

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/6415 –**

Stand und Weiterentwicklung von Maßnahmen der Schadensreduzierung (Harm Reduction) bei Drogenkonsumenten in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit den 90er-Jahren wurde die Drogenpolitik in Deutschland um mehrere Maßnahmen zur Senkung der Zahl der Drogentoten, der Minderung von Schäden durch Drogenkonsum und Abhängigkeit (Harm Reduction) und der Prävention von Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS ergänzt. Hierzu zählen niedrigschwellige Kontaktläden, Drogenkonsumräume, Sprizentauschprogramme und die Substitutionsbehandlung. In den letzten Jahren kam zusätzlich die Diamorphintherapie hinzu.

Im Aktionsplan Drogen und Sucht wurden 2003 explizit die Weiterentwicklung von schadensreduzierenden Maßnahmen bei riskantem Konsum von illegalen Drogen, die Prüfung der Ausweitung des Angebotes von Drogenkonsumräumen und die Förderung von Maßnahmen im Strafvollzug zur Infektionsreduzierung als Ziele für eine moderne Drogenpolitik festgeschrieben.

Untersuchungen wie die Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2003 zeigen, dass Harm Reduction ein wirksames Mittel darstellt. Die Zahl der jährlichen Drogentoten sank von mehr als 2 000 auf ca. 1 237 (Stand 2010), insbesondere in Städten wie Frankfurt mit einem breiten Konsumraumangebot. Zwar schreibt auch die amtierende Drogenbeauftragte Maßnahmen der Schadensminderung eine große Bedeutung zu (vgl. Pressemitteilung vom 24. März 2011), konkrete Vorstellungen sind jedoch mangels einer Fortschreibung des Aktionsplans Drogen und Sucht bislang nicht erkennbar.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung stellt im Rahmen einer verantwortungsbewussten Sucht- und Drogenpolitik das Zusammenwirken von Prävention, Therapie, Hilfe zum Ausstieg und die Bekämpfung der Drogenkriminalität in den Mittelpunkt. Auch

ohne eine explizite Fortschreibung des Aktionsplans von 2003 erfolgten seitdem beispielsweise Verbesserungen im Bereich der schadensreduzierenden Maßnahmen durch die Einführung der diamorphingestützten Substitution in die Regelversorgung. Der im Juni 2011 erschienene Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV-/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung weist zudem auf die Erfolge bei der Senkung der HIV-Infektionsrate bei Drogenkonsumierenden hin. Die Bundesregierung wird wie bisher darauf hinwirken, den hohen Standard schadensminimierender Maßnahmen in Deutschland zu erhalten und gegebenenfalls auszubauen.

1. Sieht die Bundesregierung den Ansatz der Schadensminderung nach wie vor als wichtiges und eigenständiges Element der Drogenpolitik in Deutschland an?

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP ist festgehalten, dass eine verantwortungsbewusste Sucht- und Drogenpolitik Prävention, Therapie, Hilfe zum Ausstieg – damit auch den Ansatz der Schadensminderung – und die Bekämpfung der Drogenkriminalität in den Mittelpunkt stellt.

2. Teilt die Bundesregierung die Ansicht, dass Programme zur Schadensminderung das Ziel haben sollten, gesundheitliche Schäden des Drogengebrauchs zu vermeiden, nicht jedoch den Drogenkonsum als solchen zu verhindern?

Die Bundesregierung ist der Ansicht, dass Programme der Schadensminimierung neben der Vermeidung von gesundheitlichen Schäden zumindest die Reduzierung und mittelfristig die Beendigung des Drogenkonsums als Ziel beinhalten sollen.

3. Beabsichtigt die Bundesregierung eine Weiterentwicklung schadensreduzierender Maßnahmen, und wenn ja, welche neuen Maßnahmen sollen in das Drogenhilfesystem implementiert werden?

Flächendeckende Angebote zum Spritzentausch und zur Spritzenvergabe sowie Drogenkonsumräume, Kontaktläden und Substitutionsbehandlung sind in Deutschland etablierte, schadensreduzierende Maßnahmen. Sie haben dazu beigetragen, dass die HIV-Neuinfektionsrate bei Drogenkonsumenten in den letzten Jahren stetig gesunken ist und mit 93 neu diagnostizierten Infektionen (2010) insgesamt sehr niedrig ist. Durch die Förderung verschiedener Vorhaben wie dem Pilotprojekt der Berliner Organisation Fixpunkt zur Hepatitis-C-Prävention, der Deutschen Aidshilfe zu einer erhöhten Inanspruchnahme von HIV-Tests durch Drogenkonsumierende sowie der Erforschung der Wirkungen von neuen psychoaktiven Substanzen werden die Grundlagen für Weiterentwicklungen schadensreduzierender Maßnahmen gelegt.

4. In welchen Regionen in Deutschland sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf bei der bedarfsgerechten Implementierung von Maßnahmen zur Schadensminderung?
5. Aufgrund welcher Daten und Maßstäbe bewertet die Bundesregierung das bundesweite und regionale Angebot und die bundesweite und regionale Nachfrage nach Harm-Reduction-Maßnahmen (bitte detailliert ausführen)?

Die Fragen 4 und 5 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Angebote zur Schadensreduzierung im Drogenhilfesystem liegen überwiegend in der Zuständigkeit der Bundesländer bzw. der Kommunen. Daten und Maßstäbe zur Bewertung des Angebots und der Nachfrage von Harm-Reduction-Maßnahmen insgesamt liegen der Bundesregierung deshalb nicht vor. Das betrifft auch Erkenntnisse über den Bedarf von regionalen Implementierungen von Maßnahmen zur Schadensminderung. Im Bereich der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger kann aufgrund der regelmäßig erhobenen Daten im Substitutionsregister eine Bewertung dieser Maßnahmen erfolgen (s. dazu auch die Antwort zu Frage 7).

6. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass das Angebot einer bedarfsgerechten Substitutionsbehandlung ein wirksames Mittel zur Senkung der Zahl der Drogentoten, der Minderung von Schäden durch Drogenkonsum und Abhängigkeit (Harm Reduction) und der Prävention von Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS darstellt?

Ja.

7. Betrachtet die Bundesregierung die derzeitige Verfügbarkeit von Angeboten der substitutionsgestützten Behandlung als ausreichend?
Wenn nein, welche konkreten Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Versorgungslage zu verbessern?

Die Bundesregierung betrachtet die derzeitige Verfügbarkeit von Angeboten der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger insgesamt als ausreichend.

8. a) Auf welche Art und Weise will die Bundesregierung bei den Ländern darauf hinwirken, die Situation von Menschen in Substitutionsbehandlung bei Haftantritt zu verbessern und die vorhandenen Schnittstellenprobleme (vgl. „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft“, Dokumentation der Fachtagung des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – akzept e. V. – vom 20. April 2010) zu lösen?
b) Auf welche Art und Weise will die Bundesregierung bei den Ländern darauf hinwirken, die Situation von Menschen in Substitutionsbehandlung bei Haftende zu verbessern, die Schnittstellenprobleme zu lösen und so auch die deutlich erhöhte Mortalität unmittelbar nach Haftende zu senken (vgl. „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft“, Dokumentation der akzept-e.-V.-Fachtagung vom 20. April 2010)?

Die Fragen 8a und 8b werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Seit der Föderalismusreform 2006 liegt die Zuständigkeit für den Strafvollzug vollständig bei den Ländern, sodass sich für die Bundesregierung schon aus verfassungsrechtlichen Gründen jegliche Einwirkungen zu den genannten Zielrichtungen verbieten.

Zu den Fragen des Strafvollzugs sind Bund und Länder unabhängig von der Zuständigkeitsregelung in vielfältiger Weise in Kontakt und arbeiten gemeinsam an relevanten Fragestellungen. Das betrifft auch den Austausch zur Verbesserung der Situation von Drogenkonsumierenden vor, in und nach Haft.

9. a) Beabsichtigt die Bundesregierung weitere Erleichterungen bei der Verschreibung von Substitutionsmitteln, um die Bereitschaft von Ärzten, eine Substitutionsbehandlung anzubieten, zu erhöhen?

Wenn ja, welche konkreten Änderungen des § 5 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) sind geplant?

Wenn nein, warum nicht?

- b) Beabsichtigt die Bundesregierung weitere Erleichterungen bei der „Take-Home“-Regelung nach § 5 BtMVV (insbesondere auch in Bezug auf beruflich bedingte In- und Auslandsreisen)?

Wenn ja, welche sind dies?

Die Fragen 9a und 9b werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet. Die Bundesregierung hat zuletzt im Jahr 2009 mit der 23. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (23. BtMÄndV) bedeutsame Erleichterungen bei der Substitutionstherapie Opiatabhängiger geschaffen. § 5 der BtMVV wurde in zwei wichtigen Aspekten fortgeschrieben:

- Um Urlaubs- und Krankheitsphasen substituierender Ärzte besser überbrücken zu können, wurde eine modifizierte Vertreterregelung in die BtMVV aufgenommen;
- zudem wurde die zusätzliche Möglichkeit des Verschreibens eines Substitutionsmittels für bis zu zwei Tage geschaffen, um die durchgehende und flächendeckende Versorgung der Substitutionspatienten, z. B. an Wochenenden, zu gewährleisten.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beobachtet die Situation und Entwicklungen auf dem Gebiet der Substitutionstherapie weiterhin aufmerksam. Sofern erforderlich, wird die Bundesregierung eventuellen Änderungsbedarf auch unter Einbeziehung der Fachkreise und der Länder prüfen.

10. Plant die Bundesregierung Erleichterungen beim Dokumentationsaufwand in der Substitutionsbehandlung?

Wenn nein, warum nicht?

Bei Substitutionsmitteln handelt es sich regelmäßig um hochpotente opioidhaltige Betäubungsmittel mit besonderem und eigenem Missbrauchs- sowie Abhängigkeitspotenzial. Diese werden bei häufig erheblich psychisch und physisch belasteten Patienten angewandt. Gleichzeitig besteht ein wesentlicher Zweck des Betäubungsmittelrechts darin, die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs zu gewährleisten. Aus Sicht der Bundesregierung sind die in § 13 BtMG und § 5 BtMVV enthaltenen Anforderungen an die Dokumentation in der Substitutionstherapie deshalb sachlich begründet und angemessen, auch um zu gewährleisten, dass die Anwendung der Substitutionsmittel nach der Art und Menge sowie dem Verabreichungs-/Einnahmeort therapiegerecht erfolgt und entsprechend nachprüfbar ist.

Dieses trifft unter anderem auch auf die Meldeverpflichtungen an das Substitutionsregister nach § 5a BtMVV zu, um Mehrfachbehandlungen, die unter keinem Aspekt vertretbar sind, zu vermeiden oder festzustellen zu können. Der damit für die behandelnden Ärzte verbundene Dokumentationsaufwand ist deshalb aus Sicht der Bundesregierung sachlich begründet und nicht unangemessen.

Durch die Einführung der Möglichkeit zur elektronischen Übermittlung der Daten zum Substitutionsregister (§ 5a Absatz 2 BtMVV) hat die Bundesregierung bereits für eine wichtige Erleichterung bei der Dokumentation Sorge getragen.

11. Welche Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung ergeben sich für die Bundesregierung aus dem Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer (BÄK) vom 19. Februar 2010 zu den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“?

Die geänderten BÄK-Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger wurden im Deutschen Ärzteblatt (Jg. 107, Heft 11 am 19. März 2010) bekannt gemacht und sind mit dieser Veröffentlichung für die Ärzteschaft berufsrechtlich verbindlich in Kraft getreten. Mit dieser Anpassung nutzt die BÄK ihre Ermächtigung in § 5 Absatz 11 BtMVV, zu bestimmten Aspekten der Substitutionstherapie ergänzende Richtlinien zu erlassen. Unter besonderer Berücksichtigung des fortgeschrittenen medizinischen Erkenntnisstandes und jüngerer Rechtsänderungen hat die BÄK wichtige, teils neue Aspekte der Substitutionstherapie Opiatabhängiger aufgegriffen. Berücksichtigt wurden vor allem die 23. BtMÄndV sowie das Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung vom 15. Juli 2009. Insoweit hat die BÄK aus Sicht der Bundesregierung einen wichtigen Beitrag zur Aktualisierung der Rahmenbedingungen in der Substitutionstherapie geleistet.

Wie bereits in der Antwort zu den Fragen 9a und 9b ausgeführt, beobachtet das BMG die Situation und Entwicklungen auf dem Gebiet der Substitutionstherapie weiterhin aufmerksam. Sofern erforderlich, wird die Bundesregierung eventuellen Änderungsbedarf unter Einbeziehung der Fachkreise und auch der Länder prüfen.

12. a) Wie viele Einrichtungen und Behandlungsplätze der diamorphingestützten Behandlung existieren derzeit bundesweit?
- b) Wie hoch schätzt die Bundesregierung den Bedarf an Einrichtungen und Behandlungsplätzen der diamorphingestützten Behandlung ein?
- c) Welche Einrichtungen wurden zusätzlich zu den bereits bestehenden Einrichtungen des wissenschaftlich begleiteten Modellprojekts geschaffen?
- d) Wie bewertet die Bundesregierung den Stand des Ausbaus der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung seit Verabschiedung der diesbezüglichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses?

Nach dem Kenntnisstand der Bundesregierung führen derzeit in Deutschland sieben Einrichtungen die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung in Bonn, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln und München durch. Alle sieben Einrichtungen waren bereits Standorte in der Heroinmodellstudie, neue Standorte sind bisher nicht dazugekommen. Die aktuelle Gesamtanzahl der Behandlungsplätze in diesen Einrichtungen ist nicht bekannt. Zum Jahresende 2010 befanden sich etwa 360 Patientinnen und Patienten in einer diamor-

phingestützten Substitutionsbehandlung. Die Bundesregierung würde es begrüßen, wenn für es für die Zielgruppe der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung weitere Standorte in Deutschland gäbe.

13. Teilt die Bundesregierung die Ansicht, dass die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur diamorphingestützten Behandlung zu hohen Investitions- und Personalkosten führen und so den bedarfsgerechten Ausbau dieser Behandlungsform behindern?

Wenn nein, warum nicht?

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird derzeit ein Bericht vorbereitet über die Auswirkungen der Richtlinienänderung zur diamorphingestützten Behandlung auf die Versorgungsstrukturen für die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. In diesem Zusammenhang soll auch, wie u. a. von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in einem Schreiben an den G-BA angeregt, eine Befragung derjenigen Träger erfolgen, die ein Interesse an der Schaffung neuer Einrichtungen zur diamorphingestützten Substitution haben, deren Bemühungen um eine Implementierung der diamorphingestützten Substitution bislang allerdings erfolglos verliefen. Der Bundesregierung liegen Informationen aus einzelnen Kommunen vor, die darauf hindeuten, dass die Richtlinien zur diamorphingestützten Behandlung in ihrer derzeitigen Fassung die Einrichtung von Diamorphinambulanzen nicht begünstigt haben. Die Bundesregierung erwartet von den genannten Befragungen, dass sie zur Frage der Angemessenheit der Anforderungen an die diamorphingestützte Substitution in den Richtlinien des G-BA umfassende und wichtige Erkenntnisse liefern werden, die der G-BA in seine Berichterstellung und seine Beratungen einbeziehen wird. Das Ergebnis der vorgesehenen Befragung und der Beratungen im G-BA bleibt abzuwarten.

14. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass Drogennotfalltrainings für Ärzte und Angestellte in Strafvollzugsanstalten ein wirksames Mittel zur Senkung der Zahl der Drogentoten darstellt?

Wenn nein, warum nicht?

Auf die Antwort zu Frage 8 wird verwiesen.

15. Hat die Bundesregierung Kenntnis über eine bundesweite, aktuelle und über die im Jahr 2003 erschienene hinausgehende Evaluation der Drogenkonsumräume in Deutschland?

Wenn ja, welche ist dies, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Wenn nein, ist eine solche geplant (falls dies der Fall ist, bitte Art, Umfang, Fragestellung und Zeitplan ausführen)?

Der Bundesregierung liegt keine bundesweite Evaluation der Drogenkonsumräume in Deutschland vor, die nach 2003 erschienen ist. Aktuelle Dokumentationen bzw. Evaluationen auf regionaler Ebene bzw. auf der Ebene der Bundesländer sind der Bundesregierung bekannt.

16. Beabsichtigt die Bundesregierung eine Weiterentwicklung des Konzeptes der Drogenkonsumräume in Deutschland?

Wenn ja, wie sehen diese Planungen aus, und welche konkreten Änderungen des Konsumraumparagraphen § 10a des Betäubungsmittelgesetzes hält die Bundesregierung für notwendig?

Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung beabsichtigt derzeit nicht, das bewährte Konzept der Drogenkonsumräume zu verändern.

17. a) Betrachtet die Bundesregierung die derzeitige Verfügbarkeit (Existenz eines Angebotes in räumlicher Nähe) und Nutzbarkeit (Öffnungszeiten, Zugangsbedingungen) von Drogenkonsumräumen als ausreichend?

Wenn nein, welche konkreten Maßnahmen plant die Bundesregierung um die Versorgungslage zu verbessern?

- b) Hält die Bundesregierung an dem Ziel des bedarfsgerechten Ausbaus der Drogenkonsumräume aus dem bestehenden Aktionsplan Drogen und Sucht auch bei einer Fortschreibung dieses Aktionsplans fest?

Die Fragen 17a und 17b werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Entscheidung über die Einrichtung von Drogenkonsumräumen treffen die kommunal Zuständigen bzw. die Zuständigen auf Länderebene. Entscheidungen über einen bedarfsgerechten Ausbau obliegen den genannten verantwortlichen Ebenen.

18. a) Hält die Bundesregierung den Erlass einer Rechtsverordnung, die die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb von Drogenkonsumräumen regelt, durch jede einzelne Landesregierung für zwingend und fachlich geboten?

Nach § 10a Absatz 2 BtMG werden die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen nach § 10a Absatz 1 BtMG zu regeln. Diese geltende Rechtslage sieht die Bundesregierung weiterhin als zielführend an.

- b) In welchen Bundesländern existiert bislang keine solche Rechtsverordnung, und welche Auswirkungen hat dies auf das Angebot an Konsumräumen?

Nach derzeitigem Kenntnisstand der Bundesregierung liegen Rechtsverordnungen zum Betrieb eines Drogenkonsumraums in den Ländern Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland vor. Ohne eine Rechtsverordnung darf kein Drogenkonsumraum betrieben werden.

- c) Inwieweit wirkt die Bundesregierung auf den Erlass von Rechtsverordnungen in den Bundesländern hin, die bislang keine derartige Regelung haben?

Der Erlass der Rechtsverordnung liegt in der Zuständigkeit der jeweiligen Landesregierung (s. Antwort zu Frage 18a).

19. a) Hält die Bundesregierung das Verbot für das in einem Drogenkonsumraum tätige Personal, beim unmittelbaren Verbrauch der mitgeführten Betäubungsmittel aktive Hilfe zu leisten, für zwingend und fachlich geboten?

Wenn ja, warum?

- b) Hält die Bundesregierung das Verbot für das in einem Drogenkonsumraum tätige Personal, eine Substanztanalyse der mitgeführten Betäubungsmittel durchzuführen, für zwingend und fachlich geboten?

Wenn ja, warum?

Die Fragen 19a und 19b werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung warnt vor dem Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen und lehnt deshalb insbesondere alle Maßnahmen mit dem Potential zur unmittelbaren und aktiven Förderung des illegalen Konsums von Drogen ab.

20. a) Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass Spritzentauschangebote ein wirksames Mittel der Hepatitis- und HIV-Prävention und -Gesundheitsförderung bei intravenös Konsumierenden sind?

Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass Spritzentauschangebote eines von mehreren wirksamen Mitteln der Hepatitis- und HIV-Prävention und Gesundheitsförderung bei intravenös Drogenkonsumierenden sein können.

21. Auf welche Weise wirkt die Bundesregierung bei den Ländern darauf hin, dieses Angebot auch im Strafvollzug zur Verfügung zu stellen?

Auf die Antwort zu Frage 8 wird verwiesen.

22. Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Präsidenten des Bundeskriminalamts, Jörg Ziercke, dass die Unwissenheit der Konsumenten bezüglich der Art und Konzentration der Wirkstoffe in Drogen zu unkalkulierbaren Gesundheitsgefahren führen könne (Pressemitteilung, 20. Dezember 2010)?

Wenn ja, welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

Ja. Die o. g. gemeinsame Pressemitteilung der Beauftragten der Bundesregierung für Drogenfragen und des Bundeskriminalamtes bezieht sich ausschließlich auf sogenannte Legal-High-Produkte. Die Wirkstoffe sind in der Regel gar nicht oder unvollständig oder falsch auf den Verpackungen angegeben, sodass dem Konsumenten nicht bekannt ist, welche Wirkstoffe in welcher Form konsumiert werden. Hinzu kommt, dass die Wirkstoffzusammensetzung bei vielen dieser Produkte im Zeitverlauf verändert wird. Außerdem liegen zu diesen neuen psychotropen Substanzen oft noch keine gesicherten wissenschaftliche Erkenntnisse zu Wirkungsweise, Toxizität, Gesundheitsgefahren und Langzeitwirkung vor. Grundsätzlich ist die vorliegende Problematik nicht nur im Zusammenhang mit sogenannten Legal Highs zu sehen, sondern lässt sich auf alle illegale Drogen übertragen.

23. Ist die Bundesregierung der Ansicht dass Substanzanalysen geeignet sind, um Art und Konzentration der Wirkstoffe in Drogen in Erfahrung zu bringen?

Die Zusammensetzung und Konzentration von Wirkstoffen in Drogen lassen sich durch chemische Analysen ermitteln. Wegen der häufigen Veränderungen der Wirkstoffzusammensetzungen – z. T. auch innerhalb von Lieferchargen – kommt Analysen von Substanzproben aber keine Aussagekraft zur Wirkstoffzusammensetzung über die konkret untersuchte Probe hinaus zu. Zudem können Substanzanalysen naturgemäß nur auf Substanzen oder Substanzgruppen testen, die bekannt sind und für die entsprechende Referenzmaterialien existieren.

24. Zu welchen konkreten Ergebnissen bezüglich Konzentration und Zusammensetzung kamen die Inhaltsanalysen der Drogen Spice, Lava Red und ähnlicher „Kräutermischungen“ durch das Bundeskriminalamt, die Landeskriminalämter und sonstige staatliche Stellen durchgeführt oder in Auftrag gegeben (bitte detailliert ausführen)?

Bei den Wirkstoffen der sogenannten Kräutermischungen („Spice“, „LAVA RED“ etc.) handelt es sich um synthetische Cannabimimetika der Substanzklasse der Aminoalkylindole. Zwischenzeitlich konnten insbesondere folgende psychotrop wirksame, cannabimimetische Wirkstoffe als Inhaltsstoffe in untersuchten Proben von sogenannten Kräutermischungen identifiziert werden: JWH-007, JWH-015, JWH-018, JWH-019, JWH-073, JWH-081, JWH-200, JWH-203, JWH-210, JWH-250, JWH-251, CP47,497, AM-694, RCS-04, Adamantylderivat von JWH-018 und RCS-4 ortho Isomer.

Da, wie bereits in Frage 22 ausgeführt, der bzw. die Wirkstoffe im Zeitverlauf geändert werden, kann eine direkte Zuordnung eines Wirkstoffes zu einem Produkt nicht erfolgen.

Gehaltsbestimmungen werden bei der kriminaltechnischen Untersuchung im Allgemeinen nur dann vorgenommen, wenn für eine Verbindung eine nicht geringe Menge festgelegt wurde. Dies ist bisher nur für JWH-018 der Fall (Urteil Landgericht Ulm vom 21. April 2011). Aus bereits veröffentlichten Studien geht jedoch hervor, dass der Gehalt sich unabhängig von der pharmakologischen Wirksamkeit des zugesetzten synthetischen Wirkstoffes im unteren einstelligen Prozentbereich bewegt. Aus dieser Tatsache ergibt sich eine deutliche Gefahr der Überdosierung, auch weil Substanzen wie JWH-122 eine besondere pharmakologische Wirksamkeit besitzen.

25. Hält die Bundesregierung weitere Maßnahmen zur Senkung der Zahl der Drogentoten, der Minderung von Schäden durch Drogenkonsum und Abhängigkeit und der Prävention von Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS für notwendig?

Wenn ja, welche konkreten zusätzlichen Maßnahmen plant die Bundesregierung?

Wenn keine, warum nicht?

Deutschland verfügt weltweit betrachtet über ein sehr gut ausgebautes System mit Angeboten im Bereich Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensminimierung sowie Repression, das im Zusammenwirken dieser Handlungsbereiche bislang sehr gute Erfolge erzielt hat. Diese Erfolge beruhen auch auf dem sozialen und gesundheitlichen System der Bundesrepublik Deutschland insgesamt.

Auf Bundesebene werden durch Modell- und Forschungsprojekte laufend Impulse zur Verbesserung des Versorgungssystems gesetzt (s. Antwort zu Frage 3), die zur Senkung der Zahl der Drogentoten, zur Schadensminderung bei Drogenkonsum und Abhängigkeit sowie zur Prävention von Infektionskrankheiten beitragen können.

