

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
Postfach 1121 - 24100 Kiel

Achtung OCR Rekonstruktion - kein  
Original. Trotz sorgfältiger Prüfung keine  
Garantie für Vollständigkeit oder Richtigkeit

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte  
Genthiner Straße 38  
10785 Berlin

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein

Mein Zeichen / vom IX 4311 Telefon (0431) 988-5482 Ihr Zeichen / vom Datum 10.  
Februar 1997

Es wird beantragt,

dem Land Schleswig-Holstein, handelnd durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Adolf-Westphal-Straße 4, 24143 Kiel, gemäß § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz die Grunderlaubnis zur Veräußerung von Cannabis (Marihuana) und Cannabisharz (Haschisch) im Rahmen eines wissenschaftlichen Modellprojekts nach Maßgabe der beigefügten Projektbeschreibung zu erteilen. Im einzelnen umfaßt die beantragte Grunderlaubnis die folgenden Einzelberechtigungen:

- A) Die Erlaubnis zur Veräußerung von Cannabis (Marihuana) und Cannabisharz (Haschisch) nach den in der Projektbeschreibung (Anhang I) dargelegten Modalitäten.
- B) Die Erlaubnis, einzelnen schleswig-holsteinischen Apothekerinnen und Apothekern, für die die nach § 7 BtMG erforderlichen Angaben und Unterlagen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach Erteilung der Grunderlaubnis nachgereicht werden, auf Antrag die Erlaubnis zu Erwerb, Besitz und Veräußerung von Cannabis (Marihuana) und Cannabisharz (Haschisch) entsprechend Teil A) zu erteilen.

Mit dem Modellprojekt soll überprüft werden, inwieweit die generalpräventiven Effekte, die mit dem umfassenden Verbot des Verkehrs mit Cannabis (Marihuana) und Cannabisharz (Haschisch) gem. Anlage I des BtMG bezüglich des Konsums von illegalen Drogen angestrebt werden, nicht genausogut oder besser durch eine kontrollierte Abgabe von Cannabis und eine dadurch zu erwartende Trennung der Drogenmärkte erreicht werden können.

Die Voraussetzungen zur Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gemäß § 3 Abs. 2 BtMG liegen vor. Das mit der Erlaubnis verfolgte Vorhaben dient wissenschaftlichen Zwecken und liegt im öffentlichen Interesse (vgl. Antragsbegründung, S. 2ff.). Versagungsgründe nach § 5 Abs. 1 BtMG, insbesondere solche nach Nr. 5 und 6 der genannten Vorschrift, sind nicht gegeben (vgl. Antragsbegründung, S. 3ff.). Die danach

gebotene Ermessensabwägung rechtfertigt eine positive Bescheidung des Antrags (vgl. Antragsbegründung, S. 7ff.).

Die Frage nach der Beschaffung der Cannabisprodukte ist nicht Gegenstand des vorliegenden Antragsverfahrens. Dieser Komplex bleibt einem gesonderten Erlaubnisverfahren nach positiver Bescheidung des vorliegenden Antrags vorbehalten.

Erst nach der Entscheidung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte über die Modalitäten des Modellprojekts können die Ermittlung des für die Durchführung des Vorhabens notwendigen Bedarfs an Cannabisprodukten und damit auch die Konzeptionierung hinsichtlich der zu beachtenden Sicherheits- und Kontrollaspekte in der notwendigen Konkretetheit erfolgen.

Die mit der als Anhang I beiliegenden Projektbeschreibung dargestellten, dem Modellprojekt zugrundeliegenden Forschungsthesen, die Abschätzung der mit der Durchführung verbundenen Risiken und Nutzen, sowie die wesentlichen Modalitäten des Versuchsablaufs und des entsprechenden Forschungsdesigns inklusive der Benennung der geeigneten Erhebungsinstrumente, folgen gutachterlichen Empfehlungen von Prof. Dr. Peter Raschke (Universität Hamburg).

Die beantragten Einzelmodalitäten gewährleisten in modelladäquater Weise die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs. Die beantragte Grunderlaubnis ermöglicht dem Antragsteller, die Projektdurchführung zu steuern.

#### Angaben zu § 7 BtMG

Trägerschaft:

Das Land Schleswig-Holstein, handelnd durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Adolf-Westphal-Straße 4, 24143 Kiel

Verantwortlich für die Projektdurchführung:

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales als oberste Landesgesundheitsbehörde

Verantwortliche für die Veräußerung:

Einzelne, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte durch die oberste Landesgesundheitsbehörde zu benennende Apothekerinnen und Apotheker in Schleswig-Holstein

Leitung der wissenschaftlichen Forschung:

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung e.V. - ISD, Hamburg  
Vorsitzender: Prof. Dr. Peter Raschke (Universität Hamburg; Fachbereich Philosophie und Sozialwissenschaften, Allendeplatz 1, 20146 Hamburg)

Die weiteren Angaben zu § 7 BtMG ergeben sich aus der Projektbeschreibung (Anhang I).

Zur weiteren Begründung des Antrags sowie zu der geplanten rechtlichen und tatsächlichen Ausgestaltung des Modellprojekts wird auf die anliegende

Antragsbegründung und auf die als Anhang I beiliegende Projektbeschreibung verwiesen.

Sollte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte weitere Angaben zur Bescheidung des Antrags für erforderlich halten, wird um einen entsprechenden Hinweis gebeten. Dies gilt auch, sofern für eine positive Bescheidung des Antrags Nebenbestimmungen in Erwägung gezogen werden. Grundsätzlich bestehen gegenüber Nebenbestimmungen insoweit keine Bedenken, wie sie der wissenschaftlichen Konzeption und der entsprechenden Durchführung des Model I Projekts nicht entgegenstehen.

Heide Moser

## **Antragsbegründung**

### **1 Genehmigungsfähigkeit des Modellprojekts**

#### **1.1 Wissenschaftlicher Zweck und öffentliches Interesse**

#### **1.2 Nichtvorliegen von Versagungsgründen**

1.2.1 Sachkenntnis und Zuverlässigkeit der Verantwortlichen

1.2.2 Keine Gefährdung der Sicherheit und Kontrolle des  
Betäubungsmittelverkehrs

1.2.3 Zweck des Betäubungsmittelgesetzes

1.2.4 Keine Versagung aus § 5 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz

### **2 Notwendige Ermessensentscheidung des BfArM**

#### **2.1 Forschungslücken und Begründungsdefizite der rechtlichen Regelungen**

#### **2.2 Generalpräventive Begründung und Übermaßverbot**

#### **2.3 Uneinheitliche Rechtspraxis zu § 31 a Betäubungsmittelgesetz**

#### **2.4 Notwendigkeit empirischer Überprüfung**

### **Anhang I:**

### **Projektbeschreibung**

#### **1 Forschungsthese**

#### **2 Risikoabschätzung, Kontrollierbarkeit und Reversibilität des Modellvorhabens**

2.1 Zur Risikoabschätzung des Modellvorhabens

2.1.1 Zu den physischen und psychischen Risiken des Konsums von  
Haschisch und Marihuana

2.1.2 Zum Erstkontakt mit Cannabisprodukten

2.1.3 Zur These der Einstiegsdroge

2.1.4 Zur These des'Dammbruchs<sup>1</sup>

2.1.5 Zur These der kulturfremden Droge

2.1.6 Zu den präventiven Chancen

#### **2.2 Zur Kontrollierbarkeit des Modell Vorhabens**

#### **2.3 Zur Reversibilität des Modellvorhabens**

### **3 Projektdurchführung**



Antragsbegründung

## 1 Genehmigungsfähigkeit des Modellprojekts

Das beantragte Modellprojekt verfolgt den Zweck zu überprüfen, inwieweit die mit dem umfassenden Verbot des Verkehrs mit Cannabisprodukten verfolgten generalpräventiven Effekte bezüglich des Konsums von illegalen Drogen nicht genausogut oder besser durch eine kontrollierte Abgabe von Cannabisprodukten und eine Trennung der Drogenmärkte erreicht werden können.

Das Betäubungsmittelgesetz normiert ein absolutes Verkehrsverbot für Cannabisprodukte. Eine Verkehrserlaubnis gemäß § 3 Abs. 1 Betäubungsmittelgesetz scheidet für diese Stoffe daher grundsätzlich aus. Das Verkehrsverbot kann nur gem. § 1 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz durch eine von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrats vorzunehmende Änderung der Anlage I des Betäubungsmittelgesetzes oder gem. § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz durch eine Ausnahmeerlaubnis des BfArM aufgehoben werden. Die Voraussetzungen für die Erteilung einer solchen Ausnahmeerlaubnis liegen vor.

Sowohl hinsichtlich der aktuellen Forschungslage als auch im Hinblick auf die aktuelle politische und rechtliche Bewertung besteht ein besonderes öffentliches Interesse an der empirischen Überprüfung der den gesetzlichen Regelungen zugrundeliegenden Annahmen.

Den auch bei einer Ausnahmeerlaubnis gem. § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz zu beachtenden Grundsätzen des § 5 Abs. 1 und 2 Betäubungsmittelgesetz (Körner, Harald Hans, Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz, 4. Aufl. München 1994, § 5 Rn 5) genügt die Ausgestaltung des Modellprojekts. Sowohl bei der für das Gesamtprojekt verantwortlichen obersten Landesgesundheitsbehörde als auch bei den nach der vorgelegten Projektbeschreibung Verantwortlichen in den Abgabestellen sind die jeweils erforderliche Sachkunde und Zuverlässigkeit sichergestellt. Das Modellprojekt trägt den Erfordernissen der Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs Rechnung und ist mit dem Zweck des Gesetzes vereinbar.

Die Entscheidung über die Erteilung der beantragten Ausnahmegenehmigung erfolgt vor dem Hintergrund der aktuellen wissenschaftlichen Bewertung der Risiken des Konsums von Cannabisprodukten. Dem Antrag ist als Anhang II ein pharmakologisches Gutachten von Prof. Dr. Unger, Institut für Pharmakologie im Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, beigelegt, das die Risiken spezifiziert.

Ausgehend von der aktuellen wissenschaftlichen Bewertung der Gesundheitsrisiken ist zu berücksichtigen, daß gravierende Gefährdungen vorwiegend von der Einheitlichkeit bzw. der Nähe der Märkte für illegale weiche und harte Drogen ausgehen (vgl. Stellungnahme des Bundesgesundheitsamts im Verfahren 2 BvL 43 / 92, S. 22; Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 9.3.94 (2 BvL 43, 51, 63, 64, 70, 80/92, 2 BvR 2031/92 = BVerfGE 90, 145, 181)).

Unter Berücksichtigung des Standes der wissenschaftlichen Forschung und der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sowie im Interesse der Legitimität und Legalität der betäubungsmittelrechtlichen Normierungen und der Suchtprävention ist die Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis durch das BfArM dringend geboten.

## **1.1 Wissenschaftlicher Zweck und öffentliches Interesse**

Das beantragte Modellprojekt zu einer kontrollierten Veräußerung von Cannabisprodukten ist nach Maßgabe des § 3 Abs. 2 BMG genehmigungsfähig, da es wissenschaftlichen Zwecken dient, die auch im öffentlichen Interesse liegen.

Das Modellprojekt soll sowohl die der Begründung des absoluten Verkehrsverbots für Cannabisprodukte zugrundeliegenden Annahmen sowie die mit dem Verkehrsverbot und der strafrechtlichen Sanktionierung zu seiner Durchsetzung verfolgten generalpräventiven Effekte insbesondere im Hinblick auf die Prävention gegenüber illegalen harten Drogen empirisch überprüfen. Die in der Projektbeschreibung (Anhang I), Kapitel 1 ausgeführten Forschungsthesen werden durch das in Kapitel 4 der Projektbeschreibung dargelegte Forschungsdesign und die dort beschriebenen Erhebungsinstrumente einer wissenschaftlichen Bewertung zugeführt.

Das Vorhaben steht nicht nur im Hinblick auf den zu erwartenden Gewinn bislang nicht verfügbarer empirischer Daten und die damit verbundene Möglichkeit zur Klärung von in der wissenschaftlichen Literatur streitigen Thesen im öffentlichen Interesse. Das Forschungsvorhaben dient der Vermeidung des Umstiegs von Konsumenten von weichen zu harten Drogen und damit der Förderung der allgemeinen Gesundheit. Das Forschungsprojekt soll zudem wichtige Hinweise für die Ausgestaltung des präventiven Gesundheitsschutzes in der Suchtprävention insbesondere auf der Landesebene geben.

## **1.2 Nichtvorliegen von Versagungsgründen**

### **1.2.1 Sachkenntnis und Zuverlässigkeit der Verantwortlichen**

Hinsichtlich einer Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz sind die § 5 Abs. 1 und Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz enthaltenen Grundsätze zu beachten (Körner, a.a.O., § 5, Rn 5). Versagungsgründe nach § 5 Betäubungsmittelgesetz stehen dem beantragten Modellvorhaben nicht entgegen.

Den Erfordernissen des § 5 Abs. 1 Nr. 1 - 4 Betäubungsmittelgesetz zur Benennung sachkundiger und zuverlässiger Verantwortlicher und einer adäquaten räumlichen und sächlichen Ausstattung der Veräußerungstellen ist durch den Zuschnitt des Modellvorhabens auf eine kontrollierte Veräußerung in Apotheken Rechnung getragen. Die Verantwortlichen der- wie in Kapitel 1. dargelegt, im Verfahren bzw. im Nachgang seitens der Antragstellerin näher zu benennenden Apotheken - sind die Apothekerinnen und Apotheker. Ihre Sachkunde im Sinne des § 6 Betäubungsmittelgesetz ist grundsätzlich gegeben. Bedenken gegen die Zuverlässigkeit im Einzelfall werden durch die Auswahl durch die Antragstellerin und, falls erforderlich, Meldung beim BfArM ausgeschlossen. Hinsichtlich der

Räumlichkeiten ist bei Apotheken von einer adäquaten Ausstattung für den Umgang mit Betäubungsmitteln auszugehen.

Für den Fall dennoch bestehender Bedenken bzw. im Sinne einer erhöhten Gewährleistung hinsichtlich der Auswahl der Veräußerungsstellen und der Verantwortlichen mag das BfArM geeignete Auflagen formulieren.

### **1.2.2 Keine Gefährdung der Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs**

Insbesondere stehen die in § 5 Abs. 1 Nr. 5 und 6 aufgeführten Versagungsgründe einer Erlaubniserteilung durch das BfArM nicht entgegen, da die Sicherheit oder Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs auch im Hinblick auf außerhalb der Nr. 1 bis 4 der Vorschrift liegende Gründe nicht gefährdet ist.

Aufgrund der Besonderheit der Fragestellung des Modellprojektes wird die auf den Einzelfall ausgerichtete Kontrolle, wie sie in § 12 Betäubungsmittelgesetz ausformuliert ist, durch die Kontrolle innerhalb des Modellprojekts und der begleitenden Forschung realisiert. Die Auswahl der Veräußerungsstellen trägt ebenso zur weitestmöglichen Wahrung der Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs bei wie die begleitende Forschung, die in einer 1. Phase überwacht, ob unerwartete, unerwünschte Effekte auftreten und eine Korrektur bzw. Anpassung, gegebenenfalls auch ein Abbruch des Projektes angezeigt ist.

Erwägungen aus der Tatsache, das im Rahmen des Modellprojekts ein Umgang mit Betäubungsmitteln der Anlage I vorgesehen ist, können dem Vorhaben nicht entgegenstehen, zumal es im Rahmen des beantragten Modellprojekts nicht um die Freigabe der Cannabisprodukte geht, sondern um eine Überprüfung, ob sich eine kontrollierte Veräußerung als sinnvoll erweisen kann. Diese Überprüfung soll in Ermangelung hinreichend gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse auf der Grundlage eines Designs zur empirischen Forschung erfolgen. Dies setzt den Umgang mit Cannabisprodukten in einem gewissen Umfang voraus.

Auch die gesetzliche Konzeption des umfassenden Verkehrsverbots für Stoffe gemäß Anhang I und einer engen Kontrolle des sonstigen Umgangs mit Betäubungsmitteln steht dem Modellprojekt nicht entgegen. Insbesondere führt die kontrollierte Veräußerung und der im Rahmen des Modellprojekts gewährte Legalitätsschutz zum Erwerb und Besitz begrenzter Mengen an Cannabis zu keiner unvermeidbaren Erhöhung abstrakter Fremdgefährdungen.

Das Bundesverfassungsgericht begründet die Einschränkung der strafrechtlichen Sanktionierung bei Delikten zum Eigenverbrauch mit der im Regelfall begrenzten Fremdgefährdung und sieht die dem Verkehrsverbot zugrundeliegende These der "Einstiegsdroge" als dahingehend modifiziert an, daß nicht die den Cannabisprodukten zugeschriebenen stofflichen Wirkungen, sondern gerade die Umstände der Beschaffung problematisch sind (BVerfGE 90, 145). Die Begründung des Gesetzgebers stellt dagegen darauf ab, daß jeglicher Konsum zu Nachfrage, damit zur Sicherung des Fortbestandes des Drogenmarktes und dadurch zu Fremdgefährdung führt, der durch ein striktes Verkehrsverbot für Cannabisprodukte zu begegnen sei. Die sich diesbezüglich widerstreitenden Literaturmeinungen lassen diesen Konflikt ungelöst. Das Modellprojekt wählt daher den Ansatz der empirischen

Überprüfung der offenen Fragen, wozu auch die Befürchtung einer möglichen Ausweitung des Konsums gehört.

Eine Untersuchung unter Beibehaltung der gegenwärtigen strafrechtlichen Reglementierungen wäre nicht geeignet, Auskunft über die generalpräventiven Effekte des Cannabisverbots zu geben. Hierzu muß in geeigneter Form ein legaler Kontext für Produktion, Vertrieb, Erwerb und Konsum hergestellt werden, um empirisch überprüfen zu können, inwieweit sich bisherige Verhaltensweisen hinsichtlich des Konsums legaler und illegaler Drogen unter solchen Bedingungen verändern, und zu welchen Gesamteffekten sie sich summieren.

Die Modellkonzeption stellt durch die kontrollierten Teilnahmebedingungen, durch die laufenden Rückmeldungen der Veräußerung pro Teilnehmer und die begleitenden wissenschaftlichen Instrumente die notwendige Kontrolldichte sicher sowohl hinsichtlich der Entwicklung des individuellen Konsumverhaltens als auch im Hinblick auf eine mögliche Ausweitung des Konsumentenkreises oder der Gesamtmenge.

Schließlich ist zu berücksichtigen, daß das Projekt in einem räumlich und zeitlich begrenzten Rahmen unterhalb der Auswirkungen einer Änderung der Verordnung nach § 1 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz angesiedelt bleibt. Das Vorhaben ist in seiner Ausgestaltung darauf angelegt, die Entstehung neuer Strukturen zu vermeiden und eine Reversibilität gegebenenfalls schon im Laufe des Projektes selbst zu ermöglichen.

### **1.2.3 Zweck des Betäubungsmittelgesetzes**

Das Modellprojekt zielt darauf ab, das Hauptanliegen des Gesetzes, das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen, besser erfüllen zu können. Schon während der Durchführung des Projekts wird darauf geachtet, diese Zielsetzung des Gesetzes zu beachten.

Die für den begrenzten Versuchsrahmen beantragte Ausnahmeerlaubnis für die Veräußerung von Cannabisprodukten ermöglicht einen neuen Ansatz zur Prävention und zu einem verbesserten Gesundheitsschutz. Der Ansatz des Modellprojekts zielt darauf ab, für diejenigen, die gelegentlich Cannabisprodukte konsumieren, die bei der Beschaffung notwendige Nähe zum Markt [ harter Drogen vermeiden zu helfen. Hierdurch soll ein Beitrag zur Verringerung des Konsums harter Drogen, insbesondere Heroin, geleistet werden. Schließlich wird die Ausweitung der empirischen Erkenntnisse - unabhängig davon, ob die dem Projekt zugrundeliegenden Forschungsthese bestätigt werden oder nicht - sowohl zu einer Vereinheitlichung der Drogenpolitik als auch zu einer verbesserten Wirkung der mit dem Betäubungsmittelgesetz verfolgten präventiven Ansätze beitragen.

Bereits während des Modellprojekts können aufgrund der erweiterten Kontaktmöglichkeiten zum Konsumentenkreis bei der Projektdurchführung und auch im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung eine gezielte Aufklärung über die Gefahren des Cannabis-Konsums sowie Hinweise über konkrete gesundheitliche Risiken und ihre Verminderung an den gefährdeten Personenkreis herangetragen werden.

### **1.2.4 Keine Versagung aus § 5 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz**

Einer positiven Entscheidung des Antrags stehen keine Einwände aus entgegenstehenden internationalen Abkommen oder Rechtsakten der Organe der Europäischen Union entgegen. Insbesondere soll die Veräußerung von Cannabisprodukten nur in einem zeitlich und räumlich begrenzten Rahmen und unter kontrollierten Bedingungen erfolgen.

## **2 Notwendige Ermessensentscheidung des BfArM**

Wie dargelegt, erfüllt das beantragte Modellprojekt die vom Gesetz geforderten Voraussetzungen und stehen keine Versagungsgründe entgegen. Damit ist der Weg für eine Ermessensentscheidung des BfArM über die Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz eröffnet.

Bei dieser Entscheidung ist die aktuelle Rechtsprechung vor allem des Bundesverfassungsgerichts zu beachten, die der Begründung des Gesetzgebers den Erkenntnisstand der wissenschaftlichen Forschung entgegenhält und vor diesem Hintergrund auch die prekäre wissenschaftliche Begründung und damit letztlich die Begrenztheit der verfassungsrechtlichen Legalität der gesetzlichen Konzeption des absoluten Verkehrsverbots problematisiert. So werden nicht nur die konkreten Bedingungen der erhofften generalpräventiven Effekte einer veränderten Beurteilung unterzogen, sondern es wird in der Konsequenz auch ihre Wirksamkeit in Frage gestellt.

Besonders gravierend erscheint die Offenheit grundlegender Fragestellungen hinsichtlich der uneinheitlichen Rechtspraxis zur strafrechtlichen Durchsetzung des absoluten Verkehrsverbots.

Mit der Entscheidung vom 9.3.94 (BVerfGE 90, 145) hat das Bundesverfassungsgericht zwar bestätigt, daß das Betäubungsmittelgesetz noch immer als verfassungsgemäß anzusehen ist, aber zugleich auf einige erhebliche Schwächen des Gesetzes hingewiesen, die nur aufgrund gesicherter empirischer Erkenntnisse behoben werden können. Dies unterstreicht das besondere öffentliche Interesse an der Durchführung des beantragten Modellprojekts.

Der Gesetzgeber geht bei der Konzeption des Betäubungsmittelgesetzes davon aus, zum Schutz der Gesundheit des Einzelnen und der Gesamtheit der Bevölkerung sowie zur Bewahrung der Bevölkerung vor den Gefahren einer Abhängigkeit von Betäubungsmitteln bedürfe es eines umfassenden Verbots des Umgangs mit Cannabisprodukten bei nur wenigen Ausnahmen (vgl. die Begründung der Regierungsvorlage zum Betäubungsmittelgesetz 1971, BRDrucks. 665/70 (neu), S. 2 und der Regierungsvorlage des Betäubungsmittelgesetzes 1981, BTDrucks. 8/3551, S. 23t). Diese gesetzliche Konzeption soll den Gefahren, die der Droge und dem Drogenhandel für den Einzelnen und für die Allgemeinheit zugerechnet werden, mit einer umfassenden staatlichen Kontrolle und zu ihrer Durchsetzung mit einer lückenlosen strafrechtlichen Sanktionierung begegnen.

Die Begründung des umfassenden Verkehrsverbots für Cannabisprodukte stellt zum einen darauf ab, die gesundheitliche Unbedenklichkeit dieser Stoffe sei "nicht

erwiesen" und weist zum anderen auf eine mögliche Schrittmacherfunktion von Cannabis als "Einstiegs- Droge" hin (BTDrucks. 8/3551, S. 24). Der Hinweis auf den Charakter der "Einstiegsdroge" in der Begründung der Regierungsvorlage 1981 erfolgt unter Bezugnahme auf die Begründung des Betäubungsmittelgesetzes aus 1970, die "mit großer Wahrscheinlichkeit" von einer "Schrittmacherfunktion" und einem "Umsteigeeffekt auf härtere Drogen" ausging und für diese Bewertung konkrete Forschungsergebnisse für "in etwa 5 Jahren" in Aussicht stellte (BTDrucks. 665/70 (neu), S. 5).

Die 1970 angekündigte wissenschaftliche Fundierung der dem Betäubungsmittelgesetz zugrundegelegten Annahmen zur stofflichen Wirkung und zu den gesellschaftlichen Effekten des Cannabis-Konsums steht nach mehr als einem Vierteljahrhundert noch immer aus. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werden die gesetzlichen Verbote und die strafrechtlichen Sanktionen in weitem Umfang von der Tatsache getragen, daß ihre Grundannahmen (noch) nicht abschließend widerlegt sind.

Der Mangel an wissenschaftlicher Fundierung stellt die generalpräventiven Zielsetzungen des Betäubungsmittelgesetzes und die Glaubwürdigkeit der aktuellen staatlichen Drogenpolitik in Frage. Die unterschiedliche Bewertung zentraler Thesen zu Drogenkonsum und Drogenhandel führen auch zu einer uneinheitlichen Handhabung drogenpolitischer und strafrechtlicher Instrumente im Bund und in den Bundesländern. In der Konsequenz verlieren die Ansätze zur Drogenprävention und zum Schutz der Bevölkerung vor den gesundheitlichen Gefahren des Drogenmißbrauchs zunehmend an Wirksamkeit und Legitimation. Darüber hinaus führt das jetzige wissenschaftliche Defizit zu einer Erosion der rechtlichen Grundlagen der Drogenpolitik. In dem Maße, in dem die Begründung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften keine wissenschaftliche Bestätigung erfährt und das Fehlen wissenschaftlicher Aussagen einer Vereinheitlichung der Rechtsanwendung in den Ländern entgegensteht, wird auch die verfassungsrechtliche Legitimation zunehmend prekär.

## **2.1 Forschungslücken und Begründungsdefizite der rechtlichen Regelungen**

Der 2. Senat des Bundesverfassungsgerichts hatte mit Beschluß vom 9. März 1994 (BVerfGE 90, 145) die Frage zu beantworten, ob Strafvorschriften des Betäubungsmittelgesetzes mit dem Grundgesetz vereinbar sind, soweit sie verschiedene Formen des unerlaubten Umgangs mit Cannabisprodukten mit Strafe bedrohen, und hat in diesem Rahmen auch zur Verfassungsmäßigkeit der gesetzlichen Konzeption und Begründung des umfassenden Verkehrs Verbots für Cannabisprodukte Stellung genommen.

Zur Bewertung der vom Verkehr mit Cannabis ausgehenden gesundheitlichen Gefahren hat das BVerfG festgehalten:

"Die ursprüngliche Einschätzung der Gesundheitsgefahren durch den Gesetzgeber ist heute umstritten. Jedoch ist auch die den Vortagebeschlüssen zugrundeliegende Annahme mangelnder Gefährlichkeit von Cannabisprodukten ungesichert." (BVerfGE 145,177)

Hinsichtlich der Umstiegsthese ist das BVerfG in Auswertung der wissenschaftlichen Forschung zu folgender Feststellung gelangt:

"Dies wird allerdings weniger auf die Rauschgewöhnung als vielmehr auf die Einheitlichkeit des Drogenmarktes ... zurückgeführt (so im Ergebnis wohl auch die Stellungnahme des Bundesgesundheitsamts, a.a.O., S. 22 unten)."  
(BVerfGE 90, 145,181)

Ausgehend von dem nur in begrenztem Umfang überprüfbareren Beurteilungsspielraum des Gesetzgebers hat das BVerfG das Betäubungsmittelgesetz als verfassungskonform beurteilt. Von Verfassungswegen sei die "... festgehaltene Einschätzung des Gesetzgebers, die strafbewehrten Verbote gegen den unerlaubten Umgang mit Cannabisprodukten seien auch erforderlich, um die Ziele des Gesetzes zu erreichen" (BVerfGE 90, 145,182) nicht zu beanstanden. Unter Verweis auf eine noch nicht abgeschlossene, strittige kriminalpolitische Diskussion, "... ob eine Verminderung des Cannabiskonsums eher durch die generalpräventive Wirkung des Strafrechts oder aber durch die Freigabe von Cannabis und eine davon erhoffte Trennung der Drogenmärkte erreicht wird", hält das Bundesverfassungsgericht ebenso die Auffassung des Gesetzgebers für vertretbar und verfassungsrechtlich hinzunehmen "... ihm stehe zur Erreichung der gesetzlichen Ziele kein gleich wirksames, aber weniger eingreifendes Mittel als die Strafandrohung zur Verfügung". Angesichts der Tatsache, daß "... wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse, die zwingend für die Richtigkeit des einen oder anderen Wegs sprächen" nicht vorlägen, weist das BVerfG den Einwand zurück, "... die bisherige Cannabis-Prohibition habe die Gesetzesziele nicht vollständig erreichen können und eine Freigabe von Cannabis würde als milderes Mittel diese Zwecke eher erfüllen" (BVerfGE 90, 145,182).

Das BVerfG hat indes auch darauf hingewiesen, daß weitergehende wissenschaftliche Erkenntnisse auch im Hinblick auf die Einschätzungs- und Entscheidungsprärogative des Gesetzgebers für die Wahl unter verschiedenen geeigneten Wegen zur Erreichung des Gesetzesziels eine andere Bewertung erforderlich machen können.

"... unter besonderen Voraussetzungen erscheinen Fälle denkbar, in denen gesicherte kriminologische Erkenntnisse im Rahmen der Normenkontrolle insoweit Beachtung erfordern, als sie geeignet sind, den Gesetzgeber zu einer bestimmten Behandlung einer von Verfassungswegen gesetzlich zu regelnden Frage zu zwingen oder doch die getroffene Regelung als mögliche Lösung auszuschließen. Einen solchen Festigkeitsgrad weisen indessen die Ergebnisse des Meinungsstreites über ein strafbewehrtes Verbot jeglichen Umgangs mit Cannabisprodukten nicht auf" (BVerfGE 90, 145,183).

Die Einschätzungs- und Entscheidungsprärogative des Gesetzgebers steht insofern unter einem empirischen Vorbehalt. Der Gesetzgeber hat sich mithin insbesondere bei der Wahl strafrechtlicher Sanktionen als der geeigneten Maßnahme zum Rechtsgüterschutz der rechtfertigenden Grundlagen zu vergewissern.

## 2.2 Generalpräventive Begründung und Übermaßverbot

Die gesetzliche Konzeption des umfassenden Verkehrsverbots und seiner durchgehenden strafrechtlichen Sanktionierung hat das BVerfG schließlich für den ausschließlich gelegentlichen Eigengebrauch geringer Mengen von Cannabisprodukten nur insofern für verfassungsgemäß erachtet, als "die Strafverfolgungsorgane nach dem Übermaßverbot von der Verfolgung der in §31 a Betäubungsmittelgesetz bezeichneten Straftaten grundsätzlich abzusehen haben" (BVerfGE 90, 145, 146 (Leits. 3.)).

Dem liegt die Überlegung zugrunde, die Strafdrohung für den unerlaubten Erwerb und Besitz von Cannabis zum Eigengebrauch verstoße unter generalpräventiven Gesichtspunkten nicht gegen das verfassungsrechtliche Übermaßverbot, da einerseits "... der unerlaubte Erwerb und der unerlaubte Besitz ... fremde Rechtsgüter schon insofern [gefährden], als sie die Möglichkeit einer unkontrollierten Weitergabe der Drogen an Dritte eröffnen" (S. 187) und andererseits dadurch eine Nachfrage des illegalen Drogenmarktes konstituiert werde (S. 187).

Das Bundesverfassungsgericht differenziert jedoch zwischen dem öffentlichen Interesse an einer Bestrafung und den - generalpräventiv begründeten - Effekten einer generellen Strafandrohung für den unerlaubten Erwerb und Besitz von Cannabisprodukten:

"Beschränkt sich der Erwerb oder Besitz von Cannabisprodukten auf kleine Mengen zum gelegentlichen Eigenverbrauch, so ist im allgemeinen auch die konkrete Gefahr einer Weitergabe der Droge an Dritte nicht sehr erheblich. Entsprechend gering ist in aller Regel das öffentliche Interesse an einer Bestrafung. Die Verhängung von Kriminalstrafen gegen Probierer und Gelegenheitskonsumenten kleiner Mengen von Cannabisprodukten kann in ihren Auswirkungen auf den einzelnen Täter zu unangemessenen und spezialpräventiv eher nachteiligen Ergebnissen führen, wie etwa einer unerwünschten Abdrängung in die Drogenszene und einer Solidarisierung mit ihr" (BVerfGE 90, 145, 188).

Hiernach stellt sich die Frage des Übermaßverbots erneut, sofern die angenommenen generalpräventiven Effekte zum Schutz fremder Rechtsgüter nicht eintreten bzw. durch andere, nicht das Strafrecht erfordernde drogenpolitische Maßnahmen erreicht werden können. Insofern besteht auch hier ein Vorbehalt der empirischen Überprüfung, inwieweit zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung ein umfassendes Verkehrsverbot und strafrechtliche Sanktionen erforderlich sind.

## 2.3 Uneinheitliche Rechtspraxis zu §31 a Betäubungsmittelgesetz

Der § 31 a Betäubungsmittelgesetz ermöglicht den Strafverfolgungsorganen die Einstellung der Strafverfolgung bei geringer Schuld des Täters und fehlendem öffentlichen Interesse. Das Bundesverfassungsgericht fordert, daß bei gelegentlichem Cannabiskonsum ohne Fremdgefährdung die Strafverfolgungsorgane aufgrund des Übermaßverbots grundsätzlich von der Verfolgung abzusehen haben. Das Bundesverfassungsgericht fordert darüber hinaus die Länder auf, für eine einheitliche Einstellungspraxis zu sorgen (BVerfGE 90, 145, 190).

Solange nicht von einer dauerhaft unterschiedlichen Handhabung des § 31 a Betäubungsmittelgesetz durch die Bundesländer ausgegangen werden kann, gesteht das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber zu, abzuwarten, ob der speziell auf Konsumentenvergehen im Betäubungsmittelrecht zugeschnittene Tatbestand des §31 a Betäubungsmittelgesetz zu einer im wesentlichen gleichmäßigen Rechtsanwendung in diesem Rechtsbereich führt oder ob weitere gesetzliche Konkretisierungen der Einstellungs Voraussetzungen erforderlich sind" (BVerfGE 90, 145, 191).

Für die meisten Bundesländer liegen inzwischen entsprechende Richtlinien, Erlasse, Verfügungen und Vereinbarungen vor. Eine einheitliche Rechtsanwendung ist nicht gegeben (siehe Anhang I, Anlage 2). Hinsichtlich der Bestimmung einer 'geringen Menge<sup>1</sup>, der Definition von 'Fremdgefährdung<sup>1</sup>, des Umgangs mit Wiederholungstätern' sowie den 'Einstellungs Voraussetzungen' werden höchst unterschiedliche Regelungen getroffen. Es gibt keine zwei Regelungen, die in bezug auf den obigen Katalog gleich wären. Auch die Spannweite der einzelnen Regelungen ist erheblich.

Die jeweils festgelegte 'kleine Menge' reicht von nicht weiter definierten 3 Konsumeinheiten, über 6, 10, 15, 20 bis zu 30 Gramm Cannabisprodukten. Für einen Teil der Länder schließt die 'Fremdgefährdung' bereits den öffentlichen Konsum an allen jugendtypischen Orten ein, für einen anderen Teil der Länder bedarf es dazu eines ostentativen Verhaltens. Einerseits wird bei 'Wiederholungstätern' die Anwendung des § 31 a Betäubungsmittelgesetz bejaht, wenn die Betroffenen abhängig sind, andererseits gibt es entgegengesetzte Vorschriften, die bei Drogenabhängigkeit diesen Paragraphen gerade nicht anwenden wollen. Auch die Ermessens- und Beurteilungsspielräume für die Einstellungen variieren stark. Die Unterschiede vertiefen sich, insofern zur Beurteilung von Wiederholungstätern neben den sie unmittelbar betreffenden Regelungen und den weiteren Einstellungs Voraussetzungen auch die vorgefundenen Menge in die Betrachtung einbezogen wird.

Diese Situation bedeutet nicht nur für die Betroffenen ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit und strafrechtlicher Ungleichbehandlung. Die unterschiedlichen Regelungen spiegeln auch die uneinheitliche Einschätzung der Gefährdungspotentiale sowie die kontroversen Bewertungen der zu ihrer Bekämpfung geeigneten Maßnahmen in den einzelnen Bundesländern wider. Während die einen hoffen, die generalpräventiven Intentionen des Betäubungsmittelgesetzes durch kleinmaschige Regelungen zu erfüllen, glauben andere, dies gerade durch eine weitgefaßte Auslegungspraxis zu erreichen.

Grundlage für die unterschiedliche Rechtsanwendung ist keineswegs nur eine unterschiedliche generelle Einschätzung des Drogenproblems, sondern das erhebliche Defizit an empirischer Grundlegung über generalpräventive Effekte von Drogenverboten, insbesondere hinsichtlich des Verbots von Cannabisprodukten.

## **2.4 Notwendigkeit empirischer Überprüfung**

Nach den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts ist die gesetzliche Konzeption des umfassenden Verkehrsverbots für Cannabisprodukte insofern

verfassungsrechtlich unbedenklich, als ihre Begründung nicht durch besser abgesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse widerlegt wird. Angesichts dieses empirischen Vorbehalts sieht das BVerfG zwar die Festlegungen des Gesetzgebers als "durch die erstrebten Zwecke gerechtfertigt" (BVerfGE 90, 145, 184) an. Das Gericht weist jedoch mehrfach auf den erheblichen Mangel der wissenschaftlichen, insbesondere der empirischen Erkenntnisse hin und fordert eine Beobachtung und Überprüfung der Wirkungen des geltenden Rechts:

"Angesichts der dargestellten offenen kriminalpolitischen und wissenschaftlichen Diskussion über die vom Cannabiskonsum ausgehenden Gefahren und den richtigen Weg ihrer Bekämpfung (vgl. oben I. 2. c) und 4.) hat der Gesetzgeber die Auswirkungen des geltenden Rechts unter Einschluß der Erfahrungen des Auslandes zu beobachten und zu überprüfen (vgl. BVerfGE 50, 290, 335; 56, 54, 78; 65, 1 551.; 88, 203, 309f). Dabei wird er insbesondere einzuschätzen haben, ob und inwieweit die Freigabe von Cannabis zu einer Trennung der Drogenmärkte führen und damit zur Eindämmung des Betäubungsmittelkonsums insgesamt beitragen kann oder ob umgekehrt nur die strafbewehrte Gegenwehr gegen den Drogenmarkt insgesamt und die sie bestimmende organisierte Kriminalität hinreichenden Erfolg verspricht" (BVerfGE 90, 145, 194).

Dem Auftrag des Bundesverfassungsgerichts, die generalpräventiven Effekte eines Cannabisverbots bzw. seiner Alternative, der Freigabe von Cannabis, empirisch zu überprüfen, kann nur mit Hilfe eines wissenschaftlichen Vorhabens zur kontrollierten Abgabe von Cannabis nachgekommen werden. Dies erfordert die Schaffung eines legalen Kontextes, der Produktion, Vertrieb, Erwerb und Konsum von Cannabis umfaßt. Damit könnte empirisch überprüft werden, inwieweit sich bisherige Verhaltensweisen von (potentiellen) Cannabis-Konsumenten hinsichtlich des Gebrauchs legaler und illegaler Drogen unter solchen Bedingungen im Sinne der Generalprävention verändern.

Damit verbunden wäre eine bessere empirische Fundierung drogenpolitischer Grundlagen. Dies könnte helfen, dem verfassungsrechtlichen Übermaßverbot besser zu entsprechen bzw. die Rechtssicherheit hinsichtlich der Strafverfolgung bei Cannabis-Delikten zu verbessern.

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, bei fehlender Fremdgefährdung und bei kleinen Mengen zum Eigenverbrauch wegen geringer Schuld von einer Strafverfolgung abzusehen, kann als Ansatz für die Umsetzung seines Prüfauftrags genommen werden, bei der in einem wissenschaftlich kontrollierten Versuch der Abgabe kleiner Mengen zum Eigenverbrauch nicht nur von einer Strafverfolgung abgesehen, sondern auch auf polizeiliche Ermittlungen und Registrierung verzichtet wird.

## **Antragsbegründung Anhang I:**

### **Projektbeschreibung**

#### **1 Forschungsthesen**

"Die Aufnahme von Cannabis in die Anlagen zum Betäubungsmittelgesetz wurde in der amtlichen Begründung Ende der 60er Jahre u.a. mit der Schrittmacherfunktion und dem Umsteigeeffekt auf härtere Drogen begründet. Aus der Sicht der heutigen Drogenforschung ist diese Auffassung aus dem Jahre 1971 nicht mehr zutreffend." Dieses Zitat von 1992 aus dem Bochumer Institut für sozialmedizinische Forschung soll hier nur beispielhaft aufzeigen, daß die der damaligen Gesetzgebung zugrunde gelegten Vermutungen und Erkenntnisse heute nicht mehr unumstritten sind. Das ist nicht verwunderlich, denn dazwischen liegen 25 Jahre Drogenpolitik und -forschung. Das Drogenproblem ist geblieben. Dies für sich allein genommen ist jedoch kein Argument für die eine oder andere These. Zu fragen ist daher einerseits nach den Grundpfeilern der heutigen Drogenpolitik und andererseits nach den im Verlauf von 25 Jahren gewonnen empirischen Erkenntnissen, die sie stützen. Hier finden sich Konstanten in der Rechtfertigung und ebenso zunehmende, empirisch begründete Kritik an deren Richtigkeit. Diese Strittigkeit ist gemeint, wenn das Bundesverfassungsgericht eine abschließende Stellungnahme zur Cannabis-Problematik meidet und auf den Mangel an hinreichend gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen verweist, die "... zwingend für die Richtigkeit des einen oder anderen Weges sprächen" (Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 9.3.94 (2 BvL 43, 51, 63, 64, 70, 80/92, 2 BvR 2031/92 = BVerfGE90, 145, 182).

#### ***Forschungsthese I:***

*Die generalpräventiven Effekte, die durch das derzeitige umfassende Cannabisverkehrsverbot erreicht werden, können genauso gut oder besser mit einer kontrollierten Abgabe von Cannabis zum Eigengebrauch erreicht werden.*

Die Einschätzung der tatsächlichen präventiven Wirkungen, die das umfassende Verbot von Cannabis hat, ist schwierig, da ein Vergleichsmaßstab fehlt. Die sogenannte Drogenwelle Anfang der 70er Jahre hat sich trotz eines bestehenden Cannabisverbots entwickelt. Ob deren Ausbreitungsgeschwindigkeit durch das fortbestehende Cannabisverbot gebremst wurde oder ob andere Faktoren - Sättigungserscheinungen (nicht alle wollen Cannabis konsumieren) oder soziokulturelle Einflüsse - dafür verantwortlich waren, läßt sich empirisch nicht entscheiden: Es bedarf eines Kontrollversuchs.

Er hat zu prüfen, ob sich bei wegfallendem Cannabisverbot bzw. bei kontrollierter Abgabe von Cannabis zum Eigengebrauch die Drogensituation verschlechtert, wobei vielfältige Aspekte zu berücksichtigen sind: u.a. der Umfang und die Intensität des Drogenkonsums, die Konsummuster, das Spektrum und der Gefährdungsgrad der konsumierten Drogen, die Einschätzungen der Schädlichkeit des Drogenkonsums und das praktizierte Vermeidungsverhalten gegenüber bestimmten Drogen.

Diese Aspekte sind in den beiden folgenden Forschungsthesen weiter ausgeführt.

## **Forschungsthese II:**

*Bei einer kontrollierten Abgabe von Cannabis zum Eigengebrauch trifft das Bündel sich wechselseitig stützender Thesen, das ein generelles Verbot von Cannabis begründen soll, nicht zu.*

Das Cannabisverbot basiert auf einer Reihe von Annahmen über die Auswirkungen einer Entkriminalisierung oder Legalisierung von Cannabis. Dies sind im einzelnen:

1. *These der Verführung* zum Drogenkonsum wegen erhöhter Griffnähe: Durch die legale Zugänglichkeit zu Cannabisprodukten und die Einrichtung von Verkaufsstellen werde die Hemmschwelle gesenkt, Haschisch und Marihuana zu probieren.
2. *Verharmlosungsthese*: Die Entkriminalisierung oder Legalisierung von Cannabis bedeute eine Verharmlosung des Drogenkonsums, weil viele (potentiellen) Konsumenten dies so verstehen könnten, als ob der Konsum von Drogen wenig schädlich sei.
3. *These vom 'Dambruch'*: Durch die erhöhte Griffnähe und Verharmlosung von Cannabisprodukten komme es zu einer 'dambruchartigen' Ausweitung des Konsums gegenüber dem jetzigen Stand, sowohl was die Zahl der Konsumenten als auch was die Intensität des Konsums anbelangt.
4. *Einstiegs- und Umsteigethese*: Weil Cannabis eine Schrittmacherfunktion hin zu härteren Drogen besitze und Umsteigeeffekte zu Heroin auslöse, würde auch die Zahl der Heroinkonsumenten zunehmen.

## **Forschungsthese III:**

*Die kontrollierte Abgabe von Cannabis zum Eigengebrauch führt zu einer besseren Trennung der Konsumentengruppen 'harter' und 'weicher' Drogen und führt insgesamt zu einer wirksameren Drogenprävention.*

Dabei soll überprüft werden, inwieweit:

1. eine Trennung der Drogenmärkte von 'harten' und 'weichen' Drogen erreicht werden kann bzw. die Cannabis-Konsumenten von einer illegalen Drogenszene ferngehalten werden können und dadurch eine bessere Prävention gegenüber harter Drogen erzielbar ist;
2. insgesamt die Glaubwürdigkeit der Drogenprävention als der entscheidenden Voraussetzung effektiver Prävention zunimmt und zu einer differenzierten und realistischen Einschätzung der Problematik illegaler und legaler Drogen führt;
3. bei einem nicht perpetuiertem Probierverhalten und sozial integriertem unauffälligem Konsum ein besserer Schutz gegen Abhängigkeit und Übermaßkonsum erreicht sowie ein bewußteres Gesundheitsverhalten hervorgerufen werden kann;

4. durch die offeneren und differenziertere Thematisierung des Drogenkonsums im privaten wie auch im schulischen und außerschulischen Kontext (general-)präventive Effekte erzielt werden können und damit ein Beitrag zur Eindämmung des Drogenkonsums insgesamt geleistet wird.

## **2 Risikoabschätzung, Kontrollierbarkeit und Reversibilität des Modellvorhabens**

Die Forschungsthese, die sich nicht auf individuelle Karriereverläufe beziehen, sondern auf (general-)präventive Effekte, lassen sich nur in einem gesellschaftlich realen Kontext überprüfen.

Es sind keine Laborbedingungen vorstellbar, unter denen ein solches Modellvorhaben verwirklicht werden könnte.

Auch das Herausgreifen einer speziellen Untersuchungsgruppe (repräsentativen Stichprobe), die dann mit einer jeweils individuellen Sondererlaubnis zum legalen Cannabiskonsum ausgestattet werden müsste, stellt keine Lösung dar. Solche personenbezogenen Versuchsbedingungen würden den Verlauf des Versuchs selbst beeinflussen, so daß dessen Ergebnisse nicht generalisierbar wären.

Ebenso ist eine Befragung, die mit hypothetischen Fragen das zukünftige Verhalten unter legalen Bedingungen zu eruieren versucht, wenig aussagekräftig. Dies gilt insbesondere für Jugendliche und Jungerwachsene, die sich in der Persönlichkeitsentwicklung befinden.

Das wissenschaftliche Modellvorhaben muß daher unter realen Bedingungen ablaufen. Das bedeutet:

- Es bedarf eines hinreichend großflächigen Versuchsgebiets, um die generalpräventiven Effekte empirisch überprüfen zu können.
- Der Versuchszeitraum muß lang genug sein, um u.a. die Thesen zum Einstiegsverhalten und zur Schrittmacherfunktion insbesondere bei Jugendlichen und Jungerwachsenen kontrollieren zu können.
- Erforderlich ist eine umfassende Sondererlaubnis im Sinne des § 3 (2) Betäubungsmittelgesetz, die die legale Herstellung, den Verkauf und den Erwerb von Cannabis unter bestimmten Bedingungen ermöglicht.

Ein solcher Großversuch, auch wenn er zeitlich wie räumlich begrenzt ist, bedarf über die wissenschaftliche Fragestellung und Überprüfbarkeit hinaus einer besonderen Rechtfertigung:

- Das Modellvorhaben insgesamt darf nicht zu unvermeidbaren Gefährdungen der Bevölkerung führen (Risikoabschätzung).
- Das Modellvorhaben muß in seinem gesamten Ablauf so kontrolliert werden, daß es bei ungünstigem Entwicklungsverlauf abgebrochen werden kann (Kontrollierbarkeit).

- Bei Beendigung des Modellvorhabens müssen die Ausgangsbedingungen wiederherstellbar sein (Reversibilität).

## **2.1 Zur Risikoabschätzung des Modellvorhabens**

Bei allen folgenden Analysen sollte mitberücksichtigt werden, daß der Cannabiskonsum bereits eine erhebliche epidemiologische Relevanz hat -trotz des umfassenden Verbots hinsichtlich der Herstellung, des Vertriebs und Verkaufs sowie des Erwerbs von Cannabisprodukten. Bei der Abschätzung der Risiken ist daher besonders darauf zu achten, ob durch die kontrollierte Abgabe von Cannabis zum Eigengebrauch sich neue oder erhöhte Gefährdungen ergeben bzw. der Gefährdungsgrad ein Ausmaß erreichen kann, das eine staatlich geregelte Abgabe von Cannabis für einen beschränkten Zeitraum unvertretbar erscheinen läßt.

Grundlage für diese Einschätzungen ist die wissenschaftliche Literatur. Deren Ergebnisse sollen im Sinne einer solchen Risikobewertung im folgenden ausführlich analysiert werden. Dabei stehen empirisch fundierte Studien im Vordergrund.

Die Auswertung der Fachliteratur zeigt, daß ein Modellversuch zur kontrollierten Abgabe von Cannabis zum Eigengebrauch in Schleswig-Holstein verantwortbar ist.

Das Cannabisverbot basiert - neben gesundheitlichen Bedenken - auf einem Bündel sich wechselseitig stützender Thesen über die angenommenen Auswirkungen einer Entkriminalisierung oder Legalisierung von Cannabis: Der Einstiegs- und Umsteigethese, der These von der Verführung zum Drogenkonsum, der Verharmlosungsthese, der These vom 'Dambruch' und der These von der 'kulturfremden Droge'. Die Durchsicht der Literatur zeigt, daß diese Thesen empirisch unzureichend belegt sind und die entsprechenden Untersuchungen methodisch angreifbar sind.

Beispielsweise gilt die pharmakologische Begründung für die Einstiegsdroge 'Cannabis' als widerlegt. Auch Behauptungen über die erheblichen gesundheitlichen Gefahren des Cannabiskonsums aus den 70er Jahren mußten inzwischen revidiert werden. Gegen andere Annahmen, wie der 'dambruchartigen' Ausweitung des Cannabiskonsums und Zunahme von Heroinabhängigkeit bei Entkriminalisierung, sprechen Erkenntnisse aus dem Ausland (Niederlanden, verschiedene Bundesstaaten der USA).

Auch wenn diese ausländischen Erfahrungen nicht undifferenziert auf die Bundesrepublik Deutschland übertragen werden können, liefern sie doch wichtige Anhaltspunkte dafür, daß mit dem Modellversuch zur kontrollierten Abgabe von Cannabisprodukten die gewünschten Effekte im Sinne der Forschungsthese erzielt werden können.

Dies ist das Resümee der in den sechs folgenden Unterabschnitten ausgeführten Teilanalysen.

## **2.1.1 Zu den physischen und psychischen Risiken des Konsums von Haschisch und Marihuana**

In der Diskussion um Cannabisprodukte spielen die mit ihrem Konsum verbundenen - vermeintlichen und tatsächlichen - gesundheitlichen Gefahren eine große Rolle. Viele angebliche Risiken konnten jedoch in den letzten 20 Jahren widerlegt oder zumindest deutlich relativiert werden. Nach Einschätzung des Bundesverfassungsgerichts stellen "die von Cannabisprodukten ausgehenden Gesundheitsgefahren sich aus heutiger Sicht als geringer dar ..., als der Gesetzgeber bei Erlaß des [Betäubungsmittel-]Gesetzes angenommen hat" (BVerfGE 90, 145, 181). Nach dem aktuellen Wissensstand führt der maßvolle, genußorientierte und ins Alltagsleben integrierte Cannabisgebrauch zu keinen nennenswerten Schäden und macht nicht physisch abhängig. Auch das y Schweizerische Bundesgericht (1991) hält die vom Konsum von Cannabis für die menschliche Gesundheit ausgehenden Gefahren für vergleichsweise gering; nach dem gegenwärtigen Stand der Erkenntnisse sei nicht davon auszugehen, daß die Substanz geeignet sei, "die körperliche und seelische Gesundheit vieler Menschen in eine naheliegende und ernstliche Gefahr zu bringen" (ebd., S. 19). Eine dauerhafte Gesundheitsgefährdung durch Cannabismißbrauch ist allenfalls für eine kleine Gruppe zu befürchten: lediglich für diejenigen, die hohe Dosen über einen langen Zeitraum konsumieren. Aber auch dann sind die möglichen Schäden in aller Regel weit entfernt von denen, die andere legale oder illegale Drogen verursachen können. Aus den vorliegenden Forschungsergebnissen läßt sich folgern, daß der einmalige oder gelegentliche Konsum von Cannabis im Vergleich zu anderen Substanzen nur mit einem sehr geringen Risiko verknüpft ist.

Hier sollen zunächst die Wirkung und mögliche Nebenwirkungen von Cannabis unmittelbar nach dem Konsum - die von etwaigen Langzeitschäden zu trennen sind - dargestellt werden. Anschließend wird auf die in der Literatur diskutierten langfristigen physischen und psychischen Risiken eingegangen, um auf dieser Grundlage Schlußfolgerungen für ein Modellvorhaben zur kontrollierten Cannabisabgabe ziehen zu können. Die Ausführungen gelten für die beiden gängigen Cannabisprodukte Haschisch (gepreßtes Cannabisharz) und Marihuana (Blätter, Stengel und Blüten der Cannabispflanze). Bei entsprechender Dosierung hat auch das seltenere Haschischöl die gleiche Wirkung.

### **Akute Wirkungen**

Der Bestandteil der Cannabisprodukte, der für die psychotrope Wirkung im wesentlichen verantwortlich ist, ist das Tetrahydrocannabinol (THC). Erst in den letzten Jahren fand man nicht nur spezifische Bindungsstrukturen (Rezeptoren) für Cannabinoide - unter anderem im Gehirn, den Lymphknoten und der Milz - sondern es wurde mit den sog. Anandamiden auch eine körpereigene Substanz entdeckt, die sich an genau diese Rezeptoren bindet (Grotenhermen/Karus 1996, Ungar 1996).

Aufgrund seines höheren THC-Gehalts ist Haschisch laut Binder (1981) etwa fünfmal wirksamer als Marihuana. Heute lassen sich aufgrund von wirkstoffreicherem Marihuana, das mit Neuzüchtungen gewonnen wurde, einerseits und stark gestrecktem Schwarzmarkt-Haschisch andererseits keine verallgemeinernden Vergleiche zwischen den beiden Cannabisprodukten mehr

aufstellen. Beim Rauchen von Cannabis setzt die Wirkung des THC's nach wenigen Minuten ein. Sie dauert etwa zwei bis drei (Majunke 1992, Fromberg 1996a) oder bis zu vier Stunden (Kovar 1992, Kovar/Bühringer 1993) und hängt stark von der Dosis ab. Werden Cannabisprodukte gegessen oder getrunken, so tritt die Wirkung später –erst nach ein bis zwei Stunden – ein und dauert drei bis fünf Stunden (Majunke 1992) bzw. fünf bis zwölf Stunden (Fromberg 1996a). Aufgrund der schnellen Reaktion des Körpers kann der Rausch beim 'Joint' relativ gut gesteuert werden: Ist der gewünschte Effekt eingetreten, wird mit dem Rauchen aufgehört. Unerwünschte Effekte aufgrund einer zu hohen Dosierung kann der Konsument somit relativ leicht verhindern. Für die erlebte Wirkung sind neben der THC-Dosis auch die individuelle Verfassung ('set') und die Konsumsituation ('setting') mitverantwortlich (Binder 1981, Quensel 1989a). Gerade beim Haschisch- und Marihuana-Rauchen spielen autosuggestive Einflüsse eine nicht unerhebliche Rolle (Bundesgesundheitsamt o.J.).

Die übliche Wirkung einer geringen THC-Dosis<sup>1</sup> wird übereinstimmend wie folgt beschrieben: Es treten beruhigende und stimmungshobende Effekte auf, der Konsument fühlt sich entspannt, Alltagsprobleme rücken beiseite. Farben werden intensiver als üblich wahrgenommen, und das Denken wird insgesamt als assoziationsreich und phantasievoll erlebt. Das Zeiterleben ist verlangsamt; manchmal kommt es zu einem starken Anstieg des Appetits (Bundesgesundheitsamt a.a.O., Kovar/Bühringer 1993, Fromberg 1996a). Die dämpfende Wirkung kann nach positiv erlebten Veränderungen anschließend Lustlosigkeit und Müdigkeit zur Folge haben (Körner 1994). Das Kurzzeitgedächtnis wird beeinträchtigt, aber normale alltägliche Aufgaben können in den Stunden nach dem Konsum trotzdem bewältigt werden (Unger 1996). Täschner zufolge gehören "bruchstückhaftes Denken" und andere "Denkstörungen" zu den akuten Cannabiswirkungen; er beruft sich dabei auf Beschreibungen aus dem Jahr 1932 (Täschner 1986, S. 120). Generell wird in der Literatur betont, daß die erlebte Wirkung des Cannabis außerordentlich variabel ist (Uchtenhagen 1982).

Täschners Beobachtungen zufolge kommt es zu "Gleichgültigkeit und orientalisch anmutender Gelassenheit" (Täschner 1994a, S. 13), verbunden mit einer Herabsetzung der gedanklichen Speicherkapazität, erhöhter Ablenkbarkeit und Reizoffenheit. "Scheintiefsinn" trete an die Stelle logisch geordneten Denkens (ebd., S. 15); insgesamt werde "die geistige Leistungsfähigkeit deutlich vermindert" (Täschner 1995, S. 6). Im Gegensatz zum Alkoholrausch bleiben beim Cannabisrausch jedoch bei geringer bis mittlerer Dosierung Bewußtsein und Orientierungsfähigkeit erhalten; man spricht von einem sog. "klaren Rausch" (Geschwinde 1990, S. 23). Während wiederum Täschner behauptet, daß mit der gehobenen Stimmung "oft ein deutlich gestärktes Selbstgefühl mit dem Eindruck eigener Überlegenheit über andere, ja Omnipotenz" (Täschner 1986, S. 118) einhergehe, zitieren Grotenhermen und Karus (1996) Studien, nach denen es bei Marihuana-Gebrauch im Gegensatz zum Alkoholkonsum gerade nicht zu einer Überschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit kommt.

---

<sup>1</sup> Was unter einer geringen Dosis genau zu verstehen ist, wird in der Literatur meist nicht ausgeführt. Kovar (1992) nennt als Maßstab 0,05 mg/kg Körpergewicht gerauchtes bzw. 0,12 mg/kg getrunkenes bzw. gegessenes THC, Geschwinde (1990) spricht von einer Gesamtdosis von 2 mg Delta-9-THC bei inhalativer Einnahme und 10 mg beim Essen oder Trinken von Cannabis; nach Grotenhermen/Karus (1996) wird beim Rauchen mindestens eine Dosis von 5 bis 10 mg benötigt, um psychotrope Effekte zu erzeugen.

Als physische Nebenwirkungen geringer Dosen können ein beschleunigter Puls, ein geringer Abfall des Blutdrucks sowie der Körpertemperatur, Mundtrockenheit, Hungergefühl, Kopfschmerzen und bei unerfahrenen Konsumenten auch Husten, Schwindel und Übelkeit auftreten. Diese Wirkungen halten maximal zwei bis vier Stunden an und sind vollständig reversibel (Bundesgesundheitsamt o.J., Binder 1981). Im Verhältnis zu echten Halluzinogenen auf pflanzlicher Basis sind die vegetativen Nebenwirkungen des Cannabis jedoch gering (Geschwinde 1990).

Erst bei einer höheren Dosis können zusätzlich eine Rötung der Bindehaut, Schläfrigkeit sowie kalte Hände und Füße auftreten (Bundesgesundheitsamt o.J.). Es sei jedoch darauf hingewiesen, daß Haschischraucher diese unerwünschten Nebenwirkungen dank der oben erwähnten guten Dosierbarkeit leicht vermeiden können. Gleiches gilt für die für solche Dosen<sup>2</sup> genannten psychischen Reaktionen wie Halluzinationen, Verwirrungen und eine starke Verminderung des Gedächtnisses (Kovar/Bühringer 1993). Halluzinogene Effekte sind daher, wenn überhaupt, beim Essen oder Trinken von Haschisch oder beim Verwenden von Cannabisöl zu erwarten (Quensel 1989a). Es handelt sich jedoch meist um Pseudo-Halluzinationen, das heißt, der Konsument behält einen Maßstab für Realität und erlebt die Sinnestäuschungen als 'unecht' (Geschwinde 1990). Das Bundesgesundheitsamt nennt für eine Dosierung ab 15 mg THC ebenfalls erregende Phänomene, die sich bis zu psychotischen Zuständen steigern könnten. Auch eine solche seltene, durch extrem hohe Dosierung ausgelöste akute toxische Psychose ist in aller Regel voll reversibel und endet normalerweise nach acht Stunden bis zu maximal zwei Tagen (Unger 1996). Bei einer sehr hohen Dosis<sup>3</sup> kann es zu Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Reizhusten und Gliederschwere kommen (Kovar/Bühringer 1993). Alle körperlichen Vergiftungszeichen sind jedoch vorübergehender Natur (Uchtenhagen 1982). Todesfälle, die auf eine akute Cannabisintoxikation zurückzuführen wären, sind nicht bekannt (Bundesamt für das Gesundheitswesen 1996, Grotenhermen/Karus 1996). Dies hängt auch damit zusammen, daß der Abstand zwischen rauscherzeugender und toxischer Dosis viel größer ist als zum Beispiel beim Alkohol (Binder 1981, Kovar 1992). Bei oraler Gabe wurde die - rein theoretische - tödliche Haschischmenge für den Menschen auf 30 bis 60g hochgerechnet (Geschwinde 1990).

Von regelmäßig bei einer bestimmten Dosierung auftretenden Effekten zu unterscheiden sind die von einigen Autoren erwähnten sog. atypischen Rauschverläufe; diese können aber von erfahrenen Konsumenten leicht kontrolliert werden. Manchmal kommt es anstelle der gehobenen zu einer depressiven Stimmung, zu Unruhe, Angstgefühlen und Orientierungsstörungen bis hin zur Verwirrtheit (Täschner 1994a). Dazu, wie häufig solche 'bad trips' bei Cannabis überhaupt auftreten, gibt es in der Literatur keine gesicherten Angaben. Zwar geht Täschner (1979, 1986) davon aus, daß sie jederzeit möglich seien, doch scheinen 'set' und 'setting' eine nicht unerhebliche Rolle zu spielen. Körner (1994) weist darauf hin, daß atypische Rauschverläufe zumeist bei Menschen mit einer besonderen Persönlichkeitsstruktur auftauchen. Auch Täschner erklärt, daß die seelische Situation eines Haschischrauchers während des Konsums die Art des Rausches beeinflusst. Daher könnte unter anderem "eine vom Konsumenten

---

<sup>2</sup> 0,2 mg/kg (0,48 mg/kg oral) nach Kovar (1992) bzw. insges. 20 mg nach Geschwinde (1990).

<sup>3</sup> 0,3 mg/kg (0,6 mg/kg oral) nach Kovar (1992).

unter Umständen gar nicht bemerkte unterschwellig vorhandene depressive Verstimmung" den Rausch negativ beeinflussen (Täschner 1994a, S. 17). Am ehesten dürften Angstzustände und paranoide Gedanken laut Grinspoon und Bakalar (1996) bei unerfahrenen Benutzern auftreten, die Cannabis in einer unerfreulichen oder unvertrauten Umgebung konsumieren. Kommt es in Ausnahmefällen zu solchen 'bad trips', so können sie "durch 'Herunterreden', d.h. durch eine realitätsbezogene kontinuierliche Ansprache des Verstörten" (Quensel 1982, S. 60) sowie durch Beruhigungsmittel oder Kaffee (Geschwinde 1990) überwunden werden.

Selbst bei ungewöhnlichen Rauschverläufen geht von Cannabis keine gewaltstimulierende Wirkung aus: Die Behauptung, bei Marihuana handele es sich um ein 'Mörderkraut' (killer weed), das zu Aggressivität und Gewaltverbrechen führe, wurde 1931 von Harry Anslinger, dem Leiter des US-amerikanischen Narcotic Bureaus, in die Welt gesetzt. Sie wurde mittlerweile durch wissenschaftliche Untersuchungen "eindeutig als Propaganda widerlegt" (Körner, § Anhang C 1 Rn 240). Insoweit entbehrt die Behauptung Geschwindes, Cannabiskonsum könne zu "Aggressivität und Gewalttätigkeit gegenüber anderen" führen (Geschwinde 1990, S.46), jeder empirischen Grundlage.

### **Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit**

Aus heutiger Sicht wird eine Fremdgefährdung durch Cannabisgebrauch in erster Linie auf den Straßenverkehr bezogen diskutiert. Bei einem akuten Haschischrausch sind die Fahrtüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen nach herrschender Meinung - ähnlich wie nach dem Trinken von Alkohol - beeinträchtigt, da der Konsum von Cannabis Einfluß auf kognitive Funktionen haben und die Einschätzung von Entfernungen und Geschwindigkeit, das räumliche Sehen, die Reaktionszeit und Psychomotorik beeinträchtigen kann (Täschner/Frießem 1989, Täschner 1994b, Täschner et al. 1994, Grotenhermen/Karus 1996). Ohne erkennbare empirische Belege wird geäußert, dies könne "infolge eines 'hangover' auch noch den nächsten Tag betreffen (Maatz/Mille 1993, S. 19).

Über die näheren Umstände, unter denen die Fahreignung beeinträchtigt wird, gibt es jedoch einen wissenschaftlich-medizinischen Streit (Körner 1994), ebenso über das vermutete Ausmaß des Problems. Krüger (1995) stellt ebenso wie Nolte (1996a) bei der Durchsicht der bisherigen Forschungsergebnisse fest, daß Untersuchungen, die zu großen Zahlen von Verkehrsteilnehmern unter THC-Wirkung kommen, stark selektiv und nicht repräsentativ vorgehen. Dies gilt beispielsweise auch für die Untersuchung von Becker et al. (1992), die sich auf auffällig gewordene Verkehrsteilnehmer beschränkt, denen eine Blutprobe zur Alkoholbestimmung entnommen wurde. Die Studie erhebt allerdings auch nicht den Anspruch, statistisch repräsentativ zu sein. Bei einer repräsentativen Untersuchung der Speichelproben von 2044 Kraftfahrern ('Roadside Survey') fand Krüger (1995) dagegen nur bei 0,24 Prozent positive Testergebnisse. Experimentelle Studien haben ihm zufolge ergeben: "Komplex zusammengesetzte Leistungen wie das Autofahren werden durch geringe [THC-]Konzentrationen wenig gestört, wobei das Störpotential höchstens dem von 0,3/0,4 Promille BAK [Blutalkoholkonzentration] entspricht. Unbestritten bleibt die starke Beeinträchtigung bei hohen Konzentrationen" (Krüger 1995, S. 36). Da sich die Konzentrationen der positiven Befunde in der Untersuchung fast ausschließlich in einem Bereich bewegten, der

eine Verkehrsgefährdung nicht nahelegt, zweifelt der Autor, ob sich Konsumenten mit entsprechend hohen Konzentrationen überhaupt in den Verkehr wagten. Hierfür spricht, daß sowohl bei einer US-amerikanischen als auch bei einer Untersuchung in der Bundesrepublik diejenigen, die (nur) Cannabis konsumiert hatten, eine leicht geringere Unfallverursacherquote aufwiesen als Fahrer, die gar keine psychoaktiven Substanzen zu sich genommen hatten (ebd.). Dies läßt sich nach Noftte (1996a) mit Studien begründen, die zeigten, daß Cannabiskonsumenten häufig die Wirkung des Stoffes überschätzen und in der Folge besonders vorsichtig fahren (ähnlich Grinspoon/Bakalar 1996). Zu beachten sind jedoch Hinweise, nach denen sich Alkohol und Cannabis in ihrer Wirkung verstärken und dadurch das Unfallrisiko steigern können (Lohrmann 1994, Täschner 1994b, Krüger 1995, Unger 1996). Entsprechend sind die in Untersuchungen ermittelten verkehrsauffälligen Cannabisgebraucher häufig Mischkonsumenten, die noch andere psychoaktive Substanzen zu sich genommen haben (BISDRO 1995)', inwieweit sich die Wirkung von Alkohol und Cannabis im einzelnen beeinflussen, müßte jedoch noch genauer erforscht werden (Schneider 1995b).

Dazu, wie lange nach dem Konsum die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist, gibt es unterschiedliche Angaben: Aus experimentellen Befunden schließt Krüger (1995), daß schon ein bis zwei Stunden nach dem Rauchen einer normalen Menge keine sicherheitsgefährdenden Effekte mehr vorliegen. Als Anhaltspunkt nennen Kovar und Bühringer (1993) hingegen einen Zeitraum von 24 Stunden nach dem Konsum, in denen Haschisch eine Verkehrstauglichkeit ausschließt; wieder anderen zufolge ist die für die Fahrtüchtigkeit relevante psychomotorische Leistungsfähigkeit noch etwa drei Stunden nach dem Konsum nachweisbar beeinträchtigt, bei komplexen Aufgaben - etwa am Flugsimulator - bis zu acht, eventuell auch bis zu 24 Stunden geringfügig reduziert (Grotenhermen 1996). Die Wirkungen eines normalen Cannabisrausches entsprächen etwa einer Blutalkoholkonzentration von 0,3 bis 0,7 Promille (ebd.). Dies steht in Einklang mit dem Ergebnis von Nolte, der feststellt, daß "kein übermäßiges Gefährdungspotential von dieser Droge im Straßenverkehr ausgeht" (Nolte 1996a, S. 130).

Täschner führt neben der akuten Wirkung die Gefahr von 'flash backs' als Argument gegen die Fahrtauglichkeit von Cannabisgebern an; die Existenz dieses Phänomens wird mittlerweile aber stark bezweifelt (siehe unten). Auf seine Aussagen beziehen sich unter anderem Maatz/Mille (1993), die in den angeblich drohenden Nachhalleffekten eine erhebliche Gefahr sehen. Auch das - unter anderem vom Bundesverfassungsgericht kritisierte - Gutachten 'Krankheit und Kraftverkehr<sup>1</sup> des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin der Bundesminister für Verkehr und Gesundheit beruft sich darauf, wenn es fordert, bei "erwiesener Abhängigkeit" oder Dauerkonsum von Cannabis die Fahrerlaubnis zu entziehen (BISDRO 1992, S. 35). Das Gericht hält das Gutachten in diesem Punkt für "zumindest überprüfungsbedürftig" (Bundesverfassungsgericht vom 24. Juni 1993 (1 BvR.689/92 = BVerfGE 89, 69, 89). Wenn jedoch schon von der akuten Cannabiswirkung nur ein geringes Gefährdungspotential im Straßenverkehr ausgehe, "sollte uns die Vorstellung eines 'Flash-back' keine großen Sorgen bereiten, zumal die Zweifel an dessen Existenz stetig wachsen" (Nolte 1996a, S. 132). Nach dem derzeitigen Forschungsstand gehen somit vom Cannabisgebrauch jedenfalls keine größeren Gefahren für den Straßenverkehr aus als vom Alkoholkonsum - im Anschluß an den Genuß jedes der beiden Stoffe sollte auf die aktive Teilnahme am Straßenverkehr verzichtet werden.

## **Langfristige Risiken beim Dauerkonsum**

Von den - in der Mehrzahl von den Gebrauchern beabsichtigten und vorübergehenden - Akutwirkungen deutlich zu unterscheiden sind mögliche Dauerschäden. Hierbei lassen sich psychische von körperlichen Gefahren trennen.

### **Körperliche Schädigung**

Cannabis besteht als Naturprodukt aus mehreren hundert verschiedenen Einzelsubstanzen, von denen längst nicht alle in ihrer Wirkung auf den Menschen untersucht sind. Bei einem länger andauernden Gebrauch von Cannabis in Form von 'Joints' drohen ähnlich wie beim Rauchen von Tabak - unter anderem aufgrund des Teergehalts - Auswirkungen auf das Atemwegssystem, und es kann sich eine chronische Bronchitis entwickeln (Bundesgesundheitsamt o.J., Majunke 1992, Hai/Rippchen 1994, Unger 1996). Es ist wahrscheinlich, daß die im Rauch einer Haschisch- oder Marihuana-Zigarette enthaltenen Karzinogene das Risiko erhöhen, an Bronchial- oder Lungenkrebs zu erkranken (Ricklin 1989, Konegen 1992, Kovar 1992, Grotenhermen/Karus 1996). Die Frage, ob Cannabisrauch als Ursache für Bronchialkarzinome in Frage kommt, ist allerdings empirisch auch deshalb schwer zu beantworten, weil Cannabisraucher meistens auch Tabakraucher sind (Majunke 1992). Laut Täschner (1994a) ist der Teergehalt eines 'Joints' deutlich höher als der einer normalen Zigarette. Der Rauch einer Marihuana-Zigarette kann 50 bis 100 Prozent mehr Karzinogene enthalten als der einer gleich schweren Tabak-Zigarette (Ricklin 1989). Die beiden Werte sind jedoch nicht miteinander zu vergleichen, weil Cannabis viel seltener geraucht wird als Tabak (Quensel 1982, Fromberg 1996a). Grotenhermen und Karus (1996) weisen darauf hin, daß selbst extrem starke Marihuana-Gebraucher, die täglich fünf bis zehn 'Joints' rauchen (eine äußerst selten zu beobachtende Dosis) weniger giftige Stoffe aufnehmen als durchschnittliche Tabakraucher (20 Zigaretten pro Tag). Bei täglichen Marihuana-Rauchern (ohne Tabak) wurde eine um 19 Prozent gesteigerte Anfälligkeit für Atemwegserkrankungen gegenüber Nichtrauchern festgestellt (Hai/Rippchen 1994). Was die Menge der krebserregenden Kondensate angeht, so gibt es unterschiedliche Vergleiche. Hai und Rippchen gehen davon aus, daß ein 'Joint' in etwa mit zwei herkömmlichen Zigaretten vergleichbar sei. Die Autoren empfehlen, die Schädigungen durch Marihuana-Rauch zu reduzieren, indem entweder Cannabis mit besonders hohem Wirkstoffgehalt - bei dem kleinere Mengen geraucht werden müssen - oder Wasserpfeifen oder andere Filtermethoden verwendet werden (ebd., Grinspoon/Bakalar 1996). Festzuhalten ist, daß mögliche Schädigungen des Lungen- und Bronchialsystems nicht auf pharmakologischen Eigenschaften des Cannabis beruhen, sondern "vor allem der Applikationsart, d.h. den Rauchbestandteilen zuzuordnen" sind (Unger 1996, S. 12).

Andere Organschädigungen als Beeinträchtigungen der Atemwegsorgane konnten Täschner (1994a) zufolge bisher nicht sicher nachgewiesen werden. "Verdachtsmomente" bestünden hinsichtlich Hirnschäden sowie Veränderungen im Hormonhaushalt, im Enzymsystem, im Immunsystem und am Erbmateriale. Entsprechende 'Indizien' stammen jedoch in der Regel aus Tierversuchen mit extrem hohen THC- Werten (Quensel 1982, Kömer 1994). Da entsprechende Dosierungen beim Menschen entweder gar nicht oder erst nach

monatelangem exzessiven Konsum von mindestens 20 'Joints' täglich erreicht werden, stellt Binder (1981) - zu Recht - die Relevanz der so gewonnenen Resultate in Frage. So beeinflusse THC dann zwar (im Gegensatz zu Dosen, die ein bis zwei Joints pro Tag entsprächen) in Experimenten mit Zellkulturen und in Tierversuchen "u.a. die Synthese von Proteinen und Nukleinsäuren, die Fortpflanzungsfunktion und erzeugt in hoher Dosierung ultrastrukturelle Veränderungen im Limbischen System von Rhesusaffen. Ein funktionaler Zusammenhang zwischen diesen Beobachtungen und dem Befinden von Haschisch-Konsumenten ist bisher nicht demonstriert worden" (Binder 1981, S. 117). Beispiele dafür, wie begrenzt die aus Tierversuchen gewonnenen Erkenntnisse über Cannabis auf den Menschen übertragbar sind, schildern auch Grotenhermen und Karus (1996). Nachweise dafür, daß Cannabisgebrauch die Chromosomen beim Menschen schädigt, gibt es nach Uchtenhagen (1982) und Quensel (1982) nicht; möglicherweise nehmen Chromosomenschäden beim Rauchen von Cannabis "bei fraglicher klinischer Relevanz" ähnlich gering zu wie beispielsweise beim Einnehmen von Acetylsäure, die unter anderem in Aspirin-tabletten enthalten ist (Grotenhermen/Karus 1996, S. 234). Versuche an Nagetieren führt beispielsweise Ricklin (1989) als Hinweis auf eine immunschwächende Wirkung des THCs an. Mögliche Zellveränderungen wurden ebenfalls nur in Tierversuchen oder in Gewebekulturen festgestellt (ebd.). Für wesentliche Einflüsse auf den Menschen in diesem Bereich gibt es bislang keine überzeugenden Belege - um entsprechende Risiken sicher ausschließen zu können, wären jedoch breit angelegte Langzeituntersuchungen erforderlich (Quensel 1989a). In vorhandenen Langzeitstudien findet Fromberg ebenso wie Uchtenhagen (1982) "keine Hinweise auf Neurotoxizität, gestörte Hirnströme, Hirnatrophie oder verminderte Hirnfunktionen" (Fromberg 1996a, S. 50). Nach Grotenhermen und Karus (1996) wurden frühere Annahmen, nach denen chronischer Cannabiskonsum zu einem Gehirnschwund führe, wie er beispielsweise auch bei Alkohol beobachtet werde, durch Untersuchungen am Menschen mittels moderner Technik nicht bestätigt. Auch Unger (1996) zufolge ergaben mehrere Studien bei langjährigen starken Cannabiskonsumenten keine Veränderungen der Hirnsubstanz, die sich von denen gleichaltriger Nichtkonsumenten unterscheiden würden. Was den Verdacht angeht, THC beeinträchtigt das Immunsystem des Menschen, so weist Fromberg (1996a) darauf hin, daß das synthetische THC-Derivat Dronabinol sogar als Medikament für Aids-Patienten genehmigt wurde, was zeige, daß etwaige immunschädigende Wirkungen als klinisch unbedeutend betrachtet würden. In-vitro- Versuche, die die Auswirkungen von THC auf Lymphozyten testeten, kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen (Majunke 1992); Studien am Menschen stellten jedoch keine negativen Auswirkungen auf das Immunsystem fest (Grotenhermen/Karus 1996).

Dazu, inwieweit regelmäßiger Cannabiskonsum Schwangerer negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben kann, gibt es in der Literatur uneinheitliche Aussagen: Hinsichtlich der Frühgeburts- und Mißbildungsrate und Komplikationen während der Schwangerschaft wurden beim Menschen keine Auffälligkeiten festgestellt. Versuche an Affen, die auf eine Beeinträchtigung der Föten hindeuteten, wurden mit unrealistisch hohen THC- Dosen durchgeführt; sie entsprächen einem Konsum von 20 'Joints' täglich über Jahre hinweg (Binder 1981). Andere Studien beobachteten allerdings ein geringeres Geburtsgewicht der Kinder cannabiskonsumierender Mütter (Quensel 1982). Dieses läßt sich möglicherweise - wie bei zigarettenrauchenden Schwangeren - auf eine höhere

Konzentration von Kohlenmonoxyd im Blut zurückführen (Unger 1996). Cannabinoide sind plazentagängig, werden also über das Blut von der Mutter auf den Fötus übertragen; sie lassen sich außerdem in der Muttermilch nachweisen (Grotenhermen/Karus 1996). Epidemiologische Untersuchungen deuten auch Ricklin (1989) und Konegen (1992) dahingehend, daß exzessiver Marihuanakonsum der Mutter zu einem verzögerten Wachstum und Verhaltensauffälligkeiten bei Neugeborenen führen kann, wenn diese Hypothese auch nicht in Langzeitstudien bestätigt werden konnte (Fromberg 1996a, Unger 1996). Vorsichtshalber sollten Schwangere und stillende Mütter trotzdem auf den Konsum von Cannabisprodukten - genauso wie auf den von Alkohol und Nikotin - verzichten. Nach Grinspoon und Bakalar (1996) kann THC die Anzahl der Spermien und den Testosteronspiegel senken. Allerdings entwickle sich gegen diese Wirkung anscheinend eine Toleranz, und es gebe keine Hinweise darauf, daß dadurch die sexuelle Potenz oder die Fruchtbarkeit beeinträchtigt werde (ebd.).

Quensel, der die physiologischen Risiken insgesamt als "relativ gering" einschätzt (Quensel 1989a, S. 386), weist darauf hin, daß der Puls durch Cannabiskonsum aktiviert werde, weshalb Personen mit Kreislaufschäden und ältere Menschen vorsichtig mit der Substanz umgehen sollten. Herz-Kreislauf-Störungen können insbesondere dann auftreten, wenn gleichzeitig Alkohol und Cannabisprodukte konsumiert werden (Geschwinde 1990). Daß Langzeitkonsum jedoch "Leberschädigung, Herzrhythmusstörungen, starkes Abmagern und eine allgemein schlechte physische Verfassung bewirken" solle (Eberth/Müller 1982, S. 89), ist empirisch nicht haltbar.

Zusammenfassend kommt Konegen (1992) ebenso wie schon Binder (1981) zu dem Schluß, daß selbst dem Rauchen von ein bis zwei Joints mehrmals in der Woche ein geringeres Gefährdungspotential zukomme als dem täglichen Konsum von Alkohol oder einer Packung Zigaretten. Auch andere Autoren halten das Risiko für relativ gering, durch einen gewöhnlichen Cannabiskonsum schwerwiegende körperliche Schädigungen davonzutragen (Bundesgesundheitsamt o.J., Körner 1994).

## **Psychische Gefahren**

Bei langfristigem Gebrauch<sup>4</sup> von Cannabis werden als mögliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit diskutiert: die Entwicklung einer Abhängigkeit, das sog. amotivationale Syndrom, die Auslösung von Psychosen und sog. 'flash backs'.

Im Gegensatz zu anderen Drogen wie Heroin, Nikotin oder auch Alkohol macht Cannabis körperlich nicht abhängig - insoweit herrscht in der Literatur Konsens (IFT 1993b, Körner 1994, Täschner 1994a, Fromberg 1996a).

Bei entsprechender Dosis und Dauerhaftigkeit des Gebrauchs kann die Substanz aber zu einer sog. psychischen Abhängigkeit führen, die sich in einem mehrstufigen Prozeß entwickelt (Bundesgesundheitsamt o.J.). Nach Fromberg (1996a) kommt sie jedoch sehr selten vor. Ihre Stärke wird von einigen Autoren als "leicht" (Körner, Anhang C 1, Rn 237) von anderen als "mäßig" (Majunke 1992, S. 75), "mäßig bis deutlich" (Täschner 1994a, S. 13) bzw. "mäßig-stark" (Kovar/ Bühringer 1993, S. 2)

---

<sup>4</sup> Ab welcher Häufigkeit der Gebrauch als langfristiger und nicht mehr als gelegentlicher zu klassifizieren ist, wird in der Literatur in der Regel nicht erwähnt.

beschrieben. Auf einer Zehnerskala der 'suchterzeugenden Potenz verschiedener Drogen' stuft Täschner (1993) Cannabis auf Stufe 1, niedriger als alle anderen aufgeführten Drogen ein (zum Vergleich: Alkohol = 5, Kokain = 8, Heroin = 10). Der Gebrauch von Haschisch führt mit einer wesentlich geringeren Wahrscheinlichkeit zu 'Abhängigkeit' als der von Heroin (Uchtenhagen 1982). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet die 'Abhängigkeit vom Cannabis-Typ' von anderen Abhängigkeitsarten und definiert sie als eine psychische Abhängigkeit von der angestrebten psychischen Wirkung des Stoffes bei weitgehendem Fehlen von körperlicher Abhängigkeit (Täschner 1986, Majunke 1992, IFT 1993b). An ihrem Entstehen sind jedoch nicht nur pharmakologische, sondern auch psychologische Wirkungen beteiligt (Konegen 1992). Kreuzer (1993a) weist darauf hin, daß diese schwer von einer sozialen Abhängigkeit hinsichtlich des Lebensstils in einer bestimmten Bezugsgruppe zu trennen sei.

Im Gegensatz zu anderen Suchtstoffen kommt es bei normalem Cannabiskonsum zu keiner nennenswerten Toleranzbildung, also einer Abschwächung der Wirkung bei gleichbleibender Dosierung, die zu einer notwendigen Dosissteigerung führen könnte (Binder 1981). Zwar wurden in Tierversuchen reversible Toleranzerscheinungen bei hohem Dauer- und Langzeitgebrauch festgestellt (Quensel 1989a, Majunke 1992), und auch beim Menschen kann Experimenten zufolge Toleranz eintreten - allerdings erst bei einer sehr hohen Konsummenge und konstanter Einnahme über einen längeren Zeitraum. Die Behauptung Ricklins, daß es "bei Mensch und Tier... schnell zu einer deutlichen Toleranzentwicklung" (Ricklin 1989, S.1175) komme, ist empirisch nicht korrekt. Bisherige Ergebnisse lassen "nicht den Schluß zu, daß häufiger Konsum unausweichlich zu einer Steigerung von Dosierung und Einnahmefrequenz führt" (Majunke 1992, S. 41), denn in aller Regel ist die verwendete Cannabismenge und die Konsumfrequenz zu gering, um eine Toleranz auszulösen. Bei Experimenten mit Freiwilligen zeigten sich erst nach wochenlangem sehr hoch dosiertem Konsum (täglich fünf Gramm Marihuana über 94 Tage) beim Absetzen der Substanz milde Entzugssymptome wie Schwitzen, Dysphorie und Unruhe, die rasch abklagen (Binder 1981, ähnlich Majunke 1992, Kömer 1994). Die Symptome entsprechen jedoch in keiner Weise den Entzugerscheinungen beim Absetzen von Alkohol, Barbituraten oder Opiaten (Quensel 1989a).

Sie werden in der Literatur in aller Regel nicht als Zeichen einer körperlichen Abhängigkeit interpretiert. Wenn überhaupt eine Entzugsreaktion vorkommt, "wirft sie jedenfalls keine ernsten Probleme für Marihuanaanwender auf und veranlaßt sie auch nicht, die Droge weiterzunehmen<sup>11</sup> (Grinspoon/Bakalar 1996, S. 172f.). Im Vergleich zur Alkoholabhängigkeit fehle der von Cannabis zudem "der Charakter des Absoluten, Starren, nicht oder nur schwer Korrigierbaren" (Bundesgesundheitsamt o.J., S. 14). Untersuchungen an ehemaligen Konsumenten haben gezeigt, daß der Ausstieg unabhängig von der Konsumdauer jederzeit erfolgen kann, wobei die Wahrscheinlichkeit der Einstellung des Konsums mit dem Übergang zu partnerschaftlichen bzw. familienorientierten Lebensstilen steigt (Kleiber et al. 1996).

Die Behauptung, Cannabiskonsum könne das sog. amotivationale Syndrom hervorrufen, ist wissenschaftlich stark anzuzweifeln. Diskutiert wird, ob der Cannabiskonsum das Syndrom hervorruft oder ob er das Resultat einer schon vorher bestehenden Lebenseinstellung ist (BVerfGE 90, S. 1801.). Immer mehr

Autoren tendieren zu der zweiten Sichtweise. Täschner, der stärkste Verfechter der ersten These, definiert das amotivationale Syndrom als "ein durch Teilnahmslosigkeit, Passivität und das Gefühl des Wohlbefindens trotz objektiv vorliegender Krankheitserscheinungen gekennzeichnetes Zustandsbild, das im Gefolge des Cannabiskonsums nach längerer oder kürzerer Zeit eintritt" (Täschner 1979, S. 164, ähnlich in zahlreichen späteren Veröffentlichungen). Weitere Kennzeichen seien "Gleichgültigkeit gegenüber Alltagsanforderungen und allgemeine Antriebsverminderung" (ebd., S. 164f.). Von Täschner nicht näher beschriebene "Beobachtungen in den westlichen Industrieländern" hätten ergeben, daß diese Symptome "bei längerdauerndem Haschischkonsum in vielen Fällen" aufträten (Täschner 1994a, S. 15). Die Argumentation Täschners übernehmen einige Autoren, ohne sie jedoch empirisch zu untermauern (zum Beispiel Eberth/Müller 1982, Ricklin 1989, IFT 1993b). Ähnlich vermutet Hug-Beeli (1995), daß der Cannabiskonsum bei Jugendlichen die psychische Reifung verlangsamt oder hemmt. Dies führe dazu, daß wenigstens "für das Leben in einer technisch orientierten Zivilisation ... der chronische Haschisch-Raucher nicht mehr geeignet" sei (ebd., S. 304). Das IFT nennt als weitere THC-Wirkungen "insbesondere bei häufigem und intensivem Konsum" einen Einfluß auf die Entwicklung der "neuroendokrinen, kognitiven und effektiven Funktionen" eines Jugendlichen (IFT 1993b, S. 9); diese Behauptung wird aber nicht empirisch begründet. Ebenfalls befürchtet das Institut genau wie Täschner "objektivierbare Leistungseinbußen" (Täschner 1979, S. 165, IFT 1993b, S. 31) sowie Persönlichkeitsveränderungen; eine empirische Grundlage für diese Behauptung ist jedoch nicht erkennbar. Das Bundesgesundheitsamt äußert sich hierzu deutlich zurückhaltender: Es gehe nicht um meßbare Leistungseinbußen. "Vielmehr ist es die nachlassende Bereitschaft, der geringer werdende Antrieb zur Durchsetzung eigener Zielvorstellungen, zur Lebensplanung, zur freiwilligen Übernahme von Aufgaben und von Verantwortung" (Bundesgesundheitsamt o.J., S. 18). So konnte auch Unger in der aktuellen Literatur "keine Hinweise auf die Existenz eines solchen Syndroms" entdecken (Unger 1996, S. 11). Geschwinde stuft die mit dem amotivationalen Syndrom umschriebenen Verhaltensweisen "kaum als cannabisspezifisch" ein (Geschwinde 1990, S. 42), und eine "schlüssige wissenschaftliche Beweisführung", wieso Cannabis aufgrund seiner pharmakologischen Potenz ein amotivationales Syndrom bewirken könne, steht bislang ebenfalls aus (Schneider 1995b, S. 56). Bleibende Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten lassen sich anhand der empirischen Literatur nicht beweisen (Unger 1996). Fromberg (1996a) stellt fest, daß Cannabiskonsum nach einer ganzen Reihe von Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum keine negativen Auswirkungen auf Arbeit und Leistungsmotivation ergeben hat. Auch Majunke fand in den von ihr durchgesehenen Studien "keinen Hinweis auf die Existenz einer solchen Persönlichkeitsveränderung" (Majunke 1992, S. 20).

Der kausale Zusammenhang zwischen entsprechenden Symptomen und dem Cannabiskonsum ist in jedem Fall umstritten (Eikmeier et al. 1991). Nach Fromberg ist er ein "fataler Denkfehler ..., denn erstens sind nicht alle Jugendlichen, die der Phänomenologie des 'Amotivationalen Syndroms' entsprechen, Konsumenten dieser Droge, und zweitens entsprechen nicht alle Cannabisgebraucher den Attributen dieser vermeintlichen 'Krankheit'" (Fromberg 1996a, S. 115); Ursache und

Wirkung würden von den Verfechtern des Syndroms verwechselt. Andere Autoren vermuten die 'wahre' Ursache für das Syndrom in einer schon vor dem Gebrauch vorhandenen Persönlichkeitsstruktur: So regt Quensel (1989a) an, nach einer "gemeinsamen Wurzel" für die Symptome des amotivationalen Syndroms und den Cannabiskonsum zu suchen. Solange die hinter diesem Verhalten liegenden Probleme ungelöst blieben, könne es durch Cannabis - wie durch jede andere Droge auch - verstärkt werden. Aus dieser Perspektive wird der übermäßige Konsum von Cannabis zu einem möglichen Symptom für andere Problemlagen, das - wenn erkannt - individuelle Hilfe von außen ermöglichen könnte.

Für diese Interpretation spricht, daß zahlreiche kulturvergleichende Untersuchungen unter Langzeitgebern unter anderem in Indien, Griechenland, Jamaica und Costa Rica - also Kulturen, in denen Cannabis schon länger bekannt ist - keinerlei Anhaltspunkte für die Existenz eines amotivationalen Syndroms geben; umgekehrt wird der Substanz dort häufig sogar ein leistungssteigernder Effekt zugeschrieben (Burian 1982, Quensel 1982, Schneider 1995b, Fromberg 1996a). Bei einer niedrigen Dosierung eigne sich Cannabis - anders als andere Drogen - zudem "eher nicht als 'Problemvermeidungsmittel'", denn seine Wirkung führe meistens zu einer verstärkten Wahrnehmung der momentanen Grundstimmung (Haves/ Schneider 1994, S. 60). Erst höhere Dosen verkehren diese Effekte in das Gegenteil. Ob und inwieweit der Gebrauch von Cannabis bei Jugendlichen einen negativen Einfluß auf die Schul- und Berufsqualifikation ausübe, hängt nach Schneiders (1995b) Einschätzung entscheidend davon ab, "welche psycho-soziale Bedeutung und somit welche Funktion jemand dem Drogengebrauch beimißt" (ebd., S. 51). Vor den negativen Konsequenzen des Cannabisgebrauchs kann Haves und Schneider (1994) zufolge die mittlerweile entwickelte, autonome Cannabisszene schützen, innerhalb derer die Integration der Droge in den Alltag gewährleistet sei.

Sehr zweifelhaft ist, ob durch den Gebrauch von Cannabis Psychosen entstehen oder aber nur bei entsprechender Disposition ausgelöst werden können (Konegen 1992, Majunke 1992, Körner 1994). Die große Mehrheit der durchgesehenen Literatur vertritt die zweite These. Das IFT argumentiert, eine Vielzahl von Studien habe gezeigt, "daß Cannabis als ein mit- oder alleinverursachender Faktor für die Entwicklung von Psychosen" anzusehen sei (IFT 1993b, S. 30), die zitierten Untersuchungen geben jedoch keine Anhaltspunkte dafür, daß allein durch den Konsum von Cannabis eine Psychose entstanden sein könnte; zudem wird auf methodische Mängel hingewiesen (Schneider 1995b). Die erhöhte Inzidenz psychischer Erkrankungen unter chronischem Cannabis-Konsum sieht auch Ricklin (1989) von Studien bestätigt. An der Existenz von allein durch Cannabis erzeugten Psychosen werden jedoch massive Zweifel geäußert (Quensel 1989a). Zwei amerikanische Autoren finden in Studien "keinen Grund zu der Annahme, daß Cannabis die Ursache für das Auftreten von Schizophrenie ist oder dazu beiträgt" (Grinspoon/Bakalar 1996, S. 170). Auch das Bundesgesundheitsamt relativiert: Zwar könnten höhere Cannabis-Dosen psychotische Zustände auslösen, es sei jedoch "nicht erwiesen und unwahrscheinlich", daß durch Cannabis eine Schizophrenie entstehe (Bundesgesundheitsamt o.J., S. 20). Hierfür können auch Einzelfallschilderungen wie von Kleiner (1992) keine Begründung liefern. Täschner spricht ebenfalls davon, daß Cannabiskonsum "bei vorliegender Bereitschaft eines Menschen, mit schizophrener Symptomatik zu erkranken", einen Faktor darstelle, der zum Ausbruch der Psychose führen könne

(Täschner 1995, S. 8). Ähnlich argumentieren Geschwinde (1990) und Unger (1996); bei einigen solcher Patienten könne der Cannabisgebrauch als 'Selbstmedikationsversuch' angesehen werden. Zur Häufigkeit solcher Nebenwirkungen gibt Konegen (1992) an, daß der Anteil der Cannabiskonsumenten, die irgendwann einmal schizophrenie-ähnliche Psychosen durchlebt hätten, auf rund drei Promille geschätzt werde; gewöhnlich seien diese Zustandsbilder reversibel. Weder in den USA noch in Europa konnte der Nachweis dafür erbracht werden, daß Cannabis die alleinige Ursache für eine Psychose war, weil die meisten Betroffenen Polytoxikomanen sind (Majunke 1992). Somit erscheint die Behauptung des IFT, daß bei einer wiederholten und intensiven Einnahme von Cannabis "eine Zunahme schwerer psychischer Erkrankungen zu erwarten" sei (IFT 1993b, S. 30), zumindest in dieser pauschalen Form empirisch nicht haltbar.

Sehr stark in Frage gestellt wird mittlerweile die Existenz eines unvorhersehbaren, plötzlich eintretenden Echorausches, eines sog. 'flash-back', aufgrund von Cannabisgebrauch. "Unter Nachrausch verstehen wir das Auftreten von rauschähnlichen Wahrnehmungsstörungen ohne erneute Drogenzufuhr. Sie können noch 6 Monate nach der letzten Drogeneinnahme auftreten, in manchen Fällen sogar noch später, oft ohne ersichtlichen Anlaß" (Täschner 1979, S. 174). Bekannt und in ihrer Existenz unumstritten sind 'flash backs' nach LSD-Konsum. Die Behauptung, daß beim Gebrauch von Cannabis regelmäßig mit 'flash back'-Effekten gerechnet werden müsse, bezeichnet Körner (1994) als falsch. Das Auftreten eines solchen Rausches wurde "überaus selten beobachtet, aber um so häufiger in der Literatur] beschrieben" (Körner, Anhang C 12, Rn 52). Auch Kovar und Bühringer geben an, exakte wissenschaftliche Untersuchungen zum Echorausach seien in der Literatur "nur spärlich" zu finden (Kovar/Bühringer 1993, S. 2). Kreuzer (1993a) äußert ebenfalls Zweifel: Bei Haschisch würden solche Nachhalleffekte "allenfalls sehr selten" festgestellt, auch dann nur bis zu neun Stunden nach der Einnahme. Da der Echorausach ohnehin im wesentlichen bei deutlich wirksameren halluzinogenen Drogen wie LSD beobachtet werde, sei ferner zu bedenken, daß die meisten Personen, die über ein 'flash back'-Erlebnis berichteten, Mischkonsumenten seien. Ohne ersichtliche empirische Belege erklärt Kovar (1992), die Speicherung von THC im Gewebe könne bei täglicher Einnahme zu einer Kumulation und in der Folge zu einem 'flash back' führen. Grotenhermen und Karus (1996) weisen jedoch darauf hin, daß lediglich nicht-psychoaktive Metaboliten im Fettgewebe gespeichert werden, die somit keinen Nachrausch hervorrufen könnten. Laut Quensel (1989a) gibt es außer Selbstberichten keine entsprechenden empirischen Belege. Unter Laborbedingungen ist das Phänomen bislang nicht aufgetreten (Majunke 1992). Eine mögliche Erklärung für vereinzelt berichtete Phänomene, die dann als 'flash back' beschrieben werden, bietet Behr: Es könnte sich dabei um einen willentlich abrufbaren Bewußtseinszustand handeln, der unter anderem aus Cannabiserfahrungen gespeichert sein kann; Gefühle würden häufig in Analogien beschrieben, so könne man sich auch "wie besoffen" fühlen, "ohne getrunken zu haben" (Behr 1995, S. 290). Mittlerweile äußern sich auch Täschner et al. (1994) nach einer größeren Literaturstudie zurückhaltend: bei reinen Cannabiskonsumenten seien 'flash backs' eine Seltenheit. Dem widersprechen auch nicht die Resultate einer Befragung von Mitgliedern verschiedener wissenschaftlicher Fachgesellschaften zu Verkehrsunfällen, bei denen 'flash backs' unter Cannabiskonsum eine Rolle gespielt hätten (Täschner et al. 1994). Die Autoren interpretieren die Daten dahingehend, daß Echopsychosen doch öfter als bisher dokumentiert beobachtet würden. Dies läßt sich aber aus den

Ergebnissen nicht ohne weiteres folgern: Es handelt sich nur um indirekt überlieferte Fälle, und nur neun von 256 Befragten war ein Unfall bekannt, der - ihrer Einschätzung nach - in Zusammenhang mit einem 'flash back' durch Cannabisgebrauch stand, und bei dem sie von keiner anderen beteiligten Droge wußten.

Dafür, daß die Risiken des Cannabisgebrauchs sehr gering sind, spricht, daß in Drogenberatungsstellen nur ein Bruchteil der Klienten, die mehr als einmal kommen, cannabisspezifische Probleme mitbringt; diese würden "zumeist eher als Erziehungsberatungsproblem gesehen werden oder ... im Zusammenhang mit Gerichtsverfahren entstehen" (Fromberg 1996a, S. 51). Damit steht in Einklang, daß von den Klienten, die der Berliner Therapieladen<sup>1</sup> für suchtgefährdete Cannabiskonsumenten in 18 Monaten betreute, nur zwei als einzige Droge Cannabis konsumierten (Coignera-Weber 1983). Auch im Kreis Herzogtum Lauenburg spielt der alleinige Konsum von Cannabis in den Beratungsstellen der Alkohol- und Drogenberatung "keine nennenswerte Rolle" (Gesundheits- und Veterinäramt 1996, S. 20). In den vergangenen Jahren ist dort - bei schätzungsweise 5000 (gelegentlichen) Cannabiskonsumenten im Kreisgebiet - kein einziger Fall einer reinen 'Cannabis-Abhängigkeit'<sup>1</sup> bekannt geworden (ebd.). Bossong und Schaich-Walch (1996) zufolge bekommen weniger als zwei Prozent der Cannabisgebraucher mit ihrem Konsumverhalten drogentherapeutisch behandlungsbedürftige Probleme. Nach Durchsicht mehrerer Dokumentationen von Drogenberatungsstellen kommt auch das BISDRO zu dem Ergebnis, daß nur 1,5 bis 2,7 Prozent der Klienten Cannabis als Hauptdroge nahmen. Dies veranlasse zunehmend zu der Feststellung, "daß Cannabis-spezifische Fragestellungen allenfalls noch von besorgten Eltern eingebracht werden nach dem Motto 'habe zufällig ein Bröckchen Haschisch in der Schublade gefunden, was soll ich tun!'" (BISDRO 1995, S.15). Alle befragten Experten sahen dabei "das Problem weniger im Cannabis-Konsum, sondern überwiegend im darunterliegenden familiären oder schulischen Problembereich." Dem entspricht, daß die befragten Drogenbeauftragten Bremens, Hamburgs und Schleswig-Holsteins nur bei ca. 0,2 Prozent der Cannabisgebraucher mit Problemen rechneten (ebd.).

### **Schlußfolgerungen für den Modellversuch**

Ein wissenschaftlicher Versuch zur kontrollierten Cannabisabgabe erscheint in Hinblick auf die mit der Substanz verbundenen gesundheitlichen Risiken eindeutig verantwortbar: Nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Stand ist der gelegentliche Gebrauch von Cannabisprodukten mit geringen Risiken verbunden. Selbst der Dauerkonsum ist zwar nicht vollkommen unschädlich, aber auch nicht mit größeren Gefahren für die Gesundheit verbunden als der Konsum der legalen Drogen Nikotin und Alkohol. Die Risiken des Haschisch- oder Marihuanakonsums dürfen jedenfalls nicht mit denen des Gebrauchs harter Drogen verwechselt werden (Ebert/Müller 1982). Viele der Substanz zugeschriebenen Effekte und der in der Öffentlichkeit sowie den Medien noch immer dominierenden "traditionellen, angstbesetzten Drogenmythen<sup>11</sup> (BISDRO 1995, S. 5) können als wissenschaftlich entkräftet angesehen werden.

Cannabis macht körperlich nicht abhängig, und die Gefahr, daß ein Konsument (leicht) psychisch abhängig wird, ist im Vergleich zu anderen -legalen wie illegalen -

Drogen sehr gering. Dem Gebrauch von Haschisch oder Marihuana zugeschriebene psychische Auswirkungen werden zunehmend nicht mit der Wirkung der Substanz Cannabis, sondern mit Lebensproblemen in Verbindung gebracht, die oftmals einem übermäßigen Konsum zugrundeliegen: Hinter exzessivem Cannabisgebrauch liegt häufig ein behebbares Persönlichkeitsproblem, das durch den Haschischkonsum jedoch regelmäßig verstärkt wird (Körner 1994). Der zu erwartende körperliche Schaden ist - abgesehen vom Risiko des Rauchens - bei nicht exzessivem Konsum relativ gering: Was als wissenschaftlich einigermaßen gesicherte Gefährdung bleibt, ist - wie beim Zigarettenrauchen - primär die Gefahr von Atemwegserkrankungen und ein erhöhtes Krebsrisiko bei langfristigem Rauchen hoher Dosen. Zu dem gleichen Ergebnis kommen unter anderem Grinspoon und Bakalar (1996) nach einer Durchsicht von Veröffentlichungen der letzten zwei Jahrzehnte. Nur bei Menschen mit einer entsprechenden Disposition kann - neben vielen anderen Faktoren - auch Cannabiskonsum eine Rolle bei der Auslösung von Psychosen spielen.

In einem Modellversuch zur Cannabisabgabe sollten die Teilnehmer auf die Wirkungsweise, mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Substanz hingewiesen werden. In Informationsbroschüren, Beipackzetteln und dergleichen könnten zudem Hinweise gegeben werden auf den richtigen Gebrauch, die Bedeutung von 'set' und 'setting' für die Wirkung sowie auf Fälle, in denen von einem Konsum generell abzuraten ist. Beispielsweise könnte davor gewarnt werden, in mit Angst besetzten Situationen Haschisch zu rauchen, um so das Risiko eines atypischen Rauschverlaufs zu minimieren. Menschen, die eine Prädisposition zur Entwicklung einer Psychose oder gar schon entsprechende Erfahrungen haben, sollte gänzlich davon abgeraten werden, Cannabis zu konsumieren. Das gleiche sollte vorsorglich für Herzranke, Schwangere und - bezogen auf die mit dem Rauchen verbundenen Risiken - für Asthmatiker und andere Lungenranke gelten. Während des Rauchens von Cannabis und in den Stunden danach sollte auf eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr und das Bedienen von Maschinen verzichtet werden. Da ein exzessiver Konsum - wie oben erwähnt - häufig auf tieferliegende Schwierigkeiten hindeutet, könnten Gebraucher, bei denen die Gefahr des 'Zurauchens' von Problemen besteht, außerdem auf entsprechende Angebote und Beratungsstellen hingewiesen werden. Auf diese Weise erhielten in dem geplanten Modellversuch gerade auch Probier- und Gelegenheitskonsumenten die Chance, sich offen mit den Wirkungen von Cannabis auseinanderzusetzen.

Gleichzeitig könnte eine kontrollierte Abgabe Konsumenten vor unreinem Haschisch oder Marihuana und den damit verbundenen Gesundheitsgefahren schützen. Bekanntlich werden Cannabisprodukte auf dem Schwarzmarkt mit unterschiedlichen Substanzen - beispielsweise Waschpulver, Gummiarabikum, Klebstoffen oder Schuhcreme - gestreckt, deren Dämpfe beim Rauchen mit eingeatmet werden. Solche Verunreinigungen können unter anderem Allergien auslösen (Grotenhermen/Karus 1996). In den derzeitigen Herstellungsländern werden zudem teilweise in der Bundesrepublik längst verbotene, gesundheitsgefährdende Pestizide verwendet. Auch daher erscheint die kontrollierte Cannabisabgabe unter gesundheitlichen Aspekten eindeutig verantwortbar.

### **2.1.2 Zum Erstkontakt mit Cannabisprodukten**

Im Zusammenhang mit dem vorgeschlagenen Modellversuch erscheint die Situation von Jugendlichen, die erstmals Cannabis konsumieren, von besonderem Interesse:

Zu fragen ist auf der einen Seite, inwieweit sich eine kontrollierte Cannabisabgabe möglicherweise auf Einstiegsmotive und spätere Konsummuster auswirken könnte - zum Beispiel dadurch, daß der 'Reiz des Verbotenen' wegfiel. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 90, 145) stellt hierzu fest, daß beim derzeitigen Forschungsstand eindeutige wissenschaftlich fundierte Aussagen darüber nicht möglich seien: Es sei "ungewiß, ob durch einen Wegfall des 'Reizes des Verbotenen' oder durch Aufklärungsmaßnahmen über die Gefahren des Cannabiskonsums eine Verminderung des Cannabisgebrauchs bewirkt werden würde" (BVerfGE 90, S. 183).

Strittig ist auf der anderen Seite jedoch auch, ob eine größere 'Griffnähe' der Droge Jugendliche, die noch nicht in Kontakt mit Haschisch oder Marihuana gekommen sind, zum Probieren verleiten könnte. Es sollte möglichst ausgeschlossen werden, daß durch die Bedingungen des Versuchs neue Anreize für den Erstkonsum entstehen.

Um Hinweise auf mögliche Auswirkungen des Modellvorhabens zu erhalten, scheint es sinnvoll, die 'typische' Situation des ersten Cannabiskonsums bei Jugendlichen zu betrachten und nach - Voraussetzungen und Motiven zu fragen. Auf die Rolle der Verfügbarkeit der Substanz und der Abschreckung durch (mögliche) Strafverfolgung soll dabei nur kurz eingegangen werden (vgl. Abschnitt zur 'Dammbruchthese'). Abschließend werden Schlußfolgerungen für das Modellvorhaben gezogen.

### **Die Situation des Erstkonsums**

Das typische 'Einstiegsalter' in den Konsum von Cannabisprodukten liegt seit den 80er Jahren konstant zwischen 16 und 19 Jahren (Tossmann 1994, Reuband 1992). Im Durchschnitt sind Jugendliche 17 Jahre alt, wenn sie zum ersten Mal Haschisch oder Marihuana probieren. Wie epidemiologische Studien zeigen, bleibt es bei der Mehrheit der Erstgebraucher auch bei diesem einen oder höchstens mehrmaligen Probieren (vgl. Abschnitt zur These der 'kulturfremden' Droge).

Der erste Kontakt mit der Substanz spielt sich in der Regel im Freundes- oder Bekanntenkreis ab (Bundesgesundheitsamt o.J.). Der Drogenszene - und somit auch den professionellen Dealern - kommt nach allgemeiner Auffassung "als Quelle des ersten Drogengebrauchs kaum eine Bedeutung" zu (Reuband 1994, S. 114). Empirische Untersuchungen aus den 80er und 90er Jahren ergeben Reuband (ebd.) zufolge, daß der Anteil der Konsumenten, die das erste 'Piece' bei einem Dealer erworben haben, in fast allen Umfragen unter sechs Prozent liegt. Auch unter den von Kleiber et al. (1996) befragten 1458 cannabiserfahrenen Personen geben nur drei Prozent an, den Stoff für den ersten Konsum von ihnen vorher unbekanntem Personen bekommen zu haben, 15% nennen entfernte Bekannte als erste Bezugsquelle. Fast drei Viertel der Befragten dagegen erhielten nach eigenen Angaben den ersten 'Joint' von Freunden (72%). In den von Reuband (1994) ausgewerteten Jugend-Befragungen wird zudem deutlich, daß der erste Konsum für Jugendliche in der Regel kostenlos ist: In 85% der Fälle, in denen Haschisch oder Marihuana angeboten wurde, mußte der Erstkonsument nichts bezahlen; aber auch diejenigen, die Cannabis von sich aus nachfragten, bekamen den ersten Stoff zu 51% gratis. In einer repräsentativen Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1994) geben immerhin 13% der befragten Jugendlichen mit Cannabis Erfahrung an, die Droge noch nie selbst gekauft zu haben.

Hinsichtlich der Orte, an denen Jugendliche zum ersten Mal Cannabis gebrauchen, besteht in der Literatur Einigkeit: Schon aufgrund der Illegalität der Handlung ist dies überwiegend der private, nicht-öffentliche Bereich (Reuband 1994, Kleiber et al. 1996). 36% der von der Bundeszentrale befragten Jugendlichen konsumierten zum ersten Mal zu Hause oder in der Wohnung von Freunden, 32% bei einer privaten Party (Bundeszentrale 1994).

In den meisten Fällen (66%) findet auch der erste Kauf - der nicht zwangsläufig mit dem ersten Konsum zusammenfällt - im Privaten statt; 22% der Jugendlichen, die schon einmal Haschisch oder Marihuana gekauft haben, geben jedoch Diskotheken bzw. Kneipen und 'die Straße' -also öffentliche Räume - als Orte des Ersterwerbs an (ebd.).

### **Motive für den ersten Cannabiskonsum**

Für den erstmaligen Gebrauch von illegalen Drogen, der in den meisten Fällen im Cannabiskonsum besteht, werden eine Reihe von Ursachen und Motiven genannt. Drei übergreifende Motivstrukturen stehen dabei im Vordergrund, die von verschiedenen Autoren unterschiedlich gewichtet werden: Neugierverhalten, Problemlösungsversuche und Gruppendruck. In der neueren Literatur überwiegen dabei Erklärungsansätze, die von einem komplexen Zusammenspiel von Neugiermotivationen und situationsbedingtem Gruppenverhalten als Ursachen für den Erstkonsum ausgehen.

Neben "sozialen Faktoren" spielen laut Täschner (1983) - der dazu allerdings keine empirischen Belege zitiert - vor allem Nachahmung, Neugier, der Wunsch nach Konflikt- und Spannungslösung, die "Selbstbehandlung psychischer Störungen" sowie "selbsterstörerische Tendenzen", eine "Begleitideologie" und die "Identifizierung mit Idealen" eine entscheidende Rolle (ebd., S. 17f., ähnlich auch Täschner 1986). Neugierde, Langeweile, das Vorhandensein eines Angebots sowie die "soziale Ansteckung" innerhalb einer 'peer group', in der gruppenkonformes Verhalten erwartet werde, vermuten auch die von Kleiner et al. (1992) befragten Therapeuten, Drogenberater und Ärzte. Sie gehen zudem von familiären Problemen und Konflikten aus, die dem Haschischkonsum vorausgehen. Eine weitere Rolle spielen das 'Image' von Cannabis als einem eher unschädlichen Genußmittel mit einem attraktiven Wirkungsspektrum.

Den größten Einfluß beim Einstieg in den Drogenkonsum schreiben Newcomb und Bentler (1989)<sup>5</sup> der Gleichaltrigengruppe zu. Von Bedeutung seien außerdem der sozioökonomische Status je niedriger, desto wahrscheinlicher der Drogengebrauch), Familieneinflüsse und Sozialisationsbedingungen (zerrüttete Familienverhältnisse und Drogenkonsum der Eltern förderten den Gebrauch), Ausbildung (höherer Konsum bei geringerer Schulbildung), psychologische und emotionale Faktoren (z.B. ein geringes Selbstwertgefühl oder das Bedürfnis nach Stimulation) sowie psychopathologische Einflüsse (z.B. könnten einschneidende Lebensereignisse zu einem erhöhten Drogenbedarf führen) (ebd.).

---

<sup>5</sup> vgl. Newcomb, M. D./P. M. Bentler (1989): Substance use and abuse among children and teenagers, in: American Psychologist, S. 242-248, nach Thomasius 1991, S. 11

Abgesehen von der wichtigen Rolle der 'peer group' (Thomasius 1991), die jedoch - wie weiter unten ausgeführt - nach Ansicht einiger Autoren ebenfalls differenzierter betrachtet werden sollte, wird die Bedeutung der anderen genannten - sozialen und psychologischen - Faktoren in empirisch fundierten Untersuchungen zum Teil stark angezweifelt. So stellten Kleiber et al. Cannabiskonsum überwiegend in "mittel- und oberchichtorientierten" Familien fest (Kleiber et al. 1996, S. 10). Reuband (1987) kommt auf der Grundlage von Jugendumfragedaten zu der Auffassung, Problemüberwindung spiele - zumindest als subjektive Begründung des Erstkonsums - so gut wie keine Rolle. Die Mehrheit der Jugendlichen probiere Cannabis aus einer "mehr oder minder diffusen Neugier" (Reuband 1994, S. 103) und kaum aufgrund von Problemsituationen oder "pathologischen Motivlagen" (ebd., S. 109). Die empirisch feststellbare Neigung der meisten Jugendlichen, den Drogengebrauch auf einige wenige Male zu beschränken, finde in der Motivlage somit eine durchaus plausible Entsprechung.

Auch wenn noch keine Neigung zum Cannabiskonsum existiert - wie es 1993 72% der 14- bis 25jährigen in einer repräsentativen Umfrage angeben (Bundeszentrale 1994) - kann Reuband (1994) zufolge Neugier in einer entsprechenden Situation zum Konsum motivieren. Der Einstieg eines Jugendlichen in den Cannabiskonsum sei oft mehr Sache des Zufalls als der Planung. Nach Auffassung Reubands spricht die Analyse der Situationsdynamik und Handlungsintentionen dabei "gegen bloßen Gruppendruck als Determinante bei zunächst fehlender Konsumbereitschaft" (ebd., S. 107). Auch Schneider (1995b) hält die These, nach der Gruppendruck und eine individuelle Problemlage für die Aufnahme des Cannabisgebrauchs verantwortlich seien, für falsch. Aus seiner Sicht läßt sich die Motivation zum Erstkonsum "aus dem subtilen Zusammenhang ableiten, daß in der Bezugsgruppe bereits Drogen konsumiert werden, somit bei (noch) nicht drogenkonsumierenden Jugendlichen ein Erfahrungsdefizit besteht, welches wiederum einen Einfluß auf die 'Anerkennung durch die Gruppe und das erfahrbare Gemeinschaftsgefühl innerhalb der jeweiligen Clique impliziert" (Schneider 1995, S. 50). Somit könne der Drogengebrauch als eine Art von Konformität, zwar nicht gegenüber der Gesamtgesellschaft, aber gegenüber der subjektiv relevanten Umwelt der Gleichaltrigen angesehen werden (Reuband 1987a). Ähnlich sehen auch Tossmann (1994) sowie Tossmann et al. (1993) den Erstkontakt zu Drogen hauptsächlich durch Neugierde geprägt und lehnen die Einschätzung ab, daß die Ersterfahrung mit Haschisch nur reaktiv aus einem Gruppendruck heraus entstehe.

Uneinigkeit besteht in der Literatur darüber, ob sich die Einstiegsmotive Jugendlicher im Laufe der Zeit verändert haben. Während mehrere Autoren einen Wandel von Erstkonsum-Motivationen wie Protest und Provokation in den 70er Jahren über Selbsterfahrung und Bewußtseinserweiterung hin zu Zielen wie Problemverdrängung (Kindermann/Schneider 1982) und 'normaler' Alltagsbewältigung beschreiben, die inzwischen Teil eines bestimmten Lebensgefühls sei (Thamm 1981, Konegen 1992), betont Reuband, daß nach repräsentativen Umfragen unter Hamburger Schülern seit den 70er Jahren "zu allen Zeiten Neugier als Motiv" dominiert habe (Reuband 1994, S. 111). Begründungen, die in Richtung Selbsttherapie gingen, blieben konstant bei im Schnitt nicht mehr als 13% der Nennungen; hedonistische Motive schwankten zwischen einem Zehntel und einem Fünftel, während 'Bewußtseinserweiterung' zu keiner Zeit mehr als 8% ausgemacht habe. Expliziten sozialen Protest schließlich

gaben konstant weniger als 1% als Begründung an. Somit erweise sich die These vom Wandel der Einstiegsmotivation "als Mythos" (ebd).

Unumstritten ist dagegen, daß dem Cannabiskonsum meistens der Gebrauch von legalen Suchtstoffen, in der Regel von Alkohol und Nikotin, vorausgeht (Kleiner et al. 1992, Kreuzer 1993, Bundeszentrale 1994). So erscheint es auch plausibel, wenn Schneider (1995b) darauf hinweist, daß sich die sozialpsychologischen Motive und sozialisationsbedingten Einflüsse, die für den Einstieg in den Gebrauch von Haschisch oder Marihuana verantwortlich seien, zumeist auf ähnliche Faktoren zurückführen ließen wie jene, die auch für legalisierte Drogen gelten. Eingeschränkte Verfügbarkeit oder die Angst vor einer möglichen Strafe spielen in der individuellen Entscheidung für oder gegen den ersten Konsums nach allen empirischen Befunden keine wesentliche Rolle (Bundeszentrale 1994, Reuband 1994).

### **Schlußfolgerungen für das Modenvorhaben**

Die ausgewertete Literatur legt nahe, daß ein Ansteigen der Erstkonsumentenzahlen durch den geplanten Modellversuch äußerst unwahrscheinlich wäre. Erstkonsum erfolgt allen empirischen Untersuchungen zufolge meist in privaten sozialen Kontexten und "resultiert aus der jeweiligen Situationsdynamik heraus" - offensichtlich unabhängig vom vorhandenen Vertriebssystem, wie ein Vergleich zwischen Deutschland und den Niederlanden deutlich macht (Reuband 1992, S. 70). Da Neugier - in Verbindung mit jugendspezifischen Gruppenprozessen - als ein wesentliches 'Einstiegs'-Motiv angesehen werden kann, spricht vielmehr einiges für die These, gerade das Verbot erhöhe den Anreiz zum Erstkonsum, da es in der Jugendkultur durch "die Attraktivität des Verbotenen ... eine verführerische Aufforderung" darstelle (Schlömer 1992, S. 45, Quensel 1989b). Diese würde durch eine kontrollierte Abgabe von Cannabis wegfallen und könnte unter Umständen die Neugier verringern, den 'Stoff' einmal auszuprobieren. Hierzu liegen jedoch noch keine Untersuchungen vor.

Normalerweise gebrauchen Jugendliche Cannabis das erste Mal innerhalb von 'peer-groups' hauptsächlich im privaten Rahmen. Die Mehrzahl der Cannabis-Probierer erhält den ersten 'Joint' von Freunden oder Bekannten kostenlos. Professionelle Dealer und Kontakte zur Drogenszene spielen dabei so gut wie keine Rolle.

Ein Modell zur kontrollierten Cannabisabgabe dürfte an dieser 'typischen'1 Erstkonsum-Situation kaum etwas verändern. Es ist daher auch nicht anzunehmen, daß der Verkauf von Haschisch und Marihuana - zum Beispiel in Apotheken - Erstgebraucher im Normalfall direkt erreichen würde. Da in den meisten Fällen zum Zeitpunkt des Erstkonsums noch kein Kontakt zur illegalen Drogenszene besteht, wären Bestrebungen, die Jugendlichen - über eine Trennung der Märkte - aus diesem Umfeld 'herauszuziehen', hier ohnehin irrelevant. Für diejenigen jedoch, die nach dem ersten Probieren weiter Cannabisprodukte konsumieren, könnte die Abgabestelle eine positive Alternative zum Kauf bei einem Dealer darstellen. Wie diese Jugendlichen bisher an ihren 'Stoff' kommen, läßt sich anhand der vorhandenen Literatur nicht klären. Anzunehmen ist jedoch, daß bei fortgesetztem Konsum auch die Bedeutung von Bezugsquellen außerhalb des privaten Umfelds zunimmt (Reuband 1992) und damit Kontakte zum illegalen Markt wichtiger werden.

Darauf deutet auch die Tatsache hin, daß immerhin etwa jeder fünfte Erstkauf von Cannabisprodukten außerhalb des privaten Bereichs stattfindet (Bundeszentrale 1994).

### **2.1.3 Zur These der Einstiegsdroge**

Die These von der Einstiegsdroge dient nach wie vor als Begründungselement für das Verbot von Cannabis. Nach dieser Theorie führt der Konsum von Marihuana oder Haschisch (zwangsläufig) zum Experimentieren mit härteren Drogen und leitet damit die Abhängigkeit ein. Die überwiegende Zahl empirischer Studien und methodischer Kritiken zeigt aber, daß diese These - zumindest in dieser pauschalen Form - nicht haltbar ist.

In einem engen inhaltlichen Zusammenhang mit der Einstiegsthese ("mit Cannabis beginnt der Einstieg in die Drogenkarriere") stehen die These von der Schrittmacherfunktion ("Cannabis forciert den Umstieg auf härtere Drogen") und die Umsteigethese ("Cannabiskonsumenten steigen (zwangsläufig) auf Heroin um"). Sie werden in der Literatur häufig synonym benutzt. Auch hier sollen alle drei Thesen zusammen behandelt werden, weil eine klare systematische Trennung nicht möglich ist.

Die Einstiegs- bzw. Umsteigethese wird mit unterschiedlichen Argumentationen begründet. Neben pharmakologischen, physiologischen, psychologischen und sozialen Erklärungsansätzen wird auch auf den Aspekt der Verfügbarkeit von Drogen abgehoben (Majunke 1992).

Die beiden erstgenannten Theorien sind in den letzten Jahren in den Hintergrund getreten. Nur noch selten wird zum Beispiel behauptet, daß es infolge der Depotwirkung von THC zu einer Konsumsteigerung und damit letztlich zu einem Umstieg auf härtere Drogen komme (Zerr 1994). Als überkommen muß auch die Erklärung angesehen werden, daß neben sozialer Eingetheiltheit, mangelnder Verfestigung in Familie und Beruf sowie geringer physischer und psychischer Stabilität, vor allem ein "gieriges, unersättliches Konsumverhalten" ein "Gefährdungsmoment für einen süchtigen Verfall" darstelle (Binder et al. 1981, S. 12). Auch das Bundesverfassungsgericht stellt fest, daß die These von der 'Schrittmacherfunktion' überwiegend als widerlegt betrachtet wird, soweit damit eine stoffliche Eigenschaft der Cannabisprodukte bezeichnet wird (BVerfGE90, 145, 181).

### **Aktuelle Begründungen für die Einstiegsthese**

Heute wird die Einstiegsthese vor allem mit verhaltenspsychologischen und soziologischen Argumenten begründet. Schneider (1996) spricht davon, daß die These der pharmakologischen Potenz der Hanfdroge als Schrittmacher durch die These einer sozial- und milieugeprägten Abfolge der Drogenwahl ersetzt worden sei. Über die exakte Art des Mechanismus, der den Wechsel auf andere Drogen bewirkt, besteht jedoch keine Einigkeit (IFT 1993b). Es wird ausgeführt, daß Jugendliche durch den Haschischgebrauch ihre Einstellung gegenüber dem Konsum von illegalen Drogen generell veränderten, in diesem Sinne sei Cannabis eine Einstiegsdroge. Eduard Lintner, Beauftragter der Bundesregierung für Drogenfragen, formuliert es so: "Es ist die verringerte Distanz zu Suchtmitteln, die auch die Bereitschaft zum Konsum anderer Rauschgifte,

zum Beispiel Heroin, Kokain oder synthetischer Drogen fördert" (Das Sonntagsblatt, 2.8.1996). Insbesondere bei Jugendlichen und Heranwachsenden, die über längere Zeit Cannabis gebrauchten, bestehe diese Gefahr des Abgleitens in die Drogen-Subkultur, in der sie dann in erhöhtem Maße dem Kontakt mit harten Drogen ausgesetzt wären (Rebscher 1981).

Aus der Sicht eines Vertreters der Einstiegsthese, Karl-Ludwig Täschner, wirkt längerandauernder Konsum von Hanfdrogen gewohnheitsbildend und verfestigt abhängige Verhaltensweisen (Täschner 1995). Er verstärke ein Verhalten, das auf Manipulation der eigenen Befindlichkeit und auf Ausweichen vor den Belastungen des Alltags ausgerichtet sei. Der Konsument suche daher stärker wirkende Substanzen: zunächst Halluzinogene, danach Weckamine und schließlich Opiate. Es stehe daher fest, daß Cannabis den Weg zum Heroin ebne und in vielen Fällen ohne Cannabiskonsum kein Heroinkonsum zustande käme (ebd.). Nach Täschner ist "der Umsteigeeffekt, die Funktion des Haschischs als Einstiegsdroge, unbestreitbar" (Täschner 1989, S. 8). Es handle sich dabei jedoch um keinen "plumpen Kausalzusammenhang", sondern um eine "Begünstigung des Übergangs auf stärker wirkende Stoffe, da sich die Haschischwirkungen auch durch Erhöhung der Dosis nur begrenzt steigern lassen" (ebd.). Täschner kommt deshalb zu dem Schluß, daß die Vielzahl der Folgen des Konsums unterschiedlicher Drogen "zu einer Art globalen Gleichbehandlung aller Drogen führen muß, zumindest was die juristische Seite des Problems betrifft" (Täschner 1995, S. 10). Für diese Behauptungen gibt Täschner aber keine konkreten empirischen Belege an.

Auch Kleiner et al. (1992) sehen das Umsteigerisiko von weichen auf harte Drogen als wissenschaftlich belegt an. Sie halten es jedoch für notwendig, zwei Zusammenhänge voneinander zu trennen: "Wer Haschisch nimmt, gerät weder zwangsläufig noch mit hoher Wahrscheinlichkeit in die harte Drogenszene, aber die Angehörigen der harten Drogensubkultur... haben zu einem hohen Prozentsatz mit der weichen Droge Haschisch als Einstiegsdroge begonnen. Das heißt: Für den Haschischkonsumenten ist die Wahrscheinlichkeit weit größer ... von harten Drogen abhängig zu werden als für jemanden, der kein Haschisch oder Marihuana gebraucht, also auch mit der weichen Drogenszene gar nicht erst in Kontakt kommt" (ebd., S. 15). Kleiner et al. behaupten, daß dieser Zusammenhang durch zahlreiche Untersuchungen bewiesen sei, ohne diese aber konkret zu benennen.

Eine andere Rolle der Droge Cannabis beim Umstieg bzw. Wiedereinstieg will Beil festgestellt haben, der zwischen 1966 und 1979 insgesamt rund 1000 Patienten behandelt hat, die Cannabis konsumierten: "Cannabis besitzt eine hohe Umsteigepotenz, insbesondere beim entzogenen Opiatkonsumenten und jugendlichen Alkoholbenutzer. ... Von Alkohol und Heroin entzogene Patienten recidivierten oft sofort, meist schwer in ihr früheres vorherrschendes Suchtverhalten, wenn sie wieder Cannabis rauchten" (Beil 1981, S. 87). Umgekehrt wird in anderen Quellen Cannabis allerdings auch die Funktion einer 'Aussteigedroge' zugeschrieben: Quensel vermutet etwa, daß Heroinkonsumenten teilweise mit Hilfe von Cannabis aus ihrer Karriere aussteigen wie Raucher mit Süßigkeiten (Quensel 1989a).

Nach Kovar und Bühringer (1993), die eine 'mittlere Position' zur Einstiegs- und Umstiegstheorie einnehmen, führt der einmalige Konsum von Cannabis zwar nicht

zwangsläufig zu seinem weiteren Gebrauch und ebensowenig zum Umsteigen auf andere Drogen. Letzteres könne auch nicht aus der Wirkungsqualität von THC erklärt werden. Zu Umsteigeeffekten von Haschisch auf Heroin komme es aber im Zusammenhang mit Persönlichkeit- und Umweltfaktoren (ebd.). Auch das Bundesgesundheitsamt liegt in etwa auf dieser Linie: "Alkohol (kann) mit ebenso großer oder geringer Berechtigung als 'Einstiegsdroge' für Cannabis bezeichnet werden wie Cannabis für andere illegale Drogen. In beiden Fällen ist das Fortschreiten zu weiteren Drogen in der Regel an weitere Bedingungen geknüpft" (Bundesgesundheitsamt o. J., S. 23).

### **Empirische Kritik an der Einstiegsthese**

Ein Großteil der bundesdeutschen Drogenexperten und Suchtwissenschaftler lehnt die (immer noch) in Teilen der Politik, Publizistik und Rechtsprechung vertretene Einstiegs- bzw. Umstiegsthese eindeutig ab. Diese These sei wie fast jede Alltagstheorie empirisch nicht belegt (Kreuzer 1991). Es wird vor allem darauf hingewiesen, daß nur ein winziger Bruchteil der Cannabiserfahrenen und ein sehr kleiner Teil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten auf härtere Drogen umsteigt (Majunke 1992). Weniger als 2% der Cannabisgebraucher bekommen mit ihrem Konsumverhalten drogentherapeutisch behandlungsbedürftige Probleme oder greifen zu 'härteren' Drogen (Bossong/Schaich-Walch 1996). Zwar haben 95% der Heroinkonsumenten früher Cannabis konsumiert, aber 95% der Haschischkonsumenten gehen nicht zum Gebrauch von Opiaten über (Körner 1994). "Stellt man die geschätzte Zahl der Cannabiskonsumenten von vier Millionen in der Bundesrepublik der geschätzten Zahl von 100.000 Heroinkonsumenten gegenüber, so erkennt man schnell, daß Cannabis nicht zu Heroin führt" (ebd., S. 1525).

Auch Binder et al. kommen in einer klinischen Studie zu dem Ergebnis, daß Cannabis keine 'Einstiegsdroge' sei, sondern seine Gefährlichkeit und Schädlichkeit wie Alkohol aus sich selbst heraus beziehe (Binder et al. 1981). Es lasse sich keine zwangsläufige Verlaufssequenz quantitativen und/oder qualitativen Suchtverfalls, etwa von angeblich 'weich' zu 'hart' feststellen.

Der Haschischgebrauch stellt zudem für die Mehrheit der Jugendlichen nur eine kurze Episode in ihrem Leben dar. Die meisten probieren nur einige Male und stellen den Konsum dann wieder ein (Reuband 1987a, Thomasius 1991). Laut Kleiber et al. (1996) haben ein Viertel der 14- bis 25jährigen in den alten Bundesländern Cannabiserfahrungen. Von diesen stellen über 90% den Gebrauch nach einer Probierphase bzw. nach gelegentlichem Konsum wieder ein.<sup>6</sup> Der Cannabiskonsum könne von daher als ein "zumeist transitorisches Phänomen" klassifiziert werden (ebd.). Nach Konegen muß ferner bedacht werden, daß unter pharmakologischen Gesichtspunkten harte Drogen wie Heroin und Kokain nicht unbedingt eine Steigerung der Cannabis-Wirkungen bieten. Während die Opiate eine euphorisierende Wirkung haben, dominiert bei Cannabis eine passiv euphorische Bewußtseinslage und eine milde Sedierung (Konegen 1992).

---

<sup>6</sup> Nach einer Studie des IFT findet sich der höchste Anteil aktueller Konsumenten von 'weichen' Drogen bei den 18- bis 20jährigen. Mit zunehmendem Alter nimmt der Prozentsatz kontinuierlich ab, bei Personen über 40 Jahre kommt kaum noch aktueller Konsum vor

Überdies wird an der Schrittmacherthese kritisiert, daß sie willkürlich Haschisch unter den Drogen herausgreift, die dem Heroin oft vorausgehen. Alle einschlägigen epidemiologischen Untersuchungen belegen jedoch, (Bundesministerium für Gesundheit 1995). daß Alkoholmißbrauch und Nikotinumgang in aller Regel an erster Stelle stehen, bevor jemand Haschisch nimmt oder später Heroin (Kreuzer 1991). In diesem Zusammenhang sei auf Reuband (1995) verwiesen, der die Bedeutung des 'Image' einer Droge betont, das entscheidend dafür sei, welche Substanz zu einem gegebenen Zeitpunkt als erste probiert werde und die Ausgangsbasis späterer Drogenkarrieren konstituiere. Nicht das objektive, sondern das subjektive Risiko der Drogeneinnahme sei danach für den weiteren Verlauf verantwortlich.

Quensel (1982) sieht die Einstiegsthese auch dadurch als widerlegt an, daß die behauptete Folgeerscheinung von Opiatabhängigkeit in den typisch Cannabis konsumierenden Kulturen wie in Costa Rica und Jamaica fehle. Und Reuband (1995) macht in einem empirischen Vergleich westeuropäischer Staaten deutlich, daß ein Zusammenhang zwischen der Verbreitung des Cannabisgebrauchs und dem Konsum harter Drogen nicht erkennbar sei. Beispielsweise gebe es in der Schweiz und Spanien einen überproportionalen Konsum sowohl von 'weichen' als auch 'harten' Drogen, dagegen weise Dänemark als Land mit höchster Cannabisprävalenz nur einen durchschnittlichen Wert beim Konsum harter Drogen auf. Umfragen an US-amerikanischen Schulen zeigen überdies, daß der Gebrauch anderer Drogen relativ stabil bleiben kann, auch wenn der Konsum von Marihuana zeitweilig ansteigt (Konegen 1992).

### **Methodische Einwände gegen die Einstiegsthese**

Verschiedene Autoren machen methodische Einwände gegen die Einstiegsthese geltend: Nach Kreuzer (1991) ist die Annahme einer linearkausalen Beziehung zwischen Haschisch- und Heroingebrauch methodisch fehlerhaft. Ein chronologischer Zusammenhang zweier Phänomene sei noch kein ursächlicher. Beides könne mit einem dritten Phänomen verknüpft sein, welches gleichermaßen Bedingung für diese Phänomene ist. Zu solchen intervenierenden Variablen können Persönlichkeit, Sozialisation und die Umgebung von Drogenkonsumenten gehören (ebd.).

In die gleiche Richtung geht die Kritik, daß die Einstiegstheorie aus den Angaben einer kleinen Minderheit von Heroinabhängigen rückblickend das Verhalten einer ungleich größeren Gesamtheit von Cannabiskonsumenten ableite und dabei einen einfachen Zusammenhang zur ursächlichen Beziehung hochstilisiere. Denn wenn auch eine solche Korrelation bestehen würde, sei dies noch lange kein hinreichender Beleg für das Bestehen einer ursächlichen Relation zwischen beiden Größen (Wolffersdorff-Ehlert 1982).

Auch Schneider (1995b) und Konegen (1992) beklagen methodische Mängel, weil die Schrittmacherthese meistens mit retrospektiv erhobenen Daten bei kompulsiv Opiatgebrauchenden begründet wird, aber nicht diejenigen befragt werden, die hauptsächlich nur Cannabis konsumieren.

Ein vielfach vorgebrachter Einwand gegen die Einstiegstheorie ist der Vorwurf, daß sie nicht berücksichtige, daß "der Weg in eine Suchtkarriere psychosozial komplex ist, keinesfalls auf die Abfolge von Drogen reduziert werden kann und gerade

Alkohol- und Nikotinmißbrauch nahezu immer dem Konsum illegaler Drogen vorausgehen" (Kreuzer 1992, S. 205). Auch die Autoren eines Sonderbandes des Bundeskriminalamtes stellen fest, daß die weitverbreitete Auffassung über die Schrittmacherfunktion von Haschisch auf dem Weg zu harten Drogen in ihrer Zwangsläufigkeit nicht aufrechterhalten werden kann, weil sie den in psychosozialer Hinsicht komplexen Weg in die Suchtkarriere und die soziokulturelle Prägung in den jeweiligen Milieus der Drogenkonsumenten unberücksichtigt läßt (Knauß/Erhardt 1993). Entsprechend messen viele Suchtwissenschaftler anderen Faktoren bei der Entstehung einer Abhängigkeit von harten Drogen eine viel größere Bedeutung bei als dem vorherigen Konsum von Cannabis: Persönlichkeit, Erziehung, sozialer Umwelt, Freizeitgruppen, sozialstrukturellen und situativen Konstellationen. Es sind demnach stärker drogenunabhängige Einflußfaktoren, die ein 'Umsteigen' fördern oder hemmen (Wolffersdorf-Ehlert 1982, Reuband 1994, Schneider 1996).

### **Kriminalisierung fördert den Umsteigeeffekt**

In den letzten Jahren hat sich unter den Kritikern des Cannabisverbotes eine andere Form der Einstiegs- und Umstiegsthese entwickelt: Laut Konegen (1992) erhält Cannabis seine Rolle in der Drogensequenz erst durch die bestehende Prohibition; gerade sie fördere den Kontakt zu härteren Drogen. "Aus heutiger Sicht gibt es keine pharmakologisch induzierte, sondern lediglich eine sozial- und milieugeprägte Abfolge der Drogenwahl" (ebd., S. 41). Auch nach Ansicht von Wolffersdorff-Ehlert (1989) werden Umsteigeeffekte durch die gleichermaßen gegen 'harte' wie 'weiche' Drogen repressiv vorgehende Drogenpolitik begünstigt. Bei jungen, unerfahrenen Drogenkonsumenten würde dies oft zu einer gefährlichen Nivellierung in der Wahrnehmung der Unterschiede zwischen einzelnen Drogenarten führen, insbesondere zwischen Cannabis und Opiaten. Außerdem würden so die Drogenmärkte weiter zusammenrücken und eine differenzierte Gelegenheitsstruktur für den Kontakt mit Rauschmitteln entfalten (ebd.). Quensel (1982) spricht von einer "self-fulfilling prophecy", in dem Sinne, daß durch die Bestrafung von Cannabis eine Realität geschaffen werde, die wiederum eine Verschärfung der Bestrafung rechtfertigen solle.

Der niederländische Strafrechtsexperte Frits Rüter (1991) gibt ebenfalls zu bedenken, daß erst die strafrechtliche Ahndung Cannabis zur Einstiegsdroge mache, und zwar durch eine undifferenzierte strafrechtliche Einheitsbehandlung von Cannabis wie Heroin und Kokain. Diese habe zur Folge, daß Cannabis gemeinsam mit den anderen Drogen in die Illegalität gedrängt und mit diesen räumlich, sozial und psychologisch auf das engste verquickt werde (ebd.). Die Umsteigegefahr werde also nicht durch Cannabis, sondern durch die strafrechtliche Behandlung hervorgerufen.

Auch das Bundesgesundheitsamt deutet eine Verbindungslinie zwischen der Illegalität von Cannabis und der Gefahr des Umstiegs auf härtere Drogen an, wenn es feststellt: "Zweifellos bahnt aber der Kontakt mit dem illegalen Drogenmarkt, der sich durch den Haschischkonsum in der Regel ergibt, bei gefährdeten Personen die Aufnahme des Konsums der genannten weiteren, illegalen Drogen. Insofern ist der Begriff der Einstiegsdroge nicht so abwegig, ... , auch wenn Cannabis und seine Wirkungen das Umsteigen nicht auslösen" (Bundesgesundheitsamt o. J., S. 22/23).

Schneider steht dagegen der These, daß das negative 'Setting' des illegalen Drogenmarktes eine Abfolge verschiedener Drogen fördere, skeptisch gegenüber. Er argumentiert, eine Trennung der Märkte habe sich längst vollzogen, gekauft würden meist Cannabisprodukte von Freunden oder Bekannten im privaten Bereich. Allerdings schließt er nicht aus, daß es aufgrund der Illegalität noch Berührungspunkte gibt (Schneider 1995b). Doch selbst wenn diese These zutreffen würde, bleibt das Problem der Kriminalisierung: Nach wie vor werden viele Cannabisdelikte zur Anzeige gebracht und dadurch viele Konsumenten stigmatisiert. Auf diesem Wege wird dann möglicherweise eine Identifizierung und Verstrickung mit dem Milieu harter Drogen ausgelöst oder forciert.

Als Argument gegen die Einstiegstheorie wird auch auf deren historische Entstehungsbedingungen hingewiesen: Die Klassifizierung von Cannabis als 'Einstiegsdroge' erfolgte im Kontext der jugendlichen Protestbewegungen und Subkulturen der 60er Jahre. Im damals begonnenen Kampf gegen die Drogen ging es weniger um die objektive Schädlichkeit von Cannabisprodukten, sondern vor allem um eine politische Auseinandersetzung über Lebensstil und Arbeitsmoral in den westlichen Konsumgesellschaften (Wolffersdorff-Ehlert 1982). Die spätere Auflösung dieser Bewegungen hat dabei allenfalls modifizierend auf den Konsum eingewirkt. Der entscheidende 'kulturelle Durchbruch' war erfolgt, der Cannabisgebrauch als ein jugendspezifisches Phänomen etabliert (Reuband 1987a).

### **Schlußfolgerungen für den Modellversuch**

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die Einstiegstheorie in der Fachliteratur als weitgehend widerlegt angesehen wird, insbesondere ihre pharmakologischen und physiologischen Varianten. Nur noch selten wird behauptet, daß der Gebrauch von Cannabisprodukten zwangsläufig zum Heroinkonsum führt. Wenn die These von Cannabis als Einstiegsdroge aufrechterhalten wird, wird sie häufig mit der soziokulturellen Nähe von Hanfdrogen und Opiaten begründet. Diese Kontaktnähe werde aber erst durch die strafrechtliche Gleichbehandlung von 'weichen' und 'harten' Drogen bewirkt, sagen wiederum andere Autoren unter Verweis auf ausländische Erfahrungen, die gezeigt hätten, daß durch eine Entpönlisierung von Cannabis eine Trennung der Konsumentengruppen möglich sei.

Unter Abwägung aller Argumente und empirischer Erkenntnisse ist es sehr unwahrscheinlich, daß ein Modellversuch zur kontrollierten Cannabisabgabe zu einer Zunahme von Heroinabhängigen führt. Im Gegenteil: Es ist eher zu erwarten, daß durch eine konsequente Trennung der Konsumentengruppen bzw. Drogenmärkte kriminalisierungsbedingte Umsteigeeffekte von Cannabis auf Heroin vermieden werden können. Zudem dürfte der Heroingebrauch schon deshalb nicht zunehmen, weil "der Übergang von einer schon verbotenen Droge auf eine andere, wegen der nicht bestehenden Trennung der Märkte, vermutlich leichter (fällt) als der Schritt von der Legalität in die Illegalität" (Bundesamt für Gesundheitswesen 1996, S. 55).

#### **2.1.4 Zur These des 'Damnbruchs'**

Eine wesentliche Prämisse des geltenden Cannabisverbots in der Bundesrepublik Deutschland ist die These von seiner generalpräventiven Wirkung. Danach halte die Strafordrohung die Bevölkerung, insbesondere Jugendliche, davon ab,

Cannabisprodukte zu erwerben, zu konsumieren, anzubauen und mit ihnen Handel zu treiben. Es wird argumentiert, daß eine (Teil-)Legalisierung Haschisch und Marihuana verharmlosen, damit die Hemmschwelle senken, und - wie bei einem 'Dambruch' - Scharen von Jugendlichen zum Cannabiskonsum animieren und in die Ausgabestellen treiben würde. Diese 'Dambruchthese' spielt beim Festhalten am Cannabisverbot häufig eine größere Rolle als die vermeintliche oder tatsächliche gesundheitliche Gefährdung durch Hanfdrogen oder die sogenannte 'Einstiegsthese'.

Die Kritiker halten diesem 'Dambruch-Szenarium' entgegen, daß Cannabis längst eine sozialintegrierte Droge sei, die allerwenigsten Konsumenten durch das Strafrecht vom (Erst-)Konsum abgehalten würden, und daß das Cannabisverbot bezüglich einer differenzierten Präventionsarbeit kontraproduktiv sei.

Das Bundesverfassungsgericht hat zu dieser anhaltenden drogenpolitischen und fachlichen Kontroverse festgestellt, "daß die kriminalpolitische Diskussion darüber, ob eine Verminderung des Cannabiskonsums eher durch die generalpräventive Wirkung des Strafrechts oder aber durch die Freigabe von Cannabis und eine davon erhoffte Trennung der Drogenmärkte erreicht wird, noch nicht abgeschlossen ist. Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse, die zwingend für die Richtigkeit des einen oder anderen Weges sprächen, liegen nicht vor" (BVerfGEBO, 182/183).

Kontroverse Positionen Das Münchener Institut für Therapieforschung (IFT) geht - gestützt auf Ergebnisse aus der Alkoholforschung, nach denen bei einer Rücknahme sozialer Kontrollen der Konsum ansteigt - davon aus, daß auch bei Cannabis "je nach Ausmaß der Liberalisierung ... der Konsumumfang etwa proportional zunimmt" (IFT 1995, S. 2). Bei einer Entkriminalisierung bzw. Legalisierung sei demnach mit einer erheblichen Zunahme des Konsums zu rechnen, die "über lange Zeiträume eine Größenordnung wie im Bereich des Tabaks und Alkohols" erreichen könne (ebd., S. 5). Täschner (1986) befürchtet, daß bei einer Aufhebung des Cannabisverbots "eine große Bevölkerungsgruppe ... zum Probieren der Substanz schreiten" würde (ebd., S. 253).

Als empirischer Beleg für das Funktionieren der 'Abschreckungswirkung' des Cannabis Verbotes werden Zahlen angeführt, aus denen hervorgeht, daß eine deutliche Mehrheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch nie illegale Drogen probiert hat. So zeigten Umfrageergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1994), daß 79% aller Jugendlichen (12 bis 25 Jahre) aus den alten Bundesländern (neue Bundesländer = 94%) niemals illegale Drogen genommen haben - obwohl 41% angaben, daß sie ihnen schon einmal angeboten wurden. Damit, so die Schlußfolgerung, gebe es offensichtlich für eine deutliche Mehrheit der Jugendlichen strafrechtliche Hemmschwellen, die hoch genug seien, daß sie auch in Zukunft keine illegalen Drogen konsumieren würden (Dembach 1995).

Diese "erhebliche Resistenz" dagegen, zumindest das erste Drogenangebot anzunehmen, läßt sich bei genauerer Betrachtung der Daten aber nur zu einem geringen Anteil auf das Cannabisverbot zurückführen: Nur bei 15% der Jugendlichen spielt die Angst vor strafrechtlichen Sanktionen eine Rolle (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1994). Von wesentlich größerer Bedeutung sind gesundheitliche Befürchtungen wie die Angst vor Abhängigkeit

(55%) oder vor physischen Folgeschäden (43%). Die Studie kommt daher zu dem Schluß, daß "die strafrechtliche Sanktionsandrohung nur beim geringen Teil der Jugendlichen wirksam ist" (ebd., S. 92). Auch nach Meinung von Quensel überschätzt die 'Dambruchthese' die generalpräventive Abschreckung durch das Betäubungsmittelgesetz und unterschätzt die soziale Regulierung des Cannabiskonsums (Quensel 1989b).

Neben dem Strafrecht, mit dem die Verfügbarkeit von Drogen begrenzt werden soll, gibt es offensichtlich eine Vielzahl anderer Faktoren - wie Moden, kulturelle Bewegungen, sozioökonomische Verhältnisse -, die das Konsumverhalten bezüglich illegaler Drogen (weit mehr) beeinflussen. Als entscheidende Einflußgröße wird auch die Zusammensetzung des Freundes- und Bekanntenkreises ('Peer-Group') und dessen Definition des Drogengebrauches als positives oder negatives Erlebnis genannt (Reuband 1992). Eine monokausale Erklärung, die die Verbreitung von Drogen ausschließlich mit ihrer 'Griffnähe' und der strafrechtlichen Sanktionierung (oder Tolerierung) in Verbindung bringt, wird durch die wissenschaftliche Erkenntnislage nicht gedeckt.

Erste Erfahrungen in Schleswig-Holstein zeigen, daß mit einer "Entpönalisierung" von Cannabis nicht das Konsumverhalten gefördert wird (Schleswig-Holsteinischer Landtag 1995). In Schleswig-Holstein ist seit Mai 1993 eine im Bundesvergleich weitgehende Regelung zum § 31 a Betäubungsmittelgesetz in Kraft, nach der bei bis zu 30 g Besitz von Cannabisprodukten die Staatsanwaltschaft in der Regel von einer strafrechtlichen Verfolgung absieht.

Die 'Dambruchthese' wird teilweise nicht nur auf die Ausweitung des Cannabisgebrauchs, sondern auf die Zunahme des Konsums illegaler Drogen insgesamt bezogen. Weil es ein zwangsläufiges - quasi naturgesetzliches - Umsteigen von Cannabis auf Heroin gebe ('Umsteigethese'), werde es dadurch zu vielen neuen Heroinabhängigen kommen. Empirische Belege für diese These vom Umsteigen gibt es jedoch nicht (siehe Kapitel Zur These der 'Einstiegsdroge')

### **Ausländische Erfahrungen**

Ein Vergleich zwischen den Niederlanden und Deutschland zeigt, daß es im Gegensatz zu herkömmlichen Annahmen über die Auswirkungen hoher Drogenverfügbarkeit keine Hinweise auf unterschiedliche Wege und Ausmaße des Einstiegs in den Drogengebrauch gibt. Die Existenz von Coffeeshops in den Niederlanden begünstigt nicht den Einstieg in den Drogenkonsum. Ebenso wenig gibt es Anhaltspunkte für ein unterschiedliches Alter beim Erstgebrauch. Die Umsteigequote von Haschisch auf Heroin ist weitgehend gleich (Reuband 1992). Schätzungen erbringen zudem ähnliche Zahlen hinsichtlich der Verbreitung von Drogenabhängigkeit in beiden Ländern (ebd.). Seit 1980 - also noch vor der Etablierung der Coffeeshops - ist die Zahl der niederländischen Cannabiskonsumenten in etwa stabil geblieben (Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten der Niederlande 1995). Erst in der allerjüngsten Zeit gibt es in den Niederlanden - wie in anderen europäischen Ländern - eine neue Popularität weicher Drogen<sup>1</sup>, die aber offenbar von Fragen der Legalität/Illegalität unabhängig ist (ebd.).

Die niederländischen Erfahrungen zeigen also, daß eine Entkriminalisierung von Cannabis ohne Zunahme des Konsums und ohne starke gesellschaftliche Reaktionen möglich ist (Fromberg 1996). Dafür sprechen auch empirische Beobachtungen in 11 Bundesstaaten der USA, nach denen liberale Änderungen in der Gesetzgebung und Praxis - unter sonst konstanten Rahmenbedingungen - nicht zu einem Anstieg des Gebrauchs von Cannabisprodukten geführt haben (Saveland/Bray 1981, Quensel 1989a, Reuband 1992, Schneider 1995b)<sup>7</sup>

In der Schweiz wird ebenfalls die These vom generalpräventiven Effekt durch Strafandrohung zunehmend in Frage gestellt. So stellte eine Expertenkommission, die im Auftrag der Schweizer Bundesregierung Vorschläge zur Novellierung des Betäubungsmittelrechts erarbeitet hat, fest: "Die dem Strafrecht zugeschriebene Generalprävention scheint auf diesem Gebiet keine große Wirkung zu entfalten. Um die Nachfrage zu beeinflussen, sind vielmehr Präventionsmaßnahmen außerhalb des Strafrechts notwendig" (Bundesamt für Gesundheitswesen 1996, S. 30).

Die ausländischen Erkenntnisse über eine Entkriminalisierung weisen darauf hin, daß soziale Kontrollmechanismen in der Lage sind, strafrechtliche Lücken zu füllen bzw. deren Kontrollqualität sogar zu übertreffen. Denn nicht notwendigerweise müssen "Kontrollen und Schutz" durch das Strafrecht erfolgen, vielmehr kann dieses sogar das Entstehen informeller, nichtstrafender und sozialer Kontrollen verhindern (Eisenbach-Stangl 1982).

### **Schlußfolgerungen für den Modellversuch**

Die internationalen Erfahrungen liefern zusammengenommen deutliche Hinweise dafür, daß es bei einer kontrollierten Abgabe von Cannabis kaum zu einem 'dambruchähnlichen' Anstieg des Gebrauchs kommen dürfte, zumal Aufbau und Struktur des Modellversuches regulierende Elemente enthalten. Es ist eher wahrscheinlich, daß der Konsum, sowohl was die Anzahl der Konsumenten als auch die Intensität des Gebrauchs betrifft, zurückgeht. Sollte es wider Erwarten doch zu einem modellbedingten extensiven Anwachsen des Cannabiskonsums kommen, könnte das Forschungsprojekt abgebrochen werden. In jedem Fall könnte festgestellt werden, welche Auswirkungen der Wegfall des Prinzips der 'Generalprävention durch Strafandrohung' auf das Konsumverhalten von Jugendlichen und Erwachsenen hat.

Bei einer regulierten Verfügbarkeit von Cannabisprodukten in Abgabestellen wie z.B. Apotheken dürfte die Hemmschwelle zum Kauf von Hanfdrögen in Maßen gehalten werden: Jene, die Haschisch aus Neugier probieren (weil es verboten ist), fielen (teilweise) weg. Und die eingeschränkte Attraktivität - der Erwerb bliebe relativ umständlich - dürfte auf einige Konsumenten abschreckend wirken. Scheerer verweist darauf, daß beispielsweise der Gang in die Apotheke, der anders als bei Coffeeshops lediglich dem Versorgungszweck dient, auch als "Diskriminierung oder Pathologisierung" empfunden werden könnte (Scheerer 1996b). Jedenfalls dürfte diese Abgabeform von Cannabisprodukten kaum darauf schließen lassen, daß der Gebrauch ungefährlich sei.

---

<sup>7</sup> In Spanien war in den 80er Jahren (1983-1988) der Gebrauch und Besitz von Drogen zum eigenen Gebrauch straflos. Die Substanzen wurden dabei hinsichtlich ihrer Schädlichkeit unterschieden. Es liegen aber keine gesicherten Daten über die Auswirkungen dieser Liberalisierung auf das Konsumverhalten vor (IFT 1993b)

### **2.1.5 Zur These der kulturfremden Droge**

Als Argument für die Aufrechterhaltung des Cannabisverbots wird unter anderem angeführt, Haschisch und Marihuana seien - anders als beispielsweise der legale Alkohol - 'kulturfremde Drogen', deren Gebrauch in Deutschland keine Tradition habe und daher auch in Zukunft nicht in die Gesellschaft integriert werden könne (z.B. Täschner 1986). Diese Behauptung - und ihre empirische Grundlage - wird in der Regel in der Literatur nicht genauer erläutert.

"Angesichts der ca. 3-4 Millionen Cannabiskonsumenten in Deutschland und der seit Jahren weiten Verbreitung in Europa" kommt dagegen Körner (Anhang C 1, Rn 246) zu dem Schluß, von einer 'kulturfremden Droge' könne nicht mehr die Rede sein. Auch Thamm (1996) hält diese Behauptung zumindest für die "nachwachsende Verbrauchergeneration" für unzutreffend. Ähnlich argumentiert Tossmann (1994), der davon ausgeht, "daß ca. 10-25% aller Heranwachsenden Erfahrungen mit Cannabisprodukten machen" (ebd., S. 9).

Ein Blick auf epidemiologische Daten und die Ergebnisse empirischer Studien zu Konsumgewohnheiten kann Anhaltspunkte geben, inwieweit Cannabiskonsum sich - trotz des Verbots - in unserer Kultur schon ausgebreitet hat und welche Konsummuster sich heute finden lassen. Hierzu sollen im Folgenden Daten hauptsächlich aus drei repräsentativen Bevölkerungsumfragen bzw. Umfrageserien angeführt werden<sup>8</sup>. Zu beachten ist allerdings, dass es sich dabei im Wesentlichen um hochgerechnete Schätzzahlen handelt, deren Aussagekraft begrenzt ist (vgl. dazu Reuband 1987b). Anders als im Bereich der Konsumenten harter Drogen sind solche Befragungsdaten jedoch zuverlässiger als die - für die Konsummuster ohnehin wenig aussagekräftigen - Statistiken zu Drogensicherstellungen von polizeilicher Seite (Bundeskriminalamt 1994). Zu unterschiedlichen Gebrauchsgewohnheiten gibt es in der Bundesrepublik bislang keine gezielte repräsentative Befragung unter Cannabiskonsumenten. Aus den nicht-repräsentativen Studien und Einzelergebnissen von Repräsentativerhebungen lassen sich aber einige Grundmuster herauslesen, die im Anschluß an die allgemeinen Verbreitungsdaten kurz dargestellt werden sollen.

### **Verbreitung von Cannabiskonsum in der Bundesrepublik**

Bis in die 60er Jahre hinein war Cannabis in der Bundesrepublik nur in sehr geringem Umfang bekannt und entsprechend wenig verbreitet (Kleiber et al. 1996). Erst gegen Ende der 60er Jahre entwickelte sich der Konsum von Haschisch und Marihuana - vor allem auch im Zuge der gesellschaftskritischen Studenten- und der Hippiebewegung - "als massenhaftes Phänomen unter Jugendlichen ... geradezu explosionsartig" (BISDRO 1995, S. 6). Entsprechend stieg die Prävalenzrate bis zum Anfang der 70er Jahre stark an, stabilisierte sich in den 70ern

---

<sup>8</sup> Aufgeführt werden Daten aus den Repräsentativerhebungen, die das IFT regelmäßig im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchführt, aus den Drogenaffinitätsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und aus den Mehrthemenbefragungen des Allensbacher Instituts für Demoskopie. Da es sich hierbei um Selbstauskünfte über illegalen Konsum handelt, liegen die Daten zum Teil vermutlich unter der tatsächlichen Prävalenz. Leune (1994) weist auf das Problem des "underreporting" vor allem bei Fragen zu Abhängigkeitsproblemen hin (ebd., S. 117, vgl. auch IFT 1993a).

und ist seit etwa 1975 mit zyklischen Schwankungen relativ konstant geblieben (Kleiber et al. 1996). Der Anteil der 14- bis 25jährigen, die schon einmal illegale Drogen - was meistens Cannabis bedeutet - konsumiert haben, liegt seitdem bei etwa 19,5%. Zwischen 1990 und 1993 ist der Konsum wieder leicht angestiegen. Kleiber et al. (1996) stellen für die 90er Jahre fest: "Ein Probieren von Cannabis scheint ... zunehmend akzeptabler geworden zu sein" (ebd., S. 94). Eine ähnliche Entwicklung ist seit etwa 1984 auch in den Niederlanden und in anderen europäischen Staaten zu beobachten, woraus das niederländische Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten (1995) schließt, daß der Konsum "offenbar ... durch Moden innerhalb der internationalen Jugendkultur und durch andere Entwicklungen, wie der Zunahme der Langzeitarbeitslosigkeit unter Jugendlichen, beeinflusst" wird (ebd., S. 45).

Von den illegalen Drogen ist Cannabis heute die in Deutschland am weitesten verbreitete (Tossmann 1994, BISDRO 1995). Die Schätzungen über die Zahl der (regelmäßigen) Konsumenten reichen von 800.000 über zwei Millionen (Geschwinde 1990) bis zu drei bis vier Millionen Menschen (BVerfGE 90,145, 178; Böllinger et al. 1995). Generell sind darunter mehr Männer als Frauen. Leune (1994) vermutet, "daß sich der Konsum auf alle sozialen Schichten und alle Altersgruppen verteilt" (ebd., S. 122)] zur Art der Verteilung macht er allerdings keine Angaben.

Größere regionale Unterschiede lassen sich nur zwischen Westdeutschland und den neuen Bundesländern feststellen<sup>9</sup> - nicht jedoch zum Beispiel zwischen Grenzregionen zu den drogenpolitisch liberaleren Niederlanden und vergleichbaren Gebieten mit ähnlicher Sozialstruktur, aber anderer Lage (Kirschner 1990). Für Schleswig-Holstein geht die Landesstelle gegen die Suchtgefahren von etwa 50.000 bis 80.000 (gelegentlichen) Cannabiskonsumenten im Jahr 1994 aus (Schleswig-Holsteinischer Landtag 1995). Mindestens einmal in ihrem Leben haben nach einer Befragung des IFT (1996) 9,1% der 18- bis 59jährigen Haschisch oder Marihuana gebraucht; 15% der 12- bis 24jährigen in Schleswig-Holstein gaben in einer anderen Untersuchung an, jemals Cannabis konsumiert zu haben (Möller et al. 1992).

Zu unterscheiden ist bei allen Erhebungsdaten zwischen dem Anteil derjenigen an der Gesamtbevölkerung, die jemals in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben (Lifetime-Prävalenz) und dem Anteil der aktuellen Konsumenten, das heißt derjenigen, die in den letzten 12 Monaten bzw. den letzten 30 Tagen konsumiert haben.

Jemals in ihrem Leben Cannabis gebraucht haben 1995 13,9% der 18- bis 59jährigen in den alten Bundesländern. 18,4% der westdeutschen Männer und 9,4% der westdeutschen Frauen in diesem Alter haben demnach Cannabis-Erfahrungen gemacht (Bundesministerium für Gesundheit 1996). Unter den 12- bis 39jährigen lag die Lifetime-Prävalenz im Jahr 1990 laut IFT bei 16,3% in den alten Bundesländern und bei 1,4% (1992: 3,8%) in der ehemaligen DDR (Bundesministerium für Gesundheit 1991). Das Institut für Demoskopie (1994) errechnete für die Bevölkerung ab 16 Jahren eine Lifetime-Prävalenz von 14% der Westdeutschen. 1993/94 geben 21% der 12- bis 25jährigen in den alten und 6% der Befragten in den

---

<sup>9</sup> Bis vor der Wende spielte der Konsum illegaler Drogen - vor allem wegen der nichtkonvertierbaren und damit für den Drogenhandel unattraktiven Währung - so gut wie keine Rolle. In den letzten Jahren ist ein kontinuierlicher, aber nicht dramatischer Anstieg der Anzahl von Drogenerfahrungen in den neuen Bundesländern zu beobachten (Tossmann et al. 1993).

neuen Bundesländern an, jemals Drogen probiert zu haben, für 29% der 18- bis 20jährigen in West- und 9% in Ostdeutschland gilt dasselbe (Bundeszentrale 1994); 96% der Erfahrungen mit illegalen Drogen beziehen sich dabei auf Haschisch oder Marihuana (ebd.).

Cannabiskonsum ist vor allem ein jugendtypisches Phänomen (Kleiber et al. 1996, Tossmann 1994): Bei den unter 30jährigen geben 30% der Westdeutschen an, schon einmal Haschisch oder Marihuana probiert zu haben, bei den 30 bis 44jährigen sind es nur noch 19%, bei den 45 bis 59jährigen 9% und bei den Befragten über 59 nur 1% (Institut für Demoskopie 1994). Mit 26,3% im Westen und 21,5% im Osten liegt die Lifetime- Prävalenz nach einer Befragung des IFS bei der Gruppe der 21-bis 24jährigen generell am höchsten (Bundesministerium für Gesundheit 1996).

Diesen Trend bestätigen auch die Daten zum aktuellen Konsum. Der höchste Anteil aktueller Konsumenten von weichen Drogen befindet sich bei den 18- bis 20jährigen. Mit zunehmendem Alter nimmt dieser Prozentsatz kontinuierlich ab; bei Personen über 40 Jahre kommt kaum noch aktueller Konsum vor (Bundesministerium für Gesundheit 1995).

Betrachtet man die Daten zum aktuellen Gebrauch, so zeigt sich, daß der in der Lifetime-Prävalenz erfaßte Konsum in der Mehrheit der Fälle auf einige wenige Male beschränkt blieb (Reuband 1994): 67% der drogenerfahrenen 18- bis 59jährigen haben nicht häufiger als fünfmal in ihrem Leben Haschisch oder Marihuana konsumiert (Bundesministerium für Gesundheit 1995). 84,7% der befragten Jugendlichen in einer anderen Studie (Bundeszentrale 1994), die den Cannabiskonsum nach einer Weile wieder aufgegeben haben, begründen dies damit, daß sie "nur probieren" wollten. Der Anteil aktueller Konsumenten (Konsum in den letzten 12 Monaten) beträgt je nach Altersstufe zwischen 0 (50- bis 59jährige) und 10% (18- bis 20jährige) (ebd.).

### **Cannabis-Konsummuster**

Eine - nicht repräsentative - analytisch-epidemiologisch angelegte Untersuchung von Kleiber et al. (1996) bestätigt den Eindruck, bei Cannabiskonsum handle es sich um ein "zumeist transitorisches Phänomen" (ebd., S. 8). 90-95% der befragten Cannabiskonsumanten stellten den Gebrauch nach einer Probierphase bzw. nach gelegentlichem Konsum wieder ein. Auch Quensel teilt die Beobachtung, daß nur ein relativ kleiner Prozentsatz der Bevölkerung Cannabis über einen längeren Zeitraum regelmäßig konsumiere (BISDRO 1995). Laut Kleiber et al. (1996,) entwickelten sich bei den übrigen Konsumenten unterschiedliche Gebrauchsmuster, der Konsum sei "intra- und interindividuell, sowie zeitlich hochvariabel" (ebd., S. 8, vgl. auch Böllinger et al. 1995). Neben den Gelegenheitskonsumenten - laut Tossmann (1994) "in der Regel ... psychosozial unauffällige integrierte junge Menschen (und) völlig 'normale' Mitglieder dieser Gesellschaft" (ebd., S.15) - seien vor allem drei Typen gewohnheitsmäßiger Haschisch- oder Marihuana-Gebraucher zu beobachten: 'Individualkonsumenten', die vor allem allein zu Hause Cannabisprodukte nutzten, 'Freizeitkonsumenten', die hauptsächlich in sozialen (Freizeit-) Kontexten mit anderen konsumierten und 'gewohnheitsmäßige Dauerkonsumenten', die fast überall, das heißt auch in Arbeitskontexten, regelmäßig und substanzintensiv Cannabis gebrauchten. Abhängigkeitsprobleme waren bei 2%

der ausschließlich Cannabiskonsumierenden festzustellen (vgl. Abschnitt zu den gesundheitlichen Risiken).

Gelegentlicher Cannabiskonsum scheint sich nach einer Studie von Shedler/Block (1990) bei Jugendlichen zumindest nicht negativ auszuwirken: Im Vergleich sowohl zu Gleichaltrigen, die noch nie Cannabis probiert hatten, als auch zu regelmäßig stark konsumierenden Jugendlichen erfreuten sich die Gelegenheitskonsumenten einer besonders guten psychosozialen Gesundheit.

Für das Einstellen der Konsumgewohnheit spielen laut Tossmann (1994) neben negativen Rauscherlebnissen vor allem biographische Übergänge - wie Veränderungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, Heirat, Elternschaft oder ähnliches - eine entscheidende Rolle. Wichtig sei die Frage, so das Bundesgesundheitsamt, ob es dem Jugendlichen gelinge, "Erwachsenenfunktionen" zu übernehmen. Sei ihm dies verwehrt, so gebe er das Cannabisrauchen deutlich seltener auf. Als weiterer Risikofaktor, der zu einem längeren Konsum führen könne, wird ein "ungünstiger sozialer Hintergrund" genannt (Bundesgesundheitsamt o. J.).

### **Schlußfolgerungen für das Modellvorhaben**

Aus den Umfragedaten wird deutlich, daß Erfahrungen mit Cannabiskonsum für einen "relativ großen Anteil der jungen Bevölkerung" (Kleiber et al. 1996, S. 97) inzwischen durchaus zum Alltag gehören und der Gebrauch in soziale Konsummuster eingebettet sein kann (Schneider 1995). Zwar formulieren einzelne Autoren wie Leune (1994) noch äußerst vorsichtig, Cannabiskonsum sei "unter Umständen Kennzeichen einer Subkultur", jedoch nicht in die dominierende Kultur integriert (ebd., S. 119). In der Mehrheit zeigt die ausgewertete Literatur jedoch eindeutig, daß unter dieser 'Subkultur' ein beträchtlicher Anteil der Jugendlichen in der Bundesrepublik zu fassen wäre. Die These von der 'kulturfremden Droge' läßt sich anhand der Datenlage demnach widerlegen. In einer bestimmten Altersgruppe ist Cannabiskonsum in einem insgesamt relativ konstanten Ausmaß etabliert. Der Modellversuch würde also nichts Neues implementieren.

#### **2.1.6 Zu den präventiven Chancen**

In der Literatur wird die Frage aufgeworfen, ob nicht gerade das Cannabisverbot sozial adäquates und gesundheitsbewußtes Lernen behindert (Bossong/Schaich-Walch 1996). Risiko- und Experimentierverhalten seien nämlich in der Jugend normal, Überdramatisierungen bei der Selbstfindung eher kontraproduktiv. So könne die Angst vor Entdeckung und Bestrafung eine offene Reflexion von Probiererfahrungen mit Cannabisprodukten verhindern, das Erlernen von kontrollierten Umgangsformen erschweren und die rechtzeitige Artikulation von Hilfsbedürfnissen lahmen (Schlömer 1992). Auch das Bundesverfassungsgericht räumt ein, daß die Verhängung von Kriminalstrafen gegen Probierer und Gelegenheitskonsumenten kleiner Mengen von Cannabisprodukten in ihren Auswirkungen auf den einzelnen Täter zu spezialpräventiv eher nachteiligen Ergebnissen führen kann (BVerfGE90,S.188).

Die modellhafte Erprobung einer kontrollierten Cannabisabgabe bietet demgegenüber die Chance, daß sich neue, differenzierende Präventionsstrategien

entwickeln könnten. Zudem entfielen der 'Reiz des Verbotenen' (Schneider 1995a). Dieser Anreizcharakter besitzt - so wird behauptet - zumindest in der Jugendkultur eine Bedeutung. Er dürfte beim Cannabiskonsum besonders hoch zu veranschlagen sein, weil viele Konsumenten einen kontrollierten Genuß ohne große Folgeschäden (berechtigterweise) für möglich halten und die Konsumhandlungen nicht zu Lasten Dritter gehen (Schlömer 1992).

Eine Entkriminalisierung könnte deshalb zu einem Attraktivitätsverlust von Cannabis und damit zu einem Rückgang des Konsums führen (Quensel 1989b). Nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts ist es dagegen ungewiß, ob ein Wegfall des 'Reiz des Verbotenen' eine Verminderung des Cannabisgebrauchs bewirken würde (BVerfGE 90, S. 183).

Die Legalität des Cannabiskaufs und -besitzes könnte ebenfalls bewirken, daß offenere Gespräche zwischen Jugendlichen und Eltern über den Konsum von Drogen möglich werden, weil die Angst entfielen, über etwas Verbotenes zu reden. Dieser Zugewinn an kommunikativen Spielräumen könnte eine effektivere Prävention gewährleisten. Denn die Glaubwürdigkeit der bisherigen Prävention werde - so heißt es in der Fachliteratur - häufig in Frage gestellt, weil zwar illegale Drogen verboten seien, aber gleichzeitig der Konsum von legalen Drogen keineswegs als unerwünscht wahrgenommen werde ('Doppel-moral') (Schlömer 1992). Die Ungleichbehandlung von Cannabis gegenüber Alkohol sei geeignet, die Glaubwürdigkeit der Gesellschafts- und Rechtsordnung besonders bei jugendlichen Konsumenten zu untergraben.

Auch für die schulische Suchtprävention könnten sich neue Perspektiven ergeben. Aus der Präventionsforschung ist bekannt, daß die abstrakte Zielsetzung 'körperliche Gesundheit' bei Schülern eine untergeordnete Rolle spielt. Von zentraler Bedeutung sind dagegen die eigene Identitätsfindung, soziale Anerkennung, sinnvolle Betätigung und aufregende Erlebnisse (Leppin et al. 1994). In diesem Kontext ist dann auch der Konsum von legalen und illegalen Drogen anzusiedeln. Unter der Bedingung einer (eingeschränkten) Legalität von Cannabisprodukten wäre es denkbar, daß diese psychosozialen Funktionen des Drogengebrauchs in der Schule offener thematisiert und bearbeitet werden könnten.

In Schleswig-Holstein ist beobachtet worden, daß mit der "Entpönalisierung" des Drogenkonsums (1993) eine "Enttabuisierung" des Cannabis-Themas stattgefunden hat. Nach Ansicht der Drogenberatungsstellen ist die Diskussions- und Dialogbereitschaft unter Jugendlichen gestiegen; in den Schulen wird offener über Cannabisgebrauch geredet. Es ist - so das Fazit - durch die Rücknahme der Strafverfolgung Raum geschaffen worden "für eine intensivere, realitätsnähere und damit erfolgreichere Präventionsarbeit" (Schleswig-Holsteinischer Landtag 1995, S. 57).

### **Schlußfolgerungen für den Modellversuch**

Die positiven Auswirkungen einer Entkriminalisierung auf die Suchtprävention in Schleswig-Holstein sprechen dafür, daß durch das Modellvorhaben die präventiven Chancen weiter erhöht werden könnten: In der Familie, im Freundeskreis und in der Schule wäre ein noch offenerer Umgang mit dem Thema Cannabis und anderen Drogen möglich. Die sachliche Aufklärung über die Wirkung und Nebenwirkungen

von Cannabisprodukten könnte einen erhöhten Stellenwert in der schulischen und außerschulischen Präventionsarbeit erhalten. Zudem wird die drogenunspezifische Prävention durch das Modellvorhaben nicht behindert.

## **2.2 Zur Kontrollierbarkeit des Modellvorhabens**

Das wissenschaftliche Forschungsdesign sieht neben der Ergebnisevaluation auch eine Prozeßevaluation vor. Jährlich werden repräsentative Schülerbefragungen an allgemeinbildenden Schulen und Berufsschulen durchgeführt, wird die Polizeiliche Kriminalstatistik nach der unten beschriebenen Methode analysiert sowie die Entwicklung der Drogenszene mit Hilfe professioneller Beobachter und Experten aus der Polizei und dem Drogenhilfesystem beobachtet. Ferner werden in den Abgabestellen die Abgabemengen und -Sequenzen erhoben und Teilnehmerbefragungen durchgeführt. Für diese Daten erfolgt eine jährliche Analyse und Berichterstattung (siehe Kapitel 4).

Daher läßt sich schnell erkennen, ob die im Zusammenhang mit der Einstiegs- und Dambruchthese geäußerten Befürchtungen eingetreten sind und die zugrundegelegten Forschungsthesen als falsifiziert gelten können. In diesem Fall kann der Modellversuch vorzeitig abgebrochen werden.

Generell wird durch das Forschungsdesign und die versuchsbegleitende Evaluation ein hinreichendes feedback-System implementiert, um Fehlentwicklungen rechtzeitig erkennen zu können. Dies erlaubt modifizierende Reaktionen bis hin zum Abbruch des Modellversuchs.

## **2.3 Zur Reversibilität des Modellvorhabens**

Unabhängig von dem Ergebnis des Modellversuchs kann der Status quo ante wiederhergestellt werden. Allen Teilnehmern des Modellversuchs wird deutlich gemacht, daß er zeitlich limitiert ist, und sie werden im präventiven Sinne über die Risiken des Konsums informiert. Nach Versuchsende wird in den Abgabestellen kein Cannabis mehr verkauft, und der spezifische Legalitätsschutz erlischt (siehe unter 2). Damit ist auch das Modellvorhaben beendet und es gilt nur noch die landesweite Richtlinie zum § 31 a Betäubungsmittelgesetz.

Die gesundheitlichen und psychischen Risiken von Cannabis - abgesehen davon, daß das Rauchen von Cannabis mit ähnlichen Gefährdungen verbunden ist wie das Rauchen von Tabak, - sind für den überschaubaren Zeitraum des Modellversuchs gering einzuschätzen, so daß durch den Modellversuch entstandene irreversible Entwicklungen nicht zu erwarten sind (siehe hierzu auch die Analysen in Abschnitt 2.1.2).

Sollte der Modellversuch zeigen, daß ein umfassendes Verbot von Cannabis bessere generalpräventive Effekte hat als eine kontrollierte Abgabe von Cannabis zum Eigengebrauch, so würde das eine Stärkung des Status quo ante bedeuten, da dieser nun gut begründet wäre und die bisherige generalpräventive Strategie wesentlich stützen würde.

Sollte der Modellversuch dies nicht bestätigen und sind die befürchteten negativen Effekte nicht eingetreten, wäre zumindest kein zusätzlicher Schaden entstanden.

Welche Konsequenzen daraus zu ziehen wären, bliebe dann der drogenpolitischen Diskussion überlassen.

Es gibt weder modellimmanente Wirkungsverkettungen noch sind systematische Gründe ersichtlich, die einer Wiederherstellung des Status quo ante entgegenstehen, wenn dies drogenpolitisch gewollt wird. Eine Reversibilität des Modellversuchs ist also gegeben.

### **3 Projektdurchführung**

Die Modellregelungen wurden so konzipiert, daß sie möglichst geringe Gefährdungen für Dritte implizieren, einen kontrollierten Versuchsablauf gestatten, die wissenschaftliche Überprüfbarkeit der Versuchseffekte ermöglichen und eine möglichst hohe Akzeptanz bei den Zielgruppen des Modellversuchs finden. In diesem Sinne geht es nicht um eine Lösung, die alle Aspekte 'perfekt' berücksichtigt, sondern es stellt sich eher die Aufgabe einer Optimierung der Modellregelungen.

#### **3.1 Dauer**

Der Modellversuch soll sich über 5 Jahre erstrecken und einen zeitlichen Vorlauf von cirka einem Jahr zur Durchführung der empirischen Erhebungen zum Status quo vor Beginn der legalen Abgabe von Cannabisprodukten sowie zur Organisation der Beschaffung von Cannabisprodukten haben.

Dieser Zeitraum ist notwendig und hinreichend lang, um generalpräventive Effekte feststellen und um Verhaltensänderungen bei Heranwachsenden und Jungerwachsenen in ihrer Adoleszenzphase beobachten zu können.

Darüber hinaus wird dadurch eine 'Normalisierung' während des Verlaufs des Modellversuchs gewährleistet, da zu Beginn damit gerechnet werden muß, daß die zu erwartende öffentliche Aufmerksamkeit zu verzerrenden Effekten führen könnte.

#### **3.2 Gebiet**

In den ersten beiden Jahren soll der Modellversuch in drei Regionen von Schleswig-Holstein begonnen (Phase I) und dann auf ganz Schleswig-Holstein ausgedehnt werden (Phase II).

Diese Versuchsanordnung erlaubt es, die Angemessenheit und Akzeptanz der Modellregelungen zu testen, bevor sie landesweit erprobt werden. Dadurch sind bei Bedarf noch Modifikationen möglich, um eine adäquate Durchführung des Modellversuchs zu gewährleisten. Ferner erlaubt dies, frühzeitig für ein begrenztes Gebiet abzuschätzen, inwieweit es zu problematischen Entwicklungen im Sinne der Forschungsthese II kommen könnte. Außerdem können in dieser Phase Kontrollregionen in Schleswig-Holstein gebildet werden, um landesweite von programmspezifischen Effekten unterscheiden zu können.

Für die Phase I sollten eine kreisfreie Stadt, ein Landkreis im Einzugsgebiet von Hamburg und ein ländlicher Landkreis ausgewählt werden. Diese Gebiete sollen nicht miteinander zusammenhängen und durch eine unterschiedliche Betroffenheit durch die Drogenproblematik von 'stark' bis 'schwach' charakterisiert sein.

#### **3.3 Abgabe- und Besitzmenge von Cannabisprodukten**

Cannabisprodukte sollen in Form von Marihuana und von Haschisch abgegeben werden. Bei der Abgabe können maximal 5 Gramm von diesen Produkten insgesamt erworben werden. (Zu den Instrumenten, die einen Erwerb größerer Mengen vermeiden, siehe unten) Jede Verpackungseinheit soll 0,5 Gramm enthalten. Sie ist

mit einem Zertifikat zu versehen, das den Mindestgehalt THC (Tetrahydrocannabinol) und CBD (Cannabidiol) sowie die entsprechenden Raucherinformationen angibt. Nach der erstmaligen Öffnung sind diese Portionspackungen nicht wieder verschließbar.

Durch diese Regelung soll gesichert werden, daß Probierer und Gelegenheitskonsumenten nicht mehr kaufen müssen, als sie brauchen. Durch die Abgabe in Einheiten von 0,5 Gramm soll ferner vermieden werden, daß nach der Öffnung einer Verpackungseinheit eine solche Menge an unverpacktem und aktuell nicht gebrauchtem Cannabis verbleibt, die den Verdacht illegalen Besitzes von illegal erworbenem Cannabis entstehen lassen könnte.

Die landesweite Richtlinie über die staatsanwaltschaftlich definierte 'geringe Menge', nach der der Besitz von bis zu 30 Gramm Cannabis in der Regel zur Einstellung des Strafverfahrens führt, gilt unabhängig vom Modellversuch. Die erlaubte Höchstmenge von originalverpackten Cannabisprodukten zum Eigengebrauch soll dagegen 5 Gramm betragen. Wird sie überschritten, entfällt der Legalitätsschutz und es gilt bis 30 Gramm die landesweite Richtlinie, d.h. bei Besitz über 5 Gramm originalverpackten Cannabisprodukten ist der Konsument nicht mehr vor Beschlagnehmung, polizeilichen Ermittlungen und Strafverfahren geschützt.

Die erlaubte Höchstmenge von 5 Gramm wird wie folgt begründet: sie ist für den Eigengebrauch ausreichend, provoziert keine Weitergabe an Dritte und stellt auf die Zielgruppe 'der Probierer' ab. Zudem wird so eine klare Unterscheidung zwischen der 'geringen Menge' nach der landesweiten Richtlinie zu § 31 a Betäubungsmittelgesetz und der erlaubten Höchstmenge des Modellversuchs möglich.

Unberührt von der Höchstmenge, die ein Cannabiskonsument im Rahmen des Modellversuchs besitzen darf, bleibt der Handel mit und die (unentgeltliche) Weitergabe von Cannabis weiterhin für ihn verboten -unabhängig davon wie und in welcher Menge das Cannabis erworben wurde. Jede Form der Fremdgefährdung bleibt auch weiterhin strafbar und wird verfolgt. Diese Bedingungen folgen den Vorgaben des Betäubungsmittelgesetzes und des Bundesverfassungsgerichts.

### **3.4 voraussichtlich benötigte Jahresmenge**

Eine Schätzung der für die Projektdurchführung voraussichtlich benötigten Jahresmengen ist unabhängig von der vorrangig zu beantwortenden Frage der genehmigungsfähigen Ausgestaltung des Vorhabens im Einzelnen mit großen Unsicherheiten behaftet.

Auszugehen ist von einer geschätzten Anzahl von ca. 50.000 bis 80.000 gelegentlichen Cannabis-Konsumenten in Schleswig-Holstein (Schleswig-Holsteinischer Landtag 1995). Für das Bundesgebiet weisen die vorliegenden Erhebungen einen hohen Anteil von probierenden und gelegentlichen (weniger als 20 mal pro Jahr) Gebrauchern aus. Die bislang vorliegenden Faustformeln der Schätzung des voraussichtlichen Konsums aus den Niederlanden beziehen sich auf eine, soweit ersichtlich, unterschiedlich strukturierte Zielgruppe.

Es ist zudem nicht damit zu rechnen, daß alle Konsumenten ihr Beschaffungsverhalten unmittelbar ändern. Auch werden bestimmte Konsumentengruppen, die ein weitgehend verfestigtes Beschaffungs- und Konsumverhalten aufweisen, (z.B. Heroinabhängige mit Beikonsum von Cannabis-Produkten) gerade im Hinblick auf einen erwünschten engeren Kontakt mit dem Markt harter Drogen die auf eine Veräußerung in Apotheken abstellende Modellkonzeption ablehnen.

Verlässlichere Aussagen im Sinne einer hinreichend eingrenzbaeren Beschreibung der voraussichtlich benötigten Jahresmenge sind vor diesem Hintergrund aus den Erfahrungen der mit dem Modellvorhaben vorgeschlagenen 1. Phase zu treffen.

### **3.5 Preis der Cannabisprodukte**

Der Preis der Cannabisprodukte soll sich am Schwarzmarktpreis orientieren und immer über diesem liegen.

Damit soll prinzipiell vermieden werden, daß durch den Erwerb von Cannabisprodukten in den Abgabestellen und deren Weiterverkauf Gewinne erzielt werden können. Daher ist dieses Modell für Dealer unattraktiv. Ebenso verführt es niemanden dazu, zum Dealer zu werden. Gleichzeitig wird ein Drogentourismus vermieden, da für Zugereiste nicht der Legalitätsschutz gilt und Preisvorteile nicht vorhanden sind.

Durch die preisliche Regelung gibt es auch keine Anreize für Heroinkonsumenten, die Cannabis konsumieren oder die als Dealer Cannabis weiterverkaufen, sich an dem Modellvorhaben zu beteiligen. Sie sind erfahren und geübt, sich über die Drogenszene zu versorgen, und der 'Legalitätsschutz' nur für Cannabis ist für sie unbedeutend. Ebenso entfallen für sie die Anreize zum Dealen. Auch dies ist im Sinne des Modellversuchs, da dadurch eine bereits stark legalisierte und im Sinne des Modellversuches hochproblematische Drogenszene aus den Abgabestellen herausgehalten wird. Dies unterstreicht den Versuch, über die Trennung der Märkte eine Trennung der Zielgruppen zu erreichen.

Damit muß allerdings auch in Kauf genommen werden, daß mit dem erhöhten Preis eine Barriere der Inanspruchnahme geschaffen wird, so daß die Cannabis-Konsumenten deswegen nicht in die Abgabestellen gehen, sondern (weiterhin) zum Dealer. Dieses Handicap muß einerseits durch möglichst einfache Zugangsbedingungen kompensiert werden. Andererseits kann die Garantie, einwandfreie und nicht verschnittene bzw. verunreinigte Produkte kaufen zu können, sowie der Legalitätsschutz ein attraktives Gegengewicht bilden.

In den letzten acht Jahren lag der Preis für Cannabisprodukte in Schleswig-Holstein nach Angaben der Polizei stabil zwischen 10 bis 12 DM pro Gramm. Für den Modellversuch soll eine Preisbildungskommission eingesetzt werden, die die Schwarzmarktschwankungen beobachtet und dementsprechend den Abgabepreis festsetzt bzw. bei Bedarf verändert. Diese Preisbildungskommission setzt sich aus professionellen Beobachtern der Drogenszene zusammen, die vor allem aus der Polizei und dem Drogenhilfesystem kommen. Als allgemeine Richtlinie bei der Festsetzung des Preises muß gelten, daß durch den Verkauf von legal erworbenem Cannabis kein Profit erzielt werden kann.

Liegt der Abgabepreis über dem des Schwarzmarktes, so ergeben sich zwei weitere Vorteile, die eine Selbstregulierung der Nachfrage ergeben:

(a) Vorratshaltung: In originalverpackter Form kann Cannabis bis zu 5 Gramm zum Eigengebrauch besessen werden. Gibt es für die Teilnehmer an dem Modellversuch Gründe, über diese Grenze hinaus eine illegale Vorratshaltung zu betreiben, oder bestehen Anreize, diese Grenze im mißbräuchlichen Sinne auszunutzen?

Die erste und entscheidende Barriere liegt im Preis. Da kein Gewinn durch Weiterverkauf erzielt werden kann, ist ein Horten zum späteren Weiterverkauf nicht sinnvoll. Außerdem erhöht dies das Risiko, bei polizeilicher Auffälligkeit alles durch Beschlagnahme zu verlieren und sich eines Strafverfahrens auszusetzen. Dies gilt unabhängig von der Menge, da Dealen immer strafbar bleibt.

Die zweite Barriere liegt darin, daß die Abgabestellen immer wohnortnah liegen und Anreisende nicht bezugsberechtigt sind. Für die Anwohner gibt es keine Gründe, wegen zu großer Entfernungen eine Vorratshaltung zu betreiben, und die Auswärtigen sind nicht berechtigt bzw. haben keinen Legalitätsschutz, d.h., sie können sich gleich über ihre lokalen Dealer billiger versorgen.

Ebenso wäre es riskant, zum Beispiel für eine Ferienreise zu horten, da außerhalb des Versuchsgebietes der Legalitätsschutz wegfällt. Eine Mitnahme von Cannabis zum Dealen an anderen Orten ist unattraktiv, da der Schwarzmarkt billigeres anbietet. Ebenso gibt es keine Notwendigkeit, Cannabis für den lokalen Freundeskreis zu horten, da dort jeder selbst problemlos Cannabis kaufen könnte. Das Einkaufen für einen entfernt liegenden Freundeskreis wäre nicht sinnvoll, da kein Preisvorteil vorliegt und der Legalitätsschutz wegfällt.

Auch zu 'Wanderungen' zwischen den Abgabestellen zum Zwecke der Vorratshaltung dürfte es nicht kommen, weil die erlaubte Abgabemenge der erlaubten Besitzmenge originalverpackter Cannabisprodukte entspricht. Bei einer Vorratshaltung von über 5 Gramm würde der Legalitätsschutz entfallen.

Da zudem die erwerbbar Menge über dem täglichen Bedarf zum Eigengebrauch liegt, sind Anreize für eine Vorratshaltung nicht erkennbar. Für den Eigengebrauch reichen 5 Gramm für mehrere Tage, und die Versorgung über die Abgabestellen ist aufgrund der Zugänglichkeit und der Öffnungszeiten gewährleistet. Ein Nutzen des Hortens - unabhängig von der Höhe - ist damit nicht erkennbar bzw. es müßte sogar Geld vorgeschossen werden, ohne damit Geld verdienen zu können.

Es entstehen also keine Anreize, die Hauptregel des Modellversuchs, Erwerb zum Eigengebrauch, nicht einzuhalten. Das bedeutet, daß die Kontrollen zur Einhaltung der Regeln nicht 'bürokratisch perfekt' sein müssen.

(b) Fälschungsinteresse: Das Fälschungs- oder Täuschungsinteresse, zu den Bezugsberechtigten zu gehören, muß bei Auswärtigen als gering eingeschätzt werden, da der Legalitätsschutz auf das Modellgebiet beschränkt ist und Preisvorteile nicht bestehen. Wenn sie sich widerrechtlich eine Teilnehmerkarte besorgen würden (zum Beispiel durch weitergegebene Karten von Teilnahmeberechtigten), entfielen bereits im Modellgebiet der Legalitätsschutz, da die

Polizei jederzeit die Teilnahmeberechtigung mit Hilfe des vorzulegenden Personalausweises überprüfen könnte.

Ebenso muß bei Ausgabe von Teilnehmerkarten an die Einwohner im Modellgebiet das Fälschungsinteresse durch die Einwohner als gering eingestuft werden, denn jeder kann eine solche Karte regulär, ohne eine De-Anonymisierung befürchten zu müssen, erwerben und genügend Cannabis für den Eigengebrauch beziehen. Daher bringt der Erwerb mehrerer Teilnehmerkarten für eine Person keine Vorteile.

Ein Fälschungs- oder Täuschungsinteresse besteht höchstens bei Jugendlichen unterhalb der zugelassenen Altersgrenze. In solchen zweifelhaften Fällen ist bereits in den Abgabestellen ein zusätzliches Vorlegen des Personalausweises zu verlangen.

Ferner würden die Teilnehmerkarten durch technische Sicherheiten in Absprache mit der Polizei soweit fälschungssicher gemacht, daß der Fälschungsaufwand und das Entdeckungsrisiko zu groß würden.

Diese Betrachtungen zeigen, daß aufgrund der Preisregulierung und der räumlich begrenzten Legalitätszone der Anreiz, sich trotz fehlender Voraussetzungen oder durch Fälschungen in den Besitz von Cannabis der Abgabestellen zu gelangen, gering ist. Es ist daher sinnvoller, solche an Eigeninteressen anknüpfenden Regulatorien einzuführen als formale und oft nur mit hohem Kontrollaufwand zu überprüfende Vorschriften.

### **3.6 Nachweis und Kontrolle der Teilnahmeberechtigung, Registrierung des Erwerbs und Art des Legalitätsschutzes**

Die Teilnahmeberechtigung ergibt sich aus dem Wohnort. Insofern bedarf es eines Mindestmaßes an Kontrollmöglichkeiten, ob die Teilnahmeberechtigung vorliegt. Die Überprüfbarkeit der Teilnahmeberechtigung ist auch notwendig, um den Teilnehmern einen 'Legalitätsschutz' zu sichern.

Der Legalitätsschutz soll gewährleisten, daß es bei regelhaftem Verhalten im Sinne des Modellversuchs zu keiner polizeilichen oder strafrechtlichen Verfolgung kommt und das bei polizeilichen Kontrollen gefundenes Cannabis nicht beschlagnahmt wird. Grundsätzliche Voraussetzung dafür ist original verpacktes Cannabis in 0,5 Gramm Einheiten. Bei einer Abgabe können maximal 5 Gramm erworben werden, die Besitzmenge darf höchstens 5 Gramm betragen.

Die Kontrollen bei der Abgabe von Cannabis sollen einerseits mißbräuchliches Verhalten hinreichend ausschließen und andererseits im Sinne des Modellversuchs auch auf eine möglichst große Akzeptanz seitens der (potentiellen) Teilnehmer stoßen.

Der stärkste Schutz gegen mißbräuchliches Verhalten liegt in der Preisgestaltung, der erlaubten original verpackten 0,5-Gramm-Einheiten sowie in der maximalen Abgabe- und Besitzmenge von 5 Gramm (siehe oben).

Für die im Sinne des Modellversuchs berechtigten Personen ergeben sich wegen des höheren Preises gegenüber dem Schwarzmarkt ebenfalls keine Anreize, Cannabis zu horten oder damit zu dealen.

Wird die zulässige Gesamthöchstmenge in Originalverpackung überschritten, entfällt prinzipiell der Legalitätsschutz. Dies gilt prinzipiell auch für das Dealen bzw. für die unentgeltliche Weitergabe von Cannabis in welcher Menge und Verpackungsform auch immer, und wenn eine Gefährdung Dritter vorliegt.

Wird die erlaubte Menge nicht in den original verpackten Einheiten aufbewahrt, entfällt gleichermaßen der Legalitätsschutz. Damit bleibt der Erwerb von Cannabis über den illegalen Markt weiterhin strafbar und den bisherigen Sanktionen ausgesetzt.

Der Legalitätsschutz bezieht sich nur auf das Landesgebiet von Schleswig-Holstein. Die Mitnahme von original verpacktem Cannabis über die Landesgrenzen hinaus fällt nicht mehr unter den Legalitätsschutz.

So ist ein Überschreiten der zulässigen original verpackten Höchstmenge oder eine mißbräuchliche Verwendung der regulär erworbenen Menge nicht attraktiv. Zum einen reicht diese Menge immer zum Eigenkonsum in speziellen Situationen (z.B. Wochenende, Party). Da dies für alle anderen Berechtigten auch gilt, entfallen alle Vorteile einer dealerspezifischen Position. Zum anderen steigt bei Fehlverhalten das unnötige Risiko, durch Horten, Verkauf oder Weitergabe den Legalitätsschutz einzubüßen und sich einer Beschlagnahme, polizeilichen Ermittlung und Strafverfolgung auszusetzen (Besitz über 5 Gramm, unerlaubte Weitergabe usw.).

Diese Überlegungen können dahingehend zusammengefaßt werden, daß es neben der Preisregelung, der staatlich geprüften originalen Verpackungsform und der Höchstmengenregelung nur weniger Regelungen bedarf, um ein adäquates Verhalten im Sinne des Modellversuchs zu erreichen.

Im folgenden werden zunächst vier Modelle vorgestellt, die in etwa im Sinne abnehmender Akzeptanz seitens der (potentiellen) Nutzer bei zunehmender Kontrolle angeordnet sind.

Unberührt von allen Regelungen bleiben die abgebenden Stellen berechtigt und verpflichtet, bei Verdacht des Verstoßes gegen die Modellregelungen die Abgabe zu kontrollieren und evtl. zu verweigern.

Modell 1:

Jede berechnigte Person kann Cannabis in der Höhe der Tages-Abgabe-menge von 5 Gramm kaufen. Personalausweise müssen dann vorgelegt werden, wenn Zweifel bestehen, ob der Käufer zu den Bezugsberechtigten gehört.

Ein Legalitätsschutz besteht innerhalb der Landesgrenzen, wenn die Person nachweisen kann (Personalausweis), daß sie berechnigt ist und maximal die zulässige original verpackte Höchstmenge (5 Gramm) besitzt.

In den Abgabestellen wird die jeweilige Kaufmenge und das Datum registriert.

## Modell 2:

Jede berechnigte Person kann Cannabis in der Höhe der Tages-Abgabe- menge kaufen. Der Personalausweis muß grundsätzlich bei Kauf vorgelegt werden, um überprüfen zu können, ob der Käufer zu den Bezugsberechnigten gehört.

Ein Legalitätsschutz besteht innerhalb der Landesgrenzen, wenn die Person nachweisen kann (Personalausweis), daß er berechnigt ist und maximal die zulässige original verpackte Höchstmenge (5 Gramm) besitzt.

In den Abgabestellen wird die jeweilige Kaufmenge und das Datum registriert.

## Modell 3:

Jeder Teilnehmer an dem Modellversuch muß eine Teilnehmerkarte erwerben. Diese Karte enthält nur seine Teilnahmenummer. Diese Nummer ist ein nicht sprechender Code und erlaubt keinerlei personenbezogene Identifizierung des Teilnehmers - weder für die Abgabestelle, noch für die Polizei und auch nicht für die wissenschaftliche Forschung.

Bei der Ausstellung der Teilnehmerkarte wird gesondert für die wissenschaftliche Forschung das Geschlecht, das Alter und die Teilnehmernummer registriert. Dieses Verfahren erlaubt keine De-Anonymisierung. Dies wird vom Datenschutzbeauftragten bestätigt und dem Teilnehmer schriftlich versichert.

Die Teilnehmerkarte wird so gestaltet, daß eine Fälschungsmöglichkeit erschwert wird bzw. eine Fälschung leicht erkannt werden kann. Die Teilnehmerkarte ist nur für die Dauer und das Gebiet des Modellprojektes gültig.

Jede berechnigte Person kann Cannabis in der Höhe der Tages-Abgabe-menge kaufen. Die Teilnehmerkarte muß grundsätzlich bei Kauf vorgelegt werden. Damit wird - ohne Vorlage des Personalausweis -in hoher Anonymisierungsform dokumentiert, ob der Käufer zu den Bezugsberechnigten gehört.

Ein Legalitätsschutz besteht innerhalb der Landesgrenzen, wenn die Person nachweisen kann (Personalausweis oder Teilnehmerkarte), daß sie berechnigt ist und maximal die zulässige original verpackte Höchstmenge (5 Gramm) besitzt.

In den Abgabestellen wird die jeweilige Kaufmenge, das Datum und die Nummer der Teilnehmerkarte registriert. Zusätzlich wird in der Abgabestelle kontrolliert, daß die Tages-Höchstmenge von 5 Gramm nicht überschritten wird.

## Modell 4:

Jeder Teilnehmer an dem Modellversuch muß eine Teilnehmerkarte erwerben. Diese Karte enthält nur ein Lichtbild des Teilnehmers und seine Teilnahmenummer. Diese Nummer ist ein nicht sprechender Code und erlaubt keinerlei personenbezogene Identifizierung des Teilnehmers - weder für die Abgabestelle, noch für die Polizei und auch nicht für die wissenschaftliche Forschung.

Bei der Ausstellung der Teilnehmerkarte wird gesondert für die wissenschaftliche Forschung das Geschlecht, das Alter und die Teilnehmernummer registriert. Dieses Verfahren erlaubt keine De-Anonymisierung. Dies wird vom Datenschutzbeauftragten bestätigt und dem Teilnehmer schriftlich versichert.

Das Lichtbild wird mit der Teilnehmerkarte so verbunden, daß eine Fälschungsmöglichkeit erschwert wird bzw. eine Fälschung leicht erkannt werden kann. Die Teilnehmerkarte ist nur für die Dauer und das Gebiet des Modellprojektes gültig.

Jede berechnigte Person kann Cannabis in der Höhe der Tages-Abgabe-menge kaufen. Die Teilnehmerkarte muß grundsätzlich bei Kauf vorgelegt werden. Damit wird - ohne Vorlage des Personalausweises - in hoher Anonymisierungsform dokumentiert, ob der Käufer zu den Bezugsberechtigten gehört. Allerdings könnte das Auffinden einer solchen Teilnehmerkarte durch Bekannte/Eltern zu unerwünschten Verdächtigungen führen, denn durch das Paßbild wäre eine personenbezogene Zuordnung möglich.

Ein Legalitätsschutz besteht innerhalb der Landesgrenzen, wenn die Person nachweisen kann (Personalausweis oder Teilnehmerkarte), daß sie berechnigt ist und maximal die zulässige original verpackte Gesamtmenge (5 Gramm) besitzt.

In den Abgabestellen wird die jeweilige Kaufmenge, das Datum und die Nummer der Teilnehmerkarte registriert.

### **Geplante Zugangsregelung:**

Grundsätzlich müssen die zu erwartenden Ängste und das Mißtrauen der (potentiellen) Teilnehmer an dem Modellversuch ernst genommen werden.

Dieses bezieht sich zum einen darauf, daß durch die Teilnahme an dem Versuch ein bisher im Arkanbereich gebliebenes Verhalten anderen Personen bekannt werden könnte, die es nicht erfahren sollen. Daher ist die Option wichtig, bei Bedarf entfernt liegende Abgabestellen aufsuchen zu können bzw. zwischen verschiedenen Abgabestellen wechseln zu können. Daher sollte die Abgabe so unauffällig und unaufwendig wie möglich erfolgen.

Dieses bezieht sich zum anderen darauf, daß insbesondere staatlicherseits etwas registriert wird, was später oder nach Beendigung des Modellversuchs gegen den Teilnehmer verwandt werden könnte. Daher sollten bei der Abgabe von Cannabis oder dem Erwerb einer Teilnehmerkarte Registrierungsformen, die eine De-Anonymisierung prinzipiell zuließen, vermieden werden.

Unter dem Gesichtspunkt der Akzeptanz der Teilnehmer und der Kontrolle im Rahmen des Modellversuchs stellt Modell 3 eine Optimierung dar. Für dieses Modell wird die Grunderlaubnis beantragt.

### **3.7 Informations- und Kartenausgabestellen**

In dem Gebiet des Modellversuchs werden spezielle Stellen als Informations- und Kartenausgabestellen eingerichtet. In der Phase I wird in jedem Teilgebiet eine

solche Stelle eingerichtet. In Phase II kann dann auf diese Erfahrungen zurückgegriffen werden.

Diese Stelle kann innerhalb einer räumlich geeignet ausgestatteten Abgabestelle (integrierte Informations- und Kartenausgabestelle) oder räumlich separiert, aber nahe von einer Abgabestelle (ausgelagerte Informations- und Kartenausgabestelle) lokalisiert werden.

Die Stelle dient als kombinierte Informations-, Beratungs- und Kartenausgabestelle. Dies dürfte gerade in der Anlaufzeit sehr hilfreich sein. An den Informations- und Beratungsdiensten sollen qualifizierte Fachkräfte der Drogenhilfe und Suchtprävention beteiligt werden.

Im einzelnen würde eine solche multifunktionale Stelle u.a. folgende Aufgaben übernehmen:

#### Ausstellungsdienst

- Wird über Sprechstundenzeiten und Terminabsprachen geregelt.
- Ein persönliches Informationsgespräch kann, muß aber nicht der Ausstellung der Teilnehmerkarte vorangestellt werden.
- Zur Ausstellung der Teilnehmerkarte wird (a) die Berechtigung qua Personalausweis geprüft und dann die Karte erstellt, (b) Alter, Geschlecht und Teilnehmernummer registriert, (c) das Informationsblatt über die Regelungsbedingungen des Modellprojektes mitgegeben, sowie (d) auf Präventionsschriften zu Rauchen, Alkohol, Cannabis und eine Liste der Drogenberatungsstellen verwiesen.
- Der Ausstellungsvorgang umfaßt auch die Information über das wissenschaftliche Modellvorhaben. Hierzu wird ein Fragebogen und ein Informationsblatt mitgegeben. Der Fragebogen steckt in einem frankierten Umschlag und ist mit einer Universitätsadresse versehen. Er kann anonym abgeschickt werden. Das Informationsblatt verweist auf gelegentliche zusätzliche anonyme Befragungen während der kommenden Jahre in den Abgabestellen.

#### Telefondienst

- Informiert Anrufer über die Teilnahmebedingungen an dem Modellprojekt; verweist auf die in den Abgabestellen ausliegenden Informationsblätter oder schickt auf Wunsch die entsprechenden Unterlagen zu.
- Dient als 'Sorgen'-Telefon insbesondere für Eltern, aber auch für Jugendliche, die in Konflikte geraten sind.
- Vermittelt den Kontakt zum Beratungsdienst innerhalb dieser Stelle oder zu den Drogen- oder Erziehungsberatungsstellen.

- Trifft auf Wunsch der Anrufer Terminregelungen zur Ausgabe der Teilnehmerkarte (Vermeidung von Wartezimmer-situationen und De-Anonymisierungsängsten).

#### Informationsdienst

- Informiert im persönlichen Gespräch über die Regelbedingungen des Modellprojektes, übergibt eine Liste der Abgabestellen, erläutert Informationsblätter über Abgabemenge und -formen, über die Stoffqualität, über den 'Legalitätsschutz', über Anonymität und Datenschutz, über die Prozedur der Ausstellung einer Teilnehmerkarte, über Konsumverhalten und problematische Orte des Konsumierens usw. Danach kann, muß aber nicht die Ausstellung der Teilnehmerkarte sofort erfolgen.
- Informiert auch über Probleme des Drogenkonsums, übergibt Präventionsschriften zu Rauchen, Alkohol, Cannabis und eine Liste der Drogenberatungsstellen, vermittelt Kontakte zu anderen Hilfsdiensten.

#### Beratungsdienst

- Dient zur Besprechung bzw. evtl. Regelung von Konflikten, die im Rahmen der Durchführung des Modellprojektes auftreten: mit der Polizei, mit den Abgabestellen, mit den Schulen, mit den Eltern usw.
- Beratung insbesondere von besorgten Eltern oder Eltern, die wissen wollen, wie sie mit ihren Kindern über Cannabis reden können und wie sie sich verhalten sollten, u.a.m.
- Weitervermittlung an entsprechende Beratungseinrichtungen.

### 3.8 Abgabestellen

Die Abgabestellen sollten räumlich hinreichend gut verteilt sein und günstige Öffnungszeiten haben. Das Betreten einer solchen Stelle sollte den potentiellen Käufer nicht als solchen bereits erkennbar machen. Je mehr Stellen es gibt, desto unauffälliger und anonym er kann das Modellprojekt durchgeführt werden und desto unauffälliger und vereinzelter treten die Cannabis-Käufer in den Abgabestellen auf. Das Risiko der Identifizierung muß vom Käufer durch eigene Handlungen verringert werden können, insbesondere durch Wahl und Wechsel der Abgabestelle. Die Berücksichtigung dieser Kriterien erhöht die Akzeptanz auf beiden Seiten.

Die Betreiber der Abgabestellen müssen den Anforderungen des Betäubungsmittelgesetzes gerecht werden, also sachkundig gem. § 6 Betäubungsmittelgesetz sein. Es ist zu gewährleisten, daß durch die Abwicklung der Cannabisveräußerung die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs nicht gefährdet werden, weshalb hohe Anforderungen an die Zuverlässigkeit des Betreibers, an die Möglichkeit von Kontrollen sowie an die räumliche Situation in der Abgabestelle zu stellen sind.

Besonders aus Gründen der Akzeptanz insbesondere bei Jugendlichen dürfen die Abgabestellen keine unmittelbar staatlich kontrollierten Einrichtungen sein.

Szenenähe sollte aber auch vermieden werden, denn automatische Kontakte mit den von harten Drogen Abhängigen würden der Trennung der Märkte von harten und weichen Drogen direkt entgegenwirken.

Die Errichtung eines neuen Systems von Abgabestellen sollte bei einem zeitlich begrenzten Modellprojekt vermieden werden. Auch die Reversibilität des Projekts ist mit Abgabestellen innerhalb bestehender Systeme besser sicherzustellen.

Als Abgabestellen sind grundsätzlich denkbar:

- Gesundheitsämter
- Drogenberatungsstellen
- Apotheken

In den staatlichen Gesundheitsämtern wäre der Szenekontakt sicherlich vermeidbar, die erforderliche Sachkompetenz dürfte gewährleistet werden können. Die notwendigen Anforderungen an die Zuverlässigkeit der Handelnden und die Sicherheitsmaßnahmen dürften unproblematisch im öffentlichen Gesundheitsdienst zu erfüllen sein. Fraglich ist allerdings, ob ausgerechnet eine Behörde bei der Zielgruppe der jugendlichen Probierer ausreichend akzeptiert werden würde. Das Problem der "Pathologisierung und Diskriminierung" würde sich sicherlich stellen. Schwierig dürfte es auch sein, die aus Akzeptanzgründen (Anonymitätsschutz) notwendige Möglichkeit der Wahl einer Abgabestelle für die Konsumenten zu ermöglichen, denn pro Kreis bzw. kreisfreier Stadt gibt es nur ein zentrales Gesundheitsamt, Außenstellen (vier in einem Kreis sind die Höchstzahl) gibt es nur in einigen Kreisen.

Das vorhandene Netz der Drogenberatungsstellen dürfte ausreichend sein. Faktisch dürfte die erforderliche Sachkunde vorhanden sein, aber wohl in der Regel nicht entsprechend den rechtlichen Anforderungen des Betäubungsmittelgesetzes. Angemessene Sicherheitsmaßnahmen dürften realisierbar sein. Problematisch ist hier vor allem der kaum vermeidbare Kontakt mit Abhängigen harter Drogen. Die für die erfolgreiche Arbeit der Drogenberatung notwendige Szenenähe wäre für die Zielsetzung des Modellprojekts kontraproduktiv. Ob die erforderliche Kontrolle im Sinne des Modellprojekts sinnvoll in einem auf Vertraulichkeit basierenden System geleistet werden kann, scheint fraglich.

Auch Apotheken stellen ein bereits existierendes, unter strenger Kontrolle stehendes und mit Sachverstand versehenes Vertriebssystem dar. Sicherheitsbedenken dürften angesichts der in der Apotheke ohnehin vorgeschriebenen Vorsichtsmaßnahmen nicht angebracht sein. Der normale Geschäftsablauf in der Apotheke provoziert nicht die unerwünschten Kontakte zur harten Drogenszene, zugleich entfällt die abschreckende Wirkung der "Behörde". Zudem haben sie bereits Erfahrungen mit präventiven Aufgaben im Drogenbereich durch den Verkauf von Einwegspritzen gemacht.

Ein Problem der Abgabe durch Apotheken könnte eine mangelnde Akzeptanz unter den Konsumenten sein, weil ein solches System als "Pathologisierung und Diskriminierung" empfunden werden könnte. Diese möglichen Akzeptanzprobleme

könnten sich aber verringern, wenn sich unter den Nutzern die (erlebten) Vorteile ("Qualität und Legalität") des Cannabiskaufs in Apotheken herumsprechen und mit der Zeit diese Bezugsform als etwas 'Normales' erlebt wird. Akzeptanz erhöhend würde sicherlich die Möglichkeit empfunden, als Abgabestelle auch eine in einem anderen Ort gelegene wählen und auch die Abgabestelle wechseln zu können, denn so könnte zumindest ein gewisser Anonymitätsschutz gewährt werden. Um den Konsumenten ernstzunehmende Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Abgabestellen bieten zu können, sollten bereits zu Beginn der Phase 1 pro Gebiet etwa 5 Abgabestellen zur Verfügung stehen. Als für eine im Sinne der beschriebenen Modellkonzeption optimale Versorgung - und damit maximale Größenordnung - wäre, vor allem in der Phase 2, pro Gebiet eine Anzahl von etwa 15 Abgabestellen anzusehen.

### **Schlußfolgerung für das Modellvorhaben:**

Unter den Gesichtspunkten der Zielgruppenakzeptanz, der Szeneferne, der Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs sowie der Sachkunde, die hier entscheidend sein dürften, stellen Apotheken die optimalen Abgabestellen dar. Es wird daher die Erlaubnis für die Veräußerung von Cannabisprodukten in Apotheken beantragt.

In den Apotheken sollte (unabhängig von dem Beipackzettel, der auf die Risiken beim Gebrauch von Cannabisprodukten hinweist) ein Informationsblatt zum Modellversuch ausliegen, in dem die Regelungsbedingungen, die Informations- und Kartenausgabestellen und die Abgabestellen verzeichnet sind.

### **3.9 Preisbildungskommission**

Die Kommission ist verantwortlich für die Beratung bei der Festsetzung des Verkaufspreises von Cannabis. Dieser Preis soll so bestimmt werden, daß durch Wiederverkauf kein Gewinn entsteht. Die Entscheidungsbefugnis liegt bei der Regierung. Die Kommission sorgt für die Beobachtung der Szene-Entwicklung, und läßt das Auftauchen original verpackten Cannabis in nicht erlaubten Kontexten registrieren. Die Kommission setzt sich aus Experten aus der Polizei und dem Drogenhilfesystem sowie Regierungsvertretern zusammen und wird von den für die Durchführung des wissenschaftlichen Modellversuchs Verantwortlichen beraten.

## **4 Forschungsdesign und Erhebungsinstrumente**

Die wissenschaftliche Forschung ist so angelegt, daß sie möglichst viele Effekte des Modellversuchs im Rahmen der Forschungsthesen zu erfassen in der Lage ist. Dies gilt für die intendierten wie auch für die nicht intendierten Folgen des Modellversuchs. Unterschieden werden müssen ebenso programmspezifische von globalen Wirkungen, d.h., lokale Veränderungen im Versuchsgebiet müssen von landes- oder bundesweiten Tendenzen unterscheidbar sein.

Insbesondere ist zu überprüfen, wie unter neuen Rahmenbedingungen -legale Erwerbsmöglichkeit von Cannabis zum Eigengebrauch - sich u.a. Einstellungs- und Verhaltensweisen gegenüber legalen und illegalen Drogen, Beschaffungs- und Weitergabeformen von Drogen, Konsummuster, Umfang und Intensität des Rauschmittelkonsums, Akzeptanz und Berücksichtigung präventiver Informationen verändern. Damit verbunden ist die Frage, inwieweit es zu einer Trennung der Märkte bzw. zu einem Vermeidungsverhalten von illegalen Kontexten durch die Cannabiskonsumenten kommt und Umstiege auf härtere Drogen vermieden werden. Solche Veränderungen schlagen sich dann in veränderten Prävalenzwerten nieder, die in Hinblick auf die generalpräventiven Effekte und die Entwicklung des Betäubungsmittelkonsums insgesamt zu interpretieren sind.

Dies soll durch drei Elemente des Forschungsdesign erreicht werden: ein Vorher-Nachher-Vergleich, eine prozeßbegleitende Evaluation und durch Erhebungen in einem Kontrollgebiet außerhalb des Modellgebietes (siehe Anlage 1).

### **4.1 Vorher-Nachher-Vergleich**

#### **Repräsentative Bevölkerungsumfrage**

Vor Beginn der kontrollierten Abgabe von Cannabis zum Eigengebrauch in Schleswig-Holstein wird eine Repräsentative Bevölkerungsumfrage durchgeführt und ebenso im letzten Halbjahr des fünfjährigen Versuchszeitraums. Dies geschieht jeweils mit demselben Erhebungsinstrument. Daraus lassen sich epidemiologische Erkenntnisse über die Entwicklung des Drogenkonsums gewinnen. Das Erhebungsinstrument soll an den Fragenkatalog der regelmäßig stattfindenden Umfragen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angelehnt und um auf den Modellversuch bezogene Fragen erweitert werden. Dadurch stehen Referenzdaten außerhalb Schleswig-Holsteins zur Verfügung, die globale von lokalen Effekten unterscheidbar machen.

#### **Repräsentative Schülerbefragung**

Nach demselben Grundmuster soll eine Umfrage von Schülern an allgemeinbildenen Schulen und Berufsschulen mit einer randomisierten Stichprobe auf Jahrgangs- bzw. Klassenebene (Repräsentative Schülerbefragung) durchgeführt werden: Vor Beginn des Modellversuchs und am Ende des Modellversuchs.

Spezialanalyse der Polizeilichen Kriminalstatistik Miteinbezogen wird auch die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) in Form einer Spezialanalyse und die Erfassung erstaußfalliger Konsumenten harter Drogen. Auch hier wird die Situation vor Beginn des Modellversuchs mit der bei Beendigung verglichen.

Eine Spezialanalyse ist deswegen notwendig, weil die PKS, so wie sie veröffentlicht wird, für den hier vorgesehenen Zweck nicht geeignet ist. In den Jahresdaten der PKS sind die im Karriereverlauf mehrfach auftretenden Tatverdächtigen nicht mehr identifizierbar und werden gleichsam doppelt gezählt. Ferner können die Cannabis-Delikte, die von Heroin- oder Kokainkonsumenten begangen wurden, nicht von den Delikten bloßer Cannabis-Konsumenten unterschieden werden. Dadurch sind die Angaben von Cannabis-Konsumdelikten in der PKS für die hier benötigten Informationen nicht brauchbar und spiegeln auch keine Entwicklungen wider bzw. können leicht irreführende Deutungen nahelegen.

Die Landeskriminalämter in Nordrhein-Westfalen und in Hamburg haben daher für wissenschaftliche Zwecke anonymisierte Dateien personenbezogener Karriereverläufe von Drogenauffälligkeit und Begleitkriminalität über 10 Jahre hinweg erstellt. Dies erlaubt die genaue Analyse von Karriereverläufen polizeilicher Auffälligkeit, die Identifizierung von Heroinkonsumenten mit Cannabis-Delikten im Unterschied zu 'reinen' Cannabis-Konsumenten sowie von kriminellen Karrieren, in deren Verlauf auch Drogen konsumiert werden. Die Berücksichtigung solcher unterschiedlicher Gruppen sind für die Legalitätsbewertung und die epidemiologische Einschätzung von großer Bedeutung. Ebenso kann dann eine alters- und tatortspezifische Analyse Hinweise geben auf Neueinsteiger und Umsteiger im Kontext des Modellprojekts. Dies kann zwar nicht mit Sicherheit auf der individuellen Ebene erfolgen - die polizeiliche Auffälligkeit folgt nicht präzise dem individuellen Entwicklungsverlauf - aber auf der aggregierten Ebene im Zeitreihenverlauf. Auf dieser Grundlage sind dann Aussagen über Umsteigeeffekte und die Entwicklung des Drogenkonsums insgesamt möglich, da diese Analysen auch regional differenzierbar sind und auf die Modellregion hin abgebildet werden können.

Daher sollen auch für Schleswig-Holstein solche Dateien - beginnend mit 1990 - erstellt und der Forschung zur Verfügung gestellt werden. Da das dazu benötigte Programm nur einmal geschrieben werden muß, kann dies Jahr für Jahr während des Modellprojekts und evtl. auch nach Abschluß durchgeführt werden. Dadurch kann ein langer Zeitraum vor Beginn mit den Zeitabschnitten während des Modellprojekts verglichen werden. Dies erlaubt eine präzise Einschätzung der Entwicklung und der Veränderungen aufgrund der Trennung der Märkte.

### **Befragungen von Cannabiskonsumenten**

Im Rahmen von Stichtagsbefragungen von Cannabiskonsumenten in den Abgabestellen wird mit Hilfe eines Fragenkatalogs, der sich auf die aktuelle Situation bezieht und auch retrospektiv die Situation vor Beginn der kontrollierten Abgabe von Cannabis erfragt, ein Vorher-Nachher-Vergleich aus dieser Konsumentenperspektive möglich.

Damit stehen für den Vorher-Nachher-Vergleich Daten für die Gesamtbevölkerung, für die wichtige drogenpolitische Zielgruppe der Jugendlichen, für die unbekannte Gruppe der Cannabiskonsumenten und für die kriminalpolitisch wichtige Gruppe der Täter als Tatverdächtige von Drogendelikten zur Verfügung. Dies zusammen ergibt ein dichtes, sich zum Teil wechselseitig ergänzendes und kontrollierendes Informationsnetz, anhand dessen sich der Wandel während des Versuchszeitraums

wird ablesen lassen. Diese Erkenntnismöglichkeiten werden noch erweitert durch die Erhebungen für die prozeßbegleitende Evaluation

## **4.2 Prozeßbegleitende Evaluation**

Das Problem einer Ergebnisevaluation im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs kann darin liegen, daß in dem dazwischenliegenden langen 5-Jahreszeitraum sich allgemeine mit lokalspezifischen sowie zeitweise positive sich mit nachfolgenden negativen Entwicklungen überlagern können. Dies kann zu einer Verstärkung, aber auch zur Aufhebung von Effekten führen. Für die Gesamtbeurteilung des Modellversuchs sind solche Prozesse wichtig.

Für den Modellversuch sind solche nicht-linearen und ungleichmäßig verlaufenden Prozesse eher anzunehmen. Die Akzeptanz zu den Regelbedingungen muß entstehen und sich verbreiten können, die Inanspruchnahme und das Konsumverhalten erlangt erst schrittweise eine Normalität und Karriereverläufe werden nur langsam sichtbar. Daher ist eine prozeßbegleitende Evaluation notwendig.

Eine solche Prozeßevaluation erlaubt auch eine Kontrolle über den Ablauf des Modellversuchs. Damit können problematische, nicht intendierte Wirkungen rechtzeitig erkannt werden: z.B., wenn die Zahl der Erstkonsumenten stark ansteigt, eine erhebliche Ausweitung des Drogenkonsums bei den Jugendlichen festzustellen ist, das Einstiegsalter deutlich sinkt. In solchen Fällen könnte die Prozeßevaluation Hinweise liefern, ob sogar das Modellprojekt abgebrochen werden sollte.

### **Repräsentative Schülerbefragung**

Im Sinne einer solchen prozeßbegleitenden Evaluation soll für die wichtige Zielgruppe der Jugendlichen die oben angeführte Repräsentative Schülerbefragung jährlich durchgeführt werden. Zusätzlich sollen in einem Teil der Schulklassen Wiederholungsbefragungen erfolgen, so daß Veränderungen auf dieselbe Personengruppe bezogen werden können. Dies gestattet eine sehr genaue Verlaufsbeobachtung, die sowohl für den kontrollierten Ablauf des gesamten Modellversuchs hilfreich ist als auch wichtige Ergebnisse für die Ergebnisevaluation liefert.

### **Spezialanalyse der Polizeilichen Kriminalstatistik**

Ebenso soll die Spezialanalyse der Polizeilichen Kriminalstatistik jährlich erfolgen, um die quantitative Entwicklung bei den verschiedenen Tätertypen zu erfassen (zum Beispiel: werden vor allem Altkonsumenten erneut auffällig oder werden immer mehr Cannabiskonsumenten erstmalig auffällig).

### **Befragung von Cannabiskonsumenten**

Im Verlauf des Modellversuchs soll auch mehrfach die Stichtagsbefragung von Cannabiskonsumenten in den Abgabestellen durchgeführt werden. Diese werden einerseits im Sinne der Ergebnisevaluation zusammengefaßt (siehe oben) und andererseits gestatten sie einen Einblick in den Wandel der Einschätzungen und Verhaltensweisen von Cannabiskonsumenten im Verlauf des Modellversuchs. Von

besonderen Interesse ist dabei der Verhaltenswandel in der ersten Zeit, in der alles 'neu' ist, zu dem in der späteren Zeit, in der sich das 'normalisiert' hat. Ebenso ergeben sich hieraus Hinweise auf die sich verändernde Zusammensetzung der Nutzergruppe in den Abgabestellen.

### **Auswertung der Abgabebögen in den Abgabestellen**

Zur Verlaufsbeobachtung gehört auch die kontinuierliche Auswertung der Abgabebögen, in denen die abgegebene Menge pro Kauf und Tag evtl. zusammen mit der Nummer der Teilnehmerkarte registriert wird. Zusammen mit den Befragungen kann dies zur Validierung der Auswertung beitragen.

### **Erfahrungen der Informations- und Kartenausgabestelle**

Ebenfalls prozeßbegleitend werden quantitativ und qualitativ die Erfahrungen der Informations- und Kartenausgabestelle bzgl. ihres Ausstellungs-, Telefon-, Informations- und Beratungsdienstes ausgewertet. Dies gibt Hinweise auf Informationsbedarf und -interesse der Bevölkerung, insbesondere der Eltern, und zeigt deren Probleme an, sich in einer solchen neuen Situation zurechtzufinden. Diese Auswertung kann zugleich Hinweise auf Modifikationen des Modellprojektes geben oder zu einer besseren Organisation und Durchführung beitragen.

### **Erfahrungen der Kontrollkommission**

Das gleiche gilt auch in Bezug auf die Erfahrungen der Kontrollkommission. Dazu dient die Analyse der Preisentwicklung sowie der Szene-Entwicklung und des Vorkommens von Standard-Cannabis-Päckchen in nicht erlaubten Kontexten.

Insgesamt ergibt sich daraus ein sehr dichtes Informationsnetz, das einen kontrollierten Ablauf des Modellversuchs erlaubt.

## **4.3 Kontrolluntersuchungen**

Die erste Untersuchung erfolgt bezüglich der Phase I - das ist der zweijährige Zeitraum, in dem in drei ausgewählten Gebieten von Schleswig-Holstein der Modellversuch läuft. In zwei weiteren Regionen von Schleswig-Holstein, die in dieser Phase nicht am Modellversuch beteiligt sind, wird ebenfalls eine Repräsentative Schülerbefragung vor Beginn des Modellversuchs in den obigen Gebieten durchgeführt und erneut nach zwei Jahren, vor der Ausweitung des Modellversuchs auf ganz Schleswig-Holstein. Dadurch können auf Schleswig-Holstein bezogene landes- von modellspezifischen Effekten unterschieden werden.

Die zweite Untersuchung erfolgt in zwei Regionen außerhalb Schleswig-Holsteins ebenfalls als Repräsentative Schülerbefragung vor Beginn und erneut am Ende des Modellversuchs in Schleswig-Holstein. Damit sollen die bundesspezifischen und die in Schleswig-Holstein modellspezifischen Entwicklungen erfaßt werden.

Diese Ausführungen zum Forschungsdesign und seinen Erhebungsinstrumenten zeigen deutlich, in welcher Weise welche Untersuchungskomplexe bearbeitet werden und wozu die Erhebungsinstrumente wann eingesetzt werden sollen. Ein

genauerer Forschungs- und Durchführungsplan kann in der Vorphase des Modellversuchs ausgearbeitet werden.

Antragsbegründung Anhang I: Projektbeschreibung Anlage 1: Wissenschaftliche Erhebungen/ Übersicht Anlage 1 Wissenschaftliche Erhebungen/ Übersicht

# Wissenschaftliche Erhebungen

	Jahr der Untersuchung					
	0	1	2	3	4	5
Repräsentative Bevölkerungsbefragung	●					●
Repräsentative Schülerbefragung	●	●	●	●	●	●
PKS-Analyse	●	●	●	●	●	●
Befragung von Cannabiskonsumenten		●		●		●
Auswertung der Abgabebögen		●	●	●	●	●
Kontrolluntersuchung Schülerbefragung	●	●		●		●

Antragsbegründung Anhang I: Projektbeschreibung Anlage 2:  
Regelungen der Bundesländer zu § 31 a Betäubungsmittelgesetz

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Hamburg
<b>Regelung</b>	RiLi, AV d. JuM v. 3.8.95, in Kraft seit 1.9.95	Dienstbesprechung der Generalstaatsanwälte, Schreiben des Generalstaatsanwaltes beim OLG München v. 14.7.94	Gemeins. AV d. Senatsverw. f. Justiz u. Inneres v. 28.2.95; in Kraft seit 1.3.95	Schreiben des ltd. Oberstaatsanwalts Dr. Grosse v. 10.11.92
<b>Def. geringe Menge</b>	max. 3 Konsumeinheiten (KE) (Bruttomenge)	max. 3 KE je 2 g; Obergrenze je nach Qualität 3-6 g (Gewichtsmenge) Haschisch/Marihuana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>max. 6 g (brutto) Cannabisharz/Marihuana</li> <li>max. 15 g (brutto) Cannabisharz/Marihuana</li> </ul>	Größe einer Streichholzschachtel Haschisch/Marihuana (ca. 20 g)
<b>Fremdgefährdung</b>	<p>Tat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>geeignet, Jugendliche zum Drogengebrauch zu verleiten oder sonst Anlaß zur Nachahmung gibt, etwa weil in Öffentlichkeit begangen</li> <li>in Schulen, Jugendheimen, Kasernen, JVA, Krankenhäusern o. ä. Einrichtungen</li> <li>begangen durch Erzieher, Lehrer, BtmG-Vollzieher und gab Anlaß zur Nachahmung</li> <li>läßt nachteilige Auswirkungen auf die Sicherheit im öffentlichen Straßenverkehr befürchten</li> </ul>	<p>Tat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>geeignet, Jugendliche zum Drogengebrauch zu verleiten</li> <li>Anlaß zur Nachahmung gibt, etwa weil in der Öffentlichkeit begangen</li> <li>bei Jugendveranstaltungen, auf Spielplätzen, in Schulen, Jugendheimen, Kasernen, Krankenhäusern, Diskotheken, JVA oder sonstigen Einrichtungen und Orten, bei denen eine erhöhte Verbreitungsfahr besteht</li> <li>durch Erzieher, Lehrer, BtmG-Vollzieher und Anlaß zur Nachahmung</li> <li>läßt nachteilige Auswirkungen auf Sicherheit im Straßenverkehr befürchten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Btm werden in einer Weise gebraucht, die eine Verführungswirkung auf Kinder oder nicht abhängige Jugendliche oder Heranwachsende hat.</li> <li>Btm werden in der Öffentlichkeit ostentativ oder vor bes. schutzbedürftigen Personen sowie vor oder in Einrichtungen, die von diesem Personenkreis genutzt werden, gebraucht.</li> </ul>	<p>öffentliches Interesse bei besonders sozial-schädlichem Verhalten d. Täters, z.B. wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Droge wird in der Weise gebraucht, die eine Verführungswirkung auf nicht abhängige Jugendliche und Heranwachsende hat</li> <li>Droge wird in der Öffentlichkeit ostentativ vor bes. schutzbedürftigen Personen (z.B. Kindern) sowie vor oder in Einrichtungen, die von diesem Personenkreis genutzt werden, konsumiert</li> </ul>
<b>Behandlung von Wiederholungstätern / (Schuld-) Differenzen zw. Abhängigen und Gelegenheitskonsumenten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ 31 a nur bei Wiederholungstätern, wenn diese Gelegenheitskonsumenten</li> <li>Auf Dauerkonsumenten ist § 31 a grundsätzl. nicht anwendbar.</li> </ul>	Anwendung des § 31 a bei Wiederholungstätern nur möglich, wenn Gelegenheitskonsument	<ul style="list-style-type: none"> <li>bei Mengen bis zu 6 g Anwendung des § 31 a auch bei Wiederholungstätern.</li> <li>bei 6 - 15 g ist geringe Schuld bei nicht auszuschließender Btm-Abhängigkeit grundsätzlich, auch in Wiederholungsfällen und bei nicht btm-abhängigen Tätern i.d.R. bei Erst- und Zweittätern anzunehmen</li> </ul>	<p>geringe Schuld kann</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bei nicht auszuschließender Btm-Abhängigkeit grundsätzlich zugrunde gelegt werden; auch bei BtmG-Vorstrafen</li> <li>bei Nicht-Abhängigen bei Erst- u. Zweittaten angenommen werden, wobei es sinnvoll sein könne, auch den Probierer anzuklagen.</li> </ul>
<b>Einstellungsregeln</b>	<p>Strafverfahren wird i.d.R. gegen Übermaßverbot verstoßen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>geringe Mengen (3 KE brutto)</li> <li>zum gelegentlichen Eigengebrauch</li> <li>geringe Schuld</li> <li>kein öff. Interesse (vgl. Fremdgefährdung).</li> </ul> <p>Grundsätzlich auf Regelfall abgestellt, Einzelfall entscheidend; kann Abweichungen rechtfertigen.</p>	Selbst wenn die Voraussetzungen des § 31 a formell gegeben sind, ist nach der Entscheidung des BVerfG immer noch unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls zu prüfen, ob es bei der Regel bleibt oder etwa ein Ausnahmefall vorliegt.	<p>wenn max. 6 g (brutto) Cannabisharz/Marihuana grundsätzlich Einstellung, es sei denn öffentliches Interesse.</p> <p>wenn über 6 g - max. 15 g (brutto) kann eingestellt werden, wenn kein öffentliches Interesse und geringe Schuld.</p>	Trotz Vorliegens der aufgeführten Voraussetzungen (geringe Menge zum Eigenverbrauch, kein öffentliches Interesse, geringe Schuld) für das Absehen von Verfolgung gem. § 31 a ist es dem Staatsanwalt nicht verwehrt, in besonders gelagerten Fällen von einer Einstellung des Verfahrens abzusehen.

Bundesland	Hessen	Niedersachsen	NRW	Rheinland-Pfalz
<b>Regelung</b>	Anordnung des Generalstaatsanwalts Dr. Schaefer v. 21.7.95 mit Bezug auf RV v. 12.2.92	Richtlinie, in Kraft seit 1.12.94 Gem. RdErl. d. MJ u. d. MI v. 24.11.94	Vorl. RiLi, Gem. RdErl. des Justizministeriums und des Innenministeriums v. 13.5.94	Vorl. RiLi, Rundschreiben d. Justizministeriums v. 23.8.94; in Kraft seit 1.9.94
<b>geringe Menge</b>	max. 6 g brutto Haschisch/Marihuana mehr als 6 bis 30 g	max. 6 g brutto „Cannabis oder Marihuana“ 6 - max. 15 g	max. 10 g bei durchschnittlichem Reinheitsgrad von 6 %, bei abweichendem Reinheitsgrad kann geringe Menge differieren.	max. 10 g Haschisch / Marihuana
<b>Fremdgefährdung</b>	Tat <ul style="list-style-type: none"> <li>in Schulen, Jugendheimen, Kasernen, oder ähnlichen Einrichtungen</li> <li>durch Erzieher, Lehrer, BtmG-Vollzieher und Anlaß zur Nachahmung</li> </ul>	Tat <ul style="list-style-type: none"> <li>bietet Anlaß zur Nachahmung gegenüber Jugendlichen und Heranwachsenden</li> <li>in Schule, Jugendheimen, Kasernen oder ähnlichen Einrichtungen</li> <li>Täter sind in diesen Einrichtungen tätig oder BtmG-Vollzieher</li> </ul>	öffentliches Interesse wird bei bes. sozialschädlichem Verhalten anzunehmen sein, z.B. wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>Btm.-Gebrauch in einer Weise, die eine Verführwirkung auf nicht-abhängige Jugendliche u. Heranwachsende haben kann</li> <li>sonstige Fremdgefährdung, insb. wenn in der Öffentlichkeit ostentativ vor bes. schutzbedürftigen Personen (z.B. Kinder u. Jugendl.) u. vor oder in Einrichtungen, die von diesen Personen genutzt werden, konsumiert wird u. die Tat zur Nachahmung Anlaß gibt.</li> </ul>	Tat <ul style="list-style-type: none"> <li>konnte Anlaß zur Nachahmung geben</li> <li>wurde in Schulen, Jugendheimen, Kasernen, JVA oder ähnlichen Einrichtungen begangen</li> <li>durch eine Person, welche in diesen Einrichtungen tätig ist oder von einem BtmG-Vollzieher</li> </ul>
<b>Behandlung von Wiederholungstätern / (Schuld-) Differenzen zw. Abhängigen und Gelegenheitskonsumenten</b>	bei Mengen bis zu 6 g § 31a grundsätzlich zu beachten, wonach erst bei einer Menge von 30 g anzuklagen ist und für dazwischen liegenden Mengen auf andere Reaktionsmöglichkeiten (z.B. § 153 StPO) verwiesen wird.	<ul style="list-style-type: none"> <li>bei Mengen bis zu 6 g Anwendung des § 31 a auch bei Wiederholungstätern.</li> <li>bei 6 - 15 g ist geringe Schuld bei nicht auszuschließender Btm-Abhängigkeit grundsätzlich, auch in Wiederholungsfällen und bei nicht btm-abhängigen Tätern i.d.R. bei Erst- und Zweittätern anzunehmen. Bei nicht abhängigen Drei- und Mehrfachtätern ist § 31 a nur in Ausnahmefällen anzuwenden</li> </ul>	geringe Schuld <ul style="list-style-type: none"> <li>wenn Täter btm-abhängig ist, auch bei mehrfachem Auffallen</li> <li>bei nicht abhängigen Tätern i.d.R. bei Erst- und Zweittätern. Bei Mehrfachtätern nur in Ausnahmefällen.</li> </ul> Wiederholtes Antreffen mit unerlaubten Btm. kann Anhaltspunkt für Handel/Abgabe sein.  größere Schuld, wenn Täter = Erzieher oder BtmG-Vollzieher	§ 31 a auch bei wiederholter Tatbegehung nicht ausgeschlossen.
<b>Einstellungsregeln</b>	wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>zum gelegentlichen Eigenverbrauch</li> <li>max. 6 g Haschisch/Marih.</li> <li>keine Fremdgefährdung</li> </ul> so ist -auch in Wiederholungsfällen- Verf. nach den genannten Vorschriften einzustellen.  wenn zwischen 6-30 g u. zuvor genannten Voraussetzungen vorliegen, entscheidet STA gem. RV v. 12.2.94: erst ab 30 g soll angeklagt werden; für Verbraucher mit weniger als 30 g bleibt eine Vielzahl an Reaktionsmöglichk. nach §§ 31a, 29V BtmG 153,153a StPO, 45, 47 JGG.	wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>Umgang mit max. 6 g „Cannabis oder Marihuana“ (brutto)</li> <li>zum Eigenverbrauch</li> <li>keine Fremdgefährdung</li> </ul> stellt STA Verfahren ein, weil Übermaßverbot (auch in Wiederholungsfällen) wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>mehr als 6 g - max. 15 g</li> <li>zum Eigenverbrauch</li> <li>keine Fremdgefährdung</li> </ul> kann STA aus anderen Gründen gem. § 31a BtmG einstellen.	keine Angaben, ob Regelfall oder Einzelfallprüfung erforderlich; allerdings stelle die Frage nach der Schuld letztlich eine Einzelfallentscheidung dar.	STA stellt i.d.R. ein, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>nicht mehr als 10 g</li> <li>keine Fremdgefährdung</li> </ul>

Bundesland	Saarland	Schleswig-Holstein	Brandenburg	Sachsen-Anhalt
<b>Regelung</b>	RiLi, gemeinsamer Erlaß des MdJ, MdI, MiFAGS v. 7.3.95, in Kraft seit 7.3.95	gemeinsame RiLi; in Kraft seit 13.5.93 (MJ, IM, MASJGE, MBWKS, Frauenministerin)	RiLi, Rundverfügung des Ministers d. Justiz v. 17.9.93	Gem. Rd.-Erl. des MJ und MI v. 6.12.94, in Kraft seit 1.1.95
<b>geringe Menge</b>	max. 6 g brutto Haschisch / Marihuana max. 10 g	max. 30 g Cannabisprodukte (außer Haschischöl) Bruttogewicht	Menge, die bei 3 Gelegenheiten verbraucht werden kann.	max. 3 KE, etwa 6 g "Cannabis oder Marihuana"
<b>Fremdgefährdung</b>	Tat <ul style="list-style-type: none"> <li>• konnte Anlaß zur Nachahmung vor allem gegenüber Jugendlichen und Heranwachsenden geben</li> <li>• in Schulen, Jugendheimen, Kasernen oder ähnlichen Einrichtungen begangen</li> <li>• durch eine Person, die in diesen Einrichtungen tätig sind oder BtmG-Vollzieher</li> </ul>	Gefährdung von Kindern und Jugendlichen	Öffentliches Interesse im allgemeinen nur dann, wenn Gefahr besteht, daß Dritte erstmalig mit Btm in Berührung kommen (z.B. Konsum in der Umgebung von Schulen oder in Gegenwart von Nichtkonsumenten)	Öffentliches Interessen insbesondere, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Tat Anlaß zur Nachahmung, vor allem durch Jugendliche u. Heranwachsende, geben konnte</li> <li>• die Tat in Schulen, Jugendheimen, Kasernen, JVA oder ähnlichen Einrichtungen begangen wurde</li> <li>• von einer Person, welche in diesen Einrichtungen tätig oder BtmG-Vollzieher ist</li> </ul>
<b>Behandlung von Wiederholungstätern / (Schuld-) Differenzen zw. Abhängigen und Gelegenheitskonsumenten</b>	bei Mengen bis zu 6 g § 31 a auch bei Wiederholungstätern.  bei Mengen von 6 - 10 g: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei nicht auszuschließender Btm-Abhängigkeit kann grundsätzlich von geringer Schuld ausgegangen (auch bei Wiederholungstaten) werden.</li> <li>• bei nicht abhängigen Tätern i.d.R. im ersten und zweiten Fall. § 31 a bei Drei- und Mehrfachtätern nur in Ausnahmefällen.</li> </ul>	§ 31 a auch bei Wiederholungsfällen  Wiederholtes Antreffen mit unerlaubten Btm. kann ein Anhaltspunkt für fremdgefährdendes Verhalten sein.	Für Beurteilung, ob Schuld gering, insbes. von Bedeutung, ob Täter in strafrechtlicher Hinsicht in zeitnahen Zusammenhang bereits einschlägig in Erscheinung getreten. Anwendung des § 31 a aber auch bei Wiederholungstätern nicht ausgeschlossen.	§ 31 a auch in Wiederholungsfällen, wobei wiederholtes Antreffen bei nicht abhängigen Tätern Anhaltspunkt für eine Abgabe oder Handeltreiben sein kann.  geringe Schuld <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei nicht btm-abhängigen Tätern i.d.R. bei gelegentlichem Eigenverbrauch</li> <li>• grundsätzlich anzunehmen, wenn Btm-Abhängigkeit vorliegt</li> </ul>
<b>Einstellungsregeln</b>	STA sieht von Verfolgung ab, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• max. 6 g (brutto) Haschisch/Marih.</li> <li>• zum Eigengebrauch</li> <li>• keine Fremdgefährdung</li> </ul> STA kann einstellen, bei Mengen zwischen 6 - 10 g	STA sieht i.d.R. - auch in Wiederholungsfällen- von Verfolgung ab, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• max. 30 g (brutto)</li> <li>• zum Eigenverbrauch</li> </ul> Dies gilt nicht bei Gefährdung von Kindern und Jugendlichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geringe Menge</li> <li>• zum Eigengebrauch</li> <li>• geringe Schuld (muß nicht mit hinreichender Sicherheit nachgewiesen sein)</li> <li>• kein öffentliches Interesse (vgl. Fremdgefährdung)</li> </ul> keine Angaben, ob Regelfall oder Einzelfallprüfung erforderlich.	STA stellt ein, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• max. 6 g</li> <li>• zum Eigengebrauch</li> <li>• keine Fremdgefährdung</li> </ul>

## **Antragsbegründung**

### **Anhang I: Projektbeschreibung**

#### **Anlage 3: Literaturverzeichnis**

Becker, Jürgen et al. (1992): Untersuchungen zum Haschischkonsum auffälliger Verkehrsteilnehmer in Rheinland-Pfalz, in: Sucht, Nr. 4, S. 238-243.

Behr, Hans-Georg (1995): Von Hanf ist die Rede. Kultur und Politik einer Pflanze, Frankfurt/Main.

Beil, Hanswilhelm (1981): Beobachtungen an einer großen Zahl Cannabis-Konsumenten zwischen 1966 und 1979 in einer Praxis für Allgemeinmedizin, in: Feuerlein, Wilhelm (Hrsg.): Cannabis heute. Bestandsaufnahme zum Haschischproblem, Wiesbaden, S. 86-95.

Binder, Michael A. (1981): Haschisch und Marihuana. Was der Arzt über Cannabinoide wissen soll, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 4, S. 117-126.

Binder, S./Happe, C./Schmitz, W. (1981): Abweichende Merkmale hinsichtlich Suchtentwicklung, Persönlichkeitsstruktur, Behandlungsverlauf und nachstationärer Rehabilitation von Cannabiskonsumenten, in: Feuerlein, Wilhelm (Hrsg.): Cannabis heute. Bestandsaufnahme zum Haschischproblem, Wiesbaden, S. 96-108.

BISDRO (Bremer Institut für Drogenforschung) (1995): Zur Cannabis- Situation in der Bundesrepublik Deutschland. Gutachten für die Universität Amsterdam, Bremen.

Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino/Fietzeck, Lothar (1995): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik (Materialien zur Sozialarbeit und Sozialpolitik Bd. 12), Frankfurt/Main.

Bossong, Horst/Schaich-Walch, Gudrun (1996): Cannabis-Politik: Chancen für eine drogenpolitische Reform?, in: Neumeyer, Jürgen (Hrsg.): Cannabis, Gersthofen, S. 140-151.

Bundesamt für Gesundheitswesen (1996): Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951 an die Vorsteherin des Eidgenössischen Departementes des Innern, Bern.

Bundesgesundheitsamt (o.J.): Stellungnahme an das Bundesverfassungsgericht zu den Auswirkungen des Haschischgenusses auf die physische und psychische Gesundheit, Berlin.

Bundeskriminalamt Wiesbaden (1994): Rauschgiftjahresbericht 1993, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '95, S. 93-114.

Bundesministerium für Gesundheit (1993): Repräsentativerhebung zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Untersuchung in den neuen Ländern 1992, Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (1995): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Telefonische Erhebung 1994. Institut für Therapieforschung (IFT), Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (1996): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995. Institut für Therapieforschung (IFT), Bonn.

Bundesverfassungsgericht (1993): Beschluß des Ersten Senats vom 24. Juni 1993. Zur Frage, unter welchen Voraussetzungen Haschischkonsum es rechtfertigen kann, ein medizinisch-psychologisches Gutachten über die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen zu fordern, in: BVerfGE, Bd. 89, S. 69-91.

Bundesverfassungsgericht (1994): Beschluß vom 9. März 1994. Umgang mit Cannabisprodukten, in: BVerfGE, Bd. 90, S. 145-199.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1994): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 1993/1994, Köln.

Burian, Wilhelm (1982): Das amotivationale Syndrom und seine Funktion in der Psychiatrie, in: Burian, Wilhelm/Eisenbach-Stangl, Irmgard (Hrsg.): Haschisch: Prohibition oder Legalisierung. Ursachen und Folgen des Haschischverbots, Weinheim/Basel, S. 78-86.

Coignera-Weber, Catherine (1983): Therapie für Haschischabhängige? Antworten aus einem Modellversuch, Weinheim/Basel. Dembach,

Bernd (1995): Thesen und Antithesen zur Legalisierung von Cannabisprodukten. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. "Mobile Drogenprävention", Thesenpapier, Hamm.

Eberth, Alexander/Müller, Eckhart (1982): Betäubungsmittelrecht. Kommentar und Anleitung für die Praxis, München.

Eikmeier, Gisbert/Lodemann, Ernst/Pieper, Ludger/Gastpar, Markus (1991): Cannabiskonsum und Verlauf schizophrener Psychosen, in: Sucht, H. 6, S. 377-382.

Eisenbach-Stangl, Irmgard (1982): Alternative Cannabispolitik, in: Burian, Wilhelm/Eisenbach-Stangl, Irmgard (Hrsg.): Haschisch: Prohibition oder Legalisierung. Ursachen und Folgen des Cannabisverbotes, Weinheim und Basel, S. 169-183.

Fromberg, Erik (1996a): Cannabis, in: Wissenschaftlicher Beirat des Bundesverbandes für Akzeptierende Drogenarbeit Akzept e.V. (Hrsg.): Wider besseres Wissen. Die Scheinheiligkeit der Drogenpolitik, Bremen, S. 47-52.

Fromberg, Erik (1996b): Holländische Erfahrungen mit Cannabis, in: Neumeyer, Jürgen (Hrsg.): Cannabis, Gersthofen, S. 99-108.

Geschwinde, Thomas (1990): Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen, 2. Aufl., Berlin u.a.

Gesundheits- und Veterinäramt des Kreises Herzogtum Lauenburg (1996):  
Regionaler Suchthilfeplan für den Kreis Herzogtum Lauenburg, Ratzeburg.

Grinspoon, Lester/Bakalar, James B. (Hrsg.) (1996): Marihuana. Die verbotene Medizin, 8. Auflage, Frankfurt am Main.

Grotenhermen, Franjo (1996): Cannabis am Steuer. Ein Betrag zum Thema Führerscheinentzug und Cannabiskonsum, in: Hanf!, Nr. 7, S. 14-15.

Grotenhermen, Franjo/Karus, Michael (1996): Marihuana. Der Stand der Forschung, in: Grinspoon, Lester/ Bakalar, James B. (Hrsg.): Marihuana. Die verbotene Medizin, 8. Auflage, Frankfurt am Main, S. 211-277.

Hai, Hainer/Rippchen, Ronald (1994): Das Hanf-Handbuch, Löhrbach/Solothurn.

Haves, Wolfgang/Schneider, Wolfgang (1994): Risiko Cannabis? Zum Stand sozialwissenschaftlicher Cannabiskonsumforschung, in: drogalkohol, Nr. 2, S. 53-68.

Hug-Beeli, Gustav (1995): Handbuch der Drogenpolitik. Tatsachen, Meinungen, Analysen, Lösungsvorschläge, Bern/Stuttgart/Wien. Institut für Demoskopie (1994): Allensbacher Berichte Nr. 15, Allensbach

Institut für Therapieforschung (IFT) (1993a): Expertise über Schätzverfahren zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland, München.

Institut für Therapieforschung (IFT) (1993b): Expertise zur Liberalisierung des Umgangs mit illegalen Drogen, München. Institut für Therapieforschung (IFT) (1995): Neue Erkenntnisse zur "Expertise zur Liberalisierung des Umgangs mit illegalen Drogen", München.

Institut für Therapieforschung (IFT) (1996): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995. Tabellen für Schleswig-Holstein, München.

**Anmerkung: diese Seite ist unvollständig.**

Knauß, Ina/Erhardt, Elmar (1993): Freigabe von Drogen: Pro und Contra. Literaturanalyse, Sonderband der BKA-Forschungsreihe, Wiesbaden.

Körner, Harald Hans (1994): Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz, München.

Konegen, Norbert (1992): Stand der Cannabis-Forschung. Grundlage zur Ermittlung eines sozialpolitischen und juristischen Handlungsrahmens. Gutachten im Auftrag der Landesregierung NW, Herne.

Kovar, Karl-Artur (1992): Cannabis - was ist das? Zur Pharmakologie und Wirkungsweise, in: Deutsche Apotheker Zeitung, Nr. 43, S. 2302-2305.

Kovar, Karl-Artur/Bühringer, Gerhard (1993): Stellungnahme zur Anfrage des Bundesverfassungsgerichtes, Erster Senat, vom 19.04.1993 an die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Tübingen/München.

Kreuzer, Arthur (1991): Zur Bewertung von Haschisch in der Strafrechtsprechung des Bundesgerichtshofes, in: Deutsche Richterzeitung, 69. Jg., S. 173-176.

Kreuzer, Arthur (1992): Cannabisprohibition verfassungswidrig? Anmerkungen zum Beschluß des Landgerichts Lübeck, in: Sucht, H. 3, S. 201-210.

Kreuzer, Arthur (1993): Stellungnahme zu der Anfrage des Bundesverfassungsgerichts, Erster Senat vom 19.04.1993 an die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Gießen.

Krüger, Hans-Peter (1995): Auftreten und Risiken von Cannabis im Straßenverkehr. Eine epidemiologische Studie, in: Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 41, Bergisch Gladbach, S. 25-39.

Lap, Mario (1995): Frau Antje hat was Neues: Nederweed in Coffeeshops -ein Vorschlag für ein Lizenzsystem, in: Akzept e.V. (Hrsg.): Drogen ohne Grenzen. Entwicklungen und Probleme akzeptierender Drogenpolitik und Drogenhilfe in Europa am Beispiel Deutschland/Niederlande, Berlin, S. 61-69.

Lap, Mario (1996): 'Nederweed1, 'Euoweed': Die Begründung für eine regulierte Produktion, in: Wissenschaftlicher Beirat des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit (Akzept e.V.) (Hrsg.): Wider besseres Wissen. Die Scheinheiligkeit der Drogenpolitik, Bremen, S. 199-205.

Leppin, Anja/Hurrelmann, Klaus/Freitag, Marcus (1994): Schulische Gesundheitsförderung im Kontext von Klassenklima und sozialem Rückhalt durch die Lehrer, in: Zeitschrift für Pädagogik, H. 6, S. 871-889.

Leune, Jost (1994): Illegale Drogen in der Gesellschaft, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '95, S. US-124.

Lohrmann, Horst (1994): Cannabis und Fahrtüchtigkeit. Eine Analyse zu Ausfallerscheinungen bei THC-Blutbefunden des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München, München (Diss.).

Maatz, Kurt Rüdiger/Mille, Lothar (1993): Drogen und Sicherheit des Straßenverkehrs, in: Deutsche Richterzeitung, H. 1, S. 15-25.

Majunke, Cathrin (1992): Das Suchtpotential der Cannabisdrogen, Bonn (Diss.).  
Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit,  
Gemeinwohl und Sport, Ministerium der Justiz, Ministerium des Innern der  
Niederlande (1995): Die niederländische Drogenpolitik. Kontinuität und Wandel,  
Rijswijk.

Möller, Jens/Harten, Rolf/Brandt, Henrik (1992): Suchtmittelmißbrauch bei Ju-  
gendlichen, Kiel.

Nolte, Frank (1996a): Cannabis im Straßenverkehr, in: Wissenschaftlicher Beirat des  
Bundesverbandes für Akzeptierende Drogenarbeit Akzept e.V. (Hrsg.): Wider  
besseres Wissen. Die Scheinheiligkeit der Drogenpolitik, Bremen, S. 127-132.

Nolte, Frank (1996b): Zwischen "Leistungsdroge" und "Amotivationalem Syndrom" -  
Drogenbilder und deren kulturelle Relativität, in: Wissenschaftlicher Beirat des  
Bundesverbandes für Akzeptierende Drogenarbeit Akzept e.V. (Hrsg.): Wider  
besseres Wissen. Die Scheinheiligkeit der Drogenpolitik, Bremen, S. 113-119.

o.A. (1996): Verwaltungsgericht Berlin: Kein Fahrerlaubnisentzug bei gelegentlichem  
Haschischkonsum ohne Bezug zum Straßenverkehr, in: Hanf!, Nr. 7, S. 16.

Quensel, Stephan (1982): Drogenelend. Cannabis, Heroin, Methadon: Für eine neue  
Drogenpolitik, Frankfurt/New York.

Quensel, Stephan (1989a): Wirkungen und Risiken des Cannabisgebrauchs, in:  
Scheerer, Sebastian/Vogt, Irmgard (Hrsg.): Drogen und Drogenpolitik. Ein  
Handbuch, Frankfurt/New York, S. 379-396.

Quensel, Stephan (1989b): Cannabispolitik, in: Scheerer, Sebastian/Vogt, Irmgard  
(Hrsg.): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Frankfurt/New York, S. 396-404.

Rebscher, Erich (1981): Die Entwicklung des Cannabismißbrauchs in der  
Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren aus kriminologischer Sicht, in:  
Feuerlein, Wilhelm (Hrsg.): Cannabis heute. Bestandsaufnahme zum  
Haschischproblem, Wiesbaden, S. 118-124.

Reuband, Karl-Heinz (1987a): Rauschmittelkonsum bei Jugendlichen. Entste-  
hungsbedingungen und Karriereverläufe, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der  
sozialen Arbeit, Nr. 4, 273-285.

Reuband, Karl-Heinz (1987b): Drogenstatistik 1986, in: Jahrbuch '88 zur Frage der  
Suchtgefahren, Hamburg.

Reuband, Karl-Heinz (1992): Drogenkonsum und Drogenpolitik. Deutschland und die  
Niederlande im Vergleich, Opladen.

Reuband, Karl-Heinz (1994): Soziale Determinanten des Drogengebrauchs. Eine  
sozialwissenschaftliche Analyse des Gebrauchs weicher Drogen in der  
Bundesrepublik, Opladen.

Reuband, Karl-Heinz (1995): Drogenkonsum und Drogenpolitik in Westeuropa, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, H. 9, S. 22-31.

Ricklin, F. (1989): Cannabis: harmloses Rauschgift? In: Schweiz. Med. Wschr., Nr. 35, S. 1173-1176.

Rüter, Frits (1991): Drogenbekämpfung mit wenig(er) Strafrecht. Niederländische Erfahrungen der letzten 20 Jahre, in: Böker, Wolfgang/Nelles, Joachim (Hrsg.): Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge, Bern/Stuttgart.

Saveland, Walt/Bray, David F. (1981): Trends in cannabis use among American states with different and changing legal regimes, 1972-77, in: Contemporary Drug Problems, S. 335-361.

Scheerer, Sebastian (1996a): Coffeeshops in Deutschland?, in: Neumeyer, Jürgen (Hrsg.): Cannabis, Gersthofen, S. 160-176.

Scheerer, Sebastian (1996b): Cannabis als Genußmittel?, in: Zeitschrift für Rechtspolitik, H. 5, S. 187-191.

Schleswig-Holsteinischer Landtag (Hrsg.)(1995): Sucht Hilfebericht 1995. Drucksache 13/2586, Kiel.

Schlömer, Hermann (1992): Die Entkriminalisierung des Cannabisgebrauchs. Ein suchtpräventives Risiko oder ein Beitrag zur Suchtprävention?, in: SPD im Deutschen Bundestag: Materialien zur Drogenpolitik. Reader zur Expertenanhörung zum Thema 'Trennung der illegalen Drogenmärkte', Bonn, S. 44-46.

Schneider, Wolfgang (1995a): Coffee-Shops für die Bundesrepublik? Drogen- und präventionspolitische Bemerkungen zur Cannabisdiskussion, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 18, H. 3, S. 47-54.

Schneider, Wolfgang (1995b): Risiko Cannabis? Bedingungen und Auswirkungen eines kontrollierten, sozial-integrierten Gebrauchs von Haschisch und Marihuana, Berlin.

Schneider, Wolfgang (1996): Einstiegsdroge Cannabis?, in: Wissenschaftlicher Beirat des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit (Akzept e.V) (Hrsg.): Wider besseres Wissen. Die Scheinheiligkeit der Drogenpolitik, Bremen, S. 120-126.

Schweizerisches Bundesgericht (1991): Entscheidung vom 29.8.1991 zum Schweizer BtMG Art. 19 Ziff. 2 lit. A (Gefährlichkeit von Haschisch), in: Strafverteidiger, Nr. 1, S. 18-20.

Täschner, Karl-Ludwig (1979): Das Cannabis-Problem, Wiesbaden.

Täschner, Karl-Ludwig (1983): Wirkung und Gefährlichkeit von Haschisch, Nr. 3 der Schriftenreihe "Umfragen. Ergebnisse. Konzeptionen" der Arbeitsgemeinschaft für Gefährdetenhilfe und Jugendschutz in der Erzdiözese Freiburg, Freiburg/im Breisgau.

Täschner, Karl-Ludwig (1986): Das Cannabisproblem. Haschisch und seine Wirkungen, 3. Auflage, Köln.

Täschner, Karl-Ludwig (1989): Haschisch - Für und Wider. Zur Haschischdiskussion in der Bundesrepublik, Frankfurter Schriften Suchtproblem und Schule, Heft 4, Frankfurt/Main.

Täschner, Karl-Ludwig (1993): Probleme der Aussagetüchtigkeit bei Drogenabhängigen, in: Neue Zeitschrift für Strafrecht, H. 7, S. 322-325. Täschner, Karl-Ludwig (1994a): Drogen, Rausch und Sucht, Stuttgart.

Täschner, Karl-Ludwig (1994b): Drogen und Straßenverkehr, in: Deutsche Apotheker Zeitung, Nr. 35, S. 31-39.

Täschner, Karl-Ludwig (1995): Es gibt keine weichen Drogen. Gesundheitliche Gefahren des Drogenkonsums. Sonderdruck aus: Hanns-Seidel-Stiftung (Hrsg.): Politische Studien, Heft 343, September/Okttober.

Täschner, Karl-Ludwig/Frießem, Dieter H. (1989): Verkehrstauglichkeit Rauschgiftkonsumenten unter besonderer Berücksichtigung des Cannabismißbrauchs, in: Suchtgefahren, H. 4, S. 253-262.

Täschner, Karl-Ludwig/Stosberg, Krista/Tossmann, H. P./Kleiner, D./Wiesbeck, G. (1994): Folgen des Cannabiskonsums. Ergebnisse einer Expertenbefragung zu Straßenverkehrsdelikten und "Echopsychosen" (Flash-Back), in: Versicherungsmedizin, H. 1, Sonderdruck.

Thamm, Berndt-Georg (1981): "Sozialer Konsum" von Haschisch? - Eine Jugend- und gesundheitspolitische Herausforderung, in: Feuerlein, Wilhelm (Hrsg.): Cannabis heute. Bestandsaufnahme zum Haschischproblem, Wiesbaden, S. 157-168.

Thamm, Berndt-Georg (1996): Cannabis: Zur politischen Dimension, zum Markt, zur Trennung der Märkte, in: Neumeyer, Jürgen (Hrsg.): Cannabis, Gersthofen.

Thomasius, Rainer (1991): Drogenkonsum und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick zum Forschungsstand, in: Sucht, H. 1, S. 4-19.

Tossmann, Hans-Peter (1994): Cannabiskonsum und Cannabisabhängigkeit, in: Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Cannabis. Cannabiskonsum und Cannabisabhängigkeit, Hamburg, S. 9-26.

Uchtenhagen, Ambras (1982): Zur Frage der Gesundheitsschädlichkeit von Cannabis, in: Burian, Wilhelm/Eisenbach-Stangl, Irmgard (Hrsg.): Haschisch: Prohibition oder Legalisierung. Ursachen und Folgen des Haschisch Verbots, Weinheim/Basel, S. 69-77.

Unger, Thomas (1996): Pharmakologische Bewertung von Cannabis, Kiel (unveröff. Gutachten).

Wolffersdorff-Ehlert, Christian von (1982): Cannabis - die Einstiegsdroge?, in: Burian, Wilhelm/Eisenbach-Stangl, Irmgard (Hrsg.): Haschisch: Prohibition oder Legalisierung. Ursachen und Folgen des Cannabisverbotes, Weinheim und Basel, S. 19-33.

Wolffersdorff-Ehlert, Christian von (1989): Die Cannabis-Szenen, in: Scheerer, Sebastian/Vogt, Irmgard (Hrsg.): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Frankfurt/New York, S. 373- 378.

Zerr, Norbert (1994): Haschisch als Vorreiter?, in: Suchtreport, H. 6, S. IS-18.

Antragsbegründung

**Anhang II:**

**Thomas Unger, pharmakologische Bewertung von Cannabis Thomas Unger,  
pharmakologische Bewertung von Cannabis**

KLINIKUM DER CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT ZU KIEL

INSTITUT FÜR PHARMAKOLOGIE

Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Unger

Institut für Pharmakologie im Klinikum der Universität Kiel o

Hospitalstraße 4.

24105 Kiel

Pharmakologische Bewertung von Cannabis Prof. Dr. med. Thomas Unger 13.  
September 1996

## **Inhaltsverzeichnis**

Chemie/Wirkstoff

Aufnahme, Verteilung, Abbau und Ausscheidung

Nachweis von Cannabis und Cannabisabbauprodukten

Pharmakologische Eigenschaften

Rezeptoren

Lunge und respiratorisches System

kognitive Fähigkeiten

Toleranz und Abhängigkeit

Akut toxische Psychose

Cannabis und Schizophrenie

Chronische Hirnveränderungen

"Amotivationales Syndrom"

Schwangerschaft und Kindsentwicklung

Zusammenfassende Beurteilung

Literaturliste

## **Chemie/Wirkstoff**

Cannabis kann in unterschiedlichen Formen konsumiert werden: als Marihuana, den getrockneten Blättern der weiblichen Pflanze und als Hasch, dem Harz gewonnen aus den Blüten der Pflanze. Cannabis enthält eine Vielzahl unterschiedlicher sogenannter Cannabinoide. Einige der wichtigsten sind -, Cannabinol und die psychisch aktivste Substanz Tetrahydrocannabinol (THC) (Seth R. 1991). THC und andere Cannabinoide sind fettlöslich, während viele der Metabolite eher gut wasserlöslich sind. (Rinaldi 1994)

## **Aufnahme, Verteilung, Abbau und Ausscheidung**

Inhaliertes THC und andere Cannabinoide passieren durch die Lungen schnell in den Blutkreislauf. Bei oraler Einnahme verläuft die Resorption über den Magen-Darm Trakt und unterliegt anschließend durch die Leberpassage einem sogenannten First-Pass-Effekt, der einen Teil des Substanzangebots eliminiert, aber auch teilweise zur Entstehung aktiver Metabolite beiträgt. Anschließend findet eine Umverteilung der Substanzen aus dem Blut in die unterschiedlichen Gewebe statt. Die Blutkonzentration von THC fällt in der ersten halben Stunde nach Rauchen sehr schnell ab, verlangsamt sich aber immer weiter und hat eine Plasmahalbwertszeit von ca. 50 Stunden. Diese Beobachtungen weisen daraufhin, daß sich nach ein bis zwei Stunden ein Gleichgewicht zwischen Gewebe und Blutplasma, eingestellt hat und daß anschließend eine langsame Abgabe aus den Gewebekompartimenten stattfindet. Metabolite des THC können noch bis zu Wochen später im Urin nachgewiesen werden (Rinaldi 1994). THC wird im Körper hauptsächlich durch Hydroxylierung im Blut und im Gewebe abgebaut. Der Abbau ist bei chronischen Benutzern beschleunigt. (Seth 1991)

## **Nachweis von Cannabis und Cannabisabbauprodukten**

Delta-9-THC ist die wichtigste psychoaktive Komponente des Cannabis. Es kommen die unterschiedlichsten Abbauprodukte vor, wobei die wichtigste THC-COOH ist. THC erreicht seine maximale Konzentration schon wenige Minuten nach Rauchen einer Cannabiszigarette, während THC-COOH erst nach 20 Minuten das Maximum erreicht (Gjerde 1991). Die initialen Blutkonzentrationen lassen sich nicht mit den physiologischen Reaktionen korrelieren, da die Substanzen einer Umverteilung in die Gewebe unterliegen (s.o.). Nach ca. einer Stunde hat sich ein Gleichgewicht zwischen den Kompartimenten eingestellt (Cone und Huestis 1993). Zu diesem Zeitpunkt ist die Plasmaverteilung wie folgt: 17% THC, 40% THC-COOH, 25% polare Säuren, und 9% andere hydroxylierte Metabolite (Gjerde 1991).

Es bietet sich an für ein erstes Screening auf die THC-COOH-Konzentration zurückzugreifen. Das EMIT-Verfahren ("Cannabinoid assay of methanolic extracts of blood") für THC-COOH eignet sich bis zu einer minimalen Konzentration von, 50 nM für ein Screening, obwohl in diesem Bereich mit falsch-positiven Ergebnissen gerechnet werden muß. Für gesicherte forensische Zwecke sollte das Blut gezielt auf THC untersucht werden (Gjerde 1991). Für eine exakte Quantifizierung von THC in Körperflüssigkeiten ist nur ein Radioimmunassay (RIA) geeignet, da es die nötige Sensitivität und Selektivität bietet (Vollner, Bienik und Körte 1986).

Anhand von mathematischen Modellen läßt sich, ausgehend von einer einzigen Blutprobe, von der aktuellen Plasmakonzentrationen an THC und dem Verhältnis THC-COOH/THC auf den Zeitpunkt des Konsums zurückrechnen. Die Ergebnisse

liegen innerhalb eines 95% Konfidenzintervalls (Cone und Huestis 1993). Als nicht invasives Verfahren eignet sich auch die Analyse von Speichel: Nicht allein der Schleimhautkontakt der Substanz bei der Passage durch den oberen Gastrointestinaltrakt führt zu positiven Ergebnissen, sondern eine eigene Sekretion aus den Speicheldrüsen (Gross 1985). Der subjektive Eindruck eines "High", gemessen auf einer visuellen Analogscala, korreliert sogar besser mit dem Speichel-THC-Gehalt als mit der Blutkonzentrationen von THC (Menkes 1991).

## **Pharmakologische Eigenschaften**

### *Rezeptoren*

Im Gehirn konnte ein spezifischer Cannabinoidrezeptor gefunden werden. Die höchsten Konzentrationen liegen in Teilen der Basalganglien, des Hippocampus, des Cortex und des Kleinhirns vor (Matsuda et al. 1990). Im Hirnstamm, der die vitalen Funktionen wie Kreislauf und Atmung kontrolliert, liegen nur niedrige Konzentrationen vor, was erklärt, daß keine Todesfälle durch Überdosierung vorkommen (Rinaldi 1994). Es gibt auch eine körpereigene Substanz, Anandamid, die im Gehirn an diesen Rezeptor bindet (Romero et al. 1995). Wenn dieser Rezeptor stimuliert wird kommt es zu Beeinflussungen der unterschiedlichsten Überträgersysteme: So ist z.B. die Genexpression von Neuropeptiden wie Substanz P und Enkephalin erhöht, und im Vorderhirn findet man einen Anstieg von sogenannten Transkriptionsfaktoren, welche zur Steuerung der Gehirnfunktion und zu Veränderungen der Gehirnfeinstruktur beitragen können (Mailleux et al. 1994). Auch ein Wachstumsfaktor, das Pleiotrophin, ist nach Stimulation dieses Rezeptors im Vorderhirn erhöht, was ebenfalls dafür spricht, daß eine Stimulation des Rezeptors zu strukturellen Veränderungen in der Hirnsubstanz führen könnte (Mailleux et al. 1994).

### *Lunge und respiratorisches System*

Cannabis bzw. THC kann die Bronchien erweitern (Seth 1991). Marihuanarauch enthält darüber hinaus schädliche Stoffe, wie man sie auch im Zigarettenrauch findet, u.a. Teer und einige krebserregende Substanzen (Rinaldi 1994). Der akute bronchialerweiternde Effekt wird dadurch auf Dauer aufgehoben und chronische Cannabisraucher müssen, genau wie Zigarettenraucher, mit einer Erhöhung des Atemwiderstands sowie mit einem erhöhten Krebsrisiko rechnen (Rinaldi 1994).

### *Kognitive Fähigkeiten*

Marihuana genaugenau verschlechtert kurzfristig die Leistungsfähigkeit des Kurzzeitgedächtnisses, besonders für Aufgaben, die einer gerichteten Aufmerksamkeit bedürfen. Dieses Ergebnis stimmt gut mit der Vorstellung überein, daß die Gehirnregion, die einen hohen Gehalt an THC- Rezeptoren besitzt, an Gedächtnisleistungen beteiligt ist (Rinaldi 1994). Der Grad der Beeinträchtigung hängt von der inhalierten Menge Cannabis ab. In die gleiche Richtung weisen Ergebnisse, die bei starken Cannabiskonsumenten eine verminderte verbale Ausdrucksfähigkeit und schlechtere mathematische Leistungen aufzeigen (Rinaldi 1994).

Häufig berichtet wird auch von Veränderungen des Zeitgefühls derart, daß Zeitabschnitte stark überschätzt werden (Rinaldi 1994).

Darüberhinaus sind auch Wahrnehmung und psychomotorische Leistungen vermindert: Die Fähigkeit, aus vielen Informationen wichtige herauszufiltern und die Verarbeitungsgeschwindigkeit von Informationen sind vermindert (Solowij et al. 1995). Dadurch kommt es zu einer verlangsamten Reaktionszeit (Wilson et al. 1994) und verminderter Fahrtüchtigkeit, zu der auch noch eine verminderte Koordinationfähigkeit beiträgt (Rinaldi 1994).

Wilson (1994) berichtet, daß viele dieser meßbaren Veränderungen eher mit dem subjektiven "High"-Gefühl korrelieren als mit der aktuellen Plasmakonzentration. Obwohl Cannabis zu diesen beschriebenen Auswirkungen führt, kann bisher keine statistisch eindeutige Aussage über eine erhöhte Unfallgefahr bei alleiniger Cannabiseinnahme gemacht werden. Eindeutig sind die Zusammenhänge jedoch bei gleichzeitigem Nachweis von Cannabis und Alkohol (Rinaldi 1994). Bestätigt wird diese Aussage durch Beobachtungen bei nichtalkoholisierten fahrauffälligen Autofahrern: Zwar war die am häufigsten nachgewiesene Substanz im Blut THC, aber in 82% der Fälle kombiniert mit psychoaktiven Substanzen wie Benzodiazepinen, Amphetaminen und Opiaten (Gjerde und Kinn 1991).

### *Toleranz und Abhängigkeit*

Unter Toleranzentwicklung im pharmakologischen Sinne versteht man die Wirkungsabschwächung einer Substanz unter konstanter Dosierung. Die Toleranzentwicklung, die Cannabis verursachen kann, ist stark abhängig von der Menge und der Häufigkeit des Konsums. Sie ist eher niedrig bei seltener und unregelmäßiger Zufuhr kleiner Dosen, deutlich bei gehäufte und dauerhafter Zufuhr hoher Dosen. Meßbarer Indikator dafür ist die verminderte Herz-Kreislauf-Antwort auf die Substanzzufuhr. Es ist umstritten, ob sich diese Toleranzentstehung auch auf Verhaltens- und psychische Effekte übertragen läßt (Compton 1990).

Körperliche Abhängigkeit kann in einigen Fällen vorkommen, bei denen es sich vorwiegend um sehr starke, chronische Raucher handelt. Die Entzugssymptome sind milder Natur: gesteigerte Irritabilität, Agitiertheit, Schlaflosigkeit und EEG-Veränderungen (Compton 1990 und Rinaldi 1994).

Diese nach langjährigem Genuß hoher Dosen durch Rauchen induzierte leichte Entzugssymptomatik kann nicht eindeutig dem Cannabiskonsum zugeordnet werden, da auch das Rauchen selbst Einfluß auf diese Beobachtung gehabt haben könnte. Als gültiges Tiermodell für die Entwicklung einer Entzugssymptomatik hat sich die Messung der inhibitorischen Aktivität von Tribulin auf die Enzyme MAO A und MAO B, die im Gehirn am Abbau biogener Amine beteiligt sind, herausgestellt. Bei Ratten konnte nach mehrmaliger Behandlung mit Cannabis, im Gegensatz zu Morphin, Nikotin und Benzodiazepinen, keine Anzeichen auf die Entstehung einer Entzugssymptomatik nachgewiesen werden. (Bhattacharya et al.; 1995)

### **Akut toxische Psychose**

Als Folge einer Überdosierung von Cannabis kann es zur Entstehung einer akuten toxischen Psychose kommen. Sie ist gekennzeichnet durch typische Symptome wie Angst, Mißtrauen, Konfusion, Gedächtnisverlust, Depersonalisierung, Realitätsverlust und Halluzinationen (Thomas 1993). Der Zustand ist voll reversibel und endet normalerweise nach Stunden bis zu ein bis zwei Tagen. Bei Inhalation von Cannabis kommt es nur selten zu solchen Überdosierungen, da durch den schnellen

Wirkungseintritt die Substanz gut dosierbar ist. Wahrscheinlicher ist die Entstehung einer Psychose bei oraler Aufnahme, da die Resorption aus dem Magendarmtrakt nicht ohne weiteres unterbrochen werden kann (Thomas 1993).

Da die Psychopathologie dieser Psychose sich nicht von anderen akuten toxischen Psychosen unterscheidet, kann nicht von einer Cannabispsychose als eigenständiges Krankheitsbild gesprochen werden (McGuire et al. 1994).

## **Cannabis und Schizophrenie**

Cannabisgenuß kann bei disponierten Individuen, über einen noch ungeklärten Mechanismus, zur Entstehung einer Psychose wie z.B. Schizophrenie beitragen (McGuire et al. 1995). I

n diesem Sinne wirkt Cannabis hier als Stressor, der letztendlich die Krankheit zum Ausbruch bringt (Linszen et al. 1994)

McGuire et al. (1995) konnten in einer Studie zeigen, daß Schizophreniepatienten, die sich in der Vergangenheit Cannabis zugeführt hatten, eine erhöhte familiäre Morbidität für diese Krankheit aufwiesen im Vergleich zu einer drogenfreien Kontrollgruppe. Diese Patienten scheinen eine höhere genetische Disposition für die Krankheit zu besitzen als die Durchschnittsbevölkerung. Als mögliche Erklärung für den gesteigerten Cannabiskonsum dieser Gruppe wurde diskutiert, daß unterschiedliche Drogen als "Selbstmedikationsversuch" der Patienten gelten könnten, um erste Symptome zu bekämpfen. (Thomas H. 1991 und Linszen et al. 1994) Dafür spricht auch, daß andere Substanzen wie Alkohol und Amphetamine vermehrt konsumiert werden (Baigen et al. 1995). Allerdings wurde von keiner subjektiven Besserung der Krankheitssymptome durch Cannabis berichtet.

Auch der Verlauf der Schizophrenie bei cannabiskonsumierenden Patienten unterscheidet sich deutlich von Nichtbenutzern: Die Rückfallrate ist deutlich höher und der Zeitpunkt des Rückfalls tritt früher ein (DeQuardo et al. 1994). Weiterhin fällt auf, daß diese Patienten eine unregelmäßigere Medikamenteneinnahme aufweisen als Patienten ohne Cannabiskonsum (De Quardo et al. 1994). Ein anderer Grund für den früheren Rückfall könnte sein, daß Cannabis mit dem Wirkmechanismus der gegen die Krankheit eingesetzten Neuroleptika interagieren könnte. Diese Hypothese ist allerdings weder klinisch noch experimentell ausreichend bestätigt worden (Linszen et al. 1994). Wie schon bei der Entstehung der Krankheit kann die Frage nicht abschließend beantwortet werden, ob Cannabis als Stressor zum Rückfall führt, oder ob Patienten mit schlechterer Prognose mehr Cannabis konsumieren (Martinez-Arevalo et al. 1994).

## **Chronische Hirnveränderungen**

Bei der Beurteilung möglicher chronischer Wirkungen von Cannabis auf das Gehirn muß unterschieden werden zwischen:

- a) erfaßbaren Veränderungen der Hirnsubstanz und
- b) nachhaltiger Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten.

Personen, die mehrere Jahre starke Cannabiskonsumanten waren, wurden mittels Computertomographie auf morphologische Veränderungen des Gehirns untersucht. Besondere Beachtung fanden Erweiterungen des Ventrikelsystems im Hirn, über die man auf eine Verminderung der Hirnsubstanz schließen kann. Die Ergebnisse bei Cannabiskonsumanten unterschieden sich in dieser Untersuchung nicht von denen

einer gleichaltrigen Kontrollgruppe (Co et al. 1977), was auch von Kuehnle et al. (1977) in einer anderen Untersuchung bestätigt wurde.

Weniger eindeutig sind Studien, die Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten nach chronischem Cannabiskonsum untersucht haben: Hierbei spielen auch methodologische Probleme eine Rolle, da abgegrenzt werden muß zwischen einerseits Effekten, die durch eine noch nicht vollständig abgelaufene Elimination der Substanz aus allen Körperkompartimenten entstehen und andererseits Folgen nach vollständigem Verlassen der Substanz aus dem Körper (Pope et al. 1995). Der Zeitpunkt der vollständigen Elimination ist nur schwer bestimmbar bei Personen, die über Jahre Cannabis konsumierten, da eine Anreicherung im Gewebe stattfindet und die Substanz und ihre Abbauprodukte unter diesen Umständen nur sehr verzögert ausgeschieden wird (Pope et al. 1995).

Als weitere Fehlerquellen in der Beurteilung kommen sowohl Unterschiede in der prä-morbiden Persönlichkeitsstruktur der Benutzer im Vergleich zu Nichtbenutzern in Betracht, als auch milieubedingte Wert- und Leistungsvorstellungen (Pope et al. 1995).

Gesicherte Aussagen über eine längerfristige kognitive Beeinträchtigung lassen sich daher nur über einen kurzen Zeitraum machen, in dem davon ausgegangen werden kann, daß die Elimination noch nicht abgeschlossen ist.

In diesem Bereich von 12-24 Stunden nach Einnahme betreffen die Beeinträchtigungen hauptsächlich Leistungen des Kurzzeitgedächtnisses und der gerichteten Vigilanz. Die Ergebnisse waren allerdings nicht prominent und die Bewältigung normaler täglicher Aufgaben war in diesem Zeitraum nicht beeinträchtigt (Pope et al. 1995). Studien, die darüberhinaus länger dauernde Wirkungen nach vollständiger Elimination von Cannabis aus dem Körper untersuchten, führten zu unterschiedlichsten Ergebnissen. Bleibende Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten können anhand der vorliegenden Literatur nicht als bewiesen gelten (Pope et al. 1995).

## **Amotivationales Syndrom**

Immer wieder diskutiert wird das Vorhandensein eines sogenannten "amotivationalen Syndroms" als Folge von Cannabiskonsum.

Musty und Kaback (1995) untersuchten eine zufällig ausgewählte Gruppe von Studenten nach Cannabiskonsum und Auftreten depressiver Symptome im letzten Jahr und testeten sie auf "Motivation, Manageability and Meaningfulness of Life".

Personen, die durch vermehrte depressive Symptome auffielen, schnitten gleichzeitig in den Tests schlechter ab. Die Studenten wurden anschließend in Gruppen aufgeteilt, die sich in Stärke des bzw. Abstinenz vom Cannabiskonsum unterschieden. In jeder Gruppe fanden sich einige Personen mit depressiver Persönlichkeitsstruktur wieder. Ein Zusammenhang mit dem vorhergehenden Cannabiskonsum konnte nicht hergestellt werden. Daraus läßt sich schließen, daß das "amotivationale Syndrom" eher mit der Persönlichkeitsstruktur der Personen assoziiert ist, als mit dem Konsum von Marihuana (Musty und Kaback 1995).

Auch Wert und Raulin (1986) kommen in einer Analyse unterschiedlichster Studien zu dem Ergebnis, daß Cannabiskonsumenten keine neurologischen und keine psychologischen Auffälligkeiten gegenüber der Normalbevölkerung aufweisen. In die gleiche Richtung deuten auch Erkenntnisse bei schizophrenen Patienten. Im Prodromalstadium und im Verlauf der Erkrankung kommt es zu sogenannten negativen Symptomen wie Indifferenz, Desinteresse und Verlust an Lebensfreude. Cannabiskonsumierende Patienten unterschieden sich in diesem Bereich, der

durchaus als "amotivationales Syndrom" beschrieben werden könnte, nicht von anderen Patienten (Linszenetal.1994).

## **Schwangerschaft und Kindsentwicklung**

Bei der Bewertung der Auswirkungen von Cannabiskonsum während der Schwangerschaft muß einerseits unterschieden werden zwischen Beeinflussung der Schwangerschaft an sich und des Kindes zum Geburtstermin und andererseits etwaigen Veränderungen der nachgeburtlichen Kindsentwicklung, die auf mütterlichen Cannabiskonsum zurückzuführen sind.

Um die Effekte bezüglich des Schwangerschaftsverlaufs zu bewerten, wurden die Frühgeburtsrate, das Geburtsgewicht des Kindes und Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft wie vorzeitige Placentalösung untersucht. Es konnten keine Auffälligkeiten gegenüber der Kontrollgruppe festgestellt werden, obwohl die Mütter teilweise starke Cannabiskonsumtinnen waren ( Shiono et al. 1995). In einer Studie von Zuckermann et al. (1989) fiel ein vermindertes Geburtsgewicht der Kinder cannabiskonsumierender Mütter auf. Die Autoren machen dafür eine höhere Konzentration an Kohlenmonoxyd im Blut verantwortlich, die wie bei zigarettenrauchenden Müttern, zu einer schlechteren Sauerstoffversorgung des Fetus führt. Zu berücksichtigen ist allerdings, daß der tägliche Genuß von Cannabis im Allgemeinen nicht die Frequenz des Zigarettenrauchens annimmt (Zuckermann et al. 1989).

Darüberhinaus gibt es keinen Zusammenhang zwischen pränataler Cannabis-exposition und gehäufte Mißbildungsrate (Behnke und Eyler 1993). Die nachgeburtliche Kindsentwicklung wurde von Fried (1995) über neun Jahre in Hinblick auf Abweichungen der intellektuellen Fähigkeiten getestet: Im Kindesalter von ein bis drei Jahren und ab dem sechsten Lebensjahr fielen die Kinder cannabiskonsumierender Mütter nicht gegenüber ihrer gleichaltrigen Vergleichsgruppe auf. Abweichungen im Bereich von vier bis fünf Jahren konnten nach Berücksichtigung weiterer beeinflussender Parameter, wie z.B. das Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt, nicht aufrechterhalten werden.

## **Zusammenfassende Beurteilung**

Cannabis beinhaltet unterschiedliche psychoaktive Substanzen, wovon die wichtigste Tetrahydrocannabinol ist. THC und seine Abbauprodukte lassen sich laborchemisch in Körperflüssigkeiten nachweisen. Serum und Speichel sind dafür geeignet, eine vorhergehende Cannabiszufuhr zu beweisen. Die Nachweismöglichkeiten sind genügend zuverlässig, um forensisch z.B. auf eine eingeschränkte Fahrtüchtigkeit schließen zu können.

Die Pharmakologie von Cannabis, besonders die Rezeptorverteilung im Gehirn und die Beeinflussung neuronaler Überträgerstoffe, läßt nicht ausschließen, daß es zu dauerhaften Funktionsveränderungen und zu einem Umbau der Feinstruktur des Gehirns kommen könnte. Hierbei ist allerdings zu bedenken, daß ähnliche Veränderungen von Überträgerstoffen im Gehirn auch nach Applikation vieler anderer Substanzen sowie auf unspezifische Reize hin beobachtet worden sind. Eine spezifische Aussage zu Cannabis läßt die vorliegende Literatur in diesem Bereich nicht zu.

Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten nach Cannabiskonsum, besonders der Leistungen des Kurzzeitgedächtnisses, lassen sich gut in Zusammenhang bringen mit der Verteilung von Cannabinoidrezeptoren im Gehirn. Diese

Einschränkungen sind allerdings nur als akute Wirkung und in mittlerer Dauer bei noch nicht vollständig abgelaufener Elimination aus dem Körper nachweisbar. Da das Ausmaß dieser kognitiven Einschränkungen interindividuell stark variiert, sollte auf anspruchsvolle motorische und geistige Leistungen, wie z.B. das Führen eines Fahrzeugs, im akuten Rausch verzichtet werden. Darüberhinaus läßt sich kein Korrelat etwaiger Gehirnstrukturveränderungen zu Verhalten oder zu kognitiven Leistungen finden, wie z.B. die bekannte Kleinhirnatrophie beim Alkoholiker, die zu dauerhafter Beeinträchtigung der Motorik führt. Das Abhängigkeitspotential von Cannabis ist als gering einzustufen, wobei jedoch Unterschiede zwischen sporadischem Genuß und chronischem Abusus festzustellen sind.

Obwohl die therapeutische Breite von Cannabis sehr groß ist und keine lebensbedrohliche Beeinflussung der vitalen Funktionen von Kreislauf und Atmung vorkommt, kann sich durch Überdosierung eine akute toxische Psychose entwickeln, die sich aber unter Betreuung und Beruhigung von selbst spätestens nach zwei Tagen vollständig wieder zurückbildet.

Der Cannabisgenuß stellt allerdings für Individuen, die eine Prädisposition zur Entwicklung einer Psychose haben, eine Gefährdung dar. Cannabis kann hier sowohl zum Ausbruch der Krankheit beitragen, als auch den Verlauf und die Prognose nachhaltig negativ beeinflussen. Der eingeschränkte Personenkreis, für den diese Gefährdung zutrifft und der bereits Erfahrungen mit dieser Krankheit hat, sollte vollständige Abstinenz von Cannabis wahren.

Eine der größten Befürchtungen, die bisher in der Diskussion um Cannabis aufgetreten ist, stellt die Entstehung eines sogenannten "amotivationalen Syndroms" dar, das Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit stark reduzieren soll. Die aktuelle Literatur gibt jedoch keine Hinweise auf die Existenz eines solchen Syndroms. Cannabisgenuß ist heute meist noch an ein Milieu bzw. an eine eigene Kultur gekoppelt, die von sich aus schon allgemeine gesellschaftliche Vorstellungen von Leistung in Frage stellt. Folglich können diese Veränderungen nicht ohne weiteres mit dem Genuß von Cannabis in Zusammenhang gebracht werden. Sicherlich muß auch hier wieder unterschieden werden zwischen gelegentlichem Genuß und dauerhaftem Abusus, der u.a. durch oben beschriebene kognitive Einschränkungen zu einer Leistungsminderung führt.

Gesicherte Schäden lassen sich nach chronischer inhalativer Applikation für das respiratorische System aufweisen. Wie auch Zigarettenrauchen kann Cannabisrauchen bei Dauerkonsum zu schwerwiegenden Schäden des Lungen- und Bronchialsystems führen, die von Verengungen der Atemwege bis zur Entstehung von Krebs reichen können. Diese Schäden sind allerdings nicht den pharmakologischen Eigenschaften des Cannabis selbst, sondern vor allem der Applikationsart, d.h. den Rauchbestandteilen zuzuordnen.

Cannabisgenuß in der Schwangerschaft scheint keine nachhaltigen Beeinträchtigungen von Schwangerschaftsverlauf und Kindsentwicklung aufzuweisen. Allerdings weist die beobachtete Reduzierung des Geburtsgewichts der Kinder cannabiskonsumierender Mütter in einer Studie daraufhin, daß die Sauerstoffversorgung des Fetus durch die Belastung der Mutter mit Kohlenmonoxyd infolge des Rauchens eingeschränkt wird. Es sollte im eigenen

Verantwortungsbereich der Mutter liegen, ob sie zum Wohle ihres Kindes auf Genußgifte wie Alkohol, Nikotin und sicherlich auch Cannabis verzichtet.

Somit läßt sich abschließend sagen, daß nach aktuellem Wissensstand der Genuß von Cannabis keinesfalls schwerwiegendere körperliche und psychische Schäden bewirkt als hierzulande akzeptierte Genußmittel wie Alkohol und Nikotin. Im

Gegenteil, die vorliegenden Daten zeigen ein geringeres Gefährdungspotential nach Abusus, sowohl im Bezug auf Abhängigkeit, als auch auf körperliche und psychische Dauerschäden. Nicht zu vernachlässigen sind dabei jedoch zwei Tatsachen, die auch für Cannabis ein Gefährdungspotential darstellen: der akute Rausch, der die kognitiven Fähigkeiten stark beeinträchtigt, und die Lungenschädigung nach chronischem Konsum, die durch die häufigste Applikationsart, das Rauchen, entstehen kann.

## Literatur

### Übersichten

Behnke M. and Eyer F.D.. The consequences of prenatal substance use for the developing fetus, newborn, and young child. *The International Journal of the Addictions* 1993; 28:1341-1391

Compton D., Dewey W., Martin B.. Cannabis dependence and tolerance production. *Adv. Alcohol Substance Abuse* 1990; 9:129-147

Kintz et al.. Detection of drugs in human hair for clinical and forensic applications. *Int. Journal of Legal Medicine* 1992; 105:1-4

Martin B. et al.. International Cannabis Research Society Meeting Summary. *Drug and Alcohol Dependence* 1993; 31:219-227)

Rinaldi L., Marijuana: A research overview. *Alaska Medicine* 1994; 36:107-113

Seth R.. Chemistry and pharmacology of cannabis. *Progression in Drug Research* 1991; "36:71-115

Thomas H.. Psychiatric Symptoms in cannabis users. *British J. of Psychiatry* 1993; 163:HI-49

Vollner L., Bienik D. and Körte F.. Review of analytical methods for identification and quantification of cannabis products. *Regulatory Toxicology and Pharmacology* 1986; 6:348-358

### Originalarbeiten

Baigent et al.. Self reports of interaction between substance abuse and schizophrenia. *The Australian and New Zealand J. of Psychiatry* 1995; 29:69-74

Bhattacharya et al.. Rat brain monoamine oxidase A and B inhibitory activity during drug withdrawal anxiety. *Neuroscience Letters* 1995; 199:103-106

Cabral G.. Chronic Marijuana smoke alters alveolar macrophage morphology and protein expression. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 1991; 40:643-649

Chait LD, Perry JL. Acute and residual effects of alcohol and marijuana, alone and in combination, on mood and performance. *Psychopharmacology* 1992; 115:340- 349

Co et al.. Absence of cerebral atrophy in chronic cannabis users. *J. of American Medical Association* 1977; 237:1229-1230

Cone EJ., Huestis MA. Relating blood concentrations of tetrahydrocannabinol and metabolites to pharmacologic effects and time of marijuana usage. *Therapeutic Drug Monitoring* 1993; 15:527-32

- DeQuardo et al.. Patterns of substance abuse in schizophrenia: nature and significance. *J. of Psychiatry Research* 1994; 28
- Fried P.A.. In utero marijuana-effects on offspring. *Life Science* 1995; 56:2159-66
- Gjerde H.. Screening for Cannabinoids in blood using EMIT. *Forensic Science International* 1991; 50:121-124.
- Gjerde H. and Kinn G.. Impairment in drivers due to cannabis in combination with other drugs. *Forensic Science International* 1991; 50:57-60
- Gross et al.. Detection of cannabis use by saliva delta 9- THC radioimmunoassay. *Journal of analytical toxicology* 1985; 9:1-5
- Jenkins et al.. Validity testing of the EZ-SCREEN cannabinoid test. *Journal of analytical Toxicology* 1993; 17:292-8)
- Kuehnle et al.. Computed tomographic examination of heavy marijuana smokers. *J. of American Medical Association* 1977; 237:1231-1232
- Linszen et al. Cannabis abuse and the course of recent-onset Schizophrenia disorders, *Archives of General Psychiatry* 1994; 51:273-79
- Mailleux P. et al.. Delta-9-THC regulates gene expression of the growth factor pleiotrophin in the forebrain. *Neuroscience Letters* 1994; 175:25-27
- Mailleux P. et al.. Activation of multiple transcription factor genes by THC in rat forebrain. *NeuroReport* 1994; 5:1265-1268
- Martinez-Arevalo et al.. Cannabis Consumption as a prognostic factor in schizophrenia. *British J. of Psychiatry* 1994; 164:679-81
- McGuire et al.. Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis-associated psychosis. *Schizophrenia Research* 1995; 15:277-81
- McGuire et al.. Cannabis and acute psychosis. *Schizophrenia research* 1994; 13:161-7
- Menkes et al.. Salivary THC following cannabis smoking correlates with subjective intoxication and heart rate. *Psychopharmacology* 1991; 103:277-279
- Musty RE, Kaback L. Relationships between motivation and depression in chronic marijuana users. *Life Sciences* 1995; 56:2151-2158
- Peralta v. and Cuesta M.J.. Influence of cannabis abuse on Schizophrenia psychopathology. *Acta psychiatrica scandinavica* 1992; 85:127-130
- Pope HG, Gruber AJ, Yurgelun- Todd D. The residual neuropsychological effects of cannabis: the current Status of research. *Drug and Alcohol Dependence* 1995;38:25-34
- Romero J. et al.. Changes in rat brain cannabinoid binding sites after acute or chronic exposure to their endogenous agonist, Anandamide, or to Delta-9-THC. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 1995; 51: 731-737

Shiono et al. The impact of cocaine and marijuana use on low birth weight and preterm birth. *Am. J. of Obstetrics and Gynecology* 1995; 172:19-27

Solowij N. et al.. Differential impairments of selective attention due to frequency and duration of cannabis use. *Society of Biological Psychiatry* 1995; 37:731-739

Thomas H.. Cannabis and the present state examination. *British J. of Psychiatry, Letter*, 1991; 162:271-72

Wert R. and Raulin M.. The chronic cerebral effects of cannabis use. *The International J. of Addiction* 1986; 21:629-642

Wilson W. et al.. Effects of marijuana on performance of a computerized cognitive-neuromotor test battery. *Psychiatry Research* 1994; 51:115-125

Zuckermann et al.. Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. *New England J. of Medicine* 1989; 320:762-67