Nebenstrafrecht I

5. Auflage 2027
ISBN 978-3-406-81317-7
C.H.BECK

schnell und portofrei erhältlich bei
beck-shop.de

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de steht für Kompetenz aus Tradition. Sie gründet auf über 250 Jahre juristische Fachbuch-Erfahrung durch die Verlage C.H.BECK und Franz Vahlen.
beck-shop.de hält Fachinformationen in allen gängigen Medienformaten bereit: über 12 Millionen Bücher, eBooks, Loseblattwerke, Zeitschriften, DVDs, Online-Datenbanken und Seminare. Besonders geschätzt wird beck-shop.de für sein umfassendes Spezialsortiment im Bereich Recht, Steuern und Wirtschaft mit rund 700.000 lieferbaren Fachbuchtiteln.

Norfentanyl).[121] Die europarechtliche Dynamik der Regelungsmaterie fordert dementsprechend eine kontinuierliche Anpassung des nationalen Rechts heraus (zum Ganzen → GÜG Vor § 1 Rn. 1 ff.).

Neben weiteren stoffbezogenen Gesetzen (ChemG, LFGB), die beim Umgang mit psychoaktiven Substanzen einschlägig sein können, ist bei der Überlassung und Verabreichung von BtM auch an die Verwirklichung **kernstrafrechtlicher Vorschriften** zu denken, insbes. die §§ 212, 223 ff. StGB. **37**

2. Betäubungsmittelkriminalität (Statistik). a) Kriminalstatistik. Der Anteil der Rauschgiftdelikte an der Gesamtkriminalität lag bis zum Inkrafttreten des KCanG kontinuierlich zwischen 5–6 % (zuletzt 5,8 %).[122] Laut Bundeslagebild ist die Rauschgiftkriminalität im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr um rund 0,3 % gesunken.[123] Der Anteil männlicher Tatverdächtiger beträgt 87 %, der der nichtdeutschen 32 %.[124] Das Bundeslagebild unterscheidet hierbei zwischen **„konsumnahen"** Delikten (Besitz/Erwerb/Abgabe), **Handelsdelikten** (HT und Schmuggel, mithin Einfuhr – auch in nicht geringen Mengen –, Durchfuhr, Ausfuhr) und **sonstigen** Delikten (wobei auch unter diese Kategorie **zahlreiche Formen des Handels** fallen, insbes. auch die Bandendelikte und das HT in nicht geringen Mengen). Im Jahr 2023 wurden in der PKS 346.877 Rauschgiftdelikte erfasst (Anstieg von 1,8 % gegenüber dem Vorjahr), wobei dies im Wesentlichen auf eine Zunahme der konsumnahen Delikte (267.527; +1,0 %) zurückgeht. Die Anzahl der Handelsdelikte hingegen steigt im Vergleich zu 2022 um 6,0 % (55.532; ebenso wie die Anzahl sonstiger Verstöße, 23.299; +3,0 %). In der Gesamtzahl der erfassten Rauschgiftdelikte in der PKS sind seit 2017 Straftaten gemäß § 4 Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) enthalten (2023: 519 Fälle), bei denen nicht zwischen Handel und Herstellung differenziert werden kann. **38**

Ähnlich sieht es in Europa aus: Bei 1,5 Mio. Drogendelikten in ganz Europa (mit einem Anstieg um 26 % seit 2012) beziehen sich 75 % auf den Konsum (also den Erwerb und Besitz von Cannabis zum Zwecke des Eigenverbrauchs); danach folgt mit 200.000 sonstiger Drogenkonsum; hingegen machen die Drogendelikte in Bezug auf den illegalen Handel nur rund 12 % der Gesamtkriminalität aus.[125] Insgesamt wird das häufig von Kritikern der geltenden Rechtslage vorgebrachte Argument bestätigt, wonach das derzeitige System der Repression vornehmlich **Gelegenheitskonsumenten** treffe, die Nachfrage nicht reduziere und va Großhändler und rücksichtlos agierende Rauschgiftbanden nicht erreicht werden könnten. Das Bundeslagebild 2024, welches die Fallzahlen nach Inkrafttreten des **KCanG** und der damit verbundenen Teilentkriminalisierung enthält, bestätigt diesen „Fokus" der Strafverfolgung: Das BKA verzeichnete einen Rückgang registrierter Fälle von Rauschgiftkriminalität um 34,2 % (bei gleichzeitigem Anstieg von Betäubungsmitteldelikten betreffend anderer Drogen, insb. LSD und Kokain).[126] **39**

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

b) Strafverfolgungsstatistik. Die Strafverfolgungsstatistik wies im Jahr 2021 insges. 58.677 **Verurteilte** wegen Rauschgiftdelikten auf, die Bedeutung der einzelnen Tatbestandsmodalitäten stellte sich wie folgt dar: **40**

§ 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 1	15.711 (davon: 2.135 Freiheitsstrafen)
§ 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 ff. (Andere vorsätzliche Straftaten, ohne Besitz)	194 (davon 125 Freiheitsstrafen)
§ 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 (Besitz)	31.771 (davon 2.131 Freiheitsstrafen)

[121] Bei Fentanyl handelt es sich wiederum um ein Betäubungsarzneimittel, dessen Missbrauch in neuerer Zeit häufiger beklagte wurde.
[122] Bundeslagebild Rauschgift 2023, S. 6.
[123] Bundeslagebild Rauschgift 2023, S. 6.
[124] Bundeslagebild Rauschgift 2023, S. 6.
[125] Europäischer Drogenbericht 2024, S. 35.
[126] Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2024, S. 24.

§ 29 Abs. 3 Nr. 1 (andere gewerbsmäßig begangene Straftaten gegen das BtMG)	836 (davon 681 Freiheitsstrafen)
§ 29 Abs. 3 Nr. 2	10 (davon 6 Freiheitsstrafen)
§ 29a Abs. 1 Nr. 1	857 (davon 755 Freiheitsstrafen)
§ 29a Abs. 1 Nr. 2	7.202 (davon 6.724 Freiheitsstrafen)
§ 30 Abs. 1 Nr. 1	34 (davon 29 Freiheitsstrafen)
§ 30 Abs. 1 Nr. 2	60 (davon 60 Freiheitsstrafen)
§ 30 Abs. 1 Nr. 3	2 (davon 2 Freiheitsstrafen)
§ 30 Abs. 1 Nr. 4	869 (davon 832 Freiheitsstrafen)
§ 30a Abs. 1	333 (davon 333 Freiheitsstrafen)
§ 30a Abs. 2 Nr. 1	53 (davon 52 Freiheitsstrafen)
§ 30a Abs. 2 Nr. 2	745 (davon 742 Freiheitsstrafen)

41 Nach der aktuellsten Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamtes für das Berichtsjahr 2024 wurden rund 36.400 Personen wegen Verstößen gegen das BtMG verurteilt. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einem Rückgang um rund 21.200 Verurteilungen, was auf die gesetzliche Teillegalisierung von Besitz und Anbau von Cannabis zurückzuführen ist. Trotz Erfassung einer Vielzahl von Statistiken auf verschiedenen Ebenen innerhalb des Justizsystems kann das Datenmaterial selten gebündelt bzw. vergleichend fruchtbar gemacht werden. Eine **Vernetzung** der verschiedenen Statistiken scheitert bereits an den unterschiedlichen Methoden zur Datenerfassung (während die Polizeistatistik etwa Informationen zur Substanzart enthält, siehe oben, ist dieser Parameter in der Strafverfolgungsstatistik nicht zu finden).

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

42 **c) Haft- und Freiheitsstrafen.** Ca. 14,8 % aller Gefangenen in Deutschland, dh ca. 6.555 Menschen, sind wegen Verstößen gegen das BtMG **inhaftiert.**[127]

43 **d) Sicherstellungen. Cannabis** ist mit 477.000 Sicherstellungen die mit Abstand in Europa am häufigsten sichergestellte Droge (469t Cannabisharz, 265t Cannabiskraut).[128] **Opioide,** vornehmlich Heroin, wurden im europäischen Raum 8t sichergestellt,[129] bei einem durchschnittlichen Reinheitsgrad von 14,4–25 % (Preis 35–61 Euro/g);[130] es zeichnet sich ein Wandel ab, als immer mehr neue synthetische Opioide auf dem Markt auftauchen, insbes. starke **Fentanyle.** Weltweit scheint die illegale Opiumproduktion trotz fallender Prävalenzraten stetig zuzunehmen. Bei Kokain ist die Sicherstellungsmenge auf einen Rekordwert gestiegen (323t), und auch der Reinheitsgrad wird immer höher (52–83 %, bei einem konstanten Preis zwischen 62–85 Euro/g).[131] Der durchweg festzustellende Anstieg des Reinheitsgrads (der sich va auch auf die Schätzungsgrundlage iRd Urteilsfeststellungen auswirkt) wird auf die technische Innovation und den Wettbewerb zurückgeführt.[132]

44 **3. Drogenpolitik.** Basis der nationalen Drogen- und Suchtpolitik bleiben die **vier Säulen** (1) Prävention, (2) Beratung und Behandlung, (3) Maßnahmen zur Schadensreduzierung (harm reduction) und (4) Repression,[133] wobei man über die tatsächliche Bedeutung der Säulen streiten kann, auch wenn vorgeblich immer ein ausgewogenes Verhältnis

127 Da der Anteil der Abhängigen und Konsumenten von illegalen Drogen in deutschen Justizvollzugsanstalten nicht eindeutig beziffert werden kann, wird als Näherungswert häufig die Zahl der wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) Inhaftierten verwendet, auch wenn diese Schätzung als sehr ungenau betrachtet werden muss, vgl. Reitox-Bericht 2024, Workbook Prison, S. 4.
128 Europäischer Drogenbericht 2024, S. 50.
129 Zu den sich ständig verschiebenden Schmuggelrouten vgl. Europäischer Drogenbericht 2019, S. 26.
130 Europäischer Drogenbericht 2024, S. 108 ff.
131 Europäischer Drogenbericht 2024, S. 65 ff.
132 Europäischer Drogenbericht 2019, S. 28.
133 BeckOK BtMG/Bohnen Einführung Rn. 9.

zwischen den Maßnahmen angestrebt werde.[134] In den Drogen- und Suchtberichten wird stets betont, dass ein **integrativer Ansatz** verfolgt wird, mithin legale wie illegale Suchtstoffe einer gemeinsamen Betrachtung unterliegen.[135] Glaubhaft kann solch ein Ansatz kaum vermittelt werden, wenn derart auseinanderdriftende rechtliche Rahmenbedingungen (Prohibition einerseits, regulierter Markt andererseits) bestehen. Doch ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich der Begriff Drogenpolitik im Laufe der letzten Jahre wesentlich erweitert hat, als man ursprünglich hiermit nur Maßnahmen einbezogen wissen wollte, die sich auf illegale Drogen beziehen. Inzwischen sind Maßnahmen der harm reduction und universellen Prävention einerseits, legale Suchtstoffe wie auch stoffungebundene Süchte (etwa **pathologisches Glücksspiel**) andererseits in den Fokus der Gesetzgebungspolitik gerückt.

a) Repression. Die Durchsetzung des staatlichen Strafanspruchs traf bis vor kurzem noch – wie die Statistiken belegen – meist den Konsumenten (und ob hieran das KCanG mittel- bis langfristig etwas ändern wird, lässt sich kaum prognostizieren → Vor § 34 KCanG Rn. 38 ff.). Es scheint daher angezeigt, die ohnehin knappen Ressourcen für den Bereich der Prävention zu verwenden und sich – was die Strafverfolgung angeht – auf die Verfolgung von Rauschgiftbanden zu konzentrieren. „Effektive", weil nachhaltige und entschiedene Polizeiarbeit hat oftmals zur Folge, dass sich Angebot und Nachfrage verlagern. Der Markt passt sich an, der Handel weicht auf das Internet aus und es wird mit anderen (ggf. sogar noch legalen, aber dafür umso gefährlicheren) Substanzen gedealt, bei denen das Entdeckungsrisiko – etwa wegen der Produktion vor Ort und dem Wegfall langer Transportwege – geringer ist. Polizeipräsenz und starker Druck kann allerdings das Phänomen „unsichtbar" machen[136] (und damit eine „Störung" der Allgemeinheit verhindern). Dies hat allerdings nichts mit der Ausgestaltung des Verbots zu tun, das sich ebenso – situativ – nur auf den Konsum auf öffentlichen Plätzen oder in der Öffentlichkeit beschränken könnte. 45

b) Prävention. Eine Auflistung einzelner Präventionsprogramme des Bundes fand sich im Drogen- und Suchtbericht, der zuletzt aber im Jahre 2021 erschienen ist;[137] etwas aktuellere Informationen und Sammlungen finden sich im Reitox-Bericht (Workbook Prävention). Hinsichtlich der Präventionsmaßnahmen ist zwischen dem riskanten Konsum (high **risk drug use,** Abwendung von Lebens- oder Leibesgefahr) und dem **problematischen Konsum** (Abwendung der Entstehung einer Sucht[138]) zu differenzieren. Von einem high risk drug use ist auch bei **wiederholtem Konsum** auszugehen, bei dem Schäden für die Person entstehen bzw. die Wahrscheinlichkeit solche Schäden zu erleiden erheblich erhöht ist. Die Erhebung und Auswertung von Untersuchungen zur Bestimmung des riskanten Konsums bringt im Hinblick auf multiplen Substanzgebrauch weitere Schwierigkeiten mit sich. Konsumenten harter Drogen neigen nicht selten dazu, ihre Konsumgewohnheiten zu **verharmlosen.**[139] 46

Eine effektive Prävention wird den konkreten **Adressatenkreis** bzw. den Präventionsempfänger im Blick behalten und muss somit auch die Veränderung der **Altersstruktur** der Konsumenten berücksichtigen. In zahlreichen ausgewerteten Statistiken hat der Anteil der unter 25-jährigen Männer mit dem Konsum illegaler Drogen assoziierten Problem seit 2000 deutlich abgenommen, während der Anteil der über 24-jährigen mit Drogenproblemen deutlich angestiegen ist. Aus diesem Grund steht eine verstärkte Ausrichtung der 47

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

134 Reitox-Bericht, 2019 Drogenpolitik S. 6.
135 Reitox-Bericht, 2024 Drogenpolitik S. 4.
136 Tempel ADS 2014, 130 (132).
137 Abrufbar unter https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/service/publikationen/, zuletzt abgerufen am 23.6.2026.
138 Zu den Möglichkeiten und Grenzen einer evidenzbasierten Suchtprävention „analog zur Medizin", Schlömer ADS 2015, 14. Besondere Relevanz für die suchtpräventive Praxis habe hierbei die „Wirkfaktorenverdeckung" (durch antipräventive Einflüsse wie omnipräsente Alkoholwerbung); empfohlen wird die Einrichtung einer bundesweiten Agentur für Qualitätssicherung der Suchtprävention durch die BZgA.
139 Reitox Bericht, 2015, Entwicklungen und Trends, S. 84.

Suchtprävention nach Altersgruppen auf der Tagesordnung. Außerdem sind die Maßnahmen auf etwaige **Subkulturen** (elektronische Musikszene), die sich durch höhere Prävalenzraten in Bezug auf bestimmte Substanzen hervortun, anzupassen.

48 **aa) Riskanter Konsum und harm-reduction.** Als Teilpräventionsmaßnahmen können Reglementierungen der **Schadensminimierung** (harm-reduction) bezeichnet werden, da sie einerseits einen bereits eingetretenen Schaden rückgängig machen, andererseits aber auch darauf abzielen, den erneuten Eintritt eines Schadens bzw. eine Schadensvertiefung abzuwenden (Spritzentausch, Therapie, Drogenkonsumräume). Die wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Hinblick auf drogenbezogene Todesfälle sind die Information und **Aufklärung** zu den Risiken einer Überdosis sowie die Bereitstellung effektiver Behandlungsmaßnahmen für Drogenkonsumenten (insbes. Substitution, Notfallmedizin; zur Implementierung von **Naloxonprogrammen** → § 30 Rn. 131). Zahlreiche Todesfälle nach Haftentlassung belegen, dass auch das **Übergangsmanagement** in den Mittelpunkt gerückt, Konsumräume bereitgestellt und die Hilfsmöglichkeiten im Rahmen eines Drogennotfalls verbessert werden müssen.

49 Eine **systematische Übersicht** zur Implementierung von schadensreduzierenden Maßnahmen fehlt noch;[140] die Zersplitterung der Hilfssysteme erschwert eine Bestandsaufnahme hinsichtlich der Reichweite, Effekte und Qualität bestehender Angebote.[141] Dies betrifft nicht nur den (stagnierenden) **Spritzentausch,**[142] den Zugang zur HCV-Prävention bzw. sonstiger Infektionsprophylaxe,[143] sondern gilt auch für die bestehenden niedrigschwelligen Drogeneinrichtungen (deren Anzahl bekannt ist, aber offen bleibt, ob sie den Bedarf decken[144]) und Drogenkonsumräume. In naher Zukunft könnten sich auch KI-gestützte Frühwarnsysteme zu einem maßgeblichen Bestandteil von Präventionsprogramme (bspw. im Bereich der Verhinderung von Überdosierungen) etablieren.[145] Erforderlich ist es, die schadensreduzierenden Maßnahmen festzusetzen bzw. zu definieren, zwischen harm-reduction auf der Mikro- und Makroebene zu differenzieren, säulenübergreifende Verbundsysteme zu schaffen und damit auch eine Kooperation und (wechselseitige) Kontrolle zu ermöglichen.[146] Außerdem erscheint eine „Bündelung" der Daten der GKV und der Suchthilfestatistik zweckmäßig.[147] Ein erster Schritt könnte hierbei die „normative Bündelung" durch eine allgemeine Regelung im BtMG sein, welche nicht nur die Einrichtung von Schadensreduktionsmaßnahmen kraft Rechtsverordnung ermöglicht, sondern auch den Zugang zu den entsprechenden Maßnahmen festschreibt und damit justiziabel macht. Vergleichbare Modelle finden sich bereits in Form der gesetzlich vorgeschriebenen Begleiterhebung von Verschreibungspraktiken (in Bezug auf Cannabis die zwischenzeitlich abgeschlossene Begleiterhebung[148] nach § 31 Abs. 6 SGB V, vgl. hierzu noch → § 3 Rn. 25, → § 13 Rn. 30) und dem Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V, das mit dem 2015 verab-

beck shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

140 Degkwitz ADS 2015, 21 (22). Er plädiert für eine abstrakte Betrachtung – unabhängig von der Zersplitterung des Hilfesystems – suchtbezogener Interventionen, ähnlich wie im englischen System der „Models of Care".

141 Degkwitz ADS 2015, 21 (26).

142 Die veränderten Applikationsformen erfordern eine „Diversifizierung der bisherigen Spritzenvergabe hin zu einer bedarfsgerechten Vergabe von Konsumutensilien", vgl. Schaeffer/Leicht ADS 2018, 158 („Kommunen und Länder sind aufgefordert, die entsprechenden (finanziellen) Rahmenbedingungen zu schaffen"). In Betracht wird unter anderem auch die Einführung von Spritzenautomaten1 gezogen.

143 Hierzu Stöver/Schäffer/Leicht ADS 2014, 57.

144 Hierzu Leune Jahrbuch Sucht 2014. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 181; Steppan/Brand/Künzel/Pfeiffer-Gerschel, Jahresstatistik 2012 der professionellen Suchtkrankenhilfe, in: Jahrbuch Sucht 2014, 203. Zum Institut der Wohnhilfe für chronifiziert erkrankte (und alternde) Drogenabhängige, de Oliveira ADS 2015, 77.

145 Cabanis, ADS 2024, 34.

146 Degkwitz ADS 2015, 21 (27 f.).

147 Degkwitz ADS 2015, 21 (28).

148 Abrufbar unter https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Medizinisches-Cannabis/Begleiterhebung/_node.html, zuletzt abgerufen am 23.6.2026; das BMG selbst schätzt die Aussagekraft des Berichts aufgrund der niedrigen Anzahl mitwirkender Ärztinnen und Ärzte als gering ein.

schiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz[149]) in Kraft trat.

bb) Verhältnispräventive Intervention. Innerhalb der konsumbezogenen Präventionsmaßnahmen spielt die **verhältnispräventive Intervention** eine entscheidende Rolle. Hierbei wird auf die sozial-ökologischen Faktoren eingewirkt, welche ihrerseits maßgeblichen Einfluss auf die individuelle Konsumentscheidung haben. In einem System der Prohibition können jedoch marktregulierende Maßnahmen (Steuererhöhungen, Alterskontrollen oder Werbeverbote) ohnehin nicht zur Anwendung gelangen,[150] sodass derartige Eingriffe nur legale Drogen wie Zigaretten, Alkohol oder die Wasserpfeife betreffen. **50**

cc) Sonstige Präventionsmaßnahmen. De lege ferenda sollte darüber nachgedacht werden, die zahlreichen sozialwissenschaftlich anerkannten und fortentwickelten Präventionsprogramme gesetzlich zu fundieren (eventuell auch im Sinne einer Umsetzungspflicht). In neuerer Zeit nimmt vor allem der Ansatz der **peer-education**[151] eine herausragende Rolle in der Präventionsforschung ein (im Rahmen der Cannabisprävention wird der Einsatz von Peers als erfolgsversprechender angesehen als die Vermittlung durch Lehrkräfte in Schulen[152]). Als weitere wichtige Präventionsmaßnahme wird neben peer-groups der **Einsatz von Mediatoren** in der Drogenszene genannt.[153] Kritisch sind dagegen vermeintlich „ausgewogene" Kampagnen der Polizei zu sehen, welche kraft ihrer Rolle als Gefahrenabwehr- und Strafverfolgungsbehörden per se davon Abstand halten sollten, diese Art von Aufklärungs- und Präventionsarbeit zu leisten.[154] **51**

Ebenso ist man in neueren Präventionsprogrammen – wie etwa dem medienbasierten Ansatz **Rebound**[155] – darum bemüht, den vermittelten Inhalten Glaubhaftigkeit zu verleihen, indem eine realistische Einschätzung des Risikos von Cannabiskonsum vermittelt wird. Der Gefahr einer überschwänglichen Verringerung der Risikowahrnehmung **(„switching risks")** ist durch eine Intervention zu begegnen.[156] Negativ attestiert hat die neuere Präventionsforschung **massenmediale Kampagnen** für die Allgemeinbevölkerung. Berichterstattung, die abschreckend wirken soll, hat nach mehreren ausgewerteten Studien häufig zum unerwünschten gegenteiligen Effekt geführt, da die irrtümlich zu hoch eingeschätzte Häufigkeit des Konsums einer illegalen Substanz einen erheblichen Einfluss auf das eigene Konsumverhalten hat.[157] Berichte, wonach immer mehr Jugendliche Cannabis rauchten, Deutschland von der „Crystal-Welle" überschwemmt werde[158] und Designer Drogen in der Jugendszene wieder auf dem Vormarsch seien, führen zu einer **„deskriptiven Normalisierung"** des Phänomens und senken damit die Hemmschwelle des Einzelnen. Effektiv, weil zeitgemäß, kann die Nutzung moderner Medien und Kommunikationsmittel (Tabletts, Smartphones) sein, man denke an Aufklärungs-Apps und webbasierte Interventionsangebote.[159] **52**

beck-shop.de DIE FACHBUCHHANDLUNG

149 Gesetz vom 17.7.2015 BGBl. I 1368; BT-Drs. 18/4282.
150 Reitox-Bericht, 2015, Prävention, S. 5.
151 Vgl. auch Nunes/Kuban/Grimm ADS 2015, 74 zum peer to peer Ansatz im Rahmen des Mindzone-Projekts.
152 Bühler/Thrul, Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs, BZgA 2013. Zu den Gefahren einer „Schul-Präventionsindustrie" und der mit dem Ziel einer umfassend angelegten Prävention einhergehenden sozialen Isolation und Stigmatisierung einzelner Schüler Quensel ADS 2014, 47.
153 Zum Konzept und zur Umsetzung vgl. Rensmann/Bietmann ADS 2014, 101.
154 Werse ADS 2018.
155 Vgl. my-rebound.de (Stand: 23.6.2026).
156 Vgl. Reitox-Bericht, 2015, Prävention, S. 12.
157 Bühler/Thrul, Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs, BZgA 2013; Allara et al. Are mass-media-campaigns effective in preventing drug use?, BMJ open 5 (9). Kritisch zu politischen „Null-Toleranz"-Strategien auch Global Commission on drug policy, Kontrolle übernehmen, Bericht 2014, S. 18 mwN.
158 Zu dieser Wendung, die meist auf Polizeidaten zurückgeht Werse ADS 2018, 130.
159 Reitox-Bericht, 2015, Prävention, S. 21.

53 **c) Therapie, Beratung/Behandlung. aa) Zahlen und Fakten.** In der Suchtbetreuung machten 2023 Cannabinoide (unter den illegalen Drogen) mit 9,8 % in der stationären, mit 18,1 % in der ambulanten das Gros der Hauptdiagnosen aus (zum Vergleich: Opioide liegen stationär bei 3,6 % und ambulant bei 9 %).[160] Bei der „erhöhten Behandlungsnachfrage" hinsichtlich Cannabiskonsumenten[161] darf allerdings nicht aus dem Blick geraten, dass bei der stationären wie auch ambulanten Behandlung die Hauptdiagnose Cannabis häufig noch mit einem problematischen Konsum von Tabak, Alkohol oder Amphetaminen **zusammenhängt.**[162] Zudem wird die Inanspruchnahme wiederum durch die Verfolgung der Konsumenten forciert, wenn der Besuch der Beratungsstelle zur Auflage für ein Absehen von Strafe oder der Einstellung des Verfahrens durch die Strafverfolgungsbehörde gemacht wird.

54 Rund 80 Prozent der Bewilligungen für Entwöhnungsbehandlungen betrafen ausweislich der Statistik der Deutschen Rentenversicherung eine stationäre Therapie; 4 % der Reha-Behandlungen (37.821) wurden wegen Abhängigkeitserkrankungen bewilligt.[163] Zahlen und Fakten zur Substitutionspraxis finden sich bei → § 13 Rn. 31.[164]

55 **bb) Sucht, Süchtigkeit und Abstinenzparadigma.** Im weiten Verständnis der Weltgesundheitsorganisation wird die Sucht als ein komplexes und umfassendes Krankheitsbild gesehen, dass mit Störungen auf der psychischen, somatischen und sozialen Ebene einhergeht (später wurde der Begriff der Sucht = addiction durch denjenigen der Abhängigkeit = dependancy ersetzt).[165] Dabei bereitet die Bestimmung des **physiologischen Abhängigkeitspotentials** weniger Probleme, als Toleranzentwicklung und bestimmte Entzugssymptome in Relation zur Wirkstoffration bzw. zum Konsumverhalten gestellt werden können. Schwieriger wird es, das Abhängigkeitspotential im Hinblick auf **psychosoziale** Faktoren zu bestimmen und zuzuweisen, zumal **individuelle Veranlagungen** (der psychische sowie physische Zustand) ebenso eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Die Abwendung der Sucht somit zu einem Ziel zu erheben, welches das Betäubungsmittelstrafrecht legitimieren soll, erscheint unter diesem Blickwinkel besonders problematisch.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

56 Überhaupt wird das Paradigma der **Abstinenz** (als anzustrebendes Ziel und damit auch Sinn und Zweck des BtMG) kritisch gesehen.[166] Ursprünglich in den Fachkreisen als Maß aller Dinge hochgepriesen und als alternativlos eingeordnet, wird man sich nunmehr nach und nach den Risiken („und Nebenwirkungen") eines „Zwangskorsetts" bewusst, insbes. den tödlichen Überdosierungen infolge eines Toleranzbruchs.[167] Laut PREMOS-Studie ist lediglich in 4 % der behandelten Patienten eine Abstinenz zu erreichen,[168] wobei dies zT auch darauf zurückgeführt wird, dass die restriktive Handhabe der Substitution den Beurteilungs- und Behandlungsspielraum der Ärzte einengt (dies manifestiert sich va in den gesetzlich festgeschriebenen Verschreibungshöchstdosierungen). Außerdem hat sich parallel zu der Erkenntnis, dass das sogenannte Abstinenzparadigma zumindest angreifbar ist, auch die „Zielgruppe" erweitert, als nicht nur die Substanzabhängigkeit in den Blick genommen wird, sondern auch riskantes und schädliches Konsumverhalten.[169]

---

160 Schwarzkopf/Murawski/Riemerschmid Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2023, S. 13, 45.

161 Gemeinsame Stellungnahme DGKJP, BAG KJPP und BKJPP, S. 5; abrufbar unter http://www.dgkjp.de/aktuelles1/347-cannabiskonsum (Stand: 23.6.2026).

162 DSHS 2014, 33; zur verzerrten Darstellung der Behandlungsdaten vgl. auch Barsch, Stellungnahme Ausschussdrs. 18(14)0162(17), S. 6 f.

163 Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Reha-Bericht 2024, S. 45 f.

164 Zur Versorgungssituation älterer Suchtkranker Deimel ADS 2015, 60.

165 WHO Expert Committee on addiction-producing drugs (1952): WHO Technical Series, 3. Report, Genf; sodann Expert Committee on addiction-producing drugs (1964):WHO Technical Series, 14. Report, Genf. Zum Krankheitsparadigma Seyer ADS 2016, 115 mwN.

166 Körkel/Nanz ADS 2016, 196 (für ein Paradigma „zieloffener Suchtarbeit"; vgl. auch Ullmann ADS 2014, 72).

167 Stöver ADS 2015, 30 (32).

168 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/premos-langfristige-substitution-opiatabhaengiger (Stand: 23.6.2023).

169 Reitox-Bericht, 2015, Trends und Entwicklungen, S. 1 ff.

B. Gesetzgebungsgeschichte

I. Opium- und Kokainmissbrauch: Die entstandene Notwendigkeit der Regulierung des Drogenmarkts

Eine Chronologie der Drogenpolitik bedeutete die Abbildung politischer Zeitgeschichte ab dem 19. Jahrhundert.[170] Dies würde hier ersichtlich den Rahmen sprengen, weswegen im Folgenden lediglich die Eckpunkte der (deutschen sowie internationalen) Drogengesetzgebung nachgezeichnet und die wichtigsten Änderungsgesetze aufgelistet werden, → Rn. 83.[171] Die Geschichte des Betäubungsmittelrechts ist (anders als etwa des Lebensmittelrechts, das bis in die Antike zurückgeht) nicht so alt wie diejenige des Drogenkonsums als soziokulturelles und gesellschaftliches Phänomen überhaupt. Das Regulierungsbedürfnis entstand wohl erst mit Fortschreitung der Arzneimittelforschung einerseits und der Verbreitung natürlicher Rauschgifte in Europa andererseits, die wiederum durch die Kolonialisierung und Verstärkung des transatlantischen Handels begünstigt wurde. **57**

So hat etwa die Verwendung von Cannabis als Arzneimittel eine jahrtausendealte Tradition.[172] Erstmals Erwähnung findet es im ältesten Heilpflanzenkompendium Shennong ben cao jing, in welchem der chinesische Kaiser Shen Nung 2737 vor Christus Cannabisharz gegen Verstopfung, Malaria und andere Beschwerden empfiehlt.[173] Der Begriff Cannabis wird schließlich auf die Assyrer zurückgeführt, die gewisse Räucherungen 900 vor Christus „qunubu" und „qunabu" benannten.[174] Nach und nach dringt der Hanf nach Westen vor. Im 12. Jahrhundert empfiehlt die Äbtissin Hildegard von Bingen (1098–1179) Hanf zur lokalen Anwendung bei offenen Wunden und Geschwüren. Im Jahr 1830 wird die medizinische Verwendung von „indischem Hanf" in Europa zum ersten Mal von Theodor Friedrich Ludwig Nees von Esenbeck, Professor für Pharmazie und Botanik in Bonn, detailliert beschrieben. Es folgt die „goldene Ära" der Cannabismedizin, in der nahezu jede Ortsapotheke ihre eigene Cannabistinktur vorrätig hat. **58**

Cannabis weckt als verhältnismäßig harmlose Naturdroge jedoch zunächst kein Regulierungsbedürfnis. Hierfür ist das **Opium** verantwortlich. Der getrocknete Milchsaft unreifer Samenkapseln[175] des Schlafmohns breitet sich wohl ausgehend von der griechisch-kleinasiatischen Küste (im 6. und 7. Jahrhundert) im Mittelmeerraum aus. Das vom Alkoholverbot im Islam nicht umfasste Opium kann sich dann durch die Araber über Persien und Indien nach Ostasien verbreiten.[176] In China wird die Droge zum Massennarkotikum – möglicherweise, weil eine der Nebenwirkungen des Opiums darin liegt, das Hungergefühl zu unterdrücken. Dort wird der Gebrauch von Opium 1729 zur Eindämmung der Sucht verboten. Zwischenzeitlich haben aber große koloniale Handelsorganisationen wie zB die britische „East India Company" einen schwunghaften Opiumexport von Indien nach China aufgebaut, den sie unter Missachtung des Verbots fortsetzen. Nachdem die chinesische Regierung drastische Maßnahmen gegen die Opiumeinfuhren ergreift (1839 werden 1.000 Tonnen Opium der „East India Company" beschlagnahmt und verbrannt), nimmt die Britische Regierung diese Vorfälle zum Anlass, das chinesische Kaiserreich anzugreifen. Es kommt zu den **Opiumkriegen** von 1840 bis 1842 und 1856 bis 1858. Als Sieger hervorgehend zwingt Großbritannien China dazu, den Opiumhandel nicht weiter zu behindern.[177] **59**

beck-shop.de DIE FACHBUCHHANDLUNG

170 Böllinger NK 2016, 281.
171 Zusf. auch Maubach, Die Sanktionierung des Umgangs mit Alkohol und Cannabis, 2022, S. 279 ff.
172 Vgl. etwa Fankhauser, in: Grotenhermen/Müller-Vahl, Cannabis und Cannabinoide, 2. Aufl. 2024, S. 12 ff.
173 Schmidbauer/Scheidt Handbuch Rauschdrogen S. 81 ff.
174 Schmidbauer/Scheidt Handbuch Rauschdrogen S. 83.
175 Zur Etymologie Köhler, Rauschdrogen, S. 27 (aus dem Griechischen ópion = Säftlein oder dem Sanskritwort apena = Mohnsaft).
176 Schmidbauer/Scheidt Handbuch Rauschdrogen S. 287.
177 Und kann somit begehrte Waren wie Tee, Seide oder Porzellan nicht mit Sterling, sondern mit dem in den Kolonien abgebauten Opium bezahlen, vgl. Bröckers Drogenlüge S. 21.

60 In Europa wird Opium als Heilmittel zunächst direkt oder in Zubereitungen eingesetzt: Hervorzuheben sind das von Paracelsus (1493 bis 1541) entwickelte Rezept einer als „Laudanum" bezeichneten Opiumtinktur; ferner das Laudanum Seydenham (1624 bis 1689) sowie die Rezepte von Jones (1645 bis 1709) und von Haller (1708 bis 1777). Dem folgen die aus ihm gewonnenen Alkaloide Morphin (Sertürner 1805), Codein (Robiquet 1832), und sodann das halbsynthetische Morphin-Derivat Heroin (Wright 1874, Dreser 1898). Der unkritische Einsatz vor allem des Morphins als Schmerzmittel (insbes. nach Konstruktion der Injektionsspritze durch Gabriel Pravaz 1853) in den Kriegen der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – Krimkrieg (1854 bis 1856), Amerikanischer Sezessionskrieg (1861 bis 1865) sowie Deutsch-Französischer Krieg (1870/71) – führt unter den Verwundeten und Überlebenden häufig zur Entstehung eines **Morphinismus** (Parallelen zu späteren Kriegen sind nicht zu verkennen und sozialwissenschaftlich erklärbar; im Ersten Weltkrieg versorgt der Merck-Konzern die deutschen Soldaten mit Atropin und Amphetaminen, als die Ressourcen und die bis dahin importierten Rohstoffe knapp werden, müssen später Äther[178] und Alkohol herhalten. Im Zweiten Weltkrieg dient **Methamphematin** unter dem Markennamen „Pervitin" als Aufputschdroge, vgl. noch → Rn. 74).

61 **Opium** als Genussmittel breitet sich im Laufe des 17. Jahrhunderts in den europäischen Ländern aus. Portugiesische, niederländische und britische Kaufleute bringen Opium in zunehmendem Maße nach Europa. 1911 werden 104 Tonnen Opium legal nach Deutschland eingeführt. Vor allem unter französischen und englischen Arbeitern ist der Opiummissbrauch weit verbreitet. Er führt zu massenhafter Opiatabhängigkeit gerade auch unter Kindern.[179] **Kokain** spielt hingegen zunächst eine untergeordnete Rolle. In den Ländern Südamerikas werden die Blätter des Coca-Strauches gekaut mit der Folge, dass auch bei stundenlangem Kauen nur eine geringe Wirkstoffmenge in den Organismus gelangen kann. Der Missbrauch in Europa beginnt erst mit der Entdeckung und Isolierung der Inhaltsstoffe der Coca-Blätter in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, vor allem durch Niemann (1859/60) und Lossen (1862) in Göttingen. Nun erst ist durch die Möglichkeit hoher Dosierung der Einsatz zu medizinischen Zwecken, aber auch zur Rauscherzeugung möglich.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

62 Ärzte gehen in der Folgezeit unkritisch mit der Substanz um, als diese teilweise als ein universell verwendbares Medikament gegen alle möglichen – auch internen – Leiden eingesetzt wird. So empfiehlt auch Sigmund Freud („Über Coca", 1884) gegen die Kritik namhafter Sachkenner (A. Erlenmeyer, Lewin) Kokain als ungefährliches Mittel gegen viele Beschwerden (auch zur Entziehung von Morphinsüchtigen). Mit der Einführung von Kokain in die Lokalanästhesie durch Koller in Wien (1884) tritt die Substanz ihren Siegeszug in der Medizin an und findet bald weite Verwendung als Lokalanästhetikum. Zugleich setzt der Missbrauch des Stoffes ein; immer häufiger macht man die Erfahrung, dass der Konsum von Kokain abhängig macht und dass die Substanz toxisch wirkt.[180] 1862 beginnt die Firma Merck mit der konventionellen Produktion von Kokain. Die Firma Coca-Cola, die ursprünglich ihrem koffeinhaltigen Mischgetränk Kokain beimischt, verwendet – nachdem sich die suchterzeugende Wirkung allmählich in den westlichen Ländern herumgesprochen hat – ausschließlich nicht alkaloide Extrakte aus den Kokablättern als Aromastoff.[181]

63 Um die Jahrhundertwende sind die gesundheitlichen Schäden durch den weltweiten Drogenmissbrauch (insbes. Opium) nicht mehr zu übersehen. 1901 wird in Deutschland

---

178 Äther als Rauschmittel war bereits den Alchimisten bekannt und wurde schon in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts missbräuchlich verwendet. Zu Zeiten der Prohibition diente er auch als Alkoholersatz, Köhler Rauschdrogen S. 100.

179 „Eins der schädlichsten von diesen Patentmitteln ist ein Trank, der von Opiaten, besonders Laudanum, bereitet und unter dem Namen „Godfrey's Cordial" verkauft wird. Frauen, die zu Hause arbeiten und eigene oder fremde Kinder zu verwahren haben, geben ihnen diesen Trank, damit sie ruhig seien und, wie viele meinen, kräftiger werden sollen. Sie fangen oft schon gleich nach der Geburt an zu medizinieren, ohne die schädlichen Folgen dieser „Herzstärkung" zu kennen, so lange bis die Kinder sterben (…)." Friedrich Engels, Lage der arbeitenden Klasse in England, Leipzig 1845, MEW Bd. 2, S. 225, 333 f.

180 Täschner, Cocain – kein „Schnee" von gestern, Deutsche Apothekerzeitung 1989, 1955.

181 Zum Trennungsverfahren The legal impartation of Coca Leaf, University of Illinois, 1999.