

Vorwort zur 21. Aktualisierungslieferung

Auch im vergangenen Jahr wurde die gesundheitspolitische Diskussion von COVID 19 beherrscht. Die Aktivität des Gesetzgebers, die im Wahljahr ohnehin eingeschränkt war, fokussierte sich im Betäubungsmittelrecht auf die Neuaufnahme von Betäubungsmitteln in die Anlagen II und III des BtMG. Die Anlage zum NpSG wurde um weitere Stoffe bzw. Stoffgruppen ergänzt. Im Dopinggesetz wurde die von der Praxis seit langem geforderte „Kronzeugenregelung“ eingeführt. Auch das Kostenrecht wurde vollständig neu gefasst. Infolge des Regierungswechsels gibt es allerdings Zielvorgaben im Koalitionsvertrag, die von großer Bedeutung für die Kontrolle der Betäubungsmittel sein werden. Die geplante Freigabe von Cannabis für Genusszwecke stellt den Gesetzgeber vor die Aufgabe, ein für den Bürger als Normadressaten nachvollziehbares Gesetzeswerk zu konzipieren, in dem ein- und derselbe Stoff Cannabis in starken Widersprüchen 1. als generell verbotes Rauschgift, 2. als streng kontrolliertes Arzneimittel, 3. als frei erhältliches Genussmittel und 4. als anzeigenpflichtiges landwirtschaftliches Produkt klare Regelungen erhalten muss. Planungen, den Vertrieb von Cannabis zu Genusszwecken den Apotheken vorzubehalten, rütteln an deren Selbstverständnis und die Grundfesten des Apothekenrechts. Vertriebsstellen – gleich welcher Art – mit Qualitätskontrollen zu belasten, um das Ziel einer Versorgung der Interessenten mit „sauberem Stoff“ zu gewährleisten, werden vermutlich rasch an Grenzen stoßen, da selbst amtliche Labore hierfür einen sehr hohen Kosten- und Zeitaufwand investieren müssen.

Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, die wie gewohnt umfassend eingearbeitet wurde, zeigt, dass die Tatgerichte auch weiterhin Schwierigkeiten haben, die komplizierten Vorschriften über die Einziehung von Vermögenswerten zutreffend anzuwenden. Auch im Bereich der strafgerichtlichen Unterbringung kommt es zu zahlreichen Korrekturen der tatrichterlichen Entscheidungen. Die verwaltungsbehördliche Entziehung der Fahrerlaubnis nach Betäubungsmittelkonsum nahm auch im vergangenen Jahr viel Raum bei den Verwaltungsgerichten ein, wobei auch die Frage der Fahrtüchtigkeit von mit ärztlich verordnetem Cannabis versorgten Kraftfahrer immer wieder zum Thema wird. Da auch die umfangreiche neue Literatur wieder umfassend eingearbeitet wurde, steht den Nutzern das Werk wie gewohnt mit dem für eine Loseblattausgabe zu erwartenden aktuellen Inhalt zur Verfügung.

Die Autoren teilen sich die Bearbeitung des Werks wie bisher. Sie freuen sich über die im vergangenen Jahr ihnen zugegangenen Hinweise der Nutzer; sie sind wichtig für Fortentwicklung und Qualitätssicherung des Werks. Dafür danken wir und bitten die Leserschaft um diese Unterstützung auch in Zukunft.

Koblenz, im März 2022

Karl-Rudolf Winkler

VGH, Blutalkohol 2010, 441; OVG Sachsen-Anhalt, Blutalkohol 2011, 115; Sächsisches OVG, Blutalkohol 2012, 182; OVG Nordrhein-Westfalen, Blutalkohol 2012, 341; VG Gelsenkirchen, Blutalkohol 2013, 210; VG Hamburg, Blutalkohol 2013, 208: Entziehung der Fahrerlaubnis auch ohne Gutachten; beim Besitz geringer Mengen Ecstasy: *OGV Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 10.8.1999 – 7 B 11398/99. OVG;* ähnlich: *VG Augsburg, Blutalkohol 2010, 374,* wenn zu dem Besitz einer Tablette Ecstasy noch der Besitz von Konsumgerät für Rauschmittel hinzutritt; s. dazu a. *VG Bremen, Blutalkohol 2013, 151.* Gegen den Vorwurf des einmaligen Konsums von Cocain kann ein Kraftfahrer nicht pauschal einwenden, die Drogen seien ohne sein Wissen von Dritten verabreicht worden oder es habe eine Verwechslung von Trinkgläsern stattgefunden (*OGV Greifswald, NJW 2012, 548.*) Er muss vielmehr widerspruchsfrei und glaubhaft einen solchen Sachverhalt darlegen (*OGV Sachsen-Anhalt, Blutalkohol 2013, 41; VG Lüneburg, Blutalkohol 2020, 243 m.w.N.; VG Oldenburg, Blutalkohol 2021, 52.*) Der lediglich einmal festgestellte schlichte Besitz von Cannabis rechtfertigt noch keine Anordnung, ein Gutachten beizubringen (*OGV Koblenz, NJW 2009, 1522; VG Minden, Blutalkohol 2017, 227,* wohl aber der gelegentliche Konsum, zu dem weitere Auffälligkeiten hinzutreten (*BayVGH, Blutalkohol 2009, 359.*) Der Besitz von Betäubungsmitteln kann allerdings nicht immer den Verdacht der Einnahme rechtfertigen, etwa wenn feststeht, dass der Betroffene ein Dealer ist, der sich selbst des Konsums enthält. Bei einer sehr geringen Menge von Betäubungsmitteln ist aber davon auszugehen, dass die Drogen zum Eigengebrauch bestimmt waren (*VG München, BeckRS 2017, 131103.*) Anhand eines Einzelfalles diskutieren *Strohbeck-Kühner/Skopp/Mattern (ArchKrim 2007, 11–19)* die Möglichkeit von positiven Auswirkungen der THC-Aufnahme auf die Fahrtüchtigkeit bei Personen, die an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden. Jugendliches Alter stellt beim gelegentlichen Konsum von Cannabis eine weitere Tatsache dar, die die Anordnung rechtfertigt, ein Gutachten über die Fahrtauglichkeit beizubringen (*OGV Niedersachsen, Blutalkohol 2003, 171;* über die Dimension jugendlichen Cannabiskonsums referiert *Thomasius in MSchrKrim 2006, 107–130.*) Von der Entziehung der Fahrerlaubnis im Hinblick auf eine zu erwartende Verhaltensänderung abzusehen, wird kaum einmal möglich sein. Die Regelvermutung ist z.B. auch dann nicht entkräftet, wenn trotz bestehender Schwangerschaft Betäubungsmittel konsumiert worden sind, so dass auf die versprochene künftige Enthaltsamkeit nicht vertraut werden kann (*BayVGH, Blutalkohol 2014, 194.*)

- 4.2.2** Bei **regelmäßigem Haschischkonsum** kann auch ein Drogenscreening anhand einer **Urinprobe** verlangt werden (*BVerwG, NZV 1996, 467; OVG Bautzen, NZV 1998, 389; VGH Mannheim, NZV 1998, 429.*) Regelmäßig ist ein Konsum jedenfalls dann, wenn er täglich oder nahezu täglich erfolgt (*VG Köln, Blutalkohol 2020, 137.*) Die Anordnung einer solchen Untersuchung nach nur einmaligem Cannabiskonsum verstieß bis zur Schaffung des § 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 FeV jedoch gegen das allgemeine Persönlichkeitsrecht und war deshalb unzulässig (*BVerfG, NJW 1993, 2365 m. abl. Anm. Epping, NZV 1994, 129–134; BVerwG, NJW 2002, 78;* s. hierzu auch *Lutz/Seidl, NZV 1997, 421 ff.; OVG Rheinland-Pfalz, Blutalkohol 2003, 71.*) § 14 Abs. 1

Satz 1 Nr. 2 FeV schreibt jetzt aber als spezielle Vorschrift für Probleme des Drogenkonsums die Überprüfung schon beim nachgewiesenen **einmaligen Konsum** von Betäubungsmitteln vor (vgl. *VG Hamburg, Blutalkohol 2005*, 327; Sächs. *OVG, Blutalkohol 2021*, 48; *OVG Hamburg, Blutalkohol 2006*, 165 bei **Cannabis**; sofortiger Entzug der Fahrerlaubnis bei relevantem aktuellem Einfluss: *OVG Saarland, Blutalkohol 2007*, 388; einschränkend: *VGH Baden-Württemberg, SVR 2007*, 352; a.A. *OVG Brandenburg, Blutalkohol 2006*, 161: nur mehrmaliger Konsum; vgl. a. *VG Oldenburg, Blutalkohol 2021*, 52; *VGH Baden-Württemberg, NZV 2002*, 477 hinsichtlich **Cocain** und Amfetamin sowie *NZV 2002*, 475 für **Ecstasy**; bei **Amfetamin**: *OVG Niedersachsen, Blutalkohol 2004*, 475; *OVG Niedersachsen, Blutalkohol 2003*, 465 und *Blutalkohol 2005*, 324; *OVG Rheinland-Pfalz, Blutalkohol 2008*, 418; *OVG Sachsen-Anhalt, Blutalkohol 2011*, 115 auch ohne konkrete Drogenfahrt; *OVG Brandenburg, Blutalkohol 2006*, 60 hinsichtlich aller „**harten“ Drogen**, ebenso *OVG Lüneburg, Blutalkohol 2006*, 513; *OVG Münster, Blutalkohol 2007*, 192; *VG Freiburg, Blutalkohol 2010*, 266; *BayVGH, Blutalkohol 2008*, 84; *OVG Sachsen-Anhalt, Blutalkohol 2012*, 327; *Hamburgisches OVG, Blutalkohol 2004*, 95 für gelegentlichen Cocainkonsum; s. aber auch *Sächsisches OVG, Blutalkohol 2002*, 372; zusammenfassend hinsichtlich „**harter“ Drogen**: *Bode, Blutalkohol 2006*, 81–92). Nach früherer Cannabisabhängigkeit rechtfertigt bereits ein einzelner erneuter Konsum von Cannabis, unabhängig von einem etwa dadurch direkt nachgewiesenen Fehlen der Fahrtauglichkeit, die Anordnung eines Fahreignungsgutachtens, ohne dass dieses auf die Fragestellungen nach § 14 Abs. 2 Nr. 2 FeV beschränkt wäre (*OVG Lüneburg, NJW 2021*, 2902). Nach *OVG Koblenz (Beschluss vom 12.8.2008 – 10 B 10715/08.OVG; OVG Koblenz, Blutalkohol 2008*, 418) ist die Entziehung der Fahrerlaubnis zwingend bei einmaligem Konsum „**harter Drogen**“ im Zusammenhang mit dem Führen eines Kraftfahrzeugs (ebenso *OVG Berlin-Brandenburg, Blutalkohol 2009*, 357 und *VG Bremen, Beck-RS 2013*, 48138 hinsichtlich Cocain; *OVG Mecklenburg-Vorpommern, Blutalkohol 2009*, 360; *OVG Nordrhein-Westfalen, Blutalkohol 2014*, 196; *VGH Baden-Württemberg, Blutalkohol 2014*, 191; *VG Bremen, Blutalkohol 2011*, 300; *OVG Sachsen, Blutalkohol 2009*, 362 hinsichtlich Amfetamin; *BayVGH, Blutalkohol 2014*, 194 bei Methamfetamin). Sogar ohne Teilnahme am Straßenverkehr soll schon einmaliger Konsum von Cocain die Kraftfahreignung ausschließen können (*VG Gelsenkirchen, Blutalkohol 2015*, 433). Das *VG Neustadt a.d. Weinstraße (Blutalkohol 2009*, 370) verneint die Fahrtüchtigkeit bereits bei einmaligem Konsum von „**Spice**“ (JWH-018) und verweist auf die deutlich stärkere Wirkung der Droge gegenüber THC; es bezieht dabei auch den Konsum zu Zeiten ein, in denen „**Spice**“ dem BtMG noch nicht unterstellt war. Bei Codein ist die Entziehung der Fahrerlaubnis zulässig, wenn eine krankheitsbedingte Einnahme auf ärztliche Verschreibung nicht substantiiert zeitnah und plausibel dargelegt wird (*VG Neustadt a.d. Weinstraße, Blutalkohol 2018*, 325). Der analytische Nachweis des Wirkstoffs in Blutproben ist mit Flüssigchromatographie-Tandemmassenspektrometrie ohne weiteres gerichtsverwertbar möglich (*Neukamm u.a., Blutalkohol 2009*, 373–379). Die Feststellung eines die Fahreignung aus-

verschreibungen des süchtigen Arztes (*BGH, Urteil vom 5.8.1975 – I StR 356/75*). Die Finanzierung illegaler Verschreibungen in der Form der Bereitstellung von Geldmitteln ist seit dem 28.2.1994 infolge der Neufassung der Nr. 13 (bisher Nr. 4) strafbar. **Qualifizierungstatbestände** enthalten Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 (Gewerbsmäßigkeit: Sie kann vorliegen bei kritikloser Verschreibung von Betäubungsmitteln zur Erhöhung der ärztlichen Einkünfte gerade aus der illegalen Verfahrensweise; s.a. *Beil*, bei: *Waldmann, Medikamentenabhängigkeit, Wiesbaden 1983, S. 77, 81 f.*) und Nr. 2 (gefährdung der Gesundheit mehrerer Menschen).

Ein **Verbrechen** nach § 29a Abs. 1 Buchst. a) liegt vor, wenn Betäubungsmittel entgegen § 13 Abs. 1 einem Jugendlichen verabreicht werden.

Bei leichtfertiger Todesverursachung kann der Verbrechenstatbestand des § 30 Abs. 1 Nr. 3 eingreifen (vgl. *OLG Frankfurt, Beschluss vom 15.8.1978 – 2 Ss 347/78 zu § 11 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 BtMG 72; s.a. Wegenast, Rauschgiftdodesfälle, Diss. Tübingen 1984*).

Verstöße gegen die BtMVV sind über Abs. 1 Nr. 14 i.V.m. § 13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 strafbewehrt (§ 16 Nr. 1–5 BtMVV – Ziff. 1.3 –). Es ist bei Neueinstufungen besonders darauf zu achten, dass nach Ablauf der jeweils gesetzlich festgesetzten Übergangsfrist bestimmte Präparate als Betäubungsmittel nur noch auf Betäubungsmittelrezept verschrieben werden dürfen (vgl. a. *Geschwinde, MedR 1984, 214 f.*).

15.3.11

Bei ärztlich nicht begründeter Verschreibung für den eigenen Bedarf des süchtigen Arztes liegt **tateinheitlich** erlaubnisloser Erwerb (Abs. 1 Nr. 1) vor (*Pelchen/Bruns, in: Erbs/Kohlhaas, Rdnr. 28 zu § 29 BtMG; Müko-Kotz, Rdnr. 1294 zu § 29 BtMG; BGH, NJW 1975, 2249*), weil die bloß äußerlich ordnungsgemäße Verschreibung den Befreiungstatbestand des § 4 Abs. 1 Nr. 3a nicht eingreifen lässt (*RGSt 64, 145; 73, 392; BGHSt 1, 318; BGHSt 9, 370, 373; Slotty, bei: Pfeil u.a., Rdnr. 215 zu § 29*).

15.3.12

Tateinheit

Bei Ausstellung von Kassenrezepten ohne ärztliche Begründetheit kommt Tateinheit mit Untreue in Betracht (§ 266 StGB), da der Kassenarzt gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse eine Vermögensbetreuungspflicht hat (*BGHSt 49, 17; abweichend: Müko-Kotz, Rdnr. 1296 zu § 29 BtMG*, der Betrug annimmt und die Vermögensbetreuungspflicht des Kassenarztes nicht erörtert). Bei Privatversicherten kommt Beihilfe zum Betrug zum Nachteil der Versicherung in Betracht, wenn der Patient die Unbegründetheit der Verschreibung kennt und gleichwohl zur Erstattung einreicht (vgl. a. *Winkler, Suchtgefahren 1980, 28, 35*). Fortsetzungszusammenhang war nach *BGH* (*NJW 1994, 1663*) nur ausgeschlossen, wenn der süchtige Arzt verschiedene Methoden falscher Verschreibung verwendet hatte (anders noch *BGH, NJW 1975, 2249*). Das folgt u.a. daraus, dass jeder Einzelverschreibung eine Indikationsprüfung vorausgehen muss, deren Rechtmäßigkeit einzeln zu prüfen ist. Mit der Abschaffung des Fortsetzungszusammenhangs als Rechtsfigur (*BGH, NJW 1994, 1666*) ist diese Frage nicht mehr von Bedeutung.

Körperverletzung Bei ärztlich nicht begründeten Verschreibungen liegt zugleich der Tatbestand der **Körperverletzung** vor (§§ 223 ff. StGB; vgl. *RGJW* 1932, 3352 f. m. Anm. *Hamburger*; *RGSt* 77, 17; *Kamps*, *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 1984, 27 f.; *Malek*, Kap. 2 *Rdnr.* 314; s.a. *Böllinger*, *MedR* 1989, 290–301; *Böllinger*, *JA* 1989, 403–413; *Schumacher*, *Methadon als Ersatzdroge? Frankfurt* 1989, 189–235; *Patzak/Volkmer/Fabricius*, *Rdnr.* 1193 zu § 29; *MüKo-Kotz*, *Rdnr.* 1295 zu § 29 *BtMG*; *Ulsenheimer*, *Arztstrafrecht in der Praxis*, 5. Aufl. 2015, *Rdnr.* 929 f.; *Lessmann*, *Sucht* 1994, 435–440; *Lessmann/Kirchhof*, *Sucht* 1992, 410–417). Das ärztlich nicht begründete Verschreiben (bzw. Vorabfolgen) von Betäubungsmitteln kann nämlich zu einer Schädigung der Gesundheit führen, und zwar einmal, weil das Betäubungsmittel den Betroffenen in einen Rauschzustand versetzt, bei dem das Bewusstsein gegenüber dem gesunden Zustand verändert wird (*RG*, *Deutsches Recht* 1942, 333), zum andern auch, da es nach Abklingen der Wirkung Übelkeit verursacht und zur Suchtbildung führen kann (*RGSt* 19, 226; *RGSt* 77, 17 f.; *BGH*, *NJW* 1960, 2253; *BGH*, *NJW* 1970, 519; *BayObLG*, *NJW* 2003, 371). Darüber hinaus stellt das Aufrechterhalten einer Sucht im Wege medizinisch unbegründeter Verschreibung von Suchtmitteln eine Körperverletzung dar (*Weber*, *Rdnr.* 74 zu § 13; *Weber*, *Handbuch des Medizinstrafrecht*, 2007, 232, 263 ff.; *BGH*, *JR* 1979, 429 m. abl. Anm. *Hirsch*; *BayObLG*, *Strafverteidiger* 1993, 642 m. abl. Anm. *Dannecker/Stoffers*; *OLG Frankfurt*, *NStZ* 1988, 25; *OLG Frankfurt*, *Suchtgefährten* 1990, 136 m. Anm. *Winkler*; *Winkler*, *Ärzteblatt Rheinland-Pfalz* 1990, 452 f.; einschränkend: *AG Landau*, *MedR* 1990, 97; *BayObLG*, *NJW* 1995, 797 m. zust. Anm. *Körner*; *MedR* 1995, 332; *Patzak/Volkmer/Fabricius*, *Rdnr.* 1193 f. zu § 29). Eine Einwilligung des Verletzten (§ 228 StGB) scheidet in der Regel als unbedeutlich aus, weil die Verschreibung gegen ein gesetzliches Verbot verstößt (*RGSt* 77, 17; s.a. *BGH*, *MDR* 1978, 984, 987; *Laufs*, *Arztrecht*, 2. Aufl. 1978, S. 44 f.), oder wenn die Einwilligung wegen mangelnder Entschlussfreiheit des süchtigen Patienten unwirksam ist (*BGHSt* 4, 113; *OLG Frankfurt*, *NJW* 1991, 763; *OLG Zweibrücken*, *NStZ* 1995, 90). Verursacht die Tat den Tod des Patienten, kann Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) in Betracht kommen. Ebenso kann **fahrlässige Tötung** vorliegen (§ 222 StGB s. *Rdnr.* 8.6 und *Rdnr.* 4.1–4.3 zu § 30; *BGH*, *JR* 1979, 429 m. Anm. *Hirsch*; *BayObLG*, *Strafverteidiger* 1997, 307 für Verschreibung von Codein bei Substitutionsbehandlungen; *Klemm*, *MMW* 1982, 141 f.; *Kamps* *MedR* 1984, 167 ff. mit differenzierenden Fallbeurteilungen; a.A. *Schünemann*, *NStZ* 1982, 60–63, der lediglich eine Bestrafung aus §§ 29 ff. zulassen will). Gleiches gilt für Fälle des sog. „Turboentzugs“ unter Einsatz von Narkosemitteln (*BGH*, *NStZ* 2008, 150 m. Anm. *Rönnau*, *Strafverteidiger* 2008, 464). In entsprechend qualifizierten Fällen kann auch leichtfertige Todesverursachung (Verbrechenstatbestand nach § 30 Abs. 1 Nr. 3; *BGH*, *NJW* 2008, 2596 m. Anm. *Winkler*, *Sucht* 2008, 296–299 und Anm. *Nestler*, *MedR* 2009, 211) vorliegen.

- 15.4** In **Buchstabe b** stehen die Tathandlungen des **Verabreichens** und des **Überlassens** zum **unmittelbaren Verbrauch** gleichwertig nebeneinander. Verabreichen ist stets

Fremdapplikation im Sinne einer unmittelbaren Anwendung am oder im Körper eines anderen (*BGHSt 1, 130; Slotty, bei: Pfeil u.a., Rdnr. 202 zu § 29; Malek, Kap. 2 Rdnr. 303; Ulsenheimer, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 147 Rdnr. 4*), Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch dagegen bedeutet Ermöglichung der alsbaldigen Selbstapplikation ohne Erlangung der Sachherrschaft (BT-Drucks. 8/3551 S. 32; *BayObLG, NStZ 1990, 395; Eberth/Müller, Rdnr. 55 zu § 29; Endriß, Rdnr. 171; Malek, Kap. 2 Rdnr. 303; Slotty, bei: Pfeil u.a., Rdnr. 203 zu § 29; Joachimski, Rdnr. 6, 7 zu § 13; Patzak/Volkmer/Fabricius, Rdnr. 1198, 1201 zu § 29; MüKo-Kotz, Rdnr. 1321 zu § 29 BtMG; Weber, Rdnr. 17 zu § 13*). Die Abgrenzung der Tatbestandsvariante des Verabreichens von denjenigen der Verbrauchsüberlassung bestimmt sich folglich allein nach dem äußeren Geschehensablauf. Ein Verabreichen ist gegeben, wenn der Täter dem Empfänger das Betäubungsmittel ohne dessen aktive Mitwirkung zuführt, etwa durch Injizieren, Einreiben oder Einflößen (Fremdapplikation; *BGH, Beschluss vom 8.2.2022 – 3 StR 458/21; vgl. a. Patzak/Volkmer/Fabricius, Rdnr. 1198 zu § 29; Weber, Rdnr. 1538 zu § 29*). Übergibt der Täter dagegen einer anderen Person Betäubungsmittel und führt diese sie sich eigenständig zu (Eigenapplikation), unterfällt die Tat der Variante der Verbrauchsüberlassung (*BGH, Beschluss vom 8.2.2022 – 3 StR 458/21; Patzak/Volkmer/Fabricius, Rdnr. 1206 zu § 29; Weber, Rdnr. 1544 zu § 29*). Dabei wurde der bisher gebräuchliche Begriff des „Genusses“, der noch im BtMG 72 verwendet wurde, im Gesetzeswortlaut durch das neutrale Wort „Verbrauch“ ersetzt. Da bei **Verabreichung** kein neuer Gewahrsam begründet wird, liegt nicht zugleich auch Abgabe vor (*BGH, a.a.O.; BGH, Strafverteidiger 2014, 609 m. Anm. Winkler A&R 2014, 186*). Verabreichung liegt z.B. vor, wenn der Täter Betäubungsmittel Getränken oder Speisen, die ein anderer zu sich nimmt, beimischt (*MüKo-Kotz, Rdnr. 1319 zu § 29 BtMG*). Die Verabreichung ist an eine vorherige ärztliche Indikation gebunden; das ergibt sich aus der Bezugnahme auf § 13 Abs. 1. Mit hin handelt nichtärztliches Rettungsdienstpersonal (vgl. § 4 Abs. 2 Notfallsanitätergesetz) objektiv rechtmäßig, wenn ein Betäubungsmittel im Notfalleinsatz verabreicht wird, ohne dass zuvor eine ärztliche Verordnung erfolgt ist. Allerdings kann hierzu eine generelle Freigabe des Einsatzes von Betäubungsmitteln im Sinne einer Delegation nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. c) Notfallsanitätergesetz für bestimmte abstrakt-generelle Notfallsituationen erteilt werden (vgl. BT-Drucks. 17/11689 S. 16; *Fehn, MedR 2017, 453, 455*). In derartigen Fällen entfällt die Tatbestandsmäßigkeit der Handlung; fehlt es an einer solchen (wirksamen) Freigabe, kann eine Rechtfertigung im Sinne des § 34 StGB vorliegen (*Fehn, MedR 2017, 453, 456*). Liegen allerdings die objektiven Voraussetzungen, auf die sich die Freigabe erstreckt, nicht vor, muss geprüft werden, ob der Notfallsanitäter einem Tatbestandsirrtum nach § 16 Abs. 1 StGB oder einem unvermeidbaren Verbotsirrtum nach § 17 Abs. 1 Satz 2 StGB erlegen war. Bei all dem bleibt zu beachten, dass der Notfallsanitäter im Einsatz eine Garantenstellung hat, die ihn zum Handeln zur Rettung des Lebens und zur Linderung von Schmerzen des Notfallpatienten verpflichtet. Die Verabreichung von Morphin zur Bekämpfung von Vernichtungsschmerzen bei einem Sterbenden durch eine Pflegekraft

kann auch dann durch erklärte oder mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt sein, wenn sie nicht der ärztlichen Verordnung entspricht. Ein zugleich vorliegender Verstoß gegen § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 Buchst. b BtMG steht dem nicht zwingend entgegen (BGH, NJW 2019, 3253 m. Anm. *Mitsch*, Anm. *Kudlich*, JA 2019, 953, Anm. *Eisele*, JuS 2020, 80, Anm. *Magnus*, NStZ 2020, 32 und Anm. *Lorenz*, JR 20, 69).

Der gleichzeitige Besitz tritt in der Regel hinter die Verabreichung zurück (BGH, *Strafverteidiger* 1995, 521 – Leitsatz).

15.4.1 Überlassen

Das **Überlassen** unterscheidet sich von der Abgabe durch die Zweckbindung des Vorgangs. Beide Alternativen (Überlassen und Verabreichen) sind nur dann erfüllt, wenn die Tat **nicht im Rahmen einer ärztlichen** (zahnärztlichen, tierärztlichen) **Behandlung** und unter zutreffender, ärztlich begründeter Indikationsstellung erfolgt. Die ärztliche Behandlung lässt, sofern die Verabreichung ärztlich begründet ist, die Tatbestandsmäßigkeit im Sinne von Abs. 1 Nr. 6b entfallen (vgl. a. *Slotty*, bei: *Pfeil u.a.*, Rdnr. 198 zu § 29; unklar: *MiiKo-Kotz*, Rdnr. 1325 zu § 29 BtMG, der von Straflosigkeit spricht, wofür indessen die Erfüllung eines Straftatbestandes erforderlich ist). Nur eine medizinisch anerkannte Therapie befreit den Arzt von der Erlaubnispflicht und berechtigt ihn zur Überlassung eines Betäubungsmittels (so auch *Kotz*, JR 2011, 267 f.; BGH, NStZ 2011, 341 m. Anm. *Puppe*, JZ 2011, 910 ff.). Dabei dürfen selbstverständlich auch nur zugelassene Arzneimittel Verwendung finden. Eine fahrlässig falsche Diagnose begründet den Vorwurf der fahrlässigen Überlassung (BGH, NStZ 1998, 414). Dem Patienten darf dabei keine eigene Verfügungsgewalt eingeräumt werden, da dann eine dem Arzt nicht erlaubte Abgabe vorliegt (BGH, NJW 2008, 2596 m. Anm. *Winkler*, Sucht 2008, 296–299 und Anm. *Nestler*, MedR 2009, 211; vgl. Rdnr. 8.2). Zur ärztlichen Begründetheit s. Rdnr. 15.2.1 bis 15.3.9. Grundsätzlich dürfen nur Betäubungsmittel angewandt werden, die in Anlage III verzeichnet sind (§ 13 Abs. 1 Satz 3). Verstöße hingegen begründen Strafbarkeit nach Abs. 1 Nr. 6b. Im Rahmen einer ärztlichen Behandlung erfolgt auch die Verabreichung durch ärztliches Hilfspersonal und durch Eltern, die auf ärztliche Anweisung handeln. Einen Rechtfertigungs- oder Entschuldigungsgrund für erlaubnislose Überlassung von Betäubungsmitteln im Zusammenhang mit der Leistung indirekter Sterbehilfe für einen Schwerstkranken zum Zwecke der Selbsttötung gibt es nicht, mag dies auch als Tötungsdelikt nicht strafbar sein (BGH, NJW 2001, 1802 m. Anm. *Duttge*, NStZ 2001, 546–549 und Anm. *Sternberg-Lieben*, JZ 2002, 153 ff.; s.a. VG Köln, Urteil vom 13.5.2014 – 7 KI 254/13).

15.4.2 Pflege- personal

Entgegen der Ansicht des Bundesrats, § 13 Abs. 1 erlege etwa Pflegepersonen eine eigene **Prüfungspflicht** hinsichtlich der ärztlichen Begründetheit einer Verschreibung auf, ist davon auszugehen, dass lediglich die bewusste Überschreitung der ärztlichen Verschreibung Strafgrund bei Nichtärzten sein soll (vgl. BT-Drucks. 8/3551 S. 52). Liegt eine ärztlich nicht begründete Verschreibung vor, so wird bei Pflegepersonen in

- 4.4.1** Als **Grenzwerte für die nicht geringe Menge** hat der BGH bislang festgelegt:
- Grenzmengen
- a) 1,5 g **Heroinhydrochlorid** (*Strafverteidiger* 1984, 27)
 - b) 7,5 g **Tetrahydrocannabinol – THC** (*MDR* 1984, 27; *Strafverteidiger* 1995, 255)
 - c) 5,0 g **Cocainhydrochlorid** (*Strafverteidiger* 1985, 189)
 - d) 10,0 g **Amfetamin**-Base (*Strafverteidiger* 1985, 280 m. krit. Anm. *Eberth, NStZ* 1986, 33f.; *Winkler, NStZ* 2005, 493)
 - e) 6 mg **Lysergsäurediethylamid (LSD)** oder mindestens 300 „Trips“ (*BGH NStZ* 1988, 28 m. krit. Anm. *Winkler*)
 - f) 4,5 g **Morphinhydrochlorid** (*Strafverteidiger* 1988, 107 m. Anm. *Rübsamen/Meges, NStZ* 1988, 463) als Substanz, jedoch 70 g als Bestandteil gemahlener Kapseln von *Papaver somniferum*, (*BGH, NStZ-RR* 2017, 45)
 - g) 30 g **MDE**-Base (*BGH, Strafverteidiger* 1996, 665 m. zust. Anm. *Cassardt, NStZ* 1997, 135 f.)
 - h) 30 g **MDA**-Base oder **MDMA**-Base (*BGH, NStZ* 2001, 381)
 - i) 5 g **Metamfetamin** (= 6,2 g Metamfetaminbase; *BGH, NJW* 2009, 863 m. Anm. *Pattak, Sucht* 2009, 30; früher: 30 g Methamfetamin-Base; *BGH, NJW* 2001, 3641; abl. dazu *Martens, Kriminalpolizei* 2002, 10–12)
 - j) 30 g **Cathinon** (*BGH, NJW* 2005, 163)
 - k) 450 mg **Buprenorphin**-Hydrochlorid (*BGH, NJW* 2007, 2054 m. Anm. *Winkler, Sucht* 2007, 240 f. und *Kotz, StRR* 2007, 271)
 - l) zwischen 120 mg (Triazolam) und 7.200 mg (Oxazepam) abgestuft bei den **Benzodiazepinen** (*BGH, NStZ* 2011, 461)
 - m) 4.800 mg bei **Zolpidem** (*BGH, NStZ* 2011, 461)
 - n) 10 g **Methamfetamin-Razemat**; (*BGH, NJW* 2012, 400 m. Anm. *Winkler, A&R* 2012, 34).
 - o) 18 g **Pentedronhydrochlorid** (= 15 g Pentedronbase, *BGH, NStZ-RR* 2017, 47)
 - p) 1 g **5F-ADB** und **AMB-FUBINACA** (*BGH, NStZ* 2022, 302)

Hinsichtlich der Cannabisprodukte sind nach der Entscheidung des *BVerfG* (*NJW* 1994, 1577) über die Verfassungsmäßigkeit der Strafdrohung des Gesetzes unterschiedliche Entscheidungen zu der Frage ergangen, ob eine Neubestimmung des Grenzwerts geboten ist. Während der *BGH* (*Strafverteidiger* 1995, 255; *Beschluss vom 30.5.1995 – I StR 223/95*) und das *OLG Düsseldorf* (*Strafverteidiger* 1995, 527; *OLG Oldenburg, NStZ-RR* 1996, 77) dies verneinen, hat das *OLG Schleswig* (*Strafverteidiger* 1995, 368) die Rechtsfrage dem *BGH* zur Entscheidung gem. § 121 Abs. 2 *GVG* vorgelegt, weil es die Grenze abweichend von der bisherigen Rechtsprechung festlegen will, dies aber gegen diese Rechtsprechung aus Rechtsgründen nicht kann.

Der BGH hat hierzu rechtsgrundsätzlich entschieden, dass an der Grenzmenge von 7,5 g THC festzuhalten ist (*NJW 1996, 794* m. Anm. *Körner, NStZ 1996, 195*; s.a. abl. Anm. *Böllinger, Strafverteidiger 1996, 317* und *Kreuzer, JZ 1996, 801*). Nachdem der BGH (*NJW 1996, 2316*) zunächst noch ohne nähere Begründung die Einstufung von 24 g MDE-Base als nicht geringe Menge akzeptiert hatte, hat er nunmehr die Grenzmenge exakt auf 30 g MDE-Base (das entspricht 35 g MDE-Hydrochlorid) festgelegt und als 250 durchschnittliche Konsumeinheiten zu je 120 mg des Wirkstoffs definiert (*BGH, Strafverteidiger 1996, 665*); eine Festlegung – ähnlich wie bei LSD – auf eine bestimmte Anzahl von Tabletten oder Pillen ist ausdrücklich unterblieben (*BGH, Strafverteidiger 1997, 406*). Bei Metamfetaminin („Crystal-Speed“, „Ice“) hat der BGH (*NJW 2009, 863* m. Anm. *Patzak, Sucht 2009, 30*) die frühere Festlegung auf 30 g aufgegeben und nunmehr auf 5 g Metamfetamin (= 6,2 g Metamfetamin-Base, das sind 200 Konsumeinheiten zu je 25 mg) vorgenommen. Er ist dabei von neueren Erkenntnissen über die Toxizität dieser Substanz (*Schmidt, NJW 2003, 3090, 3095* und *NJW 2005, 3250, 3253; Patzak/Dahlenberg, NStZ 2016, 614–618*; ausführlich informiert über die aktuellen Erkenntnisse hinsichtlich Methamfetamin *Sucht 2019, Heft 4*) ausgegangen (s.a. *BGH, BeckRS 2014, 21422*, wo Bedenken in *BGH, NJW 2012, 400* nicht aufgegriffen wurden). Die Entscheidung für (2S)-Methamfetamin wurde für (R)-Methamfetamin (Methamfetamin-Razemat) aber nicht übernommen, weil nach neuerlicher Überprüfung der Grundlagen eine gegenüber Amfetamin auf das Doppelte erhöhte Wirksamkeit nicht bestätigt werden konnte. Für das Razemat wurde daher der Grenzwert auf 10 g festgelegt (*BGH, NJW 2012, 400* m. Anm. *Winkler, A&R 2012, 34*). Ob das danach noch in gleicher Weise für Levometamfetamin und Gemische beider Metamfetaminarten gilt (*LG Verden, Strafverteidiger 2010, 689*), erscheint zweifelhaft. Bei Cathinon, dem psychotropen Wirkstoff von Khat, hatte zunächst das *LG Würzburg* (*Urteil vom 12.4.1999 – 303 Ls 232 Js 23124/98*) die Grenzmenge auf 600 Konsumeinheiten von je 30 mg (= 18 g) festgelegt, während das *AG Lörrach* (*Strafverteidiger 2000, 625* m. Anm. *Endriß/Logemann*) bei Annahme einer Konsumeinheit von 45 mg die Grenze bei 30 g Cathinon zieht. Nach *AG Aachen* (*Strafverteidiger 2001, 410*) ist eine nicht geringe Menge auch bei 60 kg Khat noch nicht feststellbar, wenn das Material nicht exakt analysiert wurde. Die Streitfrage ist durch den BGH (*NStZ 2005, 229*, m. Anm. *Weber, NStZ 2005, 452*) mit einer Festlegung auf 30 g Cathinon – je nach Wirkstoffkonzentration enthalten in 10–300 kg Khat-Blättern – verbindlich entschieden. Anders als sonst üblich hat sich der BGH (*NJW 2007, 2054* m. Anm. *Winkler, Sucht 2007, 240 f.*) bei dem als Substitutionsmittel eingesetzten Buprenorphin nicht an Konsumeinheiten oder besonders gefährlichen Einzeldosen orientiert, weil insoweit keine verlässlichen Feststellungen möglich waren. Stattdessen hat er die Wirkstärke des Stoffs mit der von Morphin verglichen und deshalb 10 % der bei Morphin festgelegten Menge (= 450 mg) als nicht geringe Menge definiert. Ausgehend von Abhängigkeitspotential und chronischen Beeinträchtigungen bei Missbrauch hat der BGH (*BGH, NStZ 2011, 461* m. Anm. *Kotz*, der insoweit Bedenken unter dem Aspekt des Art. 103 Abs. 2 GG erhebt) bei den Benzodiazepinen und bei Zolpidem das

60fache der (täglichen) Missbrauchs dosis als nicht geringe Menge definiert: 240 mg Alprozolam, 480 mg Clonazepam 2400 mg Diazepam, 480 mg Lorazepam, 360 mg Lormetazepam, 1.800 mg Midazolam, 7.200 mg Oxazepam, 4.800 mg Temazepam usw und Trazepam, 120 mg Triazolam und äquivalent dazu 4.800 mg Zolpidem. Für Psilocin hat das *BayObLG* die Grenze bei 1,2 g, das sind 120 Konsumeinheiten zu je 10 mg, und für Psilocybin bei 1,4 g, das sind 120 Konsumeinheiten zu je 12 mg gezogen (*Strafverteidiger 2003, 81*). Hinsichtlich Methadon hat das *LG Freiburg* (*Strafverteidiger 2005, 273*) den Grenzwert auf 3 g Levomethadonhydrochlorid bzw. auf 6 g Methadonhydrochlorid festgelegt. Bei m-CPP (Meta-Chlorphenylpiperazin) nimmt das *LG Freiburg* (*Strafverteidiger 2010, 236*) die nicht geringe Menge ab 30 g Base an (ebenso *LG Dresden, Urteil vom 29.4.2008 – 4 Kls 422 Js 40176/07*; 250 Konsumeinheiten zu je 120 mg). Für das gegenüber Morphin 10.000 mal wirksamere Carfentanil hat das *LG Freiburg* (*Strafverteidiger 2011, 555*) die nicht geringe Menge auf 45 mg (= 150 Konsumeinheiten zu je 8 Sprühstößen) festgelegt. Mit Zubereitungen von Designer-Cannabinoiden hat sich der *BGH* in einem Grundsatzurteil (*NJW 2015, 969* m. Anm. *Kotz, StRR 2015, 134*) befasst und für synthetische Cannabinoide die Grenzwerte wie folgt festgesetzt: JWH-018 und CP 47,497-C8-Homologes auf 2 g sowie JWH-073 und CP 47,497 auf 6 g. Dieselbe Grenzmenge wurde später auch für JWH-019 festgelegt (*BGH, StraFo 2016, 37*). Für das synthetische Cannabinoid AB-CHMINACA hat das *LG Bochum* (*BeckRS 2017, 138007*), den Grenzwert auf 0,5 g (= 500 Konsumeinheiten à 1 mg) festgelegt. Mit *Beschluss vom 11.1.2022* hat der *BGH* (*NJW 2022, 1185* m. Anm. *Patzak, NStZ 2022, 369*) die Festlegung der Grenzmenge auf 1 g für die synthetischen Cannabinoide **5F-MDMB-2201** (auch 5F-MDMB-PICA) und **5F-ADB** (auch 5F-ADMB-PINACA) ausdrücklich bestätigt und zugleich festgestellt, dass die Grenzmengen auch bei Beurteilung solcher Substanzen nach dem NpSG gelten. Für alle synthetischen Cannabinoide weist der *BGH* (*Beschluss vom 27.1.2022 – 3 StR 155/21*) darauf hin, dass es auf die Bindungsaffinität der Substanz ankommt, die im sog. Ki-Wert objektivierbar ist: je kleiner dieser Wert ist, desto größer ist die Wirkpotenz der Substanz. So können die zahlreichen synthetischen Cannabinoide in ein Vergleichssystem eingeordnet werden, das die Bestimmung der nicht geringen Menge auch bei neuen Substanzen und noch unbekannten (üblichen) Konsumeinheiten ermöglicht.

Nicht rechtsfehlerhaft ist die Bestimmung von 37,5 g der Base der **Piperidin-Derivate TFMMMP und BZP** durch das Landgericht München I (*BGH, Strafverteidiger, 2018, 504*).

Dabei ist er von einem gegenüber dem THC deutlich erhöhten Gefahrenpotential ausgegangen, hat allerdings ausdrücklich ohne Festlegung einer Konsumeinheit die von Untergerichten für den Wirkstoff **JWH-018** festlegte geringere Grenze von 0,75 g des Wirkstoffs (*LG Kleve, StRR 2012, 275 = 250 Konsumeinheiten zu je 3 mg*) erhöht. Das *LG Kleve* (*Strafverteidiger 2015, 645*) hat für die weiteren Cannabinoide **JWH-122, JWH-203** und **JWH 210** eine Grenze bei 0,75 g des Wirkstoffs gezogen, für 4-

dass das Bewusstsein des dopenden Sportlers, „erhebliche“ Einnahmen zu erzielen, festgestellt und dem Tatvorwurf zugrunde gelegt werden muss. Welche Variablen (Durchschnittseinkommen welcher Vergleichsgruppe?) maßgeblich sind, ergibt sich mithin nicht aus dem Gesetz selbst, das insoweit unter dem Gesichtspunkt der Bestimmtheit des Gesetzes (Art. 103 Abs. 2 GG) nicht unbedenklich erscheint. Die erste Evaluation zeigte demgemäß auch erhebliche Schwierigkeiten der Rechtspraxis mit dieser Problematik auf (*Hoven/Kubiciel, SpuRt 2021, 186, 189, 193*).

Neben der Strafe droht das Gesetz als weitere Rechtsfolgen die Einziehung sog. Beziehungsgegenstände an (§ 5). Die Anordnung des erweiterten Verfalls nach § 73d StGB ist seit dem 1.7.2017 durch die erweiterte Einziehung ersetzt worden und jetzt bei jeder Straftat zulässig. Auf die Erläuterungen zu dieser mit Wirkung vom 1.7.2017 neu geordneten Rechtsfolge, die der bei § 33 BtMG entspricht, wird verwiesen (Ziff. 1.1 Rdnr. 1–7 zu § 33). Außerhalb des Strafrechts bleiben strafartige Maßnahmen der Sportverbände (s. dazu z.B. *Vieweg, NJW 1991, 1511–1516; Steiner, NJW 1991, 2729, 2735 f.; Turner, MDR 1991, 569 ff.*) unberührt. Das stellt keinen Verstoß gegen das Doppelbestrafungsverbot nach Art. 103 Abs. 3 GG dar, das sich nur auf Strafverfahren, nicht aber auf daneben bestehende Verbandsanktionen bezieht, die nach Art. 9 Abs. 1 GG legitim sind (*BVerfGE 32, 40, 48; Erkens, SpuRt 2016, 245 ff.*). Ist der Täter Arzt, drohen ihm auch berufsrechtliche Konsequenzen bis hin zur Aberkennung der Approbation (vgl. dazu auch Ziff. 1.1 Rdnr. 15.5 zu § 29 BtMG). Auch Berufsverbote nach § 70 StGB, etwa bei Trainern und sonstigen Betreuern oder Apothekern (vgl. *BGH, A&R 2009, 234 m. Anm. Winkler*), sind möglich. Bei Apothekern kommt neben einem strafrechtlichen Berufsverbot auch die Entziehung der Apotheken-Betriebsberaubnis nach § 4 Abs. 2 ApoG als zusätzliche Maßnahme in Betracht, während umgekehrt die Ablehnung eines strafgerichtlichen Berufsverbots die berufsgerichtliche Maßnahme nicht hindert (*VG Berlin, Urteil vom 19.5.2010 – 14 K 45.09*). Zu beachten ist im Übrigen, dass das inhaltlich abweichende Gewerberecht (§ 35 GewO) auf Apotheken nicht anwendbar ist (§ 6 Abs. 1 Satz 1 GewO). Herstellungsbetriebe indessen fallen unter die Kontrolle dieses Gesetzes.

Keine unmittelbare Rechtsfolge, aber doch eine Konsequenz der Verbots- und Strafnormen sind Auswirkungen im **Haftungsrecht**. § 3 stellt nämlich ein Schutzgesetz im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB zugunsten des Konkurrenten dar; seine Verletzung kann mithin Schadensersatzansprüche auslösen (vgl. *Meier, SpuRt 2016, 250, 253*).

§ 4a

Strafmilderung oder Absehen von Strafe

Das Gericht kann die Strafe nach § 49 Absatz 1 des Strafgesetzbuches mildern oder, wenn der Täter keine Freiheitsstrafe von mehr als drei Jahren verwirkt hat, von Strafe absehen, wenn der Täter

1. durch freiwilliges Offenbaren seines Wissens wesentlich dazu beigetragen hat, dass eine Straftat nach § 4, die mit seiner Tat in Zusammenhang steht, aufgedeckt werden konnte, oder
2. freiwillig sein Wissen so rechtzeitig einer Dienststelle offenbart, dass eine Straftat nach § 4 Absatz 4, die mit seiner Tat in Zusammenhang steht und von deren Planung er weiß, noch verhindert werden kann.

War der Täter an der Tat beteiligt, muss sich sein Beitrag zur Aufklärung nach Satz 1 Nummer 1 über den eigenen Tatbeitrag hinaus erstrecken. § 46b Absatz 2 und 3 des Strafgesetzbuches gilt entsprechend.

Anmerkungen:

- 1.1 Die Vorschrift wurde durch Art. 1 des Gesetzes zur Änderung des Anti-Doping-Gesetzes vom 12.8.2021 (BGBl. I S. 3452) eingefügt, um den Bedenken insbesondere der Praxis Rechnung zu tragen, nach deren Erfahrungen es dem Gesetz an Durchschlagskraft fehlt (vgl. Rdnr. 1.3 vor § 1). Die gegenüber dem BtMG abweichende Regelung wurde als inkonsequent angesehen, zumal sich der Anwendungsbereich der Gesetze überschneiden kann.

Der neuen Vorschrift gerade im Dopingbereich liegt die aus der Evaluierung des Gesetzes (s. Bericht BT-Drucks. 19/25090) gewonnene Erkenntnis zugrunde, dass die allgemeine Regelung einer Strafmilderung bei Aufklärungshilfe in § 46b StGB für den Dopingbereich wegen ihrer Anknüpfung an Straftaten mit erhöhter Mindeststrafdrohung Lücken aufweist. Außerdem fehlt es dieser Regelung für das Feld des Dopings an Transparenz und Einschätzbarkeit ihres Anwendungsbereichs (vgl. BR-Drucks. 253/21 S. 1). Kriminelle Netzwerke konnten davon nur profitieren, so dass es an der Zeit schien, die notwendigen gesetzlichen Korrekturen vorzunehmen. Der Gesetzgeber hofft darauf, dass damit mehr Anreize für dopende Leistungssportler geschaffen werden, „Hintermänner und kriminelle Netzwerke preiszugeben“ (BR-Drucks. 253/21 S. 7). Ob das realistisch ist, muss die Praxis zeigen. Allerdings weisen Patzak/Volmer/Fabricius (Rdnr. 4 zu § 4a) darauf hin, dass der zur Aufklärungshilfe aufgeforderte dopende Sportler sich auch der Sportgerichtsbarkeit und ggf. auch zivilrechtlichen Regressforderungen gegenüber sieht, die ebenfalls Einfluss auf sein Verhalten haben. Bei Berufssportlern, die zumeist nur in einem vergleichsweise kurzen Lebensabschnitt ihren Lebensunterhalt mit Sport verdienen können, kann die Sportgerichtsbarkeit sogar bedrohlicher wirken als ein im Ausgang vielleicht noch offenes Strafverfahren.

Die neue Vorschrift, die am 1.10.2021 in Kraft getreten ist, lehnt sich eng an § 31 BtMG und § 46b StGB an. Beide Deliktsbereiche werden als strukturell vergleichbar angesehen, so dass kein Grund gesehen wurde, in einzelnen Details vom Vorbild des § 31 BtMG abzuweichen. Eine gegenüber § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BtMG leicht ab-

weichende sprachliche Änderung ist ohne inhaltliche Bedeutung. Demgemäß sind die dort offenen Streitfragen auch hier offen.

§ 4a wird von ergänzenden Regelungen im StGB flankiert, die darauf abzielen, einen Missbrauch der Vorschrift zu minimieren. Deshalb wurden in Artikel 2 des Gesetzes die Strafvorschriften in § 145d Abs. 3 StGB (Vortäuschen einer Straftat) und § 164 Abs. 3 StGB (falsche Verdächtigung) ergänzt, so dass nun dort dieselbe Strafdrohung besteht, wenn der Täter sich die Vergünstigungen des § 4a erschleichen wollte (s.a. 1.1 § 31 Rdnr. 2.4).

In Artikel 3 findet sich eine Übergangsregelung, die – üblicher Gesetzgebungstechnik 1.2 folgend – im EGStGB untergebracht wurde und in dessen Art. 316m bestimmt:

„Artikel 316m

Übergangsvorschrift zum Gesetz zur Änderung des Anti-Doping-Gesetzes

§ 4a des Anti-Doping-Gesetzes in der Fassung des Artikels 1 des Gesetzes zur Änderung des Anti-Doping-Gesetzes vom 12. August 2021 (BGBl. I S. 3542) ist nicht auf Verfahren anzuwenden, in denen vor dem 1. Oktober 2021 die Eröffnung des Hauptverfahrens beschlossen worden ist.“

Diese Regelung schließt sog. Altverfahren, die bereits bei Gericht anhängig sind, von der Anwendung des § 4a aus, um Verfahrensverzögerungen zu verhindern, die aus nachträglichen Angaben mit Aufklärungsgehalt entstehen können. Damit wird zugleich ausgeschlossen, dass in Revisionsverfahren das neue „mildere Recht“ zu Urteilsaufhebungen nötigt. Die darin liegende Abweichung vom Grundsatz der Anwendung mildernden Rechts (§ 2 Abs. 3 StGB) verstößt nicht gegen Verfassungsrecht (BVerfGE 81, 132) und wird auch vom BGH (BGHSt 42, 113) gebilligt.

In Nr. 1 wird Belohnung für **Aufklärungshilfe** versprochen, die sich auf eine Straftat nach dem AntiDopG bezieht. Da der Wortlaut mit dem des § 31 Satz 1 Nr. 1 BtMG praktisch identisch ist, kann wegen der hier maßgeblichen Rechtsfragen auf die Erläuterungen zu dieser Vorschrift verwiesen werden (s. 1.1 § 31 Rdnr. 3.1 - 3.7). Einige wenige Besonderheiten bleiben aber zu beachten.

Welchen Tatbestand der Täter verwirklicht hat, ist ohne Bedeutung, so dass auch strafbares Selbstdoping nach § 3 einbezogen ist. Die aufzuklärende Straftat muss aber nach § 4 strafbar sein, so dass Hinweise auf andere Selbstdoper (z.B. in Trainingsgruppen) nicht ausreichen, selbst wenn dadurch über die eigene Tat hinaus ein Sachverhalt aufgeklärt wird. Hieran zeigt sich, dass die Stoßrichtung des Gesetzes auf die Hintermänner zielt, aber eben auch auf Ärzte, die in Einzelfällen verbotswidrig Dopingmittel verabreichen. Der Zusammenhang mit der eigenen Straftat wird wegen der für den Sport typischen Wettkampfsituation weiter gefasst werden können als bei § 31