

05.470

## **Parlamentarische Initiative Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes**

### **Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates**

vom 4. Mai 2006

---

Sehr geehrter Herr Präsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit diesem Bericht unterbreiten wir Ihnen den Entwurf zu einer Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951 (BetmG). Gleichzeitig erhält der Bundesrat gemäss Artikel 112 Absatz 3 des Parlamentsgesetzes Gelegenheit zur Stellungnahme.

Die Kommission beantragt, dem beiliegenden Entwurf zuzustimmen.

4. Mai 2006

Im Namen der Kommission  
Der Präsident: Pierre Triponez

---

## Übersicht

*Mit dem zweiten Nichteintretensentscheid des Nationalrates am 14. Juni 2004 scheiterte die letzte Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG)<sup>1</sup> hauptsächlich wegen der kontroversen Cannabisproblematik. Die hier vorgeschlagene Teilrevision des BetmG<sup>2</sup> umfasst die mehrheitsfähigen Elemente der gescheiterten Vorlage. Die Cannabisproblematik wird hingegen weitgehend ausgeklammert.*

*Die Vier-Säulen-Politik des Bundes wurde als Antwort auf die wachsenden Drogenprobleme der Neunzigerjahre entwickelt und bildet heute eine breit akzeptierte und ausgewogene Gesamtstrategie mit den vier Säulen Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression. Die vorliegende Teilrevision strebt die rechtliche Konsolidierung der Vier-Säulen-Politik des Bundes an. Dazu gehört auch die definitive gesetzliche Verankerung der heroingestützten Behandlung sowie der Massnahmen zur Schadenminderung (niederschwellige Hilfseinrichtungen für Drogenabhängige, wie beispielsweise Spritzenabgabe zur HIV/Aids Prävention und Injektionsräume).*

*Die Vorlage will insbesondere den Jugendschutz und die Prävention stärken. Dazu gehört auch die Früherkennung und die rechtzeitige Betreuung suchgefährdeter Jugendlicher sowie verschärfte Strafbestimmungen für die Drogenabgabe an Minderjährige.*

*Im Bereich der Prävention, der Therapie und der Schadenminderung soll die Koordinationsrolle des Bundes gestärkt werden. Damit soll künftig gesamtschweizerisch eine einheitliche Qualität der verschiedenen Massnahmen gewährleistet werden.*

*Weiter soll unter gewissen Bedingungen die ärztliche Verschreibung von Cannabisprodukten ermöglicht werden, z. B. zur Schmerzlinderung oder als krampflösendes Mittel bei Multiple Sklerose. Zahlreiche Studien weisen die Wirksamkeit von Cannabisprodukten in diesen Anwendungsbereichen nach.*

*Die Teilrevision ist mit dem internationalen Recht kompatibel.*

*Die Umsetzung der Teilrevision würde dem Bund einen wiederkehrenden Mehraufwand von knapp über 1 Million Franken verursachen. In denjenigen Kantonen, bei denen eine Anpassung bzw. ein Aufbau der Strukturen in den Bereichen Schadenminderung und Therapie und allenfalls im Bereich der Gefährdungsmeldungen sich als notwendig erweist, kann es zu einem leichten Kostenanstieg kommen.*

<sup>1</sup> BBl 2001 3715

<sup>2</sup> SR 812.121

# Inhaltsverzeichnis

|  |             |
|--|-------------|
| <b>Übersicht</b>   | <b>8574</b> |
| <b>Abkürzungsverzeichnis</b>   | <b>8578</b> |
| <b>1 Entstehungsgeschichte</b>   | <b>8580</b> |
| <b>2 Grundzüge der Vorlage</b>   | <b>8581</b> |
| 2.1 Drogenpolitische Entwicklung   | 8581        |
| 2.1.1 Entwicklung der Drogenproblematik in der Schweiz   | 8581        |
| 2.1.2 Internationale Entwicklungen   | 8582        |
| 2.1.2.1 UNO-Übereinkommen  | 8582        |
| 2.1.2.2 Medizinische Anwendung von Cannabis  | 8583        |
| 2.1.2.3 Heroingestützte Behandlung   | 8585        |
| 2.1.3 Die heutige Vier-Säulen-Politik  | 8586        |
| 2.2 Hauptgründe der Revision   | 8587        |
| 2.3 Schwerpunkte der Revision  | 8588        |
| 2.3.1 Die Verankerung des Vier-Säulen-Modells  | 8588        |
| 2.3.2 Jugendschutz und Prävention  | 8589        |
| 2.3.3 Unbefristete gesetzliche Verankerung der heroingestützten<br>Behandlung                    | 8589        |
| 2.3.4 Verstärkte Rolle des Bundes  | 8590        |
| 2.3.5 Medizinische Anwendung von Cannabis  | 8590        |
| 2.3.6 Evaluation   | 8590        |
| 2.4 Minderheit für Nichteintreten  | 8591        |
| <b>3 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen</b>   | <b>8591</b> |
| 3.1 Gliederung   | 8591        |
| 3.1.1 Zweck und Gegenstand (Art. 1) ( <i>neu</i> )   | 8591        |
| 3.1.2 Vier-Säulen-Prinzip (Art. 1a) ( <i>neu</i> )   | 8593        |
| 3.1.3 Verhältnis zum Heilmittelgesetz (Art. 1b) ( <i>neu</i> )                                   | 8593        |
| 3.1.4 Begriffe (Art. 2)  | 8593        |
| 3.1.5 Verzeichnis (Art. 2a)  | 8594        |
| 3.1.6 Regelung für psychotrope Stoffe (Art. 2b) ( <i>neu</i> )                                   | 8594        |
| 3.1.7 Vorläuferstoffe und Hilfschemikalien (Art. 3)  | 8595        |
| 3.1.8 Referenzlabor (Art. 3a)  | 8595        |
| 3.1.9 1a. Kapitel ( <i>neu</i> ): Massnahmen zur Prävention und Therapie und<br>Schadenminderung | 8595        |
| 3.1.9.1 1. Abschnitt: Prävention   | 8595        |
| 3.1.9.1.1 Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen<br>(Art. 3b)                                | 8595        |
| 3.1.9.1.2 Meldebefugnis (Art. 3c)  | 8597        |
| 3.1.9.2 2. Abschnitt: Therapie und Wiedereingliederung   | 8598        |
| 3.1.9.2.1 Betreuung und Behandlung (Art. 3d)   | 8598        |
| 3.1.9.2.2 Betäubungsmittelgestützte Behandlung (Art. 3e)   | 8600        |
| 3.1.9.2.3 Datenbearbeitung (Art. 3f)   | 8602        |
| 3.1.9.3 3. Abschnitt: Schadenminderung und Überlebenshilfe                                       | 8602        |
| 3.1.9.3.1 Aufgaben der Kantone (Art. 3g)   | 8602        |
| 3.1.9.3.2 Gefährdung des Verkehrs (Art. 3h)  | 8603        |

|           |  |             |
|-----------|--|-------------|
| 3.1.9.4   | 4. Abschnitt: Koordination, Forschung, Ausbildung und Qualitätssicherung   | 8604        |
| 3.1.9.4.1 | Dienstleistungen des Bundes (Art. 3i)  | 8604        |
| 3.1.9.4.2 | Forschungsförderung (Art. 3j)  | 8605        |
| 3.1.9.4.3 | Aus- und Weiterbildung (Art. 3k)   | 8605        |
| 3.1.9.4.4 | Empfehlungen zur Qualitätssicherung (Art. 3l)  | 8606        |
| 3.1.10    | 2. Kapitel: Herstellung, Abgabe, Bezug und Verwendung von Betäubungsmitteln  | 8607        |
| 3.1.10.1  | Rohmaterialien und Erzeugnisse mit betäubungsmittel-ähnlicher Wirkung (Art. 7)   | 8607        |
| 3.1.10.2  | Verbotene Betäubungsmittel (Art. 8)  | 8608        |
| 3.1.10.3  | Verwendung von als Arzneimittel registrierten Betäubungsmitteln zu nicht zugelassenen Indikationen (Art. 11 Abs. 1 <sup>bis</sup> )                      | 8609        |
| 3.1.10.4  | Abschnitt 3a: Organisationen und Behörden Artikel 14a  | 8609        |
| 3.1.10.5  | Fürsorgerische Freiheitsentziehung   | 8610        |
| 3.1.10.6  | Meldepflicht über jede Lieferung von Betäubungsmitteln (Art. 16 Abs. 1)  | 8610        |
| 3.1.10.7  | Berichterstattungspflicht von Firmen und Personen mit Bewilligung zum Anbau, zur Herstellung und zur Verarbeitung von Betäubungsmitteln (Art. 17 Abs. 3) | 8611        |
| 3.1.11    | 4. Kapitel: Strafbestimmungen  | 8611        |
| 3.1.11.1  | Grundtatbestand (Art. 19 Abs. 1)   | 8611        |
| 3.1.11.2  | «Schwere Fälle» (Art. 19 Abs. 2)   | 8612        |
| 3.1.11.3  | Strafmilderungsgründe (Art. 19 Abs. 4) ( <i>neu</i> )  | 8613        |
| 3.1.11.4  | Aufhebung der Fahrlässigkeit   | 8613        |
| 3.1.11.5  | Auslandstaten (Art. 19 Abs. 5)   | 8613        |
| 3.1.11.6  | Jugendschutz (Art. 19a <sup>1</sup> )  | 8614        |
| 3.1.11.7  | Strafbare Abgabe von Betäubungsmitteln an Jugendliche auch gemäss Artikel 19b  | 8614        |
| 3.1.11.8  | Sondertatbestände (Art. 20–22)   | 8615        |
| 3.1.11.9  | Vollzug der Strafverfolgung (Art. 28 und 28a)  | 8616        |
| 3.1.12    | 5. Kapitel: Aufgaben des Bundes und der Kantone  | 8617        |
| 3.1.12.1  | 1. Abschnitt: Aufgaben des Bundes (Art. 29–29c)  | 8617        |
| 3.1.12.2  | 2. Abschnitt: Aufgaben der Kantone (Art. 29d und 29e)  | 8619        |
| 3.1.12.3  | Schlussbestimmungen (Art. 30)  | 8619        |
| 3.1.13    | Änderung bisherigen Rechts   | 8620        |
| 3.1.13.1  | Artikel 136 StGB   | 8620        |
| <b>4</b>  | <b>Auswirkungen</b>  | <b>8620</b> |
| 4.1       | Finanzielle und personelle Auswirkungen  | 8620        |
| 4.1.1     | Bund: Finanzielle und personelle Auswirkungen  | 8620        |
| 4.1.2     | Für die Kantone  | 8622        |
| 4.2       | Vollzugstauglichkeit   | 8623        |
| 4.3       | Gesundheitspolitische und sozialpolitische Auswirkungen  | 8623        |

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>5 Verhältnis zum internationalen Recht</b>   | <b>8623</b>     |
| 5.1 Verhältnis zu den internationalen UNO-Übereinkommen   | 8623            |
| 5.2 Verhältnis zum europäischen Recht   | 8623            |
| 5.2.1 Schengen-Assoziierungsabkommen  | 8623            |
| 5.2.2 Betäubungsmittelrecht der EU  | 8624            |
| <b>6 Rechtliche Grundlagen</b>  | <b>8625</b>     |
| 6.1 Verfassungsmässigkeit   | 8625            |
| 6.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen   | 8626            |
| <br><b>Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe</b><br><i>(Entwurf)</i> | <br><b>8629</b> |

## Abkürzungsverzeichnis

|         |  |
|---------|--|
| ABI     | Amtliches Bulletin   |
| BBI     | Bundesblatt  |
| BAG     | Bundesamt für Gesundheit   |
| BetmG   | Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (SR 812.121)  |
| BFS     | Bundesamt für Statistik  |
| BGE     | Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichts  |
| BV      | Bundesverfassung   |
| C       | Christlichdemokratische Fraktion   |
| DK      | Dänemark   |
| EDI     | Eidgenössisches Departement des Innern   |
| EDV     | Elektronische Datenverarbeitung  |
| EG      | Europäische Gemeinschaft   |
| EKDF    | Eidg. Kommission für Drogenfragen  |
| EU      | Europäische Union  |
| fedpol  | Bundesamt für Polizei  |
| FFE     | Fürsorgerische Freiheitsentziehung   |
| G       | Grüne Fraktion   |
| GB      | Grossbritannien  |
| HIV     | Human Immunodeficiency Virus   |
| HMG     | Heilmittelgesetz (SR 812.21)   |
| ICD-10  | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems                                   |
| KKBS    | Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen  |
| L       | Liter  |
| LSD     | Lysergid   |
| MaPaDro | Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme  |
| N       | Nationalrat  |
| NFA     | Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (Nationaler Finanzausgleich) |
| NL      | Die Niederlande  |
| PMMA    | Paramethoxymethamphetamin  |
| SGK-N   | Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates   |
| SR      | Systematische Sammlung des Bundesrechts  |
| StGB    | Strafgesetzbuch (SR 311.0)   |
| SVG     | Strassenverkehrsgesetz (SR 741.01)   |
| THC     | Tetrahydrocannabinol (Hauptwirkstoff des Hanfs)  |
| TMA     | Trimethoxyamphetamin   |
| UNO     | Vereinte Nationen  |
| USA     | Vereinigte Staaten von Amerika   |

VRV Verkehrsregelnverordnung (SR 714.11)  
VStR Bundesgesetz über das Verwaltungsstrafrecht (SR 313.0)  
WHO Weltgesundheitsorganisation der UNO  
ZGB Zivilgesetzbuch (SR 210.0)

# Bericht

## 1 Entstehungsgeschichte

Nach einer ersten Ablehnung am 25. September 2003 beschloss der Nationalrat am 14. Juni 2004 mit 102 zu 92 Stimmen zum zweiten Mal nicht auf den Entwurf des Bundesrates über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG) vom 9. März 2001<sup>3</sup> einzutreten. Kontrovers waren vor allem die vorgeschlagene Straffreiheit des Cannabiskonsums sowie die rechtliche Behandlung von Anbau, Herstellung und Verkauf von Cannabisprodukten. Noch in der gleichen Session wurden zwei parlamentarische Initiativen sowie eine Petition zur Revision des BetmG<sup>4</sup> eingereicht. Eine weitere parlamentarische Initiative dazu reichte Nationalrat Christian Waber am 5. Oktober 2004 ein.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates behandelte diese vier Geschäfte am 3. Februar 2005. Die am 16. Juni 2004 eingereichte parlamentarische Initiative der Christlichdemokratischen Fraktion (C, 04.439 n) verlangt eine Aufrechterhaltung des Verbotes des Konsums von allen Betäubungsmitteln. Der Konsum von Betäubungsmitteln des Wirkungstyps Cannabis soll jedoch dem Ordnungsbussenverfahren unterstellt werden. Ausserdem soll das Viersäulenmodell der Schweizer Drogenpolitik gesetzlich verankert werden. Die parlamentarische Initiative der Grünen Fraktion (G, 04.443 n) wurde am 18. Juni 2004 eingereicht. Sie strebt auch die gesetzliche Verankerung des Viersäulenmodells an, um vor allem das bestehende Präventions- und Betreuungskonzept zu verfestigen. Ausserdem soll versuchsweise das Opportunitätsprinzip für den Konsum, die Herstellung und den Handel mit Cannabis eingeführt werden. Die von Nationalrat Christian Waber am 5. Oktober 2004 eingereichte parlamentarische Initiative (04.459 n) verlangt eine klare Unterscheidung zwischen dem Betäubungsmittel Drogenhanf und dem Industriehanf durch die Einführung eines maximalen THC-Gehaltes für den Industriehanf von 0,3 Prozent. Die SGK-N verschob den Entscheid zu den drei parlamentarischen Initiativen und beschloss stattdessen, mit 13 zu 9 Stimmen bei 3 Enthaltungen, eine eigene Kommissionsinitiative. Die Petition «Für eine Rechtslage bezüglich Hanf/Cannabis» (04.2014) der Schweizer Hanfkoordination nahm sie unter diesen Voraussetzungen zur Kenntnis ohne ihr Folge zu geben.

Die Kommissionsinitiative der SGK-N zur Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes soll die mehrheitsfähigen Elemente der gescheiterten Revision zügig gesetzlich verankern. Zudem soll die Cannabisfrage in einer zweiten Phase unter Einbezug der hängigen parlamentarischen Initiativen aufgenommen und Vorschläge erarbeitet werden. Im Zusammenhang mit der am 13. Januar 2006 eingereichten Volksinitiative «Für eine vernünftige Hanf-Politik mit wirksamem Jugendschutz»<sup>5</sup>, bietet sich die Gelegenheit allenfalls einen Gegenvorschlag zu diskutieren. Die Kommissionsinitiative wurde am 3. Mai 2005 von der Ständeratskommission vorgeprüft. Sie stimmte der vorgeschlagenen Stossrichtung einstimmig zu.

<sup>3</sup> BBI 2001 3715

<sup>4</sup> SR 812.121

<sup>5</sup> BBI 2004 4223

Am 26. Mai 2005 setzte die Kommission eine Subkommission mit folgenden Mitgliedern ein: Jacqueline Fehr (Co-Präsidentin), Thérèse Meyer (Co-Präsidentin), Toni Bortoluzzi, Jean-Henri Dunant, Yves Guisan, Felix Gutzwiller und Liliane Maury Pasquier. Die Subkommission wurde beauftragt zuhanden der Kommission bis Ende des Jahres 2005 eine mehrheitsfähige Vorlage zu erarbeiten. Am 14. Juni 2005 fand die konstituierende Sitzung der Subkommission statt. Am 17. August 2005 hörte sie die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen sowie Vertreter der Multiple-Sklerose-Gesellschaft zur medizinischen Anwendung von Cannabis an. Nach weiteren Sitzungen am 19. September 2005 und am 28. Oktober 2005 beendete die Subkommission am 17. Februar 2006 ihre Arbeit und leitete den Erlassentwurf und den erläuternden Bericht an die SGK-N weiter. Die SGK-N behandelte diese am 6. April 2006 und am 4. Mai 2006 und hörte am 6. April auch noch eine Vertretung der Kantone an. Sie verabschiedete den Erlassentwurf in der Gesamtabstimmung mit 18 zu 6 Stimmen bei einer Enthaltung zu Handen ihres Rates und des Bundesrates.

## **2 Grundzüge der Vorlage**

### **2.1 Drogenpolitische Entwicklung**

#### **2.1.1 Entwicklung der Drogenproblematik in der Schweiz**

Der Konsum illegaler Drogen nahm in der Schweiz wie in den meisten westlichen Ländern ab den Sechzigerjahren zu. Er betraf zunächst vor allem Cannabisprodukte und LSD, im Laufe der Siebzigerjahre kamen Heroin und Kokain dazu. Die ersten Drogenopfer auf Grund von Heroinüberdosis wurden in der Schweiz 1972 registriert. Als Reaktion auf diese Situation entwickelte der Bundesrat eine Drei-Säulen-Politik, bestehend aus Repression, Prävention und Therapie. Im Bereich der Repression schuf der Bund die Zentralstelle für Betäubungsmittelbekämpfung und die Kantone stellten die ersten Polizeieinheiten zur Betäubungsmittelbekämpfung bereit. Die Notwendigkeit, Präventionsmassnahmen zu ergreifen und Therapiemöglichkeiten für Drogenabhängige bereitzustellen, wurde mit der Revision des BetmG von 1975 auch gesetzlich verankert. Fortan wurde bei Verurteilungen zwischen Drogenkonsumierenden und Drogenhändlern unterschieden und der Drogenkonsum wurde zum leichten Delikt. Die Kantone mussten Massnahmen zur Behandlung und Hilfeleistung ergreifen. Seit 1970 entstanden ambulante Dienste und stationäre Hilfseinrichtungen, Beratungsstellen und Auffangnetze.

Anfang der Achtzigerjahre breitete sich die Immunschwäche Aids zusehends auch unter Drogenkonsumenten aus. Die Verelendung der Abhängigen wurde immer sichtbarer und es entstanden am Ende der Achtzigerjahre in einigen Städten tolerierte offene Drogenszenen. Anfang der Neunzigerjahre kam es durch diese offenen Drogenszenen – allen voran am Platzspitz und am Letten in Zürich – zu massiven Störungen der öffentlichen Ordnung. Gleichzeitig wurde die ganze Tragweite des Drogenproblems für eine breite Öffentlichkeit national und international sichtbar. Öffentliche und private Sozialdienste boten Hilfe an, die «Gassenarbeit» entstand. Es wurden saubere Spritzen an die Abhängigen abgegeben.

Im Februar 1991 beschloss der Bundesrat das Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro). Damit wurde erstmals auf nationaler Ebene das Element der Schadenminderung eingeführt sowie die Säulen Prävention und

Therapie in den folgenden Jahren ausgebaut. Zwischen 1991 und 1999 wurden im Rahmen des Massnahmenpaketes Drogen rund 300 verschiedene Projekte und Programme der Drogenarbeit initiiert. Gemeinsame Anstrengungen von Städten, Kantonen und Bund in den Bereichen der vier Säulen (Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression) zusammen mit innovativen Massnahmen wie die heroingestützte Behandlung von Drogenabhängigen ermöglichten die Schliessung der offenen Drogenszenen. Ausschlaggebend für den Wandel war eine koordinierte Strategie und das Zusammenspiel zwischen polizeilichen, sozialen, medizinischen und präventiven Massnahmen.

Der Konsum verschiedener Betäubungsmittel hat sich in den letzten Jahren wie folgt entwickelt: Der Heroinkonsum in der Schweiz ist seit 1993 rückläufig. Dies ist sowohl durch die sinkende Zahl der Anzeigen belegt, als auch durch den Rückgang der Todesfälle: 1992 starben 419 an den Folgen des Drogenkonsums, im Jahr 2004 nur noch 182<sup>6</sup>. Der Konsum von Kokain stieg im Verlauf der Neunzigerjahre an, erreichte 1997 seinen Höhepunkt und ging dann leicht zurück. Seit 2001 ist jedoch erneut ein kontinuierlicher Anstieg festzustellen. Der Anteil der 15- bis 39-jährigen Personen, welche Erfahrungen mit Kokain haben, lag 2002 bei 3 %<sup>7</sup>. Der Cannabiskonsum<sup>8</sup> ist in den Neunzigerjahren in der Schweiz deutlich gestiegen, er ist insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen relativ weit verbreitet. Die Märkte der «harten» und «weichen» Drogen sind jedoch praktisch vollständig getrennt. Einige Kantone haben spezifische Regelungen betreffend Cannabis ergriffen, es sind dies: AG, BE, BL, GR, LU und TI. Ziel der meisten Regelungen ist es, die Lücke im Bundesrecht zu schliessen und eine klare Regelung für das Eingreifen der Behörden zu schaffen. Die kantonalen Regelungen wollen eine klare Trennung zwischen Industriebanf und Drogenhanf. Das Auftauchen von Ecstasy vor zwanzig Jahren und seine andauernde Präsenz im Rahmen der Technoszene widerspiegelt einen überall in Europa feststellbaren Trend: 2,2 % der 15- bis 39-Jährigen haben diese Droge 2002 zumindest einmal konsumiert<sup>9</sup>. Gegenüber Cannabis, Heroin und Kokain ist jedoch der Konsum nicht sehr bedeutsam. In 2004 wurden 775 Fälle wegen Ecstasykonsum registriert, Tendenz sinkend. Wegen Amphetaminkonsums wurden 731 Personen angezeigt<sup>10</sup>.

## **2.1.2 Internationale Entwicklungen**

### **2.1.2.1 UNO-Übereinkommen**

Grundlage der internationalen Kontrolle der Betäubungsmittel ist das so genannte Einheitsübereinkommen von 1961<sup>11</sup>, das für die Schweiz 1970 in Kraft getreten ist und welches fast sämtliche frühere Abkommen ersetzt hat. Danach hat die Schweiz die Modifikation dieses 1961-er Abkommens<sup>12</sup> sowie das Psychotropen-Abkom-

<sup>6</sup> Quelle: BAG, Fedpol

<sup>7</sup> Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung, BFS

<sup>8</sup> Cannabiskonsum in der Schweiz und die Konsequenzen – Ein aktueller Überblick 2004 Arbeitsgruppe Cannabismonitoring, Mai 2005.

<sup>9</sup> Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung, BFS

<sup>10</sup> Quelle: BAG, Fedpol

<sup>11</sup> Single Convention on Narcotic Drugs, New York 30 March 1961.

<sup>12</sup> Protocol Amending the Single Convention of 1961, Geneva 25 March 1972.

men<sup>13</sup> von 1971 und das Übereinkommen gegen den unerlaubten Verkehr mit Betäubungsmitteln von 1988<sup>14</sup> ratifiziert.

Das Einheitsübereinkommen von 1961 hat in erster Linie die Kontrolle des Anbaus und Handels von Betäubungsmitteln auf pflanzlicher Basis zum Gegenstand. Das Zusatzprotokoll von 1972 legt die Funktionen des internationalen Betäubungsmittel-Kontrollorgans fest und regelt die Missbrauchsbekämpfung.

Das Übereinkommen von 1971 bezieht sich auf synthetisch gewonnene Stoffe und stellt eine logische Erweiterung des Einheitsübereinkommens, das Betäubungsmittel betrifft, dar. Wegen der Zunahme des Missbrauchs von Wirkstoffen wie Barbiturate, Beruhigungsmittel, Amphetamine und Halluzinogene (sie werden unter dem Begriff «psychotrope Stoffe» zusammengefasst), wurde der Aufbau einer eigenen – nebst den Kontrollmassnahmen des Einheitsübereinkommens – internationalen Kontrolle notwendig. Im Übereinkommen wird zwar die Unentbehrlichkeit der psychotropen Stoffe für medizinische und wissenschaftliche Zwecke betont, dennoch werden strenge Kontrollmassnahmen für die Missbrauchskontrolle verlangt.

Das Übereinkommen von 1988 baut auf diesen früheren Übereinkommen auf und verschärft die Verpflichtung zum Erlass von Strafnormen, zur Einziehung und zur Rechtshilfe bezüglich Konventionsverletzungen. Die Ziele des Übereinkommens gegen den unerlaubten Verkehr mit Betäubungsmitteln von 1988 sind in erster Linie die umfassende Strafverfolgung des illegalen Betäubungsmittelverkehrs, die Bekämpfung der Geldwäscherei und Massnahmen gegen den Missbrauch der Vorläufer-Stoffe. Es geht vor allem um die weltweite Zusammenarbeit im Kampf gegen den unerlaubten Handel und Schmuggel mit Betäubungsmitteln. Die Botschaft des Bundesrates betreffend das Übereinkommen von 1988 wurde am 29.11.1995<sup>15</sup> ans Parlament überwiesen. Der Nationalrat hat am 6.12.2004 und der Ständerat am 16.3.2005 den Bundesbeschluss betreffend das Übereinkommen von 1988 genehmigt und den Bundesrat zur Ratifikation ermächtigt<sup>16</sup>. Für die Schweiz ist das Übereinkommen am 13. Dezember 2005 in Kraft getreten.

### 2.1.2.2 Medizinische Anwendung von Cannabis

Cannabisprodukte sind auch international gesehen strengen Kontrollmassnahmen unterworfen, d.h. Herstellung, Handel und Besitz ohne entsprechende Genehmigung sind unter Strafe gestellt.

Die in der vorhergehenden Ziffer erwähnten Betäubungsmittelübereinkommen lassen es grundsätzlich zu, Betäubungsmittel als Arzneimittel zu verwenden. So heisst es in Artikel 4 des Einheitsübereinkommens von 1961: «Die Vertragsparteien

<sup>13</sup> Convention on Psychotropic Substances, Vienna 21 February 1971.

<sup>14</sup> United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, Vienna 20 December 1988.

<sup>15</sup> BBl 1996 609

<sup>16</sup> Die Ratifikation hat sich verzögert, da man in den Jahren 1997 und 1998 die Resultate zweier drogenpolitischer Volksabstimmungen und danach die Revision des Betäubungsmittelgesetzes abwarten wollte. Nachdem der Nationalrat nicht auf die Vorlage zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes eingetreten ist und da die Ratifikation dieses Übereinkommens eine unabdingbare Voraussetzung für die spätere Inkraftsetzung der Schengener Zusammenarbeit darstellt, wurden die Beratungen im Laufe des Jahres 2004 im Parlament wiederaufgenommen.

treffen alle erforderliche Gesetzgebungs- und Verwaltungsmassnahmen, ... um nach Massgabe dieses Übereinkommens die Gewinnung, Herstellung, Ausfuhr, Einfuhr, Verteilung, Verwendung und den Besitz von Suchtstoffen sowie den Handel damit auf ausschliesslich medizinische und wissenschaftliche Zwecke zu beschränken.»

Neben den USA und Kanada wurden in Grossbritannien, Finnland, Deutschland, den Niederlanden, Frankreich, Belgien und Spanien wissenschaftliche Untersuchungen im Zusammenhang mit der Verschreibung von Cannabis zu medizinischen Zwecken durchgeführt:

- Kanada ist das erste Land, in dem ein Cannabis-Präparat (Sativex®) gegen neuropathische Schmerzen bei Multiple Sklerose zugelassen wurde. Im April 2005 erfolgte die Zulassung durch die kanadische Zulassungsbehörde. Sativex® wird als Spray in den Mund appliziert. Die Zulassung des Präparates beruht auf den Ergebnissen einer kleinen (66 Patienten), vierwöchigen klinischen Studie, die 2002 in Grossbritannien durchgeführt wurde. Der Hersteller möchte Sativex® in Grossbritannien auf den Markt bringen.
- Heute ist in Spanien eine beschränkte medizinische Anwendung (sogenannte Compassionate use) von Sativex® möglich.

Derzeit sind in Europa keine Arzneimittel auf der Grundlage von Cannabis für den Verkehr zugelassen. Ein Arzneimittel mit dem Wirkstoff Dronabinol (Marinol®) ist jedoch in den USA auf dem Markt. Marinol®, das nicht auf Hanfbasis hergestellt wird, kann in der Schweiz gestützt auf das BetmG mit einer Ausnahmegewilligung für die medizinische Anwendung im Einzelfall verschrieben und gestützt auf das Heilmittelrecht mit einer Bewilligung des schweizerischen Heilmittelinstituts importiert werden.

Seit Jahren werden zahlreiche Forschungsstudien zur Verschreibung von Cannabinoiden (oder deren Produkten) an Patienten und Patientinnen, die an Multiple Sklerose, Übelkeit und Erbrechen als Folge von Chemo- oder HIV-Therapien, Schmerzen als Folge von Verletzungen des Rückenmarks, Tourettesyndrom, usw. leiden<sup>17</sup>, ausgewertet.

Die Hauptergebnisse aus der Forschung auf internationaler Ebene sind die folgenden:

- Bei den Patienten und Patientinnen mit Multiple Sklerose nehmen im Allgemeinen die Schmerzen, die Krämpfe und die Spastik ab und der Schlaf verbessert sich.
- Bei den Patientinnen und Patienten, die sich einer Krebs- oder HIV-Therapie unterziehen, zeigen die Resultate auf, dass in der Regel Übelkeit und Erbrechen abnehmen.

<sup>17</sup> Seit 2001 wurden 37 Forschungsstudien zu Cannabis – clinical studies and case reports – rezensiert ([www.Cannabis-med.org/studies/study.php](http://www.Cannabis-med.org/studies/study.php)). Die Forscher haben verschiedene Applikationsarten untersucht, wie z.B. einen Spray (Brady et al. 2001, GB), Kapseln, (Svendson et al. 2004, DK; Zajicek et al. 2003, GB; Killerstein et al. 2002, NL; Anderson et al. 2000, USA) oder die Inhalation (Soderpalm et al. 2001, USA). Die Forscher haben nicht immer dieselben Alkaloide und Dosierungen untersucht, die getesteten Produkte basierten nicht immer auf Marihuana, manchmal handelte es sich sogar um synthetische Produkte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass kein definitiver Beweis – u.a. als Folge der unterschiedlichen Dosierungen und Applikationsformen – für die Wirksamkeit von Cannabis und seiner Derivate bei der Behandlung von Multiple Sklerose, Übelkeit, Erbrechen oder Schmerzen erbracht werden konnte. Klar ist aber, dass Cannabinoide gegen Schmerzen, Brechreiz und Erbrechen wirksam sein können. Möglicherweise gelingt es in Zukunft die Breitbandwirkung von Cannabinoiden einzugrenzen und einer gezielten therapeutischen Verwendung näher zu kommen.

### **2.1.2.3 Heroingestützte Behandlung**

Seitdem die Schweiz 1994 mit den Versuchen zur Heroινωνschreibung begonnen hat, haben verschiedene Länder in der einen oder anderen Form ebenfalls versuchsweise bzw. definitiv mit der ärztlichen Heroινωνschreibung angefangen. Es sind dies vor allem die folgenden Länder:

#### **Deutschland**

Im Jahre 2002 wurde in Hamburg, Hannover, Köln, Frankfurt, Karlsruhe, München, Essen und Bonn ein Pilotprojekt zur Heroινωνschreibung eingeleitet.

Die Phase der Patientenrekrutierung (über 1000 Personen) war in den letzten Städten Ende 2003 abgeschlossen. Die wissenschaftliche Auswertung dieser Studie wird voraussichtlich im Sommer 2006 vorliegen. Indessen sind bereits positive Rückmeldungen eingegangen (Verbesserung der Gesundheit, Verringerung des gleichzeitigen Konsums anderer Stoffe usw.).

#### **Kanada**

Mit dem Projekt NAOMI (North American Opiate Medication Initiative) soll festgestellt werden, ob Heroινωνhängige mit einer ärztlichen Heroινωνschreibung in Behandlung behalten werden können. Diese Studie wird derzeit in den Städten Montréal, Toronto und Vancouver durchgeführt und umfasst 470 Personen, welche nach dem Zufallsprinzip auf zwei Gruppen verteilt werden: der einen werden injizierbare Opiate (Heroin), der andern wird Methadon zur oralen Einnahme verschrieben. Die Studie wird bei den Teilnehmern auch die Auswirkungen der beiden Interventionstypen auf den Konsum von illegalen Betäubungsmitteln, auf den Gesundheitszustand, auf die Teilnahme an kriminellen Handlungen und auf andere Bereiche nach bio-psychosozialem Modell untersuchen.

#### **Spanien**

Bei einer im November 2004 in Spanien abgeschlossenen Studie ging es darum, einen Vergleich zu ziehen zwischen der Wirksamkeit einer oralen Methadoneinnahme allein (inkl. ärztliche und psychosoziale Betreuung) und der Wirksamkeit einer oralen Methadoneinnahme, die mit einer intravenösen Heroινωνverabreichung kombiniert wird. Dieser Versuch wurde in Granada mit randständigen opiatabhängigen Personen durchgeführt, bei denen alle Standardbehandlungen erfolglos geblieben

ben waren. Das Experiment hatte bei den Betroffenen eine Verbesserung des physischen und psychischen Zustandes und eine bessere soziale Integration zur Folge<sup>18</sup>.

## Niederlande

In den Niederlanden wurde 1998 mit Studien zur heroingestützten Behandlung begonnen. Aufgrund der positiven Resultate wurde ihre Weiterführung beschlossen. Im Juni 2004 ermächtigte die Regierung die Gemeinden, die Anzahl Plätze für die ärztliche Heroinbehandlung von 300 auf 1000 zu erhöhen. Zudem ist vorgesehen, die Injektionslösung und die inhalierbare Applikation als Medikamente zu verzeichnen.

### 2.1.3 Die heutige Vier-Säulen-Politik

Die Vier-Säulen-Politik zur Verminderung der Drogenprobleme wurde als politisches Konzept Anfang der Neunzigerjahre entwickelt, verbunden mit einem Massnahmenpaket des Bundes. Die konkreten Massnahmen beinhalteten: Prävention für Jugendliche, Weiterentwicklung der Therapieangebote, Schadenminderung (Aidsprävention und Hilfe zur Wiedereingliederung), Fort- und Weiterbildung der Fachleute, Forschung, und die Koordination der Massnahmen des Bundes. Die Vier-Säulen-Politik bildet heute das breit akzeptierte, in Politik und Bevölkerung verankerte Dach einer nationalen Drogenpolitik, welche die vier Säulen Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression zu einer ausgewogenen Gesamtstrategie vereinigt.

Die vier Säulen beinhalten:

- *Prävention*: Verhinderung des Einstiegs in den unbefugten Konsum sowie Verhinderung gesundheitlicher und sozialer Probleme, die sich für einen Menschen aus dem Drogenkonsum ergeben. Angehörige und das Umfeld werden miteinbezogen, damit der Fokus nicht allein beim Konsum liegt.
- *Therapie und Wiedereingliederung*: Direktes oder indirektes Ziel aller Therapien ist der Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit und die soziale Wiedereingliederung. Diese werden durch stationäre wie auch ambulante Angebote realisiert. Über 170 stationäre Einrichtungen stehen in der Schweiz für Entzug und Rehabilitation zur Verfügung. Ende 1999 unterstützte zum Beispiel eine Methadonbehandlung die Hälfte der geschätzten 30 000 Opiatabhängigen. Ein deutlicher Rückgang zeichnet sich noch nicht ab. Das Angebot wurde 1994 um die kontrollierte Heroinabgabe an Schwerstabhängige erweitert.

<sup>18</sup> Bei den vom Experiment betroffenen Personen wurde eine Verbesserung der körperlichen Gesundheit festgestellt sowie ein geringeres Risikoverhalten bezüglich HIV-Infektion und Strassenkonsum von Heroin; die Anzahl drogenproblemfreier Tage stieg an. Zwischen den beiden Gruppen liess sich kein Unterschied in Bezug auf die psychischen oder andern sozialen Variablen feststellen. Ein umfassender Bericht über diese Studie wurde im letzten Oktober der spanischen Drogenfachstelle zugestellt. Die Projektverantwortlichen erwarten eine baldige Auswertung und hoffen auf eine Bewilligung, diese Behandlung auf weitere Patienten und Patientinnen anwenden zu können.

- *Schadenminderung und Überlebenshilfe*: Die Schadenminderung hat nicht die unmittelbare Abstinenz zum Ziel. Sie will erreichen, dass der Drogenkonsum mit möglichst wenig Schädigung (in physischer, psychischer und auch sozialer Hinsicht) durchlebt wird. Dazu wurden sogenannte niederschwellige Angebote geschaffen, wie zum Beispiel die Spritzenabgabe (zur Aids- und Hepatitis-Prävention), die Gassenzimmer mit Injektionsräumen, und soziale Angebote im Bereich Arbeit und Wohnen.
- *Kontrolle und Repression*: Die unmittelbaren Ziele der Repression im Drogenbereich sind die Angebotsverknappung, das Bekämpfen des illegalen Betäubungsmittelhandels und der damit verbundenen unrechtmässigen Finanztransaktionen sowie das Bekämpfen der organisierten Kriminalität.

Die Vier-Säulen-Politik des Bundes strebt danach, die Anzahl neuer Konsumierender und Abhängiger von Drogen zu senken sowie die Zahl jener, die den Ausstieg schaffen, zu erhöhen. Ausserdem hat sie zum Ziel, die gesundheitlichen Schäden und die soziale Ausgrenzung von Drogenabhängigen zu vermindern. Sie soll die Gesellschaft vor den Auswirkungen des Drogenproblems schützen und die Kriminalität bekämpfen.

## 2.2 Hauptgründe der Revision

Nach dem Scheitern der Vorlage zur Revision des BetmG vom 9. März 2001 im Juni 2004 bleibt die rechtliche Situation unbefriedigend und es besteht weiterhin ein Regulierungsbedarf. Die vorliegende Revision des geltenden BetmG will deshalb die wichtigsten drogenpolitische Defizite beseitigen, klammert dabei auf Grund der politischen Erfahrungen mit der gescheiterten Vorlage die Cannabis-Frage aber aus. Damit ergeben sich folgende Ausgangspunkte:

- *Das BetmG ist veraltet*: das geltende BetmG aus dem Jahre 1951 entspricht trotz verschiedenen Teilrevisionen nicht mehr der heutigen Realität. Ein Nachvollzug dessen, was sich in der Praxis bewährt und in den vergangenen Jahren entwickelt hat, ist notwendig. Als Beispiel seien hier die Bedeutung der dritten Säule Schadenminderung erwähnt, die im geltenden BetmG nicht vorkommt, sowie der substanzunabhängige Ansatz für die Massnahmen der drei Säulen Prävention, Therapie und Schadenminderung, welcher in der täglichen Praxis schon umgesetzt wird.
- *Verstärkung des Jugendschutzes*: Verschiedene neue Bestimmungen sollen die Bedeutung des Jugendschutzes in Bezug auf den Konsum von Suchtmitteln betonen. Im Bereich der Interventionen z.B. sind die wichtigsten Ziele, gefährdete Jugendliche früh zu erkennen, ihnen Betreuung, Beratung oder Behandlung anzubieten. Zudem sollen diejenigen, welche Minderjährigen Betäubungsmittel abgeben oder verkaufen, härter bestraft werden können.
- *Zunahme der Anzahl der Drogenabhängigen*: Die Anzahl der Konsumierenden und der Abhängigen von Betäubungsmitteln wie Heroin und Kokain hat seit Anfang der Siebzigerjahre zugenommen und stabilisiert sich seit Mitte der Neunzigerjahre des zwanzigsten Jahrhunderts auf hohem Niveau. Deshalb müssen die bisherigen Anstrengungen verstärkt und ergänzt und die gesetzliche Grundlage für den Ausbau der Hilfseinrichtungen für Drogenabhängige im Bereich Prävention, Therapie, Schadenminderung geschaffen

werden. Ebenfalls gestärkt werden soll in diesem Zusammenhang die Koordinations- und Führungsrolle des Bundes.

- *Defizite bei Prävention und Therapie:* Es bestehen in einzelnen Bereichen der Prävention und Therapie nach wie vor Defizite sowie kantonale Unterschiede und Mängel bei Planung, Koordination und Qualitätsmanagement.
- *Schadenminderung und Überlebenshilfe:* Durch das Aufkommen von HIV/Aids hat sich in den Achtzigerjahren die gesundheitliche Situation bei drogenkonsumierenden Personen verschlechtert<sup>19</sup>. Auf Grund dieser Entwicklung wurden als jüngstes Element der Drogenpolitik Strategien zur Schadenminderung oder Überlebenshilfe entwickelt. Die damit verbundene Stabilisierung der Gesundheit während der Konsumzeit erhöht die Chancen zu einem Ausstieg aus dem Konsum.
- *Befristung der heroingestützten Behandlung:* Der Bundesbeschluss über die heroingestützte Behandlung wurde bis zur Inkraftsetzung des BetmG, längstens jedoch bis Ende 2009 befristet. Mit der neuen Regelung soll die heroingestützte Behandlung als erfolgreiche Therapieform<sup>20</sup> für eine beschränkte, genau definierte Patientengruppe definitiv im Gesetz verankert werden.
- *Medizinische Anwendung von Cannabis:* Sowohl im In- wie Ausland laufen Projekte zur Erforschung des therapeutischen Nutzens von Hanf. Dieser wird heute nicht mehr – wie noch 1951 bzw. 1975 – als marginal beurteilt. Eine Lockerung der geltenden Bestimmungen scheint hier angebracht.

## 2.3 Schwerpunkte der Revision

### 2.3.1 Die Verankerung des Vier-Säulen-Modells

Wie bereits in Ziffer 2.1.3 dargelegt, hat sich das Vier-Säulen-Prinzip seit den Neunzigerjahren als Grundlage der schweizerischen Drogenpolitik entwickelt und findet in der Politik, in Fachkreisen und bei den Verantwortlichen in Kantonen, Gemeinden und Bund breite Akzeptanz. Es ist ein logischer und längst fälliger Schritt, die vier Säulen im Gesetz rechtlich zu verankern.

Neu werden in einem Zweckartikel (Art. 1) die Ziele der Betäubungsmittelpolitik festgehalten. Angestrebt wird eine Steigerung von Wirksamkeit und Effektivität durch ein kohärent koordiniertes Zusammenspiel aller Massnahmen und Beteiligten. Als Ziel aufgenommen wird ebenfalls die Abstinenz vom Konsum von Betäubungsmitteln. Artikel 1a zählt die vier Säulen explizit auf. Die zur Verfolgung der gesetzlichen Ziele ergriffenen Massnahmen werden von Bund und Kantonen in den Bereichen dieser vier Säulen getroffen. Die entsprechenden Massnahmen sollen substanzunabhängig angewendet werden, dass heisst, sie zielen auf Suchtmittel generell und nicht nur auf die illegalen Betäubungsmittel. In diesem Sinne wird in diesem Bereich eine ganzheitliche Suchtpolitik verfolgt.

<sup>19</sup> Vgl. hierzu Botschaft zu den Volksinitiativen «Jugend ohne Drogen» und «für eine vernünftige Drogenpolitik» vom 19. Juni 1995, BBl 1995 III 1245 ff, Ziffer 1 «Die Drogensituation in der Schweiz und im internationalen Umfeld».

<sup>20</sup> Vgl. Bericht des Bundesamtes für Gesundheit an den Bundesrat über die heroingestützte Behandlung im Jahre 2004, Bundesamt für Gesundheit, August 2005.

### 2.3.2 **Jugendschutz und Prävention**

Eines der Hauptanliegen im revidierten BetmG ist der Schutz der Jugend und die Verstärkung der Prävention. Dies wird in Artikel 1a Absatz 2 explizit festgehalten. Verteilt im Gesetz finden sich denn auch verschiedene Bestimmungen, die diesen Anliegen Rechnung tragen sollen. Die Unterschiede zum geltenden BetmG in Bezug auf Prävention und Jugendschutz sind:

*Meldeermächtigung:* der geltende Artikel 15, der bereits eine Gefährdungsmeldung in Fällen von Betäubungsmittelmissbrauch ermöglicht, wird ausgeweitet und verstärkt. Neu wird nun in Artikel 3c der Kreis der meldeberechtigten Personen erweitert und die bisherige Beschränkung auf Betäubungsmittelmissbrauch auf Suchtmittelmissbrauch ausgeweitet. Zudem wird betont, dass diese Meldung vor allem in Bezug auf gefährdete Kinder und Jugendliche wichtig ist.

*Schwerer Fall bei gewerbsmässiger Abgabe von Betäubungsmitteln in unmittelbarer Umgebung von Ausbildungsstätten:* in Artikel 19 Absatz 2 Buchstabe d wird neu das gewerbsmässige Anbieten, die Abgabe oder das sonstwie zugänglich Machen von Betäubungsmitteln in oder in unmittelbarer Nähe von Ausbildungsstätten als Qualifikationsmerkmal für einen schweren Fall aufgenommen.

*Strafverschärfung bei Abgabe an Jugendliche:* Die Abgabe von Betäubungsmitteln an Jugendliche soll verschärft verfolgt werden (Freiheitsstrafe *und* Geldstrafe, statt wie in Artikel 136 Strafgesetzbuch bisher Freiheitsstrafe *oder* Geldstrafe).

### 2.3.3 **Unbefristete gesetzliche Verankerung der heroingestützten Behandlung**

Am 21. Oktober 1992 wurde die Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und zur Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger (PROVE-Verordnung) vom Bundesrat verabschiedet und 1994 konnte der wissenschaftliche Versuch mit der ärztlichen Verschreibung von Heroin in einer medizinisch-therapeutischen Einbettung zur psychosozialen Stabilisierung gestartet werden. Die Versuche dauerten bis zum 31. Dezember 1998. Die Resultate aus den Versuchen zeigten deutlich, dass die heroingestützte Behandlung für eine klar definierte, relativ kleine Zielgruppe von Personen mit einer langjährigen, chronifizierten Heroinabhängigkeit, mehreren gescheiterten Therapieversuchen und deutlichen gesundheitlichen und sozialen Defiziten eine sinnvolle Ergänzung der Therapiemöglichkeiten darstellt.

Aufgrund dieser positiven Resultate wurde daher beschlossen, die Verankerung der heroingestützten Behandlung im BetmG mittels befristeten Bundesbeschlusses vorzuziehen und nicht die ordentliche Revision des BetmG abzuwarten. Am 9. Oktober 1998 wurde daher vom Parlament der Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin als dringlich erklärt und in Kraft gesetzt. Dagegen wurde das Referendum ergriffen und im Juni 1999 wurde der Bundesbeschluss vom Stimmvolk gutgeheissen. Der Bundesbeschluss war bis Ende 2004 befristet – längstens bis zum Inkrafttreten der Revision des BetmG – und musste nochmals verlängert werden, nachdem die Revisionsvorlage wegen Nichteintreten des Nationalrates gescheitert war. Die jetzige Regelung im BetmG, in Artikel 8 Absätze 6–8, ist bis Ende 2009 befristet.

Der Nutzen der heroingestützten Behandlung ist weitgehend unbestritten und soll jetzt definitiv als Therapie im Gesetz verankert werden. In der Stadt Zürich z.B. stimmten am 26. September 2004 die Stimmberechtigten der unbefristeten Weiterführung der heroingestützten Behandlung mit einem Ja-Stimmen-Anteil von 75 Prozent zu.

### **2.3.4 Verstärkte Rolle des Bundes**

Der Bund erhält mehr Gewicht bezüglich Koordination und Unterstützung der Massnahmen der vier Säulen in den Kantonen; er soll auch selber Massnahmen ergreifen können. Konkretisiert wird diese Führungsrolle des Bundes in der Drogen- und Suchtpolitik im 4. Abschnitt des BetmG, Artikel 3i bis 3l. In diesen Artikeln wird die Koordinationsrolle des Bundes in den Bereichen Prävention, Therapie und Schadenminderung festgehalten, sowie die Standards bei der Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen und bei der Qualität der verschiedenen Hilfsangebote festgelegt.

Ziel der Verstärkung der Rolle des Bundes ist einerseits eine Vereinheitlichung in Bezug auf die Qualität der Massnahmen, der Bund soll aber auch die Möglichkeit erhalten, bei Lücken eingreifen zu können; z.B. soll der Bund bei einer ungleichen kantonalen Früherfassung im Falle von Gefährdungsmeldungen unterstützend eingreifen können.

### **2.3.5 Medizinische Anwendung von Cannabis**

Die SGK-N hat aufgrund der in der Subkommission Drogenpolitik durchgeführten Hearings zur medizinischen Anwendung von Cannabis und neuerer Forschungsergebnisse beschlossen, eine Lockerung der medizinischen Anwendung von Cannabis vorzuschlagen. Im geltenden BetmG ist gemäss Artikel 8 Absatz 1 und 5 eine medizinische Anwendung von Cannabis auf pflanzlicher Basis – ausser im engen Rahmen von wissenschaftlicher Forschung – heute nicht möglich. Dies soll geändert werden. Die Kommission schlägt vor, dass mit einer Ausnahmegewilligung des BAG eine beschränkte medizinische Anwendung von Betäubungsmitteln des Wirkungstyps Cannabis im Einzelfall neu ermöglicht werden soll. Gleichzeitig kann die Substanz dem Arzneimittelregime des schweizerischen Heilmittelinstituts unterstellt werden, sobald das entsprechende Betäubungsmittel als Wirkstoff in einem Arzneimittel eingesetzt wird, welches über eine Zulassung des schweizerischen Heilmittelinstituts verfügt. Die Ärzte könnten dann dieses Arzneimittel für die zugelassene Indikation verschreiben.

### **2.3.6 Evaluation**

Die Massnahmen des Bundes müssen gemäss Artikel 170 der Bundesverfassung auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden. Daher soll die Wirksamkeit der Massnahmen im Zusammenhang mit der Prävention, Therapie und Schadenminderung weiterhin kontrolliert werden. Zudem sollen zeitlich limitierte Evaluationen die

Folgen der Gesetzesänderung bzw. zukünftiger Gesetzesänderungen ebenfalls überprüfen können.

## **2.4 Minderheit für Nichteintreten**

*Minderheit (Bortoluzzi, Borer, Parmelin, Scherer, Stahl)*

### *Nichteintreten*

Eine Minderheit der SGK-N beantragt Nichteintreten. Sie vertritt die Meinung, dass die mit dieser Vorlage definitiv verankerte 4-Säulen-Politik in die falsche Richtung geht. Der Umstand, dass die Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis und Kokain immer jünger werden, zeigt, dass mit den bisherigen Instrumenten der Drogenpolitik das Ziel einer Stabilisierung verfehlt wurde. Stattdessen hat eine massive Ausdehnung des Problems stattgefunden, was durch die heutige Drogenpolitik aber verschleiert wird. Dazu gehört auch die erfolglose Heroinabgabe. Stattdessen müsste der illegale Drogenkonsum viel härter verfolgt und eine ausstiegsorientierte Drogenpolitik angestrebt werden.

## **3 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen**

### **3.1 Gliederung**

Grundsätzlich wird an der bestehenden Struktur des BetmG nichts geändert. Neu gegliedert und teilweise neu betitelt sind die Kapitel des BetmG. Inhaltlich neu sind die Artikel 1 und 1a sowie Kapitel 1a, welches die drei Säulen Prävention, Therapie und Schadenminderung sowie Koordination, Forschung, Ausbildung und Qualitätssicherung gesetzlich verankert. Die punktuellen Regelungen zu Vollzugsaufgaben von Bund und Kantonen werden in einem Kapitel zusammengefasst (5. Kapitel). Das Kapitel «Zentralstelle» wird aufgehoben und in den neuen Abschnitt «Aufgaben des Bundes» eingebaut.

#### **3.1.1 Zweck und Gegenstand (Art. 1) (neu)**

Im geltenden BetmG fehlte bisher ein allgemeiner Zweckartikel. Obwohl ein solcher Artikel gesetzgeberisch keine Notwendigkeit darstellt, erscheint es sinnvoll, ein- gang des Gesetzes die verschiedenen Ziele zu benennen, die mit dem BetmG verfolgt werden. Dies soll aufzeigen, dass diese Ziele gleichwertig sind und möglichst im Einklang zueinander angestrebt werden sollen.

Die Aufnahme eines entsprechenden Zweckartikels verdeutlicht den umfassenden Ansatz des BetmG bei der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung insgesamt: Der Konsum von Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen soll möglichst verhindert werden und die Abstinenz als Grundgedanke im Absatz 1 des Zweckartikels stehen. Im Zentrum stehen zudem die suchtbedingten Störungen, welche nicht nur eine Bedrohung der Gesundheit eines Einzelnen darstellen, sondern weitere Folgen für die Gesellschaft haben können (öffentliche Gesundheit, öffentliche Ordnung und Sicherheit sowie die Volkswirtschaft). Dieser umfassende gesundheitliche Ansatz schafft Klarheit bei Auslegungsfragen und bildet die Grundlage zur

Verankerung des Prinzips der vier Säulen und der nationalen Drogenpolitik. Eine vergleichende Studie der Interventionen im Drogen- und Suchtbereich in 19 Ländern stellt eine ähnliche Stossrichtung für eine ganzheitliche Suchtpolitik fest<sup>21</sup>.

*Absatz 1* legt die allgemeinen Zielsetzungen und Grundgedanken des Gesetzesentwurfs dar: Dies sind die Förderung der Abstinenz des Konsums von Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen (Bst. a), der Schutz vor den negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen von suchtbedingten Störungen der Psyche und des Verhaltens (Bst. b) sowie die Bekämpfung der Gefährdung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit und der kriminellen Handlungen (Bst. c).

Der Begriff Abstinenz bedeutet in diesem Zusammenhang, dass in erster Linie verhindert werden soll, dass Menschen überhaupt damit anfangen, Betäubungsmittel und psychotrope Stoffe zu konsumieren. Ebenso sollen die Massnahmen bei Therapie und letztendlich auch bei der Schadenminderung auch darauf ausgerichtet sein, ein drogenfreies Leben zu ermöglichen (vgl. hierzu auch Art. 3d Abs. 2).

Der vorliegende Gesetzesentwurf verzichtet auf eine allgemeine Definition von Suchtmitteln und führt den Begriff der suchtbedingten Störung ein, der sich vor allem auf Massnahmen der drei Säulen Prävention, Therapie und Schadenminderung, sowie auf die weiteren in Kapitel 1a BetmG erwähnten Massnahmen in den Bereichen Koordination, Forschung, Ausbildung und Qualitätssicherung bezieht. Der Begriff der suchtbedingten Störungen stützt sich auf die Terminologie der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), die von der Weltgesundheitsorganisation der UNO herausgegeben wird<sup>22</sup>. In der Praxis ist die ICD die international führende Standardklassifikation für Diagnosen geworden, die sowohl für epidemiologische Fragestellungen, aber auch für viele Management-Aufgaben im Gesundheitswesen eingesetzt wird. Darin inbegriffen sind Analysen der allgemeinen Gesundheitssituation von Bevölkerungsgruppen und die Überwachung der Inzidenz und Prävalenz<sup>23</sup> von Krankheiten und sonstigen Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit anderen veränderlichen Grössen, z.B. Merkmale oder Umstände der jeweils betroffenen Person. So stützt sich bereits die Definition der schweren Heroinabhängigkeit, welche die Grundlage zur Zulassung eines Patienten für eine heroingestützte Behandlung darstellt, ebenfalls auf die Definitionen nach ICD-10<sup>24</sup>.

Auf den Begriff der Krankheit wird in diesem Bereich bewusst verzichtet, da substanzgebundene, suchtbedingte Störungen eine Vielzahl von verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern enthalten, die sich durch den Gebrauch von suchterzeugenden Substanzen abzeichnen können. Diese Störungen können ungeachtet vom rechtlichen Status der Substanzen und deren Erhältlichkeit auch bei ärztlicher Verschreibung oder durch Mischkonsum mehrerer Substanzen sich entwickeln.

21 «Die nationalen staatlichen Interventionen im Drogen- und Suchtbereich: ein internationaler Vergleich», Frank Zobe, Tatjana Ramstein, Sophie Arnaud, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, März 2004.

22 Die englischsprachige Originalausgabe wurde 1993 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht als «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision», Geneva, WHO, Vol. 2, 1993.

23 *Prävalenz*: Bestand aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Population zu einem definierten Zeitpunkt. *Inzidenz*: Anzahl der Neuerkrankungen an einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerungsgruppe während eines bestimmten Zeitintervalls.

24 Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin, SR 812.121.6, vom 8. März 1999, definiert in Artikel 2 Absatz 3 die schwere Heroinabhängigkeit gestützt auf ICD-10.

*Absatz 2* hält fest, welche Massnahmen der Entwurf zur Verfolgung der Ziele von Absatz 1 vorsieht. Gleichwertig neben der Kontrolle des Verkehrs mit Betäubungsmitteln, Vorläuferstoffen und Hilfschemikalien wird die umfassende Bekämpfung der Suchtproblematik auf der Betroffeneneseite erwähnt. Suchtbedingte Störungen und deren Folgen sollen verhütet, und wo dies nicht möglich ist, behandelt werden.

### **3.1.2 Vier-Säulen-Prinzip (Art. 1a) (neu)**

*Absatz 1:* Die nationale Strategie zur Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz, welche auf dem Prinzip der vier Säulen basiert, wird hier im BetmG verankert. Bei den vier Säulen handelt es sich um Prävention, Therapie und Wiedereingliederung, Schadenminderung und Überlebenshilfe sowie Repression und Kontrolle. Das folgende Kapitel 1a enthält in seinen Abschnitten Bestimmungen zu den einzelnen Säulen, mit Ausnahme der Kontrolle und Repression, die wie bis anhin in den Kapiteln 3 und 4 geregelt sind. Viele Bereiche, welche die Repression betreffen, sind zudem in Gesetzen ausserhalb des BetmG geregelt, z.B. im Bundesgesetz über kriminalpolizeiliche Zentralstellen vom 7. Oktober 1994, welches dem Bund die Führung einer Zentralstelle zur Bekämpfung des organisierten Verbrechens gestattet, oder im Strafgesetzbuch (Aufnahme von Strafnormen gegen die Geldwäscherei und das organisierte Verbrechen).

*Absatz 2:* Mit dieser Bestimmung soll die Bedeutung des allgemeinen Gesundheits- und Jugendschutzes sowie der Prävention im BetmG betont werden.

### **3.1.3 Verhältnis zum Heilmittelgesetz (Art. 1b) (neu)**

Diese Regelung entspricht dem geltenden Artikel 2 Absatz 1<sup>bis</sup> BetmG<sup>25</sup>.

### **3.1.4 Begriffe (Art. 2)**

Der geltende Artikel 2 BetmG wurde zum grössten Teil aufgehoben bzw. bei den Aufgaben des Bundes und der Kantone eingefügt. Die Kantone sind nach wie vor zuständig für die Betäubungsmittelkontrolle bei Medizinalpersonen, Krankenanstalten und Instituten. Die Betäubungsmittelkontrolle des Bundes wird grösstenteils vom Schweizerischen Heilmittelinstitut ausgeübt.

Die Definitionen der Begriffe entsprechen inhaltlich den geltenden Artikeln 1 und 3 BetmG, wurden jedoch übersichtlicher gegliedert und verständlicher formuliert. Sie stellen weiterhin auf die Terminologie nach den internationalen Übereinkommen ab.

*Absatz 1 Buchstabe a:* Entspricht dem geltenden Artikel 1 Absatz 1 BetmG. (Natürlich angebautes) Cannabis gilt nach dem internationalen Einheits-Übereinkommen von 1961 über die Betäubungsmittel<sup>26</sup> als Betäubungsmittel.

*Absatz 1 Buchstabe b:* Entspricht inhaltlich Artikel 1 Absatz 3 des geltenden BetmG und definiert die psychotropen Stoffe.

<sup>25</sup> Vgl. Botschaft zum Heilmittelgesetz, BBl 1999 3453, Ziffer 22.11.04.

<sup>26</sup> SR 0.812.121.0, s. Art. 1 Abs. 1 Bst. b und j in Verbindung mit Tabelle I.

*Absatz 1 Buchstaben c und d:* Die Begriffe Stoffe und Präparate werden neu im Gesetz selbst definiert und bilden den grundsätzlichen Rahmen für die Erstellung der Verzeichnisse der Betäubungsmittel, psychotropen Stoffe und Vorläuferstoffe.

Verwendungsfertige Betäubungsmittel sind anwendungsbereite Endprodukte, d.h., ein Stoffgemisch oder die Lösung eines oder mehrerer Stoffe ohne Rücksicht auf ihren Aggregatzustand.

*Absatz 1 Buchstaben e und f:* Die bisherige Definition der Vorläuferstoffe in Artikel 3 der Vorläuferverordnung<sup>27</sup> wird nun auf Gesetzesstufe festgehalten. Neu eingeführt wird eine Definition der Hilfschemikalien. Hilfschemikalien werden für die Herstellung von Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen verwendet, wie beispielsweise Reagenzien oder Lösungsmittel.

*Absatz 1<sup>bis</sup>* kann aufgehoben werden, da der Artikel verschoben und neu zu Artikel 1b wird.

### **3.1.5 Verzeichnis (Art. 2a)**

Bisher war das Schweizerische Heilmittelinstitut für die Erstellung des Verzeichnisses der Rohmaterialien und Erzeugnisse zuständig, da man ein rasches Handeln beim Auftreten allfälliger neuer Substanzen gewährleisten wollte. Neu wird das zuständige Departement, das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), damit beauftragt, in einer Verordnung die Listen der Betäubungsmittel, psychotropen Stoffe, Vorläuferstoffe und Hilfschemikalien zu erstellen. Dies beruht auf der Überlegung, dass das Aufnehmen in eine solche Liste weitreichende Konsequenzen zur Folge hat und dieser Entscheid sinnvollerweise auf Grund der erhöhten Legitimation auf Departementsstufe getroffen werden soll. Ein rasches gesetzgeberisches Reagieren bleibt auch mit der Verordnungskompetenz auf Departementsstufe gewährleistet. Das EDI richtet sich hierbei grundsätzlich nach den Empfehlungen der zuständigen internationalen Organisationen.

Ausserdem sind seit dem Inkrafttreten des Heilmittelgesetzes sowohl das Bundesamt für Gesundheit als auch das Schweizerische Heilmittelinstitut mit Aufgaben aus dem BetmG betraut. Es ist sinnvoll, dass das EDI als gemeinsame Aufsichtsbehörde beider Organisationen durch den Erlass der Verzeichnisse über das Ausmass der staatlichen Intervention bei den Betäubungsmitteln entscheidet.

### **3.1.6 Regelung für psychotrope Stoffe (Art. 2b) (neu)**

Die psychotropen Stoffe sind somit wie bis anhin den Betäubungsmitteln rechtlich gleichgestellt, namentlich bezüglich der Strafbestimmungen. So wird z.B. ein Täter weiterhin nach Artikel 19 verurteilt, falls er unbefugt psychotrope Stoffe verkauft. Massgeblich für die Rechtsfolgen eines bestimmten psychotropen Stoffes im Einzelnen ist wie bis anhin seine Einteilung in den entsprechenden Listen des Eidgenössischen Departementes des Innern<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Verordnung über die Vorläuferchemikalien und andere Chemikalien, die zur Herstellung von Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen verwendet werden (Vorläuferverordnung, VorIV, SR 812.121.3).

<sup>28</sup> Vgl. BGE 124 IV 286 ff., insbesondere Erwägung 1.

### **3.1.7 Vorläuferstoffe und Hilfschemikalien (Art. 3)**

*Absatz 1:* Der erste und zweite Satz können gekürzt werden, da die Vorläuferstoffe und neu die Hilfschemikalien bereits in Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben e und f definiert werden. Ansonsten ist der Absatz inhaltlich unverändert.

*Absatz 3:* Kann aufgehoben werden, da die Erstellung einer entsprechenden Liste der Vorläuferstoffe bereits in Artikel 2a an das Departement delegiert wird.

### **3.1.8 Referenzlabor (Art. 3a)**

Dieser Artikel wurde verschoben und in Artikel 29c Absatz 1 aufgenommen.

### **3.1.9 1a. Kapitel (neu): Massnahmen zur Prävention und Therapie und Schadenminderung**

#### **3.1.9.1 1. Abschnitt: Prävention**

##### **3.1.9.1.1 Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (Art. 3b)**

Prävention hiess früher allein, den Erstkonsum von Betäubungsmitteln zu verhindern. Heute ist Prävention auch die Verhinderung gesundheitlicher und sozialer Probleme, die sich für einen Menschen aus dem Drogenkonsum ergeben können. Angehörige und das Umfeld werden mit einbezogen. So wird die klassische Prävention gezielt mit Strategien der Gesundheitsförderung ergänzt. Statt nur Risiken zu bekämpfen, werden die Möglichkeiten und Ressourcen (Selbstwert, Beziehungen, Interessen, soziale Kompetenzen usw.) der Menschen gestützt und gefördert. Das bedeutet, dass Interventionen auf der Ebene der «Lebenswelten» (Settings) der Menschen – also in Schule, Arbeitsplatz, Wohngemeinde, Familie oder Stadtquartier – einsetzen. Beim Einzelnen stehen die Schutzfaktoren wie Beziehungsfähigkeit, Selbstwertgefühl, Impulskontrolle oder Umgang mit Gruppendruck im Vordergrund.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter Gesundheit ein komplexes Gefüge aus biologischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Gegebenheiten. Die Kompetenz des Menschen zur Regulierung seiner Gesundheit und seines Befindens rückt in den Vordergrund. Gesundheitsförderung und Prävention sind demnach bestrebt, diese Kompetenz zu fördern und zu unterstützen.

Präventionsfachleute orientieren sich zunehmend am Präventionsdreieck «Mensch – Umwelt – Droge» und nicht an einzelnen Substanzen. Die WHO und die Fachwelt empfehlen, Drogenkonsum als Risikoverhalten und nicht bereits als medizinisches Problem, als Pathologie, zu betrachten. Drei Ausprägungen der Konsumintensität werden unterschieden: Der Drogengebrauch, der schädliche Gebrauch und die Abhängigkeit («use», «abuse» und «dependency»). Diese Unterscheidung ist nützlich für die Prävention.

Würde sich die Prävention allein auf «Einstieg» und «Erstkonsum» beschränken, würde ein erheblicher Anteil von Jugendlichen im Stich gelassen. Der Konsum von abhängigkeiterzeugenden Substanzen im Jugendalter nimmt zu, vor allem der frühe Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis. Eine Trendumkehr ist nicht auszumachen.

Somit verfolgt die Prävention v.a. drei Ziele:

- Menschen, vor allem Kinder und Jugendliche, vom Konsum von abhängigkeiterzeugenden Substanzen abhalten;
- Probleme und negative Auswirkungen des Konsums von abhängigkeiterzeugenden Substanzen für das Individuum und die Gemeinschaft verhindern;
- den folgenschweren Übergang vom Konsum von abhängigkeiterzeugenden Substanzen zum Missbrauch und zur Abhängigkeit verhindern.

*Absatz 1* entspricht sinngemäss dem geltenden Artikel 15a Absatz 1. Der Begriff des Betäubungsmittelmissbrauchs wurde aus obgenannten Gründen auf suchtbedingte Störungen ausgedehnt. Diese Bestimmung richtet sich generell auch an Erwachsene und soll die Abhängigkeit und den Missbrauch von Suchtmitteln reduzieren. Jedoch ist den Bedürfnissen Jugendlicher gerade bei der Präventionsarbeit gemäss Artikel 1a Absatz 2 des Entwurfes vermehrt Rechnung zu tragen: Der Schwerpunkt der Prävention liegt besonders bei Kindern und Jugendlichen im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitspolitik in der Stärkung der sozialen Kompetenzen, der Verbesserung der sozialen Integration, der Erhöhung schulischer und beruflicher Qualifikation und der Förderung gesundheitsorientierten Verhaltens. Substanzbezogene Massnahmen, insbesondere durch sachliche Information, bilden eine Ergänzung.

Den Kantonen kommt ein Beratungs- und Aufklärungsauftrag zu. Für Massnahmen in den Einrichtungen wie Schulen, Freizeitzentren, Wohnheimen usw. sind primär die Kantone und Gemeinden zuständig.

Der Bund gewährleistet die Vernetzung und den Erfahrungsaustausch unter den Angeboten (z.B. die Programme «Bildung + Gesundheit – Netzwerk Schweiz» und supra-f [Suchtprävention – Forschung]), koordiniert die Strategien und ergreift Massnahmen von nationaler Tragweite (vgl. Erläuterungen zu Art. 3i).

Die Kantone werden wie bereits im geltenden BetmG verpflichtet, die notwendigen Einrichtungen und Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Umsetzung der Präventionsmassnahmen zu ermöglichen. Sie können auch private Institutionen unterstützen, die den Qualitätsanforderungen entsprechen. Hier wird auf die in Artikel 3/ erwähnten Empfehlungen zur Qualitätssicherung Bezug genommen (vgl. Erläuterungen zu diesem Artikel).

*Absatz 2:* Der Bund ist seit 1991 in der allgemeinen Suchtprävention nicht nur unterstützend tätig, sondern er hat wiederholt auch selbständig die Initiative für Präventionsmassnahmen ergriffen, anschaulich demonstriert im Bereich der nationalen Aufklärung und Information (Sensibilisierungskampagnen). Diese Möglichkeit zur Eigeninitiative des Bundes soll mit diesem Absatz gesetzlich besser verankert werden.

### 3.1.9.1.2 Meldebefugnis (Art. 3c)

Dieser Artikel entspricht in Sinn und Zweck dem geltenden Artikel 15. Auf Grund dieser Meldeermächtigung soll es möglich sein, frühzeitig bei Personen mit bereits vorhandenen oder mit drohenden suchtbedingten Störungen eingreifen zu können, da sich «unter Umständen schon im Anfangsstadium des Substanzgebrauchs, auch ohne Vorliegen einer Abhängigkeit, Massnahmen aufdrängen»<sup>29</sup>. Die Meldeermächtigung ist ein Instrument der Früherfassung von Suchtgefährdeten und gehört sinngemäss zu den Präventionsmassnahmen. Die bisherige Bestimmung besteht schon seit 1975 und ermächtigte allein Amtsstellen (wie die Strafverfolgungsbehörden), Ärzte und Apotheker, Fälle von Betäubungsmittelmissbrauch bei erheblicher Gefährdung von Patientinnen und Patienten an professionelle Beratungsstellen zu melden. Diese Regelung ist im vorliegenden Vorschlag in zweierlei Hinsicht erweitert worden:

- Nicht nur Amtsstellen und Fachleute aus dem Gesundheitsbereich (Ärzte und Apotheker), sondern auch Fachleute, die im Erziehungs- (z.B. Lehrer, Schulpsychologen, Schulsozialarbeiter), Sozial- (z.B. Sozialarbeiterin), Justiz- (z.B. Jugendgerichte und Jugendanwaltschaften) und Polizeiwesen tätig sind, können unter bestimmten Voraussetzungen Fälle den professionellen Beratungsstellen melden, ohne damit in Konflikt mit ihrem Berufsgeheimnis oder mit der Datenschutzgesetzgebung zu geraten. Diese Erweiterung ist dadurch begründet, dass suchtgefährdete Personen diesen Fachleuten auffallen, lange bevor Amtsstellen, Ärzte und Apotheker davon erfahren. Eine Intervention erfolgt heute oft zu spät; insbesondere bei Jugendlichen häufig erst dann, wenn sie bereits sozial auffällig geworden und allenfalls mit dem Gesetz (BetmG, SVG usw.) in Konflikt geraten sind. Die Schwelle der Intervention wird bei Jugendlichen in der Praxis somit tiefer angesetzt als bei Erwachsenen: Eine Gefährdung hat bei Jugendlichen früher als erheblich zu gelten.
- Es können nicht nur Fälle von Betäubungsmittelmissbrauch, sondern alle schwerwiegenden Fälle erheblich suchtgefährdeter Personen gemeldet werden. Was schwerwiegende Fälle sind, ergibt sich aus den drei in Artikel 3c erwähnten Voraussetzungen (vorliegende oder drohende Suchtmittelabhängigkeit; erhebliche Gefährdung des Patienten, seiner Angehörigen oder der Allgemeinheit; Betreuungsmassnahmen muss von den Fachleuten als angezeigt erachtet werden). Alle drei Voraussetzungen müssen für eine Meldung erfüllt sein.

Diese Meldeermächtigung soll unabhängig von einer strafrechtlichen Anzeigepflicht bestehen und zu einer direkten Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen mit den zuständigen Behandlungs- und Sozialhilfestellen führen. Die bereits heute bestehende Zusammenarbeit der sozialen Dienste mit Polizei und Strafverfolgung – z.B. in den Städten Basel und Zürich, in denen die Sozialarbeiter und -arbeiterinnen zusammen mit der Polizei patrouillieren – wird durch diese Erweiterung ebenfalls besser verankert und bestätigt.

<sup>29</sup> Botschaft des Bundesrates betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 9. Mai 1973 (BBl 1973 I 1348).

*Absatz 1* legt die grundsätzliche Meldeermächtigung fest und bietet die formell-gesetzliche Grundlage, dass entsprechende Personendaten den Behandlungs- oder Sozialhilfestellen bekannt gegeben werden dürfen. Die Meldeermächtigung soll aber nicht zu einem Denunziantentum führen, weshalb sie an strenge Voraussetzungen gebunden ist: Nur Berufsleute, die unmittelbar mit der betroffenen Person zu tun haben, sind im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zur Meldung befugt. Sie haben das Wohl der betroffenen Person in den Vordergrund zu stellen und eine diagnostische, pädagogische oder therapeutische Massnahme muss angezeigt sein. Bei Eingang einer Gefährdungsmeldung können die zuständigen Behandlungs- oder Sozialhilfestellen professionell abklären, ob und welche Massnahme sinnvoll ist.

*Absatz 2* bestimmt, dass Amtsstellen und Fachleute im Falle einer Gefährdungsmeldung nach Absatz 1 die gesetzlichen Vertreter, in der Regel also die Eltern, grundsätzlich ebenfalls informieren müssen, wenn die Meldung Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren betrifft. Diese Bestimmung wurde explizit aufgenommen, da gestützt auf das Zivilgesetzbuch<sup>30</sup> keine Meldepflicht Dritter abgeleitet werden kann. Will man daher Amtsstellen und Fachleute verpflichten, die Eltern im Zusammenhang mit einer Meldung über Suchtprobleme ihrer Kinder zu informieren, bedarf es dafür einer expliziten Verankerung dieser Pflicht im BetmG.

Eine Nichtinformation der Eltern kann aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes des Kindes nur dann in Frage kommen, wenn dies für die Gesundheit des Kindes oder aus anderen Gründen (z.B. Gefahr, dass die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter in gewalttätiger Weise auf die Mitteilung reagieren) erklärermassen die bessere Lösung ist.

*Absatz 3* gewährleistet, dass die Kantone entsprechende fachlich qualifizierte Behandlungs- oder Sozialhilfestellen schaffen und unterhalten.

*Absatz 4* entspricht dem geltenden Artikel 15 Absatz 2 und hält deklaratorisch fest, dass alle Behandlungs- oder Sozialhilfestellen (nicht nur die Behörden wie im geltenden Art. 15 Abs. 2) ihrerseits dem Amts- und Berufsgeheimnis unterstehen. Ein Weiterleiten der Meldungen aus den Behandlungs- oder Sozialhilfestellen wird somit unterbunden.

*Absatz 5* entspricht inhaltlich dem geltenden Artikel 15 Absatz 3. Die Aufhebung einer allfälligen kantonalen Anzeigepflicht gilt jedoch neu für alle Fachleute nach Absatz 1.

### **3.1.9.2                    2. Abschnitt: Therapie und Wiedereingliederung**

#### **3.1.9.2.1                Betreuung und Behandlung (Art. 3d)**

Ziele der *Therapie* sind der Ausstieg aus der Sucht (Abstinenz), die Förderung der körperlichen und geistigen Gesundheit und die soziale Integration von abhängigen Menschen. Es muss eine Vielfalt von Therapien angeboten werden, damit möglichst viele Drogenabhängige erreicht werden können. Unter den Begriff Therapie fallen:

*Stationäre Therapien sind:* Entzugseinrichtungen, Übergangsstationen und therapeutische Rehabilitationsangebote. Ein Teil der therapeutischen Einrichtungen bieten Therapieprogramme mit einer Behandlung von mindestens zwölf Monaten an. In

<sup>30</sup> SR 210

Übergangsstationen dauert eine solche zwischen einem und sechs Monaten. Hier können körperliche Entzüge stabilisiert und die rehabilitativen Anschlussprogramme vorbereitet werden.

*Ambulante Behandlungen und Betreuungen:* Darunter sind ambulante Beratungsstellen zur Betreuung von Abhängigen zu verstehen. Die Beratungsstellen helfen bei der Zuweisung in stationäre Einrichtungen und können auch Nachbehandlungen übernehmen.

*Substitutionsbehandlungen* (vgl. auch nächstes Kapitel): Abhängigen soll auch eine medikamentös unterstützte Behandlung angeboten werden, welche mithilfe, den illegalen Konsum von Betäubungsmitteln zu reduzieren und die Ausbreitung der HIV-, Hepatitis- und anderer Infektionen einzudämmen. Es handelt sich dabei vor allem um methadon- und heroingestützte Behandlungen. Methadonbehandlungen können sowohl in stationären Einrichtungen, wie auch als Teil von ambulanten Behandlungen durchgeführt werden. Die heroingestützte Behandlung ist den schwerabhängigen Drogenpatienten und -patientinnen vorbehalten und auf spezialisierte Institutionen beschränkt.

Ziel der *Wiedereingliederung* ist die gesellschaftliche oder berufliche Reintegration des Patienten und der Patientin mit suchtbedingten Störungen. Hierzu können eine psychosoziale oder ärztliche Behandlung oder sogar fürsorgereiche Massnahmen erforderlich sein.

Therapien und Wiedereingliederungsmassnahmen sind auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtet (z.B. Jugendliche oder Frauen). Die Behandlungsziele sind nach den Möglichkeiten der betroffenen Personen realistisch anzusetzen. Folglich wird auch in der Therapie und Wiedereingliederung von einem substanzübergreifenden Ansatz ausgegangen, um damit der sehr häufig auftretenden Problematik des Mischkonsums und der Polytoxikomanie Rechnung tragen zu können.

In der Schweiz gibt es bereits ein vielfältiges Angebot stationärer und ambulanter Behandlungen. Entscheidend ist das Vorhandensein eines nachfragegerechten Angebotes, das neben den Aspekten der Sucht auch jene der sozialen Benachteiligung, der Wohnsituation, der Arbeitslosigkeit und Verschuldung sowie der sozialen Kompetenz berücksichtigt.

*Absatz 1:* Dieser Absatz entspricht im Wesentlichen dem geltenden Artikel 15a Absatz 2. Nebst der Verpflichtung der Kantone, die notwendigen Einrichtungen für die Betreuung von Personen mit suchtbedingten Störungen sowie für die Förderung der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung zu schaffen, wird auch hier, wie bei der Prävention (Artikel 3b), die Möglichkeit für die Kantone geschaffen, private Institutionen, die den Qualitätsanforderungen entsprechen, zu unterstützen.

*Absatz 2:* Dieser Absatz betont nochmals, dass der Leitgedanke im Bereich der Therapie und Wiedereingliederung die psychische und physische Rehabilitation und die soziale Integration der Personen mit suchtbedingten Störungen ist, um ihnen zu helfen, ein drogenfreies Leben führen zu können.

*Absatz 3:* Die Verantwortung für Therapie und Wiedereingliederung liegt bei den Kantonen, folglich entscheiden sie auch selbständig über die Finanzierung. Der Bundesrat soll jedoch die Möglichkeit erhalten, nicht nur koordinierend bei den Anforderungen an die Qualität der Therapien und Wiedereingliederungsmassnahmen tätig zu sein, sondern er kann auch – nach Anhören der Kantone – entsprechende Empfehlungen abgeben, wie diese unter Berücksichtigung der verschiedenen

Kostenträger einschliesslich der Sozialversicherungen grundsätzlich finanziert werden sollen.

Damit soll der Bund im Rahmen der bestehenden Kompetenzverteilung die Möglichkeit haben, aktiv auf eine gerechte Kostenverteilung zwischen den Kantonen hinzuwirken.

*Minderheit (Teuscher, Fasel)*

*Art. 3d Abs. 3*

Die Finanzierung von Suchttherapien und Wiedereingliederungsmassnahmen muss gesamtschweizerisch harmonisiert und vereinheitlicht werden. Empfehlungen des Bundes alleine genügen dazu nicht. Es braucht dazu verbindliche Vorschriften.

### **3.1.9.2.2 Betäubungsmittelgestützte Behandlung (Art. 3e)**

Das längerfristige Ziel jedes Behandlungsangebotes ist die Drogenabstinenz. Dieses Ziel gilt auch für Substitutionstherapien.

Eine Verschreibung und Abgabe von Betäubungsmitteln darf grundsätzlich nur nach den anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften erfolgen, ansonsten eine strafbare Handlung nach Artikel 20 Absatz 1 Buchstabe d des Entwurfes vorliegt. Dies gilt nicht nur für Substitutionstherapien, sondern für alle ärztlichen Verschreibungen von Betäubungsmitteln, auch zur Behandlung anderer Krankheiten. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Heilmittelgesetzes.

Die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln zum Zweck der Behandlung betäubungsmittelabhängiger Personen unterliegt jedoch einer besonderen Bewilligungspflicht, die in diesem Artikel geregelt wird. Darunter fallen alle Substitutionstherapien mit Opiatagonisten, d.h. in der Hauptsache die methadon-, buprenorphin- und heroingestützten Behandlungen.

*Absatz 1:* Entspricht dem geltenden Artikel 15a Absatz 5.

*Absatz 2:* Die Erfahrungen aus der ärztlichen Verschreibung von Heroin haben gezeigt, dass allgemein ein vermehrtes Engagement des Bundes für bestimmte Substitutionsbehandlungen in zahlreichen Bereichen positive Wirkungen zeigt. So würde die Mehrheit der Kantonsärzte ein verstärktes Engagement des Bundes bei Substitutionen v.a. im Auswertungsbereich und in der Erforschung neuer Substanzen befürworten<sup>31</sup>. Zur Erforschung neuer Substanzen und zur fundierten Evaluation der Behandlungen ist eine minimale Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen unerlässlich. Dem Bundesrat soll deshalb die Kompetenz eingeräumt werden, bei Bedarf nach Anhörung der Kantone entsprechende Rahmenbedingungen auf dem Verordnungswege festlegen zu können.

*Absatz 3:* Angesichts der politischen Bedeutung der heroingestützten Behandlung werden die Rahmenbedingungen und die Zulassungskriterien für die heroingestützte Behandlung weiterhin durch den Bund festgelegt. Die entsprechende Verordnung berücksichtigt einerseits die Resultate der Versuche mit der ärztlichen Verschrei-

<sup>31</sup> Vgl. Methadonbericht (3. Auflage) der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission, Arbeitsgruppe Methadon der Subkommission Drogenfragen, Bundesamt für Gesundheit, Dezember 1995; S. 36 f.

bung von Betäubungsmitteln, andererseits die Erfahrungen und Erkenntnisse, die sich aus der Anwendung des Bundesbeschlusses über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 9. Oktober 1998 ergeben. An den Bestimmungen über die Erteilung von Bewilligungen für Institutionen und für Patienten und Patientinnen soll sich im Vergleich zum Bundesbeschluss und zur Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin nichts ändern.

Die Ziele der heroingestützten Behandlung sind die anhaltende therapeutische Einbindung, die soziale Integration, die Verbesserung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes, die Verringerung des Risikos der Verbreitung und der Ansteckung mit HIV oder Hepatitis sowie die Schaffung von Voraussetzungen für einen dauerhaften Verzicht auf Opiate.

Die heroingestützte Behandlung stellt weiterhin – wie unter dem geltenden Bundesbeschluss – eine Therapie für schwer Abhängige dar, die

- mindestens 18 Jahre alt sind;
- seit mindestens zwei Jahren heroinabhängig sind;
- mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Behandlungsmethode abgebrochen haben, oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt;
- Defizite im medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich aufweisen, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind.

Neu werden diese Kriterien nicht mehr im Gesetz selbst, sondern vom Bundesrat in der entsprechenden Verordnung festgehalten. Dies erhöht die Flexibilität für Anpassungen, die sich auf Grund längerfristiger Erfahrungen und vertiefter Kenntnisse allenfalls aufdrängen. Der Bundesrat kann somit aus Problemen, die ihm in den jährlichen Berichten vorgebracht werden, nötigenfalls gesetzgeberische Konsequenzen ziehen. Dies entspricht auch der Lösung für die übrigen Substitutionsprogramme, bei denen ebenfalls der Bundesrat die Rahmenbedingungen (einschliesslich der Aufnahmekriterien) setzen kann. Die Grundvoraussetzungen werden jedoch nach wie vor im BetmG aufgeführt, in Absatz 3 Buchstaben a–c.

Als hauptsächlichen Trägern von Institutionen für die heroingestützte Behandlung bleibt es den Kantonen wie bis anhin vorbehalten, die ärztliche Verschreibung von Heroin auf ihrem Gebiet zuzulassen.

Zur Qualitätskontrolle der heroingestützten Behandlungen und zur umfassenden Stoffkontrolle muss der Bundesrat weiterhin befugt sein, Vorschriften und Kontrollen zur Überprüfung der Behandlungsverläufe von Patienten und Patientinnen festlegen zu können (Bst. c).

*Minderheit (Dunant, Borer, Bortoluzzi, Müri, Reymond, Ruey, Scherer)*

*Art. 3e Abs. 3*

Die ärztliche Heroinerschreibung hat ihr Ziel nicht erreicht. Statt den Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit zu schaffen, verbleiben die betroffenen Heroinsüchtigen in ihrer Sucht. Zudem spielen Kokain und synthetische Drogen heute eine viel wichtigere Rolle als der Heroinkonsum. Die ärztliche Heroinerschreibung muss deshalb abgeschafft werden.

### **3.1.9.2.3                    Datenbearbeitung (Art. 3f)**

Zur Durchführung der Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen sowie zu Kontrollzwecken ist es für die beteiligten Institutionen und Behörden unumgänglich, allgemeine Personendaten, besonders schützenswerte Personendaten sowie allenfalls Persönlichkeitsprofile bearbeiten zu können. Den kantonalen Kontrollbehörden müssen ebenfalls Personendaten gemeldet werden, um z.B. die Überprüfung eines allenfalls schon laufenden Methadonprogrammes vornehmen zu können. Diese Bestimmung gilt auch für die Bearbeitung der Daten aus der heroingestützten Behandlung. Sie entspricht so den Vorgaben des Datenschutzes.

### **3.1.9.3                    3. Abschnitt: Schadenminderung und Überlebenshilfe**

#### **3.1.9.3.1                Aufgaben der Kantone (Art. 3g)**

Mitte der Achtziger- und Anfang der Neunzigerjahre setzte sich in der Schweiz die Erkenntnis durch, dass mit dem (damals) bestehenden Angebot der Drogenhilfe nur ein kleiner Teil der Süchtigen – die Abstinenzwilligen – erreicht wird. Es war die Zeit so genannt «offener» Drogenszenen. Viele Drogenkonsumierende befanden sich in einer sehr schlechten psychischen, physischen, aber auch sozialen Verfassung und immer mehr steckten sich mit dem HI-Virus an. Auch die Todesfälle als Folge von Überdosierungen erreichten einen traurigen Höchststand. Mit dem Ziel der Schadenminderung wurden erste Institutionen zur Überlebenshilfe mit so genannt niedriger Eintrittsschwelle geschaffen. Darunter versteht man einfach zugängliche Orte, professionell geführte Hilfseinrichtungen, ohne Zugangsbedingungen für Drogenabhängige.

Drogenabhängigkeit stellt für einen Teil der Betroffenen, meist junge Menschen, eine schwierige Lebensphase dar. Für andere hingegen ist sie eine Krankheit, deren Behandlung viele Jahre dauern kann. Schadenminderung hat deshalb nicht ausschliesslich die unmittelbare Abstinenz zum Ziel.

Massnahmen zur Schadenminderung und Überlebenshilfe zielen darauf ab, die gesundheitlichen und sozialen Risiken und Schäden der Sucht zu reduzieren. Personen mit suchtbedingten Störungen sollen wenn möglich schon zu Beginn der Suchtphase begleitet und betreut werden, sodass einerseits diese Phase möglichst verkürzt wird und sie andererseits diese Phase in einer möglichst guten Verfassung und sozial integriert durchleben können. Damit sollen die Chancen auf einen späteren Ausstieg aus der Sucht erhöht werden. Dazu gehören sowohl medizinische Angebote zur Schadenminderung (Prävention von HIV und anderen Infektionen, Gassenzimmer mit oder ohne Injektionsmöglichkeit, Spritzenautomaten, medizinische Ambulatorien, HIV- und Hepatitis-Prävention im Strafvollzug usw.), wie auch Angebote der sozialen Betreuung (aufsuchende Sozialarbeit, niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen, Gassenküchen, Notschlafstellen, Tagesstrukturen, Freizeitangebote, Beschäftigungsprogramme usw.).

Im geltenden BetmG existieren keine Bestimmungen zu Schadenminderung und Überlebenshilfe.

Es soll im Sinne der Kohärenz eine ähnliche Regelung wie für die Therapie festgehalten werden. Zudem wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Kantone gemäss Epidemien-gesetz verpflichtet sind, die Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu treffen (Art. 11 Epidemien-gesetz vom 18. Dezember 1970<sup>32</sup>), dies z.B. in Bezug auf die Verhinderung der Übertragung des HIV (Abgabe von sterilen Spritzen). Ebenfalls analog zu den Bestimmungen bezüglich Prävention und Therapie wird festgehalten, dass die Kantone private Institutionen der Schadenminderung unterstützen können, die den Qualitätsanforderungen entsprechen.

*Minderheit (Bortoluzzi, Borer, Dunant, Müri, Reymond, Ruey, Scherer)*

*Art. 3g Abs. 2 (neu)*

Mit dieser Bestimmung soll dem Personal der in diesem Artikel angesprochenen speziellen Einrichtungen klar die Aufgabe übertragen werden, jeglichen Drogenhandel innerhalb dieser Räume zu unterbinden.

### **3.1.9.3.2 Gefährdung des Verkehrs (Art. 3h)**

Es handelt sich hierbei um den ehemaligen Artikel 15a Absatz 6, welcher bis jetzt auf eine Meldepflicht von betäubungsmittelabhängigen Personen beschränkt war.

Gemäss Botschaft aus dem Jahre 1973<sup>33</sup> haben die Amtsstellen bei Gefahr der Beeinträchtigung des Verkehrs die Pflicht, die für den öffentlichen Verkehr zuständigen eidgenössischen und kantonalen Amtsstellen in allen jenen Einzelfällen zu benachrichtigen. Zuständige Behörden können je nach Einzelfall die eidgenössischen oder kantonalen Amtsstellen wie Bundesamt für Verkehr, Bundesamt für Zivilluftfahrt, die kantonalen Strassenverkehrsämter sein. Daneben sieht Artikel 14 Absatz 4 des Strassenverkehrsgesetzes<sup>34</sup> eine Meldeermächtigung für Ärzte vor, die während der Behandlung ihrer Patienten feststellen, dass sie wegen körperlicher oder geistiger Krankheiten oder Gebrechen oder wegen Süchten zur sicheren Führung von Motorfahrzeugen nicht fähig sind.

Fahren unter Betäubungsmittel-einfluss bedeutet immer eine schwere Widerhandlung, die einen Führerausweisentzug von mindestens drei Monaten zur Folge hat. Bei den häufigsten und gefährlichsten im Strassenverkehr vorkommenden Substan-

<sup>32</sup> SR 818.101

<sup>33</sup> Vgl. Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 9. Mai 1973 (BBl 1973 I 1348 ff.).

<sup>34</sup> SR 741.01

zen, darunter THC, hat der Bundesrat eine Nulltoleranz<sup>35</sup> verordnet. Stellt die Polizei bei einem Verkehrsteilnehmer eine allfällige Beeinträchtigung der Fahrfähigkeit durch den Einfluss von Betäubungs- und/oder Arzneimitteln fest, so kann der Fahrzeuglenker einem entsprechenden Schnelltest unterzogen werden. Bei einem positiven Resultat werden eine Blutprobe, eine ärztliche Untersuchung und eine chemisch-toxikologische Analyse angeordnet. Werden im Blut mindestens 1,5 Mikrogramm/L THC oder eine Konzentration von 15 Mikrogramm/L der Betäubungsmittel Heroin, Morphin, Kokain und/oder einer Designerdroge (z.B. Ecstasy) festgestellt, gilt die betroffene Person von Gesetzes wegen als fahrunfähig.

### 3.1.9.4

#### **4. Abschnitt: Koordination, Forschung, Ausbildung und Qualitätssicherung**

Die Planung und Koordination der Massnahmen zur Suchtprävention und Suchtkämpfung ist grundsätzlich Aufgabe der Kantone. Der Bund soll allerdings – wie das auch schon heute der Fall ist – gestützt auf die Verfassungskompetenz von Artikel 118 BV die Kantone bei der Koordination in den Bereichen Prävention, Therapie und Schadenminderung unterstützen und mithelfen, Standards bei der Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen und bei der Qualität der verschiedenen Hilfsangebote zu setzen. Ausserdem fördert er die wissenschaftliche Erforschung von Trends, Ursachen und Massnahmen in diesem Bereich.

### 3.1.9.4.1

#### **Dienstleistungen des Bundes (Art. 3i)**

*Absatz 1:* Der Bund unterstützt die Kantone durch Koordination der kantonalen Präventionsmassnahmen, sorgt für Informationsaustausch und Kooperation der kantonalen, kommunalen und privaten Organisationen. Er stellt fachliches Know-how zur Verfügung, sorgt für Plattformen zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch und gibt entsprechende Empfehlungen zur Gewährleistung der Angebotsqualität ab. Dies entspricht dem geltenden Artikel 15c Absatz 3 insoweit, als der Bund auch weiterhin Beiträge an Kantone und private Organisationen beim Vollzug des Geset-

<sup>35</sup> Nulltoleranz bedeutet nicht, dass nicht trotzdem ein unterer Grenzwert eingeführt werden kann. Dies aus folgendem Grund: Ein Messergebnis ist immer mit einer Messunsicherheit behaftet (z.B. technisch bedingte Fehlerquellen, Störfaktoren im Blut, zeitlich bedingter Abbau der Analyten usw). Gestützt auf die Erfahrungen aus Ringversuchen, die seit 1995 durchgeführt werden, ist diese Messunsicherheit bei den Betäubungsmitteln nach Artikel 2 Absatz 2 der Verkehrsregelnverordnung vom 13. November 1962 (VRV; SR 741.11, AS 2004 2851) auf 30 Prozent, bezogen auf den Messwert, festgelegt worden. Sie ist ein Mass dafür, dass der Wert der gemessenen Grösse mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit im angegebenen Bereich liegt. Liegt der so ermittelte Messwert bei 1,5 oder mehr Mikrogramm THC pro Liter Blut, bestehen keine Zweifel daran, dass die Blutprobe der verdächtigten Person tatsächlich THC enthält. Liegt der THC-Messwert unterhalb des Grenzwertes, kann für eine Verurteilung nicht allein auf die forensisch-toxikologische Analyse abgestellt werden. Es muss ein Sachverständigengutachten erstellt werden, das sich auf das bereits heute praktizierte Drei-Säulen-Modell stützt (Beobachtungen der Polizei, Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung, forensisch-toxikologische Analysenresultate). Nur wenn die sachverständige Person zum Ergebnis gelangt, die verdächtige Person sei zum rechtlich relevanten Zeitpunkt trotz einer Konzentration unterhalb des Grenzwertes fahrunfähig gewesen, kann auch eine Verurteilung erfolgen.

zes entrichten kann. Damit wird die gesetzliche Grundlage für die Möglichkeit der finanziellen Unterstützung durch den Bund beibehalten, jedoch keine generelle Subventionsverpflichtung begründet. Es sollen einzelne Massnahmen mit Beiträgen im bisherigen Rahmen unterstützt werden können.

Der Bund hat auch im Bereich der stationären Therapieangebote bereits heute durch eine Angebotsanalyse und die Gründung einer Koordinationsstelle in Zusammenarbeit mit den Konferenzen der kantonalen Fürsorge- bzw. Sanitätsdirektoren eine entsprechende Koordinationsfunktion übernommen. Diese soll er gesamthaft bei allen Therapie- und Reintegrationsangeboten weiter ausbauen bzw. konsolidieren. So hat sich gezeigt, dass in einzelnen Kantonen ein grosses Angebot an bestimmten Behandlungen besteht, in anderen Kantonen ein Unterangebot; ausserdem gab es immer wieder Lücken bei spezifischen Angeboten, beispielsweise für bestimmte Zielgruppen wie Jugendliche und Frauen. Dies zeigt, dass eine verbesserte Koordination und Angebotssteuerung mit Unterstützung des Bundes einem Bedürfnis entsprechen. Zur Angebotssteuerung gehören auch eine entsprechende Informationspolitik und Qualitätskontrolle.

Auch bei der Säule der Schadenminderung ist die Schliessung von Angebotslücken ein Ziel. Eine Koordination durch den Bund ist weiterhin erwünscht, da kantonal und regional sehr grosse Unterschiede bestehen, v.a. was die Angebote im niedrigschwelligen Bereich betrifft (z.B. Gassenzimmer mit Injektionsmöglichkeit). Als Dienstleistungen durch den Bund sind z.B. die Koordination des Angebotes der Schadenminderung und der Überlebenshilfe oder die Vereinheitlichung von Angeboten mit sterilem Injektionsmaterial (Flashbox) zu nennen.

*Absatz 2:* Es soll hier die Möglichkeit der Eigeninitiative des Bundes, selbst ergänzende Massnahmen zu treffen, gesetzlich verankert werden, sowie die Möglichkeit, Aufgaben an private Organisationen zu übertragen. Es geht hier vor allem darum, dass der Bund die Möglichkeit haben soll, Impulse geben zu können für neue, innovative Projekte: z.B. die Umsetzung neuer, wissenschaftlicher Erkenntnisse, die Lancierung von Pilotprojekten etc. Dabei muss er vorher die Kantone anhören.

#### **3.1.9.4.2                    Forschungsförderung (Art. 3j)**

Dieser Artikel zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung entspricht inhaltlich dem geltenden Artikel 15c Absätze 1 und 2. Er soll sicherstellen, dass die wissenschaftlichen Grundlagen zur Erkennung von Trends, Ursachen und Wirkungen sowie zur Überprüfung der Wirksamkeit getroffener Massnahmen im bisherigen Rahmen erarbeitet werden können.

#### **3.1.9.4.3                    Aus- und Weiterbildung (Art. 3k)**

Eine wirksame Suchthilfe bedingt eine fachspezifische Ausbildung der in diesem Bereich tätigen Berufsleute. Die im geltenden BetmG verankerte Ausbildung des Fachpersonals für die Behandlung der Suchtmittelabhängigen hat wesentlich zu den Erfolgen der Vier-Säulen-Drogenpolitik beigetragen. Ohne das finanzielle Engagement des Bundes in der Entwicklung und Einführung suchtspezifischer Weiterbildungsgänge kann das Erreichte nicht erhalten werden. Obwohl die Belastungen des Gemeinwesens durch die Suchtproblematik erheblich sind, ist der Bedarf an Sucht-

hilfeangeboten im Vergleich zu anderen Tätigkeitsfeldern der öffentlichen Gesundheit insgesamt gering. Insbesondere für die kleineren Kantone ist deshalb das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines Alleingangs in der suchtspezifischen Weiterbildung äusserst ungünstig. Mit dem Engagement des Bundes können Synergien geschaffen und die Wirksamkeit sowie die Wirtschaftlichkeit der Suchthilfe schweizweit gesichert werden.

Die Fortbildung ist in der Bezeichnung «Weiterbildung» enthalten und wird daher nicht gesondert aufgeführt. Das Berufsbildungsgesetz vom 13. Dezember 2002<sup>36</sup> (BBG) beispielsweise spricht nur noch von Aus- und Weiterbildung.

Die Konkretisierung der hier erwähnten Förderung der Aus- und Weiterbildung erfolgt im Rahmen der entsprechenden Spezialgesetze des Bundes, namentlich dem Berufsbildungsgesetz (BBG)<sup>37</sup>, dem Fachhochschulgesetz vom 6. Oktober 1995<sup>38</sup> (FHSG) und dem Universitätsförderungsgesetz vom 8. Oktober 1999<sup>39</sup> (UFG).

*Minderheit (Ruey, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Müri, Reymond, Scherer, Triponez)*

*Art. 3k*

Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Prävention, Therapie und Wiedereingliederung sowie Schadenminderung und Überlebenshilfe gehören in die Kompetenz der Kantone, welche auch über die nötigen praktischen Erfahrungen verfügen. Es gibt keinen Grund, dass sich der Bund in diesem Bereich engagiert und eine Förderfunktion übernimmt. Dem Bund neue Kompetenzen einzuräumen ist sinnlos und läuft der neuen Aufgabenverteilung (NFA) zwischen Bund und Kantonen zuwider.

#### **3.1.9.4.4 Empfehlungen zur Qualitätssicherung (Art. 3l)**

Die nachhaltige Bewältigung von Suchtproblemen stellt hohe Anforderungen an die Betroffenen und die Suchthilfe. Die ursprünglich vor allem aus privater Initiative aufgebaute Angebotsstruktur zeichnete sich durch ein grosses Engagement der beteiligten Personen, aber mangels anerkannter Qualitätsstandards auch durch grosse qualitative Unterschiede aus. Eine wirksame, wirtschaftlich sowie ethisch vertretbare Suchthilfe war deshalb nicht in jedem Fall sichergestellt. Durch sein Engagement in der Qualitätssicherung konnte der Bund wesentlich dazu beitragen, dass die Schweiz heute über ein diversifiziertes und nachhaltig wirksames Suchthilfeangebot verfügt. Das fortgesetzte Engagement des Bundes ist unabdingbar, um das erreichte Qualitätsniveau zu halten, zumal unter dem steigenden Spardruck ein erhöhtes Risiko besteht, dass Abstriche an der Qualität gemacht werden. Das wiederum würde die Wirksamkeit der Suchthilfe beeinträchtigen und zusätzliche Kosten für das Gemeinwesen verursachen.

<sup>36</sup> SR 412.10

<sup>37</sup> SR 412.10

<sup>38</sup> SR 414.71

<sup>39</sup> SR 414.20

### 3.1.10

## 2. Kapitel: Herstellung, Abgabe, Bezug und Verwendung von Betäubungsmitteln

*Artikel 4 Absatz 1:* Da nach der Legaldefinition von Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe c Rohmaterialien wie Pflanzen und Pilze selbst als Betäubungsmittel bezeichnet werden können, macht der Zusatz «zur Betäubungsmittelgewinnung» keinen weiteren Sinn. Er kann deshalb ersatzlos gestrichen werden.

*Artikel 5 Absatz 1:* Der Begriff der Erlaubnis wird durch den heute üblichen Begriff der Bewilligung ersetzt und der Terminologie der Betäubungsmittelverordnung vom 29. Mai 1996<sup>40</sup> (BetmV) angepasst.

*Artikel 6 Absatz 1:* vgl. Bemerkungen zu Artikel 4 Absatz 1. Bezüglich des Anbaus von Pflanzen zur Gewinnung von Betäubungsmitteln wurde mit der Streichung der Einschränkung auf alkaloidhaltige Pflanzen der Definition von Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe c Rechnung getragen.

### 3.1.10.1

## Rohmaterialien und Erzeugnisse mit betäubungsmittelähnlicher Wirkung (Art. 7)

Entsprechend der neuen Kompetenz des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) von Artikel 2a, die Betäubungsmittel, psychotropen Stoffe, Vorläuferstoffe und Hilfschemikalien in Verzeichnissen zu definieren, wird auch für Erzeugnisse und Rohmaterialien mit betäubungsmittelähnlicher Wirkung diese Befugnis neu vom Schweizerischen Heilmittelinstitut ans EDI übertragen. Gemäss Absatz 2 wird das Schweizerische Heilmittelinstitut prüfen, ob diese Rohmaterialien und Erzeugnisse als Betäubungsmittel, psychotrope Stoffe oder Vorläuferstoffe einzureihen sind.

Der Entscheid über eine solche Klassierung oder Nicht-Klassierung obliegt jedoch dem EDI. Bis dahin können diese Rohmaterialien und Erzeugnisse nur mit Bewilligung des EDI hergestellt, ein- und ausgeführt, gelagert, verwendet oder in Verkehr gebracht werden.

Die Erfahrung mit neuen Rohmaterialien und Erzeugnisse in der Drogenszene, die Abhängigkeit erzeugen und/oder eine psychotrope, betäubende oder halluzinogene Wirkung haben können, die aber noch nicht als Betäubungsmittel klassiert sind (z.B. bisher nicht klassierte Amphetamine wie 2,4,6-Trimethoxyamphetamin, TMA-6) oder nur schwierig klassiert werden können (z.B. Schnüffelstoffe) zeigt, dass diese Regelung eine unverzichtbare, flankierende Massnahme darstellt, um neue, allenfalls gefährliche und medizinisch nicht verwendbare Substanzen, die nicht in den internationalen Betäubungsmittellisten rangieren und deren Wirkung und Folgen noch nicht hinreichend abgeklärt sind, vom schweizerischen Drogenmarkt besser fernhalten zu können. So sind von dieser Massnahme die Hersteller und Händler betroffen; Konsumierende dieser Stoffe machen sich jedoch nach Artikel 19a Ziffer 1 nicht strafbar, da es sich nur um betäubungsmittelähnliche Rohmaterialien oder Erzeugnisse handelt.

### 3.1.10.2 Verbotene Betäubungsmittel (Art. 8)

Unter Artikel 8 werden besondere Betäubungsmittel und psychotrope Stoffe geregelt, deren medizinische Nutzbarkeit als gering oder wissenschaftlich nicht hinreichend erforscht erachtet wird. Da ihr Missbrauchspotenzial und ihre Schwarzmarktattraktivität sehr hoch sind, wurden sie vom Gesetzgeber als grundsätzlich nicht verschreibungs- und verkehrsfähige, d.h. verbotene Stoffe deklariert. Im Entwurf wird die bisherige Praxis des Bundesamtes für Gesundheit für Ausnahmefälle von diesem Verbot verankert und die entsprechenden Voraussetzungen für diese Stoffe vereinheitlicht (vgl. Erläuterungen zu Abs. 5).

*Absatz 1 Buchstabe d:* Der Zusatz «zur Betäubungsmittelgewinnung» bezüglich dem Hanfkraut kann gestrichen werden. Dieser Zwechnachweis führte im geltenden Recht für die Strafverfolgungsbehörden zu Beweisproblemen. Gestützt auf Artikel 2 Absatz 1, in welchem u.a. Betäubungsmittel definiert werden, und gestützt auf die vom EDI gemäss Artikel 2a zu erstellende Liste wird klar geregelt sein, wann Cannabis als Betäubungsmittel zu gelten hat.

Nach dem Wortlaut des geltenden BetmG ist eine beschränkte medizinische Anwendung, z.B. von «Hanfkraut zur Betäubungsmittelgewinnung» oder von Haschisch, nicht vorgesehen. Der Gesetzgeber von 1975 hielt den medizinisch-therapeutischen Wert von Cannabis für marginal. Letzte wissenschaftliche Forschungsergebnisse haben nun gezeigt, dass für bestimmte Indikationen<sup>41</sup> die Anwendung von natürlich hergestellten Hanf-Medikamenten durchaus in Frage kommen kann. Deshalb soll in Zukunft mit einer Ausnahmegewilligung des BAG eine beschränkte medizinische Anwendung im Einzelfall gestattet werden (vgl. Erläuterungen zu Abs. 5) und gleichzeitig soll zudem möglich sein, die Substanz dem Arzneimittelregime vom schweizerischen Heilmittelinstitut zu unterstellen, sobald das entsprechende Betäubungsmittel als Wirkstoff in einem Arzneimittel eingesetzt wird, welches über eine Zulassung vom schweizerischen Heilmittelinstitut verfügt.

*Nach Absatz 5* wird neu die Möglichkeit für Ausnahmegewilligungen für die beschränkte medizinische Anwendung für alle verbotenen Stoffe, einschliesslich Hanf, grundsätzlich zugelassen. Dies sollte vor allem Multiple Sklerose-, Krebs- und Aidspatienten und -patientinnen zugute kommen.

*Buchstabe a:* Die Standards zur Guten Herstellungspraxis, zur Abgabe von nicht zugelassenen Arzneimitteln, zur Guten Laborpraxis und zur Guten Praxis der klinischen Versuche, welche für alle Arzneimittel gelten, sind einzuhalten.

*Buchstabe b:* Des Weiteren müssen ethische Grundsätze und Empfehlungen berücksichtigt werden. Weil es sich bei verbotenen Substanzen um nicht registrierte Substanzen handelt, sind die ethischen Grundsätze sowohl bei der klinischen Forschung (Beurteilung durch eine Ethikkommission) als auch bei der beschränkten medizinischen Anwendung zu berücksichtigen (Patienteninformation und schriftliches Einverständnis; bestehende alternative Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft, nicht vorhanden oder nicht gleichwertig, andere Substanzen wurden mit dem anvisierten

<sup>41</sup> Z.B. zur Schmerzlinderung, gegen Brechreiz und zur Appetitstimulation. Für Krebs- oder Aids-Patienten nach einer Chemotherapie gegen Schmerzen, Übelkeit, Appetitverlust und Angstgefühlen. Am besten etabliert sind diese therapeutischen Wirkungen durch den Einsatz von THC: Gerauchtes Marihuana, das THC beinhaltet, verfügt nach heutigem Wissensstand aber noch über ein unklares Wirkungsprofil und unerwünschte Nebeneffekte.

Therapieziel erfolglos eingesetzt, die Autonomie des Patienten wird im wesentlichen Umfang durch die Substanzverschreibung erhöht).

*Buchstabe c:* Ausserdem muss die Verschreibung im Einklang mit den internationalen Übereinkommen stehen. Diese Voraussetzung ist schon im geltenden Artikel 8 Absatz 5 verankert.

*Absatz 6:* Im Weiteren wird die Möglichkeit für Ausnahmegewilligungen für die Bekämpfung für alle verbotenen Stoffe, einschliesslich Hanf, grundsätzlich zugelassen. Es ist dabei an den Einsatz von Drogenhunden zu denken.

*Absätze 7 und 8:* diese können gestrichen werden, weil die heroingestützte Behandlung jetzt in Artikel 3e Absatz 3 behandelt wird. Heroin bleibt jedoch gemäss Absatz 1 Buchstabe b – wie im geltenden BetmG – ein verbotener Stoff.

*Artikel 8a:* Diese Bestimmung wurde neu in Artikel 3f aufgenommen.

### **3.1.10.3                    Verwendung von als Arzneimittel registrierten Betäubungsmitteln zu nicht zugelassenen Indikationen (Art. 11 Abs. 1<sup>bis</sup>)**

Der so genannte «Off-Label Use» bedeutet die Verwendung von als Arzneimittel registrierten Betäubungsmitteln zu nicht zugelassenen Indikationen, Dosierungen, Applikationen. Als Beispiele können hier Benzodiazepine (wie Valium®) aufgeführt werden, die als Epilepsie- und Beruhigungsmittel für Erwachsene zugelassen sind. Werden sie nun bei Kindern für bestimmte psychische Störungen (wie Angstzustände) eingesetzt, dann handelt es sich um Off-Label Use; der Entscheid über die Verschreibung liegt in der Verantwortung der Ärzte.

Sinn und Zweck der neuen Regelung ist es, in Bereichen, in denen noch nicht von anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften gesprochen werden kann, eine Übersicht über die Verschreibungspraxis der berechtigten Medizinalpersonen zu erhalten, um so einem möglichen Missbrauch entgegenwirken zu können. Neu sollen Ärzte und Tierärzte diese Off-Label-Verwendung der zuständigen kantonalen Behörde melden. Stellt das Schweizerische Heilmittelinstitut auf Grund der gestützt auf Artikel 57 BetmV eingegangenen Liefermeldungen einen aussergewöhnlichen Betäubungsmittelbezug fest, so kann die zuständige kantonale Behörde Informationen über die Verwendung direkt beim Bezüger einholen. Bei Verwendung auf Grund der zugelassenen Indikation kann die konforme Verschreibung überprüft werden; beim Off-Label Use können mit vorliegender Bestimmung weitere Informationen eingeholt und über entsprechende Risiken aufgeklärt werden. Die Therapiefreiheit der Medizinalpersonen wird durch diese Melde- und Auskunftspflicht nicht übermässig eingeschränkt.

### **3.1.10.4                    Abschnitt 3a: Organisationen und Behörden (Art. 14a)**

Für die Ausbildung von Drogenspürhunden und für deren Vorbereitung auf den Einsatz sind namentlich die kantonalen Polizeicorps und die Zoll- und Grenzschutzorgane darauf angewiesen, sowohl verbotene wie auch nicht verbotene Betäubungsmittel einsetzen zu können. Hinsichtlich der *verbotenen Betäubungsmittel*

gemäss Artikel 8 BetmG ist das Bundesamt für Gesundheit gestützt auf den geltenden Artikel 8 Absatz 5 BetmG (gemäss der Revisionsvorlage neu Art. 8 Abs. 6 BetmG) ermächtigt, entsprechende Bewilligungen auszustellen. Zurzeit sind ca. 20 Ausnahmegewilligungen für den Umgang mit Heroin, Ecstasy, Thaipillen, Marihuana und Haschisch zum Training von Drogenspürhunden gültig, diese werden für eine Dauer von 2 Jahren ausgestellt.

Auch *nicht verbotene Betäubungsmittel* dürfen nur durch Medizinalpersonen mit Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung bezogen, gelagert, verwendet oder abgegeben werden (Art. 9 Abs. 1 BetmG). Bereits Medizinalpersonen ohne selbständige Berufsausübungsbewilligung bedürfen für diese Tätigkeiten einer speziellen kantonalen Bewilligung. Eine entsprechende Kompetenz, welche es erlauben würde, den Zoll- und Grenzschutzorganen und den Polizeikorps eine Bewilligung zur Verwendung von nicht verbotenen Betäubungsmitteln für das Training der Drogenspürhunde zu erteilen, fehlt heute und ist zu schaffen, damit die betreffenden Sicherheitsorgane zur Legitimation ihres Umgangs mit nicht verbotenen Betäubungsmitteln (z.B. Kokain) nicht auf den strafrechtlichen Rechtfertigungsgrund der Amtspflicht verwiesen werden müssen. Mit dieser Bewilligungskompetenz entsteht den Kantonen kein erwähnenswerter zusätzlicher Verwaltungsaufwand, da je Kanton voraussichtlich lediglich alle paar Jahre ein zusätzliches Gesuch des jeweiligen Polizeikorps zu bearbeiten sein wird.

Der Titel des Abschnittes 3a muss demzufolge erweitert werden. Er lautet demnach «Organisationen und Behörden», da nicht nur die Rede – wie im geltenden Recht – von nationalen und internationalen Organisationen ist.

### **3.1.10.5 Fürsorgerische Freiheitsentziehung**

Geltender Artikel 15b: Dieser Artikel kann gestrichen werden, da er nur deklaratorischen Charakter aufweist. Die fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) für suchtmittelabhängige Personen nach den Artikeln 397a ff. ZGB kann nach wie vor angewendet werden, wenn im Einzelfall die Voraussetzungen von Artikel 397a ZGB erfüllt sind. Die FFE soll jedoch immer im Sinne einer *ultima ratio* angewendet werden. Wie bereits im Bericht Schild<sup>42</sup> erwähnt, müssen die institutionellen Rahmenbedingungen verbessert werden, d.h., es muss ein Netz von Hilfsangeboten aufgebaut werden, welches erlaubt, rasch auf Gefährdungsmeldungen zu reagieren, und andererseits müssen zusätzliche, zur Durchführung der FFE geeignete Anstalten geschaffen werden. Hierfür braucht es keine gesetzliche Neuregelung der FFE, sondern eine Anpassung in der Praxis.

### **3.1.10.6 Meldepflicht über jede Lieferung von Betäubungsmitteln (Art. 16 Abs. 1)**

*Absatz 1:* Die Meldepflicht an das Schweizerische Heilmittelinstitut über jede Lieferung von Betäubungsmitteln entspricht der heutigen Realität. Die Mitteilung erfolgt durch eine Meldung an das Schweizerische Heilmittelinstitut. Der Begriff «Liefer-

<sup>42</sup> Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951; Bundesamt für Gesundheit, Februar 1996, S. 42 ff. und S. 70.



*Buchstabe g:* Trotz Kritik der Lehre wird der Tatbestand des «Anstalten-Treffens» beibehalten, da in der Praxis häufig ein Tatbestand gemäss den Buchstaben a. bis f. nicht bewiesen werden kann und das Erfassen über den Versuch sich als schwierig erweisen dürfte. Gerade bei längerfristigen und komplizierten Strafverfahren kann der Täter häufig nur über das Anstalten-Treffen verurteilt werden. Im Gegensatz zum geltenden Recht wird das Anstalten-Treffen aus gesetzestechnischen Gründen nach der Aufzählung der einzelnen Tatbestände der Buchstaben a. bis f. aufgeführt, da es sich auf diese bezieht.

### 3.1.11.2 «Schwere Fälle» (Art. 19 Abs. 2)

Ziel der Qualifikation – der so genannt schweren Fälle – ist es, die nichtabhängigen Händler/Händlerringe des Drogen-Schwarzmarktes verschärft zu treffen, welche ohne Rücksicht auf die Gesundheitsgefährdung ihrer Klientel ihren Profit machen.

- *Buchstabe a:* Diese Qualifikation entspricht grösstenteils dem geltenden Recht, jedoch wurde der Mengenbezug aufgegeben, da nicht allein die Menge als Kriterium für die stoffinhärente Gesundheitsgefährdung herangezogen werden soll. Folgende Risiken müssen ebenfalls in Erwägung gezogen werden: Gefahr der Überdosierung, problematische Applikationsform oder Mischkonsum u.a.
- *Buchstabe b:* Das Kriterium der Fortsetzung wurde eingefügt, um dem Begriff der Bandenmässigkeit gemäss Artikel 139 Ziffer 3 StGB zu entsprechen. Materiell bedeutet das keine Änderung der bisherigen Praxis.
- *Buchstabe c:* Diese Qualifikation des grossen Umsatzes oder des erheblichen Gewinnes wurde beibehalten. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist davon auszugehen, dass ein Umsatz ab 100 000 Franken als gross im Sinne des Gesetzes zu gelten hat.<sup>43</sup> Ein Gewinn gilt als erheblich, wenn er 10 000 Franken erreicht<sup>44</sup>.
- *Buchstabe d:* Die Abgabe bzw. der Verkauf oder das Zugänglichmachen von Betäubungsmitteln in Ausbildungsstätten oder in ihrer unmittelbaren Umgebung stellt ein neues Qualifikationsmerkmal für den schweren Fall dar. Die Tathandlung muss gewerbsmässig begangen werden. Die Konkretisierung des Begriffs «Ausbildungsstätte» und vor allem von «in ihrer unmittelbaren Umgebung» wird Aufgabe des Richters sein. Es ist jedoch klar, dass es sich bei den Ausbildungsstätten um Schulen handelt, die vorwiegend minderjährige Schüler und Schülerinnen ausbilden und nicht z.B. um Universitäten. In erster Linie wird bei diesem Tatbestand an den Fall gedacht, bei welchem ein Drogenhändler regelmässig Betäubungsmittel in Schulen an minderjährige Schüler verkauft. Durch die Einschränkung auf gewerbsmässiges Handeln wird ausgeschlossen, dass jeder Täter, der in Ausbildungsstätten Betäubungsmittel verkauft, unter das Qualifikationsmerkmal des schweren Falles und somit unter die höhere Strafdrohung fällt. Gewerbsmässigkeit ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung im Rahmen des Strafgesetzbuches bei berufsmässigem Handeln gegeben. Im BetmG ist der Begriff bereits aus

<sup>43</sup> BGE 129 IV 188 E. 3

<sup>44</sup> BGE 129 IV 253

Artikel 19 Ziffer 2 Buchstabe c (schwerer Fall durch gewerbsmässiges Handeln in Verbindung mit grossem Umsatz oder erheblichem Gewinn) bekannt.

Wie bereits im geltenden Recht wird festgelegt, dass eine Freiheitsstrafe für einen schweren Fall mit einer Geldstrafe bis zu 1 Million Franken verbunden werden kann.

### **3.1.11.3 Strafmilderungsgründe (Art. 19 Abs. 4) (neu)**

*Buchstabe a:* Mit einem Strafmilderungsgrund für das Anstalten-Treffen wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der letzte entscheidende Schritt zu einer Rechtsverletzung noch nicht gemacht worden ist (hierzu im Vergleich die Regelung der strafbaren Vorbereitungshandlungen nach Art. 260<sup>bis</sup> StGB).

*Buchstabe b:* Neu soll auch ein Strafmilderungsgrund speziell im BetmG für abhängige Kleinhändler vorgesehen werden, da die Qualifizierung von Artikel 19 Absatz 2 auf die nichtabhängigen Profiteure des Drogen-Schwarzmarktes abzielt. Wer in den Genuss der Strafmilderung kommen soll, muss sowohl selbst abhängig sein (nicht nur Konsumierender, da z.B. Kokainhändler in der Regel auch selbst konsumieren; für die Abgrenzung vom einfachen Konsumierenden zum Abhängigen kann auf die Klassifikation der ICD-10 der WHO abgestellt werden) als auch das Dealen allein zur Finanzierung seiner eigenen Sucht betreiben.

### **3.1.11.4 Aufhebung der Fahrlässigkeit**

Aus folgenden Gründen wird auf den Tatbestand der Fahrlässigkeit (Art. 19 Ziff. 3 geltendes BetmG) verzichtet:

- Dieser Absatz besitzt in der Praxis keine grosse Bedeutung (von 1993–2003 zwischen 4 und 36 Verurteilungen jährlich<sup>45</sup>) da die Widerhandlungen nach Absatz 1 abstrakte Gefährungsdelikte sind und Eventualvorsatz zur Annahme der vorsätzlichen Begehung genügt.
- Die Ausweitung der Strafbarkeit ist rechtsdogmatisch kaum zu rechtfertigen.
- Die Strafverfolgung fahrlässiger Widerhandlungen wird von den internationalen Übereinkommen nicht vorgeschrieben.

### **3.1.11.5 Auslandstaten (Art. 19 Abs. 5)**

Der so genannte Weltrechtsgrundsatz von Ziffer 4 des geltenden Artikels 19, der in allgemeiner Form auch in Artikel 6<sup>bis</sup> des Strafgesetzbuches festgehalten wird (eingefügt durch BG vom 17. März 1982, in Kraft seit 1. Juli 1983), wird an die heutige Rechtslage angepasst. Artikel 19 Absatz 5 geht Artikel 6<sup>bis</sup> des Strafgesetzbuches als *lex specialis* grundsätzlich vor (BGE 116 IV 246 f.). So wurde die Formulierung von

<sup>45</sup> Verurteilungen nach Straftaten des Betäubungsmittelgesetzes, Bundesamt für Statistik, Strafurteilstatistik, 2004.

Artikel 6<sup>bis</sup> Absatz 1 des Strafgesetzbuches übernommen und dessen Ziffer 2 für anwendbar erklärt.

### **3.1.11.6 Jugendschutz (Art. 19a<sup>1</sup>)**

Dieser Artikel basiert auf dem geltenden Artikel 136 StGB, demgemäss Täter mit Freiheitsstrafe oder Geldstrafe bestraft werden können, die Kindern unter 16 Jahren alkoholische Getränke oder andere Stoffe in einer Menge, welche die Gesundheit gefährden kann, oder Betäubungsmittel verabreichen oder zum Konsum zur Verfügung stellen.

Dieser Artikel erfuhr bisher kaum eine praktische Bedeutung. Gegenüber der Bestimmung von Artikel 136 StGB erfolgt eine Strafverschärfung (Freiheitsstrafe und Geldstrafe). Die Altersgrenze wird zudem neu auf 18 Jahre (bisher: 16 Jahre) festgesetzt, d.h. nach dieser Bestimmung ist strafbar, wer einer Person unter 18 Jahren ohne medizinische Indikation Betäubungsmittel anbietet, abgibt oder sonstwie zugänglich macht. Ein verantwortungsvoller Umgang mit diesen Stoffen wird von den Erwachsenen gefordert. Dies steht im Einklang mit den Bestrebungen, Drittschädigungen durch Drogenkonsum zu verhindern und die Repression gegen die Anbieter von Drogen an Jugendliche zu verstärken.

Artikel 136 StGB beschränkt sich somit zukünftig auf die übrigen Stoffe (vgl. Bemerkungen zu den Änderungen bisherigen Rechts, Ziff. 3.1.13.1).

#### *Minderheit*

*(Maury Pasquier, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker, Teuscher, Vermot)*

#### *Art. 19a<sup>1</sup>*

Die geltende Altersregelung im Artikel 136 StGB hat bisher zu keinen speziellen Problemen geführt. Es gibt deshalb keinen Grund in Bezug auf die Altersgrenze eine Strafverschärfung einzuführen.

### **3.1.11.7 Strafbare Abgabe von Betäubungsmitteln an Jugendliche auch gemäss Artikel 19b**

Artikel 19b geltendes BetmG hält fest, dass die Vorbereitung des eigenen Konsums von Betäubungsmitteln oder die unentgeltliche Abgabe von Betäubungsmitteln zur Ermöglichung des gemeinsamen und gleichzeitigen Konsums in geringfügigen Mengen straflos ist. Der Konsum bleibt in jedem Fall strafbar.

Will man, dass die Abgabe von Betäubungsmitteln an unter 18-Jährige unter allen Umständen strafbar bleiben soll, muss Artikel 19b angepasst werden. Es muss klar deklariert werden, dass Artikel 19b nur zur Anwendung kommt, wenn die unentgeltliche Abgabe von Betäubungsmitteln an eine Person von mehr als 18 Jahren erfolgt. Diese Klarifizierung ist aus zwei Gründen notwendig:

Bisher war klar, dass die Abgabe von Betäubungsmitteln an unter 16-Jährige unter allen Umständen strafbar ist, gestützt auf Artikel 136 Strafgesetzbuch, da dieser Artikel als *lex specialis* dem Artikel 19b BetmG vorgeht. Die Betäubungsmittel

werden jedoch im vorliegenden Entwurf aus Artikel 136 Strafgesetzbuch gestrichen und in Artikel 19a<sup>1</sup> (mit der neu festgelegten Altersgrenze 18 Jahre) aufgenommen.

Artikel 19b ist Artikel 19a<sup>1</sup> systematisch nachgeordnet und geht ihm deshalb grundsätzlich vor, wenn dies vom Wortlaut her nicht eindeutig ausgeschlossen wird.

*Minderheit (Fehr Jacqueline, Fasel, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker, Teuscher, Vermot)*

#### *Art. 19b*

Die unentgeltliche Abgabe von Betäubungsmitteln zur Ermöglichung des gemeinsamen und gleichzeitigen Konsums in geringfügigen Mengen ist im geltenden BetmG straflos; diese Regelung hat bisher zu keinen speziellen Problemen geführt. Es gibt deshalb keinen Grund, hier einen zusätzlichen Straftatbestand einzuführen. Umso mehr als damit bei der Strafverfolgung von Betäubungsmitteldelikten falsche Prioritäten gesetzt würden.

### **3.1.11.8 Sondertatbestände (Art. 20–22)**

*Artikel 20:* Der Strafrahmen wurde Artikel 19 angepasst. So ist nicht einzusehen, weshalb durch Medizinalpersonen begangene und schwere Fälle privilegiert behandelt und mit einem milderen Strafrahmen versehen werden sollen. Mit Freiheitsstrafe oder Geldstrafe wird bestraft, wer mit betäubungsmittelähnlichen Rohmaterialien und Erzeugnissen ohne entsprechende Bewilligung Handel treibt (Bst. c). Zudem wird die Umschreibung des schweren Falls an die Fassung von Artikel 19 Absatz 2 angepasst.

*Absatz 3:* die fahrlässige Tatbegehung, kann in Anlehnung an die Streichung der Fahrlässigkeit in Artikel 19, ebenfalls gestrichen werden.

*Artikel 21:* Diese Anpassung ist eine Präzisierung und die folgerichtige Konsequenz aus der Meldepflicht gemäss den Artikeln 11 Absatz 1<sup>bis</sup>, 16 sowie 17 Absatz 1. Zudem wurde der Artikel umgestellt, sodass er den vorhergehenden Strafbestimmungen im Aufbau entspricht: zuerst die Strafdrohung, dann die Tathandlungen. Die Strafdrohung von maximal zwei Jahren Gefängnis ist unüblich und im Sinne einer Vereinheitlichung der Strafdrohungen wird die Obergrenze von zwei Jahren Freiheitsstrafe gestrichen und es gilt somit die übliche Grenze von drei Jahren. Damit entfällt auch die bisherige Privilegierung.

*Artikel 22:* Der geltende Artikel 22 stellte einen Auffangtatbestand, eine so genannte Blankettstrafnorm dar, die v.a. Widerhandlungen gegen verwaltungsrechtliche Normen des Ausführungsrechts zum BetmG sanktionieren soll. Aus der Strafnorm selbst ist die Strafbarkeit nicht feststellbar, sondern erst mit Beizug anderer rechtlicher Bestimmungen. Dies wurde in der Rechtslehre verschiedentlich kritisiert<sup>46</sup>. Mit vorliegendem Vorschlag wird dieser Kritik Rechnung getragen: Die Widerhandlungen sind in Buchstaben a–c ausgeführt, gemäss Buchstabe d können noch weitere Bestimmungen des Ausführungsrechtes in den entsprechenden Erlassen direkt sanktioniert werden. Dies entspricht der Lösung des Heilmittelgesetzes (vgl. Art. 87 HMG).

<sup>46</sup> Vgl. Noll, Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht ZStrR, 1957, 366 ff.

*Artikel 24 Absatz 2:* Dieser Absatz entspricht Artikel 33 des geltenden Gesetzes.

*Artikel 27* entspricht inhaltlich dem geltenden Artikel 27. Es erfolgte eine Aktualisierung der darin erwähnten Erlasse.

### **3.1.11.9 Vollzug der Strafverfolgung (Art. 28 und 28a)**

*Artikel 28:* Entspricht dem geltenden Absatz 1.

In *Absatz 3* wird die Mitteilungspflicht kantonaler Strafsentscheide an die Bundesanwaltschaft auf die schweren Fälle nach Artikel 19 Absatz 2 beschränkt, sofern die Anklage eine unbedingte Freiheitsstrafe beantragt hat. Es soll auf den Antrag der Anklage abgestellt werden, da so auch Fälle erfasst werden, in denen die Anklage eine Verurteilung nach Absatz 2 verlangt, das Gericht jedoch auf einen nicht qualifizierten Fall nach Absatz 1 erkennt; gerade bei solchen Fällen kann sich die Frage der Ergreifung eines Rechtsmittels stellen.

*Artikel 28a:* Artikel 20–22 enthalten zum grossen Teil fachspezifische Straftatbestände, für deren Untersuchung ein ausgeprägtes Fachwissen erforderlich ist. Da die Vorbereitung und Anwendung von Vorschriften im Rahmen des Bewilligungsverfahrens zum grossen Teil auf Bundesebene erfolgt, soll die zuständige Behörde des Bundes auch deren Einhaltung überprüfen und gegebenenfalls Strafverfahren einleiten können. Artikel 28a bezeichnet deshalb die zuständige Behörde des Bundes (das Schweizerische Heilmittelinstitut) als zuständig für die Untersuchung und Beurteilung von Übertretungen und Vergehen im Vollzugsbereich des Bundes. Auf Grund deren Sachkenntnisse ist die Bundesbehörde besser geeignet, die in Frage stehenden Sachverhalte abzuklären. Die kantonalen Strafverfolgungsbehörden wären zeitlich und sachlich mit dieser Aufgabe überlastet, was die Gefahr mit sich bringen würde, dass diese Verstösse unter Umständen ungeahndet blieben. Die Anwendung des Verwaltungsstrafverfahrens bietet überdies den Vorteil, leichtere Verstösse auf einfache, rasche und Kosten sparende Art erledigen zu können. Mit der Ermächtigung zur Strafverfolgung erhält die zuständige Bundesbehörde die Kompetenz zur Durchführung der Untersuchungen und zum Erlass des Strafbescheids bzw. der Strafverfügung. Sind allerdings die Voraussetzungen für eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Massnahme gegeben, ist das Gericht für die Beurteilung zuständig (Art. 21 Abs. 1 VStrR).

Der von einer Strafverfügung Betroffene kann zudem die Beurteilung durch ein Strafgericht verlangen (Art. 72 Abs. 1 VStrR).

Im Vollzugsbereich der Kantone sind im Umkehrschluss die kantonalen Behörden für die Strafverfolgung zuständig.

Diese Lösung entspricht ausserdem der Regelung im Heilmittelgesetz, womit die Kohärenz von BetrMG und HMG auch im Vollzugsbereich gewährleistet wird.

### 3.1.12

## 5. Kapitel: Aufgaben des Bundes und der Kantone

Die Aufgaben des Bundes und der Kantone nach BetmG waren bis jetzt nicht in einem eigenen Kapitel geregelt, sondern im ganzen Gesetz verteilt. Sie werden neu im Kapitel 5 zusammengefasst. In einem ersten Abschnitt werden die Aufgaben des Bundes und im zweiten Abschnitt die Aufgaben der Kantone aufgeführt.

#### 3.1.12.1

### 1. Abschnitt: Aufgaben des Bundes (Art. 29–29c)

*Artikel 29:* In Absatz 1 wird der Grundsatz der Oberaufsicht des Bundes über den Vollzug festgehalten, wie er im geltenden Artikel 2 Absatz 2 Ziffer 1 für die Kontrolle im Landesinnern bereits festgehalten wird. Mit dieser Oberaufsicht des Bundes soll sichergestellt werden, dass die Kantone die ihnen durch das Gesetz auferlegten Pflichten erfüllen. Diese Aufsicht umfasst nichtgerichtliche Befugnisse wie z.B. die Erlaubnis, Berichte bei den Kantonen einzuholen oder Inspektionen zu veranlassen<sup>47</sup>.

In Absatz 2 wird für den gesamten Bereich des Gesetzes die Koordination und Kooperation zwischen Bund und Kantonen sowie direkt involvierten Kreisen wie betroffene Gemeinden und Organisationen festgehalten. Dieser Artikel ist im Sinne von Artikel 44 BV zu verstehen, demgemäss Bund und Kantone einander in Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen haben und zusammenarbeiten.

Er bildet die gesetzliche Grundlage für die Einsetzung von Gremien, bzw. die Unterstützung bisheriger Gremien, welche Vertreter und Vertreterinnen der vier Säulen und die Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden sowie Forschung und Praxis zusammenführt.

*Absatz 3:* Wie im geltenden Artikel 30 Absatz 1 bildet diese Bestimmung die Grundlage für den Beizug einer Expertenkommission. Heute wird diese Funktion durch die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) übernommen. Sie berät die Schweizer Regierung in Fachfragen und besteht aus zurzeit 14 Mitgliedern.

*Artikel 29a, Absatz 1:* Der erste Satz dieses Abschnittes lehnt sich an Artikel 170 BV, welcher verlangt, dass die Massnahmen des Bundes auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Erfasst werden sowohl Selbstevaluation, Evaluation durch einen amtsinternen Fachdienst oder die Vergabe von Evaluationsaufträgen an Dritte. Bei der Evaluation gilt es zu unterscheiden zwischen den laufenden Evaluationen der Massnahmen im Zusammenhang mit der Prävention, der Therapie sowie der Schadenminderung und der zeitlich limitierten Evaluation («Begleitevaluation») der Folgen der Gesetzesrevision.

Das Bundesamt für Gesundheit hat schon bisher die Wirkungen einzelner Bestimmungen des BetmG auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hin untersucht. So wurde z.B. die heroingestützte Behandlung zuerst als Versuch gestartet und nach der erfolgreichen wissenschaftlichen Forschungsphase mit dem dringlichen Bundesbeschluss weitergeführt. Bereits im Hinblick auf die Revision von 2001 wurden auch die Frage der Wirksamkeit und Folgen der Strafbarkeit des Konsums von Betäubungsmitteln wissenschaftlich untersucht. Um wissenschaftliche Grundlagen

<sup>47</sup> Vgl. hierzu: Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 10. November 1998, publiziert in Verwaltungspraxis der Bundesbehörden, VPB 64.24.

für die zukünftige Drogenpolitik zu erhalten, soll das Bundesamt für Gesundheit auch weiterhin die Wirkungen der gesetzlichen Massnahmen systematisch evaluieren. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen des Bundesstatistikgesetzes vom 9. Oktober 1992<sup>48</sup> und der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes vom 30. Juni 1993<sup>49</sup>.

Die vom Bundesamt für Gesundheit erhobenen Daten können in anonymisierter Form dem Bundesamt für Statistik für Veröffentlichungen übermittelt werden. Eine Identifikation einzelner Personen bleibt ausgeschlossen. Das BAG kann die Daten jedoch auch selber auswerten bzw. durch Dritte auswerten lassen.

Die Berichterstattung des EDI an den Bundesrat rechtfertigt sich angesichts der Bedeutung des Geschäfts.

*Absatz 2:* Dieser Absatz entspricht dem zweiten Satz des geltenden Artikels 15c Absatz 3. Da das Bundesamt für Gesundheit zuständig für die Betreibung einer Dokumentations-, Informations- und Koordinationsstelle ist, wird es auch explizit genannt.

*Absatz 3:* Entspricht dem geltenden Artikel 32.

*Artikel 29b:* Absatz 1 wurde neu formuliert, entspricht jedoch inhaltlich dem geltenden Artikel 29 Absatz 1.

*Artikel 29c Absatz 1* entspricht grundsätzlich dem geltenden Artikel 3a. Die Artikelverweise wurden entsprechend angepasst. Neu ist der letzte Satz von Absatz 1, der verlangt, dass das Referenzlabor Pilotprojekte zur Drogen-Kontrolle bei öffentlichen Anlässen lanciert. Gedacht wird dabei in erster Linie an die grossen, vor allem von Jugendlichen besuchten Veranstaltungen, an welcher bekanntlich sehr viele Ecstasy-pillen und Designerdrogen konsumiert werden. Im Sinne der Prävention soll ein Pillentesting vor Ort durchgeführt werden können, das einerseits über die in den Pillen enthaltenen Substanzen Auskunft gibt und andererseits die Gelegenheit bieten soll, die potentiellen Konsumierenden von Designerdrogen über die damit zusammenhängenden Gefahren aufklären zu können. Diese Projekte sollen in Zusammenarbeit mit den Kantonen stattfinden.

*Absatz 2* ist neu und legt analog zum nationalen Referenzlabor die Aufgaben einer Nationalen Beobachtungsstelle zur Überwachung der Suchtproblematik fest. Hauptgrund für die Schaffung einer solchen Beobachtungsstelle ist der Mangel an verlässlichen, regelmässig und systematisch erhobenen Angaben und vor allem an epidemiologischen Daten zur Suchtproblematik in der Schweiz. Ein regelmässiges, eurokompatibles und systematisches Monitoring zur Suchtproblematik in der Schweiz ist notwendig, um gestützt auf diese Zahlen Lücken im Angebot der drei Säulen Prävention, Therapie und Schadenminderung sowie Tendenzen im Suchtbereich frühzeitig erkennen zu können. Schon heute wird in diesen Bereichen mit internationalen Institutionen zusammengearbeitet (z.B. Europarat).

<sup>48</sup> SR 431.01

<sup>49</sup> SR 431.012.1

*Minderheit (Teuscher, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Guisan, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Robbiani, Rossini, Schenker, Vermot)*

*Art. 29c Abs. 2*

Die internationale Zusammenarbeit zur Überwachung der Suchtproblematik soll vor allem mit der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht in Lissabon stattfinden. Aufgabe der nationalen Beobachtungsstelle zur Überwachung der Suchtproblematik soll u.a. das Vorsehen von Massnahmen sein, welche sich – gestützt auf die Erkenntnisse des einzurichtenden Warnsystems – als notwendig erweisen. Ziel ist es, die Bevölkerung z.B. rechtzeitig über gefährliche, neue Substanzen informieren und so schützen zu können.

*Absatz 3* entspricht im Wesentlichen Artikel 3a Absatz 2 und legt fest, dass der Bund Dritte mit einzelnen Aufgaben zur Erforschung, Information und Koordination und zur Überwachung der Suchtproblematik nach den beiden ersten Absätzen dieses Artikels betrauen kann.

### **3.1.12.2                    2. Abschnitt: Aufgaben der Kantone (Art. 29d und 29e)**

*Artikel 29d* entspricht dem geltenden Artikel 34, mit entsprechender Anpassung der Artikelverweise bei den Buchstaben a und b. Neu hinzu kommt die Zuständigkeit für die Bewilligungserteilung für Bekämpfungsmassnahmen gemäss Artikel 14a Absatz 1<sup>bis</sup> (Bst. b, vgl. Ziff. 3.1.10.4) sowie für Meldungen von Off-Label Use zugelassener Betäubungsmittel (Bst. c; vgl. Ziff. 3.1.10.3).

Die Kantone haben ihre mit der Ausführung der verschiedenen gesetzlichen Massnahmen beauftragten Behörden und Ämter zu bezeichnen und dem Eidgenössischen Departement des Innern zur Kenntnis zu bringen. Damit wird die erste Voraussetzung zur Vernetzung zwischen den betroffenen kantonalen und eidgenössischen Behörden erreicht.

*Artikel 29e Absatz 1* entspricht dem geltenden Artikel 36. Neu wird festgelegt, dass die Kantonsregierungen die benötigten Daten der Nationalen Beobachtungsstelle zur Überwachung der Suchtproblematik zur Verfügung stellen müssen. Dies ist eine Konsequenz aus Artikel 29c Absatz 2.

*Absatz 2* basiert auf dem geltenden Artikel 29 Absatz 3. Es wurde noch hinzugefügt, dass die entsprechenden Mitteilungen grundsätzlich auf elektronischem Weg oder direkt in die Datenverarbeitungssysteme des Bundesamtes für Polizei einzugeben sind.

### **3.1.12.3                    Schlussbestimmungen (Art. 30)**

*Artikel 30: Absatz 1* entspricht im Wesentlichen dem geltenden Artikel 30 Absatz 1.

*Absatz 2* stellt die Grundlage für die Gebühren dar, welche das Institut für Bewilligungen, Kontrollen und Dienstleistungen erheben kann. Er entspricht inhaltlich im Wesentlichen Artikel 31 Absatz 1 des geltenden Rechts, wurde jedoch insofern ergänzt, als er den Wortlaut von Artikel 65 Absatz 1 Heilmittelgesetz aus Gründen der Kohärenz übernimmt.

*Absatz 3* des Gesetzesentwurfes übernimmt Artikel 31 Absatz 3 des geltenden BetmG und erweitert ihn um Institutionen und Organisationen (vgl. Art. 14a Abs. 1<sup>bis</sup>).

*Artikel 31–34 und 36:* Aufgehoben. Diese Artikel wurden verschoben und neu geordnet.

*Artikel 31 Absatz 2* des geltenden Rechts, welcher festlegt, dass der Bundesrat den Bezug, die Verwendung, die Kontrolle und die Lagerung von Betäubungsmitteln in der Armee regelt, wird in Absprache mit der Leitung der Armeepothek aufgehoben. Die Kontrolle der Betäubungsmittel in der Armee soll inskünftig denselben Bedingungen unterliegen wie für Firmen und Personen gemäss den Artikeln 4 ff. BetmG.

### **3.1.13                    Änderung bisherigen Rechts**

#### **3.1.13.1                Artikel 136 StGB**

Die Betäubungsmittel werden im Artikel 136 StGB (Verabreichung gesundheitsgefährdender Stoffe an Kinder) ausgenommen, da dieser Tatbestand spezialgesetzlich im Artikel 19a<sup>1</sup> BetmG geregelt wird (vgl. Erläuterungen zu Art. 19a<sup>1</sup>). Ansonsten bleibt dieser Artikel materiell unverändert.

## **4                            Auswirkungen**

### **4.1                        Finanzielle und personelle Auswirkungen**

#### **4.1.1                    Bund: Finanzielle und personelle Auswirkungen**

Für den Bund ist, wie bereits in Ziffer 3.1.12.1 dargelegt, mit einem Mehraufwand zu rechnen.

#### **Bund: gegenwärtige Aufgaben**

Das Bundesamt für Gesundheit hat für die Fortsetzung der gegenwärtigen Aufgaben im Rahmen des Massnahmenpakets Drogen im Budget 2006 6,3 Millionen Franken und im Finanzplan 2007–2009 17,9 Millionen Franken für die Prävention, Schadenminderung und Therapie sowie 2,6 Millionen im Budget 2006 und 7,8 Millionen Franken im Finanzplan 2007–2009 für die Forschung und die Epidemiologie vorgesehen.

#### **Bund: neue Aufgaben**

Bei den neuen Aufgaben entstehen Mehrkosten mit den vorgeschlagenen Präventionsmassnahmen zum Jugendschutz, durch die Datenerhebung und Qualitätsverbesserung bei der ambulanten und bei der stationären Suchtbehandlung, sowie der Evaluation der Auswirkungen des neuen Gesetzes und des Monitorings (Überwachung) der Suchtproblematik. Die vorgeschlagene Evaluation und Begleitforschung der gesetzlichen Massnahmen soll u. a. das Konsumverhalten (Einstiegsalter, Art der Droge, Konsummuster, Häufigkeit etc.), die Einstellung von Jugendlichen und der Gesamtbevölkerung betr. Cannabis und der anderen Drogen sowie die Auswirkungen auf die Gesundheit allgemein beobachten.

## **a. Personelle Auswirkungen**

Die Weiterführung der Aufgaben im Zusammenhang mit der heroingestützten Behandlung verlangt eine Sekretariats- und eine wissenschaftliche Sachbearbeiter/innenstelle (Art. 3e), die bisher auf Grund des Bundesbeschlusses vom 9. Oktober 1998 und die Verlängerung bis 2009 befristet durch den Sachkredit Drogenprävention (316.3189.102) finanziert werden konnten.

Eine wissenschaftliche/r Sachbearbeiter/in ist erforderlich für das Forschungsmanagement sowie für das Erheben und Verarbeiten von Daten im Bereich der Suchtberatung und -therapie zwecks Ausarbeitung einer gesamtschweizerisch einheitlichen Statistik in diesem Bereich sowie den Wissenstransfer und die Evaluation der Massnahmen des Bundes und der Kantone (Art. 3i, Art. 3j und 29a). Diese Stelle wird zurzeit über den Sachkredit Drogenprävention finanziert und ist bis Ende 2007 befristet.

Eine wissenschaftliche/r Sachbearbeiter/in ist für die Qualitätssicherung (Art. 3l) und für die Beobachtungsstelle für die Überwachung der Suchtproblematik (Art. 29c Abs. 2) erforderlich. Diese Stelle stellt auch die Zusammenarbeit mit dem Drogenobservatorium der europäischen Union in Lissabon sicher.

Für die administrative Unterstützung der neuen Aufgaben ist zudem ein/e administrative/r Sachbearbeiter/in notwendig.

Total sind fünf neue Stellen vorgesehen. Drei davon werden zurzeit über den Sachkredit Drogenprävention finanziert und sind bis 2009 (zwei Stellen) resp. bis 2007 (eine Stelle) befristet.

## **b. Finanzielle Auswirkungen**

### *Zusätzliche Aufgaben*

Aufgrund der Verzögerung im Zusammenhang mit der Revision des BetmG hat das Bundesamt für Gesundheit einen Teil der Kosten für die Prävention (vor allem Cannabis) und betr. Artikel 29a Absatz 1 (wissenschaftliche Evaluation) bereits im Budget 2006 und im Finanzplan 2007–2009 eingestellt.

Die nach der Verabschiedung des revidierten Gesetzes anfallenden zusätzlichen Aufwendungen im Sachkredit und die zusätzlichen Aufwendungen für die fünf neuen Stellen im Personalkredit sind nicht im Finanzplan enthalten, da noch offen ist, wie das Parlament bezüglich der Revision des BetmG entscheiden wird.

Durch die Revision entstehen die folgenden wiederkehrenden Kosten:

- Sachkosten von 150 000 Franken entstehen durch die Koordination und das Qualitätsmanagement (Art. 3i und 3l) und von 300 000 Franken durch die Umsetzung von Artikel 29c Absatz 2.
- Die Personalkosten für die vier neuen wissenschaftlichen Stellen (je 150 000 Fr.) und die neue administrative Stelle (90 000 Fr.) betragen total 690 000 Franken und für die übrigen Sachausgaben wie Spesen, Weiterbildung etc. 20 000 Franken.

Das macht total Kosten von 1 160 000 Franken aus für Sach- und Personalkosten.

### *Einmalige zusätzliche Aufwendungen*

Für die Ausrüstung der zusätzlichen Stellen mit EDV-Hardware und Software ist eine einmalige Aufwendung von 10 000 Franken notwendig und im Kredit (316.4019.015) einzustellen.

### *Mögliche neue Aufgaben*

Würde die Schweiz der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht beitreten, entstünden zusätzliche wiederkehrende Kosten von ca. 700 000 Franken (Art. 29c Abs. 2), die weder im Budget noch im Finanzplan eingestellt sind.

## **4.1.2 Für die Kantone**

Im Zusammenhang mit der Gefährdungsmeldung und der Früherfassung haben die Kantone mit zusätzlichem finanziellen und personellen Aufwand für die Errichtung und den Unterhalt entsprechender Programme zur Betreuung gefährdeter Jugendlicher zu rechnen (Art. 3c). Je nach der Ausgestaltung des heutigen Angebotes in diesem Bereich sowie in den Bereichen Therapie und Schadenminderung variieren die zusätzlichen Aufwendungen von Kanton zu Kanton.

### **a. Prävention**

Über die Ausgaben der Kantone und Gemeinden für die Prävention liegen keine genaueren Angaben vor. Diese Kosten sind oft unter diversen Rubriken bei den allgemeinen Erziehungs- bzw. Sozialkosten eingestellt, wie z.B. beim Schulwesen, bei den Jugendämtern, bei ambulanten Therapieeinrichtungen usw. Die geschätzten Ausgaben betragen total ca. 30–35 Millionen Franken, variieren aber stark von Kanton zu Kanton. Für die im Gesetz vorgesehene Verstärkung des Jugendschutzes ist mit Mehrausgaben von ca. 3–5 Millionen Franken zu rechnen.

### **b. Therapie und Schadenminderung**

Zurzeit werden für die ambulante und stationäre Therapie zwischen 200–250 Millionen Franken aufgewendet, wobei der Anteil der Gemeinden und Kantone zwischen 140 und 170 Millionen liegt. Je 30–40 Millionen Franken gehen zu Lasten der Invaliden- sowie der Kranken- und Unfallversicherung. Bei der Schadenminderung liegen die Aufwendungen der Kantone und Gemeinden bei ca. 70 Millionen Franken, während der Anteil der Kranken- und Unfallversicherung ca. 30 Millionen Franken beträgt. Die Ausgaben für Therapie und Schadenminderung belaufen sich somit auf insgesamt 300–350 Millionen Franken.

Im Bereich der Therapie steht in den nächsten Jahren die Konsolidierung der Strukturen und die Qualitätssicherung bzw. -entwicklung im Vordergrund. In Kantonen, die noch über lückenhafte Angebote verfügen, ist wegen der stärkeren Verpflichtung zur Ergreifung von Massnahmen zur Schadenminderung mit einem leichten Kostenanstieg zu rechnen.

### **c. Repression**

Da sich an den Strafbestimmungen im BetmG grundsätzlich nichts ändert, werden sich voraussichtlich an den Kosten der Strafverfolgung keine grossen Änderungen ergeben.

#### **d. Vereinbarkeit mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA):**

Aufgrund der neuen Aufgaben beim Bund ergeben sich keine automatischen Beiträge des Bundes an die Kantone. Der Bund hat allerdings die Möglichkeit, durch finanzielle Beiträge an bestimmte Aktivitäten der Kantone (z.B. die finanzielle Unterstützung der Aktivitäten der Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen, KKBS) die Umsetzung des Gesetzes qualitativ zu verbessern (z.B. durch die Einführung von Qualitätsnormen in der Behandlung) und somit die Belastung der Kantone geringfügig zu reduzieren.

#### **4.2 Vollzugstauglichkeit**

Es handelt sich bei den Vorschlägen zur Revision des BetmG in erster Linie um Anpassungen an die Praxis, damit dürfte sich die Vollzugstauglichkeit bereits gezeigt haben.

#### **4.3 Gesundheitspolitische und sozialpolitische Auswirkungen**

Die verschiedenen Schwerpunkte der Revision werden für die Praxis keine einschneidenden Auswirkungen haben. Sie werden vielmehr die bestehenden pragmatischen Lösungen und die mit der Umsetzung der zahlreichen Massnahmen betrauten Fachleute bestätigen.

#### **5 Verhältnis zum internationalen Recht**

##### **5.1 Verhältnis zu den internationalen UNO-Übereinkommen**

Die UNO-Übereinkommen im Betäubungsmittelbereich wurden bereits in Ziffer 2.1.2.1 vorgestellt. Die hier vorgeschlagenen Gesetzesänderungen sind in Bezug auf diese Konventionen unproblematisch.

##### **5.2 Verhältnis zum europäischen Recht**

###### **5.2.1 Schengen–Assoziierungsabkommen**

Einen Teil des Betäubungsmittelrechts der EG hat die Schweiz im Rahmen der Assoziierung an Schengen zu übernehmen. Der sogenannte Schengen-Besitzstand setzt dabei allerdings nur einige wenige Akzente zur Harmonisierung der nationalen Drogenpolitiken. Neben den bereits genannten UNO-Konventionen, welche Kraft Verweisung integrierender Bestandteil des Schengen-Besitzstandes sind, bestehen materiell nur sehr punktuelle Vorgaben, die entsprechend einen nur geringen gesetzlichen Umsetzungsbedarf ausgelöst haben<sup>50</sup>. Die hier vorgeschlagenen Gesetzesän-

<sup>50</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen in der Botschaft Bilaterale II (BBl 2004 5965, 6101 ff., 6167 ff.)

derungen stehen mit den in diesem Rahmen übernommenen Verpflichtungen im Einklang.

## 5.2.2 Betäubungsmittelrecht der EU

Ausserhalb der Schengener Zusammenarbeit hat sich auf Ebene der EU ein recht umfangreiches Betäubungsmittelrecht entwickelt, das allerdings für sich genommen für die Schweiz nicht verbindlich ist. Soweit es sich auf die Kompetenznormen des ersten Pfeilers (Rechtsharmonisierung im Binnenmarkt) abstützt, geht es neben der Errichtung einer Europäischen Drogen-Beobachtungsstelle zur Bereitstellung der entsprechenden Datenbasis<sup>51</sup> in erster Linie um Kontrollmassnahmen im Zusammenhang mit den sog. Vorläuferstoffen, die häufig für die unerlaubte Herstellung von Suchtstoffen oder psychotropen Substanzen verwendet werden<sup>52</sup>. Im Bereich des dritten Pfeilers liegt der Fokus der Rechtsakte demgegenüber auf dem polizeilichen Aspekt der Bekämpfung des illegalen Drogenhandels. Abgesehen von allgemeinen Vorschriften über Geldwäscherei oder die Einziehung von Vermögensgewinnen aus Straftaten<sup>53</sup> reichen die spezifisch betäubungsmittelrechtlichen Massnahmen dabei von der Verstärkung des polizeilich-analytischen Informationsaustausches<sup>54</sup> über die Harmonisierung der Straftatbestände und der Festlegung von Mindeststrafen im Bereich des illegalen Betäubungsmittelhandels<sup>55</sup> bis hin zu spezifischen Kontroll- und Sanktionsmassnahmen in Bezug auf neue synthetische Drogen<sup>56</sup>.

Die hier vorgeschlagenen Gesetzesänderungen im BetmG behandeln andere Themen als die im obenstehenden Absatz dargelegten Vorkehrungen. Einzig die Schaffung der nationalen Beobachtungsstelle zur Überwachung der Suchtproblematik, wie sie in Artikel 29c festgehalten wird, kann hier erwähnt werden. Grundsätzlich gilt

- <sup>51</sup> VO 302/93 des Rates vom 8. Februar 1993 zur Schaffung einer Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (ABl. L 36, vom 12.2.1993, S. 1).
- <sup>52</sup> Vgl. z.B. VO 273/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe (ABl. L 47, vom 18.2.2004, S. 1); VO 111/2005 des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenausgangsstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittstaaten (ABl. L 22, vom 26.1.2005, S. 1).
- <sup>53</sup> Gemeinsame Massnahme vom 3. Dezember 1998 betreffend Geldwäsche, die Ermittlung, das Einfrieren, die Beschlagnahme und die Einziehung von tatwerkzeugen und Erträgen aus Straftaten (ABl. L 333, vom 9.12.1998, S. 1); Rahmenbeschluss 2001/500/JI des Rates vom 26. Juni 2001 über Geldwäsche sowie Ermittlung, Einfrieren, Beschlagnahme und Einziehung von Tatwerkzeugen und Erträgen aus Straftaten (ABl. L 182, vom 5.7.2001, S. 1).
- <sup>54</sup> Beschluss 2005/387/JI des Rates vom 10. Mai 2005 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen (ABl. L 127, vom 20.5.2005, S. 32); Beschluss 2001/419/JI des Rates über die Übermittlung von Proben kontrollierter Stoffe (ABl. L 150, vom 6.6.2001, S. 1); Gemeinsame Massnahme 96/699/JI vom 17. Dezember 1996 betreffend den Austausch von Informationen über die Erstellung chemischer Profile von Drogen im Hinblick auf die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten bei der Bekämpfung des illegalen Drogenhandels (ABl. L 342 vom 31.12.1996, S. 6).
- <sup>55</sup> Rahmenbeschluss 2004/757/JI des Rates vom 5. Oktober 2004 zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels (ABl. L 355, vom 11.11.2004, S. 8).
- <sup>56</sup> Vgl. z.B. Beschluss 2002/188/JI des Rates vom 28. Februar 2002 über Kontrollmassnahmen und strafrechtliche Sanktionen im Zusammenhang mit der neuen synthetischen Droge PMMA (ABl. L 63, vom 6.3.2002, S. 14).



## 6.2

### Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Dem Bundesrat wird in Artikel 30 Absatz 1 eine allgemeine Kompetenz erteilt, Ausführungsbestimmungen zum Betäubungsmittelgesetz zu erlassen.

Der Gesetzesentwurf sieht in mehreren Bestimmungen die Kompetenz des Bundesrates zum Erlass von Ausführungsrecht vor. Dies ist deswegen unbedenklich, weil der Gesetzesentwurf in vielen Fällen bereits selbst die Grundsätze regelt und somit den Rahmen absteckt, innerhalb dessen sich die Regelung durch den Bundesrat zu bewegen hat. Zudem ist es überall dort sinnvoll, Kompetenzen des Bundesrates zum Erlass von Ausführungsbestimmungen vorzusehen, wo die Notwendigkeit einer Regelung heute noch nicht beurteilt werden kann. In weiteren Bereichen sind die dem Bundesrat zukommenden Rechtsetzungskompetenzen gerechtfertigt, um auf neue Entwicklungen rasch reagieren zu können. Zudem sollen Regelungen, die einen hohen Konkretisierungsaufwand mit sich bringen auf Verordnungsstufe angesiedelt sein.

Im Einzelnen werden dem Bundesrat folgende Verordnungskompetenzen neu erteilt bzw. erweitert:

- Festlegung der Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der den Kantonen unterstellten besonderen Bewilligungspflicht der Verschreibung, Abgabe und Verabreichung von Betäubungsmitteln zur Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen (Art. 3e Abs. 2). Betreffend die heroingestützte Behandlung stellt dies keine neue Kompetenz dar.
- Festlegung der Einzelheiten bezüglich der erforderlichen Datenbearbeitungen im Zusammenhang mit der Durchführung der Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen durch Behörden oder Institutionen (Art. 3f);

Bisherige Verordnungskompetenzen werden in folgenden Bereichen im Entwurf beibehalten:

- Unterstellen von Vorläuferstoffen (und neu Hilfschemikalien) unter die Betäubungsmittelkontrolle; Vorsehen einer Bewilligungspflicht oder anderer weniger weitgehender Überwachungsmaßnahmen, wie Identifizierung des Kunden, Buchführungs- und Auskunftspflichten (Art. 3 Abs. 1).
- Erlass von besonderen Bestimmungen für die heroingestützte Behandlung, (Art. 3e Abs. 3).
- Festlegung der Einzelheiten bei der periodischen Überprüfung der Therapieverläufe bzgl. heroingestützter Behandlungen (Art. 3e Abs. 3).
- Untersagen oder mengenmässige Beschränkung des Anbaus sowie Herstellung, Ein- und Ausfuhr und Vorratshaltung von Betäubungsmitteln durch Bewilligungsinhaber (Art. 6 Abs. 1).
- Festsetzung von Gebühren durch das Schweizerische Heilmittelinstitut für Bewilligungen, Kontrollen und Dienstleistungen (Art. 30 Abs. 2).

Die direkte Delegation durch den Gesetzgeber an die dem Bundesrat untergeordneten Instanzen ist grundsätzlich unter den gleichen Voraussetzungen zulässig wie die Delegation an den Bundesrat. Allerdings ist die Bedeutung der zu regelnden Materie abzuwägen: wichtige Entscheide sollen den höheren Ebenen vorbehalten werden, weniger wichtige können und sollen den unteren Ebenen übertragen werden. Die

Wichtigkeit der Stoff-Definition sowohl für den Betäubungsmittelmarkt als auch für die Strafbestimmungen sprechen für die Anhebung der Delegation von der bisherigen Amts- (Heilmittelinstitut) auf die Departementstufe. Dem zuständigen Departement werden somit folgende selbständige Verordnungskompetenzen erteilt:

- Erstellen einer Liste der Betäubungsmittel, psychotropen Stoffe, Vorläuferstoffe sowie Hilfschemikalien (Art. 2a);
- Erstellen eines Verzeichnisses der Rohmaterialien und Erzeugnisse, von denen vermutet werden muss, dass sie ähnlich wirken wie die Stoffe und Präparate nach Artikel 2 Absatz 1 (Art. 7 Abs. 3).

