

Berlin, 15.07.2016

- 1. Einleitung**
- 2. Entkriminalisierung**
- 3. Staatlich regulierter Anbau sowie Verkauf und Verbraucherschutz**
- 4. Fahrtauglichkeit**
- 5. Cannabis zu medizinischen Zwecken, insbesondere der Spezialfall ADHS**
- 6. Jugendschutz, Prävention und Hilfen**
- 7. Umgang mit Alkohol**
- 8. Umgang mit Alkohol und Cannabis in anderen Ländern**
- 9. Die sechs Forderungen der GVS**

1. Einleitung

Die gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Cannabis – vom Anbau, über die Weitergabe bis hin zum Konsum – sind regelmäßig Gegenstand von Debatten in der Öffentlichkeit, der Politik und unter Fachleuten, insbesondere von in der Drogenhilfe praktisch Tätigen in Beratung und Therapie. Kaum ein anderes Thema der Drogen- und Suchtpolitik wird derart häufig öffentlich angesprochen und kaum ein anderes Thema wird derart kontrovers diskutiert. Aufgrund der im Vergleich zu anderen illegalen Drogen hohen Verbreitung des Cannabis-Konsums in der Bevölkerung werden diese Debatten mit großer Aufmerksamkeit von allen Beteiligten verfolgt. Die gesetzlichen Bestimmungen betreffen direkt und indirekt viele Millionen Menschen in Deutschland.

Für den Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS) bilden die Auswirkungen der Cannabispolitik auf die Lebenswelten der Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis den wichtigsten Aspekt in der aktuellen Debatte. Vor diesem Hintergrund betont eine Expertengruppe des GVS die Bedeutung von Prävention, Jugendschutz, Schadensminderung, Frühintervention, Beratung und Behandlung.

Cannabis ist auch in Deutschland die am meisten konsumierte illegale Droge. Etwa jeder vierte Erwachsene hat mindestens einmal in seinem Leben Cannabis konsumiert. Innerhalb der letzten 12 Monate konsumierten 4,5 % (hochgerechnet über 2,3 Millionen Personen) der Erwachsenen Cannabis und innerhalb des letzten Monats 2,3 % (ca. 1,2 Millionen Personen). Cannabis ist die illegale Droge, die unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Abstand am weitesten verbreitet ist. Etwa jeder zehnte Jugendliche (12-17 Jahre) und jeder dritte junge Erwachsene (18-25 Jahre) hat schon einmal Cannabis konsumiert. Die Trends zur Verbreitung zeigen seit den 1980er Jahren bundesweit zunächst einen Konsumanstieg bei Jugendlichen. Der Höhepunkt liegt je nach Geschlecht in den Jahren 1997 bis 2004, dann setzt in dieser Altersgruppe bis 2011 ein Rückgang ein, danach kommt es wieder zu einem Anstieg. Die Lebenszeitprävalenz ist 2015 nicht so hoch wie zu Beginn der 2000er-Jahre, dennoch haben im Jahr 2015 mehr Jugendliche Erfahrungen mit Cannabis als 2011. Bei jungen Erwachsenen steigt die Verbreitung des Cannabiskonsums. Die 12-Monats-Prävalenz liegt deutlich über dem Niveau des Jahres 2008. Bei den jungen Frauen im Erwachsenenalter haben sich die 30-Tage-Prävalenz sowie die Verbreitung des regelmäßigen Konsums im Vergleich zu den Jahren 2008 bzw. 2010 erhöht. Bei jungen Männern ist das immer schon höhere Prävalenzniveau in etwa gleich geblieben. Diese Trends zeigen eindrücklich, dass die „Risikodebatte des Cannabiskonsums“, die es seit vielen Jahren in Deutschland gibt, auch weiterhin mit differenzierten und konstruktiven Standpunkten zu führen ist. Es braucht dazu evidenzbasierte

Beiträge mit Botschaften und Haltungen zum Thema Cannabiskonsum für unterschiedlich Zielgruppen: Jugendliche, junge Erwachsene, Eltern, Erwachsene und vulnerable Personen (bezüglich ihrer Komorbidität). Diese Zahlen und Trends verdeutlichen die große Bedeutung des Jugendschutzes sowie der Maßnahmen zur Information und Aufklärung über Risiken des Cannabiskonsums. Der Konsum von Cannabis ist mit gesundheitlichen Risiken verbunden. Es gibt Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Psychosen sowie auf besondere Risiken für vulnerable Personen und in besonderen Lebenslagen (z.B. Schwangere, Personen mit bestimmten Erkrankungen), insbesondere für Kinder und Jugendliche mit negativen Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung. Weiterhin gibt es situative Kontexte, in denen der Konsum mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, vor allem bei der Teilnahme am Straßenverkehr und bei der Ausübung beruflicher und berufsvorbereitender Tätigkeiten. Das Risiko einer Abhängigkeit tritt für ca. 9 % der regelmäßig Konsumierenden ein.¹ Beim Übergang von Probier- und Gelegenheitskonsum zu problematischen Konsumformen (regelmäßiger, schädlicher, abhängiger Cannabiskonsum) sind individuelle Vulnerabilitäts-, Schutz- und Risikofaktoren ausschlaggebend. Hierzu zählen Konsumalter (Kinder/Jugendliche unter 25 Jahren), soziale Integration (Einkommen, Bildung, Arbeit, sozialer Status, Schichtzugehörigkeit, Verfügbarkeit) und Belastung durch Komorbidität (Konsum anderer Drogen, psychische Erkrankungen). Entsprechend unterschiedlich sind die gesundheitlichen, juristischen und gesellschaftlichen Risiken. Diese Risiken sind bedenkenswert und deren Bedeutung für die aktuelle Diskussion von großer Wichtigkeit. Die Daten zur Verbreitung des Cannabiskonsums in Deutschland weisen auf eine zahlenmäßig bedeutsame und sehr unterschiedliche Konsumentengruppe hin. So ist von einem großen illegalen Markt auszugehen, der von breiten Gesellschaftsschichten genutzt wird und in seiner jetzigen Form auch Kindern und Jugendlichen uneingeschränkt zur Verfügung steht. Gleichzeitig zeigen die epidemiologischen Daten und Trends, dass zumindest gelegentlicher Cannabiskonsum trotz einer jahrzehntelangen restriktiven Cannabispolitik und Aufklärung über mögliche Risiken und Gefährdungen einen hohen Grad an Normalität und Akzeptanz erreicht hat.

In der aktuellen Diskussion zur Cannabispolitik wird die angebotsreduzierende Wirkung des geltenden Cannabisverbots vielfach in Frage gestellt. Diverse Diskussionsbeiträge aus Verbänden und Forschungseinrichtungen weisen auf unerwünschte negative Folgen durch das Verbot selbst hin. Auch viele in Drogenberatung und -therapie praktisch Tätige berichten über diese sich nachteilig auswirkenden Konsequenzen, insbesondere über die damit verbundenen Einschränkungen an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Ausbildung, Beruf, Mobilität). Es entstehen durch das Verbot Risiken für Konsumenten, die über das gesundheitliche Risiko hinausgehen und alle Konsumenten, ungeachtet tatsächlicher Risiken oder Gesundheitsschäden, betreffen. Darüber hinaus gibt es aus der Praxis der im GVS tätigen Fachkräfte zahlreiche Hinweise darauf, dass die derzeitige rechtliche Situation die Anstrengungen in anderen Arbeitsfeldern untergräbt (Suchtprävention, Frühintervention und Schadensminderung). Das Bundeskriminalamt weist darauf hin, dass seit 5 Jahren die Zahl der Sicherstellungsfälle bei Haschisch und Marihuana von 32.137 auf 38.412 gestiegen ist, eine Zunahme von 20 %².

Eine Alternative zu den derzeit gültigen Bestimmungen zu Cannabis im Betäubungsmittelrecht ist erforderlich geworden. Ähnliche Aussagen, welche die Strafverfolgung von Konsumenten als ungeeignet bewerten und zu einer Veränderung auffordern, finden sich in den Stellungnahmen und Positionspapieren der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht), der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

¹ Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

² Quelle unter: <http://www.bka.de> (Zugriff: 15.07.2016).

(DGPPN), der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS) und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)³.

Eine Expertengruppe des GVS, die in Suchtberatung und Suchttherapie praktisch tätig ist, hat die folgenden Aspekte in vier Projektgruppentreffen vom 03.6.2015 bis 19.01.2016 ausgearbeitet.

2. Entkriminalisierung

Eine notwendige präventive, beratende und therapeutische Bearbeitung problematischer Cannabiskonsummuster kann durch den Wegfall drohender strafrechtlicher Maßnahmen verbessert werden, weil das Risiko der Strafverfolgung und die damit verbundene Tendenz der Konsumgeheimhaltung wegfällt. Vor allem Früherkennung und Frühinterventionen könnten so verstärkt wahrgenommen werden. Es gibt zur Zeit keine fundierten Hinweise darauf, dass durch eine staatlich regulierte, kontrollierte Abgabe von Cannabisprodukten an Erwachsene ein dauerhaft starker Anstieg des Konsums, insbesondere des problematischen Cannabiskonsums, zu erwarten wäre. Erste Schritte der Entkriminalisierung von Cannabiskonsumern sind in Deutschland dadurch erfolgt, dass einige Bundesländer sogenannte „geringe Mengen“ von Cannabis eingeführt haben, bei denen in der Regel von Strafverfolgung abgesehen wird:

- Brandenburg, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Bremen, Saarland, Hessen, Hamburg, Schleswig-Holstein: 6g
- Berlin: 10g – 15g
- NRW, Rheinland-Pfalz: 10g
- Bayern, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Thüringen: keine Grenzwerte festgelegt.

Der aktuelle Rechtsstatus von Cannabis wird über das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Betäubungsmittelverschreibungsordnung (BtMVV) geregelt. Cannabis gehört danach zu den nicht verkehrsfähigen Substanzen, so dass der Handel und der Anbau illegal sind. Im § 31a des BtMG oder § 153a StPO (Strafprozessordnung) wird geklärt, dass die Strafverfolgung beim Vorliegen einer geringen Menge eingestellt wird. Das Ziel ist, die Kriminalisierung von Cannabis-Konsumenten zu verringern bzw. zu vermeiden. Hier handelt es sich um eine Kann-Bestimmung. Die Definition der „geringen Menge“ zum nicht-medizinischen Eigengebrauch ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt, sie reicht von 6 g bis 10 g, im Einzelfall bis 15 g. Eine Vereinheitlichung dieser Unterschiede ist bislang nicht vorgesehen. Der hohe Aufwand und die drastischen personenbezogenen Folgen der Strafverfolgung des nicht-medizinischen Cannabisgebrauches haben nicht dazu geführt, dass Cannabisanbau und -handel zurückgegangen sind. Junge Menschen zeigen erhebliche Schwankungen im Konsum von Cannabis, diese sind nicht abhängig von der Legalität bzw. Illegalität des Cannabis. Ein Rückgang des Cannabiskonsums ist nicht feststellbar. Eine Änderung im Rechtsstatus von Cannabis und die Abkehr vom illegalen Status vermeiden die außerordentlichen psychosozialen Belastungen, die durch die Strafverfolgung von Cannabiskonsumern ausgelöst werden. Diese Belastungen können zu einer massiven Destabilisierung und deutlich

³ Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (2015): Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums. Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS). (2015): Warum das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aus suchtmmedizinischer Sicht auf den Prüfstand gehört. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2015): Zur Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums. Positionspapier vom 7. Dezember 2015. Deutsche Gesellschaft für soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS) (2015): Stellungnahme vom 23. Februar 2015. „Erfahrungen in der Frühintervention bei jugendlichen Cannabiskonsumern“. Darin auch: „Mögliche Auswirkungen des öffentlichen Diskurses über die Lockerung des Cannabisverbotes auf Konsumbeginn und Konsumbereitschaft“. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2015): Cannabispolitik in Deutschland. Maßnahmen überprüfen, Ziele erreichen.

begrenzten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben führen, z.B. bei den Themen „Mobilität“ und „Beruf“. Aus Sicht der Expertengruppe des GVS ist dringend geboten, dass Betäubungsmittelgesetz mit dem Ziel einer Entkriminalisierung von Cannabiskonsumenten zu verändern. International haben Länder wie die Niederlande, Spanien, Uruguay sowie einige US-amerikanische Bundesstaaten Wege gefunden, Cannabis auf legaler Ebene an die Verbraucher abzugeben.

3. Staatlich regulierter Anbau sowie Verkauf und Verbraucherschutz

Die Expertengruppe des GVS fordert:

- Der Anbau von Cannabis sollte grundsätzlich staatlich lizenziert werden und gewisse Auflagen erfüllen.
- Qualitätskontrollen sollten die Reinheit des Cannabis garantieren.
- Die Cannabisprodukte sollten mit Gütesiegeln versehen werden.
- Der Verkauf von Cannabis sollte staatlich kontrolliert in speziellen Läden (sogenannten Drugstores) stattfinden. Dort sollte es ausschließlich Cannabis und keine anderen Suchtmittel wie z.B. Alkohol geben.
- Diese Läden sollten in einer gewisse Entfernung (z.B. 2 km) von Schulen, Kindergärten oder sonstigen Orten, an denen sich regelmäßig Kinder und Jugendliche aufhalten, verortet sein.
- Das Verkaufspersonal in diesen Läden muss hinsichtlich Früh- und Risikoerkennung regelmäßig geschult werden.
- Ab dem vollendeten 21. Lebensjahr darf Cannabis gekauft und konsumiert werden.
- Es sollte keine Höchstmenge für den Verkauf und die private Lagerung geben – jedoch empfohlene Richtwerte. Der Verkauf von Cannabis sollte (im Gegensatz zu Colorado/USA) NICHT gewinnorientiert sein. Striktes Werbeverbot für Cannabisprodukte sollte überall gelten, auch im Internet.
- Der Internethandel von Cannabis soll verboten sein.

Es gibt etwa 2-4 Millionen Cannabiskonsumenten in Deutschland, die sich auf dem Schwarzmarkt und damit in der Illegalität bewegen. Sie bekommen Cannabisprodukte ohne Qualitätskontrolle oder Angabe der Inhaltsstoffe bzw. des Wirkstoffgehaltes. Beimischungen, die völlig intransparent den Cannabisprodukten zugefügt werden, sollen einerseits den Preis für den Verkäufer durch Erhöhung des spezifischen Gewichtes steigern, andererseits den Käufer binden. Als Beimischungen und Streckmittel sind eher harmlose Varianten wie Henna oder andere trockene Pflanzenteile als auch das Besprühen mit chemischen Stoffen wie Autofelgenreiniger, Haarspray und ähnliches bekannt. Die durch den Konsum dieser Produkte erzeugte Mischintoxikation verursacht diverse Gesundheitsschäden. Bei jungen Menschen führt eine solche Intoxikation zu Phänomenen, die nicht allein mit dem THC-Wirkstoff zu erklären sind. Insbesondere bei der aufsuchenden Drogenarbeit in Krankenhäusern zeigt sich dies deutlich.

Eine entkriminalisierte Abgabe von Cannabis bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Inhaltsstoffe und Wirkstoffgehalt angegeben werden, was letztlich eine informierte und eigenverantwortliche Konsum-Entscheidung befördern hilft und somit einen Beitrag zum Verbraucherschutz darstellt. Strenge Qualitätskontrollen beim Alkohol verhindern Selbstbrand, der ja bekanntlich gefährlichere Folgen hat als die auf Qualität geprüften Produkte selbst. Darauf weisen erhebliche Anzahlen von „Alkoholopfern“ z.B. in der Türkei und in den Balkanländern hin, die nach dem Konsum von unkontrolliertem Selbstbrand gestorben sind.

4. Fahrtauglichkeit

Die Grenzwerte bei Cannabiskonsum (1 ng), die aktuell in Bezug auf die Fahrtauglichkeit angewandt werden, sind nicht nachvollziehbar.

Hier werden dringend wissenschaftlich fundierte Grenzwerte benötigt

1. für den akuten Cannabisrausch und
2. den THC-COOH Wert (das THC-Abbauprodukt), der Hinweis auf gelegentlichen Konsum, Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit gibt.

Folglich sollten die Testverfahren zur Unterscheidung von Einschränkungen der Fahrtauglichkeit verbessert werden. Der nach wissenschaftlichen Kriterien neu festgelegte THC-COOH Grenzwert, der einen gelegentlichen Cannabiskonsum belegt, sollte in diesen Testverfahren nicht mehr angezeigt werden. In Bezug auf Fahrtauglichkeitsüberprüfungen kann der Test somit der Entkriminalisierung dienen. Im betrieblichen Kontext, in dem diese Testverfahren ebenfalls angewandt werden, soll es auch den Menschen mit gelegentlichem Cannabiskonsum die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen.

5. Cannabis zu medizinischen Zwecken, insbesondere der Spezialfall ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine bereits im Kindesalter beginnende psychische Störung, die sich durch Probleme in den Bereichen Aufmerksamkeit und der Konzentration auszeichnet und typischerweise auch von Hyperaktivität und Impulsivität begleitet wird. Nach aktuellem Wissensstand persistiert die Symptomatik als Vollbild einer ADHS des Erwachsenenalters bei etwa einem Drittel bis zur Hälfte der betroffenen Kinder. Viele dieser Betroffenen leiden also nicht nur im Kindes- und Jugendalter, sondern auch im Erwachsenenalter unter vielfältigen Problemen in den verschiedenen Lebensbereichen.

Die Therapie bei akuter ADHS umfassen gegenwärtig Psychopharmaka sowie psychologische Interventionen wie Psychoedukation, Coaching sowie kognitive Verhaltenstherapie im Einzel- oder Gruppensetting. Psychotherapeutische Interventionen werden üblicherweise als ergänzende Behandlung zur Pharmakotherapie eingesetzt, können aber als alleiniges Behandlungsverfahren ausreichend sein, wenn die ADHS-bezogenen Symptome/Funktionsbeeinträchtigungen nur moderat ausgeprägt sind.

Bis zu 80 % der Erwachsenen mit ADHS leiden häufig auch unter mehreren komorbiden psychiatrischen Erkrankungen, die das klinische Bild verkomplizieren und zum Schweregrad der Störung beitragen können. Auch Abhängigkeitserkrankungen weisen signifikante Symptomüberschneidungen mit der ADHS auf. Diese Komorbiditäten müssen sowohl bei der ADHS-Diagnostik als auch in der Therapieplanung berücksichtigt werden.

Die Prävalenzraten von Abhängigkeitsstörungen liegen bei erwachsenen Menschen mit ADHS zwischen 25 % und 60 %. Vorliegende Untersuchungen weisen zudem konsistent darauf hin, dass bei ADHS-Patienten im Vergleich zu „reinen“ Suchterkrankungen ein früherer Beginn der Suchterkrankung und ein schnellerer Übergang vom Missbrauch zur Abhängigkeit bestehen.

Aufgrund der hohen Komorbidität mit Suchterkrankungen, insbesondere bei Problemen, sollte bei der ADHS-Diagnostik eine genaue Exploration bezüglich der Missbrauchs-/Abhängigkeitskriterien erfolgen und eine ausführliche Suchtanamnese durchgeführt werden vor dem Hintergrund der häufigen Symptomüberschneidungen von ADHS und Sucht-

erkrankungen bei Konzentrationsproblemen, innerer Unruhe und Stimmungsschwankungen, insbesondere beim Gebrauch von Cannabis. Erfragt werden muss zudem, ob Suchtmittel, insbesondere Cannabis, als Selbstmedikation eingenommen werden, da manche Patienten eine Reduktion von innerer Unruhe und Entspannung durch Substanzkonsum vor allem von Alkohol oder Cannabis induzieren.

Nach aktuellen Empfehlungen kann die ADHS-Symptomatik erst nach einer substanzbezogenen Abstinenz von mindestens 4 Wochen valide erhoben werden.

Bei der Pharmakotherapie der ADHS im Erwachsenenalter steht neben der Psychostimulanz Methylphenidat („Ritalin[®]“) – als Mittel der ersten Wahl – auch der Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin („Strattera[®]“) zur Verfügung. Die Wirksamkeit und die Sicherheit in der Behandlung mit diesen beiden Substanzen sind ausreichend nachgewiesen. Eine Verbesserung der ADHS-Kernsymptomatik kann erreicht werden (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität) und damit ADHS-assoziiertes Symptome wie emotionale Dysregulation und Desorganisiertheit sowie eine Verbesserung der Alltagsbewältigung durch suchtmittelbezogene Abstinenz in Verbindung mit der Pharmakotherapie.

Zur Therapie von ADHS mit Komorbidität Cannabisgebrauch/-abhängigkeit wird ein risikoadaptiertes Vorgehen empfohlen, das die Abstinenzmotivation einbezieht. Eine gemeinsame Behandlung von ADHS und der Cannabisproblematik wirkt sich positiv aus. Bei stabiler Abstinenz und Abstinenzmotivation („geringes Risiko“) wird ein Therapieversuch mit retardierten Methylphenidatpräparaten empfohlen, bei fehlender Abstinenz („hohes Risiko“) kann in Abhängigkeit vom Schweregrad der Suchterkrankung bzw. der Cannabisstörung Atomoxetin erwogen werden. Grundsätzlich ist eine Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung bei cannabisbezogenen Suchstörungen anzustreben. Fallberichte weisen darauf hin, dass eine medikamentöse ADHS-Behandlung die Abstinenz stabilisieren hilft.

Der Anteil von Personen mit einer primären Cannabisproblematik in Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland ist im Verlauf ambulant von 6,4 % (2000) auf 15,4 % (2013) und stationär von 1,1 % (2000) auf 7,1 % (2013) gestiegen. Personen mit einer cannabisbezogenen Suchtstörung zeichnen sich durch junges Alter, geringes Bildungsniveau und hohe Arbeitslosigkeit aus. Im Vergleich zu anderen suchtbefragten Diagnosen zeigen sich bei Cannabisstörungen ein früher Erstkonsum und ein früher Störungsbeginn. Hier mag eine genaue Anamnese begleitender ADHS-Symptomatik im Kindes- und Jugendalter empfohlen werden. Vor allem weisen Cannabispatienten eine hohe Zusatzbelastung durch multiplen Substanzkonsum auf. Ein vergleichsweise hoher Anteil kommt aufgrund gerichtlicher Auflagen in die Behandlung (ambulant 29,9 %, stationär 27,6 %). Zwei Drittel zeigen nach Behandlungsende eine Verbesserung ihrer Suchtproblematik (ambulant: 64 %, stationär: 64 %).

Gleichzeitig wird Cannabis immer häufiger in der medizinischen Behandlung verschiedener Erkrankungen eingesetzt. Als einziges Fertigarzneimittel ist in Deutschland das auf Cannabis basierende Mundspray Sativex[®] zugelassen. Es wird zur Symptomverbesserung bei Patientinnen und Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik aufgrund von Multipler Sklerose (MS), die nicht angemessen auf eine andere anti-spastische Arzneimitteltherapie angesprochen haben, eingesetzt (tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Beschluss vom 21.06.2012⁴). Für andere Indikationen wie z.B. neuropathische Schmerzen, Übelkeit und Appetitlosigkeit findet das teilsynthetische Dronabinol Anwendung, das als Rezeptur in der Apotheke nach Angaben des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin in Form von Tropfen oder Kapseln zubereitet wird, sowie in wenigen Fällen Medizinalhanf, falls eine Therapie mit Standardarzneimitteln nicht möglich ist.

⁴ Quelle: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1503> (Zugriff 15.07.2016).

Eine Übersichtsarbeit und Metaanalyse von Whiting et al. (2015)⁵ mit 79 Studien und der Probandenzahl n=6462 kommt zu folgenden Schlussfolgerungen für Cannabinoide als Heilmittel: Sie sind für die Behandlung von chronischen Schmerzen und Spastizität nutzbringend (mittlere Evidenz) und sie führen zu Verbesserungen bei Übelkeit und Erbrechen infolge Chemotherapien, bei Gewichtszunahme von HIV-Patienten, bei Schlafstörungen und beim Tourette-Syndrom (geringe Evidenz). Cannabinoide haben ein erhöhtes Risiko vorübergehender, unerwünschter Nebenwirkungen.

Ausgehend vom Spezialfall „ADHS und Cannabis zu medizinischen Zwecken“ und weiteren Befunden zum medizinischen Gebrauch fordert die Expertengruppe des GVS die grundsätzliche Möglichkeit des Einsatzes von Cannabis in der medizinischen Behandlung mit Übernahme der Behandlungskosten durch die gesetzlichen Krankenkassen. Weiterhin fordert sie, dass weitere Forschung zur Wirksamkeit von Cannabispräparaten durchgeführt wird.

6. Jugendschutz, Prävention und Hilfen

Ziele einer erfolgreichen Suchtpolitik – nicht nur im Hinblick auf Cannabis – sollten sein, dass erstens langfristig die Zahl der Konsumierenden abnimmt. Zweitens sollte durch eine hohe Suchtmittelkompetenz (z.B. durch flächendeckende Prävention und Aufklärung) sowie durch saubere Substanzen das Risiko und die Folgen des Konsums minimiert werden. Drittens sollte denjenigen, welche es nicht schaffen, risikoarm zu konsumieren, ein effizienter und niedrigschwelliger Zugang zum Hilfesystem ermöglicht werden. Von daher darf sich der Jugendschutz nicht auf die Durchsetzung gesetzlich verankerter Vorschriften mit polizeilichen und juristischen Mitteln beschränken. Die Förderung und der Erhalt der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit, wie in der UN-Kinderrechtskonvention⁶ gefordert, sollte oberstes Ziel sein. Von daher vertritt der GVS – ähnlich wie eine Schweizer Arbeitsgruppe⁷ – die Auffassung, dass ein nachhaltiger Jugendschutz neben dem gesetzlichen Jugendschutz auch die Prävention sowie Hilfsmaßnahmen beinhalten sollte.

Jugendschutz

Gesetzliche Vorschriften:

- Besitz und Konsum erst ab dem vollendeten 21. Lebensjahr.

Sowohl wegen der physiologischen Hirnreifung, die erst nach der Vollendung des 21. Lebensjahres vollständig abgeschlossen ist, als auch aufgrund der noch nicht ausreichend gefestigten Emotionsregulierung setzt die Expertengruppe die Altersgrenze auf 21 Jahre. Die Weitergabe von Cannabis an Menschen unter dem vollendeten 21. Lebensjahr sollte konsequent verfolgt und bestraft werden.

Weitere gesetzliche Vorschriften sollten sein:

- Verbot des Konsums in der Öffentlichkeit.
- Wissenschaftlich fundierte THC-Grenzwerte für die Teilnahme am Straßenverkehr.
- Klare Regelungen bezüglich Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit.

⁵ Whiting, P.F., Wolff, R. et al, (2015). Cannabinoids for Medical Use – A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA.2015;313(24):2456-2473.

⁶ Quelle: <https://www.unicef.de/informieren/infothek/-/was-ist-die-un-kinderrechtskonvention-/17708> (Zugriff 15.07.2016).

⁷ Vgl. Jugendschutz im regulierten Cannabismarkt. Ein Grundlagenpapier aus der Schweiz, das von einer interdisziplinären „Arbeitsgruppe Jugendschutz im regulierten Cannabismarkt“ von verschiedenen Schweizerischen Dachverbänden erarbeitet wurde. In: http://www.fachverbandsucht.ch/downloads/1033_Jugendschutz_Cannabismarkt.pdf (Zugriff 15.07.2016).

- Im Vorschul- und Schulbereich sollte pädagogisch und erzieherisch Tätigen der Konsum von Cannabis ausdrücklich und strafbewehrt untersagt werden, für Eltern sollten während der aktiven Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben adäquate Strafregelungen gefunden werden.⁸
- Verbot der Weitergabe, des Verkaufs oder des Konsums von Cannabis (und auch von Alkohol) bei Schulveranstaltungen (besondere Veranstaltungen wie z.B. der Abiball sollten hier grundsätzlich eingeschlossen sein).

Die Arbeitsgruppe fordert eine sehr rigide und konsequente Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften. Daher müssen zusätzlich zu den bereits Vorhandenen weitere überzeugende Konzepte erarbeitet werden.

Prävention

Die Expertengruppe des GVS vertritt die Auffassung, dass Suchtprävention, nicht nur im Hinblick auf Cannabis, wesentlich umfangreicher bzw. flächendeckender sein müsste. Momentan können wegen der sparsamen personellen und finanziellen Ausstattung der Landes- und örtlichen Suchtberatungsstellen inklusive der Präventionsfachstellen nur vereinzelt und punktuell Präventionsprogramme angeboten werden.

Es wird davon ausgegangen, dass im Zuge der Einführung einer regulierten Abgabe von Cannabis Finanzmittel frei werden, die bisher an die Strafverfolgung (Polizei und Justiz) gebunden waren. Damit könnten flächendeckende Präventionsangebote mit Blick auf alle Suchtmittel finanziert werden. Grundsätzlich sollte es in der Präventionsarbeit weniger um die generalpräventive Wirkung von Verboten gehen, vielmehr sollte die Kommunikation zwischen den Jugendlichen, den Eltern und den pädagogischen Fachkräften und damit auch die Stärkung von Lebenskompetenz im Allgemeinen in den Mittelpunkt rücken.⁹

An allen Schulen sollten zukünftig evaluierte suchpräventive Veranstaltungen verpflichtend in jeden Lehrplan eingebaut werden. Damit soll die Risikokompetenz im Umgang mit allen Suchtmitteln bei allen Schülerinnen und Schülern erhöht werden. Wichtig ist, dass diese Veranstaltungen von externen nicht zur Schule gehörenden Präventionsfachkräften durchgeführt werden und die Schülerinnen und Schüler dafür nicht benotet werden. Beobachtungen beim HaLT-Projekt, bei dem geschulte Fachkräfte mit Jugendlichen arbeiten, die mit einer akuten Alkoholvergiftung stationär im Krankenhaus behandelt werden müssen, zeigen auch, dass unter anderem Unkenntnis über die Wirkungsweise des Suchtmittels mit dazu beigetragen hat, dass es zu der Alkoholvergiftung kommen konnte.

Umfassende Schulung/Aufklärung über Sucht im Allgemeinen und im Speziellen für alle in der Jugendarbeit Tätige wie z.B. Mitarbeitende der Jugendämter, Lehrende, Mitarbeitende in der Kinder- und Jugendarbeit, Schulsozialarbeiterinnen, Trainerinnen von Sportvereinen etc. sowie natürlich spezielle Angebote für Eltern zur Stärkung ihrer Erziehungskompetenz sollte selbstverständlich auch zum Angebot von Suchtprävention gehören.

Online-Tools, welche sich direkt an Jugendliche wenden, sollten in ansprechender Art und Weise altersgemäß aufbereitetes Faktenwissen über Suchtmittel vermitteln sowie über Suchtmittelkonsum aufklären. Auch andere Aufklärungs- bzw. Informationsmedien wie z.B.

⁸ Eltern bzw. pädagogisch oder erzieherisch Tätige reagieren nicht mit der notwendigen Einfühlung bzw. dem erforderlichen Feingefühl auf Kinder, was wiederum den Erwerb der Emotionsregulierung bei kleinen Kindern nachhaltig stören kann (vergleiche auch Aufbau emotionaler Bindungen). Quellen: http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Themen/Elternschaft_und_Sucht/Selbsthilfe_und_Elternschaft_-_Ergebnisbericht.pdf (Zugriff 15.07.2016), <http://www.eltern-sucht.de/> (Zugriff 15.07.2016)

⁹ https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Bilder/Bilder_zu_Pressemitteilungen/ab_2014/KoelnerMemorandum_EBSP2014.pdf (Zugriff 15.07.2016).

Flyer¹⁰, Broschüren, Apps und Werbespots sollten entwickelt werden. Aufklärung und Wissensvermittlung sollten hier im Vordergrund stehen.

Hilfen

Die Expertengruppe des GVS ist sich darüber im Klaren, dass Jugendliche unter 21 Jahren trotz des Verbotes Cannabis konsumieren werden. Sobald es Jugendlichen nicht gelingt, risikoarm zu konsumieren¹¹ sollten sie – unabhängig vom Suchtmittel – rasch und niedrigschwellig Zugang zum Hilfesystem, also zu Suchtberatungsstellen, bekommen. Risikogruppen sollten direkt angesprochen werden und es sollten hierfür spezielle Konzepte entwickelt werden, die wissenschaftlich begleitet werden müssen.

Zusätzlich zu bereits bekannten und erfolgreich arbeitenden Methoden und Instrumenten der Frühintervention wie z.B. Quit the Shit¹², Risflecting¹³ FreD¹⁴ sollten weitere Beratungs- und Therapiemöglichkeiten erarbeitet und evaluiert werden.

7. Umgang mit Alkohol

Bei der Auseinandersetzung mit dem Entwurf des Cannabiskontrollgesetzes fällt auf, dass mit dem – in vielerlei Hinsicht – schädlicherem Suchtmittel Alkohol, nicht nur vonseiten des Gesetzgebers, viel zu nachlässig umgegangen wird. Von daher fordert die Expertengruppe des GVS:

- Werbeverbot für alkoholhaltige Getränke aller Art.
- Abgabe alkoholischer Getränke jeglicher Art erst ab dem 18. Lebensjahr.
- Konsequenterer Umsetzung des Jugendschutzes.
- Flächendeckende Prävention.

Der Position, wie sie die DHS im Jahr 2015 in ihren Grundsatzpapier „Kein Alkohol unter 18 Jahren“¹⁵ veröffentlicht hat, schließt sich die Expertengruppe des GVS an.

Bis 1956 war das Brennen von Korn zu Schnaps verboten. Der Alkohol hatte aber trotzdem in der deutschen Gesellschaft eine hohe Attraktivität, was man daran ablesen konnte, dass Alkohol eine der stabilsten Währungen auf dem Schwarzmarkt war. In den 1960er Jahren erlebte der Alkoholkonsum im Zuge des Wirtschaftswunders einen hohen Anstieg, es wurde auch von der „nassen Generation“ gesprochen. Man sprach in dieser Zeit von ca. 1,6 Millionen alkoholabhängigen Personen in Deutschland.

- Es verstarben ca. 42.000 Menschen an den Folgen von Alkohol.
- Ungefähr jeder fünfte tödliche Arbeitsunfall war alkoholbedingt.
- Unter Alkoholeinfluss wurden jährlich 238.000 Straftaten begangen.
- Etwa 47 % aller Toten bei Haus- oder Wohnungsbränden waren stark angetrunken.
- Jährlich starben fast 1.000 Menschen durch Alkohol im Straßenverkehr.
- Insgesamt lagen die Schätzungen der volkswirtschaftlichen Folgekosten von Alkohol zwischen 20 und 40 Milliarden Euro im Jahr.

¹⁰ Quelle: <http://nls-online.de/materialien/index.php> (Zugriff 15.07.2016).

¹¹ Ein bis drei Joints pro Jahr mit niedriger Dosierung geraucht, wird als risikoarm angesehen. Sobald regelmäßig oder gar täglich konsumiert wird muss von einem risikoreichen Konsum ausgegangen werden.

¹² Quelle: <https://www.quit-the-shit.net/qts/start.do> (Zugriff 15.07.2016).

¹³ Quelle: <http://www.risflecting.at> (Zugriff 15.07.2016).

¹⁴ Quelle: <http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fred/FreD-Handbuch.pdf> (Zugriff 15.07.2016).

¹⁵ Quelle: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/KeinAlkoholUnter18.pdf (Zugriff 15.07.2016).

- Von 1960 bis 1970 wurde das Angebot an Behandlungsangeboten zur Alkoholproblematik deutlich ausgebaut, es wurde eine Vielzahl an Behandlungsangeboten und Programmen entwickelt. Bis 2003 sind insgesamt 250 stationäre Behandlungseinrichtungen entstanden mit ca. 11.300 Behandlungsplätzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige.
- 1968 wurde der Alkoholismus als Krankheit anerkannt, die Finanzierung von Rehabilitationsbehandlungen wird seitdem durch die Kranken- und Rentenversicherungen gewährleistet.
- 1973 wurde schließlich die 0,8-Promille-Grenze für Alkohol im Straßenverkehr eingeführt. Nach der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten einigte man sich auf die einheitliche Grenze von 0,5 Promille Alkohol im Straßenverkehr.
- Seit 1991 werden auch ambulante Behandlungen von Alkohol- und Medikamentenabhängigen durch die Rentenversicherungsträger finanziert.

Aktuelle Zahlen zum Alkoholkonsum weisen auf folgende Verbreitungsdaten und Trends hin¹⁶:

- 96,4 % der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren trinken Alkohol.
- Etwa 1,61 Millionen Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren trinken missbräuchlich Alkohol. Sie nehmen körperliche, psychische und soziale Folgen in Kauf. Männer trinken durchschnittlich deutlich mehr als Frauen.
- Rund 1,77 Millionen Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren sind alkoholabhängig.
- Nach aktuellen Analysen für Deutschland sind innerhalb der letzten 40 Jahre alkoholische Getränke im Vergleich zur sonstigen Lebenshaltung um 30 % billiger geworden. Dabei sanken die Verbraucherpreise für Wein um 38 %, für Spirituosen um 33 % und für Bier um 26 %.
- Die Kosten alkoholbedingter Krankheiten werden pro Jahr auf 26,7 Milliarden Euro geschätzt.
- Im Jahr 2012 betragen die staatlichen Einnahmen aus der Bier-, Schaumwein- und Spirituosensteuer 3,3 Milliarden Euro. Auf Wein wird in Deutschland keine Steuer erhoben.
- Die Werbeaufwendungen für alkoholische Getränke in TV, Rundfunk, Plakatwerbung und Zeitungen/Zeitschriften betragen 2012 rund 562 Millionen Euro.
- Im Jahr 2012 registrierte das Statistische Bundesamt 15.0130 Unfälle im Straßenverkehr, bei denen mindestens einer der Beteiligten (Fahrer oder Fußgänger) unter Alkoholeinfluss stand. Dabei wurden 338 Menschen getötet.
- In Deutschland werden pro Jahr und pro Person 9,7 Liter reiner Alkohol zu sich genommen. Der weltweite Durchschnitt liegt bei 6,2 Liter reinem Alkohol. Deutschland ist ein Hochkonsumland!
- 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche wachsen in Familien mit mindestens einem alkoholkranken Elternteil auf. Damit ist jedes sechste Kind in Deutschland betroffen.
- 202 Menschen sterben Schätzungen zufolge in Deutschland jeden Tag an den Folgen ihres riskanten Alkoholkonsums – meist in Kombination mit dem Risikofaktor Rauchen. Das sind rund 74.000 Todesfälle im Jahr. Unfälle, die nach übermäßigem Alkoholkonsum passieren, sind in dieser Zahl nicht enthalten.
- 2012 wurden insgesamt 55.448 Gewalttaten unter Alkoholeinfluss verübt. Das ist ein Drittel aller aufgeklärten Fälle im Bereich der Gewaltkriminalität. Insbesondere bei schwerer und gefährlicher Körperverletzung prägt Alkoholeinfluss weiterhin die Tatbegehung in erheblichem Umfang.

¹⁶ Quelle: <http://www.dhs.de/datenfakten.html> (Zugriff 15.07.2016).

Dem Jugendschutzgesetz (JuSchG) ist zu entnehmen:

- Kein Alkoholverkauf (auch kein Bier, Wein und Sekt) an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren.
- Bier, Wein und Sekt sind ab 16 Jahren erlaubt.
- In Begleitung einer personensorgeberechtigten Person (Eltern/Vormund) sind Bier, Wein und Sekt ab 14 Jahren erlaubt.
- Kein Branntwein, keine branntweinhaltigen Getränke oder Lebensmittel an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.
- Nicht nur Verkauf und Abgabe, sondern auch die Gestattung des Verzehrs dieser Getränke durch Personen der jeweiligen Altersgruppe unterliegt dem Verbot (z.B. mitgebrachte Alkoholika.).

Zwei Fragen der Expertengruppe des GVS zum Alkoholkonsum in Deutschland:

- Reicht die Gesetzgebung, so wie sie ist, aus?
- Sollte die Altersgrenze und damit der Zugang zu alkoholhaltigen Getränken nicht noch weiter angehoben werden?

In den letzten Jahren hat der Konsum alkoholischer Getränken abgenommen, grundsätzlich wird weniger Alkohol konsumiert als in den 1970er Jahren und auch das Rauchen von Tabak ist deutlich zurückgegangen. Dieser Trend geht offensichtlich einher mit einer immer größer werdenden Bedeutung der eigenen und auch der allgemeinen Gesundheit in unserer Gesellschaft. Zudem wird wesentlich mehr Sport getrieben.

Aber setzt man sich intensiver mit alkoholkranken Menschen auseinander, wird klar, welche Schäden der Alkohol bei Menschen anrichten kann. Die gesundheitlichen Folgeerkrankungen sind sehr schwerwiegend und vielfältig – Polyneuropathie, Leberzirrhose oder die Korsakow-Erkrankung bilden hier nur die Spitze des Eisbergs.

8. Der Umgang mit Alkohol und Cannabis in anderen Ländern – Beispiele¹⁷

Umgang mit Alkohol in Island – Staatliche Verkaufskontrolle als Ansatz

Die isländische Abstinenzbewegung erstarkte in den Neunzigerjahren des 19. Jahrhunderts vor allem durch die Aktivitäten der Guttempler, und feierte ihren größten Erfolg 1908, als beim ersten Referendum in der Geschichte Islands die Mehrheit (60,1 % der wahlberechtigten Männer) für ein totales Alkoholverbot stimmte. Das Totalverbot trat allerdings erst sieben Jahre später am 1. Januar 1915 in Kraft. Um das Volk vom Trinken abzuhalten, ließ die Regierung auf alle hochprozentigen Flaschen Totenkopf-Zeichen kleben, weshalb der isländische „Brennivín“ im Volksmund heute noch „Schwarzer Tod“ genannt wird.

Um den Alkoholverkauf staatlich zu kontrollieren, wurde 1922 das bis heute bestehende Monopolunternehmen Vínbúðin (deutsch „das Weingeschäft“) gegründet. Die Ladenkette orientiert sich an ähnlichen Alkoholmonopolen der nordischen Länder, vor allem am schwedischen „Systembolaget“. Auch das norwegische „Vinmonopolet“ wurde im gleichen Jahr wie die isländischen Vínbúðin gegründet. Vínbúðin ist eine Kette mit landesweit 49 Läden, die vom isländischen Alkohol- und Tabak-Monopolunternehmen ÁTVR (Áfengis- og tóbaksverslun ríkisins) mit Sitz in Reykjavík betrieben wird. Umgangssprachlich werden sie auch ríkid (deutsch

¹⁷ Quellen: <https://de.wikipedia.org> (Zugriff 15.07.2016).

„der Staat“) genannt. Vinbuðin ist Islands alleiniger legaler Händler für den Außerhaus-Verkauf von Alkohol. Außerhalb dieser Kette bieten Bars und Restaurants Alkohol im Ausschank an. Aufgrund von hohen Lizenzgebühren sind diese allerdings mindestens doppelt so teuer wie bei der Monopolkette. Als Modalitäten der staatlichen Verkaufskontrolle sind hier festgelegt: Zutritt erst ab 20 Jahren, keine Beschränkung der Einkaufsmenge und kurze Öffnungszeiten der Läden. Island hat den Alkohol mit einem sehr hohen Steuersatz belegt (was ursprünglich den Alkoholkonsum herabsetzen sollte). Die Steuersätze richten sich dabei nicht nach dem Preis sondern werden proportional nach dem Alkoholgehalt berechnet.

Folgen der Alkoholpolitik in Island im Vergleich zu Deutschland zeigen sich unter anderem im jährlichen Alkoholkonsum pro Kopf (Quelle: WHO¹⁸):

- Deutschland: 12,81 Liter
- Island: 6,31 Liter.

Deutlich wird an diesem Beispiel, dass eine staatlich regulierte Abgabe eines Suchtmittels einen wesentlichen Beitrag zur Konsummenge in der Bevölkerung liefert und damit der allgemeinen und individuellen Gesundheit in der Bevölkerung dienen kann.

Umgang mit Cannabis in den Niederlanden – Das Modell der „Coffeshops“

Ein Coffeeshop ist eine geduldete Verkaufsstelle für Cannabis in den Niederlanden. Das Betreiben eines Coffeeshops unterliegt Auflagen nach den sogenannten AHOJG-Kriterien:

- **A** („geen affichering“) bedeutet: Keine Werbung, weder an der Außenfront des Cafés, noch in Form von Medienwerbung (Radio, Presse, Handzettel) oder durch Werbegeschenke wie Feuerzeuge, Kugelschreiber oder Sonstiges.
- **H** („geen harddrugs“) bedeutet: Weder Verkauf harter Drogen noch die Duldung von Besitz oder Konsum derselben durch Gäste.
- **O** („geen overlast“) bedeutet: Keine Ruhestörung oder Belästigung von Anwohnern und Passanten.
- **J** („geen verkoop aan jeugdigen“) bedeutet: Kein Verkauf an Jugendliche unter 18 Jahren.
- **G** („geen verkoop van grote hoeveelheden“) bedeutet: Keine großen Mengen, weder beim Verkauf an Gäste (maximal 5 g pro Person und Tag) noch beim Bestand im Café (maximal 500 g).

Bei einer Gesetzesnovellierung im Jahr 1995 wurden die Bestimmungen verschärft: Cannabis darf seitdem nur noch an Personen über 18 Jahre verkauft werden und nur in einer maximalen Menge von 5 g pro Person. Zuvor war die Abgabe an Jugendliche ab 16 Jahren erlaubt und die Höchstverkaufsmenge lag bei 30 g.

Amsterdamer Coffeeshops bekommen in unregelmäßigen Abständen Besuch von einer sogenannten Drogenpolizei. Diese kontrolliert die Coffeeshops und händigt nach erfolgreicher Kontrolle ein rechteckiges grün-weißes Siegel mit Nummer aus, welches einen „ordentlichen“ Coffeeshop auszeichnet. Dieses Siegel muss der Ladenbesitzer an der Eingangstür seines Ladens anbringen.

Ein weiteres Kriterium ist, dass in Coffeeshops zumeist kein Alkohol ausgeschenkt werden darf. Insbesondere in Amsterdam und in Den Haag gibt es jedoch auch Ausnahmen von dieser

¹⁸ Quelle: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf (Zugriff 15.07.2016).

Regel: Hier wurde im Zuge einer „Normalisierungspolitik“ bezüglich Alkohol und Cannabis an einige Coffeeshops auch die Lizenz zum Alkoholausschank gegeben.

Ab dem 1. Juli 2008 trat in den Niederlanden ein absolutes Rauchverbot in allen Restaurants, Bars und Cafés in Kraft. Dies gilt jedoch nur für Tabakerzeugnisse und -beimischungen und nicht für den reinen Cannabisgebrauch.

Ein grundlegendes Problem der niederländischen Duldungspolitik bleibt ungelöst: Die „achterdeurproblematik“, das Problem der Hintertür. Die Polizei könnte leicht jeden Coffeshop ruinieren, wenn sie am Lieferanteneingang die Drogenkuriere abfangen würde, da der Anbau und die Einfuhr von Drogen nach wie vor illegal ist und mit bis zu vier Jahren Haft geahndet wird. Ein Anlauf zur Regelung dieser Lieferantenproblematik im Jahr 2000 wurde bisher noch nicht umgesetzt, weil die Politik sich zunächst mit den Nachbarländern zu dieser Frage abstimmen will. Da sich die Cannabisproduzenten die Gefährdung ihrer Ware durch die drohende Beschlagnahmung sowie die mögliche Inhaftierung ihrer Lieferanten „bezahlen“ lassen, sind die Preise für Cannabis in den Niederlanden nach wie vor hoch und zum Teil sogar höher als z.B. auf dem deutschen Schwarzmarkt.

In Presseberichten aus dem Mai 2009 hieß es, dass die Provinz Limburg plant, ab dem 1. Januar 2010 den Verkauf von Cannabis auf drei Gramm pro Tag ladenübergreifend zu beschränken. Kunden sollen demnach dort nur noch mit Hilfe einer speziellen Clubkarte und nur noch bargeldlos (mit niederländischer EC-Karte oder Kreditkarte) einkaufen können. Ziel sei es, die Anonymität der Kunden aufzuheben und die Coffeshops – insbesondere für deutsche Drogentouristen – uninteressanter zu machen. Bisher wurde diesem Plan jedoch noch nicht zugestimmt, die zur Umsetzung erforderlichen zusätzlichen Finanzmittel und Polizeikräfte wurden nicht zugesagt.

Ende Mai 2011 beschloss die niederländische Regierung eine landesweite Regelung, dass Coffeshops weiche Drogen ab Herbst 2011 nicht mehr an Auswärtige verkaufen dürfen, sondern nur noch an volljährige niederländische Staatsbürger. Viele Städte und Kommunen leisteten Widerstand, unter anderem verweigerten die Bürgermeister von Amsterdam und Maastricht die Umsetzung.

2011 wurde bekannt, dass die damalige niederländische Regierung zum 1. Januar 2013 flächendeckend die Einführung eines Club-Ausweises (sogenannter „Wietpas“) plante, der den Zugang zu Coffeshops („Clubs“) regeln sollte. In den südlichen Provinzen Zeeland, Brabant und Limburg wurde der Ausweis am 1. Mai 2012 verpflichtend eingeführt, maximal sind 2000 Mitglieder pro Club zugelassen. Die 2012 neu gewählte niederländische Regierung vereinbarte in ihrem Koalitionsvertrag jedoch, die landesweite Einführung des Wietpas nicht (weiter) umzusetzen. Damit ist der Wietpas seit dem 1. Januar 2013 zwar offiziell Pflicht, solange noch die Gesetze der vorherigen Regierung gelten, seine Vorlage wird aber nicht in den ganzen Niederlanden verlangt.

Da jede Stadt beziehungsweise Gemeinde selbst über den Umgang mit weichen Drogen entscheiden darf, kann die Handhabung in jeder Stadt und Gemeinde auch unterschiedlich ausfallen. Vor allem in von christdemokratischen Bürgermeistern regierten Städten und Gemeinden werden Coffeshops überwiegend gar nicht geduldet. Daher gibt es die meisten Shops in den Großstädten.

In Amsterdam gab es 2010 noch 228 Coffeshops, im Vergleich dazu gibt es in den gesamten restlichen Niederlanden (nur) noch etwa 700 weitere Shops. Insgesamt ist die Tendenz stark

sinkend: Von 1997 bis 2004 ist die Anzahl der Coffeeshops in den gesamten Niederlanden um 36 % zurückgegangen.

Nach Protesten aus Frankreich und Deutschland hat die niederländische Regierung verfügt, dass im Grenzgebiet zu Deutschland und Belgien innerhalb einer 30-km-Zone kein Coffeeshop neu eröffnet werden darf.

„Coffeeshops“ in anderen Ländern

Schweiz: Bedingt durch eine umstrittene Gesetzeslücke wurde der Verkauf von Cannabis-Produkten zum Teil als legal angesehen, wenn sie nicht zum Verzehr bestimmt waren. Dadurch entstanden Läden, die quasi als Coffeeshop fungierten. Hier wurden Cannabis-Produkte als Duftkissen oder Badezusatz verkauft. Einige dieser Coffeeshops wurden geduldet, zum Teil aber auch mit allen rechtlichen Konsequenzen wieder geschlossen. Die Vorgehensweise war dabei in den einzelnen Kantonen und Städten sehr unterschiedlich. Eine Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes fand seither nicht statt. Da es sowohl für eine endgültige Prohibition als auch für eine Tolerierung wie in den Niederlanden sehr starke Fürsprecher gibt, weigert man sich bislang, das Thema zu behandeln. Momentan wird diskutiert, ob die Städte Bern, Basel und Zürich nun den Verkauf unter strengsten Jugendschutzgesetzen legalisieren und Verkaufsstellen eröffnen können.

Belgien und Spanien: In diesen beiden Ländern gibt es sogenannte „Cannabis Clubs“. Dabei handelt es sich um Vereine, deren Mitglieder gemeinsam Cannabis anbauen, um es in den Räumlichkeiten des Vereins zu konsumieren. Die Vereine produzieren Cannabis-Produkte ausschließlich für den Eigenbedarf ihrer Mitglieder und finanzieren sich über Mitgliedsbeiträge. Ein Verkauf von Cannabis findet weder für Außenstehende noch für die eigenen Mitglieder statt. Cannabis Clubs werden in diesen beiden Ländern unter strengen Auflagen gesetzlich toleriert.

USA: Seit 1. Januar 2014 ist der Verkauf von Marihuana im Bundesstaat Colorado freigegeben. Einwohner von Colorado können ab 21 Jahren eine Unze (rund 28 Gramm) pro Kauf erwerben, Bewohner anderer Bundesstaaten können 1/4 Unze kaufen. Colorado ist der erste Bundesstaat der USA, der den Verkauf freigab.

Kanada: Im Sommer 2004 wurde im Da Kine Café in Vancouver der Verkauf und Konsum von Cannabisprodukten praktiziert; das Café wurde allerdings schon nach wenigen Monaten geschlossen und der Inhaber später zu einer Haftstrafe verurteilt. Die 2006 gewählte konservative Regierung kündigte zudem an, von der Drogenpolitik der alten Regierung abzugehen und auf Repression und harte Strafen zu setzen.

Deutschland: Als Reaktion auf den massiven illegalen Cannabis-Verkauf im Görlitzer Park in Berlin beschloss die Bezirksverordnetenversammlung Friedrichshain-Kreuzberg auf Antrag der Grünen-Fraktion eine kontrollierte Abgabe von Cannabisprodukten in Form eines Modellprojekts in der Umgebung zu ermöglichen. Das Vorhaben scheiterte jedoch Anfang Oktober 2015 mit der Ablehnung der Zustimmung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

9. Die sechs Forderungen des GVS

1. Die Expertengruppe des GVS geht davon aus, dass eine Enquete-Kommission Cannabis eingesetzt wird, sie schließt sich so der Forderung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)¹⁹ an.
2. In Ergänzung der bereits vorliegenden Positionspapiere hat die Expertengruppe detaillierte Überlegungen aufgestellt, die in der aktuellen Cannabisdiskussion aufgegriffen werden sollten: zur Fahrtauglichkeit und zur Berufs- und Arbeitsfähigkeit, zum Gebrauch für medizinische Zwecke (Spezialfall ADHS), zum Jugendschutz, zur Prävention und zu den Hilfen für Menschen mit Cannabisproblemen.
3. Die Expertengruppe spricht sich für die Entkriminalisierung und die staatliche Regulierung bei Anbau und Verkauf von Cannabis aus, lehnt aber eine vollständige Legalisierung ab.
4. Bürgerinnen und Bürgern ab 21 Jahren soll der freie Zugang zum Cannabiskauf ermöglicht werden, auch mit den damit verbundenen Risiken, die sich mit Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit einstellen können. Die mit dem Cannabiskonsum verbundenen Risiken sind mit denen vergleichbar, die der Konsum von Alkohol und Tabak mit sich bringen können.
5. Daraus ergibt sich zwangsläufig ein besonderes Augenmerk auf Jugendschutz und Prävention – beides muss weiterentwickelt und ausgebaut werden.
6. Es sollte überprüft werden, ob die Vorschläge der Expertengruppe des GVS auch auf den Umgang mit Alkohol übertragen werden können.

Mitglieder der Expertengruppe des GVS (berufen durch GVS-Vorstandsbeschluss vom 24.10.2014):

Barbara Beckmann, Kassel
Gabriele Fock, Korbach
Rainer Mann, Darmstadt
Harald Spörl, Frankfurt
Magrit Stoll, Kiel
Dr. Theo Wessel, Berlin

Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS)

Kontakt: Corinna Mäder-Linke, Pressesprecherin, Tel. 030 - 83001-506, maeder-linke@sucht.org

¹⁹ Quelle: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/Cannabispolitik_in_Deutschland.pdf (Zugriff 15.07.2016).