

Ausschussvorlage RTA/19/14

Ausschussvorlage SIA/19/33

Ausschussvorlage INA/19/20

Ausschussvorlage KPA/19/14

Eingegangene Stellungnahmen

zu der mündlichen Anhörung des Rechtspolitischen Ausschusses, des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses, des Innenausschusses und des Kulturpolitischen Ausschusses

zu dem

**Dringlichen Entschließungsantrag
der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend
Alkohol- und Suchtprävention stärken
– Drucks. [19/1177](#) –**

RTA, SIA, INA, KPA

1. Dr. Harald Hans Körner	S. 1
2. Amtsgericht Frankfurt am Main	S. 8
3. Gewerkschaft der Polizei	S. 12
4. Staatsanwaltschaft Frankfurt am Main	S. 14
5. Prof. Dr. Lorenz Böllinger	S. 18
6. Internat. Arbeitsgemeinschaft für Cannabinoidmedikamente	S. 27
7. Leiter der Staatsanwaltschaft Aachen	S. 54
8. Dr. Bernd Werse	S. 58

Dr. Harald Hans Körner

60599 Frankfurt, den 04.05.2015

Mariannenstraße 2

Stellungnahme zum Dringlichen Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN im Hessischen Landtag betreffend Alkohol- und Suchtprävention stärken -Drucks.19/1177 –vom 27.11.2014, der mir mit Schreiben vom 21.04.2015 übersandt wurde.

Sehr geehrte Damen und Herren des Rechtspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages,

gerne komme ich Ihrer Bitte nach, aufgrund des Dringlichen Entschließungsantrages der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN betreffend Alkohol- und Suchtprävention stärken - Drucks.19/1177 –vom 27.11.2014 zu den vier Themenkomplexen, die die Regelungskompetenzen der Bundesländer betreffen, Stellung zu nehmen, soweit ich aufgrund meiner Erfahrungen als ehemaliger Oberstaatsanwalt und Kommentator zum BtMG etwas dazu beitragen kann.

- A. Zunächst soll nicht verschwiegen werden, dass unabhängig von den beschränkten Regelungskompetenzen der Bundesländer sich diese auch durch **eigene Gesetzesanträge für eine Änderung des BtMG** einsetzen können.
- B. Die vier angefragten **Themenkomplexe sind so allgemein formuliert**, dass die Gefahr besteht, dass die angeforderten 38 Stellungnahmen sich in allgemeinen oder statistischen Ausführungen verlieren, an den Problemen vorbeilaufen oder sich überschneiden. Die Angefragten werden wohl kaum ihre bisherige Praxis in Zweifel ziehen.
- C. Wie Sie in Nr.4 Ihres Entschließungsantrages ausgeführt haben, haben in den vergangenen Jahren und Monaten immer wieder im Bundestag, in mehreren Bundesländern und Städten öffentliche Anhörungen, Fachtagungen und Diskussionen zum Betäubungsmittelrecht und zu der Cannabis-Situation in Deutschland stattgefunden, unter anderen im Gesundheitsausschuss des Bundestages am 05.11.2014 und bei der Frankfurter Cannabis-Tagung am 17.11.2014. **Die meisten Reform-Ideen sind bereits mehrfach vorgetragen worden.** Trotzdem überrascht es nicht, dass die mit so zahlreichen Emotionen und Vorurteilen belasteten Erörterungen aufgrund widerstreitender Sachverständigen-Gutachten zu kontroversen Ergebnissen geführt haben. Bedauerlich ist aber, dass die neuen Ideen nicht einmal ansatzweise erprobt wurden, sondern wegen der abweichenden Meinungen alles beim Alten blieb, **weil vielerorts bei den politischen Kräften der Mut zur Veränderung bzw. zur Erprobung von Alternativen fehlte.**
- D. Die Väter des BtMG haben in § 3 Abs.2 BtMG die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, **durch Genehmigung von Erprobungsprojekten neue Wege der Drogenpolitik zu testen**, um damit endgültige gesetzliche Irrwege zu vermeiden. Leider wurden bislang zu wenige sorgfältig begründete Anträge gestellt, vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nur wenige

Wege der Erprobung und Fortentwicklung des Betäubungsmittelrechts eröffnet. Ich möchte hier einige wenige Beispiele für Erprobungsprojekte anführen:

1. Das BtMG und die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung entsprechen nicht mehr den heutigen Bedürfnissen und behindern die Praxis der Substitutions-Behandlung der Ärzte. Hier könnte man in Erprobungsprojekten Alternativen testen. Das Herunterstufen vom Heroinmissbrauch zum Cannabis-Rauchen kann ein Zwischenerfolg sein. Es gab schon einmal eine ähnliche Situation, in der der damalige Ministerpräsident Wallmann in Fortführung der grünen Drogenpolitik von M. Nimsch einen hessischen Substitutions-Kongress einberief, um **alternative Substitutionsprojekte** zu erproben.
2. Die **Untersuchung von Betäubungsmittel-Proben** auf Wirkstoff-Gehalt oder Beimengungen durch Drogenhilfe-Einrichtungen mit Unterstützung von Apotheken könnte viel Unheil durch schädliche Drogen-Nebenwirkungen vermeiden. Dies könnte man im Rahmen eines Versuch-Projektes des Landes erproben.
3. **Die Bestrafung von Betäubungsmittel-Konsumenten, insbesondere von Cannabis-Rauchern**, kriminalisiert unnötig, ist contra-produktiv und kostspielig. Das Drogenhilfeprojekt **FreD (=Frühinterventionsmodell für erstauffällige Drogenkonsumierende)** ist unzureichend, weil es nur einen kleinen Teil der Konsumenten erreicht. Man könnte erproben, Drogenkonsumenten, die sich ausschließlich selbst schädigen, generell statt der Justiz der Drogenhilfe zuzuführen.
4. Anstelle zahlreicher Verwaltungsgerichtsprozesse sollte man erproben, **Schwerkranken, die Cannabis als Medizin benötigen**, den kontrollierten Kleinanbau, Besitz und Konsum von geringen Cannabismengen zu erlauben.
5. Die Konsumräume für Heroin, Kokain und Crack haben sich in Frankfurt bewährt bei Konsum entschlossenen Abhängigen, weil die Drogenhilfe so diese Konsumenten erreicht und ihnen helfen kann. Man könnte **Konsumräume für Cannabis-Raucher** erproben, um Konsum Entschlossene von der Drogenszene fernzuhalten, sie zu beraten und bei Problemen zu helfen.
6. Eine **Wander-Ausstellung**, die auf Plakatwänden über die gesundheitlichen Schäden des Cannabis-Rauchens mit Bildern und Texten aufklärt, könnte durch die hessischen Schulen wandern, wo sie im Treppenhaus platziert werden könnte.

Die Reihe von Möglichkeiten ist beispielhaft und nicht abschließend. Entscheidend ist der Wille, zum Wohle der Drogenkonsumenten, der Drogenabhängigen und der nicht Drogen konsumierenden Mehrheit der Bevölkerung die Verhältnisse zu verbessern und das nicht mehr zeitgemäße Betäubungsmittelgesetz fortzuentwickeln. Die Bevölkerung befürwortet zum großen Teil derartige Reformschritte, wie es sich in Frankfurt immer wieder gezeigt hat. Ist es deshalb den Betroffenen zuzumuten zu warten, bis der Gesetzgeber ausreichende Mehrheiten für Gesetzesänderungen erlangt? Erprobungsprojekte könnten als Brücke bis zur Gesetzesänderung dienen? Zur näheren Erläuterung meiner Ausführungen verweise ich auf meine Stellungnahme für den Gesundheitsausschuss des Bundes vom 25.10.2014 und mein Interview der Frankfurter Neuen Presse vom 17.11.2014 anlässlich der Cannabis-Fachtagung in Frankfurt, die ich im Anhang beigefügt habe.

Mit freundlichen Grüßen!

Harald Hans Körner.

Dr. Harald Hans Körner

60599 Frankfurt, den 25.10.2014

Mariannenstraße 2

Stellungnahme

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
auf Überprüfung beabsichtigter und unbeabsichtigter Auswirkungen des
Betäubungsmittelrechts (BT-Drucksache 18/1613)**

**in der Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am
05.November 2014**

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

weder bin ich ein Freund von Cannabis noch von anderen Drogen. Im Gegenteil als pensionierter Oberstaatsanwalt und langjähriger Leiter der hessischen Zentralstelle zur Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität (ZfB) habe ich 40 Jahre Drogendelikte bearbeitet und als Abteilungsleiter mit meinen Sachbearbeitern Drogendealer rund um die Welt verfolgt. Als Kommentator zum BtMG, Referent und Sachverständiger habe ich zahlreiche Rechtsgutachten zur Methadon-Substitutionsbehandlung, zur Spritzenvergabe, zu Konsumräumen und zum Heroinprojekt vorgelegt und mich für die Einführung der Grundsätze: „**Hilfe statt Strafe**“ und „**Therapie statt Strafe**“ in das BtMG eingesetzt. Ich bin Nichtraucher und genieße das Rauchverbot in öffentlichen Räumen. Ich gehöre keiner politischen Partei an.

1. Die Wirkungslosigkeit der Strafe

Bei der Justiz musste ich im Berufsalltag erkennen, dass das Strafrecht das falsche Werkzeug zur Lösung des Drogenmissbrauches ist. 1989 schrieb ich deshalb in einem Beitrag für die Wochenzeitung Die Zeit: „Die Bestrafung von Konsumenten ist unsinnig und unwürdig!“ Die Strafbestimmungen des BtMG, die den Erwerb, den Besitz und den Anbau von **Konsummengen** von Betäubungsmitteln mit Strafe bedrohen, erweisen sich als kontraproduktiv. Sie **diffamieren, isolieren, stigmatisieren und kriminalisieren** einen Großteil unserer Jugend, die Betäubungsmittel konsumieren. Sie drängen sie in die Drogenszene ab, fördern den illegalen Handel und lassen die Konsumenten von Drogen mit Gesundheitsschädlichen Beimengungen zu überhöhten Preisen erwerben. Der Gesetzgeber wollte mit den Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes unsere Jugend vor Gesundheitsschäden und vor Suchtentwicklung bewahren. Das Ziel wurde nicht erreicht. Der Drogenmissbrauch hat sich nicht verringert, sondern wandelt sich ständig und beharrt auf hohem Niveau trotz des intensiven Einsatzes von Personal und Kosten bei der Strafverfolgung. Die Verfolgung von Betäubungsmittel-Konsumenten verschleudert immense Ressourcen bei Polizei und Justiz, die in anderen Bereichen dringend benötigt würden wie z.B. bei der Bekämpfung der Internet-Kriminalität und des salafistischen Terrorismus. Eine Verstärkung von Aufklärung, Hilfe und Therapie wäre weitaus wirkungsvoller und kostengünstiger als

die bisherige Strafverfolgung. Doch es ist immer schwer, sich einzugestehen, dass eine Strategie falsch oder erfolglos war. Nach mehreren Jahrzehnten weitgehend erfolgloser repressiver Drogenbekämpfung müssen wir aber m.E. die Wirksamkeit unseres Betäubungsmittelrechts überprüfen und den Mut aufbringen, neue Wege zu beschreiten. Hierfür gibt es mehrere Gründe:

2. Es ist nicht der Stoff allein, sondern vor allem die Dosis und Zusammensetzung der Stoffe, die schädigen.

Schon im 16. Jahrhundert verkündete Paracelsus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541) den Satz:

„alle ding sin gift und nichts ohne gift, allein die dosis macht, dass ein ding kein gift ist.“

Wir wissen aus dem Alltag, dass der übertriebene Konsum von Essen und Trinken, der Missbrauch von Alkohol und Zigaretten Gesundheitsschäden und Sucht hervorrufen, dass nur Hilfe und Therapie und keine Strafe der Welt aus diesem Teufelskreis führen. Riskante Lebensweisen wie maßloses Konsumverhalten, riskanter Sport, Spiel oder Sex mögen unvernünftig und lebensbedrohend sein, lassen sich aber nicht mit Strafrecht unterbinden. Es sind hier nicht das Strafrecht, sondern allein Aufklärung, Hilfe und Therapie förderlich. Wenn Sie heute bei Alkohol oder bei Nikotin den Erwerb, Besitz und Konsum unter Strafe stellen würden, würden Sie die gleichen negativen Entwicklungen erleben wie in den USA in den Zeiten der Alkohol-Prohibition.

3. Strafrecht soll „ultima ratio„ sein

In Deutschland gilt der Grundsatz, dass das Strafrecht das letzte staatliche Mittel der Problemlösung sein soll, wenn alle anderen Mittel als aussichtslos ausscheiden. Nun hat sich in den vergangenen Jahren gerade erwiesen, dass bei Drogenkonsumenten mit Aufklärung, Drogenhilfe und Drogentherapie viel mehr zu erreichen ist als durch Strafe. Auch der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren erkannt, dass der Konsum und Missbrauch von Genussmitteln und Drogen nicht mit Strafe, sondern nur mit Drogenhilfe und Therapie einzudämmen ist. Er hat deshalb die Grundsätze „Therapie statt Strafe“ und „Hilfe statt Strafe“ in den Bestimmungen **§§ 29 Abs.3, 31a, 35-38 BTMG** schrittweise eingefügt. Die deutschen Staatsanwaltschaften versuchen zwar mit dem **Frühintervention-Projekt „FreD“** einige erstauffällige Drogen-Konsumenten der Drogenberatung und nicht der Strafe zuzuführen. Der Gesetzgeber hat aber noch nicht den Mut gefunden, den Erwerb, den Besitz und den Anbau von Konsummengen gänzlich straffrei zu stellen. Die Justizminister der Länder streiten seit Jahrzehnten über die unselige Frage, wie weit die geringe Betäubungsmittelmenge gehen soll, die eine Verfahrenseinstellung erlaubt. Je nach Wohnort des Konsumenten führt die gleiche Konsummenge in dem einen Land zur Strafe, in dem anderen Land zu Hilfe und Therapie. Dies ist unsinnig, da alle Konsumenten der Hilfe und Therapie

bedürfen. Drogenabhängige allein wegen des Konsums zu bestrafen ist auch unwürdig, da man Kranke behandeln und nicht bestrafen sollte.

4. Grundsatz der Strafflosigkeit der Selbstschädigung

In Deutschland gilt der Grundsatz, dass nur die Schädigung Dritter, nicht aber die Selbstschädigung mit Strafe bedroht werden soll. Es ist zwar zu missbilligen, wenn Menschen sich mit Lebensmitteln, Genussmitteln oder Drogen gesundheitlich ruinieren oder gar umbringen. Dem kann wirksam jedoch nur mit Hilfe, Beratung und Therapie, nicht mit Strafe begegnet werden. Ein Selbsttötungsversuch ist nicht strafwürdig, sondern die Basis für eine Hilfestellung der Gesellschaft.

Es gibt ein gutes Beispiel, wie die Gesellschaft besser und wirkungsvoller als bei dem Missbrauch von Betäubungsmitteln **mit dem Missbrauch von anderen giftigen Stoffen umgeht**. So wie die Cannabispflanze positiv und negativ für die Herstellung von Heilmitteln und Textilien verwendet werden kann, bietet die Natur **essbare, ungenießbare und giftige Pilze**. Es käme niemand auf den Gedanken, Pilzsammler, die giftige Pilze konsumieren, zusätzlich zu ihren gesundheitlichen Beschwerden mit einer Strafe zu belegen. Stattdessen bietet der Staat (Land oder Kommune) den Pilz-Konsumenten Pilzberatung durch Experten und Rufnummern von Giftzentralen an. Auch den Betäubungsmittelkonsumenten ist mit Beratung und Therapie mehr geholfen als durch eine Strafe.

5. Die Reinheit des Stoffes

Nicht nur die Dosis, sondern auch die Reinheit und die Zusammensetzung der Stoffe bestimmen die Giftigkeit. Die Vermarktung von Alkohol und Nikotin zeigen, wie der Staat bei einem legalisierten Handel im Gegensatz zum illegalen Markt auf die Reinheit gehandelter Stoffe, auf Vertriebsformen, Preise und Jugendschutz Einfluss nehmen kann.

Eine schrankenlose Legalisierung von Betäubungsmitteln wäre weder verantwortbar noch mit den benachbarten Rechtsordnungen vereinbar. Denn der weltweite illegale Drogenhandel und der illegale Drogenschmuggel müssen m.E. auch in Zukunft neben legalen Drogenhandels-Formen streng verfolgt bleiben. So sollten m.E. z.B. Cannabisprodukte nur kontrolliert und nicht an Getränkehallen und Spargelbuden verkauft werden. Hier bedarf es ausgereifter gesetzlicher Bestimmungen, um den Bürgern zu verdeutlichen, dass der Staat den Jugendschutz und den Gesundheitsschutz auch weiterhin sehr ernst nimmt und illegale Drogenhändler mit harten Strafen verfolgt.

6. Ergebnisse und Vorschläge

Die jahrelange stark von Emotionen geprägte Diskussion in der Politik, ob das Verbot oder die Freigabe von Drogen das Allheilmittel für die Lösung der Drogenprobleme darstellt, hat zu gegenseitigen Anfeindungen, aber nicht zu befriedigenden Ergebnissen geführt.

Eine Änderung des geltenden Drogenrechtes sollte wohl überlegt und behutsam in mehreren Schritten unter Mitnahme der Bevölkerung erfolgen. Der Bürger muss die Rechtsänderungen nachvollziehen können. Was heute verboten ist, sollte morgen nicht einfach legal sein.

In mehreren Auflagen meines Kommentars zum Betäubungsmittelgesetz habe ich bereits vor vielen Jahren angeregt, ähnlich wie in der AIDS-Frage, **anstelle einer parteipolitisch geprägten Sachverständigen-Anhörung eine Enquete-Kommission** von nicht parteilich gebundenen Experten einzuberufen, um das gesamte Betäubungsmittelgesetz dort zur Diskussion zu stellen und aufgrund von wissenschaftlichen Einschätzungen und Erfahrungen aus der Justizpraxis und der Drogenhilfe Reformvorschläge zu erarbeiten. Ich kann diese Anregung nur wiederholen.

Ergebnisse dieser Beratungen könnten beispielsweise sein:

Ein Reformgesetz müsste deutlich machen,

-dass Drogenkonsum und Drogenmissbrauch **auch weiterhin gesetzlich missbilligt bleiben** und die Gesundheitspolitik vor schwierige Aufgaben stellen, weil der Missbrauch von Betäubungsmitteln ähnlich wie der Konsum von Giftpilzen extrem lebensgefährlich ist.

- dass **im Konsumbereich** an die Stelle der contra produktiven Strafe zukünftig Drogenhilfe und Drogentherapie treten,

-dass **der illegale Handel und Schmuggel** weiterhin hart bestraft werden und

-dass der **legale Handel** einer starken Kontrolle, einem Werbeverbot und dem Jugendschutz unterliegt.

Natürlich müsste bei der Ausgestaltung auch **Rücksicht auf die Rechtsordnungen der Nachbarstaaten** genommen werden.

Eine Strafbefreiung der Konsumdelikte und ein Cannabisgesetz, das den legalen vom illegalen Handel sorgfältig abtrennt, könnten erste Reform-Schritte sein. Die Erfahrungen mit diesen Regelungen könnten weitere Reformschritte erlauben.

Gleichzeitig sollten die Gesundheits-Aufklärung und das Hilfesystem ausgebaut werden.

Zusammenfassend stimme ich deshalb der Resolution zahlreicher Strafprofessoren/innen, den Forderungen zahlreicher Richter, Strafverteidiger und Polizeipräsidenten zu, die die Eignung der Drogenprohibition in Frage stellen und eine Überprüfung der Wirksamkeit des Betäubungsmittelrechts durch unabhängige, nicht durch Parteipolitik bestimmte Experten wünschen. Die zukünftige Drogenpolitik der Bundesregierung sollte sich an den Ergebnissen einer Enquete-Kommission orientieren. Der Bürger müsste anschließend erkennen können, dass der Staat nicht weniger, sondern mehr

und wirkungsvoller gegen den Drogenmissbrauch einschreitet, als dies bislang durch Verbot und Strafe geschah.



Amtsgericht Frankfurt am Main · Der Präsident · 60256 Frankfurt am Main

Aktenzeichen: **40 – 1.828**

Hessischer Landtag
Herrn Vorsitzenden
des Rechtspolitischen Ausschusses
Schlossplatz 1 – 3

Dst.-Nr. 0264
Bearbeiter: Kneller
Durchwahl: (069) 1367 - 2266
Fax: (069) 1367 - 2308
E-Mail: Verwaltung@ag-frankfurt.justiz.hessen.de

65183 Wiesbaden

Datum: 04.05.2015

Schriftliche Anhörung durch den Rechtspolitischen Ausschuss, den Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss, den Kulturpolitischen Ausschuss und den Innenausschuss des Hessisches Landtages zu dem

Dringlichen Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend Alkohol- und Suchtprävention stärken – Drucksache 19/1177 vom 27.11.2014

Bezug: Schreiben vom 21. April 2015 - I A 2.6

Im Rahmen der mit Schreiben vom 21.04.2015 durchgeführten schriftlichen Anhörung durch den Rechtspolitischen Ausschuss, den Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss, den Kulturpolitischen Ausschuss und den Innenausschuss des Hessisches Landtages zu dem Dringlichen Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend Alkohol- und Suchtprävention stärken – Drucksache 19/1177 vom 27.11.2014 - nehme ich wie folgt Stellung:

1. Allgemeine Informationen zum Problem von Cannabis und zur Situation in Hessen.

Bei dem Amtsgericht Frankfurt am Main werden Betäubungsmittelverfahren in den unter anderem für diesen Bereich speziell zuständigen Abteilungen 941 – 946 durch fünf Richterinnen und Richter als Strafrichter und Vorsitzende des Schöffengerichts/erweiterten Schöffengerichts bearbeitet.

Neben anderen Betäubungsmitteln, die im Bereich des Amtsgerichts Frankfurt am Main vorkommen, nehmen Cannabisprodukte bei der Ahndung der Betäubungsmitteldelikte im Rahmen der hiesigen Verfahren eine leicht übergeordnete Rolle ein.

Sowohl der Besitz als auch der Handel mit Cannabisprodukten ist dabei eine regelmäßig vorkommende Form der Delinquenz. Die Sanktion ist durch § 29 Abs. 1 Nr. 1 (Handel) bzw. Nr. 3 (Besitz) Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bei dem unerlaubten Besitz oder Handeltreiben mit Cannabisprodukten mit einer rauschwirksamen Konzentration an Tetrahydrocannabinol (THC) von unter 7,5 Gramm mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren und gemäß § 29a Abs. 1 Nr. 2 BtMG bei dem unerlaubten Besitz und/oder Handeltreiben mit Cannabisprodukten mit einer rauschwirksamen Konzentration an Tetrahydrocannabinol (THC) von ab 7,5 Gramm mit Freiheitsstrafe von 1 Jahr bis zu 15 Jahren, im minder schweren Fall von 3 Monaten bis 5 Jahren - § 29a Abs. 2 BtMG -, bestimmt.

Neben der vom Gesetzgeber vorgesehenen Sanktion nutzen die zuständigen Richterinnen und Richter der genannten Abteilungen des Amtsgerichts in geeigneten Einzelfällen minder schwerer Kriminalität - mithin bei Fällen, in denen § 29 Abs. 1 BtMG als Vergehen betroffen ist - zudem die vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten der Einstellung von Verfahren bei geringer Schuld und mangelndem öffentlichem Verfolgungsinteresse, § 153 Abs. 2 StPO, gegen und nach Erfüllung von Auflagen, § 153a Abs. 2 StPO, und bei Besitz von geringen Mengen Cannabis zum Eigenverbrauch, § 31a Abs. 2 BtMG.

2. Prävention, insbesondere bei Jugendlichen.

Das Amtsgericht Frankfurt am Main kann bereits wegen seiner Stellung als Rechtsprechungsorgan im Bereich der Prävention regelmäßig keine übergeordnete Rolle einnehmen.

Gleichwohl nutzen die zuständigen Richterinnen und Richter der oben genannten Abteilungen des Amtsgerichts in geeigneten Fällen bei der Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe, deren Vollstreckung gemäß § 56 StGB zur Bewährung ausgesetzt wird, oder bei einer Einstellungsentscheidung gegen Auflagen gemäß § 153a Abs. 2 StPO, im Rahmen von Bewährungs- bzw. Einstellungsauflagen Präventionsmittel, wie die Beiordnung eines Bewährungshelfers, die Anordnung einer ambulanten oder stationären Suchtmitteltherapie und regelmäßige Suchtmittelkontrollen - zumeist ohne körperliche Eingriffe -, um die

Vollstreckung der verhängten Strafe zu verhindern bzw. eine Einstellung vorzubereiten, den Verurteilten vor künftigem Betäubungsmittelkonsum zu bewahren und ihm Angebote aufzuweisen, ohne Suchtmittel straffrei zu leben.

Zudem erfreut sich das Amtsgericht Frankfurt am Main steter Besuchergruppen, worunter auch zahlreiche Schulklassen weiterführender Schulen aus Frankfurt am Main und dem Umland gehören. Die Abteilungsrichterinnen und -richter legen nach meiner Kenntnis im Rahmen der besuchten Hauptverhandlungen besonderen Wert darauf, z.B. im Rahmen der mündlichen Urteilsbegründungen oder bei einer erbetenen Nachbesprechung die Gefährlichkeit und Schädlichkeit von missbräuchlicher Verwendung von Betäubungsmitteln, namentlich auch bei Cannabisprodukten, den zumeist jugendlichen Besuchern zu eröffnen und kenntlich zu machen.

3. Medizinische Nutzung.

Die Frage der medizinischen Nutzung von Cannabisprodukten spielte bislang in den bei dem Amtsgericht Frankfurt am Main entschiedenen Verfahren keine nennenswerte Rolle.

Es ist jedoch in Rechtsprechung und Literatur anerkannt, dass der Besitz von Cannabis in speziell gelagerten Ausnahmefällen gemäß § 34 StGB als Notstand gerechtfertigt sein kann, wenn dies zur Linderung anderweitig nicht abwendbarer Gesundheitsbeeinträchtigungen erforderlich und im Einzelfall verhältnismäßig ist. Dabei müssen aber auch Cannabisfertigarzneimittel nicht mehr bei dem Betroffenen zur Behandlung Anwendung finden können.

Derzeit ist bei dem Amtsgericht Frankfurt am Main - Schöffengericht - nur ein Verfahren anhängig, in dem diese Problematik näherer Betrachtung und Aufklärung bedarf.

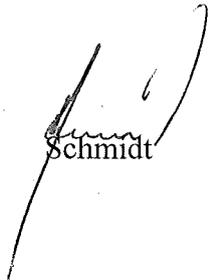
In dieser Strafsache wegen des Besitzes einer nicht geringen Menge von Cannabis aus einer eigenen Aufzucht in der Wohnung des Angeklagten wird im laufenden Verfahren durch das erkennende Gericht ein (schmerz-)medizinisches, neuro-chirurgisches, onkologisches Zusammenhangsgutachten eingeholt, weil der Angeklagte nach einem entfernten Hirntumor mit Rezidivgefahr an einer Schmerzsympthomatik leiden soll, die mit Medikamenten nicht behandelt werden kann oder bei deren Behandlung mit Medikamenten es für den Angeklagten zu lebensgefährlichen Folgen kommen würde und bei dem auch einen Behandlung mit THC-haltigen Medikamenten wegen lebensgefährlicher Nebenwirkungen

(ggf. lebertoxischen Reaktionen) nicht erfolgen kann, so dass allein eine Behandlung des Angeklagten mit Cannabis erfolgversprechend bleiben soll. Die gutachterliche Würdigung zur medizinischen Seite steht hier bislang noch aus.

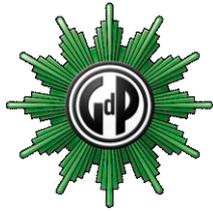
4. Aktuelle Situation der Cannabisgesetzgebung für die Akteure und Institutionen der Justiz- und Innenpolitik, insbesondere der Praktikabilität der Strafverfolgung wegen Besitz und Handel von Cannabisprodukten.

Die aufgezeigte, derzeitige Gesetzeslage und gefestigte Rechtsprechung zum Betäubungsmittelstrafrecht mit den vielfältigen Reaktions- und Sanktionsmöglichkeiten gibt den bei dem Amtsgericht Frankfurt am Main tätigen Richterinnen und -richter hinreichende und nach hiesiger Auffassung zureichende Möglichkeiten, der hohen Anzahl von Verfahren in angemessener Dauer unter Beachtung der Einzelfallgerechtigkeit und den Belangen der Allgemeinheit sowie dem Interesse des Staates an einer wirksamen Strafverfolgung Rechnung zu tragen.

Dabei können letztlich auch Besonderheiten, die bei der Verfolgung von Delikten im Zusammenhang mit Cannabisprodukten auftreten können, mit den aufgezeigten, gesetzgeberisch vorgesehenen oder durch die Rechtsprechung entwickelten Mitteln in der praktischen Rechtsanwendung nach hiesiger Auffassung absolut zufriedenstellend begegnet werden.



Schmidt



Gewerkschaft der Polizei

Gewerkschaft der Polizei • Wilhelmstraße 60 a, 65183 Wiesbaden

Hessischer Landtag

Der Vorstand des Innenausschusses -per E-Mail-

Ihr Zeichen	Ihr Schreiben	Unser Zeichen	Datum
I A 2.6	Vom 21.04.2015		17.05.2015

Mitglied der
European Confederation
of Police (EUROCOP)

Landesbezirk Hessen
Geschäftsstelle

Lars German Elsebach
Landesvorstand

Wilhelmstraße 60 a
65183 Wiesbaden

Telefon
+49 (0) 611 - 99 22 7 - 50

Telefax
+49 (0) 611 - 99 22 7 - 27

E-Mail
GdPHessen@t-online.de

www.gdp.de/hessen

Stellungnahme zur schriftlichen Anhörung durch den Rechtspolitischen Ausschuss, den Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss, den Kulturpolitischen Ausschuss und den Innenausschuss des Hessischen Landtags zu dem

Dringlichen Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN betreffend Alkohol und Suchtprävention stärken - Drucks. 19/1177

Hier: Beitrag der Gewerkschaft der Polizei (GdP) - Landesbezirk Hessen

1. Die Gewerkschaft der Polizei nimmt mit großer Besorgnis zur Kenntnis, dass sich in der Öffentlichkeit zunehmend Debatten mit Legalisierungstendenzen im Hinblick auf Cannabiskonsum entwickeln, welche aus Teilbereichen verschiedener politischen Fraktionen unterstützt werden.

Aus Sicht der GdP ist jegliche Freigabe von Cannabis, aufgrund der erwiesenen Risiken, welche mit dem Konsum in Zusammenhang stehen, falsch.

Insbesondere die stetig steigende Anzahl von jugendlichen Erstkonsumenten ist hierbei als deutliches Indiz für ein offensichtlich kontinuierliches Sinken des Unrechtsbewusstseins im Umgang mit dieser Droge zu werten.

Die deutliche Position gegen die Verharmlosung von Drogen und gegen Legalisierungstendenzen im Zusammenhang mit Besitz und Erwerb von Betäubungsmitteln wurde unter dem Antrag D 22 auf dem 25. Ordentlichen Bundeskongress im November 2014 beschlossen. Mit diesem Beschluss hat sich die GdP festgelegt, sich weiterhin für eine

konsequente Unterbindung der Legalisierung und Liberalisierung von Cannabis einzusetzen.

2. Die Gewerkschaft der Polizei ist bereits seit längerem im Bereich der Präventionsarbeit im Bereich der Jugendlichen und Familien tätig und bringt regelmäßig über den Verlag deutscher Polizeiliteratur (VDP) Informationsbroschüren zur Aufklärung heraus.

Ein Aufbau effektiver Strukturen zum Ausbau der Präventionsarbeit, wie er unter Punkt 2. der hier zu Grunde gelegten Drucksache 19/1177 eingebracht worden ist, wird aus Sicht der GdP deutlich befürwortet.

Vor allem die Aufklärungsinitiativen in den Schulen, bei denen unter anderem mit der Meinung aufgeräumt wird, dass angeblich der Besitz von Cannabis legal ist, muss wirkungsvoll fortgesetzt werden.

3. Die zur medizinischen Nutzung verordnete Einnahme von THC-haltigen Substanzen aufgrund von ärztlicher Verordnung und unter ärztlicher Aufsicht wird von der GdP befürwortet.
4. Zur Vertiefung der Thematik veranstaltet die Gewerkschaft der Polizei am 07.10.2015 – 08.10.2015 ein Drogensymposium im Berlin, in dessen Verlauf die Bandbreite der mit dem Konsum von Cannabis einhergehenden Problematiken in vielfältiger Betrachtung behandelt werden wird.

Staatsanwaltschaft - 60256 Frankfurt am Main

Elektronische Post

Hessischer Landtag
der Vorsitzende des Rechtspolitischen
Ausschusses
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

Aktenzeichen: **140 E/4 – 13/15**

Dst.-Nr.: 0231

Bearbeiter/in:

Durchwahl: (069) 1367 - 8322

Fax: (069) 1367 - 6209

E-Mail: verwaltung@sta-frankfurt.justiz.hessen.de

Datum: **19.05.2015**

nachrichtlich:

Hessisches Ministerium der Justiz
Luisenstraße 13
65185 Wiesbaden

Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt
Herrn Generalstaatsanwalt
Zeil 42
60313 Frankfurt am Main

Dringlicher Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/Die Grünen betreffend Alkohol- und Suchtprävention stärken vom 27. November 2014 – Drucks. 19/1177-

Schriftliche Anhörung durch den Rechtspolitischen Ausschuss, den Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss, den Kulturpolitischen Ausschuss und den Innenausschuss des Hessischen Landtags

**hier: schriftliche Stellungnahme
Dortiges Schreiben vom 20.04.2015, Aktenzeichen I A 2.6**

Zu der Anhörung „Cannabis in Hessen“ gebe ich folgende Stellungnahme ab:

I. Allgemeines

Bei dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), das seit jeher keine Unterscheidung zwischen den gemeinhin sogenannten harten Drogen wie etwa Heroin und weichen Drogen wie Cannabis trifft, sondern gleichermaßen für alle Betäubungsmittelarten gilt, handelt es sich um ein Bundesgesetz, sodass die darin enthaltenen Vorschriften grundsätzlich den Regelungskompetenzen der Bundesländer entzogen sind.

Die Strafvorschriften des Betäubungsmittelgesetzes sind dabei als Teil des Strafrechts als ultima ratio anzusehen, vom Grundsatz der Straflosigkeit der Selbstschädigung (Konsum) getragen und dem verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsprinzip unterworfen.

Die zentrale und speziell auf Konsumentenvergehen im Betäubungsmittelrecht zugeschnittene Opportunitätsvorschrift in § 31 a BtMG lässt den Staatsanwaltschaften allerdings beim unerlaubten Umgang mit geringen Eigenverbrauchsmengen nicht zuletzt durch deren Ausgestaltung als „Kann-Vorschrift“ einen gewissen Spielraum.

Nach § 31 a Abs. 1 S. 1 BtMG kann die Staatsanwaltschaft ohne Zustimmung des Gerichts von der Verfolgung eines Vergehens nach § 29 Abs. 1, 2 oder 4 absehen, wenn

- die Schuld des Täters als gering anzusehen wäre,
- kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht und
- der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge
- anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt.

Das Bundesverfassungsgericht führte hierzu in seiner sogenannten Cannabis-Entscheidung vom 9. März 1994 – 2 BvL 43/92 u. a. – aus, dass die Strafverfolgungsbehörden bei

„Verhaltensweisen ..., die ausschließlich den gelegentlichen Eigenverbrauch geringer Mengen von Cannabisprodukten vorbereiten und nicht mit einer Fremdgefährdung verbunden sind, ... nach dem Übermaßverbot von der Verfolgung der in § 31 a BtMG bezeichneten Straftaten grundsätzlich abzusehen haben.“ ...

„Verursacht der Täter hingegen eine Fremdgefährdung, etwa weil sie an Schulen, Jugendheimen, Kasernen oder ähnlichen Einrichtungen stattfindet, oder weil sie von einem Erzieher, von einem Lehrer oder von einem mit dem Vollzug des Betäubungsmittelgesetzes beauftragten Amtsträger begangen wird und Anlass zur Nachahmung gibt, so kann eine größere Schuld und ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung vorliegen.“

Ferner wies das Bundesverfassungsgericht bereits seinerzeit darauf hin, dass die Länder verpflichtet sind, für eine im Wesentlichen einheitliche Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaft zu sorgen.

Die Forschungsstudie „Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis“ des Max-Planck-Instituts war sodann im Jahr 2006 zu der Schlussfolgerung gelangt, die gleichwohl nach wie vor festgestellte unterschiedliche Einstellungspraxis führe dazu, dass „die gegenwärtige Rechtswirklichkeit vor dem Hintergrund der Forderung des Bundesverfassungsgerichts nach einer im Wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendungspraxis problematisch erscheint“.

Die Bundesregierung sah deshalb erneuten Handlungsbedarf im Hinblick auf eine stärkere Angleichung der Einstellungspraxis der Strafverfolgungsbehörden, wobei hierfür primär die Länder in der Verantwortung stehen sollten.

Diesem neuerlichen Vereinheitlichungsauftrag hatten sich daraufhin nahezu alle Bundesländer gestellt. Im Wesentlichen wurde fast bundesweit der Grenzwert der „geringen Menge“ für Cannabisprodukte auf sechs Gramm angeglichen. Etwaig gleichwohl noch festzustellende unterschiedliche Handhabungen dürften deshalb im Wesentlichen für andere Kriterien, wie etwa die wiederholte Tatbegehung, gegründet sein.

Der Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaft in Hessen liegt seit dem Jahr 2008 eine entsprechende Rundverfügung des Generalstaatsanwalt zugrunde, wonach unter anderem bei Konsumentendelikten im Zusammenhang mit Cannabisprodukten bei Gewichtsmengen bis zu sechs Gramm grundsätzliche gemäß § 31 a BtMG von der Strafverfolgung abzusehen ist.

Bei Konsumentenvergehen Jugendlicher und nach Jugendstrafrecht zu behandelnder Heranwachsender sind vorrangig die §§ 45, 47 des Jugendgerichtsgesetzes (JGG) anzuwenden. Insbesondere insoweit sind Maßnahmen wie Beratungen, Seminare und Therapie zu erwägen.

II. Organisation der Staatsanwaltschaft Frankfurt am Main in der Hauptabteilung I

Bei der Staatsanwaltschaft Frankfurt am Main werden Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz im Wesentlichen in zwei hierauf spezialisierten Abteilungen bearbeitet.

Deren Zuständigkeit erstreckt sich insoweit grundsätzlich auch auf Verfahren gegen Jugendliche und Heranwachsende, sofern diese nicht in einem der Projektgebiete der Häuser des Jugendrechts in Frankfurt am Main – Höchst oder Frankfurt am Main – Nord wohnen.

Bei jugendlichen und heranwachsenden Drogenkonsumenten wird im Kontext mit Einstellungen nach den §§ 45, 47 JGG verstärkt die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Diversionsprojekts „FreD“ geprüft.

Das Projekt „FreD“ – Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten – ist ein sekundärpräventives Projekt für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 25 Jahren, die unter anderem bei der Polizei auffällig oder bereits straffällig geworden sind. „FreD“ zielt darauf ab, bei jungen Drogenkonsumenten durch eine vermittelte Teilnahme an einem Erstgespräch und einem darauf folgenden 8-stündigen Gruppenkurs eine Konfrontation mit den Folgen des eigenen Drogenkonsums herbeizuführen und zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu motivieren. Die Teilnahme ist kostenlos und wird bescheinigt.

Insgesamt arbeitet die Staatsanwaltschaft Frankfurt am Main im Bereich des Betäubungsmittelrechts eng mit verschiedenen Kooperationspartnern wie der Polizei, der Jugendgerichtshilfe und den Schulen pp. zusammen.

2013 wurden in MESTA erfasst:

- 8861 Verfahren wegen Verstoßes gegen das BtMG insgesamt
- 3786 davon wegen Cannabis
- 5 davon als Großverfahren
- 2042 Einstellungen gemäß § 31a BtMG wegen Cannabis

2014 wurden in MESTA erfasst:

- 9510 Verfahren wegen Verstoßes gegen das BtMG insgesamt
- 3785 davon wegen Cannabis
- 1 davon als Großverfahren
- 1905 Einstellungen gemäß § 31a BtMG wegen Cannabis

III. Bewertung

Das geltende Betäubungsmittelrecht stellt auch den Besitz und den Handel von und mit Cannabisprodukten unter Strafe. Maßgeblich hierfür ist der Gedanke der generalpräventiven Wirkung eines strafrechtlichen Verbotstatbestandes. Die gegenwärtige rechtspolitische Diskussion um eine mögliche Liberalisierung der strafrechtlichen Verbotstatbestände in Bezug auf Cannabisprodukte stellt diese generalpräventive Wirkung in Frage. Unabhängig davon, dass es sich hierbei um eine rechtspolitische Fragestellung handelt, wird diesseits die Auffassung vertreten, dass die im Entwurf eines Cannabis-Kontrollgesetzes vorgeschlagene Legalisierung des Besitzes von Cannabis eine falsche Signalwirkung, insbesondere auf Jugendliche, haben dürfte. Das geltende Recht und seine oben unter Ziffern I, II dargestellte praktische Anwendung bieten hinreichende Möglichkeiten, auf den Besitz geringer Gewichtsmengen von Cannabis einzelfallbezogen und angemessen zu reagieren. Eine darüber hinaus gehende strafrechtliche Freigabe des Besitzes von Cannabisprodukten sollte nach meinem Dafürhalten unterbleiben. Der Gesetzgeber müsste sich fragen lassen, mit welcher Berechtigung künftig noch Drogen- Präventionskonzepte mit Erfolg angeboten und durchgeführt werden können, wenn keine durchgängige, auch sogenannte „weiche“ Drogen wie Cannabis erfassende Strafbarkeit des Besitzes von Drogen gegeben ist. Ich teile auch nicht die Einschätzung, dass durch eine Legalisierung des – Besitzes von Cannabis der Schwarzmarkt ausgetrocknet oder auch nur wesentlich zurückgedrängt würde. Im Hinblick darauf, dass am Drogenmarkt schon derzeit ein reger Wettbewerb hinsichtlich der „Qualität“ der Ware, insbesondere der Höhe des Wirkstoffgehaltes bei Cannabis, besteht ist zu erwarten, dass dies auch unter dem Regime einer irgendwie regulierten kontrollierten Abgabe von Cannabisprodukten weiterhin zu beobachten sein würde. Der „bessere“, da mit höherem Wirkstoffgehalt versehene Stoff wäre auch künftig nicht auf legale Art und Weise, sondern nur auf dem schwarzen Markt zu den dort geltenden Bedingungen zu erwerben.

Ich bin der festen Überzeugung, dass durch eine Legalisierung des Cannabisbesitzes die durchaus Erfolg versprechenden Präventionsansätze konterkariert würden.

Ich spreche mich daher abschließend dafür aus, die beabsichtigten gesetzlichen Änderungen im Betäubungsmittelrechts nicht vorzunehmen und es stattdessen im Interesse der Generalprävention bei der derzeitigen Rechtslage zu belassen.



Dr. Schreiber

Prof. em. Dr. jur. Lorenz Böllinger, Dipl.-Psych.
Bremer Institut für Kriminalpolitik, Universität Bremen

Verfassungswidrigkeit der Strafbarkeit des Umgangs mit Cannabis

Zusammenfassung:

Nahezu die Hälfte aller deutschen Universitätsprofessoren für Strafrecht wenden sich mit einer Resolution an den Deutschen Bundestag. Der Appell richtet sich auf die Einrichtung einer Enquête-Kommission zur verfassungsrechtlich gebotenen Überprüfung der beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen des Betäubungsmittelstrafrechts. Aus strafrechtswissenschaftlicher und verfassungsrechtlicher Sicht ist Strafrecht grundsätzlich nicht geeignet und nicht erforderlich zum angestrebten Zweck. Trotz immer harscherer Repression haben sich Angebot und Nachfrage nach illegalen Drogen in den letzten 40 Jahren ständig erhöht. Nur ein geringer Prozentsatz der Gebraucher hat langfristig Drogenprobleme im Sinne von körperlichen Schädigungen und Sucht. Diese sind besser durch Aufklärung, Beratung und Therapie zu steuern. Drogenstrafverfolgung führt zu Schädigungen bei den Opfern von Beschaffungskriminalität, bei kriminalisierten und in kriminelle Karrieren getriebenen Konsumenten und Kleinhändlern. Schwarzmarkt, organisierte Kriminalität und Tausende von Toten in Drogenkriegen, aber auch Gesundheitsschäden durch die Unkalkulierbarkeit von Schwarzmarktsubstanzen sind erst durch die Prohibition erzeugt worden. Weltweit, insbesondere in den USA, hat – zumindest bezüglich Cannabis – ein Umdenken stattgefunden, dem sich die Bundesrepublik nicht entziehen darf.

1. Resolution von 122 Strafrechtsprofessoren

Mit einer vom ‚Schildower Kreis‘ – einer interdisziplinären Gruppe von Experten aus illegale Drogen betreffende Wissenschaft und Praxis – gestarteten Resolution plädieren 122 von ca. 250 deutschen StrafrechtsprofessorInnen für eine grundlegende parlamentarische Überprüfung des BtM-Strafrechts im Wege einer Enquête-Kommission des Bundestages (nachzulesen: www.schildower-kreis.de). Grundlage ist die empirisch gesicherte Erkenntnis, dass der „Krieg gegen die Drogen“ nicht nur gescheitert ist, sondern auch vielfältige Kollateralschäden nach sich zieht. Die Strafrechtsprofessoren sind deshalb zu der Rechtsauffassung gelangt, dass strafrechtliche Drogenprohibition insbesondere von Cannabis Grundprinzipien des Strafrechts und der Verfassung widerspricht. Sie verstößt insbesondere gegen das herausragende Verfassungsprinzip der Verhältnismäßigkeit. Der Resolution beigetreten sind mittlerweile mehrere namhafte Organisationen: die Strafverteidigervereinigung, die Neue Richtervereinigung, der Bund deutscher Kriminalbeamter.

Die Fraktionen der GRÜNEN und der LINKEN beantragten auf dieser Grundlage im Juni 2014, eine externe wissenschaftliche Begutachtung der Drogenpolitik durch unabhängige Experten nach dem Delphi-Prinzip. Nach einer ersten Lesung wurde der Frage an den Gesundheitsausschuss überwiesen. Für den Fall der Ablehnung ist weiterhin der Antrag auf Einsetzung einer Enquete-Kommission gemäß Parteienproporz geplant.

2. Begründung der Notwendigkeit der Reform des Drogenstrafrechts

Verfassungsrechtlich begründet ist die Resolution der Strafrechtsprofessorinnen und -professoren vor allem im herausragendsten Prinzip des Grundgesetzes, dem **Verhältnismäßigkeitsprinzip**. Daraus ergibt sich die **Überprüfungspflicht des Gesetzgebers**: Gesetze, welche die Grundfreiheiten der Bürger einschränken, müssen

inhaltlich und wissenschaftlich begründet sein und im Verlauf ihrer Anwendung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden. Auf deutliche Veränderungen in der sozialen Wirklichkeit – z.B. der Folgebereitschaft der Bevölkerung – und in der Wissenschaft muss der Gesetzgeber reagieren.

Dogmatisch operationalisiert ist das Verhältnismäßigkeitsprinzip nach allseits akzeptierter Verfassungslehre in den drei Unterprinzipien **Erforderlichkeit, Geeignetheit und Proportionalität**. In diesem Rahmen ist die **inhaltliche** Überprüfung des einschlägigen Gesetzes, des BtMG, vorzunehmen.

In **methodischer** Hinsicht ist dabei zu berücksichtigen, dass Verfassungsrecht Abwägungsrecht ist. Das bedeutet: die verschiedenen betroffenen Freiheiten und Interessen sind auf **empirisch-wissenschaftlicher, interdisziplinärer und systemanalytischer** Basis herauszukristallisieren, zu gewichten und entlang der Teilprinzipien gegeneinander abzuwägen. Das verdeutlicht: Es gibt in der gesellschaftlichen Wirklichkeit keine Ideale und auch die Folgen staatlichen Handelns sind in die Abwägung einzubeziehen.

Das BVerfG hat in seiner Cannabis-Entscheidung von 1994 und in mehreren darauf basierenden Nicht-Aannahme-Beschlüssen die strafrechtlichen Vorschriften des BtMG für verfassungsgemäß befunden. Das BVerfG legte in ziemlich reduzierter exemplarischer Auswahl die damals aktuelle, äußerst lückenhafte Daten- und Erkenntnislage zugrunde. Es beachtete nicht, dass der BtM-Gesetzgeber 1971 auf Druck der USA ohne eigene wissenschaftliche Begründung **unüberprüft** die Vorgaben der UNO-Single Convention von 1961 in das BtMG umgesetzt hatte. In den seither verstrichenen fast 20 Jahren haben sich die entsprechenden wissenschaftlichen Methoden, die Daten- und Erkenntnislage in hohem Maße verändert und erweitert. Es muss also eine Neubetrachtung und Neubewertung stattfinden, sowie die Neu-Initiierung von interdisziplinärer Forschung um dem BtMG **erstmalig** eine dem Verfassungs- und Gesetzgebungsrecht genügende Grundlage zu verleihen.

Dazu im Folgenden einige interdisziplinäre Aspekte. Diese könnten auch Grundlage eines systematischen Prozederes der eventuellen Enquête-Kommission des Bundestages werden.

2.1 Veränderte empirische und theoretische Erkenntnislage – Keine Geeignetheit d. Strafrechts zur Bekämpfung von Gesundheitsgefahren

Zwei in der genannten verfassungsrechtlichen Hinsicht sehr fundierte strafjustizielle Vorlagebeschlüsse gem. Art. 100 GG haben dem BVerfG vorgelegen. 1994 führte derjenige des LG Lübeck zum bekannten Verdikt der Verfassungsmäßigkeit des BtMG und zur Vorgabe an den Gesetzgeber zur geringfügigen Entkriminalisierung konsumbezogener Verhaltensweisen (BVerfG NJW 1994, 1577, 1581). Der Vorlagebeschluss des AG Bernau 2004 wurde aus formalen Gründen nicht angenommen (BVerfG NJW 2004, 3620, 3622).

Mittels Strafrecht wollte der Gesetzgeber die ‚Volksgesundheit‘ schützen, indem Drogenangebot und –nachfrage eliminiert, zumindest reduziert werden sollten. Verfassungsrechtlich legitimiert wird dies vom BVerfG bis heute mit der Aufgabe das Staates Rechtsgüter zu schützen: nämlich die „**Gesundheit der Bevölkerung**“ (Art. 2 Abs.2 GG) und – über die ursprüngliche Gesetzesbegründung hinausgehend – das „**Soziale Zusammenleben**“ (Sozialstaatsprinzip).

2.1.1 Drogen blieben verfügbar

Zunächst und vorab ist festzustellen: Seit Inkrafttreten des BtMG 1971 hat sich die

Verfügbarkeit illegaler Drogen nicht nur nicht verringert, sondern ständig gesteigert. Die Mutmaßung, dass alles ohne Prohibition noch viel schlimmer wäre, wird durch internationale Empirie widerlegt: Angebot und Nachfrage bleiben von gesetzlichen Regelungen nahezu unberührt. Schon dieser Befund genügt eigentlich, um das BtM-Strafrecht als ungeeignet zu erkennen und andere Wege zu suchen.

2.1.2 Epidemiologie: Körperliche Schädigungen und Suchtpotential

Vor allem mit manifesten und potentiellen Gesundheitsschäden wird die Pönalisierung jeglichen Umgangs mit illegalisierten Drogen legitimiert. Vordringlich erscheint mithin die sorgfältige und methodenkritische Aufarbeitung der epidemiologischen Datenlage und Theorieentwicklung zu Drogenwirkung und Abhängigkeit.

Wissenschaftlich besteht Einigkeit darüber, dass die Wirkung einer Droge auf das Individuum von drei in dynamischer Wechselwirkung stehenden und ständigem Wandel unterworfenen Dimensionen abhängt: Biochemische Substanz mit ihrem spezifischen Wirkungsspektrum – Individuelle Disposition, Persönlichkeit – Kontext, also Situation des Konsums, umgebendes soziales und normatives System. Auf englisch kurz: „*Drug, Set, Setting*“. Die Datenlage ist hinsichtlich der „klassischen“ illegalen Substanzen relativ klar: Die Skala zwischen unproblematischem Konsum, abhängigem und gesundheitsgefährlichem Gebrauch ist sowohl hinsichtlich der Substanzen als auch der Gebraucher und der umgebenden sozialen und normativen Systeme unendlich differenziert und diversifiziert. Besonders bedeutsam ist jedenfalls die Dosierung: denn erst die „Dosis macht das Gift“ – so schon Paracelsus! Dementsprechend wäre auch gesetzgeberisch in realitätsgerechter Weise zu differenzieren bzw. die Interventionsebene theoretisch und empirisch fundiert zu gestalten.

Illegale Drogenkonsummuster zeigen vielfältige Verlaufsformen: Von durch Neugier und Interesse bedingtem initialen Gebrauch entweder zu mehr oder minder zügig verlaufender Minderung, zu Ausstieg oder zu Abhängigkeit. Ausstieg kann – wie bei Heroinabhängigkeit in 30% der Fälle – selbstbestimmt geschehen oder gefördert sein durch Therapie. Der häufig in vielen Schleifen verlaufende Ausstiegsprozess dauert bei Heroin durchschnittlich 5 – 10 Jahre, bei Kokain, Amphetamin etc. und Cannabis – falls es zu psychischer Abhängigkeit gekommen ist – deutlich weniger.

Bei allen Drogen – einschließlich Alkohol und Tabak – ist ein individuell und sozial verträglicher weil moderater, gelegentlicher und kontrollierter Konsum möglich, gegebenenfalls lebenslang. Es kommt eben auf die Interaktion von *drug, set* und *stting* an!

Über alle legalen und illegalen Drogen hinweg lässt sich eine relative Konstante feststellen: ca. 5% der jeweiligen Gebraucher werden psychisch und/oder körperlich abhängig – abgesehen von den körperlichen Schäden infolge von Alkohol- und Tabakkonsum. Nur: anders als bei chronischen körperlichen Krankheiten bleibt letztlich nur ein äußerst geringer Prozentsatz lebenslanglich abhängig. Am höchsten ist dieser Prozentsatz wegen der massiven körperlichen Abhängigkeit und somatischen Schädigungswirkung beim Alkohol. Bei Gebrauch von reiner, kontrollierter Substanz sind der Heroin- oder Methadon-Gebrauch sowie der moderate Cannabis-Konsum hingegen zeitlebens ohne massive körperliche Schädigung möglich. Ausstieg ist und bleibt abhängig von besagtem Kontext – und vom „freien Willen“: wer als Palliativ-Patient die „Wohlthat“ von Opiaten genoss, ist bei Entlassung aus dem Krankenhaus objektiv betrachtet „abhängig“, aber schon wenige Tage danach „*clean*“! Die Kriminalisierung des Drogenabhängigen hingegen bewirkt eine negative Eigendynamik sowohl im Setting des Gebrauchs als auch in Wirkung und Nachwirkung: der psychische Stress ist ein ganz anderer.

Die diagnostizierte Suchtkrankheit wird zwar in den gängigen Diagnoseschlüsseln DSM-V (APA) oder ICD-10 (WHO) als eigenständige Krankheitseinheit kategorisiert. Jedoch ist damit lediglich ein Oberflächensymptom benannt ist, welchem unterschiedliche psychische Störungen und multiple interagierende soziale Bedingungen zugrunde liegen. Dem entspricht, dass es eine Vielfalt von Symptomverlagerungen gibt.

Realistisch eingeschätzt wird heute die Gefahr, dass früher jugendlicher Cannabis-Konsum den Ausbruch von latenten Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis fördern kann. Gerade die tatsächliche Verfügbarkeit von Cannabis macht sowohl eine Kontrolle als auch eine sinnvolle Beratung und Therapie unmöglich.

Hinsichtlich des zweiten, erst vom BVerfG neu „gefundenen“ Rechtsguts „Soziales Zusammenleben“ ist folgendes anzumerken: Die Störung beruht vor allem auf übermäßiger Angst von hysterisierten, über die realen Dimensionen des Cannabis-Konsums unaufgeklärten Eltern. Bei jugendtypischem Experimentier- und Risikoverhalten gibt es ansonsten zwar Konflikte in der Familie, aber keine die das Zusammenleben insgesamt bedrohen. Letztlich ist es also die Prohibition, welche solche weitgehenden Störungen, wie z.B. den Rausschmiss eines Kindes, erst bewirken.

Nun zur erforderlichen interdisziplinären und systemischen Betrachtungsweise:

2.1.3 Unbeabsichtigte Nebenwirkungen der Drogenprohibition

Aus dem eben Gesagten ergibt sich, dass körperliche und psychische Schädigungen durch Drogenkonsum je spezifisches Resultat eines komplexen psychosozialen Wechselwirkungsprozesses sind. An diesem haben die durch die gesellschaftlichen Strukturen der Prohibition (Setting) bedingten Ursachen einen sehr erheblichen Anteil. Vor allem die Kriminalisierung bewirkt direkte Gefährdungen und Schädigungen der Konsumenten: vor allem mangels Kontrollierbarkeit der Substanz und gefährlichen Verschnitts – Überdosierung als häufigste Todesursache! –, und ganz allgemein mangels Verbraucher- und Gesundheitsschutz: Keine Herstellungs- und Vertriebskontrolle, keine „Beipackzettel“, inadäquate Behandlung bei Problemen wie Überdosierung etc.

Die Drogenrepression ist enorm teuer: Vergleicht man die Kosten für „Repression“ mit den Ausgaben für „Hilfen“, ergibt sich ein extrem disparates Verhältnis von 9:1. Außerdem weisen etwa 10 Prozent unserer gesamten Staatsausgaben für den Bereich der öffentlichen Sicherheit und Ordnung einen Bezug zu illegalen Drogen auf. Und ca. 40% aller Strafvollzugsinsassen sind dort in irgendeinem Zusammenhang mit illegalen Drogen, insbesondere wegen Beschaffungskriminalität.

2.1.4 Misslingen des Entkriminalisierungsgebots des BVerfG 1994

Die Polizeiliche Kriminalstatistik weist für 2011 etwa 6 Mio. Straftaten aus, davon 236 478 sogenannte Rauschgiftdelikte; mehr als die Hälfte davon bezieht sich auf Cannabis (131 951). 72 % aller Delikte betreffen Mengen zum Eigenbedarf (170 297), davon bezogen auf Cannabis: 101186. D. h. etwa 43 % aller Rauschgift- und 77 % aller Cannabisdelikte stellen Konsumentendelikte dar.

Die BKA-Statistik zeigt, dass faktisch immer mehr Cannabiskonsumenten verfolgt werden, 2011 allein 5% mehr als 2010. Konsumenten sind erklärtermaßen Schwerpunkt der Polizeiarbeit: auch wenn die Jugend insgesamt weniger kriminell sei, verfolge man aus Präventionsgründen mehr minderjährige Konsumenten.

Solche Faktizität zeigt, dass entgegen der Absicht des BVerfG und des Gesetzgebers Endkonsumenten unverhältnismäßig von Kriminalisierung und das Leben beeinträchtigender Stigmatisierung betroffen sind.

2.1.5 Globale Kollateralschädenⁱ

Der von den USA erklärte „Krieg gegen die Drogen“ ist gescheitert. Die USA haben seit den Siebzigerjahren jeweils dreißig bis zuletzt 40 Milliarden Dollar jährlich dafür ausgegeben, Dealer und Konsumenten strafzuverfolgen und Feldfrüchte zu zerstören. Trotzdem sank in dieser Zeit der Straßenpreis für harte Drogen kontinuierlich, heute werden so viele Drogen konsumiert wie nie zuvor und sie sind so billig wie nie zuvor. Rund 400 Milliarden Euro werden laut Internationalem Währungsfonds (IWF) jährlich mit Drogenhandel umgesetzt. Kontrolliert wird er von Mafiagruppen und terroristischen Organisationen.

In Mexiko, Guatemala und anderen mittelamerikanischen Staaten hat der Drogenkrieg seit 2007 geschätzt mehr als 50.000 Menschenleben gekostet und eine partielle Anarchie erzeugt. Und die Opiumproduktion in Afghanistan hat trotz aller Gegenmaßnahmen immer weiter zugenommen, so dass der Heroinpreis weltweit gesunken ist. Der Drogenkonsum konnte weder bei uns noch weltweit wirksam eingedämmt werden. Die Drogenkriminalität mit ihren unangenehmen Ausformungen – z.B.: Wohnungseinbrüche und Raubtaten – hat immer mehr zugenommen. Die Parallelen zur Alkoholprohibition in den USA der zwanziger Jahre sind deutlich.

Der Kampf gegen Schwarzmarkt und Drogenkriminalität hat allenfalls punktuelle „Erfolge“ bei Kleinkriminellen. Die ökonomisch mächtigen Kräfte dahinter entwickeln extreme globalisierte und faktisch unkontrollierbare Schattenwirtschaften und -regime mit weiterer Folgekriminalität und destabilisierenden Auswirkungen auf globale Finanzmärkte ebenso wie nationale Volkswirtschaften. Derweil werden staatliche Strukturen, Demokratie und Rechtsstaatlichkeit nachhaltig beschädigt. Regierungen, Streitkräfte, Polizei und Justiz in Narco-Staaten sind durch die Drogenmafia korrumpiert und Grenzen zwischen legalen und illegalen Strukturen verschwimmen. Geldwäschekontrolle hat sich als praktisch wirkungslos herausgestellt: zu vielfältig sind Umgehungs- und Korruptionsmöglichkeiten. Und es existiert ein informelles, jegliche Kontrolle unterlaufendes Schatten-Bankensystem (Havala-System).

2.2 Keine Erforderlichkeit Strafrechts zur Bekämpfung von Gesundheitsgefahren

2.2.1 Zweckmäßigere Alternativen

Die 9:1 Relation hinsichtlich der Kosten für Repression im Vergleich zu den anderen drei Säulen der Drogenpolitik zeigt: Es gibt keine ausreichende Erforschung und Implementation alternativer Interventionsmöglichkeiten. Diesbezüglich ist die drogenpolitische Umsteuerung überfällig. An interdisziplinärer und interaktioneller Analyse von *Drug, Set and Setting* sowie entsprechender Folgenreflexion orientierte Alternativen sind zwar verfügbar. Sie müssen jedoch noch genauer erforscht werden und einzelfall- sowie substanz-spezifisch gestaltet werden. Neben etablierten Methoden von Prävention (Aufklärung etc.) u. Behandlung von Abhängigkeit müssen insbesondere *harm reduction*-Methoden weiter entwickelt werden, die sich ja schon bisher als erfolgreich erwiesen haben. Als Beispiel für den Erfolg wissenschaftlich begründeter Politik lässt sich die deutsche AIDS-Politik seit 1982 anführen. In der Kontroverse zwischen dem Modell „Aufklärung u. Gesundheitspolitik“ und der strafrechtlich-repressiven Strategie einschließlich von Lagerunterbringung und Quarantäne von AIDS-Kranken setzte sich zum Glück seinerzeit die Bundesministerin Süßmuth als Wissenschaftlerin gegen den bayrischen Minister Gauweiler durch. Ähnlich der Alkoholpolitik geht es, Erwachsene betreffend, um die Förderung von Drogenmündigkeit. Forschung mit dem Ziel der Verbesserung der entsprechenden Methoden muss finanziell noch stärker gefördert werden.

Etwas anderes gilt hinsichtlich der spezifischen Gesundheitsgefahren für Jugendliche. Zwar sind Erkenntnisse über Psychose-Auslösung und kognitive Schädigungen noch nicht abschließend bewiesen (*siehe dazu angehängtes Papier von Dr. Grotenhermen*). Schon ein begründeter Verdacht, dass Jugendliche bei regelmäßigem und hochdosiertem Konsum von Cannabis besonders gefährdet sind, muss aber ausreichen, hier besondere Maßnahmen des Jugendschutzes zu ergreifen, welche diejenigen der Alkoholprävention bei weitem in Effizienz und Nachhaltigkeit übertreffen.

2.2.2 Faktische Feldexperimente mit (Quasi-)Legalisierung und daraus ablesbare Wirkung oder Nicht-Wirkung der Kriminalisierung

Ein weiteres Argument gegen die Erforderlichkeit des Drogenstrafrechts ist, dass sich der Wandel im Drogenkonsum langfristig als nahezu unabhängig von strafrechtlicher Prohibition erwiesen hat. Wirksam waren hingegen Regelungen betreffend *Harm Reduction*, z.B. Drogenkonsumräume für Heroinabhängige etc. Dies ist wissenschaftlich gut fundiert. Und zwar insbesondere durch die Untersuchung faktischer Veränderungen in der Konsumrealität. Besonders bedeutsam ist auch die Evaluation rechtlicher Entkriminalisierungsmaßnahmen sowie weltweite Ansätze zur Legalisierung. Einige Beispiele:

1. Zu nennen ist zu allererst **Deutschland**: Seit 1994 ist der Besitz geringer Mengen zum Eigengebrauch bei gelegentlichem Konsum von der Strafverfolgung ausgenommen (gebundenes Opportunitätsprinzip). Gleichwohl haben der Cannabis- und Heroinkonsum abgenommen, der befürchtete Dammbbruch ist diesbezüglich nicht eingetroffen. Steigerung ist hingegen beim Amphetamin-Gebrauch festzustellen: dies hat mit Moden und Konjunkturen zu tun, nicht mit Strafandrohung.

2. Das **niederländische** System der *Coffee Shops* ist das nächst liegende Vergleichsobjekt. Es beruht darauf, dass in Erfüllung der internationalrechtlichen Vorgaben der UN-Drogenkonvention von 1988 die materielle Strafbarkeit der Abgabe von Cannabis beibehalten, jedoch im rechtlichen Rahmen politisch vereinbarter Opportunität die Abgabe in den *Coffee Shops* und Besitz von der Strafverfolgung freigestellt sind. Hinzu kommt ein System von Lizenzierung, Kontrolle und Besteuerung. Der Cannabis-Konsum hat sich in der Bevölkerung seither nicht erhöht. Dass die Rechtslage 2012 im Sinne schärferer Kontrolle und Hinderung des Erwerbs durch Ausländer geändert wurde, hat ausschließlich mit den Rechtsdifferenzen innerhalb der EU zu tun: heftige öffentliche Angriffe, vor allem aus Schweden, bewirkten dies. Das niederländische *Experiment* blieb im Kern akzeptiert und erhalten.

2. In **Portugal** sind der Konsum aller Drogen und der Besitz geringer Konsummengen seit über zehn Jahren entkriminalisiert. Die Erfahrungen sind positiv: es gab keine Erhöhung der Konsumquoten. Primäres Ziel ist es, den abhängigen oder sich selbst gefährdenden Konsumenten, falls nötig, in eine therapeutische Maßnahme zu überführen.

3. In **Spanien** wurden Konsum und Besitz zum Eigenkonsum nach mehrfachen wirkungslosen Verschärfungen des Drogenstrafrechts 1988 entkriminalisiert. Es wurden i.S. des *Harm-Reduction*-Konzepts Konsumräume und Spritzenvergabe für Heroinabhängige eingeführt. Das Therapiesystem wurde ausgebaut. Gut kontrollierbarer privater Anbau von Cannabis in Form von ‚Social Clubs‘ wurde erlaubt. Eine Steigerung des Drogenkonsums hat es daraufhin nicht gegeben.

4. Auch die **Tschechischen Republik** entkriminalisierte durch Gesetz vom 1. Januar 2010 den Besitz von geringen Mengen zum Eigenbedarf.

Insgesamt ist festzustellen, dass Entkriminalisierungsmaßnahmen nicht zu einem höheren Gebrauch von Drogen geführt haben. HIV und Aids konnten eingedämmt werden. Die Anzahl von Drogentoten hat sich drastisch vermindert. Kriminalisierung und Stigmatisierung von Drogengebrauchern nahm ab.

5. In den **USA**, den eigentlichen Protagonisten der Prohibition, zeichnen sich bemerkenswerte Entwicklungen ab: In mindestens 22 Staaten ist Cannabis als Medizin erlaubt worden; 60% der US-Bürger sind inzwischen für eine Legalisierung. In Washington, Colorado und Washington D.C. sind der Handel und Besitz von Cannabis zum Eigenbedarf bei strikter, an *public-health*-Grundsätzen orientierter Regulierung illegalisiert sowie die Besteuerung des Handels eingeführt worden. Gleichartige Volksabstimmungen stehen in Kalifornien, Alaska und Oregon bevor. Die Obama-Regierung hat den Paradigmen-Wechsel vom "Krieg gegen die Drogen" zu gesundheitspolitischen Strategien zum *public health*-Ansatz vollzogen und die Regulierung in Colorado und Washington nicht in Frage gestellt.

6. Mittelamerikanische Regierungen sprechen sich zunehmend für die Legalisierung von Cannabis aus; Uruguay hat als erster Staat weltweit Cannabis gesetzlich reguliert.

2.2.3 Psychologische Forschung zur Wirkung von Gesetzen

Alle Untersuchungen deuten darauf hin: Drogenkonsumverhalten ist durch Repression, also durch Abschreckung und Angst vor der Übelzufügung Strafe, überhaupt nicht oder nur in geringstem Umfang zu mindern. Umgekehrt ist die Annahme aus psychologischer Sicht unhaltbar, durch Legalisierung und entsprechend restriktive Regulierung würde „das falsche Signal gesetzt“, die Tendenz Drogen zu konsumieren also erst erzeugt. Weiter erforscht werden muss, in welchem Maße der gemessene Verbrauch jeweils auch durch jugendtypischen Protest, durch Neugier und Ausweichen auf leichter erhältliche oder transportierbare Substanzen mitbedingt ist. Eine große Rolle spielen jedenfalls spezifische Verhaltensweisen in lebensgeschichtlichen Umbrüchen, insbesondere der Pubertät, und damit einhergehende schichtspezifische, subkulturelle und vor allem auch gruppenspezifische Prozesse.

Nur kurz streifen will ich ein Gebiet, welches noch genauer zu recherchieren wäre: Wie und unter welchen Bedingungen wirken überhaupt Normen, insbesondere solche des Strafrechts. Es handelt sich hier um „opferlose Delikte“, wo allenfalls Selbstschädigung in Frage steht und sonst wirksame, von Sozialisation abhängige Elemente wie Fremdschädigung, Einfühlung, soziale Rücksichtnahme und Vernunft keine Rolle spielen. Wo es um Genuss, Gruppenzugehörigkeit und erst Recht um Sucht geht, ist die Nachfrage nicht zu beeinflussen. Die bewusstseinsbildende Wirkung des Drogenverbots, wie sie im Sinne der strafrechtlichen positiven Generalprävention intendiert ist, ist jedenfalls kaum nachweisbar. Nicht die Tatsache und Intensität der Strafverfolgung, sondern (jugend-)kulturelle Bewegungen, Moden, *peer groups* sind für Anstieg oder Rückgang von Konsuminzidenz und -prävalenzen verantwortlich.

Häufig wird das Argument ins Feld geführt, das Suchtpotential von Cannabis-Konsum sei durch die Anzahl der Kontakte zu Drogenberatungsstellen bewiesen. In vielen Fällen ist dies jedoch Folge gerichtlicher Weisungen, ohne dass eine echte Indikation bestünde. Allerdings wäre dieses Phänomen noch genauer zu erforschen.

2.3 Verhältnismäßigkeitsprüfung im engeren Sinne: Proportionalität

Auszugehen ist von einer veränderten Faktenlage ebenso wie von einer Entwicklung in der verfassungsrechtlichen und strafrechtstheoretischen Erkenntnis.

2.3.1 Veränderte Faktenlage

Es muss vom Gesetzgeber ebenso wie vom BVerfG erwartet werden, dass nicht nur der Schutz von Rechtsgütern in guter Absicht und idealisierender Weise mit traditionellen Mitteln der Strafzwecke – General- und Spezialprävention – in den Blick genommen wird. In die Abwägung einbezogen werden muss auch die Wirklichkeit, so wie sie hier skizziert wurde: die wahren Folgen von Prohibition und Kriminalisierung. Der Kampf gegen Drogen kann nicht gewonnen werden, denn es geht um menschliches Verhalten als Objekt der Beeinflussung. Menschen werden immer Drogen konsumieren wollen und dafür Risiken auf sich nehmen. Man kann nicht vier bis acht Millionen Gebraucher von Cannabis kriminalisieren, von denen nur 5% gegebenenfalls ein Gesundheits- oder Abhängigkeitsrisiko haben. Solche Risiken können nur gesundheitspolitisch und –rechtlich angegangen werden. Gesundheitsorientiertes Verhalten lässt sich nicht durch Angst und Repression erzwingen. Wenn dem so wäre, könnte, ja müsste man mit guter Aussicht vor allem Alkoholkonsum, Essstörungen, riskante Sportarten etc. kriminalisieren.

Das effektivste Mittel gegen den Drogenhandel ist, dem extrem profitablen Geschäft die Basis zu entziehen. Der einzig mögliche Weg dafür ist, den Konsum und das notwendige Maß des Handels zu legalisieren. Die Rahmenbedingungen können dann, vergleichbar dem Arzneimittel-, Lebensmittel- und Chemikalienrecht – gesundheits- und Verbraucherschutzrechtlich angegangen werden. Solche Verwaltungsrechtlichen Gesetze können und müssen dann durch Strafandrohungen flankiert werden. Sie müssen vor allem mit ausreichender Finanzausstattung implementiert werden. Nur die Entkriminalisierung von Rauschgift wird den mörderischen Kartellen allmählich den Boden entziehen können. Mit militärischen Mitteln lassen sie sich nicht besiegen. Restprobleme werden immer bleiben: es gibt Schwarzmarkt und Schmuggel mit legalen Drogen und Medikamenten. Diese Dimensionen sind aber, wie die Erfahrung zeigt, beherrschbar.

Das BVerfG formulierte 1994 die Vermutung, Strafbewehrung könne das Konsumverhalten durch positive und negative General- und Spezialprävention zumindest mindern. Der Gesetzgeber habe insoweit einen Beurteilungs- und Gestaltungsspielraum habe. Eine solche Begründung genügt angesichts des Standes der Forschung und der Strafrechtswissenschaft nicht mehr. Auch wenn sich das BVerfG in begreiflicher Weise aus dem eigentlichen politischen Willensbildungsprozess heraushält, bleibt der Gesetzgeber zur verfassungsrechtlichen Überprüfung und Abwägung auf aktueller Erkenntnisbasis verpflichtet. Solche Vermutungen sind im Übrigen unwiderleglich und begründen eine angesichts des strafrechtlichen Tatbegriffs verfassungswidrige Verdachtskriminalisierung. Im Zuge einer parlamentarischen Überprüfung wären sicherlich weitere relevante Aspekte noch gründlicher zu untersuchen.

Die Vereinbarkeit eines Gesetzes mit den Menschenrechten kann nicht allein an den guten **Absichten** des Gesetzgebers gemessen werden. Auch durch die umrissenen Kollateralschäden können Grund- und Menschenrechte in unverhältnismäßiger Weise **faktisch** beeinträchtigt werden. Der Schutz unserer Bevölkerung vor dem Konsum gefährlicher Drogen rechtfertigt nicht die Inkaufnahme tausendfacher Morde, die Zerstörung und Zersetzung ganzer Staaten, die Unterwanderung des Rechts und der Wirtschaft durch kriminelle Investoren, die Finanzierung von Terror und Aufständen, die wachsende Macht krimineller Vereinigungen – um nur die schwerwiegendsten Folgen der Prohibition zu nennen. Angesichts seiner maßlosen Kollateralschäden darf der „Krieg gegen die Drogen“ mit den Mitteln des Strafrechts nicht weitergehen.

Die Strafrechtbewehrung des Umgangs mit als illegal definierten Drogen ist nicht mehr zeitgemäß. Sie verstößt gegen das Verhältnismäßigkeitsprinzip des Grundgesetzes in allen drei Unterprinzipien.

2.3.2 Strafrechtstheorie und Verfassung

Das grundrechtliche Prinzip *nihil nocere* – Der Staat darf seine Bürger nicht schädigen – findet im Übrigen heute allgemein stärkere Beachtung und es gibt eine größere Sensibilität und Skepsis gegenüber staatlicher Eigenmächtigkeit und Einschränkungen des Selbstbestimmungsrechts.

Die Strafbarkeit des Umgangs mit BtM widerspricht im Übrigen auch einer zentralen **strafrechtstheoretischen** und zugleich verfassungsrechtlichen Maxime: Strafe als äußerstes Mittel der Lösung von sozialen und zwischenmenschlichen Problemen darf nur für Situationen erheblicher Fremdschädigung angedroht werden, nicht jedoch für von informiertem Einverständnis getragene Selbstschädigung. Die Logik und Dogmatik der Gefährdungsdelikte wird zum Einen missbraucht, wenn der Gesetzgeber behauptet, die „Volksgesundheit“ und das „Soziale Zusammenleben“ durch empfindlich Strafdrohungen schützen zu müssen: Jeder mündige Konsument konsumiert im Rahmen eigener Willensfreiheit – auch wenn er sich dabei selbst schädigt. Solche Schädigung betrifft aber nur den geringsten Teil der Drogenkonsumenten, welche den Gebrauch nicht steuern können. Im übrigen sind die Schäden ja gerade durch die Prohibition verursacht. Und die allzu diffusen Rechtsgutsdefinitionen „Volksgesundheit“ und „Soziales Zusammenleben“ führen faktisch zu einem verfassungswidrigen Ordnungsstrafrecht.

Mit aktuell diskutierten Vorschlägen einer pauschalen Kriminalisierung jeglicher psychotroper Drogen würde das Bestimmtheitsprinzip des GG unterlaufen und ein noch weiter gehender Schaden für die Rechtsstaatlichkeit erzeugt.

Darüber hinaus werden Logik und Dogmatik der Gefährdungsdelikte im BtMG dadurch missbraucht, dass es nämlich keine direkte Rechtsgutsgefährdung durch Umgang mit Drogen gibt, wie sie unter strafrechtstheoretischen Gesichtspunkten eigentlich Voraussetzung sein müsste. Jeder mündige Konsument konsumiert im Rahmen eigener, je strafloser Selbstverantwortung. ‚Fremdgefährdung qua Vorbildwirkung‘, wie das in den Gesetzesmaterialien zum BtMG angeführt wird, ist kein verfassungsrechtlich haltbarer Strafgrund: Anstiftung zu Selbstgefährdung ist straflos!

2.4 Fazit: Verleugnung von Fakten – Rechtliche, soziale und ökonomische Irrationalität

Die unterkomplexe, ungeeignete Drogenpolitik ist hinsichtlich der erklärten Ziele gescheitert. Die Konsequenzen der Drogenbekämpfung sind gefährlicher als die Drogen selbst. Der Staat schafft die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, einen Nährboden, innerhalb deren sich eine höchst destruktive Entwicklung entfalten kann. Wir haben seit langem ein massives Drogenpolitikproblem: Geduldet werden die Existenz, die Gewalt, die Anarchie des Drogenschwarzmarktes – zu Lasten eines an sich möglichen Verbraucher- und Jugendschutzes. Die durch das Drogenverbot bewirkten gesundheitlichen und sozialen Schädigungen werden verleugnet. Wissenschaftliche Erkenntnis zeigt, dass die tatsächlichen Gefährdungen durch bislang illegale Drogen ebenso wie solche durch Medikamente und Alkohol besser durch gesundheitsrechtliche Regulierung mit akzessorischer ordnungs- oder strafrechtlicher Sanktionierung sowie mit adäquaten Präventions, Jugend- und Verbraucherschutz sowie Hilfen und Behandlung zu bewältigen sind.

cannabinoid
medicines *International*
Association for Cannabinoid Medicines

Internationale Arbeitsgemeinschaft für Cannabinoidmedikamente (IACM)
Am Mildenweg 6
59602 Rüthen
Telefon: 02952-970 85 71
E-Mail: info@cannabis-med.org

Hessischer Landtag
Der Vorsitzende des Rechtspolitischen Ausschusses
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

26.5.2015

Ihr Aktenzeichen: I A 2.6

Cannabis

Schriftliche Anhörung durch den Rechtspolitischen Ausschuss, den Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss, den Kulturpolitischen Ausschuss und den Innenausschuss des Hessischen Landtags

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre freundliche Einladung, der ich gern folge. Meine Ausführungen gliedern sich in mehrere Abschnitte. Sie beziehen sich sowohl auf den medizinischen Nutzen, die aktuelle rechtliche und politische Situation in diesem Bereich als auch auf unerwünschte Wirkungen des Cannabiskonsums.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. F. Grotenhermen
Geschäftsführer

1	DER MEDIZINISCHE NUTZEN VON CANNABISPRODUKTEN	3
1.1	DIE ZUSAMMENSETZUNG VON CANNABIS	3
1.2	CANNABINOIDE	3
1.3	TETRAHYDROCANNABINOL (THC)	4
1.4	DIE MEDIZINISCHE VERWENDUNG VON THC UND CANNABIS	4
1.5	CANNABIDIOL (CBD)	5
1.6	DIE MEDIZINISCHE VERWENDUNG VON CBD BZW. CBD-EXTRAKTEN	5
2	DER STAND DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG MIT CANNABIS UND CANNABINOIDEN IN DEUTSCHLAND	6
2.1	VERSCHREIBUNG VON CANNABISMEDIKAMENTEN MITTELS BTM-REZEPT	6
2.2	BEHANDLUNG MIT CANNABIS AUF GRUNDLAGE EINER AUSNAHMEERLAUBNIS NACH BTMG	6
2.3	DER MEDIZINISCHE BEDARF AN MEDIKAMENTEN AUF CANNABISBASIS	6
2.3.1	<i>Dronabinol und Nabilon</i>	7
2.3.2	<i>Sativex</i>	7
2.3.3	<i>Cannabis</i>	7
2.4	ZU ARGUMENTEN GEGEN EINE ERLAUBNIS ZUR MEDIZINISCHEN VERWENDUNG VON SELBST ANGEBAUTEM CANNABIS	9
2.5	ZWEIKLASSENMEDIZIN BEIM EINSATZ VON CANNABISPRODUKTEN	10
2.6	SCHLUSSFOLGERUNG: UNTERVERSORGUNG DER DEUTSCHEN BEVÖLKERUNG	10
3	2015 – DAS JAHR, IN DEM DEUTSCHLAND SICH BEIM THEMA CANNABIS ALS MEDIZIN BEWEGT	12
3.1	EINLEITUNG	12
3.2	DIE ANGST VOR DEM EIGENANBAU BRINGT DIE BUNDESREGIERUNG IN ZUGZWANG	12
3.3	WARUM ES NUN GANZ SCHNELL GEHEN MUSS	12
3.4	ZEHN JAHRE UNTÄTIGKEIT BEI DER UMSETZUNG EINES RICHTERSPRUCHS	13
3.5	MASSENHAFT LANGJÄHRIGE UNTERLASSENE HILFELEISTUNG	13
3.6	DIE ECKPUNKTE DES CANNABISEIGENANBAUVERHINDERUNGSGESETZES	14
3.7	DAS GEPLANTE GESETZ WIRD ZU SUBSTANTIELLEN VERBESSERUNGEN FÜHREN	14
3.8	KÖNNTE ES AUCH VERLIERER GEBEN?	15
3.9	DIE ZWEIKLASSENMEDIZIN BLEIBT BESTEHEN	15
3.10	EIN WICHTIGER SCHRITT AUF DEM WEG ZU EINER AUSREICHENDEN MEDIZINISCHEN VERSORGUNG MIT CANNABISPRODUKTEN	15
3.11	BUNDESTAGSABGEORDNETE, DIE SICH FREUEN, ETWAS TUN ZU DÜRFEN, WEIL SIE ES MÜSSEN	16
4	VERGLEICHENDE ANALYSE DER NEBENWIRKUNGEN DES CANNABISKONSUMS AM BEISPIEL SCHIZOPHRENIE	17
4.1	WAS IST EINE SCHIZOPHRENIE?	17
4.2	WIE HÄUFIG IST DIE SCHIZOPHRENIE?	17
4.3	WAS VERURSACHT EINE SCHIZOPHRENIE?	17
4.4	WAS IST DIE ROLLE VON CANNABIS BEI DER ENTWICKLUNG DER SCHIZOPHRENIE?	18
4.5	WAS IST DIE ROLLE VON CANNABINOIDEN BEI DER BEHANDLUNG DER SCHIZOPHRENIE?	18
5	DIE GEFAHREN DES CANNABISKONSUMS IM VERGLEICH ZU TABAK UND ALKOHOL – BEISPIEL 1: VERURSACHUNG VON KREBS	20
5.1	DIE HÄUFIGKEIT VON KREBS	20
5.2	URSACHEN FÜR KREBS	20
5.3	TABAK	21
5.4	ALKOHOL	21
5.5	CANNABIS UND LUNGENERKRANKUNGEN	22
5.6	CANNABIS UND CHRONISCH-OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)	22
5.7	CANNABISRAUCHEN UND KREBS	22
5.8	SCHLUSSFOLGERUNG	23
6	DIE GEFAHREN DES CANNABISKONSUMS IM VERGLEICH ZU TABAK UND ALKOHOL – BEISPIEL 2: AUSWIRKUNGEN AUF SCHWANGERSCHAFT UND GESUNDHEIT DES NEUGEBORENEN	24
6.1	DIE HÄUFIGKEIT VON DROGENKONSUM WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	24
6.2	WIRKUNGSMECHANISMEN VON DROGEN AUF DEN FETUS	25
6.3	TABAK	25
6.4	ALKOHOL	25
6.5	CANNABIS	26
6.6	SCHLUSSFOLGERUNG	26

1 Der medizinische Nutzen von Cannabisprodukten ²⁹

1.1 Die Zusammensetzung von Cannabis

In unterschiedlichen Cannabissorten wurden in den vergangenen 50 Jahren etwa 600 chemische Verbindungen nachgewiesen, darunter neben Cannabinoiden etwa 500 Substanzen anderer Stoffgruppen, wie Aminosäuren, Proteine, Zucker, Alkohole, Fettsäuren, Terpene und Flavonoide (sekundäre Pflanzenstoffe). Von medizinischem Interesse sind vor allem die so genannten Cannabinoide und in geringerem Maße Terpene (ätherische Öle) und Flavonoide. Die meisten Bestandteile von Cannabis kommen auch in anderen Organismen (Pflanzen und Tiere) vor.

Tabelle: Chemische Bestandteile von Cannabis.

	Chemische Klasse	Bekannt
1.	Cannabinoiden	über 100
2.	Stickstoffverbindungen	27
3.	Aminosäuren	18
4.	Proteine, Glykoproteine und Enzyme	11
5.	Zucker und verwandte Verbindungen	34
6.	Hydrocarbone	50
7.	Einfache Alkohole	7
8.	Einfache Aldehyde	12
9.	Einfache Ketone	13
10.	Einfache Säuren	21
11.	Fettsäuren	22
12.	Einfache Ester und Laktone	13
13.	Steroide	11
14.	Terpene	über 200
15.	Nichtcannabinoiden Phenole	25
16.	Flavonoide	21
17.	Vitamine	1
18.	Pigmente	2
19.	Elemente	9
	Gesamt	etwa 600

1.2 Cannabinoide

Die in der Hanfpflanze nachgewiesenen Cannabinoide kommen nicht alle in einer einzelnen Pflanze vor, sondern sie wurden weltweit in unterschiedlichen Pflanzen entdeckt. Einige dieser Cannabinoide kommen vermutlich nicht natürlich vor, sondern entstehen erst künstlich bei dem Versuch, die Cannabinoide nachzuweisen. Dies gilt beispielsweise für Delta-8-THC, das vermutlich ein Artefakt ist und beim Analyseprozess aus dem instabileren Delta-9-THC entsteht.

Heute sind insbesondere durch eine Arbeitsgruppe von Wissenschaftlern an der Universität von Mississippi insgesamt mehr als 100 Cannabinoide nachgewiesen, von denen viele nur in Spuren in

der Pflanze hergestellt werden. Cannabinoide lassen sich überwiegend bestimmten Typen zuordnen, wie der Delta-9-THC-Typ, der CBD-Typ, der CBG-Typ, etc.

1.3 Tetrahydrocannabinol (THC)

Wenn von THC die Rede ist, ist im Allgemeinen das in der Pflanze natürlich vorkommende Delta-9-THC gemeint. Insgesamt 9 Cannabinoide zählen zum Delta-9-THC-Typ, von denen in der Pflanze vor allem zwei Delta-9-THC-Säuren vorkommen, die unter der Einwirkung von Hitze in das phenolische Delta-9-THC umgewandelt werden. Dieses phenolische THC verursacht die bekannten psychischen Wirkungen von Cannabis und ist auch für die meisten anderen pharmakologischen Wirkungen verantwortlich. THC bindet an die beiden bekannten Cannabinoidrezeptoren CB1 und CB2. Der CB1-Rezeptor kommt vor allem im zentralen Nervensystem vor. Wird er durch THC aktiviert, so verursacht dies Schmerzlinderung, Muskelentspannung, Appetitsteigerung, Bronchienerweiterung, Steigerung der Herzfrequenz und einige weitere Wirkungen. Der CB2-Rezeptor findet sich vor allem auf Immunzellen, also Zellen, die im Körper für die Abwehr von Krankheitserregern und andere Immunprozesse zuständig sind. Die Aktivierung des CB2-Rezeptors durch THC hemmt Entzündungen und allergische Reaktionen.

1.4 Die medizinische Verwendung von THC und Cannabis

Einsatzmöglichkeiten für Cannabis und THC ergeben sich für folgende Krankheiten und Krankheitssymptome.

- Übelkeit und Erbrechen: Krebschemotherapie, HIV/Aids, Hepatitis C, Schwangerschaftserbrechen, Übelkeit im Rahmen der Migräne.
- Appetitlosigkeit und Abmagerung: HIV/Aids, fortgeschrittene Krebserkrankung, Hepatitis C.
- Spastik, Muskelkrämpfe (Spasmen), Muskelverhärtung: Multiple Sklerose, Querschnittslähmung, Spastik nach Schlaganfall, Spannungskopfschmerz, Bandscheibenprobleme und Verspannungen der Rückenmuskulatur.
- Bewegungsstörungen mit einem Übermaß an Bewegungen (hyperkinetische Bewegungsstörungen): Tourette-Syndrom, Dystonie (zum Beispiel spastischer Schiefhals oder Lidkrampf), durch eine Behandlung mit Levodopa ausgelöste Dyskinesien bei der Parkinson-Krankheit, tardive Dyskinesien (eine mögliche Nebenwirkung von Neuroleptika, die bei Schizophrenie verwendet werden), essenzieller Tremor (Zittern).
- Schmerzen: Migräne, Cluster-Kopfschmerz, Phantomschmerzen, Neuralgien (Nervenschmerzen, zum Beispiel Ischialgie/Ischiasschmerzen), Menstruationsbeschwerden, Parästhesien (Kribbeln, Brennen, Ameisenlaufen) bei Zuckerkrankheit oder Aids, Hyperalgesie (verstärkte Schmerzempfindlichkeit), Schmerzen bei verspannter Muskulatur und Muskelkrämpfen, Arthrose, Arthritis, Colitis ulcerosa (eine chronische Darmentzündung), Restless-Legs-Syndrom ("Syndrom der unruhigen Beine"), Fibromyalgie ("Weichteilrheumatismus").
- Allergien: Asthma, Hausstauballergie, Heuschnupfen.
- Juckreiz: starker Juckreiz bei Lebererkrankungen, Neurodermitis.
- Entzündungen: Asthma, Arthritis, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn (eine chronische Darmentzündung), Neurodermitis.
- Psychische Erkrankungen: Depressionen, Angststörungen, bipolare Störungen (manisch-depressive Störung), posttraumatische Stressstörung, Hyperaktivität, ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom), Impotenz, Alkoholismus, Opiatabhängigkeit, Schlafmittelabhängigkeit, Schlaflosigkeit, Autismus, verwirrtes Verhalten bei der Alzheimer-Krankheit.
- Überproduktion von Magensäure: Magenschleimhautentzündung.
- Erhöhter Augeninnendruck: Glaukom (grüner Star).

- Hören: Tinnitus (Ohrgeräusche).
- Weitung der Bronchien: Asthma, Luftnot bei anderen Erkrankungen der Atemwege.
- Epilepsie.
- Singultus (Schluckauf).
- Förderung der Wehentätigkeit bei der Geburt.

1.5 Cannabidiol (CBD)

Cannabidiol ist das häufigste Cannabinoid im Faserhanf und in Drogenhanfsorten oft das zweithäufigste Cannabinoid nach THC. CBD verursacht keine cannabistypischen psychischen Wirkungen. In den vergangenen Jahren ist das Interesse am therapeutischen Potenzial dieses Cannabinoids erheblich angestiegen. So wurden klinische Studien zum möglichen Nutzen von CBD bei Schizophrenie, Angststörungen und Epilepsie durchgeführt.

1.6 Die medizinische Verwendung von CBD bzw. CBD-Extrakten

Für Cannabidiol kommen unter anderen folgende medizinische Einsatzgebiete infrage.

- Epilepsie: insbesondere bestimmte genetisch bedingten Formen der Epilepsie, wie Dravet-Syndrom und Angelman-Syndrom.
- Angststörungen.
- Schizophrene Psychosen.
- Entzündungen und entzündlich bedingte Schmerzen.
- Bewegungsstörungen: Dystonie, Dyskinisie.
- Abhängigkeit von THC, Nikotin und Opiaten.
- Übelkeit und Erbrechen.
- Hemmung des Appetits.

Daneben gibt es Hinweise auf weitere mögliche Einsatzgebiete. Meistens sind diese bisher kaum erforscht, und es liegen nur Ergebnisse aus der Grundlagenforschung oder Berichte einzelner Patienten vor.

Literaturliste

- Grotenhermen F, Müller-Vahl K. Das therapeutische Potenzial von Cannabis und Cannabinoiden. Dtsch Arztebl 2012;109(29-30):495-501.
- Grotenhermen F, Gebhardt K, Berger M. Cannabidiol Solothurn, Schweiz: Nachtschatten Verlag, 2015 (in Vorbereitung).
- Grotenhermen F. Hanf als Medizin. Ein praxisorientierter Ratgeber. Solothurn, Schweiz: Nachtschatten Verlag, 2015.
- Grotenhermen F, Hrsg. Cannabis und Cannabinoide. Pharmakologie, Toxikologie und therapeutisches Potential. Göttingen: Hans Huber, 2001 (1. Aufl.), 2004 (2. erweiterte und ergänzte Ausgabe).

2 Der Stand der medizinischen Versorgung mit Cannabis und Cannabinoiden in Deutschland³²

2.1 Verschreibung von Cannabismedikamenten mittels BTM-Rezept

Fertigarzneimittel mit den Wirkstoffen Nabilon (Cesamet®) und Dronabinol (Marinol®) sind in den USA und Großbritannien sowie anderen Ländern im Verkehr und können auf Grundlage des § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz (AMG) auch in Deutschland rezeptiert werden. Die Kosten für das Fertigarzneimittel Marinol® sind jedoch höher als die für Rezepturarzneimittel, die Dronabinol enthalten.

Grundsätzlich können Ärzte aller Fachrichtungen – ohne besondere Zusatzqualifikation – Dronabinol (sowohl als Fertig- als auch als Rezepturarzneimittel), Nabilon und der Cannabisextrakt Sativex auch außerhalb der zugelassenen Indikationen (off-label) im Rahmen eines individuellen Heilversuchs verordnen, wenn sich Arzt und Patient hiervon einen Nutzen versprechen.

Eine solche off-label Behandlung mit Cannabismedikamenten wird in der täglichen Praxis allerdings dadurch erschwert, dass die gesetzlichen Krankenkassen meist eine Kostenübernahme ablehnen. Die monatlichen Kosten für eine Behandlung mit Dronabinol belaufen sich bei einem durchschnittlichen Tagesbedarf von 10-15 mg auf etwa 250 bis 400 €, die von den Patienten im Allgemeinen selbst aufgebracht werden müssen.

2.2 Behandlung mit Cannabis auf Grundlage einer Ausnahmeerlaubnis nach BtMG

Alternativ können Patienten bei der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG zum Erwerb von Medizinal-Cannabisblüten zur Anwendung im Rahmen einer ärztlich begleiteten Selbsttherapie beantragen. Eine solche Erlaubnis ist nach dem Gesetz zwar "nur für wissenschaftliche oder andere im öffentlichen Interesse liegende Zwecke" möglich. Allerdings hat das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil vom 19. Mai 2005 festgestellt, dass auch die medizinische Versorgung der Bevölkerung ein solches „öffentliches Interesse“ darstellt. Im Antrag muss der Patient darlegen, dass andere Therapien nicht ausreichend wirksam waren und eine Behandlung mit anderen Cannabismedikamenten nicht möglich ist, etwa weil die Kosten einer Behandlung mit verschreibungsfähigen Cannabismedikamenten nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Dem Antrag muss zudem eine ärztliche Stellungnahme beigefügt werden.

Nach Erteilung der Erlaubnis wird das im Auftrag des niederländischen Gesundheitsministeriums von einem niederländischen Unternehmen hergestellte Cannabiskraut an eine vom Patienten benannte deutsche Apotheke geliefert. Die Kosten für diese Behandlung müssen vom Patienten getragen werden. Cannabisblüten aus der Apotheke kosten etwa 15-25 € pro Gramm. Bei einem Tagesbedarf von 0,5-1 g ergeben sich monatliche Kosten von etwa 300 bis 600 €.

2.3 Der medizinische Bedarf an Medikamenten auf Cannabisbasis

Es liegen keine zuverlässigen Schätzungen zur Zahl der Patienten in Deutschland, die Cannabisprodukte aus medizinischen Gründen verwenden bzw. von einer Verwendung profitieren würden, vor. Es existieren jedoch einige Daten zur Verwendung von Medikamenten auf Cannabisbasis aus anderen Ländern, die eine Abschätzung der Größenordnung des Bedarfs ermöglichen.

2.3.1 Dronabinol und Nabilon

Nach Insight Health (<http://www.insight-health.de/>) wurden im Jahr 2014 insgesamt 13.600 Einheiten Dronabinol mit einem Gesamtwert von 1,6 Mio. Euro abgegeben. Dazu muss man etwa weitere 50% durch Abgabe in Kliniken und Direktverkauf hinzurechnen¹, sodass man auf etwa 20.000 Einheiten kommt. Unter der Annahme eines Umsatzes im Gesamtwert von 2 Millionen Euro und einem Abgabepreis an die Apotheken von 90 € für 250 mg wurden von den beiden Herstellern in Deutschland (THC Pharm und Bionorica Ethics) etwa 5,5 kg an deutschen Apotheken abgegeben. Nabilon kommt wegen seines höheren Preises nur selten zum Einsatz.

Bei einem angenommenen Tagesbedarf von 15 mg Dronabinol werden jährlich von einem Patienten etwa fünf Gramm Dronabinol benötigt, sodass unter dieser Annahme mit 6,7 kg Dronabinol etwa 1.200 Patienten kontinuierlich versorgt werden können. Allerdings wird Dronabinol oft im Palliativbereich eingesetzt mit einer Verschreibungsdauer von deutlich unter 12 Monaten sowie bei Kindern mit einem deutlich geringeren Tagesbedarf, sodass die reale Zahl der versorgten Patienten deutlich höher liegen sollte, möglicher Weise bei 2.000 bis 3.000 Patienten. Die Kosten der Behandlung werden durch die Krankenkassen nur selten erstattet, allerdings vermehrt im Palliativbereich, da Dronabinol in Deutschland arzneimittelrechtlich nicht zugelassen ist und daher keine Erstattungspflicht besteht.

2.3.2 Sativex

Seit 2011 ist in Deutschland der Cannabisextrakt Sativex (Hersteller: GW Pharmaceuticals; Vermarktung in Deutschland durch Almirall) für die Behandlung mittelschwerer bis schwerer Spastik bei erwachsenen Patienten mit Multipler Sklerose, bei denen andere Behandlungsverfahren nicht ausreichend wirksam sind, arzneimittelrechtlich zugelassen. Nur für diese Indikation sind die Krankenkassen zu einer Kostenübernahme verpflichtet. Nach Insight Health (<http://www.insight-health.de/>) wurden im Jahr 2014 insgesamt 20.400 Einheiten verkauft. Dazu muss man etwa weitere 50% durch Abgabe in Kliniken und Direktverkauf hinzurechnen², sodass man auf etwa 30.000 Einheiten kommt. Eine Einheit enthält 810 mg Dronabinol. Unter der Annahme eines durchschnittlichen Tagesbedarfs von 15 mg Dronabinol (THC) wurden 4400 Patienten mit Sativex behandelt.

2.3.3 Cannabis

In Kanada, den Niederlanden, Israel und 23 Staaten der USA und Washington DC ist die medizinische Verwendung von Cannabis mit einer ärztlichen Empfehlung bzw. Verordnung erlaubt.

In Kanada (Einwohnerzahl: 33 Millionen) besaßen im Dezember 2013 37,884 Personen eine Erlaubnis zum Besitz von Cannabis für medizinische Zwecke nach den Marihuana Medical Access Regulations (MMAR) sowie 24,990 Personen eine Erlaubnis zum Anbau von Cannabis für medizinische Zwecke für sich selbst und 3,896 eine Erlaubnis für den Anbau für einen bestimmten Patienten.³ Danach besaßen 0,11 % der Bevölkerung oder 1148 von 1 Million eine Erlaubnis zum Besitz von Cannabis für medizinische Zwecke. Es wird in den kommenden Jahren eine deutliche Steigerung der Patientenzahl erwartet. Am 1. Oktober 2013 begann Kanada entsprechend eines neuen Gesetzes mit dem Aufbau einer kontrollierten privaten medizinischen Cannabis-Industrie. Es wird erwartet, dass langfristig etwa 500.000 Kanadier eine Erlaubnis zur medizinischen Verwendung von Cannabis erhalten werden.⁴ Im Jahr 2013 überstieg die Zahl der Patienten in Israel, die Cannabis zu medizinischen Zwecken verwenden dürfen, 12.000 (bei einer Einwohnerzahl von 8,0 Millionen).⁵ Dies entspricht

¹ Persönliche Mitteilung durch Holger Rönitz, THC Pharm im März 2015.

² Persönliche Mitteilung durch Holger Rönitz, THC Pharm im März 2015.

³ Kanadisches Gesundheitsministerium (Health Canada): Stakeholder Statistics. Verfügbar online unter: <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/stat/index-eng.php>

⁴ Fischer B, Kuganesan S, Room R. Medical Marijuana programs: implications for cannabis control policy-- observations from Canada. *Int J Drug Policy* 2015;26(1):15-9.

⁵ IACM-Webseite. http://www.cannabis-med.org/german/bulletin/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=391#10

0,15 % der Bevölkerung. In den kommenden Jahren³⁴ wird eine Gesamtzahl von 40.000 Patienten oder 0,5 % der Bevölkerung erwartet.

In den Vereinigten Staaten dürfen im Staat Oregon 69,865 Personen Cannabis für medizinische Zwecke besitzen (Stand: 1. Januar 2015).⁶ Dies entspricht bei einer Einwohnerzahl von 3,4 Millionen etwa 2,1 % der Bevölkerung oder 21.000 von 1 Million.

Demnach verwenden zwischen etwa 0,1 und 2 % der Bevölkerung Cannabis aus medizinischen Gründen oder würden ihn verwenden, wenn dies möglich wäre, was für Deutschland 80.000 bis 1,6 Millionen Patienten entspricht.

In Deutschland besitzen nur sehr wenige Patienten – etwa 400 – eine Ausnahmeerlaubnis für die Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke.

Am 03. März 2015 besaßen 382 Patienten und Patientinnen eine solche Ausnahmeerlaubnis.⁷ Die Verteilung nach Bundesländern zeigt große regionale Unterschiede:

Baden-Württemberg:	62
Bayern:	84
Berlin:	18
Brandenburg:	5
Bremen:	1
Hamburg:	8
Hessen:	26
Mecklenburg-Vorpommern:	1
Niedersachsen:	28
Nordrhein-Westfalen:	93
Rheinland-Pfalz:	23
Saarland:	7
Sachsen:	4
Sachsen-Anhalt:	1
Schleswig-Holstein:	16
Thüringen:	5

Seit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts von Mai 2005 hatten nach Angaben des BfArM insgesamt 698 Patientinnen und Patienten eine Ausnahmegenehmigung beantragt, um Cannabis in einer medizinisch betreuten Selbsttherapie einsetzen zu können. 424 Anträge sei stattgegeben worden, 42 der Patienten sind dem BfArM zufolge aber inzwischen verstorben oder haben ihre Erlaubnis zurückgegeben.

Die Zahl der Ausnahmeerlaubnisse hat im Jahr 2014 deutlich zugenommen. Am 14. Januar 2014 war 241 Patientinnen und Patienten eine solche Erlaubnis erteilt worden. In der überwiegenden Zahl wurden die Anträge mit den nachfolgend aufgeführten Krankheitsbildern bzw. Krankheitssymptomen begründet, wobei häufig mehrere Erkrankungen gleichzeitig vorlagen und somit Doppelnennungen möglich sind. Die Verteilung der Erlaubnisinhaber war im Januar 2014:

- (chronische) Schmerzen: 149 Patientinnen und Patienten,
- Multiple Sklerose: 47 Patientinnen und Patienten,
- Tourette-Syndrom: 17 Patientinnen und Patienten,
- Depressive Störungen: 21 Patientinnen und Patienten,

⁶ Oregon Department of Human Services. Oregon Medical Marijuana Program (OMMP). Statistics. Verfügbar online unter:

<http://public.health.oregon.gov/DiseasesConditions/ChronicDisease/MedicalMarijuanaProgram/Pages/data.aspx>

⁷ <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/cannabis-als-medizin-382-schmerzpatienten-erhalten-es-legal-a-1021659.html>

Zu den einzelnen Diagnosen von Erlaubnisinhabern zählen heute:

Allergische Diathese, Angststörung, Appetitlosigkeit und Abmagerung (Kachexie), Armparese, Arthrose, Asthma, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Autismus, Barrett-Ösophagus, Blasenkrämpfe nach mehrfachen Operationen im Urogenitalbereich, Blepharospasmus, Borderline-Störung, Borreliose, Chronische Polyarthrit, Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS), Chronisches Schmerzsyndrom nach Polytrauma, Chronisches Wirbelsäulensyndrom, Cluster-Kopfschmerzen, Colitis ulcerosa, Depressionen, Epilepsie, Failed-back-surgery-Syndrom, Fibromyalgie, Hereditäre motorisch-sensible Neuropathie mit Schmerzzuständen und Spasmen, HIV-Infektion, HWS- und LWS-Syndrom, Hyperhidrosis, Kopfschmerzen, Lumbalgie, Lupus erythematodes, Migraine accompagnée, Migräne, Mitochondropathie, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Morbus Scheuermann, Morbus Still, Morbus Sudeck, , Multiple Sklerose, Neurodermitis, Paroxysmale nonkinesogene Dyskinesie (PNKD), Polyneuropathie, Posner-Schlossmann-Syndrom, Posttraumatische Belastungsstörung, Psoriasis (Schuppenflechte), Reizdarm, Rheuma (rheumatoide Arthritis), Sarkoidose, Schlafstörungen, Schmerzhaftes Spastik bei Syringomyelie, Systemische Sklerodermie, Tetraspastik nach infantiler Cerebralparese, Thalamussyndrom bei Zustand nach Apoplex, Thrombangitis obliterans, Tics, Tinnitus, Tourette-Syndrom, Trichotillomanie, Urtikaria unklarer Genese, Zervikobrachialgie, Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma, Zwangsstörung.

2.4 Zu Argumenten gegen eine Erlaubnis zur medizinischen Verwendung von selbst angebautem Cannabis

Das wichtigste Argument für die anhaltende Kriminalisierung von Patienten, die sich Cannabisprodukte aus der Apotheke nicht leisten können, ist die Behauptung, dass Patienten vor nicht qualitätsgeprüften Cannabisprodukten geschützt werden sollten.

Von einem Arzneimittel aus der Apotheke muss man erwarten können, dass die Inhaltsstoffe des Präparates angegeben sind, ihre Konzentrationen bekannt sind und keine Verunreinigungen bestehen. Das soll und muss nach unserer Auffassung auch für Arzneimittel auf Cannabis- oder Cannabinoidbasis aus der Apotheke gelten.

Die Forderung, dass Patienten, die (illegalisierten) Cannabis aus medizinischen Gründen verwenden, nicht länger einer Strafverfolgung ausgesetzt sein dürfen, bezieht sich nicht auf Arzneimittel aus der Apotheke. Die betroffenen Patienten wissen, dass sie, wenn sie selbst angebautes Cannabis verwenden, kein Arzneimittel nach dem Arzneimittelrecht einnehmen. Darauf hat bereits das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil vom 19. Mai 2005 hingewiesen, indem es zur Legitimierung der Verwendung von selbst angebautem Cannabis ausführte: "Dabei ist sich der Betroffene bewusst, dass es keinerlei Gewähr für die therapeutische Wirksamkeit des eingesetzten Betäubungsmittels gibt."⁸

Wenn gegen die Verwendung von Dronabinol und von Cannabis mit einer arzneilichen Qualität rechtlich nichts einzuwenden ist, so würde sich die Aufrechterhaltung der Strafbarkeit der medizinischen Verwendung von Cannabis ohne arzneiliche Qualität nicht gegen die Verwendung von Cannabis selbst, sondern gegen seine mangelnde Qualität (beispielsweise Verunreinigung mit Pestiziden, fehlende Standardisierung auf wichtige Inhaltsstoffe) richten. Die Verwendung von Cannabis wäre danach grundsätzlich nicht strafbar, sondern man möchte mit dem Strafrecht gegen die Verwendung von Pestiziden und anderen Qualitätsmängeln vorgehen. Da diese möglicherweise mangelhafte Qualität in anderen Lebensbereichen der Selbstversorgung (zum Beispiel beim Anbau von Tabak oder Gemüse im eigenen Garten) keine strafrechtliche Rolle spielt, ist diese Position unhaltbar.

Zudem sei an dieser Stelle betont, dass der Grund für mögliche schädliche Beimengungen die gegenwärtige Rechtslage ist, die viele Patienten zwingt, sich auf dem Schwarzmarkt mit Cannabis zu

⁸ BVerwG 3 C 17.04 vom 19.5.2005. Verfügbar online unter: <http://www.bundesverwaltungsgericht.de>

versorgen. Sobald ein Patient eine Genehmigung zum Import von Cannabis aus den Niederlanden oder zum Eigenanbau besitzt, wird er die Möglichkeit haben, ein qualitativ hochwertiges Produkt aus einer niederländischen Apotheke erwerben zu können oder ein biologisch hochwertiges Produkt selbst anzubauen.

2.5 Zweiklassenmedizin beim Einsatz von Cannabisprodukten

Die Verwendung von Dronabinol, Nabilon oder Sativex erfordert entweder eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse, die mit Ausnahme von Sativex bei der Indikation Spastik bei multipler Sklerose überwiegend verweigert wird, oder eine Selbstfinanzierung des Medikamentes. Auch Cannabis aus der Apotheke ist für viele Patienten nicht erschwinglich. Ausnahmegenehmigungen zum preiswerteren Eigenanbau von Cannabis wurden von der Bundesopiumstelle bisher nicht erteilt. Daher sind vermögende Patienten in Deutschland hinsichtlich der Möglichkeiten der medizinischen Nutzung von Cannabisprodukten deutlich besser gestellt als weniger vermögende Patienten. Es besteht daher in diesem Bereich eine Zweiklassenmedizin. Dies wurde bereits auch von einigen Strafgerichten im Zusammenhang mit einem Vorwurf des illegalen Cannabisbesitzes bzw. Eigenanbaus durch chronisch Kranke entsprechend berücksichtigt. Denn es wurden bereits einige Patienten vom Vorwurf des illegalen Cannabisanbaus aus Notstandsgesichtspunkten freigesprochen, die sich die verschreibungsfähigen Cannabinoide und auch die Cannabisblüten aus der Apotheke finanziell nicht leisten konnten.⁹

2.6 Schlussfolgerung: Unterversorgung der deutschen Bevölkerung

Die Fakten zeigen, dass die Versorgung der deutschen Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis unzureichend ist und vom Vermögen der Patienten abhängt. Zudem können gelegentlich angeführte Argumente gegen die dringend notwendige Verbesserung der gesundheitlichen Lage der betroffenen Patienten nicht überzeugen.

Nach den vorliegenden Daten erhalten in Deutschland weniger als 8000 Patienten eine Behandlung mit einzelnen Cannabinoiden, Cannabisextrakten oder Cannabisblüten. Dies bedeutet, dass gemessen am Bedarf, wie er in Ländern wie Kanada, Israel und einigen Staaten der USA ermittelt wurde, nur ein Bruchteil der Patienten, die eine solche Behandlung benötigen, Zugang zu einer entsprechenden Therapie haben. Der in diesen Ländern ermittelte Bedarf beläuft sich auf 0,1-2 % der Bevölkerung oder 80.000 bis 1,6 Millionen Patienten in Deutschland. Es besteht daher eine deutliche Unterversorgung der deutschen Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis.

Literaturliste

ACM-Mitteilungen vom 25. Januar 2014. Verfügbar online unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=145&search_pattern=149#1.

BverwG 3 C 17.04 vom 19.5.2005. Verfügbar online unter: <http://www.bundesverwaltungsgericht.de> (Abgerufen am 10.03. 2015).

Fischer B, Kuganesan S, Room R. Medical Marijuana programs: implications for cannabis control policy--observations from Canada. *Int J Drug Policy* 2015;26(1):15-9.

IACM-Webseite. http://www.cannabis-med.org/german/bulletin/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=391#10 (Abgerufen am 10.03.2015).

⁹ Vgl. Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 24. Juni 2004 (3 Ss 187/03). Pressemitteilung verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/germany/olg_karlsruhe.pdf.

Kanadisches Gesundheitsministerium (Health Canada). Stakeholder Statistics. Verfügbar online unter: <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/stat/index-eng.php> (Abgerufen am 10.03.2015).

Oregon Department of Human Services. Oregon Medical Marijuana Program (OMMP). Statistics. Verfügbar online unter: <http://public.health.oregon.gov/DiseasesConditions/ChronicDisease/MedicalMarijuanaProgram/Pages/data.aspx> (Abgerufen am 10.03.2015).

Spiegel Online vom 3. März 2015. <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/cannabis-als-medizin-382-schmerzpatienten-erhalten-es-legal-a-1021659.html>.

Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 24. Juni 2004 (3 Ss 187/03). Pressemitteilung verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/germany/olg_karlsruhe.pdf. Weitere Urteile zum Thema Cannabis als Medizin finden sich hier: <http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de>.

3 ³⁸ 2015 – das Jahr, in dem Deutschland sich beim Thema Cannabis als Medizin bewegt

3.1 Einleitung

Die Bundesregierung möchte noch in diesem Jahr ein Gesetz durch den Bundestag bringen, das Verbesserungen bei der Verwendung von Cannabis-Medikamenten bringt. Bereits Anfang 2016 soll das Gesetz in Kraft treten. So haben es Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Marlene Mortler (CSU) im Februar 2015 in den Medien angekündigt. – Und (fast) alle begrüßen diese Initiative, bis hin zur Bundesärztekammer.¹⁰ Die Initiative und die Reaktionen sind so erfreulich, dass man sich nur wundern kann, wieso das Gesetz erst jetzt kommt. Viele sprechen daher von einem überfälligen Schritt.

Auch der Bundesrat ist kürzlich aktiv geworden und fordert die Bundesregierung auf, für Verbesserungen bei der medizinischen Versorgung von Schmerzpatienten und in der Palliativmedizin mit Cannabisprodukten zu sorgen. In allen im Bundestag vertretenen Parteien gibt es eine zunehmende Unterstützung für Verbesserungen in diesem Bereich.

3.2 Die Angst vor dem Eigenanbau bringt die Bundesregierung in Zugzwang

Die genauen Pläne sind bisher nicht bekannt. Herr Gröhe stellte bereits in seinem Interview mit Der Welt klar, dass die Regelung nur für „schwerkranke Menschen, denen nur durch Medizin geholfen werden kann“ gilt. Eine solche Regelung gibt es allerdings bereits. Patienten, denen nur mit Cannabisprodukten geholfen werden kann, haben bereits heute die Möglichkeit, eine Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke zu bekommen. Es ist nicht schwer, aus den bisherigen Informationen die zentralen Eckpunkte des noch für dieses Jahr geplanten Gesetzes herauszulesen.

Es ist offensichtlich, dass die aktuelle Charme-Offensive auf der nun sehr akut gewordenen Angst beruht, das Bundesverwaltungsgericht könne der Auffassung des Verwaltungsgerichts Köln vom 22. Juli 2014 (Az: 7 K 4447/11) folgen, nach der Patienten der Eigenanbau von Cannabis nicht generell verwehrt werden kann, wenn sie aus finanziellen Gründen keine andere Alternative zu einer ausreichenden und notwendigen Behandlung mit Cannabis haben.¹¹ Der Eigenanbau wäre eine sehr preisgünstige Alternative, den sich die meisten Patienten leisten können.

3.3 Warum es nun ganz schnell gehen muss

Bereits im Jahr 2016 könnte das Bundesverwaltungsgericht einigen Patienten das Recht zusprechen, Cannabis für den eigenen Bedarf selbst anzubauen - mit weitreichenden Folgen für die gesamte Dynamik der Antragstellungen an die Bundesopiumstelle. Die Zahl der Anträge würde massiv ansteigen, und vielen müsste der Antrag auf Eigenanbau genehmigt werden.

Das muss aus Sicht der Bundesregierung unbedingt verhindert werden. So treibt Herr Gröhe nach Presseberichten angesichts des erheblichen juristischen Drucks die Frage um, „wie Missbrauch wirksam verhindert werden kann“. Die drogenpolitische Sprecherin der CSU, Emmi Zeulner bestätigt auf ihrer Facebook-Seite die Annahme, dass der Anstoß für das Gesetz die Verhinderung des Eigenanbaus von Cannabis durch Patienten ist: „Um einen aus ordnungspolitischer Sicht problematischen Eigenanbau entgegenzuwirken und zugleich schwerkranken Patienten den Zugang

¹⁰ Die Welt vom 3. Februar 2015. Verfügbar unter: <http://www.welt.de/newsticker/news1/article137055755/Cannabis-Konsum-fuer-Schwerkranke-soll-erleichtert-werden.html>

¹¹ Informationen zum Urteil des Verwaltungsgerichts auf der IACM-Webseite: http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de#vg_koeln

zu medizinischem Cannabis zu ermöglichen, setze ich mich dafür ein, für definierte medizinische Zwecke die Verschreibungs- und Erstattungsfähigkeit von medizinischem Cannabis zu ermöglichen.“¹²
Eile ist geboten.

3.4 Zehn Jahre Untätigkeit bei der Umsetzung eines Richterspruchs

Ein der Bundesregierung missliebiger Richterspruch durch das höchste Verwaltungsgericht der Bundesrepublik würde deutlich machen, dass die Bundesregierung sich seit zehn Jahren weigert, ein Urteil des gleichen Gerichts vom 19. Mai 2005 (BVerwG 3 C 17.0) korrekt umzusetzen.¹³

Danach könne das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Anträge auf die medizinische Verwendung von Cannabis nicht pauschal ablehnen, wie das in den Jahren davor geschehen war. Dieses Urteil ist die Grundlage für die gegenwärtige Möglichkeit der Beantragung von Ausnahmeerlaubnissen, von denen es nach der jüngsten Auskunft der Bundesopiumstelle 382 gibt.¹⁴

Das Bundesverwaltungsgericht betonte damals den hohen Wert des im Grundgesetz verankerten Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit. „In das Recht auf körperliche Unversehrtheit kann nicht nur dadurch eingegriffen werden, dass staatliche Organe selbst eine Körperverletzung vornehmen oder durch ihr Handeln Schmerzen zufügen. Der Schutzbereich des Grundrechts ist vielmehr auch berührt, wenn der Staat Maßnahmen ergreift, die verhindern, dass eine Krankheit geheilt oder wenigstens gemildert werden kann und wenn dadurch körperliche Leiden ohne Not fortgesetzt und aufrechterhalten werden“, heißt es im Urteil.

Auf das Argument, Patienten könnten sich auch vom Arzt Dronabinol verschreiben lassen, auch wenn dieses teuer sei und von den Krankenkassen nicht immer erstattet werde, entgegnete das Bundesverwaltungsgericht unmissverständlich: „Der Verweis auf ein Arzneimittel, das weder ohne weiteres verfügbar noch für den normalen Bürger erschwinglich ist, stellt aber keine Alternative dar, die das öffentliche Interesse am Einsatz von Cannabis zur Krankheitsbekämpfung entfallen lässt.“

Genau das geschieht aber seit der ersten Ausnahmeerlaubnis. Die Bundesregierung verweigert seit Jahren den Eigenanbau von Cannabis durch Patienten mit dem Hinweis, dass sie sich Medizinalcannabisblüten in der Apotheke kaufen können, auch wenn sich viele Patienten den Cannabis nicht in dem notwendigen Umfang leisten können. Eine allgemein bekannte Tatsache.

3.5 Massenhafte langjährige unterlassene Hilfeleistung

Im Klartext bedeutet das: Diese Bundesregierung und die Vorgängerregierungen haben wissentlich unzureichende Maßnahmen ergriffen, um das Leiden vieler Patienten zu lindern. Hätten wir es hier nicht mit Verwaltungsrecht, sondern mit Strafrecht zu tun, so wäre der Regierung eine massenhafte langjährige unterlassene Hilfeleistung sowie ein Verstoß gegen das im Grundgesetz verbrieftete Recht auf körperliche Unversehrtheit vorzuwerfen.

Bereits 2005 hatte das Bundesverwaltungsgericht darauf hingewiesen, dass bei Cannabis eine Erlaubnis zum Eigenanbau infrage komme. „Die Entscheidung, einem Patienten den Erwerb oder, was insbesondere bei Cannabis in Betracht kommt, etwa den Anbau zu gestatten, bleibt stets eine Einzelfallentscheidung“, hieß es im Urteil vor zehn Jahren.

Es ist absehbar, dass die Richter des Bundesverwaltungsgerichts der Bundesregierung dieses Versagen um die Ohren hauen, wenn, ja wenn der Bundesregierung keine geeigneten gesetzgeberischen Maßnahmen eingefallen wären.

¹² Facebook-Seite von MdB Emmi Zeulner (CSU). Zitiert in den ACM-Mitteilungen vom 28. Februar 2015. Verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=175#6

¹³ Informationen zum Urteil unter: <http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de#2005>

¹⁴ <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/cannabis-als-medizin-382-schmerzpatienten-erhalten-es-legal-a-1021659.html>

3.6 Die Eckpunkte des Cannabiseigenanbauverhinderungsgesetzes

Wie könnten also die Pläne der Bundesregierung aussehen? Diese Frage ist nicht schwer zu beantworten, denn sie müssen ganz konkrete Ziele erfüllen. Ein wirksames Cannabis-Eigenanbau-Verhinderungsgesetz muss nach dem gegenwertigen Stand die folgenden drei Punkte beinhalten.

1. Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, die Kosten für eine Behandlung mit Dronabinol oder Sativex zu übernehmen, wenn alle anderen Therapieverfahren ausgeschöpft und nicht ausreichend wirksam sind bzw. zu starke Nebenwirkungen verursachen. Diese Anträge für eine Ausnahmeerlaubnis werden nicht mehr von der Bundesopiumstelle, sondern von den Krankenkassen bzw. vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft. In diesem Fall spricht man von Anträgen auf einen Off-Label-Use bzw. No-Label-Use, also um Anträge auf eine Kostenübernahme von Medikamenten durch die Krankenkassen, die nicht für die beantragte Erkrankung bzw. das entsprechende Symptom zugelassen sind.
2. Wenn Dronabinol oder Sativex im konkreten Fall nicht ausreichend wirksam sind, dann und nur dann kommt weiterhin eine Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Medizinalcannabisblüten aus der Apotheke durch die Bundesopiumstelle infrage. In diesen Fällen müsste die zuständige Krankenkasse ebenfalls die Kosten der Behandlung übernehmen. Anderenfalls müsste möglicherweise doch in vielen Fällen ein Antrag auf Eigenanbau genehmigt werden. Eine alternative Variante wäre die Umstufung der heute mit einer Ausnahmeerlaubnis erhältlichen Cannabisblüten von der Anlage I des Betäubungsmittelgesetzes der nicht verschreibungsfähigen Substanzen in die Anlage III des Gesetzes, so dass diese dann wie Dronabinol und Sativex verschreibungsfähig würden.¹⁵ In diesem Fall würden für die Zukunft Anträge an die Bundesopiumstelle entfallen.
3. Die deutsche Regelung darf im Gegensatz zu Regelungen in anderen Ländern aus Sicht der Bundesregierung keine Liste von Diagnosen enthalten, bei denen die Krankenkassen zur Kostenübernahme verpflichtet werden, sondern der deutsche Gesetzgeber muss alle Fälle abdecken, die bisher durch Ausnahmeerlaubnisse durch die Bundesopiumstelle abgedeckt werden. Daher sind wie bisher Einzelfallüberprüfungen geboten, diesmal durch die Krankenkassen.

3.7 Das geplante Gesetz wird zu substantiellen Verbesserungen führen

Mehr als 10 Jahre lang hat Ute Köhler aus Thüringen für die Kostenübernahme von Dronabinol durch die AOK gekämpft. Die AOK hat mit aberwitzigen Argumenten diese Kostenübernahme abgelehnt. Wider besseres Wissen hat ihre Krankenkasse behauptet, Frau Köhler habe mögliche alternative Behandlungsverfahren zur Linderung ihrer Schmerzen nicht ausgeschöpft.

Diese Geschichte wird nun ein gutes Ende finden. Frau Köhler hat das mehr als verdient. So wie auch andere Patienten, die keine andere Alternative als eine Behandlung mit Dronabinol, Sativex oder Cannabisblüten haben, jetzt hoffen dürfen, dass ihre Krankenkasse die Kosten der Behandlung zukünftig erstatten wird.

Dass die Kostenerstattung für Dronabinol durch Klagen von Patienten auf den Eigenanbau von Cannabisblüten durchgesetzt wurde, ist eine besondere Pointe der Geschichte der medizinischen Cannabisverwendung in Deutschland.

Ein weiterer positiver Effekt könnte in der größeren Bereitschaft von Ärzten liegen, Dronabinol und Sativex und eventuell Cannabisblüten zu verschreiben, auch wenn sie sich dabei mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen herumschlagen müssen. Immerhin ist dem normalen Arzt die Diskussion mit dem MDK vertrauter als die ungewohnte Prozedur bei Anträgen auf eine Ausnahmeerlaubnis für die Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke.

¹⁵ Siehe Zitat von Frau Zeulner unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=176#2

3.8 Könnte es auch Verlierer⁴¹ geben?

Es wird sich die Frage stellen, was Patienten machen können, die 1000 oder 2000 mg Dronabinol monatlich benötigen, der Arzt aber nur bereit ist, maximal 500 mg zu verschreiben. Was ist mit all den Patienten, die Cannabisblüten im Wert von monatlich 500 bis 2000 € benötigen? Werden Sie einen Arzt finden, der bereit ist, trotz seiner Arzneimittel-Budget-Sorgen ihnen Cannabis in dem erforderlichen Umfang zu verschreiben? Eine Ausnahmeerlaubnis wie bisher wäre ihnen sicherlich verwehrt, weshalb das neue Gesetz in ihren konkreten Auswirkungen auch viele Verlierer haben könnte.

Es stellt sich auch die Frage, was mit den bisherigen Erlaubnisinhabern für eine Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke geschieht. Wird man jetzt verlangen, dass sie zunächst Dronabinol oder Sativex ausprobieren müssen? Viele haben ihre Ausnahmeerlaubnis erhalten, weil die Krankenkasse eine Kostenübernahme für Dronabinol abgelehnt hat, jedoch eine Therapie mit Cannabisprodukten erforderlich ist.

3.9 Die Zweiklassenmedizin bleibt bestehen

Die Ausführungen von Herrn Gröhe und Frau Mortler machen deutlich, dass es auch nach Umsetzung des Gesetzes weiterhin nicht in der Hand von Arzt und Patient liegen soll, ob eine Therapie mit Cannabisprodukten durchgeführt werden soll oder nicht. Denn eine solche Therapie wird nur bezahlt, wenn keine Behandlungsalternativen bestehen.

Darüber hinaus können sich weiterhin nur vermögende Patienten Medikamente auf Cannabisbasis leisten. Die anderen Patienten werden bei chronischen Schmerzen weiterhin gezwungen sein, Opiate einzunehmen, auch wenn Arzt und Patient der Ansicht sind, eine Therapie mit Cannabis wäre langfristig mit weniger Nebenwirkungen assoziiert. Sie müssen weiterhin bei Rheuma und anderen schweren chronisch-entzündlichen Erkrankungen Immunsuppressiva wie Cortison und Methotrexat mit schwerwiegenden Langzeitnebenwirkungen einnehmen, auch wenn Arzt und Patient der Auffassung sind, dass Cannabisprodukte sinnvoller wären.

Es ist nicht beabsichtigt, die Zweiklassenmedizin in diesem Bereich aufzuheben.

Alle repräsentativen Umfragen zum Thema Cannabis als Medizin der letzten Jahre zeigen, dass eine große Mehrheit der Wählerschaft für deutliche Verbesserungen beim Zugang zu Cannabis als Medizin ist. Die Umfragen zeigen auch, dass die Bevölkerung zwischen der medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten und der generellen Legalisierung der Droge unterscheidet.

3.10 Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer ausreichenden medizinischen Versorgung mit Cannabisprodukten

Die zu erwartenden Verbesserungen beim Thema Cannabis als Medizin sind ein weiterer Schritt auf dem Weg zu einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis.

Dieser Schritt ist ein Grund zur Freude. Es handelt sich immer noch um einen positiven Nachhall der Bundesverfassungsbeschwerde aus dem Jahr 1999 mit den nachfolgenden juristischen Erfolgen von Patienten und ihren Anwälten vor den Verwaltungsgerichten.

Vom Gesetzgeber könnte mehr Mut erwartet werden, als nur einem gefürchteten Richterspruch vorzubeugen. "Habt keine Angst vor Cannabis als Medizin!", möchte man den Parlamentariern in Berlin zurufen. "Die bundesrepublikanische Bevölkerung ist reif für größere Schritte."

3.11 Bundestagsabgeordnete,⁴² die sich freuen, etwas tun zu dürfen, weil sie es müssen

Das Thema Cannabis als Medizin erfreut sich in allen Fraktionen zunehmender Sympathien, die Probleme der schwerkranken Patienten finden zunehmend Beachtung. Es gibt in den Regierungsfractionen auch heute bereits viele Mitglieder, die sich darüber freuen, dass sie jetzt etwas machen dürfen, weil sie es jetzt machen müssen. Das macht Mut, dass diesem Schritt, der häufig mit dem Adjektiv "überfällig" charakterisiert wird, in der Zukunft noch weitere folgen werden.

Literaturliste

Blog von Franjo Grotenhermen in Huffington Post. Verfügbar unter:

http://www.huffingtonpost.de/franjo-grotenhermen/cannabis-eigenanbau-bundesregierung_b_6652830.html

Die Welt vom 3. Februar 2015. Verfügbar unter:

<http://www.welt.de/newsticker/news1/article137055755/Cannabis-Konsum-fuer-Schwerkranke-soll-erleichtert-werden.html>

Facebook-Seite von MdB Emmi Zeulner (CSU). Zitiert in den ACM-Mitteilungen vom 28. Februar 2015. Verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=175#6

<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/cannabis-als-medizin-382-schmerzpatienten-erhalten-es-legal-a-1021659.html>

Informationen zum Urteil des Verwaltungsgerichts auf der IACM-Webseite: http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de#vg_koeln

Informationen zum Urteil unter: <http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de#2005>

Emmi Zeulner unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=176#2

4 Vergleichende Analyse der Nebenwirkungen des Cannabiskonsums am Beispiel Schizophrenie

Cannabiskonsum könnte ein Risikofaktor für die Entwicklung der Schizophrenie, eine Form der Psychose, sein. Man geht zurzeit davon aus, dass Cannabis das Risiko verdoppelt, wenn er stark im Jugendalter konsumiert wird. Es gibt andere Faktoren, die das Schizophrenie-Risiko vergrößern. Beispielsweise erhöht das Aufwachsen in einer großen Stadt verglichen mit dem Aufwachsen in einer ländlichen Region das Risiko ebenfalls um den Faktor 2. Diese geringe Zunahme des Risikos bedeutet, dass 1 bis 2 von 100 starken Cannabiskonsumern und 1 bis 2 von 100 Großstädtern im Laufe ihres Lebens eine Schizophrenie entwickeln werden, verglichen mit 0,5 bis 1 von 100 Personen ohne jeglichen Risikofaktor.

4.1 Was ist eine Schizophrenie?

Die Schizophrenie ist eine Geistesstörung, die durch eine Beeinträchtigung gedanklicher Prozesse und eine Reduzierung emotionaler Reaktionen charakterisiert ist. Sie manifestiert sich meistens mit auditorischen Halluzinationen (Hören von Stimmen), paranoiden Wahnvorstellungen oder desorganisierter Sprache und desorganisiertem Denken. Halluzinationen sind Wahrnehmungen in einem bewussten und wachen Zustand, ohne dass äußere Reize vorhanden sind, jedoch mit Qualitäten echter Wahrnehmungen. Wahnvorstellungen sind trotz Beweisen für das Gegenteil mit einer starken Überzeugung verbunden. Beispielsweise kann jemand glauben, dass er eine wichtige Persönlichkeit, wie Jesus oder Napoleon, ist. Häufig bestehen Defizite normaler emotionaler Reaktionen, wie ein geringer oder abgeschwächter Affekt, ein reduzierter sprachlicher Ausdruck, Unfähigkeit, Freude zu erleben, und fehlende Motivation. In Abhängigkeit von den klinischen Symptomen kann die Schizophrenie in verschiedene Subtypen unterteilt werden.

4.2 Wie häufig ist die Schizophrenie?

Jedes Jahr entwickeln etwa 15 bis 20 Personen pro 100.000 Einwohner westlicher Industrieländer eine Schizophrenie. Der Beginn der Symptome fällt typischerweise in das junge Erwachsenenalter zwischen 18 und 35 Jahren. Etwa 0,5 bis 1,0 Prozent aller Bürger Europas und Nordamerikas entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Schizophrenie. Vor allem Wahnvorstellungen, Störungen des Denkens (z.B. Gedankenübertragung) und akustische Halluzinationen dienen der Diagnosestellung. Diese so genannten "Positivsymptome" sind häufig hoch dramatisch und gefährlich, aber sie verbessern sich normalerweise über die Jahre. Andererseits bleiben "Negativsymptome", wie Depressionen, Unfähigkeit zu sozialen Kontakten und Verarmung der Gefühle häufig bestehen und führen zu psychosozialen Problemen und Arbeitslosigkeit.

4.3 Was verursacht eine Schizophrenie?

Sowohl die Gene als auch die Umwelt spielen eine Rolle bei der Entwicklung der Schizophrenie. Bestimmte Gen-Varianten sind mit einem höheren Risiko für eine Schizophrenie assoziiert. Dies kann erklären, warum Schizophrenien in einigen Familien gehäuft auftreten. Allerdings verursachen diese genetischen Varianten nicht die Erkrankung, sondern spielen eine Rolle bei der Bereitschaft für die Entwicklung der Erkrankung. Jemand mit einem Verwandten ersten Grades (Eltern, Geschwister) mit Schizophrenie weist ein Risiko von 6,5 Prozent auf, im Laufe des Lebens ebenfalls zu erkranken. Das bedeutet, dass von 100 Verwandten ersten Grades von Patienten mit Schizophrenie 6 bis 7 Prozent die Erkrankung ebenfalls entwickeln. Umweltfaktoren, die als Risiken identifiziert wurden, sind Schwangerschaftskomplikationen wie Stress, Infektionen und Mangelernährung der Mutter, Geburtskomplikationen, das Aufwachsen in einer großen Stadt sowie Drogenkonsum, inklusive Cannabiskonsum. Andere Faktoren, die eine große Rolle spielen können, sind soziale Isolation, Störungen in der Familie und andere stark belastete Lebensumstände. Menschen mit einer

Schizophrenie auf der nördlichen Erdhalbkugel wurden häufiger im Winter oder Frühling als im Sommer oder Herbst geboren.

4.4 Was ist die Rolle von Cannabis bei der Entwicklung der Schizophrenie?

In einer Übersicht von 7 Longitudinal-Studien zum Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Schizophrenie haben Forscher herausgefunden, dass Personen, die jemals Cannabis konsumiert hatten, verglichen mit Personen, die niemals Cannabis verwendeten, ein um 41 Prozent erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Psychose oder psychotischen Symptomen haben. In Longitudinal-Studien wird eine große Zahl von Menschen mehrere Jahre lang begleitet, idealerweise von der Geburt bis ins Erwachsenenalter, um beispielsweise Krankheitsursachen oder Faktoren, die vor Krankheiten schützen, zu identifizieren. Starke Cannabiskonsumern wiesen ein doppelt so hohes Risiko wie Nichtkonsumenten auf (Odds Ratio: 2,09).¹⁶ Die Forscher stellten fest, dass die Unsicherheit hinsichtlich der Frage, ob Cannabis Psychosen verursacht, wahrscheinlich nicht durch weitere Longitudinal-Studien geklärt werden kann. Es ist wahrscheinlich, dass Cannabiskonsum die Entstehung von Schizophrenien bei Personen beschleunigt, die wegen einer persönlichen oder familiären Veranlagung für eine Schizophrenie besonders empfindlich sind.¹⁷ Es ist schwer zu beweisen, dass Cannabis in der Tat ein ursächlicher Faktor bei der Entwicklung der Schizophrenie ist, da der Zusammenhang auch nicht-ursächlich sein könnte, zumindest zum Teil. Beispielsweise verwenden einige Patienten Cannabis zur Selbstmedikation, um einige ihrer Symptome, insbesondere Negativsymptome, zu behandeln. Allerdings gibt es zunehmende Hinweise aus langzeitigen epidemiologischen Studien, dass Cannabis eine ursächliche Rolle spielt.

4.5 Was ist die Rolle von Cannabinoiden bei der Behandlung der Schizophrenie?

Es gibt zwei veröffentlichte Fallstudien, die zeigen, dass Cannabis und THC in einigen Fällen von Schizophrenie, die nicht auf übliche Medikamente ansprechen, nützlich sein kann.^{18,19} Die Autoren dieser Berichte nehmen an, dass sich die Ursache der Schizophrenie bei diesen Patienten in Bezug auf ihre Gehirnsphysiologie von anderen Patienten mit Schizophrenie, die auf übliche antipsychotische Medikamente ansprechen, unterscheidet. Diese Patienten könnten an einer schwachen Endocannabinoid-Funktion im Gehirn leiden.

Es gibt klinische Hinweise, nach denen das natürliche Pflanzencannabinoid Cannabidiol (CBD) in einer Tagesdosis von 800 mg so wirksam wie konventionelle Medikamente bei der Behandlung der Schizophrenie sein könnte.²⁰ CBD reduziert oder hebt die psychologischen Wirkungen von THC auf. Die Behandlung mit CBD ist mit einer Zunahme der Anandamid-Blutkonzentrationen assoziiert, und dieser Effekt wird für die Verbesserung der Symptome verantwortlich gemacht.

¹⁶ Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007;370(9584):319-28.

¹⁷ Degenhardt L, Hall W. Is cannabis use a contributory cause of psychosis? *Can J Psychiatry* 2006;51(9):556-65.

¹⁸ Schwarcz G, Karajgi B, McCarthy R. Synthetic delta-9-tetrahydrocannabinol (dronabinol) can improve the symptoms of schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29(3):255-8.

¹⁹ Schwarcz G, Karajgi B. Improvement in refractory psychosis with dronabinol: four case reports. *J Clin Psychiatry* 2010;71(11):1552-3.

²⁰ Leweke FM, Piomelli D, Pahlisch F, Muhl D, Gerth CW, Hoyer C, Klosterkötter J, Hellmich M, Koethe D. Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia. *Transl Psychiatry* 2012;2:e94.

Literaturliste

- Degenhardt L, Hall W. Is cannabis use a contributory cause of psychosis? *Can J Psychiatry* 2006;51(9):556-65.
- Klosterkötter J(1). Indicated prevention of schizophrenia. *Dtsch Arztebl Int.* 2008 Jul;105(30):532-9.
- Leweke FM, Piomelli D, Pahlisch F, Muhl D, Gerth CW, Hoyer C, Klosterkötter J, Hellmich M, Koethe D. Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia. *Transl Psychiatry* 2012;2:e94.
- Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007;370(9584):319-28.
- Schwarcz G, Karajgi B, McCarthy R. Synthetic delta-9-tetrahydrocannabinol (dronabinol) can improve the symptoms of schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29(3):255-8.
- Schwarcz G, Karajgi B. Improvement in refractory psychosis with dronabinol: four case reports. *J Clin Psychiatry* 2010;71(11):1552-3.

5 Die Gefahren des Cannabiskonsums im Vergleich zu Tabak und Alkohol – Beispiel 1: Verursachung von Krebs

Krebs umfasst eine Gruppe von Erkrankungen, die mit einem veränderten Zellwachstum und der Möglichkeit, in andere Teile des Körpers einzudringen oder zu wandern, verbunden sind. Nicht alle Tumoren sind bösartig. Es gibt auch gutartige Tumoren, die nicht in andere Teile des Körpers eindringen, zum Beispiel Basaliome der Haut. Es gibt über 100 verschiedene Krebsarten beim Menschen. Unbehandelt führen sie zum Tode. Die Heilungschancen bei verschiedenen Krebsarten variieren erheblich. Bei den meisten Krebsarten des Blutes (Leukämie, Lymphome) sind die Heilungschancen sehr gut, während diese bei anderen Krebserkrankungen, wie beispielsweise Bauchspeicheldrüsenkrebs, extrem schlecht sind. Daher unterscheidet sich die Anzahl der Krebsfälle erheblich von den Todesfällen durch bestimmte Krebsarten. Die Angaben zu Krebs durch Tabak und Alkohol in diesem Artikel basieren vor allem auf einer Übersicht von Dr. Yuan-Chin Amy Lee und Prof. Mia Hashibe vom Huntsman Krebsinstitut der Universität von Salt Lake City (USA).²¹

5.1 Die Häufigkeit von Krebs

Nach großen Untersuchungen wurden im Jahr 2008 etwa 12,7 Millionen Krebsfälle weltweit diagnostiziert.²² Im Jahr 2010 starben etwa 8 Millionen Menschen daran.²³ Krebs ist weltweit jährlich für etwa 13 % aller Todesfälle verantwortlich. Zum Vergleich: im gleichen Jahr starben etwa 12,9 Millionen an Herzkrankheiten oder Schlaganfall, 1,3 Millionen an Diabetes, 1,5 Millionen an HIV/Aids, 1,2 Millionen an Malaria und 1,2 Millionen an Tuberkulose.

Dabei steht Lungenkrebs mit 1,4 Millionen Todesfällen an der Spitze, gefolgt von Magenkrebs mit 740.000 Todesfällen, Leberkrebs mit 700.000, Dickdarmkrebs mit 610.000 und Brustkrebs mit 460.000 Todesfällen.²⁴ In den hoch entwickelten Ländern Europas und Nordamerikas ist Krebs die häufigste Todesursache.

5.2 Ursachen für Krebs

Die Mehrzahl aller Krebsfälle beruht auf Umweltfaktoren, darunter unser Lebensstil, unser Verhalten und Umweltverschmutzung. Daneben gibt es auch genetische Ursachen. Die häufigsten Umweltfaktoren sind Tabakkonsum (25-30 % aller Krebsfälle), Ernährung und Übergewicht (30-35 % aller Krebsfälle), Infektionen (15-20 %), Strahlung, beispielsweise Sonnenstrahlung und radioaktive Strahlung (bis zu 10 %), mangelnde Bewegung, Stress und Umweltgifte.

Meistens ist es nicht möglich, den Krebs einer bestimmten Person auf bestimmte Faktoren zurückzuführen, weil die meisten Krebsarten mehrere mögliche Ursachen haben. So ist es beispielsweise nahe liegend, dass der Lungenkrebs eines starken Tabakrauchers eben auf diesen Tabakkonsum zurückzuführen ist, es können aber auch andere Ursachen, wie Luftverschmutzung oder Strahlung eine Rolle gespielt haben.

²¹ Lee YC, Hashibe M. Tobacco, alcohol, and cancer in low and high income countries. *Ann Glob Health* 2014;80(5):378-83.

²² Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61(2):69-90.

²³ Lozano R, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2095-128.

²⁴ WHO . Cancer. World Health Organization. 2010. Zitiert nach der englischen Version von Wikipedia unter dem Stichwort "Cancer". Ich

Tabakrauchen verursacht 90 % aller Fälle von Lungenkrebs.²⁵ Tabak verursacht auch Krebs des Kehlkopfes, des Kopfes, des Nackens, des Magens, der Blase, der Nieren, der Speiseröhre und der Bauchspeicheldrüse.²⁵ Tabakrauch enthält über 50 verschiedene Krebs verursachende Substanzen, darunter Nitrosamine und polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe. Tabak ist für etwa ein Drittel aller Krebstodesfälle in der entwickelten Welt verantwortlich und für etwa ein Fünftel aller Todesfälle durch Krebs weltweit.

Das Rauchen von Tabakzigaretten erhöht das Risiko für die Entwicklung von Lungenkrebs um das 15- bis 30-fache.²¹ Das Risiko für Kehlkopfkrebs wird um das 10-fache, das Risiko für Mund- und Rachenkrebs um das 4- bis 5-fache, das Risiko für Speiseröhrenkrebs um das 1,5- bis 5-fache, das Risiko für Bauchspeicheldrüsenkrebs um das 4-fache sowie die Risiken für Magen-, Leber-, Nieren- und Gebärmutterhalskrebs um das 1,5- bis 2,5-fache erhöht. Auch das Leukämie-Risiko wird um das 1,5- bis 2,5-fache erhöht.

Insgesamt wird geschätzt, dass das Rauchen von Tabak für 23 % aller Todesfälle durch Krebs verantwortlich ist, für 29 % in den hoch entwickelten Ländern und für 18 % in weniger entwickelten Ländern. Tabakrauchen ist für 42 % aller Todesfälle durch Mund- und Rachenkrebs, 42 % aller Todesfälle durch Speiseröhrenkrebs und 70 % aller Todesfälle durch Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs verantwortlich. Die Anteile der Todesfälle für Magenkrebs sind 13 %, für Leberkrebs 14 %, für Bauchspeicheldrüsenkrebs 22 %, für Blasenkrebs 28 %, für Leukämie 9 % und für Gebärmutterhalskrebs 2 %.

5.4 Alkohol

In Westeuropa sind etwa 10 % aller Krebsfälle bei Männern auf Alkohol zurückzuführen, bei Frauen sind es etwa 3 %.²⁶ Jedes Jahr werden etwa 4,6 Millionen Krebsfälle diagnostiziert, die auf den Konsum von Alkohol zurückgeführt werden. In entwickelten Ländern sind es schätzungsweise etwa 1,9 Millionen und in weniger entwickelten Ländern 2,8 Millionen Alkohol bezogene Krebsfälle²¹. Etwa 30 % aller Krebsfälle des Mundes und Rachens werden bei Männern auf Alkohol zurückgeführt. Bei Frauen sind es etwa 11 %. Für Speiseröhrenkrebs betragen die Anteile für Männer und Frauen zusammen 18,5 %, für Dickdarmkrebs 3 %, für Leberkrebs 9 %, für Kehlkopfkrebs 23 % und für weiblichen Brustkrebs 4,5 %.

Die Häufigkeit des Alkoholkonsums variiert erheblich in Abhängigkeit von der geographischen Lage und dem Geschlecht. In einigen osteuropäischen Ländern liegt der durchschnittliche Alkoholkonsum 2,5 mal höher als der weltweite Durchschnitt von etwa 6,2 l reinen Alkohols pro Person und Jahr. Daher trägt der Alkoholkonsum zu einem großen Anteil aller Krebsarten in Europa, insbesondere Mittel- und Osteuropa, aber auch in Amerika, der Südhälfte Afrikas und Ostasien bei. Die niedrigsten Konsumraten finden sich in Afrika, insbesondere Nordafrika, und dem östlichen Mittelmeerraum. Etwa 55 % aller Männer konsumieren Alkohol, im Durchschnitt etwa 21 g pro Tag. Bei den Frauen sind es 34 % und 6 g pro Tag.

Etwa 16 % aller Todesfälle durch Mund- und Rachenkrebs werden auf Alkohol zurückgeführt, darunter 33 % in den hoch entwickelten Ländern und 14 % in den weniger entwickelten Ländern). Für Todesfälle durch Krebs der Speiseröhre wird Alkohol in 26 % verantwortlich gemacht. Für Todesfälle durch Leberkrebs beträgt der Anteil 25 % und für Brustkrebs 5 %.

²⁵ Biesalski HK, Bueno de Mesquita B, Chesson A, Chytil F, Grimble R, Hermus RJ, Köhrle J, Lotan R, Norporth K, Pastorino U, Thurnham D. European Consensus Statement on Lung Cancer: risk factors and prevention. Lung Cancer Panel. CA Cancer J Clin 1998;48(3):167-76.

²⁶ Schütze M, et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. BMJ 2011;342:d1584.

5.5 Cannabis und Lungen⁴⁸erkrankungen

Der bekannteste Forscher zum Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Erkrankungen der Atemwege ist Prof. Donald Tashkin von der Universität von Kalifornien in Los Angeles. In einem Kapitel für eines meiner Bücher schrieb er noch im Jahr 2004: „Die Zusammensetzung des Marihuanarauches ähnelt zumindest qualitativ der von Tabak, mit dem wichtigsten Unterschied, dass Marihuanarauch Δ^9 -THC und etwa 60 weitere Cannabinoidverbindungen enthält, die nicht im Tabak vorkommen, und dass Tabak das nicht im Marihuana vorkommende Nikotin enthält. Von vielen Inhaltsstoffen, die Marihuana- und Tabakrauch gemeinsam haben, ist bekannt, dass sie toxisch für respiratorisches Gewebe sind. Diese toxischen Verbindungen umfassen Hydrozyansäure, Stickstoffoxide, Akrolein, reaktive Aldehyde und verschiedene bekannte Karzinogene. Es ist daher vernünftig zu erwarten, dass die wiederholte Inhalation der schädlichen Substanzen im Marihuanarauch die langzeitigen unerwünschten Effekte auf die Lunge haben kann, die bei regelmäßigen Tabakkonsumenten beobachtet wurden“.²⁷

Tatsächlich können regelmäßige Cannabiskonsumanten auch unter einer chronischen Bronchitis leiden, während die heutige Studienlage für andere Erkrankungen der Atemwege eher darauf hindeuten, dass das Rauchen von Cannabis bei weitem nicht so gefährlich ist wie das Rauchen von Tabak.

5.6 Cannabis und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Cannabis beeinträchtigt nicht die Lungenfunktion - zumindest nicht in Dosen, die von den meisten Konsumenten inhaliert werden. Dies ist das Ergebnis der größten und längsten Studie, die jemals zu diesem Thema durchgeführt wurde.²⁸ Die Forscher führten dabei in einem Zeitraum von 20 Jahren zwischen 1985 und 2006 bei 5115 Männern und Frauen wiederholte Lungenfunktionstests durch. "Gelegentlicher und niedrig kumulativer Marihuanakonsum war nicht mit Nebenwirkungen auf die Lungenfunktion assoziiert", fassten die Autoren ihre Ergebnisse zusammen. Die Forscher fanden, dass Parameter der Lungenfunktion - forciertes expiratorisches Volumen in der ersten Sekunde der Ausatmung und forcierte Vitalkapazität - sich sogar leicht verbesserten, wenn junge Leute angaben, Cannabis zu rauchen. "Es ist unwahrscheinlich, dass Cannabis zu einem höheren Risiko für eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung oder COPD führt, wie dies beim Tabakrauchen der Fall ist", kommentierte Prof. Tashkin diese Ergebnisse gegenüber der Presseagentur Reuters.

5.7 Cannabisrauchen und Krebs

In einer Analyse aller bisher vorliegenden Studien mit insgesamt 2159 Lungenkrebsfällen zum Thema Cannabisrauchen und Krebsentstehung des Internationalen Lungenkrebs-Konsortiums fanden die Wissenschaftler keine Unterschiede beim Lungenkrebsrisiko zwischen regelmäßigen oder gelegentlichen Konsumenten. Ich bzw. Nichtkonsumenten von Cannabis (Zhang et al. 2015).²⁹ In ihrer Schlussfolgerung heißt es: „Ergebnisse unserer gepoolten Analysen ergeben wenig Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Lungenkrebs bei gewohnheitsmäßigen oder langzeitigen Cannabisrauchern, auch wenn die Möglichkeit möglicher schädlicher Wirkungen bei starkem Konsum nicht ausgeschlossen werden kann.“

Nach der größten bisher durchgeführten Fall-Kontroll-Studie von Prof. Tashkin und seinen Kollegen, die 2006 unter der Beteiligung von Prof. Hashibe veröffentlicht wurde, ist selbst starkes langzeitiges

²⁷ Tashkin DP. Respiratorische Risiken des Marihuanarauchens. In: Grotenhermen F, Hrsg. Cannabis und Cannabinoide. Pharmakologie, Toxikologie und therapeutisches Potential. Göttingen: Hans Huber, 2001 (1. Aufl.), 2004 (2. erweiterte und ergänzte Ausgabe).

²⁸ Pletcher MJ, Vittinghoff E, Kalhan R, Richman J, Safford M, Sidney S, Lin F, Kertesz S. Association between marijuana exposure and pulmonary function over 20 years. JAMA 2012;307(2):173-81.

²⁹ Zhang LR, et al. Cannabis smoking and lung cancer risk: Pooled analysis in the International Lung Cancer Consortium. Int J Cancer 2015;136(4):894-903.

Cannabisrauchen nicht mit Lungenkrebs und anderen Krebsarten des oberen Verdauungs- und Atemtraktes assoziiert.³⁰ Die Studie schloss 1209 Einwohner von Los Angeles im Alter zwischen 18 und 59 Jahren, die an Krebs (611 Lunge, 403 Mund/Rachen, 90 Kehlkopf und 108 Speiseröhre) litten, ein. Die Krebskranken wurden mit 1040 krebsfreien Kontrollpersonen verglichen. Verglichen mit Personen, die Cannabis in geringem Umfang konsumiert hatten, betrug das Risiko für Lungenkrebs 0,78, für mäßig starke Konsumenten 0,74, für starke Konsumenten 0,85 und für sehr starke Konsumenten 0,81. Ein Risiko unter 1,0 bedeutet, dass das Risiko für Cannabiskonsumanten etwas geringer war als für Nichtkonsumenten. Ähnliche Ergebnisse wurden für die anderen Krebsarten gefunden. Es gab keine Dosis-Wirkungsbeziehung, was bedeutet, dass es kein erhöhtes Risiko für stärkere Konsumenten gab.

5.8 Schlussfolgerung

Während Tabak- und Alkoholkonsum erhebliche Risikofaktoren für die Krebsentstehung darstellen, ist dies beim Cannabiskonsum offenbar nicht der Fall. Die Ergebnisse in den Cannabisstudien, die in einem starken Kontrast zu dem erheblich erhöhten Krebsrisiko durch das Rauchen von Tabak stehen, werden auf die krebshemmenden Eigenschaften des THC zurückgeführt. Dieser krebshemmende Effekt ist offenbar so stark, dass er das Vorliegen vieler krebsauslösender Substanzen im Cannabisrauch mehr als kompensiert.

Literatur:

- Biesalski HK, Bueno de Mesquita B, Chesson A, Chytil F, Grimble R, Hermus RJ, Köhrle J, Lotan R, Norpoth K, Pastorino U, Thurnham D. European Consensus Statement on Lung Cancer: risk factors and prevention. *Lung Cancer Panel. CA Cancer J Clin* 1998;48(3):167-76.
- Hashibe M, Morgenstern H, Cui Y, Tashkin DP, Zhang ZF, Cozen W, Mack TM, Greenland S. Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers: results of a population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15(10):1829-34.
- Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61(2):69-90.
- Lee YC, Hashibe M. Tobacco, alcohol, and cancer in low and high income countries. *Ann Glob Health* 2014;80(5):378-83.
- Lozano R, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2095-128.
- Pletcher MJ, Vittinghoff E, Kalhan R, Richman J, Safford M, Sidney S, Lin F, Kertesz S. Association between marijuana exposure and pulmonary function over 20 years. *JAMA* 2012;307(2):173-81.
- Schütze M, et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ* 2011;342:d1584.
- Tashkin DP. Respiratorische Risiken des Marihuanarauchens. In: Grotenhermen F, Hrsg. Cannabis und Cannabinoide. Pharmakologie, Toxikologie und therapeutisches Potential. Göttingen: Hans Huber, 2001 (1. Aufl.), 2004 (2. erweiterte und ergänzte Ausgabe).
- WHO . Cancer. World Health Organization. 2010. Zitiert nach der englischen Version von Wikipedia unter dem Stichwort "Cancer". Ich
- Zhang LR, et al. Cannabis smoking and lung cancer risk: Pooled analysis in the International Lung Cancer Consortium. *Int J Cancer* 2015;136(4):894-903.

³⁰ Hashibe M, Morgenstern H, Cui Y, Tashkin DP, Zhang ZF, Cozen W, Mack TM, Greenland S. Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers: results of a population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15(10):1829-34.

6 Die Gefahren des Cannabiskonsums im Vergleich zu Tabak und Alkohol – Beispiel 2: Auswirkungen auf Schwangerschaft und Gesundheit des Neugeborenen

Der Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis kann negative Auswirkungen auf den Verlauf der Schwangerschaft und die Entwicklung von Embryo und Fötus mit langzeitigen Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder haben, darunter ein reduziertes Wachstum des Fetus, Missbildungen und negative Auswirkungen auf die geistige Entwicklung. Am bekanntesten und schwerwiegendsten ist das fetale Alkoholsyndrom, das durch den Alkoholkonsum der Schwangeren verursacht wird und mit Missbildungen und gravierenden Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit der Kinder verbunden ist. Es wurde erstmals 1973 in der Fachzeitschrift *Lancet* beschrieben³¹. Negative Auswirkungen des Tabakkonsums wurden bereits in den sechziger Jahren identifiziert, Auswirkungen von Cannabis seit den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts. Eine umfassende Übersicht zum Thema hat eine Arbeitsgruppe der amerikanischen Gesellschaft der Kinderärzte erarbeitet.³²

Zu den Auswirkungen des Cannabiskonsums gibt es zwei Langzeitstudien, in denen Kinder, die im Mutterleib THC ausgesetzt waren, über viele Jahre begleitet wurden, mit einer Vielzahl von Veröffentlichungen über einen Zeitraum von 20 bzw. 30 Jahren, eine Studie an der Universität von Ottawa (Kanada)³³ und eine weitere an der Universität von Pittsburgh (USA)³⁴. Die "Kinder" in der kanadischen Studie sind mittlerweile älter als dreißig Jahre, die in der amerikanischen Studie älter als zwanzig Jahre.

6.1 Die Häufigkeit von Drogenkonsum während der Schwangerschaft

im Jahr 2014 litten etwa 4,9 % (240 Millionen Menschen) der erwachsenen Weltbevölkerung an einer Alkoholkonsumsstörung (Abhängigkeit, Missbrauch), etwa 22,5 % (1 Milliarde Menschen) aller Erwachsenen rauchten Tabakprodukte und 3,5 % (170 Millionen Menschen) konsumierten Cannabis³⁵. In den USA wird jährlich eine Umfrage unter 67.000 Personen, die älter als 12 Jahre alt sind durchgeführt. Diese Daten werden dann für jeweils zwei Jahre zusammengefasst. Die Tabelle 1 fasst die Ergebnisse für den Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis durch Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren in Abhängigkeit vom Vorliegen einer Schwangerschaft in den Jahren 2009-2010 zusammen.

Tab. 1: Vergleich des Drogenkonsums im Monat vor der Befragung durch Frauen im Alter von 15-44 Jahren in den USA in den Jahren 2009-2010 (National Survey on Drug Use and Health).

	Schwangere Frauen: %	Nicht schwangere Frauen: %
Cannabiskonsum	3,7	8,2
Alkoholkonsum	10,8	54,7
Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit	3,7	24,6
Zigarettenkonsum	18,3	26,7

³¹ Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth P. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet* 1973;1(7815):1267-71.

³² Behnke M, Smith VC; Committee on Substance Abuse; Committee on Fetus and Newborn. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics* 2013;131(3):e1009-24.

³³ Fried PA, Watkinson B, Gray R. Differential effects on cognitive functioning in 13- to 16-year-olds prenatally exposed to cigarettes and marijuana. *Neurotoxicol Teratol* 2003;25(4):427-36.

³⁴ Goldschmidt L, Richardson GA, Willford JA, Severtson SG, Day NL. School achievement in 14-year-old youths prenatally exposed to marijuana. *Neurotoxicol Teratol* 2012;34(1):161-7.

³⁵ Gowing LR, Ali RL, Allsop S, Marsden J, Turf EE, West R, Witton J. Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction* 2015;110(6):904-19.

6.2 Wirkungsmechanismen von Drogen auf den Fetus

Drogen können den Fetus auf vielfältige Art und Weise schädigen. Früh in der Schwangerschaft, während der Embryonalzeit, also in den ersten Wochen, können Drogen Missbildungen verursachen. Nachdem dann die wesentlichen strukturellen Entwicklungen abgeschlossen sind, können Drogen noch geringere Wirkungen ausüben, wie beispielsweise reduziertes Wachstum oder geringere Reife, Veränderungen der Neurotransmitter, also Signalstoffen im Zentralnervensystem, ihren Rezeptoren sowie der Organisation des Gehirns. Drogen können zudem pharmakologische Wirkungen auf die Mutter ausüben, was indirekte Wirkungen auf den Fetus haben kann.

6.3 Tabak

Seit 50 Jahren ist bekannt, dass Cannabiskonsum das Geburtsgewicht der Neugeborenen reduziert. In Analogie zum fetalen Alkoholsyndrom wurde 1985 in der Fachzeitschrift der Amerikanischen Medizinischen Gesellschaft der Begriff des „fetalen Tabaksyndroms“ vorgeschlagen.³⁶ Je mehr Zigaretten geraucht werden, umso geringer ist das durchschnittliche Gewicht der Neugeborenen. Allerdings holen die Kinder diesen Rückstand offenbar in den ersten zwei Lebensjahren auf. Es gibt einige Hinweise darauf, dass Tabakkonsum zu Missbildungen führen kann, allerdings sind diese Hinweise relativ schwach, so dass dies als nicht gesichert gilt. Allerdings gibt es deutliche Hinweise auf Störungen des Muskeltonus, des Verhaltens, wie beispielsweise eine gestörte Orientierungsfähigkeit, sowie Störungen im Bereich des autonomen Nervensystems.

Hinsichtlich der langzeitigen Wirkungen des Tabakkonsums auf die betroffenen Kinder gibt es keine eindeutigen Hinweise auf Beeinträchtigungen von Größe und Gewicht. Allerdings wurde in einigen jüngeren Studien bei diesen Kindern vermehrt Übergewicht nachgewiesen. In einer Vielzahl von Studien wurden zudem Auswirkungen auf das Verhalten festgestellt, darunter verstärkte Impulsivität, Hyperaktivität und Störungen der Aufmerksamkeit, die in der frühen Kindheit beobachtet werden können und in der Jugendzeit und im Erwachsenenalter fortbestehen. Diese machen sich auch als kriminelles Verhalten und vermehrten Drogenkonsum bemerkbar.

Studien mit jüngeren und älteren Kindern, die während der Schwangerschaft Tabakkonsum ausgesetzt waren, haben gezeigt, dass diese im Durchschnitt einen etwas niedrigeren Intelligenzquotienten sowie Beeinträchtigungen bei der Lernfähigkeit und dem Gedächtnis aufweisen. Die Sprachentwicklung war ebenfalls beeinträchtigt, mit im Durchschnitt schlechterer Leseleistung im Alter von 9-12 Jahren.

Definition des fetalen Tabaksyndroms

Wird ein Embryo (bis zur neunten Schwangerschaftswoche) oder Fetus (ab der neunten Schwangerschaftswoche) während seiner Entwicklung Nikotin und anderen im Tabakrauch enthaltenen Giften ausgesetzt, so wird er in seiner Entwicklung beeinträchtigt und erfährt weitere Entwicklungsschädigungen, die sich im gesamten späteren Leben negativ bemerkbar machen können. In Extremfällen können diese Schädigungen sogar zur Früh- oder Fehlgeburt führen. Diese nachgeburtlich diagnostizierbaren Schäden fasst man unter dem Begriff Fetales Tabaksyndrom zusammen.

6.4 Alkohol

Die Reduzierung des Wachstums im Mutterleib ist eines der wichtigen Zeichen von Alkohol-Exposition des Fetus und ein Symptom des fetalen Alkoholsyndroms. Bereits mäßige Mengen an Alkoholkonsum während der Schwangerschaft sind mit einer geringeren durchschnittlichen Größe

³⁶ Nieburg P, Marks JS, McLaren NM, Remington PL. The fetal tobacco syndrome. JAMA 1985;253(20):2998-9.

des Neugeborenen verbunden. Seit der erstmaligen Beschreibung des fetalen Alkoholsyndroms im Jahr 1973 sind viele Studien erschienen, die Missbildungen durch Alkohol in der Schwangerschaft nachweisen. Es gibt einige deutliche Auffälligkeiten beim Verhalten des Neugeborenen, wie zum Beispiel auf den Grad der Wachheit sowie Veränderungen der Motorik.

Hinsichtlich der Langzeitwirkungen bleibt ein negativer Effekt auf das Wachstum bestehen. Das gleiche gilt für Einflüsse auf das Verhalten von der Kindheit bis in das Erwachsenenalter. Dazu zählen Störungen der Aufmerksamkeit, schulische Probleme, Sozialverhalten, kriminelles Verhalten und Drogenkonsum. Vorgeburtlicher Alkoholkonsum gilt als einer der häufigsten vermeidbaren Ursachen für intellektuelle Beeinträchtigungen. Die Auswirkungen auf den Intelligenzquotienten können sehr variabel sein. Die betroffenen Kinder weisen im Durchschnitt ein schlechteres Gedächtnis und geringere Fähigkeiten zur Durchführung komplexer Aufgaben auf. Die so genannte exekutive Funktion wird beeinträchtigt. Es wurde während der gesamten Schulzeit eine geringere Leistungsfähigkeit bei mathematischen Aufgaben sowie beim Lesen festgestellt. Alkoholkonsum ist mit einer Beeinträchtigung der Entwicklung und Verwendung der Sprache verbunden, was ein möglicher Grund für langzeitige Probleme bei sozialen Interaktionen ist.

Definition des fetalen Alkoholsyndroms

Wird ein Embryo (bis zur 9. Schwangerschaftswoche) oder Fetus (ab der 9. Schwangerschaftswoche) während seiner Entwicklung Alkohol und Alkoholabbauprodukten ausgesetzt, so wird er nicht nur in seiner Entwicklung gehemmt, sondern erfährt in Abhängigkeit von Reifestadium, Alkoholmenge und individueller Disposition weitere körperliche und kognitive Entwicklungsschädigungen. Diese nachgeburtlich diagnostizierbaren Schäden fasst man unter den Begriffen fetales Alkoholsyndrom (beim Vollbild) oder unter fetale Alkoholeffekte (bei symptomatisch minderschwerer Ausprägung) zusammen. Als Oberbegriff wird Fetal Alcohol Spectrum Disorder genutzt.

6.5 Cannabis

Cannabiskonsum hatte in einer Anzahl von Studien im Allgemeinen keinen Einfluss auf das Wachstum des Feten. THC in der Schwangerschaft verursacht zudem keine Missbildungen. Jedoch in einigen Untersuchungen dezente Einflüsse auf das Verhalten sowie vermehrtes Zittern. Da dies jedoch nicht bei allen Studien beobachtet wurde, ist ein solcher Einfluss unklar.

Hinsichtlich langzeitiger Wirkungen hat eine THC-Exposition während der Schwangerschaft keinen Einfluss auf das Wachstum der Kinder. Cannabiskonsum hat zudem keinen Einfluss auf den Intelligenzquotienten. Es gibt jedoch Hinweise, dass es im Durchschnitt leichte Defizite bei der Problemlösung von Aufgaben gibt, die eine anhaltende Aufmerksamkeit, ein gutes visuelles Gedächtnis, analytisches Verständnis und die Integration geistiger Fähigkeiten erfordern. Zudem soll THC geringe Effekte auf das Lernen und das Gedächtnis haben. Es gibt keine Hinweise auf negative Auswirkungen auf die Sprachentwicklung, jedoch solche auf eine mögliche geringere Lesefähigkeit.

6.6 Schlussfolgerung

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Übersicht sind in Tabelle 2, die der oben erwähnten Übersicht der amerikanischen Gesellschaft der Kinderärzte entnommen wurde, dargestellt. Danach gibt es aufgrund der möglichen Entwicklung eines fetalen Alkoholsyndroms die mit Abstand stärksten Drogenwirkungen auf Embryo und Fetus durch Alkohol. Die Wirkungen durch das Rauchen von Tabak bzw. Tabakzigaretten fallen deutlich geringer aus. Am geringsten sind die Wirkungen durch Cannabiskonsum einzuschätzen. Bei Kindern von Frauen, die während der Schwangerschaft Cannabis konsumiert haben, sind in den ersten Lebensjahren oft keine relevanten Wirkungen messbar, weil diese zu gering sind. Erst im Laufe der Schulzeit lassen sich solche geringen Auswirkungen auf das Verhalten und die geistige Leistungsfähigkeit messen. Daher muss wie bei anderen Medikamenten auch eine medizinische Verwendung von Cannabisprodukten während der Schwangerschaft sorgfältig abgewogen werden. Bei schweren Erkrankungen stellt Cannabis vermutlich eine

vergleichsweise wenig schädliche Substanz dar. Ein Freizeitkonsum von Cannabis während der Schwangerschaft sollte wie die Verwendung anderer Substanzen (legale und illegale Drogen, Medikamente) vermieden werden.

Tab. 2: Zusammenfassung von Wirkungen einer Drogenexposition während der Schwangerschaft.³⁷

	Nikotin	Alkohol	Cannabis
Kurzzeitige Wirkungen			
Fetales Wachstum	Wirkung	Starke Wirkung	Keine Wirkung
Missbildungen	Kein Konsens über Wirkungen	Starke Wirkung	Keine Wirkung
Verhalten	Wirkung	Wirkung	Wirkung
Langzeitige Wirkungen			
Wachstum	Kein Konsens über Wirkung	Starke Wirkung	Keine Wirkung
Verhalten	Wirkung	Starke Wirkung	Wirkung
Geistige Leistungsfähigkeit	Wirkung	Starke Wirkung	Wirkung
Sprachliche Entwicklung	Wirkung	Wirkung	Keine Wirkung
Schulleistung	Wirkung	Starke Wirkung	Wirkung

Literatur:

- Behnke M, Smith VC; Committee on Substance Abuse; Committee on Fetus and Newborn. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics* 2013;131(3):e1009-24.
- Fried PA, Watkinson B, Gray R. Differential effects on cognitive functioning in 13- to 16-year-olds prenatally exposed to cigarettes and marijuana. *Neurotoxicol Teratol* 2003;25(4):427-36.
- Goldschmidt L, Richardson GA, Willford JA, Severtson SG, Day NL. School achievement in 14-year-old youths prenatally exposed to marijuana. *Neurotoxicol Teratol* 2012;34(1):161-7.
- Gowing LR, Ali RL, Allsop S, Marsden J, Turf EE, West R, Witton J. Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction* 2015;110(6):904-19.
- Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth P. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet* 1973;1(7815):1267-71.
- National Survey on Drug Use and Health, 2010. Verfügbar unter: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHNationalFindingsResults2010-web/2k10ResultsTables/NSDUHTables2010R/PDF/Sect6peTabs71to78.pdf>
- Nieburg P, Marks JS, McLaren NM, Remington PL. The fetal tobacco syndrome. *JAMA* 1985;253(20):2998-9.

³⁷ Behnke M, Smith VC; Committee on Substance Abuse; Committee on Fetus and Newborn. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics* 2013;131(3):e1009-24.

Helmut Hammerschlag
Leitender Oberstaatsanwalt

Aachen, den 27. Mai 2015

**Schriftliche Anhörung durch den Rechtspolitischen Ausschuss, den Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss, den Kulturpolitischen Ausschuss und den Innenausschuss des Hessischen Landtags
zu dem
Dringlichen Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
betreffend Alkohol und Suchtprävention stärken – Drucks. 19/1117 -**

Vorwort

Da ich als Staatsanwalt in Nordrhein-Westfalen tätig bin, werde ich mich zu spezifischen Problemen der Suchtprävention im Land Hessen nicht äußern. Ich gehe davon aus, dass sich meine Anhörung auf die seit einiger Zeit auch in Deutschland erhobene Forderung bezieht, Cannabisprodukte zu legalisieren.

I. Votum

Eine Legalisierung von Cannabis außerhalb des rein medizinischen Gebrauchs halte ich für unverantwortlich.

Ich arbeite seit über 25 Jahren als Staatsanwalt in unterschiedlichen Funktionen in der Justiz, zurzeit als Behördenleiter bei der Staatsanwaltschaft Aachen, und verfüge auch wegen der Grenzlage meiner Behörde zu den Niederlanden und zu Belgien über weitreichende Erfahrungen mit der strafrechtlichen Verfolgung und den gesellschaftlichen und gesundheitlichen Folgen von Straftaten im Zusammenhang mit dem Missbrauch von Cannabis. Keine dieser Erfahrungen spricht für eine Legalisierung dieser Droge.

II. Die Forderung nach Legalisierung von Cannabis

Die neuerdings auch in Deutschland erhobene Forderung nach Freigabe von Cannabis basiert im Wesentlichen auf Behauptungen und Schlussfolgerungen, die vielfach nicht zutreffen oder auf nicht nachvollziehbaren Tatsachengrundlagen beruhen. Daneben werden besonders wichtige Argumente, die gegen eine Legalisierung von Cannabis sprechen, nicht berücksichtigt.

1. Die Strafverfolgung von Cannabisdelikten hindere die berufliche und soziale Entwicklung von Jugendlichen

Cannabisbefürworter führen häufig an, dass junge Menschen mit Verurteilungen und Straftaten gebrandmarkt würden und sich ihre berufliche und soziale Entwicklung dadurch erheblich erschwere.

Der Umgang mit jungen Menschen vor Gericht, die häufig und regelmäßig Cannabispro-

dukte konsumieren, zeigt die Folgen dieser Sucht überaus deutlich. Besonders ausgeprägt ist eine Verlangsamung von Sprache, Gestik und Reaktion. Das Interesse an der Umwelt lässt nach. Vielfach brechen diese Drogensüchtigen ihre Ausbildung ab, können häufig nicht mehr regelmäßig arbeiten und werden beziehungsunfähig. Diese Situation führt oft zu einer weiteren Verschlechterung der sozialen Situation und ist ein ausgeprägter Nährboden für schweren Alkoholmissbrauch oder härtere Drogen. Der inzwischen nachgewiesene Intelligenzverlust bei Cannabismissbrauch in der Pubertät verstärkt das gesellschaftliche Absinken dieser Personengruppe zusätzlich. Hinzu kommt, dass die erhebliche Steigerung der Wirkstoffgehalte in Cannabis-Produkten in den letzten Jahren (vgl. dazu unter 7.) neue Gesundheitsgefahren geschaffen hat. Es werden Psychosen festgestellt, die zu einer faktischen Lebensunfähigkeit führen und allein auf den Konsum von Cannabis zurückzuführen sind.

Wer bei dieser Sachlage die Schuld für das berufliche und gesellschaftliche Abgleiten der Cannabis-Süchtigen der Strafverfolgung zuweist und gleichzeitig die Freigabe von Cannabis propagiert, verkehrt die Wirklichkeit ins Gegenteil.

2. Eine Entkriminalisierung führe zum Entfallen eines größten Teils des Rauschgiftkriminalität und zu einer Abnahme von Beschaffungskriminalität

Es ist eine Binsenweisheit, dass eine Legalisierung von bestimmten Delikten die bisherige strafrechtliche Betätigung entkriminalisiert. Das bedeutet aber keineswegs, dass der Zusammenhang des Drogenmissbrauchs mit Straftaten aufgelöst wird. Wie der aktuelle Preis von legalen medizinischen Cannabisprodukten zeigt, bedarf ein Cannabissüchtiger monatlich eines Betrages von weit über 1000,- €, um seiner Sucht nachzukommen. Dieser aktuelle Preis von Cannabisprodukten beweist auch, dass die Legalität des Produkts den Preis nicht automatisch verringert. Auch im amerikanischen Bundesstaat Colorado ist der Preis für Cannabisprodukte nach der Legalisierung deutlich gestiegen. Unter Berücksichtigung der unter 1. dargestellten verringerten Arbeitsfähigkeit von Cannabisabhängigen, die durch einen legalisierten Markt noch bedeutend größere Mengen konsumieren können und dies mit Sicherheit auch tun werden, ist es nahezu ausgeschlossen, eine verstärkte Cannabissucht langfristig mit legalen Mitteln zu finanzieren. Die Beschaffungskriminalität wird sich evident verstärken. Hinzu kommen schwerwiegende Delikte, die aus dem Rauschzustand selbst entstehen. So ist insbesondere mit einer deutlich verstärkten Anzahl von Straßenverkehrsdelikten (§§ 315c, 316 StGB) zu rechnen. Weitere Delikte, die sich auch gegen das Leben richten, sind durch drogenbasierte Persönlichkeitsveränderungen zu erwarten. Diese Veränderungen werden sich gerade in Fällen der oft zu beobachtenden Polytoxikomanie (gleichzeitige Einnahme unterschiedlicher Drogen) vermehrt einstellen.

3. Das Steueraufkommen werde steigen

Häufig wird als besonders positiver Effekt der Legalisierung von Cannabis eine Mehreinnahme von Steuern herausgestellt. Natürlich wird ein legaler Verkauf von Cannabis-Produkten vordergründig eine gewisse Steuermehreinnahme nach sich ziehen. Der Preis dafür ist jedoch eine deutliche Gesundheitsbeschädigung einer beträchtlichen Anzahl

insbesondere junger Menschen, die nicht selten ihr Leben lang von staatlicher Unterstützung leben werden. Hinzu kommen die Kosten für die Behandlung von Gesundheitsschäden, die durch den Cannabismissbrauch entstehen und im Wesentlichen von der öffentlichen Hand zu finanzieren sein werden. Diese Lasten dürften die Mehreinnahmen ins Gegenteil kehren.

4. Die Strafverfolgung habe nicht zu einer Abnahme des Cannabiskonsums geführt

Diese Annahme wird vielfach als Argument für eine Legalisierung von Cannabis vorgebracht. Tatsächlich handelt es sich um eine bloße Behauptung, für die bislang keinerlei Beweise vorliegen. Diejenigen, die sich von der Strafverfolgung vom Drogenkonsum abhalten lassen, werden statistisch nicht erfasst. Im Übrigen wird suggeriert, dass eine Legalisierung von Cannabis zu einer Abnahme des Drogenkonsums führen werde. Diese These ist allerdings nahezu absurd. Natürlich wird bei einer Legalisierung von Cannabis die wesentliche Hemmschwelle fallen, durch den Ankauf von Cannabis eine Straftat zu begehen. Dies würde den Konsum von Cannabis beträchtlich steigern. Durch eine Legalisierung würde der Staat der Wahrheit zuwider ein eindeutiges Signal geben, dass der Konsum von Cannabis nicht gefährlich sei. In den Niederlanden hat die Entscheidung, den Handel mit Cannabis weitgehend zu tolerieren, jedenfalls zu einem deutlichen Anstieg der Konsumenten geführt.

Darüber hinaus ist die Behauptung, die Strafverfolgung verhindere den Konsum von Cannabis nicht, ohne Überzeugungskraft. Die Strafverfolgung kann wie bei allen Delikten lediglich ein Mittel zur Begrenzung von Straftaten sein. Obwohl wir trotz eindringlicher strafrechtlicher Verfolgung weiterhin eine große Anzahl von Diebstählen feststellen müssen, wurde beispielsweise die Forderung nach Abschaffung der Diebstahlsnorm bislang noch nicht erhoben.

5. Die Legalisierung sei justiz- und gesundheitspolitisch sinnvoll; zudem könne in einem legalen Markt der Jugendschutz besser umgesetzt werden

Wie oben schon dargestellt, würde die Legalisierung von Cannabis zu einer erheblichen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Gefährdung einer großen Anzahl insbesondere junger Menschen führen. Im Übrigen ist dem Argument entgegenzutreten, dass ein legaler Markt für Cannabis ein kontrollierter Markt sei, in dem z. B. der Jugendschutz besser umgesetzt werden könne. Ein Blick auf den Alkoholmarkt beweist das Gegenteil. Bislang hat keine staatliche Maßnahme dazu geführt, den Zugriff von Kindern und Jugendlichen auf Alkohol effektiv zu verhindern. Das sog. „Koma-Saufen“ bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann heute in jeder Innenstadt zum Beispiel bei Karnevalsveranstaltungen beobachtet werden. Das staatliche Verbot, Alkohol an Jugendliche zu verkaufen, zeigt hier offenbar keine Wirkungen. Warum sollte ein Verkaufsverbot an Jugendliche bei Cannabis Wirkung zeigen? Zudem ist der Konsum der legalen Droge „Alkohol“ nach strafrechtlicher Erfahrung eine der Hauptursachen für die Begehung von Körperverletzungen bis hin zu Tötungsdelikten. Die nahezu uneingeschränkte Möglichkeit, Alkohol legal zu erwerben, hat nicht zu einer Einschränkung des Konsums von Alkohol, sondern zu einem immensen Missbrauch von Alkohol geführt, der für zahlreiche Straftaten

mitursächlich ist. Die Forderung nach der Legalisierung einer weiteren gefährlichen Droge ist nach diesen Erfahrungen unverständlich und dringend zurückzuweisen.

6. **Da Alkohol legal konsumiert werden kann, müsse auch Cannabis freigegeben werden**
Dieser Rückschluss ist argumentativ nicht nachvollziehbar. Unter 5. wurde schon ausgeführt, dass die durch Alkohol verursachten gesellschaftlichen Probleme immens sind; zudem führt Alkoholkonsum vielfach zu einer Enthemmung, die in schwerwiegenden Straftaten mündet. Wie ein Versuch in den Vereinigten Staaten gezeigt hat, scheitert ein Verbot von Alkohol aber an der gesellschaftlichen Akzeptanz dieser Droge. Warum die Existenz einer gefährlichen Droge auf dem legalen Markt die Gesellschaft zwingen soll, daneben noch eine weitere äußerst gefährliche Droge freizugeben, ist eine widersinnige Schlussfolgerung und eine erfundene Konstruktion der Cannabisbefürworter. Mit dieser merkwürdigen Argumentation könnte in Übrigen widerspruchsfrei die Freigabe von Amphetaminen, von Heroin, Kokain und Chrystal Meth gefordert werden.
7. **Es sei sinnvoll, durch eine Richtlinie zur Anwendung des § 31a Abs. 1 BtmG den Besitz von bis zu 30 Gramm Cannabis strafrechtlich nicht zu verfolgen**
Die Forderung, den Besitz einer Menge von bis zu 30 Gramm Cannabisprodukten nicht mehr strafrechtlich zu verfolgen, wurde zum Beispiel im politischen Raum des Landes Nordrhein-Westfalen erhoben. Die Forderung ist jedoch inakzeptabel. Bei einer Menge von 30 Gramm Cannabisprodukten kann die Eigenverbrauchsabsicht nahezu ausgeschlossen werden. In der Regel werden nur Rauschgift Händler eine solche Menge bei sich aufbewahren, da Cannabisprodukte zeitlich nur begrenzt wirksam sind. Bei der Forderung bleibt zudem unberücksichtigt, dass sich Cannabisprodukte in ihrem Wirkstoffgehalt deutlich verändert haben. Während noch in den 1990er Jahren ein Cannabisprodukt mit einem Wirkstoffgehalt von 4% THC (Tetrahydrocannabinol) als „Droge guter Qualität“ bewertet wurde, sind heute Wirkstoffgehalte von 10 bis 12 % alltäglich. Vereinzelt werden sogar Cannabis-Produkte sichergestellt, die einen Wirkstoffgehalt von über 50 % aufweisen und damit in ihrer Wirkung unkalkulierbar und äußerst gefährlich sind. Cannabis-Produkte weisen heute regelmäßig einen so hohen Wirkstoffgehalt auf, dass eine Bewertung als sog. weiche Droge die Realität verkennt oder leugnet. Der sanktionslose Besitz von bis zu 30 Gramm dieser Droge ist jedenfalls nicht hinnehmbar.

II. Schlussfolgerung

Ich bin der Auffassung, dass die mit unzutreffenden Argumenten geführte Kampagne für eine Legalisierung von Cannabis durch eine eindeutige politische Entscheidung gegen die Legalisierung beendet werden sollte, um insbesondere gefährdeten Jugendlichen zu helfen, sich gegen den Konsum von Drogen zu entscheiden.

Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich Erziehungswissenschaften – WE V

Institut für Sozialpädagogik und
Erwachsenenbildung

An den
Rechtspolitischen Ausschuss
Im Hessischen Landtag
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

Dr. Bernd Werse

Theodor-W.-Adorno-Platz 6
60629 Frankfurt am Main

www.uni-frankfurt.de/cdr
werse@em.uni-frankfurt.de
Telefon +49 (0)69 798 - 36386

Sekretariate:
Simone Leichsnering 798 - 36437
Brigitte Eller 798 - 36436

29.05.2015

Stellungnahme zum „Dringlichen Entschließungsantrag“, Drucksache 19/1177 vom 27.11.14 (Alkohol- und Suchtprävention stärken)

Der vorliegende Antrag ist, soweit mir bekannt ist, nur in Reaktion auf einen zuvor von der Fraktion DIE LINKE gestellten Antrag zu verstehen, der die Möglichkeiten einer Entkriminalisierung des Cannabisbesitzes und alternative Formen drogenpolitischer Regelungen zum Inhalt hatte. Inhaltlich enthält der vorliegende Antrag weder etwas wirklich Neues noch eine konkrete Forderung bezüglich der Änderung bestehender Regelungen bzw. politischer Vorgehensweisen. Insofern wirkt die Bezeichnung „Dringlicher Entschließungsantrag“ m.E. ausgesprochen deplatziert. Gleichwohl begrüße ich jede Initiative, die die Verbesserungen der Bedingungen für Schadensminimierung, Prävention und Behandlung im Sucht- und Drogenbereich zum Inhalt hat. Allerdings ist es m.E. aus den genannten Gründen ausreichend, eher kurz auf die einzelnen Punkte des Antrages einzugehen.

1. Die in diesem Punkt aufgestellte Behauptung, dass „der Gesundheitsschutz der Betroffenen im Fokus der Politik“ stünde sowie die dort suggerierte Nebensächlichkeit der Strafverfolgung von Drogenkonsumierenden („...sowie gegebenenfalls Verfolgung von Straftaten und Angebotsreduzierung“), kann angesichts der Fakten nicht bestätigt werden. Vielmehr fließt eine deutlich größere Summe öffentlicher Ausgaben in die Repression als in Prävention, Schadensminimierung und Behandlung. Mehr noch: die Anzahl der polizeilich verfolgten Drogendelikte hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, insbesondere „konsumnahe Delikte“, die zumindest bei Nichtüberschreiten der jeweiligen „geringen Menge“ in der Regel ohnehin straffrei ausfallen sollen (zusammenfassend: Wimber 2015). Die Polizeiliche Kriminalstatistik zeigt, dass dieser bundesweite Trend zu stärkerer Repression von Konsumierenden bedauerlicherweise auch in Hessen zu beobachten ist (HLKA 2015). Diese Tendenz steht also im Widerspruch zu den Behauptungen im Antrag. Daher würde ich mich freuen, wenn die Landesregierung wie anberaumt problematischen Substanzkonsum und exzessives Suchtverhalten zukünftig tatsächlich stärker durch gesundheitspolitische Maßnahmen eindämmen möchte. Eine verstärkte strafrechtliche Verfolgung derer, die illegale Drogen konsumieren, hat hingegen bereits seit Jahrzehnten keinerlei positive gesundheitspolitische Effekte mit sich gebracht (siehe auch Punkt 2) und sollte endlich zurückgefahren bzw. am besten beendet werden.
2. Die hier erwähnten Aufgaben gehören ohnehin zu den Kernkompetenzen und Aufgaben der HLS, weshalb es merkwürdig anmutet, weshalb dies in diesem Antrag nochmals explizit erwähnt wird. Selbstverständlich stellen sich mit neu aufkommenden Drogen bzw. Trends auch neue Herausforderungen für Landesstellen und ähnliche Institutionen. Allerdings sei an dieser Stelle betont, dass neue psychoaktive Substanzen (NPS) offenbar in Hessen (zum Glück) keine nennenswerte Rolle

unter Drogen Konsumierenden spielen; vielmehr wird vor allem dort auf die nicht dem BtMG unterstellten (und zumeist im Vergleich zu ihren illegalen Äquivalenten gefährlicheren) Stoffe ausgewichen, wo besonders repressiv mit den Konsument_innen illegaler Drogen umgegangen wird, insbesondere in Bayern (Werse et al. 2014, Egger/Werse 2015). Insofern kann der hessischen Drogenpolitik eine im Vergleich zum Nachbarbundesland vernünftiger Grundausrichtung zugebilligt werden. Dem wirken indes (leider) die in Punkt 1 skizzierten Tendenzen hin zu stärkerer Strafverfolgung entgegen. Aller Voraussicht nach würden Probleme mit NPS ohnehin weitgehend verschwinden, würde man den Konsum illegaler Drogen entkriminalisieren.

3. Zwar handelt es sich beim BtMG um ein Bundesgesetz, aber auch auf Landesebene kann einiges erreicht werden, was die Verbesserung der drogenpolitischen Bedingungen betrifft; etwa Dienstanweisungen für Prioritäten in der Strafverfolgung, oder auch die Unterstützung von Modellversuchen bzw. Pilotprojekten z.B. zur legalen Regulierung von Cannabis. Sicherlich gibt es noch weitere mögliche Maßnahmen; dazu sollten aber Fachleute aus dem juristischen Bereich Stellung beziehen.
4. Auch ich nehme die genannten Geschehnisse wohlwollend zur Kenntnis und würde es begrüßen, wenn wesentliche Punkte der drogenpolitischen Diskussion (nicht allgemeine Fragen von Prävention und Behandlung) im hessischen Landtag auch in Form einer mündlichen Anhörung diskutiert werden könnten. Zu diesen wesentlichen Punkten zähle ich insbesondere die Probleme, die durch die Anwendung des Strafrechts für ein eigentlich gesundheitspolitisches Thema entstehen (und die sich – wie in Punkt 1 dargestellt – offenbar in jüngster Zeit eher verstärkt als vermindert haben). Letzteres betrifft prinzipiell den Umgang mit allen Drogen. Exemplarisch wird im Folgenden der Fall von Cannabis diskutiert, einer Droge, bei der ich mich – im Unterschied zu anderen Substanzen – uneingeschränkt für eine möglichst baldige, staatlich kontrollierte Regulierung zur legalen Abgabe ausspreche.

Auch eine deutliche Mehrheit anderer relevanter Expert_innen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen sprechen sich mittlerweile dafür aus, dass die bisherigen, vor allem auf Repression setzenden Regelungen entsprechend geändert werden müssen. Ich – auch im Namen meiner Mitarbeiter_innen – begrüße ausdrücklich jede Initiative, die in Richtung einer liberaleren Drogengesetzgebung geht. Gleichzeitig wünsche ich mir, dass auch bei denjenigen Parteien, die im jeweiligen Bundesland, Stadt, Landkreis oder auch auf Bundesebene an der Regierung beteiligt sind, zukünftig mehr Mut vorhanden sein wird, die o.g. vorherrschende Expertenmeinung, die sich auch zunehmend bei Praktikern in Drogenhilfe, Strafverfolgung und Justiz zeigt, anzuerkennen und der Bevölkerung positiv zu vermitteln. Dies betrifft auch die aktuellen hessischen Regierungsparteien.

Zur Sache möchte ich zunächst auf die beiden von mir maßgeblich mitverantworteten Alternativen Drogen- und Suchtberichte verweisen (akzept/DAH/JES 2014 & 2015, www.alternativer-drogenbericht.de), in denen in unterschiedlichen Artikeln zahlreiche Argumente für eine liberalere Drogengesetzgebung angeführt werden. In Bezug auf das Thema einer möglichen legalen Regulierung von Cannabis ergäben sich u.a. folgende Vorteile:

- Einsparung enormer Kosten und Ressourcen für Strafverfolgung und Justiz, die anderweitig (z.B. Gewaltverbrechen, Terrorismus, Steuerhinterziehung) sinnvoller eingesetzt werden könnten,
- Bessere Möglichkeiten, Prävention, Beratung und Therapie zu betreiben: von problematischem Konsum Betroffene wären offener für Beratung und Hilfsangebote, wenn sie nicht Strafverfolgung und soziale Ausgrenzung zu befürchten hätten,
- Vor allem für jugendliche Konsumierende würde das motivationale Moment eines unterschweligen politischen Statements wegfallen, mit dem der Konsum ideologisch „unterfüttert“ wird (vgl. Werse 2007),
- Bessere Kontrolle des Jugendschutzes: im bisherigen illegalen Markt gibt es diesen überhaupt nicht, und die vielarmigen Strukturen des illegalen Drogen(klein)handels führen dazu, dass gerade unter Jugendlichen die Verfügbarkeit sehr hoch ist – durch den legalen Verkauf an Erwachsene würde ein Großteil dieser Strukturen wegfallen,
- Intensiv Konsumierenden (Jugendlichen wie Erwachsenen) würde es erschwert, ein entsprechendes Konsummuster aufrechtzuerhalten, da die Möglichkeit, ein derartiges Konsummuster relativ

problemlos durch den Weiterverkauf im Bekanntenkreis zu finanzieren, zum großen Teil wegfallen würde (vgl. Bernard/ Werse 2013)

- Das Grundrecht zur freien Entfaltung der Persönlichkeit würde generell stärker eingehalten werden, da das Cannabisverbot ein Verhalten unter Strafe stellt, mit dem man sich maximal selbst schädigt, was bereits unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten bedenklich ist. Im Vergleich zu anderen potenziell schädlichen und/oder gefährlichen Praktiken – neben Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsum z.B. auch der übermäßige Konsum von fett- und zuckerhaltigen Lebensmitteln, Motorrad- und Skifahren, Bouldern etc. – wirkt die bisherige Regelung besonders absurd,
- Produktkontrolle, Abwesenheit schädlicher Streckmittel, Möglichkeit der differenzierten Besteuerung nach THC- und ggf. CBD-Gehalt, Werbeverbot etc.,
- Gleichzeitig müssten – ähnlich wie bei den Regelungen zum Nichtraucherschutz – Regelungen eingeführt werden, die bestimmen, wann und wo kein Cannabis konsumiert werden darf (u.a. in jeglichen öffentlichen Einrichtungen).

Die Gegner einer Entkriminalisierung/ Regulierung führen zur Debatte im Kern stets nur ein Argument an, nämlich, dass dadurch ein „falsches Signal“ gesetzt würde, durch das der Konsum ansteigen würde (siehe hierzu ausführlich Werse 2014). Nahezu sämtliche Erfahrungen, die es hierzu gibt, deuten an, dass dies zumindest mittel- und langfristig nicht der Fall sein wird. Dies betrifft z.B. die langjährige De-facto-Legalisierung in den Niederlanden oder auch die vor rund 14 Jahren in Portugal eingeführte weitgehende Entkriminalisierung (auf dem Hövel 2012).

Ohnehin ist es in weiten Teilen von Wissenschaft und Praxis seit geraumer Zeit Konsens, dass es in der Drogen- und Suchtprävention nicht darum geht, generell den Konsum zu verhindern, zumal dies auch unter den Bedingungen der Illegalität kaum möglich erscheint. Vielmehr sollte das Ziel sein, individuelle und soziale Schäden des Drogenkonsums so gering wie möglich zu halten, wofür die Möglichkeiten in einem offeneren Klima unter legalen Bedingungen weitaus besser wären.

Zur Möglichkeit, durch Repression Konsum zu verhindern, sei zudem angeführt, dass selbst in äußerst repressiven Staaten mit z.T. mittelalterlichen Strafmaßnahmen (inklusive besonders grausamer Ausführung der Todesstrafe), etwa Saudi-Arabien oder Iran, der Konsum illegaler Drogen teilweise sehr weit verbreitet ist (vgl. Sloan 2014, Samad-Beygi 2012). Selbst extrem repressive Bedingungen schaffen es also nicht, Drogenkonsum zu unterbinden. Daher muss es andere – kulturelle, politische, soziale, individuelle etc. – Gründe dafür geben, in welchem Ausmaß bestimmte Drogen konsumiert werden. Wie oben angeführt, bin ich davon überzeugt, dass eine legale Regulierung die weitaus besseren Bedingungen dafür böte, intensiven und/oder anderweitig schädlichen Konsum zu verhindern.

Quellen:

Akzept e.V./ Deutsche AIDS-Hilfe/ JES (Hg., 2014): 1. Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014. Berlin: Akzept/DAH/JES.

Akzept e.V./ Deutsche AIDS-Hilfe/ JES (Hg., 2015): 2. Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2015. Lengerich: Pabst.

Auf dem Hövel, J. (2012): Das normalisierte Drogenparadies am Ende Europas - In Portugal ist der Konsum aller Drogen seit zehn Jahren entkriminalisiert. Die Erfahrungen sind positiv. In: Gerlach, R./ Stöver, H. (2012): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Frankfurt: Fachhochschulverlag: 189-194.

Bernard, C/ Werse, B. (2013): Die andere Seite des Drogendealens: Eigenbedarfshandel und „Social Supply“. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 2013, 96(6): 447-460.

Egger, D./ Werse, B. (2015): Neue psychoaktive Substanzen als Kollateralschaden der Prohibition. In: Akzept/DAH/JES, a.a.O.: 104-110.

HLKA (2015): Polizeiliche Kriminalstatistik des Landes Hessen 2014 – Pressepapier. Wiesbaden: Hessisches Landeskriminalamt (https://innen.hessen.de/sites/default/files/media/hmdis/pressepapier_pks_2014.pdf)

- Samad-Beygi, B. (2012): Drogenmissbrauch im Iran: erschreckende Zahlen. Transparency for Iran, 28.1.2012, <http://transparency-for-iran.org/uncategorized/drogenmissbrauch-im-iran-erschreckende-zahlen>.
- Sloan, A. (2014): Is Saudi Arabia losing the battle to combat substance abuse? Middle East Monitor, 28.3.2014, <https://www.middleeastmonitor.com/articles/middle-east/10579-is-saudi-arabia-losing-the-battle-to-combat-substance-abuse>
- Werse, B. (2007): Cannabis in Jugendkulturen. Kulturhistorische und empirische Betrachtungen zum Symbolcharakter eines Rauschmittels. Berlin: Archiv der Jugendkulturen.
- Werse, B. (2014): Das falsche Signal? Anmerkungen zu einem häufig genannten 'Argument'. In: Akzept/DAH/JES, a.a.O.: 141f.
- Werse, B./ Morgenstern, C./ Sarvari, L. (2014): MoSyD Jahresbericht 2013. Drogentrends in Frankfurt am Main. Frankfurt:Goethe-Universität, Centre for Drug Research.
- Wimber, H. (2015): Zur Sinnlosigkeit der strafrechtlichen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes. In: Akzept/DAH/JES, a.a.O.: 164-169.