

## Vorbemerkung

Die folgende Zusammenfassung beruht auf aktuellen Veröffentlichungen und Stellungnahmen von anerkannten Experten der Forschungseinrichtungen mit dem Schwerpunkt der Suchtmedizin sowie Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters in Deutschland. Deren detaillierte Darstellung ist im Anhang beigefügt.

## Die Ausgangslage

Gegenstand: Hintergrund ist der Entwurf eines Cannabis-Kontrollgesetzes, welches von der Fraktion Die Grünen/Bündnis 90 in den Bundestag eingebracht wurde. Dabei geht es um eine Entkriminalisierung des Konsums für Erwachsene und verbesserten Jugendschutz. Der Entwurf schlägt einen kontrollierten Verkauf von Cannabis in Fachgeschäften mit geschultem Personal vor. Weitere Einschränkungen sind konkrete Mengen und Werbeverbote. Den Kindern und Jugendlichen ist der Kauf und Besitz von Cannabis nach diesem Vorschlag strikt verboten. Die Diskussion darum wird derzeit medial sehr intensiv und in der Fachwelt kontrovers geführt.

## Die Fragestellung

Für die Verantwortungsträger im Landkreis Karlsruhe, für die Fachkräfte in Jugendschutz und Suchtvorbeugung und die mit der Kinder- und Jugendarbeit befassten Personen, ist die Beantwortung folgender Fragen wichtig:

1. Welche Konsequenzen hat eine Entkriminalisierung des THC-Substanzkonsums für die psychosoziale Entwicklung Minderjähriger?
2. Mit welchen Effekten ist bei einer Freigabe von Cannabis (ab 18 Jahren) entsprechend dem o. g. Entwurf auf die Abhängigkeitserkrankungen und deren Vorbeugung zu rechnen?
3. Welche direkten und indirekten finanziellen und personellen Auswirkungen, bezogen auf Suchthilfe und Suchtvorbeugung im Landkreis Karlsruhe, könnten damit verbunden sein?

## Die Faktenlage

Die Aussage: „Cannabis konsumiert doch jeder“, lässt sich für Europa und Deutschland nicht belegen (*Dr. Huth, Zentralinstitut Mannheim*). In Deutschland konsumiert etwa 1 % der Erwachsenen Cannabis täglich oder nahezu täglich, mindestens 1 x pro Jahr sind es etwa ca. 4,5 % aller Erwachsenen. Die Lebenszeitprävalenz (*einmal im Leben probiert*) liegt bei jungen Erwachsenen (Altersgruppe 15 - 34 Jahre) europaweit zwischen 1% und 45 %; Mitteleuropa 32,2 %.

Ein täglicher oder nahezu täglicher Konsum von Cannabis wird als Konsum von mindestens 20 Tagen im Monat definiert. Für Europa gilt, dass zwischen 0,05 % bis 2,6 % *der Erwachsenen* (Altersgruppe 15 - 64 Jahre) die Droge auf diese Art und Weise konsumiert. In Deutschland sind es 1 % (*Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2015*). In der deutschen Allgemeinbevölkerung erfüllt 1 % der Erwachsenen die DSM-IV-Kriterien eines Cannabismissbrauchs (0,5 %) oder einer Cannabisabhängigkeit (0,5 %). (*Papst, Kraus, Gomes de Matos; Sucht 2013*)

## Cannabis ist heute eine ganz andere Droge

Während sich in den zurückliegenden 20 Jahren der Wirkstoffgehalt vervielfacht hat, sind die Preise auf dem Schwarzmarkt nur moderat gestiegen. Gemessen an der Steigerung des Wirkstoffgehaltes liegt faktisch ein Preisverfall von 50 - 70 % in den letzten 20 Jahren vor. (1 Gramm ca. 10 €).

## Führt Cannabiskonsum zu kognitiven Einbußen?

Beim Merken, Lernen, Einschätzen, Konzentrieren sind kognitive Einbußen erwiesen, diese verschwinden indes nach 24 Stunden. Allerdings liefert eine Neuseeländische Langzeitstudie Hinweise für einen ungünstigen Einfluss des regelmäßigen Cannabiskonsums im Jugendalter auf die spätere Intelligenzleistung (*Evidenzgrad 1 b*). „Personen, die schon vor ihrer Volljährigkeit regelmäßig Cannabis gebrauchten, hatten im Alter von 38 Jahren einen um 8 Punkte niedrigeren Intelligenzquotient als im Alter von 13 Jahren.“ (*Quelle: Ärzteblatt 2015; die Studie umfasst rd. 1000 Personen*)

Langjährige Cannabis-Missbraucher bzw. cannabisabhängige Konsumenten und erfahrene Suchttherapeuten berichten übereinstimmend, dass der langjährige Konsum sehr häufig zu Antriebsarmut, Konzentrations-, Lern- und Merkfähigkeitsstörungen führt. Diese von außen beobachtbaren Veränderungen entsprechen Strukturveränderungen im Gehirn. Nach Absetzen des Konsums sind hier zwar positive Entwicklungen registrierbar, allerdings wird die *ursprüngliche* Leistungsfähigkeit *nicht* wiederhergestellt.

Abhängiger und missbräuchlicher Konsum von Alkohol führt im Durchschnitt im Alter von 40 Jahren zur Behandlungsbedürftigkeit, bei abhängigem oder missbräuchlichem Konsum von Cannabis ist das Durchschnittsalter der Behandlung bereits mit 25 gegeben. Daraus kann man die Schlussfolgerung ziehen, dass das Gefährdungs- und Krankheitspotenzial der Droge Cannabis höher ist als der von Alkohol. (*Dr. Huth, Zentralinstitut Mannheim*)

## Macht Cannabis abhängig?

Abhängigkeit von Cannabis ist in der internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD 10 unter F 12. 2 Abhängigkeit definiert. Ca. 9 - 10 % aller Konsumenten entwickeln eine Abhängigkeit. Bei Beginn in der Adoleszenzphase sind es 17 %. (*Quelle: ZI Mannheim; Thomasius Uniklinik Eppendorf, s. Anlagen*) Aus neurobiologischer Sicht sind vor allem Jugendliche im Alter von 13 - 15 Jahren gefährdet. In diesem Alter laufen im Gehirn erhebliche Umbauprozesse ab, die wichtig für die Filterfunktion des Gehirns sind. (*Rommelsbacher, Charité Berlin*)

## Psychische Probleme durch Cannabis?

Signifikant für Cannabiskonsumern ist

- eine erhöhte Abbruchquote bei Schule und Ausbildung
- ein verringertes Bildungsniveau
- erhöhte Erwerbslosigkeit
- häufige Fehltage in Beruf und Arbeit
- verminderter Antrieb für Alltagsaktivitäten
- häufigere familiäre Konflikte (*Hoch et al 7.2015*)

Cannabiskonsum kann eine Psychose, z.B. eine Schizophrenie, auslösen. (*Meta-Analyse: Moore et al 2007*)

## Ist THC-Abhängigkeit behandelbar?

Cannabis ist Hauptdiagnose für Therapien aller *illegalen* Drogen. Für Deutschland: Alkohol 56 %, gefolgt von 11 % Cannabis. Von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenabhängigkeit, EBDD, wird sie mit einer Erfolgsrate von 30 % angegeben. Bei einer positiv selektierten Klientel kann diese 50 - 60% betragen. Problematisch erweist sich in der Regel die Komorbidität (Psychosen etc.) der Cannabisabhängigkeit.

## Wie ist die rechtliche Situation in Europa

Die westlichen Staaten, einschließlich Europa, sind hinsichtlich Betäubungsmittel an internationale Konventionen gebunden. Eine Legalisierung von Cannabis einzelner Staaten ist so direkt nicht möglich. Beim Strafmaß und dem Umgang ist den einzelnen Ländern Spielraum gegeben. (R. Simon, EBDD)

Beispiel Schweiz: Nach einer Gesetzesrevision werden in der Schweiz geringe Mengen und der Konsum zwar nur als Ordnungswidrigkeit mit 100 Franken bestraft, doch die Weitergabe und auch der Anbau von ein paar Pflanzen sind genauso verboten wie in Deutschland; auch Hanfsamen sind nicht mehr frei handelbar.

Beispiel Holland: Aktuell gibt es in den Niederlanden nur noch ca. die Hälfte der ursprünglichen „Coffeeshops“. Ob diese eingerichtet werden oder nicht, ist zwischenzeitlich eine lokale Entscheidung. Die Tendenz ist weiterhin sinkend. Die Öffnungszeiten sind begrenzt, die Abgabe erfolgt erst ab 21 Jahren an Inländer gegen Vorlage des Ausweises. Die Verfügbarkeit von Cannabis hat auf dem Gebrauch und somit auf die Abhängigkeiten nachweislich Auswirkung. (s. *Thomasius; Anlage*)

## Wie ist die Rechtslage in Deutschland

Bundesweit hat sich die *6 Gramm-Grenze* durchgesetzt. Damit verbunden ist in der Regel die folgenlose Einstellung eines BtmG-Verstoßes wegen Cannabis. Diese *6 Gramm-Grenze* gilt in den meisten Bundesländern. Mit Ausnahme von Berlin: Im Land Berlin *muss* bis 10 Gramm folgenlos eingestellt werden. In Nordrhein-Westfalen *kann* bis 10 Gramm folgenlos eingestellt werden.

Es wird bezweifelt, dass durch einen Verzicht auf Strafbarkeit umfänglich Arbeit für die Staatsanwaltschaft eingespart wird, denn es müssten weiterhin die Delikte bei Minderjährigen, die Einhaltung der dazu notwendigen Regelungen und deren Übertretung überwacht und geahndet werden. (*Thomas Scheck, Erster Staatsanwalt Stuttgart*)

Während vor 20 Jahren weit über 60 % aller Cannabisabhängigen, die sich in stationäre Rehabilitation befanden, unter Justizdruck antraten, sind es heute nur noch rund 20 %. Juristische Sanktionen haben bei der Behandlung von Cannabisabhängigkeiten zunehmend eine nachrangige Bedeutung

## Konsummuster

Wer kiff, der raucht. Rund 90 % des Cannabiskonsums findet über das Rauchen statt. Es ist darüber gut dosierbar. Ähnlich gut steuerbar ist ein Vaporisator (Verdampfer) oder Spray, was über die Rachen- und Mundschleimhaut aufgenommen wird. Das Backen in Lebensmittel (Kekse) gilt als sehr bedenklich wegen Dosierungsproblemen und erheblichen Nebenwirkungen. Rauchen von Cannabis erhöht nachweislich das karzinogene Risiko.

## Jugendschutz

Es ist auch unter den Befürwortern der Freigabe von Cannabis unbestritten, dass Jugendliche vor dem Konsum dieser Substanz geschützt werden müssen. Bei einer Freigabe ab 18 Jahren wird die Verfügbarkeit wesentlich zunehmen. Es wird Jugendlichen nicht einsichtig sein, dass über 18-Jährige konsumieren dürfen und unter 18-Jährige nicht. Der Druck auf Jugendliche, es zu konsumieren, wird ganz wesentlich ansteigen. Bereits beim Alkohol haben wir die Erfahrung gemacht, dass der Jugendschutz nicht ausreichend ernst genommen wird. Die meisten Jugendlichen, die heute mit einer Alkohol-Intoxikation auffallen, haben den Alkohol aus dem Vorrat ihrer Eltern. Insofern wird eine Freigabe von Cannabis für Personen über 18 Jahren eine wesentliche Konsumsteigerung bei Jugendlichen bewirken.

## Abhängigkeit und Behandlungsbedarf - ICD-10; F12.2

Die Kosten der suchtbedingten Erkrankungen werden für die Industrieländer bei den 15 - 29-Jährigen auf etwa 25 % aller erstehenden Krankheitskosten dieser Altersgruppe geschätzt. Bei den Cannabiskonsumenten sind ca. 10 % suchtfährdet. In der deutschen Allgemeinbevölkerung erfüllen (*bisher nur*) 1 % der Erwachsenen die ICD-10; F12.2 Kriterien eines Cannabismissbrauchs (0,5 %) oder einer Cannabisabhängigkeit (0,5 %). Die Prävalenz des täglichen Cannabiskonsums (*15 - 34 Jahre*) beträgt in Deutschland ca. 1% aller Erwachsenen, ca. 600.000 Menschen im Jahr. (*Thomasius et al 2009*).

## Therapiekosten

Die Dauer einer Entwöhnungsbehandlung beträgt: 12 - 16 Wochen bei einer Alkoholabhängigkeit. Bei Drogenabhängigkeit 20 - 26 Wochen. Drogenabhängige absolvieren darüber hinaus häufig eine 12- bis 16-wöchige Adaptionsphase zur sozialen und beruflichen Reintegration.

Nach aktuellen Schätzungen durch die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg entstehen dadurch durchschnittlich ca. 45.000 Euro an unmittelbaren Therapiekosten. Die Behandlung assoziierter Erkrankungen und andere Kosten für die psychosoziale Beratung, hausärztliche Behandlung, Fehlzeiten und Ausfällen von Beiträgen und Steuern, betriebliche Kosten etc. sind nicht mit eingerechnet.

Bei einer Abhängigkeitsquote von 0,5 % beträfe dies, bezogen auf den Landkreis Karlsruhe, ca. 2.200 Personen. Unter Berücksichtigung des Stadt- Landgefälles sind dies im ländlichen Raum ca. die Hälfte (*Schulbus Regionalstudie 2012*) also geschätzte 1.100 Personen im Kreisgebiet, die derzeit abhängig und therapiebedürftig sind. Würde der Therapieanspruch zum Tragen kommen, besteht potenziell schon heute ein reiner Behandlungsbedarf in Höhe von 49.500.000 €

Diese Aufwendungen werden auf verschiedene Kostenträger verteilt - auch auf den Kreishaushalt. Indirekt sind es jedoch Kosten, die von der Gemeinschaft zusätzlich und dauerhaft aufzubringen sind.

## Schlussfolgerungen

1. Eine wesentliche Schlussfolgerung besteht darin, dass Cannabis keine harmlose Substanz ist. Cannabiskonsum birgt zweifelsfrei massive gesundheitliche und soziale Risiken.
2. Dem aktuellen Forschungsstand zufolge ist bei einer Entkriminalisierung von Cannabis eindeutig mit negativen Kurz- und Langzeitfolgen auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu rechnen.
3. Die Entkriminalisierung ab 18 Jahren würde suggerieren, dass diese Droge doch nicht gefährlich ist - der Konsumdruck auf die *unter* 18-Jährigen würde anwachsen. Die Prävalenz und Inzidenz würde ansteigen.
4. Noch ist der gewohnheitsmäßige Gebrauch von Cannabis in Deutschland vergleichsweise gering. Eine Angleichung an das Alkoholniveau wäre kaum zu stemmen. Ein Zuwachs an behandlungsbedürftigen Cannabiskonsumern um 1 % der Gesamtbevölkerung würde die Rehabilitationskosten und die Kosten für den Landkreis Karlsruhe verdoppeln.
5. Im Landkreis Karlsruhe leben seit 2004 rund 10.000 junge Menschen (0 - 21 Jahre) weniger. Das entspricht einem Geburtenrückgang um mehr als 10 %. Angesichts dieses demografischen Wandels ist eine leistungsfähige Nachfolgeneration für die Erhaltung der sozialen Sicherungssysteme und des Industriestandortes von zentraler Bedeutung.
6. Aus entwicklungspsychologischer, suchtpreventiver und sozialer Sicht ist es daher dringend geboten, jungen Menschen den Zugang zu der psychotropen Substanz Cannabis wirkungsvoll zu erschweren. Die Präventionsforschung zeigt, dass verhältnispräventive Maßnahmen, denen auch restriktive Gesetze und Verordnungen zuzuordnen sind, grundsätzlich eine hohe Wirksamkeit bei der Begrenzung des Substanzmissbrauchs besitzen. (vgl. *Übersicht bei Bühler, 2009*)
7. Einer denkbaren Kostenreduzierung durch die Entlastung der Polizei und der Strafverfolgungsbehörden im Rahmen einer Entkriminalisierung stehen steigende Kosten für medizinische Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen, Ausfallszeiten, Erweiterung der finanziellen und personellen Ressourcen für Prävention, Jugendschutz, Überwachung und Ahndung von Verstößen gegenüber.
8. Eine Freigabe von Cannabis erst mit 21 Jahren - wie im US Bundesstaat Colorado - würde die Strafverfolgung für die Gruppe der unter 21-Jährigen sowie die Personen, die Cannabisprodukte an diese Gruppe weitergeben, auch künftig beinhalten und intensivieren. (Überwachungslogistik)
9. Auch der Bedarf an Prävention und Behandlung würde sich dem von Alkohol annähern. Es ist zweifelhaft, ob mit den bestehenden Präventionsstrukturen - nach einem Verzicht auf Strafbarkeit - dieser Angleichung wirkungsvoll begegnet werden kann. Eine intensive Steigerung der Präventionsbemühungen im Rahmen der kommunalen Freiwilligenleistungen ist personell und finanziell unrealistisch.
10. Suchthilfe und Prävention ist in Deutschland *nicht* gescheitert, das belegen die europäischen Vergleichszahlen. Probleme bereitet jedoch die ordnungspolitische Umsetzung bestehender Gesetze in den großstädtischen Zentren.
11. Eine „Entkriminalisierung“ in Deutschland hat faktisch stattgefunden. Dies wird dadurch deutlich, dass Konsum und Beschaffung von Kleinstmengen heute regelhaft eingestellt werden. Kinder und Jugendliche werden nach den heute geltenden Bestimmungen nicht kriminalisiert.

12. Grundsätzlich erscheint es wenig sinnvoll, eine Cannabislegalisierung für *andere* gesellschaftliche Vorhaben zu instrumentalisieren wie z. B. für die Bekämpfung der organisierten Kriminalität oder des Schwarzmarktes, Senkung der Drogenkriminalität zur Entlastung der Justiz, der Polizei oder zur Lösung ordnungspolitischer Probleme in den städtischen Zentren, wie sie in der gegenwärtigen Diskussion stattfindet. Die Legalisierung von Cannabis darf keine Ersatzfunktion für „Bad Government“ sein.
13. Suchthilfe und die Suchtprävention beinhalten einen eigenständigen Auftrag. Die darin tätigen Fachkräfte generieren ihre Aufgabe aus Steuermitteln mit dem Ziel, diese so einzusetzen, dass Sucht vermieden und behandelt wird. Hilferufe aus der Sozialpädagogik „Bitte entkriminalisiert Cannabis“ können sich daher folgerichtig nur auf fachliche Aspekte beziehen.
14. Regelmäßiger Cannabiskonsum schließt das Führen eines Kraftfahrzeuges aus. Die Führerscheinbehörde ist gezwungen, die Fahrerlaubnis zu entziehen (FeV, Anl. 4).
15. Ein verfassungsmäßiges „Recht auf Rausch“ gibt es nicht. (Cannabis-Beschluss, BVerfG; 09. März 1994)

Karlsruhe, November 2015

gez. Haug