

Gian Ege
Andreas Schloenhardt
Christian Schwarzenegger
Monika Stempkowski
(eds.)

Legalisation and
Decriminalisation of
Narcotic Drugs and
Psychotropic Substances

 Carl Grossmann
Verlag

Gian Ege
Andreas Schloenhardt
Christian Schwarzenegger
Monika Stempkowski
(eds.)

Legalisation and Decriminalisation of Narcotic Drugs and
Psychotropic Substances

**Gian Ege
Andreas Schloenhardt
Christian Schwarzenegger
Monika Stempkowski
(eds.)**

Legalisation and Decriminalisation of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances

 **Carl Grossmann
Verlag**

Editors:

Dr. iur. Gian Ege, Zürich, Switzerland

Prof. Prof. h.c. Dr. Andreas Schloenhardt, Brisbane, Australia and Vienna, Austria

Prof. Dr. iur. Christian Schwarzenegger, Zürich, Switzerland

Dr. Monika Stempkowski, Vienna, Austria

The German National Library (*Deutsche Nationalbibliothek*) lists this work in the *Deutsche Nationalbibliografie*; detailed bibliographic data is available in the internet via <http://dnb.d-nb.de>.

© 2023 Gian Ege, Andreas Schloenhardt, Christian Schwarzenegger, Monika Stempkowski

This work has been published under a Creative Commons license as Open Access which requires only the attribution of the authors when being reused.

License type: CC-BY 4.0 – more information: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



DOI: 10.24921/2023.94115960

The font used for typesetting has been licensed at a SIL Open Font License, v 1.1. Printed in Germany and the Netherlands on acid-free paper with FSC certificate. The present work has been carefully prepared. Nevertheless, the author and the publisher assume no liability for the accuracy of information and instructions as well as for any misprints.

Print and digital edition produced and published by:
Carl Grossmann Publishers, Berlin
www.carlgrossmann.com

ISBN: 978-3-941159-59-4 (printed edition, hardbound)

ISBN: 978-3-941159-60-0 (e-Book, Open Access)

Preface

Debates about decriminalising or even legalising certain narcotic drugs and psychotropic substances have gained much momentum in recent years. On the surface, it appears that more and more jurisdictions are exploring the introduction of measures to permit, albeit in very controlled ways, the use of some narcotic drugs, if only for medical purposes. Others further argue that the so-called ‘war on drugs’ has failed to produce any meaningful successes and that new ways to prevent the abuse of narcotic drugs and psychotropic substances need to be explored. Nevertheless, most jurisdictions continue to impose near complete bans on the production, manufacturing, trade, transport, supply, sale, and possession of illicit drugs. National authorities along with international organisations point out that any move to decriminalise narcotic drugs and psychotropic substances is inconsistent with international law.

The chapters contained in the present volume are the product of a seminar entitled ‘Legalisation and Decriminalisation of Narcotic Drugs and Psychotropic Substance’ offered jointly by the University of Queensland, the University of Vienna, and the University of Zurich in 2021–2022. This seminar is part of the universities’ ongoing Transnational Organised Crime programme; an international network of emerging and established scholars working within a structured research and learning framework to produce high quality research outcomes on a topic of current, international concern. The research is coordinated by professorial, mid-level and junior academic staff who guide and supervise undergraduate and postgraduate students engaged in research-based learning for academic credit.

The 2021–2022 seminar examined the full spectrum of ideas and experiences with the legalisation and decriminalisation of narcotic drugs and psychotropic substances, as well as relevant international legal frameworks, selected national systems, and the many arguments for and against legalisation and decriminalisation. Several research projects (such as the piece by Natascha Kords) explore the evolution, scope, and content of international conventions to prevent and suppress the production, circulation, and consumption of illicit drugs, starting from early efforts to regulate the international opium trade to instruments that comprehensively ban any dealings with narcotic drugs and psychotropic substances. Other projects (for example those by Alexandra Denhof and Jil

Leuthold) provide overviews of the current knowledge on the source, pharmacological effect, methods of consumption, effects, and health risks of selected narcotic drugs and psychotropic substances and outline how these substances are regulated (and criminalised) in international law. Another set of research projects (like the ones by James Finnimore and Samira Rebsamen) discuss attempts, legal frameworks, and judicial decisions permitting specific types of drug use or even trade. These projects critically examine the historical setting and background, the content of the relevant laws/frameworks/cases, and assess their short and long-term impact and legacy. Further projects (such as that by Jeanne Morand) analyse recent developments concerning the liberalisation (or lack thereof) of narcotic drugs and psychotropic substances in selected jurisdictions. Finally, a number of projects (such as the piece by Minhao Sun) critically explore a range of instruments and initiatives in relation to the liberalisation of narcotic drugs and psychotropic substances.

The present volume contains a selection of some of the best papers produced in this seminar. It is hoped that these pieces shed some light into historical and contemporary, national and international developments and inform the current legalisation and decriminalisation debate.

This publication would not have been possible without the relentless enthusiasm and dedication of the authors and supporting staff. Special thanks go to Vivian Stein for her efforts in preparing this volume and the Faculty of Law of the University of Zurich for the financial support offered by the Faculty's Open Access Strategy, which enabled us to publish this volume.

*Gian Ege
Andreas Schloenhardt
Christian Schwarzenegger
Monika Stempkowski
Brisbane, Vienna, Zurich, January 2023*

Table of Contents

Preface	v
Einheits-Übereinkommen von 1961 über die Betäubungsmittel	1
Natascha Kords	
Ravin v State of Alaska: An Outdated ‘Product of its Time’, or an ‘Enlightened’ Personal Liberties Approach to the Marijuana Debate?	63
James Finnimore	
The Present and Future of Harm Minimisation in Australia	95
Minhao Sun	
Halluzinogene: Eine Übersicht über pharmakologische Beschaffenheit und medizinischen Nutzen von Lysergsäurediethylamid (LSD) und psilocybinhaltigen Pilzen	133
Alexandra Denhof	
Medizinische Anwendung von LSD und Magic Mushrooms im schweizerischen Recht	161
Jil Leuthold	
Der Platzspitz – Zürichs offene Drogenszene in den 1980er Jahren ..	191
Samira Rebsamen	
Pilot Trials: The Swiss Approach to Cannabis Legalisation	219
Jeanne Morand	

Einheits-Übereinkommen von 1961 über die Betäubungsmittel

NATASCHA KORDS

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Einheits-Übereinkommen von 1961 über die Betäubungsmittel. Nachdem 186 Staaten das Übereinkommen ratifiziert haben und es 60 Jahre in Kraft ist, wird es Zeit, zu überlegen, ob das Übereinkommen noch zeitgemäss und eine angemessene Grundlage für die globale Drogenpolitik ist. Diese Arbeit versucht zur Beantwortung dieser Frage beizutragen, indem – nach einer kurzen Übersicht über die Entstehungsgeschichte und Funktionsweise des Übereinkommens – analysiert wird, ob Ansätze, die heute in der internationalen Drogenpolitik diskutiert werden, mit dem Übereinkommen vereinbar sind. Dabei wird insbesondere auf die Legalisierung, Dekriminalisierung, Depönalisierung und verschiedene Schadensminderungsansätze eingegangen. Es werden verschiedenen Probleme, die das Übereinkommen mit sich bringt, diskutiert, gleichzeitig wird aber auch berücksichtigt, was das Übereinkommen bisher zu leisten vermochte. So wird nach einer umfassenden Analyse versucht, eine Antwort auf die Ausgangsfrage zu finden.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	3
II. Hintergrund und Ziele des Einheits-Übereinkommens	4
1. Geschichtlicher Hintergrund und Entstehung	4
2. Ziele des Übereinkommens	6
III. Funktionsweise des Einheits-Übereinkommens	8
1. Internationale Kontrollorgane und Durchsetzung des Übereinkommens	8
1.1 Wirtschafts- und Sozialrat (ECOSOC)	9
1.2 Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC)	9
1.3 Betäubungsmittelkommission (CND)	10
1.4 Betäubungsmittel-Kontrollorgan (INCB)	10
2. Herangehensweise und Mechanismen	12
2.1 Legaler Umgang mit Betäubungsmitteln: Warenkontrolle	13
2.1.1 Klassifizierungssystem	13
2.1.2 Schätzungssystem	14
2.1.3 Import-/Export-Lizenzierung	15
2.1.4 Informationsaustausch	15
2.2 Illegaler Umgang mit Betäubungsmitteln: Prohibitive Kontrolle	16
2.2.1 Allgemeines	16

2.2.2	Strafbestimmungen im Einheits-Übereinkommen	16
2.3	Fazit	19
3.	Änderung des Übereinkommens	20
IV.	Erfolge und Probleme des Einheits-Übereinkommens	21
1.	Erfolge	21
2.	Probleme und Misserfolge	22
2.1	Problem des Drogenmissbrauchs und des illegalen Handels	22
2.2	Verfügbarkeit von kontrollierten Substanzen	24
2.3	Weitere Probleme und Misserfolge	26
3.	Fazit	28
V.	Neue Ansätze in der Drogenpolitik und ihre Vereinbarkeit mit dem Einheits-Übereinkommen	29
1.	Legalisierung	29
1.1	Begriff	29
1.2	Vereinbarkeit mit dem Einheits-Übereinkommen	30
2.	Dekriminalisierung	32
2.1	Begriff	32
2.2	Vereinbarkeit mit dem Einheits-Übereinkommen	33
2.2.1	Handlungen zum Zwecke des Eigengebrauchs	34
2.2.2	Handlungen im Zusammenhang mit Drogenhandel	36
3.	Depönalisierung	37
3.1	Begriff	37
3.2	Vereinbarkeit mit dem Einheits-Übereinkommen	38
4.	Schadensminderung	41
4.1	Begriff	41
4.1.1	Kontrollierte Abgabe und Substitutionstherapie	42
4.1.2	Spritzenabgabe	42
4.1.3	Drogenkonsumräume	43
4.1.4	Drug-Checking Angebote	44
4.2	Vereinbarkeit mit dem Einheits-Übereinkommen	44
4.2.1	Kontrollierte Abgabe und Substitutionstherapie	45
4.2.2	Spritzenabgabe	46
4.2.3	Drogenkonsumräume	48
4.2.4	Drug-Checking Angebote	48
VI.	Schlussfolgerung	49
	Literaturverzeichnis	51
	Materialienverzeichnis	61

I. Einleitung

„*Drugs cost lives*“.¹ Das sind die ersten Worte des World Drug Reports 2021. Eine halbe Million Menschen starben im Jahr 2019 durch Drogenkonsum.² Dazu kommen zahlreiche Tote im Zusammenhang mit dem illegalen Drogenhandel und den Drogenkartellen.³ Warum sind solche Zahlen heute, gut 50 Jahre nachdem US-Präsident Nixon im Jahr 1971 den „*War on Drugs*“ ausrief⁴ und 60 Jahre nachdem das Einheits-Übereinkommen (EHÜ)⁵ in Kraft trat, noch möglich? Mittlerweile weitgehend akzeptiert ist, dass der globale „*War on Drugs*“ gescheitert ist.⁶ Diese Arbeit soll die Frage beantworten, ob das auch für das EHÜ gilt. Als ältestes der drei UN-Betäubungsmittelabkommen⁷ stellt es die Grundlage der globalen Drogenpolitik dar. Aktuell sind 186 von 193 UN-Mitgliedstaaten⁸ Vertragsstaaten des EHÜ, weshalb es für die weltweite Betäubungsmittelpolitik weiterhin von zentraler Bedeutung ist.⁹

-
- 1 United Nations Office on Drugs and Crimes, *2021 World Drug Report* (2021) 3 (zit. UNODC, *World Drug Report 2021* (Booklet Nr.)).
 - 2 UNODC, *World Drug Report 2021* (1) (n 1) 3; UNODC, *World Drug Report 2021* (2) (n 1) 3.
 - 3 Vgl. June S. Beittel, *Organized Crime and Drug Trafficking Organizations*, *CRS Report No. R41576* (2020) 6.
 - 4 Jay Sinha, *The History and Development of the Leading International Drug Control Conventions*, *Report Prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs* (2001) 30; John Collins, *Legalising the Drug Wars, A Regulatory History of UN Drug Control* (2022) 224 (zit. Collins, *Legalising the Drug Wars*); Allison E. Don, 'Lighten up: Amending the Single Convention on Narcotic Drugs' *Minnesota Journal of International Law* (2014) 23 213, 218 f.
 - 5 *Einheits-Übereinkommen von 1961 über die Betäubungsmittel*, abgeschlossen in New York am 30. März 1961, in der durch das Protokoll vom 25. März 1972 geänderten Fassung vom 30. März 1961 SR 0.812.121 (EHÜ).
 - 6 Vgl. Stephen Rolles, *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation* (2009) xii f., 7; Global Commission on Drug Policy, *Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work* (2014) 10 ff.
 - 7 Neben dem EHÜ gibt es noch das *Übereinkommen über psychotrope Stoffe*, abgeschlossen in Wien am 21. Februar 1961, SR 0.812.121.02 (1971-Übereinkommen) und das *Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen*, abgeschlossen in Wien am 20. Dezember 1988, SR 0.812.121.03 (1988-Übereinkommen).
 - 8 United Nations, 'About Us' (Web page, undated) <<https://www.un.org/en/about-us>>.
 - 9 United Nations Treaty Collection, 'Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 18. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961' (Web page, undated) <https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=VI-18&chapter=6&clang=_en>.

Um das EHÜ und seine Auswirkungen zu beurteilen, werden verschiedene heute diskutierte Ansätze in der internationalen Drogenpolitik auf ihre Verträglichkeit mit dem EHÜ hin geprüft. So kann beurteilt werden, ob das EHÜ noch einen gemeinsamen Konsens in der Drogenpolitik abbildet. Ziel dieser Arbeit ist es nicht, zu beurteilen welcher Ansatz in der Drogenpolitik der Richtige ist. Es geht vielmehr darum, die Vereinbarkeit von international inzwischen breit diskutierten Ansätzen mit dem EHÜ zu beurteilen. Diese Beurteilung erfolgt mittels Auslegung der Vertragsbestimmungen. Damit dies gelingen kann, wird zuerst auf die Hintergründe, Ziele und Ansätze des EHÜ eingegangen (Kapitel II.-III.), um so die Erfolge und Probleme des Übereinkommens herausarbeiten zu können (Kapitel IV.). Im letzten Teil werden schliesslich neue Ansätze vorgestellt und auf ihre Vereinbarkeit mit dem EHÜ hin geprüft (Kapitel V.). Bei der Auslegung und Analyse des Vertragstextes wird in erster Linie auf die englische Originalfassung abgestellt, es werden aber in zweiter Linie auch die anderen offiziellen Sprachfassungen der UNO sowie die in der Systematischen Rechtssammlung des Bundesrechts (SR) publizierte deutsche Übersetzung berücksichtigt. Es wird mit der neusten Fassung des Übereinkommens, basierend auf den Änderungen durch das Protokoll von 1972, gearbeitet. Im Rahmen dieser Arbeit wird lediglich auf das EHÜ eingegangen, divergierende Bestimmungen in den anderen beiden Betäubungsmittelübereinkommen werden nicht behandelt. Zudem beschränkt sich die Arbeit auf eine rechtliche Analyse. Gesellschaftliche oder medizinische Argumente werden nur insoweit behandelt, als sie für die rechtliche Analyse des Übereinkommens relevant sind.

II. Hintergrund und Ziele des Einheits-Übereinkommens

1. Geschichtlicher Hintergrund und Entstehung

Bis ins 20. Jh. wurden bewusstseinsverändernde Substanzen nicht international reguliert oder verboten, obwohl diese Substanzen schon seit Jahrtausenden konsumiert werden.¹⁰ Anfang des 20. Jh., als der Drogenkonsum in

¹⁰ United Nations Office on Drugs and Crimes, *2008 World Drug Report* (2008) 173 (zit. UNODC, *World Drug Report* 2008).

vielen Ländern zu einem immer grösseren Problem wurde¹¹ und in einer Phase, in der das Völkerrecht immer mehr verdichtet und kodifiziert wurde,¹² berief die internationale Gemeinschaft im Jahr 1909 die Opium-Konferenz in Shanghai ein. Drei Jahre später, 1912, wurde schliesslich die erste internationale Opiumkonvention unterzeichnet.¹³ In den darauffolgenden Jahrzehnten gab es weitere internationale Betäubungsmittelabkommen,¹⁴ um die Dro-

11 So war der Opium-Konsum bspw. in den USA und England weit verbreitet, vgl. Marcus Aurin, 'Chasing the Dragon, The Cultural Metamorphosis of Opium in the United States, 1825–1935' *Medical Anthropology Quarterly* (2000) 14 414, 419; In China waren im Jahr 1906 zudem um die 21 Millionen Menschen abhängig von Opium, vgl. Yongming Zhou, *Anti-drug Crusades in Twentieth-Century China, Nationalism, History and State Building* (1999) 20; International Opium Commission, *Report of the International Opium Commission, Shanghai, China, February 1 to February 26, 1909* (1909) 120; UNODC, *World Drug Report 2008* (n 10) 177.

12 Vgl. Oliver Diggelmann, *Völkerrecht, Geschichte und Grundlagen mit Seitenblicken auf die Schweiz* (2018) 47; Matthias Herdegen, *Völkerrecht* (20. Aufl., 2021) §2 [12].

13 *Internationales Opium-Abkommen*, abgeschlossen in Den Haag am 23. Januar 1912, SR 0.812.121.2 (1912-Opiumkonvention); Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung über die Genehmigung des Einheits-Übereinkommens über die Betäubungsmittel (Vom 20. März 1968), BBl 1968 I 757, 758 (Botschaft EHÜ); Botschaft über den Beitritt der Schweiz zu zwei internationalen Betäubungsmittel-Übereinkommen sowie über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 22. Juni 1994, BBl 1994 III 1273, 1275 (zit. Botschaft Protokoll); Gustav Hug-Beeli, *Handbuch der Drogenpolitik, Tatsachen, Meinungen, Analysen und Lösungsvorschläge* (1995) 142; Francisco E. Thoumi, 'The international drug control regime's straight jacket: are there any policy options?' *Trends in Organized Crime* (2010) 13 75, 76 (zit. Thoumi, Policy Options).

14 Die *Vereinbarung über die Herstellung von und den Handel im Inland mit präpariertem Opium*, abgeschlossen in Genf am 11. Februar 1925; das *Internationale Abkommen über die Betäubungsmittel*, abgeschlossen in Genf am 19. Februar 1925, SR 0.812.121.4; das *Abkommen zur Beschränkung der Herstellung und zur Regelung der Verteilung der Betäubungsmittel*, abgeschlossen in Genf am 13. Juli 1931, SR 0.812.121.5; die *Vereinbarung über die Kontrolle des Verbrauchs an Rauchopium im Fernen Osten*, abgeschlossen in Bangkok am 27. November 1931; das *Abkommen zur Unterdrückung des unerlaubten Verkehrs mit Betäubungsmitteln*, abgeschlossen in Genf am 26. Juni 1936, SR 0.812.121.6 (1936-Konvention); und schliesslich die Opium Protokolle von 1946 (*Protokoll zur Ergänzung der Vereinbarungen, Abkommen und Protokolle über die Betäubungsmittel*, abgeschlossen in Lake Success am 11. Dezember 1946, SR 0.812.121.21), 1948 (*Protokoll über die internationale Kontrolle gewisser Stoffe, die vom internationalen Abkommen vom 13. Juli 1931 zur Beschränkung der Herstellung und zur Regelung der Verteilung der Betäubungsmittel, ergänzt durch das am 11. Dezember 1946 in Lake Success unterzeichnete Protokoll, nicht erfasst werden*, abgeschlossen in Paris am 19. November 1948, SR 0.812.121.52) und 1953 (*Protokoll zur Beschränkung und Regelung des Mohnanbaus, der Erzeugung und Verwendung von Opium sowie des internationalen und Grosshandels damit*, abgeschlossen in

genproduktion zu kontrollieren und einzuschränken. Dies zeigte auch erste Erfolge: So ist bspw. die (damals) legale Kokainproduktion von ungefähr 15 Tonnen im Jahr 1905¹⁵ um 90 % auf 1,5 Tonnen im Jahr 1948¹⁶ gesunken. Die Kontrolle und Einschränkung der legalen Drogenproduktion durch die Konventionen führte jedoch dazu, dass die illegale Produktion stark anstieg.¹⁷ Das Drogenproblem war also nicht gelöst. Um die bisher erzielten Erfolge nicht zu verlieren, wollte die internationale Gemeinschaft das Thema kurz nach der Gründung der Vereinten Nationen im Jahr 1945 weiterhin auf globaler Ebene behandeln und nicht dem nationalen Recht überlassen. Vor diesem Hintergrund begannen im Jahr 1948 die Arbeiten für eine Konvention, die das komplizierte System der bestehenden Übereinkommen in sich vereinen sollte und auf neu auftkommende Probleme, wie insb. die Produktion von Betäubungsmittelrohstoffen, reagieren sollte.¹⁸ Dieses Projekt brachte im Jahr 1961 das EHÜ hervor, welches schliesslich 1964 in Kraft trat.¹⁹

2. Ziele des Übereinkommens

Eines der Ziele des EHÜ (auf englisch: Single Convention on Narcotic Drugs) war es, das komplizierte System zahlreicher internationaler Verträge im Bereich der Betäubungsmittel zu vereinfachen.²⁰ Zu diesem Zweck sollte ein

New York am 23. Juni 1953, SR 0.812.121.3); Hug-Beeli (n 13) 142 ff.; Botschaft EHÜ (n 13) 760 ff.

15 Paul Gootenberg, 'Cocaine in Chains: The Rise and Demise of a Global Commodity, 1860 – 1950' in Steven Topic, Carlos Marichal und Zephyr Frank (Hrsg.), *From Silver to Cocaine, Latin American Commodity Chains and the Building of World Economy, 1500–2000* (2006) 321, 331 f.; UNODC, World Drug Report 2008 (n 10) 189.

16 United Nations Office on Drug Control and Crime Prevention, 'Legal Trade in Narcotics in 1949' *Bulletin on Narcotics* (1951) 3 32, 32 ff. (zit. UNODCCP, Legal Trade in Narcotics); UNODC, World Drug Report 2008 (n 10) 189.

17 UNODC, World Drug Report 2008 (n 10) 212 f.

18 Economic and Social Council, *Report of the Commission on Narcotic Drugs, UN ESCOR 7th Sess., Supp. No 9*, UN Doc E/799 (1948) 20 ff., insb. 24 (zit. ECOSOC, UN ESCOR 1948); Botschaft EHÜ (n 13) 772; David R. Bewley-Taylor und Martin Jelsma, 'Regime change: Revisiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs' *International Journal of Drug Policy* (2012) 23 72, 74 (zit. Bewley-Taylor und Jelsma, Regime change).

19 United Nations Treaty Collection, 'Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 15, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961' (Web page, undated) <https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=VI-15&chapter=6>.

20 UNODC, World Drug Report 2008 (n 10) 198 f.; Bewley-Taylor und Jelsma, Regime change (n 18) 74.

einzigster Vertrag geschaffen werden, der die Bestimmungen aus den neun zuvor bestehenden Verträgen in sich vereinte (Abs. 9 Präambel EHÜ).²¹ Dieser sollte eine einheitliche Grundlage für die internationale Drogenpolitik darstellen.²² Das EHÜ ersetzte daher für die Vertragsparteien durch Art. 44 alle zuvor existierenden Betäubungsmittelkonventionen, mit Ausnahme der 1936-Konvention.²³

Zusätzlich zu diesen Nebenzielen lassen sich in der Präambel des Übereinkommens zwei Hauptziele identifizieren. Dem „Übel“ der Drogenabhängigkeit²⁴ soll durch das EHÜ entgegengewirkt werden und der Missbrauch von Betäubungsmitteln soll verhindert werden (Abs. 9 Präambel EHÜ). Daraus folgt das *erste Hauptziel*, welches in Abs. 5 Präambel EHÜ zum Ausdruck gebracht wird: Der Gebrauch von Betäubungsmitteln soll auf den legalen Gebrauch beschränkt werden und der illegale Umgang mit Drogen soll verhindert werden. Obwohl die internationale Gemeinschaft in den Betäubungsmitteln eine grosse Gefahr für die öffentliche Gesundheit sah, erkannte sie gleichzeitig auch den grossen, unersetzlichen Nutzen der Substanzen für medizinische Zwecke. Insb. Opioide sind ein zentraler Bestandteil der Schmerztherapie und in ihrer Wirkung bis heute kaum ersetzbar.²⁵ Daraus folgt das *zweite Hauptziel* des EHÜ: Es soll sichergestellt werden, dass die kontrollierten Substanzen unter dem EHÜ für medizinische Zwecke verfügbar sind (Abs. 3 Präambel EHÜ).²⁶ Beiden Hauptzielen liegt ein gemeinsamer

21 ECOSOC, UN ESCOR 1948 (n 18) 24; Botschaft EHÜ (n 13) 772; Bewley-Taylor und Jelsma, Regime change (n 18) 74.

22 ECOSOC, UN ESCOR 1948 (n 18) 24.

23 Bewley-Taylor und Jelsma, Regime change (n 18) 76.

24 Im Original „evil“, vgl. Abs. 4 und 5 Präambel EHÜ.

25 International Narcotics Control Board, *Availability of Internationally Controlled Drugs, Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes, Indispensable, adequately available and not unduly restricted*, Supp. 1, UN Doc E/INCB/2015/1 (2016) iii und viii (zit. INCB, Availability of Internationally Controlled Drugs); Allyn L. Taylor, 'Addressing the Global Tragedy of Needless Pain: Rethinking the United Nations Single Convention on Narcotic Drugs' *The Journal of Law, Medicine & Ethics* (2007) 35 556, 557.

26 United Nations Secretary General, *Commentary on the Draft Single Convention*, UN Doc E/CN.7/AC.3/4/Rev.1 (1952) 69 (zit. UN Secretary-General, Commentary Draft, N C.34); Neil Boister, *Penal Aspects of the UN Drug Conventions* (2001) 69 (zit. Boister, Penal Aspects); Taylor (n 25) 557 und 560; World Health Organization, *Ensuring balance in national policies on controlled substances, Guidance for availability and accessibility of controlled medicines* (2011) 16 (zit WHO, Ensuring balance); David R. Bewley-Taylor, 'Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities' *International Journal of Drug*

Gedanke zugrunde: Der Schutz der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheit des Einzelnen.²⁷ Dies zeigt sich in Abs. 2 der Präambel, der die Sorge der Vertragsparteien über die Gesundheit der Menschheit ausdrückt.

III. Funktionsweise des Einheits-Übereinkommens

Das EHÜ ist Teil eines dreiteiligen Systems von UN-Konventionen über Betäubungsmittel mit unterschiedlichen Ausrichtungen, bestehend aus dem EHÜ, dem 1971-Übereinkommen²⁸ und dem 1988-Übereinkommen²⁹. Die drei Konventionen sind alle *non self-executing*, auch monistische Vertragsstaaten müssen die Bestimmungen daher in ihrem nationalen Recht umsetzen, damit diese anwendbar und justiziabel sind.³⁰

1. Internationale Kontrollorgane und Durchsetzung des Übereinkommens

Das EHÜ selbst nennt zwei internationale Kontrollorgane, welche die Hauptverantwortung für die Umsetzung des Übereinkommens tragen: die Betäubungsmittelkommission (CND) und das Betäubungsmittel-Kontrollorgan (INCB) (Art. 5 EHÜ). Daneben gibt es weitere Organe, die eine wichtige Rolle im System der internationalen Drogenkontrolle einnehmen, wie bspw. der Wirtschafts- und Sozialrat der UNO (ECOSOC) oder das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC).

Policy (2003) 14 171, 172 (zit. (Bewley-Taylor, Challenging the UN drug control conventions).

27 International Narcotics Control Boards, *Report of the International Narcotics Control Board for 2015*, UN Doc E/INCB/2012/1 (2012) [1] (zit. INCB, Annual Report 2015).

28 Übereinkommen über psychotrope Stoffe vom 21. Februar 1971.

29 Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen vom 20. Dezember 1988.

30 David R. Bewley-Taylor, 'Harm reduction and the global drug control regime: contemporary problems and future prospects' *Drug and Alcohol Review* (2004) 23 483, 484 (zit. Bewley-Taylor, Harm Reduction); Krzysztof Krajewski, 'How flexible are the United Nations drug conventions?' *International Journal of Drug Policy* (1999) 10 329, 331; Bottschaft Protokoll (n 13) 1289 f.

1.1 Wirtschafts- und Sozialrat (ECOSOC)

Der Wirtschafts- und Sozialrat ist das für die internationale Drogenpolitik zuständige Hauptorgan der UNO (Art. 7 Abs. 1 UNO-Charta (UNCh)³¹). Ihm kommt hauptsächlich eine Kontroll- und Überwachungsfunktion über die anderen Organe zu.³² Der ECOSOC besteht aus 54 UN-Mitgliedsstaaten, die von der UNO-Generalversammlung gewählt werden (Art. 61 Abs. 1 UNCh), wobei jeder Mitgliedsstaat anschliessend einen Repräsentanten im ECOSOC stellt (Art. 61 Abs. 4 UNCh).

1.2 Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC)

Das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung ist der Hauptansprechpartner für Vertragsstaaten, wenn es um die Umsetzung der Betäubungsmittelübereinkommen geht.³³ Es sammelt Informationen, erstellt den jährlichen „*World Drug Report*“³⁴ und berät Staaten bei rechtlichen Fragen.³⁵ Durch den *World Drug Report* hat das UNODC einen gewissen politischen Einfluss, da es darin seine Meinung zur Drogenpolitik verschiedener Staaten äussern kann.³⁶

31 *Charta der Vereinten Nationen*, abgeschlossen in San Francisco am 26. Juni 1945, SR 0.120 (UNCh).

32 Boister, *Penal Aspects* (n 26) 468.

33 Bernard Leroy, M. Cherif Bassiouni und Jeean François Thorny, 'The International Drug Control System' in M. Cherif Bassiouni (Hrsg.), *International Criminal Law, Vol. 1: Sources, Subjects and Contents* (2008) 855, 889 f.; siehe auch United Nations Office on Drugs and Crime, 'UNODC's work is based around five normative areas of activity' (Web page, undated).

34 United Nations Office on Drugs and Crime, 'World Drug Report 2021' (Web page, undated) <<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>>.

35 Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 889 f.

36 Christian Schneider, *The role of dysfunctional international organizations in world politics: the case of the United Nations Office on Drugs and Crime* (2012) 87 f.

1.3 Betäubungsmittelkommission (CND)

Die Betäubungsmittelkommission ist als zentrales „*policy making*“ Organ³⁷ zuständig für die politische Ausgestaltung der internationalen Drogenkontrolle und kann neue Massnahmen vorschlagen (vgl. Art. 8 lit. c EHÜ). Sie besteht grösstenteils aus Abgeordneten der Regierungen der Vertragsstaaten, was dazu führt, dass die CND stark durch die Ansichten der Vertragsstaaten beeinflusst wird.³⁸

1.4 Betäubungsmittel-Kontrollorgan (INCB)

Das Betäubungsmittel-Kontrollorgan (Art. 9 ff. EHÜ) besteht aus 13 Mitgliedern, die vom ECOSOC für jeweils fünf Jahre gewählt werden. Dabei sind drei Personen mit einem medizinischen Hintergrund zu wählen, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagen werden, und zehn Personen, die von den Vertragsstaaten nominiert werden. Die allgemeine Aufgabe des Betäubungsmittel-Kontrollorganes ist es, die Herstellung von Betäubungsmitteln auf das Benötigte zu beschränken, die Verfügbarkeit zu gewährleisten und den illegalen Handel und Konsum von Betäubungsmitteln zu verhindern. Um diese Aufgabe zu erfüllen, hat das INCB diverse Kompetenzen: Es ist für die Verwaltung des Schätzungssystems zuständig und gibt nötigenfalls selbst eine Schätzung über den Betäubungsmittelbedarf ab, falls die Staaten dies versäumen. Weiter verfasst es jeweils einen Jahresbericht über seine Arbeit und die aktuelle Lage in der Umsetzung der Übereinkommen. Der Jahresbericht wird, über die CND, schliesslich dem ECOSOC vorgelegt.

Das INCB überwacht somit die Umsetzung und Einhaltung des Übereinkommens in den Vertragsstaaten.³⁹ Erkennt es in einem Staat Probleme, kann es gemäss Art. 14 Abs. 1 EHÜ Massnahmen mit verschiedenen Eskalationsstufen treffen:⁴⁰ In einem ersten Schritt (lit. a) kann das INCB dem betreffenden Staat Beratungen anbieten und Auskünfte verlangen, wobei dieses

37 Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 888; David R. Bewley-Taylor, 'Emerging policy contradictions between the United Nations drug control system and the core values of the United Nations' *International Journal of Drug Policy* (2005) 16 423, 424 (zit. Bewley-Taylor, Emerging policy contradictions).

38 Boister, Penal Aspects (n 26) 469.

39 Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 889; Thoumi, Policy Options (n 13) 77.

40 Vgl. Boister, Penal Aspects (n 26) 484.

Verfahren vertraulich ist. In einem zweiten Schritt (lit. b) kann das INCB den betreffenden Staat zur Umsetzung von erforderlichen Massnahmen auffordern. Genügt dies nicht, kann das INCB in einem dritten Schritt (lit. c) eine Untersuchung der Situation vorschlagen. Sind all diese Massnahmen nicht zielführend oder liegt eine ernstliche Gefahr für die Ziele des Übereinkommens vor, kann das INCB die anderen Vertragsparteien, die CND und den ECOSOC auf die Situation aufmerksam machen (lit. d).⁴¹ Ist es der Meinung, dass das Problem weiterhin besteht, kann das INCB gemäss Art. 14 Abs. 2 EHÜ Sanktionen verhängen: Es kann den Vertragsparteien empfehlen, keinen Betäubungsmittelhandel mit dem betreffenden Staat mehr zu betreiben (Embargo).⁴² Eine solche Empfehlung kann starke Auswirkung auf den betroffenen Staat haben, da die medizinische Versorgung vom internationalen Betäubungsmittelhandel abhängt.⁴³ Es handelt sich jedoch nur um eine Empfehlung, die für die anderen Vertragsparteien nicht bindend ist.

Eine solche Sanktion nach Art. 14 Abs. 2 EHÜ wurde bisher, soweit ersichtlich, noch nie verhängt. In den Jahren 2000/2001 wurde jedoch vom Informationsrecht gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. d EHÜ Gebrauch gemacht, als das INCB auf die damalige Situation in Afghanistan aufmerksam machte.⁴⁴ Das INCB scheint mit den Befugnissen in Art. 14 EHÜ eher zurückhaltend umzugehen, insb. mit den Sanktionen nach Art. 14 Abs. 2 EHÜ.⁴⁵ Dies liegt auch daran, dass bereits die Androhung einer Information der anderen Organe und der Vertragsparteien ein starkes Druckmittel darzustellen scheint.⁴⁶ Staaten halten

41 Vgl. zum Ganzen Boister, *Penal Aspects* (n 26) 484 f.; United Nations Secretary-General, *Commentary on the Single Convention*, UN Doc E/CN.7/AC.3/4/Rev.1 (1952) Art. 14 (zit. UN Secretary-General, 1961 Commentary).

42 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 14 Vorbemerkungen [4]; BOISTER, *Penal Aspects* (n 26) 484.

43 Boister, *Penal Aspects* (n 26) 485; David R. Bewley-Taylor und Mike Trace, *The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report 7* (2006) 4.

44 International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2001*, UN Doc E/INCB/2001/1 (2001) [231] ff. (zit. INCB, Annual Report 2001); International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2021*, UN Doc E/INCB/2021/1 (2021) [296] (zit. INCB, Annual Report 2021); International Narcotics Control Board, 'Treaty Compliance' (Web page, undated) (zit. INCB, Treaty Compliance).

45 Simon Mann, 'UN drug agency threatens ban on \$160 m poppy trade' *The Sydney Morning Herald* (Sydney), 18. Dezember 1999 3, 3; Bewley-Taylor und Trace (n 43) 4.

46 Mann (n 45) 3; Boister (n 26) *Penal Aspects* 485; Bewley-Taylor und Trace (n 43) 4.

sich daher in der Regel an Empfehlungen und Anweisungen des INCB, so dass es keiner weiteren Massnahmen bedarf.⁴⁷

Das INCB kann zudem auch in seinen Jahresberichten Druck ausüben. So hat das INCB in seinen Jahresberichten schon zahlreiche Staaten kritisiert und die Konventionsverträglichkeit nationaler Regelungen in Frage gestellt, in diesen Fällen aber, soweit bekannt, keine härteren Massnahmen nach Art. 14 EHÜ ergriffen, obwohl die nationalen Regelungen nicht angepasst wurden.⁴⁸ Die Kritisierung eines Staates in den Jahresberichten kann jedoch insb. für ärmere Länder bereits ein Druckmittel darstellen, da sich diese vor Sanktionen durch die anderen Staaten fürchten, selbst wenn das INCB selber keine weiteren Massnahmen ergreift.⁴⁹

2. Herangehensweise und Mechanismen

Das EHÜ unterscheidet zwischen legalem und illegalem Umgang mit den kontrollierten Substanzen. Das System beruht auf der Annahme, dass nicht die kontrollierten Substanzen an sich illegal sind,⁵⁰ sondern nur gewisse Handlungen damit. Ob eine Handlung unter den internationalen und nationalen Bestimmungen legal oder illegal ist, beurteilt sich nach den Umständen. Legal sind Handlungen, die einen medizinischen oder wissenschaftlichen Zweck haben (vgl. Art. 4 lit. c EHÜ). Illegal ist *e contrario* alles, was nicht diesen Zwecken dient, sofern es nicht explizit durch das Übereinkommen erlaubt ist. Das Übereinkommen definiert nicht, was unter einem medizinischen oder

47 INCB, Treaty Compliance (n 44).

48 Vgl. bspw. International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2020*, UN Doc E/INCB/2020/1 (2020) iv und [449] ff. (zit. INCB, Annual Report 2020) wo sich das INCB allgemein besorgt über den Trend zur Liberalisierung der Cannabis-Politik zeigt und insb. auf mehrere Staaten in den USA hinweist, die zu einer Liberalisierung tendieren; International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2012*, UN Doc E/INCB/2012/1 (2012) [357] f. (zit. INCB, Annual Report 2012), wo sich das INCB gegen die Legalisierung von Cannabis in Uruguay ausspricht; INCB, Annual Report 2012 [757] und International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, UN Doc E/INCB/2004/1 (2004) [220] (zit. INCB, Annual Report 2004), wo das INCB die „Coffee-Shops“ in den Niederlanden als Verstoß gegen die UN-Betäubungsmittelübereinkommen bezeichnet.

49 Martin Jelsma und Pien Metaal, 'Cracks in the Vienna Consensus: The UN Drug Control Debate' *Drug War Monitor* (2004) 3 1, 6.

50 Martin Jelsma, *The Development of International Drug Control: Lessons Learned and Strategic Challenges for the Future*, Working Paper (2011) 5.

wissenschaftlichen Zweck zu verstehen ist. Die Interpretation wird bewusst den Vertragsstaaten überlassen, der offizielle Kommentar anerkennt auch, dass die Bedeutung zu verschiedenen Zeiten an verschiedenen Orten unterschiedlich sein kann.⁵¹ Basierend auf dieser Unterscheidung zwischen legalem und illegalem Umgang kennt das EHÜ zwei Methoden zur Drogenkontrolle: die Warenkontrolle, die den legalen Umgang mit Substanzen kontrolliert, und die prohibitive Kontrolle, wodurch der illegale Umgang mit Drogen verboten wird.⁵²

2.1 Legaler Umgang mit Betäubungsmitteln: Warenkontrolle

Der legale Umgang mit Betäubungsmitteln wird im EHÜ durch die Warenkontrolle geregelt. Diese umfasst mehrere Mechanismen, wobei hier nur auf die für das allgemeine Verständnis zentralen Mechanismen eingegangen wird. Der Zweck der Warenkontrolle ist es vor allem, den Fluss von Betäubungsmitteln aus dem legalen Markt in den illegalen Markt zu stoppen.⁵³

2.1.1 Klassifizierungssystem

Das EHÜ unterteilt die kontrollierten Substanzen gemäß einer Einschätzung ihrer Gefährlichkeit für die menschliche Gesundheit in vier Tabellen (Art. 1 Abs. 1 lit. u, Art. 2 f. EHÜ). Dies soll ermöglichen, viele verschiedene Substanzen in einem gemeinsamen Übereinkommen zu regeln. Durch die Tabellen kann bei der Anwendung der Kontrollsysteme in angemessener Weise zwischen den Substanzen differenziert werden, sodass das Prinzip der Verhältnismässigkeit gewahrt wird.⁵⁴ Bei der Entscheidung über die Platzie-

51 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 4 [12].

52 Boister, *Penal Aspects* (n 26) 2; David R. Bewley-Taylor, *International Drug Control, Consensus Fractured* (2012) 3 (zit. Bewley-Taylor, *International Drug Control*).

53 John J. Cohrnsen und Lawrence H. Hoover, 'The International Control of Dangerous Drugs' *Journal of International Law and Economics* 1974) 9 81, 92f.

54 International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, UN Doc E/INCB/2007/1 (2007) [12] f. (zit. INCB, *Annual Report 2007*); William B. McAllister, 'The global political economy of scheduling: the international-historical context of the Controlled Substances Act' *Drug and Alcohol Dependence* (2004) 3, 4; Cristia'n Gimenez Corte, 'The Forms of International Institutional Law: An Historical Analysis of the scheduling Decisions of Narcotic Drugs and Psychotropic substances taken by the United Nations' Commission on Narcotics Drugs' *International Organizations*

zung einer Substanz in den Tabellen werden Kriterien wie die Suchtgefahr und der medizinische Nutzen berücksichtigt.⁵⁵ Für die verschiedenen Tabellen und die darin enthaltenen Substanzen sind dann jeweils mehr oder weniger Kontrollmechanismen anwendbar.⁵⁶ Auf die Substanzen in Tabelle 1, wozu bspw. Heroin, Kokain und Cannabis gehören, sind alle Kontrollmechanismen anwendbar (Art. 2 Abs. 1 EHÜ). Auf die Substanzen in Tabelle 2 und 3, wozu bspw. Kodein und dessen Zubereitungsstoffe gehören, sind gem. Art. 2 Abs. 2 und Art. 4 EHÜ einige Bestimmungen des EHÜ nicht anwendbar. Tabelle 4 stellt dagegen einen Spezialfall dar: die Substanzen, die sich in Tabelle 4 befinden, sind jeweils auch in Tabelle 1 aufgeführt, es handelt sich somit um Substanzen, die als qualifiziert gefährlich eingestuft werden, wie bspw. Heroin.⁵⁷ Auf diese Substanzen sind ebenfalls alle Kontrollmechanismen anwendbar, zusätzlich sollen die Parteien weitere Massnahmen vorsehen, wenn sie der Meinung sind, dass diese erforderlich sind, um der besonderen Gefährlichkeit der Substanzen zu begegnen (Art. 2 Abs. 5 EHÜ).

Die Zuteilung der Substanzen in die Tabellen wurde bei Abschluss des Übereinkommens durch die Vertragsparteien vorgenommen. Nachträgliche Änderungen an den Tabellen können von der WHO oder einem Vertragsstaat initiiert werden. Die Entscheidung über eine Anpassung liegt bei der CND (Art. 3 Abs. 3–6 EHÜ), jedoch kann die CND selbst keine Änderung initiieren und der Entscheid kann auf Verlangen einer Partei vom ECOSOC überprüft werden (Art. 2 Abs. 8 lit. a EHÜ).⁵⁸

2.1.2 Schätzungssystem

Art. 19 EHÜ sieht vor, dass die Vertragsparteien dem INCB jedes Jahr eine Schätzung ihres Betäubungsmittelbedarfs für medizinische oder wissen-

Law Review (2010) 7 171, 179f.; Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 876; Cohrsen und Hoover (n 53) 95.

55 Vgl. INCB, Annual Report 2007 (n 54) [12]; Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 876; Hans Jörg Albrecht, 'Internationales Betäubungsmittelrecht und internationale Betäubungsmittelkontrolle' in Arthur Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts* (1998) 653, §10 [6].

56 Sinha (n 4) 22; Thoumi, Policy Options (n 13) 77.

57 Diederik Lohman und Damon Barrett, 'Scheduling medicines as controlled substances: addressing normative and democratic gaps through human rights-based analysis' *BMC International Health and Human Rights* (2020) 20 1, 2; Don (n 4) 224.

58 S.K. Chatterjee, *Legal Aspects of International Drug Control* (1981) 345; Collins, Legalising the Drug Wars (n 4) 196.

schaftliche Zwecke abgeben müssen. Die Vertragsstaaten dürfen während eines Jahres nicht mehr Betäubungsmittel produzieren oder importieren, als sie gemäss ihrer Schätzung brauchen (Art. 19 Abs. 5 und Art. 21 EHÜ). Dadurch soll sichergestellt werden, dass kein Überfluss an Betäubungsmitteln besteht und weltweit nur die tatsächlich benötigte Menge an Betäubungsmitteln produziert wird.⁵⁹ Die Schätzungen können allerdings, unter Angabe von Gründen, im Verlauf des Jahres noch korrigiert werden (Art. 19 Abs. 3 EHÜ).

2.1.3 Import-/Export-Lizenzierung

Das EHÜ beschränkt den internationalen Handel durch ein Lizenzierungssystem. Gemäss Art. 31 Abs. 1 EHÜ darf ein Land den Export in ein anderes Land nur bewilligen, wenn dies nicht gegen die Gesetze dieses Landes verstösst. Gemäss Art. 31 Abs. 3 EHÜ müssen die Vertragsparteien den Import und Export von Betäubungsmitteln mittels Lizenzen kontrollieren. Dieses System dient dazu, dass die Staaten einen Überblick über die ein- und ausgeführten Betäubungsmittelmengen haben.⁶⁰ Dieser Überblick ist auch eine Grundvoraussetzung dafür, dass die Produktions- und Importbeschränkung auf die benötigte Menge nach dem Schätzungssystem überhaupt realisierbar ist: Die Berechnung der Höchstmenge an Betäubungsmitteln, die eingeführt oder hergestellt werden darf, bemisst sich gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c EHÜ unter anderem anhand der exportierten Menge. Durch diese Lizenzierung soll es zudem möglich werden, ein „Verschwinden“ von Betäubungsmitteln aufzudecken und zu verhindern, was zum allgemeinen Ziel der Warenkontrolle beiträgt, da solche „verschwundenen“ Betäubungsmittel in der Regel auf dem illegalen Markt landen.⁶¹ Durch die Identifizierung und Aufdeckung solcher Fälle fällt es leichter, dagegen vorzugehen und die dahinterstehenden Probleme anzugehen.

2.1.4 Informationsaustausch

Das EHÜ schafft einen Informationsfluss zwischen den Vertragsstaaten und internationalen Organisationen. In zwei Bestimmungen werden die Vertragsparteien verpflichtet, Informationen an die internationalen Organe zu

59 Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 877; Chatterjee (n 58) 401.

60 Cohrsen und Hoover (n 53) 93 f.

61 Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 878.

liefern: Einerseits sieht Art. 18 EHÜ vor, dass die Parteien dem Generalsekretär der UNO verschiedene Informationen über die Umsetzung des Übereinkommens liefern müssen. Andererseits sieht Art. 20 EHÜ vor, dass die Parteien dem INCB unter anderem Statistiken über Herstellung, Verbrauch, Ein- und Ausfuhr und Beschlagnahme von Betäubungsmitteln abliefern müssen. Anhand dieser Daten kann das INCB die Einhaltung der anderen Mechanismen, insb. des Schätzungssystems, kontrollieren.⁶² Der Informationsfluss kann zudem dazu dienen, Unstimmigkeiten im globalen Drogenmarkt zu identifizieren, um diese bekämpfen zu können.⁶³

2.2 Illegaler Umgang mit Betäubungsmitteln: Prohibitive Kontrolle

2.2.1 Allgemeines

Das EHÜ verfolgt einen prohibitiven Ansatz, indem es nur den medizinischen und wissenschaftlichen Umgang mit den kontrollierten Substanzen erlaubt. Jeder andere Umgang ist illegal und die Vertragsstaaten müssen diesen umfassend unterbinden (Art. 4 lit. c EHÜ).⁶⁴ Diese Bestimmung ist die Grundlage der internationalen Drogenpolitik.⁶⁵ Der prohibitive Ansatz wird durch die Strafbestimmung in Art. 36 EHÜ noch verdeutlicht. Das Strafrecht nimmt heute sowohl in der internationalen wie auch in der nationalen Drogenpolitik eine zentrale Rolle ein.

2.2.2 Strafbestimmungen im Einheits-Übereinkommen

Die Strafbestimmung des EHÜ findet sich in Art. 36 EHÜ. Abs. 1 verpflichtet die Vertragsparteien, jeglichen Umgang mit Betäubungsmitteln, der gegen die Bestimmungen des EHÜ verstösst, mit Strafe zu bedrohen. Obwohl dies aus dem Wortlaut selbst nicht sofort klar wird, bezieht sich die Strafbestimmung von Art. 36 Abs. 1 EHÜ nur auf Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem *Drogenhandel*. Sie bezieht sich somit gerade nicht direkt auf Handlungen im

62 Cohrsen und Hoover (n 53) 93; Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 878; Boister, *Penal Aspects* (n 26) 473.

63 Boister, *Penal Aspects* (n 26) 473, 480.

64 Bewley-Taylor, *Challenging the UN drug control conventions* (n 26) 172 f.; Jelsma (n 50) 4; Sinha (n 4) i f.; Brian Riedel, *T'd Like to Make a Reservation: Bolivian Coca Control and Why the United Nations Should Amend the Single Convention on Narcotic Drugs* *The George Washington International Law Review* (2017) 49 711, 739.

65 Botschaft EHÜ (n 13) 777.

Zusammenhang mit dem privaten Drogenkonsum.⁶⁶ Diese Beschränkung lässt sich aus der Entstehungsgeschichte herleiten: im dritten Entwurf des Übereinkommens war die Strafbestimmung (damals Art. 45) unter der Überschrift „Massnahmen gegen illegale *Händler*“ aufgeführt.⁶⁷ Der einzige ersichtliche Grund, warum Art. 36 heute nicht unter einer solchen Überschrift steht, ist, dass das EHÜ heute nicht in Kapitel unterteilt ist, wie dies im Entwurf noch vorgesehen war. Die Überschrift, die die Beschränkung auf den Handel verdeutlichte, fiel also nur aus diesem Grund weg und nicht etwa wegen einer Neuausrichtung der Strafbestimmung in der Endfassung.⁶⁸

2.2.2.1 *Strafbare Handlungen*

Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ zählt mehrere Handlungsvarianten auf, die bei vorsätzlicher Begehung zu einer Strafbarkeit führen. Dazu zählen bspw. das gegen die Bestimmungen des EHÜ verstossende Anbauen, Besitzen oder (Ver-)Kaufen von Betäubungsmitteln. Es wird explizit erwähnt, dass nur Handlungen strafbar sind, die nicht mit den anderen Bestimmungen des Übereinkommens vereinbar sind. So ist bspw. der Anbau von Opium durch eine Person, die über eine Bewilligung nach Art. 23 Abs. 2 lit. b EHÜ verfügt, nicht strafbar, da dies nicht gegen die Bestimmungen des EHÜ verstösst. Das Übereinkommen definiert die einzelnen Handlungsvarianten nicht weiter, was dazu führt, dass die Parteien bei der Umsetzung von Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ im nationalen Recht einen gewissen Interpretationsspielraum haben.⁶⁹

Die Aufzählung der zu bestrafenden Handlungen in Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ ist nicht abschliessend, da das Übereinkommen die Vertragsparteien auch verpflichtet, jegliche „*sonstige Handlung*“, die nach Meinung der Vertragspartei gegen das Übereinkommen verstösst, mit Strafe zu bedrohen. Durch die Erwähnung dieser „*sonstigen Handlungen*“ besteht grds. eine umfassende Verpflichtung, Handlungen im Zusammenhang mit Drogenhandel unter Strafe zu stellen. Durch den Zusatz „*nach Ansicht der betreffenden Vertragspartei*“

66 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 36 Abs. 1 [1] und 7; Boister, *Penal Aspects* (n 26) 74.

67 United Nations Conference for the Adoption of a Single Convention on Narcotic Drugs, *Official Records, Vol. II*, UN Doc E/CONF.34/24/Add.1 (1961) 17 (zit. UN Conference, *Official Records* 1961, Vol. II).

68 UN Conference, *Official Records* 1961, Vol. II (n 67) 17, 236; UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 4 [18].

69 Vgl. auch Boister, *Penal Aspects* (n 26) 75.

bleibt den Parteien aber ein gewisser Interpretationsspielraum bezüglich der Frage, welche Handlungen gegen das Übereinkommen verstossen.⁷⁰ Dieser Spielraum wird jedoch durch die generelle Verpflichtung in Art. 4 lit. c EHÜ begrenzt, wonach der Umgang mit kontrollierten Substanzen auf medizinischen und wissenschaftlichen Umgang zu beschränken ist.⁷¹ Völkerrechtliche Verträge müssen gemäss Art. 31 Abs. 1 der Wiener Vertragsrechtskonvention (WVK)⁷² nach Treu und Glauben ausgelegt und umgesetzt werden. Das bedeutet, dass ein völkerrechtlicher Vertrag so umgesetzt werden muss, wie er von den Parteien gemeint war. Es darf nicht böswillig etwas anderes in die Bestimmungen des Vertrages interpretiert werden, als ursprünglich damit bezweckt wurde. Dies gilt auch für Art. 36 EHÜ,⁷³ der Auslegungsspielraum wird dadurch weiter begrenzt.

Gesamthaft betrachtet wurde die Formulierung von Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ eher offen gehalten.⁷⁴ Dies war jedoch eine bewusste Entscheidung, um Raum für verschiedene Rechtssysteme und Interpretationen zu lassen und um eine für möglichst viele Staaten akzeptable Formulierung zu finden.⁷⁵ Zudem bieten der offizielle Kommentar sowie die Auslegung durch die internationalen Kontrollorgane gewisse Richtlinien, an denen sich Staaten bei der Auslegung und Umsetzung des EHÜ orientieren können und sollen.

2.2.2.2 *Strafandrohung*

Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ sieht vor, dass die Vertragsstaaten die Straftaten mit einer Strafe versehen müssen. Es wird dabei aber offengelassen, wie diese Strafe aussieht. Lit. a gibt lediglich vor, dass schwere Straftaten *angemessen* bestraft werden müssen, insb. mit Freiheitsentzug. Es wird dabei jedoch nicht definiert, was schwere Fälle sind oder was eine angemessene Strafe darstellt, wodurch den Parteien ein relativ grosser Interpretationsspielraum gewährt wird.⁷⁶ Nach dem offiziellen Kommentar ist eine blosser Busse oder Geldstrafe

70 Vgl. auch UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 36 Abs. 1 [1].

71 Boister, Penal Aspects (n 26) 75.

72 *Wiener Übereinkommen über das Recht der Verträge*, abgeschlossen in Wien am 23. Mai 1969, SR 0.111.

73 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 36 Abs. 1 [1].

74 Bewley-Taylor und Jelsma, Regime change (n 18) 76.

75 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 36 Vorbemerkungen [5]; INCB, Annual Report 2021 (n 44) [372].

76 Boister, Penal Aspects (n 26) 140 f.

bei einer schweren Straftat jedenfalls nicht ausreichend.⁷⁷ Da die Vertragsparteien jedoch selber entscheiden, was als eine „schwere Straftat“ gilt, ist dies praktisch nicht von Bedeutung, die Staaten haben dennoch einen grossen Ermessensspielraum beim Festlegen der Strafe.

Gemäss Art. 36 Abs. 1 lit. b EHÜ muss für Täter nach Abs. 1, die selbst Betäubungsmittel unerlaubt konsumieren, nicht unbedingt eine Strafe vorgesehen werden. Es können stattdessen, entweder alternativ oder zusätzlich zur Verurteilung oder Bestrafung des Täters, Massnahmen wie bspw. eine Behandlung, Rehabilitierung oder Wiedereingliederung vorgesehen werden. Auch diese Bestimmung ist offen formuliert und lässt den Parteien einen gewissen Interpretationsspielraum (s. dazu Kapitel V.C.2.).

2.3 Fazit

Das EHÜ enthält zahlreiche Mechanismen, die zur Erreichung seiner Ziele beitragen sollen. Was dabei auffällt ist, dass sich die Mechanismen überwiegend auf das erste Hauptziel des Übereinkommens, die Verhinderung des Missbrauchs von Betäubungsmitteln, beziehen.⁷⁸ Die unter diesem Kapitel erläuterten Methoden dienen nicht dazu, die kontrollierten Substanzen für den medizinischen und wissenschaftlichen Gebrauch verfügbar zu machen, sondern fokussieren sich alle darauf, den illegalen Drogenhandel und den Missbrauch von Drogen zu verhindern.⁷⁹

Weiter fällt auch auf, dass sich die Mechanismen und Massnahmen vor allem auf die Herstellung und den Handel von Betäubungsmitteln beziehen.⁸⁰ Die Nachfrage-Seite des Drogenkonsums wird kaum berücksichtigt. Dies lässt sich durch eine Betrachtung der Rollen verschiedener Staaten im Drogenhandel erklären: Ärmere, tendenziell weniger einflussreiche Staaten wie bspw. Mexiko, Afghanistan oder Kolumbien gehören typischerweise zu den produzierenden Ländern, während tendenziell einflussreichere Staaten wie die USA, China und europäische Staaten typischerweise zu den konsumierenden

77 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 36 Abs. 1 [9].

78 WHO, Ensuring balance (n 26) 16; Christoph Hallam, 'The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines' *TNI Series on Legislative Reform of Drug Policies* (2014) 26 1, 5.

79 Vgl. Taylor (n 25) 557; WHO, Ensuring balance (n 26) 16.

80 Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 894; Bewley-Taylor und Jelsma, Regime change (n 18) 75.

Staaten gehören.⁸¹ Das EHÜ auferlegt insbesondere den produzierenden Staaten zahlreiche Verpflichtungen zur Verhinderung und Überwachung der Produktion von kontrollierten Substanzen. Die Umsetzung dieser Verpflichtungen erfordert einen grossen Aufwand und verursacht hohe Kosten. Es ist somit nicht erstaunlich, dass dieser Aufwand in erster Linie die tendenziell weniger einflussreichen, produzierenden Staaten trifft.⁸²

3. Änderung des Übereinkommens

Eine Anpassung des EHÜ ist gemäss Art. 47 EHÜ möglich. Gemäss Abs. 1 kann eine Änderung von allen Vertragsstaaten initiiert werden. Der initiiierende Staat muss dazu die vorgeschlagene Änderung sowie die Gründe dafür dem General-Sekretär der UNO unterbreiten, welcher den Vorschlag an die anderen Vertragsstaaten und den ECOSOC weiterleitet. Anschliessend kann der ECOSOC eine Konferenz einberufen, um über die vorgeschlagenen Änderungen zu entscheiden. Hält er dies nicht für nötig, kann er alternativ die Anpassungsvorschläge unter den Vertragsstaaten zirkulieren lassen. Werden keine Einwände erhoben, tritt die Änderung in Kraft (Art. 47 Abs. 2 EHÜ). Werden Einwände erhoben, kann entweder eine Konferenz abgehalten werden, um darüber zu beraten, oder der ECOSOC kann sich weigern, weitere Handlungen bezüglich der vorgeschlagenen Änderung vorzunehmen.⁸³ Die vorgeschlagene Änderung würde sodann verworfen werden und nicht in Kraft treten. Es reicht somit ein Einspruch durch einen Staat, um eine vorgeschlagene Änderung zu verhindern, sofern der ECOSOC keine Konferenz einberuft.⁸⁴

81 United Nations Office on Drugs and Crimes, *2020 World Drug Report* (2020) (1) 8f. (zit. UNODC, *World Drug Report 2020* (Booklet Nr.)); Krajewski (n 30) 334.

82 Vgl. Boister, *Penal Aspects* (n 26) 532 ff.

83 UN Secretary-General, 1961 *Commentary* (n 41) Art. 47 [2].

84 Thoumi, *Policy Options* (n 13) 80.

IV. Erfolge und Probleme des Einheits-Übereinkommens

Sowohl das EHÜ als auch seine Umsetzung werden oft kritisiert. Es gibt zahlreiche Meinungen und Vorschläge zu nötigen Änderungen am Übereinkommen oder zu seiner Umsetzung.⁸⁵ Bevor jedoch auf diese zahlreichen kritischen Stimmen eingegangen wird, werden zuerst die Erfolge des EHÜ aufgezeigt.

1. Erfolge

Das EHÜ trägt heute wesentlich dazu bei, dass die Versorgung des illegalen Drogenmarktes mit Betäubungsmitteln nicht aus dem legalen Markt kommt.⁸⁶ Der Fluss von unter dem EHÜ legal produzierten Betäubungsmitteln auf den illegalen Markt ist heute sehr gering, da durch die verschiedenen Warenkontrollmechanismen ein „Verschwinden“ von legal produzierten Betäubungsmitteln schnell auffällt.⁸⁷ Die legale Drogenproduktion ist seit Einführung des EHÜ stark zurückgegangen,⁸⁸ da nur noch der legale Bedarf versorgt wird. Dies zeigt, dass die Kontrollmechanismen zum legalen Umgang mit Drogen, also die Warenkontrolle, im Grundsatz gut funktionieren.⁸⁹

In aller Regel bemühen sich die Staaten auch darum, den Pflichten nachzukommen, die ihnen aus dem EHÜ erwachsen. So haben bspw. im Jahr 2021 179 von 213 Regierungen (bzw. 162 Staaten) dem INCB die erforderlichen Informationen nach Art. 20 Abs. 1 lit. d und Abs. 2 lit. d EHÜ übermittelt und nur 25 haben dies gänzlich versäumt.⁹⁰ Dass das Übereinkommen in der Regel eingehalten und umgesetzt wird sieht man auch daran, dass Massnahmen

85 Unter anderem: Don (n 4), insb. 236 ff.; Bewley-Taylor und Jelsma, Regime change (n 18) 72 ff.; John Collins, 'Rethinking 'flexibilities' in the international drug control system, Potential, precedents and models for reforms' *International Journal of Drug Policy* (2018) 60, 107 ff. (zit. Collins, Rethinking 'flexibilities'); Taylor (n 25) 556 ff.; Tim K. Mackey et al, 'Mexico's „ley de narcomenudeo“ drug policy reform and the international drug control regime' *Harm Reduction Journal* (2014) 11 1, 1 ff.; Jelsma (n 50) 1 ff., insb. 16.

86 Jelsma (n 50) 5; INCB, Annual Report 2021 (n 44) [108] f.; Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 904.

87 INCB, Annual Report 2021 (n 44) [99] ff.

88 UNODC, World Drug Report 2008 (n 10) 213.

89 Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 903 f.

90 INCB, Annual Report 2021 (n 44) [74].

nach Art. 14 EHÜ zwar eingesetzt werden müssen, diese jedoch in der Mehrheit der Fälle auch erfolgreich sind und keine härteren Massnahmen ergriffen werden müssen.⁹¹ So musste, bis auf den Fall Afghanistan, bisher keine Informierung der anderen Vertragsparteien und Kontrollorgane gestützt auf Art. 14 Abs. 1 lit. d EHÜ erfolgen oder ein Embargo empfohlen werden.⁹²

Weiter sorgt das EHÜ, zusammen mit den anderen UN-Betäubungsmittel-übereinkommen, für eine anhaltende internationale Kooperation. Das EHÜ hat heute 186 Vertragsstaaten, es ist also in weiten Teilen der Welt anwendbar und sorgt so – zumindest theoretisch – für eine einheitliche Basis in der Drogenpolitik.⁹³

2. Probleme und Misserfolge

Es bestehen heute aber auch viele Probleme mit dem EHÜ und seiner Umsetzung. Wie im Folgenden gezeigt wird, hat es das EHÜ bspw. nicht geschafft, seine beiden Hauptziele, die Verhinderung des Drogenmissbrauchs und die Sicherstellung der Verfügbarkeit, zu erreichen.

2.1 Problem des Drogenmissbrauchs und des illegalen Handels

Das EHÜ wird oft kritisiert, weil es zu wenig Einfluss auf den illegalen Drogenhandel und -konsum habe.⁹⁴ In den neusten Zahlen des UNODC wird geschätzt, dass in den letzten Jahren ungefähr 275 Millionen Personen pro Jahr Drogen konsumiert haben, was ca. 5,5 % der Weltbevölkerung entspricht.⁹⁵ Es wird geschätzt, dass 500'000 Personen jährlich an ihrem Drogenkonsum sterben.⁹⁶ Die Zahlen steigen seit einigen Jahren einigermaßen konstant an, so war die Prozentzahl an Drogenkonsumierenden vor 2010 in der Regel unter

91 INCB, Treaty Compliance (n 44).

92 INCB, Annual Report 2021 (n 44) [296]; s. auch Kapitel III.1.4.

93 INCB, Annual Report 2021 (n 44) [63].

94 Vgl. bspw. Wayne Hall, 'The future of the international drug control system and national drug prohibitions' *Society for the Study of Addiction* (2017) 1210, 1211; Irina Lehner, 'The worldwide opioid crisis and the UN drug Conventions: why the international system is not working' *ex ante* (2021) 6 25, 29.

95 UNODC, World Drug Report 2021 (n 1) (2), 3, 19; UNODC, World Drug Report 2020 (n 81) (2), 1.

96 UNODC, World Drug Report 2021 (n 1) (2), 3.

5 % der Weltbevölkerung, seit 2010 liegt sie jedoch stets darüber.⁹⁷ In den 1990er Jahren lag die Zahl der Drogenkonsumierenden geschätzt noch bei 4.2 %.⁹⁸ Das EHÜ hat es also tatsächlich nicht geschafft, die Prozentzahl der Drogenkonsumierenden zu reduzieren.

Daneben ist seit Einführung des EHÜ der illegale Drogenmarkt enorm gewachsen,⁹⁹ was vom CND als unvorhergesehene Konsequenz bezeichnet wird.¹⁰⁰ Als der illegale Drogenmarkt nach Einführung des EHÜ rasant wuchs, antwortete die USA mit dem sog. „*War on Drugs*“, der schliesslich in die ganze Welt exportiert wurde.¹⁰¹ Die USA führten im Rahmen dieses Krieges zahlreiche Militäraktionen durch, um die Drogenproduktion zu bekämpfen. So wurden bspw. Anbauflächen von Betäubungsmitteln mit Sprühgift aus der Luft zerstört.¹⁰² Länder, die nicht mit den Bemühungen kooperierten, mussten mit Sanktionen rechnen.¹⁰³ Der *War on Drugs* fokussierte sich auf die illegale Drogenproduktion, die eliminiert werden sollte. Es wurde jedoch nicht hinterfragt, weshalb, vor allem in den westlichen Ländern, die Nachfrage nach Drogen enorm angestiegen ist.¹⁰⁴ Mit dem Schwarzmarkt sind viele weitere damit verbundene Probleme entstanden: Gewalt, (organisierte) Kriminalität und hohe Kosten im Zusammenhang mit dem illegalen Drogenmarkt.¹⁰⁵ Die globale Drogenpolitik wollte diese Probleme mit Prohibition bekämpfen und die strafrechtlichen Bestimmungen konsequent durchsetzen. Die Staaten, allen voran die USA, gingen davon aus, den illegalen Drogenmarkt durch eine *zero-tolerance*-Politik eliminieren zu können.¹⁰⁶ Im Rahmen der Sondersession

97 UNODC, World Drug Report 2021 (n 1) (2), 21.

98 United Nations Office on Drug Control and Crime Prevention, *World Drug Report 2000* (2000) 70.

99 Jelsma (n 50) 5; UNODC, World Drug Report 2008 (n 10) 212 f.

100 Commission on Narcotic Drugs, *Making drug control 'fit for purpose': Building on the UNGASS decade, 51st Sess.*, UN Doc E/CN.7/2008/CRP.17 (2008) 10 (zit. CND, drug control).

101 Jelsma (n 50) 6 f.; Collins, *Legalising the Drug Wars* (n 4) 1; Michael Woodiwiss und David R. Bewley-Taylor, *The Global Fix: The Construction of a Global Enforcement Regime* (2005) 11 ff.

102 Jelsma (n 50) 6; Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 894f.; Global Commission on Drug Policy, *Advancing Drug Policy Reform: A New Approach to Decriminalization* (2016) 24f.

103 Jelsma (n 50) 6 f.

104 Jelsma (n 50) 6.

105 Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 899; Toby Seddon, 'Markets, Regulation and Drug Law Reform: Towards a Constitutive Approach' *Social & Legal Studies* (2020) 29 313, 316; Global Commission on Drug Policy, *Taking Control* (n 6) 12 f.

106 Jelsma (n 50) 6 f.; Boister, *Penal Aspects* (n 26) 49 f.

der UNO-Generalversammlung über das Drogenproblem im Jahr 1998 wurde das Ziel einer drogenfreien Welt festgesetzt.¹⁰⁷ Dieser Ansatz löste jedoch weitere Probleme aus. So stieg die Zahl der wegen Drogendelikten inhaftierten Personen enorm an,¹⁰⁸ Drogenkonsumierende, die Hilfe benötigten, wurden kriminalisiert und an den Rand der Gesellschaft getrieben¹⁰⁹ und übertragbare Krankheiten, wie bspw. HIV, verbreiteten sich rasant unter Drogenkonsumierenden.¹¹⁰

Es lässt sich also sagen, dass, neben dem *War on Drugs*, auch das EHÜ mit seinem Ziel, den illegalen Umgang mit Drogen zu eliminieren, gescheitert ist.¹¹¹ Das Ziel der internationalen Drogenpolitik, eine drogenfreie Welt zu erreichen, ist unrealistisch und führt zu weiteren Problemen. Es sollte also in der zukünftigen Drogenpolitik anerkannt werden, dass dies eine unerreichbare Vorgabe ist und dass sich die Drogenpolitik an der Realität orientieren muss, dass Drogenmissbrauch existiert.¹¹²

2.2 Verfügbarkeit von kontrollierten Substanzen

Ein weiteres Problem, das im Zusammenhang mit dem EHÜ immer wieder aufgeworfen wird, ist die (mangelnde) Verfügbarkeit der kontrollierten Substanzen, obwohl es eines der zwei Hauptziele des EHÜ ist, sicherzustellen, dass die kontrollierten Substanzen für medizinische Zwecke in ausreichender Menge verfügbar sind.¹¹³ Einer der wichtigsten Aspekte dabei ist die

107 United Nations General Assembly, *Secretary-General Calls on All Nations to Say 'Yes' To Challenge of Working Towards Drug-Free World*, Press Release GA/9411 (1998) (zit. UN GA, Press Release).

108 Jelsma (n 50) 8; David R. Bewley-Taylor, Chris Hallam und Rob Allen, *The Incarceration of Drug Offenders: An Overview, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report Sixteen* (2009) 1f., 4ff.; Lehner (n 94) 29; vgl. auch INCB, *Annual Report 2007* (n 54) [26].

109 CND, *drug control* (n 100) 11; Lehner (n 94) 29; Global Commission on Drug Policy, *New Approach* (n 102) 17.

110 Jelsma (n 50) 8; Global Commission On Drug Policy, *The War on Drugs and HIV/AIDS, How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic* (2012) 2 (zit. Global Commission on Drug Policy, *The War on Drugs and HIV/AIDS*); Hall (n 94) 1211.

111 Boister, *Penal Aspects* (n 26) 69; Seddon (n 105) 316; Global Commission on Drug Policy, *Taking Control* (n 6) 11.

112 Vgl. auch Rolles (n 6) 172.

113 So bspw. Taylor (n 25) 556 ff.; INCB, *Availability of Internationally Controlled Drugs* (n 25) iii; Commission on Narcotic Drugs, *Promoting adequate availability of internationally controlled licit drugs for medical and scientific purposes while preventing their diversion and*

Schmerzbehandlung, insb. durch Opioide.¹¹⁴ Diese Medikamente sollten nach dem Ziel des EHÜ jedem zur Verfügung stehen, bei dem eine medizinische Notwendigkeit besteht. Die Realität sieht aber anders aus: Laut Schätzungen haben weltweit 75–80 % der Menschen, die unter starken Schmerzen leiden, keinen Zugang zu angemessener Behandlung und Schmerzlinderung.¹¹⁵ Das Problem wurde durch die COVID-19 Pandemie noch verstärkt¹¹⁶ und wird sich durch die Alterung der Bevölkerung noch einmal intensivieren.¹¹⁷ Opioide sind vor allem in ärmeren Ländern und Entwicklungsländern nicht ausreichend verfügbar, während gleichzeitig in den USA, Kanada und Europa ein Überfluss an Opioiden besteht.¹¹⁸ Das Problem der mangelnden Verfügbarkeit wird auch von den internationalen Kontrollorganen und der WHO anerkannt und adressiert.¹¹⁹ Es hat verschiedene Gründe und Ursachen, einer davon ist aber sicherlich die internationale Drogenpolitik.¹²⁰ Wie bereits erwähnt erfordert die Umsetzung der Verpflichtungen, die das EHÜ den Vertragsstaaten auferlegt, einen grossen Aufwand und verursacht hohe Kosten. Gerade für ärmere Staaten ist dieser administrative Aufwand kaum zu bewältigen, insb. dadurch, dass für die verschiedenen Substanzen noch verschiedene Kontrollstufen eingeführt werden sollen.¹²¹ Dies führt dazu, dass manche Staaten, aus Angst vor illegalem Drogenhandel auf ihrem Territorium und vor Sanktionen wegen mangelnder Umsetzung des EHÜ, die kontrollierten Substanzen umfassend

abuse, Res. 53/4, 53rd Sess., UN Doc E/CN.7/2010/L.6/Rev.1 (2010) 1f. (zit. CND, Res. 53/4); s.o. Kapitel II.2.

- 114 INCB, Availability of Internationally Controlled Drugs (n 25) iii und viii; Taylor (n 25) 557.
- 115 INCB, Availability of Internationally Controlled Drugs (n 25) iii; WHO, Ensuring balance (n 26) 4 und 15.
- 116 INCB, Annual Report 2020 (n 48) [791] ff.
- 117 Taylor (n 25) 558.
- 118 Felicia Maria Knaul et al, 'Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report' *Lancet* (2018) 391 1391, 1391f., s. insb. die Karte auf S. 1392; INCB, Availability of Internationally Controlled Drugs (n 25) [70] ff.; Taylor (n 25) 556.
- 119 Vgl. bspw. INCB, Availability of Internationally Controlled Drugs (n 25); WHO, Ensuring balance (n 26).
- 120 WHO, Ensuring balance (n 26) 1, 16; Knaul et al (n 118) 1391; Global Commission on Drug Policy, *The Negative Impact of Drug Control on Public Health, The Global Crisis of Avoidable Pain* (2015) 5 (zit. Global Commission on Drug Policy, Negative Impact); Hallam (n 78) 3.
- 121 J. A. Costa E Silva, 'Medicines and the drug control treaties: Is buprenorphine for opioid addiction at risk of being lost?' *Human Psychopharmacology* (2004) 19 215, 220; Taylor (n 25) 562; Hallam (n 78) 5; s.o. Kapitel III.2.1.1.

verbieten, anstatt den legalen Umgang mit ihnen zu kontrollieren.¹²² Im Fall von medizinisch notwendigen Substanzen ist diese Tendenz hinsichtlich der Bedeutung für die medizinische Behandlung sehr problematisch. Das EHÜ verpflichtet die Staaten jedoch mit keiner Bestimmung direkt, die Verfügbarkeit der kontrollierten Substanzen für die medizinische Versorgung sicherzustellen, obwohl dies eines der Hauptziele des EHÜ ist. So verbietet bspw. Art. 21 EHÜ nur die Produktion und den Import von Betäubungsmittelmengen, welche die Schätzung überschreiten, er verpflichtet die Staaten jedoch nicht, eine gewisse Mindestmenge zu produzieren oder zu importieren. Das EHÜ hat es demnach nicht bloss versäumt, das Problem der mangelnden Verfügbarkeit zu beheben, sondern ist sogar selbst für das Bestehen dieses Problems mitverantwortlich.¹²³

2.3 Weitere Probleme und Misserfolge

Das EHÜ hat auch nicht alle seiner Nebenziele erreicht. So war es ursprünglich ein Ziel des Übereinkommens, das System der internationalen Betäubungsmittelkonventionen zu vereinfachen, indem mit dem EHÜ ein einziges Übereinkommen geschaffen wird. Jedoch wurde es bereits 1971 notwendig, ein weiteres Übereinkommen zu schaffen, gefolgt vom 1988-Übereinkommen einige Jahre später. Es gibt heute also wieder mehrere Betäubungsmittelübereinkommen, wenn auch weniger als bei Einführung des EHÜ. Dies führt auch zu Problemen, da die Übereinkommen gewisse Differenzen und Widersprüche aufweisen¹²⁴ und nicht alle Staaten Vertragsparteien aller Übereinkommen sind.¹²⁵

Ein weiteres Problem ist die unterschiedliche Auslegung der Konvention. Insb. die Strafbestimmungen werden durch die Parteien sehr unterschiedlich ausgelegt und das EHÜ lässt durch offene Formulierungen und fehlende Definitionen auch oft Raum dafür.¹²⁶ Dies führt dazu, dass die Idee der globalen, gemeinsamen Drogenpolitik nicht zur Realität wird: manche Staaten interpretieren das Übereinkommen sehr restriktiv und bleiben gestützt auf das

122 Taylor (n 25) 562; vgl. auch Costa e Silva (n 121) 220 f.

123 Hallam (n 78) 5.

124 Jelsma (n 50) 16.

125 Vertragsstaaten aufgeführt unter: <https://treaties.un.org/Pages/Treaties.aspx?id=6&subid=A&clang=_en>, Ziff. 16, 18 und 19.

126 S. Kapitel III.2.2.2), V.2. und V.3.

EHÜ bei ihrem repressiven Ansatz, während andere ihre liberalere Drogenpolitik ebenfalls gestützt auf das EHÜ rechtfertigen.¹²⁷ Dieses Problem ist jedoch immer im Kontext der 186 Vertragsstaaten zu sehen: Wie alle Verträge basieren auch internationale Übereinkommen auf Konsens. Würde das EHÜ keine unterschiedliche Auslegung erlauben, wäre es nicht zu einem Konsens gekommen und das EHÜ hätte weniger Vertragsstaaten. Dies würde die internationale Kooperation im Bereich der Drogenpolitik meines Erachtens (m. E.) mehr schwächen, als ein Übereinkommen das unterschiedlich ausgelegt wird, da ohne Übereinkommen auch die meisten Erfolge der internationalen Drogenpolitik wegfallen würden. Bspw. würde sich der illegale Drogenmarkt in Nicht-Vertragsstaaten verlegen, wodurch er noch unkontrollierbarer wäre.¹²⁸

Schliesslich besteht ein Problem mit dem Klassifizierungssystem, der Grundlage aller Mechanismen des EHÜ, welches die Substanzen in verschiedene Tabellen einteilt. Die Einteilung der Substanzen bei Schaffung des EHÜ erfolgte oft auf Basis der Annahme, dass eine Substanz gefährlich ist und keinen medizinischen Nutzen hat, sofern nicht das Gegenteil bewiesen war. Wissenschaftliche Studien, sofern damals überhaupt schon vorhanden, wurden nicht genügend berücksichtigt.¹²⁹ Die Entscheidung über die Einteilung in die Tabellen wurde zudem durch verschiedene andere Faktoren beeinflusst, wie z. B. koloniale Interessen und kulturelle Vorurteile. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass Substanzen wie Alkohol oder Tabak, die in den westlichen Staaten gesellschaftlich akzeptiert waren, nicht unter internationale Kontrolle gestellt wurden.¹³⁰ Dieses Problem wäre jedoch leicht behebbar, wenn eine grundlegende Überprüfung der Einteilungsentscheidungen vorgenommen würde. Bezüglich Cannabis, das ursprünglich trotz seines grossen medizinischen Nutzens in Tabelle 4 aufgenommen wurde, wurde diesbezüglich bereits ein erster Schritt getan, indem die Substanz aus der vierten Tabelle

127 Ann Fordham und Heather Haase, 'Chapter 1, The 2016 UNGASS on Drugs: A Catalyst for the Drug Policy Reform Movement' in: Axel Klein und Blaine Stohard, *Collapse of the Global Order on Drugs, From UNGASS 2016 to Review 2019* (2018) 21, 22.

128 Vgl. UNODC, World Drug Report 2008 (n 10) 212.

129 Sinha (n 4) 26; Thoumi, Policy Options (n 13) 78.

130 Global Commission on Drug Policy, *Classification of Psychoactive Substances, When Science Was Left Behind* (2019) 10 und 13 (zit. Global Commission on Drug Policy, Classification); John Walsh und Martin Jelsma, 'Regulating Drugs: Resolving Conflicts with the UN Drug Control Treaty System' *Journal of Illicit Economies and Development* (2019) 1 266, 266.

gestrichen wurde.¹³¹ Jedoch befindet sich Cannabis noch immer in Tabelle 1. Es sind also noch immer alle Kontrollmassnahmen des EHÜ darauf anwendbar, die Streichung aus Tabelle 4 hat damit keine grösseren Auswirkungen. Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung des EHÜ wäre somit die komplette Überarbeitung der Tabellen, um sicherzustellen, dass diese den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand über die Gefährlichkeit der kontrollierten Substanzen abbilden.¹³²

3. Fazit

Man kann viel Kritik am EHÜ und der internationalen Drogenpolitik anbringen. Das EHÜ hat keines seiner beiden Hauptziele erreicht. Es hatte sicherlich nicht den gehofften Einfluss auf die Drogenproblematik. Damit ist es an der Zeit, den Ansatz der internationale Drogenpolitik zu überdenken und neue Ansätze zu berücksichtigen. Gleichzeitig sollte jedoch der Einfluss des EHÜ sowie der anderen Betäubungsmittelkonventionen auch nicht vernachlässigt werden. Fakt ist, dass Anfang des 20. Jh., vor allem in China, ein enormes Opium-Problem bestand.¹³³ Es ist heute nicht möglich, zu prognostizieren wie die aktuelle Situation ohne eine internationale Drogenpolitik und ohne die UN-Betäubungsmittelkonventionen wäre.¹³⁴ M.E. ist es daher wichtig, die dringend benötigte Problemlösung auf den feststellbaren Erfolgen der Konventionen und der internationalen Drogenpolitik aufzubauen. Dazu gehört es auch, zu prüfen, ob neue Ansätze mit dem bestehenden System vereinbar sind oder ob punktuelle Veränderungen nötig sind. Dies wird im nächsten Kapitel analysiert.

¹³¹ United Nations Office on Drugs and Crime, 'CND Votes on Recommendations for Cannabis and Cannabis-Related Substances' (Web page, 3. Dezember 2020); s. auch s.n., 'CND 63rd Session Reconvened – Wednesday, 2 December 2020' (Web page, 2. Dezember 2020).

¹³² Global Commission on Drug Policy, Classification (n 130) 4 f.

¹³³ S.o. Kapitel II.1.

¹³⁴ UNODC, World Drug Report 2008 (n 10) 213.

V. Neue Ansätze in der Drogenpolitik und ihre Vereinbarkeit mit dem Einheits-Übereinkommen

Im letzten Teil dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, welche neuen oder alternativen Ansätze es in der Drogenpolitik gibt und ob diese mit dem EHÜ vereinbar sind.

1. Legalisierung

1.1 Begriff

Der Begriff der Legalisierung ist der wohl meistdiskutierte Ansatz in der Drogenpolitik. In der öffentlichen Debatte wird jedoch oft nicht zwischen Legalisierung, Dekriminalisierung und Depönalisierung unterschieden,¹³⁵ da die Begriffe der Dekriminalisierung und Depönalisierung weniger Bekanntheit erlangt haben und die rechtlichen Unterschiede nicht für jeden sofort erkennbar sind. In der juristischen Debatte über die Vereinbarkeit der Ansätze mit dem EHÜ ist diese Unterscheidung jedoch zentral, weshalb zuerst auf den Begriff der Legalisierung eingegangen wird.

Die Legalisierung von kontrollierten Substanzen würde bedeuten, dass der Umgang mit diesen Substanzen *de jure* nicht mehr auf den medizinischen und wissenschaftlichen Umgang begrenzt wäre.¹³⁶ Es gäbe weder administrativ-rechtliche noch strafrechtliche Bestimmungen, die den nicht-medizinischen und nicht-wissenschaftlichen Umgang mit den Substanzen verbieten würden.¹³⁷ Die Stellung der Substanzen, die heute unter dem EHÜ mehr oder weniger streng kontrolliert werden, wäre nach einer Legalisierung vergleichbar mit der Stellung von Alkohol oder Tabak.¹³⁸ Weiterhin möglich wären kontrollierende Bestimmungen zum Umgang, wie bspw. Bestimmungen, die

135 Vgl. bspw. Rebecca Shabad, 'House passes landmark marijuana legalization bill' *NBC News* (online), 1. April 2022, wo von Legalisierung die Rede ist, und Jonathan Weisman, 'House Votes to Decriminalize Cannabis' *New York Times* (online), 1. April 2022, A16, wo für das gleiche Gesetz von Dekriminalisierung die Rede ist.

136 Albrecht (n 55) §10 [53].

137 INCB, Annual Report 2021 (n 44) [375] f.; Krajewski (n 30) 330; Global Commission on Drug Policy, Taking Control (n 6) 43.

138 Krajewski (n 30) 330; vgl. auch David R. Bewley-Taylor und Martin Jelsma, 'The UN drug control conventions, The Limits of Latitude' *TNI Series on Legislative Reform of Drug Policies* (2012) 18 1, 17 (zit. Bewley-Taylor und Jelsma, Limits of Latitude).

das Führen eines Fahrzeugs unter Einfluss von gewissen Substanzen unter Strafe stellen würden oder ein Mindestalter für den Erwerb der Substanzen vorschreiben würden. Auch das Vorsehen von bestimmten Verkaufsstellen oder einer Mengenbeschränkung wäre möglich. Daher werden Legalisierungsbestrebungen teilweise auch unter dem Stichwort des „regulierten Marktes“ behandelt.¹³⁹ Regulierte Märkte, wie sie auch für Alkohol oder Tabak bestehen, sind eine Form der Legalisierung, da durch diesen „regulierten Markt“ nichts anderes als der legale, nicht-medizinische oder nicht-wissenschaftliche Umgang mit Betäubungsmitteln geregelt wird.¹⁴⁰ Es handelt sich um eine Umsetzungsvariante der Legalisierung. Eine andere Variante der Legalisierung wäre eine ohne Regulation, bei der Betäubungsmittel ohne jegliche Kontrolle auf dem freien Markt zugelassen wären, was aber heute auch bei Alkohol oder Tabak nicht der Fall ist.¹⁴¹

1.2 Vereinbarkeit mit dem Einheits-Übereinkommen

Wie oben gezeigt, verfolgt das EHÜ insgesamt einen prohibitiven Ansatz.¹⁴² Gemäss Art. 4 lit. c EHÜ sind die Parteien verpflichtet, den Umgang mit Betäubungsmitteln durch gesetzgeberische und verwaltungsrechtliche Massnahmen auf den medizinischen und wissenschaftlichen Gebrauch zu beschränken. Art. 4 lit. c EHÜ zählt dabei einzelne Handlungen auf, die auf den medizinischen und wissenschaftlichen Gebrauch zu beschränken sind (*Herstellung, Ausfuhr, Einfuhr, Verteilung, Verwendung, Besitz, Handel*) und arbeitet nicht mit einer Generalklausel. Mit der Aufzählung sind jedoch alle denkbaren Handlungen erfasst, von der Gewinnung (*Herstellung*) über die Weitergabe (*Verteilung, Handel*) bis zur Einnahme (*Verwendung*). Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ zählt bei der Auflistung der strafbaren Handlungen teilweise andere und zusätzliche Handlungen auf als Art. 4 lit. c EHÜ (bspw. *Gewinnen, Verteilen oder Kaufen*).¹⁴³ Diese unterschiedliche Terminologie in den beiden Artikeln dürfte jedoch nicht weiter von Bedeutung sein, da die Handlungen, die in Art. 4 aufgezählt werden, diejenigen in Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ alle auch

¹³⁹ Bspw. Walsh und Jelsma (n 130) 266 ff.; Global Commission on Drug Policy, *Time to End Prohibition* (2012) 14 (zit. Global Commission on Drug Policy, Prohibition).

¹⁴⁰ Rolles (n 6) 16; vgl. auch INCB, Annual Report 2021 (n 44) [376].

¹⁴¹ Leroy, Bassiouni und Thony (n 33) 900 Fn. 288; Rolles (n 6) 16.

¹⁴² s.o. Kapitel III.2.2.

¹⁴³ Bspw. Gewinnen, Verteilen, Kaufen etc.

umfassen. Zudem wird von Art. 4 lit. c EHÜ noch mehr erfasst, da sich Art. 4, anders als Art. 36, nicht nur auf Handlungen im Zusammenhang mit dem Betäubungsmittelhandel bezieht.¹⁴⁴ So erfasst Art. 4 EHÜ bspw. auch den Besitz von Betäubungsmitteln für den Eigengebrauch oder den Konsum.¹⁴⁵ Somit enthält Art. 4 lit. c EHÜ eine umfassende Verpflichtung, den Umgang mit Betäubungsmitteln auf den medizinischen und wissenschaftlichen Umgang zu limitieren und alle anderen Handlungen zu verhindern, Spielraum für Interpretationen besteht hier kaum. Die Legalisierung des Besitzes wird zudem durch Art. 33 EHÜ verboten, wonach die Parteien nur den Besitz mit Bewilligung erlauben dürfen.¹⁴⁶ Somit bleibt für eine Legalisierung des nicht-medizinischen bzw. nicht-wissenschaftlichen Umgangs kein Raum unter dem EHÜ.¹⁴⁷ Dies gilt insb. auch für die Legalisierung des Konsums, Besitzes oder Anbaus von Betäubungsmitteln zum Eigengebrauch.¹⁴⁸ Das Argument, man könne eine Legalisierung bzw. einen regulierten Markt durch eine flexible Auslegung der (im EHÜ nicht definierten) Begriffe des medizinischen und wissenschaftlichen Zwecks rechtfertigen,¹⁴⁹ wird von WALSH und JELSMa zurecht als „kreativ“ und unzutreffend bezeichnet.¹⁵⁰ Das Ziel der weltweiten Legalisierungsprojekte ist es gerade, auch den nicht-medizinischen und nicht-wissenschaftlichen Umgang mit Betäubungsmitteln zu erlauben.¹⁵¹ Eine solche

144 S. dazu Kapitel III.2.2.2.

145 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 4 [18].

146 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 33 [3].

147 INCB, Annual Report 2021 (n 44) [376]; International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2019*, UN Doc E/INCB/2019/1 (2019) [244] (zit. INCB, Annual Report 2019); Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 17; Thoumi, *Policy Options* (n 13) 81 f.; Albrecht (n 55) §10 [53]; Walsh und Jelsma (n 130) 267 f.; Global Commission on Drug Policy, *Prohibition* (n 139) 14; Alfons Noll, 'Drug abuse and penal provisions of the international drug control treaties' *Bulletin on Narcotics* (1977) 29 41, 41 ff.

148 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 4 [22] f., [25]; INCB, Annual Report 2020 (n 48) [712]; International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2016*, UN Doc E/INCB/2016/1 (2016) [535] f. (zit. INCB, Annual Report 2016).

149 Vgl. All Party Parliament Group for Drug Policy Reform, *Guidance on Drug Policy, Interpreting the UN Drug Conventions* (2015) 19 f.; Collins, *Rethinking 'flexibilities'* (n 85) 113; zurückhaltender: Francisco E. Thoumi, 'Re-examining the 'Medical and Scientific' Basis for Interpreting the Drug Treaties: Does the 'Regime' Have Any Clothes?' in LSE Expert Group on the Economics of Drug Policy (Hrsg.), *After the Drug Wars* (2016) 19, 26 f. (zit. Thoumi, *Medical and Scientific Basis*).

150 Walsh und Jelsma (n 130) 268.

151 Vgl. bspw. Global Commission on Drug Policy, *Prohibition* (n 139) 14.

Argumentation ist allenfalls noch denkbar bei zeitlich beschränkten Experimenten, die wissenschaftlich überwacht und ausgewertet werden, wie bspw. den in der Schweiz geplanten Cannabis-Pilotversuchen.¹⁵² Solche Experimente sind jedoch aufgrund ihrer zeitlichen Begrenztheit keine eigentlichen Lösungsansätze in der Drogenpolitik, sie können nur wissenschaftliche Grundlagen für angestrebte Änderungen liefern. Eine Subsumption der zeitlich unbeschränkten, nicht experimentellen Legalisierung unter den medizinischen und wissenschaftlichen Umgang nach Art. 4 lit. c EHÜ erscheint demnach m. E. nicht möglich. Eine derartige Auslegung der Begriffe „medizinisch“ und „wissenschaftlich“ würde gegen die von der WVK vorgegebene Auslegung nach Treu und Glauben (Art. 31 Abs. 1 WVK) verstossen. Eine Legalisierung ist somit unter dem geltenden Vertragstext nicht erlaubt und würde einen Verstoss gegen das EHÜ bedeuten.¹⁵³

2. Dekriminalisierung

2.1 Begriff

Heute kennen alle Vertragsparteien des EHÜ irgendeine Form der Kriminalisierung des Umgangs mit Betäubungsmitteln. Es zeigt sich jedoch eine globale Tendenz in Richtung Dekriminalisierung.¹⁵⁴ Diese ist in der Regel aber auf gewisse Handlungen (insb. den persönlichen Gebrauch) und oftmals auch auf gewisse Substanzen (insb. Cannabis) beschränkt.¹⁵⁵

¹⁵² So rechtfertigt der Bund die Cannabis-Pilotversuche, s. Botschaft zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Pilotversuche mit Cannabis) vom 27. Februar 2019, BBl 2019 2529, 2543 f. (zit. Botschaft Pilotversuche); das INCB steht diesen Pilotversuche kritisch gegenüber, s. INCB, Annual Report 2021 (n 44) [819]; INCB, Annual Report 2020 (n 48) [712].

¹⁵³ Walsh und Jelsma (n 130) 268; vgl. Rick Lines und Damon Barrett, 'Cannabis Reform, 'Medical and Scientific Purposes' and the Vienna Convention on the Law of Treaties' *International Community Law Review* (2018) 20 436, 448 ff.; INCB, Annual Report 2021 (n 44) [819].

¹⁵⁴ Niamh Eastwood, Edward Fox und Ari Rosmarin, *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Across the Globe* (2. Aufl., 2016) 6 ff.; David R. Bewley-Taylor, 'Politics and Finite Flexibilities: The UN Drug Control Convention and their Future Development', *The American Journal of International Law* (2020) 114 285, 287 (zit. Bewley-Taylor, Politics); Global Commission on Drug Policy, Prohibition (n 139) 10 f.

¹⁵⁵ Vgl. Global Commission on Drug Policy, Prohibition (n 139) 10; teilweise wird der Begriff der Dekriminalisierung schon auf Handlungen für den persönlichen Gebrauch

Bei einer Dekriminalisierung der vom EHÜ kontrollierten Substanzen würde sich am grundsätzlichen Verbot, die Substanzen zu anderen als medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken zu gebrauchen, nichts ändern.¹⁵⁶ Der legale Umgang wäre noch immer auf den medizinischen und wissenschaftlichen Umgang limitiert. Der Unterschied zur Politik der strafrechtlichen Kontrolle, die heute in den meisten Staaten verfolgt wird, liegt in der rechtlichen Umsetzung dieses Verbotes. Bei der Dekriminalisierung würde der nicht-medizinische und nicht-wissenschaftliche Umgang mit kontrollierten Substanzen aus der Sphäre des Strafrechts genommen, der (noch immer) illegale Umgang würde keine Straftat mehr darstellen.¹⁵⁷ Das Verbot würde jedoch mit administrativ-rechtlichen Bestimmungen umgesetzt.¹⁵⁸

2.2 Vereinbarkeit mit dem Einheits-Übereinkommen

Für die Beurteilung, ob eine Dekriminalisierung mit dem EHÜ vereinbar ist, sind also die strafrechtlichen Bestimmungen des EHÜ zu betrachten, insb. Art. 36 EHÜ. Dieser verpflichtet die Parteien, gewisse Handlungen im Umgang mit Betäubungsmitteln mit Strafe zu bedrohen. Wie oben dargelegt, bezieht sich Art. 36 nur auf Handlungen im Zusammenhang mit dem Drogenhandel.¹⁵⁹ Deshalb muss bei der Beurteilung der Vereinbarkeit der Dekriminalisierung zwischen Handlungen für den Eigengebrauch und Handlungen im Zusammenhang mit Drogenhandel unterschieden werden. Es ist zudem wichtig sich daran zu erinnern, dass die Parteien einen gewissen Spielraum haben, da sie nur Handlungen kriminalisieren müssen, die ihrer Meinung nach gegen das EHÜ verstossen.¹⁶⁰ Daher sind verschiedene Ansichten bzgl. der Kriminalisierungspflicht unter dem EHÜ vertretbar.

beschränkt, bspw. Walsh und Jelsma (n 130) 267; Krajewski (n 30) 330; Global Commission on Drug Policy, *New Approach* (n 102) 7.

156 Krajewski (n 30) 330; Global Commission on Drug Policy, *Taking Control* (n 6) 43.

157 Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 4; Krajewski (n 30) 330; Global Commission on Drug Policy, *Taking Control* (n 6) 43; Jelsma (n 50) 9.

158 Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 4; Krajewski (n 30) 330.

159 S. Kapitel III.2.2.2.

160 S. Kapitel III.2.2.2.

2.2.1 Handlungen zum Zwecke des Eigengebrauchs

Durch die Beschränkung von Art. 36 EHÜ auf Aktivitäten im Zusammenhang mit Drogenhandel und die nicht-Erwähnung des Konsums in Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ wird klar, dass die Parteien nicht verpflichtet sind, den persönlichen Konsum von kontrollierten Substanzen zu kriminalisieren.¹⁶¹ Eine solche Verpflichtung ergibt sich auch nicht aus Art. 4 lit. c, da diese Bestimmung nicht von einer Kriminalisierung spricht, sondern nur ein allgemeines nicht-Erlauben des nicht-medizinischen und nicht-wissenschaftlichen Konsums fordert.¹⁶² Eine Dekriminalisierung des persönlichen Konsums ist somit mit dem EHÜ vereinbar.

Die Frage stellt sich sodann auch für Handlungen, die der Vorbereitung des persönlichen Konsums dienen, wie bspw. dem Besitz für den Eigengebrauch. Art. 33 EHÜ, der explizit den Besitz von Betäubungsmitteln anspricht, spricht nicht von einer Kriminalisierung, sondern wie Art. 4 lit. c EHÜ nur von einem nicht-Erlauben. Der Besitz von Betäubungsmitteln wird in Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ jedoch als Handlungsvariante aufgeführt, die kriminalisiert werden muss. Aufgrund der Beschränkung von Art. 36 EHÜ auf den Drogenhandel ist damit jedoch m.E. nicht der Besitz für den Eigenkonsum gemeint, sondern nur der Besitz, der dem Handel dient. Dies wird auch aus dem offiziellen Kommentar deutlich, wonach die Parteien die Ansicht vertreten können, dass der Besitz zum persönlichen Gebrauch nicht von Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ erfasst wird.¹⁶³ Die Parteien sind somit nicht verpflichtet, den Besitz von kontrollierten Substanzen zum Zwecke des Eigengebrauchs zu kriminalisieren.¹⁶⁴ In Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ werden auch Handlungen wie das Anbauen und Gewinnen von kontrollierten Substanzen erwähnt. Für diese Handlungen muss dasselbe gelten, wie für den Besitz, da im Vertragstext ebenfalls nicht zwischen Anbau für Eigengebrauch und Anbau für die Weitergabe unterschieden wird. Auch die Bestimmungen in Art. 23–28 EHÜ, die besondere

161 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 36 Abs. 1 [7]; Bewley-Taylor und Jelsma, Limits of Latitude (n 138) 5; Boister, Penal Aspects (n 26) 80; Albrecht (n 55) §10 [59].

162 Bewley-Taylor und Jelsma, Limits of Latitude (n 138) 5; Boister, Penal Aspects (n 26) 75; Albrecht (n 55) §10 [13].

163 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 36 Abs. 1 [8] und Art. 4 [18]; Boister, Penal Aspects (n 26) 81, 85.

164 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 36 Abs. 1 [8] und Art. 4 [18]; Boister, Penal Aspects (n 26) 81; Bewley-Taylor und Jelsma, Limits of Latitude (n 138) 6; Katja Maria Cupa, *Zukünftige Regulierung von Cannabis, Wandel vom Betäubungsmittel zum Lebensmittel* (2021) 105; Noll (n 147) 41 ff.

Regeln für den Anbau von Opium, Kokasträuchern und Cannabis vorsehen,¹⁶⁵ enthalten keine Verpflichtung zur Kriminalisierung. Somit ist auch der Anbau für den blossen Selbstkonsum nicht von der Kriminalisierungsverpflichtung erfasst, eine Dekriminalisierung ist möglich.¹⁶⁶ Dasselbe gilt grds. auch für den Erwerb von Betäubungsmitteln für den Eigengebrauch.¹⁶⁷ Dabei kann allenfalls noch das Gegenargument angebracht werden, dass durch den Erwerb der illegale Betäubungsmittelhandel gefördert wird (ohne Nachfrage kein Handel), der Erwerb also mit dem Drogenhandel im Zusammenhang steht. Das EHÜ beachtet jedoch die Nachfrage-Seite in seinen Bestimmungen kaum.¹⁶⁸ Daher ist Art. 36 EHÜ m.E. so auszulegen, dass sich die Strafbestimmung auf Verkäufer von Betäubungsmitteln und die dahinterstehenden Organisationen bezieht. Die Handlungsvariante des „Kaufes“ in Art. 36 Abs. 1 EHÜ ist daher ebenfalls so auszulegen, dass nur Käufe erfasst sind, die dem Drogenhandel dienen, die also für den Weiterverkauf bestimmt sind.¹⁶⁹ Es geht nicht um private Konsumierende, die eine kleine Menge an Betäubungsmitteln für den Eigengebrauch kaufen. Daher ist die Auffassung, dass die Dekriminalisierung des Erwerbs von Betäubungsmitteln mit dem EHÜ vereinbar ist, m.E. richtig.¹⁷⁰ Diese Position wird auch durch das 1988-Übereinkommen bestärkt: Dieses sieht in Art. 3 Abs. 2 vor, dass die Vertragsparteien des 1988-Übereinkommens den Besitz, Anbau oder Kauf von Betäubungsmitteln zum privaten Gebrauch kriminalisieren müssen, sofern dieser gegen das EHÜ verstösst. Dass die Parteien eine Notwendigkeit sahen, die Pflicht, den *Erwerb* zum Eigengebrauch zu kriminalisieren, im 1988-Übereinkommen explizit zu erwähnen, zeigt, dass diese Pflicht mit dem EHÜ gerade noch nicht besteht.¹⁷¹ Somit ist

165 S. dazu Kapitel III.2.2.4.

166 Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 8; Boister, *Penal Aspects* (n 26) 81; Albrecht (n 55) §10 [60] f.; vgl. auch Jelsma und Metaal (n 49) 13.

167 Krajewski (n 30) 332; Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 1.

168 S.o. Kapitel III.2.3.

169 Vgl. auch Boister, *Penal Aspects* (n 26) 83.

170 Vgl. auch Boister, *Penal Aspects* (n 26) 83; In der Literatur wird die Frage oft gar nicht separat behandelt, der Erwerb wird als Vorbereitungshandlung des Konsums mit dem Besitz und dem Anbau gleichgestellt, s. bspw. Krajewski (n 30) 332; Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 1; International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 1992*, UN Doc E/INCB/1992/1 (1992) [15 (a)] (zit. INCB, Annual Report 1992).

171 Vgl. United Nations Secretary-General, *Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988*, UN Doc E/CN.7/590 (1998) Art. 3 [3.86] ff. (zit. UN Secretary-General, 1988 Commentary), der zeigt, dass dies genau das Ziel dieses Artikels war.

eine Dekriminalisierung von Handlungen, die dem persönlichen Gebrauch von Betäubungsmitteln dienen, unter dem EHÜ möglich.

2.2.2 Handlungen im Zusammenhang mit Drogenhandel

Die Verpflichtung zur Kriminalisierung in Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ bezieht sich auf Handlungen im Zusammenhang mit dem Drogenhandel. Durch diese Verpflichtung wird eine Dekriminalisierung von Aktivitäten, die dem Drogenhandel dienen, unter dem EHÜ grds. verboten.¹⁷²

Eine zu prüfende Möglichkeit für die Dekriminalisierung von Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Drogenhandel ist die Berufung auf den Verfassungsvorbehalt. Art. 36 Abs. 1 EHÜ verpflichtet die Vertragsstaaten nur zur Kriminalisierung, wenn dies mit der jeweiligen Verfassung des Staats vereinbar ist, es besteht also ein Vorbehalt der Verfassungsmässigkeit. Laut dem offiziellen Kommentar waren der UNO bei Publikation des Kommentars jedoch keine verfassungsmässigen Schranken bekannt, die einer Kriminalisierung von Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Handel im Weg stehen würden.¹⁷³ Denkbar wäre allenfalls eine Berufung auf die Wirtschaftsfreiheit. Der Drogenhandel wird, zumindest nach schweizerischem Verständnis, vom Schutzbereich der Wirtschaftsfreiheit erfasst.¹⁷⁴ Wie BOISTER anmerkt, sahen die Vertragsparteien des EHÜ bisher aber kein Problem darin, die Wirtschaftsfreiheit in dem Sinne einzuschränken, dass der Drogenhandel strafbar ist.¹⁷⁵ Es wäre jedoch möglich, dass dieses Argument von den Vertragsstaaten in Zukunft angebracht werden könnte. Ob dies mit dem EHÜ vereinbar ist, kann dabei wohl nicht allgemein gesagt werden, da es bei der Berufung auf den Verfassungsvorbehalt auf die konkrete Verfassung, die nationalen Verhältnisse und die öffentliche Meinung im betreffenden Staat ankommt.¹⁷⁶ Zudem müssten die Staaten darlegen, weshalb sie nun einen Verstoss gegen die Wirtschaftsfreiheit sehen, obwohl sie dies bisher nicht so sahen. Das Gleiche würde für das Argument der Verhältnismässigkeit gelten. Es wäre

¹⁷² Boister, *Penal Aspects* (n 26) 81, 83; Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 6; Bewley-Taylor, *Politics* (n 154) 285; Cupa (n 164) 104 f.

¹⁷³ UN Secretary-General, 1961 *Commentary* (n 41) Art. 36 Abs. 1 [13].

¹⁷⁴ Felix Uhlmann, 'Art. 27 BV' in Bernhard Waldmann, Eva Maria Belser und Astrid Epiney (Hrsg.), *Schweizerische Bundesverfassung (BV), Basler Kommentar* (2015) Art. 27 [7] (zit. BSK BV-Bearbeiter/in).

¹⁷⁵ Boister, *Penal Aspects* (n 26) 77.

¹⁷⁶ Vgl. Krajewski (n 30) 335.

auch denkbar, dass Staaten sich auf den Standpunkt stellen, kleinere Aktivitäten im Bereich des Drogenhandels unter Berufung auf den Verfassungsvorbehalt aus Gründen der Verhältnismässigkeit nicht zu kriminalisieren. Je nach Argumentation und Verfassung des betreffenden Staates könnte dies durchaus mit dem EHÜ vereinbar sein. In der heutigen Zeit herrscht aber wohl noch weitgehend Konsens darüber, dass Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Drogenhandel kriminalisiert werden.¹⁷⁷ Dies sieht man auch daran, dass die Diskussion der Dekriminalisierung in der Literatur oft auf den Eigengebrauch beschränkt wird.¹⁷⁸

3. Depönalisierung

3.1 Begriff

Bei der Depönalisierung bleibt eine Handlung illegal und das Verbot wird auch strafrechtlich durchgesetzt, die unerlaubten Handlungen mit kontrollierten Substanzen stellen also weiterhin Straftaten dar. Der Täter wird jedoch nicht zu einer Strafe verurteilt.¹⁷⁹ Dabei sieht entweder bereits die rechtliche Grundlage keine Strafe vor, sondern bspw. eine Behandlung oder gar keine Rechtsfolge. In diesem Fall handelt es sich um eine *de jure* Depönalisierung. Die andere Möglichkeit ist, dass die Rechtsgrundlage zwar eine Strafe vorsieht, diese in der Praxis aber nicht verhängt wird. In diesem Fall bestehen bspw. interne Richtlinien oder Weisungen an die Strafbehörden und Gerichte, die Taten nicht zu verfolgen oder dafür keine Strafen auszusprechen. Dabei handelt es sich um eine *de facto* Depönalisierung.¹⁸⁰ Die nicht-Verfolgung und nicht-Bestrafung von Delikten wird teilweise auch als *de facto* Dekriminalisierung bezeichnet.¹⁸¹ Nach der hier verwendeten Terminologie fallen solche Regelungen jedoch unter die Depönalisierung, da bei solchen Ansätzen der nicht-Verfolgung oder nicht-Bestrafung im Grundsatz noch immer das Strafrecht zur Anwendung kommt, weshalb es sich nicht um eine Dekriminali-

¹⁷⁷ Vgl. Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 16.

¹⁷⁸ Walsh und Jelsma (n 130) 267; Noll (n 147) 41 ff.; Krajewski (n 30) insb. 330.

¹⁷⁹ Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 4; Krajewski (n 30) 330.

¹⁸⁰ Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 7.

¹⁸¹ Bspw. Boister, *Penal Aspects* (n 26) 81 Fn. 34, 546 Fn. 90; Kellen Russoniello, 'The Devil (and Drugs) in the Details: Portugal's Focus on Public Health as a Model for Decriminalization of Drugs in Mexico' *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics* (2012) 12 371, 383 Fn. 47, 386 Fn. 60.

sierung handelt. Bei der Dekriminalisierung geht es schliesslich gerade darum, dass bei rechtswidrigem Umgang mit Betäubungsmitteln das Strafrecht nicht angewendet wird.¹⁸²

3.2 Vereinbarkeit mit dem Einheits-Übereinkommen

Die Zulässigkeit einer Depönalisierung muss nach Art. 36 EHÜ beurteilt werden, da diese Bestimmung die Pflicht zur Bestrafung vorsieht. Gemäss Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ sind die dort aufgeführten Handlungen, sofern vorsätzlich begangen, mit Strafe zu bedrohen. Schwere Delikte sind angemessen zu bestrafen, insb. mit Freiheitsstrafe. Vorab sei gesagt, dass nach der hier vertretenen Auffassung Aktivitäten, die dem persönlichen Gebrauch dienen, ohne weiteres depönalisiert werden können, da diese gar nicht von Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ erfasst werden,¹⁸³ weshalb sich die Bestrafungspflicht nicht auf sie bezieht.¹⁸⁴

Die Frage der Vereinbarkeit einer Depönalisierung mit dem EHÜ begrenzt sich daher nach der hier vertretenen Auffassung auf Delikte im Zusammenhang mit dem Drogenhandel. Diese Frage wird in der Literatur kaum diskutiert, da sich die Diskussion mehrheitlich auf Handlungen im Zusammenhang mit dem Eigengebrauch beschränkt. Für die Frage der Vereinbarkeit der Depönalisierung ist Art. 36 Abs. 1 lit. b EHÜ entscheidend. Diese Bestimmung, die erst mit dem 1972-Protokoll aufgenommen wurde, sieht vor, dass die Parteien zusätzlich oder anstelle einer Strafe Massnahmen wie Behandlung, Erziehung oder soziale Wiedereingliederung vorsehen können, wenn der Täter nach lit. a ein Drogenkonsument ist. Diese Möglichkeit ist dem Wortlaut nach nicht auf leichte Delikte beschränkt, sondern auf alle Taten anwendbar, also auch auf schweren Straftaten. Es wird laut dem offiziellen Kommentar jedoch „erwartet“, dass die Staaten in der Regel nur bei leichten Delikten von einer Strafe absehen und stattdessen Behandlungsmassnahmen anwenden.¹⁸⁵ Der Vertragstext sieht eine solche Beschränkung jedoch nicht vor und die Formu-

182 S.o. Kapitel V.2.1.

183 S.o. Kapitel V.B.2.

184 Vgl. Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 4, 9; Krajewski (n 30) 333; Mackey et al. (n 85) 4, bzgl. der Depönalisierung in Mexiko.

185 Adolf Lande, *Commentary on the Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs 1961*, UN Doc E/CN.7/588 (1972), Art. 14 – Amendments to article 36 of the Convention Abs. 1 [3] (zit. Lande, 1972 Commentary).

lierung im offiziellen Kommentar (insb. durch den Zusatz „normally“) lässt viel Spielraum für die Anwendung von lit. b. Daher ist auch eine Anwendung der Bestimmung auf schwere Delikte mit dem EHÜ vereinbar.¹⁸⁶

Laut dem Vertragstext kann Art. 36 Abs. 1 lit. b EHÜ auf alle Täter nach lit. a angewendet werden, die selbst missbräuchlich Betäubungsmittel konsumieren. Laut dem offiziellen Kommentar soll dies jedoch nur bei Tätern möglich sein, die *drogenabhängig* sind. Auf Gelegenheitskonsumierende soll die Bestimmung nicht anwendbar sein.¹⁸⁷ Eine Begründung für diese, aus dem Vertragstext nicht ersichtliche, Einschränkung wird jedoch nicht gegeben. Die Möglichkeit, die Strafe durch eine Therapie-Massnahme zu ersetzen, dient der Spezialprävention, der Täter soll vom weiteren Betäubungsmittelkonsum und von der Begehung weiterer Drogendelikte abgehalten werden.¹⁸⁸ Die Beschränkung auf abhängige Täter ist daher, wie BOISTER richtig anmerkt,¹⁸⁹ nicht nachvollziehbar: Auch bei Personen, die nur gelegentlich Drogen konsumieren und (noch) nicht abhängig sind, kann dieses Ziel erreicht werden. Der Einfluss einer erzieherischen Massnahme, wie sie explizit in lit. b erwähnt wird, ist bei solchen Tätern allenfalls sogar noch grösser, da sie in einem Stadium greift, in dem der Täter dafür noch zugänglicher ist und nicht zusätzlich die Suchterkrankung behandelt werden muss.¹⁹⁰ Es sollte im Ermessen des Richters liegen, ob eine Massnahme nach Art. 36 Abs. 1 lit. b EHÜ geeignet ist, einen Gelegenheitskonsumenten von der Begehung weiterer Drogendelikte abzuhalten. Daher sollte die Bestimmung m.E. auf alle drogenkonsumierenden Täter anwendbar sein.¹⁹¹ Der offizielle Kommentar macht weiter die Einschränkung, dass die Bestimmung nur anwendbar sein soll, wenn die Massnahme voraussichtlich dazu führt, dass der Täter von der Abhängigkeit geheilt werden kann und keine weiteren schweren Straftaten mehr begeht.¹⁹² Die Anwendung dieser Einschränkung in der Praxis dürfte jedoch problematisch sein, da solche Prognosen bekanntlich schwierig sind. Die Bestimmung sollte demnach m.E. weit ausgelegt werden: Eine Mass-

186 Vgl. auch Boister, *Penal Aspects* (n 26) 156.

187 Lande, 1972 *Commentary* (n 185) Art. 14 – Amendments to article 36 of the Convention Abs. 1 [4].

188 Lande, 1972 *Commentary* (n 185) Art. 14 – Amendments to article 36 of the Convention Abs. 1 [7].

189 Boister, *Penal Aspects* (n 26) 156.

190 Boister, *Penal Aspects* (n 26) 156.

191 So auch Boister, *Penal Aspects* (n 26) 156.

192 Lande, 1972 *Commentary* (n 185) Art. 14 – Amendments to article 36 of the Convention Abs. 1 [7].

nahme an Stelle einer Strafe sollte immer dann möglich sein, wenn dies im Einzelfall sinnvoller erscheint als eine Strafe.¹⁹³ In Fällen, wo lit. b anwendbar ist, sind die Parteien nicht verpflichtet, eine Strafverfolgung durchzuführen.¹⁹⁴ Der offizielle Kommentar hält zwar fest, dass es die bessere Option wäre, die Tat zu verfolgen und erst bei der Verurteilung auf eine Massnahme an Stelle einer Strafe zu erkennen. Dies ist jedoch keine zwingende Vorschrift, die Parteien sind bei der Umsetzung frei.¹⁹⁵

Eine *de jure* Depönalisierung in anderen Fällen, namentlich also in Fällen, in denen der Täter selbst kein Drogenkonsument ist, ist nach Art. 36 Abs. 1 lit. a EHÜ nicht mit dem Übereinkommen vereinbar, da die Vertragsparteien verpflichtet sind, für die erwähnten Delikte auch eine Strafe vorzusehen. Möglich wäre jedoch eine *de facto* Depönalisierung bei Bagatelldelikten, dass die Staaten also solche Delikte nicht verfolgen oder die strafrechtliche Verfolgung der Delikte zumindest als niedrige Priorität einstufen.¹⁹⁶ Es liegt im Ermessen der Vertragsparteien festzulegen, was sie noch als Bagatelldelikte ansehen,¹⁹⁷ möglich wäre hier also eine grosszügige Auslegung, solange diese noch der Auslegung nach Treu und Glauben gem. Art. 31 Abs. 1 WVK entspricht. Eine nicht-Verfolgung von Bagatelldelikten ist einerseits nach Art. 36 Abs. 4 EHÜ möglich, der festhält, dass Art. 36 die nationalen Regeln zur Strafverfolgung nicht berührt.¹⁹⁸ Nach diesem Artikel wäre eine nicht-Verfolgung gestützt auf das Opportunitätsprinzip möglich.¹⁹⁹ Andererseits wäre auch die Anrufung des Vorbehalts der Verfassungsmässigkeit möglich um Bagatelldelikte nicht verfolgen zu müssen, diesfalls mit dem Argument der Verhältnismässigkeit. Staaten können daher meiner Meinung nach, entweder

193 Vgl. Boister, *Penal Aspects* (n 26) 156 f.

194 Boister, *Penal Aspects* (n 26) 157.

195 Lande, 1972 *Commentary* (n 185) Art. 14 – Amendments to article 36 of the Convention Abs. 1 [5].

196 Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 14 f.

197 Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 16.

198 In der amtlichen Fassung der Schweiz, wie sie in der SR publiziert ist, wurde wohl in allen drei Sprachfassungen der Übersetzungsfehler übernommen, der in der offiziellen UN-Fassung in der französischen Übersetzung enthalten ist, vgl. UN Secretary-General, 1961 *Commentary* (n 41) Art. 36 Abs. 4 [1] ff.

199 Albrecht (n 55) §10 [57]; Mark Pieth, 'Zur Konventionsverträglichkeit verschiedener Modelle der Cannabisteilnehmerkriminalisierung' *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht* (2001) 119 129, 140 f.

gestützt auf das Verhältnismässigkeitsprinzip oder das Opportunitätsprinzip, auf die Strafverfolgung oder Bestrafung von Bagatelldelikten verzichten.²⁰⁰

4. Schadensminderung

4.1 Begriff

Die Politik der Schadensminderung bzw. -minimierung („*Harm Reduction*“) kam erst in den 1970er- und 1980er-Jahren auf,²⁰¹ also erst nach dem Abschluss des EHÜ. Gemeint ist damit eine pragmatische Politik, die davon ausgeht, dass der missbräuchliche Konsum von Betäubungsmitteln nicht verhindert werden kann, dass jedoch die negativen Auswirkungen dieses Konsums auf den Einzelnen und auf die Gesellschaft minimiert werden können.²⁰² Die Schadensminimierung ist eine Massnahme, die sich auf die Nachfrage-Seite des Drogenkonsums bezieht,²⁰³ sie wäre also ein guter Ausgleich zum EHÜ, das sich auf die Herstellung und Produktion fokussiert.²⁰⁴ Unter dem Begriff der Schadensminimierung lassen sich verschiedene Ansätze unterscheiden, die dieses Ziel verfolgen. Die Ansätze der Schadensminimierung können grds. selbständig oder parallel zu einer allgemeinen Dekriminalisierung oder Depönalisierung des Eigengebrauchs eingesetzt werden, letzteres ist jedoch sinnvoller, da so weniger Widersprüche entstehen.²⁰⁵ Nachfolgend wird auf die vier meistdiskutierten Ansätze eingegangen.

200 In der Schweiz wäre dies gestützt auf Art. 8 StPO (*Schweizerische Strafprozessordnung vom 5. Oktober 2007* (Strafprozessordnung, StPO), SR 312.0) i.V.m. Art. 52 StGB (*Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937* (StGB), SR 311.0) möglich; bzgl. Opportunitätsprinzip: Albrecht (n 55) §10 [57]; Pieth (n 199) 140 f.; bzgl. Verhältnismässigkeit: Bewley-Taylor und Jelsma, *Limits of Latitude* (n 138) 16.

201 Ethan A. Nadelmann, 'Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition' in Lorenz Böllinger (Hrsg.), *De-Americanizing Drug Policy, The Search for Alternatives for failed Repression* (1994) 215, 219.

202 Legal Affairs Section UNDCP, *Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches (Decision 74/10)*, INCB 75th Sess., UN Doc E/INCB/2002/W.13/SS.5 (2002) [1] (zit. LAS UNDCP, *Flexibility Harm Reduction*); United Nations Office on Drug Control and Crime Prevention, *Demand Reduction, A Glossary of Terms* (2000) 31 (zit. UNODCCP, *Demand Reduction*); Bewley-Taylor, *Harm Reduction* (n 30) 483; Nadelmann (n 201) 219.

203 Jelsma und Metaal (n 49) 2.

204 S.o. Kapitel III.2.3.

205 Vgl. Krajewski (n 30) 330.

4.1.1 Kontrollierte Abgabe und Substitutionstherapie

Bei der kontrollierten Abgabe von Betäubungsmitteln werden regulierte Substanzen an Drogenabhängige abgegeben. Es handelt sich dabei um eine staatliche Abgabe, die in der Regel an strenge Voraussetzungen geknüpft ist. Eine weit verbreitete Methode und anerkannte Suchttherapie ist die Abgabe von Methadon an opioidabhängige Personen (Substitutionstherapie).²⁰⁶ In manchen Ländern wird aber auch die suchtbegründende Droge selbst abgegeben, so wird bspw. in der Schweiz Heroin an Heroinsüchtige abgegeben. Ziel solcher kontrollierten Abgaben oder von Substitutionstherapien ist die reduzierte, risikoarme Einnahme von Betäubungsmitteln und, wenn möglich, ein Wegkommen von der Abhängigkeit. Zudem sollen die süchtigen Personen sich vom illegalen Drogenmarkt und der damit verbundenen Kriminalität entfernen und Beschaffungskriminalität soll verhindert werden (vgl. für die Schweiz: Art. 6 und 8 Abs. 1 Betäubungsmittelsuchverordnung (BetmSV²⁰⁷)).²⁰⁸ Die Abgabe zeigt diesbezüglich auch Erfolge, so wird dadurch erwiesenermaßen die Kriminalität gesenkt, Personen in Behandlung haben ein niedrigeres Risiko für die Übertragung von HIV und sterben seltener am Betäubungsmittelkonsum.²⁰⁹

4.1.2 Spritzenabgabe

Bei der Spritzenabgabe erhalten Drogenkonsumierende saubere Spritzen und/oder Nadeln für die Drogeninjektion. Die Spritzenabgabe kann dabei entweder voraussetzungslos oder gegen Eintausch einer bereits gebrauchten Spritze

206 LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction (n 202) [16] f.

207 *Verordnung über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen vom 25. Mai 2011* (Betäubungsmittelsuchverordnung), SR 812.121.6.

208 Bundesamt für Gesundheit, *Substitutionsgeschützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit* (2013) 3, 7, 9 (zit. BAG, Substitutionsgestützte Behandlung); World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *Position paper, Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention* (2004) 8 (zit. WHO, UNODC und UNAIDS, Position paper).

209 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Technical Report, Balancing access to opioid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: challenges and implications* (2021) 7 (zit. EMCDDA, Balancing access); European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *EMCDDA Insights, New heroin-assisted treatment, Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond* (2021) 161 (zit. EMCDDA, New heroin-assisted treatment); WHO, UNODC und UNAIDS, Position paper (n 208) 18 f.

(Spritzentausch) erfolgen.²¹⁰ Das Ziel solcher Programme ist es, die Verbreitung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumierenden, insb. von HIV und Hepatitis C, zu verhindern.²¹¹ Wenn auch der Einfluss auf die Verbreitung von HIV und Hepatitis C nur in begrenztem Umfang nachgewiesen werden kann, gehört dieser Ansatz zu den wichtigsten und am weitesten verbreiteten Schadensminimierungsansätzen,²¹² der auch von der WHO empfohlen wird.²¹³

4.1.3 Drogenkonsumräume

Manche Länder sehen spezielle Räumlichkeiten vor, in denen Drogenkonsumierende in einem sicheren und sauberen Umfeld Drogen konsumieren können.²¹⁴ Ziel solcher „Fixerräume“²¹⁵ ist es, den konsumierenden Personen ein Umfeld zu bieten, indem ein Mindestmass an medizinischer Versorgung besteht und in dem das Risiko für übertragbare Krankheiten möglichst gering ist.²¹⁶ Oft werden in den Konsumräumen auch saubere Spritzen oder Nadeln zur Verfügung gestellt.²¹⁷ Zudem sollen mit den Konsumräumen durch schnelle medizinische Hilfe Todesfälle aufgrund von Überdosen reduziert werden, was auch zu funktionieren scheint.²¹⁸ Häufig gibt es im Zusammenhang mit Drogenkonsumräumen auch Therapie-Angebote.²¹⁹

210 Hug-Beeli (n 13) 431.

211 Bewley-Taylor, *International Drug Control* (n 52) 41.

212 Lucy Platt et al, 'Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis' *Addiction* (2018) 118 545, 546; LAS UNDCP, *Flexibility Harm Reduction* (n 202) [29].

213 World Health Organisation, *Evidence for Action Technical Papers, Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users* (2004) 5, 30 f.; World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crimes and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users* (2. Aufl., 2012) 10 (zit. WHO, UNODC und UNAIDS, Technical Guide).

214 Bspw. die Schweiz (Vincent Tran et al, 'Assessing Drug Consumption Rooms and Longer Term (5 Year) Impacts on Community and Clients' *Risk Management and Healthcare Policy* (2021) 14 4639, 4639), Australien (Tran et al. 4640) oder Kanada (Tran et al. 4640).

215 Hug-Beeli (n 13) 439.

216 LAS UNDCP, *Flexibility Harm Reduction* (n 202) [21]; Hug-Beeli (n 13) 439 f.

217 Hug-Beeli (n 13) 440.

218 Tran et al. (n 214) 4643 f.

219 Bewley-Taylor, *International Drug Control* (n 52) 43.

4.1.4 Drug-Checking Angebote

Beim Drug-Checking geht es um eine Qualitätskontrolle von Betäubungsmitteln. Drogenkonsumierende können ihre Drogen kostenlos und ohne Konsequenzen von Experten prüfen lassen. Dies soll gesundheitliche Schäden und Todesfälle durch unreine Betäubungsmittel verhindern²²⁰ und zudem zur Aufklärung der konsumierenden Personen über risikoreiche Verhaltensweisen beitragen.²²¹ Oft werden Drug-Checking-Angebote mit einem obligatorischen Beratungsgespräch verbunden, um Informationen über einen risikoärmeren Drogenkonsum zu verbreiten.²²² Laut einer Studie des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) haben solche Drug-Checking Angebote einen positiven Einfluss auf die Senkung des Konsums und die Konsumgefahr, so gaben 45 % der Personen an, weniger Betäubungsmittel zu konsumieren²²³ und 90 % der Personen konsumierten die Substanz, für die eine Warnung ausgesprochen wurde, nicht.²²⁴

4.2 Vereinbarkeit mit dem Einheits-Übereinkommen

Die Implementierung verschiedener Schadensminimierungsansätze ist eine relativ neue Drogenpolitik,²²⁵ die bei Abschluss des EHÜ grösstenteils noch keine Bedeutung hatte und von den Vertragsstaaten damals nicht vorhergesehen wurde.²²⁶ Deshalb gibt es im EHÜ keine Bestimmungen dazu und die verschiedenen Massnahmen, die unter den Ansatz der Schadensminimierung fallen, müssen separat anhand ihres Inhaltes auf die Vereinbarkeit mit dem EHÜ überprüft werden.²²⁷

Bei der Beurteilung der Vereinbarkeit verschiedener Ansätze der Schadensminimierung ist es wichtig, den Grundgedanken der beiden Ziele des EHÜ zu

220 LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction (n 202) [31].

221 Bundesamt für Gesundheit, Faktenblatt, *Wirkungen der Drug-Checking-Angebote in der Schweiz* (2021) 1 (zit. BAG, Wirkungen der Drug-Checking-Angebote).

222 Infodrog, *Factsheet „Drug Checking“* (2017) 1.

223 BAG, Wirkungen der Drug-Checking-Angebote (n 221) 1; s. auch die gesamte Studie: Alexandra La Mantia et al, *Studie zu den Effekten der Drug-Checking-Angebote in der Schweiz, Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)* (2020) 1 ff.

224 BAG, Wirkungen der Drug-Checking-Angebote (n 221) 1 f.; s. auch die gesamte Studie: La Mantia et al. (n 223) 1 ff.

225 S.o. Kapitel V.4.1.

226 LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction (n 202) [3].

227 LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction (n 202) [14].

beachten: den Schutz der Gesundheit des Einzelnen und der öffentlichen Gesundheit.²²⁸ Dies ist auch der Grundgedanke der Schadensminimierungsansätze, welche die negativen Auswirkungen des Drogenkonsums minimieren wollen.²²⁹ Dieser gemeinsame Grundgedanke ist ein erstes Argument für die Vereinbarkeit von Schadensminimierungsansätzen. Eine weitere wichtige Grundlage für die Beurteilung der Schadensminimierungsansätze ist eine Resolution der UNO-Generalversammlung aus dem Jahr 1998, indem die Generalversammlung anlässlich einer Sondersession Richtlinien für die Drogenpolitik festlegte. Dabei betonte sie insb., dass die Drogenpolitik den Drogenmissbrauch verhindern soll und die negativen Konsequenzen des Drogenkonsums reduzieren soll.²³⁰

4.2.1 Kontrollierte Abgabe und Substitutionstherapie

Die Substitutionstherapie ist eine weit verbreitete und anerkannte Therapie für Opioid-Abhängigkeit.²³¹ Es wurde bereits gezeigt, dass das EHÜ den Gebrauch von kontrollierten Substanzen bei einem wissenschaftlichen oder medizinischen Zweck erlaubt und dass das EHÜ diese Begriffe bewusst nicht definiert, weil sie zu verschiedenen Zeiten an verschiedenen Orten unterschiedliche Bedeutungen haben können.²³² Eine medizinisch anerkannte Behandlung für Drogenabhängigkeit wie die Substitutionstherapie kann daher problemlos unter den Begriff der medizinischen Verwendung subsumiert werden. Zudem sieht Art. 38 Abs. 1 EHÜ vor, dass die Parteien für Personen, die missbräuchlich Drogen konsumieren, Therapie, Nachbehandlung und ähnliche Massnahmen vorsehen sollen. Diese Begriffe werden im EHÜ selbst nicht definiert, die Parteien haben also einen gewissen Interpretationsspielraum. Eine Leitlinie für die Interpretation bildet der offizielle Kommentar. Die Substitutionstherapie (auch „*maintenance programme*“) wird in den offiziellen Kommentaren mehrfach erwähnt²³³ und wird im offiziellen Kommentar zum

228 S.o. Kapitel II.2.

229 Bewley-Taylor, Politics (n 154) 287.

230 United Nations General Assembly Special Session, *Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction*, UNGASS Res. S-20/3, 20th Special Sess., UN Doc A/RES/S-20/3 (1998) [8 (b) (i)] und [10] (zit. UNGASS 1998, Res. S-20/3).

231 LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction (n 202) [17].

232 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 4 [12]; s.o. Kapitel III.2.

233 UN Secretary-General, 1961 Commentary (n 41) Art. 4 [11] (Umschreibung); Lande, 1972 Commentary (n 185) Art. 15 – Amendments to article 38 of the Convention Abs. 1 [3] Fn. 4 und [4].

Protokoll von 1972 unter den Begriff der Nachbehandlung subsumiert.²³⁴ Die Substitutionstherapie ist somit mit dem EHÜ vereinbar, einerseits unter dem Begriff der medizinischen Verwendung und andererseits unter Art. 38 Abs. 1 EHÜ.²³⁵ Etwas schwieriger ist die Situation, wenn die suchtbegründenden Drogen selbst verschrieben werden, wenn also bspw. einem Heroinsüchtigen Heroin verschrieben wird. In diesem Fall ist fraglich, ob es noch um eine medizinische Verwendung der Substanz geht. Das INCB hat bzgl. diesem Ansatz in der Vergangenheit immer wieder Bedenken geäußert²³⁶ und die Methode explizit nicht für andere Staaten empfohlen.²³⁷ Die Abgabe von Heroin an davon abhängige Personen ist jedoch ebenfalls eine anerkannte Form der Behandlung von Heroinabhängigkeit²³⁸ und kann daher m.E., wie die Substitutionstherapie, unter der im EHÜ erlaubten medizinischen Verwendung sowie unter Art. 38 EHÜ gerechtfertigt werden.²³⁹

4.2.2 Spritzenabgabe

Eine Rechtfertigung unter der medizinischen und wissenschaftlichen Verwendung wäre bei der Spritzenabgabe nicht zielführend, da es bei diesen

234 Lande, 1972 Commentary (n 185) Art. 15 – Amendments to article 38 of the Convention Abs. 1 [4].

235 Vgl. auch Bewley-Taylor und Jelsma, Limits of Latitude (n 138) 9.

236 Bspw. International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 1995*, UN Doc E/INCB/1995/1 (1995) [385] (zit. INCB, Annual Report 1995); International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 1997*, UN Doc E/INCB/1997/1 (1997) [367] ff. (zit. INCB, Annual Report 1997); International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2002*, UN Doc E/INCB/2002/1 (2002) [496] (zit. INCB, Annual Report 2002); zudem soll der Sekretär des INCB zu den Versuchen in der Schweiz gesagt haben: „*Anyone who plays with fire loses control over it*“ (Robert J. MacCoun und Peter Reuter, *Drug War Heresies, Learning from Other Vices, Times, and Places* (2010) 294, jedoch ohne Angabe einer Quelle), was die kritische Einstellung des INCB zeigt.

237 International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 1999*, UN Doc E/INCB/1999/1 (1997) [452] (zit. INCB, Annual Report 1999).

238 Das wird schon durch die verwendeten Begriffe klar: „Substitutionsgestützte *Behandlung* mit Diacetylmorphin (Heroin)“ (Bundesamt für Gesundheit BAG, ‘Substitutionsgestützte Behandlung mit Diacetylmorphin (Heroin) (Web page, undated) <<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung.html>>; „New heroin-assisted *treatment*“ (EMCDDA, New heroin-assisted treatment (n 209)).

239 Bewley-Taylor und Jelsma, Limits of Latitude (n 138) 1, 9; LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction (n 202) [19] f.

Begriffen um die Verwendung von Betäubungsmitteln geht und nicht um Materialien, die dem Konsum dienen. Art. 38 Abs. 1 EHÜ fordert die Vertragsstaaten auf, Massnahmen gegen den Missbrauch von Betäubungsmitteln zu ergreifen. Die Staaten sollen insb. Massnahmen zur Prävention des Drogenmissbrauches ergreifen. Die Formulierung bezieht sich jedoch klar auf den Drogenkonsum und nicht auf Krankheiten, die damit in Verbindung stehen. Die Pflicht zur Prävention des Konsums könnte daher gerade als Argument gesehen werden, das gegen die Verteilung von Spritzen spricht,²⁴⁰ da der Konsum dadurch vereinfacht wird.²⁴¹ Da dies jedoch klarerweise nicht das Ziel der Massnahme ist, verstösst die Verteilung von Spritzen nicht gegen die Verpflichtung im EHÜ, Massnahmen zur Prävention des Konsums zu ergreifen.²⁴²

Die Bildung, die in Art. 38 Abs. 1 EHÜ ebenfalls angesprochen ist, bezieht sich auf die negativen Folgen des Drogenkonsums.²⁴³ Sie kann sicherlich auch die Information über die Übertragungsgefahr von HIV und anderen Krankheiten umfassen, jedoch werden diesbezüglich keine weiteren Massnahmen genannt. Die anderen in dieser Bestimmung vorgesehenen Massnahmen richten ihren Fokus auf die Behandlung und soziale Reintegration, es geht also nicht mehr um Prävention. Die Verteilung von sterilem Injektionsmaterial zur Prävention von übertragbaren Krankheiten kann daher nach dem Wortlaut nicht direkt unter Art. 38 Abs. 1 EHÜ subsumiert werden. Das EHÜ verfolgt jedoch gesamthaft gesehen unter anderem den Zweck, die öffentliche Gesundheit und die Gesundheit des Einzelnen zu schützen und zu fördern. Dies spricht im Grundsatz für die Vereinbarkeit der Spritzenabgabe, da dies genau das Ziel dieser Massnahme ist. Zudem verfolgen die in Art. 38 Abs. 1 EHÜ vorgesehenen Massnahmen das Ziel die Gesundheit und die „gesellschaftliche Nützlichkeit“ von Personen, die Drogen missbraucht haben, wieder herzustellen.²⁴⁴ Daher wäre es nicht sinnvoll, eine Massnahme, die der Prävention von übertragbaren Krankheiten dient, zu verbieten, die Staaten im Anschluss aber zu verpflichten, eine erkrankte Person zu behandeln, zu heilen und wieder zu integrieren. Logisch wäre es, auch Massnahmen unter Art. 38 EHÜ zu erlau-

240 Vgl. LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction (n 202) [30] i.V.m. [23].

241 Hug-Beeli (n 13) 430 f.

242 LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction (n 202) [30] i.V.m. [27].

243 Lande, 1972 Commentary (n 185) Art. 15 – Amendments to article 38 of the Convention Abs. 1 [9].

244 Lande, 1972 Commentary (n 185) Art. 15 – Amendments to article 38 of the Convention Abs. 1 [2].

ben, die Krankheiten vorbeugen. Zudem ist die Spritzenabgabe eine neuere Methode, die in den 80er-Jahren erstmals aufkam,²⁴⁵ also erst nach dem EHÜ und dem Protokoll von 1972. Die Massnahme konnte daher von den Vertragsstaaten nicht vorhergesehen werden. Deshalb kann die Abgabe von sterilen Spritzen m. E. unter Art. 38 EHÜ subsumiert werden, insb. bei Berücksichtigung des allgemeinen Ziels des EHÜ, die Gesundheit des Einzelnen zu schützen. Für dieses Resultat spricht auch die Berücksichtigung der Resolution der UNO-Generalversammlung,²⁴⁶ da durch die Massnahmen die negativen Konsequenzen des Drogenmissbrauchs gemindert werden.²⁴⁷ Auch das INCB unterstützt die Verteilung von sauberen Spritzen,²⁴⁸ was ebenfalls für die Vereinbarkeit mit dem EHÜ spricht.

4.2.3 Drogenkonsumräume

Die Ziele der Drogenkonsumräume sind denen der Spritzenabgabe sehr ähnlich. Beide wollen einen sichereren Konsum ermöglichen. Daher ist auch die Argumentation für die Vereinbarkeit mit dem EHÜ die gleiche.²⁴⁹ Drogenkonsumräume, die Drogenkonsumierende vor der Übertragung von Krankheiten schützen sollen und das Risiko für eine tödliche Überdosis verringern sollen und dies nachweisbar auch tun,²⁵⁰ können demnach ebenfalls nach Art. 38 EHÜ und dem Grundgedanken des EHÜ gerechtfertigt werden.²⁵¹ Zudem spricht auch die Resolution der UNO-Generalversammlung aus dem Jahr 1998²⁵² für die Vereinbarkeit der Drogenkonsumräume mit der internationalen Drogenpolitik.²⁵³

4.2.4 Drug-Checking Angebote

Auch bei dieser Massnahme kann wieder auf den Grundgedanken des EHÜ, die Gesundheit des Einzelnen zu schützen, sowie auf die Resolution der UNO-

245 WHO, Needle and Syringe Programming (n 213) 5.

246 UNGASS 1998, Res. S-20/3 (n 230).

247 Bewley-Taylor, Harm Reduction (n 30) 484; Bewley-Taylor, Emerging policy contradictions (n 37) 427.

248 INCB, Annual Report 2019 (n 147) [388].

249 LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction (n 202) [30].

250 S.o. Kapitel V.4.1.3.

251 LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction (n 202) [23].

252 UNGASS 1998, Res. S-20/3 (n 230).

253 Bewley-Taylor, Harm Reduction (n 30) 484.

Generalversammlung²⁵⁴ abgestellt werden. Die Drug-Checking-Angebote haben das Ziel, den Konsum von Drogen, die – zusätzlich zur Grundsubstanz – gesundheitsschädigende Inhaltsstoffe enthalten, zu verhindern. Sie sind also auch darauf ausgerichtet, die Gesundheit des Einzelnen zu schützen und die negativen Konsequenzen des Drogenkonsums zu minimieren.²⁵⁵ Zudem sind mit den Angeboten oft obligatorische Beratungsgespräche verbunden und die Studie des BAG hat sogar eine Senkung des Betäubungsmittelkonsums nach dem Drug-Checking gezeigt.²⁵⁶ Insofern kann das Drug-Checking-Angebot gar als Präventionsmassnahme unter Art. 38 EHÜ gerechtfertigt werden. Drug-Checking-Angebote sind deshalb m. E. mit dem EHÜ vereinbar.

VI. Schlussfolgerung

Diese Arbeit hat gezeigt, dass die Beantwortung der Frage, ob das EHÜ heute noch eine angemessene Grundlage für die internationale Drogenpolitik ist, nicht einfach zu beantworten ist. Das EHÜ hat viele Erfolge und Probleme, die gleichermaßen berücksichtigt werden müssen. Vor allem hat sich aber auch gezeigt, dass das EHÜ viel Interpretationsspielraum lässt, der von den Vertragsstaaten auch genutzt wird. Der sog. „Wiener Konsens“²⁵⁷ gerät immer mehr unter Druck: Manche Staaten liberalisieren ihre Drogenpolitik und versuchen, sich den tatsächlichen Begebenheiten anzupassen, während andere an einer restriktiven, prohibitiven Drogenpolitik festhalten und weiterhin das Ziel einer drogenfreien Welt verfolgen.²⁵⁸ Es stellt sich daher die Frage, ob es sich lohnt, an einem Übereinkommen festzuhalten, das den Konsens betreffend der globalen Drogenpolitik mehr vortäuscht als tatsächlich darstellt.

254 UNGASS 1998, Res. S-20/3 (n 230).

255 LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction (n 202) [32] f.

256 BAG, Wirkungen der Drug-Checking-Angebote (n 221) 1; s. o. Kapitel V.4.1.4.

257 So wird der Konsens über die Betäubungsmittelabkommen teilweise bezeichnet, vgl. Neil Boister, 'Waltzing on the Vienna Consensus on Drug Control? Tensions in the International System for the Control of Drugs' *Leiden Journal of International Law* (2016) 29 389, 389 (zit. Boister, Tensions); Jelsma und Metaal (n 49) 1; Bewley-Taylor, *International Drug Control* (52) 30.

258 Vgl. Jelsma und Metaal (n 49) 3 f.

Meiner Meinung nach ist es bei der Beurteilung dieser Frage wichtig, die Erfolge des Übereinkommens nicht zu vernachlässigen. Es wäre daher zu früh, das EHÜ aufzugeben und mit der globalen Zusammenarbeit in der Drogenpolitik von vorne zu beginnen. Gerade im Bereich des legalen Umgangs mit Betäubungsmitteln hat das EHÜ eine gute Grundlage geschaffen, durch die überhaupt erst eine Übersicht über den globalen Drogenmarkt gelingt. Unter dem EHÜ bestehen weitreichende Möglichkeiten zur Dekriminalisierung des Umgangs mit Betäubungsmitteln zum Eigengebrauch, zur Depönalisierung und zur Implementierung von Schadensminderungsansätzen. Zudem haben die Staaten auch die Möglichkeit, durch das Anbringen eines Vorbehaltes durch gewisse Bestimmungen nicht gebunden zu sein. Dieser Weg wurde insb. durch Bolivien aufgezeigt, als sie im Jahr 2012 aus dem EHÜ austraten und ein Jahr später mit einem Vorbehalt, der es Bolivien ermöglichen sollte, das traditionelle Kauen von Kokablättern zu erlauben, wieder beitraten.²⁵⁹ Heute nutzen die meisten Staaten diese Freiheiten, wenn überhaupt, nur sehr zurückhaltend aus und viele Staaten ändern ihre Drogenpolitik nur hinsichtlich Cannabis. Ich bin der Meinung, dass es in einem ersten Schritt wichtig wäre, dass die internationalen Kontrollorgane die vorhandenen Freiheiten klar anerkennen und Staaten bei der Implementierung einer Drogenpolitik, die eine Dekriminalisierung, Depönalisierung oder Schadensminderung vorsieht, aktiv unterstützen. Durch eine klare, liberale Haltung der Kontrollorgane würden auch Staaten, die heute lieber zu viel als zu wenig verbieten,²⁶⁰ ermutigt werden, liberalere Ansätze zu verfolgen, wodurch die Verfügbarkeit von Betäubungsmitteln für die medizinische Verwendung gefördert werden könnte. In diesem Zusammenhang bräuchte es allenfalls auch finanzielle Unterstützung für die betreffenden Staaten.

Eine Anpassung des EHÜ oder die Schaffung eines neuen Übereinkommens ist m. E. heute nicht zielführend, weil aktuell wohl kein globaler Konsens erreicht werden könnte, da die Meinungen in der Drogenpolitik stark auseinander gehen. Das wird deutlich, wenn man die unterschiedliche Umsetzung des EHÜ betrachtet. Ich bin der Meinung, dass es sich lohnt, die internationale Zusammenarbeit im Bereich der Drogenpolitik aufrechtzuerhalten und daher

²⁵⁹ United Nations Office on Drugs and Crime, 'Bolivia to re-accede to UN drug convention, while making exception on coca leaf chewing' (Web page, undated); Riedel (n 64) 712; Robert C. Zitt, 'Should I Stay or Should I Go?: Why Bolivian Tactics and U.S. „Flexibility“ Undermine the Single Convention on Narcotic Drugs' *Brooklyn Journal of International Law* (2016) 42 525, 526.

²⁶⁰ s.o. Kapitel IV.2.2.

am EHÜ festzuhalten, da dadurch immerhin einige funktionierende Ansätze weltweit umgesetzt werden. Durch die weitreichenden Möglichkeiten, die heute unter dem EHÜ bestehen, können zudem auch viele neue Ansätze in der Drogenpolitik realisiert werden und viele Probleme, die heute mit dem EHÜ bestehen, können auch dann angegangen werden, wenn man am EHÜ festhält.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, Hans Jörg, 'Internationales Betäubungsmittelrecht und internationale Betäubungsmittelkontrolle' in Arthur Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*, München: C.H. Beck, 1998, 653
- All Party Parliament Group for Drug Policy Reform, *Guidance on Drug Policy, Interpreting the UN Drug Conventions*, London: 2015
- Aurin, Marcus, 'Chasing the Dragon, The Cultural Metamorphosis of Opium in the United States, 1825–1935' *Medical Anthropology Quarterly* (2000) 14 414
- Beittel, June S., *Organized Crime and Drug Trafficking Organizations, CRS Report No. R41576*, 2020, abrufbar unter <<https://sgp.fas.org/crs/row/R41576.pdf>>
- Bewley-Taylor, David R. und Martin Jelsma, 'Regime change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs' *International Journal of Drug Policy* (2012) 23 72 (zit. Bewley-Taylor und Jelsma, Regime change)
- Bewley-Taylor, David R. und Martin Jelsma, 'The UN drug control conventions, The Limits of Latitude' *TNI Series on Legislative Reform of Drug Policies* (2012) 18 1 (zit. Bewley-Taylor und Jelsma, Limits of Latitude)
- Bewley-Taylor, David R. und Mike Trace, *The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report 7*, 2006, abrufbar unter <https://www.beckleyfoundation.org/wp-content/uploads/2016/04/BF_Report_07.pdf>
- Bewley-Taylor, David R., 'Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities' *International Journal of Drug Policy* (2003) 14 171 (zit. (Bewley-Taylor, Challenging the UN drug control conventions)
- Bewley-Taylor, David R., 'Emerging policy contradictions between the United Nations drug control system and the core values of the United Nations' *International Journal of Drug Policy* (2005) 16 423 (zit. Bewley-Taylor, Emerging policy contradictions)

- Bewley-Taylor, David R., 'Harm reduction and the global drug control regime: contemporary problems and future prospects' *Drug and Alcohol Review* (2004) 23 483 (zit. Bewley-Taylor, Harm Reduction)
- Bewley-Taylor, David R., 'Politics and Finite Flexibilities: The UN Drug Control Convention and their Future Development', *The American Journal of International Law* (2020) 114 285 (zit. Bewley-Taylor, Politics)
- Bewley-Taylor, David R., Chris Hallam und Rob Allen, *The Incarceration of Drug Offenders: An Over-view, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report Sixteen*, Oxford: 2009
- Bewley-Taylor, David R., *International Drug Control, Consensus Fractured*, Cambridge: Cambridge University Press, 2012 (zit. Bewley-Taylor, International Drug Control)
- Boister, Neil, 'Waltzing on the Vienna Consensus on Drug Control? Tensions in the International System for the Control of Drugs' *Leiden Journal of International Law* (2016) 29 389 (zit. Boister, Tensions)
- Boister, Neil, *Penal Aspects of the UN Drug Conventions*, Den Haag, London und Boston: Kluwer Law International, 2001
- Bundesamt für Gesundheit BAG, 'Substitutionsgestützte Behandlung mit Diacetylmorphin (Heroin) (Web page, undated) <<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html>>
- Bundesamt für Gesundheit, *Faktenblatt, Wirkungen der Drug-Checking-Angebote in der Schweiz*, Liebefeld: 2021, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/faktenblaetter/faktenblaetter-drogen/faktenblatt_effekte-drug-checking.pdf.download.pdf/faktenblatt_effekte-drugchecking.pdf> (zit. BAG, Wirkungen der Drug-Checking-Angebote)
- Bundesamt für Gesundheit, *Substitutionsgeschützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit*, Bern: 2013 (zit. BAG, Substitutionsgestützte Behandlung)
- Chatterjee, S. K., *Legal Aspects of International Drug Control*, Den Haag: Springer Dordrecht, 1981
- Cohrrsen, John J. und Lawrence H. Hoover, 'The International Control of Dangerous Drugs' *Journal of International Law and Economics* (1974) 9 81
- Collins, John, 'Rethinking 'flexibilities' in the international drug control system, Potential, precedents and models for reforms' *International Journal of Drug Policy* (2018) 60 (zit. Collins, Rethinking 'flexibilities')

- Collins, John, *Legalising the Drug Wars, A Regulatory History of UN Drug Control*, Cambridge: Cambridge University Press, 2021 (zit. Collins, Legalising the Drug Wars)
- Commission on Narcotic Drugs, *Making drug control 'fit for purpose': Building on the UNGASS dec-ade, 51st Sess.*, UN Doc E/CN.7/2008/CRP.17 (2008) (zit. CND, drug control)
- Commission on Narcotic Drugs, *Promoting adequate availability of internationally controlled licit drugs for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse, Res. 53/4, 53rd Sess.*, UN Doc E/CN.7/2010/L.6/Rev.1 (2010) 1f. (zit. CND, Res. 53/4)
- Costa E Silva, J. A., 'Medicines and the drug control treaties: Is buprenorphine for opioid addiction at risk of being lost?' *Human Psychopharmacology* (2004) 19 215
- Cupa, Katja Maria, *Zukünftige Regulierung von Cannabis, Wandel vom Betäubungsmittel zum Lebensmittel*, Dissertation, Universität Zürich, 2021, Zürich: Schulthess 2021
- Diggelmann, Oliver, *Völkerrecht, Geschichte und Grundlagen mit Seitenblicken auf die Schweiz*, Baden: Verlag für Kultur und Geschichte, 2018
- Don, Allison E., 'Lighten up: Amending the Single Convention on Narcotic Drugs' *Minnesota Journal of International Law* (2014) 23 213
- Eastwood, Niamh, Edward Fox und Ari Rosmarin, *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Across the Globe*, London: Release Drugs, The Law & Human Rights, 2. Aufl., 2016
- Economic and Social Council, *Report of the Commission on Narcotic Drugs, UN ESCOR 7th Sess., Supp. No 9*, UN Doc E/799 (1948) (zit. ECOSOC, UN ESCOR 1948)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *EMCDDA Insights, New heroin-assisted treatment, Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*, Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2021 (zit. EMCDDA, New heroin-assisted treatment)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Technical Report, Balancing access to opi-oid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: challenges and implications*, Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2021 (zit. EMCDDA, Balancing access)
- Fordham, Ann und Heather Haase, 'Chapter 1, The 2016 UNGASS on Drugs: A Catalyst for the Drug Policy Reform Movement' in: Axel Klein und Blaine Stohard, *Col-*

lapse of the Global Order on Drugs, From UNGASS 2016 to Review 2019, Bingley: Emerald Publishing, 2018, 21

Gimenez Corte, Cristia'n, 'The Forms of International Institutional Law: An Historical Analysis of the scheduling Decisions of Narcotic Drugs and Psychotropic substances taken by the United Nations' Commission on Narcotics Drugs' *International Organizations Law Review* (2010) 7 171

Global Commission on Drug Policy, *Classification of Psychoactive Substances, When Science Was Left Behind*, Genf: Global Commission on Drug Policy, 2019, abrufbar unter <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/06/2019Report_EN_web.pdf>

Global Commission on Drug Policy, *Advancing Drug Policy Reform: A New Approach to Decriminalization*, Genf: Global Commission on Drug Policy, 2016, abrufbar unter <<http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/11/GCDP-Report-2016-ENGLISH.pdf>>

Global Commission on Drug Policy, *Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work*, Genf: Global Commission on Drug Policy, 2012, abrufbar unter <https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCDP_HIV-AIDS_2012_EN.pdf>

Global Commission on Drug Policy, *The Negative Impact of Drug Control on Public Health, The Global Crisis of Avoidable Pain*, Genf: Global Commission on Drug Policy, 2015, abrufbar unter <<http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCODP-THE-NEGATIVE-IMPACT-OF-DRUG-CONTROL-ON-PUBLIC-HEALTH-EN.pdf>> (zit. Global Commission on Drug Policy, Negative Impact)

Global Commission On Drug Policy, *The War on Drugs and HIV/AIDS, How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic*, Genf: Global Commission on Drug Policy, 2012 (zit. Global Commission on Drug Policy, The War on Drugs and HIV/AIDS)

Global Commission on Drug Policy, *Time to End Prohibition*, Genf: Global Commission on Drug Policy, 2012 (zit. Global Commission on Drug Policy, Prohibition)

Gootenberg, Paul, 'Cocaine in Chains: The Rise and Demise of a Global Commodity, 1860–1950' in Steven Topic, Carlos Marichal und Zephyr Frank (Hrsg.), *From Silver to Cocaine, Latin American Commodity Chains and the Building of World Economy, 1500–2000*, Durham und London: Duke University Press, 2006, 321

Hall, Wayne, 'The future of the international drug control system and national drug prohibitions' Society for the Study of Addiction (2017) 1210

- Hallam, Christoph, 'The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines' *TNI Series on Legislative Reform of Drug Policies* (2014) 26 1
- Herdegen, Matthias, *Völkerrecht*, München: 20. Aufl., Beck, 2021
- Hug-Beeli, Gustav, *Handbuch der Drogenpolitik, Tatsachen, Meinungen, Analysen und Lösungsvorschläge*, Bern, Stuttgart und Wien: Haupt Verlag, 1995
- Infodrog, *Factsheet „Drug Checking“*, Bern: 2017, abrufbar unter <https://www.infodrog.ch/files/content/nightlife/de/2017_4-neu_factsheet_drugchecking_en.pdf>
- International Narcotics Control Board, 'Treaty Compliance' (Web page, undated) <<https://www.incb.org/incb/de/treaty-compliance/index.html>> (zit. INCB, Treaty Compliance)
- International Narcotics Control Board, *Availability of Internationally Controlled Drugs, Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes, Indispensable, adequately available and not unduly restricted, Supp. 1*, UN Doc E/INCB/2015/1 (2016)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 1992*, UN Doc E/INCB/1992/1 (1992) (zit. INCB, Annual Report 1992)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 1995*, UN Doc E/INCB/1995/1 (1995) (zit. INCB, Annual Report 1995)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 1997*, UN Doc E/INCB/1997/1 (1997) (zit. INCB, Annual Report 1997)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 1999*, UN Doc E/INCB/1999/1 (1999) (zit. INCB, Annual Report 1999)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2001*, UN Doc E/INCB/2001/1 (2001) (zit. INCB, Annual Report 2001)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2002*, UN Doc E/INCB/2002/1 (2002) (zit. INCB, Annual Report 2002)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, UN Doc E/INCB/2004/1 (2004) (zit. INCB, Annual Report 2004)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, UN Doc E/INCB/2007/1 (2007) (zit. INCB, Annual Report 2007)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2012*, UN Doc E/INCB/2012/1 (2012) (zit. INCB, Annual Report 2012)
- International Narcotics Control Boards, *Report of the International Narcotics Control Board for 2015*, UN Doc E/INCB/2012/1 (2012) (zit. INCB, Annual Report 2015)

- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2016*, UN Doc E/INCB/2016/1 (2016) (zit. INCB, Annual Report 2016)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2019*, UN Doc E/INCB/2019/1 (2019) (zit. INCB, Annual Report 2019)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2020*, UN Doc E/INCB/2020/1 (2020) (zit. INCB, Annual Report 2020)
- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2021*, UN Doc E/INCB/2021/1 (2021) (zit. INCB, Annual Report 2021)
- International Opium Commission, *Report of the International Opium Commission, Shanghai, China, February 1 to February 26, 1909*, Shanghai: North-China Daily News&Herald Ltd., 1909
- Jelsma, Martin und Pien Metaal, 'Cracks in the Vienna Consensus: The UN Drug Control Debate' *Drug War Monitor* (2004) 3 1
- Jelsma, Martin, *The Development of International Drug Control: Lessons Learned and Strategic Challenges for the Future*, Working Paper, Genf: 2011 <http://www.global-commissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Com_Martin_Jelsma.pdf>
- Knaul, Felica Maria et al, 'Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report' *Lancet* (2018) 391 1391
- Krajewski, Krzysztof, 'How flexible are the United Nations drug conventions?' *International Journal of Drug Policy* (1999) 10 329
- La Mantia, Alexandra et al, *Studie zu den Effekten der Drug-Checking-Angebote in der Schweiz, Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*, Luzern und Olten: 2020
- Lande, Adolf, *Commentary on the Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs 1961*, UN Doc E/CN.7/588 (1972) (zit. Lande, 1972 Commentary)
- Legal Affairs Section UNDCP, Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches (Decision 74/10), INCB 75th Sess., UN Doc E/INCB/2002/W.13/SS.5 (2002) (zit. LAS UNDCP, Flexibility Harm Reduction)
- Lehner, Irina, 'The worldwide opioid crisis and the UN drug Conventions: why the international system is not working' *ex ante* (2021) 6 25
- Leroy, Bernard, M. Cherif Bassiouni und Jeean François, 'The International Drug Control System' in M. Cherif Bassiouni (Hrsg.), *International Criminal Law, Vol. 1: Sources, Subjects and Contents* (2008) 855

- Lines, Rick und Damon Barrett, 'Cannabis Reform, 'Medical and Scientific Purposes' and the Vienna Convention on the Law of Treaties' *International Community Law Review* (2018) 20 436
- Lohman, Diederik und Damon Barrett, 'Scheduling medicines as controlled substances: addressing normative and democratic gaps through human rights-based analysis' *BMC International Health and Human Rights* (2020) 20 1
- MacCoun, Robert J. und Peter Reuter, *Drug War Heresies, Learning from Other Vices, Times, and Places*, Cambridge: Cambridge University Press, 2010
- Mackey, Tim K. et al, 'Mexico's „ley de narcomenudeo“ drug policy reform and the international drug control regime' *Harm Reduction Journal* (2014) 11 1
- Mann, Simon, 'UN drug agency threatens ban on \$160 m poppy trade' *The Sydney Morning Herald* (Sydney), 18. Dezember 1999 3
- McAllister, William B., 'The global political economy of scheduling: the international-historical context of the Controlled Substances Act' *Drug and Alcohol Dependence* (2004) 3
- Nadelmann, Ethan A., 'Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition' in Lorenz Böllinger (Hrsg.), *De-Americanizing Drug Policy, The Search for Alternatives for failed Repression*, Frankfurt am Main: Peter Lang, 1994, 215
- Noll, Alfons, 'Drug abuse and penal provisions of the international drug control treaties' *Bulletin on Narcotics* (1977) 29 41
- Pieth, Mark, 'Zur Konventionsverträglichkeit verschiedener Modelle der Cannabisteleitkriminalisierung' *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht* (2001) 119 129
- Platt, Lucy et al, 'Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis' *Addiction* (2018) 118 545
- Riedel, Brian, 'I'd Like to Make a Reservation: Bolivian Coca Control and Why the United Nations Should Amend the Single Convention on Narcotic Drugs' *The George Washington International Law Review* (2017) 49 711
- Rolles, Stephen, *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation*. Bristol: Transform Drug Policy Foundation, 2009
- Russoniello, Kellen, 'The Devil (and Drugs) in the Details: Portugal's Focus on Public Health as a Model for Decriminalization of Drugs in Mexico' *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics* (2012) 12 371

- Schneider, Christian, *The role of dysfunctional international organizations in world politics: the case of the United Nations Office on Drugs and Crime*. Diss. Zürich, Zürich: 2012
- Seddon, Toby, 'Markets, Regulation and Drug Law Reform: Towards a Constitutive Approach' *Social & Legal Studies* (2020) 29 313
- Shabad, Rebecca, 'House passes landmark marijuana legalization bill' *NBC News* (online), 1. April 2022 <<https://www.cnbc.com/2022/04/01/house-to-vote-on-bill-to-legalize-marijuana.html>>
- Sinha, Jay, *The History and Development of the Leading International Drug Control Conventions, Report Prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs*, Ontario: 2001, abrufbar unter <<https://sencanada.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/library/history-e.pdf>>
- Taylor, Allyn L., 'Addressing the Global Tragedy of Needless Pain: Rethinking the United Nations Single Convention on Narcotic Drugs' *The Journal of Law, Medicine & Ethics* (2007) 35 556
- Thoumi, Francisco E., 'Re-examining the 'Medical and Scientific' Basis for Interpreting the Drug Treaties: Does the 'Regime' Have Any Clothes?' in LSE Expert Group on the Economics of Drug Policy (Hrsg.), *After the Drug Wars*, London: London School of Economics and Political Science, 2016, 19 (zit. Thoumi, Medical and Scientific Basis)
- Thoumi, Francisco E., 'The international drug control regime's straight jacket: are there any policy options?' *Trends in Organized Crime* (2010) 13 75 (zit. Thoumi, Policy Options)
- Tran, Vincent et al, 'Assessing Drug Consumption Rooms and Longer Term (5 Year) Impacts on Community and Clients' *Risk Management and Healthcare Policy* (2021) 14 4639
- United Nations Conference for the Adoption of a Single Convention on Narcotic Drugs, *Official Records, Vol. II*, UN Doc E/CONF.34/24/Add.I (1961) (zit. UN Conference, Official Records 1961, Vol. II)
- United Nations General Assembly, *Secretary-General Calls on All Nations to Say 'Yes' To Challenge of Working Towards Drug-Free World*, Press Release GA/9411 (1998), abrufbar unter <<https://www.un.org/press/en/1998/19980608.ga9411.html>> (zit. UN GA, Press Release)
- United Nations General Assembly Special Session, *Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction*, UNGASS Res. S-20/3, 20th Special Sess., UN Doc A/RES/S-20/3 (1998) (zit. UNGASS 1998, Res. S-20/3)

- United Nations Office on Drug Control and Crime Prevention, 'Legal Trade in Narcotics in 1949' *Bulletin on Narcotics* (1951) 3 32
- United Nations Office on Drug Control and Crime Prevention, *Demand Reduction, A Glossary of Terms*, New York: UN Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000 (zit. UNODCCP, Demand Reduction)
- United Nations Office on Drug Control and Crime Prevention, *World Drug Report 2000*. Wien: United Nations, 2000
- United Nations Office on Drugs and Crime, 'Bolivia to re-accede to UN drug convention, while making exception on coca leaf chewing' (Web page, undated) <<https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2013/January/bolivia-to-re-accede-to-un-drug-convention-while-making-exception-on-coca-leaf-chewing.html>>
- United Nations Office on Drugs and Crime, 'UNODC's work is based around five normative areas of activity' (Web page, undated) <https://www.unodc.org/images/about-unodc/activity-areas_1100x1251px.jpg>
- United Nations Office on Drugs and Crime, 'CND Votes on Recommendations for Cannabis and Cannabis-Related Substances' (Web page, 3. Dezember 2020) <<https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2020/December/cnd-votes-on-recommendations-for-cannabis-and-cannabis-related-substances.html>>
- United Nations Office on Drugs and Crime, *2021 World Drug Report*, Wien: United Nations Publication, 2021 (zit. UNODC, World Drug Report 2021 (Booklet Nr.))
- United Nations Office on Drugs and Crimes, *2008 World Drug Report*, Wien: United Nations Publication, 2008 (zit. UNODC, World Drug Report 2008)
- United Nations Office on Drugs and Crimes, *2020 World Drug Report*, Wien: *United Nations Publication*, 2020 (zit. UNODC, World Drug Report 2020 (Booklet Nr.))
- United Nations Secretary General, *Commentary on the Draft Single Convention*, UN Doc E/CN.7/AC.3/4/Rev.1 (1952)
- United Nations Secretary-General, *Commentary on the Single Convention*, UN Doc E/CN.7/AC.3/4/Rev.1 (1952) (zit. UN Secretary-General, 1961 Commentary)
- United Nations Secretary-General, *Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988*, UN Doc E/CN.7/590 (1998) (zit. UN Secretary-General, 1988 Commentary)
- Waldmann, Bernhard, Eva Maria Belser und Astrid Epiney (Hrsg.), *Schweizerische Bundesverfassung (BV), Basler Kommentar*, Basel: Helbing Lichtenhahn, 2015 (zit. BSK BV-Bearbeiter/in)

- Walsh, John und Martin Jelsma, 'Regulating Drugs: Resolving Conflicts with the UN Drug Control Treaty System' *Journal of Illicit Economies and Development* (2019) 1 266
- Weisman, Jonathan, 'House Votes to Decriminalize Cannabis' New York Times (online), 1. April 2022 <<https://www.nytimes.com/2022/04/01/us/politics/marijuana-legalization.html>>
- Woodiwiss, Michael und David R. Bewley-Taylor, *The Global Fix: The Construction of a Global En-forcement Regime*, Amsterdam: Transnational Institute, TNI Briefing Series, 2005
- World Health Organisation, *Evidence for Action Technical Papers, Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users*, Genf: World Health Organisation, 2004
- World Health Organization und Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *Position paper, Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*, Genf: 2004 (zit. WHO, UNODC und UNAIDS, Position paper)
- World Health Organization, *Ensuring balance in national policies on controlled substances, Guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, Genf: World Health Organization, 2011 (zit WHO, Ensuring balance)
- World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crimes und Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Pre-vention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*, Genf: 2. Aufl., 2012 (zit. WHO, UNODC und UN-AIDS, Technical Guide)
- Zhou, Yongming, *Anti-drug Crusades in Twentieth-Century China, Nationalism, History and State Building*, Oxford: Rowman & Littlefield, 1999
- Zitt, Robert C., 'Should I Stay or Should I Go?: Why Bolivian Tactics and U.S. „Flexibility“ Undermine the Single Convention on Narcotic Drugs' *Brooklyn Journal of International Law* (2016) 42 525
- [s.n.], 'CND 63rd Session Reconvened – Wednesday, 2 December 2020' (Web page, 2. Dezember 2020) <<http://cndblog.org/2020/12/cnd-63rd-session-reconvened-tuesday-2-december-2020/>>

Materialienverzeichnis

Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung über die Genehmigung des Einheits-Übereinkommens über die Betäubungsmittel (Vom 20. März 1968), BBl 1968 I 757 (Botschaft EHÜ)

Botschaft über den Beitritt der Schweiz zu zwei internationalen Betäubungsmittel-Übereinkommen sowie über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 22. Juni 1994, BBl 1994 III 1273 (zit. Botschaft Protokoll)

Botschaft zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Pilotversuche mit Cannabis) vom 27. Februar 2019, BBl 2019 2529 (zit. Botschaft Pilotversuche)

Ravin v State of Alaska: An Outdated ‘Product of its Time’, or an ‘Enlightened’ Personal Liberties Approach to the Marijuana Debate?

JAMES FINNIMORE

Table of Contents

I. Introduction	63
II. Courts, Culture, and Cannabis in 1970’s Alaska	67
1. Historical Identity of Alaskan Culture and Society	67
2. The State of Alaska’s Legal System	68
3. Marijuana Use, Legality, and Support for Decriminalisation	70
III. Ravin v State	72
1. Pretrial & Decision	72
2. Expounding of Alaska’s Constitutional Privacy Right	73
3. Application of Legal Tests Embodying Liberalist Principles	74
4. Progressive Typification of Marijuana’s Harms	75
IV. Ravin’s Application on other US State Courts, and Criticisms	77
1. Broad Constitutional Interpretation	77
2. Real-World Tensions	80
3. Over-Emphasis on Liberal Ideals	80
V. Praise and Echoes	81
1. South America in the Late 20 th Century	82
2. 21 st Century: Spread to Other Jurisdictions	84
VI. Lessons from Ravin and its Relatives: Application of the new Human Rights Approach	86
1. A Better Approach to the Drug Legalisation Debate	86
2. Robustness of Judicial Decision-Making	88
3. The Importance of Not Closing the Door	89
VII. Conclusion	89
Bibliography	90

I. Introduction

On the evening of 11 December 1972, in Fairbanks, Alaska, Irwin Ravin was pulled over by police for driving with a broken taillight.¹ Ravin, a local attorney, had been on the lookout for a test case through which to

¹ *Ravin v State of Alaska*, 537 P.2d 494, 494 (Alaska 1975) (*‘Ravin’*).

challenge the constitutionality of Alaska's marijuana laws, which he deemed 'unjust'.² Just two nights earlier, he and his business partner and fellow attorney Robert Wagstaff had agreed that the 'legal and political climate in Alaska' was right for such a case.³ Thus, knowing that he had two 'joints' in his coat pocket, when stopped by police Ravin refused to sign the traffic citation given to him, and effectively forced his arrest.⁴ After arriving at the police station, the joints were found, and Ravin was charged with their possession.⁵ Describing the incident in 1990, Ravin recalled, 'I made them arrest me, and then gave them the pot.'⁶

In the case brought before the Alaska Supreme Court, *Ravin v State of Alaska* ('*Ravin*') in 1975,⁷ it was unanimously held that an express right to privacy, enshrined within Alaska's Constitution, protected an adult's ability to possess and use a small amount of marijuana at home for personal use, and thus rendered laws prohibiting such use invalid. In *Ravin*'s immediate aftermath, the decision was heralded as 'a progressive, enlightened and unprecedented ruling',⁸ that 'should prove persuasive' in other States.⁹ However, in the almost 50 years since *Ravin*, that has not proven to be the case. Despite the close resemblance of Alaska's privacy right with other US state constitutions,¹⁰ *Ravin* remains the only decision of a US state or federal court finding in favour of a constitutionally enshrined privacy right protecting a degree of marijuana use and possession. The refusal of other US state courts to embrace *Ravin* has prompted some more recent commentators to re-consider its contemporary relevance, and

2 Robert Black, 'Cannthropology: Legalizing the Last Frontier – How the second-to-last state to join the Union became the second state to decriminalize marijuana' (Web page, 1 December 2021); 'Use of Marijuana in Home Legalized by Alaska Court' *New York Times*, (New York, 28 May 1975) 8.

3 Patrick Anderson, *High in America*, (2015) 207.

4 'Test Case on Pot', *Anchorage Daily News* (Anchorage, 21 April 1973) 20.

5 *Ravin* (n 1) 494.

6 Black (n 2).

7 *Ravin* (n 1) 494.

8 Janet Breece, 'Ravin v State: Marijuana Use in the Home Protected by Right of Privacy' *North Carolina Central Law Review* (1975) 7(1) 163, 163.

9 Bruce Brashers, 'Marijuana Prohibition and the Constitutional Right of Privacy: An Examination of *Ravin v. State*' *Tulsa Law Journal* (1975) 11 563, 565.

10 See e.g., *Arizona Constitution* Article II, § 8; *California Constitution* art I, § 1; *Florida Constitution* Art. I, § 23; *Hawaii Constitution* Art. I, § 5; *Illinois Constitution* Art. I, § 6; *Louisiana Constitution* Art. I, § 5; *Montana Constitution* Art. II, § 10; *South Carolina Constitution* Art. I, § 10.

question whether the decision was ‘like so many other artifacts of the 1970’s... too much a product of its time’.¹¹

Through an examination of the context in which the *Ravin* decision was made—namely, Alaska’s socio-cultural ‘zeitgeist’, the circumstances of Alaska’s fledgling judicial system, and legal and scientific attitudes toward marijuana in the 1970’s—this chapter partially agrees with the view that *Ravin* was a product of circumstance. In addition, through analysis of criticisms levelled at the Court’s decision, this chapter will also explain why *Ravin* has proven unpersuasive in other US states. By illuminating the emerging international trend of national courts finding similarly to the Alaska Supreme Court in *Ravin*, it is argued that, despite being catalyzed by such a unique confluence of factors, that Court’s application of an approach to constitutional interpretation which attempts to deny weight to ‘notions of morality’ and places an emphasis on individual liberty was ‘enlightened’, and provides valuable lessons that ought to be considered in any evaluation of prohibitory marijuana laws.

This discussion takes on heightened relevance in the current context. Today, there is growing realisation that the so-called ‘war on drugs’ has failed.¹² Marijuana has been described as ‘at a pivotal moment’ in the unravelling of the previously almost ubiquitous prohibition internationally.¹³ As of 2020, over 50 countries around the world have either decriminalised or legalised marijuana use, and a wave of commercial forces have moved in to capitalise on subsequent business opportunities.¹⁴ In most cases of marijuana legalisation, other policy aims have assumed primacy at the expense of individual liberty-based arguments; such as leveraging the marijuana industry’s economic benefits;¹⁵ improving public health,¹⁶ and

11 Eric Johnson, ‘Harm to the Fabric of Society as a Basis for Regulating Otherwise Harmless Conduct: Notes on a Theme from *Ravin v. State*’ *Seattle University Law Review* (2003) 27(1) 41, 41.

12 Global Commission on Drug Policy, *War on Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy* (2011) 17; Glenn Greenwald, ‘Do Adults Have a Privacy Right to Use Drugs? Brazil’s Supreme Court Decides’, *The Intercept* (online), 11 September 2015.

13 Toby Seddon, ‘Immoral in Principle, Unworkable in Practice: Cannabis Law Reform, the Beatles and the Wootton Report’ *British Journal of Criminology* (2020) 60(6) 1567, 1568.

14 See *ibid.*

15 Christopher Stiffler, *Amendment 64 would produce \$60 million in new revenue and savings for Colorado*, Colorado Centre on Law and Policy (2012) 1.

enhancing public security.¹⁷ A recent example, New Zealand's proposed marijuana legalisation bill, tabled in October 2020, had the stated aim of reducing the harms associated with cannabis and restricting minors' access to it.¹⁸

Marijuana reform remains a controversial political issue in many places. In the world's first recreational marijuana legalisation referendum held in 2020, 50.7% of New Zealanders voted against implementation of the legalisation bill, leading the New Zealand government to side-line any legislative change to marijuana's legal status for 'the foreseeable future'.¹⁹ Despite numerous US states having legalised recreational marijuana use,²⁰ it remains a 'Schedule I' narcotic under US Federal drug legislation²¹—a class reserved for drugs with the most 'serious potential for misuse and no medical benefit'.²² Also classified within Schedule I is heroin, along with other opiates.²³

It follows from these examples that, while marijuana is having a 'high time' at present, the debate is far from over. Scholars note the similarities between alcohol prohibition in the United States during the early 20th Century and the ongoing illegality of marijuana—in both cases, it is claimed that state regulation was guided largely by 'puritanical moral views' harboured within a societal majority.²⁴ As such, recognizing judicial approaches that scrutinize the impact of marijuana legislation on individual freedoms, a

16 Task Force for the Legalization and Regulation of Cannabis in Canada, Government of Canada, *The Final Report of the Task Force on Cannabis Legalization and Regulation* (2016) 100.

17 Rosario Queirolo et al, 'Why Uruguay legalized marijuana? The open window of public insecurity' *Addiction* (2018) 114(7) 1313, 1313.

18 Parliamentary Counsel, *Cannabis Legalisation and Control Bill. Exposure Draft for Referendum, Explanatory Note*, (NZ 2020) 1.

19 Marta Rychert and Chris Wilkins, 'Why did New Zealand's referendum to legalise recreational cannabis fail?' *Drug and Alcohol Review* (2021) 40 877, 879.

20 Ilaria Di Gioia, 'Intrastate Conflicts and Lessons Learnt from Marijuana Legalization' *Fordham Urban Law Journal* (2022) 4 617, 617.

21 *Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970* (United States), Schedule 1, Pub.L. 91–513, 84 Stat. 1236 ('*Drug Act 1970*').

22 *Ibid.*

23 See *ibid.*

24 Eric Blumenson and Eva Nilsen, 'Liberty Lost: The Moral Case for Marijuana Law Reform' *Indiana Law Journal* (2010) 85 279, 281 ('*Liberty Lost*'); James Bakalar and Lester Grinspoon, *Drug Control in a Free Society* (1984) 86.

threshold issue in liberal societies,²⁵ is important in ensuring that historical mistakes made in the regulation of alcohol and tobacco—and indeed with the regulation of marijuana itself both before and since *Ravin*—are avoided, now and in the future.

II. Courts, Culture, and Cannabis in 1970's Alaska

To make sense of the *Ravin* decision, it must be placed in the broader context of Alaskan history and marijuana reformist movements that gathered momentum in the United States and many parts of the world²⁶ during the mid-20th Century. Three elements are of relevance in outlining this context: the historical identity of Alaskan culture and society, the early development of Alaskan jurisprudence under the Alaska Supreme Court, and the socio-legal status of marijuana in the 1970's, both in Alaska and the US mainland.

1. Historical Identity of Alaskan Culture and Society

Since the sale of Alaska by Russia to the United States in 1867,²⁷ commentators have described Alaskan society as being marked by a 'longstanding tradition and respect for individuality'.²⁸ Much of this can be traced back to the State's early settlers, many of whom had travelled north from the mainland either seeking fortune during the Klondike gold rush in the winter of 1897-1898;²⁹ were 'on the run' from misfortune; or simply sought 'frontier' refuge from the constraints of the mainland's burgeoning cities and communities.³⁰ Susan Orlansky and Jeffery Feldman note that Alaska's community values have historically been underscored by a 'high level of tolerance for personal idiosyncrasy, unconventional thought and

25 Blumenson and Nilsen, *Liberty Lost* (n 24) 281.

26 See generally Seddon (n 13).

27 Claus Naske and Herman Slotnick, *Alaska: A History of the 49th State* (2nd ed, 1994) 60–61.

28 Susan Orlansky and Jeffery Feldman, 'Justice Rabinowitz and Personal Freedom: Evolving a Constitutional Framework' *Alaska Law Review* (1998) 15 1, 2.

29 Stephen Haycox, *Battleground Alaska: Fighting Federal Power in America's Last Wilderness* (2016) 17.

30 Mary Mangusso, *Interpreting Alaska's history: an Anthology* (1994) 5.

lifestyle’, and a deep respect for personal privacy.³¹ Concordantly, Mary Ehrlander, discussing Alaskan culture before and after the state’s 1916 alcohol referendum, described the then US-territory as embracing ‘masculine frontier norms’—some of which, Ehrlander notes, ‘tolerated and even encouraged risky behaviors’³²—alongside ‘anti-authoritarian attitudes and [an] emphasis on individual rights’.³³

2. The State of Alaska’s Legal System

Although several early Alaskan legal decisions underscored this value placed on individual liberty,³⁴ as Alaska was governed as a federal territory prior to becoming the 49th State of the Union in 1959,³⁵ these decisions were ultimately subject to legal precedent established on the American mainland, and thus guided by a ‘different culture’.³⁶ Indeed, prior to statehood, appeals from Alaskan territorial courts were heard by the United States Court of Appeals for the Ninth Circuit, located in San Francisco.³⁷

Following the achievement of Alaskan statehood in 1959, and subsequent implementation of the Alaska Constitution,³⁸ the challenge of melding uniquely Alaskan values into a coherent model of constitutional law fell upon the newly-formed State Judiciary, led by the Alaska Supreme Court.³⁹ Commentators have identified several factors influential in this initial consolidation of Alaskan constitutionalism; including, the pre- and post-statehood influence of the federal government, Alaska’s late admission to the Union, Alaska’s physical, social and political geography, and a recognition of the Alaskan community’s strong commitment to individual

31 Orlansky and Feldman (n 28).

32 Mary Ehrlander, ‘The Paradox of Alaska’s 1916 Alcohol Referendum: A Dry Vote within a Frontier Alcohol Culture’ *The Pacific Northwest Quarterly* (2010) 102(1) 29, 40.

33 *Ibid.* 29.

34 See e.g., *Glover v. Retail Clerk’s Union Local 1392*, 10 Alaska 274 (D. Alaska 1942); *Smith v. Suratt*, 7 Alaska 416 (D. Alaska 1926).

35 See Gerald McBeath and Thomas Morehouse, *Alaska Politics and Government* (1994) 7.

36 Orlansky and Feldman (n 28).

37 *Ibid.*

38 Gerald McBeath, *The Oxford Commentaries on the State Constitutions of the United States: The Alaska Constitution* (2011) 21 (*‘The Oxford Commentaries’*).

39 Orlansky and Feldman (n 28).

rights.⁴⁰ These factors—alongside what has been described as a deliberate move by the Alaska Supreme Court to distance itself from contemporaneous changes to the ‘judicial philosophy’ of the United States Supreme Court, brought about by the appointment of four additional conservative justices by then-President Richard Nixon⁴¹—resulted in the former gradually adopting a proactive, Alaskan-focussed interpretation of the state constitution that distinguished it from its federal counterpart.⁴²

This distinct Alaskan approach was first explicitly stated in *Roberts v State*.⁴³ There, the Alaska Supreme Court expressed the view that it was ‘not bound’ by the United States Supreme Court and carried a ‘right and obligation’ to conduct independent, and oftentimes distinct, interpretation of the Alaska constitution.⁴⁴ Fuller meaning to this notion was given in *Baker v City of Fairbanks*,⁴⁵ where the Court specified that it had a duty to ‘move forward’ and interpret the constitutional provisions more broadly than its federal counterpart.⁴⁶

As the original Declaration of Rights incorporated into the Alaskan Constitution did not contain any express right to privacy,⁴⁷ that was not an area wherein the Court initially sought to actively develop Alaskan law.⁴⁸ For the first decade of their existence, Alaskan courts had mostly viewed privacy as a matter for federal courts and the federal constitution,⁴⁹ and had generally given little consideration to the scope and extent of the right.⁵⁰ In *Breese v Smith*,⁵¹ the Alaska Supreme Court delivered its only major opinion relating to privacy rights prior to the

40 Clive Thomas, Kristina Klimovich and Laura Savatgy, *Alaska Politics and Public Policy: The Dynamics of Beliefs, Institutions, Personalities, and Power* (2016) 608.

41 Orlansky and Feldman (n 28) 4.

42 *Ibid* 2.

43 458 P.2d 340 (Alaska 1969) 342–343.

44 *Ibid* 342.

45 471 P.2d 386 (Alaska 1970) 401.

46 *Ibid*.

47 Ronald Nelson, ‘Welcome to the Last Frontier, Professor Gardner: Alaska’s Independent Approach to State Constitutional Interpretation’ *Alaska Law Review* (1995) 12(1) 1, 7.

48 John Grossbauer, ‘Alaska’s Right to Privacy Ten Years After *Ravin v. State*: Developing a Jurisprudence of Privacy’ *Alaska Law Review* (1985) 2(1) 159, 165.

49 Nelson (n 47).

50 Grossbauer (n 48) 161.

51 501 P.2d 159 (Alaska 1972).

Constitutional privacy amendment of 1972.⁵² In that case, which involved a challenge made by a student to a school hair length limitation,⁵³ the Court found that a de-facto right to privacy existed under the Alaska Constitution's right to liberty,⁵⁴ which captured the personal right of students to select their own individual hairstyles.⁵⁵ Though it was available to them, the Court opted not to determine the case on federal grounds, citing disagreement over the nature of privacy rights between state and federal courts.⁵⁶ At the federal level, commentators have noted that the right to privacy was 'not well-defined'.⁵⁷ Despite the wide scope of cases having been brought before the US Supreme Court on the matter, it had primarily been construed as capturing 'the right to be left alone,' the right of marital privacy, and the privacy of the home.⁵⁸

Following the decision in *Breese*,⁵⁹ and spurred on by concerns about electronic police surveillance and the possible state abuse of computerized information systems,⁶⁰ the Alaska Constitution was amended in 1972 to include a specifically enumerated right of privacy.⁶¹ This amendment, included under Section 22, specifically provided: 'the right of the people to privacy is recognized and shall not be infringed'.⁶² Thus, with the introduction of this guarantee, and amidst the Supreme Court's embrace of expansive constitutional interpretation, the opportunity for the Court to entrench a unique 'Alaskan' privacy right into judicial precedent was ripe.

3. Marijuana Use, Legality, and Support for Decriminalisation

Echoing statutory proscription at the federal level,⁶³ possession and use of marijuana in early-1970's Alaska was unlawful pursuant to Alaska Statute

52 Ibid 165.

53 *Breese v Smith* 501 P.2d 159 (Alaska 1972) 159.

54 *Alaska Constitution* Art. I § I; Grossbauer (n 48) 166.

55 *Breese v. Smith* (n 53) 170.

56 Ibid 166.

57 Nelson, (n 47) 17.

58 *Griswold v. Connecticut*, 381 U.S. (1985) 479, 484 ('*Griswold*').

59 David Rohrer, 'Constitutional Law – Right of Privacy – Possession of Marijuana' (1976) (1) *Wisconsin Law Review* 305, 318.

60 McBeath, *The Oxford Commentaries* (n 38) 72.

61 *Alaska Constitution* Art. I § 22 (1972).

62 Ibid.

63 See *Drug Act 1970* (n 21).

(‘AS’) 17.12.010. Except for Oregon, which abolished criminal penalties for possession of small quantities of marijuana in 1973,⁶⁴ this position was shared by every other US state.⁶⁵ At a social level, however, marijuana use in the United States was common. Following a rapid rise in usage during the 1960’s, marijuana consumption developed into a widespread social practice in the 1970’s.⁶⁶ This was also the case in Alaska:⁶⁷ research conducted in the early 1970’s showed that 36.6% of Anchorage senior school students had used illegal drugs on at least one occasion, the most common of which was marijuana.⁶⁸

Accompanying the wide-spread use of marijuana were calls for its decriminalization, in both Alaska and the mainland, made by a host of scientific, medical, and legal organizations.⁶⁹ The most notable of these was the National Commission on Marihuana and Drug Abuse, which had recommended decriminalization of private possession for personal use in 1972.⁷⁰ These calls were soon heeded by state legislatures. Roughly a week after the *Ravin* opinion was delivered, Alaska relaxed the application of AS 17.12.010—the statute Irwin Ravin was charged under—and decriminalised possession of up to one ounce of marijuana in public, and any amount in private.⁷¹ By 1978, a total of eleven states had, in some way, enacted similar measures decriminalising small amounts of marijuana possession.⁷²

64 *Oregon Revised Statutes*, § 167.207(3) (1973).

65 Eric Single, ‘The Impact of Marijuana Decriminalization’ in Yedy Israel et al (eds), *Research Advances in Alcohol and Drug Problems* (1981) 405, 410.

66 James Slaughter, ‘Marijuana Prohibition in the United States: History and Analysis of a Failed Policy’ *Columbia Journal of Law and Social Problems* (1988) 21(4) 417, 417.

67 See Lynda Mae Wong, ‘Ravin v. State: A Case for Privacy and Possession of Pot’ *UCLA Alaska Law Review* (1975) 5(1) 178, 178.

68 Bernard Segal, *Drug-Taking Behavior Among School-Aged Youth: The Alaska Experience and Comparisons with Lower-48 States* (1990), np.

69 *Ravin* (n 1) 512.

70 *Ibid.*

71 See Act of 1975 § 1, 1975 Alaska Sess. Law Ch.110, 2; Jason Brandeis, ‘The Continuing Vitality of *Ravin v. State*: Alaskans Still Have a Constitutional Right to Possess Marijuana in the Privacy of Their Homes’ *Alaska Law Review* (2012) 29(2) 175, 181 n 37 (‘*The Continuing Vitality*’).

72 See Single (n 65).

III. *Ravin v State*

1. Pretrial & Decision

Following his arrest, Irwin Ravin was brought to the District Court in May 1973.⁷³ Here, he forwarded a motion to dismiss on the basis that the State, in charging him under AS 17.12.010, had ‘violated’ his constitutional right of privacy at both state and federal levels, as well as breaching the equal protection provisions under each constitution.⁷⁴ Ravin’s motion was underpinned by two arguments: first, that there was no ‘legitimate state interest’ in prohibiting adult possession and use of marijuana, given the existence of both constitutional privacy rights; and second, in view of the legal status of alcohol and tobacco, that the classification of marijuana as a dangerous drug denied him due process and equal protection of law.⁷⁵

Following the denial of his motion in the District Court on the ground that the law was constitutional,⁷⁶ and the upholding of that denial by the Superior Court,⁷⁷ Ravin successfully petitioned for review to the Alaska Supreme Court.⁷⁸ While Ravin’s equal protection and due process claim was struck down,⁷⁹ his privacy claim succeeded in part, with the Alaska Supreme Court unanimously finding that state’s marijuana law was unconstitutional insofar as it prohibited use and consumption within the home. The reasoning explored by the Court in its reasons, authored by Chief Justice Rabinowitz, is noteworthy for three reasons: first, for its broad expounding of the privacy right contained within the Alaska Constitution; second, for its application of legal tests—underpinned by liberal principles—in determining whether the State’s law infringed these privacy rights; and third, for its typification of marijuana’s harms, both to society and to individuals, in relation to these tests.

73 Black (n 2).

74 *Ravin* (n 1) 494.

75 *Ibid.*

76 Black (n 2).

77 *Ravin* (n 1) 496.

78 *Ibid.*

79 *Ibid* 502.

2. Expounding of Alaska’s Constitutional Privacy Right

Following a review of US Supreme Court decisions regarding the federal right to privacy—which the Alaska Supreme Court found ‘only arises in connection with other fundamental rights’⁸⁰—a separate inquiry was conducted into the extent to which privacy was protected under the Alaskan Constitution.⁸¹ In doing so, the Court took specific note of the privacy right it had established in *Breese*, as well as the recent amendment to the Alaska Constitution and its terms.⁸²

Though it recognised the independent existence of Alaska’s privacy guarantee, the Court distinguished Ravin’s case from *Breese*. It found that, unlike the right to personal appearance discussed in that case, the guarantee of privacy did not create a fundamental, or general, right to use or possess marijuana.⁸³ Notwithstanding this, consideration was given to the notion that, despite not being a fundamental right, a right to marijuana possession and use could exist within the privacy of the home.⁸⁴ In forming this view, the Court recognised emphasis placed on the home within various Alaskan statutes,⁸⁵ the intent of the ‘[t]he privacy amendment to the Alaska Constitution... to give recognition and protection to the home’,⁸⁶ and a long line of US Supreme Court decisions affirming its significance vis-à-vis the Federal Bill of Rights.⁸⁷ In particular, their honours gave credence to the US Supreme Court’s opinion in *Griswold v. Connecticut*,⁸⁸ and its subsequent decision in *Stanley v Georgia*,⁸⁹ which established that discussions of a constitutional right to privacy take on ‘an added dimension’ within the home.⁹⁰ Acknowledging these decisions, the Alaska Supreme Court found that if there is ‘any area of human activity to which a right to privacy pertains more than any

80 Ibid 500.

81 Ibid.

82 Ibid.

83 Ibid 502.

84 Ibid 502–503.

85 *Ravin* (n 1) 503 n 42, citing *Alaska Statute* §§ 09.35.090 (repealed 1982), 11.15.100 (repealed 1978), 11.20.080.100 (repealed 1978).

86 Ibid 501.

87 *Ravin* (n 1) 504.

88 *Griswold* (n 58) 479.

89 *Stanley v Georgia* 394 U.S. 557 (1969) (‘*Stanley*’).

90 *Ravin* (n 1) 499; Grossbauer (n 48) 164.

other, it is the home.⁹¹ The Court coupled this federal jurisprudence with the heightened respect for privacy and autonomy that shaped the ‘character of life in Alaska’, noting that Alaska ‘has traditionally been home of people who have chosen to settle or to continue living here in order to achieve a level of control over their lifestyles which is now virtually unattainable in many of our sister states.’⁹²

While *Ravin* was the Alaska Supreme Court’s first opportunity to meaningfully define the scope of the Alaska Constitution’s right to privacy,⁹³ it had held a year earlier, in *Gray v State*,⁹⁴ that the privacy amendment protected ‘the ingestion of food, beverages, and other substances’.⁹⁵ In light of this decision and the aforementioned emphasis on the home, the Court’s finding that the ‘citizens of Alaska have a basic right to privacy in their homes under Alaska’s constitution’, which potentially protected ‘the possession and ingestion of substances such as marijuana in a purely, personal, non-commercial context,’⁹⁶ was, as Andrew Winters describes it, ‘a fairly modest step’.⁹⁷

3. Application of Legal Tests Embodying Liberalist Principles

In determining whether the privacy right did, in fact, capture personal marijuana use within the home, the Alaska Supreme Court applied the ‘rational basis’ test.⁹⁸ Under this test, the State was required to ‘meet its substantial burden and show that proscription of possession of marijuana in the home is supportable by achievement of a legitimate state interest.’⁹⁹ The central question, the Court said, was whether there existed a ‘close and substantial nexus’ between laws proscribing marijuana use within the home and the ‘achievement of a legitimate state interest’, an example of

91 *Ravin* (n 1) 503.

92 *Ravin* (n 1) 504.

93 Brandeis, *The Continuing Vitality* (n 71) 181.

94 *Gray v State* 525 P.2d 524 (Alaska 1974).

95 *Ibid* 528.

96 *Ibid* 504.

97 Andrew Winters, ‘Ravin Revisited: Do Alaskans Still Have a Constitutional Right to Possess Marijuana in the Privacy of their Homes?’ *Alaska Law Review* (1998) 15 315, 318.

98 *Ravin* (n 1) 497–498.

99 *Ibid* 504.

which included harm to the ‘public health or welfare’.¹⁰⁰ In applying this test, the Court was guided by what it stated was a ‘basic’ principle: namely, that the ‘authority of the state to exert control over the individual extends only to activities of the individual which affect others or the public at large’.¹⁰¹ Inherent in this view—closely resemblant of John Stuart Mill’s ‘harm principle’¹⁰²—is the notion that the State could be justified in imposing upon individuals ‘its own notions of morality, propriety, or fashion’ only in circumstances where individual conduct begins to substantively infringe on the rights and welfare of others.¹⁰³ In its effort to locate the threshold between an individual’s private activity and cognisable harm to the public welfare, the Court reasoned that drug use, despite only directly harming the user, can have an indirect effect on society. Explaining this idea, the Court’s opinion gives the example of a drug with effects so potent that it would result in ‘numbers of people becoming public charges or otherwise burdening the public welfare’. In such a case, his Honour wrote, the resultant damage to the ‘fabric of society’ could justify complete state prohibition of the drug, and thus the extension of state control into the home.¹⁰⁴

4. Progressive Typification of Marijuana’s Harms

The application of this reasoning by the Alaska Supreme Court led to its second finding: that marijuana did not qualify as the kind of harmful substance, either to individuals or broader society, that displaced the burden of justifying government intervention within the home. This finding followed consultation of scientific evidence tabled by both Ravin and the State—the latter of whom sought to show that marijuana caused violent criminal behaviour and long-term psychological problems, among other complications¹⁰⁵—and recognition of the weight of scientific and

¹⁰⁰ Ibid 511.

¹⁰¹ Ibid 509.

¹⁰² The ‘harm principle’ provides that individuals may act as they wish insofar as they do not cause harm to others (John Stuart Mill, *On Liberty* (1859); see also Michael Perry, ‘Substantive Due Process Revisited: Reflections on (and beyond) Recent Cases’ *Northwestern University Law Review* (1976) 71(4) 417, 431.

¹⁰³ Ibid 509.

¹⁰⁴ Ibid 507.

¹⁰⁵ Ibid 504.

legal support calling for marijuana's decriminalisation.¹⁰⁶ Despite determining that the scientific position on marijuana's harm was 'inconclusive',¹⁰⁷ the Court nonetheless reasoned that its effects on the individual, in concert with the patterns of societal use, were 'not serious enough to justify widespread concern'.¹⁰⁸ In the Court's view, this was particularly so when compared to the 'far more dangerous' effects of other substances, including alcohol, barbiturates, and amphetamines.¹⁰⁹

The Court was cautious in determining the extent to which personal marijuana use remained an individual activity capable of being protected under the privacy right. Evidence relating to marijuana's effects on time perception, attentiveness, and motor functions, as well as the 'maturity' one requires to 'handle the experience [of marijuana use] prudently',¹¹⁰ grounded their Honours' finding that AS 17.12.010 remained constitutional as it pertained to drivers and minors.¹¹¹ Similarly, it was found that the privacy protection did not invalidate the State's prohibition on public marijuana possession and use, distribution, as well as possession of quantities indicative of an intent to distribute.¹¹²

The Court also emphasised that it did not condone the use of marijuana or other drugs.¹¹³ This view was based in the belief that individuals could best achieve their duty to 'live responsibly, for our own sakes and society's... without the use of psychoactive substances'.¹¹⁴ In so doing, however, the Court also recognised that this opinion was underpinned by personal 'notions of morality, propriety or fashion',¹¹⁵ and not any 'tangible adverse affects' shown, on the evidence, to be posed by the personal use of marijuana within the home.¹¹⁶

106 *Ravin* (n 1) 512.

107 *Ibid* 510.

108 *Ibid* 509.

109 *Ibid*.

110 *Ibid* 511.

111 *Ibid* 510–511.

112 *Ibid* 511.

113 *Ibid*.

114 *Ibid* 512.

115 *Ibid* 509.

116 *Johnson* (n 11) 42.

IV. Ravin's Application on other US State Courts, and Criticisms

Reactions to the *Ravin* decision, and to the legislative decriminalization of marijuana use that occurred simultaneously, were mixed. While supporters of marijuana reform celebrated the decision—which made Alaska (except for Nepal) the only jurisdiction in the world to legalize some degree of marijuana use and possession,¹¹⁷ the polarized public response it received thrust Alaska into ‘unwanted national controversy’.¹¹⁸ The Alaska Supreme Court, for its distinctive interpretation of its State Constitution and guidance by liberal ideals, also attracted criticism from a variety of legal commentators. These criticisms, in conjunction with the refusal of other state courts to emulate the decision, serve to underscore the uniqueness of, and arguably illuminate the shortcomings within, *Ravin*.

1. Broad Constitutional Interpretation

Following *Ravin*, a multitude of ‘copy-cat’ applicants in other states sought to rely on privacy rights embodied within their own state constitutions to protect marijuana use and possession in the home. However, no other state Supreme Court reached the same conclusion as the Alaska Supreme Court.¹¹⁹ While, in many of these cases, claimants failed on account of their state constitutions lacking an express privacy provision,¹²⁰ Supreme Courts in states with such privacy provisions have nonetheless refrained from applying the broad interpretation elucidated in *Ravin* on account of differences in their constitutional traditions.¹²¹ A notable example of this emerged two years after *Ravin*, where, in finding that Arizona’s textually-similar privacy provision did not protect personal marijuana use within

117 New York Times (n 2).

118 Winters (n 97) 343.

119 See e.g., *State v Murphy*, 570 P.2d 1103 (Alaska 1975), 1073; *Laird v State*, 342 So. 2d 962 (Florida 1977), 965 (*‘Laird’*); *Renfro*, 542 P.2d 366 (Hawaii 1975), 368–69; *State v Baker*, 535 P.2d 1394 (Hawaii 1975), 1399–1400 (*‘Baker’*); *State v Kincaid*, 566 P.2d 763 (Idaho 1977), 765 (*‘Kincaid’*); *State v Anderson*, 558 P.2d 307 (Washington 1976), 309–10 (*‘Anderson’*).

120 See e.g., *Kincaid* (n 119) 765; *Laird* (n 119) 965; *Anderson* (n 119) 309.

121 *Baker* (n 119) 1400.

the home, the Arizona Supreme Court noted that Alaska's method of constitutional interpretation 'stands alone'.¹²²

One aspect of this isolation derives from the Alaska Supreme Court's use of *Stanley* to found a privacy right centring on the home.¹²³ Predicting in 1977 that the possibility of other states following *Ravin* was 'remote', Thomas Hindes contends that, while general mention to a right to privacy was made by the US Supreme Court in *Stanley*, the opinion was 'unmistakeably directed' at promoting free speech values under the federal constitution's First Amendment.¹²⁴ Indeed, while referencing *Stanley*'s holding that the state has 'no business telling a man, sitting alone in his own house, what books he may read or what films he may watch',¹²⁵ the Alaska Supreme Court did not meaningfully address the caveat the US Supreme Court placed on its application: namely, that it did not diminish the state's power to 'make possession of other items... such as narcotics... a crime'.¹²⁶

The most compelling criticisms of the Alaska Supreme Court's approach arise from its interpretation of the Alaskan constitution through the lens of Alaskan 'values, ideals and beliefs', and intent to distinguish itself from interpretations of the right to privacy made by the United States Supreme Court.¹²⁷ For this, James Gardner has criticised the Alaska Supreme Court for falling into a broader theme of state courts interpreting their constitutions through the lens of 'romantic sub-nationalism',¹²⁸ whereby the 'character and fundamental values of the state polity'¹²⁹ is relied upon to determine 'difficult cases' involving state constitutional interpretation.¹³⁰ The primary shortcoming of this state-centric approach to interpretation,

122 *State of Arizona v Murphy*, 570 P.2d 11 1070 (Arizona 1977), 1072.

123 See *Illinois NORML Inc v. Scott* 66 Ill. App. 3d 633 (Illinois 1978), 636 ('*Illinois NORML Inc*'); Thomas Hindes, 'Morality Enforcement Through the Criminal Law and the Modern Doctrine of Substantive Due Process' *University of Pennsylvania Law Review* (1977) 126 344, 351.

124 Hindes (n 123) 352.

125 *Stanley* (n 89) 565.

126 *Ibid* 568 n.11; See *Illinois NORML Inc* (n 123) 636.

127 Nelson (n 47) 1.

128 James Gardner, *Interpreting State Constitutions: A Jurisprudence of Function in a Federal System* (2005) 180–275 ('*Interpreting State Constitutions*').

129 *Ibid* 56.

130 James Gardner, 'The Failed Discourse of State Constitutionalism' *Michigan Law Review* (1992) 90(4) 761, 816.

Gardner contends, is that its underlying premise—that states can be understood as a ‘single, unified community’—amounts to a ‘gross oversimplification’¹³¹ which fails to recognise the more substantive bond of national identity, and thus sense of morality, shared between Americans. Developments in the legislative status of marijuana in Alaska post-*Ravin* lent credence to Gardner’s view. Following a state-wide ballot initiative, Alaskans voted to recriminalize marijuana possession and use in 1990.¹³² Commenting on the vote, which prompted debate about *Ravin*’s standing,¹³³ Gardner suggests that the Alaskan character of ‘rugged individualism did not hold out for long against the nationwide hardening in attitudes against drug use.’¹³⁴

While potentially valid in the context of mainland state constitutions, Gardner’s criticism fails to adequately capture Alaska’s constitutional discourse, and the objectives of the Alaska Supreme Court in the early years of statehood. Having the benefit, as the last original statehood constitution, of witnessing the shortcomings of redundant, or overly precise, constitutional drafting in other states,¹³⁵ commentators have noted Alaska’s constitution was created to ‘set broad goals for the new state of Alaska’,¹³⁶ while being orientated firmly ‘toward the future’.¹³⁷ Indeed, as Ronald Nelson notes, ‘the Alaskan Constitution is not merely a weak copy of the United States Constitution,’ but rather, was ‘purposefully customised for the Alaskan experience’.¹³⁸ It stands, therefore, to reason that the Alaska Supreme Court, in its interpretation of the Alaska constitution in the early days of statehood, would do so with the expansive intent first revealed in *Roberts*, and subsequently applied in *Ravin*.

131 Gardner, *Interpreting State Constitutions* (n 128) 56.

132 *Alaska 1990 Initiative Proposal No. 2*, §§ 1–2 (codified at *Alaska Statute* 11.71.060(a)(1)).

133 Brandeis, *The Continuing Vitality* (n 71) 181.

134 Gardner, *The Failed Discourse* (n 130) 816 n 283.

135 Erwin Chemerinsky, ‘Keynote Address: The Alaska Constitution and The Future of Individual Rights’ *Alaska Law Review* (2018) 35 117, 122–123.

136 Robert Williams, ‘Alaska, the Last Statehood Constitution, and Subnational Rights and Governance’ *Alaska Law Review* (2018) 35(2) 139, 139.

137 Nelson (n 47) 7.

138 Nelson (n 47) 7.

2. Real-World Tensions

The Alaska Supreme Court has received further criticism for the practical difficulties flowing from its finding that marijuana's harms bore relevance only insofar as prosecution involved consumption within the 'privacy of one's home'.¹³⁹ Such a finding necessarily questions the justification of imposing punishment upon those selling to the 'home-smokers', particularly in the absence of a state scheme providing for orderly distribution.¹⁴⁰ Describing this tension, Hindes claims that 'it is absurd to talk about a right to use a product when it remains illegal to purchase... and... transport it to the place where it may rightfully be consumed.'¹⁴¹

Later in 1975, the Court had the opportunity to remedy this issue in *Belgarde v State*,¹⁴² which involved a 'Ravin-esque' constitutional challenge to laws prohibiting the sale of marijuana.¹⁴³ There, however, the Court expressly rejected the possibility of extending the *Ravin* principle beyond home use and possession, finding that the public sale of marijuana was not protected under the constitutional right to privacy.¹⁴⁴ While the 'sanctity of the home' is a central concept of the *Ravin* decision, the paradox created by *Belgarde* calls into question the Court's assessment of where personal marijuana use begins to constitute a 'societal harm' justifying state intervention. Specifically, it is difficult to reconcile the view that a marijuana user, acting in a private location outside of their home, would constitute a greater 'harm to others' than they would within it.

3. Over-Emphasis on Liberal Ideals

Finally, the *Ravin* decision has been criticised for the Alaska Supreme Court's apparent endorsement, and 'elevation to constitutional status', of John Stuart Mill's libertarian political worldview.¹⁴⁵ That critique, provided by Michael Perry, posits that the test applied by the court, in determining the constitutionality of Alaska's law prohibiting marijuana use and possession,

¹³⁹ Hindes (n 123) 383.

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² *Belgarde v. State*, 543 P.2d 206, 207–08 (Alaska 1975).

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ Perry (n 102) 431.

should have been whether its objective was legitimate relative to ‘conventional standards of morality’—not whether it offended the ‘harm principle’, which Perry, writing in 1976, claimed was ‘beside the point’.¹⁴⁶ While there are, as mentioned, challenges associated with the Court’s attempt to determine the point at which marijuana use poses a cognisable ‘harm’ to others, use of this framework nonetheless avoids the problematic task of ascertaining what ‘conventional morality’ actually is.¹⁴⁷ Moreover, the *Ravin* approach also provides for ‘neutral’ determinations about the constitutionality of state interventions into the private lives of their citizens—which may not be possible if courts were to adhere solely to the direction of ‘conventional morality’

V. Praise and Echoes

Despite its esoteric nature, and the cogency of criticisms levelled against it, the Alaska Supreme Court’s decision in *Ravin* has received praise for its commitment to the denial of independent weight to ‘notions of morality’ when determining the extent to which laws interfering with an individual’s personal autonomy can be justified as achieving a legitimate state objective.¹⁴⁸ For this general principle, it has been held out as an example of judiciary refocussing on its role in protecting the ‘ideals of individuality and pluralism’ in the face of the ‘seemingly inherent tendency of the state to impose cultural conformity’.¹⁴⁹ The legitimacy of this principle is evident in the growing body of international constitutional law, developed by non-US courts, that has sought to balance constitutional personal autonomy rights and state objectives in proscribing marijuana through a similar framework to that applied by the Court in *Ravin*.¹⁵⁰ In

146 Ibid 433.

147 Hinds (n 123) 377–378 n 143.

148 Johnson (n 11) 41.

149 Perry (n 102), 431; see e.g., *Wisconsin v. Yoder*, 406 U.S. 205 (1972); *Pierce v. Society of Sisters*, 268 U.S. 510 (1925); *Meyer v. Nebraska*, 262 U.S. 390 (1923).

150 *Amparo en revision* 237/2014 (Mexico 2015); *Amparo en revision* 115/2017 (Mexico 2018); *Amparo en revision* 623/2017 (Mexico 2018); *Decision No. C-221/94* (Colombia 1994); ‘Fallo Arriola’ A.891 XLIV (Argentina 2009); *Minister of Justice and Constitutional Development v Prince* 1 SACR 14 (South Africa 2019); *Constitutional Complaint N 1282* (Georgia 2018); *Citizen of Georgia Beka Tsikarishvili v the Parliament of Georgia N/5/592* (Georgia 2015).

aligning these approaches, it is necessary to note that while some courts have found prohibition of personal use unconstitutional on the basis that impugned laws lack a 'legitimate aim', or are disproportionate to the achievement of that aim,¹⁵¹ these considerations were incorporated into the Alaska Supreme Court's interpretation of the concept of privacy itself.¹⁵²

1. South America in the Late 20th Century

The earliest examples of courts applying the *Ravin* framework to constitutional claims against laws prohibiting personal marijuana use can be seen in decisions made by South American courts in the late 20th century. The first of these is the Argentinian Supreme Court's 1986 decision in *Fallo Bazterrica*.¹⁵³ Against a backdrop of national enthusiasm for individual freedom and privacy following the collapse of military rule,¹⁵⁴ in this case the Court found that laws prohibiting marijuana use were in contravention of the right to privacy and personal autonomy enshrined within the Argentinian Constitution.¹⁵⁵ In its analysis, the Court recognised the existence of a private sphere, and emphasised the need to balance protection of it against the state's role in regulating potential dangers to the public health.¹⁵⁶ This private sphere, the Court found, was grounded within Article 19 of the Argentine Constitution, which provides that 'the private actions of men which in no way offend public order or morality, nor injure a third party, are only reserved to God and exempted from the authority of judges.'¹⁵⁷ Subsequently, for the legislature to criminalise marijuana use and possession within the private sphere, it bore the onus of demonstrating that such conduct would affect the

151 Release Legal Emergency & Drugs Service, 'Release in the matter of amparo appeal no 237/2014 of Sociedad Mexicana de Autconsumo Responsable y Tolerante, A.C. y Otros' (Media Release, February 2015).

152 *Ravin* (n 1) 537; R. T. Paschke, 'Personal Use and Possession of Dagga: A Matter of Privacy or Prohibition' *South African Journal of Criminal Justice* (1995) 8(2) 109, 118.

153 *Bazterrica*, CSJN 306 Fallos 1392, 1416 (Argentina 1986) ('*Bazterrica*').

154 Kevin Szmuc, 'A Constitutional Hope: an Alternative Approach to the Right Privacy and Marijuana Laws Using Argentina as an Example' *University of Miami International and Comparative Law Review* (2018) 26(1) 166, 179.

155 *Constitución de la Nación Argentina*, s 19 (Argentina).

156 *Bazterrica* (n 153) 1416.

157 *Constitución de la Nación Argentina* (n 155).

public—examples of which included ‘use in private places that could harm third parties’ or encourage widespread public use.¹⁵⁸ Finding that it could only demonstrate these harms ‘through inference’,¹⁵⁹ the Court determined that the State could not satisfactorily displace this onus, and thus that the law was unconstitutional.

Following the increase in the number of justices on the Argentine Supreme Court from five to nine—and the filling of the additional four positions with—according to some commentators¹⁶⁰—judges aligning with Argentina’s governing neo-liberal government, the Court, in *Fallo Montalvo*,¹⁶¹ reversed the position it had expounded just three years earlier in *Bazterrica*, finding that the law criminalising personal marijuana consumption was constitutional.¹⁶² In reaching this decision, the Court constrained the expansive privacy right it had found previously within Argentina’s Constitution, and stated that questions of marijuana’s harms were, being partly an issue of morality, for the exclusive determination of legislators and beyond the Court’s ambit.¹⁶³ Remarkably, in 2009, this position was again overturned by the Argentine Supreme Court in *Fallo Arriola*.¹⁶⁴ There, in addition to re-applying the *Bazterrica* interpretation of a constitutional privacy right, the Court took the view that the state’s legitimate purpose of protecting public health had, since the decision in *Montalvo*, not been achieved through the re-introduction of prohibitory laws.¹⁶⁵

The other early instance of a South American court applying the broader principles embodied by *Ravin* was in 1994, where the Colombian Constitutional Court found laws criminalising the domestic possession of small quantities of drugs¹⁶⁶ unconstitutional on the basis that they interfered with the constitutional right to personal autonomy.¹⁶⁷ In that case, the Court specified that the laws, in regulating individual conduct

158 *Bazterrica* (n 153) 1416.

159 Szmuc (n 154) 197.

160 Szmuc (n 154) 179.

161 *Montalvo*, CSJN 313 Fallos 1333 (Argentina 1990).

162 *Ibid.*

163 *Ibid.*

164 *Arriola Fallos* (A. 891. XLIV) (Argentina 2009).

165 *Ibid.*

166 Ley 30 de 1986, art. 2, sec. 5, art. 51 (Colombia).

167 *Constitución Política de Colombia*, art. 16 (Colombia).

which did not harm others, applied unilateral conceptions of morality which ought to be determined solely by individuals.¹⁶⁸

2. 21st Century: Spread to Other Jurisdictions

Despite the Canadian Supreme Court overturning a lower court decision approving a constitutional challenge to legislation prohibiting marijuana use in 2003,¹⁶⁹ the 21st Century has seen *Ravin*-esque challenges spread to jurisdictions across the world. During the late 2010's, the highest courts in Georgia, South Africa, and Mexico, applying similar reasoning, reached the same conclusion as the Alaska Supreme Court; finding that laws prohibiting marijuana use, despite advancing legitimate state interests, were not always justified when held against constitutional autonomy protections.

In *Amparo en Revision 237/2014*, the Supreme Court of Mexico, having established that laws prohibiting marijuana use infringed a constitutionally 'protected interest' in privacy under provisions protecting the 'free development of personality', found that there was 'no rational connection' between the legitimate purpose of promoting public health and the prohibition of marijuana use.¹⁷⁰ On that basis, the Court ruled that the laws, as they pertained to personal marijuana use, were disproportionate and unconstitutional.¹⁷¹

The 2018 decision of the South African Constitutional Court in *Minister of Justice and Constitutional Development v Prince*,¹⁷² is particularly noteworthy for its extensive reference to *Ravin*'s broader principles. Agreeing with the High Court of South Africa's finding that a right to privacy was enshrined within Section 14 of the *South Africa Constitution*,¹⁷³ which provides that

168 Michael Pahl, 'Judicial One Hit? The Decriminalization of Personal Drug Use by Colombia's Constitutional Court' *Indiana International & Comparative Law Review* (1995) 6(1) 1, 19.

169 *R. v. Malmo-Levine; R. v. Caine* [2003] 3 S.C.R. 571.

170 *Amparo en Revision 237/2014* (2015) xii-xv (Mexico).

171 *Ibid* xii-xv.xxii.

172 *Minister of Justice and Constitutional Development v Prince (Clarke & Others Intervening); National Director of Public Prosecutions v Rubin; National Director of Public Prosecutions v Acton* (2019) 1 SACR 14 (CC) ('*Prince*').

173 *Ibid* 27 [43].

individuals have the right to make intimate decisions and freely exercise their own will, the Constitutional Court found that limitations on that right imposed by laws prohibiting marijuana consumption could not be justified on public health grounds. In its consideration of marijuana's public health impacts, the Court referred extensively to the Alaska Supreme Court's findings in *Ravin* vis-à-vis the inaccuracy of the belief that marijuana causes criminal or violent conduct, and that use leads to the consumption of more potent drugs.¹⁷⁴ In addition to this, the Constitutional Court dealt, in part, with the practical problem inherent in the *Ravin* doctrine of protecting use only within the home. Despite the High Court finding that 'use, cultivation and possession' of marijuana protected only in a 'private dwelling',¹⁷⁵ the Constitutional Court ruled that, in light of other constitutional rights to human dignity and freedom of movement,¹⁷⁶ there was 'no persuasive reason' for that limitation, and instead determined that marijuana use need only be carried out 'in private' to receive constitutional protection.¹⁷⁷ Despite this, the Constitutional Court also reversed the High Court's invalidation of provisions prohibiting the sale of cannabis, finding, like the Alaska Supreme Court in *Ravin* and *Belgarde*, that such measures were 'a justifiable limitation on the right to privacy'.¹⁷⁸

Observing this broader trend of some national courts adopting a *Ravin*-esque approach, it is notable that each instance has involved the application of a constitutional 'bill of rights' securing some degree of personal autonomy, or privacy specifically. That challenges brought in countries without these enumerated rights have either failed, such as in the United Kingdom,¹⁷⁹ or have simply not been brought at all, lends support for arguments which emphasise the importance of guaranteed constitutional freedoms.

¹⁷⁴ Adriaan Anderson, 'Criminal Law' *South African Journal of Criminal Justice* (2019) 32(1) 86, 101.

¹⁷⁵ *Prince* (n 172) 55 [100].

¹⁷⁶ *Ibid* 54 [99].

¹⁷⁷ *Ibid* [101].

¹⁷⁸ *Ibid*.

¹⁷⁹ See *R v Morgan* [2002] EWCA Crim 721 (United Kingdom).

VI. Lessons from *Ravin* and its Relatives: Application of the new Human Rights Approach

It is clear from the increasing adoption of *Ravin*-esque approaches in other jurisdictions—all of which have vastly different cultural and political worldviews to Alaska—that the Alaska Supreme Court did not do anything particularly ‘novel’ in *Ravin*. Rather, the Court, guided by the culture and history of Alaska’s Constitution, merely illuminated the compelling human rights argument for private marijuana use that exists among all countries that prize personal autonomy, or privacy, to the extent that they have enshrined these principles within constitutional guarantees. As such, *Ravin*, alongside the decisions highlighted in Part V of this chapter, highlights two primary benefits that can be derived from the judiciary applying a harm-based framework in determining the constitutionality of laws prohibiting personal marijuana use.

1. A Better Approach to the Drug Legalisation Debate

First, by approaching the issue of marijuana legalisation or decriminalisation through the threshold issue of constitutionally protected personal rights—and specifically, the extent to which the State’s interference with these rights is justified—analysis conducted by Courts enables a more ‘nuanced and structured’ evaluation of the danger posed by marijuana to public health.¹⁸⁰ Specifically, this nuance is achieved through the simultaneous consideration of public health impacts of use and the extent to which laws seeking to achieve a legitimate state aim infringe on individual privacy rights. Application of this approach—despite the outcomes of the cases discussed in this paper—is not overtly weighted toward the expansion of individual rights. As the *Ravin* decision makes clear, the approach also recognises that ‘harm’ sufficient to justify state intervention can be indirect in nature; the outcome of it is the approach’s application in other jurisdictions demonstrates only that personal marijuana use does not constitute such harm.

¹⁸⁰ Amber Marks, ‘Defining Personal Consumption in Drug Legislation and Spanish Cannabis Clubs’ *International and Comparative Law Quarterly* (2019) 68(1) 191, 221.

This is compared to the approaches more commonly taken by legislatures in recent years, which frequently offer either a utilitarian rationale for laws decriminalising drug use—specifically, that the prosecution and imprisonment of drug users produces more social ‘harm’ than ‘good’¹⁸¹—or invoke moral questions regarding the prosecution of individuals for what could be considered, in the case of seriously addicted individuals, a health problem.¹⁸² While these rationales have merit, their reliance on legislative enactment necessarily involves an alignment with prevailing majority public morality; the very same morality which, guided by community instincts for paternalism and a preference for cultural homogeneity, saw international marijuana laws enacted in the first place.¹⁸³ Moreover, within most national legislatures, determinations of marijuana’s harms have inevitably commenced from a position of criminalisation.¹⁸⁴ Under the United Nations Single Convention on Narcotic Drugs of 1961,¹⁸⁵ marijuana was classified within Schedule IV, reserved for drugs with ‘particularly dangerous properties’, until December 2020.¹⁸⁶ As regards the Single Convention, however, an ancillary benefit to judicial determinations on the constitutionality of personal marijuana lies in the existence of article 36(1), which establishes that criminalisation is subject to the ‘constitutional limitations’ of each State Party.¹⁸⁷ As such, the Convention excepts instances where a Party’s constitution prevents the possibility of criminalising a particular form, or type, of drug use.¹⁸⁸

By providing a clear framework through which to draw the boundaries of permissible personal consumption, judicial application of *Ravin*-esque tests to determine the constitutionality of laws prohibiting marijuana use also abate the ‘slippery slope’ argument often raised by courts and legislatures

181 Greenwald (n 12).

182 Ibid.

183 Wong (n 67) 186.

184 Seddon (n 13) 1581.

185 *Single Convention on Narcotic Drugs 1961* (as amended by the 1972 Protocol), signed 30 March 1961, 520 UNTS 7515 (*‘Single Convention’*).

186 United Nations, ‘UN Commission reclassifies cannabis, yet still considered harmful’ (Webpage, 2 December 2020).

187 *Single Convention* (n 185), art 36(1).

188 Neil Boister, ‘Decriminalizing Personal Use of Cannabis in New Zealand: The Problems and Possibilities of International Law’ *Yearbook of New Zealand Jurisprudence* (1999) 3 55, 67.

alike.¹⁸⁹ Following its decision in *Ravin*, the Alaska Supreme Court expressly rejected a constitutional privacy challenge to laws prohibiting cocaine in *State v Erickson*,¹⁹⁰ having been satisfied that ‘scientific evidence of harm or potential harm’ resulting from cocaine use justified, among other things, the proscription of its use in the home.¹⁹¹ While no case has yet been brought to the Alaska Supreme Court seeking the expansion of the *Ravin* protection to ‘harder’, more harmful, substances, such as methamphetamine, it is clear that these would fall outside of the scope of the protection.¹⁹²

2. Robustness of Judicial Decision-Making

On the basis that courts are effective in the implementation of this framework, the second benefit lies in the robustness of their decisions. While the changing interpretation of Argentina’s constitution, and thus its protection of marijuana use, between *Bazterrica* and *Montalvo* demonstrates that judicial decision making can be limited by subsequent changes in a court’s ideology,¹⁹³ no other court finding a degree of constitutionally protected marijuana use has yet reversed their findings. Given the controversy that many of these decisions sparked, it is clear that judicial determinations, underpinned in common law jurisdictions by the doctrine of *stare decisis*, are not easily subject to external political pressures,¹⁹⁴ and mostly resistant to the inevitable changes in morality a body politic experiences over time.¹⁹⁵

In the Alaskan context, this robustness was evinced first by the Alaska Supreme Court’s decision in the *Noy v State*,¹⁹⁶ where the Court struck

189 Amber Marks, ‘Treating the ‘Personal’ as Private: Contextualising the Normative Framework of Cannabis Clubs in Spain within a ‘Global Model of Constitutional Rights’ (Forthcoming) *International and Comparative Law Quarterly* (2017) 68(1) 191, 33.

190 22 Cr. L. Rep. 2385 (Alaska 1978).

191 Ibid.

192 See e.g. *Bowers v. Hardwick*, 478 U.S. 186, 195–96 (1986) (‘*Bowers*’); Victoria Sheets, ‘Breaking Bad Law: Meth Lab Investigations Highlight Alaska’s Current Approach to Privacy’ *Alaska Law Review* (2015) 32(2) 373, 382.

193 Szmuc (n 154) 179.

194 Boister (n 188) 69.

195 Gardner, *Interpreting State Constitutions* (n 128) 271.

196 *Noy v State of Alaska* 83 P.3d 538 (Alaska 2003).

down, on the basis of unconstitutionality, the State's implementation of a 1990 voter initiative to recriminalize marijuana to the extent that it contravened the right to personal use established under *Ravin*.¹⁹⁷ While it may be contended that this decision evinces a disconnect between the judiciary and the democratic will of citizens, the success of modern Alaskan marijuana legalisation efforts, achieved through the same democratic method in 2014,¹⁹⁸ support the claim that, amidst these frequent shifts in popular appeal, courts are better placed to decide on the limit of state interference into personal autonomy, as it pertains to constitutionally protected personal rights, than legislatures. Indeed, that is why, in part, judicial review exists: to 'ensure the rights of the unpopular minority' where they are threatened by the 'strict will of the majority'.¹⁹⁹

3. The Importance of Not Closing the Door

Amid this robustness, it is important that courts remain open to revising prior decisions. Comments made at the Superior Court in Alaska suggest that *Ravin* could be overturned if the State can present scientific evidence persuasive enough to invalidate that accepted by the Alaska Supreme Court in *Ravin*.²⁰⁰ So long as the harm caused by marijuana remains a disputed scientific issue,²⁰¹ it does not appear that *Ravin* will be overturned.

VII. Conclusion

Reflecting on the unique periodical context that influenced it, and subsequent criticisms of the Alaska Supreme Court's expansive approach, this chapter posits that the *Ravin* decision was a 'product of its time', with flaws that remain outstanding today. By directing attention toward the

¹⁹⁷ *Ibid.*

¹⁹⁸ State of Alaska, 'General Election: November 4, 2014 Official Results' (Web Page, 25 November 2014).

¹⁹⁹ Jason Brandeis, 'Ravin Revisited: Alaska's Historic Common Law Marijuana Rule at the Dawn of Legalization' *Alaska Law Review* (2015) 32(2) 309, 344.

²⁰⁰ *State v. McNeil*, No. 1KE-93-947 CR (Alaska 1993) 6.

²⁰¹ Wayne Hall, 'The Costs and Benefits of Cannabis Control Policies' *Dialogues in Clinical Neuroscience* (2020) 22(3) 281, 281.

threshold issue of whether marijuana laws abridge individual rights, and attempting to discount the impact of ‘notions of morality’ in determinations about the constitutionality of these laws through application of the harm principle, the Alaska Supreme Court developed a reasoned model through which courts could determine where the state has ‘overstepped’ in its attempt to regulate personal marijuana use. For this, the decision can be regarded as ‘enlightened’. And, as support for this approach has grown across jurisdictions with vastly different constitutional histories, culture, and systems of law to that of Alaska, the legitimacy of the *Ravin* model, and its relevance to societies with constitutionally protected individual freedoms, has become increasingly more apparent.

With this modern context in mind, it is not difficult to view the principle that *Ravin* champions as obvious, or even banal. However, it is important to note that the exclusion of public morality from judicial reasoning was not the prevailing view—at least in the United States—when the *Ravin* opinion was delivered.²⁰² As an example from another debate concerning this concept of morality, in 1986 eleven years after *Ravin* the United States Supreme Court found, in *Bowers v Hardwick*, that laws in the US State of Georgia prohibiting homosexual sodomy were constitutional on the basis that ‘the presumed belief of a majority of the electorate in Georgia’ that such activity was ‘immoral and unacceptable’.²⁰³ This decision, which was only overturned in 2003,²⁰⁴ highlights the murky boundary between private conduct and public welfare that the drug legalisation debate—and indeed every debate regarding issues that offend current conceptions of morality—exposes. It follows that, in their attempts to navigate this boundary, courts would be well served to remember *Ravin* and the principle that it yields.

Bibliography

- Anderson, Adriaan, ‘Criminal Law’ *South African Journal of Criminal Justice* (2019) 32(1) 86
- Anderson, Patrick, *High in America*, New Orleans: Garrett Country Press, 2015

²⁰² Johnson (n 11) 42.

²⁰³ *Bowers* (n 192) 196.

²⁰⁴ *Lawrence v. Texas*, 123 S.Ct. 2472 (2003).

- Bakalar, James and Lester Grinspoon, *Drug Control in a Free Society*, Cambridge: Cambridge University Press, 1984
- Black, Robert, 'Cannthropology: Legalizing the Last Frontier – How the second-to-last state to join the Union became the second state to decriminalize marijuana' (Web page, 1 December 2021) <<https://leafmagazines.com/learn/history/cannthropology-legalizing-the-last-frontier/>>
- Blumenson, Eric and Eva Nilsen, 'Liberty Lost: The Moral Case for Marijuana Law Reform' *Indiana Law Journal* (2010) 85 279 ('*Liberty Lost*')
- Boister, Neil, 'Decriminalizing Personal Use of Cannabis in New Zealand: The Problems and Possibilities of International Law' *Yearbook of New Zealand Jurisprudence* (1999) 3 55
- Brandeis, Jason, 'Ravin Revisited: Alaska's Historic Common Law Marijuana Rule at the Dawn of Legalization' *Alaska Law Review* (2015) 32(2) 309
- Brandeis, Jason, 'The Continuing Vitality of *Ravin v. State*: Alaskans Still Have a Constitutional Right to Possess Marijuana in the Privacy of Their Homes' *Alaska Law Review* (2012) 29(2) 175 ('The Continuing Vitality')
- Brashear, Bruce, 'Marijuana Prohibition and the Constitutional Right of Privacy: An Examination of *Ravin v. State*' *Tulsa Law Journal* (1975) 11 563
- Breece, Janet, 'Ravin v State: Marijuana Use in the Home Protected by Right of Privacy' *North Carolina Central Law Review* (1975) 7(1) 163
- Chemerinsky, Erwin, 'Keynote Address: The Alaska Constitution and The Future of Individual Rights' *Alaska Law Review* (2018) 35 117
- Di Gioia, Ilaria, 'Intrastate Conflicts and Lessons Learnt from Marijuana Legalization' *Fordham Urban Law Journal* (2022) 4 617
- Ehrlander, Mary, 'The Paradox of Alaska's 1916 Alcohol Referendum: A Dry Vote within a Frontier Alcohol Culture' *The Pacific Northwest Quarterly* (2010) 102(1) 29
- Gardner, James, 'The Failed Discourse of State Constitutionalism' *Michigan Law Review* (1992) 90(4) 761
- Gardner, James, *Interpreting State Constitutions: A Jurisprudence of Function in a Federal System*, Chicago: University of Chicago Press, 2005 ('*Interpreting State Constitutions*')
- Global Commission on Drug Policy, *War on Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy*, June 2011

- Greenwald, Glenn, 'Do Adults Have a Privacy Right to Use Drugs? Brazil's Supreme Court Decides', *The Intercept* (online), 11 September 2015 <<https://theintercept.com/2015/09/10/adults-privacy-right-use-drugs-brazils-supreme-court-decides/>>
- Grossbauer, John, 'Alaska's Right to Privacy Ten Years After *Ravin v. State*: Developing a Jurisprudence of Privacy' *Alaska Law Review* (1985) 2(1) 159
- Hall, Wayne, 'The Costs and Benefits of Cannabis Control Policies' *Dialogues in Clinical Neuroscience* (2020) 22(3) 281
- Haycox, Stephen, *Battleground Alaska: Fighting Federal Power in America's Last Wilderness*, Lawrence: University Press of Kansas, 2016
- Hindes, Thomas, 'Morality Enforcement Through the Criminal Law and the Modern Doctrine of Substantive Due Process' *University of Pennsylvania Law Review* (1977) 126 344
- Johnson, Eric, 'Harm to the Fabric of Society as a Basis for Regulating Otherwise Harmless Conduct: Notes on a Theme from *Ravin v. State*' *Seattle University Law Review* (2003) 27(1) 41
- Mangusso, Mary, *Interpreting Alaska's history: an Anthology*, Seattle: University of Washington Press, 1989
- Marks, Amber, 'Treating the 'Personal' as Private: Contextualising the Normative Framework of Cannabis Clubs in Spain within a 'Global Model of Constitutional Rights' (*Forthcoming*) *International and Comparative Law Quarterly* (2017) 68(1) 191
- Marks, Amber, 'Defining Personal Consumption in Drug Legislation and Spanish Cannabis Clubs' *International and Comparative Law Quarterly* (2019) 68(1) 191
- McBeath, Gerald and Thomas Morehouse, *Alaska Politics and Government*, Lincoln: University of Nebraska Press, 1994
- McBeath, Gerald, *The Oxford Commentaries on the State Constitutions of the United States: The Alaska Constitution*, Oxford: Oxford University Press, 2011
- Mill, John Stuart, *On Liberty*, 1859
- Naske, Claus and Herman Slotnick, *Alaska: A History of the 49th State*, Norman: University of Oklahoma Press, 2nd ed, 1994
- Nelson, Ronald, 'Welcome to the Last Frontier, Professor Gardner: Alaska's Independent Approach to State Constitutional Interpretation' *Alaska Law Review* (1995) 12(1) 1

- Orlansky, Susan and Jeffery Feldman, 'Justice Rabinowitz and Personal Freedom: Evolving a Constitutional Framework' *Alaska Law Review* (1998) 15 1
- Pahl, Michael, 'Judicial One Hit? The Decriminalization of Personal Drug Use by Colombia's Constitutional Court' *Indiana International & Comparative Law Review* (1995) 6(1) 1
- Parliamentary Counsel, Cannabis Legalisation and Control Bill. Exposure Draft for Referendum, Explanatory Note, (NZ 2020) <<https://www.justice.govt.nz/assets/Documents/Publications/Cannabis-Legalisation-and-Control-Bill-Exposure-Draft-for-Referendum2.pdf>>
- Paschke, R. T. 'Personal Use and Possession of Dagga: A Matter of Privacy or Prohibition' *South African Journal of Criminal Justice* (1995) 8(2) 109
- Perry, Michael, 'Substantive Due Process Revisited: Reflections on (and beyond) Recent Cases' *Northwestern University Law Review* (1976) 71(4) 417
- Queirolo, Rosario et al, 'Why Uruguay legalized marijuana? The open window of public insecurity' *Addiction* (2018) 114(7) 1313
- Release Legal Emergency & Drugs Service, 'Release in the matter of amparo appeal no 237/2014 of Sociedad Mexicana de Autconsumo Responsable y Tolerante, A.C. y Otros' (Media Release, February 2015) <<https://www.release.org.uk/sites/default/files/pdf/publications/Amaparo%20document%20final.pdf>>
- Rohrer, David, 'Constitutional Law – Right of Privacy – Possession of Marijuana' *Wisconsin Law Review* (1976) (1) 305
- Rychert, Marta and Chris Wilkins, 'Why did New Zealand's referendum to legalise recreational cannabis fail?' *Drug and Alcohol Review* (2021) 40 877
- Seddon, Toby, 'Immoral in Principle, Unworkable in Practice: Cannabis Law Reform, the Beatles and the Wootton Report' *British Journal of Criminology* (2020) 60(6) 1567
- Segal, Bernard, *Drug-Taking Behavior Among School-Aged Youth: The Alaska Experience and Comparisons with Lower-48 States*, Oxfordshire and New York: Routledge, 1990
- Sheets, Victoria, 'Breaking Bad Law: Meth Lab Investigations Highlight Alaska's Current Approach to Privacy' *Alaska Law Review* (2015) 32(2) 373
- Single, Eric, 'The Impact of Marijuana Decriminalization' in Yedy Israel et al (eds), *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, New York: Springer, 1981, 405

- Slaughter, James, 'Marijuana Prohibition in the United States: History and Analysis of a Failed Policy' *Columbia Journal of Law and Social Problems* (1988) 21(4) 417
- State of Alaska, 'General Election: November 4, 2014 Official Results' (Web Page, 25 November 2014) <<http://www.elections.alaska.gov/results/14GENR/data/results.htm>>
- Stiffler, Christopher, *Amendment 64 would produce \$60 million in new revenue and savings for Colorado*, Colorado Centre on Law and Policy (2012) < https://cdclponline.org/wp-content/uploads/2013/11/amendment_64_analysis_final.pdf>
- Szmuc, Kevin, 'A Constitutional Hope: An Alternative Approach to the Right Privacy and Marijuana Laws Using Argentina as an Example' *University of Miami International and Comparative Law Review* (2018) 26(1) 166
- Task Force for the Legalization and Regulation of Cannabis in Canada, Government of Canada, *The Final Report of the Task Force on Cannabis Legalization and Regulation*, Ottawa: Health Canada, December 2016
- Thomas, Clive, Kristina Klimovich and Laura Savatgy, *Alaska Politics and Public Policy: The Dynamics of Beliefs, Institutions, Personalities, and Power*, Fairbanks: University of Alaska Press, 2016
- United Nations, 'UN Commission reclassifies cannabis, yet still considered harmful' (Webpage, 2 December 2020) < <https://news.un.org/en/story/2020/12/1079132>>
- Williams, Robert, 'Alaska, the Last Statehood Constitution, and Subnational Rights and Governance' *Alaska Law Review* (2018) 35(2) 139
- Winters, Andrew, 'Ravin Revisited: Do Alaskans Still Have a Constitutional Right to Possess Marijuana in the Privacy of their Homes?' *Alaska Law Review* (1998) 15 315
- Wong, Lynda Mae, 'Ravin v. State: A Case for Privacy and Possession of Pot' *UCLA Alaska Law Review* (1975) 5(1) 178
- [s.n.], 'Test Case on Pot', *Anchorage Daily News* (Anchorage, 21 April 1973)
- [s.n.], 'Use of Marijuana in Home Legalized by Alaska Court' (n 2) *New York Times*, (New York, 28 May 1975) 8

The Present and Future of Harm Minimisation in Australia

MINHAO SUN

As outlined in Australia's *National Drug Strategy 2017–2026*, harm minimisation/reduction is a key component of the Australian government's response to the public health issue of illicit drug use. Being a federation, Australia has a constitution that empowers constituent States to legislate on drug issues independently. The absence of a nationally uniform drug law means that the legal bases of approval for harm minimisation programs differ across Australian jurisdictions. This paper critically analyses the legal bases on which harm minimisation programs are allowed to operate in different Australian States and Territories. It also examines whether the legal implementations can be improved further. Specifically, analysis and evaluation are conducted on four widely used harm minimisation strategies for illicit drug use, those being opioid pharmacotherapy, needle and syringe programs, supervised injection rooms and substance testing services. This paper demonstrates that most Australian jurisdictions' legal implementation of harm minimisation programs can be improved. It identifies and advocates for specific legislative changes that can be made to maximise the benefits delivered by harm minimisation programs. Finally, the paper advocates for more national coordination in drugs policymaking and cautions against the role of political influences in the process.

Table of Contents

I. Introduction	96
II. The Australian National Drug Strategy 2017–2026	99
III. Opioid Pharmacotherapy	101
1. Introduction and Purpose	101
2. The Scientific Evidence	102
3. Legal Implementations	103
4. Analysis and Critique	105
4.1 Treatment Approval on Per-Practitioner Basis	105
4.2 Lack of Uniform Classification System for Pharmacotherapy Medications	106
5. Recommendations	107
IV. Needle and Syringe Programs	108
1. Introduction and Purpose	108

2. The Scientific Evidence	108
3. Legal Implementations	109
4. Analysis and Critique	111
4.1 Legal Basis for Authorisation	111
4.2 Secondary Distributors' Defence	112
5. Recommendations	112
V. Supervised Injection Centres	113
1. Introduction and Purpose	113
2. The Scientific Evidence	113
3. Legal Implementations	114
4. Analysis and Critique	115
4.1 Limited Availability	115
4.2 NSW's Economic Viability Requirement	116
4.3 Victoria's Authorisation for Supplying Drugs	117
5. Recommendations	118
VI. Substance Testing	119
1. Introduction and Purpose	119
2. The Scientific Evidence	120
3. Legal Implementation	120
4. Analysis and Critique	122
4.1 Limited Availability	122
4.2 Lack of Legislative Protection	123
5. Recommendations	124
VII. Conclusion	125
Bibliography	127
Legislative Materials	132

I. Introduction

Australia first began to move away from strictly criminalising illicit drug use following the rise of the HIV epidemic in the early 1980s.¹ Harm minimisation, the policy that replaced strict criminalisation, continues to be recognised and endorsed in Australia's *National Drug Strategy 2017–2026* (*'National Drug Strategy'*) several decades later.² Conceptually, harm minimisation, also known as harm reduction, involves offering specialised

1 See generally Paul Sendziuk, 'Harm Reduction and HIV-Prevention among Injecting Drug Users in Australia: An International Comparison' *Canadian Bulletin of Medical History* (2007) 24(1) 113, 114–7.

2 Department of Health (Cth), *National Drug Strategy 2017–2026* (2017) 1 (*'National Drug Strategy'*).

services to people who use drugs with the aim of reducing the harm caused by drugs to them and the wider society.³

The significance of harm minimisation is two-tiered. At an ideological level, the implementation of harm minimisation programs requires an acknowledgement that illicit drugs will be used despite legislative and policing attempts to limit their availability.⁴ Thus, the establishing of harm minimisation programs reflects a society's acceptance that there are circumstances in which the strict criminalisation of illicit drug use is inappropriate. Such an acceptance is a significant departure from the long-held position on illicit drugs, which is often summarised as fighting a 'war on drugs'.⁵ For this reason, the shift to harm minimisation represents a major ideological change in Australia's drug policy.

At a pragmatic level, harm minimisation strategies address a pertinent social and public health issue – drug use – which is prevalent in society. According to the Australian Government-commissioned *National Drug Strategy Household Survey 2019*, 43% of Australians aged 14 and over (9.0 million people) had illicitly used a drug at some point in their lifetime.⁶ Furthermore, 16.4% of Australians aged 14 and over (3.4 million people) had illicitly used a drug in the 12 months leading up to the 2019 survey.⁷ The high prevalence of drug use in Australia has public health ramifications. Relevantly, burden of disease is used to measure a population's current state of health by reference to the ideal situation where every person lives free of disease.⁸ Burden of disease is calculated by reference to the estimated years of life lost due to premature deaths and the estimated years of life lived in ill health or with disability (ie with reduced quality).⁹ In 2018, the Australian population had a burden of

3 G Alan Marlatt, Mary E Larimer and Katie Witkiewitz, *Harm Reduction, Second Edition: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors* (2nd ed, 2011) 6.

4 Tibor Brunt, *Drug Checking as a Harm Reduction Tool for Recreational Drug Users: Opportunities and Challenges*, European Monitoring Centre for Drug Addiction (2017) 3.

5 See generally Dan Werb, 'Post-War Prevention: Emerging Frameworks to Prevent Drug Use after the War on Drugs' *International Journal of Drug Policy* (2018) 51 160, 160.

6 Australian Institute of Health and Welfare, *National Drug Strategy Household Survey 2019* (Report, 2020) 28.

7 Ibid.

8 Australian Institute of Health and Welfare, *Australian Burden of Disease Study: Impact and Causes of Illness and Death in Australia 2018* (2021) 1.

9 Ibid.

disease attributable to illicit drug use of 149,535 years of healthy life.¹⁰ This represented 3.0% of the total burden of disease in that year.¹¹ Evidently, illicit drug use is a public health issue which affects major parts of the Australian society. Thus, harm minimisation strategies are pragmatically significant as they have the potential to improve the social and physical wellbeing of those affected by illicit drug use.

The central purpose of this paper is to provide an overview and evaluation of the ways in which harm minimisation strategies are integrated in the Australian legal system. Currently, no such overview is readily available in the literature, most likely due to the fact that Australia, being a federation, does not have a single uniform drug law. This paper critically analyses the legal bases on which harm minimisation strategies are allowed to operate and examines the legal obstacles that may be present. Furthermore, the paper examines possible reform options to improve the legal integration of harm minimisation strategies.

Part II of this paper introduces the *Australian National Drug Strategy 2017–2026* and critically analyses its implications for Australia's implementation of harm minimisation measures. Parts III–VI explore the four most common harm minimisation measures in relation to drug use, being opioid pharmacotherapy, needle and syringe programs, substance testing, and supervised injection centres, in detail.¹² Each harm minimisation measure is introduced with a brief overview about the state of the scientific evidence and the measure's availability in Australian jurisdictions. Then, the paper analyses the legal frameworks that allow the harm minimisation measure to operate and presents specific suggestions about the measure's future. Finally, Part VII considers the way forward for harm minimisation in Australia generally, in light of the findings from the previous Parts.

¹⁰ Ibid 66.

¹¹ Ibid.

¹² Katie Stone and Sam Shirley-Beavan, *The Global State of Harm Reduction 2018* (2018) 20–2.

II. The Australian National Drug Strategy 2017–2026

Australia operates under a federal system of government consisting of States and (self-governing) Territories.¹³ The regulation of drugs and medicines is not included in the Commonwealth Parliament's legislative powers.¹⁴ Consequently, Australian States and Territories legislate independently to regulate drug issues within their own jurisdiction.¹⁵

Despite each State and Territory having independent drug legislations, a national framework to minimise the harms associated with alcohol, tobacco, illicit drug and pharmaceutical drug use was introduced in 1985.¹⁶ The latest iteration of this framework, the *National Drug Strategy 2017–2026*, adopts a three-pillar strategy consisting of demand, supply and harm reduction.¹⁷ Demand reduction refers to the reduction of the population's need for drugs, by preventing or delaying drug uptake, and by supporting people to recover from drug use.¹⁸ Supply reduction refers to the reduction of illicit drugs' availability through policing actions.¹⁹ Harm reduction (ie minimisation) refers to the reduction of risk behaviour associated with drug use.²⁰

The *National Drug Strategy* appears to be ideologically consistent with the implementation of harm minimisation measures outlined in Part I. Overall, the strategy is expressed in language focusing on the improvement of public health and minimisation of harms associated with drug use.²¹ It also specifically identifies the reduction of 'adverse health, social and economic consequences associated with ... [drug] problems' as a priority focus area.²² Furthermore, the strategy states that the use of evidence-informed responses is an underpinning principle,²³ and endorses opioid

13 *Australian Constitution*.

14 *Ibid* s 51.

15 See, eg, *Drugs Misuse Act 1986* (Qld).

16 *National Drug Strategy* (n 2) 3.

17 *Ibid* 7.

18 *Ibid* 8–10.

19 *Ibid* 11–12.

20 *Ibid* 13–14.

21 Andrew Groves, "Worth the Test? Pragmatism, Pill Testing and Drug Policy in Australia" *Harm Reduction Journal* (2018) 15 12:1, 3.

22 *National Drug Strategy* (n 2) 23.

23 *Ibid* 15.

pharmacotherapy, needle and syringe programs, and supervised injection centres as particular ‘examples of evidence-based ... approaches to harm minimisation’.²⁴

As a policy document, the *National Drug Strategy* does not provide any legal basis for the implementation of harm minimisation measures. To allow for national coordination and cooperation, the Ministerial Drug and Alcohol Forum was inaugurated in December 2016 to oversee the governance of issues outlined in the *National Drug Strategy*.²⁵ The forum consisted of health and justice portfolio ministers from every Australian jurisdiction, who would have been responsible for the implementation of harm minimisation measures in their home jurisdiction.²⁶

The forum appears to be practically ineffective as it was disbanded in 2020 following a review.²⁷ The review found that the forum failed to meet at least two of three objectives, the three objectives being (1) enabling national cooperation and consistency on enduring strategic issues, (2) addressing issues requiring cross-border collaboration, and (3) performing regulatory policy and standard setting functions.²⁸ The ongoing governance arrangements of the *National Drug Strategy* are still being reviewed at the time of writing.²⁹

Ultimately, the Australian *National Drug Strategy* is in principle supportive of the implementation of harm minimisation measures. The governance of issues relating to illicit drugs, which is a central focus of the strategy, appears to be hindered by a lack of national coordination at present. The following Parts of this paper examine the status of each harm minimisation measure in individual Australian States and Territories.

24 Ibid 51.

25 *National Drug Strategy* (n 2) 35; Ministerial Drug and Alcohol Forum, *Ministerial Drug and Alcohol Forum Communiqué* (16 December 2016).

26 *National Drug Strategy* (n 2) 35. See generally Gabrielle Appleby, Alexander Reilly and Laura Grenfell, *Australian Public Law* (3rd ed, 2019) 295–6.

27 Department of Health (Cth), *Department of Health Annual Report 2020–21* (2021) 63 (*DoH Annual Report*).

28 Peter Conran, *Review of COAG Councils and Ministerial Forums* (2020) 5, 23–5.

29 *DoH Annual Report* (n 27) 63.

III. Opioid Pharmacotherapy

1. Introduction and Purpose

Opioid pharmacotherapy is a medical treatment which involves providing users of illicit opioids such as heroin with a medically controlled substitute.³⁰ The purpose of this treatment is to manage a client's opioid dependence in a controlled way, which reduces their reliance on the illegal drug market and improves their social functioning.³¹ Although the use of all drugs, including of substitute medication, carries the risk of negative health consequences, drugs supplied under an opioid pharmacotherapy program do not have the risks specifically associated with street-bought illicit drugs. These risks include the unintentional contamination of the illicitly produced drug, as well as the intentional cutting of the illicitly produced drug with other drugs, chemicals, or fillers.³²

In Australia, the medications used for opioid pharmacotherapy are methadone, buprenorphine, or buprenorphine-naloxone.³³ Methadone is a full opioid agonist, meaning that it elicits a maximal response from a person's opioid receptors.³⁴ Buprenorphine is a partial opioid agonist and elicits only a partial functional response from a person's opioid receptors.³⁵ Finally, naloxone is an opioid antagonist, meaning that it elicits no response in the opioid receptors and prevents other opioid agonists from binding to the same receptor.³⁶ The pharmacological goals of opioid pharmacotherapy is achieved through methadone or buprenorphine.³⁷ The

30 Laura Amato et al, 'An Overview of Systematic Reviews of the Effectiveness of Opiate Maintenance Therapies: Available Evidence to Inform Clinical Practice and Research' *Journal of Substance Abuse Treatment* (2005) 28(4) 321, 322; Louisa Degenhardt et al, 'Mortality among Clients of a State-Wide Opioid Pharmacotherapy Program over 20 Years: Risk Factors and Lives Saved' *Drug and Alcohol Dependence* (2009) 105(1) 9, 9.

31 Amato et al (n 30) 322.

32 See generally Claire Cole et al, 'Adulterants in Illicit Drugs: A Review of Empirical Evidence' *Drug Test Analysis* (2011) 3(2) 89, 90.

33 Australian Institute of Health and Welfare, *National Opioid Pharmacotherapy Statistics Annual Data Collection* (2022) 4 ('*National Opioid Pharmacotherapy Statistics Report*').

34 Hasan Pathan and John Williams, 'Basic Opioid Pharmacology: An Update' *British Journal of Pain* (2012) 6(1) 11, 11–12.

35 Ibid.

36 Ibid.

37 See, eg, *National Opioid Pharmacotherapy Statistics Report* (n 33) 28.

purpose of naloxone in buprenorphine-naloxone is to discourage injecting use of the medication, which is designed to be taken orally.³⁸

2. The Scientific Evidence

In the literature, the effectiveness of opioid pharmacotherapy is assessed generally either by reference to behavioural changes of its clients or by reference to mortality. Both methadone and buprenorphine-based pharmacotherapies have been shown to be effective at retaining opioid users in treatment and suppressing illicit opioid use.³⁹ Furthermore, participation in opioid pharmacotherapy treatment is correlated to an improvement in the client's physical and mental health status.⁴⁰ In terms of mortality, a 2009 review suggested that methadone treatment had no statistically significant impact on the mortality of opioid-dependent people.⁴¹ This is in contrast to a 2017 review, which suggested that the retention in either methadone or buprenorphine treatment is associated with substantial reductions in the risk of mortality in opioid-dependent people.⁴²

As an additional qualification, it should be noted that the existing body of research on the efficacy of harm minimisation measures discussed in this paper is mostly focused on and conducted in high-income countries.⁴³ Thus, while the relevant research findings are likely applicable to Australia, attempts to generalise them to other countries must be done with care. This is because the implications of differing cultural and socio-

38 Ibid.

39 Richard P Mattick et al, 'Buprenorphine Maintenance Versus Placebo or Methadone Maintenance for Opioid Dependence' *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2014) 2 CD002207; Richard P Mattick et al, 'Methadone Maintenance Therapy Versus No Opioid Replacement Therapy for Opioid Dependence' *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2009) 3 CD002209.

40 Peter Lawrinson et al, 'Key Findings from the WHO Collaborative Study on Substitution Therapy for Opioid Dependence and HIV/AIDS' *Addiction* (2008) 103(9) 1484, 1489.

41 Mattick et al, 'Methadone Maintenance Therapy Versus No Opioid Replacement Therapy for Opioid Dependence' (n 39).

42 Luis Sordo et al, 'Mortality Risk during and after Opioid Substitution Treatment: Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies' *British Medical Journal* (2017) 357 j15501, 7.

43 Ibid 12.

economic backgrounds to the effectiveness of harm minimisation, are not yet fully known in the literature.⁴⁴

3. Legal Implementations

The use of methadone or buprenorphine for treating addiction is available,⁴⁵ and requires legal approval, in all Australian States and Territories.⁴⁶ The jurisdictions' regulatory frameworks differ predominantly in two ways.

The first point of difference is how each jurisdiction classifies methadone and buprenorphine as medications. At the federal level, Australia has a national *Standard for the Uniform Scheduling of Medicines and Poisons* ('SUSMP'), which categorises both substances as Schedule 8 Controlled Drugs.⁴⁷ Generally, Schedule 8 contains substances with an elevated risk of dependence.⁴⁸ However, this federal standard is not adopted by all Australian States and Territories. Australian jurisdictions may be separated into three groups depending on the extent to which the jurisdiction's opioid pharmacotherapy legislation adopts the *SUSMP*. The first group, comprising of Victoria only, adopts the *SUSMP* directly without modifications.⁴⁹ Jurisdictions in the second group, comprising of Queensland, Western Australia, Tasmania, Australian Capital Territory and Northern Territory, adopt the *SUSMP* indirectly in the sense that the

44 See generally Joseph Henrich, Steven J Heine and Ara Norenzayan, 'Most People are Not WEIRD' *Nature* (2010) 466(7302) 29.

45 *National Opioid Pharmacotherapy Statistics Report* (n 33) 16.

46 *Poisons and Therapeutic Goods Act 1966* (NSW) ss 28(3), (6); *Poisons and Therapeutic Goods Regulation 2008* (NSW) reg 123; Department of Health (Cth), *Standard for the Uniform Scheduling of Medicines and Poisons* (No 35, February 2022) pt 4 sch 8 ('SUSMP'); *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) ss 4(1), 34(1); *Drugs Misuse Act 1986* (Qld) s 6; *Drugs Misuse Regulation 1987* (Qld) sch 2; *Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2008* (ACT) ss 10–11, 25–26; *Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2012* (NT) ss 7, 10(2), 14, 85; Northern Territory, *Northern Territory Government Gazette*, No G10, 11 March 2020, 2–3; *Poisons Act 1971* (Tas) ss 3, 14, 59C; *Poisons (Adoption of Uniform Standard) Order 2012* (Tas); *Controlled Substances Act 1984* (SA) ss 4, 18A(1); *Controlled Substances (Controlled Drugs, Precursors and Plants) Regulations 2014* (SA) sch 1; *Medicines and Poisons Act 2014* (WA) ss 3, 14; *Medicines and Poisons Regulations 2016* (WA) reg 114.

47 *SUSMP* (n 46) sch 8.

48 *Ibid* x.

49 *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) ss 4(1) (definition of 'Schedule 8 Poison' and 'Poisons Standard'), 34A.

standard is allowed to be modified by subordinate legislation.⁵⁰ Finally, jurisdictions in the third group, consisting of New South Wales and South Australia, do not adopt the *SUSMP* and instead use a different scheduling system.⁵¹

The second point of difference is whether opioid pharmacotherapy is approved on a per-patient or per-practitioner basis. In all jurisdictions except Queensland, a separate treatment approval is required for each person receiving opioid pharmacotherapy (i.e. approval is issued on a ‘per-patient’ basis).⁵² In Queensland, opioid pharmacotherapy treatments under specialists are approved on a per-practitioner basis, and treatments under a shared care arrangement with community doctors are approved on a per-patient basis.⁵³

-
- 50 *Medicines and Poisons Act 2019* (Qld) ss 11, 67, sch 1 (definition of ‘Poisons Standard’); *Medicines and Poisons Regulations 2016* (WA) regs 6, 117; *Medicines and Poisons Act 2014* (WA) ss 3 (definition of ‘Schedule 8 Poison’), 4; *Poisons Act 1971* (Tas) ss 3 (definition of ‘Narcotic Substance’ and ‘Poisons List’), 59E; *Poisons (Adoption of Uniform Standard) Order 2012* (Tas); *Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2008* (ACT) ss 10–11, 15, 25, 78; *Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2012* (NT) ss 7, 14, pt 2.4 div 1 sub-div 2.
- 51 *Poisons and Therapeutic Goods Act 1966* (NSW) ss 28(3)-(4), (6), 29; *Poisons and Therapeutic Goods Regulation 2008* (NSW) reg 123; *Controlled Substances Act 1984* (SA) ss 4 (definition of ‘controlled drug’ and ‘drug of dependence’), 18A(3)-(4); *Controlled Substances (Controlled Drugs, Precursors and Plants) Regulations 2014* (SA) sch 1 pt 2.
- 52 *Poisons and Therapeutic Goods Act 1966* (NSW) s 29(3); *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) s 34(4); *Drugs, Poisons and Controlled Substances Regulations 2017* (Vic) reg 129, sch 2 item 3; *Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Regulation 2008* (ACT) reg 560(2)(a); *Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2012* (NT) s 143; Department of Health (NT), *Schedule 8 code of practice* (14 November 2019) pt 4A s 4.1; *Poisons Act 1971* (Tas) s 59E(3)(a); *Controlled Substances Act 1984* (SA) s 18A(4); *Medicines and Poisons Regulations 2016* (WA) reg 114 (definition of ‘prescribing code’), 139; Department of Health (WA), *Schedule 8 Medicines Prescribing Code* (September 2018) cl 3.4.3.2 (‘WA S8 Code’).
- 53 Queensland Health, *Application for a Prescribing Approval for Approved Opioids (QOTP – Patient Class)* (2021); Queensland Health, *Application for a Prescribing Approval for Approved Opioids (QOTP – Shared Care)* (2021); Queensland Health, *Queensland Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence* (2018) 91.

4. Analysis and Critique

4.1 Treatment Approval on Per-Practitioner Basis

The authorisation of opioid pharmacotherapy treatment on a per-practitioner, rather than a per-patient, basis allows prospective opioid pharmacotherapy patients to access the service more quickly. In jurisdictions that implement a per-patient approval system, a prospective patient must have an individual application approved before treatment could commence. In contrast, Queensland, which is the only jurisdiction that allows per-practitioner approvals, allows an approved practitioner to commence treating a patient immediately.⁵⁴ Long waiting times have been identified as a treatment accessibility barrier that renders opioid pharmacotherapy less effective.⁵⁵

The benefits of quick access should be balanced against the legitimate need to restrict the public's access to the opioid pharmacotherapy medications. Such a need arises due to the potential for these medications to be abused.⁵⁶ In Queensland, regulations are in place to require a prescriber to notify the authorities whenever they start or stop treating a patient with opioid pharmacotherapy.⁵⁷ Additionally, the prescription of medicine in Queensland is subject to a general requirement that it must reasonably be necessary for therapeutic treatment.⁵⁸ Combined, these legal requirements allow authorities to take administrative action against any medical practitioner who prescribes opioid pharmacotherapy inappropriately.⁵⁹

Ultimately, the availability of opioid pharmacotherapy treatment approvals on a per-practitioner basis is more practically suitable for harm minimisation, as it allows prospective patients to access the service quickly without needing to wait for the outcome of an individual application. Queensland's implementation of a per-practitioner treatment

54 *Medicines and Poisons (Medicines) Regulation 2021* (Qld) regs 30–1.

55 Georgios Kourounis et al, 'Opioid Substitution Therapy: Lowering the Treatment Thresholds' *Drug and Alcohol Dependence* (2016) 161 1, 3.

56 See generally Jane Carlisle Maxwell and Elinore F McCance-Katz, 'Indicators of Buprenorphine and Methadone Use and Abuse: What Do We Know?' *American Journal on Addictions* (2010) 19(1) 73.

57 *Medicines and Poisons (Medicines) Regulation 2021* (Qld) regs 30–1.

58 *Ibid* reg 81.

59 *Medicines and Poisons Act 2019* (Qld) s 96(1).

approval system contains appropriate safeguards to ensure a sufficient level of supervision over the public's access to opioid pharmacotherapy medications.

4.2 Lack of Uniform Classification System for Pharmacotherapy Medications

The lack of a nationally uniform classification system for methadone and buprenorphine appears to be a practical hinderance to the goals of harm minimisation. As only Victoria adopts the *SUSMP* directly, no two jurisdictions' classification systems are identical.⁶⁰ The nuances in each jurisdiction's legislations, despite often being minor, means that the legal requirements for the prescription of methadone and buprenorphine are not necessarily accessible to prescribers or the public.⁶¹ In a small number of circumstances, including when a practitioner relocates to a different jurisdiction or when a patient attempts to use a prescription issued in another jurisdiction, the inaccessibility of the prescription requirements may delay a patient's access to opioid pharmacotherapy.⁶² Thus, a nationally uniform classification system for pharmacotherapy medications would be more practically suitable for harm minimisation.

Furthermore, a uniform classification system, phrased appropriately, may be beneficial to the public's support of opioid pharmacotherapy. For example, the New South Wales legislation labels both methadone and buprenorphine as a type B (and type C) 'drug of addiction'.⁶³ In contrast, the *SUSMP* labels those medications as a 'controlled drug', with an additional explanation that they are 'substances which should be available for use but require restriction ... to reduce abuse, misuse and physical or psychological dependence'.⁶⁴ Arguably, the prescription of a 'controlled drug' to treat a patient is significantly less stigmatising than the

60 See above Part III.3.

61 Andy C Hua, Finna Shen and Xiaoting Ge, 'State-Based Legal Requirements for Schedule 8 Prescriptions: Why So Complicated?' *Medical Journal of Australia* (2015) 203(2) 64, 64.

62 Ibid.

63 *Poisons and Therapeutic Goods Regulation 2008* (NSW) reg 123; *Poisons and Therapeutic Goods Act 1966* (NSW) s 28(6).

64 *SUSMP* (n 46) x.

prescription of a ‘drug of addiction’.⁶⁵ Thus, a uniform and appropriate classification system would allow the public to view opioid pharmacotherapy patients in a less punitive way.⁶⁶ This is practically beneficial for harm minimisation, as it would lessen the effect of social stigma as a barrier to treatment.

5. Recommendations

As a harm minimisation strategy, the effectiveness of opioid pharmacotherapy programs can be furthered by allowing treatment approvals to be issued on a per-practitioner basis. A feasible reform option could be for all Australian jurisdictions to adopt the model in Queensland. For this reform option, it is important that the authorities maintain a level of supervision over the issuing of pharmacotherapy prescriptions, due to the abuse potential of methadone and buprenorphine.⁶⁷

Additionally, the effectiveness of opioid pharmacotherapy programs may be furthered by the introduction of a nationally uniform classification system for the pharmacotherapy medications. A feasible reform option is for all Australian jurisdictions to adopt the *SUSMP* directly, as it already exists and does not associate either methadone or buprenorphine with stigmatising connotations. For this reform option, it is important that the adoption of the *SUSMP* is direct and not subject to subordinate legislation. Indirect adoptions of the *SUSMP* do not necessarily improve accessibility, as a person would still be required to search through other statutory instruments to ascertain how a drug is classified.

65 See generally John F Kelly, Sarah E Wakeman and Richard Saitz, ‘Stop Talking ‘Dirty’: Clinicians, Language, and Quality of Care for the Leading Cause of Preventable Death in the United States’ *The American Journal of Medicine* (2015) 128(1) 8.

66 *Ibid* 8–9.

67 See generally Maxwell and McCance-Katz (n 56).

IV. Needle and Syringe Programs

1. Introduction and Purpose

Needle and syringe programs ('NSPs') concern the provision of sterile injection equipment to people who inject drugs.⁶⁸ They aim to protect people who inject drugs from the transmission of blood-borne diseases, such as HIV and hepatitis C, through 'risk injecting behaviours' such as the sharing of injectors.⁶⁹

A needle and syringe program may provide sterile injectors in exchange for used injectors on a 'one-for-one' basis.⁷⁰ This requires the user accessing the service to hand over a used injector for every new injector issued. Alternatively, it may hand out sterile injectors freely on a 'no questions asked' basis.⁷¹

2. The Scientific Evidence

In the literature, the effectiveness of needle and syringe programs is assessed generally by reference to one of three metrics. These metrics are behavioural changes, HIV transmission and hepatitis C transmission.

There is evidence supporting the effectiveness of needle and syringe programs in reducing HIV transmission among people who inject drugs.⁷² However, some reviews have expressed reservations about the quality of the available evidence.⁷³ The reservations arise mainly because the relevant

68 Ricardo M Fernandes et al, 'Effectiveness of Needle and Syringe Programmes in People who Inject Drugs: An Overview of Systematic Reviews' *BMC Public Health* (2017) 17 309: 1, 2.

69 Ibid.

70 Susan G Sherman et al, 'Consequences of a Restrictive Syringe Exchange Policy on Utilisation Patterns of a Syringe Exchange Program in Baltimore, Maryland: Implications for HIV Risk' *Drug Alcohol Review* (2015) 34(6) 637, 637–8.

71 Ibid.

72 Fernandes et al (n 68) 13–14; Esther J Aspinall et al, 'Are Needle and Syringe Programmes Associated with a Reduction in HIV Transmission among People who Inject Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis' *International Journal of Epidemiology* (2014) 43(1) 235, 246; Alex Wodak and Annie Cooney, 'Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection Among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence' *Substance Use and Misuse* (2006) 41 777, 802.

73 Fernandes et al (n 68) 13–14; Aspinall et al (n 72) 246.

primary studies are observational in nature, due to ethical and practical difficulties for randomised trials.⁷⁴ Subject to similar reservations about the quality of the available evidence, needle and syringe programs have also been shown to be effective in reducing injecting risk behaviours in people who inject drugs.⁷⁵

As for the reduction of hepatitis C transmissions, Palmateer et al consider the available evidence to be ‘insufficient’ to support such a finding.⁷⁶ Similarly, Fernandes et al consider that the evidence in support is of ‘low to moderate quality’.⁷⁷ Ultimately, while the evidence in support of needle and syringe programs’ effectiveness for harm minimisation appears ‘weaker than given credit for in the literature’,⁷⁸ the sources agree that needle and syringe programs should be one component of a comprehensive programme of harm minimisation measures.⁷⁹

3. Legal Implementations

Needle and syringe programs are available in all Australian jurisdictions.⁸⁰ Depending on the jurisdiction, a needle and syringe program may be given authority to operate in one of two approaches. The first approach is used in Queensland, Western Australia and the Northern Territory, which have a separate criminal offence for the supply of syringes in connection with drug use.⁸¹ In these jurisdictions, an approved needle and syringe program is exempted from any criminal liability associated with the specific offence.⁸²

74 See, eg, Fernandes et al (n 68) 12–13.

75 Norah Palmateer et al, ‘Evidence for the Effectiveness of Sterile Injecting Equipment Provision in Preventing Hepatitis C and Human Immunodeficiency Virus Transmission among Injecting Drug Users: A Review of Reviews’ *Addiction* (2010) 105(5) 844, 851–2; Fernandes et al (n 68) 13–14.

76 Palmateer et al (n 75) 846–7, 851.

77 Fernandes et al (n 68) 13–14.

78 Palmateer et al (n 75) 844.

79 Wodak and Cooney (n 72) 802; Fernandes et al (n 68) 14; Aspinall et al (n 72) 246.

80 Sue Heard et al, *Needle Syringe Program National Minimum Data Collection* (2020) 3.

81 *Drugs Misuse Act 1986* (Qld) s 10(3); *Misuse of Drugs Act 1981* (WA) s 7B(3); *Interpretation Act 1984* (WA) s 5 (definition of ‘sell’); *Misuse of Drugs Act 1990* (NT) s 12(2).

82 *Drugs Misuse Act 1986* (Qld) s 10(3); *Misuse of Drugs Act 1981* (WA) s 7B(5); *Misuse of Drugs Regulations 1982* (WA) reg 4B(3); *Misuse of Drugs Act 1990* (NT) s 12(2).

The second approach is used in the Australian Capital Territory, New South Wales, South Australia, Tasmania and Victoria where the supply of syringes is not specifically criminalised. In these jurisdictions, it is an offence to administer illicit drugs to oneself.⁸³ Thus, while there do not appear to be any reported cases, a person who supplies syringes to another could technically be held liable for aiding, abetting or procuring an offence of administering illicit drugs if the recipient of the syringe commits that offence.⁸⁴ Accordingly, these jurisdictions exempt needle and syringe programs from certain criminal liability which arise as a result of extensions of criminal liability. In New South Wales, Victoria, and Tasmania, needle and syringe programs are exempted from extensions of criminal liability for specific offences.⁸⁵ In the Australian Capital Territory and South Australia, needle and syringe programs are exempted from extensions of criminal liability generally.⁸⁶

An additional point of difference in the legal implementation of needle and syringe programs across Australia is whether a jurisdiction allows a defence for secondary distributors. Such a provision extends the legal protection given to needle and syringe programs to anyone who receives a syringe from a needle and syringe program and passes it unused to another person. Jurisdictions that implement this defence are Victoria, Tasmania, and the Northern Territory.⁸⁷ Additionally, the Australian Capital Territory implements an extended version of this defence in which the origin of the syringe is immaterial so long as the syringe is sterile.⁸⁸

83 *Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2008* (ACT) s 37(2); *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) s 12(1); *Controlled Substances Act 1984* (SA) s 33L(1)(b); *Misuse of Drugs Act 2001* (Tas) s 24(b); *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) s 75.

84 See, eg, Victoria, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 25 March 1987, 568 (David Ronald White).

85 *Drug Misuse and Trafficking Regulation 2021* (NSW) regs 37, 38; *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) s 80(5); Victoria, *Victoria Government Gazette*, No G4, 28 January 2021, 171–175; *Public Health Act 1997* (Tas) s 56K(4).

86 *Public Health Act 1997* (ACT) s 66 J; *Controlled Substances Act 1984* (SA) s 33S(b); *Controlled Substances (Controlled Drugs, Precursors and Plants) Regulations 2014* (SA) reg 12.

87 *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) ss 80(8)-(9); *Public Health Act 1997* (Tas) s 56K(5); *Misuse of Drugs Act 1990* (NT) s 12(3), (3 A).

88 *Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2008* (ACT) ss 37(3).

4. Analysis and Critique

4.1 Legal Basis for Authorisation

As discussed previously, the way in which a needle and syringe program is authorised to operate depends on the laws of the jurisdiction it operates in. In jurisdictions where the supply of syringes in connection with drug use is a separate offence, an authorised needle and syringe program is exempted from that specific offence. In contrast, in jurisdictions where a supplier of syringes is potentially liable for aiding, abetting or procuring the self-administration of drugs, an authorised needle and syringe program is exempted from being liable under extensions of criminal liability.

Despite the difference in the legal basis of needle and syringe programs' authorisations, a common feature of the authorisation systems in all Australian jurisdictions is that protection against the relevant criminal liability is given to official needle and syringe programs only. However, official needle and syringe programs are only one of the channels through which sterile injectors are distributed, with evidence suggesting that people who inject drugs also distribute sterile injectors amongst themselves.⁸⁹ The ultimate purpose of a needle and syringe program is to address the harms associated with the use of contaminated injectors.⁹⁰ Thus, the fact that legal protections are only given to official needle and syringe programs appears to arbitrarily limit the harm minimisation opportunities that could be had through peer-distribution of injecting equipment. Subject to the discussion below about the secondary distributors' defence, current Australian laws, which give legal protections to official needle and syringe programs only, are arguably too restrictive to allow for effective harm minimisation.

89 See, eg, Loren Brener et al, 'Patterns of Peer Distribution of Injecting Equipment at an Authorized Distribution Site in Sydney, Australia' *Substance Use and Misuse* (2018) 53(14) 2405, 2410–11; Jamee Newland, Christy Newman and Carla Treloar, "We get by with a Little Help from Our Friends": Small-Scale Informal and Large-Scale Formal Peer Distribution Networks of Sterile Injecting Equipment in Australia' *International Journal of Drug Policy* (2016) 34 65, 69–70.

90 See, eg, Fernandes et al (n 68) 2.

4.2 Secondary Distributors' Defence

The implementation of a secondary distributors' defence appears to be practically suitable for the goals of harm minimisation. As discussed previously, one concern about the Australian laws enabling needle and syringe programs to operate is that legal protections for the distribution of injectors are only afforded to narrowly defined and officially sanctioned entities.

The 'standard' secondary distributor's defence, as implemented in Victoria, Tasmania, and the Northern Territory, extends the relevant legal protection to secondary distributors of NSP-originated injectors.⁹¹ This makes the law significantly less restrictive and allows for peer-distribution of injectors obtained from official needle and syringe programs. Nonetheless, the 'standard' defence does not completely address the restrictiveness of the laws, as the criminal liability of people who distribute sterile injectors obtained from places other than those prescribed by legislation remains unaltered.

In contrast, the Australian Capital Territory's version of the defence extends the relevant legal protection to secondary distributors of sterile injectors irrespective of their origin.⁹² This implementation appears to be most consistent with the goal of harm minimisation, as it grants protection to anyone distributing sterile injectors while not altering the legal liability of those supplying unsterile injectors.

5. Recommendations

From the harm minimisation perspective of preventing the spread of blood-borne diseases, the law should discourage the supply of contaminated injectors while not burdening any entity who distributes sterile injectors. However, except for the Australian Capital Territory which has an extended secondary distributor defence, this is not the case in Australia. In jurisdictions that implement the 'standard' secondary supplier defence, liability for the supply of syringes is effectively tied to the origin of the

91 *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) ss 80(8)-(9); *Public Health Act 1997* (Tas) s 56K(5); *Misuse of Drugs Act 1990* (NT) ss 12(3), (3 A).

92 *Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2008* (ACT) s 37(3).

syringe. In jurisdictions that do not have a secondary supplier defence, liability for the supply of syringes is only exempted when it is supplied by an approved entity.

Ultimately, the harm minimisation goals that needle and syringe programs seek to achieve can be furthered by allowing any entity to distribute sterile needles and syringes freely. To achieve this, a possible reform option could be to ensure that the supply of syringes only attracts criminal liability where the syringe supplied is unsterile. For jurisdictions that have a separate offence of supplying syringes in connection with drug use, the offence could be amended such that only the supply of unsterile syringes is penalised. For jurisdictions in which a syringe supplier may be liable under extensions of criminal liability, an extended secondary distributor defence could be introduced to exempt suppliers of sterile syringes from secondary criminal liability.

V. Supervised Injection Centres

1. Introduction and Purpose

Supervised injection centres provide a physical space where people can consume people the supervision of medical professionals.⁹³ These rooms aim to protect drug users from overdose-induced harms and reduce drug use in unhygienic conditions.⁹⁴ Other purposes of these facilities may include the delivery of drug education to people who inject drugs, the screening of viral infections, or the reduction of nuisances triggered by injecting drug use in public spaces.⁹⁵

2. The Scientific Evidence

There is evidence supporting the effectiveness of supervised injection centres for the public health objectives of reducing unhygienic drug use and

93 Stone and Shirley-Beavan (n 12) 21.

94 Ibid 21–2.

95 Chloé Potier et al, 'Supervised Injection Services: What Has Been Demonstrated? A Systematic Literature Review' *Drug and Alcohol Dependence* (2014) 145 48, 49.

managing overdoses.⁹⁶ Furthermore, these facilities have also been shown to be effective in meeting their public order objectives of reducing instances of public drug use and publicly discarded syringes.⁹⁷

3. Legal Implementations

There are currently two supervised injection centres in Australia. One centre is located in Sydney, New South Wales and operates on a permanent basis.⁹⁸ The second centre is located in Melbourne, Victoria and operates as part of a trial which started on 30 June 2018 and is scheduled to end on 29 June 2023.⁹⁹

Each State has a licensing system to allow one (and only one) supervised injection centre to operate.¹⁰⁰ In both states, the licence permits clients to use and possess drugs inside the centre, subject to limits on the type and quantity of drugs they bring in.¹⁰¹ The licence also exempts the operator from criminal liability for deemed possession and aiding and abetting.¹⁰² Exemptions of criminal liability for both the client and the operator of the centre are necessary because the use/self-administration of drugs is criminalised in both New South Wales and Victoria.¹⁰³ This means that clients of the supervised injection centres would be potentially liable for the use, as well as the possession of drugs.¹⁰⁴ The operators would be

96 Ibid 65; Mary Clare Kennedy, Mohammad Karamouzian and Thomas Kerr, 'Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: A Systematic Review' *Current HIV/AIDS Reports* (2017) 14(5) 161, 179.

97 Potier et al (n 95) 65; Kennedy, Karamouzian and Kerr (n 96) 178.

98 *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) s 36G.

99 *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) s 55F; Daniel Andrews, *Saving and Rebuilding Lives from Drug Addiction* (2020); *Victoria Government Gazette*, No S309, 29 June 2020, 1.

100 *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) s 36A; *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) s 55D.

101 *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) s 36N, sch 1; *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) s 55K; *Drugs, Poisons and Controlled Substances Regulations 2017* (Vic) regs 149A, 149B.

102 *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) s 36O; *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) s 55L.

103 *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) s 12; *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) s 75.

104 *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) ss 10, 12; *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) ss 73, 75.

potentially liable for aiding and abetting the use of drugs, as well as for having deemed possession of drugs.¹⁰⁵ Finally, the licence exempts the operator from all non-negligent civil liability.¹⁰⁶

Several points of difference exist between the Victorian and New South Wales legislations. First, the Victorian legislation exempts both the client and operator from the criminal liability for supplying illicit drugs.¹⁰⁷ In contrast, the New South Wales legislation does not exempt the client from any criminal liability for supplying illicit drugs.¹⁰⁸ The operator may be exempt from liability for supply, but only if the supply was ‘in the conduct’ of the facility.¹⁰⁹ Additionally, the New South Wales legislation requires the licence to be reviewed if the centre has low attendance, which is defined as less than 156 client visits per day in each month.¹¹⁰ No similar provision about the economic viability of the centre exists in the Victorian legislation.

4. Analysis and Critique

4.1 Limited Availability

The availability of supervised injection centres is limited across Australia. Currently, supervised injection centres are only available in New South Wales and Victoria, and each of these States only allow one licence to be granted.¹¹¹ The numerical limit on the number of licences in New South Wales and Victoria appears to be products of political pressure.

¹⁰⁵ *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) ss 7, 10, 14, 19; *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) ss 5, 73, 80.

¹⁰⁶ *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) s 36P; *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) s 55N.

¹⁰⁷ *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) ss 4(1) (definition of ‘injecting centre drug’), 55K(1), 55L(1); *Drugs, Poisons and Controlled Substances Regulations 2017* (Vic) reg 149A.

¹⁰⁸ *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) ss 36D (definition of ‘prescribed drug’), 36N(2)(a).

¹⁰⁹ *Ibid* s 36O.

¹¹⁰ *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) s 36K(2); *Drug Misuse and Trafficking Regulation 2021* (NSW) reg 40.

¹¹¹ *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) s 36 A; *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) s 55D.

In both States, the numerical limit was presented as an assurance to opponents of supervised injection centres during parliamentary debates of the bill enabling supervised injection centres.¹¹² The numerical limit was used to emphasise that the introduction of this politically ‘novel’ harm minimisation measure is ‘controlled’, and that the political party seeking to introduce them is not ‘soft on drugs’.¹¹³ In contrast, in jurisdictions other than New South Wales and Victoria, the issue of supervised injection centres does not appear frequently in the public discourse. This is possibly due to an absence of media attention or legislative proposals on this issue. Ultimately, given the scientific evidence about their effectiveness,¹¹⁴ the limited availability of supervised injection centres appears to be both ideologically and practically inconsistent with the goals of harm minimisation.

4.2 NSW’s Economic Viability Requirement

The economic viability requirement was added by an amendment to s 36K of the *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) in 2007, when the New South Wales Government was seeking a further extension to their supervised injection centre trial (as it then was).¹¹⁵ In the Second Reading Speech of the amending legislation, the Government presented the addition of this requirement as further evidence that their trial is ‘cautious’ and ‘strictly regulated’.¹¹⁶ However, no quantitative figure about either the cost of the facility or the value of its benefits was mentioned in the speech.¹¹⁷ Furthermore, a government review on the operation of the supervised injection centre, referred to in the Second Reading Speech and subsequently tabled, did not recommend any changes to the pre-

112 New South Wales, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 21 October 1999, 1774 (John Della Bosca); Victoria, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 14 December 2017, 6880 (Jaclyn Symes).

113 *Ibid.*

114 See above Part V.2.

115 *Drug Summit Legislative Response Amendment (Trial Period Extension) Bill 2007* (NSW) sch 1 [3].

116 New South Wales, *Parliamentary Debates*, Legislative Assembly, 07 June 2007, 1090 (Reba Meagher, Minister for Health).

117 *Ibid.* 1089–91.

amendment version of s 36K.¹¹⁸ Ultimately, the introduction of the economic viability requirement in New South Wales appears to be a political compromise to win more support for the trial's extension.

4.3 Victoria's Authorisation for Supplying Drugs

The Victorian legislation's blanket authorisation for the supervised injection centre and its clients to supply illicit drugs¹¹⁹ appears to be unnecessary for the centre's present functions. As a harm minimisation measure, the main purpose of a supervised injection centre is to manage overdoses safely.¹²⁰ The centre may also provide education or sterile injecting equipment for its clients.¹²¹ In performing these functions, the centre need not to supply illicit drugs or require its clients to supply illicit drugs to any entity.¹²²

A comparison with the New South Wales legislations further suggests that the Victorian legislation's authorisation for supplying illicit drugs is unnecessary. New South Wales and Victoria define the supply of illicit drugs similarly.¹²³ Despite this, the New South Wales legislation for supervised injection centres does not exempt a client from any criminal liability for the supply of illicit drugs.¹²⁴ While some qualified exemptions are given, the supervised injection centre's operator is not given a blanket exemption from criminal liability for the supply of illicit drugs in New South Wales.¹²⁵

118 Ibid 1090; Ken Moroney and Bob McGregor, *Review of the Operation and Use of the Medically Supervised Injecting Centre and Part 2A of the Drugs Misuse and Trafficking Act 1985* (2007) 4, 31.

119 *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) ss 4(1) (definition of 'injecting centre drug'), 55K(1), 55L(1); *Drugs, Poisons and Controlled Substances Regulations 2017* (Vic) reg 149A.

120 See above Part V.1.

121 Ibid.

122 North Richmond Community Health, 'Medically Supervised Injecting Room', (Web page, undated).

123 *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) s 3(1) (definition of 'supply'); *Drugs, Poisons and Controlled Substances Act 1981* (Vic) s 4(1) (definition of 'supply').

124 *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) ss 36D (definition of 'prescribed drug'), 36N(2)(a).

125 *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (NSW) s 36O.

Furthermore, the Victorian legislation's authorisation for the supply of illicit drugs does not appear to offer any political advantage. During parliamentary debates of the bill which enabled the Victorian trial, it was clear that the Victorian Government still intended to penalise drug dealing harshly.¹²⁶ The Victorian Government emphasised that the trial was 'conservative', 'controlled', and with 'strict' conditions.¹²⁷ Given these representations by the Victorian Government, the addition of a further authorisation for supply does not appear to be politically motivated. This is corroborated by the fact that the authorisation of supply was criticised by members of the opposition.¹²⁸ Ultimately, the authorisation for the supply of illicit drugs in the Victorian legislation appears to be unnecessary for the centre's present functions.

5. Recommendations

A recurring theme throughout the analysis was the effect that political pressure has on the regulatory framework governing supervised injection centres. Whether in the form of a numerical limit on licences or an 'economic viability' requirement, conditions are attached to the operation of supervised injection centres as a form of assurance to political opponents. The reluctance, of policymakers in favour of harm minimisation, to alienate opponents of supervised injection centres suggests that the opposing view is still relatively mainstream in the community.¹²⁹

The effectiveness of supervised injection centres as a harm minimisation strategy can be furthered by making these facilities available in more locations. Evidently, any expansion of supervised injection centres will depend on the level of political support. Considering that the supervised injection centre in both New South Wales and Victoria started as time-

¹²⁶ Victoria, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 14 December 2017 (n 112), 6880 (Jaclyn Symes), 6902 (Gavin Jennings).

¹²⁷ Victoria, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 14 December 2017 (n 112), 6880 (Jaclyn Symes).

¹²⁸ Victoria, *Parliamentary Debates*, Legislative Assembly, 15 November 2017, 3872 (Bill Tilly).

¹²⁹ See, eg, Hamish Goodall, 'Business Owners Furious over Location of Drug-Injecting Room in Melbourne CBD', *7News* (online), 18 May 2021.

limited trials,¹³⁰ there appears to be some political support for this type of arrangement. Hence, the most feasible option to expand the availability of supervised injection centres would be to introduce more time-limited trials of these facilities wherever sufficient political support exists. Given the existing scientific evidence, evaluation of these new trials should return favourable findings.¹³¹ These findings can then be used to advocate for the trials to be made permanent, as has been done in New South Wales.¹³²

On a separate and minor point, the Victorian legislation's authorisation for supplying drugs, applicable to both supervised injection centre clients and operators, appears to be unnecessary for the centre's functioning. Considering the then parliament's intention to continue to criminalise drug dealing,¹³³ the removal of the legislation's reference to authorising supply may be desirable.

VI. Substance Testing

1. Introduction and Purpose

Substance testing involves the scientific analysis of the ingredients and composition of a drug sample.¹³⁴ This initiative aims to protect people who use drugs, especially recreational drugs in tablet form, from the harmful effects of contaminants and/or cutting agents by providing information that allows them to make a more informed choice about drug use.¹³⁵ Additionally, substance testing initiatives facilitate the outreach of drugs education by engaging with people who use drugs casually and

130 *Drug Summit Legislative Response Act 1999* (NSW) sch 2; *Drugs, Poisons and Controlled Substances Amendment (Medically Supervised Injecting Centre) Act 2017* (Vic) s 7.

131 See above Part V.2.

132 New South Wales, *Parliamentary Debates*, Legislative Assembly, 23 September 2010, 25996–7 (Carmel Tebbutt).

133 Victoria, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 14 December 2017 (n 112), 6880 (Jaclyn Symes), 6902 (Gavin Jennings).

134 Felix Betzler et al, 'Drug Checking and Its Potential Impact on Substance Use' *European Addiction Research* (2021) 27(1) 25, 25–6.

135 Groves (n 21) 2.

recreationally, a group which has little or no contact with support otherwise.¹³⁶

2. The Scientific Evidence

Substance testing services have been shown to influence its clients' intended behaviour.¹³⁷ The literature has consistently reported that clients are less inclined to use their samples if the analysis returns unexpected or suspicious results.¹³⁸

Nevertheless, some gaps exist in the literature. In particular, less research is available about substance testing's effect on its clients' enacted (actual) behaviour and thus exposure to harm.¹³⁹ A person's actual behaviour may differ from what they indicate on a self-report survey as their intended behaviour.¹⁴⁰

3. Legal Implementation

Officially sanctioned¹⁴¹ substance testing was, as of 2021, only available in Australia in two time-limited trials, which took place at the 'Groovin the Moo' music festival in Canberra, Australian Capital Territory ('ACT'), in 2018 and 2019 (the 'music festival trials').¹⁴² It was reported that substance testing will not be available at the 2022 'Groovin the Moo' festival, which will be the first time it is held since the COVID-19 pandemic.¹⁴³ Additionally, during the writing of this paper, the ACT Government launched a fixed-site substance testing service in July 2022 as a six-month

¹³⁶ Brunt (n 4) 10.

¹³⁷ Groves (n 21) 8; Nazlee Maghsoudi et al, 'Drug Checking Services for People Who Use Drugs: A Systematic Review' *Addiction* (2022) 117(3) 532, 535.

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ Groves (n 21) 7; Maghsoudi et al (n 137) 535.

¹⁴⁰ See, eg, Betzler et al (n 134) 31.

¹⁴¹ Cf Andrew M Camilleri and David Caldicott, 'Underground Pill Testing, Down Under' *Forensic Science International* (2005) 151(1) 53.

¹⁴² Meegan Fitzharris, 'Second Pill Testing Trial Takes Place in Canberra' (2019).

¹⁴³ Donal Sheil and Jack Schmidt, 'Groovin the Moo Cancels Pill-Testing at Canberra Musical Festival after Insurers Pull Out', *ABC News* (online).

pilot trial (the ‘2022 fixed-site trial’).¹⁴⁴ This trial is ongoing at the time of writing.

There is no legislation to authorise either the music festival trials or the 2022 fixed-site trial. For the music festival trials, the operators relied on an ‘agreement and mutual understanding’ with local law enforcement for their, and their clients’, criminal liability.¹⁴⁵ This arrangement with law enforcement was necessary because under ACT law, substance testing clients would be potentially liable for the possession of drugs as well as for the supply of drugs when they submit a sample for analysis.¹⁴⁶ Once the sample is received, the operators of the testing service are potentially liable for possession of the drugs.¹⁴⁷ A similar agreement with law enforcement regarding the use of police discretion is implemented and documented in a police Better Practice Guide for the 2022 fixed-site trial.¹⁴⁸ It should also be noted that in all of the trials, steps were taken to conceal the identity of substance testing clients from outside observers.¹⁴⁹

Finally, substance testing clients in all trials were required to sign a waiver releasing the operator from tortious liability associated with their participation in the trial.¹⁵⁰ It was stated in the reports of the music festival trials that, prior to signing, the client’s capacity to consent was assessed by medical professionals.¹⁵¹

144 Rachel Stephen-Smith, *Australia’s first fixed-site health and drug checking service opens* (2022).

145 Sarah Byrne et al, ‘Australia’s First Official Illicit Pill Testing at Canberra’s Groovin’ The Moo Music Festival: Legal Hurdles and Future Prospects’ *Journal of Law and Medicine* (2018) 26(1) 54, 60.

146 *Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2008* (ACT) ss 11(2) (definition of ‘controlled medicine’), 26, 35.

147 *Ibid* s 35.

148 Australian Federal Police, *Better Practice Guide on Fixed-Site Drug Checking Service at 1 Moore Street Canberra (ACT)* (2022) (‘Better Practice Guide’).

149 Safety Testing Advisory Service At Festivals and Events Consortium, *Report on the ACT GTM Pill Testing Pilot: a Harm Reduction Service* (2018) 6–7 (‘2018 GTM Pill Testing Report’); Pill Testing Australia Consortium, *Report on the 2nd ACT GTM Pill Testing Pilot: a Harm Reduction Service* (2019) 8–9 (‘2019 GTM Pill Testing Report’); Better Practice Guide (n 148) 4.

150 2018 GTM Pill Testing Report (n 149) 8; 2019 GTM Pill Testing Report (n 149) 8–9; [s.n.] ‘CANTEST – Directions’ (Web page, undated).

151 2018 GTM Pill Testing Report (n 149) 8.

4. Analysis and Critique

4.1 Limited Availability

The availability of substance testing services in Australia is presently confined to a single location in the ACT. Evidence from New South Wales and the Australian Capital Territory suggests that the limited availability of substance testing is likely a product of political pressure.¹⁵²

In the Australian Capital Territory, the Government, at the time led by a coalition of the Greens and the Labor Party, had approved a substance testing trial at the 2017 ‘Spilt Milk’ music festival.¹⁵³ This festival was to be held on land belonging to the federal government, at the time led by a coalition of the Liberal Party and the National Party.¹⁵⁴ The land was managed by the statutory agency National Capital Authority.¹⁵⁵ In the end, the planned trial was cancelled.¹⁵⁶ While the National Capital Authority maintains that it was not involved in the decision to cancel the trial,¹⁵⁷ proponents of substance testing blamed the cancellation on interventions from the federal government.¹⁵⁸

In New South Wales, the Greens presented a bill in 2019 with a legislative framework to enable substance testing on a continuing basis.¹⁵⁹ The bill was voted down, with the then governing Liberal-National Coalition refusing to provide any support outright.¹⁶⁰ The Labor Party, while indicating that they generally support substance testing, also refused to provide support for this bill on the basis that the bill was not framed as a

152 See, eg, Shane Rattenbury, ‘To All Those Who Supported Pill Testing: Thank You’ (2018); New South Wales, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 24 November 2021, 62 (Scott Farlow), 64 (John Graham).

153 Rattenbury (n 152).

154 Joint Standing Committee on the National Capital and External Territories, Parliament of Australia, *Biannual Public Briefing* (Transcript of Proceedings, 7 December 2017) 1.

155 *Ibid.*

156 See, eg, *ibid.*

157 *Ibid.*

158 Rattenbury (n 152); [s.n.] ‘Pill Testing Advocates Blame Federal Intervention for Spilt Milk Trial Cancellation’, *The Canberra Times* (online), 13 October 2017.

159 *Pill Testing Bill 2019* (NSW).

160 New South Wales, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 24 November 2021 (n 152) 62 (Scott Farlow).

time-limited trial.¹⁶¹ It should also be noted that a similar bill to enable substance testing was introduced to the Victorian parliament in 2019 but has now lapsed following dissolution of parliament before a general election.¹⁶²

In jurisdictions other than New South Wales, Victoria and the Australian Capital Territory, substance testing does not appear frequently in the public discourse. This is possibly due to an absence of media attention or legislative proposals on this issue. Ultimately, despite some gaps in the available literature, the scientific evidence is generally in favour of substance testing being an effective harm minimisation strategy.¹⁶³ Thus, the limited availability of substance testing appears to be both ideologically and practically inconsistent with the goals of harm minimisation.

4.2 Lack of Legislative Protection

The effectiveness of the ACT's substance testing trials is adversely affected by each trial's reliance on police discretion and waivers. As offences are potentially committed when a client utilises the substance testing service,¹⁶⁴ the success of the service depends substantially on the police cooperating and exercising their discretion to not charge people.¹⁶⁵ The implication of this is that a distrust of the police could deter some people from accessing the service. While no official data can be collected, anecdotal evidence suggests that, during the 2018 music festival trial, some festival attendees brought in (legally acquired) prescription medications to the testing service to confirm that the program is not a police 'set-up'.¹⁶⁶ Thus, it appears that the lack of legal protection is of concern among attendees and may have deterred some from utilising the service. Additionally, it should be noted that the ACT police's decision to cooperate appears to be influenced in part by the views of former senior

161 Ibid 64 (John Graham).

162 *Drugs, Poisons and Controlled Substances Amendment (Pill Testing Pilot for Drug Harm Reduction) Bill 2019* (Vic).

163 See above Part VI.2.

164 Better Practice Guide (n 148) 3–4.

165 See generally Byrne et al (n 145) 58.

166 [s.n.] 'What is the Future of Pill Testing in Australia? Australian Politics Live Podcast' *Guardian Australia* (online) 2018 0:09:35–0:10:20.

police officials.¹⁶⁷ This means that the ACT model is unlikely to be replicated in other jurisdictions.

Furthermore, a person must have capacity to consent in order to validly execute a waiver, which may be problematic for substance testing services at music festivals. Attendees at music festivals are often intoxicated, whether due to alcohol or drugs, which would impair their capacity to consent.¹⁶⁸ Even if all clients are assessed by medical professionals for their capacity to consent, a risk of tortious liability for the testing provider and the event organiser remains because a court could later override that assessment. Liability issues may affect the future availability of substance testing, through the reluctance of event organisers or insurers.¹⁶⁹

Ultimately, the lack of legislative protections in the ACT substance testing trials appears to be a practical hinderance to the goals of harm minimisation. The lack of legislative protections may deter both potential clients and event organisers from adopting substance testing and makes the arrangement difficult to replicate in other jurisdictions.

5. Recommendations

The lack of legislative protections appears to be a significant barrier to substance testing programs' furtherance of harm minimisation goals. Thus, legislative protections should be introduced for future Australian substance testing initiatives.

As evidenced by the rejection of the New South Wales substance testing proposal,¹⁷⁰ political and ideological resistance will likely be the most significant barrier to the introduction of legislative protection for substance testing programs. Again, the presence of political reluctance appears to indicate that opposition to substance testing is still relatively mainstream in the community.

¹⁶⁷ Byrne et al (n 145) 58.

¹⁶⁸ Ibid 57–8.

¹⁶⁹ See, eg, Sheil and Schmidt (n 143).

¹⁷⁰ *Pill Testing Bill 2019* (NSW).

Considering the stance taken by the Labor Party regarding the New South Wales Bill,¹⁷¹ there appears to be some political support for time-limited trials of substance testing. Hence, the most feasible reform option appears to be the introduction of legislative protections for substance testing services on a time-limited, trial basis. Given the existing scientific evidence, evaluation of these trials should return favourable findings.¹⁷² These findings can then be used to advocate for the trials to be made permanent.

VII. Conclusion

In conclusion, the Australian legal implementations of all four harm minimisation strategies relating to drug use can be improved further.

For opioid pharmacotherapy, the need for individual treatment approvals in all jurisdictions except Queensland and the associated delay can constitute an entry barrier to pharmacotherapy treatment.¹⁷³ A potential reform option could be for all States and Territories to adopt the Queensland system, which allows per-practitioner treatment approvals while retaining sufficient access safeguards for the medications used. Furthermore, the lack of a nationally uniform scheduling system for methadone and buprenorphine can result in practical difficulties when practitioners or patients cross jurisdictional boundaries.¹⁷⁴ Some jurisdictions also employ scheduling systems with unnecessarily stigmatising connotations.¹⁷⁵ In relation to these issues, a potential reform option could be for all States and Territories to adopt the national *Standard for the Uniform Scheduling of Medicines and Poisons* directly.

In relation to needle and syringe programs, the current legislations regulating criminal liability for the supply of syringes appear to be too restrictive in all jurisdictions except the Australian Capital Territory.¹⁷⁶ A potential reform

171 See above Part VI.4.1.

172 See above Part VI.2.

173 See above Part III.4.1.

174 See above Part III.4.2.

175 See, eg, *Poisons and Therapeutic Goods Act 1966* (NSW) s 28(6); *Poisons and Therapeutic Goods Regulation 2008* (NSW) reg 123.

176 See above Part IV.4.

option is to remove all criminal liability associated with the supply of sterile syringes but retain any criminal liability attached to the supply of unsterile syringes. This change will further the harm minimisation goals that needle and syringe programs seek to achieve, namely the prevention of blood-borne infections, by allowing any entity to distribute sterile needle and syringes freely.

The effectiveness of supervised injection centres and substance testing programs are most significantly constrained by their limited availability. In both cases, the limited availability can be attributed to political reluctance.¹⁷⁷ Nonetheless, there appears to be some political support for time-limited trials of both measures.¹⁷⁸ A potential reform option could be for more trials of both measures to be run wherever there are sufficient support, as political resistance will likely wane if an increasing number of trials return favourable evaluation results. Separately, the Victorian legislation's authorisation for the supply of drugs in their supervised injection centre appears to be unnecessary for the operation of the centre.¹⁷⁹

In addition to the specific recommendations above, two further observations are made regarding the status of harm minimisation measures in Australia generally. The first observation relates to the fact that, for measures with established legal frameworks across Australia (ie opioid pharmacotherapy and needle and syringe programs), recommendations made by this paper are already in use in some jurisdictions. By way of example, Victoria adopts the *SUSMP* directly and Queensland allows pharmacotherapy treatment authorisations on a per-practitioner basis.¹⁸⁰ The Australian Capital Territory has, through the implementation of an extended secondary distributor defence, effectively removed criminal liability for the supply of sterile syringes.¹⁸¹ The fact that the 'better' implementations (from a harm minimisation perspective) are in use in some, but not all Australian jurisdictions shows that there is little collaboration in drugs policymaking across Australia.

The second observation relates to the role of political pressure in the policymaking process concerning measures which are not yet widely

¹⁷⁷ See above Parts V.4.1, VI.4.1.

¹⁷⁸ See above Parts V.5., VI.5.

¹⁷⁹ See above Part V.4.3.

¹⁸⁰ See above Part III.3.

¹⁸¹ See above Parts IV.3., IV.4.2.

available (ie supervised injection centres and substance testing). This is exemplified by the introduction of the ‘economic viability’ requirement for the New South Wales supervised injection centre, despite a government report finding that such a requirement is not needed.¹⁸² Evidently, policymakers are willing to impose restrictions on harm minimisation measures, absent any recommendation to do so, for political advantage. Ultimately, these two observations show that there is significant room for improvements in the Australian implementations of harm minimisation strategies.

Bibliography

- Amato, Laura et al, ‘An Overview of Systematic Reviews of the Effectiveness of Opiate Maintenance Therapies: Available Evidence to Inform Clinical Practice and Research’ *Journal of Substance Abuse Treatment* (2005) 28(4) 321
- Andrews, Daniel, *Saving and Rebuilding Lives from Drug Addiction*, Media Release, Victoria State Government (2020) <<https://www.premier.vic.gov.au/sites/default/files/2020-06/200605-Saving-And-Rebuilding-Lives-From-Drug-Addiction.pdf>>
- Appleby, Gabrielle, Alexander Reilly and Laura Grenfell, *Australian Public Law*, Oxford: Oxford University Press, 3rd ed, 2019
- Aspinall, Esther J. et al, ‘Are Needle and Syringe Programmes Associated with a Reduction in HIV Transmission among People who Inject Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis’ *International Journal of Epidemiology* (2014) 43(1) 235
- Australian Federal Police, *Better Practice Guide on Fixed-Site Drug Checking Service at 1 Moore Street Canberra (ACT)*, 2022 (‘Better Practice Guide’)
- Australian Institute of Health and Welfare, *Australian Burden of Disease Study: Impact and Causes of Illness and Death in Australia 2018 Report*, Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2021
- Australian Institute of Health and Welfare, *National Drug Strategy Household Survey 2019 Report*, Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2020
- Australian Institute of Health and Welfare, *National Opioid Pharmacotherapy Statistics Annual Data Collection*, Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2022 (‘National Opioid Pharmacotherapy Statistics Report’)

¹⁸² See above Part V.4.2.

- Betzler, Felix et al, 'Drug Checking and Its Potential Impact on Substance Use' *European Addiction Research* (2021) 27(1) 25
- Brener, Loren, et al, 'Patterns of Peer Distribution of Injecting Equipment at an Authorized Distribution Site in Sydney, Australia' *Substance Use and Misuse* (2018) 53(14) 2405
- Brunt, Tibor, *Drug Checking as a Harm Reduction Tool for Recreational Drug Users: Opportunities and Challenges*, European Monitoring Centre for Drug Addiction (2017) <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6339/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Drug-checking-harm-reduction_o.pdf>
- Byrne, Sarah et al, 'Australia's First Official Illicit Pill Testing at Canberra's Groovin' The Moo Music Festival: Legal Hurdles and Future Prospects' *Journal of Law and Medicine* (2018) 26(1) 54
- Camilleri, Andrew M and David Caldicott, 'Underground Pill Testing, Down Under' *Forensic Science International* (2005) 151(1) 53
- Carlisle Maxwell, Jane and Elinore F McCance-Katz, 'Indicators of Buprenorphine and Methadone Use and Abuse: What Do We Know?' *American Journal on Addictions* (2010) 19(1) 73
- Cole, Claire et al, 'Adulterants in Illicit Drugs: A Review of Empirical Evidence' *Drug Test Analysis* (2011) 3(2) 89
- Conran, Peter, *Review of COAG Councils and Ministerial Forums*, Canberra: Australian Government, Department of the Prime Minister and Cabinet, 2020
- Degenhardt, Louisa et al, 'Mortality among Clients of a State-Wide Opioid Pharmacotherapy Program over 20 Years: Risk Factors and Lives Saved' *Drug and Alcohol Dependence* (2009) 105(1) 9
- Department of Health (Cth), *National Drug Strategy 2017–2026*, Canberra: Department of Health, 2017 ('*National Drug Strategy*')
- Department of Health (Cth), *Department of Health Annual Report 2020–21*, Canberra: Australian Government Department of Health, 2021 ('*DoH Annual Report*')
- Fernandes, Ricardo M et al, 'Effectiveness of Needle and Syringe Programmes in People who Inject Drugs: An Overview of Systematic Reviews' *BMC Public Health* (2017) 17 309
- Fitzharris, Meegan, *Second Pill Testing Trial Takes Place in Canberra*, Media Release, ACT Government, 2019

- Goodall, Hamish, 'Business Owners Furious over Location of Drug-Injecting Room in Melbourne CBD', *7News* (online), 18 May 2021 <<https://7news.com.au/sunrise/on-the-show/business-owners-furious-over-location-of-drug-injection-room-in-melbourne-cbd-c-2867019>>
- Groves, Andrew, 'Worth the Test?' Pragmatism, Pill Testing and Drug Policy in Australia' *Harm Reduction Journal* (2018) 15 12:1
- Heard, Sue, et al, *Needle Syringe Program National Minimum Data Collection Report*, Sydney: The Kirby Institute, 2020
- Henrich, Joseph, Steven J Heine and Ara Norenzayan, 'Most People are Not WEIRD' *Nature* (2010) 466(7302) 29
- Hua, Andy C, Finna Shen and Xiaoting Ge, 'State-Based Legal Requirements for Schedule 8 Prescriptions: Why So Complicated?' *Medical Journal of Australia* (2015) 203(2) 64
- Joint Standing Committee on the National Capital and External Territories, Parliament of Australia, *Biannual Public Briefing* (Transcript of Proceedings, 7 December 2017)
- Kelly, John F, Sarah E Wakeman and Richard Saitz, 'Stop Talking 'Dirty': Clinicians, Language, and Quality of Care for the Leading Cause of Preventable Death in the United States' *The American Journal of Medicine* (2015) 128(1) 8
- Kennedy, Mary Clare, Mohammad Karamouzian and Thomas Kerr, 'Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: A Systematic Review' *Current HIV/AIDS Reports* (2017) 14(5) 161
- Kourounis, Georgios et al, 'Opioid Substitution Therapy: Lowering the Treatment Thresholds' *Drug and Alcohol Dependence* (2016) 161 1
- Lawrinson, Peter et al, 'Key Findings from the WHO Collaborative Study on Substitution Therapy for Opioid Dependence and HIV/AIDS' *Addiction* (2008) 103(9) 1484
- Maghsoudi, Nazlee et al, 'Drug Checking Services for People Who Use Drugs: A Systematic Review' *Addiction* (2022) 117(3) 532
- Marlatt, G Alan, Mary E Larimer and Katie Witkiewitz, *Harm Reduction, Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, New York: Guilford Press, 2nd ed, 2011
- Mattick, Richard P et al, 'Buprenorphine Maintenance Versus Placebo or Methadone Maintenance for Opioid Dependence' *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2014) 2 CD002207

- Mattick, Richard P et al, 'Methadone Maintenance Therapy Versus No Opioid Replacement Therapy for Opioid Dependence' *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2009) 3 CD002209
- Ministerial Drug and Alcohol Forum, *Ministerial Drug and Alcohol Forum Communiqué* (16 December 2016)
- Moroney, Ken, and Bob McGregor, *Review of the Operation and Use of the Medically Supervised Injecting Centre and Part 2A of the Drugs Misuse and Trafficking Act 1985*, Final Draft Report, 30 May 2007
- Newland, Jamee, Christy Newman and Carla Treloar, "We get by with a Little Help from Our Friends": Small-Scale Informal and Large-Scale Formal Peer Distribution Networks of Sterile Injecting Equipment in Australia' *International Journal of Drug Policy* (2016) 34 65
- North Richmond Community Health, 'Medically Supervised Injecting Room', (Web page, undated) <<https://nrch.com.au/services/medically-supervised-injecting-room/>>
- Palmateer, Norah, et al, 'Evidence for the Effectiveness of Sterile Injecting Equipment Provision in Preventing Hepatitis C and Human Immunodeficiency Virus Transmission among Injecting Drug Users: A Review of Reviews' *Addiction* (2010) 105(5) 844
- Pathan, Hasan and John Williams, 'Basic Opioid Pharmacology: An Update' *British Journal of Pain* (2012) 6(1) 11
- Pill Testing Australia Consortium, *Report on the 2nd ACT GTM Pill Testing Pilot: a Harm Reduction Service*, Report, August 2019 ('2019 GTM Pill Testing Report')
- Potier, Chloé, et al, 'Supervised Injection Services: What Has Been Demonstrated? A Systematic Literature Review' *Drug and Alcohol Dependence* (2014) 145 48
- Queensland Health, *Application for a Prescribing Approval for Approved Opioids (QOTP – Shared Care)* (Application Form, 2021)
- Queensland Health, *Application for a Prescribing Approval for Approved Opioids (QOTP – Patient Class)* (Application Form, 2021)
- Queensland Health, *Queensland Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence*, Brisbane: Queensland Health, 2018
- Rattenbury, Shane, *To All Those Who Supported Pill Testing: Thank You*, Media Release, 10 May 2018

Safety Testing Advisory Service At Festivals and Events Consortium, *Report on the ACT GTM Pill Testing Pilot: a Harm Reduction Service Report*, June 2018 ('2018 GTM Pill Testing Report')

Sendziuk, Paul, 'Harm Reduction and HIV-Prevention among Injecting Drug Users in Australia: An International Comparison' *Canadian Bulletin of Medical History* (2007) 24(1) 113

Sheil, Donal and Jack Schmidt, 'Groovin the Moo Cancels Pill-Testing at Canberra Musical Festival after Insurers Pull Out', *ABC News* (online), 20 April 2022 <<https://www.abc.net.au/news/2022-04-20/pill-testing-cancelled-for-groovin-the-moo/101002974>>

Sherman, Susan G et al, 'Consequences of a Restrictive Syringe Exchange Policy on Utilisation Patterns of a Syringe Exchange Program in Baltimore, Maryland: Implications for HIV Risk' *Drug Alcohol Review* (2015) 34(6) 637

Sordo, Luis et al, 'Mortality Risk during and after Opioid Substitution Treatment: Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies' *British Medical Journal* (2017) 357 j1550:1

Stephen-Smith, Rachel, *Australia's First Fixed-Site Health and Drug Checking Service Opens*, Media Release, ACT Government, 19 July 2022

Stone, Katie and Sam Shirley-Beavan, *The Global State of Harm Reduction 2018 Report*, London: Harm Reduction International, 2018

Werb, Dan, 'Post-War Prevention: Emerging Frameworks to Prevent Drug Use after the War on Drugs' *International Journal of Drug Policy* (2018) 51 160

Wodak, Alex, and Annie Cooney, 'Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection Among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence' *Substance Use and Misuse* (2006) 41 777,

[s.n.] 'CANTEST – Directions' (Web page, undated) <<https://directionshealth.com/cantest/>>

[s.n.] 'Pill Testing Advocates Blame Federal Intervention for Spilt Milk Trial Cancellation', *The Canberra Times* (online), 13 October 2017 <<https://www.canberratimes.com.au/story/6027232/pill-testing-advocates-blame-federal-intervention-for-spilt-milk-trial-cancellation/>>

[s.n.] 'What is the Future of Pill Testing in Australia? Australian Politics Live Podcast' *Guardian Australia* (online) 2018 0:09:35–0:10:20 <<https://www.theguardian.com/australia-news/audio/2018/may/20/what-is-the-future-of-pill-testing-in-australia-australian-politics-live-podcast>>

Legislative Materials

New South Wales, Parliamentary Debates, Legislative Council, 21 October 1999

New South Wales, Parliamentary Debates, Legislative Council, 24 November 2021

New South Wales, Parliamentary Debates, Legislative Assembly, 07 June 2007

New South Wales, Parliamentary Debates, Legislative Assembly, 23 September
2010

Victoria, Parliamentary Debates, Legislative Assembly, 15 November 2017

Victoria, Parliamentary Debates, Legislative Council, 25 March 1987

Victoria Government Gazette, No S309, 29 June 2020

Victoria, Victoria Government Gazette, No G4, 28 January 2021

Victoria, Parliamentary Debates, Legislative Council, 14 December 2017

Halluzinogene: Eine Übersicht über pharmakologische Beschaffenheit und medizinischen Nutzen von Lysergsäurediethylamid (LSD) und psilocybinhaltigen Pilzen

ALEXANDRA DENHOF

Halluzinogene wie beispielsweise psilocybinhaltige Pilze sind vor allem für ihre bewusstseinsweiternde Wirkung bekannt. Der Konsum dieser geht bereits auf die Azteken und Maya zurück, die einen spirituellen und religiösen Umgang mit Halluzinogenen pflegten. Im 20. Jahrhundert wurde erstmals Lysergsäurediethylamid (LSD) synthetisiert, eine psychoaktive Substanz mit potenter Wirkung. LSD und Psilocybin wirkt vor allem durch Aktivierung spezifischer Serotoninrezeptoren im Zentralnervensystem. Zu den unerwünschten Wirkungen gehören Schwindel, Übelkeit und Erbrechen. Es liegen Ergebnisse verschiedener Studien vor, die potenzielle Einsatzmöglichkeiten von Psychedelika für psychiatrische Zwecke unterstützen. Vor allem bei Diagnosen wie Depressionen und Suchterkrankungen ist die medizinische Anwendung aussichtsreich. Nicht zu vernachlässigen sind jedoch die Gefahren, welche sich im Wesentlichen auf die Psyche auswirken können. Der Beitrag gibt einen Überblick über Geschichte und Wirkungsweise dieser Substanzen und diskutiert die Chancen und Risiken eines medizinischen Einsatzes.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	134
II. Traditioneller und moderner Konsum von Halluzinogenen	135
III. Die Gefahren von Halluzinogenen	136
IV. Ausgewählte Halluzinogene	138
1. Lysergsäurediethylamid (LSD)	138
1.1 Historischer Kontext	138
1.2 Chemie und Herstellung	138
1.3 Anwendung und Konsumform	139
1.4 Pharmakologie und Toxikologie	140
2. Psilocybinhaltige Pilze	142
2.1 Pharmakologie	143

2.2 Nebenwirkungen und Gefahren	144
V. Die medizinische Anwendung von Halluzinogenen	145
1. Die Entwicklung der Halluzinogenforschung	145
2. Die Therapie mit psychedelischen Substanzen	149
VI. Conclusio	151
Literaturverzeichnis	154

I. Einleitung

Halluzinogene¹ werden schon seit vielen hunderten Jahren auf die verschiedensten Arten konsumiert. Konsument:innen schätzen besonders ihre bewusstseinsweiternden Wirkungen. Einige Halluzinogene waren wegen ihres therapeutischen Potentials zugelassen, der Konsum wurde dann aber aufgrund ihrer Nebenwirkungen wieder untersagt.

Der folgende Beitrag dient der Zusammenstellung des aktuellen Wissensstandes über die Herkunft und Entdeckung, die pharmakologische Wirkung, die Konsummethode sowie die unerwünschten Wirkungen und Gefahren der Halluzinogene Lysergsäurediethylamid (LSD) und Psilocybin.

Das Ziel dieses Beitrags ist somit, einen differenzierten Überblick über das Thema zu geben und mögliche therapeutische Anwendungen dieser psychedelischen Substanzen zu beleuchten. Von großer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang auch die notwendigen Rahmenbedingungen eines solchen Einsatzes, wie klare gesetzliche Vorschriften und eine ärztliche Aufsicht der Einnahme. Indem die Geschichte der Halluzinogenforschung am Menschen erörtert und in einen historischen Kontext gesetzt wird, lassen sich die Risiken und Herausforderungen in der Verabreichung jener Substanzen ebenso wie mögliche Maßnahmen zur Minimierung dieser Gefahren untersuchen.

Halluzinogene bilden eine vielfältige Gruppe von Substanzen, die das Bewusstsein einer Person für ihre Umgebung sowie ihre Gedanken und

1 Stoffe, deren psychopharmakologische Eigenschaften denen des Psilocybin sowie des halbsynthetischen Stoffes Lysergsäurediethylamid (LSD-25) entsprechen. Im Speziellen sind das jene Substanzen, die ihre Wirkungen im Zentralnervensystem durch eine agonistische (oder partiell agonistische) Wirkung an Serotonin- (5-HT) 2A-Rezeptoren verursachen. Rui Filipe Libânio Osório Marta, 'Metabolism of Lysergic Acid Diethylamide (LSD): An Update' *Drug Metabolism Reviews* (2019) 51(3) 378 (zit. Metabolism of Lysergic Acid Diethylamide (LSD)).

Gefühle verändern können. Einige werden aus Pflanzen oder Pilzen extrahiert, andere sind synthetisch. Sie werden üblicherweise in zwei Kategorien unterteilt: Klassische Halluzinogene (wie Lysergsäurediethylamid und psilocybinhaltige Pilze) und dissoziative Drogen (wie Phenylcyclohexylpiperidin oder Ketamin). Dissoziative Drogen können dazu führen, dass User:innen die Kontrolle über ihre motorischen Fähigkeiten und Selbstbeherrschung verlieren oder sich von ihrem Körper und ihrer Umwelt abgekoppelt fühlen.² Der Begriff Halluzinogen bezieht sich in seinem Ursprung auf eine Substanz, die auch in der Lage ist, Halluzinationen zu verursachen. Diese Definition ist aber aus heutiger medizinischer Sicht nicht mehr in jedem Fall zutreffend, da bei typischen Dosierungen (bei LSD etwa 20–80 µg, bei Psilocybin 2–6 mg) diese Effekte nur selten auftreten.³

II. Traditioneller und moderner Konsum von Halluzinogenen

Menschen konsumieren schon seit tausenden Jahren psychedelische Substanzen, die aus Kakteen, Samen, Rinden und Wurzeln verschiedener Pflanzen und Pilzen stammen.⁴ Klassische Halluzinogene wie psilocybinhaltige Pilze wurden jahrhundertlang von den Azteken, Maya, Mazatec und anderen Stämmen in Mexiko und Ländern Mittelamerikas verwendet, die religiöse Rituale um ihren Konsum entwickelten. Diese Kulturen haben den Gebrauch von Halluzinogenen auf einerseits sakramentale und andererseits heilende Zusammenhänge beschränkt. Solche Völker betrachteten halluzinogene Pflanzen und Pilze ausnahmslos als göttlichen Ursprungs.⁵ So war die Einnahme oft stark eingeschränkt und der Konsum nur im Zuge ritueller Zeremonien möglich.⁶

2 Albert Garcia-Romeu, Brennan Kersgaard und Peter H. Addy 'Clinical applications of hallucinogens: A review' *Experimental and Clinical Psychopharmacology* (2016) 24(4) 229.

3 David E Nichols, 'Hallucinogens' *Pharmacology & Therapeutics* (2004) 101(2) 131.

4 Elisa Guerra-Doce, 'Psychoactive Substances in Prehistoric Times: Examining the Archaeological Evidence' *Time and Mind* (2015) 8(1) 91 (zit. Psychoactive Substances in Prehistoric Times); R.E. Schultes, 'Hallucinogens of Plant Origin' *Science* (1969) 163(3864) 245.

5 Richard Evans Schultes und Elmer W. Smith, *Hallucinogenic Plants* (1976).

6 Andrew Weil, *The Natural Mind: A Revolutionary Approach to the Drug Problem* <https://www.zotero.org/google-docs/?drl7mC> (zit. The Natural Mind).

Im zwanzigsten Jahrhundert wurde die Verwendung von Halluzinogenen in den 60er und 70er Jahren vor allem mit der Jugend assoziiert. In den darauffolgenden Jahren führte die Popularität anderer Substanzen, wie Ecstasy, zu einem bemerkenswerten Rückgang des Gebrauchs von Halluzinogenen.⁷

Moderne und urbane Religionen, wie die Uniao do Vegetal, die sich in Südamerika entwickelt haben und durch den indigenen Gebrauch von Ayahuasca beeinflusst wurden, sehen den Gebrauch von Halluzinogenen im Rahmen einer strengen Struktur und unter Anleitung vor, was unerwünschte Wirkungen reduziert und Missbrauch weitestgehend minimieren soll.⁸ Ayahuasca ist ein südamerikanisches Getränk mit psychoaktiven Eigenschaften, das sowohl bei sozialen Anlässen als auch in der zeremoniellen Medizin bei indigenen Völkern des Amazonasbeckens verwendet wird. Die chemische Zusammensetzung der Bestandteile und die Art ihrer Verwendung macht ihr Studium ebenfalls relevant für aktuellere Themen in der Neuropharmakologie, Neurophysiologie und Psychiatrie, weil diese Substanz durch ihre psychoaktive Wirkung therapeutischen Nutzen haben könnte.⁹

Heute konsumieren Menschen Halluzinogene vor allem für soziale oder Freizeitzwecke, einschließlich um Spaß zu haben, mit Stress umzugehen, spirituelle Erfahrungen zu machen oder einfach nur, um eine Bewusstseinsveränderung zu erleben.¹⁰

III. Die Gefahren von Halluzinogenen

Es gibt jedoch reale und erhebliche Gefahren, die mit dem Freizeitkonsum dieser Stoffe verbunden sein können. Auch wenn keine dokumentierten Todesfälle aufgrund von Überdosierungen mit Halluzinogenen ersichtlich sind, kam es in der Vergangenheit zu mehreren tödlichen Unfällen während

7 United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2019 – Cannabis and Hallucinogens* (2019).

8 04-1084 – *Gonzales v O Centro Espírita Beneficente União do Vegetal* (2006) 24.

9 Dennis J. Meckenna, C.J. Callaway und Charles S. Grob, 'The Scientific Investigation of Ayahuasca, A Review of Past and Current Research' *Hefter Review of Psychedelic Research* (1998) 1.

10 National Institute on Drug Abuse, *Hallucinogens DrugFacts* (2019).

einer Intoxikation mit Lysergsäurediethylamid.¹¹ Diese Gefahr ist dann besonders groß, wenn die Substanzen allein zu Hause oder in unbeaufsichtigten Umgebungen konsumiert werden. Psychedelika beeinträchtigen das Urteilsvermögen und führen nicht selten zu einer starken Selbstüberschätzung. Konsument:innen, die mitunter gefährlichen Tätigkeiten während eines Trips nachgehen, haben ein erhöhtes Risiko sich zu verletzen oder sogar tödlich zu verunglücken. So verstarben bereits Menschen beim Versuch auf eine Autobahn zu laufen oder zu fliegen.¹² Bei anderen Personen konnten schwere und irreversible Augenschäden festgestellt werden, weil diese unter LSD-Einfluss zu lange in die Sonne gestarrt haben.¹³

Die Gefahren von Halluzinogenen liegen jedoch vor allem in ihren psychischen Wirkungen. Lysergsäurediethylamid kann einerseits traumatische Erlebnisse aus der Vergangenheit erneut hervorrufen sowie andererseits neue Traumata verursachen. Dazu gehören Veränderungen der kognitiven Funktionen und Depersonalisierungen. Eine Depersonalisierung ist eine dissoziative Störung, durch die sich der Betroffene abgekoppelt von seinem eigenen Körper und seinen Gedanken fühlt. Halluzinogene können außerdem das Auftreten von Schizophrenien, Psychosen, affektiven Störungen oder Depressionen katalysieren und in seltenen Fällen zum Suizid führen.¹⁴ Bei emotional gesunden Personen, ohne Prädisposition, verursachen diese Stoffe in der Regel keine dieser Pathologien.¹⁵ Konsument:innen wird daher vor Einnahme geraten eine ausführliche Familienanamnese durchzuführen, um potenzielle Veranlagungen auszuschließen, da diese in den seltensten Fällen bekannt sind.

-
- 11 J. H. Jaffe, 'Drug Addiction and Drug Abuse' in A. G. Gilman et al (Hrsg.), *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics* (1985) 522, 532.
- 12 Philip C. Reynolds und Ervin J. Jindrich, 'A Mescaline Associated Fatality' *Journal of Analytical Toxicology* (1985) 9(4) 183.
- 13 H. Schatz und F. Mendelblatt, 'Solar Retinopathy from Sun-Gazing under the Influence of LSD' *The British Journal of Ophthalmology* (1973) 57(4) 270, 270.
- 14 Sidney Cohen, 'Lysergic acid diethylamide: side effects and complications' *The Journal of Nervous and Mental Disease* (1960) 130 (1) 30 (zit. Lysergic acid diethylamide).
- 15 William H. McGlothlin und David O. Arnold, 'LSD Revisited: A Ten-Year-Follow-up of Medical LSD Use' *Archives of General Psychiatry* (1971) 24 (1) 35 (zit. LSD Revisited).

IV. Ausgewählte Halluzinogene

1. Lysergsäurediethylamid (LSD)

1.1 Historischer Kontext

Die psychedelische Substanz Lysergsäurediethylamid wurde im November 1938 erstmals von dem Schweizer Chemiker Albert Hofmann in Basel synthetisiert.¹⁶ Erst fünf Jahre später, 1943, wurden die bewusstseinsverändernden Eigenschaften dieses Stoffes entdeckt.¹⁷ Albert Hofmann war ein Mitarbeiter von Professor Arthur Stoll in der pharmazeutisch-chemischen Abteilung der Sandoz Laboratories. Mit dem Ziel, ein Kreislaufstimulans bei der Erforschung des Getreidepilzes „Mutterkorn“ zu erzeugen, stellte er 1938 mehrere unterschiedliche Amid-Derivate der Lysergsäure her.¹⁸ Bei der 25. Substanz dieser Versuchsreihe handelte es sich um das Diethylamid LSD-25. Die Verabreichung dieses neu entdeckten Stoffes an Tieren brachte keine nützlichen Informationen im Hinblick auf das Hauptziel, der Synthese eines Analeptikums, woraufhin es zu dem Zeitpunkt nicht weiter von Bedeutung war. Interessant wurde es erst dann wieder bei der Resynthese von LSD im April 1943, bei der Albert Hofmann versehentlich selbst eine kleine Menge der Droge aufnahm und dessen starke psychotrope Wirkung feststellte. Er war es, der die bedeutende Entdeckung machte, dass Lysergsäurediethylamid signifikante Bewusstseinsveränderungen von außergewöhnlicher Potenz bereits bei sehr geringen Dosen auslösen kann.¹⁹

1.2 Chemie und Herstellung

LSD ist eine semi-synthetische Substanz, die aus der Lysergsäure gewonnen wird. Das Molekül besteht aus einem Indol mit einem tetracyclischen Ring. Die Summenformel lautet $C_{20}H_{25}ON_3$. Die Lysergsäure ist eine Aminosäure, die

16 Albert Hofmann, 'LSD: Completely Personal' *Newsletter of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies* (1996) 6(3).

17 Jacob Roberts, 'High Times, When does self-experimentation cross the line?' (Web page, 2. Februar 2017).

18 Benedikt Meyer, 'Farbige Basler Welt' (Web page, 10. Februar 2020).

19 Ibid.

von dem Mutterkornpilz und anderen höheren Pflanzen aus der Gruppe der Windengewächse produziert wird.

Die Synthese von LSD ist aufgrund der eher schwierigen Bereitstellung der einzelnen Bestandteile nicht einfach möglich. Es erfordert erfahrene Chemiker:innen, um Lysergsäure aus dem Mutterkornalkaloid abzuspalten. Gelingt der Vorgang unter Verwendung von Ergometrin oder Ergotamin tartrat als Ausgangsmaterial jedoch und wird Propanolamin (ein Aminoalkohol) mit der Säure chemisch verknüpft, entsteht LSD in seiner Reinform. Ergotamin kommt natürlicherweise im Mutterkornpilz (*Claviceps purpurea*) vor, einem häufig vorkommenden Schlauchpilz auf Roggen.²⁰ In reiner Form ist LSD klar oder weiß gefärbt, geruchlos und kristallin.²¹ Es bricht zusammen, wenn es ultraviolettem Licht ausgesetzt wird.

1.3 Anwendung und Konsumform

Übliche Konsumformen sind „Blotter“ oder „Papierquadrate“, die „Tickets“ oder „Trips“ genannt werden. Das sind Blättchen aus saugfähigem Papier, die mit charakteristischen Motiven, wie beispielsweise Charakteren von Alice im Wunderland, bedruckt und perforiert sind, so dass sie in einzelne kleine Quadrate (typischerweise 7 mm) zerrissen werden können, die jeweils eine Einzeldosis von ungefähr 100–250 µg LSD enthalten. Absorbierende Papierquadrate (Blotter) werden hergestellt, indem man das Papier in eine wässrige alkoholische Lösung des Tartrat Salzes taucht oder die Lösung auf einzelne Quadrate tropft. Diese werden dann oral eingenommen. Papierquadrate werden in der Regel unter die Zunge gelegt, wo die Substanz rasch absorbiert wird. LSD wird darüber hinaus auch, jedoch weniger häufig, in Form kleiner Tabletten („Microdots“) mit einem Durchmesser von 2–3 mm konsumiert. Diese werden geschluckt, 30 bis 60 Minuten danach setzt die Wirkung ein.²²

20 Torsten Passie et al, 'The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: A Review' *CNS Neuroscience & Therapeutics* (2008) 14(4) 295 (zit. The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide).

21 National Institut on Drug Abuse (n 10).

22 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 'Lysergide (LSD) drug profile' (Web page, undated).

1.4 Pharmakologie und Toxikologie

LSD ist das derzeit in seiner Wirkung stärkste bekannte Halluzinogen. Seine pharmakologische Wirkung resultiert aus der Stimulation zentraler Serotoninrezeptoren (5-HT₂), welche unter anderem im peripheren und zentralen Nervensystem vorkommen.²³ Die komplexen Rezeptor-Interaktionen von LSD und anderen Halluzinogenen sind ein bedeutendes Thema sowohl für experimentelle Arbeiten als auch für Spekulationen über die Wirkungsmechanismen dieser Substanzen. In der Biochemie und Pharmakologie sind Rezeptoren chemische Strukturen, die aus Proteinen bestehen und Signale empfangen und weiterleiten können.²⁴ Diese Signale sind typischerweise chemische Botenstoffe oder auch Neurotransmitter, die an einen Rezeptor voll oder teilweise binden können. Dieser Vorgang kann auf chemischer Ebene Reaktionen, wie beispielsweise das elektrische Potential einer Zelle, auslösen. LSD interagiert mit Proteinen auf der Oberfläche von Gehirnzellen, die Serotonin-Rezeptoren genannt werden. Serotonin ist ein Neurotransmitter, der die Gehirnaktivität moduliert und in weitreichende neuropsychologische Prozesse eingreift. Seine Funktion ist relevant für nahezu jede wichtige Organ-tätigkeit. Obwohl die genaue Wirkweise von LSD bis heute nicht vollständig verstanden wird, ist man sich derzeit einig, dass LSD über den spezifischen Serotonin-Rezeptor 5-HT_{2A} wirkt. Es fungiert hier als partieller Agonist. Ein Agonist ist ein Stoff, der an einen Rezeptor in einer Zelle oder auf ihrer Oberfläche bindet und dieselbe Wirkung auslöst wie die Substanz selbst.²⁵

Es gibt auch Hinweise darauf, dass LSD mit dopaminergen Systemen interagieren kann. Dopamin ist einerseits ein Neurotransmitter und andererseits das Zwischenprodukt der Biosynthese von Noradrenalin und Adrenalin. Es ist an der Regulierung einer Vielzahl an Funktionen wie Bewegungsabläufe, Emotionen, Erinnerungen oder dem Hormonhaushalt beteiligt. LSD verhält sich sowohl agonistisch als auch antagonistisch an zentralen Dopamin-D1- und D2-Rezeptoren.²⁶ Es ist bis dato noch ungeklärt, wie diese Veränderungen an den psychoaktiven Wirkungen von LSD beteiligt sind, aber Studien mit

23 Metabolism of Lysergic Acid Diethylamide (LSD) (n 1).

24 John E. Hall, *Textbook of Medical Physiology* (13. Aufl., 2015).

25 National Institutes of Health (NIH), 'Protein structure reveals how LSD affects the brain' (Web page, 14. Februar 2017).

26 K. Von Hungen, S. Roberts und D. F. Hill, 'LSD as an agonist and antagonist at central dopamine receptors' *Nature* (1974) 252(5484), 588.

dem verwandten, aber selektiveren 5HT_{2A}-Halluzinogen Psilocybin zeigten bei Konsum eine erhöhte Ausschüttung von Dopamin.

Auf Grundlage mehrerer Studien in den letzten 25 Jahren konnten die am häufigsten vorkommenden Wirkungen von Lysergsäurediethylamid deduziert werden.²⁷ In einer kontrollierten Umgebung induziert LSD akut audiovisuelle Synästhesie, verändert Wahrnehmungen von Zeit sowie Raum und verursacht Entpersonalisierungen und mystische Erfahrungen. Synästhesie ist ein Wahrnehmungsphänomen, bei dem die Stimulation eines sensorischen oder kognitiven Weges zu unwillkürlichen Erfahrungen eines zweiten sensorischen oder kognitiven Weges führt.²⁸ Das kann bspw darin resultieren, dass eine Konsument:in beim Hören eines Klanges eine Farbe sieht.

Zu den unerwünschten Wirkungen gehören neben erweiterten Pupillen und Unruhe auch Schwindel, Schweißausbrüche oder Übelkeit. Außerdem wird von Schlafstörungen, Bluthochdruck und Desorientierung berichtet.²⁹ LSD-Konsumenten:innen können auch einen sogenannten Bad Trip erleben. Diese kommen selten vor, haben aber mitunter langfristige Auswirkungen auf die Psyche des:der Betroffenen. Die Wahrscheinlichkeit, einen „Bad Trip“ zu erleben, ist höher bei überwältigendem Stress während oder vor der Drogenaufnahme. Betroffene können Paranoia entwickeln, potenziell gefährliche Verhaltensweisen zeigen (wie der Versuch den Körper in Eiswasser zu kühlen), oder die Kontrolle über ihre Mimik und Gestik verlieren. Psychosen, die während eines Bad Trips auftreten können, verschwinden in der Regel aber wieder. In sehr seltenen Fällen bleiben diese jedoch bestehen und können über viele Jahre persistieren. Sie können sich als Schizophrenien, bipolare oder affektiven Störungen manifestieren. Außerdem verursachen „Bad Trips“ Stimmungsschwankungen und Panikattacken.³⁰

LSD besitzt nachweislich, auch in hohen und regelmäßigen Dosen, kein Abhängigkeitspotential.³¹ Bei anderen Substanzen kann es zu Entzugser-

27 Matthias E. Liechti, 'Modern Clinical Research on LSD' *Neuropsychopharmacology* (2017) 2114.

28 Richard E. Cytowic, *Synesthesia: A Union of the Senses* (2002).

29 Friederike Holze et al, 'Distinct acute effects of LSD, MDMA, and D-amphetamine in healthy subjects' *Neuropsychopharmacology* (2019).

30 Ruck J. Strassman, 'Adverse Reactions to Psychedelic Drugs. A Review of the Literature' *The Journal of Nervous and Mental Disease* (1984) 172(10) 577.

31 David E. Nichols, 'Dark Classics in Chemical Neuroscience: Lysergic Acid Diethylamide (LSD)' *ACS Chemical Neuroscience* (2018) 9 2331.

scheinungen kommen. Dabei handelt es sich um eine physiologische Reaktion auf das plötzliche Absetzen einer Droge, von der der Körper abhängig geworden ist. Das kann bspw in Müdigkeit, Schwitzen, Angstzuständen und Übelkeit resultieren. Im starken Kontrast zu anderen Drogen reduzieren viele LSD-Konsument:innen ihren Gebrauch mit der Zeit freiwillig oder stellen ihn gänzlich ein.³² Eine Toleranzentwicklung konnte aber durchaus beobachtet werden. Toleranz ist definiert als eine Abnahme der Wirksamkeit einer Substanz nach wiederholter Verabreichung innerhalb einer kurzen Zeitspanne. Die Folge ist meistens eine Steigerung der eingenommenen Menge. Beim Menschen tritt eine Toleranz gegenüber LSD bereits nach wenigen, moderaten Tagesdosen auf.³³ Anhand von Beobachtungen an Proband:innen und Auswertungen von psychologischen und physiologischen Tests konnte ermittelt werden, dass sich nach zwei bis drei Tagen eine solide Toleranz entwickelte. Nach Einnahme von Placebos für die darauffolgenden drei Tage traten schließlich am vierten Tag mit LSD die typischen Wirkungen wieder auf.³⁴

2. Psilocybinhaltige Pilze

Psilocybinhaltige Pilze, in User: innen-Kreisen besser bekannt als „Zauberpilze“ oder „magic mushrooms“, gehören zu einer mehrstämmigen Gruppe von Fungi, die eine psychedelische Wirkung besitzen. Sie enthalten den Wirkstoff Psilocybin, ein Prodrug, das zu Psilocin metabolisiert wird.³⁵ Das Indolalkaloid Psilocin kann ebenso wie LSD starke Halluzinationen hervorrufen. Sie sind in frischer Form, behandelt beziehungsweise konserviert (beispielsweise bewusst getrocknet, gekocht oder gefroren) oder auch als

32 A. B. Silverstein und G. D. Klee, 'Effects of Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25) on Intellectual Functions' *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry* (1958) 80(4) 477.

33 Ibid; H. A. Abramson et al, 'Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25): XVII. Tolerance Development and Its Relationship to a Theory of Psychosis' *The Journal of Psychology* (1956) 41(1) 8; L. S. Cholden, A. Kurland und C. Savage, 'Clinical Reactions and Tolerance to LSD in Chronic Schizophrenia' *The Journal of Nervous and Mental Disease* (1955) 122(3) 211.

34 R. E. Belleville et al, 'Studies on Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25). I. Effects in Former Morphine Addicts and Development of Tolerance during Chronic Intoxication' *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry* (1956) 76(5) 468.

35 Cynthia Kuhn, *Buzzed: The Straight Facts about the Most Used and Abused Drugs from Alcohol to Ecstasy* (2003).

Pulver und Kapseln erhältlich. Die meisten gehören zu den Gattungen *Psilocybe*, *Panaeolus* und *Copelandia*. Heute sind über 50 Unterarten bekannt.³⁶

2.1 Pharmakologie

Die Zusammensetzung der Pilze variiert von Gattung zu Gattung.³⁷ Ihre Wirkung wird vor allem von Psilocybin und Psilocin verursacht. Nach der Einnahme von Psilocybin wird es von der Leber in einem Prozess abgebaut, der als Dephosphorylierung bezeichnet wird. Die resultierende Verbindung heißt Psilocin, jene Struktur, die für die psychedelischen Effekte verantwortlich ist.³⁸ Diese treten etwa 20 Minuten nach der Einnahme auf und können je nach Dosierung, Zubereitungsmethode und persönlichem Stoffwechsel in der Regel fünf bis acht Stunden anhalten.

Es wird heute angenommen, dass die Wirkung der psychoaktive Sekundärsubstanz Psilocin, wie auch andere psychedelische Stoffe, vor allem über Serotoninrezeptoren ausgelöst wird. Ähnlich wie LSD stellt Psilocin einen partiellen Agonist mit hoher Affinität für 5-HT_{2A} dar. Es kann somit auf neuronaler Ebene in viele Hirnprozesse eingreifen und damit die menschliche Wahrnehmung manipulieren. Psychoaktive Pilze gehören demnach zu den klassischen Halluzinogenen.³⁹

Wie bei vielen psychotropen Substanzen sind die Wirkungen von psychedelischen Pilzen subjektiv und können sehr unterschiedlich ausfallen. Die ersten zwei bis drei Stunden nach der Einnahme werden typischerweise als „Peak“ bezeichnet, bei dem der:die Nutzer:in in seiner:ihrer Wahrnehmung die maximale Wirkung erlebt. Aufgrund der Fähigkeit von Psilocybin, das Zeitempfinden zu verändern, können die Bewusstseinsveränderungen für den:die Konsumenten:in als sehr viel länger anhaltend wahrgenommen werden, als sie es tatsächlich sind.⁴⁰ Sinnliche Effekte umfassen visuelle und auditive Hallu-

36 Gastón Guzmán, John W. Allen und Jochen Gartz, *A worldwide geographical distribution of the Neotropic Fungi, an analysis and discussion* (1998).

37 Barbara E. Bauer, 'Chemical Composition Variability in Magic Mushrooms' (Web page, 4. März 2019).

38 Torsten Passie et al, 'The pharmacology of psilocybin' *Addiction Biology* (2002) 7(4) 357.

39 Matthew W. Johnson und Roland R. Griffiths, 'Potential Therapeutic Effects of Psilocybin' *Neurotherapeutics*. (2017) 14(3) 734.

40 Marc Wittmann et al, 'Effects of Psilocybin on Time Perception and Temporal Control of Behaviour in Humans' *Journal of Psychopharmacology* (2007) 21(1) 50.

zinationen, gefolgt von emotionalen Veränderungen und einem verzerrten Erscheinen von Raum und Zeit. Erste spürbare Veränderungen des Hör-, Seh- und Tastsinnes können bereits etwa 20 Minuten nach der Einnahme auftreten. Zu diesen Verschiebungen der visuellen Wahrnehmung gehören die Verstärkung und Kontrastierung von Farben, merkwürdige Lichtphänomene, erhöhte Sehschärfe, Oberflächen, die zu kräuseln, zu schimmern oder zu atmen scheinen. Objekte scheinen sich zu verformen, verändern oder intensivere Farben anzunehmen. Einige User:innen berichten auch von einem Gefühl des Verschmelzens mit der Umgebung.⁴¹ Manche Nutzer:innen erleben auch hier Synästhesie, bei der sie zum Beispiel eine Farbvisualisierung beim Hören eines bestimmten Tons wahrnehmen.⁴²

2.2 Nebenwirkungen und Gefahren

Zu den unerwünschten Wirkungen gehören Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Muskelschwäche oder -erschaffung, Schläfrigkeit und mangelnde Koordination. Grundsätzlich gelten „Magic Mushrooms“ aber als kaum schädlich und gut verträglich. Überdosierungen sind nahezu unmöglich und Todesfälle kommen nur in Verbindung mit Unfällen während des Konsums vor. Psilocybinhaltige Pilze können ebenso wie LSD kein physisches oder psychisches Abhängigkeitssyndrom verursachen.⁴³

Dadurch, dass die kleinen braunen Pilze sehr gewöhnlich aussehen, sind sie in der Wildnis leicht mit einer großen Anzahl nicht-psychoaktiver, ungenießbarer oder sogar giftiger Fungi zu verwechseln. Das macht es besonders für Lai:innen schwierig, sie zu identifizieren. Dieser Umstand ist potenziell gefährlich, vor allem dann, wenn aufgrund der morphologischen Erscheinung im Freien psilocybinhaltige Pilze unbeabsichtigt und ohne Vorbereitung eingenommen werden. Halluzinogene Pilze ähneln dem gewöhnlichen Speisepilz *Agaricus bisporus*, obwohl sich das Fruchtfleisch psilocybinhaltiger Pilze typischerweise blau oder grün färbt, wenn sie gequetscht oder geschnitten werden.⁴⁴

41 Schultes und Smith (n 5).

42 Spencer M. Cole, *New Research on Street Drugs* (2006).

43 Jan van Amsterdam, Antoon Opperhuizen und Wim van den Brink, 'Harm potential of magic mushroom use: a review' *Regulatory Toxicology Pharmacology* (2011) 59(3) 423.

44 Andreas Gminder und Tanja Böhning, *Welcher Pilz ist das?* (2014).

V. Die medizinische Anwendung von Halluzinogenen

Unter psychedelischer Therapie versteht man Praktiken, welche die Einnahme von psychoaktiven Substanzen wie beispielsweise LSD und Psilocybin zur Behandlung diverser Erkrankungen erfordern.⁴⁵ Diese könnten einen bevorstehenden Paradigmenwechsel in der Therapie psychischer Störungen darstellen, da jüngste klinische Studien signifikante Belege für ihren medizinischen Nutzen erbracht haben. Außerhalb weniger klinischer Studien ist die Verabreichung von Psychedelika auch zu Behandlungszwecken de jure grundsätzlich nicht erlaubt, mit Ausnahme von wenigen Sonderfällen.⁴⁶ Die wachsende Beliebtheit einerseits und das therapeutische Potenzial andererseits führt dazu, dass sich viele Patienten:innen Psychedelika selbst besorgen und einnehmen, anstatt einen legalen Zugang abzuwarten.⁴⁷

Um den historischen Kontext zu verdeutlichen, in dem aktuelle Studien über die medizinischen Einsatzmöglichkeiten von Halluzinogenen am Menschen durchgeführt werden, wird im Folgenden zunächst die Geschichte der Halluzinogenforschung am Menschen, bevor sie in den 1970er Jahren zum Erliegen kam, erörtert. Der jahrzehntelange Stillstand der Wissenschaft im Bereich der Halluzinogene ist ein besonderer Fall in der Geschichte der modernen klinischen Pharmakologie. Im Folgenden werden unter anderem die besonderen Risiken der Verabreichung von Halluzinogenen beschrieben. Anschließend werden die vorgeschlagenen Leitlinien für die Durchführung von hochdosierten Psychedelika-Forschungen vorgestellt, darunter Auswahl der Proband:innen, Studienpersonal, physischer Zustand, Vorbereitung der Proband:innen, Durchführung der Sitzungen und Nachbehandlungen.⁴⁸

1. Die Entwicklung der Halluzinogenforschung

Kurz nachdem Albert Hofmann im Jahre 1943 die psychoaktiven Eigenschaften von LSD entdeckt hatte, begannen die Sandoz Laboratories mit einer

45 Collin M. Reiff et al, 'Psychedelics and Psychedelic-Assisted Psychotherapy' *American Journal of Psychiatry* (2020) 177(5) 391.

46 Mason Marks und I. Glenn Cohen, 'Psychedelic therapy: a roadmap for wider acceptance and utilization' *Nature Medicine* (2021) 27(10) 1669.

47 Brian Pilecki et al, 'Ethical and Legal Issues in Psychedelic Harm Reduction and Integration Therapy' *Harm Reduction Journal* (2021) 18 40.

48 Matthew W. Johnson, William A. Richards und Roland R. Griffiths, 'Human Hallucinogen Research: Guidelines for Safety' *Journal of psychopharmacology* (2008) 22(6) 603.

weiten Verteilung von LSD an Forscher:innen.⁴⁹ In den 1950er und 1960er Jahren führten Wissenschaftler:innen in mehreren Ländern umfangreiche Untersuchungen zur experimentellen psychotherapeutischen Verwendung von Psychedelika durch. Neben sechs internationalen Konferenzen und der Veröffentlichung dutzender Bücher wurden bis Mitte der 1960er Jahre über 1.000 von Fachleuten begutachtete klinische Artikel veröffentlicht, in denen die Verwendung von psychedelischen Verbindungen (die an ungefähr 40.000 Patienten:innen verabreicht wurden) detailliert beschrieben wurden.⁵⁰

Viele Befürworter:innen von psychedelisch-assistierten Behandlungen glaubten, dass halluzinogene Substanzen psychoanalytische Prozesse erleichterten, was sie besonders nützlich für Patienten:innen mit Abhängigkeitssyndromen wie beispielsweise Alkoholismus macht. Einschränkend muss aber festgehalten werden, dass viele dieser damaliger Studien nicht den heute geforderten Standards medizinischer Forschung entsprechen.⁵¹

Die Popularität von LSD hat sich vielfach auch in der Popkultur der damaligen Zeit niedergeschlagen, so etwa in Film und Fernsehen, aber auch in der Musik und der Literatur. Unglücklicherweise wurden viele Falschinformationen über psychoaktive Substanzen verbreitet, wie beispielsweise, dass man davon psychisch krank wird oder denkt, man könnte fliegen. Während der gesamten 1960er Jahre führten die Bedenken hinsichtlich der Ausbreitung des unbefugten Konsums von Halluzinogenen durch die breite Öffentlichkeit dazu, dass der medizinischen und psychiatrischen Forschung immer strengere Beschränkungen auferlegt wurden.⁵² Das resultierte im Laufe der Zeit darin, dass Sandoz Laboratories 1965 die Produktion von LSD einstellen musste.⁵³

Studien über medizinische Anwendungen von Psychedelika wurden in den Vereinigten Staaten vollständig untersagt, als der Controlled Substances Act 1970 verabschiedet wurde. LSD und viele andere Psychedelika wurden von der

49 S. J. Novak, 'LSD before Leary: Sidney Cohen's Critique of 1950 s Psychedelic Drug Research' *Isis*. (1997) 88(1) 87.

50 Lester Grinspoon und James B. Bakalar, *Psychedelic Drugs Reconsidered* (3. Aufl., 1997).

51 Erika Dyck, 'Flashback: psychiatric experimentation with LSD in historical perspective' *The Canadian Journal of Psychiatry* (2005) 50(7) 381.

52 Katherine R. Bonson, 'Regulation of Human Research with LSD in the United States (1949–1987)' *Psychopharmacology* (2018) 253(2) 591.

53 In diesem Zusammenhang wird auf den Beitrag „Medizinische Anwendung von LSD und Magic Mushrooms im schweizerischen Recht“ von Jil Leuthold verwiesen, in welchem die Regulierungsentscheidungen und Hintergründe von den internationalen Konventionen beleuchtet werden.

United States Drug Enforcement Administration (DEA) in die restriktivste Kategorie „Schedule I“ eingestuft. 1971 wurden psychoaktive Stoffe dann auch schließlich in die Klasse I des Übereinkommens über psychotrope Stoffe gesetzt. Dadurch, dass es sich um ein internationales Übereinkommen handelt, brachte es die psychedelische Forschung weltweit rasch zum Stillstand. Trotz vieler Einwände seitens der Wissenschaft wurde die autorisierte Forschung zu therapeutischen Anwendungen von Psychedelika in den 1980er Jahren weltweit eingestellt.⁵⁴

Später in diesem Jahrzehnt wurde 3,4-Methylendioxy-*N*-methylamphetamin (MDMA, auch bekannt als „Ecstasy“), ein nicht-klassisches Psychedelikum, entdeckt und als Ergänzung zur Psychotherapie verwendet.⁵⁵ MDMA traf jedoch ein ähnliches Schicksal wie andere Psychedelika und es wurde 1985 in den USA⁵⁶ und ein Jahr später weltweit als Droge der Klasse I eingestuft.⁵⁷

In den frühen 2000er Jahren hat ein erneutes Interesse an der psychiatrischen Verwendung von Psychedelika dazu beigetragen, die klinische Forschung wieder aufzunehmen. Mehrere Faktoren spielten hierbei eine Rolle. Zum einen gab es einen wissenschaftlichen Wandel, neue Standards und Methoden und es wurden umfangreiche Daten aus Studien mit Tierversuchen gesammelt.⁵⁸ Zum anderen ermöglicht das Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe die klinische Forschung, wenn auch nur sehr limitiert. Befürworter:innen wie die Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) bemühten sich beharrlich um eine rechtliche Genehmigung zur Durchführung umfangreicher psychedelischer Forschung.⁵⁹ Die meisten dieser Studien wiesen allerdings wichtige methodische Einschränkungen auf, wie beispielsweise die mangelhafte Kontrolle über Faktoren wie vorbestehende psychische Gesundheitsprobleme oder

54 Richard E. Doblin et al, 'The Past and Future of Psychedelic Science: An Introduction to This Issue' *Psychoactive Drugs* (2019) 51(2) 93.

55 Richard C. Stillman und Robert E. Willette, *The Psychopharmacology of Hallucinogens* (2013).

56 David J. Nutt, Leslie A. King und David E. Nichols, 'Effects of Schedule I Drug Laws on Neuroscience Research and Treatment Innovation' *Nature Reviews. Neuroscience* (2013) 14(8) 577.

57 United Nations Office on Drugs and Crime, *Amphetamine-Type Stimulants, A Global Review, Prepared by the UNDCP at the request of the Commission on Narcotic Drugs* (1996) 142.

58 Luke Williams, *Human Psychedelic Research: A Historical And Sociological Analysis* (1999).

59 Amy Emerson et al., 'History and Future of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS)' *Journal of Psychoactive Drugs* (2019) 46(1) 27.

Geschlecht und Alter der Teilnehmer:innen, nicht standardisierte Kriterien für den Therapieerfolg und Verwendung verschiedener theoretischer Ansätze zur Bewertung positiver Wirkungen.⁶⁰ Demzufolge stellen diese Studien zwar erste Anhaltspunkte für die Einsatzmöglichkeiten von Halluzinogenen dar, dennoch bedarf es hier genauerer Ergebnisse, die durch Einhaltung strikter Kriterien erzielt werden können.

Während sich die Wissenschaft in dem vergangenen Jahrzehnten auf ein breites Spektrum psychedelischer Substanzen und deren Wirksamkeit für verschiedene psychische Probleme konzentrierte, hat die moderne Forschung die stärkste Evidenz für psychedelisch-assistierte Therapien bei der Behandlung von posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS)⁶¹, Depression⁶², End-of-Life Distress⁶³, Sucht⁶⁴ und sozialer Angst bei Erwachsenen mit Autismus⁶⁵ nachgewiesen. Bei Patienten:innen mit Angstzuständen im Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung war diese Angst nach zwei Dosen LSD für zwei Monate reduziert.⁶⁶ Es konnte gezeigt werden, dass die Halluzinogen-Erfahrung unter kontrollierten und unterstützenden Bedingungen dauerhaft positive Auswirkungen auf die Lebenseinstellung und Persönlichkeit haben kann. Dazu gehören unter anderem ein hohes Maß an Offenheit und die Bereitschaft, neue Dinge auszuprobieren und neue Erfahrungen zu machen.⁶⁷ Obgleich die Evidenzbasis stetig steigt, ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei vielen dieser Studien um Vorstudien mit relativ kleinen Stichprobengrößen (10–50 Teilnehmer:innen) und streng kontrollierten Ein- und

60 Ibid.

61 Marcela Ot'álora G. et al '3,4-Methylenedioxyamphetamine-assisted psychotherapy for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: A randomized phase 2 controlled trial' *Journal of Psychopharmacology* (2018) 32(12) 1295.

62 R. L. Carhart-Harris et al., 'Psilocybin with Psychological Support for Treatment-Resistant Depression: Six-Month Follow-Up' *Psychopharmacology* (2018) 235(2) 399.

63 Roland R. Griffiths et al, 'Psilocybin Produces Substantial and Sustained Decrease in Depression and Anxiety in Patients with Life-Threatening Cancer: A Randomized Double-Blind Trial' *Journal of Psychopharmacology* (2016) 30(12) 1181.

64 Teri S. Krebs und Pål-Ørjan Johansen, 'Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials' *Journal of Psychopharmacology* (2012) 26(7) 994.

65 Alicia L. Danforth et al, 'Reduction in Social Anxiety after MDMA-Assisted Psychotherapy with Autistic Adults: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study' *Psychopharmacology* (2018) 235(11) 3137.

66 Liechti (n 27) 2114.

67 William McGlothlin, Sidney Cohen und Marcella S. McGlothlin, 'Long Lasting Effects of LSD on Normals' *Archives of General Psychiatry* (1967) 17(5) 521.

Ausschlusskriterien handelt. Dies führt dazu, dass die Ergebnisse dieser Untersuchungen nicht auf alle Personen generalisiert werden können.

Mittlerweile wurden viele neue Zentren für die Forschung von Halluzinogenen eröffnet, darunter beispielsweise das Centre for Psychedelic Research am Imperial College in London, das UC Berkeley Centre for the Science of Psychedelics und das Centre for Psychedelic Consciousness an der Johns Hopkins University.⁶⁸

2. Die Therapie mit psychedelischen Substanzen

Es besteht Einigkeit über die Notwendigkeit psychotherapeutischer Unterstützung für Personen, die sich einer Behandlung mit Psychedelika freiwillig unterziehen wollen.⁶⁹ In klinischen Studien erfolgt dies in der Regel in Form von einigen Vorbereitungssitzungen, therapeutischer Unterstützung während der Dosierungssitzungen und einigen Integrationsitzungen. Das bedeutet, die Patient:innen bleiben, im Gegensatz zur Anwendung herkömmlicher psychiatrischer Medikamente, die der regelmäßigen Einnahme bedürfen, während der akuten Wirkung des Medikaments innerhalb des Settings einer Psychotherapiesitzung und werden von Therapeut:innen unterstützt.⁷⁰

Die Vorbereitungssitzungen fokussieren auf den Aufbau einer zwischenmenschlichen Beziehung, die Erhebung der psychischen Probleme der Teilnehmer:innen und die Besprechung der Absichten der Patient:innen.⁷¹ Es werden Informationen über die verordnete Substanz und ihre Wirkungen, potenzielle Risiken und Nutzen gegeben und Strategien für die Reaktion auf schwierige Erfahrungen, die während der Dosierungssitzungen auftreten können, aufgezeigt.

Die Dosierungssitzungen dauern in Studien typischerweise sechs bis acht Stunden und in der Regel sind zwei Therapeut:innen anwesend. Die Klient:innen hören Instrumentalmusik und werden ermutigt sich auf ihre innere

68 Centre for Psychedelic Research (Imperial College London) < <https://www.imperial.ac.uk/a-z-research/psychedelic-research-centre/>>.

69 Ibid; Eduardo Ekman Schenberg, 'Psychedelic-Assisted Psychotherapy: A Paradigm Shift in Psychiatric Research and Development' *Frontiers in Pharmacology* (2018) 9 733.

70 David Nutt, David Erritzone und Robin Carhart-Harris, 'Psychedelic Psychiatry's Brave New World' *Cell* (2020) 181(1) 24.

71 Eline C. H. M Haijen et al, 'Predicting Responses to Psychedelics : A Prospective Study' *Frontiers in Pharmacology* (2018) 9897.

Erfahrung zu konzentrieren.⁷² Therapeut:innen werden zusätzlich geschult, wie sie effektiv auf schwierige Erfahrungen reagieren können. Schließlich überwachen die Therapeuten:innen die Sicherheit und sorgen dafür, dass die Grundbedürfnisse der Teilnehmer:innen, wie Komfort oder Flüssigkeitszufuhr, erfüllt werden.

In klinischen Studien sind die Integrationssitzungen in der Regel nicht strukturiert und konzentrieren sich darauf, den Teilnehmer:innen die Möglichkeit zu geben, Erinnerungen, Gefühle oder Ideen, die sie während der Dosierungssitzung erlebt haben, zu verarbeiten und ihnen eine Bedeutung zu geben, einschließlich aller schwierigen oder verwirrenden Aspekte.⁷³ Die Integration kann ihnen auch dabei helfen, neue Erkenntnisse über ihre Symptome, Veränderungen in der Art und Weise, wie sie diese erleben, oder neue Einsichten bezüglich eines besseren Umgangs zu gewinnen.⁷⁴ Der Einsatz kreativer Methoden wie Zeichnen, Malen und Schreiben wird häufig gefördert. Die Integrationssitzungen konzentrieren sich außerdem stark auf die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in sinnvolle, dauerhafte Veränderungen.

Ein Aspekt dieses Modells, der hervorgehoben werden sollte, ist die Wichtigkeit eines hohen Maßes an Sorgfalt, mit dem die Untersuchungsleiter:innen die psychedelische Erfahrung gestalten. Es ist bedeutend, dass die physische Umgebung aufmerksam gewählt wird. Teilnehmer:innen werden anhand selektiver Ausschlusskriterien wie bipolare Störung oder Psychose in der Vorgeschichte zuvor umfangreich untersucht. Unterstützt werden sie außerdem von zwei professionellen Therapeut:innen, die vertrauensvolle Beziehungen aufgebaut haben. Die Teilnehmer:innen werden mit Strategien auf die Bewältigung von Herausforderungen vorbereitet und die Therapeut:innen werden geschult, diese Techniken umzusetzen. Dies steht in starkem Gegensatz zu der Art und Weise, wie Psychedelika oft in weniger kontrollierten Umgebungen eingenommen werden, wo erfahrene Fachkräfte normalerweise nicht zur Verfügung stehen, um Unterstützung zu leisten. Wenn

72 William A. Richards, 'Psychedelic Psychotherapy: Insights from 25 Years of Research' *Journal of Humanistic Psychology* (2017) 57(4) 323.

73 Rosalind Watts und Jason B. Luoma, 'The Use of the Psychological Flexibility Model to Support Psychedelic Assisted Therapy' (2020) 15 *Journal of Contextual Behavioral Science* 92.

74 Michael P. Bogenschutz und Alyssia A. Forchimes, 'Development of a Psychotherapeutic Model for Psilocybin-Assisted Treatment of Alcoholism' *Journal of Humanistic Psychology* (2016) 57(4) 223.

beispielsweise eine Person eine psychedelische Substanz auf einem Konzert oder Festival einnimmt, ist dies oft nicht ausreichend sorgfältig vorbereitet, es gibt wenig Kontrolle über Umgebungsvariablen wie Wetter, Menschenmengen oder den geeigneten Sitzplatz. Möglicherweise besteht eine erhöhte Angst vor einer illegalen Tätigkeit, und es fehlen ausgebildete Personen, die im Falle von Schwierigkeiten helfen könnten. Ein „Bad Trip“ ist keine ungewöhnliche Folge solcher unkontrollierten Faktoren und kann zu erheblichen psychischen Belastungen oder sogar Traumata führen.⁷⁵ Die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse in diesen weniger kontrollierten Settings ist im Vergleich zu klinischen Studien deutlich erhöht. So zeigte beispielsweise niemand der 54 Freiwilligen, die in Studien der Johns Hopkins University hohe Dosen Psilocybin erhielten, anhaltende Probleme im Zusammenhang mit den Sitzungen, und alle konnten anschließend zu ihren normalen Alltagsaktivitäten zurückkehren.⁷⁶

VI. Conclusio

Halluzinogene sind Substanzen wie LSD und Psilocybin, die aufgrund der Stimulation zentraler Serotoninrezeptoren (5-HT₂)⁷⁷ signifikante Bewusstseinsveränderungen auslösen können.⁷⁸ Zu den daraus resultierenden Effekten gehören visuelle und auditive Halluzinationen, gefolgt von emotionalen Veränderungen und einer verzerrten Wahrnehmung von Zeit und Raum. Veränderungen des Hör-, Seh- und Tastsinnes können ebenfalls auftreten.⁷⁹ Manche Nutzer:innen erleben Synästhesie, bei der sich die Empfindungen unterschiedlicher Sinnesreize überlagern, so dass sie beispielsweise eine Farbvisualisierung beim Hören eines bestimmten Tons wahrnehmen. Aber auch Wahnvorstellungen, Angstgefühle und Koordinationsstörungen konnten beobachtet werden.⁸⁰ Die Wirkung hängt von der Dosis und der individuellen Reaktion und Empfindlichkeit gegenüber Psilocybin und LSD, früheren Erfahrungen und der persönlichen Verfassung ab. Die Hauptwirkungen

75 Genís Ona, 'Inside Bad Trips: Exploring Extra-Pharmacological Factors' *Journal of Psychedelic Studies* (2018) 2(1) 53.

76 Johnson, Richards und Griffiths (n 48).

77 Libânio Osório Marta (n 1).

78 Roberts (n 17).

79 Schultes und Smith (n 5).

80 Cole (n 42).

beziehen sich auf das Zentralnervensystem, aber es gibt auch einige sympathomimetische Effekte, was bedeutet, dass der Teil des vegetativen Nervensystems aktiviert wird, der notwendig ist, um den Körper in einer Stress- oder Gefahrensituation zum Handeln zu bewegen.⁸¹

Im Allgemeinen sind die physiologischen Nebenwirkungen nicht gefährlich, können aber Schwindel, Übelkeit, Schwäche, Muskelschmerzen, Schüttelfrost, Bauchschmerzen, Pupillenerweiterung (Mydriasis), leichten bis mäßigen Anstieg der Herzfrequenz (Tachykardie) und Atmung (Tachypnoe) sowie Blutdruckanstieg einschließen.⁸²

Es kann festgehalten werden, dass es sich bei den Halluzinogenen, die in dieser Arbeit behandelt wurden, um Substanzen handelt, deren medizinischer Nutzen jedenfalls Forschungsbedarf aufweist. Anhand der Ergebnisse verschiedener vorliegender Studien lassen sich die potenziellen Einsatzmöglichkeiten der Psychedelika vor allem für psychiatrische Zwecke erkennen. Aussichtsreich ist die medizinische Anwendung in erster Linie bei Diagnosen wie posttraumatischer Belastungsstörung⁸³, Depressionen⁸⁴, Suchterkrankungen⁸⁵ und sozialer Angst bei Erwachsenen mit Autismus⁸⁶. Trotz vorliegender positiver Ergebnisse existieren deutlich weniger Studien als zu anderen Medikamenten. Dies liegt darin begründet, dass die klinische Forschung mit Halluzinogenen Ende der 1960er bzw Mitte der 1970er Jahre aufgrund des zunehmenden Freizeitkonsums dieser Substanzen unterbrochen wurde.⁸⁷ Zudem weisen die meisten Studien methodische Einschränkungen auf. Obwohl frühere klinischen Studien mit Halluzinogenen vielversprechende

81 Christopher H. Gibbons, 'Chapter 27 – Basics of Autonomic Nervous System Function' in Kerry H. Levin und Patrick Chauvel (Hrsg.), *Handbook of Clinical Neurology* (2019) 407.

82 Holze et al (n 29).

83 Ot'alara G. et al (n 61) 4.

84 Carhart-Harris et al (n 62).

85 Krebs und Johansen (n 64).

86 Danforth et al (n 65).

87 Charles S. Grob, 'Psychiatric Research with Hallucinogens' *The Heffter Review of Psychedelic Research* (1998) 1 8; Stephen Ross, 'Serotonergic Hallucinogens and Emerging Targets for Addiction Pharmacotherapies' *Psychiatric Clinics* (2012) 35 (2) 357; Charles S. Grob et al, 'Pilot Study of Psilocybin Treatment for Anxiety in Patients With Advanced-Stage Cancer' *Archives of General Psychiatry* (2011) 68(1) 71; Mitchell B. Liester und James I. Prickett, 'Hypotheses Regarding the Mechanisms of Ayahuasca in the Treatment of Addictions' *Journal of Psychoactive Drugs* (2012) 44(3) 200; Flávia de L. Osório et al, 'Antidepressant Effects of a Single Dose of Ayahuasca in Patients with Recurrent Depression: A Preliminary Report' *Brazilian Journal of Psychiatry* (2015) 37 13.

Ergebnisse zeigen, legen ihre systematischen Defizite daher Vorsicht bei der Interpretation ihrer Ergebnisse nahe. Nach fast 20-jähriger Pause wurden kontrollierte Laborstudien am Menschen mit der Verabreichung von Halluzinogenen in den 1990er Jahren mit den Untersuchungen an gesunden Proband:innen wieder aufgenommen.⁸⁸ Neuere Fallberichte aus der präklinischen Forschung sowie Beobachtungs- und vorläufige experimentelle Studien an gesunden Freiwilligen legen nahe, dass klassische Halluzinogene wie Psilocybin und LSD anxiolytische und antidepressive Eigenschaften aufweisen und einem Abhängigkeitssyndrom sogar entgegenwirken können.⁸⁹ Entscheidend für ein potenziell positives Ergebnis einer solchen Behandlung ist die medizinische Vorgeschichte der Patient:innen. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Psychedelika das Risiko erhöhen können, an gewissen psychischen Störungen zu erkranken.⁹⁰ Des Weiteren können auch unter rigorosen Konditionen durchgeführte Sitzungen und trotz optimal ausgewählter Konsument:innen traumatische Erfahrungen und „Bad Trips“ die Folge sein. Schlussfolgernd lässt sich behaupten, dass die vorliegenden Daten und Erfahrungen darauf hinweisen, dass die Vorbereitung auf die psychedelische Verabreichung (das Setting), die Unterstützung während der Verabreichung (das Setup) und die therapeutische Begleitung (die Integration) äußerst wichtig sind, um unerwünschte Ereignisse zu vermeiden und die Wahrscheinlichkeit eines positiven Effekts zu erhöhen.

Wichtig und nicht außer Acht zu lassen ist, dass sehr wohl eine Toleranz bei regelmäßigem Konsum aufgebaut werden kann und bei konstant bleibender Dosis nach mehrmaliger Einnahme nicht die gleichen Effekte erzielt werden können. Es gibt viele bedeutende Argumente für den vorsichtigen Einsatz von

88 Ruck J. Strassman et al, 'Dose-Response Study of N, N-Dunethyltryptamine in Humans: II. Subjective Effects and Preliminary Results of a New Rating Scale' *Archives of General Psychiatry* (1994) 51(2) 98; Erich Studerus et al, 'Acute, Subacute and Long-Term Subjective Effects of Psilocybin in Healthy Humans: A Pooled Analysis of Experimental Studies' *Journal of Psychopharmacology* (2011) 25(11) 1434.

89 McGlothlin und Arnold (n 15); Franz Vollenweider et al, '5-HAT Modulation of Dopamine Release in Basal Ganglia in Psilocybin-Induced Psychosis in Man – A PET Study with [¹¹C]Raclopride' *Neuropsychopharmacology* (1999) 20(5) 424; José Carlos Bouso et al, 'Personality, Psychopathology, Life Attitudes and Neuropsychological Performance among Ritual Users of Ayahuasca: A Longitudinal Study' *PLOS ONE* (2012) 7(8) e4241; Evgeny M. Krupitsky et al, 'Single Versus Repeated Sessions of Ketamine-Assisted Psychotherapy for People with Heroin Dependence' *Journal of Psychoactive Drugs* (2007) 39(1) 13.

90 Michael M. Vardy und Stanley R. Kay, 'LSD, Psychosis or LSD-Induced Schizophrenia?: A Multimethod Inquiry' *Archives of General Psychiatry* (1983) 40(8) 877.

Halluzinogenen zu therapeutischen Zwecken, die durch mehr empirische Belege sowie medizinische Forschung gestärkt werden müssen.

Literaturverzeichnis

- Bauer, Barbara E., 'Chemical Composition Variability in Magic Mushrooms' (Web page, 4. März 2019) <<https://psychedelicreview.com/chemical-composition-variability-in-magic-mushrooms/>>
- Bogenschutz, Michael P. und Alyssia A. Forchimes, 'Development of a Psychotherapeutic Model for Psilocybin-Assisted Treatment of Alcoholism' *Journal of Humanistic Psychology* (2016) 57(4) 223
- Bonson, Katherine R., 'Regulation of Human Research with LSD in the United States (1949–1987)' *Psychopharmacology* (2018) 253(2) 591
- Bouso, José Carlos et al, 'Personality, Psychopathology, Life Attitudes and Neuropsychological Performance among Ritual Users of Ayahuasca: A Longitudinal Study' *PLOS ONE* (2012) 7(8) e424
- Carhart-Harris, R. L. et al., 'Psilocybin with Psychological Support for Treatment-Resistant Depression: Six-Month Follow-Up' *Psychopharmacology* (2018) 235(2) 399
- Cohen, Sidney, 'Lysergic acid diethylamide: side effects and complications' *The Journal of Nervous and Mental Disease* (1960) 130 (1) 30 (zit. Lysergic acid diethylamide)
- Cole, Spencer M., *New Research on Street Drugs*, New York: Nova Science Publishers, 2006
- Cytowic, Richard E., *Synthesia: A Union of the Senses*, Massachusetts: MIT Press, 2002
- Danforth, Alicia L. et al, 'Reduction in Social Anxiety after MDMA-Assisted Psychotherapy with Autistic Adults: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study' *Psychopharmacology* (2018) 235(11) 3137
- de L. Osório, Flávia et al, 'Antidepressant Effects of a Single Dose of Ayahuasca in Patients with Recurrent Depression: A Preliminary Report' *Brazilian Journal of Psychiatry* (2015) 37 13
- Doblin, Richard E. et al, 'The Past and Future of Psychedelic Science: An Introduction to This Issue' *Psychoactive Drugs* (2019) 51(2) 93

- Dyck, Erika, 'Flashback: psychiatric experimentation with LSD in historical perspective' *The Canadian Journal of Psychiatry* (2005) 50(7) 381
- Emerson, Amy et al., 'History and Future of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS)' *Journal of Psychoactive Drugs* (2019) 46(1) 27
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 'Lysergide (LSD) drug profile' (Web page, undated) <https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/lsd_en>
- Garcia-Romeu, Albert, Brennan Kersgaard und Peter H. Addy 'Clinical applications of hallucinogens: A review' *Experimental and Clinical Psychopharmacology* (2016) 24(4) 229
- Gibbons, Christopher H., 'Chapter 27 – Basics of Autonomic Nervous System Function' in Kerry H. Levin und Patrick Chauvel (Hrsg.), *Handbook of Clinical Neurology*, 2019, 407
- Gminder, Andreas und Tanja Böhning, *Welcher Pilz ist das?*, Stuttgart: Kosmos, 2014
- Griffiths, Roland R. et al, 'Psilocybin Produces Substantial and Sustained Decrease in Depression and Anxiety in Patients with Life-Threatening Cancer: A Randomized Double-Blind Trial' *Journal of Psychopharmacology* (2016) 30(12) 1181
- Grinspoon, Lester und James B. Bakalar, *Psychedelic Drugs Reconsidered*, New York: Lindersmith Center, 3. Aufl., 1997
- Grob, Charles S. et al, 'Pilot Study of Psilocybin Treatment for Anxiety in Patients With Advanced-Stage Cancer' *Archives of General Psychiatry* (2011) 68(1) 71
- Grob, Charles S., 'Psychiatric Research with Hallucinogens' *The Heffter Review of Psychedelic Research* (1998) 1 8
- Guerra-Doce, Elisa, 'Psychoactive Substances in Prehistoric Times: Examining the Archaeological Evidence' *Time and Mind* (2015) 8(1) 91 (zit. Psychoactive Substances in Prehistoric Times)
- Guzmán, Gastón, John W. Allen und Jochen Gartz, *A worldwide geographical distribution of the Neotropic Fungi, an analysis and discussion*, 1998
- Haijen, Eline C. H. M. et al, 'Predicting Responses to Psychedelics : A Prospective Study' *Frontiers in Pharmacology* (2018) 9 897
- Hall, John E., *Textbook of Medical Physiology*, Philadelphia: Saunders, 13. Aufl., 2015
- Hofmann, Albert, 'LSD: Completely Personal' *Newsletter of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies* (1996) 6(3)
- Holze, Friederike et al, 'Distinct acute effects of LSD, MDMA, and D-amphetamine in healthy subjects' *Neuropsychopharmacology* (2019)

- Jaffe, J. H., 'Drug Addiction and Drug Abuse' in A. G. Gilman et al (Hrsg.), *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*, New York: Pergamon, 1985, 522
- Johnson, Matthew W. und Roland R. Griffiths, 'Potential Therapeutic Effects of Psilocybin' *Neurotherapeutics*. (2017) 14(3) 734.
- Johnson, Matthew W., William A. Richards und Roland R. Griffiths, 'Human Hallucinogen Research: Guidelines for Safety' *Journal of psychopharmacology* (2008) 22(6) 603
- Krebs, Teri S. und Pål-Ørjan Johansen, 'Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials' *Journal of Psychopharmacology* (2012) 26(7) 994
- Krupitsky, Evgeny M. et al, 'Single Versus Repeated Sessions of Ketamine-Assisted Psychotherapy for People with Heroin Dependence' *Journal of Psychoactive Drugs* (2007) 39(1) 13
- Kuhn, Cynthia, *Buzzed: The Straight Facts about the Most Used and Abused Drugs from Alcohol to Ecstasy*, New York: W.W. Norton, 2003
- Libânio Osório, Marta, Rui Filipe, 'Metabolism of Lysergic Acid Diethylamide (LSD): An Update' *Drug Metabolism Reviews* 378 (zit. Metabolism of Lysergic Acid Diethylamide (LSD)) (2019) 51(3)
- Liechti, Matthias E., 'Modern Clinical Research on LSD' *Neuropsychopharmacology* (2017) 2114
- Liester, Mitchell B. und James I. Prickett, 'Hypotheses Regarding the Mechanisms of Ayahuasca in the Treatment of Addictions' *Journal of Psychoactive Drugs* (2012) 44(3) 200
- Marks, Mason und I. Glenn Cohen, 'Psychedelic therapy: a roadmap for wider acceptance and utilization' *Nature Medicine* (2021) 27(10) 1669
- McGlothlin, William H. und David O. Arnold, 'LSD Revisited: A Ten-Year-Follow-up of Medical LSD Use' *Archives of General Psychiatry* 35 (1971) 24 (1) (zit. LSD Revisited)
- McGlothlin, William, Sidney Cohen und Marcella S. McGlothlin, 'Long Lasting Effects of LSD on Normals' *Archives of General Psychiatry* (1967) 17(5) 521
- Meckenna, Dennis J., C.J. Callaway und Charles S. Grob, 'The Scientific Investigation of Ayahuasca, A Review of Past and Current Research' *Hefter Review of Psychedelic Research* (1998) 1
- Meyer, Benedikt, 'Farbige Basler Welt' (Web page, 10. Februar 2020)

- National Institute on Drug Abuse, *Hallucinogens DrugFacts*, Baltimore: National Institut on Drug Abuse, 2019 <<https://nida.nih.gov/download/942/hallucinogens-drugfacts.pdf?v=5634d51cbc65de7de4a96a255fe7b89c>>
- National Institutes of Health (NIH), 'Protein structure reveals how LSD affects the brain' (Web page, 14. Februar 2017) <<https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/protein-structure-reveals-how-lsd-affects-brain>>
- Nichols, David E, 'Hallucinogens' *Pharmacology & Therapeutics* (2004) 101(2) 131
- Nichols, David E., 'Dark Classics in Chemical Neuroscience: Lysergic Acid Diethylamide (LSD)' *ACS Chemical Neuroscience* (2018) 9 2331
- Novak, S. J., 'LSD before Leary: Sidney Cohen's Critique of 1950 s Psychedelic Drug Research' *Isis.* (1997) 88(1) 87
- Nutt, David J., Leslie A. King und David E. Nichols, 'Effects of Schedule I Drug Laws on Neuroscience Research and Treatment Innovation' *Nature Reviews. Neuroscience* (2013) 14(8) 57
- Nutt, David, David Erritzzone und Robin Carhart-Harris, 'Psychedelic Psychiatry's Brave New World' *Cell* (2020) 181(1) 24
- Ona, Genís, 'Inside Bad Trips: Exploring Extra-Pharmacological Factors' *Journal of Psychedelic Studies* (2018) 2(1) 53
- O'talora G., Marcela et al '3,4-Methylenedioxyamphetamine-assisted psychotherapy for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: A randomized phase 2 controlled trial' *Journal of Psychopharmacology* (2018) 32(12) 1295
- Passie, Torsten et al, 'The pharmacology of psilocybin' *Addiction Biology* (2002) 7(4) 357
- Passie, Torsten et al, 'The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: A Review' *CNS Neuroscience & Therapeutics* (2008) 14(4) 295 (zit. The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide)
- Pilecki, Brian et al, 'Ethical and Legal Issues in Psychedelic Harm Reduction and Integration Therapy' *Harm Reduction Journal* (2021) 18 40
- Reiff, Collin M. et al, 'Psychedelics and Psychedelic-Assisted Psychotherapy' *American Journal of Psychiatry* (2020) 177(5) 391
- Reynolds, Philip C. und Ervin J. Jindrich, 'A Mescaline Associated Fatality' *Journal of Analytical Toxicology* (1985) 9(4) 183
- Richards, William A., 'Psychedelic Psychotherapy: Insights from 25 Years of Research' *Journal of Humanistic Psychology* (2017) 57(4) 323

- Roberts, Jacob, 'High Times, When does self-experimentation cross the line?' (Web page, 2. Februar 2017) <<https://blog.nationalmuseum.ch/2020/02/erfinder-des-lsd/>>
- Ross, Stephen, 'Serotonergic Hallucinogens and Emerging Targets for Addiction Pharmacotherapies' *Psychiatric Clinics* (2012) 35 (2) 357
- Schatz, H. und F. Mendelblatt, 'Solar Retinopathy from Sun-Gazing under the Influence of LSD' *The British Journal of Ophthalmology* (1973) 57(4) 270
- Schenberg, Eduardo Ekman, 'Psychedelic-Assisted Psychotherapy: A Paradigm Shift in Psychiatric Research and Development' *Frontiers in Pharmacology* (2018) 9 733
- Schultes, Richard Evans und Elmer W. Smith, *Hallucinogenic Plants*, New York: Golden Press, 1976
- Schultes, Richard Evans, 'Hallucinogens of Plant Origin' *Science* (1969) 163(3864) 245
- Silverstein, A. B. und G. D. Klee, 'Effects of Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25) on Intellectual Functions' *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry* (1958) 80(4) 477
- Stillman, Richard C. und Robert E. Willette, *The Psychopharmacology of Hallucinogens*, Pergamon: Elsevier, 1978
- Strassman, Ruck J. et al, 'Dose-Response Study of N, N-Dunethyltryptamine in Humans: II. Subjective Effects and Preliminary Results of a New Rating Scale' *Archives of General Psychiatry* (1994) 51(2) 98
- Strassman, Ruck J., 'Adverse Reactions to Psychedelic Drugs. A Review of the Literature' *The Journal of Nervous and Mental Disease* (1984) 172(10) 577
- United Nations Office on Drugs and Crime, *Amphetamine-Type Stimulants, A Global Review, Prepared by the UNDCP at the request of the Commission on Narcotic Drugs*, 1996 <https://www.unodc.org/pdf/technical_series_1996-01-01_1.pdf>
- United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2019 – Cannabis and Hallucinogens*, Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2019
- van Amsterdam, Jan, Antoon Opperhuizen und Wim van den Brink, 'Harm potential of magic mushroom use: a review' *Regulatory Toxicology Pharmacology* (2011) 59(3) 423
- Vardy, Michael M. und Stanley R. Kay, 'LSD, Psychosis or LSD-Induced Schizophrenia?: A Multimethod Inquiry' *Archives of General Psychiatry* (1983) 40(8) 877
- Vollenweider, Franz et al, '5-HAT Modulation of Dopamine Release in Basal Ganglia in Psilocybin-Induced Psychosis in Man – A PET Study with [¹¹C]Raclopride' *Neuropsychopharmacology* (1999) 20(5) 424

- Von Hungen, K., S. Roberts und D. F. Hill, 'LSD as an agonist and antagonist at central dopamine receptors' *Nature* (1974) 252 (5484) 588
- Watts, Rosalind und Jason B. Luoma, 'The Use of the Psychological Flexibility Model to Support Psychedelic Assisted Therapy' *Journal of Contextual Behavioral Science* (2020) 15 92
- Weil, Andrew, *The Natural Mind: A Revolutionary Approach to the Drug Problem*, Houghton, Mifflin Harcourt, 2004 (zit. The Natural Mind)
- Williams, Luke, *Human Psychedelic Research: A Historical And Sociological Analysis*, Bachelor Arbeit, Cambridge, 1999 <<https://maps.org/1999/04/01/human-psychedelic-research-a-historical-and-sociological-analysis/>>
- Wittmann, Marc et al, 'Effects of Psilocybin on Time Perception and Temporal Control of Behaviour in Humans' *Journal of Psychopharmacology* (2007) 21(1) 50

Medizinische Anwendung von LSD und Magic Mushrooms im schweizerischen Recht

JIL LEUTHOLD

Betäubungsmittel wie LSD und sog. Magic Mushrooms gehören in der Schweiz zu einer Liste von weitgehend verbotenen Substanzen. Doch das pharmazeutische Potential von Halluzinogenen erfordert deren Verfügbarkeit zu medizinischen Zwecken. Die Doppelnatur dieser Betäubungsmittel muss in der Gesetzgebung berücksichtigt werden. Einerseits sind Betäubungsmittel unentbehrlich als Arzneimittel und Medikamente zur Linderung von Schmerzen und Leiden. Andererseits stellen sie eine Gefahrenquelle für die Gesundheit des Einzelnen und für die Interessen der Allgemeinheit dar, wenn sie missbräuchlich verwendet werden. Um die Verfügbarkeit von grds. verbotenen Substanzen für medizinische Zwecke sicherzustellen, sind progressive statt repressive regulatorische Ansätze dringend geboten. Die Schweiz ist eine Pionierin in der Forschung mit halluzinogenunterstützten Therapien. Trotzdem erschwert die aktuelle Regulierung und Kategorisierung von Halluzinogenen als „verbotene Substanzen“ nach Art. 8 Abs. 1 BetmG weiterreichende Entwicklungen in der Forschung. Der vorliegende Beitrag zeigt auf, dass die Gesetzesbestimmungen des schweizerischen Betäubungsmittelrechts im Bereich der medizinischen Nutzung von Halluzinogenen im Hinblick auf ihr therapeutisches Potential weiter gelockert werden sollten.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	162
II. Hintergründe	164
1. Psychotrope Stoffe und deren Wirkungsweise	164
2. Therapeutischer Nutzen	167
III. Internationale Regulierung	170
1. Hintergründe des Verbots	170
2. Psychotropenübereinkommen von 1971	171
2.1 Verwendung für medizinische und wissenschaftliche Zwecke	171
2.2 Sonderbestimmungen über die in Anhang I aufgeführten Stoffe	172
IV. Nationales Recht	173
1. Zweckartikkel	173
1.1 Geschütztes Rechtsgut „Selbstschutz“	174

1.2 Verfügbarkeit zu medizinischen Zwecken	175
2. Verbotene Betäubungsmittel	176
3. Ausnahmegewilligung für Medizin	176
3.1 Inhalt der Bewilligung	177
3.2 Zweck der Bewilligung: medizinische Anwendung	178
3.3 Formale Mindestangaben für eine Ausnahmegewilligung	179
3.4 Materielle Voraussetzungen für eine Ausnahmegewilligung	180
3.5 Vorbehalt internationaler Abkommen	180
3.6 Kontrolle	181
V. Würdigung	181
1. Medizinische Anwendung von Halluzinogenen unter aktuellem Recht	181
2. Zukunftsausblicke	182
3. Vorschlag für die Anpassung des Betäubungsmittelrechts	183
4. Herausforderungen	184
VI. Fazit	185
Literaturverzeichnis	185
Materialienverzeichnis	188

I. Einleitung

Der Umgang mit den Halluzinogenen LSD und Magic Mushrooms ist in der Schweiz weitgehend verboten. Doch die Entscheidung, welche Substanzen von Verboten und Kontrollmassnahmen erfasst werden sollen, ist keine einfache.¹ Nicht alle suchterzeugenden Substanzen sind gesetzlich normiert. So sind z. B. der Kaffee- und Nikotinkonsum² stark verbreitet und sozial weitgehend akzeptiert, obwohl beide Substanzen ähnliche Abhängigkeiten zur Folge haben können wie herkömmliche Drogen.³ Im Hinblick auf die Gefahren von Drogenmissbrauch ist es wichtig, suchterzeugende Substanzen zeitgemäss sinnvoll zu regulieren. Es mehren sich allerdings die Hinweise zu positiven psychotherapeutischen Effekten von Halluzinogenen,⁴ weshalb sich eine dif-

1 Bert Kellermann, 'Modellsucht Nikotinabhängigkeit – Jeder, der ein Suchtmittel konsumiert, kann süchtig werden' *SUCHT Interdisciplinary Journal of Addiction Research* (2002) 48 47, 48.

2 Kellermann (n 1) 47; siehe auch Cornelius Nestler, 'Grundlagen und Kritik des Betäubungsmittelstrafrechts' in Arthur Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts* (1998) 702, §11 [74], [149].

3 Wolfgang Beiglböck, *Koffein, Genussmittel oder Suchtmittel?* (2016) 148 ff.

4 Vgl. Peter Gasser et al, 'Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases' *The journal of nervous and mental diseases* (2014) 202 513, 513 ff.; Alan K. Davis et al, 'Effects of Psilocybin-

ferenzierte Betrachtungsweise aufdrängt. Das schweizerische Betäubungsmittelrecht kennt Ausnahmen für die medizinische Verwendung solcher Substanzen. Betäubungsmittel sind in der Medizin als Arzneimittel zur Linderung von Schmerzen und anderen Leiden unentbehrlich. Diese Doppelnatur widerspiegelt sich auch in der gesetzlichen Normierung.⁵

Ziel des vorliegenden Beitrags ist zu ermitteln, inwiefern die aktuelle Gesetzeslage eine Verwendung von LSD und Magic Mushrooms zu Therapiezwecken erlaubt und ob sich eine Anpassung der Gesetzeslage aufdrängt. Dazu sollen die Halluzinogene LSD und Magic Mushrooms differenziert analysiert werden unter Berücksichtigung der Risiken und Nutzen. Auf Designerdrogen wie MDMA⁶ wird im Folgenden nicht weiter eingegangen, da Konsumenten und Konsumentinnen sehr unterschiedlich auf synthetische Substanzen reagieren.⁷ Designerdrogen haben auch ein ausgeprägtes seelisches Abhängigkeitspotential und führen zu einer Reihe von Entzugssymptomen.⁸ Aufgrund ihres erhöhten Gefährlichkeitspotentials eignen sie sich weniger für therapeutische Zwecke, weshalb sich der Fokus dieser Arbeit auf LSD und Magic Mushrooms richtet.

Im Folgenden wird die Regulierung von Halluzinogenen in der Schweiz kritisch betrachtet und in einen internationalen Kontext eingebettet. Nach der Einleitung (Kap. 1) wird in Kap. 2 zunächst eine Einführung in die Hintergründe und Wirkungsweise (Kap. 2.1) der psychotropen Substanzen LSD und Magic Mushrooms gemacht. Es folgt eine Betrachtung unterschiedlicher Studien im Bereich der halluzinogenunterstützten Therapie (Kap. 2.2), um das medizinische Potential zu ermitteln. Sodann werden in Kap. 3 die internationalen Bestimmungen mit Hinblick auf die Hintergründe des Verbots (Kap. 3.1) wie auch das Psychotropenabkommen von 1971 (Kap. 3.2) behan-

Assisted Therapy on Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial' *Jama Psychiatry* (2021) 78 481, 481ff.

- 5 Gustav Hug-Beeli, *Betäubungsmittelgesetz (BetmG), Kommentar zum Bundesgesetz über Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951* (2016) Art. 1 [4] (zit. BetmG-Komm-Hug-Beeli).
- 6 Thomas Fingerhut, Stephan Schlegel und Oliver Jucker, *Orell Füssli Kommentar, BetmG, Betäubungsmittelgesetz mit weiteren Erlassen* (3. Aufl., 2016) Art. 2 [172] (zit. OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker).
- 7 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 2 [1432] „Ungeklärt ist auch noch, warum Konsumenten so unterschiedlich auf die synthetische Droge reagieren. So können manche Menschen bis zu fünfzig Pillen nehmen, ohne unter den lebensbedrohenden Nebenwirkungen zu leiden, bei andern wirkt schon eine einzige Pille tödlich“.
- 8 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 2 [1440] f.

delt. In Kap. 4 werden die betreffenden Bestimmungen im schweizerischen Recht betrachtet. Insbesondere wird auf den Zweckartikel (Kap. 4.1), verbotene Betäubungsmittel (Kap. 4.2) und die Ausnahmegewilligung für die beschränkte medizinische Anwendung nach Art. 8 Abs. 5 BetmG (Kap. 4.3) eingegangen. Zuletzt wird in einer Würdigung in Kap. 5 die medizinische Anwendung von Halluzinogenen unter aktuellem Recht erläutert (Kap. 5.1), gefolgt von einem Zukunftsausblick (Kap. 5.2), einem möglichen Revisionsvorschlag des Betäubungsmittelrechts (Kap.5.3) und dessen Herausforderungen (Kap. 5.4).

II. Hintergründe

1. Psychotrope Stoffe und deren Wirkungsweise

Unter psychotropen Stoffen i.S.d. Betäubungsmittelgesetzes (BetmG)⁹ versteht man abhängigkeiterzeugende Stoffe,¹⁰ die unter Anregung oder Dämpfung des zentralen Nervensystems zu Veränderungen der Psyche und des Bewusstseins führen.¹¹

Lysergsäurediethylamid (LSD-25, kurz LSD) ist eine semi-synthetische Droge, die aus Lysergsäure gewonnen wird.¹² Diese wiederum kommt natürlich im Ergotpilz, einem Roggenparasiten, vor.¹³ LSD ist eine farb-, geschmack- und geruchlose Substanz, die typischerweise in Pillen-, Kapseln- oder Löschpapierform eingenommen wird.¹⁴ Erstmals wurde LSD im Jahr 1938 hergestellt, als die Substanz als Kreislauf- und Atmungsstimulans an Tieren erforscht wurde. Fünf Jahre später führte die versehentliche Einnahme einer kleinen Menge LSD durch den Schweizer Chemiker und Entdecker ALBERT HOFMANN

9 *Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951* (Betäubungsmittelgesetz, BetmG), SR 812.121.

10 Art. 2 lit. b BetmG; Laura Frei, 'Verabreichen gesundheitsgefährdender Stoffe an Kinder (Art. 136 StGB)' *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht* (2020) 21, [67].

11 Art. 2 Ziff. 4 *Übereinkommen über psychotrope Stoffe*, abgeschlossen in Wien am 21. Februar 1971, SR 0.812.121.02 (Psychotropenübereinkommen 1971); OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 2 N 139.

12 Thomas Geschwinde, *Rauschdrogen, Marktformen und Wirkungsweisen* (2018) [580] ff.

13 Geschwinde (n 12) [583] ff.

14 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 2 [1134] f.

zum ersten LSD-Trip in der Geschichte.¹⁵ LSD ist bis heute das wirksamste aller bekannten Halluzinogene¹⁶ und kann bereits in sehr geringen Mengen eine langandauernde Wirkung hervorrufen.¹⁷

Halluzinogene Pilze, sog. Magic Mushrooms, kommen in der Natur vor und enthalten den Wirkstoff Psilocybin.¹⁸ Somit gehören sie zu den biogenen Substanzen.¹⁹ Es gibt über 50 Arten halluzinogener Pilze.²⁰ Der Freizeitkonsum von halluzinogenen Pilzen kam in Europa erstmals in den späten 1950er Jahren auf und wurde allmählich beliebter mit der Verbreitung von „Smart Shops“.²¹ Bis zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes im Jahre 2008 wurden Magic Mushrooms nicht im BetmG genannt.²² Halluzinogene Pilze fallen heute aber unter Art. 2 lit. c BetmG als Rohmaterialien und werden namentlich in Verzeichnis d BetmVV-EDI²³ aufgeführt.

Die Wirkung von Halluzinogenen ist dosisabhängig und kann von Person zu Person sehr unterschiedlich sein.²⁴ LSD und Magic Mushrooms haben ähnliche Effekte.²⁵ Bei oraler Einnahme von LSD tritt die Wirkung bereits nach wenigen Minuten ein. Die Rauschphase von einer bis acht Stunden ist durch farbenprächtige Wahrnehmungsstörungen (Synästhesie)²⁶ geprägt und führt

15 Eingehend Albert Hofmann, *LSD – mein Sorgenkind* (10. Aufl., 2021) 27 „Zu Hause legte ich mich nieder und versank in einen nicht unangenehmen rauschartigen Zustand, der sich durch eine äusserst angeregte Phantasie kennzeichnete. Im Dämmerzustand bei geschlossenen Augen – das Tageslicht empfand ich als unangenehm grell – drangen ununterbrochen phantastische Bilder von ausserordentlicher Plastizität und mit intensivem, kaleidoskopartigem Farbenspiel auf mich ein“.

16 Geschwinde (n 12) [645]; BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 2 [1120].

17 OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 8 [16].

18 Geschwinde (n 12) [1108].

19 OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 2 [172], [181]; vgl. Geschwinde (n 12) [1106] ff.

20 Zum Ganzen siehe European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, ‘Halluzinogene Pilze: Drogenprofil’ (Web page, undated) (zit. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Halluzinogene Pilze Drogenprofil); vgl. auch OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 2 [181].

21 Zum Ganzen siehe BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 2 [1697].

22 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 2 [1691].

23 *Verordnung des EDI über die Verzeichnisse der Betäubungsmittel, psychotropen Stoffe, Vorläuferstoffe und Hilfschemikalien vom 30. Mai 2011* (Betäubungsmittelverzeichnisverordnung, BetmVV-EDI), SR 812.121.11.

24 Geschwinde (n 12) [680].

25 Geschwinde (n 12) [1135].

26 Geschwinde (n 12) [664].

dazu, dass die Grenzen zwischen dem erlebten Ich und der Aussenwelt verschwinden.²⁷ Die Einnahme von LSD über drei bis vier Tage führt zu einer Toleranzbildung und das Halluzinogen verliert seine Wirkung, sofern die Dosierung nicht erhöht wird.²⁸ Eine Resensibilisierung dauert aber nur wenige Tage²⁹ und es kommt zu keinen Entzugserscheinungen.³⁰ Deshalb wird LSD vom EMCDDA als eine nichtabhängigkeitserzeugende Substanz angesehen.³¹ Weiter sind keine Todesfälle wegen Überdosis bekannt.³² Eine der Gefahren von Halluzinogenen liegt allerdings im Hervorrufen von Angst- und Panikzuständen, sog. Bad Trips.³³ Flashbacks solcher Trips können noch Jahre nach dem Konsum von Halluzinogenen eintreten.³⁴ Es handelt sich dabei um ein episodisches Wiederauftreten des früheren Rauschzustands mit Wahrnehmungsstörungen.³⁵ Konsumenten und Konsumentinnen tendieren auch dazu, sich selbst zu überschätzen, was zu selbstgefährdenden Handlungen führen kann.³⁶

27 Zum Ganzen siehe BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 2 [1141] ff.

28 OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 8 [21]; Ambros Uchtenhagen, 'Arten, Funktionen und Wirkungen der Drogen (Psychopharmakologie und Toxikologie)' in Arthur Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts* (1998) 2 §1 [81].

29 Geschwinde (n 12) [742] f.; OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 8 [21]; Ambros Uchtenhagen, 'Arten, Funktionen und Wirkungen der Drogen (Psychopharmakologie und Toxikologie)' in Arthur Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts* (1998) 2, §1 [81].

30 Peter Falkai und Hans Wittchen (Hrsg.), *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5** (2018) 720.

31 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 'Lysergid (LSD): Drogenprofil' (Web page, undated) (zit. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, LSD Drogenprofil); J. F. Kramer und D. C. Cameron, *A Manual on Drug Dependence, Compiled on the basis of reports of WHO expertgroups and other WHO publications* (1975) 40 f.; siehe auch Christina Suhr Brunner, *Fürsorgerische Freiheitsentziehung und Suchterkrankungen, insbesondere Drogensucht* (1994) 64, „Halluzinogene führen bei chronischem Konsum zu Abhängigkeit vom Halluzinogentyp, den die Weltgesundheitsorganisation folgen dermassen charakterisiert hat: unterschiedlich stark ausgebildete psychische Abhängigkeit, Fehlen körperlicher Abhängigkeit und Vorhandensein von Toleranzphänomenen“.

32 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, LSD Drogenprofil (n 31); OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 8 [21]; BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 2 [1141].

33 Geschwinde (n 12) [675] ff.; vgl. auch OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 8 [21].

34 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, LSD Drogenprofil (n 31).

35 Falkai und Wittchen (n 30) 730; OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 2 [1112]; vgl. auch Geschwinde (n 12) [675].

36 Suhr Brunner (n 31) 65; BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5), Art. 2 [1101].

Der WHO-Expertenausschuss für abhängigkeiterzeugende Drogen diskutierte die LSD Frage das erste Mal im Jahr 1963. Das Expertenkomitee empfahl einige Massnahmen wie z. B. die Verfügbarkeit auf ärztliche Verschreibung einzuschränken.³⁷ Gemäss WHO kann die psychische Abhängigkeit je nach Halluzinogentyp stark variieren, allerdings verspüren die wenigsten Konsumenten und Konsumentinnen den Drang, die Substanzen regelmässig zu konsumieren. Selbst bei abruptem Absetzen der Halluzinogene gibt es keine Nachweise physischer Abhängigkeit.³⁸

Wie gefährlich sind die Halluzinogene LSD und Magic Mushrooms also wirklich? Dazu führte Professor DAVID NUTT im Jahr 2007 eine Studie über unterschiedliche Substanzen durch. Er vergab den Stoffen Punktzahlen, die in Relation zur Gefährlichkeit der Substanzen für die Konsumenten und Konsumentinnen und deren Umfeld standen. Darauf basierend erstellte er ein Gefährlichkeits-Ranking. Im Resultat sind halluzinogene Pilze die ungefährlichste der getesteten Substanzen und LSD rangiert an zweitletzter Stelle (siehe nachfolgende Statistik).³⁹

Beim Vergleich mit anderen Substanzen wie Alkohol oder Cannabis, die gemäss der Punkteskala gefährlicher aber weniger streng reguliert sind,⁴⁰ stellt sich die Frage, wie es zum Verbot halluzinogener Substanzen kam und ob die aktuellen Verbote und Regulierungen von Halluzinogenen noch zeitgemäss sind.⁴¹ Dazu muss der therapeutische Nutzen solcher Substanzen betrachtet werden.

2. Therapeutischer Nutzen

Ab Ende 1950 bis in die 1960er Jahre wurden mehrere Studien über die therapeutischen Wirkungen von Psychedelika (insb. LSD) zur Behandlung von

37 Zum Ganzen siehe István Bayer, *Development of the Convention on Psychotropic Substances* (1989) 5 f.

38 Zum Ganzen siehe Kramer und Cameron (n 31) 40 f.

39 David J. Nutt, Leslie A. King und Lawrence D. Phillips, 'Drug Harms in the UK: a multicriteria decision analysis' *Lancet* (2010) 376 1558, 4.

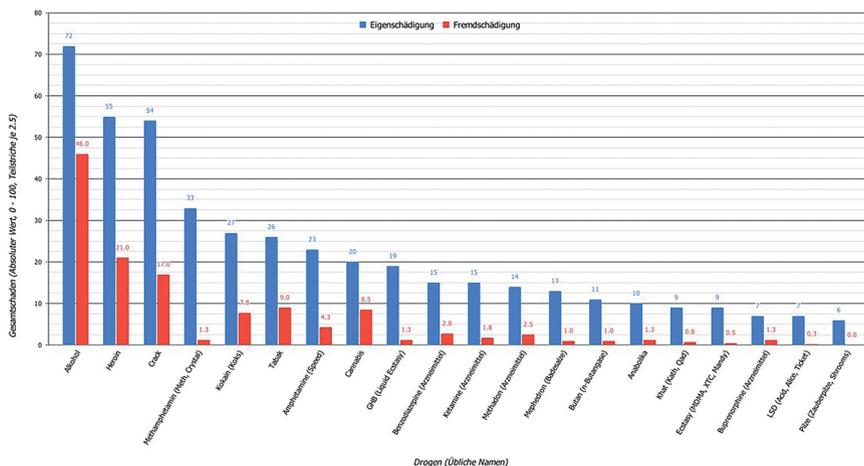
40 Zum Ganzen siehe Nutt, King und Lancet (n 39) 4.

41 Jan van Amsterdam et al, 'European rating of drug harms' *Journal of Psychopharmacology* (2015) 29 655, 659.

Eigen- und Fremdschädigung der gebräuchlichsten Drogen

Prof. David J. Nutt

01. Nov. 2010



Nutt/King/Phillips, Lancet 2010, 4.

Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen durchgeführt.⁴² Neuere Open-Label-Studien zeigen, dass Psilocybin depressive und ängstliche Symptome bei behandlungsresistenter Depression und bei „Major Depression“ (MDD) sowie Alkohol- und Tabakabhängigkeit reduziert. Es gibt noch wenige Vergleiche zwischen der Behandlung einer Depression mit Psilocybin und anderen etablierten Behandlungsmitteln. Das Centre for Psychedelic Research am Imperial College London veröffentlichte jedoch letztes Jahr eine Studie, in der gezeigt wurde, dass Psilocybin bei der Behandlung mittelschwerer bis schwerer Depressionen genauso gut wirkt, wie das Antidepressivum Escitalopram.⁴³ Obwohl aktuell wenig Forschung mit LSD betrieben wird, geben Studien aus den 1960er und 1970er Jahren Hinweise darauf, dass Therapien mit der Substanz bei Alkoholkonsumstörungen helfen können und dass LSD anxiolytische Eigenschaften haben kann.⁴⁴ In vielen Studien zeigten bereits

42 Rafael G. Dos Santos et al, 'Antidepressive and anxiolytic effects of ayahuasca: a systematic literature review of animal and human studies' *Revista Brasileira de Psiquiatria* (2016) 38 65, 69; BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5), Art. 2 [125].

43 Zum Ganzen siehe Robin Carhart-Harris et al, 'Trial of Psilocybin versus Escitalopram for Depression' *New England Journal of Medicine* (2021) 384 1402, 1402 ff.

44 Rafael G. Dos Santos et al, 'The Use of Classic Hallucinogens/Psychedelics in a Therapeutic Context: Healthcare Policy Opportunities and Healthcare' *Risk management and Healthcare Policy* (2021) 14 901, 901 ff. (zit. Dos Santos, Classic Hallucinogens).

einzelne oder wenige Dosen positive Auswirkungen und die Substanzen hatten ein gutes Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil.⁴⁵ Weiter reduzieren LSD und Psilocybin die Erkennung negativer Emotionen und fördern positive Gefühlszustände.⁴⁶ Psilocybin wurde ab den 1990er Jahren im Vergleich zu LSD häufig therapeutisch eingesetzt,⁴⁷ da die Wirkungsdauer von ca. vier bis sechs Stunden kürzer als die von LSD ist und auch die Nachwirkungen geringer sind.⁴⁸ Inwiefern psychologische Therapien durch Psychedelika unterstützt werden können, ist jedoch noch zu unklar, weshalb weitere Forschungsarbeit notwendig ist, um verschiedene Arten von halluzinogenunterstützten Therapien besser zu verstehen.⁴⁹ Auch erste Studien der UZH haben gezeigt, dass Psychedelika wie LSD Symptome von psychischen Störungen wie Depression und Schizophrenie lindern können.⁵⁰ Im Dezember 2007 führte der Schweizer Psychiater PETER GASSER eine Pilotstudie zur psychotherapeutischen Behandlung mit LSD bei Patienten und Patientinnen mit Krebs im Endstadium durch. Die Studie sollte offenlegen, ob Behandlungen mit LSD weiter erforscht werden sollten. GASSERS Ergebnisse waren vielversprechend, seine Testgruppe von 12 Personen war allerdings zu klein, um allgemeingültige Aussagen treffen zu können.⁵¹ 2017 bis 2021 wurde GASSER ein weiteres Forschungsprojekt mit LSD an 40 Studienteilnehmern und Studienteilnehmerinnen bewilligt. Die Therapie soll bei schweren körperlichen Erkrankungen und Angststörungen helfen. Die Resultate wurden jedoch noch nicht veröffentlicht.⁵² In Anbetracht der vorgelegten Argumente für die potentielle Verwendung von Halluzinogenen im medizinischen Bereich, müssen gesundheitspolitische Chancen und Herausforderungen genau betrachtet werden,

45 Gasser et al (n 4) 513 ff.; Davis et al (n 4) 481 ff.

46 Juliana Mendes Rocha et al, 'Serotonergic hallucinogens and recognition of facial emotion expressions: a systematic review of the literature' *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* (2019) 9 1, 2.

47 Matthias Liechti, *Experten-Bericht: Stand und Entwicklungsszenarien in Bezug auf die medizinische Behandlung und klinische Forschung mit Halluzinogenen und MDMA, Zu Handen: Bundesamt für Gesundheit BAG und Fachgesellschaften/Fachpersonen* (2019) 5.

48 Geschwinde (n 12) [1135].

49 Dos Santos, *Classic Hallucinogens* (n 44) 901 ff.

50 Katrin H. Preller, 'Changes in global and thalamic brain connectivity in LSD-induced altered states of consciousness are attributable to the 5-HT_{2A} receptor' *eLife* (2018) 7 e35082, e35082 ff.

51 Zum Ganzen siehe Peter Gasser, 'LSD-unterstützte Psychotherapie' *Leading Opinions, Neurologie & Psychiatrie* (2011) 1 32, 33 f. (zit. Gasser, Psychotherapie).

52 Zum Ganzen siehe Peter Gasser, 'Psycholytische Therapie' (Web page, undated) (zit. Gasser, Psycholytische Therapie).

damit eine einheitliche Integration halluzinogenunterstützter Therapien im Gesundheitssystem möglich wird.⁵³

III. Internationale Regulierung

1. Hintergründe des Verbots

Im Jahr 1949 brachte der Sandoz Konzern LSD als Medikament unter dem Namen „Delysid“ auf den Markt.⁵⁴ LSD wurde in der westlichen Welt, insb. in Amerika, Ende der 1950er Jahren schnell zu einem beliebten Rauschmittel.⁵⁵ In den 1950er bis 1960er Jahren waren Selbstversuche mit LSD stark verbreitet.⁵⁶ Die meisten Rauschmitttelgesetze erfassten LSD noch nicht, sodass viele Rauschmitttel-süchtige von illegalen Substanzen auf LSD wechselten.⁵⁷ Weiter erloschen 1963 die Patente von Sandoz zur Herstellung von LSD, womit eine weitere Hemmschwelle bisher aufgrund Patentverstosses illegalen LSD Produktion wegfiel.⁵⁸ Leichtsinniger Gebrauch ohne medizinische Überwachung führte oft zu Horrortrips, die nicht selten in schweren Unglücksfällen und Verbrechen endeten.⁵⁹ In den USA erliessen die Gesundheitsbehörden daraufhin ein umfassendes Verbot, das LSD auch in der medizinischen Praxis untersagte. Somit kam die medizinische Anwendung zum Stillstand.⁶⁰ Im Jahr 1971 einigten sich die Vereinten Nationen in dem Psychotropenübereinkommen über das Verbot aller bekannten Halluzinogene.⁶¹ Die Konsequenzen des internationalen Verbots widerspiegeln sich noch heute im schweizerischen Recht, wo die Substanzen weitgehend verboten bleiben (siehe Art. 8 Abs. 1 lit. c BetmG). Die Schweiz war das erste Land weltweit, das 2008 Humanstudien mit LSD wieder zugelassen hat.⁶² Trotzdem spielt LSD in der Psychotherapie keine grosse

53 Dos Santos, *Classic Hallucinogens* (n 44) 901 ff.

54 Hofmann (n 15) 66.

55 Hofmann (n 15) 61.

56 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 2 [1125].

57 Hofmann (n 15) 66.

58 Hofmann (n 15) 66 f.

59 Hofmann (n 15) 66 ff.

60 Zum Ganzen siehe Hofmann (n 15) 11.

61 Adolf Lande, *Commentary on the Convention of Psychotropic Substances done at Vienna on 21 February 1971* (1976) 11 (zit. UN-Kommentar-Lande).

62 Gasser, *Psychotherapie* (n 51) 32; Liechti (n 47) 5.

Rolle, da die therapeutische Verwendung unter dem Eindruck des Missbrauchspotentials praktisch eingestellt wurde.⁶³ Bis ins Jahr 2019 gab es in der Schweiz nur sechs Ärzte und Ärztinnen, die Behandlungen mit LSD durchführten und die Anzahl der Bewilligungen beschränkten sich im Mai 2019 auf 15, wobei mehrere Bewilligungen denselben Patienten betreffen können.⁶⁴

2. Psychotropenübereinkommen von 1971

Um die aktuelle schweizerische Gesetzeslage in Bezug auf das generelle Verbot von Halluzinogenen und Ausnahmemöglichkeiten im medizinischen Bereich zu analysieren, muss zunächst auf internationaler Ebene herausgearbeitet werden, welche Voraussetzungen als Rahmenbestimmungen zu beachten sind. Das schweizerische Betäubungsmittelrecht wurde stark durch diese internationale Gesetzgebung geprägt.⁶⁵ Vorliegend wird abgehandelt, welche Voraussetzungen des Psychotropenübereinkommens von 1971 für die medizinische Anwendung von Halluzinogenen von Bedeutung sind. Anhang I des Übereinkommens umfasst Drogen, die als ernsthaftes Risiko für die öffentliche Gesundheit gelten und deren therapeutisches Potential von der Kommission für Betäubungsmittel als gering eingeschätzt wird.⁶⁶ Der Anhang umfasst sowohl semi-synthetische Halluzinogen wie LSD, als auch natürliche Psychedelika wie Psilocybin.⁶⁷

2.1 Verwendung für medizinische und wissenschaftliche Zwecke

Artikel 7 des Übereinkommens verbietet die Verwendung der Substanzen in Anhang I, ausser für sehr limitierte medizinische oder wissenschaftliche Zwecke. Es ist nicht das Ziel der Konvention, medizinisch gerechtfertigte

63 Uchtenhagen (n 28) §1 [28]; Geschwinde (n 12) [685] ff.; BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 2 [1127].

64 Liechti (n 47) 7.

65 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 4 [17] ff.; Peter Albrecht, *Stämpflis Handkommentar, Die Strafbestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes (Art. 19–28 I BetmG)* (3. Aufl., 2016) Einleitung [6] (zit. SHK BetmG-Albrecht).

66 UN-Kommentar-Lande (n 61) 138 §2; Bayer (n 37) 14; Peter Albrecht, 'Internationales Betäubungsmittelrecht und internationale Betäubungsmittelkontrolle' in Arthur Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts* (1998) 653, §10 [17].

67 Anhang I Psychotropenübereinkommen, 1971.

therapeutische Verwendung von Stoffen in Anhang I zu verbieten oder in unangemessener Weise zu behindern. Vor allem weil es unvorhersehbar ist, ob eine Substanz aus Anhang I in Zukunft für die Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden kann.⁶⁸

2.2 Sonderbestimmungen über die in Anhang I aufgeführten Stoffe

Folgende Voraussetzungen müssen gemäss Art 7 lit. a des Psychotropen-übereinkommens erfüllt sein, damit eine medizinische Verwendung der Stoffe in Anhang I in Frage kommt: Die Verwendung darf nur für einen sehr begrenzten medizinischen Zweck erfolgen, sie muss ordnungsmässig autorisiert werden, in einer medizinischen/wissenschaftlichen Einrichtung erfolgen und direkt unter der Kontrolle der Regierung stehen oder speziell durch die Regierung genehmigt worden sein.⁶⁹

Der Begriff „sehr begrenzte medizinische Zwecke“ ist nicht klar definiert. Jedoch legt die Einstufung der Stoffe in Anhang I als „sehr gefährlich“ nahe, dass die therapeutische Verwendung eingeschränkt werden muss.⁷⁰ Die Vertragsparteien sollen Stoffe aus Anhang I nicht einsetzen, wenn es alternative Substanzen gibt, die gleich erfolgsversprechend sind.⁷¹ Es besteht jedoch Spielraum bezüglich der Wertung von Risiken und Nutzen von Substanzen des Anhangs I, weshalb eine Betrachtung im Einzelfall notwendig wird. Eine „sehr begrenzte medizinische Verwendung“ lässt sich folglich von den Vertragsparteien unterschiedlich regulieren. Vertragsparteien können auch lediglich Empfehlungen erlassen.⁷² Es besteht folglich ein erheblicher Ermessensspielraum.

Auch der Begriff „ordnungsgemäss autorisiert“ ist weit gefasst. Bei der Umsetzung verfügen die Mitgliedsstaaten über einen grossen Ermessensspielraum. Die Nutzung muss „ordnungsgemäss“ genehmigt sein. Das heisst, in Übereinstimmung mit den nationalen Gesetzen und Vorschriften des betreffenden Staates, und in Übereinstimmung mit den Anforderungen und Zwe-

68 Zum Ganzen siehe UN-Kommentar-Lande (n 61) 138 §3.

69 UN-Kommentar-Lande (n 61) 38 ff.

70 UN-Kommentar-Lande (n 61) 139 §6.

71 UN-Kommentar-Lande (n 61) 139 §5.

72 Zum Ganzen siehe UN-Kommentar-Lande (n 61) 139 §6; Bayer (n 37) 8.

cken von Art. 7 des Psychotropenübereinkommen.⁷³ Dabei wird empfohlen, die Zahl der Ärzte und Ärztinnen einzuschränken, die Stoffe des Anhang I zur medizinischen Therapie verwenden dürfen.⁷⁴

Mit „Einrichtung“ ist ein Ort gemeint, welcher der medizinischen Behandlung oder wissenschaftlichen Forschung gewidmet ist. Es ist unklar, ob dazu ein einzelner Arzt oder eine einzelne Ärztin ausreicht oder ob die Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen relevant ist. Eine Verwendung ausserhalb einer von der Regierung kontrollierten medizinischen Einrichtung ist allerdings in jedem Fall verboten.⁷⁵

Damit eine Einrichtung unter der „unmittelbaren Kontrolle“ der Regierung ist, muss diese in der Ausübung von Verwaltungs- und Forschungsaufgaben der Leitung des Staates unterstellt sein und deren Weisungen wie auch allgemeine Vorschriften befolgen. Die Einrichtung bedarf zudem einer Genehmigung einer Regierungsbehörde.⁷⁶

IV. Nationales Recht

Im Folgenden werden die Bestimmungen des BetmG, die auf medizinische Halluzinogene Anwendung finden, ermittelt. Zunächst wird der Zweckartikel des BetmG und die geschützten Rechtsgüter kritisch betrachtet (Kap. 4.1). Weiter wird das generelle Verbot aus Art. 8 Abs. 1 BetmG analysiert (Kap. 4.2) und auf die einzelnen Voraussetzungen für eine medizinische Ausnahmebewilligung eingegangen, welche in Art. 8 Abs. 5 BetmG vorgesehen ist (Kap. 4.3). Dabei werden auch die Umsetzung und Spielräume internationaler Verpflichtungen berücksichtigt.

1. Zweckartikel

Um das Ausmass der Verbote im BetmG zu verstehen, muss zunächst der Zweckartikel Art. 1 BetmG betrachtet werden. Mit der Revision des BetmG von

⁷³ Zum Ganzen siehe UN-Kommentar-Lande (n 61) 147 §3.

⁷⁴ UN-Kommentar-Lande (n 61) 139 §4.

⁷⁵ Zum Ganzen siehe UN-Kommentar-Lande (n 61) 149 §7f.

⁷⁶ Zum Ganzen siehe UN-Kommentar-Lande (n 61) 149 f. §9f.; Bayer (n 37) 8.

2008 wurde in einem allgemeinen Zweckartikel (Art. 1 BetmG) die Zielsetzung des BetmG festgelegt. Der Zweckartikel soll verdeutlichen, was durch das Gesetz geschützt werden. Dabei soll die Doppelnatur von Betäubungsmitteln in der Zielsetzung berücksichtigt werden. Betäubungsmittel als Arzneimittel und Medikamente sind unentbehrlich zur Linderung von Schmerzen und Leiden. Andererseits stellen sie eine Gefahrenquelle für die Gesundheit des Einzelnen und die Interessen der Allgemeinheit dar, wenn sie missbräuchlich, d. h. ohne medizinische Indikation, angewendet werden.⁷⁷ Art. 1 BetmG nennt drei Gesetzeszwecke: Den Schutz des einzelnen (potentiellen) Konsumenten oder Konsumentin, die Sicherstellung des Zugangs zu Betäubungsmitteln als Arzneimittel und Medikament und den Schutz der Allgemeinheit vor den sozialschädlichen Auswirkungen von suchtbedingten Störungen.⁷⁸ In den vorliegenden Unterkapiteln wird auf das Spannungsverhältnis der ersten beiden Schutzzwecken eingegangen.

1.1 Geschütztes Rechtsgut „Selbstschutz“

Geht eine Normierung zum Zwecke des Selbstschutzes des (potentiellen) Konsumenten oder der (potentiellen) Konsumentin über den Schutz von Freiheitssphären von Individuen hinaus? Sinn und Zweck eines Staates ist die Gewährleistung der Freiheit aller, nicht die Einschränkung im Hinblick auf den individuellen Gebrauch dieser Freiheit.⁷⁹ Man ist sich einig, dass eine Person, die die Fähigkeit zur Selbstbestimmung hat, auch das Recht dazu hat. Sie und nur sie hat die Kompetenz, über ihre persönliche Autonomie zu entscheiden.⁸⁰ Das Gesetz soll folglich nicht vor gewollter Selbstgefährdung schützen.⁸¹ Trotzdem macht das Bundesgericht in einem Urteil bzgl. Schutz vor Passivrauchen Ausführungen über den Schutz von Menschen vor sich selbst.⁸² Aus der Argumentation geht hervor, dass ein willensfreier Mensch sich auch selbst schädigen wollen kann. Aufgrund des Selbstbestimmungs-

77 Zum Ganzen siehe BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 1 [4].

78 OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 1 N 3.

79 Patrick Sutter, 'Der Schutz des Menschen vor sich selbst als Teil seiner eigenen Umwelt *Sicherheit & Recht* (2013) 1 45, 45.

80 Zum Ganzen siehe Joel Feinberg, *The moral limits of criminal law, Harm to Self, Vol. 3* (1987) 28.

81 Sutter (n 79) 45.

82 BGer 6B_75/2012 E. 3.3 vom 26.10.2012 „Das Gesetz will nicht nur Nichtraucher, sondern alle Menschen und somit auch Raucher vor den Gefahren des Passivrauchens schützen“.

recht nach Art. 10 und Art. 13 BV⁸³ ist staatliches Tätigwerden zum Schutz vor Selbstgefährdung grundsätzlich unzulässig. Eine solche Einschränkungen wäre nur dann möglich, wenn sie zur optimalen Gewährleistung der Freiheit aller erforderlich wäre.⁸⁴ Folglich ist der erste Zweck des BetmG „Schutz des einzelnen (potentiellen) Konsumenten bzw. der einzelnen (potentiellen) Konsumentin“ in analoger Argumentation grds. unzulässig, sofern das Verbot nicht gleichzeitig den Schutz der Allgemeinheit gewährleistet. Der Zweckartikel passt nicht auf Fragen medizinischer Ausnahmegewilligungen, da er eine zu weitgehende und unpassende Einschränkung darstellt. Der Zweck des Schutzes einer Einzelperson wird nicht gewährleistet, indem Therapiemethoden eingeschränkt werden. Patienten und Patientinnen können ohne Ausnahmegewilligung keine medizinischen Halluzinogene einnehmen, obwohl es ihnen helfen und nicht schaden würde. Der Zweck des Schutzes (potentiellen) Konsumenten und Konsumentinnen steht in einem Spannungsverhältnis zum Zweck der medizinischen Verfügbarkeit.

1.2 Verfügbarkeit zu medizinischen Zwecken

Betäubungsmittel und psychotrope Stoffe sind trotz ihres Gefährdungspotentials im wissenschaftlichen und medizinischen Bereich Bestandteil unverzichtbarer Therapie- bzw. Arzneimittel.⁸⁵ Dies lässt sich auch aus der Zweckbestimmung Art. 1 lit. b BetmG ablesen.⁸⁶ Das Gesetz soll gewährleisten, dass ein Betäubungsmittel, das zur Heilung oder Linderung von Krankheiten als Arzneimittel angewandt werden kann, unter strikten Regeln für die medizinische Behandlung zugänglich ist.⁸⁷ Trotz erfolgsversprechenden Studien (siehe Kap. 2.2), fallen Halluzinogene unter die verbotenen Betäubungsmittel nach Art. 8 Abs. 1 BetmG und Ausnahmen werden nur in spezifischen Einzelfällen genehmigt (dazu im Folgenden). Der Gesetzeszweck „Schutz der Allgemeinheit“ scheint dabei vom Gesetzgeber höher gewichtet zu werden, als die Verfügbarkeit zu medizinischen Zwecken. Die gesetzgeberische Abwägung dieser beiden Gesetzeszwecke verfehlt ihr Ziel in Anbetracht des geringen Gefährlichkeitspotentials von Halluzinogenen.

83 *Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999* (BV), SR 101.

84 Zum Ganzen siehe Sutter (n 79) 47 ff.

85 OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 1 [17].

86 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 1 [6].

87 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 1 [21] f.

2. Verbotene Betäubungsmittel

Art. 8 Abs. 1 BetmG regelt Stoffe, deren medizinischen Nutzen als gering eingeschätzt wird oder die als wissenschaftlich unzureichend erforscht gelten.⁸⁸ Art. 8 BetmG setzt damit die Regelung zu Stoffen aus Anhang I des Psychotropenübereinkommens auf nationaler Ebene um. Aufgrund des grossen Missbrauchspotentials und Schwarzmarktattraktivität werden die Stoffe in Abs. 1 grds. als nicht verschreibungs- und verkehrsfähig deklariert. Verkehrsfähigkeit besteht bei Sachen, die geeignet sind, Gegenstand privater Rechte und privatrechtlichen Verfügungen zu bilden. Verkehrsunfähig sind folglich Stoffe, deren Verkehrsfähigkeit durch das öffentliche Recht aus Gründen des öffentlichen Wohls aufgehoben wurde. Verschreibungsunfähige Stoffe dürfen grundsätzlich nicht verschrieben, verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden.⁸⁹ Das absolute Verbot bezieht sich auf den Anbau, die Einführung, die Herstellung und das Inverkehrbringen der aufgeführten Stoffe.⁹⁰ Das EDI bestimmt nach Art. 3 Abs. 1 BetmKV⁹¹ die einzelnen kontrollierten Substanzen und die anwendbaren Kontrollmassnahmen. Nach Art. 2 lit. d BetmKV erstellt das EDI im Verzeichnis d die Liste der verbotenen, kontrollierten Substanzen.⁹² Die Liste der psychotropen Stoffe und Betäubungsmittel im BetmVV-EDI ist bindend.⁹³

3. Ausnahmewilligung für Medizin

Obwohl die Stoffe aus Absatz 1 zunächst verkehrs- und verschreibungsunfähig sind, heisst das nicht, dass sie absolut unverschreibbar sind.⁹⁴ Im Rahmen der Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes im März 1975 wurde die Möglichkeit einer Ausnahmewilligung für eine beschränkte medizinische Anwen-

88 OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 8 [1].

89 Zum Ganzen siehe BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [2] f.

90 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [12].

91 *Verordnung über die Betäubungsmittelkontrolle vom 25. Mai 2011* (Betäubungsmittelkontrollverordnung, BetmKV), SR 812.121.1.

92 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [8].

93 BGE 108 IV 196, E. 2c; OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 2 [8]; Frei (n 10) [35].

94 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [44].

derung mit Art. 8 Abs. 5 BetmG eingeführt.⁹⁵ Die Ausnahmegewilligung war ursprünglich nur für einzelne medizinische Behandlungen mit Halluzinogenen in der Psychiatrie gedacht.⁹⁶ Es handelt sich dabei um eine stoffbezogene Bewilligung im Gegensatz zu Art. 4 BetmG, der die Bewilligung für bestimmte Firmen und Personen festlegt.⁹⁷ Eine Abweichung vom allgemeinen Verbot aus Art. 8 Abs. 1 BetmG ist nur in drei Ausnahmefällen möglich: Wenn die Substanz der wissenschaftlichen Forschung, der Arzneimittelentwicklung oder der beschränkten medizinischen Anwendung dient.⁹⁸ Gemäss Art. 8 Abs. 5 BetmG erteilt das BAG die Bewilligungen für Gesuche. Absatz 5 ist als „Kann-Vorschrift“ konzipiert, weshalb das BAG einen gewissen Spielraum hat und eine Bewilligung nach pflichtgemässen Ermessen erteilen kann.⁹⁹ Das eingereichte Gesuch dient dem BAG als Entscheidungsgrundlage. Bei Klärungsbedarf kann es auch ergänzende Unterlagen verlangen.¹⁰⁰

LSD und Magic Mushrooms als Stoffe aus Absatz 1 können in den Anwendungsbereich der Ausnahmegewilligung fallen und für medizinische Zwecke eingesetzt werden, die Anforderungen sind allerdings hoch (wie im Folgenden gezeigt wird).

3.1 Inhalt der Bewilligung

Inhalt der Bewilligung nach Art. 8 Abs. 5 BetmG können alle verbotenen Handlungen nach Abs. 1 sein. Folglich kann eine Bewilligung für den Anbau, die Einfuhr, die Herstellung und für das Inverkehrbringen erteilt werden.¹⁰¹ Die Ausnahmegewilligung nach Art. 8 Abs. 5 BetmG bezieht sich auf die verbotenen Betäubungsmittel des Verzeichnisses d der BetmVV-EDI und ist nicht mit den ordentlichen Bewilligungen nach Art. 4 und 5 BetmG zu verwechseln.

95 Botschaft über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 9. März 2001, BBl 2001 3715, 3770; BGE 125 II 206 E. 4.b.

96 Luc Saner, *Auf dem Weg zu einer neuen Drogenpolitik* (1998) 100.

97 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [44].

98 Art. 8 BetmG.

99 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [54]; OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 8 [33].

100 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [57].

101 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [51].

3.2 Zweck der Bewilligung; medizinische Anwendung

Eine Ausnahmegewilligung kann gemäss Art. 8 Abs. 5 BetmG für folgende drei Zwecke erteilt werden: Wissenschaftliche Forschung, Arzneimittelentwicklung und für die beschränkte medizinische Anwendung.¹⁰² Im Folgenden wird nur auf die beschränkte medizinische Anwendung eingegangen, da nur dieser Bewilligungszweck für den therapeutischen Einsatz von Halluzinogenen relevant ist. Grundsätzlich dürfen zugelassene Arzneimittel mit Wirkstoffen des Verzeichnisses d nur für zugelassene Indikation angewendet werden. Will ein Arzt oder eine Ärztin ein solches Arzneimittel anders als für die zugelassene Indikation anwenden, bedarf er oder sie dazu auch einer Ausnahmegewilligung für beschränkt medizinische Anwendung.¹⁰³ Der Fall des „Compassionate Use“, bei dem ein noch nicht zugelassenes Arzneimittel für lebensbedrohliche Krankheiten ausnahmsweise nach aArt. 9 Abs. 4 HMG¹⁰⁴ befristet bewilligt werden konnte, wurde im Rahmen der Revision des HMG im Jahr 2016 aufgehoben.¹⁰⁵ Bei der Ausnahmegewilligung nach Art. 8 Abs. 5 handelt es sich um Bewilligungen in konkreten Einzelfällen.¹⁰⁶ Dies lässt sich auch aus der Abgrenzung zur ordentlichen Bewilligung nach Art. 4 und 5 BetmG schliessen.¹⁰⁷ Ordnungsgemäss ermächtigte Personen in wissenschaftlichen oder medizinischen Einrichtungen können Halluzinogene zu Therapiezwecken einsetzen, sofern sie über die Ausnahmegewilligung verfügen.¹⁰⁸

Aufgrund des grossen medizinischen Potentials von Halluzinogenen können sie folglich für den Zweck der beschränkten medizinischen Anwendung in konkreten Einzelfällen Gegenstand einer solchen Bewilligung nach Art. 8

102 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [45].

103 Zum Ganzen siehe Erläuterungen des Bundesamts für Gesundheit zur Verordnung über die Betäubungsmittelkontrolle (Betäubungsmittelkontrollverordnung, BetmKB) und zur Verordnung über die suchtbedingten Störungen (Betäubungsmittelsuchtverordnung, BetmSV) 34f. (zit. Erläuterungen zur Verordnung über die suchtbedingten Störungen (BetmSV)); BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [81].

104 *Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000* (Heilmittelgesetz, HMG), SR 812.21.

105 Swissmedic, 'Befristete Bewilligung zur Anwendung von Arzneimitteln gemäss Artikel 9b Absatz 1 HMG (Web page, undated).

106 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [93].

107 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [52] f.

108 Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 9. Mai 1973, BBl 1973 1348, 1363; BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [98].

Abs. 5 BetmG werden. Dazu müssen allerdings die formalen und materiellen Voraussetzungen für eine Ausnahmegewilligung erfüllt werden. Dies wird im Folgenden weiter erläutert.

3.3 Formale Mindestangaben für eine Ausnahmegewilligung

Die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Ausnahmegewilligung für den Einsatz von Halluzinogenen sind nach Art. 1 lit. d BetmSV¹⁰⁹ in Art. 28 BetmSV geregelt. Die Bestimmung regelt die formalen Mindestangaben, die ein Gesuch enthalten muss. Nach Art. 28 Abs. 2 lit. a BetmSV müssen zunächst die Personendaten der gesuchstellenden Person, der Verwendungszweck des Betäubungsmittels, sowie die Menge und der Bezugsort angegeben werden. Das BAG berücksichtigt nur ein von der gesuchstellenden Person unterzeichnetes Dokument (Originalgesuch).¹¹⁰ Für eine Bewilligung zur beschränkten medizinischen Anwendung eines Halluzinogens, muss der Patient oder die Patientin zwingend schriftlich einwilligen (Art. 28 Abs. 2 lit. d BetmSV). Weiter muss der Patient oder die Patientin an einer unheilbaren, chronischen Krankheit leiden, das Leiden muss durch Einnahme des verbotenen Betäubungsmittel gelindert werden können und es darf keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten geben.¹¹¹ Dies lässt sich als Äquivalent zur Voraussetzung „sehr begrenzte medizinische Zwecke“ aus dem Psychotropenübereinkommen verstehen. Mit der Abgabe des Betäubungsmittels muss dem Patienten oder der Patientin eine unabhängigere Lebensweise ermöglicht werden, durch das Vermeiden einer stationären Behandlung.¹¹²

Sofern eine kontrollierte Substanz aus dem Verzeichnis d nicht nur für ein von Swissmedic zugelassenes Arzneimittel hergestellt wird, bedarf die Herstellung auch einer Ausnahmegewilligung durch das BAG nach Art. 8 Abs. 5 BetmG. „Herstellen“ nach Art. 2 lit. c BetmKV umfasst sämtliche Arbeitsgänge vom Gewinnen, Anfertigen, Zubereiten, Be- oder Verarbeiten, Reinigen, Umwandeln, Verpacken, Lagern und Ausliefern des Endprodukts, sowie deren Qualitätskontrolle oder Freigabe. Mit „Inverkehrbringen“ ist nach Art. 4 Abs. 1 lit. d HMG

109 *Verordnung über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen vom 25. Mai 2011* (Betäubungsmittelsuchtverordnung, BetmSV), SR 812.121.6.

110 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [57].

111 BGE 125 II 206 E. 3b.

112 OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 8 [39]; Erläuterungen zur Verordnung über die suchtbedingten Störungen (BetmSV) (n 103) 34.

die Übertragung oder das Überlassen eines Produktes gemeint.¹¹³ Erfasst sind sämtliche Handlungen, die mit einem Handwechsel der kontrollierten Substanzen aus dem Verzeichnis d (Anhänge 1 und 5 BetmVV-EDI) verbunden sind und die Möglichkeit eröffnen, dass ein anderer über das Betäubungsmittel tatsächliche Verfügungsgewalt erlangt.¹¹⁴ „Inverkehrbringen“ meint auch das Verschreiben solcher Substanzen.¹¹⁵

3.4 Materielle Voraussetzungen für eine Ausnahmegewilligung

Weitere vier Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit das BAG eine Ausnahmegewilligung für Halluzinogene erteilt. Es muss ein spezifischer, medizinisch indizierter Spezialfall vorliegen. Bei der gesuchstellenden Person muss es sich um einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie handeln.¹¹⁶ Dieser oder diese muss einen Bezugsquellenachweis erbringen und nachweisen können, dass der Stoff nur in einer geschlossenen klinischen Abteilung unter dauernden Überwachung des Patienten oder der Patientin verabreicht wird.¹¹⁷ Darin widerspiegeln sich die Voraussetzungen der „ordnungsmässigen Autorisierung“, der „medizinischen/wissenschaftlichen Einrichtung“ und der „direkten Kontrolle/Genehmigung der Regierung“ von Art. 7 des Psychotropenübereinkommens auf nationaler Ebene. Die Erteilung einer Ausnahmegewilligung für Halluzinogene ist unter Einhaltung dieser materiellen Voraussetzungen denkbar, dürfte sich allerdings auf absolute Ausnahmefälle beschränken.

3.5 Vorbehalt internationaler Abkommen

Unter Vorbehalt von internationalen Abkommen, wie dem Einheitsübereinkommen und dem Psychotropenübereinkommen, kann das BAG nach Art. 8 Abs. 5 BetmG eine Ausnahmegewilligung erteilen.¹¹⁸ Dieser Vorbehalt

¹¹³ Ursula Eggenberger Stöckli und Felix Kesselring in Thomas Eichenberger, Urs Jaisli und Paul Richli (Hrsg.), *Heilmittelgesetz, Basler Kommentar* (2022), Art. 4 [168] (zit. BSK HMG-BearbeiterIn); BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [20] und Art. 19 [502].

¹¹⁴ BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 19 [503].

¹¹⁵ BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [61].

¹¹⁶ Saner (n 96) 100f.

¹¹⁷ Saner (n 96) f.; BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [66].

¹¹⁸ OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker (n 6) Art. 8 [33].

ist nur deklaratorischer Natur, da die Schweiz bis heute keinem internationalen Abkommen beigetreten ist, das den Anbau, die Einfuhr, die Herstellung oder das Inverkehrbringen eines Betäubungsmittels ausnahmslos verbietet.¹¹⁹ Das Psychotropenübereinkommen von 1971 sieht in Artikel 5 und Artikel 7 Paragraph a eine Ausnahmegewilligung für wissenschaftliche Forschung und beschränkt medizinische Anwendung sogar ausdrücklich vor.

3.6 Kontrolle

Das BAG kontrolliert die Inhaber und Inhaberinnen von Ausnahmegewilligungen gemäss Art. 29 BetmSV auf festgelegte Anordnungen und bezüglich Bewilligungsinhalt.¹²⁰ Gemäss BetmKV führt das Institut weitere Kontrollen durch.¹²¹ Dieser Kontrollmechanismus entspricht der Voraussetzung des Psychotropenübereinkommens in Bezug auf die erforderliche „unmittelbaren Kontrolle“ der Regierung über eine Einrichtung.

V. Würdigung

1. Medizinische Anwendung von Halluzinogenen unter aktuellem Recht

LSD und Magic Mushrooms sind gemäss Art. 8 Abs. 1 BetmG verbotene Substanzen. Eine Ausnahmegewilligung zur beschränkten medizinischen Anwendung nach Art. 8 Abs. 5 BetmG ist allerdings denkbar, wenn auch selten unter aktuellem Recht. LSD und Magic Mushrooms als Substanzen des Verzeichnisses d Anhang 2 BetmVV-EDI dürften mangels zugelassenen Indikationen nicht ohne Ausnahmegewilligung für beschränkt medizinische Anwendung durch einen Arzt oder eine Ärztin angewendet werden. Die Personendaten der gesuchstellenden Person sowie der Verwendungszweck und der Bezugsort des Halluzinogens müsste gemäss Art. 28 Abs. 2 lit. a BetmSV angegeben werden. Der Patient müsste zur Behandlung mit Hallu-

119 BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [106] ff.; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4772/2019 vom 06.09.2021.

120 Erläuterungen zur Verordnung über die suchtbedingten Störungen (BetmSV) (n 103) 23; BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [109].

121 Erläuterungen zur Verordnung über die suchtbedingten Störungen (BetmSV) (n 103) 35.

zinogenen zwingend schriftlich einwilligen. Damit eine Behandlung mit LSD oder Magic Mushrooms in Frage kommt, muss der Patient an einer unheilbaren, chronischen Krankheit leiden, für die es keine alternative Behandlungsmöglichkeit gibt. Denkbar wäre z. B. eine Depression, sofern der Patient oder die Patientin auf Antidepressiva nicht mehr anspricht. Die Abgabe des Halluzinogens muss dabei schmerzlindernde Wirkungen versprechen und dem Patienten oder der Patientin eine unabhängigere Lebensweise ermöglichen. Eine Behandlung mit Halluzinogenen wäre nur in einem spezifischen, medizinisch indizierten Spezialfall denkbar, wenn es sich bei der gesuchstellenden Person um einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie handelt.¹²² Dieser oder diese müsste einen Bezugsquellennachweis des Halluzinogens erbringen und nachweisen können, dass der Stoff nur in einer geschlossenen klinischen Abteilung unter dauernden Überwachung des Patienten oder der Patientin verabreicht wird.¹²³ Da das Psychotropenübereinkommen von 1971 in Artikel 5 und Artikel 7 Paragraph a eine Ausnahmewilligung für beschränkt medizinische Anwendung vorsieht, steht einer Behandlung mit Halluzinogenen in der Schweiz kein internationales Abkommen entgegen. Das BAG führt Kontrollen über die Ausnahmewilligungen durch.

2. Zukunftsaussichten

Das medizinische Potential halluzinogener Substanzen ist gross. Es gibt zwar Medikamente wie Antidepressiva, Datenauswertungen zeigen aber, dass die Wirkung der Pharmazeutika häufig auf einen Placebo-Effekt zurückzuführen ist und dass die Medikamente nicht immer anschlagen.¹²⁴ Dazu kommt, dass die meisten Medikamente wie z. B. Antidepressiva und Anxiolytika, die zur Behandlung psychischer Störungen erhältlich sind, täglich und über längere Zeiträume eingenommen werden müssen und es oft mehrere Wochen dauert, bis sie eine therapeutische Wirkung entfalten. Dies steigert die Behandlungskosten für das Gesundheitssystem. Erhebliche Nebenwirkungen dieser Medikamente führen zur Verringerung der Therapietreue.¹²⁵ Aus diesen

122 Saner (n 96) 100f.

123 Saner (n 96) 100f.; BetmG-Komm-Hug-Beeli (n 5) Art. 8 [66].

124 Irving Kirsch, 'Antidepressants and the Placebo Effect' *Zeitschrift für Psychologie* (2014) 222 128, 130.

125 Zum Ganzen siehe Dos Santos, *Classic Hallucinogens* (n 44) 901ff.

Gründen besteht dringender Bedarf für neue Medikamente, wobei Therapien mit Halluzinogenen einen Lösungsansatz bieten könnten. Es ist möglich, Behandlungen mit nur ein bis drei Dosen Halluzinogenen durchzuführen, wobei die therapeutische Wirkung einige Monate anhalten kann.¹²⁶ Dies würde auch die Therapiekosten verringern und die gute Verträglichkeit der Behandlung könnte die Therapietreue fördern. Behandlungen mit Psychedelika könnten auch Patienten und Patientinnen helfen, die bisher auf verfügbare Medikamente nicht angesprochen haben oder behandlungsresistent geworden sind.¹²⁷ Damit halluzinogenunterstützte Behandlungen einem breiteren Publikum zugänglich gemacht werden können, müsste die Rechtsordnung in der Schweiz angepasst werden. Trotzdem sollte aufgrund des Gefährlichkeitpotentials bei einer Legalisierungsdebatte eine mögliche Gesetzesrevision nicht auf den Freizeitkonsum ausgedehnt werden.

3. Vorschlag für die Anpassung des Betäubungsmittelrechts

Damit das betäubungsmittelrechtliche Kontrollsystem angepasst werden kann, muss das gesetzliche Verkehrsverbot von medizinischen Halluzinogenen aufgehoben werden. Dadurch würde die Ausnahmegewilligung durch das BAG nach Art. 8 Abs. 5 BetmG und die Notwendigkeit einer Einzelfallprüfung entfallen. Um das Verkehrsverbot aufzuheben, muss eine Anpassung auf Verordnungsebene, insb. für die Herstellung und für den Anbau von medizinischen Halluzinogenen, vorgenommen werden. Medizinische Halluzinogene sollen aufgrund der Aufhebung des Verkehrsverbots vom Verzeichnis d Anhang 5 BetmVV-EDI (verbotene Betäubungsmittel) ins Verzeichnis a Anhang 2 BetmVV-EDI (allen Kontrollmassnahmen unterstellten Substanzen) verschoben werden. Behandlungen mit Halluzinogenen würden somit neu den Bewilligungs- und Kontrollmassnahmen von Swissmedic unterstellt.¹²⁸ Es soll dabei klar zwischen medizinischen- und nichtmedizinischen Zwecken unterschieden werden, wobei die Nutzung zu wissenschaftlicher Forschung

126 Rafael G. Dos Santos et al, 'Efficacy, tolerability, and safety of serotonergic psychedelics for the management of mood, anxiety, and substance-use disorders: a systematic review of systematic reviews' *Expert Review of Clinical Pharmacology* (2018) 11 889, 889 ff. (zit. Dos Santos, Efficacy).

127 Zum Ganzen siehe Dos Santos, *Classic Hallucinogens* (n 44) 901 ff.

128 Zum Ganzen siehe Erläuternder Bericht des Bundesamts für Gesundheit BAG zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Cannabisarzneimittel) von Juni 2019, 2 (zit. Erläuternder Bericht, Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Cannabisarzneimittel)).

und Arzneimittelentwicklung weiterhin dem Bewilligungssystem des BAG nach Art. 8 Abs. 5 BetmG unterstellt bleiben soll. Diese Lösung würde mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 2019 im Hinblick auf die Legalisierung von medizinischem Marihuana einhergehen.¹²⁹ Die Umstellung würde den Anforderungen internationaler Abkommen weiterhin gerecht werden, da sie mit den Voraussetzungen von Art. 7 des Psychotropenübereinkommens vereinbar sind.¹³⁰

4. Herausforderungen

Die Möglichkeit medizinische Therapien mit Halluzinogenen durchzuführen, birgt einige Herausforderungen. Die Straftatbestände des Betäubungsmittelgesetzes stellen Missbräuche von Betäubungsmitteln unter Strafe. Solche Bestimmungen sind auch für Medizinalpersonen relevant, da Fehlverhalten wie z.B. eine Therapie mit verbotenen Halluzinogenen nach Art. 8 Abs. 1 BetmG ohne Ausnahmewilligung nach Art. 8 Abs. 5 BetmG einen Verstoß gegen Art. 20 BetmG begründen würde. Dies schränkt mögliche Therapien immer noch weitgehend ein. Eine weitere Schwierigkeit ist der weltweite rechtliche Status dieser Substanzen. Psilocybin und LSD sind immer noch im Anhang I des Psychotropenübereinkommens aufgelistet, was ihnen keinen therapeutischen Nutzen unterstellt und sie als missbrauchs- und abhängigkeitsgefährdend klassifiziert. Diese Qualifikation erschwert die Möglichkeit, Humanstudien mit den Substanzen durchzuführen.¹³¹ Aus diesen Gründen befürworten einige Forscher und Forscherinnen, dass Halluzinogene neu klassifiziert werden, damit ihr therapeutisches Potential künftig besser untersucht werden kann.¹³² Dies scheint allerdings unwahrscheinlich, da die Kategorisierung im Anhang I des Psychotropenübereinkommens in Art. 7 Paragraph a bereits eine eingeschränkte medizinische und wissenschaftliche Anwendung vorsieht.

129 Erläuternder Bericht, Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Cannabisarzneimittel) 14.

130 Siehe UN-Kommentar-Lande (n 61) 138 ff. §1 ff.

131 Dos Santos, Efficacy (n 126) 889 ff.

132 James J. H. Rucker, 'Psychedelic drugs should be legally reclassified so that researchers can investigate their therapeutic potential' *BMJ* (2015) 350 h2902, h2902.

VI. Fazit

Halluzinogene sind vielversprechende Substanzen zur Behandlung vieler psychischer Krankheiten wie Depressionen, Angststörungen und substanzbezogenen Störungen. Bisherige Befunde deuten darauf hin, dass Medikamente mit halluzinogenen Wirkstoffen in den kommenden Jahren weltweit in die Gesundheitssysteme aufgenommen werden. Trotzdem sind Halluzinogene, zusammen mit weiteren Substanzen, deren medizinische Nutzen als gering eingeschätzt wird, weiterhin im Anhang I des Psychotropenübereinkommens gelistet. Auf nationaler Ebene lässt sich diskutieren, ob der Zweck des Schutzes eines (potentiellen) Konsumenten und Konsumentinnen vor Selbstgefährdung zulässig sein soll oder ob dies die persönliche Freiheit des Gesetzesadressaten bzw. der Gesetzesadressatin zu sehr einschränkt. Dies ist insb. vor dem Hintergrund des Schutzzwecks der Verfügbarkeit zu medizinischen Zwecken zu betrachten. Weiter lässt sich auch hinterfragen, ob der Anwendungsbereich einer Ausnahmegewilligung zur halluzinogenunterstützten Therapie in der Schweiz zu eng ist, und ob eine Abgabe oder Verschreibung verkehrs- und verschreibungsunfähiger Substanzen ohne Bewilligung nicht trotzdem als medizinisch indiziert betrachtet werden kann, sofern die Regeln der ärztlichen Sorgfalt nicht verletzt werden. Aufgrund potentieller stoffbezogener Gefahren und des Missbrauchspotentials, sind trotzdem komplexe und durchdachte Regulierungen erforderlich. Dies erfordert einen Diskurs zwischen Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, politischen Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen und Gesundheitsspezialisten und Gesundheitsspezialistinnen. Es sind progressive statt repressive regulatorische Ansätze geboten. Dadurch würde die Forschung mit Halluzinogenen und die Medizin in einem rechtlich vorgesehenen Rahmen unterstützt und gefördert, was von gesamtgesellschaftlichem Nutzen wäre.

Literaturverzeichnis

Albrecht, Peter, 'Internationales Betäubungsmittelrecht und internationale Betäubungsmittelkontrolle, in Arthur Kreuzer, *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*, München: C.H. Beck, 1998 653

- Albrecht, Peter, *Stämpfli Handkommentar, Die Strafbestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes (Art. 19–28/ BetmG)*, Bern: Stämpfli, 3. Aufl., 2016 (zit. SHK BetmG-Albrecht)
- Bayer, István, *Development of the Convention on Psychotropic Substances*, Budapest: Unpublished manuscript, 1989
- Beiglböck, Wolfgang, *Koffein, Genussmittel oder Suchtmittel?*, Berlin: Springer, 2016
- Carhart-Harris, Robin et al, 'Trial of Psilocybin versus Escitalopram for Depression' *New England Journal of Medicine* (2021) 384 1402
- Davis, Alan K. et al, 'Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial' *Jama Psychiatry* (2021) 78 481
- Dos Santos, Rafael G. et al, 'Efficacy, tolerability, and safety of serotonergic psychedelics for the management of mood, anxiety, and substance-use disorders: a systematic review of systematic reviews' *Expert Review of Clinical Pharmacology* (2018) 11 889 (zit. Dos Santos, Efficacy).
- Dos Santos, Rafael G. et al, 'The Use of Classic Hallucinogens/Psychedelics in a Therapeutic Context: Healthcare Policy Opportunities and Healthcare' *Risk management and Healthcare Policy* (2021) 14 901 (zit. Dos Santos, Classic Hallucinogens)
- Dos Santos, Rafael G. et al, 'Antidepressive and anxiolytic effects of ayahuasca: a systematic literature review of animal and human studies' *Revista Brasileira de Psiquiatria* (2016) 38 65
- Eichenberger, Thomas, Urs Jaisli und Paul Richli (Hrsg.), *Heilmittelgesetz, Basler Kommentar*, Basel: Helbing Lichtenhahn, 2022 (zit. BSK HMG-BearbeiterIn)
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 'Halluzinogene Pilze: Drogenprofil' (Web page, undated) <https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/hallucinogenic-mushrooms_de> (zit. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Halluzinogene Pilze Drogenprofil)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 'Lysergid (LSD): Drogenprofil' (Web page, undated) <https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/lsd_de> (zit. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, LSD Drogenprofil)
- Falkai, Peter und Hans Wittchen (Hrsg.), *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5**, Göttingen: Hogrefe, 2. Aufl., 2018
- Feinberg, Joel, *The moral limits of criminal law, Harm to Self, Vol. 3*, Oxford: Oxford University Press, 1986

- Fingerhut, Thomas, Stephan Schlegel und Oliver Jucker, *Orell Füssli Kommentar, BetmG, Betäubungsmittelgesetz mit weiteren Erlassen*, Zürich: 3. Aufl., Orell Füssli, 2016 (zit. OFK BetmG-Fingerhut, Schlegel und Jucker)
- Gasser, Peter, 'Psycholytische Therapie' (Web page, undated) <<https://petergasser.ch/psycholytische-therapie/>> (zit. Gasser, Psycholytische Therapie)
- Gasser, Peter, 'LSD-unterstützte Psychotherapie' *Leading Opinions, Neurologie & Psychiatrie* (2011) 1 32 (zit. Gasser, Psychotherapie)
- Gasser, Peter et al., 'Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases' *The journal of nervous and mental diseases* (2014) 202 513
- Hofmann, Albert, *LSD- mein Sorgenkind*, Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag, 10. Aufl., 2021
- Hug-Beeli, Gustav, *Betäubungsmittelgesetz (BetmG), Kommentar zum Bundesgesetz über Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951*, Basel: Helbing Lichtenhahn, 2016 (zit. BetmG-Komm-Hug-Beeli).
- Kellermann, Bert, 'Modellsucht Nikotinabhängigkeit – Jeder, der ein Suchtmittel konsumiert, kann süchtig werden' *SUCHT Interdisciplinary Journal of Addiction Research* (2002) 48 47
- Kirsch, Irving, 'Antidepressants and the Placebo Effect' *Zeitschrift für Psychologie* (2014) 222 128
- Kramer, J. F. und D. C. Cameron, *A Manual on Drug Dependence, Compiled on the basis of reports of WHO expert groups and other WHO publications*, Genf: World Health Organisation, 1975
- Lande, Adolf, *Commentary on the Convention of Psychotropic Substances done at Vienna on 21 February 1971*, New York: United Nations, 1976 (zit. UN-Kommentar-Lande)
- Liechti, Matthias, *Experten-Bericht: Stand und Entwicklungsszenarien in Bezug auf die medizinische Behandlung und klinische Forschung mit Halluzinogenen und MDMA, Zu Handen: Bundesamt für Gesundheit BAG und Fachgesellschaften/Fachpersonen*, Basel: 2019
- Mendes Rocha, Juliana et al, 'Serotonergic hallucinogens and recognition of facial emotion expressions: a systematic review of the literature' *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* (2019) 9 1
- Nestler, Cornelius, 'Grundlagen und Kritik des Betäubungsmittelstrafrechts' in Arthur Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*, München: C.H. Beck, 1998 702

- Nutt, David J., Leslie A. King und Lawrence D. Phillips, 'Drug Harms in the UK: a multicriteria decision analysis' *Lancet* (2010) 376 1558
- Preller, Katrin H., 'Changes in global and thalamic brain connectivity in LSD-induced altered states of consciousness are attributable to the 5-HT₂ A receptor' *eLife* (2018) 7 e35082
- Rucker, James J. H., 'Psychedelic drugs should be legally reclassified so that researchers can investigate their therapeutic potential' *BMJ* (2015) 350 h2902
- Saner, Luc, *Auf dem Weg zu einer neuen Drogenpolitik*, Basel, Genf und München: Helbing & Lichtenhahn, 1998
- Suhr, Brunner, Christina, *Fürsorgerrische Freiheitsentziehung und Suchterkrankungen, insbesondere Drogensucht*, Zürich: Schulthess, 1994
- Sutter, Patrick, 'Der Schutz des Menschen vor sich selbst als Teil seiner eigenen Umwelt' *Sicherheit & Recht* (2013) 1 45
- Swissmedic, 'Befristete Bewilligung zur Anwendung von Arzneimitteln gemäss Artikel 9b Absatz 1 HMG (Web page, undated) <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/clinical-trials/befristete_bewilligungzurwendungvonarzneimitteln.html>
- Uchtenhagen, Ambros, 'Arten, Funktionen und Wirkungen der Drogen (Psychopharmakologie und Toxikologie)' in Arthur Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*, München: C.H. Beck, 1998 2
- van Amsterdam, Jan et al, 'European rating of drug harms' *Journal of Psychopharmacology* (2015) 29 655

Materialienverzeichnis

- Botschaft über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 9. März 2001, BBl 2001 3715
- Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 9. Mai 1973, BBl 1973 1348
- Erläuternder Bericht des Bundesamts für Gesundheit BAG zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Cannabisarzneimittel) von Juni 2019
- Erläuterungen des Bundesamts für Gesundheit zur Verordnung über die Betäubungsmittelkontrolle (Betäubungsmittelkontrollverordnung, BetmKB) und zur Verordnung über die suchtbedingten Störungen (Betäubungsmittelsuchtverord-

nung, BetmSV) (zit. Erläuterungen zur Verordnung über die suchtbedingten Störungen (BetmSV))

Der Platzspitz – Zürichs offene Drogenszene in den 1980er Jahren

SAMIRA REBSAMEN

In den 1980er Jahren kämpfte die Schweiz mit einem schweren Drogenproblem. Vor allem grosse Städte, wie zum Beispiel Zürich waren stark davon betroffen. Durch diese Krise hat sich die Drogenpolitik der Schweiz verändert und die gesetzlichen Rahmenbedingungen mussten angepasst werden. Vor allem die offene Drogenszene am Zürcher Platzspitz und die Vorgehensweise der Zürcher Regierung haben dabei eine prägende Rolle gespielt. Durch die Analyse der Schweizer Vorgehensweise zur Zeit des Platzspitz können wichtige Schlüsse gezogen werden, die allenfalls auf aktuelle Diskussionen betreffend der Legalisierung oder Entkriminalisierung von Drogen hilfreich sein können.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	191
II. Historisches	192
1. Das Betäubungsmittelgesetz von 1975	192
2. Die offene Drogenszene und die Drogenpolitik der Stadt Zürich	194
2.1 Der Anfang der offenen Drogenszene	194
2.2 Die offene Drogenszene eskaliert	197
2.3 Die Situation spitzt sich zu – Schliessung des Platzspitz	198
3. Entwicklung auf Bundesebene	201
III. Was kann man von den Erfahrungen des Platzspitz lernen?	202
1. Kritik und daraus gezogene Schlüsse	202
2. Positive Aspekte	206
3. Zwischenfazit	209
IV. Zukunftsaussichten	210
1. Ausgangslage und Herausforderungen	210
2. Lösungsvorschläge für die nahe Zukunft	213
V. Fazit	215
Literaturverzeichnis	216
Materialienverzeichnis	218

I. Einleitung

In den 1980er Jahren kämpfte die Schweiz mit einem starken Drogenproblem. Vor allem in Zürich begannen sich Personen öffentlich zu versammeln, um gemeinsam illegale Drogen zu konsumieren.¹ Als es der Polizei nicht mehr gelang die Gruppen aufzulösen, wurde auf dem Platzspitz, einem Park in Zürich, eine offene Drogenszene toleriert.² Diese Zeit zwang die Bevölkerung und die Politik zu einem Umdenken im Bereich der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Schweiz setzte auf Schadensminderung und konnte damit bemerkenswerte Erfolge erzielen. Die Kriminalität ging zurück, die Zahl der Drogentoten und die Neuansteckungen mit HIV sanken.³ Trotz diesen Erfolgen wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen erst 20 Jahre später an die herrschende Drogenpolitik angepasst.

Der vorliegende Beitrag soll einen Überblick zum historischen Kontext der Drogenszene auf dem Platzspitz geben und seinen Einfluss auf die heutige Drogenpolitik aufzeigen. Ausserdem soll veranschaulicht werden, was man aus der Vorgehensweise der Schweiz lernen und wie man die gezogenen Schlüsse auf die heutige Situation anwenden kann. Zunächst sollen die Ereignisse auf dem Platzspitz und der Drogenpolitik von 1975 dargelegt werden (*II. Historisches*). Danach wird analysiert, was an der Vorgehensweise der Schweiz kritisiert wird und welche Aspekte positiv hervorgehoben werden (*III. Was kann man von den Erfahrungen des Platzspitz lernen*). Zuletzt werden die neue Drogenpolitik der Schweiz und deren Zukunftsaussichten kurz aufgezeigt und Lösungsvorschläge vorgestellt (*IV. Zukunftsaussichten*).

II. Historisches

1. Das Betäubungsmittelgesetz von 1975

Die Geschichte des heutigen Betäubungsmittelgesetzes begann in den 1960er-Jahren, als zahlreiche Jugendliche im Rahmen der Achtundsechziger Bewe-

1 Bertani Somaini und Peter Grob, 'How and why AIDS changed drug policy in Switzerland' *Journal of Public Health Policy* (2012) 33 317, 319.

2 Joanne Csete und Peter Grob, 'Switzerland, HIV and the power of pragmatism: Lessons for drug policy development' *International Journal of Drug Policy* (2012) 23 82, 83.

3 Csete und Grob (n 2) 82.

gung für unabhängige Jugendzentren in Zürich protestierten.⁴ Als ihren Forderungen nachgegeben wurde und diverse solche Zentren öffneten, wurden diese schnell als illegale Drogenkonsumräume, sogenannte „Fixerstübli“, missbraucht. Zudem kam es in den Jugendzentren vermehrt zu Spannungen zwischen den Drogensüchtigen und den restlichen Jugendlichen.⁵ Deswegen musste die Polizei die Zentren bald wieder schliessen.⁶ Das Schweizer Parlament reagierte mit Repression auf das Verhalten der drogensüchtigen Jugendlichen und revidierte das Drogengesetz von 1951 erstmals. Es trat 1975 in Kraft. Dabei wurden neu sowohl der Konsum als auch der Besitz von Drogen unter Strafe gestellt. Vor dieser Revision waren bloss der Anbau, die Herstellung, der Handel, die Verbreitung und der Besitz von Opiaten, Kokaprodukten und Cannabis verboten.⁷ Das BetmG von 1975 hingegen hatte die Drogenabstinenz der Bevölkerung als Ziel und erreicht werden sollte diese vorwiegend durch Repression.⁸ Das BetmG von 1975 setzte auf Abschreckung, Verbote und Strafen⁹ und unterschied nicht zwischen verschiedenen Konsumverhalten.¹⁰ Zwei weitere Säulen -Therapie und Prävention- waren im Gesetz zwar enthalten, jedoch kam ihnen eine sehr untergeordnete Rolle zu. So waren beispielsweise Therapien mit Opiaten von der Strafe ausgenommen, wurden jedoch sehr erschwert, indem für jeden Patienten eine Sonderbewilligung bei der Regierung eingeholt werden musste.¹¹ Deswegen basierte das Therapieangebot grösstenteils auf Abstinenz. Während das BetmG vor der Revision also versuchte den Verkehr mit legalen, medizinisch verwendeten Betäubungsmitteln zu kontrollieren und Abzweigungen auf den illegalen Markt zu verhindern, befasste sich das BetmG von 1975 erstmals auch mit den Problemen, die durch den Drogenkonsum selbst verursacht wurden.¹² Dieses BetmG von 1975 blieb bis 2008 in der gleichen Fassung in Kraft. Seine Interpretation änderte sich im Laufe der Zeit jedoch drastisch. Aus dem veran-

4 Peter J. Grob, *Zürcher „Needle-Park“, Ein Stück Drogengeschichte und -politik 1968 – 2006* (3. Aufl., 2018) 15 (zit. Grob, „Needle-Park“).

5 Grob, „Needle-Park“ (n 4) 19.

6 Somaini und Grob (n 1) 317.

7 Botschaft über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 9. März 2001 3751, 3722 (zit. Botschaft Betäubungsmittelgesetz).

8 Csete und Grob (n 2) 82.

9 Eidgenössische Kommission für Suchtfragen, *10 Jahre Betäubungsmittelgesetz, Eine Analyse der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen EKSF.* (2019) 24 (zit. Bericht EKSF).

10 Bericht EKSF (n 9) 24.

11 Csete und Grob (n 2) 83.

12 Botschaft Betäubungsmittelgesetz (n 7) 3723.

kerten Drei-Säulen-Modell – Repression, Therapie und Prävention – wurde ein inoffizielles Vier-Säulen-Modell, das sich an der während der Platzspitzära praktizierten Drogenpolitik orientierte.¹³

2. Die offene Drogenszene und die Drogenpolitik der Stadt Zürich

2.1 Der Anfang der offenen Drogenszene

Trotz des strengeren BetmG von 1975 nahm der Drogenkonsum in der Schweiz erheblich zu.¹⁴ Zudem sorgte das striktere Gesetz für eine Zunahme der Verhaftungen und der Strafregistereinträge wegen Besitz oder Konsum von Betäubungsmitteln.¹⁵ Ende der 70er Jahre begannen sich kleine Gruppen im Zentrum der Stadt Zürich zu versammeln, um gemeinsam illegale Drogen zu konsumieren. Diese Gruppen wuchsen zunehmend und es entstanden bald tägliche Konzentrationen von 100 – 400 Personen. Die Kantone stellten darauf erstmals Polizeieinheiten zur Betäubungsmittelbekämpfung bereit.¹⁶ Die Polizei versuchte die Gruppen durch eine sogenannte Vertreibungstaktik aufzulösen und sie zu verscheuchen, denn für flächendeckende Verhaftungen genügten die Ressourcen nicht.¹⁷ Kaum wurden die Gruppen jedoch aufgelöst, fanden sie an einem nächsten Ort wieder zusammen.¹⁸ Zudem brachten die Drogenszenen hohe Kriminalitätsraten mit sich, da die Konsumierenden Geld für die Drogen beschaffen mussten.¹⁹ Durch das Teilen von Spritzenmaterial verbreitete sich die damals neue Krankheit AIDS zudem unter den Süchtigen sehr schnell und die Behörden befürchteten, dass sie sich auch auf Nicht-Süchtige ausbreiten würde. Dies führte dazu, dass die Stadt Zürich ihre Drogenpolitik überdachte.²⁰ Bisher galt eine nationale Drogenpolitik, die auf den

13 Michael Schaub, 'Auswirkungen der Schweizer Drogenpolitik aus Sicht der Suchtforschung' *Sucht Magazin* (2019) 6 10, 37.

14 Somaini und Grob (n 1) 318.

15 Joanne Csete, *From the Mountaintops, What the World Can Learn from Drug Policy Change in Switzerland* (2010) 13.

16 Stadtrat von Zürich, *Drogenpolitik der Stadt Zürich, Strategien – Massnahmen – Perspektiven* (2014) 12 (zit. Bericht Zürich).

17 Michèle Binswanger, 'The Needle Trauma' *Tagesanzeiger* (online), November 1988 Abschnitt: „Dr Keim der Katastrophe“.

18 Peter J. Grob, 'The needle park in Zürich, The story and the lessons to be learned' *European Journal on Criminal Policy and Research* (1994) 2 48, 48.

19 Somaini und Grob (n 1) 318.

20 Csete (n 15) 33.

drei Säulen Repression, Prävention und Therapie basierte. Da jedoch kaum Präventionsangebote zugänglich waren und die Therapien alle auf freiwilliger Basis funktionierten, dominierte die Repression.²¹ 1986 ernannte der Zürcher Stadtrat den Platzspitz, einen Park hinter dem Landesmuseum, zu einem Gebiet wo Drogenkonsum vorübergehend toleriert, jedoch kontrolliert wurde. Dies sollte das Drogenproblem „stadtverträglich“ machen, indem sich die Süchtigen an einem Ort versammelten, der von Häusern und Nachbarschaften weitgehend abgeschottet war.²² Zusätzlich nahmen sie inoffiziell eine vierte Säule in die Drogenpolitik auf, nämlich die sogenannte Schadensminderung. Dies führte zu angeheizten Diskussionen zwischen der Polizei und der Regierung.²³ Grundsätzlich gilt in der Schweiz ein Verfolgungszwang von Straftaten. Schauen Polizisten bewusst weg, können sie sich sogar der Begünstigung nach Art. 305 StGB strafbar machen.²⁴ Für die Zürcher Polizei galt dieser Grundsatz schon vor dem Inkrafttreten der StPO gemäss §21 Abs. 1 StPO-ZH. Die Weisung, die offene Drogenszene zu tolerieren, kam ursprünglich vom Zürcher Stadtrat und die politischen Parteien unterstützten ihn dabei.²⁵ Die Zürcher Stadtpolizei war zunächst nicht bereit, das Vorgehen des Stadtrates zu unterstützen, da es offensichtlich gegen das Legalitätsprinzip verstosse, welches eine Pflicht zur Verfolgung von Straftaten durch den Staat statuiert.²⁶ Die Stadtregierung verlangte, dass die Polizei Drogenkonsumenten nicht festnimmt, obwohl ein nationales Gesetz der Polizei genau das Gegenteil aufträgt.²⁷ ROBERT NEUKOMM, damaliger Vorsteher des Polizeidepartements, setzte sich am Ende durch. Er argumentierte damit, dass die Polizei nur beschränkte Mittel zur Verfügung habe und die Verteilung dieser Ressourcen dem Stadtrat obliege. Der Stadtrat war der Meinung, dass Repression dem Drogenproblem nicht hilft, weshalb er vorerst die offene Drogenszene tolerieren wollte. Die Festnahme von Drogensüchtigen hatte somit keine Priorität mehr und die Polizei war gezwungen wegzuschauen.²⁸ Der Stadtrat hat somit

21 Christian Huber, 'The Practical Business of Treatment, Needle Park: what can we learn from the Zürich experience?' *Addiction* (1994) 89 513, 513.

22 Grob (n 18) 26.

23 Benjamin Rothschild, 'Warum es nicht gelingt, die Polizei zu reformieren' *Republik* (online), 25. November 2021 Abschnitt „Machtkampf um neue Drogenpolitik“.

24 Vgl. Art. 7 Abs. 1 *Schweizerische Strafprozessordnung* vom 5. Oktober 2007 (Strafprozessordnung, StPO), SR 312.

25 Bericht Zürich (n 16) 13.

26 Rothschild (n 23) Abschnitt „Machtkampf um neue Drogenpolitik“.

27 Somaini und Grob (n 1) 320.

28 Rothschild (n 23) Abschnitt „Machtkampf um neue Drogenpolitik“.

als Exekutivbehörde ein kantonales Gesetz ausgelegt und der Polizei seine Auslegung indirekt aufgezwungen. Ob dies zulässig war, bleibt fraglich, zumal es Aufgabe des Gerichts oder des Gesetzgebers selbst sein sollte Gesetze auszulegen. Zudem kann der Sinn und Zweck der Verteilung von Polizeiresourcen nicht sein, eine illegale Tätigkeit plötzlich zu tolerieren, weil die Ressourcen fehlen, vor allem, wenn das Problem so akut ist wie in den 90er-Jahren. Der Stadtrat hatte einen guten Ansatz, dass Repression dem Drogenproblem nicht hilft. Unter dem Legalitätsprinzip und dem Aspekt der Gewaltentrennung bleibt seine Vorgehensweise jedoch fraglich. Nach dieser Entscheidung trafen sich jeden Tag hunderte Drogenkonsumenten auf dem Platzspitz und der Park wurde unter dem Namen „Needle Park“ als eine der grössten offenen Drogenszenen Europas bekannt.²⁹ Auch das Bundesamt für Gesundheit realisierte, dass Repression allein die Situation lediglich verschlimmerte. Deswegen bot es finanzielle Unterstützung zur Verteilung von sauberen Spritzen an Drogenabhängige. 1985 finanzierte das Bundesamt für Gesundheit eine Organisation, die in kleinem Rahmen saubere Nadeln und Spritzen an Drogensüchtige verteilte.³⁰ Die Zürcher Regierung tolerierte ein solches Vorgehen nicht, da es als Hilfeleistung zum Drogenhandel angesehen wurde.³¹ 1985 kündigte der Zürcher Kantonsarzt GONZAGUE KISTLER im amtlichen Drogenbulletin deshalb ein striktes Spritzenabgabenverbot an und die Gesundheitsdirektion drohte bei Verletzung des Verbots sogar mit einem Praxisbewilligungsentzug.³² Ärzte und Strafrechtsexperten widersprachen diesem Verbot und wollten sich widersetzen. Zudem entschied die Polizei die Nadeln, die trotzdem verteilt wurden, nicht mehr zu konfiszieren und wurde dabei vom Schweizerischen Roten Kreuz unterstützt.³³ Deswegen musste das Verbot 1986 von den Behörden zurückgenommen werden.³⁴

29 Grob (n 18) 48.

30 Somaini und Grob (n 1) 319.

31 Csete und Grob (n 2) 83.

32 Grob (n 18) 23 f.

33 Somaini und Grob (n 1) 320.

34 André Seidenberg, 'Spritzenabgabeverbot in Zürich' *DRS aktuell* (online) 25. September 1985.

2.2 Die offene Drogenszene eskaliert

Basierend auf dem neuen Ziel der Schadensminderung installierten sich über 20 Organisationen auf dem Platzspitz.³⁵ Sie verteilten saubere Spritzen, Desinfektionsutensilien, Kondome und starteten Impfkampagnen gegen Hepatitis B.³⁶ Zusätzlich brachten Freiwillige Decken, warme Kleidung und Suppe in den Park und medizinisches Personal bot Sprechstunden und erste Hilfe an.³⁷ Auch soziale Dienste wurden angeboten, beispielsweise waren Fachleute den Süchtigen bei der Arbeitssuche behilflich oder boten ihnen Tagesarbeit an.³⁸ Erstmals waren die Unterstützungsangebote nicht nur für Menschen, die eine gewisse Zeit abstinent waren zugänglich, sondern auch für Süchtige, die weiterhin konsumierten. Ihr einziges Ziel war jenes der Schadensminderung.³⁹ Eine der wichtigsten Organisationen war ZIPP-AIDS.⁴⁰ Sie hatte vier Ziele: die AIDS Prävention, das Anbieten von medizinischer Hilfe, die Dienstleistungen genau dort anzubieten, wo sie am meisten benötigt wurden und das Sammeln von Daten, um das Krankheitsbild der Drogensucht besser zu verstehen.⁴¹ Die Organisation war sich bewusst, dass der Platzspitz nicht der richtige Ort war, um die Suchtkrankheit zu bekämpfen. Vielmehr wollte sie Voraussetzungen schaffen, um die Sucht unter Kontrolle zu bringen und zu einem späteren Zeitpunkt die Rehabilitation anderswo zu erleichtern.⁴² Das BAG bat die Organisationen ihre Tätigkeit sorgfältig zu dokumentieren und anschliessend auszuwerten. So nahm ZIPP-AIDS zum Beispiel jeden Tag möglichst viele Blutproben, untersuchte diese systematisch und führte Umfragen bei Süchtigen durch.⁴³ Durch diese Studien bekamen die Verantwortlichen ein klareres Bild der Drogensüchtigen und der Wirkung der neuen Massnahmen.⁴⁴ Durch das breite Angebot an medizinischer Hilfe und sozialen Diensten wurde die Drogenszene auf dem Platzspitz sehr attraktiv. Nicht nur Zürcher besuchten

35 Huber (n 21) 513.

36 Somaini und Grob (n 1) 320.

37 Huber (n 21) 513.

38 Grob (n 18) 50.

39 Harald K. Klingemann, 'Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response' *Addiction* (1996) 91 (5) 723, 726.

40 Somaini und Grob (n 1) 320.

41 Grob (n 18) 50.

42 Grob, „Needle-Park“ (n 4) 43.

43 Daniel Meili, 'Vom Zürcher Platzspitz zur Heroinverschreibung – oder: Die progressive Drogenpolitik der Schweiz' *Suchttherapie* (2007) 8 50, 52.

44 Somaini und Grob (n 1) 320.

den Platzspitz regelmässig, sondern auch Drogenkonsumenten aus der ganzen Schweiz und sogar aus Nachbarnländern.⁴⁵ Als Reaktion darauf baute die Stadt Zürich die schadensmindernden Massnahmen immer weiter aus. Sie führte niederschwellige Methadonprogramme ein, bei denen Methadon an Süchtige abgegeben wurde in der Hoffnung, dass sie jenes nicht mehr illegal beschaffen mussten.⁴⁶ Die steigenden Zahlen an verteilten Spritzen und Wiederbelebungen lassen jedoch darauf schliessen, dass diese Programme dazu geführt haben, dass Abhängige mehr Drogen konsumierten.⁴⁷ Trotzdem brachten die Massnahmen sicheren Konsum mit sich, da das Methadon nicht vom Schwarzmarkt bezogen wurde und somit einer Qualitätskontrolle unterlag.

2.3 Die Situation spitzt sich zu – Schliessung des Platzspitz

Im Sommer 1991 spitzte sich die Situation erheblich zu. Sie wurde für Anwohner unerträglich, da die offene Drogenszene in die Quartiere überschwappte. Süchtige lagen im Park und verelendeten, Nadeln wurden auf Spielplätzen und Strassen gefunden und die Atmosphäre wurde zunehmend gewalttätig.⁴⁸ Das Führen der Hilfsangebote auf dem Platzspitz wurde immer gefährlicher und der Druck von aussen durch Politiker und Öffentlichkeit stieg.⁴⁹ Der Stadtrat traf im Juli 1991 intern die Entscheidung den Platzspitz zu schliessen. Gemäss ROBERT NEUKOMM war sich der Stadtrat bewusst, dass dies ohne flankierende Massnahmen nicht gelingen wird.⁵⁰ Im Oktober 1991 erliess der Stadthalter BRUNO GRAF eine aufsichtsrechtliche Weisung, in der er die Schliessung des Platzspitz bis im November 1991 verlangte. Er war der Meinung, dass der Stadtrat die öffentliche Ordnung nicht einhalte und gegen diverse Gesetze verstosse.⁵¹ Der Stadtrat legte gegen diese Weisung Rekurs

45 Huber (n 21) 514.

46 Huber (n 21) 514.

47 Huber (n 21) 514.

48 Huber (n 21) 514.

49 Grob (n 18) 50.

50 Laura Peter, *Mit Überlebenshilfe aus der Sackgasse, Die Drogenpolitik des Zürcher Stadtrats von 1989 bis 1995* (2017) 22.

51 Statthalteramt des Bezirks Zürich, *Verfügung vom 16. Oktober 1991, in Sachen Polizeivorstand der Stadt Zürich betreffend aufsichtsrechtliche Weisung* 5.

beim Regierungsrat ein, welcher auch gutgeheissen wurde.⁵² Da jedoch der interne Beschluss des Stadtrats, den Platzspitz zu schliessen sowieso schon gefallen war, beschloss er die Drogenszene bis im Winter 1992 zu räumen. Im Februar 1992 wurden sämtliche Institutionen auf dem Platzspitz geschlossen und die Polizeikontrollen drastisch erhöht.⁵³ Allerdings geschah die Schliessung sehr abrupt mitten in der Nacht, womit tausende Menschen plötzlich von der Versorgung abgeschnitten wurden.⁵⁴ Der Kanton versuchte gleichzeitig mit der Schliessung des Platzspitz ein Auffangnetz für die Süchtigen mit „Fixerstübli“, Kontakt- und Anlaufstellen und Unterbringungsmöglichkeiten zu etablieren.⁵⁵ Positive Folgen der Schliessung konnten bald erkannt werden. Die Zahl der Drogentoten sank.⁵⁶ Trotzdem gelang es nicht ein funktionierendes und koordiniertes Auffangnetz zu etablieren. Politische, soziale und medizinische Massnahmen wurden nicht oder nur beschränkt aufeinander abgestimmt und der ganzen Strategie fehlte es an Koordination.⁵⁷ Gleichzeitig kamen andere Gemeinden dem schnellen Strategiewechsel der Stadt Zürich nicht nach. Obwohl sie sich bereit erklärten die Drogensüchtigen aufzunehmen, stiessen sie auf Widerstand der Bevölkerung.⁵⁸ Kurz nach der Schliessung des Platzspitz verschob sich die offene Drogenszene deswegen zunächst in die Nachbarschaft, den „Kreis 5“. Dort war die Szene für alle sichtbar. Der Stadtrat setzte sich als Ziel die offenen Drogenszenen wieder in verdeckte Szenen zu überführen, um die Anwohner nicht zu gefährden und das Drogenproblem „stadtverträglich“ zu machen.⁵⁹ Die Polizei machte in der Nachbarschaft laufend Druck damit sich die Szene dort nicht niederlassen konnte und somit wanderte die Szene zuletzt an den stillgelegten Bahnhof Letten.⁶⁰ Dort wurde die Szene noch viel brutaler, denn sie war nicht mehr gleich isoliert wie auf dem Platzspitz. Da sich die Szene immerhin nicht mehr im Wohnquartier

52 Stadtarchiv ZH, V.B.c.72., Drogendelegation des Stadtrats, Akten 1989–1994, 3.3: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich: Sitzung vom 13. November 1991, 2.

53 Huber (n 21) 515.

54 Vera Baumann, '1995 Schliessung der Drogenszene am Letten' (Web page, undated).

55 Grob (n 18) 50.

56 Botschaft Betäubungsmittelgesetz (n 7) 3721.

57 Huber (n 21) 515.

58 Klingemann (n 39) 731.

59 Stadtarchiv ZH, V.B.c.72., Drogendelegation des Stadtrats, Akten 1989–1994, 1.1: Aus der Stadtratssitzung vom 30. Oktober 1991 1.

60 Stadtarchiv ZH V.J.c.69., Drogendelegation des Stadtrats, Akten 1989–1994, 2: Die Auflösung der offenen Drogenszene in Zürich, Februar 1996 8.

befand, tolerierte der Stadtrat die Situation trotzdem bis 1994.⁶¹ Die Bevölkerung wehrte sich stark gegen die offene Drogenszene, indem sie private Patrouillen organisierte und geschlossene Anstalten für Drogenstüchtige beantragte.⁶² Gleichzeitig begann die Regierung, das dezentralisierte System mit Schadensminderungsmassnahmen auszubauen.⁶³ Sie schickte Drogenabhängige, die nicht aus Zürich stammten, zurück in ihre Heimatsregionen. Dafür wurde ein altes Spitalgebäude zu einem Gefangenenlager umgebaut, wo Süchtige für 24 bis 48 Stunden festgehalten wurden und danach ein Rücktransfer in ihren Heimatkanton arrangiert wurde.⁶⁴ Die Regierung akzeptierte das Vier-Säulen-Modell immer mehr, weshalb die Angebote immer weiter ausgebaut wurden. 1994 waren die meisten Therapiemöglichkeiten bereits nach diesem Modell ausgerichtet. Zusätzlich starteten in der Schweiz Pilotprojekte zu heroingestützten Behandlungen.⁶⁵ Dabei wurde Heroin in kontrollierten Mengen an Personen mit langjähriger Opiatabhängigkeit abgegeben. Gegner dieser Behandlungen befürchteten, dass dadurch der Drogenkonsum zunehmen wird und die Substanzen ihren Weg auf den illegalen Schwarzmarkt finden.⁶⁶ Durch das sorgfältige Erheben von Daten konnte die Bevölkerung aber davon überzeugt werden, dass die heroingestützten Behandlungen Vorteile mit sich brachten. Die Drogen wurden weder auf dem Schwarzmarkt gefunden, noch nahm der Drogenkonsum zu. Die Gesundheit der Patienten konnte erheblich verbessert und die Dosierung des Heroins konnte bei Betroffenen innerhalb von etwa drei Monaten stabilisiert werden.⁶⁷ Trotzdem machte die Bevölkerung der Regierung immer mehr Druck und stellte die Aufforderung den Letten zu schliessen. Ansonsten würde eine private Initiative mit Hilfe von Ärzten, Hunden und Privatdetektiven die Schliessung selbst vornehmen.⁶⁸ Die Stadt Zürich erarbeitete einen Drei-Stufen-Plan, um den Letten zu schliessen und versuchte dabei die Fehler, die bei der Schliessung des Platzspitz geschahen, nicht zu wiederholen. Der Plan beinhaltete unter anderem eine Erhöhung der Razzien von Dealern und das Ausbauen der Schadensminderungsangebote.⁶⁹ Zudem erarbeiteten Bundes-

61 Somaini und Grob (n 1) 321.

62 Klingemann (n 39) 732.

63 Somaini und Grob (n 1) 321.

64 Klingemann (n 39) 731.

65 Somaini und Grob (n 1) 321.

66 Csete (n 15) 19.

67 Csete (n 15) 19.

68 Klingemann (n 39) 732.

69 Klingemann (n 39) 725.

und kantonale Behörden erstmals gemeinsam eine einheitliche Strategie.⁷⁰ Es wurden neue politische Strukturen, wie zum Beispiel der Nationale Drogenausschuss geschaffen, die ein koordiniertes Zusammenspiel von Städten, Kantonen und Bund, aber auch von Fachpersonen wie Polizei, Pflegepersonal und Suchtfachleuten ermöglichten.⁷¹ Das dezentralisierte System und die Schadensminderungsmassnahmen wurden massiv ausgebaut.⁷² Auch die Repression wurde berücksichtigt. So baute die Stadt beispielsweise ein Notgefängnis, um zu vermeiden, dass Drogenhändler wegen den fehlenden Gefängnisplätzen gleich wieder frei kamen.⁷³ Als 1994 die offene Drogenszene am Letten geschlossen wurde, waren die Kantone bereit, die Drogensüchtigen aufzufangen. Die Vorzüge des Vier-Säulen-Modells wurden offensichtlich. Offene Drogenszenen verschwanden, die Beschaffungskriminalität ging zurück und die Zahl der Neuinfektionen mit HIV sanken.⁷⁴

3. Entwicklung auf Bundesebene

Die Situation auf dem Platzspitz führte zu einem Umdenken auf Bundesebene. Zwischen 1991 und 2011 implementierte der Bund eine vier Säulen Drogenpolitik, die weitgehend auf dem Vorgehen der Stadt Zürich basierte. Schadensminderungsangebote wurden ausgebaut und Politiker machten auf neue Herangehensweisen aufmerksam.⁷⁵ Die Schadensminderungsmassnahmen wurden anerkannt, obwohl sie gesetzlich nicht verankert waren und die Bevölkerung akzeptierte die liberalere Drogenpolitik des Bundes weitgehend.⁷⁶ Deswegen scheiterten 1997 und 1998 zwei extreme Initiativen. Die „Jugend ohne Drogen Initiative“ verlangte eine strengere Drogenpolitik basierend auf totaler Abstinenz, während sich die „Droleg Initiative“ für die Legalisierung

70 Klingemann (n 39) 731.

71 Ueli Simmel, 'Elchtest für die schweizerische Drogenpolitik' *Sucht Magazin* (2008) 5 35, 35.

72 Klingemann (n 39) 731.

73 Vgl. Stadtarchiv ZH, V.B.c.72., Drogendelegation des Stadtrats, Akten 1989–1994, 1.1: Kanton Zürich: Verordnung über ein Notgefängnis in einer geschützten Operationsstelle beim Waidspital in Zürich, 1994.

74 Somaini und Grob (n 1) 321.

75 Csete und Grob (n 2) 83.

76 Schaub (n 13) 37.

von Drogen aussprach.⁷⁷ 2008 stimmte das Schweizer Volk für eine neue Drogenpolitik, die weitgehend der praktizierten Drogenpolitik der Stadt Zürich während den 1990er-Jahren entsprach. Das revidierte BetmG trat 2011 in Kraft und basierte auf dem Vier-Säulen-Modell.⁷⁸ Ebenso wurde ein neuer Zweckartikel eingeführt, der nicht mehr nur Abstinenz verlangt, sondern auch die Schadensminderung berücksichtigt.⁷⁹ Zusätzlich koordinierte das neue BetmG die Aufgaben von Bund und Kantonen. Die Hauptaufgabe der Kantone besteht neu darin, die vier Säulen umzusetzen und ein genügendes Angebot für Drogenabhängige aufzubauen.⁸⁰ Mit kleinen Änderungen gilt das revidierte BetmG bis heute.

III. Was kann man von den Erfahrungen des Platzspitz lernen?

Die Schweiz musste sich aufgrund ihres Vorgehens in den 1990er Jahren zahlreicher Kritik aus der ganzen Welt stellen. Diese soll im folgenden Kapitel, gemeinsam mit den positiven Aspekten, die man von der Platzspitzära lernen kann, thematisiert werden.

1. Kritik und daraus gezogene Schlüsse

Kritisiert wurde vor allem, dass die Herangehensweise der Schweiz nicht mit dem ideellen Ziel der Drogenabstinenz der Bevölkerung vereinbart werden könne.⁸¹ Die INCB, die verantwortlich ist die Einhaltung der UN-Konventionen über Drogen zu überwachen, sah im Vorgehen der Schweiz einen Verstoss gegen die UN-Konventionen von 1961 und 1971.⁸² Sie verlangte von der Schweiz

77 Vgl. Botschaft zu den Volksinitiativen „Jugend ohne Drogen“ und „für eine vernünftige Drogenpolitik“ (Drogen-Initiative) vom 19. Juni 1995, BBl 1995 II 1245.

78 Somaini und Grob (n 1) 322.

79 Vgl. Art. 1 *Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe* vom 3. Oktober 1951 (Betäubungsmittelgesetz, BetmG), SR 812.121.

80 Schaub (n 13) 37.

81 Bundesrat, *Perspektiven der schweizerischen Drogenpolitik, Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 17.4076 Rechsteiner Paul*, 12. Dezember 2017 (2021) 11 (zit. Bericht BR).

82 Csete (n 15) 22.

eine Überprüfung der Heroinprogramme durch die WHO, da sie vor allem jenen gegenüber skeptisch war.⁸³ Die Schweiz liess die Überprüfung zwar zu, hielt jedoch trotz Kritik an ihrer Vorgehensweise fest. Die WHO kam zum Schluss, dass die heroingestützte Behandlung zwar Vorteile mit sich bringt, jedoch nicht klar sei, ob diese Vorteile durch das Heroin oder durch die mit der Abgabe verbundene psychologische Betreuung erzielt werden, und deswegen konnte die Schweiz weiter daran festhalten.⁸⁴ An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass die Vorgehensweise der Schweiz auch aus rechtsstaatlichen Überlegungen kritisiert werden kann. Wie bereits erwähnt, kam die Weisung für das Tolerieren der Drogenszene in erster Linie vom Stadtrat, einer Exekutivbehörde. Diese hat grundsätzlich nicht die Befugnis Gesetze auszulegen und seine Auslegung einer weiteren Behörde aufzuzwingen, weshalb die Legitimation der damaligen Weisung nur schwer ersichtlich ist. Das Argument der fehlenden Ressourcen vermag m. E. nicht zu überzeugen. Die Ressourcen sind zwar beschränkt aber das Drogenproblem hatte in den 90er-Jahren so viel Aufmerksamkeit angezogen und war sehr akut, weshalb es grundsätzlich als eine der Prioritäten der Polizei zu behandeln wäre. Damit soll nicht gesagt werden, dass der Ansatz, die Repression zu limitieren nicht begrüsst wurde. Es wäre allerdings wünschenswert gewesen einer solche Vorgehensweise mehr Legitimität zu geben, indem sie auf eine rechtliche Grundlage gestützt und nicht mit blossen Opportunitätsüberlegungen begründet worden wäre.

Schadensminderungsmassnahmen dämmten die Schäden des Drogenkonsums zwar ein, erleichterten jedoch den Zugang zu den Drogen. Deswegen kamen Süchtige an mehr Substanz und die sauberen Spritzen machten das Konsumieren weniger gefährlich.⁸⁵ Zudem wurden durch das Vorgehen der Schweiz zahlreiche ausländische Drogenkonsumenten vom Platzspitz angezogen. Aufgrund fehlender Eintrittskontrollen am Rande des Parks konnten Personen von ganz Europa an der Szene teilhaben.⁸⁶ Dies sorgte dafür, dass die Stadt Zürich nicht nur mit dem Drogenproblem ihrer Bürger zu kämpfen hatte, sondern die Szene viel grösser wurde. Dies wurde stark kritisiert und aus der Kritik kann gelernt werden, dass Kontrollmassnahmen trotz liberaler Drogenpolitik nicht ganz fehlen dürfen. Hätte es am Platzspitz Eintrittskontrollen gegeben und wären nur Zürcher eingelassen worden, hätte die Kri-

83 Csete und Grob (n 2) 84.

84 International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board* (1997) para 368 (zit. INCB 1997).

85 Huber (n 21) 514.

86 Arnold S. Trebach, 'Lessons From Needle Park' *The Washington Post* (1992) A17.

minalität zwischen Dealer Banden möglicherweise eingedämmt werden können.⁸⁷ Zudem hätten dadurch die Ressourcen des Kantons für die eigenen Bürger verwendet werden können und die Szene wäre kleiner geblieben, was die Kontrolle insgesamt vereinfacht hätte.

Kritiker, darunter auch Fachleute wie Arzt ANDRÉ SEIDENBERG oder damaliger Polizeivorsteher ROBERT NEUKOMM⁸⁸ meinten, dass die Schliessung der offenen Drogenszene am Platzspitz nicht zum richtigen Zeitpunkt geschehen ist, da in der kurzen Zeit kein genügendes Auffangnetz aufgebaut werden konnte.⁸⁹ Die Implementierung einer neuen Drogenpolitik braucht Zeit und Planung und vor allem muss ein Auffangnetz bestehen, um das Wegfallen einer bestehenden Struktur auszugleichen. Die Schliessung des Platzspitz geschah in Zürich über Nacht und es bestand keine Strategie, die Abhilfe schaffen konnte. Dies führte dazu, dass zahlreiche Süchtige plötzlich auf der Strasse standen und einen neuen Ort suchen mussten, um ihrer Sucht nachzugehen. Diesen haben sie am Letten gefunden und deshalb dort die Drogenszene wieder aufgebaut. Bei der Schliessung des Lettens hingegen bestand ein Auffangnetz und es konnte ein direkter Übergang von der offenen Drogenszene in Therapieangebote und Unterstützungshilfe vollzogen werden. Somit wurde verhindert, dass die Süchtigen sich erneut einen Ort suchten, um ihrer Routine nachzugehen. Die Schweiz hat aus ihren Fehlern bei der Platzspitzräumung gelernt und konnte eine erneute Verschiebung des Problems verhindern. Auch in anderen Städten, wie zum Beispiel Amsterdam oder Frankfurt konnte beobachtet werden, dass die Implementierung einer neuen Drogenpolitik nicht zu schnell geschehen darf.⁹⁰ Für Länder, die noch heute mit offenen Drogenszenen zu kämpfen haben, kann es eine wichtige Lektion sein, eine langfristige Strategie auszuarbeiten und diese Stück für Stück zu implementieren, auch wenn dies kurzfristig als unpassend erscheint.

Trotz der erfolgreichen Schliessung des Lettens wird kritisiert, dass die Schweiz danach die Drogenpolitik stagnieren liess. Als die offenen Drogenszenen der Vergangenheit angehörten, wechselte der politische Fokus schnell

87 Trebach (n 86).

88 Dominik Weingartner, 'DROGENSZENE: „Die Räumung des Platzspitz führte zum Desaster“ *Luzerner Zeitung* (online), 3. Februar 2017 Abschnitt „Räumung auf Geheiss des Kantons durchgeführt“.

89 Huber (n 21) 515.

90 Helge Waal et al, 'Open drug scenes: responses of five European cities' *BCM Public Health* (2014) 14 1, 9.

wieder zu anderen Problemen.⁹¹ Dadurch liess der Druck auf den Bund durch die Städte und die Öffentlichkeit erheblich nach und der Handlungsbedarf war nicht mehr gleich akut. Während der Bundesrat in den 90er-Jahren noch eine Drogenpolitik vorschlug, die eine Strafbefreiung des Konsums jeglicher Substanzen und eine liberale Cannabispolitik vorgesehen hatte,⁹² sind Jahre verstrichen, bis das BetmG dann tatsächlich revidiert wurde. Zudem wurde bei der Revision die Strafbefreiung komplett gestrichen.⁹³ Die Schweiz hätte dranbleiben und die praktizierte Drogenpolitik umsetzen müssen. Zudem war sich die Bevölkerung während der Platzspitzzeit dem Problem der Drogen bewusster denn je.⁹⁴ Es fand ein Umdenken statt, dass Drogensucht eine Krankheit und keine Straftat darstellt. Dieses Umdenken hätte im Moment genutzt werden müssen, um neue Ansätze, wie zum Beispiel eine erste Entkriminalisierung von Cannabis, umzusetzen. Heute ist das Problem nicht mehr gleich präsent. Viele haben den Platzspitz nicht direkt miterlebt und wissen nicht, wie entscheidend der Wandel der Drogenpolitik war und was für Vorteile er mit sich gebracht hat. Deswegen ist es wichtig bei den laufenden Diskussionen betreffend einer neuen Drogenpolitik immer wieder an die Ereignisse in den 1990er Jahren zu erinnern.⁹⁵

Zuletzt wird bis heute die Umsetzung der Schadensminderung in der Schweiz kritisiert. Es bestehen im ganzen Land zahlreiche Unterstützungsangebote, jedoch gibt es regionale Unterschiede im Zugang zu diesen Institutionen.⁹⁶ Die Umsetzung der Drogenpolitik ist Sache der Kantone.⁹⁷ Dabei setzen die einzelnen Kantone unterschiedliche Schwerpunkte beim Ausbau der Angebote. Es besteht zwar eine nationale Drogenpolitik und Suchtstrategie, trotzdem kann jeder Kanton im Rahmen der nationalen Vorgaben seine eigene Drogenpolitik ausarbeiten. Die vier Säulen der nationalen Drogenpolitik werden alle gleich berücksichtigt, wobei ihnen keine Hierarchie zukommt. Gewisse Kantone setzen den Schwerpunkt bei den Säulen der Schadensminderung und der Therapie, während andere Kantone noch vorwiegend auf Repression setzen. Auffallend ist, dass Kantone, die früher mit grossen offenen Drogen-

91 Meili (n 43) 55.

92 Botschaft Betäubungsmittelgesetz (n 7) 3734.

93 Meili (n 43) 55.

94 Zitiert nach Simmel (n 71) 38 f.

95 Bazzanella Lothar Lechner, 'An diesem „Drogenparcours“ sollten alle teilnehmen' (Web page, undated), Abschnitt „Das Projekt richtet sich an alle Altersgruppen“.

96 Bericht BR (n 81) 8.

97 Vgl. Art. 3 g BetmG.

szenen konfrontiert wurden wie Bern oder Zürich mehr auf Schadensminderung setzen.⁹⁸ Hinzu kommen Qualitätsunterschiede in den bestehenden Angeboten. Beispielsweise bei den Kontakt- und Anlaufstellen verfügt nur ein kleiner Teil der Institutionen über einen integrierten Konsumraum.⁹⁹ Um diese kantonalen Unterschiede zu beheben, bräuchte es eine einheitliche Strategie auf Bundesebene, welche die Angebote und Zugangsregeln zu solchen Institutionen harmonisieren würde.

2. Positive Aspekte

Die Schweiz hat langfristig Informationen gesammelt, dokumentiert und analysiert und nur dadurch konnte eine evidenzbasierte Drogenpolitik entstehen. Zudem konnten die Daten genutzt werden, um der zahlreichen internationalen und auch nationalen Kritik zu begegnen.¹⁰⁰ Die Bevölkerung konnte anhand der erhobenen Daten die Erfolge der bestehenden Politik beobachten und hatte deshalb Vertrauen in die laufenden Änderungen der Regierung.¹⁰¹ Zudem zeigt die Schweizer Erfahrung, dass ein Land teilweise den Mut braucht etwas in grösserem Rahmen umzusetzen. Die Schweiz startete Pilotprojekte sowohl in der Abgabe von sauberen Spritzen als auch bei den heroingestützten Behandlungen in einem so grossen Rahmen, dass genügend Daten gesammelt werden konnten, um eine evidenzbasierte Politik überhaupt auszuarbeiten. Selbst Gegner der neuen Schadensminderungsmaßnahmen, konnten bei den Erfolgen, die wissenschaftlich nachgewiesen wurden, kaum noch Kritik an der neuen Politik anbringen.¹⁰² Ausserdem war die Schweiz bereit, an der Grenze des Gesetzes zu experimentieren. Die niederschweligen Methadonprogramme und die heroingestützte Behandlung waren damals gesetzlich nur sehr beschränkt möglich. Trotzdem hat die Schweiz solche Pilotversuche im möglichen Rahmen ausprobiert und durch das sorgfältige Erheben von Daten dafür gesorgt, dass die Programme eine Legitimation erhalten.¹⁰³ Zudem hängt das erfolgreiche Implementieren von Schadensminderungsmaßnahmen stark von einer positiven öffentlichen

98 s.n., 'Viele Lausanner haben die Dealer satt' *SRF News* (online), 12. April 2022 (zit. s.n., Lausanne).

99 Bericht BR (n 81) 47.

100 Csete und Grob (n 2) 84.

101 Csete (n 15) 21.

102 Csete (n 15) 34.

103 Csete (n 15) 33.

Haltung der Bevölkerung ab.¹⁰⁴ Durch das Informieren der Bevölkerung wurde eine offene Debatte über die Säule der Schadensminderung ermöglicht, die bei der Abstimmung über das neue Betäubungsmittelgesetz von Relevanz war.¹⁰⁵ Für andere Länder kann es eine Lehre sein, dass neue Vorgehensweisen erfolgreicher sein können, wenn die Öffentlichkeit informiert wird und sich dadurch selbst eine Meinung bilden und am Ende hinter einer neuen Reform stehen kann.¹⁰⁶ Das Platzspitzexperiment ging zu weit. Allerdings brachte es der Bevölkerung die Erkenntnis, dass das Drogenproblem präsenter ist als gedacht.¹⁰⁷ Die offene Drogenszene hat nicht zu mehr Drogensüchtigen geführt. Sie hat die Anzahl an Drogensüchtigen, die vorher auf den Strassen unterwegs waren, sichtbar gemacht und damit der Bevölkerung gezeigt, dass das Problem akut ist und angegangen werden muss.¹⁰⁸ Die Platzspitzära hat die Bevölkerung gelehrt Drogensüchtigen ohne Vorurteile zu begegnen und sie nicht mehr nur als Kriminelle, sondern als hilfsbedürftige Personen zu sehen. Erst in den 90er-Jahren wurde dem grössten Teil der Schweizerbevölkerung bewusst, dass Drogensucht keine Entscheidung, sondern eine Krankheit ist und erst mit diesem Bewusstsein konnte den Menschen tatsächlich geholfen werden. Deswegen muss immer wieder im Sinne von Aufklärungsarbeit an den Platzspitz erinnert werden, um diese Haltung den Abhängigen gegenüber nicht wieder zu verlieren.¹⁰⁹ Sie haben ein Recht auf Integration und Teilnahme am sozialen Leben. Die Aufgabe der Polizei ist es jedoch eine Balance zwischen den Interessen der Abhängigen und jenen der restlichen Bevölkerung zu finden.¹¹⁰ Drogensucht ist ein Problem der öffentlichen Gesundheit und nicht der Polizei. Diese wichtige Erkenntnis konnte aus der Platzspitzära gewonnen werden.¹¹¹ Das Einführen von Schadensminderungsmassnahmen hat zudem nicht nur einen Rückgang der Beschaffungskriminalität und eine Entlastung des öffentlichen Raums mit sich gebracht. Es hat die Kosten für das Gesundheitssystem gesenkt, indem durch spezifische Hilfsangebote, den Bedürfnissen der Abhängigen nachgekommen wurde und damit ein allgemein

104 Klingemann (n 39) 731.

105 Csete (n 15) 35.

106 Alex Stevens et al, 'Depenalization, diversion and decriminalization: A realist review and programme theory of alternatives to criminalization for simple drug possession' *European Journal of Criminology* (2019) 19 29, 54.

107 Botschaft Betäubungsmittelgesetz (n 7) 3717.

108 Grob (n 18) 59.

109 Lechner (n 95) Abschnitt „Das Projekt richtet sich an alle Altersgruppen“.

110 Waal et al (n 90) 9.

111 Waal et al (n 90) 9.

verbesserter Gesundheitszustand der Betroffenen erreicht wurde.¹¹² Dies zeigt, dass das Bereitstellen von finanziellen Mitteln für ein ausgebautes Hilfenetz langfristig sogar weniger Kosten verursachen kann.

Positiv war zudem die Konzentration der Drogenszene auf dem Platzspitz. Zwar tangierte die hohe Beschaffungskriminalität weiterhin die Bevölkerung, aber sie beschränkte sich vorwiegend auf die Regionen um den Park. Dies ermöglichte einerseits die Überwachung der Drogenkriminalität und den besseren Schutz der Bevölkerung ausserhalb des Parks und andererseits das Anbieten von Hilfsmassnahmen dort, wo sie am meisten benötigt wurden.¹¹³ Die auf dem Platzspitz angebotenen Hilfeleistungen sorgten ausserdem dafür, dass Süchtige mit medizinischem Personal überhaupt in Kontakt kamen. Durch diese Kontakte konnte ihnen Hilfe angeboten werden, die auf der Strasse nicht möglich gewesen wäre.¹¹⁴ Die Schweizer Erfahrung zeigt, dass Hilfsangebote vor allem funktionieren, wenn sie einfach und am richtigen Ort zugänglich sind. Auf dem Platzspitz wurden Drogensüchtige erreicht, die selbst keine Hilfe geholt hätten, weil die Massnahmen einfach zugänglich waren.¹¹⁵ Nach der Schliessung des Parks sind die Kontakte zwischen dem medizinischen Personal und den Drogensüchtigen drastisch gesunken.¹¹⁶ Durch den Rückgang dieser Kontakte wurden Drogensüchtige wieder schwerer zu erreichen und es konnte nicht mehr gleich vielen Personen geholfen werden. Die Stadt Zürich hat jedoch realisiert, dass das Drogenproblem nur gelöst werden kann, wenn es von allen Ebenen angegangen wird. Es ist wichtig, dass soziale und medizinische Fachleute, Polizei und Politik ihre Arbeit koordiniert und eine gemeinsame Strategie ausgearbeitet haben, denn nur so konnte die vier Säulen Politik erfolgreich sein.¹¹⁷ Dies wurde dadurch erreicht, dass sich die Polizei fast täglich mit Sozialarbeitern, medizinischem Personal und Politikern ausgetauscht hat.¹¹⁸ Durch diese einheitliche Strategie gelang es sicherlich besser, die Süchtigen zu erreichen, auch wenn sie auf den Strassen unterwegs waren. Heute wird dies überwiegend durch Gassenarbeit oder niederschwellige Angebote, wie zum Beispiel der Methadonverschreibung erreicht. Die Idee der Schweiz, die Drogensüchtigen

112 Simmel (n 71) 35.

113 Waal et al (n 90) 9.

114 Trebach (n 86).

115 Waal et al (n 90) 9.

116 Grob (n 18) 52.

117 Grob (n 18) 59.

118 Waal et al (n 90) 5.

an einem Ort zu versammeln, beinhaltet deswegen gute Ansätze. Trotzdem ging die Schweiz m.E. zu weit, indem sie den Drogenkonsum in einem öffentlichen Setting in diesem Ausmass tolerierte. Befürworter einer Drogenlegalisation wollen diese meist trotzdem an strenge Sanktionen für Drogenkonsum im öffentlichen Raum knüpfen, um eben solche Szenarien wie den Platzspitz in Zukunft zu verhindern.¹¹⁹ Für ein solches Experiment, wie die Schweiz es in den 90er-Jahren gemacht hat, sollte der Ort nicht so präsent sein im öffentlichen Raum, dass sich die negativen Folgen auf die Nachbarschaft auswirken können. Deswegen bieten Konsumräume eine gute Alternative. Die Süchtigen haben einen Ort, an dem sie konsumieren können und Hilfe bekommen und trotzdem wird die Öffentlichkeit nicht tangiert. Zudem bleibt ihnen so auch die ganze Aufmerksamkeit der Medien erspart, die am Platzspitz täglich präsent war.

3. Zwischenfazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Vorgehen der Schweiz sowohl negative als auch positive Folgen hat. Die Situation auf dem Platzspitz ging zu weit und durch die zahlreichen Schadensminderungsangebote wurde der Platz für Süchtige so attraktiv gemacht, dass die Stadt die Situation nicht mehr unter Kontrolle hatte. Die ergriffenen Massnahmen haben zudem dafür gesorgt, dass Süchtige mehr konsumierten, und die Schweiz musste sich deswegen zahlreicher internationaler Kritik stellen. Durch die zunehmende Vernachlässigung des Problems, als sich die Situation verbessert hatte, hat die Schweiz den Fortschritt, den sie in den 90er-Jahren gemacht hat, aufgegeben und wurde in ihrer Vorreiterrolle in der Drogenpolitik von anderen Ländern überholt. Trotzdem hatte die Schweiz in der damaligen Ausgangslage den Mut neue Vorgehensweisen auszuprobieren und konnte dadurch Erfolge erzielen, die heute anerkannt werden. Das erstmalige Abstellen auf Schadensminderungsmaßnahmen und das begleitende Informationensammeln war für die Entwicklung unserer heutigen Drogenpolitik entscheidend. Zudem hat die Schweiz durch ihr Vorgehen die Probleme sichtbar gemacht und dafür gesorgt, dass die Bevölkerung hinter der neuen Drogenpolitik stehen konnte. Obwohl die Massnahmen den Konsum gefördert haben, wurden zahlreiche gesundheitliche Schäden eingedämmt. Die Drogenszene auf dem Platzspitz war sehr belastend für die Nachbarschaft und die ganze Öffentlichkeit. Trotzdem denke

¹¹⁹ Trebach (n 86).

ich, dass es ohne diese extremen Bilder in der Schweiz nicht zu dem Umdenken gekommen wäre, das geholfen hat, eine erfolgreiche Drogenpolitik zu etablieren. Alles in allem war das Experiment Platzspitz deshalb langfristig betrachtet erfolgreich und sogar nötig für das Entstehen unserer Drogenpolitik. Auch wenn die Schlüsse der Schweizer Erfahrung auf die Heroinproblematik der 90er-Jahre bezogen sind, können sie für einige Länder, die noch heute mit offenen Drogenszenen zu kämpfen haben, nützlich sein. Allenfalls kann das Gelernte sogar im Hinblick auf eine neue Drogenpolitik angemessen auf andere psychoaktive Substanzen übertragen werden.

IV. Zukunftsaussichten

Der Bundesrat hat im Jahre 2021 aufgrund eines Postulats zur Darlegung der drogenpolitischen Situation einen Bericht verfasst, der die Perspektiven der Schweizer Drogenpolitik aufzeigen soll. Basierend auf diesem Bericht soll folgendes Kapitel zeigen, wie die Drogenpolitik in der Schweiz heute aussieht, wie sie sich in den nächsten Jahren verändern könnte und was die Erfahrungen am Platzspitz dabei für eine Rolle spielen. Als die Drogenpolitik 2008 geändert wurde, waren die Geschehnisse auf dem Platzspitz noch sehr frisch und die Anpassungen wurden deswegen darauf angepasst. Nun sind einige Jahre vergangen und die offenen Drogenszenen gehören der Vergangenheit an. Es wäre wünschenswert, dass die gezogenen Schlüsse der Platzspitzära auf die heutige Situation angepasst würden und im Gesetz Niedergang finden.

1. Ausgangslage und Herausforderungen

Unsere Drogenpolitik ist geprägt durch die Platzspitzära und richtet sich stark an den Problemen der 90er-Jahre, nämlich offene Drogenszenen, Abhängigkeit von starken Drogen und das Verbreiten von Infektionskrankheiten aus.¹²⁰ Das Konsumverhalten hat sich in den letzten Jahren jedoch stark verändert. Der Drogenkonsum wurde zunehmend zu einer Freizeitbeschäftigung.¹²¹ Drogen wie Cannabis, die meist risikoarm konsumiert werden, verbreiten sich,

¹²⁰ Bericht BR (n 81) 11.

¹²¹ Bericht BR (n 81) 8.

während die Zahl der Heroinabhängigen auf tiefem Niveau stabil bleibt.¹²² Der sporadische Konsum steht heute im Vordergrund.¹²³ Handlungsbedarf besteht vor allem dort, wo nicht mehr risikoarm, sondern exzessiv konsumiert wird und, wo Dritte oder besonders gefährdete Personen wie beispielsweise Jugendliche betroffen sind. Dort sind die während der Platzspitz entwickelten Schadensminderungsmassnahmen gefragt.¹²⁴ Das BetmG berücksichtigt allerdings zu wenig, dass die Mehrheit der Konsumierenden einen zeitlich begrenzten und meist kontrollierten Umgang mit psychoaktiven Substanzen pflegt und nur die Minderheit einen problematischen Konsum entwickelt oder sogar abhängig wird.¹²⁵ Für das Konsumverhalten der Mehrheit sind die etablierten Schadensminderungsmassnahmen deswegen nur beschränkt geeignet, denn diese sind auf die Problematik der Abhängigkeit ausgerichtet. Heute sollten die Massnahmen eher präventiv wirken und vor allem Suchttendenzen frühzeitig erkennen können.¹²⁶ Problematisch ist zudem, dass der Zweck des BetmG, nämlich die Abstinenz, noch immer im Widerspruch zu der erfolgreichen Schadensminderung steht. Bei der Revision des BetmG war man nicht bereit auf dieses Ziel zu verzichten, nun wäre es allerdings wünschenswert, dass man dieses Ziel kritisch überdenkt.¹²⁷

Hinzu kommen Probleme bei der Durchsetzung des BetmG. Cannabis ist so verbreitet, dass ähnlich wie in den 90er-Jahren die Ressourcen fehlen, um strengere Kontrollen durchzuführen.¹²⁸ Zudem nimmt auch der Reinheitsgrad der Substanzen zu, was bedeutet, dass die Konsumierenden für das gleiche Geld mehr Stoff erhalten.¹²⁹ Gemäss der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen wurden zudem durch die Prohibition von Betäubungsmitteln weder der Konsum noch der Handel von verbotenen Betäubungsmitteln vermindert. Die Prohibition und die damit verbundenen Strafen bringen, ähnlich wie in den 90er-Jahren, sogar unerwünschte Effekte mit sich. Einerseits stärkt die Prohibition die Schwarzmärkte und entzieht diese der staatlichen Besteuerung. Dadurch stärkt sie kriminelle Organisationen und hilft

122 Bericht BR (n 81) 11.

123 Bericht BR (n 81) 12.

124 Bericht EKSF (n 9) 5.

125 Bericht EKSF (n 9) 12.

126 Bericht BR (n 81) 38.

127 Bericht EKSF (n 9) 5.

128 Bericht BR (n 81) 39.

129 Monique Portner-Helfer und Markus Meury, *Digitaler Wandel und Sucht: Hier tobt der „Wilde Westen“ mitten unter uns* (2022) 29.

ihnen bei der Finanzierung.¹³⁰ Andererseits verhindert die Prohibition eine Qualitätskontrolle der psychoaktiven Substanzen und setzt Konsumierende somit erhöhten gesundheitlichen Risiken aus. Ausserdem werden durch die Prohibition hohe polizeiliche und justizielle Kosten generiert und wertvolle Ressourcen eingebunden, die anders eingesetzt werden könnten.¹³¹ Darin spiegelt sich erneut die Situation der Platzspitzära. Es muss abgewogen werden, ob und wie viel Repression gegen das Drogenproblem verwendet werden soll und wo andere Massnahmen, die möglicherweise nicht auf totaler Abstinenz basieren, eher geeignet sind. Dabei bietet die Suchtstrategie des Bundes von 2015 erstmals Abhilfe. Diese soll Suchterkrankungen verhindern, Abhängigen die notwendige Hilfe ermöglichen, gesundheitliche und soziale Schäden vermindern und negative Auswirkungen auf die Gesellschaft verringern.¹³² Sie unterscheidet zwischen drei Konsumverhalten. Der risikoarme Konsum von Betäubungsmitteln stellt kein oder nur ein sehr geringes Schadenpotential für die konsumierende Person und ihr Umfeld dar. Er ist oft Teil des gesellschaftlichen Zusammenlebens.¹³³ Riskantes Verhalten hingegen kann vereinzelt zu Schäden der konsumierenden Person oder ihres Umfelds führen. Dieses ist weiter zu differenzieren in situationsunangepasstes Verhalten, welches besonders vulnerable Personen oder unbeteiligte Dritte gefährdet, exzessives Verhalten, welches übermässiges Konsumieren in einer kurzen Zeitspanne beschreibt und chronisches Verhalten, welches regelmässigen Konsum umfasst, der kumulativ dann zu Schäden führt.¹³⁴ Zuletzt gibt es noch das Stadium der Abhängigkeit, welches eine medizinisch diagnostizierte Krankheit darstellt. Sie ist meist mit schweren gesundheitlichen und sozialen Folgen für den Betroffenen und sein Umfeld verbunden.¹³⁵ Diese Konsumformen bieten nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip unterschiedlich Raum für staatliche Interventionen. Bei risikoarmem Konsum besteht kaum Legitimation für einen staatlichen Eingriff. Dort sollen in Zukunft präventive und vor allem informierende Massnahmen genügen. Zudem sollten Massnahmen dort angesetzt werden, wo das Verhalten Dritte schädigen könnte.¹³⁶ Beim risikoreichen Konsum besteht mehr Legitimation für ein Eingreifen des Staates. Er sollte mit Massnahmen sicherstellen, dass die schädlichen Aus-

130 Bericht EKSF (n 9) 5.

131 Bericht EKSF (n 9) 18.

132 Bundesrat, *Nationale Strategie Sucht 2017–2024* (2015) 4 (zit. Nationale Strategie Sucht)

133 Nationale Strategie Sucht (n 132) 12.

134 Nationale Strategie Sucht (n 132) 12.

135 Bericht EKSF (n 9) 13.

136 Bericht EKSF (n 9) 15.

wirkungen auf Dritte so gering wie möglich bleiben. Erst bei Menschen mit abhängigem Konsumverhalten legitimieren sich intensivere Eingriffsmassnahmen, wie Unterstützungs- oder Therapieangebote.¹³⁷ Diese Abstufung bietet einen Anhaltspunkt für die Verwendung von Repression und eine Ausrichtung für die Schadensminderungsmassnahmen. Die EKSF ist zudem der Meinung, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen grundsätzlich der Selbstverantwortung des Einzelnen überlassen werden soll und der Staat nur im Rahmen einer Fürsorgepflicht dort Abhilfe schaffen soll, wo es nötig ist. Um diese Selbstverantwortung beim Drogenkonsum wahrnehmen zu können, müssen die Menschen über allfällige Risiken des Konsums informiert werden. Das Stärken der Selbstverantwortung wäre zudem auch eine gute Ausgangslage, falls die Schweiz eine Legalisierung oder Entkriminalisierung von Betäubungsmitteln je in Erwägung ziehen sollte, da diese voraussetzt, dass die Bürger die Risiken des Betäubungsmittelkonsums kennen und einen vernünftigen Umgang mit den Substanzen finden. Zusammengefasst kann deshalb gesagt werden, dass die heutige Drogenpolitik viele gute Ansätze verfolgt und das Vier-Säulen-Modell sich weiterhin bewährt. Allerdings sollte es sich von der Platzspitzproblematik distanzieren und an der heutigen Situation neu ausrichten, wobei die gleichen Überlegungen wie in den 90er-Jahren jedoch eine Rolle spielen. Es muss eine Balance zwischen polizeilicher Repression und sozial-politischen Überlegungen gefunden und eine Strategie ausgearbeitet werden, die jene Aspekte koordiniert.

2. Lösungsvorschläge für die nahe Zukunft

Wie die Erfahrung des Platzspitz zeigt, haben sich verschiedene Schadensminderungsmassnahmen sehr bewährt. Eine komplette Legalisierung oder Entkriminalisierung von Betäubungsmitteln ist in naher Zukunft gemäss dem Bundesrat nicht zu erwarten.¹³⁸ Allerdings könnte man bei der Schadensminderung Anpassungen anstreben, die Abhilfe schaffen. Aufgrund des geänderten Konsumverhaltens und den neuen Substanzen sollte man die Schadensminderungsmassnahmen anpassen.¹³⁹ Eine Umfrage von Infodrog zeigt, dass eine Mehrheit der Kantone eine solche Ausdehnung als wün-

¹³⁷ Bericht EKSF (n 9) 16.

¹³⁸ Bericht BR (n 81) 53.

¹³⁹ Dominique Schori, *Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung Schadensminderung, Resultate der Befragung in Kantonen und Gemeinden* (2018) 9 (zit. Schori, Infodrog).

schenswert empfindet, vor allem kleinere Kantone aufgrund finanzieller Hindernisse eine solche aber nicht als realistisch empfinden.¹⁴⁰ Zudem wünschen sich viele Kantone eine klarere Ausrichtung der nationalen Strategie.¹⁴¹ Sie verlangen vom Bund die Ausarbeitung einer kohärenten Politik, die zum Beispiel Good-Practice-Modelle von besonders lobenswerten Kantonen auswertet, um dem Rest eine Orientierungshilfe zu bieten.¹⁴² Die Zugänge zu schadensmindernden Angeboten sind regional sehr unterschiedlich. Dies liegt unter anderem daran, dass der Handlungsspielraum der Kantone sehr gross ist.¹⁴³ Deswegen sollten die Zugänge erweitert werden, damit in der ganzen Schweiz von solchen Massnahmen profitiert werden kann. Dies könnte durch interkantonale Regelungen und finanzielle Unterstützung des Bundes¹⁴⁴ oder sogar durch eine nationale Vorgabe geschehen.¹⁴⁵ Zudem könnten jüngere Massnahmen, wie zum Beispiel das Drug-Checking weiter ausgebaut werden. Das Drug Checking gibt Konsumierenden die Möglichkeit ihre Stoffe anonym bei Beratungsstellen oder direkt an Veranstaltungen auf deren Inhalt kontrollieren zu lassen und im Gegenzug müssen sie an einem obligatorischen Beratungsgespräch teilnehmen.¹⁴⁶ Somit wird sichergestellt, dass Konsumierende, die durch andere Schadensminderungsmassnahmen nicht erreicht werden, trotzdem Beratung bekommen und dabei auf die Risiken des Konsums hingewiesen werden.¹⁴⁷ Zudem stellen Drug Checking-Angebote einen ersten Kontakt zwischen Freizeitdrogenkonsumierenden und dem Suchtthilfenetz der Schweiz her.¹⁴⁸ Die Erfahrung des Platzspitz zeigt, dass eben dieser Kontakt wesentlich sein kann für eine erfolgreiche Drogenpolitik und dass er seit der Schliessung des Parks abgenommen hat. Ausserdem gibt das Drug Checking den Behörden einen Einblick in den Schwarzmarkt, da neue Substanzen erstmals im Labor untersucht werden können.¹⁴⁹ Das obligatorische Beratungsgespräch und der dabei auszufüllende Fragebogen gibt einen Ein-

140 Schori, Infodrog (n 139) 12.

141 Schori, Infodrog (n 139) 9.

142 Stephanie Stucki, Pierre Esseiva und Frank Zobel, *Umsetzung des Betäubungsmittelgesetzes – Erfahrungen der Kantone und Zukunftsperspektiven, Gesamtbericht inkl. Validierungskapitel* (2019) 25.

143 Stucki, Esseiva und Zobel (n 142) 15.

144 Stucki, Esseiva und Zobel (n 142) 15.

145 Stucki, Esseiva und Zobel (n 142) 13.

146 Dominique Schori, 'Drug Checking in der Schweiz' *Sucht Magazin* (2019) 6 10, 10.

147 Schori (n 146) 10.

148 Schori (n 146) 11.

149 Schori (n 146) 11.

blick in das Konsumverhalten der Bevölkerung.¹⁵⁰ Kritiker befürchten, dass solche Angebote zum sicheren Konsum verleiten und der Konsum deswegen, ähnlich wie bei den Methadonprogrammen, zunimmt. Studien belegen jedoch, dass nur Personen, die ohnehin konsumieren ihren Stoff zum Checking bringen.¹⁵¹ Es wäre deshalb wünschenswert wissenschaftliche Daten zu erheben, die dabei helfen die Schadensminderung weiter zu fördern.

V. Fazit

Die Stadt Zürich hatte in den 90er-Jahren mit einem starken Drogenproblem zu kämpfen und die Situation eskalierte so weit, dass die offene Drogenszene weltweit unter dem Namen „Needle Park“ bekannt wurde. Zürich musste sich deshalb starker internationaler und nationaler Kritik stellen und in kurzer Zeit eine neue Herangehensweise ausarbeiten. Dabei hat die Stadt erheblich zu der nationalen Drogenpolitik und einem Umdenken in der Bevölkerung beigetragen. Das Experiment der offenen Drogenszene ist schiefgelaufen. Trotzdem konnte die Schweiz hilfreiche Schlüsse daraus ziehen, welche die Gesetzgebung erheblich beeinflussten. Die dominierende Repression wurde zugunsten der Schadenminderung zurückgestuft und den Süchtigen wurde erstmals wirklich geholfen. Die Schweiz hat dadurch mit ihrer erfolgreichen Drogenpolitik weltweit eine Vorreiterrolle eingenommen. In den letzten Jahren haben sich die Probleme des Drogenkonsums stark verändert. Während in den 90er Jahren die Heroinkrise brannte, steht jetzt der rekreative, stark verbreitete Konsum im Vordergrund. Unsere gesetzlichen Rahmenbedingungen werden diesem Wandel nicht gerecht. Deswegen ist ein erneutes Umdenken der Bevölkerung gefordert, um die Drogenpolitik zu liberalisieren und dem gesellschaftlichen Wandel Rechnung zu tragen. Zudem sollte der Gesetzgeber kurzfristig die Schadensminderung in den verschiedenen Kantonen ausbauen und harmonisieren, damit in der ganzen Schweiz ein genügender Zugang zur Suchthilfe gewährleistet werden kann. Dabei sollten stets die gewonnen Erkenntnisse des Platzspitz im Hinterkopf behalten werden. Die Schweiz hat in dieser Zeit gelernt, dass eine evidenzbasierte Politik die beste Methode ist, um Änderungen durchzubringen und war damals bereit, an der Grenze des Gesetzes zu experimentieren und neue Herangehensweisen auszuarbeiten.

¹⁵⁰ Schori (n 146) 11.

¹⁵¹ Schori (n 146) 12.

Diese Offenheit gegenüber neuen Massnahmen, die das Drogenproblem liberaler angehen, wäre heute erneut zu begrüssen

Literaturverzeichnis

Baumann, Vera, '1995 Schliessung der Drogenszene am Letten' (Web page, undated) <<https://platzspitzbaby.ch/de/schulmaterial/>>

Binswanger, Michèle, 'The Needle Trauma' *Tagesanzeiger* (online), November 1988 <https://www.tagesanzeiger.ch/_external/storytelling/platzspitz/kapitel2/index.htm>

Bundesrat, *Nationale Strategie Sucht 2017–2024*, Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft, 2015

Bundesrat, *Perspektiven der schweizerischen Drogenpolitik, Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 17.4076 Rechsteiner Paul, 12. Dezember 2017*, Bern: 2021 (zit. Bericht BR)

Csete, Joanne und Peter Grob, 'Switzerland, HIV and the power of pragmatism: Lessons for drug policy development' *International Journal of Drug Policy* (2012) 23–82

Csete, Joanne, *From the Mountaintops, What the World Can Learn from Drug Policy Change in Switzerland*, New York: Open Science Foundation, 2010

Dominik Weingartner, 'DROGENSZENE: „Die Räumung des Platzspitz führte zum Desaster“' *Luzerner Zeitung* (online), 3. Februar 2017 <<https://www.luzernerzeitung.ch/schweiz/drogenszene-die-raeumung-des-platzspitz-fuehrte-zum-desaster-ld.83276>>

Eidgenössische Kommission für Suchtfragen, *10 Jahre Betäubungsmittelgesetz, Eine Analyse der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen EKSF*, Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2019 (zit. Bericht EKSF)

Grob, Peter J., 'The needle park in Zürich, The story and the lessons to be learned' *European Journal on Criminal Policy and Research* (1994) 2–48

Grob, Peter J., *Zürcher „Needle-Park“, Ein Stück Drogengeschichte und -politik 1968–2006*, Zürich: Chronos, 3. Aufl., 2018 (zit. Grob, „Needle-Park“)

Huber, Christian, 'The Practical Business of Treatment, Needle Park: what can we learn from the Zürich experience?' *Addiction* (1994) 89–513

- International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board*, New York: United Nations, 1998 (zit. INCB 1997)
- Klingemann, Harald K., 'Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response' *Addiction* (1996) 91 (5) 723
- Lechner, Bazzanella Lothar, 'An diesem „Drogenparcours“ sollten alle teilnehmen' (Web page, undated) <<https://www.hellozurich.ch/de/aktuell/platzspitz.html>>
- Meili, Daniel, 'Vom Zürcher Platzspitz zur Heroinverschreibung – oder: Die progressive Drogenpolitik der Schweiz' *Suchttherapie* (2007) 8 50, 52
- Peter, Laura, *Mit Überlebenshilfe aus der Sackgasse, Die Drogenpolitik des Zürcher Stadtrats von 1989 bis 1995*, Maturarbeit, Kantonsschule Küsnacht, 2017 <<https://docplayer.org/74004578-Mit-ueberlebenshilfe-aus-der-sackgasse.html>>
- Portner-Helfer, Monique und Markus Meury, *Digitaler Wandel und Sucht: Hier tobt der „Wilde Westen“ mitten unter uns*, Lausanne: 2022
- Rothschild, Benjamin, 'Warum es nicht gelingt, die Polizei zu reformieren' *Republik* (online), 25. November 2021 <<https://www.republik.ch/2021/11/25/warum-es-nicht-gelingt-die-polizei-zu-reformieren>>
- Schaub, Michael, 'Auswirkungen der Schweizer Drogenpolitik aus Sicht der Suchtforschung' *Sucht Magazin* (2019) 6 10
- Schori, Dominique, 'Drug Checking in der Schweiz' *Sucht Magazin* (2019) 6 10
- Schori, Dominique, *Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung Schadensminderung, Resultate der Befragung in Kantonen und Gemeinden*, Bern: Infodrog, 2018 (zit. Schori, Infodrog)
- Seidenberg, André, 'Spritzenabgabeverbot in Zürich' *DRS aktuell* (online) 25. September 1985 <<https://seidenberg.ch/2020/spritzenabgabeverbot-in-zuerich/>>
- Simmel, Ueli, 'Elchtest für die schweizerische Drogenpolitik' *Sucht Magazin* (2008) 5 35
- Somaini, Bertani und Peter Grob, 'How and why AIDS changed drug policy in Switzerland' *Journal of Public Health Policy* (2012) 33 317
- Stadtrat von Zürich, *Drogenpolitik der Stadt Zürich, Strategien – Massnahmen – Perspektiven*, Zürich: Stadtrat von Zürich, 2004 (zit. Bericht Zürich)
- Stevens, Alex et al, 'Depenalization, diversion and decriminalization: A realist review and programme theory of alternatives to criminalization for simple drug possession' *European Journal of Criminology* (2019) 19 29

Stucki, Stephanie, Pierre Esseiva und Frank Zobel, *Umsetzung des Betäubungsmittelgesetzes – Erfahrungen der Kantone und Zukunftsperspektiven, Gesamtbericht inkl. Validierungskapitel*, Lausanne: Sucht Schweiz, 2019

Trebach, Arnold S., 'Lessons From Needle Park' *The Washington Post* (1992) A17

Waal, Helge et al, 'Open drug scenes: responses of five European cities' *BCM Public Health* (2014) 14 1

[s.n.], 'Viele Lausanner haben die Dealer satt' *SRF News* (online), 12. April 2022
<<https://www.srf.ch/news/schweiz/offene-drogenszene-viele-lausanner-haben-die-dealer-satt>> (zit. s.n., Lausanne)

Materialienverzeichnis

Botschaft über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 9. März 2001, BBl 2001 3751 (zit. Botschaft Betäubungsmittelgesetz)

Botschaft zu den Volksinitiativen „Jugend ohne Drogen“ und „für eine vernünftige Drogenpolitik“ (Drogen-Initiative) vom 19. Juni 1995, BBl 1995 II 1245

Pilot Trials: The Swiss Approach to Cannabis Legalisation

JEANNE MORAND

This paper outlines the regulation of cannabis in Switzerland and the problems associated with it. Recent legal and policy developments are discussed. In particular, the ongoing pilot trials and their legal framework are presented. Future perspectives for cannabis legislation with the establishment of a regulated cannabis market with strict regulation are then proposed.

Table of Contents

I. Introduction	219
II. Historical Development of Cannabis Use and Regulation	222
III. Political Climate Surrounding the Reform of the Cannabis Regulation	225
IV. Current Legalisation	227
1. The Narcotics Act	228
2. Problems with the Current Legislation	229
V. Pilot Trials	230
1. Objectives	230
2. Applicability of the Narcotics Act	231
3. Requirements	232
4. Current Projects	233
4.1 Pharmacies	234
4.2 Cannabis Social Clubs	234
4.3 Retail Shops	235
4.4 Other Projects	235
5. Critical Analysis	235
VI. Future Perspectives for the Swiss Cannabis Policy	236
1. Moving away from abstinence	236
2. Health-based policies and legalisation with strict regulation	238
3. Possible distribution and regulation models	238
4. Creation of a new cannabis law	240
VII. Conclusion	240
Bibliography	241
Legislative Materials	246

I. Introduction

Switzerland is renowned for its direct democracy, in which citizens directly influence political affairs by submitting initiatives and referendums, and by voting every three months. Over the past thirty years, Swiss citizens have voted on drug policies three times.¹ The most recent of these popular votes took place in 2008, during which the Swiss electorate overwhelmingly rejected an initiative on cannabis legalisation.² Cannabis regulation remains to this day a sensitive and important political issue, as a third of Swiss adults have used cannabis at least once in their life and 10% of young people consume it at least once a month.³ Moreover, research shows that a significant increase in consumption can be expected in Switzerland in the coming decades, reaching a lifetime prevalence of 42% in 2045.⁴

Numerous countries around the world—including some of Switzerland's neighbours—have or are taking steps towards cannabis legalisation.⁵ In Switzerland, several politicians have expressed their support for a regulated market of cannabis, making it a recurring topic in Parliament.⁶

Cannabis is regulated by the Narcotics Act (NarcA) and its ordinances.⁷ Despite some minor amendments in recent years, the law fails to address modern consumption behaviours, lacks clarity and leaves scope for

1 'Initiative populaire fédérale "Jeunesse sans drogue"' (Web page, 22 September 2022); 'Initiative populaire fédérale "pour une politique raisonnable en matière de drogue"' (Web page, 22 September 2022).

2 'Votation populaire du 30.11.2008' (Web page, 13 September 2022).

3 Federal Statistical Office, 'Consommation de cannabis, 2002, 2007, 2012, 2017' (November 2019); 'Cannabis Consumption (Age: 15–64)' (Web page, 5 May 2021).

4 Marc Vogel et al., 'Cannabis Use in Switzerland 2015–2045: A Population Survey Based Model' (2019) 69 *International Journal of Drug Policy* 55, 7.

5 United Nations Office on Drugs and Crime, *In Focus: Cannabis Legalization – World Drug Report 2020* (2020) 5; United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2021 – Drug Market Trends: Cannabis, Opioids* (2021) 31–41; *Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit* (Koalitionsvertrag 2021–2025) [Coalition Agreement] (Germany) (2021) 87; Alessandra Arachi, 'Cannabis, primo sì alla legge: a casa sarà possibile coltivare fino a 4 piante', *Corriere della Sera* (online), 8 September 2021.

6 National Council, *Parliamentary initiative 20.473* (Heinz Siegenthaler) 25 September 2020; *Motion. 18.3150* (Heinz Siegenthaler) 13 March 2018; *Postulate 18.4009* (Beat Flach) 28 September 2018.

7 *Federal Act on Narcotics and Psychotropic Substances* (Narcotics Act, NarcA) 3 October 1951, SR 812.121, Art. 2(a).

interpretation, resulting in important disparities in enforcement.⁸ Moreover, the current prohibitive regulatory approach is costly and has proven ineffective in reducing cannabis consumption.⁹ A thorough reform of the Swiss cannabis policy is thus needed.

Following an amendment to the NarcA in 2021, pilot trials of regulated cannabis sales are currently being organised throughout Switzerland.¹⁰ These will help to determine whether and how a regulated cannabis market could be established.¹¹ Furthermore, the Parliament approved a parliamentary initiative aimed at legalising cannabis.¹² A revision of the cannabis legislation will therefore take place in the coming years, with the pilot trials providing an important decision-making basis. Research on legal and political developments of cannabis regulation is lacking. In particular, the benefits of an experimental approach with pilot trials have not been much thematised. This paper attempts to bridge this gap. It is particularly significant as it addresses a sensitive topic in criminal and health policy in the early stages of a lengthy legislative process. Furthermore, Switzerland is an interesting case in drug regulation as it has been a pioneer in alternative drug policies with its four-pillar drug policy.¹³ Moreover, it is the first country in the world to carry out pilot trials of regulated cannabis sales on a nationwide level. It may therefore be of interest to other jurisdictions to understand how these pilot trials are

8 Federal Council, *Avenir de la politique suisse en matière de drogue: Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 17.4076, Rechsteiner Paul, 12 décembre 2017 (2021)* 36 (*'Avenir de la politique suisse en matière de drogue'*); Art. 19b(1) NarcA ; Ordonnance sur les amendes d'ordre (OAO) [Fixed Penalties Ordinance] 16 January 2019, SR 314.11, Annex 2; Michael Herzig, Frank Zobel and Sandro Cattacin, *Politique en matière de cannabis. Les questions que personne ne pose* (2019) 69–72; Stéphanie Stucki, Pierra Esseiva and Frank Zobel, *Mise en oeuvre de la loi sur les stupéfiants (LStup): expériences des cantons et perspectives pour l'avenir* (2019) 48–51.

9 Swiss Federal Commission for Drug Issues, *La loi sur les stupéfiants (LStup) a dix ans: réflexions pour l'avenir* (2019) 17.

10 Art. 8a NarcA.

11 Message concernant la modification de la loi sur les stupe'fiants (essais pilotes impliquant du cannabis) du 27 February 2019 2497, 2521.

12 National Council, *Parliamentary initiative 20.473* (Heinz Siegenthaler) 25 September 2020 (*'Initiative Siegenthaler'*).

13 The four-pillars policy— with prevention, therapy, harm reduction and repression— forms the cornerstone of the Swiss drug policy. It was developed against the background of the heroin epidemic of the 1990 s and was enshrined in law in 2008; Federal Council, *Avenir de la politique suisse en matière de drogue* (n 8) 11.

designed and conducted to better assess how to reform their own cannabis regulation. This experimental and evidence-based approach to cannabis legalisation can be of help to move beyond the classic “legalise or criminalise” debate. This paper will examine the prospect of cannabis legalisation in Switzerland, exploring in particular how pilot trials contribute to the discussion on legalisation. The focus is placed exclusively on cannabis for recreational use.¹⁴ Based on legal and political analyses, it will be demonstrated that cannabis legalisation with strict regulation is likely to occur within the next decade. The paper will begin by presenting the history of cannabis regulation in Switzerland in chapter II. The political climate surrounding the reform of the cannabis regulation will be shortly summarised in chapter III. The mechanisms of the current legislation, the objectives and the problems related to it will be discussed in chapter VI. The pilot trials that are currently taking place and the requirements associated with them will be described in chapter V, along with a critical perspective.

II. Historical Development of Cannabis Use and Regulation

The first Swiss Narcotics Act was introduced in 1924.¹⁵ The Act prohibited the illegal trade of opium, morphine, heroin, coca leaves, cocaine, and their derivatives. Mostly unknown at that time, cannabis was not included in the controlled substance list.¹⁶ It was added in 1951, to comply with international obligations arising from the Second International Opium Convention.¹⁷ Trade, purchase and possession of cannabis became criminal

14 As cannabis for medical purposes was legalised in August 2022, it falls outside the scope of this paper.

15 Thomas Morgenthaler, ‘Politik der Aussonderung: Rückblick auf die schweizerische “Drogenpolitik”’ in Thomas Kessler (ed), *Cannabis Helvetica: Hanf in der Schweiz – Hoffnung für die Drogenpolitik* (1985) 145, 150.

16 *Loi fédérale sur les stupéfiants* (du 2 octobre 1924), FF 1924 III 521.

17 Message du Conseil fédéral à l’Assemblée fédérale relatif à la révision de la loi sur les stupéfiants (Du 9 avril 1951), FF 1951 I 841, 866; Frank Zobel, ‘Swiss Drug Policy’ in Renaud Colson and Henri Bergeron (eds), *European Drug Policies: The Ways of Reform* (2017) 206, 207.

offences, while consumption remained unprohibited.¹⁸ Cannabis use remained negligible until the mid-1960s, where it started to be consumed for its psychoactive effects within hippie and youth movements.¹⁹ Within a few years, cannabis began to be consumed outside these movements and became widespread, reaching 600'000 users in Switzerland in the mid-1970s.²⁰ The NarcA was amended in 1975. A revised drug policy, based on three pillars—prevention, treatment, and repression—was introduced and cannabis consumption became a criminal offence.²¹ The amendment marked a shift towards restrictive and criminalising drug policies.

During the following two decades, cannabis consumption grew steadily.²² However, due to the problems related to the open drug scenes that had developed in several Swiss cities, cannabis was side-lined by the authorities.²³ Moreover, due to the extensive media coverage of the open drug scenes and the ravages caused by hard drugs, the use of cannabis received increased tolerance at both the public and the political level.²⁴ In the early 1990s, local authorities across Switzerland turned to a “pragmatic approach” to drug policies and introduced harm reduction as a complement to prevention, therapy, and repression.²⁵ At the turn of the century, drugs were a much-discussed and controversial topic among the Swiss population.²⁶ Two popular initiatives were brought forward between 1993 and 1994. One called for more restrictive drug policies by prohibiting harm reduction measures;²⁷ while the second one aimed at decriminalising

18 Yann Boggio et al., *Apprendre à gérer: la politique suisse en matière de drogue* (1997) 29.

19 Harald Klingemann, 'Drug Treatment in Switzerland: Harm Reduction, Decentralization and Community Response' (1996) 91(5) *Addiction* 723, 724.

20 Andreas Giger-Gschwend, 'Hanf in unserer Gesellschaft: von der Rebellion zur Integration' in Thomas Kessler (ed), *Cannabis Helvetica: Hanf in der Schweiz – Hoffnung für die Drogenpolitik* (1985) 129, 139.

21 Peter Albrecht, 'Strafen gegen den Drogenmissbrauch' in Thomas Kessler (ed), *Cannabis Helvetica: Hanf in der Schweiz – Hoffnung für die Drogenpolitik* (1985) 93, 95; Loi sur les stupéfiants: Modification du 20 mars 1975, FF 1975 I 1220, 1224.

22 Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, *Rapport sur le Cannabis de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues* (1999) 14.

23 Simon Anderfuhren-Biget et al., 'Swiss Cannabis Policies' in Tom Decorte, Simon Lenton and Chris Wilkins (eds), *Legalizing Cannabis: Experiences, Lessons and Scenarios* (2020) 323.

24 Boggio et al. (n 18) 88.

25 Each canton then had its own decentralised drug policy; Zobel (n 17) 209–210.

26 Ibid 210.

27 *Initiative populaire fédérale 'Jeunesse sans drogue'* (n 1).

the cultivation, purchase, possession, and consumption of all drugs.²⁸ Both were rejected by over 70% of voters.²⁹ The initiatives and the debates surrounding these initiatives highlighted the need for legislative reform in the Swiss drug policy.³⁰ The Federal Council then proposed a partial revision of the NarcA. The aim was to bring the law into line with modern drug policy practices by anchoring the four-pillar policy in the legislation and to decriminalise cannabis consumption. The latter aspect led the Parliament to reject the reform.³¹ The revision was then modified to drop the question of cannabis and was accepted by popular vote in 2008. During the same vote, Swiss citizens rejected a popular initiative aiming at decriminalising cannabis consumption as well as cultivation, possession, and acquisition for personal use.³² The issue of cannabis thus remained at the status quo. Combatting cannabis consumption required considerable efforts from the police and the courts, which were considered disproportionate to the seriousness of the offence. Moreover, law enforcement practices varied considerably among cantons.³³ The Parliament thus decided to amend the NarcA in 2011, decriminalising cannabis consumption: administrative fines replaced criminal proceedings for consumption of small quantities.³⁴ Despite the rejection of the cannabis initiative in 2008, neither cannabis consumption nor the problems associated with it—criminality, black market, risks related to the quality of the products—decreased.³⁵ Some of Switzerland's main cities started working on new regulatory approaches: bottom-up solutions were explored and projects to study the feasibility of controlled sales of cannabis were launched.³⁶ By 2017, almost all Swiss cities had launched their own cannabis trials or joined interurban working groups on cannabis

28 *Initiative populaire fédérale 'pour une politique raisonnable en matière de drogue'* (n 1).

29 The initiative "Jeunesse sans Drogue" was rejected by 70.7% of voters, DroLeg by 74%.

30 Anderfuhren-Biget et al. (n 23) 325.

31 The 2004 revision was narrowly rejected. The Council of States accepted it, whereas the National Council dismissed it, with 89 votes in favour and 96 against; National Council, *Parliamentary debate* 01.024, 14 June 2004.

32 The initiative was rejected by 63% of voters. *Votation populaire du 30.11.2008* (n 2).

33 Frank Zobel, Jennifer Hasselgård-Rowe and Barbara Broers, *Rapport de synthèse sur la cannabis de la Commission fédérale pour les questions liées aux addictions* (2019) 8.

34 *Loi sur les stupéfiants: Modification du 28 septembre 2012*, RO 2013 1451; Andreas Eicker, 'Entkriminalisierung durch Auflösung des Strafrechts, zur Revision des Schweizer Ordnungsbussengesetzes' (2018) 30(3) *Neue Kriminalpolitik* 268, 269.

35 Federal Council, *Avenir de la politique suisse en matière de drogue* (n 8) 14–16.

36 Anderfuhren-Biget et al. (n 23) 327.

regulation.³⁷ Those projects required specific scientific research authorisations from the Federal Office of Public Health (FOPH), which were denied. As a result, parliamentarians filed motions to create a legal basis for pilot trials involving the dispensing of cannabis for non-medicinal purposes.³⁸ The Federal Council then drafted a new article for scientific pilot trials with cannabis, which was accepted by Parliament in 2020. Article 8a NarcA entered into force in May 2021. The pilot trials will serve as the basis for future legislation.³⁹ Chapter V of this paper will further describe these pilot trials and their implementation.

III. Political Climate Surrounding the Reform of the Cannabis Regulation

After the rejection of the initiative in 2008, three different parliamentary procedure requests for cannabis legalisation were submitted by politicians motivated by different reasons: reducing law enforcement costs, putting alcohol and cannabis on an equal footing, and generating additional tax revenue.⁴⁰ In response to these motions, the Federal Council issued an opinion in May 2018: “The current prohibition of cannabis in the NarcA, which aims at protecting the population, acts insufficiently. Despite the ban, consumption is not decreasing, the black market is growing, there is no quality control, and consumer safety is not guaranteed. Furthermore, law enforcement, which mobilises enormous resources, is not very effective. From a health policy perspective, it is therefore imperative to

37 Federal Office of Public Health, *Modification de la loi sur les stupéfiants et ordonnance sur les essais pilotes au sens de la loi sur les stupéfiants (essais pilotes impliquant du cannabis), Rapport sur les résultats de la procédure de consultation* (2018) 4 (‘Federal Office of Public Health, Modification’).

38 National Council, *Motions 17.4111* (Regine Sauter), *17.4112* (Angelo Barrile), *17.4413* (Regula Rytz), *17.4414* (Kathrin Bertschy) 19 September 2018 and *17.4210* (Roberto Zanetti) 14 December 2017.

39 Art. 8a NarcA; *Ordonnance sur les essais pilotes au sens de la loi sur les stupéfiants (OEPStup)* [Ordinance on Pilot Trials under the Narcotics Act] 31 March 2021, SR 812.121.5, Art. 5 (2).

40 National Council, *Parliamentary initiative 09.488* (Katharina Prelicz-Huber) 24 September 2009, *Motion 18.3150* (Heinz Siegenthaler) 13 March 2018 and *Postulate 18.4009* (Beat Flach) 28 September 2018.

examine new approaches to deal with the cannabis problem.”⁴¹ Despite this, all legalisation requests have been rejected by Parliament. However, a postulate, filed by Paul Rechsteiner, a socialist member of the Council of States, was adopted.⁴² It commissioned the Federal Council to conduct a review of the actual drug policy and to plan the future of Swiss drug policy for the next decade, considering current national and international developments. The report was delivered accordingly in April 2021. It recognises that consumption practices of recreational substances have changed considerably and evaluates the current cannabis policy as inadequate and therefore, needing adjustment to reflect the current situation.⁴³ A gradual revision of the national drug policy is suggested, with the four-pillar model as the backbone of a comprehensive policy. Measures focusing on people rather than substances are proposed.⁴⁴ In short, the Federal Council advocates that future drug policy should focus solely on people with problematic drug use and on the protection of young people.⁴⁵ In parallel, the Federal for Drug Issues issued two reports drawing similar conclusions: the NarCA needed to be revised, as it fails to address the realities of drug consumption.⁴⁶ Prohibition led to the criminalisation of large sections of the population and to collateral damages in terms of health and safety. The decriminalisation of drug use with strict regulation of sales and production, focusing on the protection of young people is recommended.⁴⁷

Based on these reports, a parliamentary initiative was submitted in September 2020 by Heinz Siegenthaler.⁴⁸ The initiative aims at lifting the prohibition of cannabis and reforming the regulation of its cultivation, production, trade, and consumption. It was accepted by the Social Security and Health Committees (SSHC) of both parliamentary chambers in October 2021. An ad hoc sub-committee of the SSHC of the National Council is therefore currently carrying out legislative work and drafting

41 Federal Council, *Statement of the Federal Council of 23 May 2018 in response to the motion 18.3150* (Heinz Siegenthaler).

42 Council of States, *Postulate 17.4076* (Paul Rechsteiner) 12 December 2017.

43 Federal Council, *Avenir de la politique suisse en matière de drogue* (n 8) 9.

44 *Ibid* 29, 51.

45 *Ibid* 69.

46 Swiss Federal Commission for Drug Issues (n 9) 9.

47 Zobel, Hasselgård-Rowe and Broers (n 33) 27; Swiss Federal Commission for Drug Issues (n 9) 31.

48 National Council, *Initiative Siegenthaler* (n 12).

new regulations for a regulated cannabis market based on research, on the results of the ongoing pilot trials and on successful regulatory models from other countries. The sub-committee has until October 2023 to prepare a draft law, which will then be submitted to the Parliament for approval.⁴⁹

On another front, Thomas Minder, an independent member of the Council of States, submitted a postulate requesting a report on ways to better exploit the cannabis plant economically to regulate it in a modern and comprehensive manner. The aim of this report is to revive the political debate on cannabis legalisation, improve legal certainty and ensure uniform implementation of the regulations around the production, trade and consumption of hemp and cannabis products throughout Switzerland. The postulate was adopted, and the Federal Council is currently working on the report.⁵⁰

The regulation of cannabis, in particular the decriminalisation of consumption and the protection of youth, is a hot topic in Swiss politics. Both Parliament and the Federal Council are currently working on this issue. However, given its controversial nature, many voices have been raised against projects to create regulated markets. Conservative politicians have already announced opposing any plans to decriminalise cannabis and that referendums against such legislation will be held.⁵¹ It is therefore to be expected that Swiss citizens will vote on the issue of cannabis legalisation within the next decade.

IV. Current Legalisation

In this section, the NarcA will be introduced and the specific provisions on cannabis will be presented. The problems with the current legislation will be then discussed. Pilot trials will be covered separately in chapter V.

49 *Federal Act on the Federal Assembly (Parliament Act, ParLA)* of 13 December 2002, SR 171.10, Art. 111(a); Secretariat of the Committees for Welfare and Health, 'Pas d'objectif maximal pour la hausse des coûts de la santé' (Press release, 8 April 2022).

50 Council of States, *Postulate 21.3280* (Thomas Minder) 18 March 2021.

51 Elisa Jeanneret, 'Parlament legalisiert Cannabis – SVP findet es "bedenklich"', *Nau* (online), 23 October 2021.

1. The Narcotics Act

The NarcA regulates all narcotics and psychotropic substances in a uniform manner, with the four pillars policy as its cornerstone.⁵² The objective of the law is not only the protection of individual health but also the protection of the population from the adverse effects of addiction-related disorders—so-called “collateral damages for society”.⁵³ The NarcA and its ordinances only regulate cannabis plants and preparations with a tetrahydrocannabinol (THC) content of 1% or more.⁵⁴ Cannabis preparations below this limit are not subject to any regulations. The cultivation, production, trade, transport, import, export, financing, acquisition, and possession of cannabis are criminal offences under Art. 19 NarcA.⁵⁵ Penalties are custodial sentences of up to three years or monetary penalties.⁵⁶ Art. 19*b* provides for exceptions: the preparation of a negligible quantity of narcotics for personal consumption does not constitute an offence, whereas 10 grams of cannabis is considered a negligible quantity. In this respect, the cultivation, acquisition, and possession of up to 10 grams of cannabis for personal consumption are considered “preparation acts” and therefore exempted from punishment.⁵⁷ Likewise, supplying cannabis to another adult for the purpose of consuming it together is also decriminalised. However, consumption remains a criminal offence and is punishable by an administrative fine of CHF 100, provided that the consumer is not in possession of more than 10 grams of cannabis.⁵⁸ Should the 10 grams limit be exceeded, ordinary criminal proceedings are initiated.⁵⁹

52 Art. 2*b* NarcA; Gustav Hug-Beeli, *Betäubungsmittelgesetz (BetmG): Kommentar zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951* (2016) Art. 1*a* [5–7].

53 Thomas Fingerhuth, Stephan Schlegel and Oliver Jucker, *BetmG Kommentar: Betäubungsmittelgesetz mit weiteren Erlassen* (3rd ed, 2016) Art. 1 [3].

54 Ordonnance du DFI sur les tableaux des stupéfiants, des substances psychotropes, des précurseurs et des adjuvants chimiques (Ordonnance sur les tableaux des stupéfiants, OTStup-DFI) [Federal Ordinance on the Lists of Narcotics, Psychotropic Substances, Precursors and Auxiliary Chemicals] 20 May 2011, SR 812.121.11, Annex 1.

55 The term “cannabis” in this paper always refers to illegal cannabis. The term “legal cannabis” refers only to preparations with a THC content of less than 1%.

56 Art. 19(1) NarcA.

57 BGer 6B_630/2016, 25 January 2017, C. 2.3; Hug-Beeli (n 52) Art. 19*a* [406].

58 Art. 19*b*(1) NarcA; *Loi sur les amendes d'ordre* (LAO) [Fixed Penalties Act] 16 March 2016, SR. 314.1, Art. 1(1)(a)(10); Annex 2 OAO; *Swiss Criminal Code* of 21 December 1937, SR 311.0, Art. 366(2).

2. Problems with the Current Legislation

The current legislation is inconsistent and unclear: possessing a few grams of cannabis for personal consumption is decriminalised, but the consumption in itself remains a criminal offence. Therefore, a consumer who buys a few grams of cannabis remains in conformity with the law only by not consuming it. This contradiction is the result of a carelessly written law, which brings legal uncertainty and has given rise to various problems of interpretation by the police and prosecution authorities.⁶⁰ Moreover, enforcement practices differ significantly between cantons. The distinction between preparatory acts for consumption and actual consumption is difficult and nonsensical; possession always preceding consumption.⁶¹ Furthermore, there are important variations in the initiation of criminal proceedings against consumers, as the decision to report criminal offences to the public prosecutor or to impose an administrative fine on the spot is taken by the police. Given the lack of clarity in the law, the police ultimately decide on a case-by-case basis. These inconsistent police operations lead to significant disparities in law enforcement.⁶² Since the last rejection of the legalisation of cannabis in 2008, law enforcement practice has been more repressive and prosecutions against consumers have intensified.⁶³ Despite this, consumption has been rising, which is consistent with research showing that repressive policies have little impact on consumption.⁶⁴ The total cost of this repressive drug policy is difficult to measure.⁶⁵ A recent study estimated the costs of policing, criminal proceedings and enforcement measures related to cannabis at

59 Hug-Beeli (n 52) Art. 19a [406].

60 Federal Commission for Drug Issues (n 9) 17–18; Hug-Beeli (n 52) Art. 19b [4]; Peter Albrecht, *Die Strafbestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes (Art. 19–28 l BetmG)* (3rd ed, 2016) 186.

61 Federal Council, *Avenir de la politique suisse en matière de drogue* (n 8) 49; Herzig, Zobel and Cattacin (n 8) 124.

62 Herzig, Zobel and Cattacin (n 8) 69–72.

63 *Ibid* 123.

64 Federal Statistical Office (n 3); Marysia Ogrodnik et al., 'An Economic Analysis of Different Cannabis Decriminalization Scenarios' (2015) 27 *Psychiatria Danubina* 309, 312; Brendan Hughes, João Matias and Paul Griffiths, 'Inconsistencies in the Assumptions Linking Punitive Sanctions and Use of Cannabis and New Psychoactive Substances in Europe' (2018) 113(12) *Addiction* 2155, 2155.

65 Sheron Baumann, 'Ökonomische Analyse des Schweizer Cannabismarktes' (2008) 1 *Abhängigkeiten* 24, 43.

approximately CHF 119 million per year.⁶⁶ In addition to the direct costs of repression, prohibitionist policies entail social costs related to insufficient prevention, harm reduction measures and treatment.⁶⁷ In particular, high health and social costs occur due to the low quality of products purchased on the black market.⁶⁸

V. Pilot Trials

1. Objectives

According to Art. 8a NarcA, the FOPH may, on request and after consultation with the cantons and municipalities concerned, authorise scientific pilot trials with narcotics with cannabinoid-like effects. The goal is to examine new regulatory approaches and to obtain scientifically supported data on the effects of controlled access to cannabis. The effects on the physical and psychological health of consumers and consumption-related behaviours will be primarily assessed. Socio-economic aspects, such as the effects on users' work capacity and their family and social relationships, will also be examined. Moreover, the impact on criminality and on the

66 Federal Council, *Avenir de la politique suisse en matière de drogue* (n 8) 17.

67 Baumann (n 65) 43.

68 Particularly worrying are the high levels of pesticides, spores, micro-organisms, heavy metals, and synthetic cannabinoids discovered in cannabis samples tested across Switzerland. Synthetic cannabinoids are synthetic chemicals with a similar mechanism of action to THC, sprayed on legal industrial hemp and then sold on the black market as natural cannabis. They contain higher toxicity than natural cannabis, leading to increased health risks. Its effects on consumers are unpredictable and have led to cases of fatal overdose. No specific regulations or measures have been adopted to date.; Manuela Carla Monti et al., 'Adulteration of Low-delta-9-tetrahydrocannabinol Products with Synthetic Cannabinoids: Results from Drug Checking Services' (2022) 14(6) *Drug Testing and Analysis* 1026, 1027; Markus Schläpfer, Christian Bissig and Christian Bogdal, 'Synthetische Cannabimimetika auf Industriehanblüten' (2020) 7 *Kriminalistik: Zeitschrift für die gesamte kriminalistische Wissenschaft und Praxis* 433, 435; Markus Schläpfer, 'Cannabis Typisierung – Differenzierung auf der Strasse' (2018) (4) *Kriminalistik: Zeitschrift für die gesamte kriminalistische Wissenschaft und Praxis* 258, 258, 259; Dominique Schori, *Synthetische Cannabinoide: Ergebnisse aus dem Drug-Checking der Stadt Zürich, Januar bis August 2020* (2020) 6; Werner Bernhard et al., 'Untersuchung von Cannabis auf Streckmittel, Verschnittstoffe, Pestizide, mikrobiologische und anorganische Kontaminationen', Institut für Rechtsmedizin der Universität Bern (2017) 12.

local black market, as well as the protection of youth will be observed in some trials.⁶⁹ Finally, the appropriateness of different distribution systems will also be evaluated.⁷⁰ The results will then be used as a basis for decisions on future cannabis regulation.⁷¹

2. Applicability of the Narcotics Act

The Ordinance on Pilot Trials explicitly derogates from the NarCA regarding provisions on the prohibition of cultivation, production, import and sale of narcotics containing an effective concentration of cannabinoids.⁷² There is, however, no legal exemption from prosecution for possession and consumption of cannabis for pilot trials participants. This can be explained by the fact that participants can only purchase up to 10 grams of cannabis within the pilot trials; the same quantity that is considered a “negligible quantity” under Art. 19b NarCA.⁷³ Although not explicitly mentioned in the Ordinance, participants will be able to consume legally. However, this only applies to private spaces or cannabis social clubs. As cannabis consumption in such spaces is generally not subject to police control, pilot trials participants are in practice not significantly privileged before the law.⁷⁴ Beyond the few exceptions mentioned, the current legal situation is applicable in the context of the pilot trials. The following actions remain therefore prohibited: possession of more than the authorized quantity of the cannabis supplied in the trials; resale, sharing or giving away of the study cannabis to third parties or minors, passing on to minors, consumption in public places as well as driving a vehicle under the influence of cannabis.⁷⁵

69 *Ordinance on Pilot Trials under the Narcotics Act* (Switzerland) 31 March 2021, SR 812.121.5, Art. 2(2).

70 *Ibid* Art. 32(2).

71 FF 2018 2497 (n 11), 2498.

72 Art. 3 OEPStup.

73 Art. 16(1) OEPStup. The possession of up to 10 grams of cannabis is exempted from punishment (see chapter IV).

74 The main benefits of participating in the pilot trials are thus the controlled quality of the products and the convenience of purchasing it legally.

75 Art. 16–17 OEPStup; *Loi fédérale sur la circulation routière* (LCR) [Road Traffic Act] 19 December 1958, SR 741.01, Art. 15d(1)(a); ‘Weed Care – Informationen’ (Web page, undated).

3. Requirements

Pilot trials may be conducted by public or private organisations, in collaboration with local enforcement and prosecution authorities and subject to authorisation by the FOPH.⁷⁶ Each trial is geographically restricted to one or several municipalities, for a duration of five years. They may, upon request, be extended for a total duration of seven years. The maximum number of participants is 5000 per trial.⁷⁷ Cannabis sold within the trials must meet strict quality requirements: plants must be organically produced in Switzerland, be free from additives and contaminants and comply with European rules of agricultural practice for the cultivation of medicinal plants.⁷⁸ The THC level must not exceed 20% per product. Additional rules apply for products intended to be ingested, such as cannabis oils.⁷⁹ Products must be properly packaged and labelled, and advertising is prohibited.⁸⁰

Only regular cannabis consumers are eligible to participate in the trials.⁸¹ They must be domiciliated in the canton of the trial, accept the conditions of the scientific study (with requirements such as the obligation to answer questionnaires) and be able to prove that they already use drugs with cannabinoid-like effects.⁸² Participation is excluded for minors and for people suffering from a disease for which the use of cannabis is contraindicated, such as psychosis.⁸³ Participants will be able to purchase up to 10 grams of THC per month for their personal use, at a price corresponding to the local black market price.⁸⁴ Consumption of the products in public spaces is forbidden.⁸⁵

76 Art. 18(a), 21–22 OEPStup.

77 Art. 5–6 OEPStup.

78 Rules of good agricultural practice for the cultivation of medicinal plants as defined by the European Medicines Agency.

79 Art. 9(1)(b) OEPStup.

80 Art. 11–12 OEPStup.

81 Participants will have to prove that they are regular consumers through normalised tests or hair samples analysis.

82 Art. 14 OEPStup.

83 People with first-degree relatives suffering from psychiatric disorders would for instance also be banned from participating in a pilot trial.; Art. 14(2) OEPStup; Jacob Ablin et al., 'Medical Use of Cannabis Products: Lessons to Be Learned from Israel and Canada' (2016) 30(1) *Der Schmerz* 3, 4.

84 Art. 16 OEPStup.

85 Art. 17(1) OEPStup.

Every year, organisers will monitor the quantities of cannabinoids acquired, delivered, and stored and prepare a research report with an evaluation of the trial.⁸⁶ The FOPH will continuously review the reports with a view to a possible amendment of the law. In particular, the effects on individual and public health, consumer behaviour, public safety and order as well as the appropriateness of the distribution measures, instruments and procedures will be examined.⁸⁷ At the end of the testing period, the Federal Council as well as the Parliament will be informed of the results.⁸⁸ The research reports will then be reviewed in light of legislative developments, including additional sectoral research to ensure that a sufficient scientific basis for decision-making is created for the legislator to amend the legislation.⁸⁹

4. Current Projects

The first trial started in September 2022 in Basel. Other trials—in Berne, Geneva, Lausanne and Zurich—organised by the cities in cooperation with universities and associations, are currently in the development phase or awaiting approval.⁹⁰ For now, three different distribution models are being considered: pharmacies, cannabis social clubs and retail shops.

86 Art. 32 OEPStup.

87 Art. 34(2) OEPStup.

88 Art. 34(4) OEPStup.

89 Federal Office of Public Health, *Rapport explicatif: ordonnance sur les essais pilotes au sens de la loi sur les stupéfiants* (2021) 17.

90 Stadt Zürich, 'Züri Can – Cannabis mit Verantwortung' (Web page, undated); Koordinationsstelle Forschung am Menschen (Kofam), 'Cannabisverkauf in Berns Apotheken: Eine randomisierte kontrollierte Studie' (Web page, 29 April 2022); Cann-L, 'Le projet Cann-L' (Web page, 2022); Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 'Grünes Licht für Studie zum regulierten Cannabisverkauf in Apotheken im Kanton Basel-Stadt' (Web page, 19 April 2022); Federal Office of Public Health, 'WEED CARE – Studie zum regulierten Cannabisverkauf in Basel' (Web page, 22 September 2022); Koordinationsstelle Forschung am Menschen (Kofam), 'La Cannabinothèque. Un projet pilote d'accès réglementé au cannabis à Genève (Projet Pilote Cannabinothèque, PPC)' (Web page, 21 June 2022) ('Kofam, Cannabinothèque').

4.1 Pharmacies

Basel, Berne and Zurich opted for pilot trials with distribution through selected pharmacies.⁹¹ This distribution model is similar to the one adopted in Uruguay, where the sale of cannabis products is exclusively carried out by pharmacies.⁹² The advantage of such a distribution model is that the infrastructure and processes for handling and controlling substances already exist.⁹³

4.2 Cannabis Social Clubs

Cannabis social clubs are registered, non-profit associations that purchase cannabis, sell it to their members and run a clubhouse where members can consume together.⁹⁴ This distribution model will be evaluated within the pilot trial in the city of Zurich.⁹⁵ Each club will have between 50 and 150 members. Cannabis social clubs are a model of non-profit production and distribution of cannabis among a closed circuit of adult cannabis users. The main advantage of this model is that it provides members with a safe environment for consumption.⁹⁶

91 Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, Anzug Tanja Soland und Konsorten betreffend "Pilotversuch zum kontrollierten Verkauf von Cannabis", Beschluss des Regierungsrates, 10.5204.06, Basel: 2021.

92 For more information on the Urugayan model: Rosario Queirolo, 'Uruguay: The First Country to Legalize Cannabis' in Tom Decorte, Simon Lenton and Chris Wilkins (eds), *Legalizing Cannabis: Experiences, Lessons and Scenarios* (2020) 116, 122.

93 José Miguel Cruz, Maria Fernanda Boidi and Rosario Queirolo, 'The Status of Support for Cannabis Regulation in Uruguay 4 Years after Reform: Evidence from Public Opinion Surveys: Support for Cannabis Regulation' (2018) 37 *Drug and Alcohol Review* 429, 432.

94 Tom Decorte et al., 'Regulating Cannabis Social Clubs: A Comparative Analysis of Legal and Self-Regulatory Practices in Spain, Belgium and Uruguay' (2017) 43 *International Journal of Drug Policy* 44, 44.

95 Stadt Zürich (n 90).

96 Oliver Hoff, Cannabis in the Swiss Economy: Economic Effects of Current and Alternate Regulation in Switzerland (2022) 139.

4.3 Retail Shops

Projects organised by the cities of Geneva and Lausanne have opted for distribution through dedicated shops run by associations for addiction prevention.⁹⁷ Within those shops, the sale of cannabis will be accompanied by medical and social counselling. The central idea is to eliminate profit and the incentives associated with it so that the focus is on protecting consumers and public health rather than private interests.⁹⁸

4.4 Other Projects

The association “Verein Cannabis Research” announced organising three studies in St. Gallen, Basel, and Zurich with cannabis sales in private “dispensaries” to investigate the dynamics between urban-rural areas and price sensitivity.⁹⁹

5. Critical Analysis

A great deal of freedom regarding the design and organisation of the pilot tests is left to the organisers. Cities can thus organise pilot trials in line with their drug policy practices and in collaboration with their local structures. This setting echoes the situation in the 1990s when cities were testing approaches to deal with the problems associated with hard drug use.¹⁰⁰ This flexibility is extremely valuable as it provides a relatively open

97 Kofam, *Cannabinothèque* (n 90).

98 Cann-L (n 90). For a comparison of distribution models: Ivana Obradovic, ‘From Prohibition to Regulation: A Comparative Analysis of the Emergence and Related Outcomes of New Legal Cannabis Policy Models (Colorado, Washington State and Uruguay)’ (2021)

91 *International Journal of Drug Policy* 102590, 3–4.

99 The president of “Verein Cannabis Research” has family ties to the owner of “Rivamo”, the company that will operate the cannabis dispensaries.

100 It is interesting to note that although the competences for drug policy are cantonal, the cities are the most involved in prevention and harm reduction programmes; Art. 3b(1), 3d, 3 g NarcA; Valérie Junod, ‘Cannabis utilisé à des fins non-médicales: Feu vert pour des essais pilotes ciblés?’ (2018) *sui generis* 414, 426.

framework within which different hypotheses about forms of regulation can be tested with different approaches and methodologies.¹⁰¹

However, to best examine the impact of possible forms of regulation, pilot trials should be designed to be close to reality.¹⁰² The exclusion of non-consumers and people with illnesses from the participation in the trials seems thus counterproductive.¹⁰³ Although such exclusion is morally and politically comprehensible, a strong selection bias is created by allowing only regular, healthy consumers to participate in the trials.¹⁰⁴ The results of the study will therefore only be valid for this group of consumers, and not for the population as a whole. Whether more people start using cannabis as a result of legal access to the product can for instance not be answered.¹⁰⁵

VI. Future Perspectives for the Swiss Cannabis Policy

As outlined above, the current prohibitionist policy is ineffective, fails to achieve its objectives, and has serious adverse effects on public health and order.¹⁰⁶ It is therefore clear that the legislation needs to be changed. This section presents some proposals for future Swiss cannabis policy.

1. Moving away from abstinence

Cannabis regulation is based on policies originally developed against the background of the heroin epidemic of the 1990 s. However, the situation

101 Ibid; Hermann Fahrenkrug, *Drogues illégales en Suisse 1990–1993: la situation dans les cantons et en Suisse* (1995) 181–189.

102 Message concernant la modification de la loi sur les stupefiants (essais pilotes impliquant du cannabis) du 27 février 2019 2497, 2512.

103 Art. 14(2)(d) OEPStup.

104 Junod (n 100) 423.

105 Federal Office of Public Health, *Rapport explicatif: ordonnance sur les essais pilotes au sens de la loi sur les stupéfiants* (2021) 10.

106 Federal Council (Switzerland), *Avenir de la politique suisse en matière de drogue* (n 8) 18–19; Zobel, Hasselgård-Rowe and Broers (35) 21.

nowadays regarding cannabis is nothing like that of the 1990s.¹⁰⁷ Today, about one-third of the population reports having consumed cannabis at least once, while 19.3% of young people aged 20–24 disclose having consumed it in the past year.¹⁰⁸ Moreover, moderate and sporadic use of cannabis presents limited physical or psychological harm.¹⁰⁹ Indeed, 96% of Swiss cannabis users report non-problematic consumption.¹¹⁰ The most pressing issues related to cannabis are the quality of the products sold on the black market, consumption during childhood and early adolescence and the lack of prevention and support for consumers with excessive use.¹¹¹ These require prevention and harm reduction measures such as drug-checking services and cannot be effectively addressed if abstinence remains an objective of drug policy.¹¹² Abstinence is “a goal [of drug policy] that displays ignorance of reality” and runs counter to the rationale behind harm reduction, which is that consumption is a social reality.¹¹³ The clash between a paternalistic-prohibitive approach—with the aim of abstinence—and a liberal utilitarian approach—with harm reduction at the forefront—prevents the implementation of a coherent cannabis policy.¹¹⁴ Maintaining abstinence as an objective of cannabis policy hinders

107 Hug-Beeli (n 52) Art. 1a N 113; Helmut Knolle, ‘Die Entwicklung des Drogenkonsums in der Schweiz seit 1990’ (1997) 133(1) *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik* 49, 59; Federal Statistical Office (Switzerland), *Bevölkerungsbewegung in der Schweiz 1994* (Report, 1995) 23.

108 ‘Cannabis Consumption (Age: 15–64) | MonAM | FOPH’ (n 3).

109 Mario Blaise, Muriel Grégoire and Marc Valleur, ‘Addictions à l’héroïne, à la cocaïne, au cannabis et autres substances illicites’ (2017) 14(4) *EMC – Psychiatrie* 1, 8; Bernard Roques, *La dangerosité des drogues: rapport au Secrétariat d’État à la santé* (Editions Odile Jacob, 1999) 182.2

110 Calculated using a lifetime prevalence of 30%, with 1.1% of consumers having risky consumption behaviours or addiction. FOPH (Switzerland) ‘Consommation de cannabis: faits et chiffres’ (Web page, undated).

111 Federal Council (Switzerland), *Avenir de la politique suisse en matière de drogue* (n 8) 42–5.

112 Federal Commission for Drug Issues (Switzerland) (n 9) 12.

113 Andrew Groves, “Worth the Test?” Pragmatism, Pill Testing and Drug Policy in Australia’ (2018) 15(1) *Harm Reduction Journal* 12, 7; Benedikt Fischer, ‘Harm Reduction’ in *Substance Abuse in Canada: Current Challenges and Choices* (Canadian Centre on Substance Abuse, 2005) 11, 11–13; Federal Council (Switzerland), *Avenir de la politique suisse en matière de drogue* (n 8) 51.

114 Federal Commission for Drug Issues (Switzerland) (n 9) 5 and 23–25.

the effective protection of public health and should therefore be abandoned in future regulation.¹¹⁵

2. Health-based policies and legalisation with strict regulation

The Swiss drug policy is oriented towards public health.¹¹⁶ Current debates in Parliament are a case in point: the objective is to find regulatory approaches to reducing the risks associated with cannabis while maximising the benefits to public health and public order.¹¹⁷ A draft for new legislation on cannabis, currently being elaborated by a sub-committee of the National Council, foresees the creation of a regulated market and the decriminalisation of consumption.¹¹⁸ The content and form are still unknown; however, a public health approach will assuredly be pursued.¹¹⁹ Public health approaches typically focus on factors and outcomes at the population level, rather than the individual level. Measures taken within such approaches target risk factors for drug-related harm, rather than substance use *per se*.¹²⁰ Legislation is hence designed to create environments that minimise harm in the broadest sense, for users and the community.¹²¹ It is therefore expected that prevention and harm reduction measures will play an important role in future regulation.

3. Possible distribution and regulation models

The future legislation will be elaborated based on the experience of legalisation abroad and on the results of the pilot trials. At the time of publication of this paper, the models to be tested are the distribution through pharmacies, cannabis social clubs and dedicated retail shops run

115 Federal Council (Switzerland), *Avenir de la politique suisse en matière de drogue* (n 8) 51.

116 Anderfuhren-Biget et al. (n 23) 325.

117 Baumann (n 65) 43.

118 National Council (Switzerland), *Initiative Siegenthaler* (n 12).

119 Federal Commission for Drug Issues (Switzerland) (n 9) 20.

120 Jean-François Crépault, 'Cannabis Legalisation in Canada: Reflections on Public Health and the Governance of Legal Psychoactive Substances' (2018) *Frontiers in Public Health*.

121 Todd Subritzky, Simone Pettigrew and Simon Lenton, 'Issues in the Implementation and Evolution of the Commercial Recreational Cannabis Market in Colorado' (2016) 27 *International Journal of Drug Policy* 30.

by non-profit associations. It is too early to draw conclusions on the different forms of legislation that have been implemented abroad.¹²² However, considering that the Swiss cannabis policy will be public health-oriented, a conservative implementation of the cannabis market and a restrictive regulatory framework are to be expected.¹²³ Experts in the field advocate for small-scale markets, controlled by local actors, to avoid a free market dominated by large companies with significant lobbying resources.¹²⁴ The regulation should be stricter than the current alcohol and tobacco regulations.¹²⁵

Based on the findings of Callard *et al.*, the supply of cannabis through publicly owned enterprises, private non-profit associations or cooperatives is most effective in achieving public health objectives, as these pursue a public health mandate instead of profit-driven behaviour.¹²⁶ Besides cannabis distribution, these actors can educate on the risks and provide preventive measures and guidance to consumers with problematic substance use.¹²⁷ The model of a state-owned company is not politically conceivable in Switzerland, as this would imply that the trade of cannabis would be a state monopoly, with the state becoming the country's cannabis supplier.¹²⁸ Cannabis social clubs are an example of the third non-profit distribution model. However, since these clubs are by nature self-regulatory, only limited control over the availability and quality of prevention and support measures is possible.¹²⁹ The results of the pilot trials will have to be examined, but distribution by non-profit associations appears to be a promising model for the Swiss cannabis policy.

122 Valentine Schmidhauser and Frank Zobel, *Revue de littérature sur l'impact de la légalisation du cannabis aux Etats-Unis, au Canada et en Uruguay* (Addiction Suisse, 2021) 105;

123 Tom Decorte, Simon Lenton and Chris Wilkins, *Legalizing Cannabis: Experiences, Lessons and Scenarios* (Routledge, 2020) 436.

124 Sarah Zeines, 'Le cannabis réglementé en Suisse va-t-il booster la consommation?', *Heidi.news* (online, 21 July 2021).

125 Zobel, Hasselgård-Rowe and Broers (n 33) 30.

126 Cynthia Callard, David Thompson and Neil Collishaw, 'Transforming the Tobacco Market: Why the Supply of Cigarettes Should Be Transferred from for-Profit Corporations to Non-Profit Enterprises with a Public Health Mandate' (2005) 14(4) *Tobacco Control* 278, 280.

127 *Ibid.*

128 Coral Gartner and Wayne Hall, 'Lessons from Tobacco Regulation for Cannabis Product Regulation' in Tom Decorte, Simon Lenton and Chris Wilkins (eds), *Legalizing Cannabis: Experiences, Lessons and Scenarios* (Routledge, 2020) 233, 248.

129 Decorte et al. (n 94) 54.

4. Creation of a new cannabis law

The NarcA regulates all narcotics and psychotropic substances in a uniform manner:¹³⁰ Apart from Art. 8a on pilot trials for cannabis products and Art. 19b para. 2 defining 10 g of cannabis as a negligible quantity, all provisions are the same regardless of the narcotic or psychotropic substance. Amending the legislation on cannabis implies modifying the provisions on manufacture, supply, distribution and use of narcotics, control, and criminal offences. As the NarcA is not organised by substance, adding a chapter with all regulations on cannabis would conflict with the structure of the law. Given the number of new articles to be introduced and the fact that cannabis and its consumption patterns differ significantly from other narcotic drugs and psychotropic substances, it seems appropriate to take cannabis out of the NarcA and create a stand-alone law.¹³¹ Cannabis could then be regulated in its own separate law, following the model of the Alcohol Act, with provisions covering all aspects from production to taxation, with a particular focus on the social and health aspects.¹³²

VII. Conclusion

The current drug law was drafted almost three decades ago in response to the problems associated with open drug scenes. However, the situation regarding cannabis today radically differs from that of the time. The abstinence objective of the NarcA conflicts with a successful implementation of the four-pillar policy: more prevention and harm reduction measures would be necessary to protect consumers, especially young people, from problematic consumption and addiction. These measures cannot be achieved without acknowledging that cannabis consumption is now a social reality and without investing more human and financial resources in it. The assumption that prohibition has a

¹³⁰ *Narcotics Act* (Switzerland) 3 October 1951, SR 812.121, Art. 2b.

¹³¹ Herzig, Zobel and Cattacin (n 8) 17.

¹³² Federal Commission for Drug Issues (Switzerland) (n 9) 35.

preventive effect on consumption has been proven wrong:¹³³ the current cannabis legislation is thus ineffective and causes significant economic and social costs. Therefore, cannabis needs to be separated from the uniform drug policy of the NarcA, legalised and strictly regulated in a stand-alone law.

The ongoing pilot trials have been presented. Despite not being representative of the Swiss population, they remain an excellent way to determine whether and in which form to establish a regulated market. This experimental approach, leaving a great deal of freedom to local authorities, is evidence-based and pragmatic, and characteristic of Swiss drug policy. Further, implementation forms have been examined. The establishment of a legal cannabis market with strict regulation has been shown to be most consistent with Swiss drug policy. Regarding distribution models, we demonstrated that distribution through small markets, with non-profit actors, would be most effective in achieving public health objectives. However, the results of the pilot trials as well as an analysis of the effects of legalisation in other countries will be crucial in determining appropriate models for Switzerland. Provided that the results from pilot trials are conclusive, it is to be expected that most politicians would support the establishment of a regulated market for cannabis. However, as is customary in Switzerland, the population will probably have the final say in a popular vote.

Bibliography

- Ablin, Jacob et al., 'Medical Use of Cannabis Products: Lessons to Be Learned from Israel and Canada' (2016) 30(1) *Der Schmerz* 3
- Albrecht, Peter, *Die Strafbestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes* (Art. 19–28 I BetmG), Bern: Stämpfli, 3rd ed, 2016
- Albrecht, Peter, 'Strafen gegen den Drogenmissbrauch' in Thomas Kessler (ed), *Cannabis Helvetica: Hanf in der Schweiz – Hoffnung für die Drogenpolitik*, Solothurn: Nachtschatten Verlag, 1985, 93

¹³³ Federal Council (Switzerland), *Message concernant l'initiative populaire "pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse"*, 16 December 2006, 256.

- Anderfuhren-Biget, Simon et al., 'Swiss Cannabis Policies' in Tom Decorte, Simon Lenton and Chris Wilkins (eds), *Legalizing Cannabis: Experiences, Lessons and Scenarios*, Abingdon and New York: Routledge, 2020, 323
- Arachi, Alessandra, 'Cannabis, primo sì alla legge: a casa sarà possibile coltivare fino a 4 piante', *Corriere della Sera* (online) 8 September 2021 <https://www.corriere.it/cronache/21_settembre_08/cannabis-nuova-legge-si-potranno-coltivare-piantine-casa-d7975d98-10ab-11ec-ab7a-b73971e4222a.shtml>
- Baumann, Sheron, 'Ökonomische Analyse des Schweizer Cannabismarktes' (2008) 1 *Abhängigkeiten* 24
- Bernhard, Werner et al., 'Untersuchung von Cannabis auf Streckmittel, Verschnittstoffe, Pestizide, mikrobiologische und anorganische Kontaminationen', Universität Bern: Institut für Rechtsmedizin (2017) <<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-cannabis/untersuchung-cannabisverunreinigung.pdf.download.pdf/Untersuchung%20Cannabisverunreinigungen.pdf>>
- Boggio, Yann et al., *Apprendre à gérer: la politique suisse en matière de drogue*, Geneva: Georg Editeur, 1997
- Cann-L, 'Le projet Cann-L' (Web page, 2022) <<https://cann-l.ch/le-projet/>>
- Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, *Rapport sur le Cannabis de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues*, Bern: Office fédéral de la santé publique 1999
- Cruz, José Miguel, Maria Fernanda Boidi and Rosario Queirolo, 'The Status of Support for Cannabis Regulation in Uruguay 4 Years after Reform: Evidence from Public Opinion Surveys: Support for Cannabis Regulation' (2018) 37 *Drug and Alcohol Review* 429
- Decorte, Tom et al., 'Regulating Cannabis Social Clubs: A Comparative Analysis of Legal and Self-Regulatory Practices in Spain, Belgium and Uruguay' (2017) 43 *International Journal of Drug Policy* 44
- Eicker, Andreas, 'Entkriminalisierung durch Auflösung des Strafrechts: zur Revision des Schweizer Ordnungsbussengesetzes' (2018) 30(3) *Neue Kriminalpolitik* 268
- Fahrenkrug, Hermann, *Drogues illégales en Suisse 1990–1993: la situation dans les cantons et en Suisse*, Zürich: Seismo, 1995
- Federal Council, *Avenir de la politique suisse en matière de drogue: Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 17.4076*, Rechsteiner Paul, 12 décembre 2017, April 2021

- Federal Office of Public Health, 'WEED CARE – Studie zum regulierten Cannabisverkauf in Basel' (Web page, 22 September 2022) <<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/cannabis/pilotprojekte/bewilligte-pilotversuche/weed-care.html>>
- Federal Office of Public Health, *Rapport explicatif: ordonnance sur les essais pilotes au sens de la loi sur les stupéfiants*, Bern: Federal Office of Public Health, 2021
- Federal Office of Public Health, *Modification de la loi sur les stupéfiants et ordonnance sur les essais pilotes au sens de la loi sur les stupéfiants (essais pilotes impliquant du cannabis), Rapport sur les résultats de la procédure de consultation*, Bern: Federal Office of Public Health, 2018 ('Federal Office of Public Health, *Modification*')
- Federal Statistical Office, 'Consommation de cannabis, 2002, 2007, 2012, 2017' (2019) <<http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/fr/02a5.xml>>
- Fingerhuth, Thomas, Stephan Schlegel and Oliver Jucker, *BetmG Kommentar: Betäubungsmittelgesetz mit weiteren Erlassen*, Zürich: Orell Füssli, 3rd ed, 2016
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 'Grünes Licht für Studie zum regulierten Cannabisverkauf in Apotheken im Kanton Basel-Stadt' (Web page, 19 April 2022) <<https://www.gd.bs.ch/nm/2022-gruenes-licht-fuer-studie-zum-regulierten-cannabisverkauf-in-apotheken-im-kanton-basel-stadt-gd.html>>
- Giger-Gschwend, Andreas, 'Hanf in unserer Gesellschaft: von der Rebellion zur Integration' in Thomas Kessler (ed), *Cannabis Helvetica: Hanf in der Schweiz – Hoffnung für die Drogenpolitik*, Solothurn: Nachtschatten Verlag, 127
- Herzig, Michael, Frank Zobel and Sandro Cattacin, *Politique en matière de cannabis. Les questions que personne ne pose*, Zürich: Seismo, 2019
- Hoff, Oliver, *Cannabis in the Swiss Economy: Economic Effects of Current and Alternate Regulation in Switzerland*, Diss., Geneva, 2022
- Hug-Beeli, Gustav, *Betäubungsmittelgesetz (BetmG): Kommentar zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951*, Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag, 2016
- Hughes, Brendan, João Matias and Paul Griffiths, 'Inconsistencies in the Assumptions Linking Punitive Sanctions and Use of Cannabis and New Psychoactive Substances in Europe' (2018) 113(12) *Addiction* 2155
- Jeanneret, Elisa, 'Parlament legalisiert Cannabis – SVP findet es "bedenklich"', Nau (online), 23 October 2021 <<https://www.nau.ch/politik/bundeshaus/parlament-legalisiert-cannabis-svp-findet-es-bedenklich-66026352>>

- Junod, Valérie, 'Cannabis utilisé à des fins non-médicales: Feu vert pour des essais pilotes ciblés?' (2018) *sui generis* 414
- Klingemann, Harald, 'Drug Treatment in Switzerland: Harm Reduction, Decentralization and Community Response' (1996) 91(5) *Addiction* 723
- Koordinationsstelle Forschung am Menschen (Kofam), 'La Cannabinothèque. Un projet pilote d'accès réglementé au cannabis à Genève (Projet Pilote Cannabinothèque, PPC)' (Web page, 21 June 2022) <<https://www.kofam.ch/de/studienportal/nach-klinischen-versuchen-suchen/studie/43268>> ('Kofam, Cannabinothèque')
- Koordinationsstelle Forschung am Menschen (Kofam), 'Cannabisverkauf in Berns Apotheken: Eine randomisierte kontrollierte Studie' (Web page, 29 April 2022) <<https://www.kofam.ch/de/studienportal/nach-klinischen-versuchen-suchen/149536/studie/50676>>
- Monti, Manuela Carla et al., 'Adulteration of Low-delta-9-tetrahydrocannabinol Products with Synthetic Cannabinoids: Results from Drug Checking Services' (2022) 14(6) *Drug Testing and Analysis* 1026
- Morgenthaler, Thomas, 'Politik der Aussonderung: Rückblick auf die schweizerische "Drogenpolitik"' in Thomas Kessler (ed), *Cannabis Helvetica: Hanf in der Schweiz – Hoffnung für die Drogenpolitik*, Solothurn: Nachtschatten Verlag, 1985, 145
- Obradovic, Ivana, 'From Prohibition to Regulation: A Comparative Analysis of the Emergence and Related Outcomes of New Legal Cannabis Policy Models (Colorado, Washington State and Uruguay)' (2021) 91 *International Journal of Drug Policy* 102590
- Ogrodnik, Marysia et al., 'An Economic Analysis of Different Cannabis Decriminalization Scenarios' (2015) 27 *Psychiatria Danubina* 309
- Queirolo, Rosario, 'Uruguay: The First Country to Legalize Cannabis' in Tom Decorte, Simon Lenton and Chris Wilkins (eds), *Legalizing Cannabis: Experiences, Lessons and Scenarios*, Abingdon and New York: Routledge, 2020, 116
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, Anzug Tanja Soland und Konsorten betreffend "Pilotversuch zum kontrollierten Verkauf von Cannabis", Beschluss des Regierungsrates, 10.5204.06, Basel: 2021
- Schläpfer, Markus, 'Cannabis Typisierung – Differenzierung auf der Strasse'(2018) 4 *Kriminalistik: Zeitschrift für die gesamte kriminalistische Wissenschaft und Praxis* 258

- Schläpfer, Markus, Christian Bissig and Christian Bogdal, 'Synthetische Cannabimimetika auf Industrieanflüthen' (2020) 7 *Kriminalistik: Zeitschrift für die gesamte kriminalistische Wissenschaft und Praxis* 433
- Schori, Dominique, *Synthetische Cannabinoide: Ergebnisse aus dem Drug-Checking der Stadt Zürich, Januar bis August 2020*, Zürich: Stadt Zürich, Drogeninformationszentrum DIZ, 2020
- Secretariat of the Committees for Welfare and Health, 'Pas d'objectif maximal pour la hausse des coûts de la santé' (Press release, 8 April 2022) <<https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-n-2022-04-08.aspx?lang=1036>>
- Stadt Zürich, 'Züri Can – Cannabis mit Verantwortung' (Web page, undated) <https://www.stadt-zuerich.ch/portal/de/index/politik_u_recht/stadtrat/weitere-politikfelder/drogen-suchtpolitik/studien-und-projekte/cannabisprojekt-der-stadt-zuerich/wissenswertes-zur-cannabis-studie.html>
- Stucki, Stéphanie, Pierra Esseiva and Frank Zobel, *Mise en oeuvre de la loi sur les stupéfiants (LStup): expériences des cantons et perspectives pour l'avenir*, Lausanne: Addiction Suisse, 2019
- Swiss Federal Commission for Drug Issues, *La loi sur les stupéfiants (LStup) a dix ans: réflexions pour l'avenir*, Bern: Federal Office of Public Health, 2019
- United Nations Office on Drugs and Crime, *In Focus: Cannabis Legalization – World Drug Report 2020*, Vienna: UNODC 2020
- United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2021 – Drug Market Trends: Cannabis, Opioids*, Vienna: UNDOC 2021
- Vogel, Marc et al., 'Cannabis Use in Switzerland 2015–2045: A Population Survey Based Model' (2019) 69 *International Journal of Drug Policy* 55
- Zobel, Frank, 'Swiss Drug Policy' in Renaud Colson and Henri Bergeron (eds), *European Drug Policies: The Ways of Reform*, Abingdon and New York: Routledge, 2017, 206
- Zobel, Frank, Jennifer Hasselgård-Rowe and Barbara Broers, *Rapport de synthèse sur la cannabis de la Commission fédérale pour les questions liées aux addictions*, Bern: Office fédéral de la santé publique 2019
- [s.n.], 'Cannabis Consumption (Age: 15–64) (Web page, 19 May 2021) <<https://ind.obsan.admin.ch/en/indicator/monam/cannabis-consumption-age-15-64>>
- [s.n.], 'Initiative populaire fédérale "Jeunesse sans drogue"' (Web page, 22 September 2022) <<https://www.bk.admin.ch/ch/f/pore/vi/vis232.html>>

- [s.n.], 'Initiative populaire fédérale "pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse"' (Web page, 22 September 2022) < Swiss Confederation, 'Initiative populaire fédérale "pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse"' (Web page, 22 September 2022) <<https://www.bk.admin.ch/ch/f/pore/vi/vis325.html>>
- [s.n.], 'Initiative populaire fédérale "pour une politique raisonnable en matière de drogue"' (Web page, 22 September 2022) <<https://www.bk.admin.ch/ch/f/pore/vi/vis252.html>>
- [s.n.], Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit (Koalitionsvertrag 2021–2025) [Coalition Agreement] (Germany) (2021) <https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf>
- [s.n.], Votation populaire du 30.11.2008' (Web page, 13 September 2022) <<https://www.bk.admin.ch/ch/f/pore/va/20081130/index.html>>
- [s.n.], 'Weed Care – Informationen' (Web page, undated) <<https://www.weedcare-basel.ch/informationen>>

Legislative Materials

- Message concernant la modification de la loi sur les stupéfiants (essais pilotes impliquant du cannabis) du 27 février 2019, FF 2018 2497
- Loi sur les stupéfiants: Modification du 20 mars 1975, FF 1975 I 1220
- Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale relatif à la révision de la loi sur les stupéfiants (Du 9 avril 1951), FF 1951 I 841

Verlagsprogramm in den Rechtswissenschaften (Stand 2023):

Schriftenreihe Medienrecht & Medientheorie

Die Schriftenreihe Medienrecht & Medientheorie (ISSN Print 2700-8312, ISSN Online 2700-8320) wird herausgegeben von

Prof. Dr. Gabriele Hooffacker und Prof. Dr. Marc Liesching.

In der Reihe *Medienrecht & Medientheorie* bisher erschienen:

Band 1

Marc Liesching

Das Herkunftslandprinzip der E-Commerce-Richtlinie und seine Auswirkung auf die aktuelle Mediengesetzgebung in Deutschland

ISBN: 978-3-941159-46-4 (gedruckte Ausgabe, Hardcover mit Schutzumschlag)

Band 2

Sonja Heyen

Die AfD in den Medien – Eine Framing-Analyse der Partei am Beispiel politischer Talkshows

978-3-941159-51-8 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Band 3

Marc Liesching, Chantal Funke, Alexander Hermann, Christin Kneschke, Carolin Michnick, Linh Nguyen, Johanna Prüßner, Sarah Rudolph, Vivien Zschammer

Das NetzDG in der praktischen Anwendung

978-3-941159-54-9 (gedruckte Ausgabe, Hardcover mit Schutzumschlag)

Band 4

Annett Hilse

#Bodypositivity – Eine Untersuchung körperpositiver Inhalte auf Instagram unter Einbeziehung der Perspektive junger Rezipientinnen

978-3-941159-61-7 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Weitere Neuerscheinungen aus unserem Verlagsprogramm in den Rechtswissenschaften:

Andrea Büchler et al. (Eds.)

Electronic Journal of Islamic and Middle Eastern Law (EJIMEL)
– Special Issue

Volume 5 (2017); Volume 6 (2018); Volume 7 (2019);

Volume 8, Issue 2 (2020); Volume 9 (2021)

978-3-941159-63-1 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Gian Ege, Andreas Schloenhardt, Christian Schwarzenegger,
Monika Stempkowski (Eds.)

Legalisation and Decriminalisation of Narcotic Drugs and Psychotropic
Substances

978-3-941159-59-4 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Gian Ege, Christian Schwarzenegger, Monika Stempkowski (Eds.)

Arms Trafficking

978-3-941159-57-0 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Zeynep Balazünbül

Drohentechnologie und moderne Kriegführung

Bestandsaufnahme und Perspektiven

978-3-941159-56-3 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Mouez Khalfaoui and Justin Jones (Eds.)

Islamic Family Law in Europe and Islamic World:

Current Situation and Challenges

978-3-941159-48-8 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Nikolas Eisentraut (Hrsg.)

Fälle zum Verwaltungsrecht

978-3-941159-38-9 (gedruckte Ausgabe, Paperback)

Tomas Poledna, Simon Schlauri, Samuel Schweizer
Rechtliche Voraussetzungen der Nutzung von Open Source Software in
der öffentlichen Verwaltung, insbesondere des Kantons Bern
978-3-941159-15-0 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Samah Posse-Ousmane
Les conditions d'admission et de séjour des travailleurs hautement
qualifiés dans l'UE
978-3-941159-12-9 (gedruckte Ausgabe, Hardcover / Edition relié)

Anton Fedosov
Supporting the Design of Technology-Mediated Sharing Practices
978-3-941159-42-6 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Gabriel Bourquin
Steuergeldwäscherei in Bezug auf direkte Steuern
978-3-941159-06-8 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Andrea Egbuna-Joss
Der Schutz der öffentlichen Ordnung und Sicherheit im Rahmen der
internationalen Schutzgewährung
978-3-941159-04-4 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

www.carlgrossmann.com

 Carl Grossmann
Verlag

In der Reihe *sui generis* sind erschienen:

Band 1

Monika Simmler

Normstabilisierung und Schuldvorwurf

978-3-941159-18-1 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Band 2

Marc Thommen

Introduction to Swiss Law

978-3-941159-26-6 (Hardbound with jacket)

Band 3

Silvio Hänsenberger

Die zivilrechtliche Haftung für autonome Drohnen
unter Einbezug von Zulassungs- und Betriebsvorschriften

978-3-941159-27-3 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Band 4

Mais A.M. Qandeel

Enforcing Human Rights of Palestinians in the Occupied Territory

978-3-941159-30-3 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Band 5

Moritz Oehen

Der Strafläger im Strafbefehls- und im abgekürzten Verfahren

978-3-941159-32-7 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Band 6

Jens Lehne

Crisis at the WTO: Is the Blocking of Appointments to the WTO Appellate
Body by the United States Legally Justified?

978-3-941159-40-2 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Band 7

Lorenz Garland

Waffengleichheit im Vorverfahren

978-3-941159-34-1 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Band 8

Christoph Urwyler

Die Praxis der bedingten Entlassung aus dem Strafvollzug

978-3-941159-36-5 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Band 9

Gian Ege, Andreas Schloenhardt, Christian Schwarzenegger (Hrsg.)

Wildlife Trafficking: the illicit trade in wildlife, animal parts,
and derivatives / *Illegaler Handel mit Tieren, Tierbestandteilen und
Tierprodukten*

978-3-941159-44-0 (gedruckte Ausgabe, Hardcover)

Sie erhalten unsere gedruckten Bücher über jede Buchhandlung in D, A und CH sowie die einschlägigen Versandbuchhandlungen und Großhändler.

Alle digitalen Ausgaben (e-PDF oder EPUB für e-Reader) sind als Open Access gemäß Creative-Commons-Lizenz kostenlos frei zugänglich.

www.carlgrossmann.com



Carl Grossmann
Verlag