

Stellungnahme des Einzelsachverständigen

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius

zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG)

BT-Drucksache **18/4204**

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0162(9)

gel. ESV zur öAnhörung am 16.03.

16_CannKG

11.03.2016

Zur Person des Einzelsachverständigen

Der Verfasser ist Ärztlicher Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie des Bereichs Suchtstörungen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (UKE). Er ist Vorsitzender der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG, BKJPP), Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und Redakteur der Fachzeitschrift SUCHT (Bern, Hogrefe). Er beschäftigt sich seit mehr 30 Jahren mit verschiedenen Aspekten der Suchtforschung. Forschungsschwerpunkte sind unter anderem die Auswirkungs-, Komorbiditäts- und Evaluationsforschung sowie die Präventionsforschung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hat der Verfasser im Jahr 2006 gemeinsam mit Kay Uwe Petersen eine Expertise zu den gesundheitlichen und sozialen Folgen des Cannabiskonsums und -missbrauchs auf der Grundlage der international publizierten Studien herausgegeben¹. Er ist Mitautor einer bundesweiten Expertengruppe, die jüngst ein Update des diesbezüglichen Forschungsstandes vorgelegt hat².

Zum Inhalt des Gesetzentwurfs

Der Gesetzentwurf „Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG)“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 04.03.2015 sieht vor, erwachsenen Privatpersonen den Erwerb und Besitz von bis zu 30g Cannabis oder drei Cannabispflanzen zum Eigenbedarf zu erlauben. Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren soll der Erwerb und Besitz vollständig untersagt werden.

Der Wirtschaftsverkehr für Cannabis (Anbau, Verarbeitung, Transport, Im- und Export, Groß- und Einzelhandel) soll gesetzlich reguliert und unter Genehmigungsvorbehalt gestellt werden. Der Verkauf von Cannabis und cannabishaltigen Produkten soll in zugelassenen Cannabisfachgeschäften erfolgen. Die Bundesländer sollen die Möglichkeit erhalten, die Anzahl der Cannabisfachgeschäfte zu begrenzen. Versand, Handel und Verkauf an Automaten sollen nicht zugelassen werden, zudem soll ein strenges Werbeverbot durchgesetzt werden. Zur Sicherstellung des Jugendschutzes soll Kindern und Jugendlichen das Betreten der Cannabisfachgeschäfte untersagt werden. Die Einhaltung dieser Vorgaben soll durch Ausweiskontrollen am Eingang sichergestellt werden. Das Personal der Cannabisfachgeschäfte soll eine Schulung zur Suchtprävention erfolgreich absolviert haben und sich regelmäßig fortbilden. Es soll verpflichtet werden, Kunden über Konsumrisiken, Suchtgefahren und schadensmindernde Maßnahmen aufzuklären sowie bei Bedarf auf Beratungs- und Therapieangebote hinzuweisen.

Verbraucherschutz und Prävention sollen sichergestellt werden, indem der Anbau von Cannabis strengen Vorschriften unterliegen soll. Den Produkten soll eine Packungsbeilage mit Hinweisen zur Dosierung und Wirkung sowie Wechselwirkungen und Vorsichts- und Notfallmaßnahmen beigelegt werden.

¹ vgl. Petersen u. Thomasius, 2006

² vgl. Hoch, Bonnet, Thomasius et al., 2015

In die Straßenverkehrsordnung soll ein Grenzwert für Cannabis beim Fahren von Kraftfahrzeugen eingeführt werden. Der Grenzwert soll bei 5,0 ng/ml im Blutserum verankert werden.

Die Bundesregierung soll verpflichtet werden, dem Bundestag im vierjährigen Abstand einen Bericht über die Auswirkungen des Gesetzes vorzulegen, in dem Konsumententwicklungen, Verbraucherschutzaspekte und Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit dokumentiert werden sollen.

Geschätzte Steuereinnahmen in Höhe von bis zu 2 Milliarden Euro durch den Verkauf von Cannabisprodukten sowie eine geschätzte Kosteneinsparung in Höhe von bis zu 1,8 Milliarden Euro durch den Wegfall von Strafverfolgungsmaßnahmen sollen vor allem der Prävention zugute kommen.

Zum Vorgehen im Umgang mit völkerrechtlichen Verpflichtungen wird vorgeschlagen, das Einheits-Übereinkommen vom 30. März 1961 über Suchtstoffe beim Generalsekretär der Vereinten Nationen zu kündigen und gleichzeitig unter Einlegung eines Vorbehalts den Wiedereintritt zu beantragen. Zwecks Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union wird vorgeschlagen, europarechtliche Verpflichtungen, die dem Regelungsvorschlag entgegenstünden, entsprechend anzupassen.

Zur vorliegenden Stellungnahme

Zum Jahreswechsel 2015/16 sowie Anfang des Jahres 2016 legten mehrere Fachgesellschaften kritische Stellungnahmen zur Legalisierung einer nicht-medizinischen Cannabisabgabe vor. In den Positionspapieren der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, 2015) sowie der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht, 2015), der Gemeinsamen Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Fachverbände (DGKJP, BAG, KJPP, DKJPP, 2015) und der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP, 2016) wird aus fachkundlicher Sicht zu wichtigen Fragen Stellung genommen:

- Kann Cannabiskonsum psychische, organische und soziale Schäden herbeiführen?
- Welche Folgen hätte eine Legalisierung auf das Konsumverhalten von Minderjährigen und Erwachsenen sowie für das medizinische Versorgungssystem?
- In welchen Feldern besteht Forschungsbedarf?

Da mit diesen Stellungnahmen ein aktueller Überblick zu Auswirkungen und Folgeschäden des Cannabiskonsums gegeben und die Folgen einer Legalisierung von Cannabis aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Fachpositionen abgeschätzt werden, beschränkt sich der Verfasser hier auf eine Stellungnahme zu den im Gesetzentwurf aufgeworfenen Fragen zur aktuellen Cannabispolitik unter besonderer Berücksichtigung des Jugendschutzes und der Verkehrsmedizin. Im übrigen wird auf die oben genannten Stellungnahmen verwiesen. Als Anlage ist dieser Stellungnahme das Positionspapier der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände beigefügt.

Zu Fragen des Jugendschutzes des Gesetzentwurfes

Im Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes wird behauptet, dass die „Prohibitionspolitik im Bereich von Cannabis (...) vollständig gescheitert“ sei. Jugendliche würden durch ein strafrechtliches Verbot nicht vom Cannabiskonsum abgehalten werden. Gleichzeitig verhindere das Betäubungsmittelrecht „durch den so geschaffenen Schwarzmarkt glaubwürdige Prävention und wirksamen Jugendschutz“. Ferner wird behauptet, dass mit einem „strikt kontrolliertem legalen Markt für Cannabis“ dem Schutz von Minderjährigen besser Rechnung getragen werde als bisher, „da erst in einem solchen Markt das Verbot, Cannabis an Minderjährige zu verkaufen, wirksam überwacht“ werden könne. Diese, für den Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes zentralen Positionen halten aus Sicht des Verfassers einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht stand.

Nur ein kleiner Teil der deutschen Bevölkerung weist aktuelle Konsumerfahrung mit Cannabis auf. Nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie (12–17 Jahre) sowie des Epidemiologischen Suchtsurveys

(ESA) (18–64 Jahre) berichten 5,6% der Kinder und Jugendlichen und 4,5% der Erwachsenen Cannabiskonsum in den vergangenen 12 Monaten. Die Raten für regelmäßigen Konsum sind deutlich geringer und folgen seit Jahren einem rückläufigen Trend. Nach Angaben der letzten Drogenaffinitätsstudie (2012) ist regelmäßiger Cannabiskonsum bei den 12- bis 17-Jährigen für 1,3% der Altersgruppe nachweisbar. Unter jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren weisen 3,9% regelmäßigen Cannabiskonsum auf (BZgA, 2014). Die entsprechenden Werte liegen für riskanten Alkoholgebrauch um das 4-fache und für regelmäßiges Tabakrauchen um das 10-fache höher. Die wesentlich niedrigeren Prävalenzen beim Cannabiskonsum sprechen deutlich dagegen, Cannabis als „Alltagsdroge“ zu bewerten.

In der vergleichenden Studie ESPAD (Hibell et al., 2012) werden seit 18 Jahren die Häufigkeiten des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in mehreren europäischen Ländern erfasst. Hier zeigt sich, dass sich die leichte Verfügbarkeit von Drogen einerseits und unzureichende Prävention und Hilfestellung andererseits ungünstig auswirken und zu erhöhter Konsumbereitschaft und Konsumerfahrung führen. Restriktionen, die mit Maßnahmen der Verhaltensprävention verknüpft werden, schützen Kinder und Jugendliche demgegenüber vor verfrühtem Substanzgebrauch. In umgekehrter Richtung wirkt sich eine geringe Verbreitung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung im erwünschten Sinn auf Einstellungen und Konsummuster von Schülern aus – in Ländern mit niedrigerer Prävalenzrate wird das Gesundheitsrisiko durch Cannabiskonsum höher eingeschätzt. Die Daten der ESPAD-Studie zeigen ferner, dass der lebensgeschichtlich frühe Beginn von Cannabiskonsum mit einem besonders hohen Risiko für eine Suchtentwicklung und mit chronischem Drogenkonsum im Erwachsenenalter einhergeht.

Epidemiologische Bevölkerungsstudien in Deutschland weisen seit dem Jahr 2006 ferner auf einen kontinuierlichen Rückgang des experimentellen und gelegentlichen Cannabiskonsums durch junge Menschen hin. Im europäischen Vergleich liegen die Quoten regelmäßigen (täglich oder fast täglich) Cannabisgebrauchs in der Bevölkerung ausgesprochen niedrig (mit 0,4% gehört Deutschland zu den fünf Ländern mit den niedrigsten Prävalenzraten von 14 Ländern insgesamt, Durchschnitt 0,7%) und nirgendwo anders in Europa liegt die Beratungs- und Behandlungsquote regelmäßiger Cannabiskonsumisten so hoch wie hierzulande (EMCDDA, 2015). Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass die derzeitigen Vorschriften des BtMG mit verschiedenen Maßnahmen im Bereich der Cannabisprävention und Ausstiegshilfen (Beratung, Akutbehandlung, Postakutbehandlung, Nachsorge) Synergie entfalten und sich im erwünschten Sinne auswirken.

Darüber hinaus ist mit dem BtMG eine Rechtsgrundlage geschaffen um Erzeugung, Handel und Abgabe von Cannabisprodukten zu regeln und damit einen wichtigen Beitrag zur Angebotsreduzierung zu leisten. Mit §31a BtMG ist die Einstellung der Strafverfolgung bei Vorliegen einer geringen Menge geregelt.

Die im europäischen Vergleich niedrige Konsumprävalenz von Cannabis bei gleichzeitig hoher Rekrutierungsquote der Konsumenten in Hilfeangebote deutet an, dass sich in der deutschen Cannabispolitik das Mehssäulen-Konzept, bestehend aus Angebotsreduzierung, Prävention, Hilfestellung und Schadensminimierung bewährt hat. Prävention und Hilfestellung werden nicht etwa durch die Gesetzgebung des BtMG behindert, wie es in der Begründung zum Gesetzentwurf festgestellt wird. Vielmehr entfalten die Präventions- und Hilfeangebote mitsamt des generalpräventiven und angebotsreduzierenden Effektes des BtMG Synergie und wirken auf das Konsumverhalten sowie die Reduzierung von Drogenherstellung, -handel und -angebot in beabsichtigte Richtung ein. Mit ihren vergleichenden Analysen in mehreren europäischen Ländern stellt die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA, 2015) der aktuellen Cannabispolitik Deutschlands eine Bestnote aus.

Im Gesetzentwurf zu einem Cannabiskontrollgesetz wird herausgestellt, dass erhebliche Ressourcen im Zusammenhang mit Strafverfolgungsmaßnahmen nach geltendem BtMG aufgewendet werden würden, die in Prävention und Hilfestellung angemessener investiert werden könnten. Eine Analyse der EBDD belegt demgegenüber, dass Aufwendungen für die Sicherstellung von Prävention,

Hilfestellung und Schadensminimierung in Deutschland besonders hoch liegen. Die Spanne aller öffentlicher Ausgaben im Drogenbereich erstreckt sich nach Schätzwerten der Recherche in 16 europäischen Ländern von 0,01% bis 0,5% des jeweiligen Bruttoinlandsprodukts (BIP) (EBDD, 2014). Eine Aufschlüsselung der Ausgaben in Maßnahmen zur Nachfragereduzierung und Maßnahmen zur Angebotsreduzierung ergibt, dass in Deutschland mit einem Anteil von etwa 65% der Gesamtausgaben ein Großteil der Mittel in Maßnahmen zur Nachfragereduzierung investiert wird. Damit gehört Deutschland (gemeinsam mit den Niederlanden, Zypern, Ungarn, Schweden und Kroatien) zu jenen sechs europäischen Ländern, die den überwiegenden Teil ihrer Mittel für Maßnahmen zur Nachfragereduzierung einsetzen. Demgegenüber wenden Italien, Portugal, Frankreich und Lettland den größten Teil der Ausgaben für Maßnahmen zur Senkung des Drogenangebots auf. Hier zeigt sich einmal mehr, dass die gesundheitspolitisch beabsichtigte Verknüpfung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen auch auf der Durchführungsebene gelingt.

Davon abgesehen, birgt die Berührung mit der Justiz in Einzelfällen für Betroffene die Chance, in Präventions- und Therapieangebote vermittelt zu werden. Es können Hilfen offeriert und die Motivation zur Verhaltensänderung gefördert werden. Eine nicht unerhebliche Zahl der Patienten mit cannabisbezogenen Störungen gelangt auf diesem Weg in das Suchthilfesystem zur längerfristigen Behandlung.

Die aktuelle drogenpolitische Situation in verschiedenen US-amerikanischen Bundesstaaten legt einen Vergleich mit europäischen Ländern nahe. In vielen Staaten wird die Indikation zur Abgabe von Cannabis als Medikament sehr großzügig gestellt und in einigen Staaten (Washington, Colorado, Alaska, Oregon) wurde Cannabis jüngst auch für „recreational use“ legalisiert. Wie lassen sich unter diesen Bedingungen effektive Jugendschutzmaßnahmen durchsetzen und wie kann verfrühter Einstieg in gesundheitsgefährdende Gebrauchsmuster vermieden werden?

Marihuana ist bei Studenten an US-Colleges einer aktuellen Studie der Universität Michigan (Johnston et al., 2015) zufolge inzwischen beliebter als Zigaretten. 5,9 Prozent der Studierenden (7% Männer, 3,9% Frauen) rauchen Marihuana täglich oder fast täglich. Das ist der höchste Wert, der in den USA je festgestellt wurde. In Colorado, wo Cannabis für Erwachsene für Rauschzwecke wie auch als Medizin legal erhältlich ist, liegt die Monatsprävalenz des Cannabiskonsums bei den 12- bis 17-Jährigen um 39 Prozent höher als die Durchschnittsquote aller US-Bundesstaaten in dieser Altersgruppe (10.5 vs. 7.6%) (Schuermeyer et al., 2014).

Ferner sind Auswirkungen der ausschließlich medizinischen Cannabisabgabe auf die Konsummuster junger Menschen erkennbar. Fast die Hälfte der US-Bundesstaaten hat Cannabis als Therapeutikum anerkannt und den Verkauf an Kranke stark erleichtert. In einer aktuellen Studie (Hasin et al., 2015) wurde untersucht, inwieweit sich die Konsummuster der Jugendlichen in US-Bundesstaaten mit einem liberalen Umgang mit Medizinalhanf von Jugendlichen in Bundesstaaten ohne solche Regelung unterscheiden. In jenen Bundesstaaten, die den medizinischen Gebrauch der Droge tolerieren, liegt bei Zwölftklässlern die Rate der Cannabiskonsumenden um 35 Prozent höher (23% bei Zehntklässlern, 18% bei Achtklässlern), allerdings entwickelte sich dieser Trend bereits geraume Zeit vor der gesetzlichen Umstellung. Entscheidend ist offenbar die soziale Akzeptanz der Substanz in der Gesellschaft, die durch öffentlich geführte Debatten im Vorwege der Gesetzesänderungen beeinflusst und geprägt werden. In Colorado vergingen vom Zeitpunkt der Erlaubnis für medizinischen Gebrauch im Jahr 2000 bis zum Beginn des „recreational sale“ (2014) 14 Jahre.

Die Weitergabe von Marihuana für medizinische Zwecke an Jugendliche ist ein weiteres kaum beherrschbares Problem. Unter den Jugendlichen in medizinischer Erstversorgung (primary care) berichten 18% der Befragten, Marihuana von einer (erwachsenen) Person mit einer Lizenz für medizinischen Cannabisgebrauch zu beziehen (Thurstone et al., 2013). 74% der Jugendlichen in Suchttherapie geben an, durchschnittlich mehr als 50 Mal Cannabisprodukte von Personen mit einer Lizenz für medizinischen Cannabisgebrauch bezogen zu haben (Salomonsen-Sautel et al., 2012).

Zu verkehrsmedizinischen Fragen des Gesetzentwurfes

Mit Artikel 4 des Entwurfs eines Cannabiskontrollgesetzes wird die Änderung des Straßenverkehrsgesetzes berührt. Es wird ein Gefahrgrenzwert für Cannabis mit 5 ng/ml THC im Blutserum festgesetzt. Dazu heißt es in der Begründung (S. 67): „Ein solches Grenzwertmodell würde ermöglichen, dass „sich der Cannabiskonsumant ähnlich wie der Alkoholkonsumant durch verantwortungsvolles Verhalten, d. h. eine ausreichend lange Drogenabstinenz vor aktiver Teilnahme am Straßenverkehr, auf die durch ein Grenzwertmodell gesetzten Anforderungen einstellen kann (Grotenhermen und Karus, 2002).“ Diese, für den Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes zentrale Position hält wiederum einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht stand.

Die für das Führen eines Kraftfahrzeuges notwendigen Leistungsfunktionen sind während der Cannabis-Akutwirkung signifikant eingeschränkt. Dieser Befund wird nicht nur durch neuropsychologische Untersuchungen, sondern auch durch Studien am Fahrsimulator sowie durch Fall-Kontrollstudien zum Unfallrisiko beim Fahren unter Cannabiseinfluss gestützt. Cannabisintoxikationen führen bei Teilnehmern in experimentellen und Labor-Studien unmittelbar zu dosisabhängigen Beeinträchtigungen in kognitiven Fähigkeiten, psychomotorischen Funktionen und Fahrtüchtigkeit (Ramaekers et al., 2004, 2009; Lenné et al., 2010).

Bereits bei sehr geringem Wirkspiegel von Tetrahydrocannabinol (THC) im Blut (1 bis 2 ng/ml), wie dieser auch noch mehrere Stunden nach herbeigeführtem Rauschzustand bestehen kann, können besonders schwere Verkehrsunfälle mit Personenschäden und Todesfolge verursacht werden. In einer Analyse drogenassoziierter Verkehrsunfälle (Kauert & Iwersen-Bergmann, 2004) stellten Cannabisbefunde die größte Gruppe (27% Cannabismonobefunde, 9% Kombinationsbefunde für Cannabis plus Alkohol). Die Höhe der THC-Konzentrationen im Blut variierte zwischen 1,3 und 20,1 ng/ml. In der Cannabismonogruppe errechnete sich für die Kategorie „Sachschaden“ eine mittlere THC-Konzentration von 9 ng/ml, und analog für die Kategorien „Personenschaden“ 7,2 ng/ml, „Schwerer Personenschaden“ 3,1 ng/ml und „Unfälle mit Todesfolge“ 4,0 ng/ml. Zwei Drittel der Unfälle in Zusammenhang mit Cannabismonobefunden ereigneten sich bei relativ niedrigen Blutkonzentrationen von weniger als 5 ng/ml THC, davon knapp ein Drittel mit tödlichem Ausgang und ein weiteres Drittel mit schwerem Personenschaden. Auch nach der Untersuchung von Kuypers und Kollegen (2012) steigt das Unfallverursachungsrisiko bei einer Dosierung von 2 ng/ml THC im Serum sprunghaft an. Nach einer aktuellen Metaanalyse (Asbridge et al., 2012), in die Fallkontrollstudien, Unfallstudien und Schuldhaftigkeitsstudien eingingen, erhöht sich das Risiko für die Verursachung eines Verkehrsunfalls unter Cannabiseinfluss unter Hinzuziehung aller Studienarten um das 1,9fache bzw. bei Zugrundelegung allein der wissenschaftlich hochwertigen Fallkontrollstudien um das 2,8fache.

Dass Cannabiskonsumanten die wahrgenommenen Beeinträchtigungen ihrer Fahrtüchtigkeit häufig deutlich unterschätzen und zudem meinen, die rauschbedingten Defizite durch vermeintlich angepasstes Fahrverhalten ausgleichen zu können, zeigt eine Studie von McGuire und Kollegen (2011). Des Weiteren berichteten in dieser Untersuchung 35% der befragten Konsumenten mit regelmäßigem Cannabisgebrauch, im letzten Monat vor der Befragung innerhalb der ersten zwei Stunden nach Cannabiskonsum Auto gefahren zu sein.

Schlussendlich würde eine Änderung der Straßenverkehrsordnung gemäß der Niederschrift im Entwurf für ein Cannabiskontrollgesetz zu einer Erhöhung des Unfallrisikos und zu einer Straßenverkehrsfährdung durch cannabisintoxikierte bzw. restintoxikierte Fahrer führen.

Zusammenfassung und Fazit

Die zentrale Grundannahme des Entwurfs eines Cannabiskontrollgesetzes, die Cannabispolitik in Deutschland sei vollständig gescheitert und behindere Prävention, Behandlung und wirksamen Jugendschutz trifft nicht zu. Bundesdeutsche und europäische Daten zu Cannabisgebrauchsmustern

und Inanspruchnahmen von Hilfen zeigen vielmehr, dass durch eine sinnvolle Verschränkung von Maßnahmen der Angebotsreduzierung mit verhaltenspräventiven Maßnahmen der Gebrauch von Cannabis und anderen Substanzen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen reduziert wird. Mithilfe des geltenden Betäubungsmittelrechts werden Erzeugung, Angebot und Handel mit Cannabisprodukten eingeschränkt. Durch zielgruppenspezifische Prävention und frühe Hilfen stehen für riskant konsumierende junge Menschen wirksame Programme zur Konsumreduktion und Konsumbeendigung zur Verfügung. Im europäischen Vergleich liegen die Quoten regelmäßigen Cannabisgebrauchs besonders niedrig. Das Mehrsäulen-Konzept der Cannabispolitik in Deutschland hat sich also bewährt. Der generalpräventive Effekt des BtMG ist sichtbar.

Eine Änderung der Straßenverkehrsordnung in dem Sinne, wie sie dem Entwurf für ein Cannabiskontrollgesetz zugrunde liegt, würde zu einer Erhöhung des Unfallrisikos und zu einer Straßenverkehrgefährdung durch cannabisintoxikierte bzw. restintoxikierte Fahrzeugführer führen.

Literatur

- Asbridge, M., Hayden, J.A., Cartwright, J.L. (2012). Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ*, 344:e536. Doi: 10.1136/bmj.e536.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014). *Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- DG-Sucht (2015) *Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie – Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums*. Im Internet: http://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/stellungnahmen/Stellungnahme_Legalisierungsdebatte_Cannabis_DG-Sucht.pdf
- DGKJP (2015) *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. – Gemeinsame Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums*. Im Internet: <http://www.dgkjp.de/aktuelles/1/347-cannabiskonsum>
- DGP (2016) Cannabis – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP). *Pneumologie*, 70, 87-97.
- DGPPN (2015) *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – Zur Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums*. Im Internet: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2015/2015-12-7_DGPPN_Positionspapier_Cannabis_FINAL.pdf
- EMCDDA (2014). *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - European Drug Report 2014: Trends and developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2015). *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Treatment of cannabis-related disorders in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2014): *Drogenangebot in Europa (EMCDDA). In: Europäischer Drogenbericht 2014: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Hasin, D.S., Wall, M., Keyes K.M. et al. (2015). Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional surveys. *Lancet Psychiatry*, published online June 16, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00217-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00217-5)
- Hibell, B., Guttormson, U., Ahlström, S. et al. (2012). *The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries*. Stockholm: CAN.
- Hoch, E., Bonnet, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U., & Preuss, U. (2015). Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis. *Deutsches Ärzteblatt*, 16, 271-278.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., Schulenberg, J.E. & Miech, R. A. (2015). *Monitoring the Future national survey results on drug use. 1975-2014: Volume 2, College students and adults ages 19-55*. Ann Arbor: Institute for Social Research. The University of Michigan, 416 pp.
- Kauert, G. & Iwersen-Bergmann, S. (2004). Drogen als Ursache für Verkehrsunfälle, im Fokus: Cannabis. *Sucht*, 50, 327-333.
- Kuypers, K.P., Legrand, S.A., Ramaekers J.G., Verstraete, A.G. (2012). A case-control study estimating accident risk for alcohol, medicines and illegal drugs. *PLoS One*, 7(8):e43496. Doi:10.1371/journal.pone.0043496.
- Lenné, M.G., Dietze, P.M., Triggs, T.J., Walmsley, S., Murphy, B. & Redmand, J.R. (2010). The effects of cannabis and alcohol on simulated arterial driving: Influences of driving experience and task demand. *Accident Analysis and Prevention*, 42, 859–866.
- McGuire, F., Dawe, M., Shield, K.D., Rehm, J. & Fischer, B. (2011). Driving under the Influence of Cannabis or Alcohol in a Cohort of High-frequency Cannabis Users: Prevalence and Reflections on Current Interventions. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 53, 247-259.
- Petersen, K.U. & Thomasius, R. (2007). *Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch. Eine Expertise zur gesundheitlichen und psychosozialen Folgen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ramaekers, J. G., Kauert, G., Theunissen, E. L., Toennes, S. W. & Moeller, M.R. (2009). Neurocognitive performance during acute THC intoxication in heavy and occasional cannabis users. *Journal of Psychopharmacology*, 23, 266-277.
- Ramaekers, J. G., Berghaus, G., van Laar, M. & Drummer, O.H. (2004). Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 109–119.
- Salomonsen-Sautel, S., Sakai, J.T., Thurstone, C., Corley, R., Hopfer, C (2012). Medical marijuana use among adolescents in substance abuse treatment. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 51, 694–702.
- Schuermeyer, J., Salomonsen-Sautel, S., Price, R.K. et al. (2014). Temporal trends in marijuana attitudes, availability and use in Colorado compared to non-medical marijuana states: 2003-2011. *Drug Alcohol Depend.*, 140, 145-155.

Thurstone, C., Tomcho, M., Salomonsen-Sautel, S., Profita, T. (2013). Diversion of medical marijuana: when sharing is not a virtue. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 52, 653–654.

Anlage

DGKJP (2015) *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. – Gemeinsame Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums*. Im Internet: <http://www.dgkjp.de/aktuelles1/347-cannabiskonsum>



www.kinderpsychiater.org

www.dgkjp.de

Gemeinsame Stellungnahme
der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft
und der Fachverbände

DGKJP

BAG KJPP

BKJPP

erarbeitet durch die Gemeinsame Suchtkommission

zur

Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums

Autoren:

Rainer Thomasius, Martin Holtmann, Peter Melchers, Edelhard Thoms,
Martin Jung, Gisela Schimansky, Thomas Kroemer



**Bundesarbeitsgemeinschaft
der Leitenden
Kliniker für Kinder- und
Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychothe-
rapie e. V. (BAG)**

Dr. Martin Jung
Kommissarischer Vor-
sitzender
HELIOS Fachklinik Schleswig
GmbH
Kinder- und Jugend-
psychiatrie
Friedrich-Ebert-Str. 5
24837 Schleswig
Tel.: 0 46 21/ 83-1600
Fax: 0 46 21/ 83-4852
E-Mail: Martin.Jung@helios-
kliniken.de



**Berufsverband für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psycho-
somatik und Psychotherapie
in Deutschland e. V. (BKJPP)**

Dr. med. Gundolf Berg,
Vorsitzender
Rhabanusstraße 3
55118 Mainz
Tel.: 0 61 31 - 69 38 07 0
Fax: 0 61 31 - 69 38 07 2
E-Mail: berg@bkjpp.de



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

**Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychothe-
rapie (DGKJP)**

Prof. Dr. med. Jörg Fegert
Präsident
Direktor der Klinik für Kin-
der- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie, Univer-
sitätsklinikum Ulm
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
☎ 0731 / 5006-1600; 📠 0731 /
5006-1602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-
ulm.de

In Deutschland probiert jeder zehnte Jugendliche Cannabis das erste Mal im Alter zwischen 14 und 15 Jahren. Problembelastete Kinder und Jugendliche steigen noch deutlich früher in teilweise regelmäßige Cannabis-Gebrauchsmuster ein. Vor allem pubertärer und adoleszenter Cannabisgebrauch kann, wie aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, zu ernsthaften körperlichen und psychischen Erkrankungen, zur nachhaltigen Störung der altersgebundenen Entwicklungs- und Wachstumsprozesse, zu Schulversagen sowie zu sozialer Desintegration der Betroffenen führen. Das Risiko für eine sehr rasche Entwicklung von Cannabisabhängigkeit inklusive des Konsums harter illegaler Drogen ist bei diesen Kindern und Jugendlichen besonders groß.

Die Legalisierung von Cannabisprodukten wäre ein Schritt in die falsche Richtung. Sie würde nicht nur den erfolgreichen bundesdeutschen drogenpolitischen Kurs in der Angebots- und Nachfragereduzierung von Cannabisprodukten bei jungen Menschen gefährden, sondern zugleich auch den sichtbaren generalpräventiven Effekt des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufs Spiel setzen. In Deutschland liegen die Cannabiskonsumquoten im europäischen Vergleich im Mittelfeld. In vielen Ländern mit liberaler Cannabispolitik liegen die Raten deutlich höher und junge Menschen steigen hier früher in Cannabisgebrauch ein. Dass der generalpräventive Effekt des BtMG weder durch das Ordnungsrecht noch das Jugendschutzgesetz (JuSchG) ersetzt werden kann, zeigt die hohe Zahl der riskant Alkohol konsumierenden und regelmäßig rauchenden Jugendlichen. Die Quoten riskanten Alkoholgebrauchs liegen etwa um das 4-fache und die des regelmäßigen Rauchens um das 10 fache höher als beim regelmäßigen Cannabisgebrauch. Alkohol-Testkäufe belegen Verstöße gegen das JuSchG in bis zu Dreiviertel aller Fälle.

Der Konsum von Cannabis ist heute in Deutschland die Hauptursache, wegen der Patienten erstmals eine Drogenberatung oder -behandlung aufgrund des Gebrauchs illegaler Substanzen antreten. Die Erfolgsquoten sind im Vergleich mit anderen Süchten niedrig. Den besten Schutz für Kinder und Jugendliche vor Drogenkonsum und Suchtgefährdung erzielen wir, wie die Präventionsforschung zeigt, durch die Verknüpfung von geeigneten Maßnahmen zur Nachfragereduzierung mit Maßnahmen zur Reduzierung des Drogenangebotes. Zielgruppenspezifische Prävention sowie jugendgerechte Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote müssen durch gesetzgeberische und andere Maßnahmen zur Eindämmung von Drogenhandel und Drogenangeboten ergänzt werden. Bei der Weiterentwicklung drogenpolitischer Konzepte darf das Kindeswohl nicht außer Acht gelassen werden. Die Legalisierung von Cannabis würde die Gruppe der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen besonders hart treffen und damit die Chancengleichheit beim Aufwachsen in unserer Gesellschaft befördern.

Einleitung

Rund 0,5 Prozent der Erwachsenen gelten laut Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung als süchtig nach Cannabis. Umgerechnet ist davon auszugehen, dass etwa 600.000 vorwiegend junge Menschen in Deutschland Probleme mit dem Konsum von Cannabis haben. Unter den 12- bis 17-Jährigen geben 1,3 Prozent regelmäßigen Cannabisgebrauch an. Grundsätzlich sind unter anderem Anbau, Weitergabe und Handel mit Cannabis, aber auch der Besitz nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Deutschland verboten. Bei Besitz von geringen Mengen zum Eigengebrauch kann die Staatsanwaltschaft Ermittlungsverfahren einstellen. Die Länder legen fest, was gering bedeutet.

Mehrere Fachverbände und Fachgesellschaften haben in jüngster Zeit eigene Stellungnahmen zur Frage der Legalisierung des nicht-medizinischen Cannabiskonsums veröffentlicht. In aller Regel beziehen sich die Positionen auf den Cannabisgebrauch von Erwachsenen. Nur im Ausnahmefall finden die besonderen Bedingungen und Auswirkungen des Cannabiskonsums im Kindes- und Jugendalter Berücksichtigung.

Um auf die vielschichtigen Probleme in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aufmerksam zu machen, veröffentlichen die kinder- und jugendpsychiatrische Fachgesellschaft und die Fachverbände wissenschaftlich fundierte Stellungnahmen. In der vorliegenden Stellungnahme zur Frage der Legalisierung von Cannabis werden die Verbreitung und das Gefährdungspotenzial sowie die Zusammenhänge zwischen Verfügbarkeit, Angebotsreduzierung und Konsumausmaß unter der speziellen Perspektive des Kindes- und Jugendalters bewertet.

Verbreitung

Von den Befürwortern¹ einer Cannabislegalisierung wird hervorgehoben, dass das Cannabisverbot Kinder und Jugendliche nicht vom Konsum abhalte. Zudem spreche die hohe Rate der Cannabiskonsumanten in Deutschland gegen die bisherige „Prohibitionspolitik“. Cannabis sei mittlerweile eine „Alltagsdroge“.

Dieser Argumentation ist vor dem Hintergrund epidemiologischer Untersuchungen zum Umfang des Substanzkonsums in Deutschland zu entgegen, dass nur ein kleiner Teil der Bevölkerung aktuelle Konsumerfahrung mit Cannabis aufweist. Nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie (12–17 Jahre) sowie des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) (18–64 Jahre) berichten 5,6 % der Kinder und Jugendlichen und 4,5 % der Erwachsenen über Cannabiskonsum in den vergangenen 12 Monaten. Die Raten für regelmäßigen Konsum sind deutlich geringer und folgen seit Jahren einem rückläufigen Trend. Nach Angaben der jüngsten Drogenaffinitätsstudie (2012) ist regelmäßiger Cannabiskonsum bei den 12- bis 17-Jährigen für 1,3 % der Altersgruppe nachweisbar. Unter jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Stellungnahme die männliche Form verwendet, das weibliche Geschlecht ist dabei immer mit einbezogen.

weisen 3,9 % regelmäßigen Cannabiskonsum auf (BZgA, 2014). Die entsprechenden Werte liegen für riskanten Alkoholgebrauch um das 4-fache und für regelmäßiges Tabakrauchen um das 10-fache höher. Diese Daten sprechen deutlich gegen die Einschätzung von Cannabiskonsum als „Alltagsdroge“.

Gefährdungspotenzial

Die Befürworter einer Legalisierung von Cannabis argumentieren, dass der Konsum von Cannabis weniger gefährlich sei als der Konsum von Alkohol und Tabak. Sie verweisen in diesem Zusammenhang auf das Gebot der Verhältnismäßigkeit in der Gesetzgebung.

Diese Auslegung ist vor dem Hintergrund aktueller Forschungsdaten nicht haltbar. Vor allem pubertärer und adoleszenter Cannabisgebrauch kann, wie aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, zu ernsthaften körperlichen und psychischen Erkrankungen, zur nachhaltigen Störung der altersgebundenen Entwicklungs- und Wachstumsprozesse, zu Schulversagen sowie zu sozialer Desintegration der Betroffenen führen. Das Risiko für eine sehr rasche Entwicklung von Cannabisabhängigkeit inklusive des Konsums harter illegaler Drogen ist bei diesen Kindern und Jugendlichen besonders groß.

Im Durchschnitt beginnen Jugendliche in Deutschland zwischen dem 14. und 15. Lebensjahr mit dem Cannabisgebrauch. Risikopopulationen (z.B. Kinder und Jugendliche mit frühem und riskantem Suchtmittelkonsum, Kinder und Jugendliche mit Schwierigkeiten in Schule und Familie, Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien, Kinder und Jugendliche in Hilfen zur Erziehung oder vergleichbaren Maßnahmen) steigen nicht selten bereits zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr in Cannabisgebrauch ein. Insgesamt entwickeln etwa 9 % aller Cannabiskonsumenden eine Cannabisabhängigkeit. Wenn Cannabisgebrauch in der Adoleszenz beginnt, erhöht sich diese Rate auf 17 % und auf 25–50 %, wenn Cannabinoide in der Adoleszenz täglich konsumiert werden. Bei Cannabiskonsumenden mit regelmäßigem, täglichem Konsummuster sind Toleranzentwicklung sowie psychische und körperliche Abhängigkeit überwiegend vorhanden. Cannabiskonsum in der Adoleszenz erhöht die Wahrscheinlichkeit späteren Missbrauchs sogenannter harter illegaler Drogen erheblich.

Ferner haben die sozialschädlichen Auswirkungen von Cannabisgebrauch im Zusammenhang mit eingeschränkter Fahrtauglichkeit und Bedienungsfehlern von Maschinen hohe Relevanz. Bei einem sehr geringen Wirkspiel von Tetrahydrocannabinol (THC) im Blut (1 bis 2 ng/ml), wie er typischerweise noch mehr als 8 Stunden nach dem herbeigeführten Rauschzustand vorliegen kann, werden besonders schwere Verkehrsunfälle mit Personenschäden und Todesfolge verursacht.

Die Behandlungsnachfrage durch Cannabiskonsumenden weist in vielen europäischen Ländern und in Deutschland steigende Tendenz auf. Den Berichten der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zufolge gehören behandlungssuchende Can-

nabiskonsumenten mit durchschnittlich 25 Jahren zu den jüngsten Patienten innerhalb der Suchtkrankenhilfe. Unter den 15- bis 19-Jährigen geben 76 % Cannabis als Primärdroge an und in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen sogar 86 %. Das Verhältnis zwischen jungen Männern und jungen Frauen beträgt etwa 5:1.

Bei Personen, die sich in Deutschland erstmalig in drogenspezifische Beratung oder Behandlung begeben, steht Cannabis als Substanz prominent an erster Stelle (2010: 59,8 %; 2009: 61,0 %) aller Klienten, deutlich vor dem weiter gesunkenen Anteil der wegen Störungen durch Opioide erstbehandelten Klienten (17,7 %; 2009: 18,3 %). Fast jeder fünfte Klient mit einer primären Cannabisproblematik weist zusätzlich einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen auf (19,1 %) bzw. mehr als jeder zehnte Klient einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Kokain (10,1 %). Etwa ein Viertel dieser Klienten erfüllen zudem die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011).

Fast zwei Drittel dieser Klienten sind alleinstehend und fast ein Sechstel hat die Schule ohne Schulabschluss oder mit Sonderschulabschluss beendet. Die Arbeitslosigkeit hat unter den Klienten mit der Hauptdiagnose Cannabis zwischen 2000 (18,1 %) und 2007 (42,0 %) extrem stark zugenommen und ist seither nahezu unverändert (2009: 43,6 %) (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011).

Verfügbarkeit und Konsumausmaß

Die Befürworter einer Cannabislegalisierung behaupten, dass die restriktive Cannabispolitik in Deutschland keinen den Konsum begrenzenden Effekt habe. Das Verbot halte auch Kinder und Jugendliche nicht vom Konsum ab.

Für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen ist zu entgegnen, dass epidemiologische Untersuchungen ein anderes Ergebnis haben. Auf Kinder und Jugendliche wirkt sich die leichte Verfügbarkeit von Drogen ungünstig durch erhöhte Konsumbereitschaft und Konsumerfahrung aus. Restriktionen schützen Kinder und Jugendliche demgegenüber vor verfrühtem Substanzgebrauch.

Jugendliche konsumieren in Ländern mit liberaler Cannabispolitik im europäischen Vergleich überdurchschnittlich häufig Cannabis und sie steigen früher in den Cannabiskonsum ein als der europäische Durchschnitt. In der vergleichenden Schüleruntersuchung ESPAD (2012) werden seit 18 Jahren die Prävalenzen des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in mehreren europäischen Ländern erfasst. Hier zeigt sich, dass 15- bis 16-jährige Schüler in Ländern mit einer liberalen Cannabis-Politik besonders hohe Raten für Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen aufweisen, gemessen am Durchschnitt aller teilnehmenden Länder, der für Jungen 8 % und für Mädchen 5 % beträgt: Frankreich 26 %/22 %, Tschechische Republik 17 %/12 %, Spanien 14 %/13 %, Italien 14 %/9 %, Belgien 13 %/9 %. In Deutschland liegen die entsprechenden Werte bei 10 % für Jungen und

4 % für Mädchen. In der Schweiz und den Niederlanden wurden 30-Tage-Prävalenzen nicht erhoben bzw. nicht berichtet.

Ein ähnlicher Trend wie bei den 30-Tage-Prävalenzen stellt sich für die Lebenszeitprävalenzen (mindestens einmal konsumiert) der Schüler in den Jahren 2010 und 2011 dar (vgl. EBDD, 2012). Der Durchschnittswert aller teilnehmenden Länder liegt bei 20 % (Deutschland 19 %). In absteigender Häufigkeit ergeben sich folgende Werte: Tschechische Republik 42 %, Frankreich 38 %, Slowakei 27 %, Niederlande 27 %, Spanien 26 %, Belgien 23 %, Italien 21 %.

Vice versa wirkt sich eine geringe Verbreitung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung im erwünschten Sinn auf Einstellungen und Konsummuster von Schülern aus – in Ländern mit niedriger Prävalenzrate wird das Gesundheitsrisiko durch Cannabiskonsum höher eingeschätzt. Die ESPAD-Studie aus dem Jahre 2011 (Hibell et al., 2012) zeigt, dass in Ländern mit einer niedrigen Prävalenzrate der Cannabiskonsum von den Schülern generell als gefährlicher wahrgenommen wird. Zwischen 56 % und 80 % dieser Schüler messen dem regelmäßigen Cannabisgebrauch ein großes Gesundheitsrisiko bei und 12 % bis 47 % dieser Schüler halten für ein großes Gesundheitsrisiko, wenn Cannabis nur ein- oder zweimal probiert wird.

Die Ergebnisse der ESPAD-Studie geben ferner Aufschluss über den Zusammenhang von Einstiegsalter und Häufigkeit des Konsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern. Hier zeigt sich, dass der lebensgeschichtlich frühe Beginn von Cannabiskonsum mit einem besonders hohen Risiko für eine Suchtentwicklung und chronischen Drogenkonsum im Erwachsenenalter einhergeht. 8 Länder meldeten einen Anteil von mindestens 5 % der Schüler, die bereits im Alter von 13 Jahren oder noch früher mit dem Cannabiskonsum beginnen. Dies sind Bulgarien, Tschechische Republik, Spanien, Estland, Frankreich, Niederlande, Slowakei und Vereinigtes Königreich, also wiederum jene Länder, die sich im europäischen Vergleich durch die höchsten Prävalenzraten des Cannabiskonsums bei Schülern auszeichnen.

Dass sich eine wenig restriktive Haltung gegenüber Cannabisgebrauch vor allem bei Kindern und Jugendlichen ungünstig auf deren Konsumbereitschaft und Konsumerfahrung auswirkt, belegt auch die Begleitforschung zu den „coffee shops“ in den Niederlanden. Hier beobachtet man, dass niederländische Jugendliche im europäischen Vergleich überdurchschnittlich viel Cannabis konsumieren und früher in den Cannabiskonsum einsteigen als im europäischen Durchschnitt (vgl. ESPAD-Daten 2007–2011 in Hibell et al., 2009, 2012; siehe oben). Ferner ging in den Niederlanden nach dem Jahr 1996, in dem die Altersgrenze für den erlaubten Erwerb von Cannabisprodukten in „coffee shops“ von 16 auf 18 Jahre erhöht wurde, der Cannabisgebrauch bei Jugendlichen merklich zurück, was für einen Effekt dieser restriktiveren Regelung spricht (Monshouwer et al., 2011).

Angebotsreduzierung und Konsumausmaß

Die Befürworter einer Cannabislegalisierung appellieren, dass die infolge einer Legalisierung eingesparten Mittel im Bereich der Strafverfolgung weit sinnvoller in der Prävention einzusetzen seien als für polizeiliche und richterliche Aufwendungen im Zusammenhang mit Cannabisdelikten.

Dieser Argumentation ist unter Hinzuziehung der Erkenntnisse der Präventionsforschung zu entgegnen, dass bei der Begrenzung des Substanzmissbrauchs im Kindes- und Jugendalter die deutlichen Effekte der Angebotsreduzierung den eher kleinen Effekten der (Verhaltens-) Prävention gegenüber stehen (vgl. Barbor et al., 2010; Bühler u. Thrul, 2013; Toumbourou et al., 2007).

Das beste aktuelle Beispiel geben die stark rückläufigen Einstiegsquoten beim Tabakrauchen ab. In der letzten Dekade halbierte sich in Deutschland der Anteil der mit dem Rauchen beginnenden Kinder im Alter zwischen 12 und 13 Jahren. Dieser Erfolg ist vor allem auf gesetzgeberische Maßnahmen zurückzuführen (Nichtraucherschutzgesetz, Rauchverbot für Kinder und Jugendliche in der Öffentlichkeit, Rauchverbot in der Schule, Abgabeverbot von Tabakwaren an Minderjährige, Reduktion der Zahl an Zigarettensautomaten, Ausweispflicht für Zigarettensautomaten, Preiserhöhungen durch höhere Besteuerung von Tabakwaren). Zeitgleich hat sich in wissenschaftlichen Studien der Nutzen vieler verhaltenspräventiver Maßnahmen für gefährdete Kinder und Jugendliche als wenig zielführend erwiesen (Aufklärung, Abschreckung, Kampagnen, Frühinterventionen und Rauchstoppkurse für Jugendliche)².

Die großen Erfolge durch die Tabakrestriktion haben in den letzten Jahren nun auch Forderungen nach einer stärkeren gesetzlichen Regulierung bei der Abgabe alkoholhaltiger Getränke laut werden lassen. In diesem Zusammenhang gelten die skandinavischen Länder als vorbildlich. Geringe Ladendichte, eingeschränkte Öffnungszeiten und sehr hohe Preisgestaltung gehen mit deutlich geringeren Quoten riskanten Alkoholgebrauchs bei Kindern und Jugendlichen einher als im europäischen Durchschnitt.

Trotz aller Erfolge in der Tabakkontrolle liegen bei Kindern und Jugendlichen die Konsumquoten bei den legalen Substanzen deutlich höher als bei den illegalen Substanzen. Das gilt sowohl für aktuellen Konsum wie auch für die besonders gesundheitsgefährdenden regelmäßigen Konsumformen. Vergleicht man die Zahl der in Deutschland riskant Alkohol konsumierenden und regelmäßig rauchenden Jugendlichen mit der Zahl regelmäßig Cannabis konsumierender Jugendlicher, so liegen die Quoten riskanten Alkoholgebrauchs etwa 400 % höher und die Quoten regelmäßigen Rauchens etwa 1000 % höher als bei regelmäßigem Cannabisgebrauch (vgl. Orth u. Töppich, 2014). Dieser Unterschied in den Konsumprävalenzen zugunsten niedriger Raten beim regelmäßigen Cannabisgebrauch dürfte unter anderem auch ein Effekt der Angebotsreduzierung auf der Grundlage des BtMG sein und droht verloren

² Der Nutzen dieser Maßnahmen ist für weite Bevölkerungskreise dennoch unbestritten hoch.

zu gehen, wenn Cannabis mit Alkohol und Tabak gesetzgeberisch gleichgesetzt werden würde.

Die Befürworter einer Cannabislegalisierung plädieren dafür, den Cannabisgebrauch speziell von Jugendlichen über das Jugendschutzgesetz zu regulieren. Dass sich jedoch das Jugendschutzgesetz hinsichtlich einer Beschränkung des Substanzmissbrauchs als wenig effektiv erweist, zeigt sich am Beispiel der mangelhaften Durchsetzung des § 9 JuSchG.

Mit dem Ziel, die Einhaltung der Regelung des Jugendschutzgesetzes zu überprüfen, wurden in den vergangenen Jahren in zahlreichen Städten, Kommunen und Gemeinden Deutschlands regelmäßig jugendliche Testkäufer in das Feld geschickt, um zu testen, ob in den Verkaufsstellen für Alkohol die Jugendschutzbestimmungen eingehalten werden. Der Hintergrund für diese Maßnahmen sind die kontinuierlich steigenden Zahlen Minderjähriger, die aufgrund einer Alkoholvergiftung in Krankenhäuser eingewiesen werden. Begleitet werden die Testkäufer in aller Regel von Vertretern des Ordnungsamtes und der Polizei.

Die Ergebnisse der Testkäufe sind ganz überwiegend unerfreulich. Verstöße werden in einer Größenordnung in bis zu 75 % der Fälle angegeben. Häufig stellt sich heraus, dass es von der persönlichen Einstellung des Verkaufspersonals abhängt, ob im Zweifelsfall der Personalausweis vorgezeigt werden muss. Die Verkäufer geben nicht selten an, die genauen Bestimmungen nicht zu kennen oder sich nicht getraut zu haben, nach dem Ausweis zu fragen.

Es wird von den Befürwortern einer Cannabislegalisierung behauptet, dass der illegale Status von Cannabis sowie die Kriminalisierung der Konsumenten die Präventionsmaßnahmen im Allgemeinen und die Hilfestellung im Speziellen behinderten. Das Prinzip „Abschreckung durch Illegalität“ sei nicht nur wirkungslos, sondern kontraproduktiv.

Dem ist entgegenzuhalten, dass sich der Leitgedanke des BtMG nicht auf die „Abschreckung durch die Illegalität“ einer Substanz richtet. Vielmehr wird mit dem BtMG eine Rechtsgrundlage geschaffen um unter anderem Erzeugung, Handel und Abgabe von nicht verkehrsfähigen Substanzen zu regeln und damit einen Beitrag zur Angebotsreduzierung zu leisten. Zudem richtet sich das BtMG an einem 4-Säulen-Konzept aus, das der Angebotsreduzierung die Prävention, Hilfestellung und Schadensminimierung an die Seite stellt. Mit § 31 a BtMG ist eine Rechtsgrundlage geschaffen, welche die Einstellung der Strafverfolgung bei Vorliegen einer geringen Menge regelt.

Davon abgesehen, birgt der Kontakt mit der Justiz in Einzelfällen die Chance für eine Kontaktaufnahme mit den Betroffenen. Es können Hilfen angeboten und die Motivation zur Verhaltensänderung gefördert werden. Eine nicht unerhebliche Zahl der Patienten mit cannabisbezogenen Störungen gelangt auf diesem Weg in das Suchthilfesystem zur längerfristigen Behandlung.

Verschränkung von Maßnahmen der Angebotsreduzierung und der Prävention

Durch eine sinnvolle Verschränkung von Maßnahmen der Angebotsreduzierung mit verhaltenspräventiven und ausstiegsorientierten Maßnahmen lässt sich der Cannabisgebrauch bei Kindern und Jugendlichen reduzieren. Das Mehssäulen-Konzept Angebotsreduzierung / Prävention / Hilfestellung / Schadensminimierung hat sich in Deutschland bewährt.

Es wurde bereits gezeigt, dass verhältnispräventive Maßnahmen, denen restriktive Gesetze und Verordnungen zuzuordnen sind, grundsätzlich eine hohe Wirksamkeit bei der Begrenzung des Substanzmissbrauchs im Kindes- und Jugendalter haben. Diese erwünschten Effekte können durch ergänzende Maßnahmen zur Nachfragereduzierung, also beispielsweise mit verhaltenspräventiven Ansätzen in den Handlungsfeldern Familie, Freundeskreis, Schule und Gemeinde weiter vergrößert werden (vgl. Übersicht bei Bühler u. Thrul, 2013).

Eine Analyse der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zeigt, dass die entsprechenden Mittel in Deutschland in diesem Sinne verwendet werden. Die Spanne aller öffentlicher Ausgaben im Drogenbereich erstreckt sich nach Schätzwerten der Recherche in 16 europäischen Ländern von 0,01 % bis 0,5 % des jeweiligen Bruttoinlandsprodukts (BIP) (EBDD, 2014). Eine Aufschlüsselung der Ausgaben in Maßnahmen zur Nachfragereduzierung und Maßnahmen zur Angebotsreduzierung ergibt, dass in Deutschland mit einem Anteil von etwa 65 % der Gesamtausgaben der Großteil der Mittel in Maßnahmen zur Nachfragereduzierung investiert wird. Damit gehört Deutschland (gemeinsam mit den Niederlanden, Zypern, Ungarn, Schweden und Kroatien) zu jenen 6 europäischen Ländern, die den überwiegenden Teil ihrer Mittel für Maßnahmen zur Nachfragereduzierung einsetzen. Demgegenüber wenden Italien, Portugal, Frankreich und Lettland den größten Teil ihrer Ausgaben für Maßnahmen zur Senkung des Angebots auf.

Epidemiologische Bevölkerungsstudien weisen seit dem Jahr 2006 auf einen kontinuierlichen Rückgang des experimentellen und gelegentlichen Cannabiskonsums durch junge Menschen hin. Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass in Deutschland die derzeitigen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) mit verschiedenen Maßnahmen in Bereichen der Cannabisprävention und Ausstiegshilfen (Beratung, Akutbehandlung, Postakutbehandlung, Nachsorge) Synergie entfalten und sich im erwünschten Sinne auswirken.

Fazit

Aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände wäre die Legalisierung von Cannabis ein Schritt in die falsche Richtung. Sie würde den generalpräventiven Effekt des BtMG aufs Spiel setzen und zugleich den erfolgreichen drogenpolitischen Kurs in der Angebots- und Nachfragereduzierung von Cannabisprodukten bei jungen Menschen konterkarieren. Die Legalisierung des

Cannabisgebrauchs würde vor allem die Gruppe der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen hart treffen und damit die Chancengleichheit beim Aufwachsen in unserer Gesellschaft befördern.

Berlin, 23.11.2015

Für die DGKJP:



Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Präsident DGKJP

Für den BKJPP:



Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender BKJPP

Für die BAG KJPP:



Dr. med. Martin Jung
Komm. Vorsitzender BAG KJPP

Für die Gemeinsame Suchtkommission:



Prof. Dr. med. Rainier Thomasius
Vorsitzender Gemeinsame Suchtkommission

Zitierte Literatur

- Babor, T. et al. (2010): Alcohol: No ordinary Commodity – Research and Public policy. Second edition. Oxford: Oxford University Press.
- Bühler, A, Thrul, J. (2013): Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 46. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2012): Stand der Drogenproblematik in Europa. Jahresbericht 2012. [Kapitel 3: Cannabis (S. 44-54)]. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2014): Drogenangebot in Europa (EMCDDA). In: Europäischer Drogenbericht 2014: Trends und Entwicklungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Hibell, B., Guttormson, U., Ahlström, S. et al. (2009): The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries. Stockholm: CAN.
- Hibell, B., Guttormson, U., Ahlström, S. et al. (2012): The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries. Stockholm: CAN.
- Korzack, D., Steinhausen, G., Dietl, M. (2011): Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. HTA-Bericht 112. Köln: DIMDI.
- Monshouwer K., Van Laar M. & Vollebergh, W.A. (2011): Buying cannabis in „coffee shops“. Drug Alcohol Rev, 30(2), 148-56.
- Orth, B., Töppich J. (2014): Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S. & Jakob, L. (2011). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD Deutschland: Drogensituation 2010/2011. München: DBDD.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G.A., Sturge, J., Rehm, J. (2007): Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. Lancet, 369 (9570), 1391-1401.