

Herausgegeben von
akzept e.V. Bundesverband

9. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2022

akzept e.V. (Hrsg.)

9. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2022



<http://alternativer-drogenbericht.de/>

Kontaktadresse:

akzept e.V.

*Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik*

Südwestkorso 14

12161 Berlin

Tel.: +49 (0)30 82706946

<https://akzept.eu>

<https://gesundinhaft.eu>

<https://hepatitis-aktion.de>

<https://www.patientenrechteakzept.de/>

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Herausgeber:

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Redaktion: Heino Stöver, Bernd Werse und Christine Kluge Haberkorn

© bei den Autor_innen

Umschlagfoto: Heino Stöver

<http://alternativer-drogenbericht.de/>

2022 Pabst Science Publishers
49525 Lengerich/Westf.

Formatierung: Susanne Kemmer

Druck: KM-Druck 2.0 · D-64823 Groß-Umstadt

Print: ISBN 978-3-95853-807-8

eBook: ISBN 978-3-95853-808-5

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Das Momentum ergreifen!	7
<i>Vorwort der Herausgeber Heino Stöver & Bernd Werse</i>	

1 Aufgabemodelle und Aufgaben der Suchthilfe

Abgabemodalitäten bei der Cannabisregulierung – eine Bestandsaufnahme	10
<i>Philipp Hiller, Kirsten Lehmann, Moritz Rosenkranz, Uwe Verthein & Jens Kalke</i>	
Welche Regulierung braucht der Cannabis-Markt?.....	20
<i>Justus Haucap</i>	
Staatlich kontrollierte Abgabe von Cannabis – Präventionsnotwendigkeiten aus suchtfachlicher Sicht	26
<i>Wolfgang Rosengarten</i>	
Cannabislegalisierung in Deutschland – Anforderungen und Konsequenzen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention.....	32
<i>Lioba Krüger-Losenke</i>	
Dem Rausch Raum schaffen – risflecting® als Rahmen für Rausch- und Risikobalance	36
<i>Martin Dworak</i>	
Frühintervention und Behandlung von Cannabisabhängigen. Chancen und Herausforderungen einer zukünftigen Cannabisregulierung.....	41
<i>Andreas Gantner</i>	
Cannabislegalisierung: Erfahrungen nutzen, soziale Gerechtigkeit einfordern.....	46
<i>Bernd Werse</i>	
Was würde Stiftung Cannabis-Test empfehlen? Was Verbraucher*innen bei Cannabisprodukten erwarten	50
<i>Max Plenert</i>	
Legalisierung muss kundenfreundlich sein	53
<i>Georg Wurth</i>	

2 Regulierungsmodelle international

Regulierung des Zugangs zu Cannabis und Schadensminderung. Der Schweizer Weg.....	58
<i>Sandro Cattacin</i>	
Neuentwicklungen in der niederländischen Coffeeshop-Politik	61
<i>Dirk J. Korff</i>	
Insights for the design of Cannabis Social Club regulation	65
<i>Tom Decorte</i>	
Cannabisregulierung International.....	70
<i>Zusammengestellt von Ingo-Ilja Michels</i>	

3 Drug-Checking

Drug-Checking.....	88
<i>Rüdiger Schmolke & Tibor Harrach</i>	

4 Werbung

Am besten alles verbieten? Zum Einfluss von Werbung auf das Suchtverhalten.....	98
<i>Dietmar Jazbinsek</i>	
Autorinnen und Autoren	106

Das Momentum ergreifen!

Vorwort der Herausgeber Heino Stöver & Bernd Werse

Mit dem 9. Alternativen Drogen- und Suchtbericht hat akzept e.V. international anerkannte Expert*innen der Cannabislegalisierung zusammengeführt. Uns geht es darum, mit den praktischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Europa die Debatte um die anstehende Legalisierung von Cannabis in Deutschland zu bereichern. Die ausführlichen Fassungen der Artikel können Sie im Übrigen in der Zeitschrift „*Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*“ (ebenfalls Pabst-Verlag) nachlesen.

„Zeitenwende“ ist ein häufig benutzter Begriff in der Politik geworden: Reformstaus sollen aufgelöst werden, auf aktuelle Bedrohungen der Gewalt muss reagiert werden. Eine Zeitenwende muss auch in der Drogenpolitik erfolgen: zu lange haben wir Menschen wegen ihrer Konsumpräferenzen strafrechtlich verfolgt und inhaftiert, Familien zerrüttet, Karrieren zerstört, Lebensqualität eingeschränkt. Plötzlich – mit einem Federstrich – wie bereits in der ersten Ausgabe unseres Alternativen Drogen- und Suchtberichtes gefordert, kann der Paradigmenwechsel stattfinden: von einer strafrechtspolitisch zu einer gesundheitspolitisch orientierten Antwort auf Drogengebrauch – d.h. nur bezogen auf Cannabis. Wir sollten das Momentum dieser Zeit ergreifen, um auch in Bezug auf andere psychoaktive Substanzen den Schalter umzulegen, und für sehr vulnerable Menschen (Opioid-, Kokain-/Crackkonsumierende, etc.) eine Straffreiheit und einen legalen Zugang schaffen. Oder fangen wir wenigstens damit an, den mutigen Vorstoß der Berliner Justizsenatorin, Lena Kreck, umzusetzen und verbindliche Anordnungen an die Staatsanwaltschaften zu geben, die Verfahren bis zu bestimmten Mengen zum Eigenbedarf einzustellen. Werden diese Grenzen nicht überschritten und liegen keine anderen erschwerenden Gründe vor, dann müssen die Staatsanwaltschaften von einer Verfolgung der Straftat absehen. Die Drogenpolitik Portugals macht es ähnlich (konsequent): bis zu bestimmten Mengen gibt es lediglich Empfehlungen/Weisungen eine Drogenberatungsstelle o.ä. aufzusuchen.

Wir beobachten in ganz Europa erhebliche Veränderungen des Umgangs mit Drogenkonsumierenden – die Prohibitionspolitik stößt an ihre Grenzen! Sinnhaftigkeit, Erfolg, Kontrollfähigkeit des Staates – all das wird massiv hinterfragt, zu Recht! Empirische Ergebnisse, die als Rechtfertigung der Repression dienen könnten, gibt es nicht, wohl aber Daten zur Schädlichkeit der Drogenpolitik. „Harm Production“ ist hier das zentrale Stichwort. Drogenpolitik muss sich mehr als jemals Gedanken darüber machen, wie sie mit persönlichen Freiheitsrechten, Menschenrechten noch vereinbar ist. Warum verfolgen wir insbesondere Menschen, die suchtkrank sind, warum gewähren wir ihnen nicht angemessene Hilfen, die sie stärken und vor Ausgrenzung und Stigmatisierung schützen?

Mit diesen Fragen beschäftigt sich der Alternative Drogen- und Suchtbericht auch weiterhin. Wir werden uns auch in den nächsten Jahren mit einer Drogenpolitik auseinandersetzen müssen, die widersprüchlich (permissiv und repressiv), willkürlich (die Einteilung in legale und illegale Drogen ist geschichtlich gewachsen, aber nicht evidenz-basiert), wenig wissenschaftsinformiert („Cannabis ist kein Brokkoli“) und kaum partizipativ ist (sie basiert auf dem Ausschluss Betroffener).

Abgabemodelle und
Aufgaben der Suchthilfe



1

Abgabemodalitäten bei der Cannabisregulierung – eine Bestandsaufnahme

*Philipp Hiller, Kirsten Lehmann, Moritz Rosenkranz,
Uwe Verthein & Jens Kalke*

Zusammenfassung

In dem vorliegenden Beitrag wird – als narrative Literaturanalyse – eine Bestandsaufnahme von bereits in Amerika (einzelnen Bundesstaaten der USA, Kanada und Uruguay) implementierten oder in Deutschland im Rahmen von Modellprojekten vorgesehenen Abgabemodellen für Cannabisprodukte zum Freizeitkonsum vorgenommen. Ziel dieser Bestandsaufnahme ist es, eine Informations- und Diskussionsgrundlage für konzeptionelle Überlegungen zu einem bundesdeutschen Abgabemodell bzw. zu möglichen Modellprojekten auf der Landes- oder der kommunalen Ebene zu schaffen.

Hintergrund und Fragestellung

Seit vielen Jahren setzt sich in der Suchtforschung und angrenzenden Wissenschaften zunehmend die Haltung durch, dass eine legale, kontrollierte Abgabe von Cannabis zu Genusszwecken besser geeignet ist, mögliche negative Folgen des Konsums zu verhindern als ein Verbot. Nach dem Regierungswechsel im Herbst 2021 wurde diese Forderung erstmals als konkretes Vorhaben im Koalitionsvertrag festgehalten (SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN u. FDP, 2021, S. 68). Bis Ende des Jahres 2022 soll jetzt ein entsprechender Gesetzesentwurf vorgelegt werden. Der neue Bundesdrogenbeauftragte Burkhard Blienert hat im Juni 2022 zu den noch offenen Regulierungsfragen einen Konsultationsprozess durchgeführt, bei dem sich „Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertreter gesellschaftlicher Interessengruppen an mehreren Tagen treffen, um die relevanten Aspekte der Umsetzung der kontrollierten Abgabe von Cannabis zu diskutieren.“ (Blienert, 2022). Auf der Unterseite der Homepage des Drogenbeauftragten www.bundesdrogenbeauftragter.de/cannabis-aber-sicher/ sind die eingeladenen Teilnehmer*innen und einige Statements in Text- oder Videoform sichtbar.

Die erforderlichen rechtlichen Veränderungen für eine kontrollierte Cannabisabgabe müssten als zustimmungspflichtiges Gesetz vom Bundesrat unterstützt werden. Aufgrund der dortigen politischen Mehrheitsverhältnisse kommen mit Stand vom September 2022 die Landesregierungen, die potentiell eine kontrollierte Cannabisabgabe unterstützen würden, auf nur 24 von 35 notwendigen Stimmen. Deshalb bleibt auch die Durchführung von (lokal begrenzten) wissenschaftlichen Modellversuchen

eine politische Option – als möglicher Kompromiss zwischen Bundesrat und Bundestag.

In dem vorliegenden Beitrag soll anhand einer narrativen Literaturanalyse überblicksartig eine Bestandsaufnahme von bereits in anderen Ländern (USA, Kanada, Uruguay) implementierten Abgabemodellen für Cannabisprodukte zum Freizeitkonsum erstellt werden. Außerdem werden Abgabemodelle vorgestellt, die in erfolglos beantragten wissenschaftlichen Modellprojekten (Deutschland, Schweiz) vorgesehen waren.

Abgabemodelle in amerikanischen (Bundes)Staaten (USA, Kanada und Uruguay)

Die folgende Beschreibung bezieht sich auf die Abgabemodelle in Kanada (Fischer et al., 2021), Uruguay (Boidi et al., 2016, Laqueur et al., 2020) und in verschiedenen US-Bundesstaaten (aktuell 19 Bundesstaaten sowie zwei Territorien und der District of Columbia) (National Conference of State Legislature, 2022).

Es ist zunächst darauf hinzuweisen, dass in den USA der Anbau, Besitz sowie Konsum von Cannabis auf Bundesebene illegal sind (Controlled Substances Act, 1970). Der Umgang mit Drogendelikten untersteht jedoch den einzelnen Gliedstaaten, so dass es diesen überlassen ist, von dem Bundesrecht abzuweichen. Demgegenüber wurde in Kanada durch Inkrafttreten eines Bundesgesetzes (Cannabis Act, 2018) Cannabis landesweit legalisiert. Die Ausarbeitung und Umsetzung von einzelnen Cannabisabgabemodellen liegen in Kanada ebenso in der Verantwortung der Provinzen und Territorien (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2020). Uruguay legalisierte 2013 als weltweit erstes Land Cannabis vollständig (Laqueur et al., 2020, Ley N° 19.172 2013).

Die Tabelle 1 weist basierend auf der Veröffentlichung von Lancione et al. (2020), Berichten und Präsentationen (Zobel, 2021, Zobel & Marthaler, 2016) sowie ausgewählten Informationen (z.B. zu Präventionsmaterialien oder Personalschulungen) verschiedene strukturelle Elemente von Abgabemodellen aus.

Abgabestellen und Eigenanbau

In den US-Bundesstaaten wurden die Abgabestellen in der Regel als private, aber staatlich lizenzierte Fachgeschäfte konzipiert (Rotermann 2020). Cannabis darf dort durch profitmaximierende Unternehmen angebaut und verkauft werden (Cerdá & Kilmer, 2017). In Kanada gibt es neben den privaten Verkaufsläden auch staatliche Abgabestellen, wobei sich deren Anzahl vom vierten Quartal 2018 bis Ende 2020 fast verachtfacht hat (Rotermann, 2020). Demgegenüber ist Uruguays Ansatz ein nicht kommerzielles Abgabemodell, bei dem die Produktion und die Verkaufswege durch ein staatliches System kontrolliert werden (Laqueur et al., 2020, Cerdá & Kilmer 2017).

In Uruguay können Cannabisprodukte in Apotheken erworben werden. Alternativ können in CSCs die Mitglieder gemeinsam Cannabis anbauen (maximal 99 Pflanzen) und konsumieren. Ein CSC muss zwischen 15 und 45 Mitglieder haben; im Jahr

2018 gab es 110 aktive CSCs in Uruguay (Pardal et al., 2019). Die Altersgrenze für den Bezug von Cannabisprodukten liegt in den US-Bundesstaaten bei 21 Jahren, in den kanadischen Provinzen zumeist bei 19 Jahren (in 3 Provinzen 18 Jahre) und in Uruguay bei 18 Jahren. Der private Eigenanbau von Cannabispflanzen ist in allen drei Ländern (4-6 Pflanzen) zulässig.

Produktpalette und THC-Gehalt

In den USA und in Kanada besteht ein sehr breites Angebot von Blüten und Harz zum Rauchen bzw. Verdampfen über verschiedene Backwaren, Schokolade und Gummibärchen bis hin zu cannabishaltigen Getränken. In Uruguay sind dagegen nur Cannabisblüten erlaubt. Eine Begrenzung des THC-Gehaltes besteht dabei in den US-Bundesstaaten und Kanada nicht, in Uruguay dürfen die verkauften Cannabisblüten höchstens 9% THC enthalten. Die Preise sind in den US-Bundesstaaten und Kanada gesetzlich nicht reglementiert, sondern orientieren sich am Markt. In Uruguay sind dagegen die Preise für die Cannabisblüten in Apotheken gesetzlich fixiert.

Besitzmenge, Konsumorte und Werbung

Die maximale Besitzmenge für Cannabis zum Freizeitkonsum beträgt in den allermeisten US-Bundesstaaten etwa 28 g, in den kanadischen Provinzen sind es häufig 30 g. In Uruguay ist eine Abgabe von 40 g pro Monat und Person erlaubt. Konsumiert werden darf in allen drei Ländern bzw. den entsprechenden Bundesstaaten in privaten Räumen und Anlagen. In Kanada darüber hinaus auch in einem Teil der Provinzen an öffentlichen Plätzen, wo auch das Tabakrauchen erlaubt ist.

Werbung für die Produkte ist in den USA und Kanada mit Einschränkungen erlaubt. In Kanada besteht ein generelles Verbot für Werbung über soziale Medien und für Sponsoring von Gemeinschaftssport. Zudem sind Altersbeschränkungen für den Zugang zu entsprechenden Websites vorgeschrieben (Gibbs et al., 2021). In Uruguay existiert dagegen ein generelles Werbeverbot für Cannabis zum Freizeitgebrauch.

Jugend- und Konsumierendenschutz

In Uruguay und Kanada ist vorgeschrieben, dass das Verkaufspersonal zum Jugend- und Konsumierendenschutz geschult sein muss. In Kanada und den USA sind diesbezüglich in den Provinzen/Bundesstaaten unterschiedliche Schulungsanforderungen und -konzepte vorhanden.

Präventionsmaterialien gibt es in allen drei Ländern. In Uruguay werden zudem öffentliche Kampagnen zum kontrollierten und verantwortungsbewussten Umgang mit Cannabis durchgeführt. Die Einbettung von Hilfeinrichtungen in Abgabemodelle ist in der Regel nicht verbindlich geregelt. Häufig sind jedoch auf den Informationsmaterialien die Kontaktdaten von Hilfeinrichtungen angegeben.

Evaluation der Abgabemodelle

Zu den Erfahrungen mit den beschriebenen Abgabemodalitäten liegen inzwischen einige Studien vor. Beispielfhaft sollen hier die folgenden Evaluationen genannt werden:

Aus Kanada liegt ein Vergleich zwischen staatlichen, privaten und hybriden (privat/staatlich) Cannabisgeschäften vor: Bei den privaten und hybriden Modellen gibt es eine höhere Dichte von Verkaufsstellen pro Einwohner*innenzahl als beim staatlichen Modell, insbesondere in Wohngebieten mit einem niedrigen Einkommensdurchschnitt (Myran et al., 2019).

In den US-Bundesstaaten Washington und Colorado wurde mit Hilfe von Testkäufen überprüft, ob die Altersgrenze von 21 Jahren beim Verkauf von Cannabisprodukten eingehalten wird (Buller et al., 2019). In allen 175 einbezogenen Verkaufsstellen wurde ein entsprechendes Ausweisdokument (z.B. Führerschein) verlangt.

Ebenfalls in diesen beiden US-Bundesstaaten wurde ein Onlinetraining zum Jugend- und Konsumierenden-Schutz beim Cannabisverkauf evaluiert (Buller et al., 2021). Die Teilnahme am Training führte dazu, dass sich die Rate der Verkaufsweigerung bei (zu) jung erscheinenden Personen, die sich nicht ausweisen konnten, weiter erhöhte.

In einer onlinegestützt erhobenen Gelegenheitsstichprobe wurden 18- bis 34-jährige aktuelle Konsumierende aus den USA nach ihrer Wahrnehmung von cannabisbezogener Werbung gefragt (Krauss et al., 2017). Dabei wurde zum einen die Relevanz von digitaler Werbung deutlich. Zum anderen zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Werbewahrnehmung und medizinischem sowie intensiverem Gebrauch.

In einer Onlinebefragung zur Wahrnehmung von Gesundheitsinformationen unter US-amerikanischen und kanadischen Bürger*innen (Winstock et al., 2021) wurden sechs verschiedene Warnhinweise abgefragt. Dabei stellte sich heraus, dass Informationen, die auf Safer Use-Strategien basieren, eine vergleichsweise hohe Akzeptanz besitzen.

Tabelle 1: Elemente von Abgabemodellen in anderen Ländern

	USA (Bundesstaaten, zurzeit 18)	Kanada (Provinzen, alle)	Uruguay
Abgabestellen	lizenzierte Fachgeschäfte	lizenzierte Fachgeschäfte (staatlich und/oder privat)	Apotheken, Cannabis Social Clubs
Eigenanbau	ja (meistens sechs Pflanzen pro Haushalt)	ja (meistens vier Pflanzen pro Haushalt)	ja (sechs Pflanzen pro Haushalt)
Altersgrenze	21 Jahre	in der Regel 19 Jahre	18 Jahre
Produkte	breites Angebot	breites Angebot	Apotheken: nur Cannabisblüten (mit THC-Beschränkung auf maximal 9%)

Fortsetzung Tabelle 1: Elemente von Abgabemodellen in anderen Ländern

	USA (Bundesstaaten, zurzeit 18)	Kanada (Provinzen, alle)	Uruguay
Preis	orientiert am Marktpreis	orientiert am Marktpreis	Apotheken: Festpreis
Besitz-/ Abgabemenge	Besitzgrenze in der Regel bis 28 g	Besitzgrenze in der Regel bis 30 g	Abgabe bis 40 g pro Monat
Konsumplätze	private Räume/Plätze	private Räume/Plätze, teilweise auch an öffentlichen Tabakrauchplätzen	private Räume/Plätze
Werbung	ja, mit Beschränkungen	ja, mit Beschränkungen	nicht erlaubt
geschultes Personal	in einigen Bundesstaaten vorgeschrieben	ja, aber sehr unterschiedlich in den Provinzen/Territorien	ja
Präventionsmaterialien	Gesundheitsinformationen	Gesundheitsinformationen	öffentliche Kampagnen
Zusammenarbeit Hilfesystem	nicht verbindlich geregelt; Kontakthinweise	nicht verbindlich geregelt; Kontakthinweise	nicht verbindlich geregelt; Kontakthinweise

Abgabemodelle in beantragten wissenschaftlichen Modellprojekten in Deutschland

Im deutschen BtMG ist in § 3, Abs. 2, festgelegt, dass das zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Ausnahme vom Verbot der in Anlage I bezeichneten Betäubungsmittel zulassen und somit ein wissenschaftliches Modellprojekt genehmigen kann, wenn das beantragte Erprobungsvorhaben im öffentlichen oder wissenschaftlichen Interesse liegt. Im Folgenden werden nun die Abgabemodalitäten aus den drei ausführlichsten vom BfArM abgelehnten Anträgen (Schleswig-Holstein (1996), Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg (2015), Bundesland Berlin (2019)) überblicksartig vorgestellt.

Schleswig-Holstein

Das erste Bundesland, das einen entsprechenden Antrag nach § 3, Abs. 2, BtMG auf den Weg brachte, war Ende 1996 Schleswig-Holstein (Raschke & Kalke, 1997, Raschke & Kalke, 1999). Dieses wissenschaftlich begleitete Vorhaben sah u. a. die folgenden Eckpunkte für ein Abgabemodell vor: Apotheken als Abgabestellen; Altersgrenze bei 16 Jahren; Cannabisprodukte in Form von Marihuana und Haschisch; maximale Abgabemenge pro Kauf bzw. legale Besitzmenge 5 g, Verkaufspreis über Schwarzmarktniveau (siehe Tabelle 2).

Die vorgesehene Altersgrenze von 16 Jahren wurde damals folgendermaßen begründet: Das typische „Einstiegsalter“ in den Cannabiskonsum liegt bei 16 bis 17 Jahren. Es sei daher sinnvoll, gerade diese Altersgruppe mit einzubeziehen, um prüfen zu können, inwieweit sie durch den Zugang zu legalem Cannabis bei der Beschaffung der Substanz aus illegalen Kontexten herausgehalten werden können und in welchem Maße präventive Effekte im Sinne des Nichtumsteigens auf härtere Drogen (Trennung der Märkte) eintreten (Raschke & Kalke, 1997).

Die erlaubte Höchstabgabemenge sollte auf 5 g festgesetzt werden, weil diese Menge für den Eigengebrauch als ausreichend angesehen wurde und keine Weitergabe an Dritte provoziert.

Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg

Im Antrag des Berliner Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg (2015) waren lizenzierte Fachgeschäfte statt Apotheken als Abgabestellen vorgesehen (siehe Tabelle 2). Von den Betreiber*innen der Fachgeschäfte wurde ein ausführliches Sozialkonzept (Suchtprävention, Jugendschutz, Verkaufspersonalschulung, Suchthilfesystemeinbindung) verlangt, mit dem das Ziel verfolgt werden sollte, riskantem Cannabiskonsum der Teilnehmenden entgegenzuwirken. Das Mindestalter der Teilnehmenden am Modellversuch sollte bei 18 Jahren liegen. Vor allem bei der Abgabe- und Besitzmenge von Cannabis bestand ein sehr deutlicher Unterschied zu dem älteren Vorhaben aus Schleswig-Holstein. Es war hier eine maximale Verkaufsmenge von 10 g pro Transaktion sowie eine maximale Besitzmenge von 60 g pro Monat vorgesehen. In dem Antrag wurde hierzu einerseits ausgeführt, dass die maximale Verkaufsmenge der „geringfügigen“ Menge entspräche, die nach der Rechtsverordnung des Landes Berlin zum § 31a, BtMG eine grundsätzliche Einstellung eines Verfahrens bei der Staatsanwaltschaft zur Folge hätte. Die maximale Besitzmenge hingegen orientierte sich am monatlichen Cannabisbedarf, der von Fachkräften aus Drogenberatungsstellen als Indikator für abhängigen Konsum genannt wurde. Es sollte sichergestellt werden, dass durch einen regulierten Verkauf auch jene Konsument*innen angesprochen werden, die regelmäßig und riskant konsumierten.

Bundesland Berlin

Das Projektvorhaben des Bundeslandes Berlin (2019) sah wiederum Apotheken als Abgabestellen für die Teilnehmenden ab 18 Jahren vor (siehe Tabelle 2). Dazu wurde u. a. ausgeführt, dass Apotheken deshalb eine geeignete Betriebsstätte für den Umgang mit Cannabis darstellen würden, weil für sie der Verkehr mit Betäubungsmitteln nach dem BtMG erlaubt ist (Verthein et al., 2019). Dort sei u.a. durch die Abgabe von Cannabisblüten als Medizin schon die fachliche Expertise gegeben, die vom Großhandel beziehungsweise vom Hersteller oder Importeur bezogenen Cannabisprodukte auf ihre Qualität zu überprüfen. Das Projekt folgte einer wissenschaftlich ausgearbeiteten Studienkonzeption, die den Rahmen für die Auswahl der Teilnehmenden, die Abgabemodalitäten sowie für das wissenschaftliche Prozedere vorgab (Verthein et al., 2019, Manthey et al., 2020).

Die Abgabekonzeption beinhaltet eine Produktauswahl von fünf verschiedenen Blütensorten mit einem maximalen THC-Gehalt von 12%.

Im Berliner Modellvorhaben war eine enge Kooperation der abgebenden Apotheken mit den Einrichtungen der Suchtprävention, des Jugendschutzes und der Drogenhilfe vorgesehen. Letztere sollten an der Erstellung von Informationsmaterialien und der Durchführung von Veranstaltungen/Maßnahmen zum Thema „risikoarmer Cannabiskonsum“ beteiligt werden.

Tabelle 2: Elemente von Abgabemodellen im Rahmen von wissenschaftlichen Modellvorhaben (nach § 3 (2) BtMG)

	Schleswig-Holstein 1996	Friedrichshain-Kreuz- berg 2015	Berlin 2019
Abgabestellen	Apotheken	lizenzierte Fachgeschäfte	Apotheken
Eigenanbau	nein	nein	nein
Altersgrenze	16 Jahre	18 Jahre	18 Jahre
Produkte	Marihuana & Haschisch, keine weiteren Begrenzungen	Marihuana & Haschisch, keine weiteren Begrenzungen	ausschließlich Blüten mit THC-Gehalt bis 12% (fünf Sorten)
Preis	> Straßenverkaufspreis	> Straßenverkaufspreis	> Straßenverkaufspreis
Besitz-/ Abgabemenge	max. 5 g pro Transaktion, max. 5 g insgesamt	max. 10 g pro Transaktion, max. 60 g pro Monat	max. 5 g pro Transaktion, max. 15 g pro Woche
Konsumplätze	private Räume/Plätze	private Räume/Plätze	private Räume/Plätze
Werbung	nein	nein	nein
geschultes Personal	ja	ja	ja
Präventions- materialien (u. a.)	Informationen	Aufklärung, Konsumtipps, Konsumtagebuch	Aufklärung, Konsumtipps, Konsumtagebuch
Zusammenarbeit Hilfesystem	Beratungsangebote, Telefondienste	Einbindung über Sozialkonzept	Infomaterialien, regionale Zuordnung

Diskussion

Die Bestandsaufnahme zu den Abgabemodellen zeigt, dass Uruguay mit seinen spezifischen Modalitäten ein eher restriktiveres Cannabissystem im Vergleich zu den Regelungen in Kanada und in den USA besitzt. Auch die – bisher abgelehnten – wissenschaftlichen Erprobungsvorhaben in Deutschland unterscheiden sich teilweise sehr deutlich, so dass sich insgesamt eine sehr große Vielfalt bei den Abgabemodalitäten ergibt. Dieser Sachverhalt dürfte seinen Grund auch darin finden, dass für die verschiedenen Elemente der Abgabemodelle bislang nur wenig Evidenz vorliegt. Es stellt

sich deshalb die Frage, wie bestimmte Regelungen überhaupt begründet werden und wie sie mit den Zielen der Cannabislegalisierung im Einklang stehen.

Für die weitere fachöffentliche Diskussion ist zu berücksichtigen, dass sich aus den in amerikanischen (Bundes)Staaten unterschiedlich ausgestalteten Abgabemodellen derzeit für Deutschland nur begrenzt Handlungsempfehlungen ableiten lassen, sofern die unterschiedlichen Systeme bzw. Modelle noch nicht in wissenschaftlichen Studien systematisch evaluiert und diskutiert worden sind. Gleichzeitig müssen auch länderspezifische regulatorische Vorgaben (für Deutschland z.B. das BtMG, das Ordnungs- oder das Verkehrsrecht), aber auch sozio-kulturelle Hintergründe der Konsumierenden und deren bereits bestehende Konsumgewohnheiten in den Diskussionsprozess einbezogen werden.

Die generelle (Public Health-bezogene, aber auch gesellschaftliche) Herausforderung besteht darin, der Allgemeinbevölkerung eine bisher verbotene Substanz legal verfügbar zu machen und diesen Prozess auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz zu gestalten und zu begleiten, um potentielle negative Konsequenzen zu minimieren.

Dafür müssen zwei Aspekte miteinander in Einklang gebracht werden: Die Ausgestaltung der Regulierung sollte einerseits so beschaffen sein, dass das legale Angebot auch wirklich in Anspruch genommen wird. Andererseits sollte die Regulierung an der wissenschaftlichen Evidenz zur Prävention und Schadensminderung orientiert sein. Wenn also Erkenntnisse zu Risikofaktoren für negative Konsumfolgen bzw. schädliche Cannabiskonsummuster in die konkrete Umsetzung der Regulierung einfließen, könnten diese so weit wie möglich verhindert werden.

Mit einer solchen politischen Intervention besteht in Deutschland im Bereich von psychoaktiven Substanzen keine Erfahrung, überwiegend wurden bisher eher Verbote (z.B. bei den „neuen psychoaktiven Substanzen“), Restriktionen und Verfügbarkeits-einschränkungen (z.B. Tabak und Alkohol) umgesetzt. Letztere sollten aber mit der Legalisierung von Cannabis erneut gesundheitspolitisch diskutiert werden, sodass es möglicherweise zukünftig zu vergleichbaren oder einheitlichen Regelungen für alle legalen Substanzen kommen kann. In Uruguay wurden beispielsweise mit der Einführung der kontrollierten Cannabisabgabe die Werbemöglichkeiten für Alkohol stark eingeschränkt.

Es ist zurzeit schwer einzuschätzen, wie der politische Entscheidungsprozess zur Legalisierung letztendlich ausfallen wird. Wenn im Bundesrat einer flächendeckenden Cannabisabgabe zugestimmt wird, ist es wahrscheinlich, dass länderspezifische Ausführungsgesetze Variationen bei den Abgabemodalitäten zulassen können. In einem solchen Fall sollten diese unterschiedlichen Regelungen unbedingt evaluiert werden, um Erkenntnisse über Best Practice bei der Cannabisabgabe zu sammeln. Genauso könnten die politischen Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat jedoch dazu führen, dass in den nächsten Jahren eine flächendeckende Legalisierung von Cannabis zum Freizeitkonsum nicht realisiert werden kann, aber als politischer Kompromiss die Durchführung wissenschaftlicher Modellversuche ermöglicht wird. Hierfür sollten dann die bisherigen Modellanträge als Grundlage methodisch-konzeptioneller Überlegungen genommen werden. Im Zuge dessen erscheint es – wie aktuell in der Schweiz – sinnvoll zu sein, die wissenschaftlichen Modellprojekte in verschiedenen Orten/Regionen unterschiedlich auszugestalten. Eine systematische Begleitevaluation könnte dann

wiederum wichtige empirische Erkenntnisse für eine möglicherweise später folgende bundesweite Legalisierung liefern.

Literatur

- Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg (2015). Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis nach § 3 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) „Regulierter Verkauf von Cannabis in Friedrichshain-Kreuzberg“, Berlin
- Boidi MF, Queirolo R & Cruz, JM (2016). Cannabis consumption patterns among frequent consumers in Uruguay. *International Journal of Drug Policy* 34: 34-40
- Buller DB, Woodall WG, Saltz R & Buller MK (2019). Compliance With Personal ID Regulations by Recreational Marijuana Stores in Two U.S. States. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 80: 679-686
- Buller DB, Woodall WG, Saltz R, Grayson A, Buller MK, Cutter GR, Svendsen S & Liu X (2021). Randomized Trial Testing an Online Responsible Vendor Training in Recreational Marijuana Stores in the United States. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 82: 204-213
- Blienert B (2022). Internetseite des Bundesdrogenbeauftragten zum Thema Cannabisregulierung. Verfügbar unter: www.bundesdrogenbeauftragter.de/cannabis-aber-sicher/ [Letzter Zugriff: 08.10.2022]
- Canadian Centre on Substance Use and Addiction (2020). Policy and regulations (Cannabis). Verfügbar unter: <https://www.ccsa.ca/policy-and-regulations-cannabis> [Letzter Zugriff: 08.10.2022]
- Cannabis Act (2018). An Act respecting cannabis and to amend the Controlled Drugs and Substances Act, the Criminal Code and other Acts. Statutes of Canada 2018. Chapter 16. Assented to June 21, 2018, Bill C-45. Verfügbar unter: <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-45/royal-assent> [Letzter Zugriff: 08.10.2022]
- Cerdá M & Kilmer B (2017). Uruguay's Middle-Ground Approach to Cannabis Legalization. *International Journal of Drug Policy* 42: 188-120
- Controlled Substances Act (1970). Public law 91-513-OCT. 27, 1970. Verfügbar unter: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-84/pdf/STATUTE-84-Pg1236.pdf> [Letzter Zugriff: 08.10.2022]
- Fischer B, Lee A, Robinson T & Hall W (2021) An overview of select cannabis use and supply indicators pre- and post-legalization in Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 16 (77)
- Gibbs B, Reed T & Wride S (2021). Cannabis Legalization – Canada's Experience – A research report by Public First. Verfügbar unter: <https://www.publicfirst.co.uk/wp-content/uploads/2021/10/REPORT-Cannabis-in-Canada-Public-First-October-2021.pdf> [Letzter Zugriff: 08.10.2022]
- Kalke J, Rosenkranz M, Lehmann K, Hiller P & Verthein U (2022). Die wissenschaftliche Begleitung der Cannabis-Legalisierung – Abgabemodalitäten bei der Cannabisregulierung – ein internationaler Überblick in *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 3/4 2022: 76-85
- Krauss MJ, Sowles SJ, Sehi A, Spitznagel EL, Berg CJ, Bierut LJ & Cavazos-Rehg PA (2017). Marijuana advertising exposure among current marijuana users in the U.S. *Drug and Alcohol Dependence* 174: 192-200

- Lancione S, Wade K, Windle SB, Filion KB, Thombs BD & Eisenberg, MJ (2020). Non-medical cannabis in North America: an overview of regulatory approaches. *Public Health* 178: 7-14
- Laqueur H, Rivera-Aguirre A, Shev A, Castillo-Carniglia A, Rudolph KE, Ramirez J, Martins SS & Cerdá M (2020). The impact of cannabis legalization in Uruguay on adolescent cannabis use. *International Journal of Drug Policy* 80: 102748
- Ley N° 19.172 (2013). Marihuana y sus derivados control y regulación del estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución. Verfügbar unter: https://www.ircca.gub.uy/wp-content/uploads/2014/06/Ley_19.172.pdf [Letzter Zugriff: 08.10.2022]
- Manthey J, Kalke J, Rehm J, Rosenkranz M & Verthein U (2020). Controlled administration of cannabis to mitigate cannabis-attributable harm among recreational users: a quasi-experimental study in Germany. *F1000Res*, 9: 201
- Myran DT, Brown CRL & Tanuseputro P (2019). Access to cannabis retail stores across Canada 6 months following legalization: a descriptive study. *CMAJ Open* 7 (3)
- National Conference of State Legislature (NCSL) (2022). State Medical Cannabis Laws. Verfügbar unter: <https://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx> [Letzter Zugriff: 08.10.2022]
- Pardal M, Queirlo R, Álvarez E, Repetto L (2019). Uruguayan Cannabis Social Clubs: From activism to dispensaries? *International Journal of Drug Policy* 73: 49-57
- Raschke P & Kalke J (1999). Cannabis in pharmacies: a proposal from Germany on how to separate the drug markets. *International Journal of Drug Policy* 10: 309-311
- Raschke P & Kalke J (1997). *Cannabis in Apotheken. Kontrollierte Abgabe als Heroinprävention*, Lambertus: Freiburg i. B.
- Rotermann M (2021). Looking back from 2020, how cannabis use and related behaviors changed in Canada. *Health reports* 32(4): 3-14
- SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & FDP (2021). Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021-2025, Berlin
- Verthein U, Kalke J, Rosenkranz M, Rehm J, Manthey J & Nestler C (2019). Begründung und Vorhabenbeschreibung für einen Antrag auf Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis zu wissenschaftlichen Zwecken nach § 3 (2) des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) zum „Modellversuch zur kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene im Bundesland Berlin“, Hamburg
- Winstock AR, Lynskey MT, Maier LJ, Ferris JA & Davies EL (2021). Perceptions of cannabis health information labels among people who use cannabis in the U.S. and Canada. *International Journal of Drug Policy* 91: 102789
- Zobel F (2021). *Internationale Erfahrungen zur Cannabisregulierung*. Vortrag auf den Suchttherapietagen 2021, Hamburg
- Zobel F & Marthaler M (2016). *Neue Entwicklungen in der Regulierung des Cannabismarktes. Forschungsbericht* (3. Auflage). Lausanne: Sucht Schweiz

Welche Regulierung braucht der Cannabis-Markt?

Justus Haucap

Einleitung

Cannabis ist die mit Abstand am meisten genutzte illegale Substanz in Deutschland.¹ Nachdem Kanada als erste Industrienation den Anbau, Handel und Konsum von Cannabis für Genusszwecke landesweit zum 17.10.2018 legalisiert hat und in den USA der Konsum von Cannabis zu Genusszwecken bis heute in 18 Bundesstaaten sowie Washington D.C. legalisiert wurde, will auch die deutsche Bundesregierung nachziehen und noch in diesem Jahr einen Referentenentwurf für die Legalisierung von Cannabis zu Genusszwecken vorlegen. Erste Anhörungen von Expertinnen und Experten haben Anfang Juli stattgefunden und Eckpunkte für das Gesetz sollen im Herbst vorgelegt werden.

Die Motivation für die Legalisierung liegt darin, dass die bisher verfolgte Prohibitionspolitik sich als wenig effektiv erwiesen hat und die damit beabsichtigten Ziele der Eindämmung des Konsums, des Jugendschutzes und des Verbraucherschutzes nicht erreicht werden. So kam etwa der wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages zu der Erkenntnis, dass die Verfolgung einer strikten Drogenpolitik wenig bis keinen Einfluss auf das Konsumverhalten hat.² Faktisch ist Cannabis in den meisten, wenn nicht fast allen Ländern, die am häufigsten konsumierte illegale Substanz, mit steigender Tendenz.³

Gegen eine Freigabe spricht allein die Befürchtung, dass bei einer Legalisierung der gesundheitsschädliche Konsum zunehmen könnte. Die Evidenz aus Staaten mit einer liberalen Drogenpolitik wie etwa Portugal oder den USA ist jedoch ermutigend. Zwar ist teilweise durchaus eine Zunahme des Konsums messbar, jedoch geschieht das auch in Staaten, die weiter an der Prohibition festhalten. Differenzen-in-Differenzen-Analysen, welche die Wachstumsraten in Staaten mit legalem Konsum mit solchen Staaten vergleichen, die weiter an der Prohibition festhalten, ergeben keine belastbare Evidenz, dass die Legalisierung kausal für die Zunahme des Cannabis-Konsums ist, wie der wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages dies im Jahr 2019 in einer

¹ Vgl. Epidemiologischer Suchtsurvey (2018), <https://www.esa-survey.de/>

² Vgl. <https://www.bundestag.de/resource/blob/675688/4ba9aed6de8e9633685a1cdc2d823525/WD-9-072-19-pdf-data.pdf>, abgerufen am: 11.10.2022.

³ Dies zeigt sich für Deutschland an dem in regelmäßigen Abständen veröffentlichten Epidemiologischen Suchtsurvey, in dem der Konsum und die Verbreitung illegaler Drogen in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen ausführlich untersucht wird (vgl. <https://www.esa-survey.de/>). Ähnliche Studien gibt es auch für andere Länder.

Zusammenfassung der Studienlage festgehalten hat.⁴ Dills et al. (2021) wiesen darauf hin, dass der steigende Cannabis-Konsum eher als Ursache für die Legalisierung anzusehen ist und nicht als Folge der Cannabis-Freigabe.⁵

Cannabis-Konsum nimmt nach Legalisierung nicht zu

Interessanterweise scheint gerade der Problemkonsum von Jugendlichen nach einer Legalisierung tendenziell eher ab- als zuzunehmen, zumindest aber scheint er nicht anzusteigen.⁶ Die Ursachen für diese Beobachtung sind noch unklar. Erstens ist denkbar, dass Cannabis-Konsum für einige Jugendliche weniger interessant ist, wenn dieser für Erwachsene legal ist. Zweitens ist aber auch zu erwarten, dass es nach einer Legalisierung und dem Schrumpfen des Schwarzmarktes weniger illegale Dealer gibt und somit die Verfügbarkeit von Cannabis für Jugendliche nach der Legalisierung sogar abnimmt, insbesondere wenn komplementär zur Legalisierung für Volljährige die Weitergabe an Jugendliche stärker als bisher pönalisiert wird und dies mehr ins Zentrum der Strafverfolgung rückt.

Gleichwohl finden Cerda et al. (2020)⁷ in einer von Gegnern der Legalisierung oft bemühten Studie, dass die Prävalenz von Cannabissucherkrankungen bei Teenagern zwischen 12 und 17 Jahren von 2,18% auf 2,72% zugenommen habe, nachdem Colorado, Washington, Alaska und Oregon die Entscheidung zur Cannabislegalisierung gefällt hatten. Unklar bleibt jedoch, warum dies geschieht. Die Autor*innen berichten ihren eigenen empirischen Befund, dass der Cannabiskonsum in dieser Altersgruppe gar nicht zugenommen habe (Cerda et al., 2020, 167). Zudem treten die erhöhten Zahlen an Cannabissucherkrankungen laut Cerda et al. (2020) direkt nach der politischen Entscheidung zur Legalisierung auf und damit bereits deutlich – ungefähr ein Jahr – vor der faktischen Cannabisfreigabe. Es bleibt leider unklar, warum es schon vor der eigentlichen Freigabe direkt nach der Legalisierungsentscheidung zu einem (geringfügigen) Anstieg an Cannabissucherkrankungen zu kommen scheint, obwohl der Cannabiskonsum gar nicht steigt. Eine mögliche Erklärung ist, dass Ärzte dies bereitwilliger angeben und kodieren als zuvor.

⁴ Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2019b), Sachstand: Legalisierung von Cannabis Auswirkungen auf die Zahl der Konsumenten in ausgewählten Ländern, <https://www.bundestag.de/resource/blob/675688/4ba9aed6de8e9633685a1cdc2d823525/WD-9-072-19-pdf-data.pdf>.

⁵ Vgl. <https://www.cato.org/policy-analysis/effect-state-marijuana-legalizations-2021-update>

⁶ Siehe <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2017/12/11/following-marijuana-legalization-teen-drug-use-is-down-in-colorado/> sowie <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/adult-marijuana-use-trends> oder jüngst Levine Coley, R., Kruzik, C., Ghiani, M., Carey, N. Hawkins, S.S. und C. F Baum (2021), Recreational Marijuana Legalization and Adolescent Use of Marijuana, Tobacco, and Alcohol, *Journal of Adolescent Health* 69, S. 41-49.

⁷ Cerdá, M., Mauro, C., Hamilton, A., Levy, N. S., Santaella-Tenorio, J., Hasin, D., Wall, M.M., Keyes, K.M. und S.S. Martins (2020), Association between Recreational Marijuana Legalization in the United States and Changes in Marijuana Use and Cannabis Use Disorder from 2008 to 2016, *JAMA Psychiatry*, 77(2), 165–171.

Selbst bei einer möglichen Zunahme des Cannabis-Konsums wäre jedoch dagegen abzuwägen, dass – wie schon erwähnt – im regulierten Markt von einer besseren Qualitätskontrolle auszugehen ist, die verhindert, dass andere gesundheitsschädliche Substanzen beigemischt werden. Sofern sich also Jugendliche illegal Cannabis im legalen Markt besorgen, werden wenigstens die Gesundheitsschäden durch toxische Streckmittel zurückgehen. Gerade aus gesundheitspolitischer Sicht spricht also vieles für eine kontrollierte Freigabe.

Neben der Hoffnung auf einen besseren Verbraucher- und Gesundheitsschutz wird die geplante Legalisierung des Anbaus, Handels und Konsum von Cannabis auch die – zumindest für Politikerinnen und Politiker – angenehme Nebenwirkung haben, dass der Staat einerseits zusätzliche Staatseinnahmen erhält, andererseits bei Polizei und Justiz auch Einsparungen möglich sind.⁸

Verwendung der Einnahmen aus der Besteuerung von Cannabis⁹

Nicht selten wird der Gedanke geäußert, dass die Einnahmen oder ein Teil davon ja direkt genutzt werden können, um Präventionsmaßnahmen und Behandlungen von Suchtkranken zu finanzieren. Dies ist prinzipiell richtig, sofern der Deutsche Bundestag dies beschließt. Allerdings werden die Einkommenssteuer, die Körperschaftssteuer und die Umsatzsteuer auf Bund und die Ländergesamtheit aufgeteilt. Zudem steht den Gemeinden ein Anteil an der Einkommenssteuer und der Umsatzsteuer zu. Der Bund erhält 42,5 Prozent der Einkommenssteuer, 50 Prozent der Körperschaftssteuer und etwa 50% der Umsatzsteuer. Der Länderanteil beträgt bei der Einkommenssteuer 42,5%, bei der Körperschaftssteuer 50% und bei der Umsatzsteuer 2018 47%. Die Gemeinden sind mit 15% an der Einkommenssteuer und 2018 mit gut 3,0% an der Umsatzsteuer beteiligt.¹⁰ Die Gewerbesteuer fließt ganz den Kommunen zu. Wie die Steuereinnahmen verwendet werden, die nicht dem Bund zufließen, entscheiden die entsprechenden Landtage oder kommunalen Parlamente. Auf die Einnahmen der Sozialversicherungen hat die Politik ebenfalls keinen direkten Zugriff. Die Einnahmen aus der geplanten Cannabis-Steuer, die dem Bund zufließen, könnten jedoch prinzipiell für Präventions- und Therapiezwecke verwendet werden, sofern der Deutsche Bundestag dies Jahr für Jahr in den Haushaltsberatungen beschließt. Dasselbe können auch Bundesländer und Kommunen im Hinblick auf das Steueraufkommen beschließen, das ihnen zufließt. Zwar dürfen Steuern in Deutschland nicht zweckgebunden sein, gleichwohl könnten die entsprechenden Parlamente prinzipiell in jedem Haushaltsjahr erneut beschließen, der Suchtprävention und -therapie einen Betrag zur

⁸ Haucap, J. und L. Knoke (2021), Fiskalische Auswirkungen einer Cannabislegalisierung in Deutschland: Ein Update, in: M. H. W. Möllers und R.C. van Ooyen (Hrsg.), *Jahrbuch Öffentliche Sicherheit 2022/2023*, Nomos Verlag: Baden-Baden.

⁹ Die Ausführungen in diesem Abschnitt stammen aus Haucap (2022), Wie kann das Steuerrecht genutzt werden, um Maßnahmen der Prävention und Behandlung zu fördern?, *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 11, 57-59.

¹⁰ Vgl. das Bundesministerium der Finanzen (o.J.), Der bundesstaatliche Finanzausgleich, online unter: https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Oeffentliche_Finanz/Foederale_Finanzbeziehungen/Laenderfinanzausgleich/Der-Bundestaatliche-FAG.pdf, abgerufen am 12.10.2022.

Verfügung zu stellen, der dem Aufkommen der Cannabis-Steuern oder eines Teils davon entspricht. Eine dauerhafte Garantie für diese Verwendung der Mittel für Suchtprävention und -therapie gäbe es dann jedoch nicht.

Einfacher wäre es möglicherweise, die geplante Cannabis-Steuer recht gering anzusetzen, dafür aber die geplanten Lizenzgebühren für die Unternehmen der Cannabis-Wirtschaft hochzusetzen. Die Lizenzgebühren könnten – anders als Steuereinnahmen – auch zweckgebunden genutzt werden. Der Charme wäre, dass die Cannabis-Wirtschaft bzw. letztlich die Cannabis-Konsumentinnen und -Konsumenten dann letztlich kollektiv selbst die Kosten für Prävention und Therapie zumindest teilweise auch selbst tragen würden. Damit höhere Lizenzgebühren aber nicht zu einer Markteintrittsbarriere für kleine Unternehmen werden, wäre es sinnvoll, die Höhe der Gebühr von den Umsätzen des Unternehmens abhängig zu machen. Die Lizenzgebühren würden dann nicht nur die Kosten des Lizenzsystems inklusive seiner Durchsetzung beinhalten, sondern zumindest auch eine Beteiligung an den Kosten von Prävention und Suchttherapien umfassen.

Ausgestaltung der Steuer

Schließlich kann auch die Gestaltung der Cannabis-Steuer selbst genutzt werden, um zu einem gewissen Maße präventiv zu wirken. Einerseits darf die Steuer nicht zu hoch sein, da es sonst nicht gelingen dürfte, den Schwarzmarkt zurückzudrängen und die Nachfrage in legale Bahnen zu lenken. Jedoch wäre denkbar, die Höhe der Besteuerung von Cannabisprodukten vom THC-Gehalt abhängig zu machen. Denkbar wäre etwa eine Bildung von Steuerklassen, z.B. Produkte mit THC-Gehalt von weniger als fünf Prozent, von fünf bis fünfzehn Prozent, von mehr als 15 Prozent etc. Dies ist zwar international bisher wenig üblich – in den USA etwa hat bisher nur der Staat Illinois eine solche Differenzierung des Steuersatzes in Abhängigkeit vom THC-Gehalt vorgenommen –, gleichwohl wäre dies möglich, um Produkte mit geringerem THC-Gehalt attraktiver zu machen. Zu Beginn der Legalisierung wäre es gleichwohl ratsam, das Cannabis-Steuersystem nicht zu komplex zu gestalten, sondern zunächst einmal Erfahrungen mit der Legalisierung zu sammeln und auszuwerten.

Konsequenzen für die Regulierung und Cannabis-Marktordnung¹¹

Hauptargument für die Legalisierung von Cannabis sind aus ökonomischer Sicht nicht die möglichen Steuereinnahmen oder Arbeitsplätze. Das wichtigste Argument ist vielmehr der verbesserte Jugend- und Gesundheitsschutz in einem legalen Markt. Bei der Ausgestaltung einer Marktordnung, die wirksamen Jugend- und Verbraucherschutz gewährleistet und den Schwarzmarkt möglichst schnell austrocknet, sollten daher u.a. folgende Punkte beachtet werden:

¹¹ Der folgende Abschnitt folgt Haucap und Knoke (2022), Warum und wie die Liberalisierung des Cannabis-Marktes in Deutschland erfolgen sollte, *Wirtschaftsdienst* 102, 32-39.

Erstens sollte die Legalisierung mit umfassender Information und Aufklärung über die gesundheitlichen Gefahren des Cannabis-Konsums einhergehen. Es darf nicht der Eindruck entstehen, der Konsum werde legalisiert, weil Cannabis ungefährlich sei.

Zweitens sollte die gesamte Wertschöpfungskette von Anbau über Verarbeitung bis zum Handel behördlich lizenziert werden. Lizenzverstöße müssen geahndet werden und gegebenenfalls auch mit einem Lizenzentzug sanktioniert werden. Eine flächendeckende Infrastruktur der zuständigen Behörden zur Vergabe von Lizenzen sowie der dazugehörigen Kontrollen der Lizenzen sollte zeitnah aufgebaut werden. Ratsam ist ein sich selbst finanzierendes System, sodass die Kosten für Kontrolle und ggf. auch Prävention durch Einnahmen aus Lizenzgebühren gedeckt werden.

Drittens sollte der Vertrieb zum einen über lizenzierte Fachgeschäfte erfolgen. Diese Geschäfte sollten ausschließlich Cannabis-Produkte vertreiben (und nicht etwa auch Bier und Chips), sie sollten von Minderjährigen nicht betreten werden dürfen (ähnlich wie Spielhallen), und sie müssen ein Informationsangebot über die gesundheitlichen Gefahren bereithalten. Zum anderen sollte auch Apotheken der Verkauf gestattet werden. Letzteres ist gerade für Gegenden relevant, in denen sich der Betrieb eigener Cannabis-Shops nicht rentieren mag. Wie internationale Erfahrungen zeigen, gelingt es umso schlechter, den Schwarzmarkt auszutrocknen, je weniger lizenzierte Verkaufsstellen es gibt. Zudem sollte sich der Kauf von Cannabis für Erwachsene nicht zu bürokratisch gestalten, da sich zu viele Konsumierende ansonsten Cannabis weiterhin auf dem Schwarzmarkt beschaffen.

Viertens sollte Cannabis besteuert werden. Die Steuer darf jedoch nicht zu hoch sein. Eine Cannabis-Steuer von 4 Euro pro Gramm wäre ein guter Start, damit Cannabis einerseits nicht zu günstig wird, andererseits aber auch nicht zu teuer. Ist Cannabis im legalen Handel zu teuer, wird es nicht gelingen den Schwarzmarkt auszutrocknen. Neben Grasblüten sollte für andere Produktsorten wie zum Beispiel Edibles analysiert werden, ob hier gegebenenfalls eine Wertsteuer oder eine Mischform einer Mengen- und Wertsteuer sinnvoll wäre. Es ist ebenfalls möglich, den THC-Gehalt zu berücksichtigen, etwa indem Cannabisprodukte je nach ihrem THC-Gehalt in zwei oder drei Gruppen eingeteilt werden, die dann unterschiedlich besteuert werden, wie etwa in Illinois und wie dies die FDP vorgeschlagen hatte. So könnten Konsumierende zu einem Kauf von Cannabis mit geringeren THC-Gehalt motiviert werden.

Fünftens sollte es eine Obergrenze für den Eigenanbau geben. In Colorado etwa sind sechs Pflanzen pro Person gestatte. Ohne Beschränkung kann ansonsten zu leicht ein unlizenziertes gewerbliches Angebot entstehen.

Sechstens sollte bereits frühzeitig eine Infrastruktur zur Evaluierung der Legalisierungseffekte aufgebaut werden. Es ist zwar zu begrüßen, dass die Bundesregierung vorschlägt, das Gesetz nach vier Jahren auf gesellschaftliche Auswirkungen zu evaluieren. Jedoch sollten beispielsweise die Epidemiologischen Suchtsurveys jährlich statt wie bisher im Drei-Jahres-Rhythmus durchgeführt werden sowie eine Bestandsverfolgung zur Ermittlung des Gesamtbedarfs in Betracht gezogen werden. Zudem sollten Cannabis-Daten vergleichbar zum „Cannabis Stats Hub“ in Kanada veröffentlicht werden.¹² Ganz wichtig ist zudem, dass bereits heute verlässliche, detaillierte Daten

¹² Vgl. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13-610-x/13-610-x2018001-eng.htm>, abgerufen am: 01.12.2021.

zum Cannabis-Konsum erhoben werden, um einen Vorher-Nachher-Vergleich zu ermöglichen.

Siebtens sollten Werberegeln für die Cannabis-Wirtschaft erlassen werden. Ob ein vollständiges Werbeverbot oder „lediglich“ bestimmte Werbeeinschränkungen (wie etwa bei Tabak) besser geeignet sind, den Problem-Konsum zum einen einzudämmen, zum anderen aber auch in legale Bahnen zu lenken, ist jedoch bisher offen und nicht zuverlässig auf Basis der verfügbaren Evidenz zu beantworten.

Mit einer solchen Marktordnung sollte es insgesamt jedoch gelingen, die negativen Konsequenzen des Cannabis-Konsums deutlich einzudämmen.

Staatlich kontrollierte Abgabe von Cannabis – Präventionsnotwendigkeiten aus suchtfachlicher Sicht

Wolfgang Rosengarten

Jahrzehntlang wurde in Deutschland die theoretische Auseinandersetzung über die Chancen bzw. Risiken einer staatlich kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken geführt. Nun soll erstmalig, wissenschaftlich begleitet, der Versuch starten in Deutschland die praktische Umsetzung zu gestalten.

Ein Vorhaben, das Anerkennung verdient, weil es darum geht einen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Kurswechsel in einer seit mehreren Jahrzehnten stark emotionalisierten und z. T. ideologisierten Debatte zu vollziehen. Ein neues gesetzliches Regelwerk, das hochkomplexe gesundheitspolitische, ordnungsrechtliche und steuerrechtliche Fragestellungen berücksichtigen muss, soll hierfür die Grundlage bieten.

Aus suchtfachlicher Sicht müssen dabei insbesondere die Themen Prävention und Jugendschutz in den Fokus gerückt und klare Forderungen zu deren Umsetzung formuliert werden.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen als Basis für effektiven Jugend- und Gesundheitsschutz fördern

Als Ziel des Gesetzesvorhabens wird u.a. der Jugendschutz und Gesundheitsschutz genannt. Bei der Erreichung dieses ambitionierten Zieles spielen effektive Präventionsaktivitäten eine Schlüsselrolle.

Präventionsmaßnahmen sind zu unterscheiden in verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen. Unter den Begriff Verhältnisprävention fallen *strukturelle Maßnahmen*, die gesundheitsförderliche Verhältnisse begünstigen (z.B. eingeschränkte Verfügbarkeit durch Altersgrenzen bei Alkohol oder Zigaretten). Die Verhaltensprävention bezieht sich auf das *individuelle Gesundheitsverhalten* eines einzelnen Menschen und soll dessen Gesundheitskompetenz stärken, indem Risikofaktoren (z.B. gesundheitsschädlicher Umgang mit Alkohol) reduziert werden.

A Verhältnisbezogene Präventionsmaßnahmen

Viele der öffentlich diskutierten Präventionsthemen in Zusammenhang mit der Abgabe von Cannabis (Zugangsbeschränkungen, Altersfreigaben, Werbeverbote etc.) gehören in den Bereich der verhältnisbezogenen Präventionsmaßnahmen. Da viele dieser Punkte im Gesetz geregelt werden sollen, entfalten sie zeitgleich mit dem Gesetzesstart ihre Wirkung.

Am Beispiel des Geschäftsmodells der Verkaufsstellen soll aufgezeigt werden, wie wichtig zentrale verhältnispräventive Entscheidungen gerade aus suchtfachlicher Sicht sind.

Internationale Befunde zeigen, dass, egal wie die Regulierungsmodelle in den jeweiligen Ländern ausgestaltet sind, gewinnorientiert arbeitende Verkaufsstellen unbedingt verhindert werden sollten. Der Zielkonflikt zwischen guten Geschäftserträgen und einem sensiblen Umgang mit einem gesundheitlich nicht ganz unbedenklichen Produkt ist evident.

In den USA bildet z.B. die kaum gezügelte Kommerzialisierung des Verkaufsgeschehens die Grundlage für eine inzwischen schier unübersehbare Ausweitung der Produktpalette THC-haltiger Produkte und Darreichungsformen. Jugend- und Gesundheitsschutz sind unter diesen Bedingungen schwer zu realisieren. Kanada hatte versucht eine solche Fehlentwicklung durch eine Zielfokussierung der Legalisierung auf Public Health und durch entsprechende, gesetzlich festgelegte, verhältnispräventive Maßnahmen zu vermeiden. Inzwischen hat der Druck in Richtung Kommerzialisierung seitens der Cannabisindustrie auf die Regierung jedoch derartige Ausmaße angenommen, dass die getroffenen Regulierungsmaßnahmen erodieren.

In Deutschland macht die Suchthilfe im Bereich Glücksspiel seit Jahren bezüglich Interessenkonflikten von Anbietern leidvolle Erfahrungen. Hier wird der Zielkonflikt von Glücksspielanbietern zwischen den gesetzlichen Vorgaben zur Prävention und der Gewinnorientierung der Spielstätten dahingehend „gelöst“, dass der Prävention in der Regel eher eine Feigenblattfunktion zukommt, weil ernsthaftes präventives Handeln zu eklatanten Umsatzeinbußen führen würde.

Deutschland sollte bei der Cannabisabgabe nicht den gleichen Fehler machen. Als Alternative für privatwirtschaftlich geführte Verkaufsstellen bieten sich z.B. das in der kanadischen Provinz Quebec erfolgreich etablierte Modell der staatlich geführten Verkaufsstellen an.

Während bei Anbau und Handel, begleitet durch gesetzlich definierte Rahmenbedingungen, Marktgesetze durchaus zur Anwendung kommen können, ist aus Public-Health-Gründen bei den Verkaufsstrukturen unbedingt auf gewinnorientierte Geschäftsmodelle zu verzichten.

Das von der Bundesregierung vorrangig betonte Ziel der Gesetzesänderung, nämlich den Gesundheits-, Jugend- und Verbraucherschutzes sicherzustellen, muss sich deshalb als *verhältnispräventives* Merkmal unbedingt auch in den *wirtschaftlichen* Strukturmerkmalen der Verkaufsstellen wiederfinden.

B Verhaltenspräventive Maßnahmen

Um die im Rahmen der Gesetzesänderung geäußerte unabdingbare Forderung nach begleitenden umfassenden Maßnahmen im Bereich der Verhaltensprävention zu erfüllen, sind die Erfahrungen und Kompetenzen der Suchthilfe unverzichtbar.

Sollen Maßnahmen der Verhaltensprävention zum Gesetzesstart vorhanden sein, müssen diese, im Unterschied zu verhältnispräventiven Maßnahmen, im Vorfeld entwickelt werden und hierfür die benötigten Ressourcen zur Verfügung stehen. So bedarf es umfassender Informationen und Aufklärung über die gesundheitlichen Gefahren des Cannabiskonsums, um einem möglichen Eindruck entgegenzuwirken, der Konsum werde legalisiert, weil Cannabis ungefährlich sei. Aufgrund der geänderten Gesetzeslage müssen ferner die Themen risikoreduzierende Verhaltensweisen und Konsumformen und Risikokompetenz in den Präventionsmaßnahmen einen größeren Raum einnehmen.

Bei der Konzeptionierung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen sind folgende Aspekte zu berücksichtigen.

1 Diversität der Zielgruppen und ihrer speziellen Bedarfe beachten

Verhaltensbezogene suchtpreventive Maßnahmen richten sich an ganz unterschiedliche Zielgruppen. Die einzelnen Maßnahmen müssen diese Erfordernisse und Bedürfnisse berücksichtigen:

- Bei **Jugendlichen stehen** Aufklärung zu Themen wie Altersfreigabe, der rechtlichen Situation sowie Gefährdungspotentiale für Jugendliche im Mittelpunkt. In Programmen zur Lebenskompetenz ist die Vermittlung von Risikokompetenz ein wichtiges fachliches Element.
- **Eltern** benötigen Beratungsgespräche und Informationen, um Verunsicherungen in ihrem Erziehungsalltag abzubauen.
- **Erwachsene Neu- und Gelegenheitskonsument*innen** bzw. **Wiedereinsteiger** werden Cannabis aufgrund der Straffreiheit erstmalig oder gelegentlich konsumieren.

Diese „neuen“ Zielgruppen benötigen Informationen und Hinweise zu Safer Use und Harm-Reduction. Gerade bei Wiedereinsteigern, die in einem früheren Lebensabschnitt schon einmal Cannabis konsumiert haben, jetzt aber, aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters, vielleicht zusätzlich regelmäßig Medikamente nehmen, kann Cannabis eine ungewohnte Wirkung entfalten.

- Für **Konsument*innen mit bereits problematischen Konsummustern** sind Angebote der Frühintervention hilfreich, die an der Schnittstelle Jugendarbeit und Suchthilfe angesiedelt sind und auch die Familien mit einbeziehen.
- Neben Einzelpersonen bilden **Institutionen** eine wichtige Zielgruppe.
 - **Schulen** sowie **Einrichtungen der Jugendhilfe** und des **erzieherischen Jugendschutzes** z.B. werden einen hohen Informations- und Diskussionsbedarf haben. Der Konsum für Jugendliche wird zwar weiterhin verboten bleiben, gleichwohl werden Grenzüberschreitungen und Nichtbeachtung der gesetzlichen Regelungen von Jugendlichen zu zusätzlichen Auseinandersetzungen und Fragen führen.

- o Steigenden Beratungs- und Informationsbedarf werden *auch Alten- und Pflegeheime* anmelden. Die Gruppe von Personen, die als Erwachsene langjährig Cannabis konsumiert haben und dieses auch in Alten- und Pflegeheimen beibehalten wollen, werden die Betreiber vor neue Herausforderungen stellen.

2 Maßnahmen und Konzepte überprüfen und weiterentwickeln

Es gibt bereits eine Vielzahl von Maßnahmen, Angeboten und Programmen zur Cannabisprävention, die seitens der Suchthilfe bzw. den Suchtpräventionsstellen in Deutschland angeboten werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA unterstützt mit massenmedialen Offerten und bietet Materialien und Selbsthilfeeangebote im Netz¹.

Die bereits vorhandenen Cannabispräventionsangebote und -konzepte sind vor dem Hintergrund einer neuen gesetzlichen Rahmenbedingung zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Es sind von den Fachkräften aber auch neue Konzepte zu erarbeiten. Bei diesen ist unbedingt darauf zu achten, dass die vorliegenden Erkenntnisse einer evidenzbasierten Suchtprävention Berücksichtigung finden (siehe Memorandum zur evidenzbasierten Suchtprävention²).

3 Vorgehen abstimmen, um Effekte zu potenzieren und Ressourcen zu schonen

Um Ressourcen zu schonen und die Präventionseffekte zu verstärken, ist ein bundesweit abgestimmtes Vorgehen bei den Präventionsaktivitäten sinnvoll. In einem Gremium mit Vertreter*innen der Bundesebene, der Länder sowie der Suchthilfe und Suchtpräventionsorganisationen sollte eine gemeinsame Strategie entwickelt und eine Aufgabenteilung vorgenommen werden.

Denkbar wäre z.B. eine bundesweite mediale Kampagne, die mit den fachlichen Aktivitäten vor Ort verzahnt ist, um die Arbeit auf der kommunalen Ebene zu unterstützen. Mit einer solchen Kampagne könnten, im Sinne einer massenmedialen Präventionsmaßnahme, zentrale Botschaften und Informationen adressiert werden. Z.B.

- Der Cannabiserwerb für Erwachsene wird nicht gesetzlich ermöglicht, weil Cannabis generell ungefährlich ist. Es geht vielmehr um Verbraucher*innen- und Gesundheitsschutz durch kontrollierte Produkte und eine Entlastung von Polizei und Justiz sowie die Entstigmatisierung von Konsument*innen.
- Die kontrollierte Abgabe an Erwachsene bedeutet keine umfängliche Freigabe von Cannabis (der Besitz nicht geringer Mengen und Handel bleiben weiterhin strafbar).
- Das gesundheitliche Gefährdungspotential von Cannabis bei vulnerablen Gruppen ist unbestritten. Zu diesen Gruppen zählen auch Jugendliche. Weil Cannabis

¹ Z.B. <https://www.drugcom.de> oder <https://www.quit-the-shit.net/>

² Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. Köln.

deshalb nicht für Minderjährige bestimmt ist, gibt es eine Altersgrenze für den Erwerb.

Auch eine zentrale bundesweite Homepage mit umfassenden Informationen und einer FAQ-Liste würde die Arbeit der Einrichtungen vor Ort unterstützen (z.B. analog der offiziellen Regierungsseite in Kanada: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis.html>).

4 Nachhaltige Finanzierungsstrukturen für die Arbeit vor Ort etablieren

Die seitens der Länder und der Kommunen derzeit zur Verfügung stehenden Mittel für Suchtprävention und Frühintervention reichen für die anstehende umfangreiche Erweiterung des Aufgabenumfanges keinesfalls aus.

Vor dem Hintergrund der erwartbaren Steuereinnahmen durch den lizenzierten Verkauf von Cannabis ist es unabdingbar, dass sich der Bund mit einer entsprechenden zusätzlichen Finanzierung für die aufgewachsenen Aufgabenstellungen im Bereich der Cannabisprävention und der Suchtberatung für problematisch konsumierende Cannabisgebraucher*innen engagiert, damit die Fachlichkeit der Suchthilfe auch bei den neuen Herausforderungen ihre Wirkung entfalten kann. Die Bereitstellung zusätzlicher Mittel, die der Bund über die Länder den Trägern auf der kommunalen Ebene zur Verfügung stellen muss, kann jedoch nicht erst beginnen, wenn die potentiellen Steuereinnahmen aus dem Cannabisverkauf realisiert sind, um daraus diese zusätzlichen Maßnahmen und Angebote zu finanzieren. Sie müssen bereits im Vorfeld der Gesetzesänderung zur Verfügung stehen, damit bereits in dieser Phase entsprechende Präventionsmaßnahmen starten können.

Für den „Regelbetrieb“ braucht es dann einen praxistauglichen Modus, wie die aus den Steuereinnahmen generierten zusätzlichen Mittel der Arbeit vor Ort kontinuierlich und verlässlich bereitgestellt werden. Dies könnte z.B. im Gesetz durch einen festgelegten Prozentsatz/Festbetrag der Steuereinnahmen für suchtpreventive Maßnahmen vor Ort realisiert werden.

Fazit

Geänderte (gesetzliche) Rahmenbedingungen haben stets Auswirkungen auf das individuelle Verhalten. Verhältnis- und Verhaltensprävention müssen deshalb als Policy-Mix ineinandergreifen.

In Deutschland sind bislang effektive verhältnispräventive Maßnahmen bei den legalen Suchtmitteln Alkohol und Tabak sowie beim Glücksspiel kaum vorhanden. Die Politik vermeidet aufgrund der wirtschaftlichen Interessen der jeweiligen Anbieter wirksame regulatorische Maßnahmen, die zu einem Rückgang des Konsums führen würden.

Stattdessen werden verhaltenspräventive Maßnahmen favorisiert, die auf einen verantwortungsvollen Umgang des Einzelnen mit den Suchtmitteln abzielen. Aufgrund ihrer nur punktuellen Erreichbarkeit der Bevölkerung, können sie keine flächendeckenden Effekte bewirken. Wird allerdings über verhältnispräventive Maßnah-

men das „Setting“ verändert, steigen auch die Chancen, dass verhaltenspräventive Maßnahmen flächendeckende Effekte realisieren.

Aus suchtfachlicher Sicht sind deshalb bei der Cannabisabgabe unbedingt umfassende und effektive verhältnispräventive strukturelle Maßnahmen einzufordern, die die verhaltenspräventiven Angebote der Suchthilfe unterstützen. Nur im Verbund mit wirksamen Maßnahmen der Verhältnisprävention können die verhaltenspräventiv ausgerichteten Angebote der Suchtpräventions- und Suchtberatungsstellen einen wirkungsvollen Beitrag leisten, das Vorhaben eines staatlichen Regulierungsmodells fachlich zu unterstützen. Dabei können die mit der Gesetzesänderung verbundenen individuellen Risiken nur begrenzt werden, wenn die Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe auch mit den hierfür benötigten Ressourcen ausgestattet werden.

Die regulatorischen Maßnahmen bei der Cannabisabgabe dürfen sich nicht an den, aus suchtfachlicher Sicht, laxen Regelungen bei Alkohol, Tabak und Glücksspiel orientieren. Gesundheitspolitisch ist vielmehr zu fordern, dass die gesetzlichen Regelungen, die für die Cannabisabgabe eingeführt werden, auch auf den Umgang mit Alkohol, Tabak und Glücksspiel übertragen werden.

Es stimmt in diesem Zusammenhang zuversichtlich, dass der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, Burkhard Blienert, es für erforderlich hält, z.B. die Werbung für Alkohol, Tabak und Glücksspiel einzuschränken.

Cannabislegalisierung in Deutschland – Anforderungen und Konsequenzen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention

Lioba Krüger-Losenke

Die mit großer Wahrscheinlichkeit bevorstehende Cannabislegalisierung in Deutschland führt bereits vor ihrer endgültigen Umsetzung auf vielen Seiten zu Diskussionen, Spekulationen und Befürchtungen. Insbesondere Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe befassen sich bereits jetzt mit den möglichen Konsequenzen im Hinblick auf die Arbeit mit den konsumierenden Menschen und stellen sich die Frage, welche Folgen die Legalisierung von Cannabis für die Arbeit mit und für die Klient*innen selbst haben wird. Die mögliche Notwendigkeit der Anpassung konzeptioneller Überlegungen steht der Frage gegenüber, ob die geplante Gesetzesänderung bereits erprobte und angewandte Konzepte stützt bzw. deren Einsatz erleichtert. Gleichzeitig ist es von immenser Wichtigkeit, Befürchtungen, die teils auch die Fachkräfte begleiten, zu thematisieren und anhand von wissenschaftlichen Erkenntnissen eine Meinungsbildung zu unterstützen.

In der Diskussion werden Schwierigkeiten, die seit Jahren in der Arbeit mit Suchtmittel konsumierenden Menschen bestehen, deutlich. Die Repression erschwert von jeher akzeptanzorientierte Ansätze. Die erfolgte Abwendung vom Abstinenzparadigma wird in methodischen und konzeptionellen Ansätzen der Sozialen Arbeit deutlich und ermöglicht eine größtmögliche Partizipation der Ratsuchenden an der Zielsetzung des Hilfeprozesses. Aufgrund gesetzlicher Vorgaben ist es bislang nicht möglich diesen Ansatz in der Arbeit mit den Klient*innen vollumfänglich zu verfolgen. Die Beratung, im Hinblick auf eine Risikominimierung, beziehungsweise Konsumreduktion, lässt sich oft nicht mit gesetzlichen Vorgaben, zum Beispiel der Weisung des Gerichts, der* die Klient*in möge den Cannabiskonsum gänzlich einstellen, vereinbaren. Dieser Konflikt der Fachkraft kann dazu führen, dass Klient*innen Hilfsangebote nicht oder nur gehemmt in Anspruch nehmen. Durch die Bestrafung der konsumierenden Menschen, wie sie in der aktuellen Gesetzgebung vorgesehen ist, kommt es vermehrt zu einer massiven Verschlechterung der psychosozialen Situation der Konsumierenden durch zum Beispiel Arbeitsplatzverlust oder Entziehung der Fahrerlaubnis. Diese Strafen bedeuten immer tiefe Einschnitte in die jeweilige Lebensbiografie und können schlimmstenfalls Ressourcen, die sich protektiv im Hinblick auf eine Suchtentwicklung auswirken könnten, zerstören. Daher würde eine Legalisierung von Cannabis nicht nur die Arbeit der Fachkräfte erleichtern, sondern auch die psychosoziale Situation der Konsument*innen verbessern.

Die Konsument*innen werden nach einer Legalisierung von Cannabis davon profitieren, dass der nachhaltige Abschied vom Abstinenzparadigma, bestenfalls über die niedrigschwellig Suchthilfe hinaus, dazu führt, dass der Zugang zu Behandlungen im Rahmen der Psychotherapie und der medizinischen Rehabilitation auch Menschen ermöglicht wird, die nicht die Abstinenz, sondern die Reduktion ihres Konsums anstreben oder ihren Konsum gar nicht verändern wollen.

Kritiker*innen äußern nach wie vor Bedenken im Hinblick auf diese Legalisierung von Cannabis, da es sich bei Cannabis um eine Einstiegsdroge handle. Sie befürchten, dass sich die Zahl derer, die härtere Drogen konsumieren, erhöht und dass auch eine Zunahme der Anzahl jugendlicher Konsument*innen erfolgt.

Bezogen auf die Einstiegsdrogentheorie gibt der epidemiologische Suchtsurvey 2015 keine Anhaltspunkte dafür, dass Cannabis konsumierende Menschen langfristig auch andere Drogen konsumieren. Dem Bericht zu entnehmen ist, dass in den letzten 12 Monaten nur 13,6% der Cannabiskonsument*innen auch Amphetamine konsumierten. Jedoch haben von den Amphetaminkonsument*innen 78,6% ebenfalls Cannabis konsumiert. 3,5% der Cannabiskonsumierenden konsumierten ebenfalls Heroin (Seitz et al., 2019). Der Bericht gibt demnach keinen Hinweis darauf, dass es sich bei Cannabis um eine Einstiegsdroge handelt. Demnach erscheint eine Trennung der Drogenmärkte in diesem Zusammenhang als sinnvoll.

1995 berichtete die niederländische Regierung, dass nur sehr wenige junge Menschen einen problematischen Drogenkonsum entwickelten. Generell beobachteten sie einen Rückgang der Anzahl von Konsument*innen harter Drogen (wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, 2019)

Beobachtungen aus anderen Ländern zeigen ferner, dass es in der Altersgruppe der jüngeren Konsumierenden zu keiner Erhöhung der Konsumhäufigkeit kam. In Kanada stieg die Anzahl der Cannabiskonsumierenden der Altersgruppe der über 25-jährigen. Bei den Jugendlichen Konsument*innen blieben die Zahlen jedoch unverändert. In Portugal reduzierte sich, seit der Umsetzung der Entkriminalisierung aller Drogen, die Zahl der drogenbedingten Todesfälle von 268 im Jahr 2000 auf 22 im Jahr 2013. Ebenso sank die Zahl derer, die Drogen injizieren, um mehr als 40%. In einigen US-Bundesstaaten konnte beobachtet werden, dass die Legalisierung von Cannabis nicht dazu führte, dass die Substanz von Jugendlichen als weniger gefährlich eingeschätzt wird. In Belgien kam es zu einer Reduktion der Lebenszeitprävalenz bei den 15–16-Jährigen von 31% auf 24% in den Jahren von 2003 – 2011 (wissenschaftliche Dienste des Bundestags, 2019). Somit ist nicht zu erwarten, dass sich die Zahl der (jugendlichen) Konsument*innen in Deutschland nach einer Legalisierung von Cannabis erhöht.

Die Legalisierung von Cannabis in Deutschland sollte wissenschaftlich begleitet werden, insbesondere im Hinblick auf die Möglichkeit, alle illegalen Drogen in Deutschland zu legalisieren. Durch die Trennung der Drogenmärkte konnte in den Niederlanden ein Rückgang derer verzeichnet werden, die weitere illegale Drogen konsumieren. Ursächlich dafür wurde die nicht mehr vorhandene Griffnähe zu anderen Drogen benannt (wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, 2019). Auch ein effektiver Jugendschutz kann nur dann gewährleistet werden, wenn Jugendlichen der Zu-

gang zu Cannabisprodukten, zum Beispiel durch den Rückgang des Schwarzmarktes, nicht ermöglicht wird.

Bei der Arbeit mit den Konsument*innen wird es nach der Legalisierung von Cannabis in Deutschland zu inhaltlichen und konzeptionellen Veränderungen kommen, beziehungsweise wird die Legalisierung diese anstoßen. Durch die kontrollierte Abgabe von Cannabis sind auch die Konsument*innen für die Fachkräfte der Suchthilfe einfacher zu identifizieren und können somit zielgerichtet aufgesucht werden. Niedrigschwellige Zugänge, wie zum Beispiel Streetwork oder das Betreiben von Konsumräumen und Kontaktcafés ergänzen bereits jetzt die „Komm-Struktur“ der Hilfsangebote. Die Eröffnung von lizenzierten Abgabestellen könnte eine Herabsetzung des Eintrittsportals zum Suchthilfesystem darstellen. Dies gewährleistet eine frühe Erreichbarkeit der Konsument*innen. Es ist bislang strittig, ob sich die Zahl derer, die Hilfsangebote in Anspruch nehmen, nach der Legalisierung erhöhen wird. Maßgeblich werden dabei die Weitergabe von Informationsmaterialien und die Information über Unterstützungsangebote sein. Diese sollten durch die lizenzierten Abgabestellen gefördert werden.

Die Arbeit der Suchtprävention könnte unter der Gesetzesnovellierung erleichtert werden, da sie bislang auf definierte Gruppen angewiesen war, um Zugang zu Zielgruppen zu gewährleisten (Schulklassen, Angehörige usw.). Erfahrungen mit der aufsuchenden Suchtprävention als Interventionsoption sind bereits vorhanden und könnten durch die vereinfachte Identifizierung der Klient*innen ausgebaut werden. Von großer Wichtigkeit ist hierbei das Angebot von Psychoedukation im Hinblick auf Konsumformen, Suchtentwicklung, risikoarmen Konsum und Substanzwissen außerhalb von Kliniken und Beratungsstellen im peerbezogenen Kontext (Krüger-Rosenke, 2022).

Wünschenswert wäre die Evaluation bereits gut etablierter Programme wie FreD (Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsument*innen, <https://www.lwl-fred.de/de/>) oder Skoll (Selbstkontrolltraining, <https://www.skoll.de/>) unter Berücksichtigung neuer Zugangswege. Eine weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit wird es sein, die Bevölkerung hinsichtlich Substanzwirkung, Risiken des Konsums, Suchtentwicklung und über risikoarme Konsumformen zu informieren. Dabei sollte eine Auflösung der Unterscheidung zwischen den verschiedenen Substanzen erfolgen und die Priorität auf die Entwicklung einer Drogenmündigkeit liegen. Durch die bereits gemachten Erfahrungen kann festgestellt werden, dass soziale Arbeit die zuvor genannten Aufgaben und Aufträge bereits erfüllt und es somit zu einer problemlosen Anpassung an die veränderte Gesetzeslage kommen wird.

Unterstützung im Hinblick auf den Zugang von Jugendlichen zum Hilfesystem erhält die Soziale Arbeit von jeher durch aufgebaute Kooperationsstrukturen mit Jugendamt und Jugendschutz, Strafverfolgungsbehörden, Jugendgerichtshilfen, Staatsanwaltschaften und Gerichten. Diese Möglichkeit sollte trotz einer Legalisierung auch zukünftig weiterbestehen.

Die Sozialarbeitenden, die in der Suchthilfe beschäftigt sind, verfügen über große Fachexpertise bezogen auf die psychosoziale Situation der drogengebrauchenden Menschen und deren Lebenswelt und begleiten sie in jeder Phase des Hilfeprozesses.

Eine Einbindung der Fachkräfte der Sozialen Arbeit bei der Erstellung der Gesetzesvorlage zur Legalisierung von Cannabis in Deutschland ist deutlich angezeigt, um die damit verbundenen Ziele verlässlich erreichen zu können.

Existenziell ist jedoch die sichere Weiterführung der Suchthilfeangebote. Ein Fortbestehen dieser kann nur durch eine Finanzierungssicherheit erreicht werden. Daher ist es von immenser Wichtigkeit die Angebote der Suchthilfe und Suchtprävention als kommunale Pflichtversorgung in den Städten und Gemeinden langfristig gesetzlich zu verankern.

Literatur

- Krüger-Rosenke, L. (2022). Legalisierung von Cannabis unterstützt Prävention und Suchthilfe – wenn es gut gemacht wird! Eine Perspektive Sozialer Arbeit. In Univ.-Prof. Dr. M. Poltrum, et al. (Hrsg.), *Rausch Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, Themenschwerpunkt: Cannabis-Legalisierung (11. Jhg. Heft 3/4-2022). Lengerich: Pabst Science Publishers
- Seitz, N.-N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019). *Kurzbericht epidemiologischer Suchtsurvey 2015* (Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerschließung und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018). München: IFT-Institut für Therapieforschung.
- Stöver, H. (2008). Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit. Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien. In R. Anhorn, F. Bettinger & J. Stehr (Hrsg.), *Sozialer Ausschluss und soziale Arbeit, Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit* (2., überarb. und erw. Aufl., S.335-354). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags. (2019). Legalisierung von Cannabis. Auswirkungen auf die Zahl der Konsumenten in ausgewählten Ländern (WD 9-3000-072/19). Berlin

Dem Rausch Raum schaffen – risflecting® als Rahmen für Rausch- und Risikobalance

Martin Dworak

An der Rauschquelle

Menschen sind rauschsuchend, bereits von Kindesbeinen an. Schon die ersten Rausch-erfahrungen sind mit Risiko verbunden – im Kreis drehen bis zum Umfallen, wildes Raufen, das faszinierte Spiel mit dem Feuer... All das birgt nicht nur das Risiko von Verletzungen, sondern ist ein enorm wichtiges Entwicklungsfeld (Sandsetter & Kennair, 2011). Dabei spielt das Belohnungszentrum eine zentrale Rolle, indem es schon kleinen Kindern einen Rausch verschafft, der sie mit der Motivation versorgt, es nochmal zu versuchen, während der Rest der Welt in den Hintergrund tritt.

Die Suche nach intensivem Erleben hält ein Leben lang an. Rausch entspringt unterschiedlichsten Quellen, von psychoaktiven Substanzen, über intensive Sinneseindrücke und körperliche Anstrengung, bis hin zu sozialen Dynamiken (Koller, 2003, Slingerland, 2021, Kotler & Wheal, 2018).

Rausch, Risiko und Gefahr

risflecting® nimmt das Bedürfnis nach außeralltäglichem Erleben wahr und unterscheidet dabei zwischen **Risiko** als beeinflussbarem Entwicklungsraum und **Gefahr** als zu vermeidender Bedrohung.

In Risikosituationen wird der Körper mit hochwirksamen körpereigenen Substanzen durchflutet, die wiederum Rausch hervorrufen können. Der Rausch als “[...] *prozesshafte Veränderung sinnlicher und sozialer Wahrnehmung hinsichtlich Eindrücken, Emotionen, Grenzen und Konventionen* [...]” (Koller, 2012) trägt auch immer Risiko in sich, da die gewohnte Kontrolle des Alltäglichen aufgegeben wird. Diese wechselseitige Verbindung von Rausch und Risiko ist im Körper angelegt und in den Strukturen des menschlichen Gehirns abgebildet (Kotler & Wheal, 2018).

Cannabis steht in Deutschland kurz davor, zu einer legalen Rauschquelle zu werden. Aktuelle Forschungsergebnisse dokumentieren, dass es sich um keine harmlose Substanz handelt, sondern bewussten Umgang erfordert (Hoch et al., 2019). Cannabis wird jährlich von mehr als 3 Millionen Menschen in Deutschland konsumiert, wobei der Bezug über den Schwarzmarkt zusätzliche Gefahren mit sich bringt (Weichhart & Weißensteiner, 2022, FDR, 2019).

Die Verhinderung von Schäden durch Konsum von Cannabis (harm reduction) ist ein wesentlicher Aspekt in der Debatte. Hier liegt auch der unmittelbare gesundheit-

liche Nutzen, denn als Medikament scheint Cannabis weit hinter den (teils sehr hohen) Erwartungen zu bleiben (Hoch et al., 2019). Die Aufmerksamkeit hauptsächlich auf die Unterscheidung von riskantem Freizeitkonsum und nützlichem Medikament zu legen, klammert einen wichtigen Teil aus: das im Menschen angelegte Bedürfnis, Rausch zu erleben.

Die Zeit der ersten Male

Dabei handelt es sich keineswegs um pathologische Auswirkungen eines misslungenen Lebens. Im Gegenteil, wie die Flow Forschung zeigt, tragen positiv integriertes Rauscherleben und damit einhergehende Verbundenheitserfahrungen wesentlich zu Lebensqualität und Gesundheit bei (Csikzentmihalyi, 2008, Kotler & Wheal, 2018). Menschen ziehen aus Rauscherlebnissen Nutzen abseits von medizinischer Wirkung, der sich nicht einfach ersetzen oder ignorieren lässt (Koller, 2003, Slingerland, 2021.)

Bei Jugendlichen trifft die Legalisierung auf ein Dilemma: gerade in der Zeit wo Cannabis am verlockendsten erscheint, liegen auch die größten Gefahren. Jugendliche sind vor allem bei regelmäßigem Konsum von der Gefahr langfristiger und irreparabler Schädigungen betroffen, was bei Erwachsenen aufgrund der abgeschlossenen Gehirnentwicklung weitaus weniger der Fall ist (Hoch et al., 2019).

Dennoch werden Jugendliche auch nach der Legalisierung zur Rauschquelle Cannabis greifen. In der Jugendphase verändert sich das Gehirn in einer Weise, die den Hunger nach Intensität wachsen lässt, während die Fähigkeit zur Steuerung des eigenen Verhaltens sich erst gemächlich entfaltet. Das braucht es auch, um all die Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, die auf dem Weg durch die Adoleszenz liegen (Blakemore, 2018). Hier helfen weder vernünftige Appelle noch Strafdrohungen. Aus der Sicht Jugendlicher erscheinen sie als rauschfeindliche Verbotspolitik, während sich Erwachsene nun bald legal bekiffen dürfen.

Vielversprechender ist die Begleitung auf Augenhöhe, die es vermag Beziehungen einzugehen, Vertrauen aufzubauen und bei der Entwicklung eines gesunden Umgangs mit Rauschquellen zu unterstützen. Ein wesentlicher Faktor ist dabei, sie nicht als zu bespielende oder zu treffende Zielgruppe zu sehen. Sondern als Dialoggruppe zu verstehen, die Wesentliches über die eigene Lebenswelt und den Umgang mit darin enthaltenen Rauschquellen zu sagen hat.

Drei Kulturtechniken, um den Rausch zu rahmen

Rausch- und Risikobalance ist ein dynamischer Prozess des sozialen Miteinanders, in dem Vorbereitung, Erleben und Nachbereitung ineinandergreifen. risflecting® hat drei Kulturtechniken formuliert, die diesen Prozess rahmen:

- **break** – gewähltes Risiko durch die Wahrnehmung von Set und Setting und die Nutzung von aufbereitetem Wissen.
- **relate** – resonante Beziehungen suchen, die über das eigene Wohl hinaus das Wohl des Anderen ermöglichen
- **reflect** – Erlebnisse durch Reflexion zu Erfahrungen formen und daraus Veränderung ableiten

Vorbereitung – Der Weg an die Schwelle

Die vernunftgesteuerte Kontrolle beginnt in der Vorbereitung einen Rahmen zu setzen, in dem der Verlust von Kontrolle zwar ins Risiko, nicht aber in die Gefahr führt. Es sind Checklisten, Safer Use Guidelines, Trinkwasserversorgung, Mitfahrgelegenheit, Dosierung, Routenplanung..., in denen sich die logisch planende Vernunft äußert. Je nach Rauschquelle auf andere Art.

Hier beginnt **relate**, die Vorbereitung ist gleichzeitig Beziehungsaufbau. Das Gestalten und Verschicken von Einladungen, die gemeinsame Vorbereitung eines gemütlichen Chillout-Raums, das Kochen von gutem Essen, die Säuberung der Wasserpfeife und all die Gespräche, die dabei stattfinden, tragen dazu bei, dass die Situation an Bedeutung gewinnt. In dieser aktiven Auseinandersetzung wird Resonanz möglich, was das Erleben maßgeblich verändert (Rosa 2018, Hari 2018).

Über die Schwelle...

Der **break** markiert als Bruch im Tun dabei eine Schwelle, bei der die Vorbereitung mit einem bewussten Akt der Selbstdisziplinierung ins Rauscherleben übergeht oder darauf verzichtet wird. Das selbstvergessene Eintauchen in den Rausch, der Sprung ins Risiko und die gelungene Rückkehr in den Alltag werden dadurch oft erst möglich.

Als bewusster Entscheidungsakt verbindet der **break** die drei Ebenen Verstand – Soziales – Existenz miteinander. Das ist kein nüchterner Verstandesakt reiner Vernunft, sondern bringt logisches Denken mit gefühlter Verbundenheit und der Wahrnehmung von instinktiven Körpersignalen zusammen.

Durch den bereits investierten Aufwand besteht schon ein Sog hin zum Rauscherleben. Die Vernunft muss an dieser Stelle also in aufbereiteter Form zur Verfügung stehen, um eine Stimme zu bekommen, die gehört wird. Etwa als "Stop or Go Karte" zur Entscheidungshilfe an der Schwelle zum Powderrausch abseits der Piste (ÖAV, 2020). Oder als leicht anwendbare Safer Use Grundsätze, wenn der Gin Tonic ausgepackt wird (Suchtprävention NÖ, 2019).

...zum Erleben

Je intensiver der Rausch, desto mehr schwindet der Einfluss der Vernunft. Hier zeigt sich die Phase der Vorbereitung in ihrer wesentlichen Bedeutung für gelungene Rausch- und Risikobalance. Der vorher gestaltete Rahmen gibt Grenzen vor, um Risiko von Gefahr zu trennen. Es sind die vor dem Rausch aufgebauten Beziehungen zum sozialen Umfeld (Freunde), dem Raum, der Rauschquelle..., welche durch den Rausch hindurchtragen und Sicherheit geben. Gleichzeitig dient der Rausch dazu, Beziehungen zu festigen und damit die Grundlage für weiteren Zusammenhalt zu geben (Slingerland, 2021).

In der Phase des Erlebens spielt die Kulturtechnik **relate** eine zentrale Rolle im subjektiven Rauschempfinden. Wer spürt, dass die Risikosituation (egal ob Party oder Klettertour) mit einem selbst zu tun hat, wird intensiver erleben, selbst wenn die "Dosis" die gleiche ist.

Rückkehr und Erfahrungsschätze

Nach dem Rausch markiert Erschöpfung (der “Kater”) die Rückkehr der Normalität, begleitet vom Bedürfnis nach Ordnung und Erholung. Zurück in der Komfortzone tritt **reflect** in den Vordergrund und verbindet die Vernunft als analysierende und ordnende Kraft mit vielfältigen Arten des Ausdrucks (sprachlich, visuell, haptisch...). Bewusst werden angst- und stressfreie Settings geschaffen, die zur persönlichen Auseinandersetzung und zum Austausch mit Anderen einladen. Das ermöglicht nicht nur die angenehmen, sondern auch die verstörenden Anteile zu betrachten, die sich im Rausch gezeigt haben und gesehen werden wollen. Welche Geschichten sich eine Peer-group am Tag danach vom Erleben erzählt, ist bereits Teil der Vorbereitung für das nächste Mal.

Grundlagen schaffen und Existenz sichern

Gelungene Rausch- und Risikobalance ist ein gesellschaftliches Projekt, das nicht isoliert gelingt, sondern Miteinander. Die Orientierung an der Lebenswelt der jeweiligen Dialoggruppe und das damit verbundene Bestreben, anknüpfungsfähige Angebote zu bieten, braucht die Ergänzung durch gesellschaftliche und strukturelle Maßnahmen. Vor diesem Hintergrund sind auch die Empfehlungen von Fachverbänden zu sehen, die sich klar für die zweckgebundene Nutzung der durch Cannabis eingenommenen Steuermittel aussprechen (FDR, 2019, Weichhart & Weißensteiner, 2022).

Denn ein “...guter Rausch braucht eine gute Unterlage – und die ist allemal noch der gesellschaftliche Kontext, in dem wir leben und handeln.” (Koller, 2006).

Literatur

- Blakemore, S.J. (2018). *Das Teenager-Gehirn. Die entscheidenden Jahre unserer Entwicklung*. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.
- Csikzentmihalyi, M. (2008). *Das flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile im Tun aufgehen*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Dworak, M. (2016). *Parkour – risflecting® – Jugendarbeit. Sprünge wagen und landen*. <https://risflecting.eu/wp-content/uploads/2022/09/Parkour-risflecting-Jugendarbeit.pdf>
- FDR (2019). *Entkriminalisierung von Cannabiskonsument*innen und Ausgestaltung der Regulierung*. Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., Berlin.
- Hari, J. (2018). *Lost Connections – Why You’re Depressed and How To Find Hope*. Bloomsbury Academic. London.
- Hoch, E., Friemel, C.M. & Schneider, M. (2019). *Cannabis: Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis)*. Heidelberg, Springer Verlag.
- Koller, G. & Rögl, N. (2003). *Risflecting. Grundlagen, Statements und Modelle zur Rausch und Risikopädagogik*. Akzente Suchtprävention. Salzburg.
- Koller, G. (2006). Das Feuer hüten. Risflection – Ein Handlungsmodell zur Entwicklung von Rausch- und Risikopädagogik im Cannabiskonsum. In: H. Stöver (Hrsg.). *Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird?* Fachhochschulverlag. Frankfurt am Main. S. 36 – 48

- Koller, G. & Guzei, M. (2012). *spring... und lande. Landkarten für die Rausch- und Risikopädagogik*. Edition LIFEart. Seewalchen am Attersee.
- Kotler, S. & Wheal, J. (2018). *Stealing Fire. Spitzenleistung aus dem Labor*. Plassen Verlag, Kulmbach.
- ÖAV (2020) stop or go(c). https://www.alpenverein.at/portal/bergsport/sicheramberg/lawinenupdate/downloads/Stop_or_Go_Card_2020.pdf abgerufen am 26.9.2022
- Römer, L. (2020). Kletteraktionstag: "Risiko erleben – Hoch hinaus" in den Herbstferien. Suchtprävention Berlin Themenheft NO 60:10
- Rosa, H. (2016). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Suhrkamp Verlag, Berlin
- Sandseter, E.B.H. & Kennair, L.E.O. (2011) Children's risky play from an evolutionary perspective: The anti-phobic effects of thrilling experiences. *Evolutionary Psychology*, 9(2), 257-284
- Slingerland, E. (2021). *Drunk. How We Sipped, Danced, and Stumbled Our Way to Civilization*. Little Brown. New York.
- Suchtprävention NÖ (2019). Alkohol aber sicher! Arbeitsmaterialien für Jugendliche und junge Erwachsene. <https://www.fachstelle.at/alkoholmaterialienunterricht/>
- Weichhart, I. & Weißensteiner, M. (2022). Positionspapier Cannabis-Freizeitgebrauch. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung. https://www.suchtvorbeugung.net/downloads/ARGE_Positionspapier_Freizeitgebrauch_Cannabis.pdf

Frühintervention und Behandlung von Cannabisabhängigen.

Chancen und Herausforderungen einer zukünftigen Cannabisregulierung

Andreas Gantner

Einleitung

Seit Mitte der 90er Jahre ist die Prävalenz des Cannabiskonsums gestiegen und hat sich als „illegale Alltagsdroge“ in der Gesellschaft etabliert. Menschen mit einer Hauptdiagnose Cannabis sind seit 2014 in der deutschen Suchthilfestatistik an die Spitze der Betreuungsfälle gerückt (1). Auch Krankenhauseinweisungen in Folge einer cannabisbezogenen Störung sind in Deutschland in den vergangenen 20 Jahren um das 5-fache deutlich gestiegen (2).

Weder die bestehende Cannabisprohibition noch die Strafverfolgung konsumbezogener Delikte konnte diese Entwicklung wesentlich beeinflussen. Viele Befürworter der Legalisierung gehen eher davon aus, dass die Prohibition zur Problemverschärfung beigetragen habe, indem z.B. durch das Verbot und die drohende Kriminalisierung nicht rechtzeitig Hilfe aufgesucht würde und der Konsum und das Reden darüber tabuisiert bliebe.

Wie ist dann der Anstieg von Betreuungsfällen in den Hilfesystemen zu erklären? Es gibt bisher keine Hinweise oder Belege, dass die Zunahme durch einen Anstieg von gerichtlichen Auflagen oder Weisungen zu erklären wären. So ist z.B. auch im Therapieladen der Anteil von Klient*innen mit gerichtlicher Auflage (z.B. §35 „Therapie statt Strafe“) seit Jahren marginal und in den vergangenen Jahren eher gesunken. Eine genauere Untersuchung der Praktiken von gerichtlichen Auflagen und Weisungen aufgrund von „Cannabisdelikten“ in den verschiedenen Bundesländern wäre in dieser Hinsicht retrospektiv lohnenswert, auch im Hinblick auf die zukünftigen gesetzlichen Veränderungen.

Derzeit können nur Vermutungen angestellt werden, wieso heute wesentlich mehr Klient*innen mit cannabisbezogenen Störungen Hilfe in Anspruch nehmen.

Wir gehen hier von der Annahme aus, dass vier verschiedene Faktoren dazu beigetragen haben könnten.

1. Zunächst ist es plausibel davon auszugehen, dass durch die insgesamt gestiegene Prävalenz des Cannabiskonsums auch der Anteil derjenigen, die cannabisbezogene Störungen entwickeln, zunimmt. Die Wahrscheinlichkeit, mit Beginn des Cannabiskonsums eine Abhängigkeit zu entwickeln, liegt bei 9%, bei einem Einstieg

in der Adoleszenz steigt die Quote auf 17% (3). Selbstverständlich gibt es neben Konsum, Konsumfrequenz und Einstiegsalter noch zahlreiche andere Kontext- und Einflussfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit, eine Cannabisstörung zu entwickeln, erhöhen.

2. Nach einer Zunahme des Konsums von Cannabis insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der zweiten Hälfte der 90er Jahre hat das Bundesministerium für Gesundheit mehrere Modell- und Forschungsprojekte initiiert bzw. gefördert, die eine Verbesserung von Präventions- und Hilfemaßnahmen für Cannabiskonsumierende zum Ziel hatten. Diese zielgruppenspezifischen und niedrigschwelligeren Angebote haben die Suchthilfe für Cannabiskonsumierende insgesamt attraktiver gemacht und zu einer Differenzierung verschiedener Hilfsangebote unterschiedlicher Zielgruppen geführt.
3. Im Weiteren vermuten wir eine gestiegene Sensibilität in Bezug auf psychische Probleme im Zusammenhang mit Cannabis in der Bevölkerung und auch bei den Konsumierenden selbst, die die Inanspruchnahme von Hilfen begünstigen können. Zu beobachten ist m. E. auch eine langsam fortschreitende Enttabuisierung und Entstigmatisierung in Bezug auf Sucht und andere psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen), auch wenn hier noch viel zu tun ist und es regional- und milieuspezifische Unterschiede geben mag.
4. Als letzter Punkt könnten Veränderungen von Cannabisprodukten selbst zur Entwicklung von mehr cannabisbezogenen Problemen beigetragen haben. Zum einen ist die THC-Konzentration der Cannabisprodukte in den vergangenen 20 Jahren angestiegen, während gleichzeitig der Anteil von CBD eher gesunken ist. Durch diese Entwicklung im THC/CBD-Konzentrationsverhältnis steigt das Risiko insbesondere für vulnerable Gruppen psychische Probleme (u.a. auch Psychosen) zu entwickeln. Ein Faktor kann auch der Anstieg von hochriskanten synthetischen Cannabinoiden auf dem illegalen Markt sein. Die Zunahme dieser Produkte in den letzten Jahren kann selbst als eine der gefährlichsten Folgen und Entwicklungen durch die Cannabisprohibition gesehen werden.

Zusammenfassend können wir also feststellen, dass die Zunahme des Cannabiskonsums und die Zunahme cannabisbezogener Probleme durch die Prohibition nicht verhindert wurden. Positiv ist zu verzeichnen, dass durch die Entwicklung und Implementierung spezifischer Cannabisinterventionsprojekte auf die steigende Behandlungsnachfrage reagiert wurde und es heute selbstverständlicher geworden ist, wegen eines Cannabisproblems Hilfe in Anspruch zu nehmen (4).

Es stellt sich nun die Frage, welche Konsequenzen durch die geplante Cannabisregulierung für die Hilfesysteme zu erwarten sind bzw. welche Chancen und Risiken sich daraus ergeben?

Mangelnde Hilfsangebote für Jugendliche mit Cannabiskonsumstörungen

Die bisher beschriebene Entwicklung eines verbesserten Hilfsangebotes für Cannabis-klient*innen ist zwar zu begrüßen, dennoch gibt es noch große Versorgungsprobleme. Zum einen sind die evaluierten Beratungs- und Therapieangebote bei weitem nicht in der Fläche implementiert. Viele Suchtberatungsstellen sind längst an der Grenze ihrer personellen Ressourcen angesichts einer eher wachsenden, sich ausdifferenzierenden Suchtklientel. Vor allem längerfristige ambulante (Sucht-)Therapieangebote für Cannabis-klient*innen gibt es viel zu wenig, insbesondere im ländlichen Bereich.

Ein Blick in die schon zitierte Statistik der Suchtkrankenhilfe zeigt, dass diese Klient*innen einerseits zwar mehr als früher erreicht werden, andererseits kommen die Klient*innen durchschnittlich erst im Alter von 25 Jahren an, Tendenz steigend.

Wie können wir die vulnerable Gruppe von jugendlichen Problemkonsument*innen früher erreichen?

Zunächst ist festzustellen, dass ca. 80%–85% der jugendlichen Cannabis-erfahrenen über gute persönliche und soziale Ressourcen verfügen und im Kontext von Entwicklungsaufgaben den kompetenten Umgang mit Cannabis und ggfls. anderen psychoaktiven Substanzen erlernen. Eingebettet in positive familiäre und soziale Unterstützungssysteme machen sie in der Adoleszenz ihre Lern- und Grenzerfahrungen mit Substanzen und integrieren in aller Regel den Konsum in ihre Alltagspraxis oder stellen den Konsum wieder ein, wenn die Nachteile des Konsums überwiegen.

Das Erlernen von Risikokompetenz bzw. Konsumkompetenz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, welche von Familie, Schule und anderen Akteuren suchtpreventiv unterstützt werden kann. Ein weites Feld für die universelle und selektive Suchtprävention!

Uns interessiert aber nun die jugendliche Gruppe mit weniger vorhandenen und entwickelten psychosozialen Ressourcen. Die Wahrscheinlichkeit einer Suchtentwicklung mit Cannabis ist hier deutlich erhöht: früher Konsumeinstieg, regelmäßiger Konsum, das Entdecken selbstmedikativer Funktionen des Kiffens, die Drift in eine sehr drogenbezogene peer group, all das zeigt sich bereits in der mittleren Adoleszenz (14-16 Jahren). Hier werden dann die Weichen für die weitere psychosoziale Entwicklungen gestellt.

Das in der Suchthilfe und in den spezifischen Cannabisprojekten etablierte Beratungskonzept der *Motivierenden Gesprächsführung* benötigt für Minderjährige eine Ergänzung von *systemisch orientierten Beratungskonzepten* für Eltern, Angehörige und professionelle Helfer*innen in der Jugendhilfe. Aktuell wurde mit „FriDA“ im Therapieladen ein familienorientiertes systemisches Konzept entwickelt, welches nach einer Erprobung im Land Berlin auf Bundesebene umgesetzt und evaluiert wird (7).

Aus unserer Sicht ist es ein wesentlicher Aspekt eines guten „Jugendschutzes“, Eltern in ihrer Kompetenz zu stärken, wenn Unsicherheiten in der Adoleszenzphase erlebt werden. Die betroffenen Eltern und Angehörigen mit ihrer erlebten Hilfslosigkeit und Orientierungslosigkeit zu unterstützen und wieder mehr Selbstwirksamkeit und „gute Autorität“ als Eltern erfahren zu lassen, sind wesentliche Ziele unseres Beratungs- oder Therapieprozesses für Jugendliche mit Suchtproblemen.

Es sollte deutlich geworden sein, dass unabhängig einer zukünftig regulierten Cannabispolitik es jetzt schon zahlreiche Herausforderungen gibt, die mehr Aktivität

ten und Ressourcen in der Prävention, Frühintervention und Behandlung erfordern. Es sollen hier abschließende Schlaglichter auf einige „Baustellen“ gerichtet werden.

Anforderungen an die Therapie/Rehabilitation für erwachsene Cannabisklient*innen

Wir können davon ausgehen, dass die Nachfrage nach Therapie für Cannabisabhängige durch die Cannabisregulierung sich vermutlich nicht wesentlich ändert. Juristische Zwangskontexte spielen in der Therapie/Entwöhnung von Cannabisabhängigen keine wesentliche Rolle, so dass hier aber auch keine Verringerung der Behandlungsnachfrage zu erwarten ist, wie z.B. in den USA. In Bezug auf die Bewilligungen von ambulanten und stationären Suchttherapien für Erwachsene haben wir allerdings in den letzten Jahren eine Stagnation bzw. einen Rückgang zu verzeichnen. Mangelnde finanzielle Absicherung der ambulanten Suchtrehabilitation war ein wichtiger Faktor, warum Angebote teilweise eingestellt wurden, weil sie nicht finanzierbar waren. Bürokratische Hürden bei der Antragstellung und strenge Abstinenzforderungen vor Beginn der ambulanten Therapie sind weitere Hürden, die Entwöhnungsbehandlungen erschweren. Zukünftig ist hier zu klären, ob die schematische Gliederung von „Motivierung“, „Entgiftung“, „Entwöhnung“ und deren unterschiedliche Zuordnung von Versorgungssystemen und Kostenträgern in Bezug auf die Therapie Cannabisabhängiger sinnvoll ist. Allein die lange Nachweisbarkeit von THC-Abbauprodukten im körperlichen System stellt die Abstinenzforderung der Kostenträger zu Beginn einer Therapie in Frage. Es ist auch zu hinterfragen, ob die Anforderungen für Suchtklient*innen nach Abstinenz aller psychoaktiver Substanzen in ambulanten Entwöhnungsprozessen sinnvoll sind. Hier wäre es im Sinne der Niedrigschwelligkeit und Attraktivität der Entwöhnungsangebote geboten, wenn zukünftig flexibler in den Therapieprozess eingestiegen werden könnte und von einer Totalabstinenz aller psychoaktiven Substanzen als Voraussetzung des Therapiebeginns Abstand genommen würde.

Insgesamt sehen wir die Notwendigkeit, die ambulanten suchtspezifischen Therapieangebote deutlich zu stärken und finanziell auf eine dauerhaft abgesicherte Grundlage zu stellen. Gleichzeitig sollte es aber auch eine Aufgabe der Kassenpsychotherapeut*innen sein, zukünftig viel stärker als bisher den potentiellen Cannabiskonsum ihrer Klient*innen zu diagnostizieren und sie bei vorhandenen Cannabiskonsumstörungen therapeutisch im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu behandeln. Therapiemanuale wie z.B. das CANDIS-Konzept könnten dabei genutzt werden (5).

Anforderungen an Beratung/Therapie für Jugendliche

Die Erfahrung zeigt, dass frühe Probleme mit Cannabis immer im Kontext von anderen psychischen und sozialen Problembereichen stehen. Im Sinne der „Frühintervention“ sollte es die Aufgabe sein, Jugendlichen mit Cannabiskonsumproblemen problemadäquate therapeutische Angebote zu machen. Hier sind in Deutschland noch erhebliche Defizite zu verzeichnen. Es fehlt sowohl an ambulanten als auch statio-

nären Plätzen, vor allem aber ist die oft mangelnde Abstimmung in den Hilfenetzwerken zu beklagen. Insbesondere ist die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe bzw. dem Jugendamt deutlich zu verbessern, indem auch das Jugendamt selbst noch mehr in die Pflicht für eine gemeinsame Hilfeplanung für Jugendliche mit Suchtproblemen genommen wird. Festzuhalten ist: Es braucht Beratungskonzepte, die nachweislich wirksam die jugendliche Zielgruppe (unter 18) erreichen. Die Ergebnisse des Berliner FriDA-Projekts (6) zeigen auf beeindruckende Weise, dass es gelungen ist, sehr junge Klient*innen in einem frühen Stadium des Konsums zu erreichen und Eltern intensiv miteinzubeziehen. Der systemische „Paradigmenwechsel“ ist jedoch nur eine der notwendigen Voraussetzungen für die angestrebte Veränderung. Für eine mittel- und langfristig und in die Breite wirksame Umsetzung des Angebotes muss die einzelne Beratungseinrichtung die konzeptionelle Veränderung inhaltlich mittragen und die entsprechenden Voraussetzungen und Ressourcen (räumlich und zeitlich) zur Verfügung stellen.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob und wie weit es sich die Suchtberatungsstellen zur Aufgabe machen wollen und können, ihr Angebot für die Zielgruppe der minderjährigen Drogenkonsument*innen und deren Eltern zu erweitern. Die Erfahrung und das Feedback aus der ambulanten Grundversorgung zeigen, dass angesichts vielfältiger Aufgaben in den regionalen Suchtberatungsstellen bereits eine Aus- bzw. Überlastung besteht. Noch ist nicht absehbar, wie stark sich die Folgen der Pandemie und des Lockdowns auf Familien mit suchtgefährdeten Jugendlichen niedergeschlagen haben. Erste Hinweise verweisen auf eine Zunahme von Drogenproblemen in Familien, gerade bei ohnehin vulnerablen Gruppen.

Literatur

- (1) DBBD, Reitox Report 2015
- (2) Gahr et al. (2022). Incidence of inpatient cases with mental disorders due to use of cannabinoids in Germany: a nationwide evaluation. *European Journal of Public Health* 1-7
- (3) Hall (2014). What has research over the two past decades revealed about the reverse health effect of recreational cannabis use? *Addiction Monograph*
- (4) Tossmann & Gantner (2016). Frühintervention, Beratung und Behandlung bei Cannabisstörungen. In: *Suchttherapie* 2016.17; 1-5. PID 4/2012 · 13. Jahrgang · DOI <http://dx.doi.org/10-1055-s-0032-1321405>
- (5) Eva Hoch et al. (2011). *Modulare Therapie von Cannabisstörungen*. Das CANDIS-Programm, Hogrefe
- (6) Gantner (2021). Projektbericht FriDA. Therapieladen, Berlin.

Cannabislegalisierung: Erfahrungen nutzen, soziale Gerechtigkeit einfordern

Bernd Werse

Seit klar ist, dass die deutsche Bundesregierung beabsichtigt, die „kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften“ (Bundesregierung 2021) umzusetzen, wird viel über die Sinnhaftigkeit und die genaue Ausgestaltung dieser geplanten Gesetzesänderung diskutiert. Bemerkenswerterweise hat man dabei den Eindruck, dass sich auch die zuvor härtesten Gegner drogenpolitischer Liberalisierung damit abgefunden haben, dass der Status Quo des Cannabisverbots nicht zu halten ist. Das reicht von der grundsätzlichen Befürwortung des legalen Cannabisverkaufs mit unterschiedlich starken Restriktionen bis hin zum ‚Minimalkonsens‘ einer konsequenten Entkriminalisierung. Wie auch immer der Gesetzgebungsprozess am Ende ausgeht: es ist allenthalben tatsächlich ein Paradigmenwechsel festzustellen, in dem das Wohl der Bürger*innen – auch derjenigen, die (bisher) illegale Drogen konsumieren – deutlich stärker im Fokus der Drogenpolitik steht.

Beim Entwurf der Regelungen zur Legalisierung sollte gerade das Wohl derjenigen im Mittelpunkt stehen, die bisher besonders unter Kriminalisierung und Stigmatisierung gelitten haben.

Eine wichtige Gruppe in diesem Zusammenhang sind diejenigen, die sich, teils jahre- oder gar jahrzehntelang, illegal mit Cannabis als Medizin versorgt haben und dies teilweise immer noch tun (Letzteres, weil es gerade bei bestimmten Indikationen immer noch sehr schwer ist, ein Rezept oder gar eine Kostenübernahme zu erhalten). Viele dieser Patient*innen leiden dabei unter der ständigen Sorge vor polizeilicher Auffälligkeit, psychischen und physischen Symptomatiken, die sich nicht selten gegenseitig verstärken. Hinzu kommen neben weit verbreiteten Ressentiments unter Mediziner*innen auch längst überholte Restriktionen im medizinischen System, wie etwa der Umstand, dass bestimmte Psychotherapien erst nach ‚erfolgreicher‘ Bearbeitung des ‚Substanzproblems‘ (der medizinischen Cannabisnutzung) genehmigt werden. Nicht nur rechtliche und finanzielle Probleme, sondern auch Traumatisierungen können zudem konkrete Begegnungen mit der Strafverfolgung zur Folge haben, etwa, wenn wegen Eigenanbau Hausdurchsuchungen durchgeführt werden (Werse, 2021). Hier gilt es im Zuge der Legalisierung nicht nur das Cannabis-als-Medizin-Gesetz so zu reformieren, dass der Zugang generell leichter wird, sondern zumindest in Fällen, in denen schwerwiegende Beeinträchtigungen durch die Rechtslage nachgewiesen werden können, Betroffenen auch Entschädigungen, zumindest aber explizite medizinisch-psychologische Hilfeleistungen zuzubilligen.

Den Menschen, die außerhalb des medizinischen Bereichs Strafen im Zusammenhang mit Cannabisbesitz oder -handel erhalten haben, ist zunächst eine generelle Amnestie

auszusprechen. Vor allem aber darf die Expertise dieser Menschen im Prozess der Legalisierung nicht außer Acht gelassen werden: wie aus diversen Studien bekannt (zusammenfassend: Werse & Kamphausen, 2019), versorgt sich ein Großteil der Konsumierenden über Freund*innen, Bekannte oder Privatdealer mit Cannabis. Von diesen in kleinem Rahmen Dealenden ist ein erheblicher Anteil nicht in irgendeiner anderweitigen kriminellen Aktivitäten involviert – vielmehr handelt es sich oftmals um Personen, die darum bemüht sind, ihrer zumeist gut bekannten Kundschaft ein qualitativ gutes Produkt bereitzustellen.

Ein Teil dieses Marktes wird von Personen bestritten, die in kleinem Rahmen Cannabis selbst anbauen. In der jüngsten Befragung des Global Cannabis Cultivation Research Consortium (2020/21; bislang unveröffentlicht¹) gaben 70% der 623 deutschen Befragten, die aktuell illegal Cannabis anbauen, an, dass sie sich bei einer Legalisierung – sofern rechtlich erforderlich – für ihren Anbau staatlich registrieren würden. Lediglich 12% meinten, sie würden weiterhin illegal anbauen. Hier liegt ein großes Potenzial nicht nur im Hinblick auf Selbstversorgung, sondern auch auf die Versorgung eines künftigen legalen Marktes: Nicht selten handelt es sich um Personen mit langjähriger Erfahrung, die wissen, worauf sie beim Anbau auf wenigen Quadratmetern zu achten haben. Zudem wäre es solchen Personen bei Inkrafttreten eines Gesetzes zur Legalisierung vergleichsweise schnell möglich, Cannabis auch zum Weiterverkauf zu produzieren, da sie nicht erst aufwendig entsprechende Kapazitäten einrichten müssten. Und nicht zuletzt würde die Ermöglichung einer Marktbeteiligung von derartigen Klein-Growern dabei helfen, einer etwaigen Marktmacht von großen Firmen und damit einer möglichen ‚Industrialisierung‘ des Rauschhanfanbaus entgegenzuwirken. Dazu müssten allerdings im zu entwerfenden Gesetz entsprechende Bedingungen geschaffen werden, indem z.B. die Auflagen für die Cannabis-Produktion nicht zu streng ausfallen sollten. Anbau unter Hochsicherheitsbedingungen wie bei der medizinischen Produktion ist für den Freizeitmarkt ohnehin nicht erforderlich, regelmäßige Qualitätskontrollen vorausgesetzt. Da also diverse Vorteile bestehen, solchen Personen einen Marktzugang zu ermöglichen, sollten Menschen mit Vorstrafen wegen Cannabisanbaus nach Möglichkeit bei der Lizenzvergabe sogar bevorzugt behandelt werden, sofern diese keine Gewaltdelikte, ausbeuterischen Geschäftspraktiken o.ä. begangen haben. Damit wäre auch in gewissem Maße eine Wiedergutmachung für Betroffene verbunden.

Ein solches Modell hat der US-Bundesstaat New York Anfang des Jahres für den Cannabishandel eingeführt: Hier werden ab Herbst 2022 Lizenzen bevorzugt an Personen mit cannabisbezogenen Vorstrafen sowie enge Verwandte solcher Personen ausgegeben. New York unterscheidet sich dabei von den meisten anderen US-Bundesstaaten mit Legalisierung, in denen drogenbezogene Straftaten ein generelles Ausschlusskriterium für eine Marktteilnahme darstellen. Der Vorsitzende des „Office of Cannabis Management“, Chris Alexander, gab dabei eine Begründung ab, die gleichermaßen auf die Beschränkung von Marktmacht wie auf eine Wiedergutmachung für von ungerechtfertigten Gesetzen Betroffene abzielt: „Instead of opening our market with the same existing operators who are dominating the national space, we’ve instead deci-

¹ Siehe www.worldwideweeds.nl

ded to put those who have been most impacted at the center of what we are building here.” (Forbes 2022). Die Gouverneurin Kathy Hochul sprach davon, dass ein wesentliches Ziel der Regelung sei, vergangene Ungerechtigkeiten auszugleichen („righting the wrongs of the past“). Generell ist man im Bundesstaat bei der Lizenzvergabe um soziale Gerechtigkeit („social equity“) bemüht, weshalb u.a. 200 Mio. US-Dollar zur Unterstützung von kleinen Unternehmen bereitgestellt wurden, um Marktkonzentrationen entgegenzuwirken und den Übergang vom illegalen zum legalen Markt zu erleichtern. Das betrifft auch Personen, die in kleinem Rahmen Cannabis anbauen und entsprechende Fachgeschäfte beliefern.

Auch für Deutschland ist ein solcher Ansatz dringend anzuraten, denn nicht nur Menschen, die bislang Cannabis angebaut haben, sondern auch solche, die in den Handel involviert sind, sind oftmals ansonsten gesetzestreue Bürger*innen – mit einer speziellen Expertise für das bislang verbotene Produkt. Die Strafen, die das BtMG (§29a, 30, 30a) bislang für diverse Delikte vorsieht, sind nicht nur im Vergleich zu denjenigen, die für manche Gewaltdelikte gelten, als komplett unverhältnismäßig anzusehen: so beträgt die Mindeststrafe für die Weitergabe von Cannabis einer 21-jährigen an eine unter 18-jährige Person (z.B. wenn auf einer Party ein Joint herumgereicht wird) ein Jahr Freiheitsstrafe². Bei „gewerbsmäßigem Handeln“ erhöht sie sich auf zwei Jahre – dies betrifft z.B. all diejenigen, die im Rahmen von Freundschaftsdiensten Freundinnen oder Bekannten regelmäßig Cannabis weiterverkaufen. Fünf Jahre Mindeststrafe gibt es für Umgang mit Cannabis in nicht geringer Menge (mehr als 7,5 g reines THC) „als Mitglied einer Bande“ (Bsp.: Drei Freunde bauen zusammen Cannabis an und ernten dabei dreimal im Jahr rund 300 g hochwertige Cannabisblüten, die sie teilweise an Bekannte weiter verkaufen). Menschen, die wegen solchen einvernehmlichen Handlungen Bewährungs- oder gar Haftstrafen verbüßen mussten, haben es nicht nur verdient, nach der Legalisierung umgehend amnestiert zu werden, sondern sollten auch eine bevorzugte Chance erhalten, am legalen Markt teilzunehmen. Betont sei an dieser Stelle, dass dies nicht für Personen gelten sollte, denen Gewaltdelikte oder Beteiligung an anderweitigen kriminellen Handlungen bzw. Strukturen nachgewiesen wurden. Mit einer solchen Regelung würde nicht nur bisheriges Unrecht teilweise ausgeglichen, sondern auch ein aktiver Beitrag gegen die von konservativer Seite oftmals beschworene Gefahr eines weiterbestehenden Schwarzmarktes geleistet: Man würde aktiv diejenigen in den legalen Markt einbeziehen, die bislang zum illegalen Markt beigetragen haben.

Mit der bevorstehenden Cannabis-Legalisation wird endlich der längst überfällige Paradigmenwechsel von einer in erster Linie repressiven Drogenpolitik auf eine an öffentlicher Gesundheit orientierte Vorgehensweise eingeleitet. Davon sollen nicht nur Millionen von Konsument*innen profitieren, sondern auch ein wesentlicher Teil der zahlreichen in Produktion und Weiterverkauf Involvierten. Insbesondere diejenigen, die besonders unter der Prohibition gelitten haben – neben Cannabispatient*innen mit teils langen Leidensgeschichten v.a. diejenigen, die unter dem Unrecht der Prohibition strafrechtlich belangt wurden – sollten Wiedergutmachung erfahren. Der Bundesre-

² Zum Vergleich: Dieselbe Mindeststrafe gilt für schwere Körperverletzung (mit dauerhafter Schädigung des Opfers; § 226 StGB).

gierung ist dringend anzuraten, auch diesen Aspekt in die zu erarbeitenden Gesetzentwürfe einzubeziehen.

Literatur

- Bundesregierung (2021): Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>
- Forbes (2022): Why New York’s First Cannabis Licenses Will Go To People With Pot Convictions. Artikel vom 10.03.2022 (Autor: Will Yakowicz), <https://www.forbes.com/sites/willyakowicz/2022/03/10/why-new-yorks-first-cannabis-licenses-will-got-to-people-with-pot-convictions/?sh=2ef819e6bd58>
- Werse, B. (2021): Cannabis als Medizin: Selbstmedikation und Stigmatisierung. In: Akzept e.V. (Hg.) (2021): 8. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021*. Pabst: Lengerich: 148-154
- Werse, B. & Kamphausen, G. (2019): Kleinhandel, Kleinhandel und Social Supply auf dem Schwarzmarkt für illegale Drogen – Aktuelle Forschungsergebnisse und ihre kriminalsoziologischen und drogenpolitischen Implikationen. In Feustel, R./ Schmidt-Semisch, H./ Bröckling, U. (Hrsg.): *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive*. Wiesbaden: Springer VS: 433-453.

Was würde Stiftung Cannabis-Test empfehlen? Was Verbraucher*innen bei Cannabisprodukten erwarten

Max Plenert

Nach dem aktuellen Stand der Legalisierung Mitte Juli 2022 wurde – wie auch bei Cannabis als Medizin üblich – primär über Menschen, die Cannabis als Genuss- und Rauschmittel konsumieren, gesprochen, aber so gut wie nicht mit ihnen. Dieser Mangel wurde nicht nur von mir wahrgenommen; es besteht die Hoffnung, dass dieser Mangel inzwischen behoben wurde. Eine vernünftige Einbeziehung der Verbraucher*innen und ihrer Sichtweise in die Konzipierung, Implementierung und kontinuierliche Nachregulierung kann richtig eingesetzt ein hilfreicher Baustein der Cannabispolitik sein.

Es geht dabei nicht um ein Wunschkonzert, es geht um gesetzliche Mindeststandards. Es kann und darf gerne zum guten Ruf gehören, mehr als das Notwendige zu machen, aber keinen Überwachungsstaat dafür zu installieren.

Kein Stacheldraht um Engelstrome

Dieser Artikel stellt sich gewissermaßen zwischen den Pol „maximaler Gesundheitsschutz, möglich unattraktiv machen, keine Kommerzialisierung“ und den Pol „Interessen der Wirtschaft“. Verbraucherschutz ja, aber auch keine Bevormundung, und das Maß an Eigenverantwortung, wie wir es im Umgang mit Alkohol, Tabak, Klorreiniger und anderen mitunter gar potenziell tödlichen Gegenständen des Alltags als angemessen betrachten. Früher hätte man gesagt, der „gesunde Menschenverstand“; persönlich nutze ich immer den Blick der Verhältnismäßigkeit. Daraus wird schon direkt klar, dass Regelungen, die strenger sind als das heutige Arzneimittelgesetz und Betäubungsmittelgesetz bzgl. Medizinalcannabis kaum angemessen sein können.

Die Akzeptanz durch die Verbraucher*innen wird zentral bei dem ersten großen Ziel, der Transformation des Schwarzmarktangebotes in ein legales System, das (auch mit grauen und privaten Zonen) für möglichst alle Verbraucher*innen funktionieren soll.

Notwendig wird hierfür der Grundsatz bei der Regulierung sein:

Es muss für den Verbraucher einfacher sein, ein vernünftiges und gut brauchbares Produkt legal zu erwerben, als es über den Schwarzmarkt zu beziehen.

Es muss nicht unbedingt jedes, das stärkste oder billigste oder das mit der besten Kosten-Nutzen-Bilanz sein, aber ein maximaler THC-Gehalt von unter zehn Prozent wie bei Cannabisblüten in Apotheken in Uruguay ist grenzwertig.

Der Einfachheit halber wird einheitlich nur von THC gesprochen, wenn von Cannabisprodukten die Rede ist. Diese enthalten mehr oder weniger viele bzw. konzentriert weitere Stoffe wie CbD, CbN oder einige Terpene, welche die Gesamtwirkung mitbestimmen. Der zentrale Wirkstoff, der die Maßeinheit für diverse Regulierungen darstellen wird, ist aber primär THC und als erste Näherung wird dieser Wert in vielen natürlich gewonnenen Cannabisprodukten ausreichend sein.

Bei THC-ähnlichen Stoffen kann eine simple Äquivalentdosis-Regelung ausreichend sein. Dies wird allerdings so oder so eine vergleichsweise kleine Nische sein, ähnlich wie die *Dabbing-Szene* oder auch die *100-Prozent-Home-Grower-Szene* oder andere Exoten, Liebhaber oder Psychonauten.

Zur Verbrauchergruppe Eltern: Natürlich sollten Produkte wie THC-Verdampfer-Sticks auch in besonders kindersicheren Varianten wie NFC, RFID, Fingerabdruckscanner auf dem Markt sein. Wirksame Kindersicherungen sind bei Produkten sinnvoll, bei denen es leicht zu einer versehentlichen Aufnahme großer Mengen THC kommen kann.

Für Menschen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen kann es andererseits notwendig sein, besonders einfach nutzbare Produkte anzubieten, wie THC-Verdampfer-Sticks, die durch bloßes Einatmen aktiviert werden. Diese Produkte kann sich theoretisch jeder kaufen, weil sie auch einfach bequem sind. Was für Menschen, die keinen Kontakt mit kleinen Kindern haben, auch vollkommen in Ordnung sein kann.

Verbraucher*innen brauchen einfache Darstellungen der relevanten Informationen über das Cannabisprodukt. Hierfür sind einheitliche Icons und vergleichbare Skalen und Portionen der richtige Weg. Kanada hat uns hier Vorlagen geliefert, die wir für die Einführung erst einmal genau so übernehmen können, weil viel besser kurzfristig nichts anderes gehen wird.

Vergleichbar mit dem *Nutriscore* könnte ein produktgruppenspezifischer *Psycho-High-Score* aus THC- und CbD-Gehalt, ergänzt um CbN-, THCA- und CbDA-Anteile im aufgenommenen Produkt sowie bestimmten Terpen-Profilen bestehen.

Eine solche Skala kann auch für Personen unterhalb des Mindestalters eine hilfreiche Orientierung sein, ebenso wie beim Umgang mit dem Gebrauch bei Minderjährigen, beispielsweise im schulischen oder aber auch im privaten Bereich. Ob wir jemals eine ernsthafte Diskussion um ein abgestuftes Mindestalter von 16 und 18 Jahren für Cannabis führen werden, wie es sie heute bei Alkohol (noch?) gibt, wird sich zeigen müssen.

Einheitliche sinnvolle Einzelportionen mit fixem THC-Maximalgehalt wie *10 mg THC als Standardeinheit* wären zu überlegen. Dieser stellt aber keinen Mindest-THC-Gehalt dar, d. h. auch Bruchteile der 10-mg-THC-Einheitsdosis sollten erlaubt sein; aber auch die Möglichkeit, einfach und sicher dosiert einen starken Rausch hervorzurufen, z.B. sollten sie fünf Einzelportionen einfach in einem sinnvollen Zeitraum einnehmen lassen. Und wer unbedingt möchte, kann auch 100 mg THC einnehmen.

Auch können spezielle Hoch-THC-Konzentrate in Lösungsmitteln wie Ethanol, Öl oder speziellen wasserlöslichen Zubereitungsformen angeboten werden, um damit Zubereitungen in der heimischen Küche oder der professionellen Gastronomie herstellen zu können. Angesichts der langen Wirkdauer bei oral aufgenommenem Cannabis könnte hier die Brücke zur *Slow-Food-Bewegung* geschlagen werden.

In der Gastronomie, d. h. zum direkten Verzehr, darf es dann auch gerne die berühmten-berühmten hochpotenten THC-Gummibärchen geben. Ob erwachsene Menschen sich dann die Reste ihres THC-haltigen Mahles einpacken lassen, ist ihnen in Eigenverantwortung zu überlassen. Ähnlich steht es um andere Bereiche, die nur Erwachsenen zugänglich sind. Wer sich legal Pornos kaufen, Auto fahren und allerlei fragwürdigen Unsinn bis gefährlichen Quatsch machen darf, sollte auch gerne einschlägige Szenezeitschriften erwerben können dürfen, in denen zumindest Imagewerbung von Firmen und andere indirekte, nicht produktbezogene Formate – wie sie selbst das Betäubungsmittelgesetz aktuell für Medizinal-Cannabis zulässt – möglich sein sollten. In Fachzeitschriften darf selbst für einzelne Produkte geworben werden. Legt man die Regel an, die für OTC-Cannabis-Arznei gelten würde, wären wir laut Heilmittelwerbegesetz bei dem Niveau bzgl. Medienkompetenz angekommen, das jedem *Apotheken-Umschau*-Leser zugetraut wird.

Legalisierung muss kundenfreundlich sein

Georg Wurth

Fast alle Ziele der Legalisierung von Cannabis basieren darauf, dass der völlig unregulierte Schwarzmarkt möglichst schnell von einem regulierten Markt verdrängt wird. Nur so kann organisierte Kriminalität bekämpft werden, nur so können die Konsumierenden vor gefährlich gestreckter Ware geschützt werden, nur so kann der Staat Milliarden-Einnahmen generieren, um Prävention massiv auszuweiten und Drogenberatungsstellen besser auszustatten. Diese schnelle Verdrängung des Schwarzmarktes kann nur gelingen, wenn das Angebot des regulierten Marktes für die Konsumierenden attraktiv ist. Das ist die wichtigste Botschaft des Deutschen Hanfverbandes (DHV) in der Debatte um die Details der Regulierung des Cannabismarktes.

Die Position des DHV war in den Anhörungen zur Cannabislegalisierung beinahe revolutionär. Üblicherweise und zum ganzen „look & feel“ der bisherigen Prohibition passend ging es ausschließlich um die ca. 10 Prozent der Cannabiskonsumierenden, die auf unterschiedliche Weise ein Problem mit ihrem Konsum haben, allem voran wegen einer psychischen Abhängigkeit. Diese Denkweise bringen fast alle Fachverbände mit, selbst wenn sie für die Legalisierung von Cannabis sind. Nun wollen sie innerhalb eines regulierten Marktes versuchen, mit möglichst restriktiven Regelungen den Konsum von Cannabis zu bekämpfen, anstatt wie bisher im Rahmen von Verbot und Schwarzmarkt. Sie fordern eine Altersgrenze, die am besten nur Senioren überwinden können, THC-Grenzen, über die sich die meisten Haschisch-Raucher*innen kaputt machen, oder sie fordern, die im Trend liegenden essbaren Cannabisprodukte zu verbieten oder Cannabis-Extrakte, obwohl genau diese Extrakte im medizinischen Bereich von der CDU-geführten Vorgänger-Regierung favorisiert wurden, um die verruchten Blüten aus dem Geschäft zu drängen. All das folgt weiterhin der Wunschkonzert-Logik, dass man einfach gesetzlich definieren kann, was die Leute zu konsumieren haben und unter welchen Umständen.

Das führt in die Irre. Wenn nach 2 Jahren immer noch zwei Drittel des Umsatzes über den Schwarzmarkt laufen, wird dann behauptet, die Legalisierung erfülle nicht die Erwartungen, weil der Schwarzmarkt immer noch dominiert.

Es wird Zeit, dass wir auch die 90 Prozent der erwachsenen Cannabiskonsumierenden wahrnehmen und sie als ganz normale Verbraucher*innen eines ganz normalen Genussmittels begreifen. Cannabis Normal! Letztlich geht es doch schlicht darum, Millionen Konsument*innen den normalen Verbraucherschutz eines modernen Industriestaates zu gewähren, ohne die Risiken des Konsums aus den Augen zu verlieren.

Wir sollten für Cannabis keine harten Regeln und Grenzen festlegen, die wir nicht zumindest perspektivisch auch für Alkohol fordern.

In diesem Sinne fordern wir liberale Regelungen in den Details.

Wir sind zum Beispiel

- für eine Altersgrenze von 18 Jahren bezüglich des kommerziellen Verkaufs von Cannabis, aber ohne Bestrafung Jugendlicher für bloßen Besitz,
- für Online-Handel, sofern eine ernsthafte Altersprüfung bei Bestellung und Übergabe gewährleistet ist,
- gegen eine THC-Grenze bei den Cannabisprodukten,
- gegen Besitzobergrenzen in der Öffentlichkeit und Zuhause,
- für Edibles, THC-Liquids und andere weiterverarbeitete Produkte,
- für legalen Eigenanbau und Cannabis-Anbaoclubs.

An einigen Punkten schlägt der DHV aber auch wesentlich strikere Regulierungen vor, als es derzeit leider bei Alkohol noch der Fall ist. In diesem Sinne positioniert sich der DHV

- für ein weitgehendes Werbeverbot für Cannabisprodukte,
- für den ausschließlichen Verkauf von Cannabisprodukten in lizenzierten Fachgeschäften für Erwachsene, also nicht in Supermärkten, Kiosken und Tankstellen, aber auch nicht in Apotheken,
- für klar gekennzeichnete, nicht verwechselbare und kindersichere Verpackungen für essbare Cannabisprodukte,
- für verbindliche Aufklärungsinformationen, Safer Use- und Warnhinweise, auch per QR-Code o.ä. zu amtlichen Informationsseiten,
- für eine Bestrafung der Abgabe von Cannabis an Kinder.

Viel mehr Details zu diesen und vielen anderen Punkten sind in den DHV-Eckpunkten nachzulesen. Unter anderem machen wir auch detaillierte Vorschläge für die im Koalitionsvertrag vereinbarte Evaluierung der Legalisierung nach vier Jahren, für Regelungen, die auch kleineren, lokalen Unternehmen im Wettstreit mit großen internationalen Konzernen eine Chance einräumen, und zur Frage, welche Erwartungen die Community an die Ausbildung von Cannabisfachverkäufern hat.

Etwas weiter weg von solchen konkreten Regulierungsfragen sind uns weitere Forderungen wichtig:

- eine vernünftige Führerscheinregelung für Cannabiskonsument*innen einzuführen, die die Verkehrssicherheit gewährleistet, ohne massenhaft nüchternen Fahrern die Führerscheine zu entziehen,
- Es muss eine Amnestie und eine Rehabilitation bei allen bisherigen Cannabisdelikten geben, die unter den neuen Regelungen legal wären: Löschung aus den Polizeiakten/-dateien, Entschädigung für gezahlte Strafen, für erlittene Gefängnisaufenthalte etc. Die Community erwartet eine Entschuldigung seitens der Regierung für das bisherige Unrecht der Strafverfolgung unschuldiger Bürger!
- Führerscheine, die unter Bedingungen entzogen wurden, die unter den neuen Regelungen nicht mehr zu einem Entzug geführt hätten, sind umgehend zurückzuerteilen.
- Die sofortige Entkriminalisierung der Konsumierenden! Nach wie vor verstehen wir nicht, warum die Ampel-Koalition nicht sofort eine kleine Gesetzesänderung im BtMG durchgeführt hat, die den Besitz einer kleinen, klar definierten Men-

ge zum Eigengebrauch legal gemacht hätte. Das wäre ganz erheblich einfacher und sehr viel schneller durchführbar gewesen als die komplette Regulierung des Marktes, die inklusive aller nötigen Debatten verständlicherweise einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt. Während dieser Zeit pro Jahr weitere 180.000 Strafverfahren durchzuführen, alle drei Minuten ein weiteres solches Verfahren zu eröffnen, ist aus unserer Sicht eine schwer zu ertragende, unnötige Fortsetzung der staatlichen Schikanen gegen Cannabiskonsumierende!

Seit der Gründung des Branchenverbandes Cannabiswirtschaft e.V. (BvCW) vertritt der DHV ausschließlich die Interessen privater Legalisierungsbefürworter. Deren Spenden und Beiträge machen über 90 Prozent unseres Budgets aus. Das sind zum großen Teil Menschen, die Cannabis konsumieren oder Konsumerfahrung haben, aber auch deren Freunde und Angehörige sowie Menschen, die aus ganz unterschiedlichen Gründen das Verbot von Cannabis für einen Fehler halten. Der DHV war der einzige Verband, der in die Anhörungen des Bundesdrogenbeauftragten Blienert eingebunden war, der nicht im Wesentlichen ein berufliches Netzwerk vertrat, sondern Privatpersonen, insbesondere Cannabiskonsument*innen.

Dementsprechend haben wir als einzige Organisation nicht nur Eckpunkte für die Legalisierung vorgelegt, sondern diese unter erheblichem Aufwand mit der Community debattiert. Unter anderem hat der DHV seine Eckpunkte mit den fast 300 Teilnehmern seiner Cannabis Normal!-Konferenz in 11 Sessions zu unterschiedlichen Details ausführlich diskutiert. Videoaufzeichnungen dieser Sessions werden derzeit nach und nach veröffentlicht. Auf der Konferenz wurden auch Meinungsbilder der Teilnehmer*innen zu diversen, teilweise sehr speziellen Fragen eingeholt. Das alles floss in die Überarbeitung der Eckpunkte ein, so dass die überarbeitete Version nun als so weit wie möglich abgestimmte Version unserer Community angesehen werden kann.

DHV: Cannabis-Regulierung in Deutschland: Wichtige Eckpunkte
https://hanfverband.de/eckpunkte_cannabisregulierung

DHV, 25.07.2022: Die DHV-Eckpunkte 1.1 – Das Ergebnis eures Feedbacks!
<https://hanfverband.de/nachrichten/news/die-dhv-eckpunkte-11-das-ergebnis-eures-feedbacks>

Cannabis Normal!-Konferenz
<https://cannabisnormal.de/>

DHV Youtube Playlist Cannabis Normal! 2022
<https://www.youtube.com/playlist?list=PLVIv6wGMA82RxT2ZC7i6aqyREkPwz33h6>

Regulierungsmodelle
international



2

Regulierung des Zugangs zu Cannabis und Schadensminderung. Der Schweizer Weg

Sandro Cattacin

Am 31. März 2021 verabschiedete der Bundesrat die Verordnung über Pilotversuche nach dem Betäubungsmittelgesetz. Das geänderte Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (BetMG) ist am 15. Mai 2021 in Kraft getreten und wird Versuche zum legalen Freizeitkonsum von Cannabis durch Erwachsene zulassen. Das Gesetz besagt im neuen Artikel 8a:

«Das Bundesamt für Gesundheit kann nach Anhörung der betroffenen Kantone und Gemeinden wissenschaftliche Pilotversuche mit Betäubungsmitteln des Wirkungstyps Cannabis bewilligen:

- a die örtlich, zeitlich und sachlich begrenzt sind;
- b die es erlauben, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie sich neue Regelungen auf den Umgang mit diesen Betäubungsmitteln zu nicht medizinischen Zwecken auswirken und wie sich der gesundheitliche Zustand der Teilnehmer entwickelt;
- c die so durchgeführt werden, dass der Gesundheits- und Jugendschutz, der Schutz der öffentlichen Ordnung sowie die öffentliche Sicherheit gewährleistet sind; und
- d in denen, wenn möglich, Cannabisprodukte verwendet werden, die Schweizer Herkunft sind und den Regeln der Schweizer Biolandwirtschaft entsprechen».

Ziel dieser Versuche ist es, eine wissenschaftliche Grundlage für künftige politische Entscheidungen über die Regulierung von Cannabis zu schaffen. Die Verordnung basiert auf der Idee, dass der Gesetzgeber die Möglichkeit haben sollte, Veränderungen zu erproben, wie er es in den 1990er Jahren mit Pilotprojekten zur Verschreibung von Heroin getan hat (Cattacin, 1996). Die Schweiz war damals Pionier und fand mit diesen Verschreibungsprogrammen eine – damals auch als Wunder bezeichnete – Antwort auf die Herausforderung des körperlichen Verfalls, der HIV-Verbreitung und der Todesfälle im Zusammenhang mit dem Heroinkonsum (Uchtenhagen et al. 1999).

Im Gegensatz zur Verschreibung von Heroin, die von vielen begrüßt und dann von mehreren Staaten kopiert wurde (Uchtenhagen 2008), ist das Experiment mit dem Zugang zu Cannabis weder besonders innovativ – man weiß bereits viel, wenn nicht alles über die Legalisierungsversuche, die in Uruguay, Canada, den USA, aber auch seit langem in den Niederlanden oder Jamaika stattgefunden haben (Philibert & Zobel, 2019) – noch besonders mutig, da die Bedingungen für die Umsetzung der Projekte eher restriktiv sind. Diese Bedingungen spiegeln die Notwendigkeit wider, die Folgen einer möglichen Legalisierung der Produktion und des Konsums von Can-

nabis zu testen, aber auch den politischen Prozess der Gesetzesänderung, der zu dieser Verordnung geführt hat.

An die Projekte werden mehrere Anforderungen gestellt. Die wichtigsten davon sind die maximale Teilnehmerzahl von 5000, die Produktion, die in der Schweiz stattfinden und biologisch sein muss, die Eigenschaften der Teilnehmer, die volljährig und regelmäßige Nutzende sein müssen, und das Verbot des Konsums im öffentlichen Raum.

Allerdings wurden im Laufe des politischen Prozesses zahlreiche Kriterien in die Verordnung aufgenommen, die nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Diese Kriterien werden die Erreichung der gesetzten Ziele erschweren, insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen auf den illegalen Markt; die Begrenzung der Teilnehmer*innenzahl wird nämlich dazu führen, dass ein illegaler Markt aufrechterhalten wird, der zudem Gefahr läuft, auf die vom Experiment ausgeschlossenen Minderjährigen gelenkt zu werden. Die hohe Nachfrage nach Kontrolle der Teilnehmer*innen (Gesundheit, Wohnsitz, Konsumkarte, durch Tests nachgewiesener Konsum, verbotener Konsum in öffentlichen Räumen usw.) könnte auch die Zahl der Personen verringern, die an einer Teilnahme am Versuch interessiert sind.

Städte und Kantone wie Genf, Bern, Zürich, Basel und Lausanne, die sich seit einem Jahrzehnt für eine Änderung der Cannabis-Praxis einsetzen, sind bereit, diese Versuche zu unterstützen und zu begleiten. Basel-Stadt wird als erster Kanton im Herbst 2022 die ersten Konsumierenden in ihrem Pilotprojekt begleiten. Es ist nicht so, dass diese Stadtregierungen eine besondere Freude an der Idee haben, die Produktion oder den Konsum von Cannabis zu legalisieren, aber sie sind pragmatisch zu der Überzeugung gelangt, dass die Prohibition mehr Probleme als Lösungen schafft und vor allem viel mehr Kosten und persönliche Dramen verursacht als die Legalisierung (Herzig et al. 2019).

Die Erwartungen an diese Versuche sind daher nicht besonders hoch. Man hofft, dass sie das konservative und moralisierende politische Lager, das sich nur ungern mit der Wissenschaft auseinandersetzt, davon überzeugen können, dass eine Gesetzesänderung für das Wohlergehen der Gesellschaft unproblematisch ist und die Probleme, die normalerweise mit dem Konsum von Cannabisprodukten einhergehen (Kriminalität, Qualität und Sicherheit der Produkte, Kontakt mit den Nutzenden), verringern wird. Man hofft auch zu zeigen, dass nichtkommerzielle Modelle – also andere als die, die in den USA für Cannabis getestet werden oder in der Schweiz für Tabak oder Alkohol gelten – gefördert werden sollten, um kommerzielle Fehlentwicklungen zu verhindern. So sehen die Pilotprojekte in Genf und Zürich eine Vereinslösung und eine Non-profit-Orientierung vor, während in Bern z.B. Apotheken die Abgabe übernehmen werden. Womöglich ist ein gemischtes Modell ohne Markt und Staatsmonopol, wie es etwa in Canada getestet wird, eine gangbare Lösung, gewinnorientierte freie Märkte, die zwar reguliert sind, die Gesundheitsaspekte jedoch in den Hintergrund stellen, eine Lösung, die ergänzt mit Eigenanbau von einigen Pflanzen und Apotheken für medikamentöse Verabreichung Gewinn gierde bremsen können (Philibert 2021).

Was man jedoch nicht leugnen darf, ist, dass wir mit diesen Experimenten auch in eine neue Phase der Regulierung von Betäubungsmitteln und psychotropen Substanzen eintreten, in der die von moralischen Grundsätzen diktierte legale oder illegale Logik relativiert und durch eine Logik ersetzt wird, die auf den Schutz der öffentlichen Gesundheit, die Risikominderung und das individuelle Wohlbefinden abzielt. Dies ist

wahrscheinlich der Beginn eines pragmatischeren Weges, der mit der Verschreibung von Heroin begann und mit der Legalisierung von Cannabis seine Fortsetzung findet.

Literatur

- Cattacin, S. (1996). „Innover les politiques publiques en matière de drogues illégales en Suisse“, in Ofper, Office fédéral du personnel (Hg.). *Les villes et l'urgence d'agir*. Berne: EDMZ, S. 103-109.
- Herzig, M., Zobel, F. & Cattacin, S. (2019). *Cannabispolitik. Die Fragen, die niemand stellt*. Zürich, Genève: Seismo.
- Philibert, A. (2021). *L'ouverture au marché d'un produit contesté. Cas de la légalisation du cannabis aux États-Unis, Pays-Bas et en Uruguay*. Genève: Université de Genève. Thèse, 2021.
- Philibert, A. & Zobel F. (2019). *Revue internationale des modèles de régulation du cannabis*. Genève: Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève (Sociograph 41).
- Uchtenhagen, A. (2008). „Heroin-assisted treatment“, in Stevens, A. (Hg.). *Crossing frontiers. International Developments in the Treatment of Drug Dependence*. Brighton: Pavilion, S. 53–82.
- Uchtenhagen, A. et al. (1999). *Prescriptions of Narcotics for Heroin Addicts*. Basel: Karger Publishers.

Neuentwicklungen in der niederländischen Coffeeshop-Politik¹

Dirk J. Korf

Seit Anfang der 1970er Jahre haben Coffeeshops sich in den Niederlanden schrittweise entwickelt von heimlichen zu offiziell anerkannten Settings, in denen Konsumenten Cannabis kaufen und konsumieren dürfen. Coffeeshops wurden immer mehr reguliert. In einem dynamischen Prozess wurden die lokalen Richtlinien gegenüber Coffeeshops formalisiert und nationale Kriterien für Coffeeshops definiert – und durchgesetzt. Bis heute hat etwa ein Viertel der niederländischen Gemeinden (mit etwa drei Vierteln der Bevölkerung) einen oder mehrere Coffeeshops. Insgesamt haben die letzten Jahrzehnte zu einer klar definierten Reihe von nationalen Kriterien für die Duldung von Coffeeshops und zu einer transparenten Durchsetzungspolitik geführt, wie z.B. ein Mindestalter (18 Jahre), keineswegs harte Drogen im Lokal, eine Höchstmenge an Cannabis pro Transaktion (5 Gramm) sowie Raum für lokale Politik, einschließlich einer Mindestentfernung von Schulen und einer Null-Coffeeshops-Option für die ganze Gemeinde. Bereits seit 1996 sind Coffeeshops alkoholfrei. Zu den neueren regulatorischen Entwicklungen gehört die Einführung eines Einwohnerkriteriums für Coffeeshops, eine nationale Maßnahme gegen den sogenannten „Coffeeshop Tourismus“, die seitens Lokalpolitiker zu Protesten führte, sowie ein Experiment mit der regulierten Zulieferung von Cannabis an Coffeeshops.

Mitgliedschaft und Einwohnerkriterium als Maßnahme gegen Tourismus

2009 kam ein nationaler beratender Sachverständigenausschuss für Drogenpolitik zu dem Schluss, dass Coffeeshops zu ihrem ursprünglichen Zweck zurückkehren sollten, nur an lokale Konsumenten zu verkaufen, insbesondere in der Grenzregion. Daraufhin kündigte die Regierung 2011 eine restriktivere Coffeeshop-Politik an, wobei zwei zusätzliche Kriterien in Kraft traten, an die sich Coffeeshops halten mussten: das private Clubkriterium und das Einwohnerkriterium. Ab 2012 sah die neue nationale Politik vor, dass Coffeeshops nur Mitgliedern Zugang gewähren durften (das Private Club-Kriterium) und nur Einwohner (das I-Kriterium) der Niederlande – unabhängig von der Staatsangehörigkeit – Mitglied werden durften. Diese verschärfte Politik zielte darauf ab, Coffeeshops kleiner und kontrollierbarer zu machen, die mit Cof-

¹ Dieser Artikel ist eine stark gekürzte, überarbeitete und leicht aktualisierte Version meines Beitrags zum Sonderheft über Legalisierung von Cannabis in der Zeitschrift Rausch (2022, Nr. 3-4).

feeshops verbundenen Belästigungen zu verringern und die Zahl der ausländischen Besucher („Coffeeshop-Touristen“) zu reduzieren.

Im Mai 2012 begann die Durchführung dieser neuen Kriterien als Pilotprojekt in den drei südlichen Provinzen (entlang der deutschen und belgischen Grenze), wo die Probleme der Belästigung und des Drogentourismus als am dringendsten betrachtet wurden. Die restlichen Provinzen sollten im Januar 2013 folgen. Das Projekt wurde in 14 Gemeinden evaluiert, sieben in den südlichen Provinzen, in denen sie durchgeführt wurden („Experimentgruppe“), und sieben in anderen Provinzen, in denen sie nicht durchgeführt wurden („Vergleichsgruppe“). Es wurden eine Baseline-Bewertung (vor der Implementierung in der „experimentellen Gruppe“) und Follow-Ups nach sechs und 18 Monaten durchgeführt. Die Ergebnisse wurden nach dem ersten Follow-Up und nach dem zweiten Follow-Up berichtet (in 2013 bzw. 2014). Eine Kurzversion der Ergebnisse wurde auf Englisch veröffentlicht.² Die wichtigsten Ergebnisse waren:

- Nach der Einführung des Mitgliedschaftskriterium in den südlichen Provinzen verloren Coffeeshops viele ihrer lokalen Kunden, da die sich nicht offiziell als Clubmitglied registrieren wollten. Sie wandten sich von Coffeeshops ab und begannen, Cannabis auf dem illegalen Markt zu kaufen, was zur Belästigung von Straßendealern beitrug. Der wachsende illegale Cannabiskonsumantenmarkt zog junge Dealer an, vor allem aus sozioökonomisch schwächeren Bezirken.
- Das Mitgliedschaftskriterium wurde Ende 2012 abgeschafft (und damit in der „Vergleichsgruppe“ nie umgesetzt). Viele ansässige Cannabiskonsumanten kehrten in Coffeeshops (in den südlichen Provinzen) zurück, aber nicht alle. Der illegale Cannabismarkt (d. h. Cannabistransaktionen auf Konsumentenebene außer in Coffeeshops) ging zurück, blieb aber größer als vorher.
- In den drei südlichen Provinzen ging der Drogentourismus in Coffeeshops 2012 rapide zurück, der Straßenhandel florierte. 10 der 14 Gemeinden in der Studie setzten das Einwohnerkriterium (I-Kriterium) jedoch nicht durch bzw. waren nicht dazu bereit, es einzuführen. Offiziell blieb dieses Kriterium in Kraft, wurde aber angepasst: Die lokalen Behörden können entscheiden, ob sie es anwenden wollen oder nicht.

Nach den neuesten Daten haben die meisten Coffeeshop-Gemeinden das I-Kriterium nicht in ihrer lokalen Politik aufgenommen (26%) oder es wird nicht aktiv durchgesetzt (40%). Darüber hinaus berichten 29% wohl Handhabung, aber mit niedriger Priorität, und nur 5% handhaben das I-Kriterium mit hoher Priorität.³ Bemerkenswert ist, dass in Amsterdam, der Stadt, die sich rasch gegen das I-Kriterium ausgesprochen hatte, die derzeitige Bürgermeisterin seit einigen Jahren versucht, den Stadtrat davon zu überzeugen, das I-Kriterium einzuführen, in der Hoffnung, den stark gestiegenen Tourismus, insbesondere die damit verbundene Belästigung in der Innenstadt, zu reduzieren. Bei der letzten Debatte darüber im Stadtrat (30. September 2022) wurde

² Van Ooyen-Houben MMJ, Bieleman B, Korf DJ (2016) Tightening the Dutch coffeeshop policy: Evaluation of the private club and the residence criterion. *International Journal of Drug Policy*, 31: 113-120.

³ Mennes R, Pieper R, Schoonebeek I, Bieleman B (2021) Coffeeshops in Nederland 2020. Aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2020. Groningen: Breuer & IntraVal.

erneut bestätigt, dass die Mehrheit der Gemeinderäte sich gegen diese Maßnahme wehrt, weil sie einen schnell wachsenden Straßenhandel befürchtet.

Ein nationales Experiment mit regulierter Cannabisversorgung

Die niederländische Coffeeshop-Politik gilt nicht für die „Hintertür“. Dies lässt Coffeeshops in einer komplizierten Schnittstellenposition zwischen der illegalen Produktion und dem quasi-legalen Verkauf an Konsumenten. Das Hauptproblem besteht darin, dass es kein offiziell autorisiertes System zur Versorgung von Coffeeshops gibt. Dieses Paradox und die damit verbundenen Probleme wurden lange Zeit ignoriert, aber allmählich wurde die Cannabisproduktion immer mehr betrachtet als weitgehend in den Händen der organisierten Kriminalität. Lokale Politiker plädierten für neue Schritte, immer mehr Bürgermeister äußerten ihre Bedenken und forderten weitere Regulierungen, insbesondere eine Regulierung des Cannabisanbaus zur Belieferung von Coffeeshops. Anfang 2017 entschied sich das niederländische Parlament mit knapper Mehrheit (77 Ja / 73 Nein) für ein Experiment mit reguliertem Cannabisanbau zur Belieferung von Coffeeshops („geschlossene Kette“).

Im Herbst 2017 trat eine neue Regierung ihr Amt an und stimmte zu, ein solches Experiment zu initiieren. Es folgte ein komplexer Prozess der weiteren Vorbereitung, juristischer, wissenschaftlicher und praktischer Art. Ende Juni 2018 legte ein unabhängiger Expertenausschuss seinen Bericht vor. Der Ausschuss war der Meinung, dass es während der Vorbereitungsphase große Anstrengungen erfordern würde, den am Experiment teilnehmenden Coffeeshops ein ausreichend vielfältiges Cannabissortiment zur Verfügung zu stellen. Nach Ansicht des Ausschusses sollte im Rahmen des Experiments eine begrenzte Anzahl zuverlässiger und hochqualifizierter Züchter ausgewählt werden, die bereit sind, die erforderlichen Anforderungen zu erfüllen (z.B. keine Pestizide, Informationen über die Cannabissorte, THC, CBD usw.). Im Laufe der Zeit sollte entschieden werden, ob es wünschenswert und möglich wäre, mehr Cannabiszüchter in die geschlossene Kette aufzunehmen. Laut des Ausschusses sollte das Experiment nicht auf Marihuana beschränkt werden, er erkannte aber auch, dass es eine große Herausforderung sein würde, die teilnehmenden Coffeeshops nicht nur mit verschiedenen Arten von im Inland angebautem Marihuana, sondern auch mit einer Vielzahl von im Inland produziertem Haschisch zu versorgen.

Anfang Juli 2018 reagierte die niederländische Regierung weitgehend positiv und im Einklang mit dem Ausschussbericht, bestand jedoch darauf, das Experiment auf maximal zehn Gemeinden zu beschränken. In den folgenden Monaten gingen gesellschaftliche Diskussionen und politische Debatten über das Experiment weiter. Seitdem wurde das Experiment weiter in Absprache mit den lokalen Behörden und Coffeeshops vorbereitet, sowohl rechtlich als auch praktisch. Für die wissenschaftliche Evaluation wurde ein Forschungskonsortium ausgewählt, aus den interessierten Gemeinden mit Coffeeshops wurden zehn für die Teilnahme an dem Experiment sowie zehn „Kontroll-Gemeinden“ benannt. Mehr als hundert Kandidaten meldeten sich an als Produzenten. Zwischendurch (März 2021) gab es nationale Wahlen, aber es dauerte bis Januar 2022, bis das neue Kabinett sein Amt antrat – übrigens mit den gleichen vier Koalitionsparteien wie vorher. Der neue Gesundheitsminister und die neue Justizministerin berichteten, dass das Experiment fortgesetzt wird, wenn

auch leicht modifiziert und erweitert um eine Großstadt (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag oder Utrecht). Etwa zehn Züchter/Produzenten wurden ernannt. Der Anbau erweist sich als komplexer Prozess, nicht nur um einen geeigneten und sicheren Standort zu finden, sondern beispielsweise auch um ein Bankkonto zu erhalten. Und dann sind da noch die landwirtschaftlichen Herausforderungen einer ausreichenden Menge, Qualität und Vielfalt des produzierten Marihuanas und Haschischs, um die teilnehmenden Coffeeshops vollständig und dauerhaft beliefern zu können.

Die derzeit aktuellste Erwartung ist, die sog. Übergangsphase könnte im zweiten Quartal 2023 anfangen. Dann können die teilnehmenden Coffeeshops das Cannabis der designierten Züchter verkaufen, zusätzlich zu dem bestehenden Verkauf aus dem illegalen Angebot. Nach sechs Wochen beginnt endlich die Experimentierphase (vier Jahre) und sie dürfen nur noch Cannabis aus der geschlossenen Kette verkaufen. Daher wird mit dem Jahr 2027 gerechnet, bevor im Falle einer positiven Bewertung die geschlossene Kette national eingeführt werden könnte.

Insights for the design of Cannabis Social Club regulation

Tom Decorte

1 Introduction

With the legalization of recreational cannabis markets in Uruguay, Canada, and a number of US states, as well as announcements of legal reform across Europe (e.g. Luxembourg, Germany), a breakthrough in the prohibitionist status quo may be emerging (Pardo, 2018).

The spectrum of options for cannabis legalization is very broad, with one end of the spectrum being a commercial profit-driven market, which is mostly practiced in the United States (Pardo, 2018). The other end is a strict government regulated market. In between, there are numerous options with examples such as Cannabis Social Clubs and other not-for-profit options (Caulkins, Kilmer, Kleiman, MacCoun, Midgette, Oglesby et al., 2015; Caulkins & Kilmer, 2016; Kilmer, 2014; Rychert & Wilkins, 2019; Decorte, 2015).

This contribution focuses on one particular middle-ground regulatory option: the Cannabis Social Club. A Cannabis Social Club (hereinafter CSC or Club) is a legally constituted non-profit association of cannabis consumers. Cannabis Social Clubs collectively cultivate cannabis plants for their adult members' personal consumption (Barriuso, 2011; Belackova, Tomkova & Zabransky, 2016; Pardal, 2018a; Decorte, 2015).

Although CSCs can be found in many countries, these organizations continue to operate, at best, in a regulatory 'grey zone' (Pardal et al., 2020). This leads to the critique that they remain too vague and lacking a detailed outline, which reduces the likelihood that they are taken seriously by policymakers considering the development of new legal frameworks for cannabis. However, there have been a few instances where the CSC model has been adapted to specific jurisdictions (e.g. in Uruguay and in Spain, at the regional level, and more recently in Malta) (Decorte, 2018; Wilkins, 2016, 2018; Rychert & Wilkins, 2019). This contribution analyzes the specific ways in which CSC legislation or scenarios for such legislation have been designed to date.

2 Regulatory pathways for the CSC model

Previous research has offered in-depth analyses of the core practices and self-regulations developed by CSCs and by the Federations representing some of them (Belackova & Wilkins, 2018; Decorte, Pardal, Queirolo, Boidi, Sanchez & Parés, 2017; Jansseune, Pardal, Decorte & Parés, 2019; Marín, 2008; Pardal, 2018a). This syn-

opsis seeks to offer a complementary view by focusing on the regulatory proposals drafted either by academics or by the legislature.

2.1 Legal frameworks for CSCs in Malta, Uruguay and Spain and the stated goals of CSC legislation

Uruguay was the first nationwide jurisdiction to have introduced a comprehensive legislative framework with regards to CSCs (See Queirolo, 2020). As of 5 July 2022, 249 CSCs have completed registration and are operating (IRCCA, 2022). Two other supply channels are co-existing with the CSC model: home cultivation and sales through pharmacies. In Spain, three autonomous regions (Navarre, the Basque Country and Catalonia) have also passed legislation concerning CSCs but these efforts were rather short-lived as they were suspended by the competent domestic courts (Arana & Páres, 2020). The difference here lays in the fact that Uruguay's CSCs were legislatively approved at the national level while in Spain the laws were passed at the sub-national level, without the support of the central government (Sánchez & Collins, 2018). More recently, Malta became the first national jurisdiction in Europe to enact a legal reform also allowing the introduction of Cannabis Social Clubs (BBC News, 2021).

Similar objectives can be found in the Uruguayan legislation, the Catalanian legislation and the Navarre legislation. They aim to protect and improve public health through prevention and risk minimization, and they seek to recognize and ensure the rights of cannabis users (articles 1-4; article 2). In Malta, the new law focuses more on the individual freedom of responsible cannabis users (Objects and Reasons, Bill 241).

The legislation issued by the autonomous region of Catalonia offers a broad definition of what should be understood as CSCs within that framework, i.e.: *“non-profit associations, legally constituted, that self-supply and distribute cannabis among their members, all of them of legal age, who use this substance in a private environment, either recreationally or for therapeutic purposes, and thus reducing the social and health harms associated with the illicit market and certain uses of cannabis”* (article 4). In addition, the Navarre legislation lists a set of minimum goals that CSCs should pursue. These include offering training in risk prevention associated with cannabis consumption, informing members about their use and contribute to reducing illicit sales of cannabis (article 8). The scope and functioning of these associations is established in more detail in all three legal instruments.

2.2 Decorte's detailed scenario for a nonprofit cannabis market

In 2018, Decorte developed a comprehensive hypothetical scenario for a nonprofit cannabis market with a view to contribute to the debate on cannabis policy reform. Decorte (2018) included three legally regulated channels (in a first phase): 1) a grow your own scheme; 2) Cannabis Social Clubs; and 3) supply of cannabis for medical use (through pharmacies). The introduction of these three models would be preceded by some fine-tuning and adjustments of the scenario to the specific context(s) in which it would be introduced. In addition, the author recommended the launch of an

education campaign, informing the public at large about the new regulation. Preparatory scientific research would also be conducted prior to the introduction of the three supply models.

3 Discussion

3.1 Comparative analysis of CSC regulation

Looking at the different priorities of the jurisdiction's legislations, strengthening the public health protection is one of the most important goals they try to reach. The Maltese legal framework focuses also on balancing "individual freedom".

There are a number of similarities between the 4 legislations and Decorte's (2018) proposal, which also reflect practices associated with the CSC model (Belackova et al., 2016; Decorte et al., 2017; Marín, 2008; Pardal, 2018a; Parés & Bouso, 2015). For instance, the CSCs are expected to operate as a not-for-profits, with no advertisement or marketing being allowed, and some form of registry is foreseen. Access to the CSCs is limited to adults (18 or older) in all the jurisdictions considered, and the Catalonian law even sets up a specific category for the younger members (18-21 years old), establishing a lower quantity threshold and inviting the CSCs to organize educational activities tailored to this age group. This may be interesting given the concerns about the impact of heavy regular cannabis use on the developing brain (Lubman, Yucel & Hall, 2007). To avoid "cannabis tourism", in Malta, Uruguay and in Decorte's scenario a residency criterion is applied to limit entry to CSCs.

Regarding cultivation, two approaches emerged: in Uruguay, the legislator established a limit in terms of the number of plants a CSC is allowed to grow, which will also be the case in Malta – an approach followed also by Decorte (2018); in Catalonia the threshold corresponds to the quantity (in kg) of dry cannabis produced.

Decisions about price and/or other financial contributions (for instance, in the form of an entry or regular membership fee) to the functioning of the CSCs seem to have been left to the CSCs themselves, across the four jurisdictions. All the legislations under analysis allow CSCs to have a social area for members. Selling alcohol in CSCs is restricted in Malta, Catalonia and in Decorte's scenario, he limits product availability to herbal cannabis and hashish.

3.2 Comparative analysis of CSC regulation

Over the years, different types of CSCs have emerged (Pardal, 2018a). CSC federations or umbrella organizations have attempted to bring consistency to CSC practices and have developed overarching codes of conduct. However, there are limitations on the extent to which CSC federations can ensure that CSCs adhere to that code (Jansseune et al., 2019).

A government regulation can give CSCs legal protection but at the same time, some autonomy for the CSCs themselves is also important. The model must be attractive enough for users so that a return to the black market is avoided. CSCs should be involved in the development of legislation in this area (Belackova & Wilkins, 2018).

Finally, we should (re-)emphasize that while the focus of our analysis lays on the design of CSC regulation, we recognize that its actual enforcement will have significant impacts as to how CSCs will turn out to function in practice. This is to say that, in both a scenario where a detailed, state-led regulatory framework is introduced or in a context where self-regulatory guidelines are allowed, the way those sets of rules are enforced will be of crucial importance.

4 Conclusion

A key goal of this contribution was to counter the idea that non-profit models for the supply of cannabis remain vague proposals. Lessons can be drawn from the design of legislative pieces regulating CSCs, from academic proposals, as well as from what we already know about what are the self-enacted CSC practices.

5 Literature

- Arana X, Pares, O (2020). Cannabis social clubs in Spain: recent legal developments. In: Decorte T, Lenton S, Wilkins C (eds.) *Legalizing cannabis. Experiences, lessons and scenarios*. Routledge, New York. pp. 307-322
- Barriuso M (2011). *Cannabis social clubs in Spain: A normalizing alternative underway*. Series on Legislative Reform of Drug Policies 2: 1-9
- BBC News (2021). *Malta becomes first EU nation to legalise cannabis*. <https://www.bbc.com/news/world-europe-59660856>
- Belackova V, Tomkova A & Zabransky T (2016). Qualitative research in Spanish cannabis social clubs: “The moment you enter the door, you are minimising the risks”. *International Journal of Drug Policy* 34: 49–57
- Belackova V, Wilkins C (2018). Consumer agency in cannabis supply – Exploring auto-regulatory documents of the cannabis social clubs in Spain. *International Journal of Drug Policy* 54: 26-34
- Caulkins JP, Kilmer B (2016). Considering marijuana legalization carefully: insights for other jurisdictions from analysis for Vermont. *Addiction* 111(12): 2082-2089
- Caulkins JP, Kilmer B, Kleiman MAR, MacCoun RJ, Midgette G, Oglesby P, et al. (2015). *Considering marijuana legalization: insights for Vermont and other jurisdictions*. RAND Corporation, Santa Monica
- Decorte T (2015). Cannabis social clubs in Belgium: organizational strengths and weaknesses, and threats to the model. *The International journal on drug policy*, 26(2), 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.07.016>
- Decorte T (2018). *Regulating cannabis: a detailed scenario for a nonprofit cannabis market*. Archway Publishing, Bloomington
- Decorte T, Pardal M, Queirolo R, Fernanda M, Sanchez C & Parés O (2017). Regulating Cannabis Social Clubs: A comparative analysis of legal and self-regulatory practices in Spain, Belgium and Uruguay. *International Journal of Drug Policy* 43: 44-56
- IRCCA (2022). Clubes de membresia con licencia aprobada al 05/07/2022 [Cannabis social clubs with approved license by 05/07/2022]. Retrieved from: <https://www.ircca.gub.uy/clubesaprobados/>

- Jansseune L, Pardal M, Decorte T & Parés Ò (2019). Revisiting the birthplace of the Cannabis Social Club model and the role played by Cannabis Social Club Federations. *Journal of Drug Issues* 49(2): 338-354
- Kilmer B (2014). Policy designs for cannabis legalization: starting with the eight Ps. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 40(4): 259-261
- Lubman DI, Yucel M & Hall WD (2007). Substance use and the adolescent brain: A toxic combination? *Journal of Psychopharmacology* 21: 792-794
- Marín I (2008). La cultura “cannabica” en España (1991-2007) [The cannabis culture in Spain (1991-2007)]. Universidad de Granada, Granada
- Pardal M (2018a). Belgian Cannabis Social Clubs’ supply practices: A shapeshifting model? *International Journal of Drug Policy* 57: 32-41
- Pardal, M., Decorte, T., Bone, M., Parés, Ò., & Johansson, J. (2020). Mapping Cannabis Social Clubs in Europe. *European Journal of Criminology*. <https://doi.org/10.1177/1477370820941392>
- Pardo B (2018). American exceptionalism and the failure to learn from mistakes of the past. *Addiction* 113: 602–603
- Parés O, Bouso J (2015). *Innovation born of necessity: Pioneering drug policy in Catalonia*. Open Society Foundations, New York
- Queirolo R (2020). Uruguay: the first country to legalize cannabis. In: Decorte T, Lenton S, Wilkins C (eds.) *Legalizing cannabis. Experiences, lessons and scenarios*. Routledge, New York. pp. 116-130
- Rychert M, Wilkins C (2019). A “community enterprise” model for recreational cannabis: lessons from alcohol licensing trusts in New Zealand. *International Journal of Drug Policy* 67: 72-78
- Sánchez C, Collins M (2018). Better to ask forgiveness than permission: Spain’s sub-national approach to drug policy. *Global Drug Policy Observatory*, Policy Brief 12, June 2018.
- Wilkins C (2016). After the legalisation of cannabis: The Cannabis Incorporated Society (CIS) regulatory model for recreational cannabis in New Zealand. *New Zealand Medical Journal* 129(1433): 17–20
- Wilkins C (2018). A “not-for-profit” regulatory model for legal recreational cannabis: insights from the regulation of gaming machine gambling in New Zealand. *International Journal of Drug Policy* 53: 115-122

Cannabisregulierung International

Zusammengestellt von Ingo-Ilja Michels

Malta legalisiert Cannabis?

Zunächst: Entkriminalisierung des Besitzes und Erwerbs

In einem Beitrag in dem TV Sender *euronews* vom 9. Februar 2022 (Malta reformiert Cannabispolitik und setzt gute Maßstäbe in Europa – Artikel von Ties Inc. 9 Februar 2022) wurde berichtet, dass eine Reihe europäischer Staaten, darunter Italien, Spanien, Belgien und Irland, Haftstrafen für den Besitz von Marihuana abgeschafft hätten, aber in 14 der 28 europäischen Staaten – darunter das Vereinigte Königreich, Frankreich, Deutschland und Österreich – könne geringfügiger Cannabisbesitz immer noch zu einer Strafverfolgung führen (allerdings in Deutschland nicht zu einer Haftstrafe).

In Malta wurde im Dezember 2021 ein Gesetz vom maltesischen Parlament verabschiedet, das verhindert, dass Freizeitkonsumenten wegen des Besitzes kleiner Mengen Cannabis verklagt werden. Das neue Gesetz ermöglicht Nutzern und letztendlich gemeinnützigen Organisationen, Cannabispflanzen anzubauen und über Verbände zu vertreiben, sodass Nutzer*innen die Droge nicht mehr auf dem Schwarzmarkt kaufen müssen. Das maltesische Gesetz erlaubt Benutzenden, sieben Gramm auf Sicht zu tragen und bis zu 50 Gramm zu Hause aufzubewahren.

Der Premierminister von Malta, Robert Abela, kündigt bereits im Frühjahr 2021 an, dass er plant, eine baldige Entkriminalisierung von Cannabis auf parlamentarischer Ebene herbeizuführen. In seiner Ankündigung hieß es, die Regierung beabsichtige langfristig die Legalisierung eines verantwortungsvollen Umgangs mit der Pflanze. Es hat allerdings noch bis Ende 2021 gebraucht, um das Gesetz zu verabschieden, das einen ersten Schritt zur Legalisierung von Cannabis darstellt.

Mexiko plant Cannabislegalisierung

Die Süddeutsche Zeitung titelte am 29. Juni 2021 „Grün ist die Hoffnung“¹.

Nach einem mehr als 100 Jahre dauernden Verbot sei Mexiko der Legalisierung von Cannabis einen weiteren Schritt nähergekommen. Kurz zuvor hatte der Oberste Gerichtshof abermals ein Gesetz des Landes für verfassungswidrig erklärt, das den Konsum von Marihuana generell unter Strafe stellt. „Kiffen ist damit zwar noch nicht erlaubt und auch der Handel mit der Droge bleibt weiterhin verboten; allerdings kann von nun an jeder, der möchte, eine Erlaubnis beantragen zum Konsum oder auch zum Anbau von Cannabis.“ Der Journalist schreibt weiter: „Rund 126 Millionen Men-

¹ Christoph Gurk (Korrespondent in Buenos Aires): Grün ist die Hoffnung; Süddeutsche Zeitung vom 29.6.2021

schen leben in dem Land, vor allem in Großstädten wie Mexiko-Stadt ist Marihuana auch jetzt schon eine beliebte Freizeitdroge. Für den Nachschub sorgen bislang allerdings meist noch kriminelle Banden, unter ihnen auch jene Drogenkartelle, die das Land seit Jahren mit Terror überziehen, in einem Krieg, der immer grausamer wird und jedes Jahr Tausende Opfer fordert.“ Es heißt weiter, dass bereits 2019 das Oberste Gericht die Verfassungswidrigkeit des Verbots erklärte und auch Mexikos Präsident Andrés Manuel López Obrador und seine Morena-Partei unterstützen prinzipiell eine Legalisierung. „Eine Gesetzesinitiative wurde ausgearbeitet, die dann Anfang dieses Jahres im Abgeordnetenhaus landete. Der Entwurf sah vor, Volljährigen den Kauf von Marihuana in speziellen Geschäften mit staatlicher Zulassung zu erlauben, mit einer Obergrenze von 28 Gramm. Dazu sollte auch der Eigenanbau erlaubt werden, mit bis zu acht Cannabispflanzen für den Eigenkonsum.“ Aber, weder liegt ein endgültiges Gesetz vor, noch ist die Umsetzung begonnen worden.

Ein Beitrag der Deutschen Welle (DW) vom 2.7.2021 kritisierte „Mexikos drogenpolitischer Zickzackkurs“. Weiter heißt es in dem Bericht: „Noch im Frühjahr hatten Lobbyisten aus Wirtschaft und Militär das fast schon fertige Gesetz kurz vor der Abstimmung im Kongress gestoppt. Und auch die Regierung sendet widersprüchliche Signale im Umgang mit einer Legalisierung von Cannabis. Konsumenten können auf der Grundlage des Obersten Gerichtsurteils nun zwar bei der Staatlichen Kommission für den Schutz vor Gesundheitsrisiken (Cofepris) eine Lizenz beantragen, die ihnen nicht mehr – wie bislang üblich – verweigert werden kann. Doch mehr Rechtssicherheit schafft das nicht. Denn noch immer gelten Strafgesetze, die den Anbau, Handel oder den Besitz von mehr als fünf Gramm Cannabis verbieten.“

Im April 2021 sprach sich eine knappe Mehrheit von 52 Prozent für die Legalisierung aus. Aber der Druck auf die Regierung ist noch immer stark, die Legalisierung nicht voranzutreiben. Seit Beginn des Drogenkriegs im Jahr 2006 starben über 275.000 Mexikaner eines gewaltsamen Todes. Hierbei wünscht sich die Regierung auch mehr Impulse der US-Regierung. Obwohl dort schon 19 Bundesstaaten Marihuana legalisiert hätten, gäbe es vom Nachbarland bislang keinerlei Unterstützung für Mexiko – auch nicht unter Joe Biden.

Erfahrungen aus Uruguay

Die Vertreter der (politischen) Friedrich-Ebert-Stiftung haben den Prozess der Legalisierung in Uruguay sorgsam beobachtet, begleitet und ausgewertet. Sie kommen zu folgendem Ergebnis: *„Uruguay leistet mit der staatlichen Regulierung der gesamten Cannabis-Wertschöpfungskette seit fünf Jahren Pionierarbeit in der Drogenpolitik. Ausgangspunkt der Reform war die Erkenntnis, dass die Verbotspolitik gescheitert ist – und wo alte Wege nicht zum Ziel führen, müssen neue ausprobiert werden.“*²

Trotz der Vertriebsengpässe und der strengen Auflagen war die Akzeptanz der Regulierung unter den Cannabis-Nutzer*innen von Beginn an groß. Obwohl sie sich dafür in einer Datenbank registrieren lassen und beim Kauf mit Fingerabdruck ausweisen müssen, gaben 58 Prozent der Konsument*innen im Jahr 2015 an, sich »sicher«

² Sperling S, Sovereign, J (2019): Auf der anderen Seite ist das Gras viel grüner. Erste Lehren aus fünf Jahren legalem Cannabis in Uruguay; Friedrich-Ebert-Stiftung Perspektive.

oder »sehr wahrscheinlich« für den Apotheken-Bezug zu registrieren. Tatsächlich haben sich bis November 2018 trotz der Lieferengpässe knapp über 30.000 Personen für den Apothekenkauf eingeschrieben, und die Zahl der Registrierungen steigt im Gleichschritt mit der verfügbaren Menge weiter an. Wichtig ist dabei der Aspekt des Datenschutzes. Die Sicherheit, dass die Registrierung vertraulich bleibt, ist zentral für die Akzeptanz des Systems. *„Legalisierung löst keinen Dammbuch im Konsum aus Der Anteil derer, die angeben, im vergangenen Jahr Cannabis konsumiert zu haben, ist in Uruguay von 2014 bis 2017 von 9,3 Prozent auf 15,4 Prozent gestiegen. Dieser Anstieg lässt sich aber nicht durch die Legalisierung begründen, da der Konsum erstens schon vorher stark angestiegen ist, und Uruguay zweitens mit diesen Zahlen und diesem Anstieg ungefähr gleichauf liegt mit Nachbarländern wie Chile, in denen Cannabis nach wie vor illegal ist, und drittens beispielsweise der Konsum der weiterhin nicht legal erwerbbaeren Droge Kokain im selben Zeitraum in Uruguay noch viel stärker anstieg. Von denjenigen Personen, die bislang kein Cannabis konsumiert hatten, gaben 98 Prozent an, dass die Legalisierung sie nicht dazu verleiten würde, es doch einmal zu probieren.“*

*Zudem gaben 91 Prozent derjenigen, die bereits vorher Cannabis konsumiert hatten, an, dass sich ihr Konsum nach der Gesetzesreform nicht erhöhen würde. Es gibt also keinerlei empirische Beweise für die Dammbuch-Szenarien der Verbotshänger*innen. Ob die Droge legal oder illegal ist, hat offenbar nur wenige Auswirkungen auf die Konsumgewohnheiten – sehr wohl aber auf die Risiken, die mit dem Konsum einhergehen. Indikatoren dafür, dass der legale Verkauf den zweifellos gesundheitsschädlichen Konsum durch Kinder und Jugendliche erhöht, gibt es in Uruguay jedoch bislang ebenfalls nicht.“*

Eine Studie zum impact of cannabis legalization in Uruguay on adolescent cannabis use kommt zu folgendem Schluss: *“Our findings provide some support for the thesis that Uruguay’s state regulatory approach to cannabis supply may minimize the impact of legalization on adolescent cannabis use. At the same time, our study period represents a period of transition: pharmacy access, by far the most popular means of access, was not available until the summer of 2017. Additional study will be important to assess the longer-term impacts of the fully implemented legalization regime on substance use outcomes.”*³

Registrierte Käufer	23.161	24.324	25.865	28.181	31.565	33.751	36.487	37.196
Eigenanbau zu Hause	8.418	8.583	6.735	6.785	6.980	6.912	7.163	7.267
Cannabisclubs	90	91	99	107	110	114	123	126
Club-Mitglieder	2.529	2.339	2.517	2.703	2.831	3.031	3.417	3.946
Konsumenten insges.	34.108	35.246	35.117	37.668	41.376	43.694	47.067	48.409

Quelle: IRCCA, Informe de monitoreo del mercado regulado de cannabis N° 1-7

³ Laqueur H et al. (2020): The impact of cannabis legalization in Uruguay on adolescent cannabis use; in: International Journal of Drug Policy

Erfahrungen aus den USA

Die Studie von Laqueur H et al. beschreibt die Situation in den USA wie folgt: *„More recently, studies have begun to report on the effects of the legalization of recreational cannabis in U.S. states, with mixed findings that offer some indication of increased use among adolescents in some contexts. Using a difference-in-difference approach that compared past 30-day cannabis use among students in Washington and Colorado to students in non-legalizing states before (2010–2012) and after (2013–2015) the passage of the laws, Cerda et al. (2017) find an increase in past-month cannabis use among 8th and 10th graders following legalization in Washington State, but find no significant impact among 12th graders, and no effect among adolescents of any age in Colorado. A study of legalization in Oregon compared pre and post legalization cohorts of youth and found that there was no effect on the initiation of use, but there was evidence of increased use among youth who were already using cannabis at the time of legalization (Rusby et al., 2018). A more recent study, using household data from all US states (Cerda et al., 2020), shows no increase in adolescent frequent use, past month or past year cannabis use after the passage of recreational cannabis legalization, although it finds some indication of small increases in cannabis use disorders among adolescent cannabis users.“*

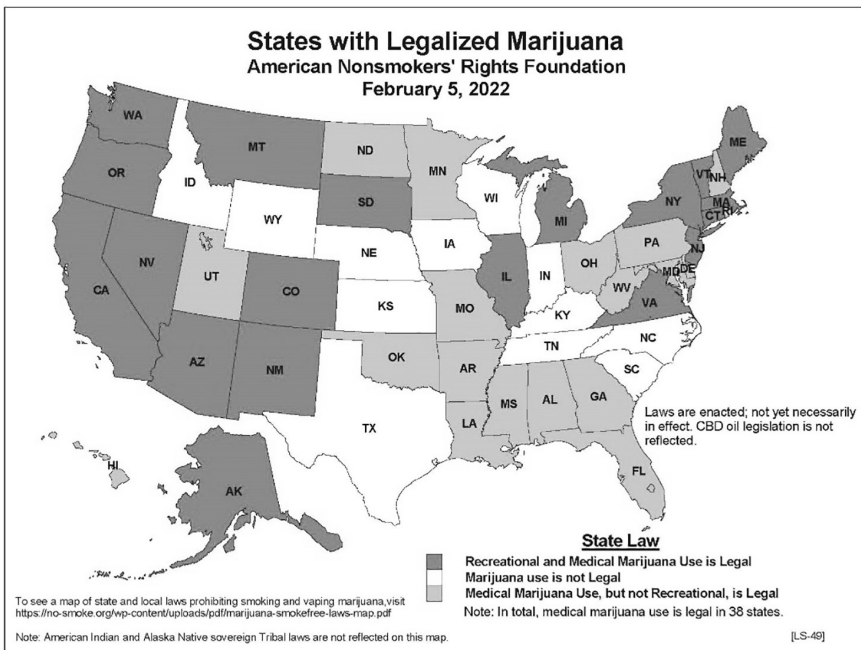
Gundula Barsch beschreibt die Erfahrungen im Forschungssemester von 2016 wie folgt: *„Unabhängig von allen vorliegenden Daten ist jedoch unübersehbar, dass der Einschätzung amerikanischer Kollegen ausdrücklich zuzustimmen ist, dass es zu früh ist, aus den vorliegenden Daten Schlussfolgerungen in Bezug auf potentielle Effekte einer Regulierung für verschiedene Bereiche des sozialen Lebens abzuleiten. Nicht nur, weil oft nur unzureichende Daten existieren, mit denen der Status vor einer Regulierung festgehalten wurde und die bisher überschaubaren Zeiträume für die nötigen umfassenden sozialen Veränderungen zu kurz sind; vor allem aber auch deshalb, weil Regulierung eben kein alternierendes Ereignis ist, sondern ein Prozess, mit dem in vielen Einzelschritten eine neue soziale Praxis entwickelt und durchgesetzt wird – oft auch gegen Widerstände von Interessengruppen, die bis dahin von der Prohibition profitieren konnten. (...) Die Hypothese von einem geringen Einfluss drogenpolitischer Regelungen auf Konsumraten ist keineswegs neu und findet nun im Zuge der Regulierung/Legalisierung des Freizeitkonsums von Marihuana in USA-Bundesstaaten erneut ihre Bestätigung. Bis heute ist unklar, wieweit veränderte Lebensstile von Jugendlichen, eine andere Wahrnehmung der Risiken, ein Umstieg auf legale (Alkohol) oder auf andere illegalisierte Drogen, ein rückläufiger Zigarettenkonsum oder noch ganz andere Faktoren Einfluss auf die Verbreitung des Cannabiskonsums haben. Diesen Bezügen sollte in weiteren Forschungen nachgegangen werden.“⁴*

Barsch konstatierte bei einer relativ hohen Cannabiskonsumrate in der Gesamtbevölkerung einen leichten Anstieg bei Heranwachsenden und einen leichten Rückgang bei Jugendlichen, also keinen befürchteten „Dammbruch“. Das bezog sich zunächst auf Colorado und Washington.

⁴ Barsch G (2016): Der Prozess der Umsetzung der Regulierung von Marihuana in den USA: Effekte und Nebeneffekte; S. 6f.

In den USA haben bereits neunzehn Bundesstaaten inklusive Washington D. C. Cannabis für den Freizeitgebrauch legalisiert. Zusätzlich wird in 36 der 50 Bundesstaaten Cannabis zu medizinischen Zwecken eingesetzt⁵: Berausende Aussichten. Die Ampel-Koalition will in Deutschland Cannabis legalisieren. Eine gute Idee? Ein Blick über den Atlantik auf die Erfahrungen der USA. In: IPG Newsletter DEMOKRATIE UND GESELLSCHAFT 17.12.2021)

Heute sei die Strafverfolgung bei Cannabisdelikten in den USA geprägt von rassistischen Diskrepanzen. Trotz der Legalisierungswelle auf Bundesstaatenebene und der Tatsache, dass Umfragen immer wieder zeigen, dass zwei Drittel der Amerikaner die Freigabe befürworten, geht die Strafverfolgung nach wie vor in eine andere Richtung. Die Festnahmen im Zusammenhang mit Cannabis stiegen in den USA von 2018 auf 2019 um 9%. 92% der Verhaftungen erfolgten wegen einfachen Besitzes. In einer Längsschnittanalyse aller 50 Bundesstaaten und des District of Columbia konnten keine negativen Auswirkungen der Liberalisierung der Cannabisgesetze in den US-Bundesstaaten auf die psychische Gesundheit festgestellt werden. Mit Blick auf die Regulierung der Cannabisindustrie gibt es zwischen den US-Bundesstaaten große Unterschiede, vor allem bei der Besteuerung. Dies bleibt nicht ohne Folgen. Bundesstaaten, die den Steuersatz für den legalen Cannabiskauf zu hoch ansetzen, treiben die Konsumenten zurück in den Schwarzmarkt. Auch eine übermäßige Regulierung der Cannabisindustrie kann zu unerschwinglichen Kosten für die Einhaltung der Vorschriften führen. Große Akteure im kommerziellen Cannabisgeschäft können diese Hindernisse überwinden. Aber kleinere Unternehmen, die häufig von Angehörigen ethnischer Minderheiten geführt werden, können es sich oft nicht leisten, die



⁵ Jeffrey A. Singer (2021)

regulatorischen Anforderungen zu erfüllen. Präsident Biden steht einer Legalisierung auf Bundesebene nach wie vor kritisch gegenüber, unterstützt aber die Entkriminalisierung. Das Thema ist bei weitem nicht mehr so polarisierend, wie es einmal war. Die parteiübergreifende Unterstützung für eine bundesweite Legalisierung wächst.

Aktuelle Erfahrungen aus Kanada – Canadian Cannabis (CCS) Survey 2021

Der CCS startete 2017 und wird jährlich durchgeführt. Er untersucht Konsummuster, wie die Konsummengen von Cannabis und die Verwendung von Cannabis für medizinische Zwecke, den Cannabismarkt, wie Cannabisquellen und Preisgestaltung, und Fragen der öffentlichen Sicherheit, wie z.B. eingeschränktes Fahren unter Cannabiseinfluss. Der Inhalt der Umfrage wird jährlich überprüft und modifiziert, um festgestellte Lücken in den Daten zu schließen.

Im Survey 2021 ging es u.a. um folgende Fragestellungen:

- Wissen/Überzeugungen über Schäden im Zusammenhang mit Cannabis
- Zugang zu vertrauenswürdigen Informationen
- Exposition gegenüber Gesundheitswarnmeldungen und Gesundheitsbotschaften
- Cannabiskonsum zu Hause
- Soziale Akzeptanz des Konsums von Cannabis und anderen Substanzen
- Empfundenes Risiko des Konsums von Cannabis und anderen Substanzen
- Meinungen darüber, ob Cannabiskonsum zur Gewohnheit werden kann

Die Kanadier wurden gefragt, ob sie wissen oder glauben, dass Cannabisrauch schädlich sein kann, ob der tägliche oder fast tägliche Cannabiskonsum das Risiko für psychische Gesundheitsprobleme erhöhen kann und ob Teenager einem höheren Risiko ausgesetzt sind, durch Cannabiskonsum geschädigt zu werden als Erwachsene (Abbildung 1). Für all diese Schäden gab die Mehrheit der Menschen an, dass sie glauben, dass diese Risiken wahr sind.

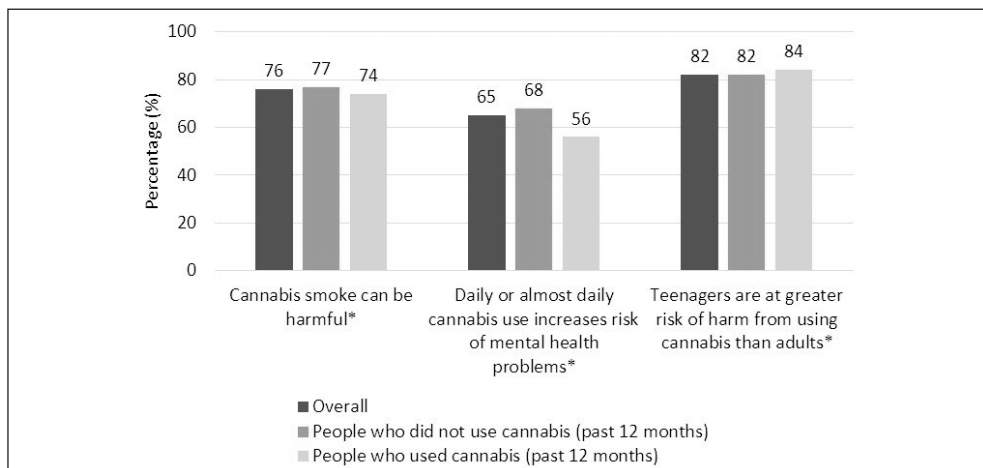


Abbildung 1: Wissen oder Überzeugungen in Bezug auf Cannabis-assoziierte Schäden, 2021

Fazit: Die Gesundheitsrisiken werden bei Usern sowie Nicht-Usern gleich hoch eingeschätzt!

Zugriff auf vertrauenswürdige Informationen

Die Teilnehmer*innen wurden gefragt, ob sie das Gefühl hätten, Zugang zu genügend vertrauenswürdigen Informationen über die Gesundheitsrisiken des Cannabiskonsums zu haben, um fundierte Entscheidungen treffen zu können. Die meisten Menschen (73%) gaben an, dass sie über genügend vertrauenswürdige Informationen verfügten. Dies war bei denjenigen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert hatten, häufiger (87%) als bei denjenigen, die kein Cannabis konsumiert hatten (69%).

Allerdings: Nur 8% der Kanadier kannten die Richtlinien zum geringeren Cannabiskonsum, und weitere 13% waren sich nicht sicher, ob sie von den Richtlinien gehört hatten.

Cannabis and Health
Using cannabis is a personal choice, but it can have short- and long-term effects on your health. Cannabis can affect your thinking, physical co-ordination and control, and increase your risk of accidents, injuries, reproductive issues and mental health problems, including dependence. Smoking cannabis can increase your chances of having lung problems.

Cannabis Use and Others
Remember that cannabis use can also harm those around you. Be considerate of other people's health and preferences if you choose to use cannabis.

If You Develop Problems
Some people who use cannabis develop problems and may become dependent. Don't hesitate to seek support if you think you need help controlling your cannabis use, if you experience withdrawal symptoms or if your use is affecting your work, school or social and family life. You can find help online, or through a doctor or other health professional.

Endorsements
The LRCUG have been endorsed by the following organizations:

10 WAYS
to Reduce Risks to Your Health When Using Cannabis

Canada's Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG)

Reference
Revised 2018
Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., Rehm, J., & Room, R. (2017). Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG): An evidence-based update. *American Journal of Public Health*, 107(8), DOI: 10.2195/AJPH.2017.303818.

Nur 10% der Kanadier gaben an, das Informationsblatt für Cannabisverbraucher an einem oder mehreren Orten gesehen zu haben, und weitere 14% waren sich nicht sicher, ob sie das Blatt gesehen hatten. Von denjenigen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben, gaben 21% an, das Informationsblatt gesehen zu haben. Von allen, die das Informationsblatt gesehen hatten, gab die Mehrheit (70%) an, dass

das Blatt ihr Wissen über die mit dem Cannabiskonsum verbundenen Schäden zumindest etwas erweitert habe.

Fazit: Das bedeutet, dass Aufklärungsinformationen zielgenauer verbreitet werden müssen, sowohl in Internetportalen wie „drugcom“ oder „drugscouts“, aber vor allem auch in den lizenzierten Fachgeschäften zum Verkauf von Cannabisprodukten!

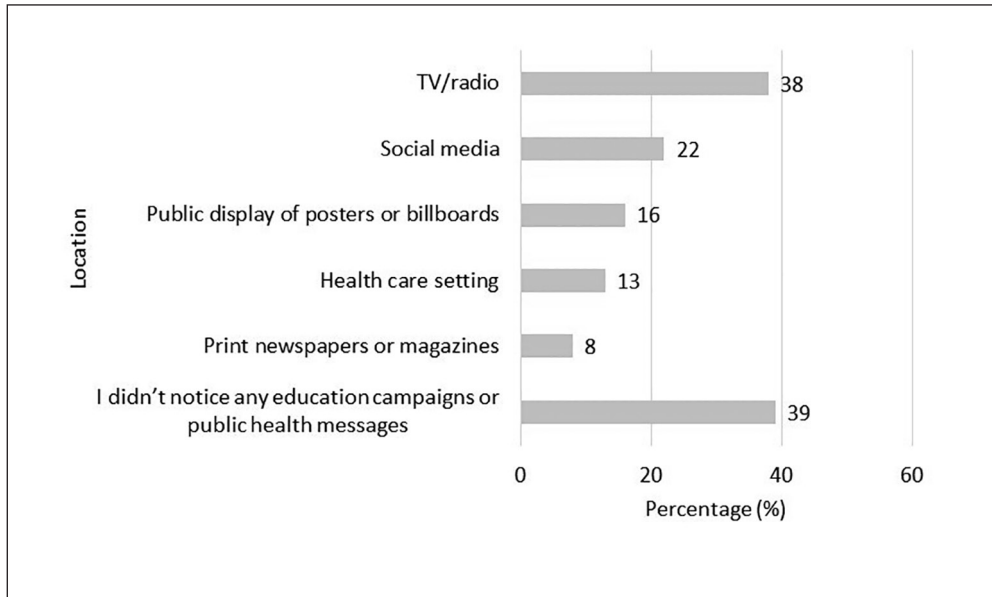


Abbildung 2: Ort der Exposition von Aufklärungskampagnen, Gesundheits- oder Sicherheitsbotschaften über Cannabis, unter allen Kanadiern, 2021

Von denjenigen, die diese Nachrichten gesehen oder gehört haben, gaben 77% an, dass die Informationen glaubwürdig seien. Die am häufigsten beobachteten Botschaften bezogen sich auf Autofahren und Cannabiskonsum (79%), die Auswirkungen von Cannabis auf die Gehirnentwicklung von Jugendlichen/jungen Erwachsenen (39%), die Auswirkungen von Cannabis auf die psychische Gesundheit (25%) und Abhängigkeit und Cannabiskonsum (23%). Bei Cannabiskonsum*innen kamen diese Botschaften eher an als bei Nichtkonsument*innen.

Fazit: Die Botschaften müssen glaubwürdig sein, die Einbeziehung von öffentlich-rechtlichen wie privaten Rundfunk- und Fernsehsendern ist notwendig, weil ein Großteil der Konsument*innen wie Nichtkonsument*innen hieraus die Informationen wahrnimmt, überraschenderweise mehr als durch social media.

Heimanbau von Cannabis und Zubereitung von Cannabis-esswaren/-getränken

Die Kanadier wurden gefragt, ob jemand in den letzten 12 Monaten Cannabispflanzen zu Hause oder in der Nähe angebaut hatte. Insgesamt gaben 6% an, dass Pflanzen im oder um das Haus herum angebaut wurden; unter denjenigen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert hatten, waren es 15%. Unter denjenigen, die angaben, dass Pflanzen derzeit in oder um ihren Wohnsitz herum angebaut werden, lag die durchschnittliche Anzahl der Pflanzen bei 3,6.

Die Kanadier wurden gefragt, ob jemand in den letzten 12 Monaten Cannabis-Esswaren oder -Getränke zu Hause oder in der Nähe zubereitet hatte. Insgesamt gaben 7% an, Cannabis-Esswaren oder -Getränke zu Hause zuzubereiten, unverändert gegenüber 2020. Unter denjenigen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert hatten, waren es 22%, ein Anstieg gegenüber 2020 (19%). Etwa 7% konsumieren das selbst angebaute Cannabis in Getränken oder als Essware.

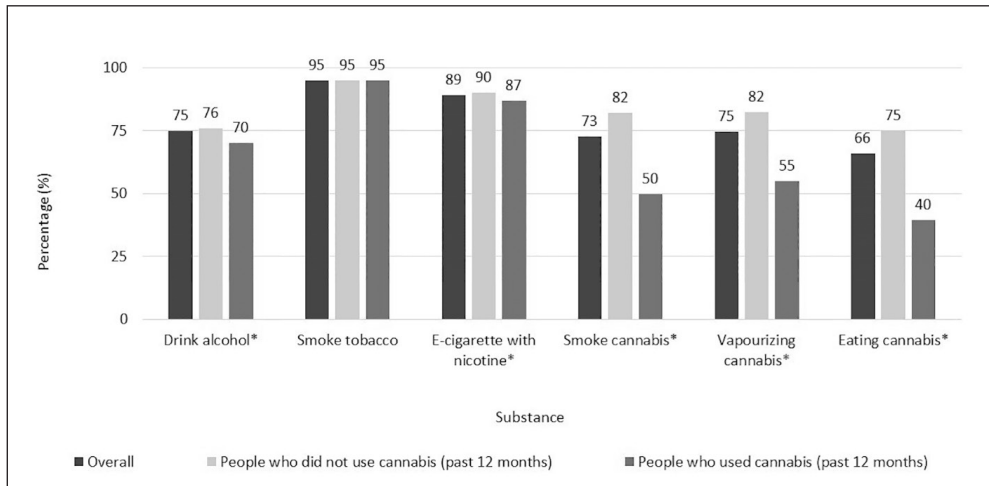
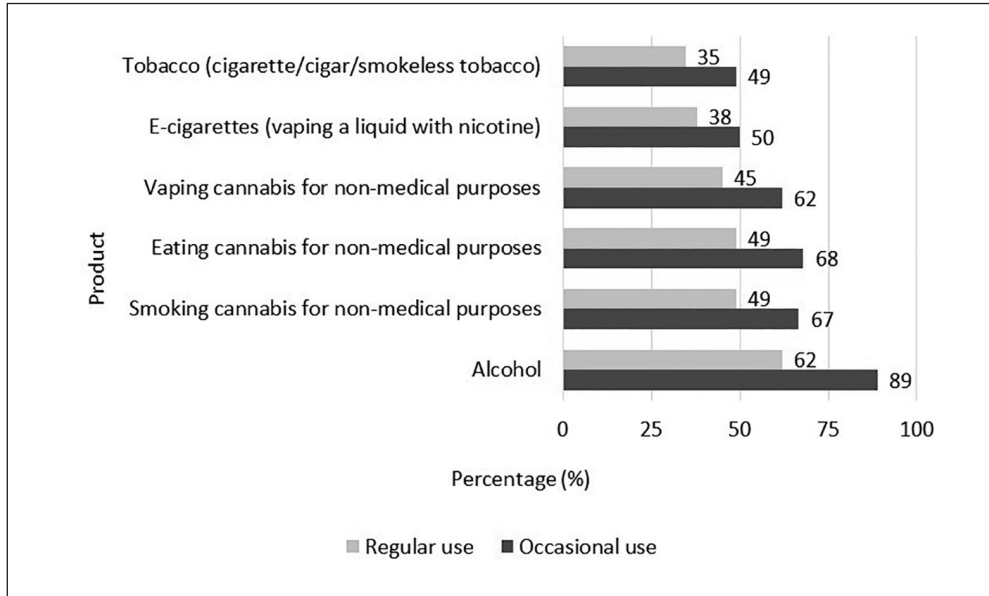
Fazit: Eine Minderheit der Konsument*innen pflanzt selbst Cannabis an oder konsumiert es als Getränk oder Essen. Insofern sollte die Zulassung des Selbstanbaus ermöglicht werden, da die Konsument*innen, die es selbst erzeugen, Erfahrungen im Anbau haben. Ein weiteres Verbot des Selbstanbaus ist nicht gerechtfertigt.

Belastung durch Passivrauchen

Kanadier wurden zu Orten befragt, an denen sie in den letzten 30 Tagen Cannabisrauch oder -dämpfen aus zweiter Hand ausgesetzt waren. Der häufigste Ort war ein öffentlicher Ort, an dem 33% der Kanadier eine Exposition angaben. Dies war sowohl bei denen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben, als auch bei denen, die dies nicht getan haben, ähnlich. Insgesamt gaben 17% der Kanadier an, Passivrauch zu Hause ausgesetzt zu sein, ein Rückgang gegenüber 19% im Jahr 2020. Die Exposition am Arbeitsplatz oder in der Schule (5%) war weniger verbreitet, sowohl bei denjenigen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert hatten, als auch bei denen, die dies nicht taten.

Fazit: Der sicherste Weg, Nichtkonsument*innen nicht dem Passivrauchen auszusetzen, scheint die Zulassung von sogenannten „social clubs“ zu sein, in denen nur eingeschriebene Mitglieder sich privat zum Anbau und zum Konsumieren treffen können. Es ist auch der beste Ort für „harm reduction“-Botschaften.

Soziale Akzeptanz



Im Allgemeinen war die Mehrheit der Menschen der Ansicht, dass der gelegentliche Konsum von Alkohol oder Cannabis kein Risiko oder ein geringes Risiko darstellt, während das Rauchen von Tabak und der gelegentliche Gebrauch einer E-Zigarette mit Nikotin von der Mehrheit der Menschen als mittelschweres oder großes Risiko angesehen wurden.

Auf die Frage nach dem regelmäßigen Konsum dieser Substanzen empfand die Mehrheit der Personen entweder ein mittleres oder großes Risiko für das Rauchen von Tabak (95%), gefolgt von der Verwendung einer E-Zigarette mit Nikotin (89%), dem Konsum von Alkohol (75%), Cannabis verdampfen (75%), Cannabis rauchen (73%) und Cannabis essen (66%), alles unverändert gegenüber 2020.

Fazit: Die soziale Akzeptanz des gelegentlichen oder regelmäßigen Konsums von Alkohol, Tabak und Cannabis war für Alkohol nach wie vor höher als für Cannabiskonsum, wohl auch weil dessen Gesundheitsrisiko nicht so hoch eingeschätzt wird.

Risikoeinschätzung bei Schwangerschaft und Stillen

Die Kanadier wurden gefragt, ob sie der Meinung seien, dass es in Ordnung sei, Cannabis während der Schwangerschaft oder Stillzeit zu konsumieren. Insgesamt stimmte die Mehrheit (87%) der Kanadier nicht zu. Unter denjenigen, die Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert hatten, stimmten 83% nicht zu (unverändert gegenüber 2020), verglichen mit 88% derjenigen, die es nicht konsumierten.

Frauen im Alter von 16 bis 50 Jahren, die in den letzten fünf Jahren entbunden hatten, wurden zum Cannabiskonsum während ihrer letzten Schwangerschaft befragt. Insgesamt konsumierten 95% kein Cannabis, nachdem sie erfahren hatten, dass sie mit ihrem letzten Kind schwanger waren. Unter den Stillenden haben 92% während der Stillzeit ihres letzten Kindes kein Cannabis konsumiert.

Fazit: Eine Schwangerschaft oder das Stillen geht mit dem Verzicht des Konsums von Cannabis einher.

Meinungen zur Beeinträchtigung durch Cannabis

Kanadier wurden nach ihrer Meinung zur Beeinträchtigung durch Cannabis gefragt. Insgesamt waren 41% der Menschen der Meinung, dass der Konsum von Cannabisprodukten mit niedrigerem THC-Gehalt nicht zu einer größeren Beeinträchtigung führt, während 19% dies dachten. Unter den Personen, die angaben, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben, war die Mehrheit (70%) der Meinung, dass Produkte mit niedrigerem THC-Gehalt nicht zu einer größeren Beeinträchtigung führten, während 9% dachten, dass dies der Fall sei, und 21% waren sich nicht sicher.

Fazit: Cannabiskonsum*innen halten Cannabis mit niedrigem THC-Gehalt in der Regel nicht für problematisch.

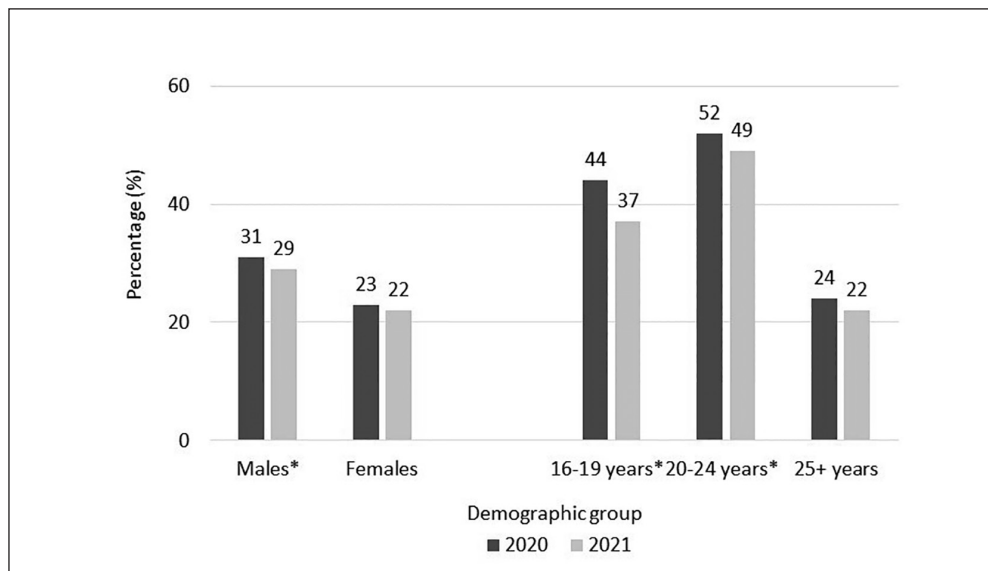
Führt Cannabis zur Gewohnheit und langfristigen Abhängigkeit?

Insgesamt dachten 89% der Menschen, dass der Konsum von Cannabis zur Gewohnheit werden könnte. Die Mehrheit der Menschen (93%), die angaben, Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben, dachte, dass Cannabis zur Gewohnheit werden könnte.

Fazit: Cannabiskonsum*innen sind sich der Risiken einer Abhängigkeitsentwicklung bewusst.

Cannabiskonsumentwicklung

Es wird häufig von Kritikern einer Cannabislegalisierung eingewendet, dass dies zu einem Anstieg des Konsums führe. Wie sind die Erfahrungen in Kanada?



Kanadier wurden zu ihrem Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten befragt. Fünfundzwanzig Prozent (25%) der Menschen gaben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben, ein Rückgang gegenüber 27% im vorherigen Zyklus, aber immer noch höher als in Deutschland.

Personen im Alter zwischen 16 und 24 Jahren gaben im vergangenen Jahr einen etwa doppelt so hohen Prozentsatz des Cannabiskonsums an wie Personen ab 25 Jahren. Männer gaben im vergangenen Jahr einen höheren Prozentsatz des Cannabiskonsums an als Frauen. Der gemeldete Konsum in den letzten 12 Monaten ging zwischen 2020 und 2021 bei den 16- bis 19- und 20- bis 24-Jährigen sowie bei Männern zurück.

Das Einstiegsalter ist mit durchschnittlichen 20,0 Jahren recht hoch, es ist sogar gestiegen, denn es lag 2017 bei 18,6 Jahren. Die Legalisierung hat nicht zu einem früheren Einstieg geführt!

Fazit: Der (relativ hohe) Cannabiskonsum in Kanada ist nach der Legalisierung *zurückgegangen* und zwar in allen Altersstufen!

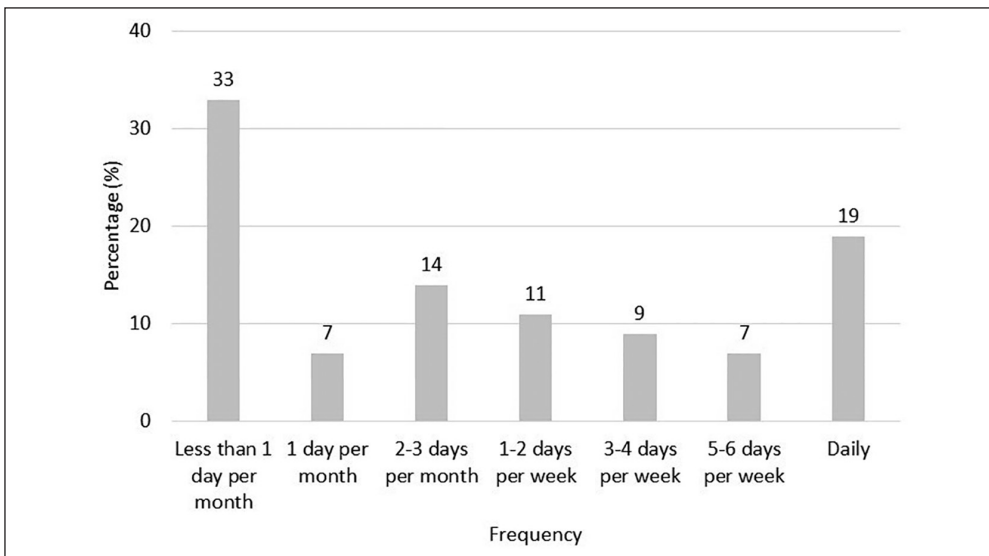
COVID19 und Cannabiskonsum

Die COVID19-Pandemie hat den Konsum von Cannabis insofern beeinflusst, als 49% genauso viel konsumiert haben wie vorher, 29% den Konsum erhöht haben und 22% ihn reduziert haben. Die häufigsten Gründe für die Konsumsteigerung waren nicht die Legalisierung, sondern Langeweile (62%), Stress (60%), Angst (55%), das Fehlen

eines geregelten Tagesablaufs (41%) und Einsamkeit (37%). Die häufigsten Gründe für einen Rückgang des Cannabiskonsums waren ein Mangel an gesellschaftlichen Zusammenkünften oder Gelegenheiten, Kontakte zu knüpfen (34%), kein spezifischer Grund (25%) und zu beschäftigt zu sein (14%).

Cannabiskonsumfrequenz

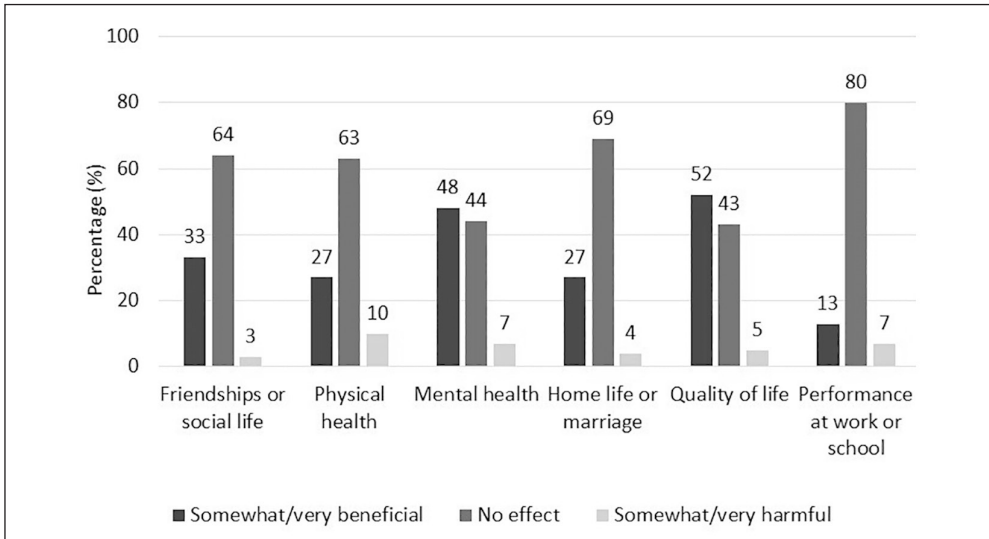
Kanadier, die angaben, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben, wurden gefragt, wie häufig sie die Substanz konsumiert haben. Mehr als die Hälfte (53%) gab an, Cannabis drei Tage pro Monat oder weniger zu konsumieren, und 19% gaben an, Cannabis täglich zu konsumieren. Die Gruppe der täglichen Konsumenten war in der Altersgruppe 25 Jahre und älter am stärksten (ca. 29%), ist aber gesunken (auf 23%), in der Altersgruppe von 20–24 Jahren von 29 auf 24% und in der Altersgruppe der 16–19-Jährigen mit 20% gleich geblieben. Diese hohen Konsumhäufigkeiten sollten in der Gesundheitspolitik stärker berücksichtigt werden.



Fazit: In Deutschland sind der Konsumanteil und die Konsumfrequenz von Cannabis geringer als in Kanada. Das sollte als Zielsetzung der Cannabisprävention erhalten bleiben.

Auswirkungen des Cannabiskonsums auf soziale Kontakte oder psychische Gesundheit

Personen, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, wurden zu den Auswirkungen ihres Cannabiskonsums auf verschiedene Aspekte ihres Lebens befragt. Der Prozentsatz, der etwas bis sehr schädliche Wirkungen meldete, lag in allen Kategorien bei 10% oder weniger.



Fazit: Cannabislegalisierung und -regulierung führt eher zu einer Normalisierung des Konsums und seiner möglichen negativen Folgen.

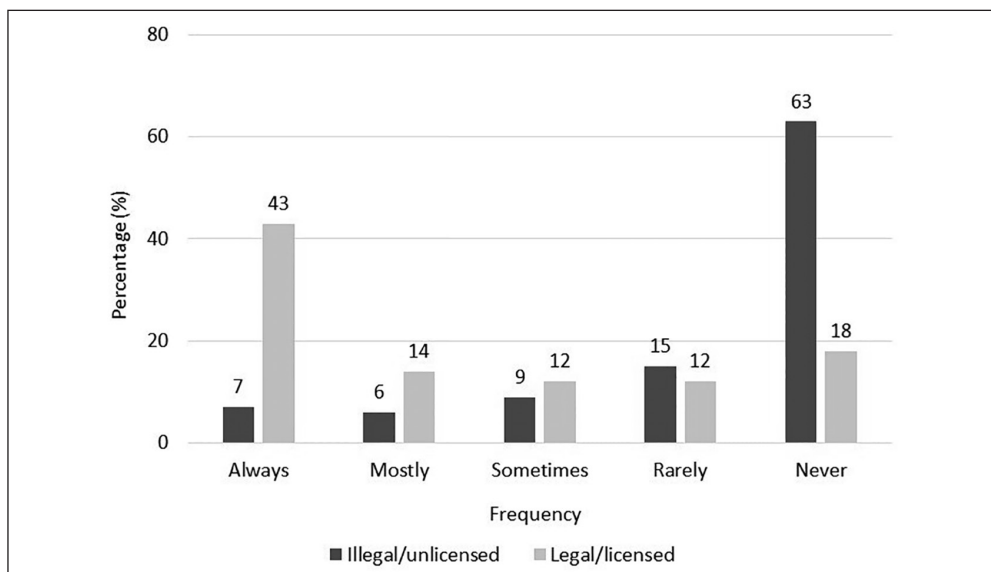
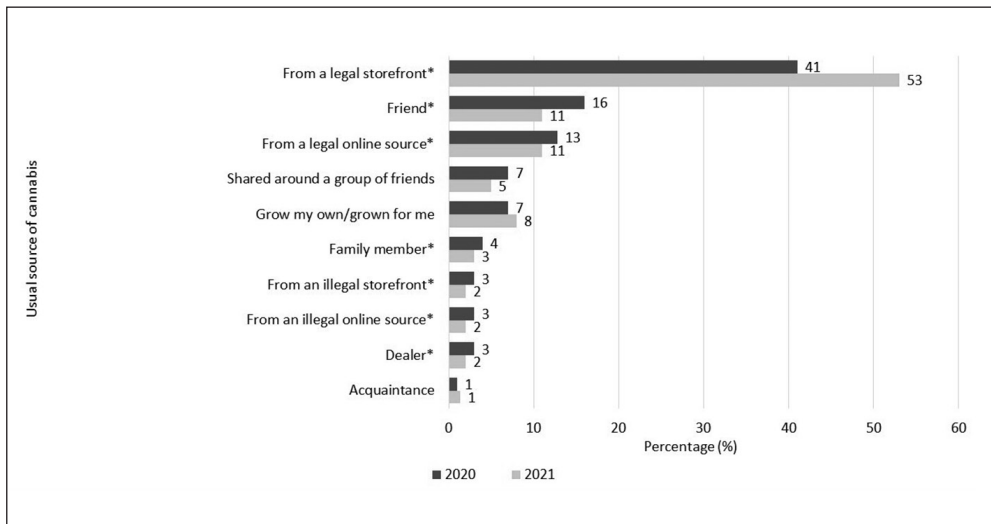
Wurden professionelle Hilfen in Anspruch genommen?

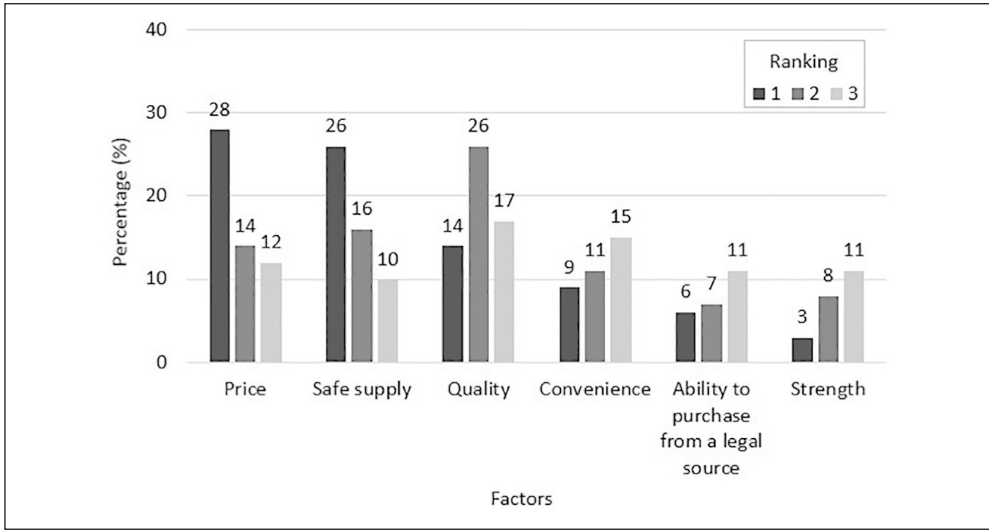
Die meisten Menschen (96%), die Cannabis mehr als einmal in ihrem Leben konsumiert hatten, gaben an, dass sie nie das Gefühl hatten, professionelle Hilfe (wie Behandlung oder Beratung) für ihren Cannabiskonsum zu benötigen, unverändert gegenüber 2020. Nur 2% gaben an, jemals professionelle Hilfe erhalten zu haben, unverändert gegenüber 2020.

Fazit: Möglicherweise ist die tatsächliche Anzahl von Menschen mit Cannabiskonsum, die professionelle Hilfen in Anspruch nehmen, auch in Deutschland bei einer Legalisierung geringer, als häufig prognostiziert wird.

Führt Cannabislegalisierung zu einem Austrocknen des illegalen (schwarzen) Marktes?

In Kanada haben Personen, die angaben, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben, üblicherweise (53%), einen Kauf in einem legalen Geschäft getätigt, ein Anstieg gegenüber 41% im Jahr 2020. Ein höherer Prozentsatz (43%) als 2020 gab an, dass sie 2021 immer aus einer legalen/lizenzierten Quelle beziehen (37%). Es gab auch einen höheren Prozentsatz (63%), der angab, im Jahr 2021 im Vergleich zu 2020 (55%) niemals von einer illegalen/nicht lizenzierten Quelle zu beziehen.

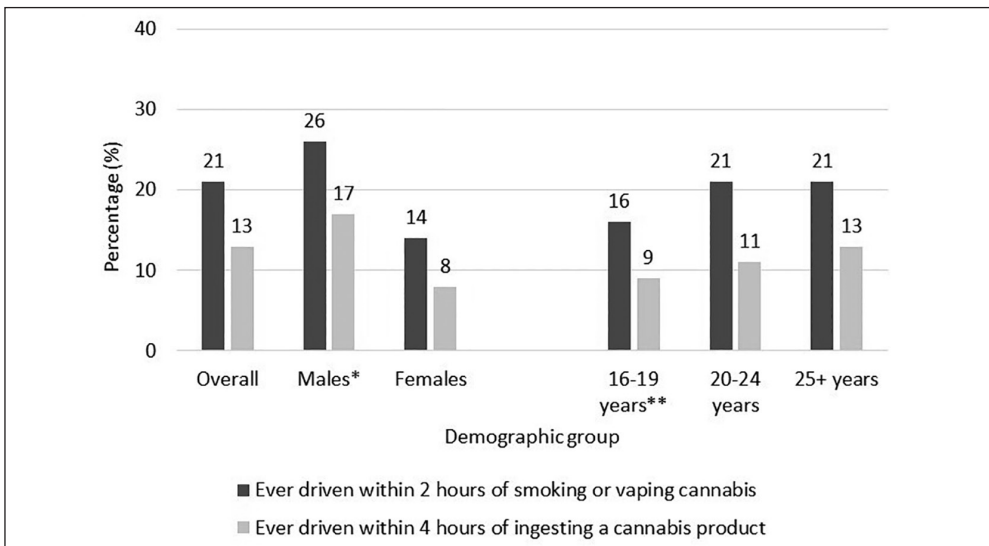




Fazit: Es gibt guten Grund anzunehmen, dass der Schwarzmarkt nicht weiter genutzt wird als Bezugsquelle von Cannabis, wenn es ein ausreichendes und qualitätsgesichertes und preisgünstiges legales Angebot gibt!

Cannabis und Autofahren

Fazit: Auch wenn in Kanada 83% der Befragten angeben, dass sie denken, dass man nicht unter Cannabiseinfluss am Straßenverkehr teilnehmen sollte, ist die Quote derer, die es dennoch tun, mit rund 21% zu groß. Hier braucht es auch in Deutschland



besonderer Aufklärungsmaßnahmen oder spezieller Angebote (shuttle service) wie im Partydrogenbereich (das könnte von den Anbietern von Partys mitfinanziert werden!).

Medizinischer Cannabisgebrauch

In Kanada gaben 14% der Befragten an, dass sie medizinisch genutztes Cannabis in lizenzierten Shops erwerben, weil der Bezug über ärztliche Verschreibungen zu kompliziert und zu teuer sei (keine Krankenkassenfinanzierung!). 52% der Konsumierenden gab an, dass dadurch der Gebrauch anderer Medikamente um 52% zurückging. Ungefähr gleich viel Befragte gaben an, dass sie einen höheren CBD-Anteil bevorzugen, die andere Hälfte einen höheren THC Anteil. Dazu gibt es noch zu wenig Forschung, aber die Wirklichkeit zeigt oft andere Wege als strenge Forschungsdesigns.

Fazit: Der Bezug von medizinischem Cannabis sollte in Deutschland erleichtert werden, sonst werden viele Patienten auf die neuen legalen Einkaufsmöglichkeiten ausweichen, was die medizinische Qualitätskontrolle erschwert.

Drug-Checking



3

Drug-Checking

Rüdiger Schmolke & Tibor Harrach

Drug-Checking als Teil des Paradigmenwechsels der deutschen Drogenpolitik

*In ganz Westeuropa setzen Harm-Reduction-Organisationen Drug-Checking um. In ganz Westeuropa? Nein! Ein von zögerlichen Politiker*innen und desinformierten Verwaltungen bevölkertes Land hört bislang nicht auf, sich gegen die Wiedereinführung von Drug-Checking zu stemmen.*

Die Ampelkoalition hat in ihrem 2021 geschlossenen Koalitionsvertrag “Mehr Fortschritt wagen” unter anderem angekündigt: “Modelle zum Drug-Checking und Maßnahmen der Schadensminderung ermöglichen und bauen wir aus” (SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & FDP 2021). Umgesetzt hat sie dieses Vorhaben bis Herbst 2022 nicht.

Die Aufgabe besteht zum einen darin, klar zu stellen, dass Mitarbeiter*innen von Hilfseinrichtungen – z.B. einer (Jugend-) Drogenberatung oder einer Kontaktstelle für Substanzgebraucher*innen – ein vom Gesetzgeber ausdrücklich gewolltes Vorhaben umsetzen, wenn sie zum Zweck von Drug-Checking Substanzproben entgegennehmen, verwahren und an ein beteiligtes Labor weiterleiten. Gleiches muss für die Entgegennahme des Labors gelten. Zum anderen dürfen Substanzgebraucher*innen, die im Besitz von mutmaßlichen Betäubungsmitteln (BtM) sind, nicht der Strafverfolgung ausgesetzt sein, wenn sie diese Substanzen zu einer Abgabestelle bringen.

Grundsätzlich steht der Umgang mit Betäubungsmitteln unter dem Erlaubnisvorbehalt des § 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Erlaubnispflichtig sind folgende Tatbestände: Anbau, Herstellung, Handel, Einfuhr, Ausfuhr, Abgabe, Veräußerung, sonstiges In-den-Verkehr-Bringen und Erwerb. Zum Umgang mit BtM ist durch das Bundesinstitut für Arzneimittelforschung und Medizinprodukte (BfArM) nach Prüfung eines Antrags gemäß § 7 BtMG u.a. auf Versagensgründe gemäß § 5 BtMG dann eine Erlaubnis gemäß § 8 BtMG zu erteilen, wenn der Zweck des Antrags in wissenschaftlichem oder öffentlichem Interesse liegt.

In § 4 BtMG werden Ausnahmen von dieser Erlaubnispflicht ausgeführt. Dazu gehören vor allem Personen und Institutionen, die im Rahmen ihrer dienstlichen Tätigkeit routinemäßig mit BtM umgehen und in der Regel mit Sachkenntnis im Sinne des § 6 BtMG ausgestattet sind; oder auch Patient*innen, die BtM der Anlage III ärztlich verschrieben bekommen. Für Drug-Checking relevant sind dabei die Regelungen des § 4 Abs. 1 Nr. 1 e BtMG, die das Personal von öffentlichen und Krankenhausapotheken von der Erlaubnis des BfArM befreien, jegliche BtMs zur Untersuchung oder zur Weiterleitung an eine zur Untersuchung von BtMs berechnigte Stelle entgegenzunehmen. Darüber hinaus die Regelungen des § 4 Abs. 2 BtMG, die Bundes- und Landesbehörden für den Bereich ihrer dienstlichen Tätigkeit sowie die von ihnen mit

der Untersuchung von Betäubungsmitteln beauftragten Behörden von der Erlaubnispflicht gemäß § 3 BtMG ausnehmen. Trägern der Drogenarbeit, die in Kooperationen mit hierzu fähigen Laboren Drug-Checking-Angebote umsetzen wollten und hierzu eine Genehmigung durch das BfArM beantragten, wurden in der Vergangenheit diese Genehmigungen stets untersagt.

Abgesehen davon, dass die Auffassung des BfArM, der Erprobung und Evaluierung von Drug-Checking-Angeboten ein wissenschaftliches oder öffentliches Interesse abzusprechen, von uns als nicht sachgerecht, sondern politisch motiviert bewertet wird, wollen wir im Folgenden darauf eingehen, warum es zum Zweck des Drug-Checking aus einer fundierten rechtswissenschaftlichen Betrachtung des Sachverhalts keiner Genehmigung des BfArM bedarf. Allerdings sollte der Gesetzgeber durch Streichen eines Halbsatzes in § 10a und einen Zusatz in § 4 BtMG eine klare Positionierung pro Drug-Checking festschreiben und damit für mehr politische Durchschlagskraft bei der Umsetzung von Drug-Checking sorgen. Zudem plädieren wir dafür, durch eine Ergänzung in § 6 Abs. 1 BtMG Fachkräften der Drogenarbeit Sachkenntnis zuzuschreiben, ohne die eine Erlaubnis zum Umgang mit BtM gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 BtMG nicht erteilt werden kann. All dies würde die Voraussetzungen dafür erheblich verbessern, dass diverse Bundesländer und Kommunen endlich die Realisierung von Drug-Checking aktiv fördern und auch in Deutschland für niedrigschwellige und nachhaltig implementierte Angebote sorgen.

Eine gleichlautende Position wurde im Laufe des Jahres 2022 durch uns erarbeitet und wird durch mehrere Verbände und Initiativen der akzeptierenden Drogenarbeit und progressiven Drogenpolitik mitgetragen (vgl. Schmolke, Harrach et al. 2022). Eine Ermächtigung der Bundesländer zur Einführung von Rechtsverordnungen über einen neu zu schaffenden § 10b BtMG (analog zur Regelung bzgl. der Drogenkonsumräume), wie dies von der Hessischen Landesregierung vorgeschlagen wurde (Bundesrat 2020), verwirft das Positionspapier hingegen, weil aus einer derartigen Regelung weitere ungleiche Lebensbedingungen Drogengebrauchender resultieren würden.

Wie wird Drug-Checking umgesetzt?

Drug-Checking ist eine innovative Strategie der Schadensreduzierung sowie der Gesundheitsförderung und Prävention, die neue Zielgruppen (sog. Hard-to-reach-Populationen) zu erreichen hilft, Überdosierungen verhindert und Konsumkompetenz fördert. Durch das mit Drug-Checking verbundene Monitoring können aktuelle Entwicklungen frühzeitig erkannt und dadurch schadensminimierende Maßnahmen, Prävention und Hilfen rasch angepasst oder entwickelt werden. In Zeiten eines sich immer weiter ausdifferenzierenden Markts und steigender Verfügbarkeit psychoaktiver Substanzen stellt Drug-Checking eine notwendige Brückenstrategie dar, solange ein regulierter Zugang für viele psychoaktiven Substanzen nicht möglich ist. Zudem liegen inzwischen in Europa abgestimmte Drug-Checking-Guidelines vor und ihre Effektivität wurde wissenschaftlich nachgewiesen (vgl. Benschop, Rabes & Korf 2002; Brunt & Niesink 2011; Barratt et al. 2018; Infodrog 2022; TEDI Network 2022).

In 19 europäischen Ländern werden derzeit bereits Drug-Checking-Angebote umgesetzt (Caudevilla, Carbón & Ventura 2019). Auch in der Schweiz und in Österreich

etablierten sich Drug-Checking-Angebote seit Mitte der 1990er Jahre und differenzierten sich seitdem immer weiter aus (Luf et al. 2019). Der Ablauf gestaltet sich in aller Regel folgendermaßen (vgl. Harrach & Schmolke 2019; Schmolke, Harrach et al. 2022):

1. Ein*e Nutzer*in gibt eine Substanzprobe ab. Dies kann entweder im Rahmen einer Komm-Struktur erfolgen (z.B. in einer Drogenberatungsstelle) oder im Rahmen eines aufsuchenden Angebots (z.B. einem mobilen Projekt im Partysetting oder von Streetwork). In diesem ersten Schritt werden die Angaben zur Substanz gesammelt (z.B.: Als was wurde die Substanz erworben? Wurden gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit ihrem Konsum festgestellt?). Hier besteht auch Gelegenheit zur anonymisierten Erhebung von soziodemographischen Daten und Konsumerfahrungen für die wissenschaftliche Evaluierung.
2. Im zweiten Schritt wird die Substanz an ein Labor weitergeleitet, das die chemische Analyse der Proben auf die Identität der enthaltenen Wirkstoffe, deren Gehalt und Reinheit (im Sinne von An- oder Abwesenheit bestimmter Verunreinigungen) durchführt und die Ergebnisse dokumentiert. Das Labor (und die Abgabestelle) kann sich an einem festen Ort befinden (stationär) oder im Rahmen der aufsuchenden Arbeit vor Ort gebracht werden (mobil).
3. Nach der Substanzanalyse erfolgt die Kommunikation des Ergebnisses an die Nutzer*innen. Wenn das Labor mobil zum Einsatz gebracht wird, kann die Rückmeldung unmittelbar nach der Testung erfolgen. Kommt ein stationäres Labor zum Einsatz, in das die Substanzproben erst verbracht werden müssen, erfolgt die Rückmeldung meist erst nach mehreren Tagen. Essentiell ist es, dass die Rückmeldung mit einer fachlich versierten, individuellen Risikoaufklärung verbunden wird. Um Konsumreflexion und Konsumkompetenz zu fördern, werden neben dem Resultat der chemischen Substanzanalyse auch Informationen zu spezifischen Konsumrisiken, weitergehende Safer-Use-Strategien und grundlegende Aspekte zum Umgang mit psychoaktiven Substanzen vermittelt. Wenn indiziert, erfolgt zudem Information über oder direkte Vermittlung in weitere, ggf. intensivere Hilfsangebote. Nur wenn diese letztgenannten Aspekte in hochwertiger Weise mit angeboten werden, lässt sich von Drug-Checking im eigentlichen Sinne sprechen (manchmal auch “qualifiziertes Drug-Checking”, “integriertes Drug-Checking”, “analysebasierte Intervention” oder “analysegestützte Beratung” genannt).

In Deutschland wird Drug-Checking bislang kaum angeboten, weil seit dem Stopp des Berliner Angebots von Eve & Rave (1996, vgl. Harrach & Schmolke, 2019) in Deutschland über viele Jahre das Narrativ vorherrschte, Drug-Checking sei “illegal” bzw. unter der gegenwärtigen Gesetzeslage nicht rechtssicher durchführbar. Dem liegt eine Fehl- und Desinformation zu Grunde, die Teile der Politik gezielt reproduzierten, um auf diese Weise die Implementierung und Erarbeitung von fachlich fundierten Standards zum Drug-Checking in Deutschland für nahezu drei Jahrzehnte zu blockieren. Im Gegensatz hierzu hatten Gerichtsentscheidungen, die auf die Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden folgten, eindeutig die Legalität von Drug-Checking nach dem in Berlin angewandten Verfahren festgestellt. Zudem beschrieben Rechtsgutach-

ten, dass Drug-Checking unter den aktuellen Bedingungen des Betäubungsmittelgesetzes durchführbar sei.

In seinem Rechtsgutachten stellte Nestler (2019) wie zuvor bereits Dähne und Meyer (2009) unmissverständlich dar, dass Drug-Checking bei Einhaltung geregelter Verfahrensabläufe keinen Verstoß gegen das BtMG darstellt. Sie machen dabei deutlich, dass Mitarbeiter*innen der Drogenarbeit bei der bloßen Entgegennahme von BtM zur Weitergabe an ein Labor zum Zweck der Analyse keinen der erlaubnispflichtigen Tatbestände des § 3 BtMG erfüllen.

Daneben stellen sie heraus, dass die Entgegennahme von BtM beim Drug-Checking keine Variante des Erwerbs darstellt. Außerdem halten sie einvernehmlich fest, dass der beim Drug-Checking kurzfristig (nach der Überlassung der Substanzen an die Mitarbeiter*innen z.B. einer Drogenhilfeeinrichtung) entstehende tatsächliche Zugriff auf BtM keinen strafbaren Besitz gem § 29 Abs. 1 Nr. 3 BtMG begründet. Denn hierbei fehlt es den Mitarbeiter*innen an Besitzwillen, um uneingeschränkt über die Substanzen zu verfügen. Entgegen der landläufigen Meinung ist der Besitz von BtM auch gar nicht genehmigungsfähig. Er wird dadurch legalisiert, dass z.B. eine Erlaubnis zum Erwerb oder Anbau gemäß § 3 Abs. 1 BtMG erteilt wird. Zur rechtssicheren Durchführung von Drug-Checking bedarf es also keiner Genehmigung zum Erwerb von BtM durch das BfArM.

Die Berliner Landesregierung beruft sich auf diese Rechtsauffassung und stellt auf Grundlage eines von Nestler erstellten Gutachtens seit 2018 Mittel zur Schaffung eines Drug-Checking-Angebots zur Verfügung. Das Drug-Checking-Projekt Berlin steht 2022 kurz vor dem Start und sieht eine Kooperation von drei Trägern der Drogenarbeit (vista, Fixpunkt und Schwulenberatung Berlin) mit dem Labor des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin (Germed) vor, das gemäß § 4 Abs. 2 BtMG von der Erlaubnispflicht zum Umgang mit BtM ausgenommen ist. Um insbesondere auch den Nutzer*innen des Drug-Checkings Sicherheit vor einem eventuellen Zugriff der Strafverfolgungsbehörden aufgrund des Besitzes von BtM zu verschaffen, wurde (analog zu vergleichbaren Vereinbarungen bzgl. der Nutzer*innen von Drogenkonsumräumen) eine Kooperationsvereinbarung zwischen den beteiligten Senatsverwaltungen, den Projektträgern der Drogenarbeit, Germed und der Polizei geschlossen. In Verbindung mit einer individuellen Beratung werden Substanzproben bald von Nutzer*innen an drei verschiedenen Standorten in Berlin abgegeben werden können (Schwarzbeck 2022).

Das Thüringer Drug-Checking-Modellprojekt Subcheck wurde bereits 2019 initiiert. Das Projekt arbeitet aufsuchend bei Musikveranstaltungen. Es greift auf eine Kooperation zwischen der Suchthilfe in Thüringen (SiT) und dem Miraculix Projekt der LeadiX GmbH Jena zurück. Beim Drug-Checking werden auf Reagenzien-Tests basierte Analyse-Kits verwendet, die auch eine grobe Quantifizierung der Substanzen erlauben (SiT/LeadiX 2021). Die beratenden Mitarbeiter*innen leiten dabei die Nutzer*innen dazu an, die Analyse selbst durchzuführen.

Neben Mindzone München und Freiraum e.V. Hamburg ist Miraculix auch eine Abgabestelle für Substanzproben im Rahmen des Substanzmonitorings des Projekts "Nationales Early Warning System (NEWS)", koordiniert vom Institut für Therapieforschung München (IFT). Dabei werden z.B. durch Konsument*innen abgegebene Substanzproben zunächst an das IFT geschickt und von dort aus weiter nach

Kiel zum Projekt ADEBARplus des Landeskriminalamts Schleswig-Holstein, das die chemisch-toxikologischen Analysen durchführt. Über diesen Umweg soll die Herkunft der Probe gegenüber der Polizei verschleiert werden. Angebot und Ergebnisse des NEWS-Monitorings werden auf der Internetpräsenz mindzone.info veröffentlicht (Mindzone 2022).

Nach mündlichen Auskünften durch die Projektkoordination haben dazu die verantwortlichen Personen in den jeweiligen Abgabestellen eine schriftliche Erlaubnis (vermutlich) zum Erwerb von BtM gemäß § 3 Abs. 1 BtMG durch das BfArM erteilt bekommen. Folgerichtig wird auf der Mindzone-Homepage darauf hingewiesen, dass es sich bei dem Substanzmonitoring von NEWS nicht um in Deutschland (angeblich) verbotenes Drugchecking handele, weil keine individuelle Rückmeldung des Analyseergebnisses verbunden mit einem Beratungsgespräch an die abgebende Person erfolgt (Mindzone 2022). Das BfArM hat hier also unseren Informationen nach eine formale Erlaubnis für Tatbestände wie der Entgegennahme von BtM und deren Weiterleitung an ein Labor der Polizei erteilt, die gar nicht erlaubnispflichtig sind (vgl. wiederum Dähne & Meyer 2009; Nestler 2019).

Im Gegensatz hierzu wurde Trägern, die in der Vergangenheit Drug-Checking im Sinne einer analysegestützten Beratung anbieten und damit den suchtpreventiven Kern des Drug-Checkings – die mit schadensminimierenden Botschaften versehene individuelle Ergebnismitteilung innerhalb eines Beratungsgesprächs – nutzen wollten und zu diesem Zweck eine Genehmigung zum Umgang mit BtM (u.a. zum Erwerb von Referenzsubstanzen) beantragten, diese durch das BfArM versagt. Durch die mehr als ein Vierteljahrhundert währende Blockadepolitik gegenüber Drug-Checking hat sich somit das BfArM in eine durch Widersprüche und Fehlinterpretation von gesetzlichen Normen gekennzeichnete Lage manövriert, die den Gesetzeszweck des BtMG, dem Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit entgegenzuwirken (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG), konterkariert.

Die meisten Bundesländer und Kommunen vermeiden bis heute die Förderung von Drug-Checking. Dem liegt zum einen die oben genannte Fehleinschätzung zugrunde, dass Drug-Checking in Deutschland verboten sei. Da diese undifferenzierte Rechtsauffassung auch von einigen Bundes- und Landesbehörden geteilt wird, wäre eine klare Positionierung des Gesetzgebers im BtMG pro Drug-Checking zu begrüßen. Die bereits erwähnte Empfehlung der progressiven Verbände und Initiativen sieht hierfür vor, in § 4 BtMG festzuschreiben, dass anerkannte Träger der Jugend- und Drogenhilfe (einschließlich der Träger von niedrigschwelligen Einrichtungen und der Suchtprevention) und zur Substanzanalyse qualifizierte Labore von der Erlaubnispflicht nach § 3 BtMG ausgenommen sind und so dem pharmazeutischen Personal in Apotheken beim Drug-Checking gleichgestellt werden. Außerdem sollte die aus fachlicher Sicht unsinnige Regelung in § 10a BtMG, die Substanzanalysen in Drogenkonsumräumen negiert, ersatzlos gestrichen werden (Schmolke, Harrach et al. 2022).

Eine solche Regelung verdeutlicht den Agierenden aus der Exekutive, dass Drug-Checking vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollt ist, weil es eine sinnvolle und unterstützenswerte, der Suchtprevention und Gesundheitsförderung dienende Strategie darstellt. Die vorgeschlagene rechtliche Klarstellung macht dabei Absicherungen von Drug-Checking-Angeboten durch Kooperationsvereinbarungen mit den Strafverfolgungsbehörden nicht obsolet. Diese sichern ab, dass Polizei und Staatsanwaltschaften

von der Strafverfolgung der Nutzer*innen des Angebots (und ggf. auch gegen Mitarbeiter*innen des Angebots) absehen. Eine gesetzliche Änderung stellt jedoch eine geeignete Rechtsgrundlage für derartige Absprachen her (ebd.).

Fazit und Ausblick

Drug-Checking-Projekte sind für Menschen, die illegalisierte psychoaktive Substanzen gebrauchen, attraktive, bedürfnisorientierte Angebote. Sie sind daher in der Lage, den Zugang zu schwer zu erreichenden Drogenkonsument*innen zu verbessern sowie – durch Warnung vor besonders gefährlich zusammengesetzten Substanzen – Überdosierungen und anderen ungewollten Intoxikationen vorzubeugen. Zudem erhöhen sie den Wissensstand über besonders risikoreiche Substanzen und Wechselwirkungen verschiedener psychoaktiver Substanzen, verbessern die Reflexion spezifischer Drogenwirkungen und des individuellen Risikos, steigern das Erlernen von Strategien zur Risikominimierung sowie von Konsumkompetenz und bahnen einen frühzeitigen Zugang zu Angeboten der Drogen- und Suchthilfe. Außerdem helfen sie, Veränderungen in der Zusammensetzung von Substanzen zu erkennen und darüber zu informieren (Monitoring) sowie die Vernetzung unterschiedlicher Akteure und Institutionen im Drogen- und Suchtbereich zu verbessern (vgl. Schmolke, Harrach et al., 2022).

Vor dem Hintergrund des von der Bundesregierung angekündigten Paradigmenwechsels in der Drogenpolitik kommt es nun darauf an, dieses effektive Instrument der Schadensreduzierung und Prävention nutzbar zu machen. Bei der Re-Implementierung wird es darauf ankommen, ob es gelingt, Drug-Checking qualitativ hochwertig (moderne Analysetechnik und Einhaltung bereits entwickelter Qualitätsstandards, fachlich geschultes naturwissenschaftliches und sozialpädagogisches Personal), möglichst nachhaltig und flächendeckend, niedrigschwellig nutzbar (Drogengebraucher*innen mit unterschiedlichem sozialen Status, Alter, Geschlecht/Gender, sexueller Orientierung, Konsummuster, Staatsangehörigkeit/ethnischer Herkunft und unabhängig von Krankenversicherungsschutz, anonym nutzbar und grundsätzlich kostenfrei) sowie mit einer faktenbasierten, fachlich versierten, wertschätzenden und zieloffenen Beratung der Nutzer*innen verbunden umzusetzen. Ein solches Angebot würde unterschiedliche Gruppen von Konsument*innen erreichen (z.B. meist sozial unauffällige Party- und Freizeitdrogengebraucher*innen, Risikogebraucher*innen mit häufigem oder Hochdosis-Konsum, abhängige Konsument*innen in sogenannten offenen Drogenszenen), die Entwicklung eines möglichst weitgehend selbstbestimmten und gleichzeitig schadensreduzierten Substanzgebrauchs fördern und zu einer erheblichen Verminderung individueller und gesamtgesellschaftlicher substanzgebrauchsbezogener Belastungen beitragen (vgl. Schmolke, Harrach et al., 2022).

Literatur

- Barratt, M.J., Kowalski, M., Maier, L.J., & Ritter, A. (2018): Global review of drug checking services operating in 2017. *Drug Policy Modelling Program Bulletin* No. 24. Sydney, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW Sydney. <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/Global%20review%20of%20drug%20checking%20services%20operating%20in%202017.pdf> [aufgerufen am 26.03.2018]
- Benschop, A., Rabes, M. & Korf, D. (2002): *Pill Testing, Ecstasy und Prävention. Eine wissenschaftliche Evaluationsstudie in drei europäischen Städten*. Rozenberg Publishers: Amsterdam
- Bundesrat (2020): Drucksache 643/20 vom 28.10.2020: Gesetzesantrag des Landes Hessen. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes; https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2020/0601-0700/643-20.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [aufgerufen am 17.01.2022]
- Caudevilla, F., Carbón, X. & Ventura, M. (2019): Wie Drugchecking-Projekte und das Internet das Monitoring des Drogenkonsum verändert haben. In: Tögel-Lins, K., Werse, B., Stöver, H. (Hg.): *Checking Drug-Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring*. Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag, 191-207.
- Dähne, H. & Meyer, S. (2009): *Substananalyse von Drogen („drug checking“) – Rechtliche Implikation*. Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste. www.bundestag.de/resource/blob/407980/f58e7f8e556cde659ef8c3d7b070e488/wd-7-003-09-pdf-data.pdf [aufgerufen am 27.10.2021]
- Harrach, T. & Schmolke, R. (2018): Qualifiziertes Drug-Checking. Wiedereinführung eines dringend benötigten Instruments der Schadensminimierung und Prävention. In akzept e.V. Bundesverband, Deutsche AIDS-Hilfe & JES Bundesverband (Hrsg.), 5. Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2018. <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2018/06/akzeptADSB2018web.pdf> [aufgerufen am 18.01.2022]
- Infodrog Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (Hg.) 2022: Standards Drug Checking. Modul Früherkennung + Frühintervention [aufgerufen am 14.05.2022]
- Luf, A., Karden, A., Schubert-Kociper, K. & Schmid, R. (2019): Integriertes Drug-Checking. Methodische Aspekte und Umsetzung von analysegestützten Interventionen. In: Tögel-Lins, K., Werse, B., Stöver, H. (Hg.): *Checking Drug-Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring*. Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag, 95-108.
- Mindzone 2022: FAQ-Substanzprobenanalysen. https://mindzone.info/news/news-4-analyse-von-substanzproben/?fbclid=IwAR3dII_O0beJ3SjPL0NTVYK3OaXiOhDIU_zsrY7V-BrWKLUSHZjnA67HpATE [aufgerufen am 04.10.2022]
- Nestler, C. (2019): Zulässigkeit und rechtliche Rahmenbedingungen von Drug-Checking unter dem Betäubungsmittelgesetz. In: Tögel-Lins, K., Werse, B., Stöver, H. (Hg.): *Checking Drug-Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring*. Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag, 69-94. www.bundestag.de/resource/blob/841984/a8db133a24b3856fd278e22590eb8154/19_14_0319-4-_ESV-Heino-Stroeever_Drogenmengen-data.pdf#page=71 [aufgerufen am 01.08.2022]
- Schmolke, R., Harrach, T., Werse, B., Steinmetz, F., Köthner, U., Pritzens, N., Schäffer, D. & Tögel-Lins, K. (2022): *Positionspapier: Drug-Checking. Regulierungs- und Förderbedarfe* (in Druck. <http://aidshilfe.de/drugchecking2022>)

- Schwarzbeck, M. (2022): Drugchecking: Dieser Berliner will testen, wie gut eure Drogen sind. In: Tip Berlin 03/2022. www.tip-berlin.de/stadtleben/politik/drugchecking-interview-koordinator-tibor-harrach
- SiT/LeadiX (Hg.) (2021): Thüringer Modellprojekt: Mobiles Drug-Checking als Kooperationsangebot von SubCheck (SiT) und miraculix (LeadiX). Pressemappe vom 14.10.2021
- SPD, Bündnis'90/DIE GRÜNEN, FDP (2021): Koalitionsvertrag 2021-2025; www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf [aufgerufen am 16.03.2022]
- TEDI Network (2022): TEDI Guidelines. Drug-Checking Methodology. [aufgerufen am 20.05.2022]

Werbung



4

Am besten alles verbieten?

Zum Einfluss von Werbung auf das Suchtverhalten

Dietmar Jazbinsek

Der folgende Diskussionsbeitrag geht von einer simplen Prämisse aus: Welchen Einfluss Werbung auf den Konsum legaler Suchtmittel hat, hängt davon ab, wie die Werbung gemacht ist. Das sehen viele Gesundheitsexperten anders. Sie unterstellen der Suchtmittelwerbung eine generelle Wirkung auf das Verhalten der Verbraucher, vor allem auf das von Kindern und Jugendlichen.

Verführung Minderjähriger

„Uh, wie cool... Das ist eigentlich voll cool, weil das nach Spaß aussieht“. Drei Jungs und drei Mädchen im Grundschulalter geraten ins Schwärmen. Vor ihnen auf dem Tisch liegt ein halbes Dutzend Fotos mit Werbeplakaten im Kleinformat. Es handelt sich um Reklame für Zigaretten, E-Zigaretten und Tabakerhitzer. Die Kinder reden darüber, wie ihnen die Werbemotive gefallen. Der einminütige YouTube-Film wurde Anfang 2019 von einer Initiative namens „Sum of us“ produziert. Mit ihrem Clip wollen die Internetaktivisten vor Augen führen, warum sie Unterschriften für ein Tabakwerbeverbot sammeln: „Werbung kommt an – besonders bei Kindern und Jugendlichen“.

Zu demselben Befund kommt das Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung – allerdings mit sehr viel größerem Aufwand. Das IFT Nord hat jeweils Tausende von Schulkindern nach ihrer Werberezeption und ihren Konsumgewohnheiten gefragt. Neben Querschnittstudien wurden auch Wiederholungsbefragungen zu verschiedenen Produktgruppen durchgeführt. Die Ergebnisse weisen allesamt in dieselbe Richtung. Demnach führt...

- ...Werbung für Zigaretten dazu, dass mehr Minderjährige mit dem Rauchen bzw. mit dem täglichen Rauchen anfangen (Hanewinkel et al., 2011);
- ...Werbung für E-Zigaretten dazu, dass mehr Minderjährige mit dem Dampfen bzw. mit dem Rauchen anfangen (Hansen et al., 2019);
- ...Werbung für Alkohol dazu, dass mehr Minderjährige mit dem Trinken bzw. mit dem Rauschtrinken anfangen (Morgenstern et al., 2011);

- ...Werbung für Glücksspiel dazu, dass Minderjährige und junge Erwachsene mehr Zeit mit Glücksspielen verbringen bzw. ein pathologisches Spielverhalten entwickeln (Clemens et al., 2017);
- ...Werbung für Fastfood & Softdrinks dazu, dass Minderjährige mehr Fastfood & Softdrinks konsumieren bzw. übergewichtig werden (Boesch et al., 2019).

Den Auswertungen der Umfragedaten zufolge ist die Reklame ein eigenständiger Risikofaktor für die Initiierung von Suchtverhalten und gesundheitsschädigendem Konsum. Das heißt, die Werbewirkung ist auch dann nachweisbar, wenn man den Einfluss anderer Variablen wie Geschlecht, Familie, sozioökonomischem Status oder Unternehmungslust (sensation seeking) statistisch kontrolliert. Werbung wirkt auf alle Minderjährigen, so der Tenor, und sie wirkt immer, d.h. unabhängig davon, in welcher Weise beispielsweise für Zigaretten oder Spirituosen geworben wird. Was die Zahl der Werbekontakte angeht, liest das IFT Nord aus seinen Daten eine Dosis-Wirkungs-Beziehung heraus: Je mehr Werbung gesehen wird, umso stärker soll deren Wirkung sein. Wenn dies stimmt, wäre es dann nicht am besten, jede Form von Suchtmittelwerbung zu verbieten?

Mehr Werbung, mehr Konsum?

Falls es eine lineare Werbedosis-Werbewirkungs-Beziehung gibt, dann müssten die Marketingausgaben der Hersteller und das Konsumverhalten der Verbraucher eng miteinander korrelieren. Schauen wir uns die verfügbaren Daten für den Tabak-, Alkohol- und Glücksspielbereich einmal daraufhin an. Der Vergleichszeitraum variiert in den folgenden Tabellen je nach Studienlage. An den erkennbaren Langzeittrends dürfte sich dadurch nichts ändern.

Tabak	2008	2018	Trend
Ausgaben für Tabakwerbung (inkl. Promotion & Sponsoring)*	192,8 Mio. €	193,5 Mio. €	+ 0,4%
Zigarettenabsatz in Stück**	88,0 Mrd.	74,4 Mrd.	- 15%
Raucherprävalenz*** Altersgruppe 12 – 17 Jahre	15,4%	6,6%	- 57%

* Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Jahrbuch Sucht (2021)/ ** Deutscher Zigarettenverband: Zahlen und Fakten (2021)/ *** BzGA: Die Drogenaffinität Jugendlicher in Deutschland (2019)

Alkohol	2010	2018	Trend
Ausgaben für Alkoholwerbung* (ohne Sponsoring)	552 Mio. €	617 Mio. €	+ 12%
Verbrauch an Reinalkohol** Altersgruppe ab 15 Jahre	10,7 Liter	10,7 Liter	+/- 0
Regelmäßiger Alkoholkonsum Altersgruppe 12 – 17 Jahre	12,9%	8,7%	- 33%
30-Tage-Prävalenz des Rausch- trinkens (12 -17 Jahre)	16,7%	13,6%	- 19%

* Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie: Daten aus der Alkoholwirtschaft (2021)/ ** DHS: Jahrbuch Sucht (2021)/ ***BzGA: Die Drogenaffinität Jugendlicher in Deutschland (2019)

Glücksspiel	2010/2011	2019/2020	Trend
Ausgaben für Glücksspielwer- bung (ohne Out-of-Home)*	80 Mio. €	540 Mio. €	+ 575%
Prävalenz des problematischen Spielverhaltens (16 – 70 Jahre)**	0,49% (264.000)	0,39% (229.000)	- 13%
Prävalenz des pathologischen Spielverhaltens (16 – 70 Jahre)**	0,51% (275.000)	0,34% (200.000)	- 27%
Lebenszeitprävalenz Glücksspiel Altersgruppe 16 – 17 Jahre**	64,4%	36,4%	- 43%

* Research Tools: Werbemarktanalyse Glücksspiel (2015, 2020)/ **BzGA: Glücksspielverhal-
ten und Glückspielsucht in Deutschland (2019)

Wir halten fest: Die vom IFT Nord berechnete Dosis-Wirkungs-Beziehung existiert offenkundig nur auf dem Papier. In der Realität gibt es einen Konsumrückgang bei gleich bleibend hohen Marketingausgaben (Tabak), einen gleich bleibend hohen Konsum bei steigenden Marketingausgaben (Alkohol) und einen Konsumrückgang bei drastisch steigenden Marketingausgaben (Glücksspiel). In allen drei Bereichen ist der Konsum bei den Kindern und Jugendlichen besonders stark zurückgegangen. Wie lässt sich diese Entwicklung erklären?

Die Sichtweise der Wirtschaft

Wie viele Gesundheitsexperten rechnen auch die Hersteller legaler Suchtmittel mit einer starken Wirkung der Werbung auf das Verhalten der Verbraucher. Andernfalls würden sie hierzulande nicht über eine Milliarde Euro pro Jahr in das Marketing investieren. Die Werbebranche wiederum und die Medien als Werbeträger leben von diesem Glauben an die Stimulation des Konsums durch Werbung. Was den Suchtmittelkonsum angeht, machen die Wirtschaftsvertreter jedoch eine Ausnahme: Sie gehen davon aus, dass Kinder und Jugendliche gegen eine – offiziell unerwünschte – Wirkung der Werbung immunisiert werden können. Dafür brauche man keine Fremdsteuerung durch die Politik, sondern könne auf die Selbstregulierung der Wirtschaft

vertrauen, betont der Zentralverband der Deutschen Werbewirtschaft (ZAW), in dem Herstellerfirmen, Medienbetriebe, Werbeagenturen und Marktforschungsinstitute organisiert sind.

Regelwerke zum Jugendschutz gibt es auf der Ebene von Einzelunternehmen, Branchenverbänden und branchenübergreifenden Gremien wie dem Deutschen Werberat. Der Werberat ist eine Beschwerdestelle, die 1972 vom ZAW gegründet wurde. In seinen Verhaltensregeln für die Alkohol- und die Glücksspielwerbung legt der Werberat fest, dass die Mitgliedsorganisationen nicht in Medien werben dürfen, deren redaktioneller Teil sich mehrheitlich an Kinder oder Jugendliche richtet. Zudem soll auf Darstellungen und Aussagen verzichtet werden, die Minderjährige besonders ansprechen. Daher dürften in der Werbung auch nur Darsteller zu sehen sein, die „vom optischen Eindruck her mindestens als junge Erwachsene wahrgenommen werden“. Einzelne Mitgliedsverbände haben diese Bestimmungen ergänzt und konkretisiert. So heißt es im Werbekodex des Deutschen Zigarettenverbandes: „Die Darstellung von Models, die jünger als 30 Jahre sind oder von der Mehrzahl der Jugendlichen für jünger als 30 Jahre gehalten werden, ist unzulässig“. Doch solche freiwilligen Werbebeschränkungen sind nicht die einzigen Sicherheitsvorkehrungen, die den Jugendschutz gewährleisten sollen.

Werbung für Suchtmittelverzicht

Neben der Selbstregulierung setzen die werbenden Branchen und die Werbewirtschaft auf die gesundheitliche Aufklärung der Jugend und die Stärkung ihrer „Werbekompetenz“. Lobbyverbände der Alkoholindustrie imitieren mit Kampagnen wie „Bier bewusst genießen“ (Deutscher Brauer-Bund) oder „Maßvoll genießen“ (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie) die Mäßigungsappelle medizinischer Fachgesellschaften. Die „Rauchfrei“-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurde mit einer Anschubfinanzierung der Zigarettenindustrie gestartet. Tabakkonzerne wie Philip Morris und Imperial Brands loben das Schulprogramm „Be smart – don’t start“ als vorbildlich und wegweisend (Schaller et al. 2014). Und der Verband der Rauchtobakindustrie verkündet in seinen Politikbriefen, warum seiner Ansicht nach der Raucheranteil unter den Jugendlichen sinkt: „Prävention wirkt“.

Die Hersteller können sich bei ihrer öffentlichen Unterstützung der Präventionsprogramme auf das Institut für Therapieforchung berufen, denn Anti-Tabak-Kampagnen wie „Be smart – don’t start“ werden vom IFT Nord nicht nur organisiert, sondern auch evaluiert. Die dazugehörigen Studien sind auf der Webseite des Instituts – www.ift-nord.de – aufgelistet. Egal, um welche Maßnahme es geht – um die „Aktion Glasklar“ oder „Klar bleiben“, um „Eigenständig werden“ oder „Fit und stark fürs Leben“, um „Klasse 2000“ oder „Lieber schlau als blau“ –, die Kieler Schülerbefragungen kommen stets zu demselben Ergebnis. Demnach führt Werbung für den Suchtmittelverzicht in den Interventionsklassen dazu, dass weniger Schüler mit dem Rauchen oder Trinken anfangen bzw. dazu, dass sie weniger Tabak oder Alkohol konsumieren als in den Schulklassen ohne Präventionsprogramm. Was genau als positive Wirkung verbucht wird, kann sich von Evaluation zu Evaluation unterscheiden – aber irgendein „präventiver Effekt“ bei dieser oder jener Subgruppe der Befragten ist immer dabei.

Dasselbe trifft auf die Verlautbarungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu, die eng mit dem IFT Nord kooperiert. Hinweise auf Misserfolge, wie man sie vom normalen Schulunterricht oder aktuell von der Corona-Impfkampagne kennt, sucht man auf der Webseite der Bundeszentrale vergebens. Als die Behörde 2017 ihr 50-jähriges Bestehen feierte, wurde der Rückgang des Tabak- und des Alkoholkonsums unter den Jugendlichen zu einem Erfolg der Kampagnen „Rauchfrei“ und „Kenn dein Limit“ deklariert. Ähnliche Erfolgsmeldungen finden sich in den alljährlichen Drogenberichten der Bundesregierung. „Deutschland ist auf einem guten Weg“, verkündete die Drogenbeauftragte Daniela Ludwig bei der Veröffentlichung des Jahresberichts 2021 und begründete damit zugleich den Start der neuen Bundesinitiative „Rauchfrei leben“. Das Vertrauen in die Wirksamkeit der Anti-Werbung ist also groß und weit verbreitet, aber ist es auch berechtigt?

Mega-Trend Werbevermeidung

In einer Analyse der Kampagnen „Be smart – don’t start“ und „Klasse 2000“ kam das Deutsche Krebsforschungszentrum vor einigen Jahren zu folgendem Ergebnis: „An 85 Prozent der Erstklässler und 91 Prozent der 11- bis 14-Jährigen gehen die Präventionsprogramme vorbei. Sie können daher in Deutschland – wenn überhaupt – nur einen geringen Beitrag zum Rückgang des Raucheranteils unter Jugendlichen geleistet haben“ (Schaller et al. 2014). Das gilt heute noch genauso – und es gilt gleichermaßen für die Alkoholprävention und für Kampagnen, die sich an Erwachsene richten. 2021 wurden im Rahmen der Bundesinitiative „Rauchfrei leben“ mehr als eine Million Euro für Werbebanner im Netz, Radio-Spots, Bodenaufkleber und beleuchtete Plakate ausgegeben. Ende des Jahres wurden auf der Heidelberger Tabakkontrollkonferenz die Ergebnisse der Begleitforschung vorgestellt. Demnach hatten bis zum Herbst nur knapp 15% der Raucher in Deutschland die Kampagne überhaupt wahrgenommen. Und gerade einmal 2% gaben an, von dem Aufruf zum Rauchstopp angeregt worden zu sein. Ob auch nur ein einziger Raucher, der nicht ohnehin aufhören wollte, dank der Bundesinitiative zum Nichtraucher geworden ist, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen.

Bei der Werbung für den Suchtmittelverzicht zeigt sich demnach ein ähnliches Bild wie bei der Werbung für den Suchtmittelkonsum: Die Wirkung der Kommunikationskampagnen auf das Verhalten der Konsumenten wird dramatisch überschätzt. Während die Anti-Werbung der Gesundheitsorganisationen die große Mehrzahl der Verbraucher erst gar nicht erreicht, stößt die Werbung der Suchtmittelhersteller bei den meisten Rezipienten auf taube Ohren und blinde Augen. „Banner blindness“ – dieses Schlagwort stammt aus Eye-Tracking-Studien, die belegen, dass Internetnutzer die Werbespalten auf Webseiten schlicht nicht wahrnehmen. Oder genauer gesagt: Sie haben gelernt, die unerwünschte Online-Reklame zu ignorieren. Es handelt sich um eine Strategie der Werbevermeidung – Neudeutsch „advertising avoidance“ –, die man von anderen Werbeträgern schon länger kennt: Postwurfsendungen landen ungelesen im Altpapiercontainer, Zeitungsinserate werden überblättert, Werbeunterbrechungen im Fernsehen werden für den Gang zur Toilette genutzt. Die ökonomischen Folgen sind gravierend. In einer aktuellen US-Studie wurde das Return-of-Investment für das Marketing von 288 Markenartikeln berechnet. In 80% der Fälle waren die Kosten

der Fernsehwerbung höher als deren Ertrag (Shapiro et al., 2021). Die Unternehmen befinden sich allem Anschein nach in einer Art Gefangenendilemma: Man kann den Werbemarkt nicht der Konkurrenz überlassen, auch wenn ungewiss ist, ob die eigene Werbung tatsächlich zu mehr Absatz führt.

Ich kürze die Argumentation an dieser Stelle ab und komme zu der Schlussfolgerung: Im Gegensatz zu den Autoren des IFT Nord und vielen anderen Gesundheitsexperten gehe ich nicht von einer starken, sondern von einer schwachen Wirkung der Werbung auf das Suchtverhalten aus. Der relativ geringe Einfluss betrifft sowohl die Werbung für den Suchtmittelkonsum als auch die Werbung für den Suchtmittelverzicht. Dasselbe gilt für Minderjährige: Werbung ist keine hinreichende, ja nicht einmal eine notwendige Voraussetzung für den Einstieg in das Suchtverhalten. Es gibt genug Beispiele für Suchtmittel, die sich unter Jugendlichen wachsender Beliebtheit erfreuen, obwohl sie nirgendwo (Cannabis, Wasserpfeifen) oder vergleichsweise selten (Computerspiele wie Candy Crush) beworben werden. Soll das heißen, dass Suchtmittelwerbung überhaupt keine Wirkung auf die unter 18-Jährigen hat?

Be Marlboro, be the Meister

Im Jahr 2011 schickte Philip Morris die weltberühmten Marlboro-Cowboys in Rente und entwickelte ein neues Werbekonzept für die meistverkaufte Zigarettenmarke der Welt. Auf den Plakaten der „Be Marlboro“-Kampagne waren erstmals junge Frauen zu sehen. Wie das neue Werbekonzept auf dem Testmarkt Deutschland angekommen ist, hat die Dieter-Mennekes-Umweltstiftung im Spätsommer 2012 untersucht (Jazbinsek 2014). Dazu wurden im Rahmen einer Online-Umfrage 1000 Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren die neuen Marlboro-Motive ohne Markennamen vorgelegt. Vor allem die Mädchen haben die Zigarettenwerbung wiedererkannt und mit anderen hierüber gesprochen. Bemerkenswert ist dies deshalb, weil der Anteil der Raucherinnen in dieser Altersgruppe im Jahr 2012 – auf dem Höhepunkt der Philip Morris-Kampagne – zum ersten Mal seit anderthalb Jahrzehnten wieder gestiegen ist. Unternehmenssprecher bestritten jeden Zusammenhang zwischen Tabakwerbung und jungem Tabakkonsum mit dem Hinweis, alle Fotomodelle der Be Marlboro-Plakate seien mindestens 30 Jahre alt. Allerdings wurden sie bei Teenager-typischen Aktivitäten wie Parcouring und Stage Diving gezeigt. Kein Wunder also, dass die befragten Jugendlichen die Marlboro-Modelle für sehr viel jünger hielten, als sie dem Ausweis nach waren.

Andere Unternehmen aus dem Suchtmittelsektor arbeiten mit ähnlichen Marketingtricks. Ein Beispiel hierfür ist die „Markenverjüngung“ des Kräuterlikörs Jägermeister. Anfangs ließ man die Hirschköpfe Rudi & Ralph in der Fernsehwerbung auftreten, wo sie fröhliche Partyszenen mit Kalauern kommentierten. Ein Schwerpunkt der „Achtung wild!“-Kampagne war und ist das Eventmarketing. Jägermeister tourt mit einem 20 Meter hohen Hirschgerüst von einem Musikfestival zum anderen, veranstaltet aber auch eigene Konzerte und Konzertreihen. Zu den Online-Aktivitäten gehören die „Miss Jägermeister-Wahlen“, die gemeinsam mit dem Netzwerk StudiVZ abgehalten werden. In den aktuellen „Be the Meister“-Clips auf Youtube sind Fotomodelle zu sehen, die wie bei der „Be Marlboro“-Kampagne dem Ausweis nach erwachsen sein mögen, von ihrem Gebaren her aber wie Teenager wirken. Während

Konkurrenzprodukte wie „Dornkaat“ oder „Asbach Uralt“ bis heute als Altherrengetränke gelten, hat sich Jägermeister durch das neue Marketingkonzept weltweit als Kultgetränk für junge Leute etabliert. Der Nettoumsatz der Herstellerfirma Mast aus Wolfenbüttel hat sich von knapp 400 Mio. Euro im Jahr 2009 auf 625 Mio. Euro im Jahr 2019 erhöht.

Die beiden Beispiele sollen zweierlei veranschaulichen. Erstens: Werbung kann sehr wohl zum Einstieg jugendlicher Nichtraucher und Nichttrinker in den Tabak- und Alkoholkonsum beitragen, sofern sie auf ein junges Publikum zugeschnitten ist. Und zweitens: Die Selbstregulierung der Werbewirtschaft ist kein verlässliches Instrument, um jugendaffine Werbung wie die „Be Marlboro“- und die „Be the Meister“-Kampagnen zu verhindern.

Stiftung Werbetest

Viele Gesundheitsexperten fordern ein generelles Werbeverbot für legale Suchtmittel. Um dieser Forderung Nachdruck zu verleihen, fahnden sie nach generellen Werbewirkungen insbesondere auf Kinder und Jugendliche. Mit dieser Herangehensweise gefährden sie ihre eigene Glaubwürdigkeit, weil die Behauptung einer Werbedosis-Werbewirkungs-Beziehung leicht zu widerlegen ist. Statt sich mit Pauschalaussagen in Beweisnot zu bringen, halte ich es für aussichtsreicher, sich mit konkreten Kampagnen wie der Jägermeister-Reklame auseinanderzusetzen. Das ist die erste praktische Konsequenz aus dem bisher Gesagten.

Der zweite Punkt betrifft die Prioritäten der Präventionspolitik. Worum es mir dabei geht, soll ein Beispiel aus der „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“ verdeutlichen. Sie ist im April 2021 von zahlreichen medizinischen und zivilgesellschaftlichen Organisationen veröffentlicht worden. In dem Strategiepapier wird u.a. der Einzelhandel dafür kritisiert, Tabakwaren neben Süßigkeiten oder Zeitschriften zu präsentieren. Begründung: „So wird beispielsweise ein Kind, das sich einen Saft kaufen möchte, fast zwangsläufig mit Tabak und verwandten Produkten konfrontiert.“ Die Unterstellung, dass ein Kind irgendwann mit dem Rauchen anfangen könnte, weil es im Kiosk Zigarettenpackungen gesehen hat, ist durch keinerlei Evidenz gedeckt. Gesundheitspolitisch relevanter als die mögliche Wirkung der Point-of-Sale-Werbung auf Nichtraucher scheint mir die Frage zu sein, was das für ein Saft ist, den das Kind sich dort kauft. Denn während die Zahl der jugendlichen Raucher beständig sinkt, liegt der Anteil der Minderjährigen mit Übergewicht mittlerweile bei über 15% und die Adipositasprävalenz bei 6%. Und dies ist eine Entwicklung, die sehr wohl etwas mit der Werbung für Softdrinks und andere ungesunde Nahrungsmittel zu tun haben könnte, wie eine aktuelle Studie von Foodwatch über die Marketingstrategien von McDonald's, Coca Cola und Co nahelegt (Rücker 2021).

Der dritte und letzte Vorschlag ist organisatorischer Natur. Selbst gut gemachte Werbeanalysen wie der Kindermarketing-Report von Foodwatch bleiben in ihrer Wirksamkeit begrenzt, weil sie früher oder später veralten. Deshalb schlage ich vor, die sporadischen Begleitforschungsprojekte durch ein kontinuierliches Monitoring der Suchtmittelwerbung zu ersetzen. Das sollte durch eine von der Wirtschaft unabhängige Institution geschehen, die hier unter dem Arbeitstitel „Stiftung Werbetest“ firmiert. Die Stiftung wäre idealerweise mit Expertinnen und Experten für sämtliche

legalen Suchtmittel besetzt, um Kompetenzen zu bündeln. Sie sollte nicht nur auf Beschwerden reagieren, sondern proaktiv problematische Marketingstrategien ausfindig machen und sich dabei nicht auf klassische Werbemedien (Fernsehspots, Außenwerbung) beschränken, sondern Werbestrategien wie Product Placement, Sponsoring und Influencer Marketing mit einbeziehen. Die Stiftung könnte Schülerbefragungen zu konkreten Kampagnen durchführen, um die Jugendschutzbekundungen der Hersteller einem Realitätstest zu unterziehen. Sie könnte einen Negativpreis an Unternehmen verleihen, die sich weigern, auf eine empirisch fundierte Kritik an ihrer Werbepaxis zu reagieren. Ziel ist es, effektive Werbebeschränkungen einzuführen, statt auf umfassende Werbeverbote zu hoffen, die in Deutschland verfassungsrechtlich heikel und politisch kaum durchsetzbar sind.

Lesehinweis

Die vorliegende Textfassung wurde gegenüber dem Vortragsmanuskript stark gekürzt. Detaillierte Quellenangaben mussten aus Platzgründen ebenso entfallen wie Abschnitte über die Werberezeption von Suchtkranken und über neue Werbeformen wie Targeted Advertising und Native Advertising. Sie werden an anderer Stelle nachgereicht.

Literatur

- Boesch, J., Morgenstern, M. & Siniatchkin, M. (2019): Einfluss von TV-Werbung für ungesunde Nahrungsmittel auf den Body-Mass-Index und den Fastfood- und Softdrinkkonsum von Jugendlichen. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 44 (2), 140-141
- Clemens, F., Hanewinkel, R. & Morgenstern, M. (2017): Exposure to gambling advertisements and gambling behavior in young people. *Journal of Gambling Studies*, 33, 1-13
- Hanewinkel, R., Isensee, B., Sargent, J.D. et al. (2011): Cigarette advertising and teen smoking initiation. *Pediatrics*, 127 (2), e271-e278
- Hansen, J., Hanewinkel, R. & Morgenstern, M. (2019): Electronic cigarette advertising and teen smoking behavior. *Addictive Behaviors*, 103, 106243
- Jazbinsek, D. (2014): Die Be Marlboro-Kampagne von Philip Morris und ihre Wirkung auf Jugendliche. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: *Jahrbuch Sucht 2014*, Pabst-Verlag: Lengerich, 269-279
- Morgenstern, M., Isensee, B., Sargent, J.D. et al. (2011): Exposure to alcohol advertising and teen drinking. *Preventive Medicine*, 52, 146-151
- Rücker, M. (2021): *Junkfluencer. Wie McDonald's, Coca Cola und Co in sozialen Medien Kinder mit Junkfood ködern*. Foodwatch, Berlin
- Shapiro, B.T., Hitsch, G.J. & Tuchman, A.E. (2021): *TV advertising effectiveness and profitability: Generalizable results from 288 brands*. *Econometrica*, 29.1.2021

Autorinnen und Autoren

Prof. Sandro Cattacin

Soziologieprofessor an der Universität Genf und im Bereich der Analyse von Drogenpolitiken aktiv. Engagiert sich auch in Vereinen und Stiftungen in diesem Bereich wie *Première Ligne*, ein Harm-Reduction-Projekt in Genf, oder Sucht Schweiz; aktiv im Präventionsbereich.

sandro.cattacin@unige.ch

Prof. Dr. Tom Decorte

Kriminologe und Anthropologe. Professor für Kriminologie an der Universität Ghent, Belgien. Direktor des Institute for Social Drug Research (ISD).

tom.decorte@ugent.be

Martin Dworak

Jugendsozialarbeiter (RLC Jugend), Yogalehrer und Parkourtrainer. Leiter des Studienwegs *risflecting*® www.risflecting.eu

m.dworak@roemerland-carnuntum.at

Andreas Gantner

Dipl.-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Seit 1992 Geschäftsführer im Therapieladen e.V. In der auf Cannabisstörungen spezialisierten ambulanten Therapieeinrichtung wurden unter seiner Verantwortung cannabisspezifische Präventionsprojekte und Therapiekonzepte (MDFT/CANDIS/Quit the shit/Double Trouble) evaluiert und implementiert.

a.gantner@therapieladen.de

Tibor Harrach

Pharmazeut und pharmazeutischer Koordinator des Drugchecking-Projekts Berlin (<https://drugchecking.berlin>); Vertreter des Projekts im TEDI Netzwerk (<https://www.tedinetwork.org/about>).

Als Vorstandsmitglied von *Eve & Rave Berlin* für die Umsetzung des Drugchecking-Projekts in Kooperation mit dem gerichtsmedizinischen Institut der Charité zuständig. Gründungsmitglied und langjähriges Vorstandsmitglied des SONICS e.V. Bundesverbands für Safer Nightlife. Mitbegründer der Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg (www.drugchecking.de). Wissenschaftlich hat er zur Wirkung und analytischen Charakterisierung von biogenen Arzneimitteln und zum Drogenmischkonsum gear-

beitet und publiziert. Er war lange Zeit in der Lehre des Pharmazeutischen Instituts der FU Berlin in den Fächern Biochemie, Organische Chemie und Klinische Chemie tätig.

tibor.harrach@drugchecking.berlin

Prof. Dr. Justus Haucap

Professor für Volkswirtschaftslehre und Direktor des Düsseldorfer Instituts für Wettbewerbsökonomie (DICE) an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Mitglied Schildower Kreis, LEAP und wiss. Beirat des Branchenverbands Cannabiswirtschaft.

Twitter: @haucap • haucap@dice.hhu.de

Dr. Philipp Hiller

Diplom-Politologe, Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und im Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main; Geschäftsführer des Instituts für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung und Mitglied im Organisationskomitee der Suchttherapietage.

hiller@zis-hamburg.de

Dietmar Jazbinsek

geb. 1959; Studium der Soziologie in Bielefeld und Paris; 1992 bis 1999 Mitarbeiter im Berliner Forschungsverbund Public Health; seit 2005 freier Journalist und Publizist mit dem Arbeitsschwerpunkt Präventionspolitik; bis 2021 Stipendiat der Dieter-Mennekes-Umweltstiftung.

Dr. Jens Kalke

Diplom-Politologe, Mitglied der Leitung des Instituts für interdisziplinäre Sucht und Drogenforschung (ISD, Hamburg). Forschungstätigkeiten im Bereich der Suchtprävention.

j.kalke@isd-hamburg.de

Prof. Dr. Dirk J. Korf

Professor em. Kriminologie, Rechtsfakultät, Abt. Strafrecht, Universität van Amsterdam. Experte in Strafrecht, Qualitative Sozialforschung, Quantitative Sozialforschung, Forschungsmethodik, Drogen und Strafrecht, Drogenpolitik. Zahlreiche Veröffentlichungen.

d.j.korf@uva.nl

Lioba Krüger-Rosenke, M.Sc.

Dipl.-Sozialarbeiterin (FH), Dipl.-Sozialpädagogin (FH), Suchttherapeutin (KatHo NRW),

Vorstand DGSAS, Teamleitung AWO Sucht und Drogenberatungsstelle im Kreis Coesfeld, Lehrauftrag FH Münster Fachbereich Sozialwesen.

l.krueger@awo-msl-re.de

Kirsten Lehmann

Master Public Health, Versorgungsforschung, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sowie des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main.

k.lehmann@uke.de

Dr. Ingo Ilja Michels

Soziologe, Fachberater für Suchtkrankenhilfe. Tätig an der Frankfurt University of Applied Sciences im DAAD Projekt SOLID.

ingoiljamichels@gmail.com

Max Plenert

CEO/CSO. 2003 drogenpolitischer Sprecher der Grünen Jugend Hessen, 2004 des Fachforums Drogen der Grünen Jugend Bundesverband. 2009 bis 2017 in verschiedenen Bereichen beim Deutschen Hanfverband, danach bis heute bei Sens Media. Geschäftsführer des KCG – Kompetenzzentrum Cannabis GmbH, Berlin.

m.plenert@sens-media.com

Wolfgang Rosengarten

Leiter des Referats Prävention, Suchthilfe im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration in Wiesbaden. Vorher war er über 20 Jahre Geschäftsführer der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) in Frankfurt am Main.

w.rosengarten@t-online.de

Moritz Rosenkranz

Diplom-Soziologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Doktorand an der Universität Bremen. Forschungsschwerpunkte sind regulierte Abgabe von Cannabis und kontrollierter Konsum amphetaminartiger Stimulanzien.

moritz.rosenkranz@uni-hamburg.de

Rüdiger Schmolke

Politik- und Gesundheitswissenschaftler (MA Pol./MPH), systemischer Organisationsentwickler und -berater und Dozent an der Fachhochschule Potsdam. Er arbeitet seit gut 25 Jahren in den Feldern der Drogenforschung/-beratung und Suchtprävention und war langjährig Geschäftsführer des Vereins zur Förderung akzeptierender Jugend- und Drogenarbeit Chill out e.V. mit Sitz in Potsdam (www.chillout-pdm.de). Er war Mitglied der Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg (www.drugchecking.de), ist Mit-Kurator der Konferenzreihe "Stadt nach acht" (<https://stadt-nach-acht.de>) und Vorstandsmitglied im SONICS e.V. Bundesverband für Safer Nightlife sowie im Akzept Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. Seit 2018 koordiniert er das Präventionsprojekt im Partysetting SONAR – Safer Nightlife Berlin (www.safer-nightlife.berlin).

r.schmolke@chillout-pdm.de

Prof. Dr. Heino Stöver

Dipl.-Sozialwissenschaftler, seit 2009 Professor an der Frankfurt University of Applied Sciences (Fachbereich 4 „Soziale Arbeit und Gesundheit“) mit dem Schwerpunkt „Sozialwissenschaftliche Suchtforschung“. Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences (www.isff.info).

h.stoever@fb4.fra-uas.de

Priv.-Doz. Dr. Uwe Verthein

Diplom-Psychologe, habilitiert an der Universität Hamburg. Geschäftsführer des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). Arbeitsschwerpunkte sind Therapieevaluation und klinische Suchtforschung.

u.verthein@uke.de

Georg Wurth

Dipl.-Finanzwirt, Geschäftsführer/Inhaber des Deutschen Hanfverbands (DHV). Er studierte in den 1990ern als Finanzbeamter Steuerrecht und war Kommunalpolitiker. Mit Gründung des DHV 2002 war er der erste hauptberufliche Lobbyist für Cannabislegalisierung in Deutschland.

georg.wurth@hanfverband.de

Dr. Bernd Werse

Soziologe. Seit 2002 leitender wissenschaftlicher Mitarbeiter „Centre for Drug Research“ Frankfurt am Main. Hauptverantwortlich seit 2002 für „Monitoring-System Drogentrends“ sowie (inter-)nationale Forschungsprojekte zu u. a. neuen psychoaktiven Substanzen und Drogen. (Inter-)nationale Veröffentlichungen, Presse- und Vortragsanfragen. Mitherausgeber „Alternativer Drogen- und Suchtbericht“.

werse@em.uni-frankfurt.de

Peter Schay, Roland Helsper & Niklas Helsper

Durchgerutscht: Kinder und Jugendliche zwischen den Hilfesystemen!

Analysen und Lösungsansätze zur Sozialarbeit in suchtbelasteten Familien

Die Suchthilfe und Jugendhilfe haben die politische und moralische Verantwortung dafür, dass die vielschichtigen und unterschiedlichsten Probleme von „Kindern und Jugendlichen aus psychosozial belasteten und „armen“ Lebensverhältnissen“ gelöst werden.

Etwa drei Millionen Kinder erleben bei ihrem Vater oder ihrer Mutter oder bei beiden Eltern eine schwere Suchterkrankung. Zwei Drittel dieser Kinder werden selbst psychisch krank – meist süchtig. Abhängigkeit, Armut, soziale Ausgrenzung und Diskriminierung vererben sich in Familien über Generationen, wenn nicht von außen eingegriffen wird.

Zuständig sind die Kinder- und Jugendhilfe und andererseits die Suchthilfe.

Beide Systeme kooperieren oft miteinander, sind jedoch in vielen Fällen mangelhaft koordiniert. Dementsprechend deprimieren die erzielten Ergebnisse. Nur eine kombinierte Hilfe aus beiden Systemen kann nachhaltig wirksam sein. Peter Schay und KollegInnen analysieren nicht nur die vielfältige Problematik, sondern berichten auch



über Formen der Zusammenarbeit in einzelnen Projekten. LeserInnen erfahren in den einzelnen Beiträgen viel Konkretes und auch sehr Persönliches, wie Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien Wege für ein gesundes Leben geebnet werden können. In einigen Statements kommen auch betroffene Jugendliche selbst zu Wort.

Das Buch bietet eine reiche Zahl von Wegbeschreibungen und Anregungen für die Sozialarbeit. Der ebenso vorsichtige wie realistische und tatkräftige Optimismus der AutorInnen sollte in ihrer Fachwelt weite Verbreitung finden.

316 Seiten

ISBN 978-3-95853-701-9

25,00 €

ebook

ISBN 978-3-95853-702-6

15,00 €

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

+49 (0) 5484-308
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com

*Peter Schay, Roland Helsper &
Marion Birkholz (Hrsg.)*

einfach.LEBEN

Die Gesichter der Sucht

Drogen- und Alkoholsüchtige müssen mit vielen Vorurteilen kämpfen und sehen sich mit gesellschaftlicher Ablehnung konfrontiert. Oft fehlt den Betroffenen daher Vertrauen in sich selbst sowie Zuversicht – dies sind nur einige Aspekte unter vielen, warum die Rehabilitation von Suchtkranken so oft scheitert. Peter Schay, Roland Helsper und Marion Birkholz blicken mit den „Gesichtern der Sucht“ hinter die selbst errichteten „Mauern“ der Süchtigen und möchten anregen, einander offen zu begegnen und neugierig auf die Menschen zu sein, die sich hinter der Sucht verbergen.

Dieses Buch ist zugleich der Versuch, die Erkenntnisse aus einer 40-jährigen Tätigkeit in diversen Arbeitsfeldern der Suchtkrankenhilfe zu bündeln. Es zeigt auch die



Notwendigkeit von guter institutioneller Zusammenarbeit mit einem abgestimmten Schnittstellenmanagement, damit eine optimale Versorgung erreicht werden kann.

Die Autoren plädieren dafür, die starren Grenzen einer Standardrehabilitation um die Konzepte der sozialen Rehabilitation grundsätzlich zu erweitern, um Klient*innen besser erreichen und den Kreislauf des Scheiterns unterbrechen zu können.

196 Seiten

ISBN 978-3-95853-534-3

15,00 €

ebook

ISBN 978-3-95853-535-0

10,00 €

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

+49 (0) 5484-308
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com

Jürgen Fais (Hrsg.)

Gewalt – Sprache der Verzweiflung

Vom Umgang mit Gewalt in der Suchthilfe

„...Und dann hab ich das Gefühl, ich kann nicht mehr argumentieren, ich kann mich nicht mehr ausdrücken und ich fühle mich unterlegen oder an die Wand gestellt. Ich bin am Ende angelangt und das Gegenüber reagiert nicht auf das was ich sage. Dann kommt irgendwann der Gewaltausbruch.“

(augeNblick)

Grundsätzlich begegnen Fachkräfte der Suchthilfe dem Thema Gewalt reaktiv, sei es in der therapeutischen Aufarbeitung oder im normalisierten Kontext durch eine institutionelle Sanktion. Es fällt auf, dass es nur wenige konzeptionell verankerte Behandlungs- und Trainingsmaßnahmen für gewaltaffine Suchtkranke gibt.

Der Schwerpunkt der Publikation liegt in der Beschreibung arbeitsfeldbezogener Erfahrungen mit dem Phänomen Gewalt innerhalb des Handlungsfeldes der Suchthilfe. Desweiteren werden indivi-



duelle Behandlungs- und Trainingsangebote im Umgang mit Gewalt vorgestellt. Erfahrene Praktiker und Fachkräfte der Suchthilfe beschreiben Möglichkeiten der Prävention, Deeskalation und Behandlung.

Jürgen Fais ist Kriminologe (M.A.), Dipl. Sozialpädagoge und Gesellschafter des Instituts für angewandte Gewaltprävention ParaVida.

204 Seiten

ISBN 978-3-89967-812-3

20,00 €

ebook

ISBN 978-3-89967-812-3

16,00 €

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

+49 (0) 5484-308
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com