

dadurch die auch „physische“ Platzierung der Rechtspflege inmitten der Gesellschaft wirksam gewahrt werden? Es erscheint zweifelhaft, ob wir als Gesellschaft schon so weit sind, mit dieser Art Gerichtsprozess „umzugehen“.

Um praktikable Antworten auf diese und andere noch offene Fragen zu finden, möchten wir dazu motivieren, die vorhandenen technischen und rechtlichen Möglichkeiten künftig weiterhin in allen geeigneten Fällen voll auszuschöpfen und die technische Ausstattung der Gerichte wie der Anwälte weiter zu verbessern. Im Zuge dessen wird die Videoverhandlung zur normalen Form der Verhandlung werden und sich möglicherweise sogar als Goldstandard etablieren. Auf dem Weg dahin werden Schritt für Schritt die bisher bestehenden Bedenken gegen eine virtuelle Verhandlung ausgeräumt werden können. Doch bedarf die Etablierung einer „neuen Verhandlungswirklichkeit“ wie jede gesellschaftliche Veränderung vor allem Zeit. Deswegen sollte nicht vorschnell in Richtung voll-digitale Verhandlung gedrängt werden, schließlich hat uns der gehäufte Einsatz von Videokonferenztechniken in Zeiten der Corona-Pandemie auch gelehrt, dass Kommunikation auf diesem Wege aufmerksamkeitsintensiv ist und die Aufmerksamkeitsspannen der Beteiligten entsprechend kürzer sind⁵⁶. Vor diesem Hintergrund erscheint der Regierungsentwurf insgesamt ein wenn auch zaghafter, so aber doch richtiger Schritt in Richtung Zukunft zu sein.

Diesen Weg gilt es nun von Gerichten wie Anwälten und Sachverständigen zielstrebig mitzugehen. Virtuelle Videoverhandlungen sollten in geeigneten Fällen regelmäßig

von Anwälten beantragt und von Gerichten angeordnet werden. Bei aller technischen Euphorie sollte dabei jedoch eine kritische Prüfung der zielführenden Machbarkeit einer solchen Verhandlungsteilnahme, auch und vor allem im Interesse des Mandanten, nicht entfallen.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

56) Vgl. Zichler/Steffes/Burger, *jm* 7/2023, 285 ff.; Döring et al., *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Feb. 2022; Kara/Ersoy, *OPUS Journal of Society Research*, March 2022.

<https://doi.org/10.1007/s00350-023-6649-8>

Zur strafrechtlichen Lage von Therapien mit Psychedelika

Jan Christoph Bublitz

Nach jahrzehntelanger Bedeutungslosigkeit erfahren Psychedelika wie Psilocybin, LSD, MDMA und DMT erneut großes Interesse in der medizinisch-psychiatrischen Forschung. Beobachter sprechen von einer psychedelischen Renaissance. Dieser Beitrag legt die betäubungsmittelrechtliche Situation von Therapien mit Psychedelika dar. Zudem wird ein Blick auf strafrechtliche Risiken für Therapeuten geworfen. Dabei werden einige rechtspolitische *Desiderata de lege ferenda* entwickelt.

I. Einleitung

Psychedelika wie Psilocybin, Lysergsäurediethylamid (LSD), Dimethyltryptamin (DMT) und Methylenedioxyamphetamin (MDMA) erleben derzeit eine Renaissance¹. Als nicht verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel (BtM) der Anlage I des BtMG bzw. Anhang I des Übereinkommens über psychotrope Stoffe von 1971 spielten sie jahrzehntelang international keine Rolle in der Medizin. Seit einigen Jahren sind sie erneut zum Gegenstand mittlerweile umfangreicher medizinisch-psychiatrischer Forschungen geworden. Die bisherigen, noch vorläufigen Ergebnisse

klinischer Studien legen nahe, dass einige Psychedelika den (Wieder-)Einzug in die medizinische Praxis finden könnten. Im Hintergrund laufen die Vorbereitungen. Hunderte Millionen Risikokapital sind investiert, Start-ups entwickeln neue Stoffvarianten, Patente werden angefochten und medizinische Fachgesellschaften gegründet². Mit der Marktzulassung von MDMA in den USA wird im kommenden Jahr gerechnet³. Australien und die Schweiz erlauben die Behandlung mit Psychedelika mit Sondererlaubnissen bereits heute⁴. Erste US-Bundesstaaten haben auf Länderebene sogar den nicht-medizinischen Gebrauch von Psilocybin in speziellen Einrichtungen legalisiert⁵.

Psychedelika kommen heutzutage vor allem eingebettet in psychotherapeutische Behandlungen zum Einsatz. Im Rahmen „Substanz-unterstützter Psychotherapien“ werden sie in einigen wenigen, vor- und nachbereiteten Sitzungen

Jan Christoph Bublitz,
Universität Hamburg, Fakultät für Rechtswissenschaft,
20148 Hamburg, Deutschland;
Der Verf. leitet ein vom BMBF gefördertes Projekt zu Recht
und Ethik der psychedelischen Renaissance (FKZ 01GP2214B).

1) Eine populärwissenschaftliche Einführung bei Pollan, *How to Change Your Mind*, 2018; s. a. Langlitz, *Neuropsychedelia*, 2013.
2) Wirz, *Wall Street backs new class of psychedelic drugs*, 23. 2. 2023; Seidman, *Cornell Law Review* 2023, 1017; s. etwa die NGO Freedom to Operate <https://freedomtooperate.org/>; Deutsche Gesellschaft für Psychedelische Forschung und Therapie e. V.
3) Pressemitteilung der Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies v. 14. 9. 2023; <https://maps.org/2023/09/13/maps-pbc-publishes-results-of-successful-confirmatory-phase-3-trial-of-mdma-assisted-therapy-for-ptsd/>.
4) Dixon Ritchie et al., *Drug Science, Policy and Law* 2023, 1.
5) S. den Oregon Psychedelic Services Act (Measure 109), 2020.

unter therapeutischer Aufsicht verabreicht. Beispielsweise versetzt das anxiolytische, Vertrauen vermittelnde und stimmungsaufhellende MDMA die Patienten in die Lage, sich mit traumatisierenden Erlebnissen auseinanderzusetzen und über sie zu sprechen⁶. Dieser Effekt kann im Rahmen von Traumatherapien nutzbar gemacht werden. Potential wird MDMA auch bei Angst- und Bindungsstörungen oder Paartherapien zugeschrieben⁷. Ebenfalls Anwendung finden die klassischen Psychedelika LSD und Psilocybin, in die bereits in den 50er Jahren nicht nur in der Psychiatrie große Hoffnungen gesetzt wurden. Sie fanden durch einen aus dem Ruder gelaufenen nicht-medizinischen subkulturellen Gebrauch und die staatlichen Reaktionen darauf – Nixons „Krieg gegen die Drogen“ – ein jähes Ende⁸. Der Patentinhaber Sandoz stellte in den 60er Jahren den LSD-Vertrieb aus Reputationsgründen ein. Im Jahr 1967 wurde es in Anlage I BtMG aufgenommen⁹. Aus der „Wunderdroge“ wurde, in den Worten ihres Entdeckers *Hofmann*, ein „Sorgenkind“¹⁰. Zu ihrem Verschwinden aus der Medizin trug auch ein Paradigmenwechsel in der medizinischen Forschung bei. Doppelblinde klinische Studien sind mit bewusstseinsverändernden Psychedelika kaum möglich¹¹. Gegenwärtig wird Psilocybin etwa für die Behandlung von anderweitig nicht therapierbaren Depressionen (*treatment resistant depression*) untersucht, wozu auch hierzulande eine größere Studie durchgeführt wird¹². Psilocybin ermöglicht einigen Patienten jedenfalls kurzzeitig, die eigene Affektivität wieder zu verspüren und verschafft ihnen das Gefühl, „wieder sie selbst zu sein“¹³. Bemerkenswert sind auch Pilotstudien mit präterminalen Patienten, deren existenziellen Ängste mithilfe von Psychedelika gelindert werden können. Die weltweit erste Studie mit LSD nach 40 Jahren aus der Schweiz zeigte signifikante Verbesserungen verschiedener psychometrischer Kriterien wie Angst, Furcht vor dem Tod und Lebensqualität, die noch nach einem Jahr anhielten¹⁴. Psychedelika könnten in palliativen und onkologischen Bereichen zum Einsatz kommen¹⁵. Eine Vielzahl weiterer Diagnosen, von Sucht- über Persönlichkeits- zu Zwangsstörungen, werden derzeit auf ihre Behandelbarkeit durch psychedelische Therapien untersucht. Erwähnenswert ist schließlich der Befund einer Pilotstudie, in der rund 70 % der Probanden das Psilocybin-Erlebnis retrospektiv als eines der fünf bedeutungsvollsten Erfahrungen ihres Lebens bewerteten¹⁶.

Die Wirkungen von Psychedelika sind vielfältig und vielschichtig, die Wirkmechanismen im Detail ungeklärt. Im Allgemeinen verändern Psychedelika das Bewusstsein, je nach Stoff und Dosis v. a. die Sinneswahrnehmung, das Denken, die Stimmung und Affektverarbeitung, die Ich- und Selbstwahrnehmung sowie die die Beziehung zur materiellen und sozialen Umwelt¹⁷. Der Begriff „psychedelisch“ wird als die „Psyche offenbarend“ verstanden. Eine vermutete Ursache ist die Inhibition und Desintegration höherer, kontrollierender Hirnregionen, die dazu führen, dass tiefere Regionen und psychische Mechanismen stärker aktiviert und miteinander verbunden werden. Dies verringert die kognitive, präfrontale „top-down“ Kontrolle, so dass etwa Wahrnehmungen direkter und ungefilterter ins Bewusstsein treten und Emotionen besser zugänglich werden¹⁸. Dies verschafft eine gewisse geistige Freiheit, in der Unbewusstes und Unterdrücktes zu Tage tritt, intrapsychische Konflikte klarer erkennbar werden und aus festgefahrenen Denkmustern und -schleifen ausgebrochen werden kann. Psychoanalytisch gewendet lässt sich von einer Schwächung von Ego-Abwehrmechanismen sprechen. In neurobiologischer Perspektive ist auf die erhöhte Plastizität des Gehirns hinzuweisen. Bei höheren Dosen einiger Substanzen kann sich das Erleben einer Ich-Auflösung einstellen, welches zu Gefühlen der tiefen Verbundenheit mit der Welt und anderen Personen, Harmonie und des Seelenfriedens führen kann¹⁹. Hierin dürfte eine Ursache für das Lindern der Todesangst liegen. Im therapeutischen

Setting werden solche Erfahrungen vor- und nachbereitet (Integration). In diesem überwachten Rahmen sind die negativen Folgen und Nebenwirkung von Psychedelika wohl als gering anzusehen. Abhängigkeiten, zentrales Element im BtM-Recht, sind bei Psychedelika nicht zu erwarten. Gleichwohl sind die gesundheitlichen Risiken nicht kleinzureden, die Nebenwirkungen sind nicht abschließend geklärt²⁰. Immerhin wurde LSD in den 50er Jahren als ein psychotische Zustände nachahmendes Psychotomimetikum beschrieben, und obwohl dies heute differenzierter betrachtet wird, birgt sein Konsum die Gefahr entsprechender Störungen²¹. Das im allgemeinen Sprachgebrauch besser als „Ecstasy“ bekannte MDMA wird von jungen Menschen in nicht unerheblichem Maße konsumiert und kann bei Überdosierung letale Folgen haben²².

Der folgende Beitrag untersucht strafrechtliche Fragen psychedelischer Therapien inner- und außerhalb des medizinischen Rahmens *de lege lata* und schließt mit einigen *Desiderata de lege ferenda*. Das Augenmerk liegt auf den derzeit am meisten beforschten Stoffen Psilocybin, LSD, MDMA und DMT, derzeit in Anlage I BtMG aufgeführt. Das ebenfalls beforschte Psychedelikum Ketamin unterfällt nur dem AMG, wird in der Antidepressionsbehandlung bereits weitgehend unproblematisch angewendet und bleibt im Folgenden außer Betracht. Gleiches gilt für Fragen der psychedelischen Forschung²³.

II. Der therapeutische Einsatz von Psychedelika nach geltendem Recht

1. § 29ff. BtMG

Im Grundsatz untersagt das BtMG jeglichen Umgang mit in Anlage I aufgeführten Stoffen mit Ausnahme des Kon-

- 6) *Mithoefer et al.*, *Journal of Psychopharmacology* 2011, 439; *Mitchell et al.*, *Nature Medicine* 2023 <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02565-4>; *Modlin et al.*, *British Journal of Psychotherapy* 2023, 551–572.
- 7) *Wagner*, *Frontiers Psychology* 2021, 12:733456.
- 8) *Gärditz*, *Dirty Drugs*, 2022, 130.
- 9) *Gärditz*, *Dirty Drugs*, 2022, 94.
- 10) *Hofmann*, *LSD – mein Sorgenkind*, 1999.
- 11) *Oram*, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 2014, 221; *Bonson*, *Psychopharmacology* 2018, 591.
- 12) *Raison et al.*, *JAMA* 2023, 843–853; Überblick bei *Gründer et al.*, *Der Nervenarzt* 2022, 254–262.
- 13) So Patientenberichte auf einer Tagung der Mind Foundation, Berlin, August 2023 (unveröffentlicht).
- 14) *Gasser et al.*, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2014, 513; *Gasser et al.*, *Journal of Psychopharmacology* 2015, 57. In Deutschland ist auf die Episode-Studie hinzuweisen, <https://episode-study.de/>.
- 15) *Yarden et al.*, in: *Barrett/Preller*, *Disruptive Psychopharmacology*, 2021, 169. Hinzuzuweisen ist auf die medizinethische Debatte, ob dies nicht bloß tröstliche, aber trügerische Illusionen erzeugt, s. *Pollan*, 2018; *Letheby*, *Philosophy of Psychedelics*, 2021.
- 16) *Griffiths et al.*, *Psychopharmacology* 2006, 268–283 („either the single most meaningful experience of his or her life or among the top five most meaningful experiences of his or her life“).
- 17) *Vollenweider*, in: *Jungaberle et al.*, *Therapie mit psychoaktiven Substanzen*, 2008, S. 112.
- 18) *Davis et al.*, *Nature Medicine* 2022, 844; *Kwan et al.*, *Nature Neuroscience* 2022, 1407.
- 19) *Vollenweider*, in: *Jungaberle et al.*, *Therapie mit psychoaktiven Substanzen*, 2008, S. 114.
- 20) *Schlag et al.*, *Journal of Psychopharmacology* 2022, 258.
- 21) *Leuner*, *Die experimentelle Psychose*, 1962.
- 22) In der vulnerablen Gruppe der 15–24-Jährigen betrug die Jahressprävalenz des MDMA-Konsums in der EU im Jahr 2022 rund 2%, *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, *European Drug Report*, 2023.
- 23) Dazu *Fährmann/Wenner*, *Alternativer Drogen- und Suchtbericht* 2020, 186.

sums (§§ 29 ff. BtMG). Bei Substanz-unterstützten Therapieformen werden die Stoffe den Patienten entweder direkt, v. a. intravenös, verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch überlassen. Diese Tatmodalitäten werden durch § 29 Abs. 1 Nr. 6b bzw. § 29 Abs. 1 Nr. 1 8. Var. BtMG erfasst. Hingegen werden Psychedelika in der Regel nicht verschrieben, sondern nur bei einigen wenigen Sitzungen im Beisein eines Therapeuten eingenommen. Damit entfallen regelmäßig die das AMG und BtMG prägenden überindividuellen Gefahren. Dennoch ist gem. § 13 Abs. 1 S. 3 BtMG jeglicher therapeutische Umgang mit Mitteln der Anlage I verboten. Davon bestehen wenige enge Ausnahmen, die im Folgenden untersucht werden.

2. Ausnahmen

1. § 3 Abs. 2 BtMG

Auf Antrag kann das BfArM für wissenschaftliche oder im öffentlichen Interesse liegenden Zwecke „ausnahmsweise“ eine Erlaubnis gem. § 3 II BtMG erteilen. An dieser Norm hat sich seit der Jahrhundertwende die Problematik von Cannabis für Schmerzpatienten entsponnen. Bereits im Jahr 2005 stellte das BVerwG unter Rückgriff auf einen Kammerbeschluss des BVerfG fest, dass unter „öffentlichem Interesse“ auch das Privatinteresse der Krankheitsbehandlung eines Einzelnen zu verstehen sei²⁴. Mit Blick auf Art. 2 Abs. 1 S. 1 GG ist dies überzeugend²⁵. Nach mittlerweile gefestigter Rspr. ist das öffentliche Interesse zu bejahen, wenn „die Erkrankung durch die Behandlung mit dem Betäubungsmittel geheilt oder zumindest gelindert werden kann und wenn dem Betroffenen keine gleich wirksame Therapiealternative zur Verfügung steht“²⁶. Auch unter diesen Umständen liegt die Erlaubniserteilung jedoch im behördlichen Ermessen, welches die Vorgaben des § 5 BtMG zu beachten hat. In der behördlichen Praxis wurde die Erlaubniserteilung bisher äußerst restriktiv gehandhabt. Das Musterverfahren eines Schmerzpatienten auf die Erlaubnis des Cannabisanbaus zur Eigenbehandlung zog sich über 15 Jahre hin²⁷. Eine strikt ablehnende Haltung zeigt sich derzeit auch bei Anträgen zum Erwerb von Pentobarbital zu Suizidzwecken, die bisher allesamt abschlägig entschieden worden sind²⁸. Die in den Medien berichtete kategorische Weisung des damaligen Bundesgesundheitsministers an das BfArM, entsprechende Erlaubnisse nicht zu erteilen, dürfte der gebotenen Einzelfallbetrachtung nicht gerecht werden²⁹.

Es sind jedenfalls einige Anwendungsgebiete Substanz-unterstützter Psychotherapien denkbar, bei denen die materiellen Voraussetzungen für eine Erlaubnis gem. § 3 Abs. 2 BtMG vorliegen. Man denke etwa an suizidale Patienten, die durch die affektive Lockerung durch Psychedelika von der Umsetzung suizidaler Pläne abgehalten werden können³⁰. In solchen Fällen dürften die Voraussetzungen für eine Erlaubnis gem. § 3 Abs. 2 BtMG vorliegen. Angesichts der staatlichen Schutzpflicht für das Leben dürfte sich bei Suizidalität das Ermessen regelmäßig auf null reduzieren.

Den Versagungsgründen des § 5 BtMG konnte in Cannabis-Fällen mit pragmatischen Erwägungen begegnet werden. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass psychedelische Therapien keine bedeutende Gefahr für den Verkehr mit Betäubungsmitteln schaffen, da die Mittel nur wenige Male im Beisein eines Therapeuten eingenommen werden. Dazu bedarf es regelmäßig bloß geringer Mengen; weitere Gefahren für die Allgemeinheit werden nicht eröffnet. Ferner ist zu beachten, dass eine Erlaubnis gem. § 3 Abs. 2 BtMG den Rahmen ärztlichen Handelns nicht erweitert, da § 13 Abs. 1 S. 3 BtMG als abschließende Regelung verstanden wird³¹. Dies hat mit den Worten des BVerwG zur Folge, dass Ärzte die Stoffe „in keinem Fall selbst zur Therapie bei einem Patienten einsetzen“, also weder verabrei-

chen noch zum Verbrauch überlassen dürfen³². Ärzte dürfen Patienten, die das BtM eigenständig erwerben müssen, lediglich medizinisch betreuen und begleiten. Diese gesetzliche Ausgestaltung dürfte weder den Zwecken des BtMG noch der Gesundheitsversorgung dienlich sein. Zudem erscheint zweifelhaft, Patienten, deren Symptome regelmäßig von einer empfundenen Aussichtslosigkeit geprägt sind, die Stellung eines nahezu aussichtslosen Antrags beim BfArM zuzumuten. Daher sind die Erweiterung der Antragsbefugnis auf Ärzte sowie Ausnahmen von § 13 Abs. 1 S. 3 BtMG *de lege ferenda* wünschenswert.

Darüber hinaus sollten die Erlaubnistatbestände im Lichte der in der Rspr. herausgebildeten Voraussetzungen genauer gefasst und zudem umfangreicher ausgestaltet werden. Auch anderen vom BtM-Verboten möglicherweise betroffenen Grundrechten jenseits der allgemeinen Handlungsfreiheit wäre Rechnung zu tragen, etwa Tätigkeiten religiös-spirituelle, kulturell-künstlerischer, persönlichkeitsbildender oder partnerschaftserneuernder Natur, aber auch der Selbsterfahrung von Ärzten und Psychotherapeuten³³. Diese Zwecke prinzipiell und *a priori* als nicht erlaubnisfähig anzusehen, dürfte den hinter ihnen stehenden Grundrechten nicht gerecht werden. Das weitreichende Verbot mit engem Erlaubnisvorbehalt sollte *de lege ferenda* durch ein flexibles grundrechtsorientiertes System ersetzt werden³⁴. Auf die dadurch berührten völker- und europarechtlichen Dimensionen sei hingewiesen, ohne hier näher untersucht werden zu können³⁵.

2. Individuelle Heilbehandlung, Notstandsrechtfertigung

Auch bei medizinischer Begründetheit einer Substanz-unterstützten Behandlung besteht im Bereich des § 13 Abs. 1 S. 3 BtMG keine Möglichkeit eines individuellen Heilversuchs. Dieses kategorische Verbot verschärft die die Vorschriften des AMG. In Betracht kommt allein eine Rechtfertigung für Verstöße durch allgemeine Grundsätze, v. a. durch Notstand (§ 34 StGB). Soweit Gefahren für

24) BVerwG, NJW 2005, 3300, 3301; BVerfG, NJW 2000, 3126, 3127. Kritisch Gärditz, Dirty Drugs, 2022, 188.

25) In der rechtlichen Verunmöglichung des Zugangs zu einer medizinisch verfügbaren Therapie erblickte das BVerfG zurecht einen Eingriff in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, BVerfG, NJW 1999, 3399 (Organtransplantation).

26) BVerwG, NVwZ 2016, 1413, 1414.

27) BVerwG, NVwZ 2016, 1413.

28) BVerwG, NJW 2017, 2215 = MedR 2017, 823; aber auch BVerwG, NJW 2019, 2789; BVerfG, NJW 2020, 905, 921 = MedR 2020, 563; NJW 2020, 2394; nach Drucklegung: BVerwG, Urt. v. 7. 11. 2023 – 3 C 8.22.

29) Etwa: Deutsche Apothekerzeitung v. 12. 3. 2020, <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/03/12/spahn-will-bfarm-weiterhin-nicht-ueber-sterbehilfe-entscheiden-lassen/>.

30) Solche Fälle werden aus der Therapeutenchaft berichtet (bislang unveröffentlicht).

31) BVerfG, NJW 2000, 3126, 3127.

32) BVerwG, NJW 2005, 3300, 3302: Die Erlaubnis helfe über die Hürde der fehlenden Verkehrsfähigkeit hinweg, stelle aber keine Verschreibungsfähigkeit (bzw. Überlassensfähigkeit) her.

33) In den USA sind spirituelle Praktiken mit Psychedelika ein bedeutendes Thema, s. Griffiths et al., Psychopharmacology 2006, 268–283. Die generelle Frage nach der treffenden grundrechtlichen Verortung des BtM-Konsums sei hier offengelassen, s. Gärditz, Dirty Drugs, 2022, 400; Bublitz, Rechtswissenschaft 2011, 29.

34) Grundsätzliche Kritik an der „strafrechtszentristischen“ Ausrichtung und mangelnden Elastizität des § 3 Abs. 2 BtMG bei Gärditz, Dirty Drugs, 2022, 193.

35) Artikel 7 des Übereinkommens über psychotrope Stoffe (1971) gebietet, die Verwendung auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke zu beschränken. Bzgl. des Rahmenbeschlusses 2004/757/JI v. 25. 10. 2004 stellt sich die Frage nach der „without right“-Klausel gem. Artikel 2 Abs. 1.

die Gesundheit von Patienten nicht anders als durch die Gabe von BtM abwendbar sind, dürften die Notstandsvoraussetzungen regelmäßig vorliegen. Die Abwehr einer konkreten Gesundheitsgefahr durch den kurzzeitigen, auf wenige Male beschränkten Umgang mit oftmals geringen Mengen Psychedelika dürfte die darin liegenden Gefahren für die Allgemeinheit regelmäßig überwiegen. Die Notstandsrechtfertigung wurde in der Vergangenheit etwa für den Einsatz von BtM durch Notfallsanitäter herangezogen³⁶. In nicht-akuten Situationen liegt eine mildere und daher vorrangige Möglichkeit zur Gefahrenabwehr im Einholen einer Erlaubnis gem. § 3 Abs. 2 BtMG, die der Rspr. zufolge auch bei Aussichtslosigkeit ersucht werden muss³⁷.

Allerdings deutet sich in der jüngeren Rechtsprechung des BGH eine Tendenz an, den Rückgriff auf § 34 StGB auch darüberhinausgehend zu verschließen. Im Fall der Eigenbehandlung eines Schmerzpatienten mit BtM schreibt das Gericht, das BtMG nehme „eine abschließende Bewertung für den zulässigen Umgang mit Betäubungsmitteln vor, die den Zugriff auf § 34 StGB im Grundsatz ausschließt, auch wenn [dieser] zu therapeutischen Zwecken erfolgt“³⁸. Die Eigetherapie mit Schmerzmitteln sei keine „atypische Konstellation, die im Regelungskomplex des BtMG keine Berücksichtigung gefunden hätte“³⁹. Die Tragweite dieser Formulierungen sind noch ungeklärt. Konsequenterweise weitergedacht könnten sie einen weitergehenden Ausschluss des § 34 StGB im BtMG zur Folge haben. Dahinter dürfte die Überlegung stehen, eine Aushebelung des BtMG durch den Notstandsgedanken zu verhindern. Regelmäßig dürfte das konkret gefährdete Erhaltungsgut der Gesundheit gegenüber der Abwendung einer abstrakten und kontingenten Gefährdung unscharfer Allgemeinrechtsgüter überwiegen. Folglich könnten anderweitig nicht behandelbare Kranke nach erfolgloser Antragstellung gem. § 3 Abs. 2 BtMG auf Linderung versprechende BtM zurückgreifen. Doch auch wenn die Befürchtung der Aushebelung des BtMG auf den ersten Blick verständlich erscheinen mag, erweist sie bei genauerer Hinsicht rechtsdogmatisch wie -politisch verfehlt. Zunächst ist es unzutreffend, dass Ausnahmegenehmigungen für Schmerzbehandlung im Regelungskomplex des BtMG hinreichende Berücksichtigung gefunden hätten. Es bedurfte mehrerer höchstrichterlicher Entscheidungen, individuelle Behandlungen in § 3 Abs. 2 BtMG hineinzu lesen. Bis vor Kurzem war nicht einmal die Vergabe von Schmerzmitteln durch Sanitäter in Akutsituationen geregelt. Die Regelungsmaterie des BtMG erfasst diese und andere potenziell grundrechtsrelevanten Konstellationen nicht.

Unter strafrechtlichen Gesichtspunkten ist daran zu erinnern, dass § 34 StGB vorrangig einen allgemeinen strafbarkeitseinschränkenden Grundsatz darstellt. Es wäre genauer darzulegen, warum dieser im BtMG nicht gelten solle. Es erscheint wenig überzeugend, die Befugnis zum Eingriff in Rechtsgüter Dritter zur Gefahrenabwehr ausgerechnet dort zu beschränken, wo nur sehr schwache Rechtsgüter betroffen sind. Gerade weil der Konsum von BtM regelmäßig niemand anderen schadet, müssen die Begründungslasten für einen Ausschluss des § 34 StGB besonders hoch sein. Hier treten die dem BtM-Strafrecht innewohnenden Spannungen zu Tage. Hinzukommt, dass die Tatbestände des BtMG tendenziell ausufernd sind, so dass eines Korrektivs durch allgemeine Strafrechtsprinzipien angezeigt ist. Daher ist zu hoffen, dass die sich andeutende restriktive Linie in Fällen erfolgloser Antragstellung nicht weitergeführt wird. Denn es bleibt dabei: Sofern die Voraussetzungen des Notstands vorliegen und eine Gesundheitsgefahr abgewendet wird, ohne dass es zu überwiegenden anderweitigen Schäden kommt, ist regelmäßig kein strafwürdiges Unrecht vorhanden. Das muss die Leitplanke eines freiheitlichen Strafrechts bleiben.

3. Compassionate Use, § 21 II Nr. 3 AMG i. V. mit AMHV

Die dritte Möglichkeit für den therapeutischen Einsatz von BtM der Anlage I liegt im sog. compassionate use, der den Einsatz noch nicht zugelassener Arzneimittel zur Behandlung von schweren Krankheiten bezweckt und gem. § 4 Abs. 1 Nr. 6, 2. Var. BtMG auch Wirkung im BtMG entfaltet. Der Begriff „compassionate use“ wird international unterschiedlich verwendet. Eingang ins deutsche Recht erlangt er über die Verordnung der Europäischen Gemeinschaft Nr. 726/2004, dessen Artikel 83 den Mitgliedstaaten das Recht einräumt, Arzneimittel ohne Zulassung aus „humanen Erwägungen“ zur Verfügung zu stellen. Der deutsche Gesetzgeber hat davon durch § 21 Abs. 2 Nr. 3 AMG sowie der Arzneimittel-Härtefall-Verordnung (AMHV) Gebrauch gemacht. Beim compassionate use handelt es sich nicht um individuelle Heilversuche, sondern um beim BfArM anzumeldende Behandlungsprogramme für Patientengruppen.

Die Voraussetzungen sind zahlreich. Die Erkrankung muss zu einer schweren Behinderung führen können oder lebensbedrohlich sein und durch zugelassene Arzneimittel nicht zufriedenstellend behandelt werden können (§ 2 Abs. 2 AMHV). Ausreichende Hinweise auf die Wirksamkeit und Sicherheit des einzusetzenden Arzneimittels müssen vorliegen. Zur Vermeidung von Umgehungen müssen diese kostenlos zur Verfügung gestellt werden (§ 21 Abs. 2 Nr. 3 AMG). Diese Voraussetzungen könnten bei einigen psychedelischen Therapieformen vorliegen, insbesondere der Begleitung von todkranken Patienten. Sofern die weiteren Voraussetzungen der AMHV erfüllt sind, dürften rechtlich die Aussichten für ein ausbleibendes Veto des BfArM positiv sein⁴⁰.

Unter der geltenden Rechtslage stellen die drei vorgestellten Wege die einzigen Möglichkeiten für Substanz-unterstützte Therapien außerhalb der klinischen Forschung dar. Sie sind bislang nicht beschritten worden. Ihre Voraussetzungen sind eng und bei einem Großteil möglicher Anwendungsgebiete nicht erfüllt. Für diese bedarf es einer Gesetzesänderung. Bevor deren Möglichkeiten erörtert werden, sei ein rechtlicher Blick auf sog. Untergrundtherapien geworfen.

II. Untergrundtherapie und das BtMG

Vor dem Übereinkommen über psychotrope Stoffe im Jahre 1971 waren Deutschland und die Schweiz weltweit führend in der Forschung und Therapie mit Psychedelika. An der Göttinger Universität entwickelte der Psychiater *Leuner* die Behandlungsmethode der Psycholyse („die Seele auflockern“) bei der vergleichsweise geringe Dosen LSD im Rahmen von Psychotherapien eingenommen wurden⁴¹. Auf diese Weise wurden in Europa mehrere tausend Patienten behandelt, auch die Behandlung von Straftätern wurde erwogen⁴². Anfang der 70er Jahre verlor

36) Patzak, in: Patzak/Volkmer/Fabricius, 10. Aufl. 2022, BtMG § 13, Rdnr. 4. Diese Befugnisse wurden jüngst in § 13 Abs. 1b geregelt.

37) BGH, NStZ 2018, 226, 227.

38) BGH, NJW 2016, 2818, 2819 = MedR 2017, 475: bestätigt in BGH, NStZ 2018, 226.

39) BGH, NJW 2016, 2818, 2819.

40) Eine Erwägung von Herstellern, in der Prüfungsphase befindliche Arzneimittel für compassionate use nicht zur Verfügung zu stellen, liegt in der Gefahr des Auftretens von Nebenwirkungen bei dieser vulnerablen Patientengruppe, welche die Zulassungschancen verschlechtern könnten.

41) Eine Übersicht bei *Passie/Schlichting/Bolle*, Die Psycholytische Therapie nach Hanscarl Leuner, 2023.

42) *Hauptmann*, MschKrim 1973, 246. Eine Studie mit Gefangenen in den USA untersuchte in den 60er Jahren Psilocybin zur Rehabilitation, allerdings ohne heutigen wissenschaftlichen Standards zu genügen. Kritisch: *Doblin*, Journal of Psychoactive Drugs, 1998, 419.

die Psycholyse aufgrund des politisch-institutionellen Einstellungswandels an Bedeutung und kam zu einem Stillstand. Die Schweiz, in der die Wirkung des LSD im Jahre 1945 entdeckt wurde, erlaubte in den späten 80er Jahren psycholytische Behandlungen mit Sondergenehmigungen in kleinem Rahmen⁴³. In vielen anderen Ländern führten Therapeuten sog. Untergrundtherapien mit Psychedelika aus Überzeugung ohne Erlaubnis durch; ihr Umfang ist nicht überliefert⁴⁴.

1. Zurechnung gesundheitlicher und tödlicher Folgen, § 30 I Nr. 3 BtMG

Rechtlich machen sich Therapeuten, die in so einen Rahmen BtM verabreichen oder zum Gebrauch überlassen, nach §§ 29 ff. BtMG strafbar. Darüber hinaus kommt die strafrechtliche Zurechnung von gesundheitlichen Schäden von Patienten in Betracht. Traurige Berühmtheit erlangte der Fall eines Berliner Arztes aus dem Jahr 2009. Im Rahmen einer psycholytischen Gruppentherapie überließ er Patienten vorportionierte Konsumeinheiten von MDMA zum unmittelbaren Verbrauch. Durch einen nicht genauer aufklärbaren Wiegefehler des Arztes kam es zu Überdosierungen, an denen zwei Patienten verstarben und weitere lebensgefährlich verletzt wurden. Die Patienten waren gewahr, das nicht zugelassene, unter das BtMG fallende MDMA zu konsumieren, doch im Vertrauen auf die ärztliche Portionierung irrten sie über die eingenommene Dosis. Damit stellt sich die für das BtM-Strafrecht typische Frage nach der Abgrenzung von freiverantwortlicher Selbstschädigung und Fremdschädigung, mit der sich in diesem Fall auf Revision des Angeklagten der BGH auseinanderzusetzen hatte. Da die Patienten die unmittelbare Einnahme der Stoffe unter eigener Kontrolle hatten und ihnen die letzte Entscheidung über die Einnahme verblieb, verfügten sie über die Tatherrschaft⁴⁵. Mangels überlegenen Wissens des ebenfalls irrenden Arztes scheidet dessen mittelbare Täterschaft aus. Dass er als Arzt die Risiken von MDMA besser als die Teilnehmer übersehen konnte, reicht zur Begründung der mittelbaren Täterschaft nicht aus⁴⁶. Bezüglich von Aufklärungspflichten äußert der BGH „grundlegende Bedenken“ gegen die Anwendung der allgemeinen Regeln der ärztlichen Aufklärungspflicht auf Behandlungen „die offensichtlich die Grenzen auch nur ansatzweise anerkannter ärztlicher Heilkunst überschreitet“⁴⁷. Vorsätzliche Körperverletzungs- oder Tötungsdelikte scheidet demnach aus.

Allerdings liegt in der unsachgemäßen Dosierung das pflichtwidrige Handeln einer fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) bzw. Körperverletzung (§ 229 StGB). Im Rahmen des Fahrlässigkeitsdelikts stellt sich klassischerweise die Frage nach der Zurechnungsunterbrechung durch Selbstgefährdung des Opfers⁴⁸. Trotz Irrtums der Patienten geht der BGH von der Eigenverantwortlichkeit aus, lässt aber zugleich eine Fahrlässigkeitsstrafbarkeit ausdrücklich zu. Dogmatisch überzeugt die Zurechnung trotz eigenverantwortlicher Selbstgefährdung nicht⁴⁹. Konsequenter wäre es gewesen, die Vorsatzstrafbarkeit aufgrund mangelnder Tatherrschaft entfallen zu lassen und die Eigenverantwortlichkeit der Patienten aufgrund eines wesentlichen Irrtums über den Umfang des eingegangenen Risikos abzulehnen⁵⁰. Allerdings ist zu beachten, dass nicht jeder Dosisirrtum die Eigenverantwortung entfallen lassen dürfte, denn es zeichnet den illegalen BtM-Verkehr geradezu aus, dass auf Stufe der Endkonsumenten regelmäßig niemand so genau weiß, mit welchem Stoff in welcher Stärke und mit welchen Verunreinigungen sie es zu tun haben⁵¹. Der Berliner Fall weist die Besonderheit auf, dass die Einnahme des BtM in einem ärztlichen Rahmen stattfand, weswegen die Patienten – im Unterschied zu Schwarzmarktkäufen – von

einem überschaubareren Risiko ausgehen konnten. Auf diese Weise müsste der Ausschluss der Eigenverantwortlichkeit begründet werden⁵².

Nach Aufheben der Verurteilung wegen Körperverletzung durch den BGH wurde der Angeklagte vom LG Berlin wegen des Überlassens von BtM mit Todesfolge, § 30 Abs. 1 Nr. 3, 3. Var. BtMG verurteilt, der Tatbestand ist *lex specialis* zu § 229 StGB⁵³. Neben dem vorsätzlichen Überlassen der BtM setzt er die leichtfertige – und zurechenbare – Verursachung des Todes voraus. Leichtfertigkeit ließ sich im Berliner Fall durch das Ausblenden von Warnzeichen beim Wiegevorgang begründen. Ein Problem liegt allerdings auch hier in der Zurechnung. Das LG Berlin entledigte sich ihm mit Verweis auf die gefestigte Rechtsprechung des BGH. Dieser zufolge könne im BtMG die eigenverantwortliche Selbstgefährdung die Zurechnung nicht unterbrechen⁵⁴, da das geschützte Rechtsgut „nicht allein und nicht erster Linie“ im Leben und der Gesundheit des Einzelnen, sondern in Interessen der Allgemeinheit – ausdrücklich der „Volks Gesundheit“ liege⁵⁵. Als „komplexes und universelles“ Rechtsgut sei es für den Einzelnen nicht disponibel⁵⁶. Zudem stellt das LG Berlin neben der Gesundheit der Bevölkerung auf ein „von Rauschgift nicht beeinträchtigte soziale Zusammenleben“ ab⁵⁷. In diesem Punkt berührt der Tatbestand des § 30 Abs. 1 BtMG bekannte Kernprobleme des BtM-Strafrechts. Es ist schwerlich plausibel, die Erfolgsqualifikation der Todesfolge als überindividuelles Rechtsgut aufzufassen. Sie kann sich nur auf den Tod eines konkreten Menschen beziehen. Allgemeiner gesprochen kann es eine über die Gesundheit Einzelner hinausgehende Volksgesundheit nur dann geben, wenn es auch einen Volkskörper gibt⁵⁸. Daran ändert auch die zeitgemäßere Formulierung „Gesundheit der Bevölkerung“ in der Sache nichts. Ohne Volkskörper sind nur individuelle Menschen krank oder gesund. Für ihre Gesundheit bestehen „soziale Determinanten“, die schützenswerte Rechtsgüter der Allgemeinheit darstellen können. Doch das ist etwas anderes als die Volksgesundheit, und es ist für das Strafrecht höchste Zeit, sich den Resten der Volks-Metaphysik zu entledigen. Inwieweit Vorschriften wie § 30 Abs. 1 Nr. 3, 3. Var. BtMG ohne diese zu rechtfertigen sind, bliebe darzulegen⁵⁹. Auch das vom LG Berlin bemühte von Rauschgift ungestörte Zusammenleben mag legitimes Schutzgut sein. Ob dieses aber dadurch beeinträchtigt wird, dass sich Personen zum therapeutischen Konsum von MDMA außerhalb der Sozialsphäre treffen, ist fraglich. Einen Verbrechenstatbestand

43) Gasser, in: Jungaberle et al., Therapie mit psychoaktiven Substanzen, 2008, S. 339.

44) Etwa Meckel Fischer, Therapie mit Substanz, 2016.

45) BGH, NStZ 2011, 341, 342=MedR 2011, 578.

46) BGH, NStZ 2011, 341, 342=MedR 2011, 578.

47) BGH, NStZ 2011, 341, 342=MedR 2011, 578.

48) Grundlegend BGH, NJW 1984, 1469.

49) Ebenso Walter, NStZ 2013, 673.

50) So auch Puppe, JZ 2011, 912.

51) Offengelassen in BGH, NJW 2009, 2611.

52) Ebenso Puppe, JZ 2011, 912.

53) LG Berlin, Urt. v. 24.5.2011 – 529/1 Kap Js 1885/09.

54) BGH, NJW 1991, 307, 309.

55) BGH, NJW 1991, 307, 309.

56) BGH, NJW 1991, 307, 309.

57) LG Berlin, Urt. v. 24.5.2011 – 529/1 Kap Js 1885/09.

58) Zu diesem Streit statt vieler Puppe, JZ 2011, 912; Köhler, MDR 1192, 739; a. A. Maier, in: Weber/Kornprobst/Maier, BtMG, 6. Aufl. 2021, § 30, Rdnr. 158; Patzak, in: Patzak/Volkmer/Fabricius, BtMG, 10. Aufl. 2022, BtMG § 30, Rdnr. 82 m. w. N.

59) Zutreffend kritisch Oğlacioğlu, in: MüKo/StGB, 4. Aufl. 2022, § 30 BtMG, Rdnr. 129; Puppe, JZ 2011, 912, versucht dies über paternalistische Erwägungen. Ob diese aber auch Strafen rechtfertigen können, ist zweifelhaft.

mit zweijähriger Mindeststrafe vermag es jedenfalls kaum zu rechtfertigen⁶⁰.

Erwähnenswert ist ferner das vom Gericht gem. § 70 Abs. 1 S. 2 StGB ausgesprochene lebenslange Berufsverbot. Die künftige Gefahr durch den Arzt stützte es neben der wiederholten Durchführung der Psycholyse unter Verstoß gegen das BtMG unter anderem auf seine fehlende glaubhafte Distanzierung von der Methode. Der Arzt räumte ein, einen individuellen Fehler begangen zu haben, der die Methode der Psycholyse aber nicht in Frage stelle. Beim LG Berlin wie beim BGH kommt eine scharfe Ablehnung der Psycholyse zum Ausdruck. Sie ist bezüglich des unerlaubten Umgangs mit BtMG selbstverständlich, jedoch wissenschaftlich fraglich, da die Methode im Tatzeitraum im Ausland erfolgreich eingesetzt, in der Schweiz eine entsprechende medizinische Fachgesellschaft unterhalten wurde, und sie möglicherweise auch hierzulande vor einer Wiederkehr steht⁶¹.

Eine andere Gruppentherapiessitzung zur Selbsterfahrung mit Psychedelika führte im Jahr 2016 in Niedersachsen ebenfalls zu schweren, wenngleich nicht letalen Folgen. Durch eine dem angeklagten Psychotherapeuten unbekanntes Verunreinigen des BtM wurden alle 27 Teilnehmer lebensbedrohlich vergiftet und bedurften intensivmedizinischer Betreuung. Den Feststellungen des LG Stade zufolge teilte der Angeklagte den Teilnehmern mit, dass er die Substanz nicht auf Verunreinigungen untersucht hatte und sich diese dem Risiko des Konsums eines ungeprüften BtM bewusst waren⁶². Ihre eigenverantwortliche Selbstgefährdung schließt die gefährliche Körperverletzung (§§ 223, 224 Abs. 1 Nr. 1, 5 StGB) aus⁶³. Der geständige Angeklagte wurde wegen Besitzes einer nicht geringen Menge (§ 29a Abs. 1 Nr. 2, 4. Var. BtMG) Tateinheitlich mit dem Überlassen von BtM (§ 29 Abs. 1 Nr. 6a BtMG) zu einer Bewährungsstrafe von einem Jahr und drei Monaten verurteilt. Dem Antrag der Staatsanwaltschaft auf Verhängen eines Berufsverbots folgte das Gericht nicht. Zwar sei der Angeklagte weiterhin von der „medizinischen Tauglichkeit der in Deutschland verbotenen Psycholyse“ überzeugt, doch habe das Gericht über diese nicht zu befinden; eine Wiederholungsgefahr vermochte es nicht zu erkennen.

2. Therapeutisches Begleiten von BtM-Konsum

Jenseits der dargelegten Ausnahmen ist unter der geltenden Rechtslage die einzige Möglichkeit für Therapeuten, einer Strafbarkeit zu entgehen, keinen unerlaubten Umgang mit BtMG zu pflegen. Einige Behandlungsmodelle versuchen diesen durch ein niederländisches Modell zu umgehen, in dem die Patienten die Stoffe selbst erwerben, zu einer therapeutischen Sitzung mitbringen und in Anwesenheit des Therapeuten konsumieren. Doch auch dieses Modell ist nicht frei von strafrechtlichen Risiken. Sofern Therapeuten eine solches Vorgehen planen, kommt eine Teilnahme an den BtMG-Straftaten der Patienten in Betracht. Wecken sie das Konsuminteresse von Patienten, kann darin das Verleiten zum Verbrauch von BtM liegen (§ 29 Abs. 2 Nr. 10 BtMG). Das Bereitstellen von Praxis- oder Seminarräumen für solche Sitzungen könnte als Verschaffen der Gelegenheit zum Verbrauch (§ 29 Abs. 1 Nr. 11 BtMG) betrachtet werden. Uneingeschränkt zulässig sind hingegen Behandlungen im Anschluss an den Konsum zur Verarbeitung und Einordnung der Erlebnisse (Integrationstherapie). Im Graubereich liegen, je nach Fallgestaltung, therapeutische Begleitungen vom akuten BtM-Konsum anderer. Eine psychische Beihilfe des Therapeuten zu etwaigen BtMG-Straftaten der Konsumenten sollte jedenfalls dann, wenn dessen Anwesenheit weder die Konsumbereitschaft erhöht noch den Konsumentenkreis erweitert hat, aufgrund des Gedankens der Risikominimierung (*harm reduction*) entfallen.

III. Ausblick: Desiderata de lege ferenda

Sofern die derzeit laufenden klinischen Studien die Erwartungen erfüllen und Substanz-unterstützte Therapien medizinisch indiziert sind, bedarf es der Zulassung von Arzneimitteln sowie Änderungen im BtMG. Beides sind unterschiedliche Vorgänge, die insoweit zusammenhängen, als dass einem Arzneimittel mit einem nicht-verkehrsfähigen Stoff in Deutschland keine Zulassung erteilt werden darf⁶⁴. Eine Entnahme aus Anlage I des BtMG ist daher zwingend notwendig. Für eine künftige Ausgestaltung kommen vor allem zwei Möglichkeiten in Betracht. Die erste liegt in der vollständigen Entnahme der Stoffe aus dem BtMG, so dass die sie enthaltenden Arzneimittel nur noch dem AMG unterfallen. Dies würde ihren therapeutischen Einsatz am weitesten vereinfachen und entbürokratisieren. Weitere Voraussetzungen könnten in der Arzneimittelverschreibungsverordnung niedergelegt werden. Das Gefahrenpotential vieler Psychedelika – ausgenommen MDMA – erscheint im Vergleich zu anderen Arzneimitteln nicht unbedingt wesentlich erhöht. Völker- und europarechtliche Vorschriften sollten der Entnahme von Arzneimitteln aus dem BtMG nicht zwingend entgegenstehen, da diese den medizinischen Bereich nicht betreffen. Zudem dürfte bei positiven Studienergebnissen auch eine Umstufung der Stoffe im Übereinkommen über psychotrope Stoffe angezeigt sein. Allerdings könnte es rechtspolitisch inopportun erscheinen, Stoffe mit einer schillernden Geschichte außermedizinischen Gebrauchs dem BtMG zu entnehmen. Auch würde dies off-label Einsätze vereinfachen. Ein positives Beispiel für diese Option ist jedoch das Ketamin, welches trotz Missbrauchspotentials allein dem AMG unterfällt, ohne dass dies hierzulande zu größeren Schwierigkeiten zu führen scheint.

Die zweite Möglichkeit liegt im Überführen der Stoffe in Anlage III, womit sie bei medizinischer Begründetheit von Ärzten verschrieben, verabreicht, oder zum Gebrauch überlassen werden können (§ 13 Abs. 1 BtMG). Dies würde die meisten Formen Substanz-unterstützter Therapie ermöglichen. Die Modalitäten der Verschreibung könnte durch die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVVO) eingeschränkt oder, wie etwa beim Cocain, ausgeschlossen werden (§ 2 Abs. 1 BtMVVO). Auch weitere Voraussetzungen wie eine Zusatzqualifikation für Ärzte ließen sich hier niederlegen, doch sind sie aufgrund der ärztlichen Therapiefreiheit ungewöhnlich und derzeit nur für Substitutionsbehandlungen und die Diamorphinvergabe normiert. Da die Gefahren von Psychedelika denen dieser Stoffe kaum entsprechen, drängen sich solche Einschränkungen jedenfalls nicht auf. Beim Verbleib im BtMG ist der Vorrang des therapeutischen Einsatzes von nicht dem BtMG unterfallenden Stoffen zu beachten, der aus § 13 Abs. 1 S. 2 BtMG gefolgt wird („ultima ratio des

60) Dass der Tatbestand der restriktiven Auslegung bedarf, erkannte der BGH im Fall der Suizidbeihilfe an, NJW 2001, 1802, 1805.

61) Die Schweizerische Ärztesgesellschaft für Psycholytische Therapie. In der Öffentlichkeit ist die Methode v. a. durch einen Praktiker, dessen Handeln mit medizinischen Grundsätzen nicht in Einklang stand, in Verruf geraten.

62) LG Stade, Urt. v. 22.11.107 – 201Kls 161Js 35143/15 (unveröffentlicht, liegt dem *Verf.* vor).

63) Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass in der Rechtsprechung auch Prüfungspflichten des BtM-Abgebenden anerkannt wurden, deren Nichterfüllen eine Strafbarkeit gem. § 222, 229 eröffnen kann, sofern es aufgrund von erkennbaren Stoffverwechslungen oder Kontaminationen zu Komplikationen kommt (BGH, NJW 2009, 2611).

64) Gärditz, *Dirty Drugs*, 2022, 237, der auch darauf hinweist, dass europäische Zulassung dem BtMG kraft Unionsrechts vorrangig wäre.

BtM-Einsatzes“⁶⁵. Praktisch bedeutet dies, dass Psychedelisch-unterstützte Therapien erst dann zum Einsatz kommen dürfen, wenn andere Behandlungsformen gescheitert sind. Ob das angemessen ist, muss im Licht künftiger Studienergebnisse erörtert werden.

In der Literatur wurde zudem der Vorschlag für ein substanzgestützte-Psychotherapie-Gesetz unterbreitet. Dieser verdient eine tiefere als in diesem Rahmen mögliche Würdigung⁶⁶. Die Notwendigkeit einer speziellen gesetzlichen Regelung müsste jedoch genauer begründet werden. Da sich Formen und Modalitäten der Therapieform sich in den kommenden Jahren dynamisch weiterentwickeln dürften, könnte eine zu genaue Festschreibung zum jetzigen Zeitpunkt übereilt sein. Eine zunächst restriktive, aber nicht gesetzlich festgeschriebene soft law Steuerung über medizinisches Berufsrecht, Fachverbände, den GBA und weitere Stakeholder könnte sich als vorteilhaft erweisen.

Abschließend sei erneut die Reform des § 3 Abs. 2 BtMG angeregt. Dazu sollten die von der Rechtsprechung herausgebildeten Erlaubnisvoraussetzungen positivrechtlich gefasst und grundrechtsorientiert erweitert werden. Ein differenzierter Regel-Ausnahme Katalog, der vorrangig durch flexiblere verwaltungsrechtliche Mechanismen anstelle der eher starren strafrechtlichen Binaritäten feiner konturiert wird, wäre wünschenswert. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass der absehbare Wandel des öffentlichen Bildes von Psychedelika, von einer Quelle der Gefahren zu einer Quelle der Heilung, zu einem Anstieg des

nicht-medizinischen Gebrauchs führen dürfte. Kommt es zur psychedelischen Renaissance in der Medizin, sollte sie von umfangreichen gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Aufklärung, Prävention und Schadensminimierung begleitet werden⁶⁷.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

65) Patzak, in: Patzak/Volkmer/Fabricius, BtMG § 13 R.dnr. 20.

66) Fritz/Schmidt-Recla, Gesundheitsrecht 7/2021, 409.

67) Bublitz et al., Nature 2023, 277.