Die Entscheidung über die Anrechnungsfähigkeit trifft das Gericht zugleich mit der Zustimmung nach § 35 Abs. 1. Sind durch die Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt oder ist eine Behandlung in der Einrichtung zu einem früheren Zeitpunkt nicht mehr erforderlich, so setzt das Gericht die Vollstreckung des Restes der Strafe zur Bewährung aus, sobald dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann.
- (2) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte einer anderen als der in Absatz 1 bezeichneten Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so setzt das Gericht die Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder des Strafrestes zur Bewährung aus, sobald dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann.
- (3) Hat sich der Verurteilte nach der Tat einer Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so kann das Gericht, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 nicht vorliegen, anordnen, daß die Zeit der Behandlung ganz oder zum Teil auf die Strafe angerechnet wird, wenn dies unter Berücksichtigung der Anforderungen, welche die Behandlung an den Verurteilten gestellt hat, angezeigt ist.
- (4) Die §§ 56a bis 56g des Strafgesetzbuches gelten entsprechend.
- (5) Die Entscheidungen nach den Absätzen 1 bis 3 trifft das Gericht des ersten Rechtszuges ohne mündliche Verhandlung durch Beschluß. Die Vollstreckungsbehörde, der Verurteilte und die behandelnden Personen oder Einrichtungen sind zu hören. Gegen die Entscheidungen ist sofortige Beschwerde möglich. Für die Entscheidungen nach Absatz 1 Satz 3 und nach Absatz 2 gilt § 454 Abs. 4 der Strafprozeßordnung entsprechend; die Belehrung über die Aussetzung des Strafrestes erteilt das Gericht.

§ 37 Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage

- (1) Steht ein Beschuldigter in Verdacht, eine Straftat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen zu haben, und ist keine höhere Strafe als eine Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren zu erwarten, so kann die Staatsanwaltschaft mit Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Gerichts vorläufig von der Erhebung der öffentlichen Klage absehen, wenn der Beschuldigte nachweist, daß er sich wegen seiner Abhängigkeit der in § 35 Abs. 1 bezeichneten Behandlung unterzieht, und seine Resozialisierung zu erwarten ist. Die Staatsanwaltschaft setzt Zeitpunkte fest, zu denen der Beschuldigte die Fortdauer der Behandlung nachzuweisen hat. Das Verfahren wird fortgesetzt, wenn
 1. die Behandlung nicht bis zu ihrem vorgesehenen Abschluß fortgeführt wird,
 2. der Beschuldigte den nach Satz 2 geforderten Nachweis nicht führt,
 3. der Beschuldigte eine Straftat begeht und dadurch zeigt, daß die Erwartung, die dem Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage zugrunde lag, sich nicht erfüllt hat, oder
 4. auf Grund neuer Tatsachen oder Beweismittel eine Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren zu erwarten ist.In den Fällen des Satzes 3 Nr. 1, 2 kann von der Fortsetzung des Verfahrens abgesehen werden, wenn der Beschuldigte nachträglich nachweist, daß er sich weiter in Behandlung befindet. Die Tat kann nicht mehr verfolgt werden, wenn das Verfahren nicht innerhalb von zwei Jahren fortgesetzt wird.
- (2) Ist die Klage bereits erhoben, so kann das Gericht mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft das Verfahren bis zum Ende der Hauptverhandlung, in der die tatsächlichen Feststellungen letztmals geprüft werden können, vorläufig einstellen. Die Entscheidung ergeht durch unanfechtbaren Beschluß. Absatz 1 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Unanfechtbar ist auch eine Feststellung, daß das Verfahren nicht fortgesetzt wird (Abs. 1 Satz 5).
- (3) Die in § 172 Abs. 2 Satz 3, § 396 Abs. 3 und § 467 Abs. 5 der Strafprozeßordnung zu § 153a der Strafprozeßordnung getroffenen Regelungen gelten entsprechend.

§ 38 Jugendliche und Heranwachsende

- (1) Bei Verurteilung zu Jugendstrafe gelten die §§ 35 und 36 sinngemäß. Bei Verurteilung zu Jugendstrafe von unbestimmter Dauer richtet sich die Anwendung der §§ 35 und 36 nach dem erkannten Höchstmaß der Strafe. Neben der Zusage des Jugendlichen nach § 35 Abs. 1 Satz 1 bedarf es auch der Einwilligung des Erziehungsberechtigten und des gesetzlichen Vertreters. Im Falle des § 35 Abs. 7 Satz 2 findet § 83 Abs. 2 Nr. 1, Abs. 3 Satz 2 des Jugendgerichtsgesetzes sinngemäß Anwendung. Abweichend von § 36 Abs. 4 gelten die §§ 22 bis 26a des Jugendgerichtsgesetzes entsprechend. Für die Entscheidungen nach § 36 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 sind neben § 454 Abs. 4 der Strafprozeßordnung die §§ 58, 59 Abs. 2 bis 4 und § 60 des Jugendgerichtsgesetzes ergänzend anzuwenden.
- (2) § 37 gilt sinngemäß auch für Jugendliche und Heranwachsende.

Zu Seite 7: § 31a BtMG

§ 31a Absehen von der Verfolgung

- (1) Hat das Verfahren ein Vergehen nach § 29 Abs. 1, 2 oder 4 zum Gegenstand, so kann die Staatsanwaltschaft von der Verfolgung absehen, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen wäre, kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht und der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt.
- (2) Ist die Klage bereits erhoben, so kann das Gericht in jeder Lage des Verfahrens unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft und des Angeschuldigten das Verfahren einstellen. Der Zustimmung des Angeschuldigten bedarf es nicht, wenn die Hauptverhandlung aus den in § 205 der Strafprozeßordnung angeführten Gründen nicht durchgeführt werden kann oder in den Fällen des § 231 Abs. 2 der Strafprozeßordnung und der §§ 232 und 233 der Strafprozeßordnung¹ in seiner Abwesenheit durchgeführt wird. Die Entscheidung ergeht durch Beschluß. Der Beschluß ist nicht anfechtbar.

Zu Seiten 9 und 11: § 29 BtMG

§ 29 Straftaten

- (1) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer
1. Betäubungsmittel unerlaubt anbaut, herstellt, mit ihnen Handel treibt, sie, ohne Handel zu treiben, einführt, ausführt, veräußert, abgibt, sonst in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft,
 2. eine ausgenommene Zubereitung (§ 2 Abs. 1 Nr. 3) ohne Erlaubnis nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 herstellt,
 3. Betäubungsmittel besitzt, ohne zugleich im Besitz einer schriftlichen Erlaubnis für den Erwerb zu sein,
 4. (weggefallen)
 5. entgegen § 11 Abs. 1 Satz 2 Betäubungsmittel durchführt,
 6. entgegen § 13 Abs. 1 Betäubungsmittel
 - a) verschreibt,
 - b) verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch überläßt,
 7. entgegen § 13 Abs. 2 Betäubungsmittel in einer Apotheke oder tierärztlichen Hausapotheke abgibt,
 8. entgegen § 14 Abs. 5 für Betäubungsmittel wirbt,
 9. unrichtige oder unvollständige Angaben macht, um für sich oder einen anderen oder für ein Tier die Verschreibung eines Betäubungsmittels zu erlangen,

10. eine Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch, Erwerb oder zur unbefugten Abgabe von Betäubungsmitteln öffentlich oder eigennützig mitteilt, eine solche Gelegenheit einem anderen verschafft oder gewährt oder ihn zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln verleitet,
11. (gestrichen)
12. öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§ 11 Abs. 3 des Strafgesetzbuches) dazu auffordert, Betäubungsmittel zu verbrauchen, die nicht zulässigerweise verschrieben worden sind,
13. Geldmittel oder andere Vermögensgegenstände einem anderen für eine rechtswidrige Tat nach Nummer 1, 5, 6, 7, 10 oder 12 bereitstellt oder
14. einer Rechtsverordnung nach § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 oder § 13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 oder 3 zuwiderhandelt, soweit sie für einen bestimmten Tatbestand auf diese Strafvorschrift verweist.

Die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige stellt kein Verschaffen von Gelegenheit zum Verbrauch im Sinne des Satzes 1 Nr. 10 dar.

- (2) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 5 oder 6 Buchstabe b ist der Versuch strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter
 1. in den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1, 5, 6, 10 oder 13 gewerbsmäßig handelt,
 2. durch eine der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 6 oder 7 bezeichneten Handlungen die Gesundheit mehrerer Menschen gefährdet.
- (4) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 5, 6 Buchstabe b oder Nr. 10 fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.
- (5) Das Gericht kann von einer Bestrafung nach den Absätzen 1, 2 und 4 absehen, wenn der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt.
- (6) Die Vorschriften des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 sind, soweit sie das Handeltreiben, Abgeben oder Veräußern betreffen, auch anzuwenden, wenn sich die Handlung auf Stoffe oder Zubereitungen bezieht, die nicht Betäubungsmittel sind, aber als solche ausgegeben werden.

Zu Seiten 11 ff: § 5 BtMG

§ 5 Versagung der Erlaubnis

- (1) Die Erlaubnis nach § 3 ist zu versagen, wenn
 1. nicht gewährleistet ist, daß in der Betriebsstätte und, sofern weitere Betriebsstätten in nicht benachbarten Gemeinden bestehen, in jeder dieser Betriebsstätten eine Person bestellt wird, die verantwortlich ist für die Einhaltung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften und der Anordnungen der Überwachungsbehörden (Verantwortlicher); der Antragsteller kann selbst die Stelle eines Verantwortlichen einnehmen,
 2. der vorgesehene Verantwortliche nicht die erforderliche Sachkenntnis hat oder die ihm obliegenden Verpflichtungen nicht ständig erfüllen kann,
 3. Tatsachen vorliegen, aus denen sich Bedenken gegen die Zuverlässigkeit des Verantwortlichen, des Antragstellers, seines gesetzlichen Vertreters oder bei juristischen Personen oder nicht rechtsfähigen Personenvereinigungen der nach Gesetz, Satzung oder Gesellschaftsvertrag zur Vertretung oder Geschäftsführung Berechtigten ergeben,
 4. geeignete Räume, Einrichtungen und Sicherungen für die Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr oder die Herstellung ausgenommener Zubereitungen nicht vorhanden sind,

5. die Sicherheit oder Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs oder der Herstellung ausgenommenen Zubereitungen aus anderen als den in den Nummern 1 bis 4 genannten Gründen nicht gewährleistet ist,
 6. die Art und der Zweck des beantragten Verkehrs nicht mit dem Zweck dieses Gesetzes, die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, daneben aber den Mißbrauch von Betäubungsmitteln oder die mißbräuchliche Herstellung ausgenommenen Zubereitungen sowie das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen, vereinbar ist oder
 7. bei Beanstandung der vorgelegten Antragsunterlagen einem Mangel nicht innerhalb der gesetzten Frist (§ 8 Abs. 2) abgeholfen wird.
- (2) Die Erlaubnis kann versagt werden, wenn sie der Durchführung der internationalen Suchtstoffübereinkommen oder Beschlüssen, Anordnungen oder Empfehlungen zwischenstaatlicher Einrichtungen der Suchtstoffkontrolle entgegensteht oder dies wegen Rechtsakten der Organe der Europäischen Gemeinschaften geboten ist.

Zu Seite 11: § 13 BtMG

§ 13 Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung

- (1) Die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nur von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten und nur dann verschrieben oder im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung einschließlich der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist. Die Anwendung ist insbesondere dann nicht begründet, wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann. Die in Anlagen I und II bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nicht verschrieben, verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden.
- (2) Die nach Absatz 1 verschriebenen Betäubungsmittel dürfen nur im Rahmen des Betriebs einer Apotheke und gegen Vorlage der Verschreibung abgegeben werden. Im Rahmen des Betriebs einer tierärztlichen Hausapotheke dürfen nur die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel und nur zur Anwendung bei einem vom Betreiber der Hausapotheke behandelten Tier abgegeben werden.
- (3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Verschreiben von den in Anlage III bezeichneten Betäubungsmitteln, ihre Abgabe auf Grund einer Verschreibung und das Aufzeichnen ihres Verbleibs und des Bestandes bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, in Apotheken, tierärztlichen Hausapotheken, Krankenhäusern und Tierkliniken zu regeln, soweit es zur Sicherheit oder Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs erforderlich ist. Insbesondere können
 1. das Verschreiben auf bestimmte Zubereitungen, Bestimmungszwecke oder Mengen beschränkt,
 2. Form, Inhalt, Anfertigung, Ausgabe, Aufbewahrung und Rückgabe des zu verwendenden amtlichen Formblattes für die Verschreibung sowie der Aufzeichnungen über den Verbleib und den Bestand festgelegt und
 3. Ausnahmen von den Vorschriften des § 4 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe c für die Ausrüstung von Kauffahrteischiffen erlassen
 werden.