

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Drittes BtMG-Änderungsgesetz – 3. BtMG-ÄndG)

A. Zielsetzung

Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel,

1. die rechtlichen Voraussetzungen für die Zulassung und den Betrieb von Drogenkonsumräumen (auch „Fixerstuben“ oder „Gesundheitsräume“ genannt) zu schaffen und
2. die Einrichtung eines Substitutionsregisters für opiatabhängige Patienten sowie die Festlegung einer besonderen Qualifikation für Ärzte zu ermöglichen, die opiatabhängigen Patienten ein Substitutionsmittel verschreiben dürfen.

B. Lösung

Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und Schaffung von bundeseinheitlichen Rahmenvorschriften, nach denen die Landesregierungen den Betrieb von Drogenkonsumräumen näher regeln und genehmigen können. Einfügung neuer Verordnungsermächtigungen in das Betäubungsmittelgesetz, auf die der Ordnungsgeber Regelungen zur Schaffung eines Substitutionsregisters und zur Festlegung der Qualifikation der Ärzte stützen kann, die Substitutionsmittel verschreiben dürfen.

C. Alternativen

Die gegenwärtigen rechtlichen Einwände gegen die Zulässigkeit von bereits betriebenen Drogenkonsumräumen könnten zwar formal durch eine Korrektur der einschlägigen strafrechtlichen Verbote ausgeräumt werden. Eine solche formale „strafrechtliche Lösung“ würde aber nicht ausreichen, um die rechtlichen Grenzen für das Tun der Betreiber und des Personals von künftigen Drogenkonsumräumen bzw. den künftigen Betrieb der vorhandenen Drogenkonsumräume ausreichend zu bestimmen und so Verstöße gegen das nationale und internationale Suchstoffrecht auszuschließen. Auch hinsichtlich der Einrichtung eines Substitutionsregisters für opiatabhängige Patienten sowie der Festlegung der Qualifikation für substituierende Ärzte besteht keine Alternative.

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Dem Bund und den Wirtschaftsunternehmen entstehen durch die Gesetzesänderung keine zusätzlichen Kosten. Den Ländern und Gemeinden können durch die Gesetzesänderung zusätzliche Kosten entstehen, die nicht quantifizierbar sind.

E. Sonstige Kosten

Den sozialen Sicherungssystemen können durch die Gesetzesänderung zusätzliche Kosten entstehen, die nicht quantifizierbar sind. Den Wirtschaftsunternehmen entstehen durch die Gesetzesänderung keine zusätzlichen Kosten. Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
022 (312) – 231 03 – Be 62/99

Berlin, den 20. Oktober 1999

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
(Drittes BtMG-Änderungsgesetz – 3. BtMG-ÄndG)

mit Begründung (Anlage 1) und Vorbatt.

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Der Bundesrat hat in seiner 742. Sitzung am 24. September 1999 gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 2 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der als Anlage 3 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Gerhard Schröder

Anlage 1

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Drittes BtMG-Änderungsgesetz – 3. BtMG-ÄndG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Das Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 26. Januar 1998 (BGBl. I S. 160), wird wie folgt geändert:

1. Nach § 10 wird folgender § 10a eingefügt:

„§ 10a

Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen

(1) Einer Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde bedarf, wer eine Einrichtung betreiben will, in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird (Drogenkonsumraum). Eine Erlaubnis kann nur erteilt werden, wenn die Landesregierung die Voraussetzungen für die Erteilung in einer Rechtsverordnung nach Maßgabe des Absatzes 2 geregelt hat.

(2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis nach Absatz 1 zu regeln. Die Regelungen müssen insbesondere folgende Mindeststandards für die Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen festlegen:

1. zweckdienliche sachliche Ausstattung der Räumlichkeiten, die als Drogenkonsumraum dienen sollen;
2. Gewährleistung einer sofort einsatzfähigen medizinischen Notfallversorgung;
3. medizinische Beratung und Hilfe zum Zwecke der Risikominderung beim Verbrauch der von Abhängigen mitgeführten Betäubungsmittel;
4. Vermittlung von weiterführenden Angeboten der Beratung und Therapie;
5. Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten nach diesem Gesetz in Drogenkonsumräumen, abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 zum Eigenverbrauch in geringer Menge;
6. erforderliche Formen der Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden, um Straftaten im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume soweit wie möglich zu verhindern;

7. genaue Festlegung des Kreises der berechtigten Benutzer von Drogenkonsumräumen, insbesondere im Hinblick auf deren Alter, die Art der mitgeführten Betäubungsmittel sowie die erlaubten Konsummuster, offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten sind von der Benutzung auszuschließen;

8. eine Dokumentation und Evaluation der Arbeit in den Drogenkonsumräumen,

9. ständige Anwesenheit von persönlich zuverlässigem Personal in ausreichender Zahl, das für die Erfüllung der in den Nummern 1 bis 7 genannten Anforderungen fachlich ausgebildet ist;

10. Benennung einer sachkundigen Person, die für die Einhaltung der in den Nummern 1 bis 9 genannten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde verantwortlich ist (Verantwortlicher) und die ihm obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen kann.

(3) Für das Erlaubnisverfahren gelten § 7 Satz 1 und 2 Nr. 1 bis 4 und 8, §§ 8, 9 Abs. 2 und § 10 entsprechend; dabei tritt an die Stelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte jeweils die zuständige oberste Landesbehörde, an die Stelle der obersten Landesbehörde jeweils das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

(4) Eine Erlaubnis nach Absatz 1 berechtigt das in einem Drogenkonsumraum tätige Personal nicht, eine Substanzanalyse der mitgeführten Betäubungsmittel durchzuführen oder beim unmittelbaren Verbrauch der mitgeführten Betäubungsmittel aktive Hilfe zu leisten.“

2. § 13 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(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. das Verschreiben von Substitutionsmitteln für Drogenabhängige von der Erfüllung von Mindestanforderungen an die Qualifikation der verschreibenden Ärzte abhängig gemacht und die Festlegung der Mindestanforderungen den Ärztekammern übertragen,

3. Meldungen

- a) der verschreibenden Ärzte an die obersten Landesgesundheitsbehörden über die Patienten, denen ein Substitutionsmittel verschrieben wurde, in anonymisierter Form,
- b) der Ärztekammern an die obersten Landesgesundheitsbehörden über die Ärzte, die die Mindestanforderungen nach Nummer 2 erfüllen, und

Mitteilungen

- c) der obersten Landesgesundheitsbehörden an die verschreibenden Ärzte über die Patienten, denen bereits ein anderer Arzt ein Substitutionsmittel verschrieben hat, in anonymisierter Form,
- d) der obersten Landesgesundheitsbehörden an die Apotheken über die Ärzte, die die Mindestanforderungen nach Nummer 2 erfüllen,

sowie Art der Anonymisierung, Form und Inhalt der Meldungen und Mitteilungen vorgeschrieben,

4. 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

5. Ausnahmen von § 4 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe c für die Ausrüstung von Kauffahrteischiffen erlassen werden.

Die Empfänger nach Satz 2 Nr. 3 dürfen die übermittelten Daten nicht für einen anderen als den in Satz 1 genannten Zweck verwenden.“

3. In § 19 Abs. 1 Satz 3 werden nach dem Wort „Krankenhäusern“ ein Komma und das Wort „Drogenkonsumräumen“ eingefügt.

4. § 29 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Nummern 10, 11 und 14 wie folgt gefasst:

„10. einem anderen eine Gelegenheit zum unbefugten Erwerb oder zur unbefugten Abgabe von Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt, eine solche Gelegenheit öffentlich oder eigennützig mitteilt oder einen anderen zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln verleitet,

11. ohne Erlaubnis nach § 10a einem anderen eine Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt oder eine Gelegenheit zu einem solchen Verbrauch eigennützig oder, wenn es sich nicht um eine Einrichtung nach § 10a handelt, öffentlich mitteilt.

14. einer Rechtsverordnung nach § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 oder § 13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 oder 5 zuwiderhandelt, soweit sie für einen

bestimmten Tatbestand auf diese Strafvorschrift verweist.“

- b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige und die öffentliche Information darüber sind kein Verschaffen und kein öffentliches Mitteilen einer Gelegenheit zum Verbrauch nach Satz 1 Nr. 11.“

5. Dem § 31a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Von der Verfolgung soll abgesehen werden, wenn der Täter in einem Drogenkonsumraum Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch, der nach § 10a geduldet werden kann, in geringer Menge besitzt, ohne im Besitz einer schriftlichen Erlaubnis zu sein.“

6. § 32 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 werden nach der Angabe „§ 7“, in Nummer 3 nach der Angabe „§ 8 Abs. 3 Satz 1“ und in Nummer 4 nach der Angabe „§ 9 Abs. 2“ jeweils ein Komma und die Angabe „auch in Verbindung mit § 10a Abs. 3,“ eingefügt.

- b) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. einer Rechtsverordnung nach § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 bis 4, § 12 Abs. 4, § 13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, 3 oder 4, § 20 Abs. 1 oder § 28 Abs. 2 zuwiderhandelt, soweit sie für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist,“.

7. Folgender § 39 wird angefügt:

„§ 39
Übergangsregelung

Einrichtungen, in deren Räumlichkeiten der Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln vor dem 1. Januar 1999 geduldet wurde, dürfen ohne eine Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde nur weiterbetrieben werden, wenn spätestens zwölf Monate nach dem In-Kraft-Treten des Dritten BtMG-Änderungsgesetzes vom . . . (BGBl. I S. . . .) eine Rechtsverordnung nach § 10a Abs. 2 erlassen und ein Antrag auf Erlaubnis nach § 10a Abs. 1 gestellt wird. Bis zur unanfechtbaren Entscheidung über einen Antrag können diese Einrichtungen nur weiterbetrieben werden, soweit die Anforderungen nach § 10a Abs. 2 oder einer nach dieser Vorschrift erlassenen Rechtsverordnung erfüllt werden. § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 und 11 gilt auch für Einrichtungen nach Satz 1.“

Artikel 2

In-Kraft-Treten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

I. Allgemeines

Das Dritte BtMG-Änderungsgesetz soll zum einen Rechtsklarheit über die Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen (auch „Fixerstuben“ oder „Gesundheitsräume“ genannt) herstellen und zum anderen neue Verordnungsermächtigungen (§ 13 Abs. 3) für Regelungen über das Verschreiben zur Substitution vorsehen.

Die Eröffnung und der Betrieb von Drogenkonsumräumen soll künftig nach einem näher geregelten Erlaubnisverfahren erfolgen, das die bestmögliche Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen dadurch gewährleistet, dass qualifizierte Beratung und Hilfe geleistet werden.

Träger der Drogenhilfe haben in der Vergangenheit in einigen Städten Räumlichkeiten geschaffen, in denen unter Aufsicht und Kontrolle von Ärzten und weiterem Fachpersonal sowie unter hygienischen Bedingungen der Konsum von Heroin geduldet wird, das Drogenabhängige zu diesem Zweck mit sich führen. Der Betrieb der Drogenkonsumräume wurde zwar mit den örtlich zuständigen Strafverfolgungs-, Ordnungs- und Gesundheitsbehörden abgestimmt, es ist aber bisher keine Anpassung an die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften erfolgt, die insbesondere das Verschaffen einer „Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln“ gemäß § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 BtMG unter Strafe stellen. Eine gesetzliche Rechtsgrundlage für Drogenkonsumräume ist daher auch im Interesse der Betreiber sowie des darin beschäftigten Personals erforderlich.

Eine bundesgesetzliche Regelung im Sinne des Artikels 72 Abs. 2 GG ist erforderlich, da nur so einheitliche Rahmenbedingungen für die Zulassung und den Betrieb von Drogenkonsumräumen geschaffen werden können, soweit sich die Länder für die Einrichtung solcher Räumlichkeiten entscheiden. Bundesgesetzliche Rahmenbedingungen sind auch erforderlich, um die einheitliche und vertragsgemäße Umsetzung der Vorschriften der internationalen Suchtstoffübereinkommen beim Betrieb der Drogenkonsumräume sicherzustellen.

Zum anderen soll das Dritte BtMG-Änderungsgesetz Lücken in den Verordnungsermächtigungen für das Verschreiben von Betäubungsmitteln schließen. Diese betreffen Regelungsmöglichkeiten des Ordnungsgebers über die Qualifikation von Ärzten, die Substitutionsmittel für Opiatabhängige verschreiben, sowie über ein Meldesystem nebst behördlichem Register für Substitutionspatienten. Entsprechende Regelungen hat der Bundesrat einstimmig in den Entschlüssen vom 19. Dezember 1997 (BR-Drucksache 891/97) gefordert.

Dem Bund und den Wirtschaftsunternehmen entstehen durch die Gesetzesänderung keine zusätzlichen Kosten. Ländern, Gemeinden und den sozialen Sicherungssystemen

können durch die Gesetzesänderung zusätzliche Kosten entstehen, die nicht quantifizierbar sind. Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

II. Einzelvorschriften

Zu Artikel 1 (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes)

Zu Nummer 1

Diese Vorschrift bestimmt die rechtliche Grundlage für die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb eines Drogenkonsumraumes. Nach § 10a Abs. 1 kann ein Drogenkonsumraum künftig nach Erteilung einer behördlichen Erlaubnis eröffnet und betrieben werden. Da ein Drogenkonsumraum nicht ohne Berücksichtigung insbesondere der örtlichen Drogensituation, der dort vorhandenen Hilfsangebote für Suchtkranke und der finanziellen Gesamtplanung der Suchtkrankenhilfe eröffnet werden kann, soll die Erlaubnis, abweichend von § 3, von der zuständigen obersten Landesbehörde und nicht vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erteilt werden. Aus demselben Grund sieht Absatz 1 Satz 2 vor, dass die Landesregierungen über den Erlass der Rechtsverordnung entscheiden, die Voraussetzung für die Erteilung einer Erlaubnis ist. Schließlich enthält Absatz 1 eine Legaldefinition des Begriffs „Drogenkonsumraum“.

Absatz 2 Satz 1 enthält eine Verordnungsermächtigung der Landesregierungen, damit sie im Interesse der persönlichen und allgemeinen Sicherheit in Drogenkonsumräumen und deren unmittelbarer Umgebung die erforderlichen gesundheitlichen Hilfen und die Anforderungen an die personelle und sachliche Ausstattung der Räume (Mindeststandards) bedarfsgerecht konkretisieren können. Satz 2 bestimmt gemäß Artikel 80 Abs. 1 Satz 2 GG Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Die Landesregierungen können vielmehr im Rahmen der Länderkompetenz, insbesondere im Hinblick auf die erforderlichen psychosozialen und ggf. therapeutischen Angebote in Drogenkonsumräumen, weitere Anforderungen festlegen. Von der entsprechenden Übernahme der in den §§ 5 und 6 geregelten Bedingungen für die Erteilung einer Erlaubnis nach § 3 ist bewusst abgesehen worden, da in Drogenkonsumräumen spezielle Voraussetzungen für die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs erforderlich sind. Die nach den Nummern 1 bis 10 von den Ländern auszufüllenden Mindeststandards sollen vor allem die Gesundheit, die Sicherheit und die Kontrolle bei dem geduldeten Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln gewährleisten.

Absatz 3 Satz 1 nennt Vorschriften des Gesetzes, die im Verfahren zur Erteilung von Erlaubnissen nach § 10a entsprechend anzuwenden sind. Dies betrifft vor allem die formalen Voraussetzungen des Erlaubnisanspruchs, der Entscheidung und ihrer möglichen Beschränkungen und Auflagen sowie der Rücknahme und des Widerrufs einer Erlaubnis nach § 10a. Satz 2 trägt einerseits dem Umstand Rechnung, dass für die Erteilung der Erlaubnis nach § 10a – abweichend von § 3 – die oberste Landesgesundheitsbehörde zuständig ist. Andererseits ist es im Interesse der Bundesaufsicht geboten, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte über erteilte Erlaubnisse nach § 10a und deren Änderungen regelmäßig unterrichtet wird (vgl. § 7 Satz 1, § 8 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 10 Abs. 2).

Die Regelung in Absatz 4 soll klarstellen, dass das Verschaffen einer Gelegenheit zum Drogenkonsum nicht zu den vorrangigen Aufgaben eines Drogenkonsumraumes und seines Personals gehört und ihm daher jede aktive Unterstützung des Drogenkonsums verboten ist. Dies entspricht im Übrigen der mitgeteilten Praxis in den bestehenden Drogenkonsumräumen.

Zu Nummer 2

Diese Vorschrift soll die Ermächtigungen des Verordnungsgebers nach § 13 Abs. 3 ergänzen und ihm ermöglichen, mit Zustimmung des Bundesrates in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) Festlegungen zu treffen, nach denen

- das Verschreiben von Substitutionsmitteln nur dafür besonders qualifizierten Ärzten gestattet wird und
- das mehrfache Verschreiben von Substitutionsmitteln für denselben Patienten durch verschiedene Ärzte verhindert werden kann.

Entsprechende Regelungen sind nach Auffassung der Bundesregierung für eine erfolgversprechende und möglichst gefahrlose substitutionsgestützte Suchtbehandlung unerlässlich. Der Bundesrat hat entsprechende Regelungen in einer Entschließung verlangt (Entschließung Nr. 1 des Bundesrates vom 19. Dezember 1997 – BR-Drucksache 881/97). Die Qualität substitutionsgestützter Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland ist trotz verstärkter Fortbildungsaktivitäten der ärztlichen Selbstverwaltung insgesamt unbefriedigend. Im Ergebnis breit angelegter Untersuchungen ist festgestellt worden, „dass die Substitution ... den Qualitätsanforderungen gemäß dem internationalen Kenntnisstand nicht entspricht“ (Methadon-Expertise, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 55 S. XV).

Mit § 13 Abs. 3 neue Nummer 2 wird die Möglichkeit eröffnet, dass für Ärzte, die Substitutionsmittel verschreiben, eine besondere Qualifikation gefordert werden kann. Die Notwendigkeit dafür folgt aus den spezifischen Therapiemodalitäten, die bei der Durchführung einer substitutionsgestützten Behandlung betäubungsmittelabhängiger Patienten zu beachten sind:

Zum einen „ist die Substitution integrierter Bestandteil eines umfassenden Konzeptes für die Behandlung von Drogenabhängigen, das medizinische, psychotherapeuti-

sche und soziale Maßnahmen einschließt.“ (Methadon-Standards, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1995, S. 4). „Es muss sichergestellt werden, dass mittels verschriebener Substitutionsmittel nicht eine bestehende Drogen-sucht auf Dauer unterstützt wird. Ferner muss verhindert werden, dass Substitutionsmittel dem illegalen Drogenmarkt zugeführt werden. Dies ist letztendlich nur möglich, wenn der Arzt mit der notwendigen Sachkunde die Behandlung durchführt.“ (Begründung zur vorgenannten Entschließung des Bundesrates).

Zum anderen werden bei der Substitution aufgrund der Toleranzentwicklung der opiatabhängigen Patienten Wirkstoffmengen verschrieben, die normalerweise tödlich sind. Ärzte, die Substitutionsmittel verschreiben, müssen daher in der Pharmakologie der Opioide besondere Kenntnisse nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft besitzen, die nach einheitlichen Vorgaben auf hohem Niveau vermittelt werden sollten.

§ 13 Abs. 3 neue Nummer 3 soll es ermöglichen, Meldungen und Informationen über das Verschreiben von Substitutionsmitteln und über die besondere Qualifikation substituierender Ärzte vorzuschreiben.

Nach Buchstabe a werden Meldungen der substituierenden Ärzte über ihre Patienten an die oberste Landesgesundheitsbehörde ermöglicht. Die Patientendaten sind nach den Grundsätzen des Datenschutzgesetzes in der Weise zu anonymisieren, dass sie nicht oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand zurückgewonnen werden können.

Aufgrund dieser Regelung kann die bis zum Inkrafttreten der 10. BtMÄndV geltende Anzeigepflicht nach der BtMVV wieder eingeführt werden, für die es keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage im BtMG gab. Sie ist insbesondere erforderlich, um Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln für einen Patienten verhindern zu können. Die Praxis zeigt, dass einige Betäubungsmittelabhängige versuchen, von mehreren Ärzten Verschreibungen über Substitutionsmittel zu erhalten. Die so erworbenen Suchtstoffe werden nicht nur für den Eigenbedarf verwendet, sondern auch in der Szene geteilt. In einer Untersuchung über das Verschreiben von Substitutionsmitteln wird u.a. der Fall eines verstorbenen 28-jährigen Drogenabhängigen beschrieben, dem von acht verschiedenen Ärzten in 23 Tagen 4,7 Liter Dihydrocodein-Saft und 570 Flunitrazepam-Tabletten verschrieben worden waren. Der einzelne Arzt kann derzeit nicht systematisch prüfen, ob ein anderer Arzt für denselben Patienten Substitutionsmittel verschreibt. Die Wiedereinführung einer diesbezüglichen Meldepflicht in der BtMVV ist daher zum Schutz der Patienten und der Allgemeinheit unverzichtbar.

Nach Buchstabe b werden Meldungen der Ärztekammern über die besondere Qualifikation substituierender Ärzte nach § 13 Abs. 3 Nr. 2 an die oberste Landesgesundheitsbehörde ermöglicht. Diese Meldung ist erforderlich, um den Besitz der besonderen Qualifikation kontrollieren zu können. Dies ist bisher aufgrund der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 26. April 1999 (BAnz. Nr. 109

S. 9394) nur für Ärzte möglich, die ihre Tätigkeit im kassenärztlichen Bereich ausüben.

Nach Buchstabe c kann geregelt werden, dass ein substituierender Arzt unterrichtet werden soll, wenn sein Patient bereits von einem anderen Arzt ein Substitutionsmittel verschrieben erhält. Eine derartige Doppelverschreibung muss im Interesse des Patienten umgehend unterbunden werden. Auch hier sind die Patientendaten nach den Grundsätzen des Datenschutzgesetzes in der Weise zu anonymisieren, dass sie nicht oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand zurückgewonnen werden können.

Nach Buchstabe d können Regelungen getroffen werden, nach denen die oberste Landesgesundheitsbehörde Apotheken informieren kann, ob ein Arzt, der ein Rezept über Substitutionsmittel ausgestellt hat, die besondere Qualifikation nach § 13 Abs. 3 Nr. 2 erworben hat. Die Möglichkeit dieser Kontrolle ist erforderlich, um einem leichtfertigen Verschreiben von Substitutionsmitteln für einen nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch entgegenwirken zu können. Das pharmazeutische Personal der Apotheken ist nach § 17 Abs. 8 Satz 2 der Apothekenbetriebsverordnung verpflichtet, „bei begründetem Verdacht auf Missbrauch (des Arzneimittels) ... die Abgabe zu verweigern.“ Die vorgesehene Mitteilung der obersten Landesgesundheitsbehörde ermöglicht es den Apotheken, ihre vorerwähnte Verpflichtung besser zu erfüllen.

Zu Nummer 3

Entsprechend der geltenden Regelung für die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs nach § 3 weist diese Änderung die Zuständigkeit für die Überwachung der Drogenkonsumräume ebenfalls den Erlaubnisbehörden, im Fall des neuen § 10a also den obersten Landesgesundheitsbehörden, zu.

Zu Nummer 4

Buchstabe a sieht die Neufassung von § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10, 11 und 14 vor. Die Aufspaltung der bisherigen Nummer 10 in zwei neue Nummern 10 und 11 trägt dem Umstand Rechnung, dass nach bisher herrschender Meinung die Eröffnung und der Betrieb eines Drogenkonsumraumes den Straftatbestand des Verschaffens oder Gewährens einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln erfüllen. Mit der neuen Regelung in Nummer 11 sollen zum einen Betreiber und Personal der Drogenkonsumräume – soweit deren Verhalten von einer in Artikel 1 Nr. 1 (§ 10a) für den Betrieb vorausgesetzten Erlaubnis gedeckt ist (sog. Erlaubnisvorbehalt) – und zum anderen Personen, die eine Gelegenheit für einen Verbrauch in Drogenkonsumräumen öffentlich mitteilen, aus der strafrechtlichen Bewehrung herausgenommen werden. Soweit die Voraussetzungen von § 39 vorliegen, gilt dies auch im Zusammenhang mit Drogenkonsumräumen, die ohne Erlaubnis betrieben werden.

Auf eine explizite Klarstellung, dass sich die Betreiber und das Personal auch nicht der Beihilfe zum Besitz von Betäubungsmitteln nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 in Verbindung mit § 27 StGB strafbar machen, verzichtet der

Entwurf. In der Regel wird es bereits am objektiven Fördern des Besitzes fehlen, da das Bereitstellen von Räumlichkeiten zum hygienischen Konsum von Betäubungsmitteln den diesen Konsum unmittelbar begleitenden – in der Regel kurzzeitigen – Besitz keineswegs erst ermöglicht und auch nicht erleichtern wird. Dass dem Täter eine Räumlichkeit gewährt wird, in der der Strafverfolgungsdruck etwas zurückgenommen wird, kann dabei nicht die Strafbarkeit von Betreiber und Personal begründen, da diese Zurücknahme vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollt ist (vgl. Nummer 5, § 31a Abs. 1 Satz 2). Schließlich wird das Dulden des den Drogenkonsum begleitenden Besitzes auch von der Erlaubnis nach § 10a erfasst.

Die übrigen Tatvarianten der bisherigen Nummer 10, die nicht das Verschaffen und Gewähren einer Gelegenheit zum Verbrauch oder das öffentliche Mitteilen einer solchen Gelegenheit betreffen, sind in der neuen Nummer 10 enthalten.

Buchstabe b ergänzt die bisherige Ausnahmeregelung für Einmalspritzen in Anpassung an die neue Regelung in § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 mit dem klarstellenden Ergebnis, dass auch die öffentliche Mitteilung über die Abgabe von Einwegspritzen weiterhin keine Straftat ist.

Zu Nummer 5

Die Regelung gibt der Staatsanwaltschaft als Soll-Regelung vor, dass in diesen – materiell weiterhin strafbaren Fällen – grundsätzlich von der Strafverfolgung wegen des Besitzes von Betäubungsmitteln in geringer Menge abzusehen ist. Die Vorschrift zieht damit für die Konsumenten auf strafprozessualer Ebene die Schlussfolgerung daraus, dass in Zukunft in einem Drogenkonsumraum aufgrund einer behördlichen Erlaubnis der Konsum von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln geduldet werden kann. Voraussetzung für die Vorgabe ist, dass sich der Täter befugt im Drogenkonsumraum nach Artikel 1 Nr. 1 (§ 10a) aufhält, also nicht z.B. als Erst- oder Gelegenheitskonsument Zugang erlangt hat (vgl. § 10a Abs. 2 Satz 2 Nr. 7). Die Vorschrift gestattet es der Staatsanwaltschaft weiterhin, beim Vorliegen besonderer Umstände die Straftat ausnahmsweise doch zu verfolgen.

Zu Nummer 6

Buchstabe a enthält die erforderliche Anpassung bzw. Ergänzung der Bußgeldvorschrift des § 32 Abs. 1 Nr. 2 an die neuen Regelungen des Erlaubnisverfahrens nach § 10a Abs. 3. Entsprechendes gilt nach Buchstabe b für die Anpassung bzw. Ergänzung in § 32 Abs. 1 Nr. 6 infolge der erweiterten Verordnungsermächtigungen in § 13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 und 4.

Zu Nummer 7

Da bereits seit geraumer Zeit in einigen deutschen Städten Drogenkonsumräume nach herrschender Meinung ohne eine rechtliche Grundlage betrieben werden und eine Aussetzung des Betriebes bis zur Erteilung einer Erlaubnis unter Berücksichtigung der Belange der Drogenkonsumenten kontraproduktiv erscheint, ist eine

Übergangsvorschrift erforderlich, die den vorläufigen Weiterbetrieb dieser Einrichtungen für den Zeitraum des Erlaubnisverfahrens ermöglicht. Im Interesse der Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs wird gleichzeitig klargestellt, dass auch während des vorläufigen Betriebes die Anforderungen erfüllt werden müssen, die in § 10a Abs. 2 vorgesehen sind oder die die jeweilige Landesregierung in einer Rechtsverordnung nach § 10a Abs. 2 konkretisiert hat. Fehlt es an einer solchen

Rechtsverordnung, ist der Betrieb des Drogenkonsumraumes spätestens 12 Monate nach dem In-Kraft-Treten dieses Gesetzes einzustellen.

Zu Artikel 2 (In-Kraft-Treten)

Diese Vorschrift bestimmt den Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Gesetzesänderung.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 742. Sitzung am 24. September 1999 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 10a Abs. 2 Nr. 7 BtMG)

In Artikel 1 Nr. 1 ist in § 10a Abs. 2 Nr. 7 das Wort „erlaubten“ durch das Wort „geduldeten“ zu ersetzen.

Begründung

Ein Hinweis auf „erlaubte“ Konsummuster könnte zu der irrigen Annahme führen, der Verbrauch von Betäubungsmitteln in einem Drogenkonsumraum sei erlaubt; nach dem Gesetzentwurf kommt allenfalls in Frage, dass unter den in Artikel 1 Nr. 5 (§ 31a Abs. 1) umschriebenen Voraussetzungen von der Strafverfolgung abgesehen werden kann. Die Änderung dient insoweit der Klarstellung.

2. Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchstabe a bis d BtMG)

In Artikel 1 Nr. 2 ist § 13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 wie folgt zu ändern:

a) In den Buchstaben a und b sind jeweils die Worte „die obersten Landesgesundheitsbehörden“ durch die Worte „das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ zu ersetzen.

b) In den Buchstaben c und d sind jeweils die Worte „der obersten Landesgesundheitsbehörden“ durch die Worte „des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte“ zu ersetzen.

Begründung

Die Änderungen in § 13 Abs. 3 Nr. 3 sollen dem Verordnungsgeber ermöglichen, mit Zustimmung des Bundesrates in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung Festlegungen zu treffen, nach denen das mehrfache Verschreiben von Substitutionsmitteln für denselben Patienten durch verschiedene Ärzte verhindert werden kann. Insbesondere in Gebieten, in denen eine grenzüberschreitende Behandlung und Versorgung von Patienten in Betracht kommt, z.B. im Rhein-Main-Gebiet oder im Raum Ludwigshafen/Mannheim, reicht eine Datenerfassung bei den obersten Landesgesundheitsbehörden nicht aus, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Deshalb wird vielmehr

eine zentrale, bundesweite Datenerfassung für erforderlich gehalten.

3. Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchstabe d BtMG)

In Artikel 1 Nr. 2 ist in § 13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchstabe d das Wort „Apotheken“ durch das Wort „Apothekerkammern“ zu ersetzen.

Begründung

Die zentrale Stelle setzt die Apothekerkammern der Länder in Kenntnis. Die Kammern können ihre Berufsangehörigen in angemessener Form informieren und beraten. Im Falle des Verdachtes auf Arzneimittelmissbrauch können sich die Berufsangehörigen an die Apothekerkammern wenden, um sich sachkundig zu machen, ob der verschreibende Arzt die besondere Qualifikation nach § 13 Abs. 3 Nr. 2 erworben hat.

4. Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 BtMG)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die vorgesehenen Meldepflichten unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten erforderlich und praktikabel sind.

Es ist nicht ersichtlich, auf welche Weise das angestrebte Ziel – Vermeidung von Mehrfachverschreibungen – erreicht werden soll, wenn die Patientendaten in anonymisierter Form an die Gesundheitsbehörden gemeldet werden, da gerade die Anonymisierung die Erkennung von Mehrfachverschreibungen verhindert. Unter diesen Umständen wären Meldungen weder erforderlich noch verhältnismäßig.

Überdies besteht die Gefahr, dass die Daten – wenn auch mit Aufwand – bei Bedarf dennoch personenbezogen zugeordnet werden können; nur dann macht ein Substitutionsregister Sinn. Dies wäre aber datenschutzrechtlich abzulehnen.

5. Zum Vierten Abschnitt des BtMG

Die Bundesregierung wird aufgefordert, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob auch weitere Überwachungsvorschriften des Vierten Abschnitts des Betäubungsmittelgesetzes im Hinblick darauf, dass es sich bei dem Betrieb von Drogenkonsumräumen nicht um Betäubungsmittelverkehr handelt, angepasst werden müssen.

Gegenäußerung der Bundesregierung

Zu Nummer 1

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 2

Die Bundesregierung lehnt den Änderungsvorschlag ab.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht in Nummer 2 (zu § 13 Abs. 3 Nr. 3 BtMG) vor, dass die obersten Landesgesundheitsbehörden ein landeszentrales Register über die bei den Ärzten durchgeführten substitions-gestützten Behandlungen sowie über die vorgeschriebene Qualifikation der Ärzte führen, die erforderlichen Meldungen der Ärzte (über substitions-gestützte Behandlungen) bzw. der Ärztekammern (über die erworbene Qualifikation der Ärzte) entgegennehmen und ggf. Mitteilungen zu Kontrollzwecken weiterleiten sollen. Dadurch soll zum einen das mehrfache Verschreiben von Substitutionsmitteln für denselben Patienten durch verschiedene Ärzte, die nichts voneinander wissen, aufgedeckt und verhindert sowie zum anderen sichergestellt werden, dass künftig nur solche Ärzte substitions-gestützte Behandlungen durchführen, die die vorgeschriebene und von den Ärztekammern angebotene Qualifikation besitzen.

Mit dieser Regelung hat die Bundesregierung eine einstimmige Entschließung des Bundesrates vom 19. Dezember 1997 (BR-Drucksache 891/97) umgesetzt. Darin hatte der Bundesrat die Bundesregierung zusätzlich aufgefordert, die vorgenannten Regelungen „unter Wahrung der Zuständigkeiten der Länder“ vorzusehen. Auch dies hat die Bundesregierung in dem Gesetzentwurf berücksichtigt.

Die Bundesregierung stimmt allerdings insoweit der Begründung des Änderungsantrages des Bundesrates zu, als darin eine „zentrale, bundesweite Datenerfassung“ für erforderlich gehalten wird. Eine solche zentrale Erfassung ist jedenfalls zur Verhinderung von Mehrfachverschreibungen deshalb ratsam, weil in einigen Gebieten Deutschlands (z. B. Rhein-Main oder Ludwigshafen/Mannheim) eine grenzüberschreitende substitions-gestützte Behandlung und Versorgung möglich ist und vorkommt. Diese Umstände erfordern aber nicht, wie vorgeschlagen, die Erfassung der Patienten durch eine Bundesbehörde; vielmehr entspricht eine ländereigene zentrale Erfassung wesentlich besser den Kontrollmöglichkeiten der Länder vor Ort sowie der tatsächlichen und rechtlichen Überwachungszuständigkeit der Länder für die Arztpraxen.

Deshalb sollte entgegen dem jetzigen Änderungsvorschlag, aber in voller Übereinstimmung mit der erwähnten Entschließung des Bundesrates vom Dezember 1997 auch eine länderübergreifende Überwachung der substitions-gestützten Behandlung unter Wahrung der Zuständigkeit der Länder erfolgen. Die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs bei den Ärzten ist nach § 19

Abs. 3 Satz 3 BtMG ausdrücklich den Ländern zugewiesen worden. Damit hat der Gesetzgeber bewusst eine klare Abgrenzung zu der Bundeszuständigkeit für die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs außerhalb der Arztpraxen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 19 Abs. 3 Satz 1 und 2 BtMG) vorgenommen. Es besteht kein sachlicher Grund, diese sinnvolle Zuständigkeitsregelung ohne Not zu ändern und damit einen Teil der Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs bei den Ärzten (nämlich die wichtige Kontrolle der Berechtigung des Patienten zum Bezug eines Substitutionsmittels) der Überwachung durch die Länder zu entziehen. Vielmehr können die Länder mit entsprechenden organisatorischen Maßnahmen auch eine grenzüberschreitende Überwachung durchaus sicherstellen. Dazu bietet sich z. B. die neu geschaffene „Zentralstelle der Länder für den Gesundheitsschutz beim Verkehr mit Arzneimitteln und Medizinprodukten“ (ZLG) geradezu an.

Die Bundesregierung wird sich daher im Sinne der Entschließung des Bundesrates sowie im Interesse einer gemeinsam angestrebten Zentralstellenlösung im weiteren Gesetzgebungsverfahren für eine Änderung des § 13 Abs. 3 Nr. 3 BtMG einsetzen, die nicht mehr die obersten Landesgesundheitsbehörden, sondern „ein Zentralregister der Länder“ vorsieht, das für die eingangs genannten Meldungen und Mitteilungen zuständig ist.

Zu Nummer 3

Die Bundesregierung hat gegen den Vorschlag keine grundsätzlichen Einwände. Sie hält es jedoch vor dem Hintergrund der Einrichtung eines zentralen Registers für zweckmäßig, dass dieses Verstöße gegen die vorgeschriebene Qualifikation substituierender Ärzte unmittelbar den zuständigen Überwachungsbehörden der Länder mitteilt. § 13 Abs. 3 Nr. 3 sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren entsprechend geändert werden.

Zu Nummer 4

Der Bundesrat hat um Prüfung gebeten, ob die – zur Vermeidung von Mehrfachverschreibungen – vorgesehenen Meldepflichten unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten erforderlich und praktikabel sind. Die Bundesregierung bejaht dies. Der ursprüngliche Gesetzentwurf sieht vor, dass zum einen Meldungen der verschreibenden Ärzte an die obersten Landesgesundheitsbehörden über die Patienten, denen ein Substitutionsmittel verschrieben wurde, in anonymisierter Form und zum anderen Mitteilungen der obersten Landesgesundheitsbehörden an die verschreibenden Ärzte über die Patienten, denen bereits ein anderer Arzt ein Substitutionsmittel verschrieben hat, ebenfalls in anonymisierter Form, sowie Form und Inhalt der Meldungen und Mitteilungen vorgeschrieben werden können. Der Bundesrat wünscht, dass an die Stelle der jeweiligen obersten Lan-

desgesundheitsbehörde das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte als zentrale Stelle tritt (vgl. Nummer 2 der BR-Drucksache 455/99 – Beschluss). Auch die Bundesregierung hält jedenfalls ein länderübergreifendes zentrales Register für erforderlich (vgl. Stellungnahme zu Nummer 2).

Diese Meldungen an ein zentrales Register sowie die Mitteilungen von dort (Rückmeldungen) an die verschreibenden Ärzte, falls ein Patient mehrfach gemeldet wird, sind erforderlich, weil es für eine zuverlässige Vermeidung von Mehrfachverschreibungen keine Alternative hierzu gibt. Dieses System ist darüber hinaus praktikabel und datenschutzrechtlich sicher. Der Gesetzentwurf enthält jedoch nur die Ermächtigung für den Verordnungsgeber, der das System im Einzelnen regeln wird. Dazu hat es bereits Abstimmungen mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten und dem Institut für Sicherheit in der Informationstechnik gegeben. Danach ist eine doppelte Verschlüsselung vorgesehen. Zum einen meldet der Arzt dem Zentralregister den Patienten codiert. Zum anderen wird der Patientencode vom Zentralregister nochmals verschlüsselt. Dieser Schlüssel wird mit allen bereits vorhandenen Schlüsseln verglichen. Wenn keine Mehrfachverschreibung vorliegt, ist der Patientencode sofort zu löschen (Normalfall). Anderenfalls benachrichtigt die Zentralstelle unverzüglich den ihr bekannten Arzt, der den letzten Patientencode gemeldet hat. Dieser kann, darf und muss seinen Patienten anhand des von ihm hergestellten Codes identifizieren und die weitere Verschreibung von Substitutionsmitteln einstellen. Eine

vom Arzt unbeabsichtigte Mehrfachverschreibung kann nach Einrichtung dieses Systems somit nur noch für eine kurze Zeit erfolgen, da der Arzt die Neuaufnahme eines Substitutionspatienten unverzüglich an das Zentralregister melden muss. Auch deren Rückmeldung an den Arzt sollte unverzüglich möglich sein. Damit kann das Ziel des Gesetzentwurfs, Mehrfachverschreibungen großen Stils und für längere Zeiträume zu verhindern, optimal erreicht werden.

Zu Nummer 5

Der Bundesrat hat um Prüfung gebeten, ob im Hinblick darauf, dass es sich bei dem Betrieb von Drogenkonsumräumen nicht um Betäubungsmittelverkehr handelt, weitere Überwachungsvorschriften des Betäubungsmittelgesetzes angepasst werden müssen. Die Bundesregierung bejaht dies und wird im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens eine weitergehende Änderung in § 19 BtMG vorschlagen. Die Änderung soll zum einen klarstellen, dass in Drogenkonsumräumen nicht der Betäubungsmittelverkehr, sondern „die Einhaltung der in § 10a Abs. 2 aufgeführten Mindeststandards“ zu überwachen ist und zum anderen, dass „den mit der Überwachung beauftragten Personen die in den §§ 22 und 24 geregelten Befugnisse zustehen.“ Diese Befugnisse betreffen u. a. die Einsicht von Unterlagen, das Verlangen von Auskünften, das Betreten von Grundstücken und Räumen sowie die Duldungs- und Mitwirkungspflichten des am Betrieb von Drogenkonsumräumen beteiligten Personals.