

Stadt Frankfurt am Main  
Der Magistrat  
Stadträtin Manuela Rottmann  
Dezernat für Umwelt und Gesundheit  
Alte Mainzer Gasse 4  
60311 Frankfurt am Main

Frankfurt am Main, den 10.09.2007

### **Heroingestützte Behandlung**

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am  
19. September 2007

### **Stellungnahme der Stadt Frankfurt am Main**

#### **Dezernat für Umwelt und Gesundheit**

an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zu seiner öffentlichen Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und anderer Vorschriften (BT-Drs. 16/4696)

sowie zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Gesetzliche Voraussetzungen für heroingestützte Behandlung Schwerstabhängiger schaffen (BT-Drs. 16/2075),

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.: Heroinmodell in die Regelversorgung überführen und Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte schützen (BT-Drs. 16/2503)

und zum Antrag der Fraktion der FDP: Kontrollierte Heroinabgabe in die Regelversorgung aufnehmen (BT-Drs. 16/3840)

Die Stadt Frankfurt am Main hat mit Antrag vom 21.12.2006 die Erlaubnis erhalten bis 2010 bis zu 150 Patientinnen und Patienten mit Diamorphin zu versorgen. Die Versorgung der Schwerstopioid abhängigen erfolgt im öffentlichen Interesse.

8; *Schirrmacher*, ZRP 1997, 242/ 245; *Weber* BtMG § Rn 84.

Das zuständige Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte hat dem Antrag vollumfänglich stattgegeben. Auch das Bundesinstitut hält die Überlegenheit von Diamorphin gegenüber Methadon durch die Heroinstudie für wissenschaftlich belegt.

Letztlich ist diese Entwicklung als Ausdruck der Tatsache zu werten, dass mit der klar positiven Bewertung dieser Therapieform im Rahmen einer Arzneimittelstudie auch in rechtlicher Hinsicht die Weichen zugunsten einer Zulassung dieser Therapieform gestellt wurden. Eine Ablehnung dieses Gesetzgebungsverfahrens wird daher nach derzeitigem Stand die Fortsetzung der kontrollierten Heroinvergabe nicht verhindern können. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat des Weiteren dargelegt, dass es allen Städten, die einen entsprechenden Antrag stellen, eine Ausnahmegenehmigung nach § 3 Abs. 2 BtMG erteilen muss.

Ein dauerhafter Verzicht auf eine gesetzliche Regelung zugunsten einer Fortführung der provisorischen Genehmigungen kann weder im Interesse der Befürworter noch der Kritiker der Heroinvergabe liegen. Eine faire Kostenteilung zwischen Ländern, Kommunen und Krankenkassen, wie sie etwa bei der Methadonvergabe besteht, ist ohne gesetzliche Regelung nicht erreichbar. Gleichzeitig kann das Ziel, die Diamorphinvergabe räumlich auf die Großstädte zu begrenzen, nur mit einer gesetzlichen Regelung erreicht werden. Gerade diejenigen Abgeordneten, denen die Sorge um die Ausstiegsorientierung der kontrollierten Diamorphinvergabe besonders am Herzen liegt, haben aus unserer Sicht guten Grund, einer gesetzlichen Regelung zu zustimmen. Denn während beispielsweise der vorliegende Gesetzentwurf dazu verpflichtet, nach zwei Jahren zu überprüfen, ob eine Fortsetzung der Therapie im Einzelfall erforderlich ist, enthält die der Stadt Frankfurt am Main erteilte Ausnahmegenehmigung eine solche Auflage nicht. Das Gesetzgebungsverfahren ermöglicht es, solche Aspekte klar zu regeln.

Die Stadt Frankfurt am Main hat in ihrem Antrag zur Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 3 Abs. 2 BtMG ausführlich dargelegt, dass die Versorgung von Schwerstabhängigen mit der nachweislich wirksamsten Form der Behandlung ein Recht mit Verfassungsrang darstellt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat mit der Erteilung einer Ausnahmegenehmigung vom 20.04.2007 diese Sicht bestätigt.

Die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes mit dem Ziel die Behandlung Schwerstopiatabhängiger mit Diamorphin zu gewährleisten, ist daher verfassungsrechtliches Gebot.

## **1. Verfassungsrechtliches Gebot des Zugangs zur Diamorphinvergabe**

Dass es sich bei Schwerstabhängigen um schwer kranke Menschen handelt, steht außer Frage.

Vgl. nur die Präambel der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 22.3.2002.

Desgleichen, dass der Versorgungsauftrag mit Arzneimitteln auch die Zielgruppe der Drogenabhängigen umfasst.

Für den Arzt ergibt sich die Pflicht, die Gesundheit der Menschen zu fördern und zu erhalten, aus den Prinzipien seiner Berufsethik. Ausdrücklich niedergelegt wurde sie in Nr. 2 der Helsinki-Deklaration, vgl. die Dokumentation der Neufassung und der Kommentar von Taupitz in Deutsches Ärzteblatt Jg. 98 2001, A 2413 ff

Unstreitig dient auch die heroingestützte Behandlung mit dem Ziel, Schwerstabhängige aus der Abhängigkeit zu führen, ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand zu verbessern und die gesundheitlichen Risiken insbesondere für AIDS- und Hepatitis-Kranke zu vermindern, der staatlichen Aufgabe, die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher zu stellen und die allgemeine Gesundheit zu fördern.

**Diese Verpflichtung ergibt sich aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG und Art. 1 Abs. 1 GG. Darüber hinaus lässt sich der Nr. 2 der Helsinki-Deklaration eine staatliche Verpflichtung entnehmen, die ärztliche Gesundheitsförderung und –erhaltung nicht durch rechtliche Bestimmungen zu behindern oder unmöglich zu machen.**

Dem grundrechtlich geschützten Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 GG kommt „im Wertehorizont des Grundgesetzes“ als „elementare Voraussetzung für die Wahrnehmung der übrigen Grundrechtsgewährleistungen“ eine besondere Bedeutung zu.

*BVerwG* a.a.O. Weitere Nachw. bei *Schulze-Fielitz* in: Dreier GG, 2. Aufl. 2004, Art. 2 II Rn. 28, 33 ff., 51.

Ein Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit kann nicht nur dadurch erfolgen, dass staatliche Organe selbst eine Körperverletzung vornehmen oder durch ihr Handeln Schmerzen zufügen, sondern dass staatliche Organe die aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG abzuleitende Schutzpflicht verletzen.

**Danach ist „der Schutzbereich des Grundrechts ... auch berührt, wenn der Staat Maßnahmen ergreift, die verhindern, dass eine Krankheit geheilt oder wenigstens gemildert werden kann und wenn dadurch körperliche Leiden ohne Not fortgesetzt und aufrechterhalten werden. Das gilt insbesondere durch die staatliche Unterbindung des Zugangs zu prinzipiell verfügbaren Therapiemethoden zur nicht unwesentlichen Minderung von Leiden.“**

*BVerfG* NJW 1999, 3399/3400f.; *Schulze-Fielitz* in Dreier, GG Art. 2 II Rn 48; *Murswiek* in: *Sachs*, GG, 3. Aufl. 2003, Art. 2 Rn 159a.

**Deshalb ist eine gesetzliche Regelung nicht nur sinnvoll und begrüßenswert, sondern stellt eine Verpflichtung für die Verfassungsorgane der Bundesrepublik Deutschland dar, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können.**

Dass körperliche Unversehrtheit nicht allein im Interesse Privater steht, sondern mit der objektiven Bedeutung dieses Grundrechts und der daraus abgeleiteten Schutzpflicht zugleich ein Anliegen der Allgemeinheit bezeichnet, ist eine Rechtsauffassung, die von der Kommentarliteratur zum BtMG einhellig geteilt wird.

*Franke* in: *Franke/Wienroeder* Rn 7; *Körner* BtMG § 3 Rn 30; *Weber* BtMG § 3 Rn. 102.

**Eine Verstärkung erfährt die grundrechtliche Verbürgung der körperlichen Unversehrtheit durch ihre Nähe zur Menschenwürde, deren Achtung und Schutz aller staatlichen Gewalt als ausdrücklich positiviert Pflicht auferlegt ist.**

So können eine schwere Krankheit und das Leiden an starken, dauerhaften Schmerzen den Betroffenen daran hindern, ein selbstbestimmtes und seinen Vorstellungen von einem menschenwürdigen Leben entsprechendes Leben zu führen. Dass Drogenabhängigkeit eine schwere Krankheit darstellt und dass die damit einhergehende körperlich-gesundheitliche sowie psychische Verwahrlosung einschließlich des suchtbedingten Beschaffungszwangs einem Leben in Würde entgegensteht, ist evident und bedarf keiner näheren Erläuterung.

**Folglich begründen Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG zugunsten der Schwerstabhängigen eine besondere Verpflichtung der staatlichen Organe, deren angemessene medizinische Versorgung sicher zu stellen.**

Aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG und Art. 1 Abs. 1 GG hat die Rechtsprechung gefolgert, dass die Therapierung Schwerkranker nicht nur deren individuelle Interessen verfolgt, sondern zugleich ein Anliegen der Allgemeinheit ist.

*BVerwG NJW 2005, 3300/3301. Vgl. BVerfG NJW 1999, 3399/3401.*

Diese Folgerungen lassen sich zwanglos auf alle Schwerstabhängige übertragen, die in die heroingestützte Behandlung einbezogen werden sollen.

Ebenso enthält die Helsinki-Deklaration des Weltärztebundes –

Dazu die Dokumentation der Neufassung und der Kommentar von Taupitz in Deutsches Ärzteblatt Jg. 98 2001, A 2413 ff.

die ethische Verpflichtung, den am Modellprojekt beteiligten Probanden den Zugang zu denjenigen Verfahren zu gewährleisten, die sich in der Erprobung als die besten prophylaktischen und therapeutischen Verfahren erwiesen haben.

Helsinki-Deklaration Nr. 19 und 30, Dt. Ärzteblatt 2001, A 2419.

**Danach soll es forschungsethisch nicht mehr zulässig sein, eine Studie durchzuführen, ohne der betroffenen Bevölkerung anschließend auch die Vorteile der Forschung zukommen zu lassen.**

Diese ethische Verpflichtung adressiert sich zwar primär an die Ärzteschaft, ist aber infolge des Modellprojekts auf dessen Träger zu übertragen und entfaltet im Kontext von Art. 1 Abs. 1 GG und Art. 2 Abs. 1 GG zugleich verfassungsrechtliche Relevanz: Einerseits lässt sich Art. 1 Abs. 1 GG i.V.m. der Helsinki-Deklaration das Gebot entnehmen zu verhindern, dass die Teilnehmer an der Erprobung einer medizinischen Therapie als bloße Objekte der Forschung behandelt werden. Andererseits verstärkt das ethische Gebot die Schutzpflicht zugunsten derjenigen, die sich für die Erprobung einer Therapie zur Verfügung gestellt haben.

Hinsichtlich der noch nicht in der Behandlung befindlichen Gruppe von Schwerstabhängigen ergibt sich die grundrechtliche Schutzpflicht daraus, dass diese wegen ihres extrem schlechten körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes sowie ihrer sozialen Verelendung mit den herkömmlichen Angeboten an Drogen- und Substitutionsbehandlung nicht erreicht werden, dem öffentlichen Gesundheitswesen jedoch mit der kontrollierten Diamorphinvergabe eine nachweislich geeignete Behandlungsform zur Verfügung steht.

Vgl. auch *Schirmacher* ZRP 1997, 242 zur Situation der Schwerstabhängigen im Strafvollzug und der staatlichen Behandlungspflicht.

**Dass es sich hierbei nur um Schwerstabhängige handelt, die einer Behandlung zugeführt werden dürfen, ist durch den Gesetzentwurf weitgehend gesichert. (Siehe Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung Ds 16/4696 § 5, Neu (9a))**

## **2. Erforderlichkeit einer heroingestützten Behandlung**

**Die Versorgung Schwerstabhängiger mit Heroinprodukten zu therapeutischen Zwecken ist erforderlich, weil die im oben ausgeführten Sinne notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sich für die Gruppe der Schwerstabhängigen mit anderen, in zumindest gleicher Weise wirksamen Therapien nicht sicherstellen lässt.**

Die heroingestützte Behandlung Schwerstabhängiger ist *erforderlich*, da sich die notwendige medizinische Versorgung der Behandlungsgruppe auf andere Weise, insbesondere durch ein zugelassenes Arzneimittel oder eine

Substitutionsbehandlung mit einem Betäubungsmittel gemäß Anlage III zum BtMG, nicht ebenso effektiv bewerkstelligen ließe.

Zur Voraussetzung der Erforderlichkeit *BVerfG* NJW 1999, 3300/3302; *BVerwG* NJW 2005, 3300/3302.

Die Erforderlichkeit der Diamorphinvergabe ergibt sich aus der Eignung der beantragten Behandlung mit einem Betäubungsmittel zur Versorgung der Bevölkerung und aus der vergleichenden Betrachtung der heroingestützten Behandlung mit der Methadonbehandlung.

Zu den Voraussetzungen der Eignung und des Therapievergleichs *BVerwG* NJW 2005, 3300/3301f.; *VG Berlin* NJW 1997, 816. Vgl. *Körner* BtMG, § 3 Rn 19; *Franke* in: *Franke/Wienroeder*, BtMG § 3 Rn 2; *Weber* BtMG, § 3 Rn 110.

Zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung eignet sich die Verabreichung von Betäubungsmitteln wie Diamorphin, wenn sie wegen ihrer pharmakologischen Wirkung bei den Patienten zu medizinischen Zwecken, also zur Heilung oder Linderung von Krankheiten, als Arzneimittel angewendet wird. Es muss daher eine medizinische Indikation für die Verabreichung von Diamorphin zur Linderung der Symptome einer medizinisch behandlungsbedürftigen Opiatabhängigkeit geben. Dabei ist der Begriff der medizinischen Indikation nach der Rechtsprechung weit auszulegen.

*BGH* StV 1991, 352 zur Polamidon-Substitution. Vgl. auch *VG Berlin* NJW 1997, 816/818. Zur Vergabe von Heroin als medizinischer indizierter Behandlung: *Schirmacher* ZRP 1997, 242/245.

Dass eine Opiatabhängigkeit im medizinischen Sinne behandlungsbedürftig ist, steht außer Frage. Insofern liegt dem Grunde nach die Situation einer medizinischen Indikation vor.

Zur Behandlungsbedürftigkeit von Heroinabhängigkeit: Präambel der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 22.3.2002; *Schirmacher* ZRP 1997, 242 m. zahlr. Nachw.; *Seidenberg* in *Neumeyer/Schaich-Walch* (Hg.), *Zwischen Legalisierung und Normalisierung* 1992, 126 ff.; *Schneider* in *Nimsch* (Hg.), *Heroin auf Krankenschein* 1993, 13 ff.

Nach Abschluss des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger kann die medizinische Indikation, gemessen an den Behandlungseffekten, insbesondere der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Probanden und dem Rückgang des illegalen Drogenkonsums, uneingeschränkt bejaht werden.

Vgl. dazu im Einzelnen *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf* Arbeitsbericht; zu den gesundheitsökonomischen Aspekten von der *Schulenburg/Claes*, Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie – Gesundheitsökonomische Begleitforschung. Endbericht, Hannover Oktober 2006 [im Folgenden: Endbericht Hannover].

Dass die kontrollierte Vergabe von Diamorphin an Schwerstabhängige geeignet ist, deren Gesundheitszustand signifikant - im Sinne einer *harm reduction* - zu verbessern, wird, soweit ersichtlich, von keiner Seite und insbesondere nicht von Kritikern des Modellprojekts bestritten.

Ausdrücklich *Weber* BtMG, Einl. Rn. 154.

**Ein zugelassenes Arzneimittel, das anstelle von Diamorphin verabreicht werden könnte und im Hinblick auf die Behandlungseffekte unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit als gleichwertig zu beurteilen wäre, ist nicht ersichtlich.**

Mithin konzentriert sich die Prüfung der *Erforderlichkeit* auf die vergleichende Betrachtung einer heroingestützten Behandlung mit einer Substitutionsbehandlung mit Methadon.

Vor dem bundesdeutschen Modellprojekt zur kontrollierten Heroinvergabe konnten die Wirksamkeitsvorteile einer heroingestützten Behandlung gegenüber einer herkömmlichen Substitutionsbehandlung mit Methadon allenfalls vermutet oder aber hinsichtlich der im Ausland gewonnenen und wegen des Designs der jeweiligen Forschungsprojekte nicht unumstrittenen Erkenntnisse -

Zum Schweizer Versuch: *Schweizer Bundesamt für Gesundheitswesen* (Hg.) Schlussbericht der Begleitforschung.....; krit. Stellungnahme der Bundesärztekammer, zit. nach *Sauer* FAZ vom 11.8.1997; *Weber* BtMG Einl Rn 157 ff.; Vgl. auch die Kontroverse von *Killias* Kriminalistik 1999, 311



und *Koch* Kriminalistik 1999, 543 sowie von *Adams* ZRP 1997, 52 und *Hellebrand* ZRP 1997, 60. Vgl. auch den Bericht der externen Expertenkommission der WHO zur Beurteilung der Schweizerischen wissenschaftlichen Studien über die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln an Drogenabhängige 1999.-

auch für die Bundesrepublik Deutschland als plausibel angenommen oder empfohlen werden.

*Uchtenhagen* Schweizerische Rundschau Medizin (PRAXIS) Nr. 34 1994, 3 ff. und *Uchtenhagen* 1997, 139/141.

### **Nach Abschluss und Auswertung der bundesdeutschen multizentrischen Studie -**

**siehe dazu und zum Folgenden die im Arbeitsbericht Hamburg und im Endbericht Hannover vorgelegten Ergebnisse der Auswertung -**

**haben sich die Annahmen, Prognosen und Empfehlungen nunmehr zu wissenschaftlich fundierten und eindeutigen Erkenntnissen verdichtet, welche die Befürchtungen in Hinsicht auf die Behandlungseffekte der diamorphingestützten Therapie - insbesondere die Verbesserung des gesundheitlichen Zustands der Probanden, die Erreichung der Abhängigen und die Haltequote sowie die Zielsetzung der Drogenabstinenz - widerlegen.**

Der Auswertung der Hauptstudie und der Spezialstudien ist für eine Vergleichsanalyse der heroingestützten mit einer Methadon-Behandlung für die hier allein interessierende Gruppe der Schwerstabhängigen u. a. zu entnehmen:

- Generell erweist sich die heroingestützte Behandlung sowohl hinsichtlich der primären Behandlungseffekte (Zugang zur Behandlung, Erreichbarkeit der Zielgruppen, Akzeptanz und Verbleib in der Behandlung, Verbesserung des Gesundheitszustandes und Reduktion des Beikonsums) als auch hinsichtlich der sekundären Behandlungseffekte (hoher Kontakt zur Drogenhilfe, Entlastung vom Beschaffungsdruck, Entkriminalisierung, soziale Integration in den Bereichen Freundeskreis und Familie, Beruf, Wohnen, Neustrukturierung der Lebensbedingungen und Reduktion der Abhängigkeit) einer Substitutionsbehandlung mit Methadon deutlich überlegen.

- Die Behandlungseffekte der heroingestützten Behandlung und der innerhalb der Studie optimierten Methadonbehandlung liegen im Bereich mittlerer bis sehr großer Effektstärken bei einer statistisch signifikanten Überlegenheit der heroingestützten Behandlung.
- Hinsichtlich der Zahl der Behandlungsbeender und der Behandlungsabbrecher erweist sich die heroingestützte Behandlung einer Substitutionsbehandlung als deutlich (ca. 18 % bzw. 25 %) überlegen.
- Die Inanspruchnahme der medizinischen Behandlung korreliert sehr hoch mit der Inanspruchnahme der psychosozialen Begleitbehandlung. Allerdings unterscheidet sich hier hinsichtlich der Haltequote der psychosozialen Begleitbehandlung die Heroingruppe (49 %) signifikant von der Methadongruppe (36 %).
- Für die Einzelkriterien „Konsum von Straßenheroin“ und „körperliche Gesundheit“ wird sowohl in der Heroingruppe als auch in der Methadongruppe sowohl bei Behandlungsbeendern als auch bei Dropouts eine hohe Stärke des Behandlungseffekts erreicht. Die Effekte in beiden Teilgruppen der Heroingruppe sind nach Maßgabe der beiden Kriterien deutlich größer als in den Teilgruppen der Methadongruppe.
- Die positiven Veränderungen im Bereich der psychischen Gesundheit und im Konsum von Kokain sind geringer ausgeprägt. Gleichwohl bleiben auch hier die Unterschiede zwischen der Heroin- und Methadongruppe in Bezug auf das Kriterium „psychische Gesundheit“ erhalten.
- Hinsichtlich des Kriteriums „Drogenkonsum“ zeigt sich, dass bei Patienten der Heroingruppe, für die die heroingestützte Behandlung die erste Substitutionsbehandlung ist, in diesem Kriterium besonders gute Therapieerfolge erreicht werden, während Patienten der Methadongruppe, für die die Methadonbehandlung die erste Substitutionsbehandlung ist, in diesem Kriterium eher wenig Erfolg haben.
- Bezogen auf das integrierte Erfolgskriterium (gemittelte Effekte der Einzelkriterien) zeigen sich für die Heroingruppe in den Städten Hamburg und Frankfurt, für die Methadongruppe in den Städten Hannover, Köln und Frankfurt überdurchschnittlich

hohe Werte. Die Überlegenheit der heroingestützten Behandlung ist in den Städten Karlsruhe, Frankfurt und München überdurchschnittlich groß.

Nachw. Arbeitsbericht Hamburg, 39 ff., 47 ff., 65 ff., 73 ff.

**Die Befragung externer Experten führte zu einer deutlich positiven Einschätzung der heroingestützten Behandlung.** Als Vorteile und Chancen wurden insbesondere genannt:

- Aufgrund der höheren Akzeptanz des Originalstoffs Heroin (gegenüber Methadon) schafft dieser bessere Voraussetzungen für Verhaltensänderungen (Entlastung vom Beschaffungsdruck, Rückgang des Beikonsums).
- Ein Ausstieg aus der Sucht bis hin zur Abstinenz ist für Schwerstabhängige über die heroingestützte Behandlung einfacher zu erreichen als über Methadonsubstitution. Für diese Patientengruppe ist die heroingestützte Behandlung der letzte Ausweg bei Versagen der etablierten Behandlungsverfahren und trägt, effektiver als die Methadonbehandlung, zur Reduktion der Anzahl Drogentoter bei.
- Die heroingestützte Behandlung ergänzt das Angebot der Drogenhilfe. Auch dem Teil der Heroinabhängigen mit schlechtem Gesundheitsstatus, die mit den etablierten Angeboten der Drogenhilfe nicht mehr erreicht werden, kann mit dieser Behandlungsform eine Therapielperspektive eröffnet werden. Die heroingestützte Behandlung reduziert damit letztlich auch die gesellschaftlichen Kosten der Heroinabhängigkeit.
- Von der Mehrheit der Experten werden bei Übernahme der heroingestützten Behandlung in die Versorgungspraxis keine nachteiligen Auswirkungen auf die Inanspruchnahme bereits etablierter Substitutionsangebote und unmittelbar abstinenzorientierter Behandlungen erwartet, da die Nachfrage nach diesen Angeboten während der Laufzeit des Heroinprogramms nicht zurückgegangen ist.

Vgl. Arbeitsbericht, 83 ff.

Aufgrund der Ergebnisse des Modellprojekts ist die heroingestützte Behandlung nach Maßgabe der gesetzlichen Vorgaben und vor allem grundrechtlichen Verbürgungen insoweit als erforderlich zu bezeichnen, als auch bei vorsichtiger Interpretation der aus dem Projekt gewonnenen Erkenntnisse mit der Methadon-Substitutionsbehandlung für Schwerstabhängige eine in gleicher Weise wirksame Behandlungsmethode nicht zur Verfügung steht.

### **3. Missbrauchsgefahr**

Im Hinblick auf die Missbrauchsgefahren sind wiederum die im deutschen Modellprojekt gewonnenen Erkenntnisse instruktiv. **Zum einen haben sich Befürchtungen, die Heroinstudie würde dem Missbrauch Tor und Tür öffnen, -**

Zu den hinsichtlich des Modellprojekts angenommenen Missbrauchsgefahren *Weber* BtMG Einl Rn 153 ff.; vgl. auch die o.a. Literatur zum Schweizerischen Projekt und die Erfahrungen aus der Praxis der Heroingabe in England. -

**nicht, jedenfalls bei weitem nicht in dem angenommenen Ausmaße bewahrheitet.**

Bei einer heroingestützten Behandlung lässt sich weder im Rahmen eines Forschungsprojekts noch im Rahmen des hier beabsichtigten Therapieprogramms völlig ausschließen, dass einzelne Patienten diese Behandlungsmethode nur deshalb in Anspruch nehmen, weil sie ausschließlich am Rauschzustand interessiert sind. Gleichwohl ist diese Gruppe, nach den in den Auswertungen des Modellprojekts dokumentierten Erfahrungen und den Aussagen der externen Experten zufolge zahlenmäßig nicht so bedeutend, dass sie die Vorteile einer heroingestützten Behandlung entwerten könnten.

Arbeitsbericht Hamburg, 83 f.

Die heroingestützte Behandlung fördert zudem den neben der notwendigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung in § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG normierten Zweck der Verhinderung oder Beendigung von Betäubungsmittelabhängigkeit.

**Dies wird durch die Überprüfung der Notwendigkeit der Diamorphinbehandlung nach zwei Jahren ohne Einschränkungen gewährleistet. (Siehe DS. 16/4696 Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsordnung, § 5 Neu (9d)).**

Hinsichtlich des Abstinenzziels gilt nach dem Willen des Betäubungsmittelgesetzgebers, wie oben für den Missbrauch ausgeführt, dass die Erhaltung der Betäubungsmittelabhängigkeit „soweit wie möglich“ auszuschließen ist. Mit der Änderung des § 13 BtMG und der Einfügung des § 10a BtMG sowie der Neuformulierung der BtMVV haben der Gesetzgeber und der Normgeber klargestellt, dass zur ärztlichen Behandlung einer BtM-Abhängigkeit bzw. zur Verbesserung der Lebenssituation von Abhängigen auch Betäubungsmittel verschrieben und verordnet werden dürfen und dass der Konsum in dazu vorgesehenen Räumen zu tolerieren ist. Hieraus haben Rechtsprechung und Literatur gefolgert, dass es zulässig und mit den Bestimmungen des BtMG vereinbar ist, wenn Substitutionsprogramme wie auch die heroingestützte Behandlung über zunächst suchterhaltende Zwischenschritte erst zum Fernziel der Drogenfreiheit gelangen.

*Körner BtMG § 5 Rn 16; VG Berlin NJW 1997, 816.*

Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die im Modellprojekt und nunmehr im Gesetzgebungsverfahren anvisierte Gruppe der Schwerstabhängigen, die aufgrund ihres extrem schlechten körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes und ihrer sozialen Verelendung von den herkömmlichen therapeutischen Angeboten nicht mehr erreicht werden.

*Dazu Schirrmacher ZRP 1997, 242/244; Körner BtMG § 5 Rn 20; VG Berlin NJW 1997, 816/818.*

Die Mitglieder dieser Gruppe der Drogenabhängigen haben durchweg mehrfache Therapieabbrüche und das Scheitern in Methadonprogrammen hinter sich. Eine Therapiebereitschaft kann bei diesen Patienten nur erreicht werden, wenn vorher eine Stabilisierung gelingt, indem der gesundheitliche Zustand verbessert und die psychische Labilität überwunden wird.

**Ziel der kontrollierten Diamorphinvergabe bleibt die Abstinenz. Die Realisierung des Ziels der Drogenfreiheit hat sich jedoch an der je spezifischen Befindlichkeit der Betroffenen und ihren Möglichkeiten zu orientieren, wie die Formulierung des § 5 BtMG zeigt. Es ist gerade nicht gefordert, Abstinenz gleichsam schlagartig zu erreichen.** Ein schrittweiser Prozess hin zu einem Leben ohne Drogen, wie er sowohl dem Modellprojekt wie auch dem nunmehr vorgelegten Gesetzesvorhaben zugrunde liegt, ist also mit dem geltenden Betäubungsmittelrecht unstreitig zu vereinbaren.

Dass es sich bei der kontrollierten Abgabe von Heroin an Schwerstabhängige nicht um eine abstrakte Hoffnung handelt, die dazu herhalten soll, das Ziel der Abstinenz zu unterlaufen, dass vielmehr die heroingestützte Behandlung neben der Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes der Probanden/Patienten zugleich zu einer Reduktion des Drogenkonsums führt, ergibt sich aus allen bisher gewonnenen Erkenntnissen und insbesondere aus der wissenschaftlichen Auswertung des Modellprojekts.

Aufgrund der praktischen Erfahrungen sowie der Forschungsergebnisse ist auch ein ursprünglicher Skeptiker wie *Kreuzer* von seinen anfänglich geäußerten Bedenken gegenüber der Heroinvergabe an Schwerstabhängige explizit abgerückt.

*Kreuzer* NStZ 1998, 217/220; *Kreuzer* MEurop. Journal on Criminal Policy and Research, Vol. 2 No. 4 1994, 69 ff.

Die hier vorliegenden Gesetzentwürfe zur Vergabe von Diamorphin innerhalb einer kontrollierten Therapie für die Gruppe von Schwerstabhängigen führt schließlich auch nicht – wie vor Beginn des Modellprojekts gelegentlich befürchtet – zur Bagatellisierung des Drogenkonsums und zu einem Unterlaufen der gesetzlich gebotenen Abstinenzorientierung.

Diese Befürchtung äußerte etwa *Weber* BtMG, Einl. Rn 175.

Eine Bagatellisierung des Drogenkonsums wäre in der Tat dann zu besorgen, wenn ein Projekt oder eine Gesetzesänderung den Eindruck erweckte, ein Stoff sei weniger gefährlich als dies den Tatsachen entspricht. Diesen Effekt könnte unter Umständen die Diskussion um die Strafbarkeit von Cannabisbesitz und –konsum haben. Für das abgeschlossene Modellprojekt und die nunmehr anvisierte

heroingestützte Behandlung kann das freilich nicht gelten. Mit der strengen ärztlichen Kontrolle der Abgabe von Heroin und den Sicherheitsvorkehrungen ist eine Bagatellisierung des Heroinskonsums nicht zu befürchten. Im Gegenteil betonen die strengen vorgesehenen Aufnahme- und Teilnahmebedingungen gerade die Gefährlichkeit des Stoffes sowie den exzeptionellen Charakter des Projektes bzw. der Behandlung. Eine Herabstufung der Gefährlichkeit - etwa auf die Stufe zugelassener Arzneimittel - ist nicht zu befürchten, denn die Abgabe soll nicht, wie für Arzneimittel üblich, in Apotheken, sondern unter strenger ärztlicher Kontrolle erfolgen.

**Dies ist durch die angestrebte Änderung des Arzneimittelgesetzes (Ds 16/4696, § 47b (neu) und der Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung gewährleistet. (ebd. § 5, 9b (Neu)).**

Die hier angestrebte kontrollierte Abgabe des Originalstoffes soll der Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patienten dienen sowie das gesundheitliche Risiko für Aids-Kranke und Schwangere vermindern. Nach den Erkenntnissen des Modellprojekts und der Einschätzung externer Experten konnten diese Ziele erreicht werden.

Dazu im Einzelnen: Arbeitsbericht, a.a.O.; *Schirmacher* ZRP 1997, 242.

**Die kontrollierte Vergabe von Heroin an Schwerstabhängige konnte, wie oben ausgeführt, die gesundheitliche und soziale Verfassung der Probanden entscheidend verbessern, insbesondere weil reiner Originalstoff abgegeben, der Gebrauch kontrolliert und ein geschächsttherapeutischer Zusammenhang hergestellt wurden.**

**Entsprechendes wird mit der Festlegung, dass in den ersten 6 Monaten der Behandlung zwingend eine psychosoziale Betreuung stattfinden muss, erreicht. (16/4696, Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, § 5 Neu (9c))**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die heroingestützte Behandlung darauf abzielt, neben der gesundheitlichen Stabilisierung der Patienten und der Überwindung ihrer Verelendung zugleich den Prozess des Herauswachsenden von Schwerstheroinabhängigen aus der Abhängigkeit in ein drogenfreies Leben zu fördern.

Insgesamt sollen dadurch die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt und die Pflicht der Allgemeinheit, auch der Zielgruppe der Drogenabhängigen ausreichende ärztliche Hilfe und Behandlung bereitzustellen, erfüllt werden.

Zum medizinischen Versorgungsauftrag hinsichtlich der Gruppe der Drogenabhängigen und zur Versorgung mit Betäubungsmitteln zu medizinischen Zwecken: *BVerfG* NJW 2000, 3126; *VG Berlin*, NJW 1997, 816/818; *Schirmacher*, ZRP 1997, 242/ 245; *Weber* BtMG § Rn 84.