

# Vergabe von Heroin an Schwerstabhängige?

*Schweizer Studie legt Vorteile der Vergabe des Originalstoffes nahe – Modellvorhaben unter streng kontrollierten Bedingungen auch in Nordrhein sinnvoll?*

von Johannes Vesper\*

Die rot-grüne Bundesregierung plant, die Heroinvergabe an Schwerstabhängige zu ermöglichen; darüber hinaus befürwortet sie die Einrichtung von „Fixerstuben“. In diesem Zusammenhang wird immer wieder auf positive Erfahrungen mit einem solchen Vorgehen in der Schweiz verwiesen. Es solle verhindert werden, „daß vor allem Schwerstabhängige in der Abwärtsspirale der psychosozialen und gesundheitlichen Verelendung immer weiter nach unten rutschen“, begründete die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Christa Nickels, die Regierungspläne (Ärztliche Praxis vom 8.12.98).

Zur Versachlichung der Diskussion erscheint es nötig, die bisher schwer zugänglichen Berichte aus der Schweiz der Kollegenschaft vorzustellen. Im einzelnen handelt es sich dabei

1. um Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, hier: Abschlußbericht der Forschungsbeauftragten (Synthesebericht von A. Uchtenhagen) und
2. um den Schlußbericht der Gesamtevaluation der niedrigschwelligen Drogenhilfe in der Stadt Zürich (1996).

## Heroinvergabe an Schwerstabhängige

### ► Ziel der Studie

Die Schweizer Studie über die Vergabe von Heroin an Schwerst-

abhängige hatte zum Ziel, die Wirkungsweise der verschriebenen Betäubungsmittel, ihre Auswirkungen auf die Gesundheit, die soziale Integration und das Suchtverhalten sowie die Eignung dieser Behandlung für bislang erfolglos behandelte Heroinabhängige zu untersuchen und einen Vergleich der Originalstoffvergabe mit bisher praktizierten Vorgehensweise anzustellen.

Das Studienprotokoll hatte der nationalen Ethik-Kommission für wissenschaftliche Studien vorgelegen. Folgende Rahmenbedingungen lagen der Studie zugrunde: Oberstes Ziel der Suchtbehandlung ist das Erreichen einer eigenverantwortlichen Lebensführung in Suchtfreiheit. Dieses Ziel ist nicht für jeden und nicht jederzeit erreichbar.

In der Schweizer Studie sind daher abgestufte Ziele festgelegt: Primäres Ziel ist die Erreichung der Zielgruppe, sekundäres Ziel eine ausreichende Behandlungsdauer und das Verhindern des Behandlungsabbruchs. Tertiäre Ziele sind der Verzicht auf

verschriebene Substanzen, ein verbesserter Gesundheitszustand, Erwerbsfähigkeit und der Verzicht auf Delinquenz. Das Endziel bleibt die dauerhafte Suchtfreiheit.

### ► Anlage der Untersuchung

Folgende Aufnahmekriterien galten für die Studienteilnehmer: Das Mindestalter betrug 20 Jahre, die Heroinabhängigkeit mußte mindestens bereits zwei Jahre andauern und andere Behandlungsversuche mußten mehrfach gescheitert sein. Darüber hinaus mußte der Drogenkonsum zu gesundheitlichen und/ oder sozialen Schäden geführt haben.

Die Injektionsbehandlung hatte unter Aufsicht zu erfolgen (keine Mitgabe der Substitutionsmittel nach Hause). Außerdem erfolgte eine Registrierung der Studienteilnehmer, um eine gleichzeitige Methadon-Substitution zu vermeiden. Die Behandlung hatte eine psychosoziale Betreuung zu garantieren.

Die Datenerhebung erfolgte vom 1. Januar 1994 bis zum 31. De-

## Der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein

hat sich in seiner Januar-Sitzung mit der Drogenproblematik beschäftigt. Der Autor unseres Beitrags berichtete dem Vorstand von den Schweizer Erfahrungen. Im Mittelpunkt der daran anschließenden Diskussion stand die Frage, ob und unter welchen Bedingungen eine Vergabe des Originalstoffes ärztlicherseits vertretbar sein könnte. Nach der bisherigen Beschluslage der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNo) stellt die staatliche Abgabe der Originaldroge Heroin aus ärztlicher Sicht ebensowenig einen geeigneten Ansatz zur Lösung der Drogenproblematik dar wie „eine niedrigschwellige, flächendeckende, universelle Versorgung der Drogenabhängigen mit Methadon“ (siehe auch Kasten auf Seite 31, der die derzeit gültige Beschluslage wiedergibt). Die Diskussion, ob die Position der ÄKNo angesichts neuer Erfahrungen und politischer Entwicklungen zu modifizieren ist, wird nun zunächst im Vorstandsausschuß „Rauschmittelgefahren und Drogenabhängigkeit“ weitergeführt werden. Diskussionsbeiträge aus der Kollegenschaft hierzu sind sehr erwünscht (siehe Korrespondenzadresse am Ende des Beitrags). RhÄ

\* Dr. med. Johannes Vesper ist Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein und Vorsitzender des Vorstandsausschusses „Rauschmittelgefahren und Drogenabhängigkeit“. Er arbeitet als niedergelassener Internist in Wuppertal.

zember 1996. An Betäubungsmitteln wurden Morphin, Methadon und Heroin für intravenösen und oralen Gebrauch verwendet. Ferner wurde Heroin in rauchbarer Form erprobt und ein Pilotversuch mit rauchbarem Kokain durchgeführt, um den Stellenwert der verschriebenen Substanzen für die therapeutische Eignung im Hinblick auf Rekrutierbarkeit der Zielgruppe, die „Haltequote“ (Dauer des Verbleibens im Projekt) und für die Compliance zu erfassen. Daten wurden gesammelt durch periodische Interviews mit Patienten und den Projektleitern.

Die Behandlungsergebnisse wurden verglichen mit denen abstinent orientierter stationärer Behandlungseinrichtungen der Schweiz sowie mit Methadonbehandlungen des Kantons Zürich. Die Auswertung des Gesamtversuchs stützt sich auf 1.146 Patienten. Die durchschnittliche Konsumdauer betrug vor Eintritt in die Studie 10,5 Jahre.

### **Die Ergebnisse können wie folgt zusammengefasst werden:**

► **Substanzbezogen:** Rekrutierbarkeit von Patienten, Verweildauer („Haltequote“) und Compliance (Einhaltung der Behandlungsvorschriften) sind bei injizierbarem Heroin überlegen gegenüber injizierbarem Morphin und Methadon (Doppelblindstudien). Die Rekrutierung von Heroinabhängigen für die Verschreibung injizierbaren Morphins und injizierbaren Methadons war schwierig und ungenügend. Injizierbares Heroin ist auch wegen geringerer Nebenwirkungen am besten geeignet. Durchschnittlich wurde im Versuch 2,8 mal pro Tag Heroin bzw. 3 mal täglich Morphin injiziert in einer Tagesdosis von ca. 480 mg bzw. 440 mg.

Heroinzigaretten erwiesen sich als wenig wirksam, das Heroin verbrennt zu 90 Prozent.

► **Patientenbezogen:** Die Zielgruppe konnte mit der Originalstoffvergabe besser erreicht werden als durch andere Behandlungen.

Die „Haltequote“ (Verbleib der Studienteilnehmer in der Studie) betrug 79 Prozent über 6 Monate und 69 Prozent über 18 Monate. Mehr als die Hälfte der Ausgetretenen traten in eine andere Behandlung über (Abstinenzbehandlung, Krankenhausbehandlung). Die Wahrscheinlichkeit einer konstanten Teilnahme nimmt mit höheren Dosierungen zu.

Patienten aus der Methadonbehandlung hatten vorher in hohem Ausmaß illegal Heroin konsumiert.

### • **Gesundheitszustand**

Vor Eintritt in die Studie wurde der Gesundheitszustand festgestellt: 79 Prozent der Studienteilnehmer befanden sich vor Beginn der Studie in sehr gutem und gutem somatischen Zustand, 80 Prozent in sehr gutem und gutem Ernährungszustand. 60 Prozent befanden sich in einem sehr guten oder guten psychischen Zustand.

Der Durchseuchungsgrad der Probanden vor Eintritt in die Studie belegt noch am besten, daß es sich tatsächlich um chronifizierte Heroinabhängige handelt: 16 Prozent waren HIV-infiziert, 70 Prozent hatten Hepatitis A, 74 Prozent Hepatitis B und 83 Prozent Hepatitis C. Im Verlauf konnte eine Abnahme der Zahl der Abszesse und Phlegmone dokumentiert werden, was als Besserung des Gesundheitszustandes gewertet wurde. Trotz der Studienbedingungen kam es während des Versuchs zu Neuinfektionen mit HIV, Hepatitis B und C. Der psychische Zustand wurde im Verlauf besser.

### • **Beigebrauch**

Hinsichtlich des Suchtverhaltens wurde im Verlauf der Studie ein Rückgang des illegalen Heroin- und Kokainkonsums festgestellt. Dabei fehlen in dieser Studie Urinkontrollen für den illegalen Heroinkonsum. Man war auf Selbstangaben angewiesen. Der Benzodiazepinbeikonsum war unter der Studie nur geringfügig rückläufig. Alkohol- und Cannabiskonsums blieben unverändert. Bei 5 Prozent der Patienten war der fortgesetzte regelmäßige Kokainkonsum, bei 9 Prozent der Benzodiazepinbeigebrauch ein therapeutisches Problem.

brauch ein therapeutisches Problem.

### • **Soziale Integration**

Im Hinblick auf die soziale Integration fand sich im Verlauf der Studie eine Besserung im Hinblick auf die Wohnsituation (Verringerung der Obdachlosigkeit) und die Arbeitsfähigkeit (Zunahme der festen Anstellungen von 14 auf 32 Prozent). Auch gelang den Studienteilnehmern ein gewisser Abbau vorhandener Schulden. Im Bereich der Sozialfürsorge kam es zu einer Reduktion um ein Drittel, andererseits gab es neue Fürsorgebedürftige wegen des Wegfalls illegaler Einkünfte. Kontakte zur Drogenszene nahmen massiv ab, wurden aber nur unzureichend durch neue soziale Beziehungen abgelöst.

### • **Delinquenz**

Eindrucksvoll entwickelte sich unter diesen Studienbedingungen die Delinquenz. Es kam zu einer deutlichen Reduktion: Nur noch 10 Prozent statt der ursprünglich 69 Prozent hatten illegale Einkünfte. Sowohl die Zahl der Delinquenten als auch der Delikte reduzierte sich im 1. Jahr um rund 60 Prozent. Gerichtliche Verurteilungen nahmen signifikant ab.

### • **Todesfälle**

Von den 1.146 Patienten des Versuchs verstarben 36 bis Ende 1996 (Aids-Fälle, Überdosierung, Unfall, Suizid). Die Sterblichkeitsrate lag mit 1 Prozent/Jahr an der unteren Grenze von Vergleichsuntersuchungen, die zwischen 0,7 Prozent und 2,6 Prozent pro Jahr angeben.

Es entstanden Gesamtkosten von 51 Schweizer Franken pro Patiententag. Dagegen stehen Einnahmen von durchschnittlich 35 Schweizer Franken (Kostenbeiträge der Patienten, Krankenkassenbeiträge, Beiträge der öffentlichen Hand).

### • **Selbstkritik**

In der Studie wird auch Selbstkritik geäußert: Eine durchgehende Randomisierung sei nicht möglich gewesen, da Heroin soviel attraktiver sei und deswegen die Morphin- und Methadonvergleichsgruppen nicht zustande gekommen seien. Die Veränderung des Drogenange-

botes, insbesondere die gleichzeitige Schließung der offenen Drogenszenen können die Ergebnisse dieser Studien ebenso beeinflusst haben wie die Veränderungen des Wohnungsmarktes.

Im Vergleich mit Befunden aus stationären Abstinenzbehandlungen und Substitutionsbehandlungen mit Methadon ergibt sich, daß die Kohorten vor Eintritt in den Versuch unterschiedlich sind, der Vergleich damit also nicht ganz einfach ist, sondern Gewichtigungen vorgenommen werden müssen. Zusammenfassend wird festgehalten, daß die Zielgruppe besser durch die Heroinsubstitution erreicht wird, daß aber Patienten unter stationären Bedingungen besser arbeitsmäßig integriert werden können.

### **Niedrigschwellige Drogenarbeit**

Bei der niedrigschwelligen Drogenarbeit in Zürich handelt es sich um die Einrichtung von „Gassenzimmern“ (Druckräume, Fixerstuben). Zugrunde liegt dem eine Neuorientierung der Drogenarbeit von einer Abstinenz- zu einer Akzeptanzorientierung. In diesem Zusammenhang spielt der Begriff der Schadensbegrenzung bzw. der harm reduction eine große Rolle. Die Diskussion um eine akzeptanzorientierte Drogenarbeit wird teils sehr theoretisch und grundlegend geführt.

In Zürich ging man dagegen pragmatisch und praktisch vor. Es wurde dort für nötig gehalten, Drogenabhängigen Hilfe anzubieten, auch wenn sie sich derzeit keiner Abstinenzbehandlung unterziehen wollen. Man wollte vor allem auch die Probleme der Bevölkerung mit den Drogenabhängigen reduzieren.

In Zürich gibt es seit 1988 Kontakt- und Anlaufstellen für Drogenabhängige. Zunächst mußten diese Kontakt- und Anlaufstellen drogenfrei geführt werden, was heißt, daß in der ganzen Stadt Drogen konsumiert wurden, aber nicht in diesen Einrichtungen. 1992 wurde erstmalig versucht, die große offene Drogenszene in Zürichs Zentrum zu schließen, was dazu führte, daß

sich die Drogenszene in benachbarten Stadtteilen festsetzte.

### ► *Schließung der offenen Drogenszene*

Daraufhin entstand das Projekt der „Gassenzimmer“. Ein Raum dieser Kontakt- und Anlaufstellen wurde abgetrennt und als „Gassenzimmer“ funktionell eingerichtet. In dem sauberen und hellen Raum befindet sich eine Aufsichtsperson. Wer erkennbar unter Drogen steht, wird nicht eingelassen. Der Drogenabhängige findet auf einem Tisch alle Utensilien, die für eine hygienische Injektion benötigt werden.

In den ersten 2 Jahren wurden auf diese Weise 135.000 Injektionen überwacht (wichtig zur Aidsprophylaxe und zum Schutz vor unbedacht weggeworfenen Spritzen.) Gleichzeitig mit der Einrichtung dieser Gassenzimmer wurde die offene Drogenszene mit Hilfe hoher Polizeipräsenz geschlossen.

Der augenblickliche Zustand wird als Gleichgewicht beschrieben zwischen dem Druck der Polizei draußen und der Aufnahme der Drogenabhängigen in die „Gassenzimmer“. Die Aufnahme in diese Einrichtung wird durch eine private Firma überwacht. Auf diese Weise erfolgt eine saubere Trennung zwischen medizinischer Arbeit und Sozialarbeit einerseits und Ordnungsarbeit andererseits. Zugang zu den Kontakt- und Anlaufstellen haben ausschließlich Personen mit Wohnsitz in Zürich.

### ► *Befunde*

Folgende Befunde ergaben sich bei der wissenschaftlichen Auswertung dieses Projektes:

1. Die Klientel niedrigschwelliger Drogenarbeit weist in den letzten Wochen vor der Befragung eine signifikant bessere Situation auf im Hinblick auf Arbeit, Finanzen und soziale Integration.
2. Bei den Klientinnen und Klienten der stationären Therapieeinrichtungen liegt der Beginn der Drogenkarrieren weit weniger lang zurück als bei denen, die sich der niedrigschwelligen Angebote bedienen.

3. Unter der Klientel der stationären Einrichtungen besteht weit seltener Erfahrung mit Substitutionsprogrammen.

4. Die Klientel der stationären Einrichtungen ist bedeutend jünger und beruflich besser ausgebildet als die Benutzer ambulanter niedrigschwelliger Angebote.

Nur rund fünf Prozent der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten benutzen regelmäßig die Gassenzimmer als hauptsächlichen Konsumort. Der Drogenkonsum findet überwiegend in der Wohnung des Konsumenten statt (66 Prozent), gefolgt vom Konsum im Rahmen der ärztlichen Verschreibungsprogramme (19 Prozent).

Zur Delinquenz und ihren eventuellen Veränderungen war diese Studie nur beschränkt aussagekräftig. Die Kosten für eine Kontakt- und Anlaufstelle wurden in Zürich mit 1 Million Franken pro Jahr berechnet.

### **Diskussion**

1. Die Datenlage zur Evaluierung verschiedener Behandlungskonzepte für Drogenabhängige ist dürftig. Die vorgestellte Schweizer Studie zur Heroinvergabe an Schwerstabhängige entspricht nicht dem Standard sonstiger pharmakologischer Wirksamkeitsnachweise. Verschiedene Einflüsse (hochschwelliger Zugang, relativ gesundes Versuchsklientel, Entspannung des Wohnungsmarktes, Schließung der Drogenszene) schränken eine Bewertung der Studie ein bzw. können in ihrer Wirksamkeit auf die Studie kaum abgeschätzt werden. Eine *conditio sine qua non* für solche Versuche am Menschen mit Vergabe von Heroin an Schwerstabhängige war in der Schweiz das Vorhandensein eines ausgedehnten, diversifizierten und gut qualifizierten Netzes anderer Behandlungsmöglichkeiten. In der Schweiz wollte niemand andere Behandlungsmöglichkeiten der Drogenabhängigkeit durch die Heroinschreibung ersetzen. Es

sollten nur diejenigen erreicht werden, denen mit anderen Behandlungen nicht geholfen werden konnte.

Sicher gilt nicht, daß möglichst viele substituiert werden sollen, um möglichst vielen zu helfen. In einer Studie aus Genf, die das British Medical Journal im Heft 7/1998 publizierte, und die im Rahmen der Schweizer Studien entstand, wurden 6 Monate Heroinsubstitution randomisiert (je ca. 25 Mitglieder pro Gruppe) verglichen mit konventioneller Drogentherapie (meist Methadon). Die heroinsubstituierte Gruppe profitierte signifikant im Hinblick auf den psychischen Gesundheitszustand, auf die sozialen Kontakte, auf ihr illegales Einkommen und die Drogenausgaben sowie auf ihre Delinquenz. Keine Unterschiede zwischen den Gruppen gab es in Bezug auf Arbeit, Wohnsituation, den körperlichen Gesundheitszustand und den Beigebrauch anderer Drogen.

2. Die Einrichtung der „Gassenzimmer“ in Zürich hatte unter den beschriebenen Bedingungen gegenüber einer offenen Drogenszene

Vorteile im Hinblick auf die Belästigung der Bevölkerung und die Prophylaxe von übertragbaren Erkrankungen. In der Schweiz benutzen rund fünf Prozent der Drogenkonsumenten regelmäßig solche Druckräume. Ein Wert solcher Druckräume für eine abstinenzorientierte Therapie bzw. für eine Veränderung des Drogenkonsums ist nicht belegt. Auch ist ein günstiger Einfluß auf das Delinquenzverhalten nicht sicher belegt.

### Kommentar

Wenn es gelänge, in Nordrhein-Westfalen ein Forschungsprojekt zu starten, in dem zusätzlich evaluiert werden könnte, mit welchem Erfolg Heroin an austherapierte Schwerstabhängige verschrieben werden kann, wären wir ein gutes Stück weiter.

Meines Erachtens ist die Vergabe von Heroin an Schwerstabhängige nur unter wissenschaftlichen Bedingungen zu rechtfertigen. Die Stellungnahme einer Ethik-Kommission muß dazu eingeholt werden. Voraussetzung für eine solche Studie in NRW muß ein gut funk-

tionierendes Netz von Behandlungsmöglichkeiten sein. Jeder Drogenabhängige, der sich für eine abstinenzorientierte Therapie entscheidet, muß die Möglichkeit dazu haben.

Der reine Ersatz der Methadonprojekte durch Heroinsubstitution ist ärztlicherseits abzulehnen und nicht zu rechtfertigen. Abstinenzorientierte stationäre Behandlungen, Methadon-Substitution und die eventuelle Vergabe von Heroin an die dafür in Frage kommenden Konsumenten müssen sich ergänzende Strategien im Sinne einer Differential-Therapie sein. Dazu gehört auch der Ausbau und die Qualitätskontrolle der unbedingt notwendigen psychosozialen Betreuung.

Für all diese Maßnahmen werden nicht unerhebliche Finanzmittel benötigt. Diese sollten bereitgestellt werden, bevor neue Kosten durch Druckräume und/oder Heroinsubstitutionsprojekte entstehen.

*Anschrift des Verfassers:  
Dr. med. Johannes Vesper  
Rommelspütt 9, 42105 Wuppertal*

## Entschließung der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein vom 1. April 1995

### Weiterer Handlungsbedarf in der Drogenpolitik aus ärztlicher Sicht

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein gibt zur Drogenpolitik des Landes NRW die folgende Erklärung ab: Die Bekämpfung des steigenden Konsums illegaler Drogen und des Drogenhandels ist eine sozial- und ordnungspolitische Herausforderung erster Priorität, der sich alle gesellschaftlichen Gruppen zu stellen haben. Drogenabhängigkeit ist eine Erkrankung, die vielfältige präventive, ambulante, stationäre sowie rehabilitative und sozialtherapeutische Maßnahmen erforderlich macht.

Die nordrheinische Ärzteschaft erwartet die Unterstützung der Politik bei der Schaffung entsprechender Kapazitäten und Strukturen und bei der Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel und daß sie dazu beiträgt, den gesellschaftlichen Konsens gegen illegalen Drogengebrauch zu festigen. Es ist unverzichtbar, daß auch die Politik am Ziel der Abstinenz festhält.

Durch die vom Land NRW vorgelegte „Methadon-Vereinbarung“ kann das Drogenproblem nicht als gelöst angesehen werden. Das Land steht in der Pflicht, weitere Vereinbarungen zur Prävention, zur abstinenzgestützten Therapie und zur Nachsorge folgen zu lassen. Die Substitution mit Methadon ist in konkreten Erkrankungs-

phasen bei einzelnen Drogenabhängigen und zur Unterstützung und Vorbereitung anderer therapeutischer Konzepte ärztlich begründet. Der Einsatz von Methadon ist allerdings auch mit gesundheits- und sozialpolitischen Risiken verbunden. Die nordrheinische Ärzteschaft stellt zur Landesdrogenpolitik grundsätzlich fest:

1. Erfahrungen in anderen Bundesländern zeigen, daß die Gefahr einer „Methadonisierung“ der Drogenpolitik besteht. Eine niedrigschwellige, flächendeckende, universelle Versorgung der Drogenabhängigen mit Methadon stellt aus ärztlicher Sicht keine geeignete Therapie und schon überhaupt keine Lösung des zugrundeliegenden gesellschaftlichen Problems dar.
2. Insofern ist auch die staatliche Abgabe der Originaldroge Heroin aus ärztlicher Sicht keine geeignete Lösung dieses Problems.
3. Ein unter ärztlicher Leitung stehender, qualifizierter Drogenentzug ist – unabhängig vom jeweiligen Ansatz – personal- und damit sehr kostenintensiv. Es ist Aufgabe der Politik, deutlich zu machen, daß alle drogenpolitischen Maßnahmen nur mit erheblichem Mittelaufwand verantwortlich durchzuführen sind.

4. Aus der Sicht der nordrheinischen Ärzteschaft besteht die objektive Gefahr, daß die Methadon-Substitution – über die Definition der Drogenabhängigkeit als Krankheit – Teil des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung werden könnte und so ein Anspruch auf Substitutionsbehandlung gegen die Krankenkassen über die klare medizinische Indikation hinaus bestünde. Die finanzielle Dimension des gesellschaftlichen Problems Drogensucht sprengt zur Zeit den Auftrag der Krankenversicherung und ist im Rahmen begrenzter Budgets nicht zu finanzieren.

Die Bekämpfung der Drogensucht in hochentwickelten Gesellschaften kann nur als konzertiertes Handeln aller Verantwortungstragenden Institutionen erfolgreich sein. Im Rahmen eines umfassenden Ansatzes zur Verhinderung und Behandlung der Drogensucht ist die Ärzteschaft zur verantwortungsvollen Mitarbeit bereit. Von besonderer Bedeutung ist es, daß in der Gesellschaft ein überzeugender, klarer Konsens gegen Drogen besteht bzw. aufgebaut wird.