

Stellungnahme des Einzelsachverständigen

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius

zum Antrag der SPD-Fraktion

Konsum kristalliner Methamphetamine durch Prävention eindämmen – neue synthetische Drogen europaweit effizienter bekämpfen

Drucksache des Deutschen Bundestages 17/10646 vom 11.09.2012

Zur Person des Einzelsachverständigen

Der Verfasser ist Ärztlicher Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie des Bereichs Suchtstörungen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (UKE). Er ist Vorsitzender der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG, BKJPP), Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und Redakteur der Fachzeitschrift SUCHT (Bern, Hogrefe). Er beschäftigt sich seit mehr als 25 Jahren mit verschiedenen Aspekten der Suchtforschung. Forschungsschwerpunkte sind unter anderem die Auswirkungs-, Komorbiditäts-, Evaluationsforschung und die Präventionsforschung.

1. Methamphetaminmissbrauch durch Jugendliche und junge Erwachsene nimmt in mehreren Ländern Europas tendenziell zu – in Deutschland ist die Verbreitung weitgehend auf Sachsen und Bayern begrenzt.

In Europa wird Methamphetamin zum allergrößten Teil in der Tschechischen Republik illegal hergestellt. Im Jahr 2010 wurden dort 307 Herstellungsstätten aufgedeckt. Außerdem wird die Droge in der Slowakei sowie in Deutschland, Litauen, den Niederlanden und Polen hergestellt. Im Jahr 2010 meldete Deutschland eine starke Zunahme beschlagnahmten Methamphetamins (26,8 kg gegenüber 7,2 kg im Jahr 2009), wobei der größte Anteil auf die Bundesländer Sachsen und Bayern entfiel. Beide Bundesländer grenzen an die Tschechische Republik (EBDD 2012).

Weiterhin hat sich die Zahl der Sicherstellungen als auch die Menge beschlagnahmten Methamphetamins in europäischen Ländern zwischen den Jahren 2005 und 2010 erhöht, wobei der größte Anstieg zwischen den Jahren 2008 und 2009 zu verzeichnen ist. Der Reinheitsgrad von Methamphetamin ist nach den der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) gemeldeten Daten sehr unterschiedlich und schwankt zwischen weniger als 15 % (Belgien und Dänemark) und bis zu mehr als 60 % (Tschechische Republik, Slowakei, Vereinigtes Königreich, Türkei). Auch die Verkaufspreise von Methamphetamin weichen in den Ländern Europas erheblich voneinander ab. In Deutschland und der Slowakei werden bis zu 70,00 € pro Gramm veranschlagt.

Schätzungen über die Prävalenz problematischen Amphetaminkonsums liegen aus der Tschechischen Republik und der Slowakei vor. In der Tschechischen Republik ist die Zahl der problematischen Methamphetaminkonsumenten¹ mit schätzungsweise 27.300 bis 29.100 mehr als doppelt so hoch wie die geschätzte Zahl der Opioidkonsumenten. In der Slowakei liegt die Zahl der problematischen Methamphetaminkonsumenten bei 5.800 bis 15.700 und damit um etwa 20 % unter der geschätzten Zahl der Opioidkonsumenten.

Methamphetamin ist auch in anderen nordeuropäischen Ländern in Erscheinung getreten (Lettland, Schweden, Norwegen, Finnland) und hat hier teilweise Amphetamin als Droge ersetzt. Zudem wurden aus Deutschland, Griechenland, Ungarn, Zypern und der Türkei Hinweise auf Methamphetaminkonsum, für das Jahr 2010 der EBDD gemeldet, wenn auch auf ungleich niedrigerem Niveau.

In Deutschland ist laut Drogen- und Suchtbericht 2012 die Zahl erstauffälliger Konsumenten im Zusammenhang mit kristallinem Methamphetamin im Jahr 2011 wie schon im Vorjahr weiter angestiegen. Der Zuwachs betrug 2011 gegenüber dem Vorjahr 164 %. Auch die Zahl erstauffälliger Meth-/Amphetaminkonsumenten erreichte 2011 einen neuen Höchstwert. Die Steigerung gegenüber

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

dem Vorjahr betrug 20 %. Im Jahr 2011 wurden in Deutschland 19 illegale Drogenlabore sichergestellt; in 17 Fällen handelte es sich dabei um Kleinlabore zur Herstellung von Amphetamin und Methamphetamin. Ein professionelles Amphetaminlabor stellten die Behörden lediglich in Nordrhein-Westfalen sicher. Ferner stellten die Behörden im Jahr 2011 die bundesweit bislang größte Gesamtmenge Meth-/Amphetamin sicher (1.408 kg, davon 40 kg kristallines Methamphetamin). Dies entspricht einem Zuwachs gegenüber dem Vorjahr um 17 % bzw. um 49 % für kristallines Methamphetamin.

2. Die gesundheitlichen Auswirkungen von Methamphetaminmissbrauch umfassen ernsthafte körperliche, seelische und soziale Folgen.

N-Methylamphetamin, auch Methamphetamin genannt, ist ein hochwirksames, (halb)synthetisches Stimulans auf Amphetaminbasis. Methamphetamin wurde erstmals 1893 durch den japanischen Chemiker Nagayoshi Nagai in flüssiger Form synthetisiert. Methamphetamin wird überwiegend geschnupft, teilweise geraucht oder in Wasser gelöst injiziert. Die Substanz hat ein deutliches psychisches und physisches Abhängigkeitspotential. Insbesondere bei intravenösem Konsum kann es durch Toleranzentwicklung zu erheblichen Dosissteigerungen kommen. Methamphetaminmissbrauch ist häufig mit Alkohol-, Benzodiazepin- und Cannabismissbrauch verbunden. Diese Substanzen werden zum Teil gemeinsam konsumiert um die depressiv-ängstlichen Wirkungen der akuten und chronischen Amphetaminintoxikationen zu mildern.

In der akuten Intoxikation führen Methamphetamine zu einem euphorischem „High“-Gefühl, subjektiv gesteigerter geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit, erhöhter Vigilanz und Unterdrückung von Schlaf, Müdigkeit sowie des Hungergefühls. Die psychischen Akutwirkungen werden von körperlichen und vegetativen Symptomen begleitet: Tachykardie, Mydriasis, erhöhter Blutdruck, Schwitzen und psychomotorische Unruhe, gelegentlich auch Übelkeit oder Erbrechen und torakale Schmerzen. Als Komplikationen können im Rahmen der Intoxikation Anspannung, Agitiertheit sowie psychotische Phänomene (Halluzinationen und Wahn) auftreten. Beim Abklingen der Akutwirkung stellen sich teilweise Bradykardie, Hypotonie, Frösteln, psychomotorische Verlangsamung und Muskelschwäche ein.

Als mittel- und langfristige Auswirkungen des chronischen Methamphetamingebrauchs treten Auszehrung, aggressives Verhalten, Stereotypien und induzierte Psychosen auf. Bei den induzierten Psychosen sind Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, optische und taktile Mikrohalluzinosen sowie ein Alternieren zwischen ekstatischer Gehobenheit und ängstlich-depressiven Syndromen charakteristisch.

Als schwerwiegende Komplikationen der akuten Intoxikation können insbesondere bei hohen Dosen kardiale Arrhythmien, Herzinfarkte, hypertensive Krisen, Atemdepression, Krampfanfälle und Bewusstseinsstörungen bis hin zum Koma auftreten. Hypertermie und Rhabdomyolyse sind in Einzelfällen dokumentiert worden. Weiterhin werden Hautentzündungen, Schwächung des Immunsystems und seltener Zahnausfall und Nierenschäden beobachtet.

Aus tierexperimentellen Untersuchungen ist bekannt, dass Methamphetamin in hohen Dosen dopaminerge und serotonerge Nervenzellen im zentralen Nervensystem neurotoxisch schädigen kann. Neuere Untersuchungen legen nahe, dass bei starkem Methamphetaminkonsum vergleichbare neurotoxische Hirnschäden mit funktionellen Auswirkungen auf Motorik und Kognition möglich sind. Da Methamphetamine in der Regel mit anderen potentiell neurotoxischen Substanzen, wie zum Beispiel Alkohol und Cannabinoiden kombiniert werden, ist von nicht kalkulierbaren medizinischen Risiken auszugehen. Insbesondere in den USA sind diese Fragen Gegenstand aktueller intensiver Forschungsbemühungen.

Injizierender Konsum von Amphetaminen birgt ein hohes Risiko von HIV- oder Herpesinfektionen. Durch aggraviertes sexuelles Risikoverhalten besteht Anfälligkeit für sexuell übertragbare Infektionskrankheiten. Amphetaminkonsum während der Schwangerschaft gefährdet die fötale Entwicklung und hat Frühgeburten sowie ein geringes Geburtsgewicht des Neugeborenen zur Folge (vgl. Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2006, Thomasius et al. 2009).

3. In der deutschen Suchtkrankenhilfe machen Konsumenten mit der Hauptdiagnose „Stimulanzien“ einen Anteil von 3.1 % (ambulant) bzw. 2.2 % (stationär) aus. In Sachsen liegt ihr Anteil um ein Vielfaches höher.

Nach Angaben der EBDD (2012) sind Amphetaminkonsumenten zu Behandlungsbeginn im europäischen Durchschnitt 30 Jahre alt; das Verhältnis von Männern zu Frauen liegt bei 2 : 1. Im Verhältnis zu anderen illegalen Drogen ist der Frauenanteil damit ausgesprochen hoch. Injektive

Gebrauchsmuster werden bei Amphetaminkonsumenten, vor allem in der Tschechischen Republik, Lettland, Finnland, Schweden und Norwegen beobachtet (63 % bis 80 % der Patienten mit Amphetamin als Primärdroge).

In der europäischen Suchthilfe machen die Methamphetaminkonsumenten unter den gemeldeten Behandlungsaufnahmen unterschiedliche Anteile aus. In der Regel wird bei den Meldungen an die EBDD der Methamphetaminconsum nicht gesondert ausgewiesen sondern unter dem Sammelbegriff „Amphetamin“ (mit Bezug auf die Primärdroge) chiffriert. Für Amphetamin- und Methamphetamin-konsumenten zusammengerechnet verteilen sich die Anteile an allen Behandlungsaufnahmen wie folgt: Schweden 28 %, Polen 24 %, Lettland 19 % und Finnland 17%. Der Anteil der Amphetaminpatienten an gemeldeten Behandlungsaufnahmen liegt bei sechs weiteren Ländern zwischen 5 % und 15 % (Belgien, Dänemark, Deutschland, Ungarn, Niederlande, Norwegen). Nur aus der Tschechischen Republik (63 %) und der Slowakei (35 %) liegen der EBDD spezielle Auswertungen für Methamphetaminkonsumenten vor.

Im Jahr 2011 meldeten der EBDD 12 Länder spezialisierte Behandlungsprogramme für Amphetaminkonsumenten. Häufig werden in ambulanten Einrichtungen verschiedene psychosoziale Maßnahmen für Amphetaminkonsumenten bereitgehalten (Motivierende Gesprächsführung, Kognitive Verhaltenstherapie, Training der Selbstkontrolle, verhaltenstherapeutische Beratung). Zu den psychotherapeutischen Ansätzen zur Behandlung der Amphetaminabhängigkeit sind Kognitive Verhaltenstherapie und Kontingenzmanagement am besten untersucht. In der stationären Entzugsbehandlung werden Pharmazeutika verabreicht (Antidepressiva, Sedativa, Antipsychotika), um Entzugserscheinungen zu mildern. Zur medikamentösen Rückfallprophylaxe liegen allenfalls erste Pilotstudien vor (Modafinil, Bupropion, Naltrexon). Dasselbe gilt für Substitutionstherapien (Dexamphetamin, Methylphenidat).

Die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (SLS) (2013) berichtet für das Jahr 2012 eine deutlichen Steigerung der Klientenzahlen im Bereich der illegalen Drogen, welche in erster Linie auf Zuwächse bei den Methamphetaminkonsumenten zurückgeführt wird. Sachsenweit machen die Methamphetaminkonsumenten im Hilfebereich „Illegale Drogen“ 41 % aus. Gegenüber dem Vorjahr beträgt die Zuwachsrate bei den Stimulanzienkonsumenten 47 %. Unter diesen ist mit über 95 % (bzw. mehr als 3.300 Klienten) kristallines Methamphetamin die Primärdroge. Demgegenüber nehmen in Sachsen seit einigen Jahren die Beratungs- und Behandlungsanfragen im Zusammenhang mit Opioiden und Cannabinoiden ab.

Eine besonders hohe Inanspruchnahme des Hilfesystems durch Methamphetaminkonsumenten wird in den Städten Chemnitz und Dresden deutlich. In der Stadt Leipzig spielt kristallines Methamphetamin als Zweitsubstanz bzw. im Rahmen politoxikomaner Konsummuster eine zunehmende Rolle. Während noch im Jahr 2011 eine besondere Häufung des Klientenaufkommens in der Suchtberatung in grenznahen Regionen, wie Vogtlandkreis, Erzgebirgskreis, Sächsische Schweiz/Osterzgebirge festgestellt wurde, fand 2012 eine weitere Ausdehnung der Problematik auch auf grenzferne Regionen statt. Zu den Regionen mit den meisten Beratungsanfragen pro 100.000 Einwohner (Problemlast) zählen der Landkreis Zwickau (123 Klienten bezogen auf 100.000 Einwohner), Vogtlandkreis (119) sowie die kreisfreien Städte Chemnitz (108) und Dresden (95). Etwa zwei Drittel der Klienten sind in dem Altersbereich der 20- bis 29-Jährigen zuzuordnen. Der Altersdurchschnitt liegt bei 25 Jahren. Der Frauenanteil ist mit insgesamt 31 % über alle Altersgruppen bzw. mit mehr als 50 % bei den unter 20-Jährigen sehr hoch. Weitere Zuwächse bei der endemischen Verbreitung des Methamphetaminmissbruchs sind aus Sachsen-Anhalt, Thüringen und Ost-Bayern gemeldet worden.

4. In den drogenpolitischen Konzepten der Bundesregierung wird den „Neuen Drogen“ und speziell dem Amphetaminmissbrauch ein wichtiger Stellenwert beigemessen.

Sowohl in der Nationalen Strategie (Februar 2012) als auch im Drogen- und Suchtbericht der Bundesdrogenbeauftragten (Mai 2012) wird auf Konsumformen, Gefahrenpotentiale und Bekämpfungsstrategien sogenannter „Neuer Drogen“ eingegangen.

In der Nationalen Strategie ist den neuen synthetischen Drogen ein eigenes Kapitel gewidmet. Ziele und Maßnahmen, die hier abgeleitet werden, betreffen ein „Gutachten zur Machbarkeit der Einführung einer Stoffgruppenregelung im Betäubungsmittelgesetz“ sowie den „Ausbau und (die) weitere Vernetzung der bestehenden Frühwarnsysteme im Bereich neuer synthetischer Drogen“. Im Hinblick auf die selektive Prävention werden im Bereich illegale Drogen „verstärkt Präventionsansätze insbesondere für die Zielgruppe junger Partygänger unter Berücksichtigung des riskanten Mischkonsums“ angestrebt. Im Bereich der indizierten Prävention und Therapie wird für Menschen mit einem riskanten Cannabiskonsum ein weites Spektrum an Maßnahmen herausgestellt (Internet-

Plattform, Programmtransfer und Implementierung, Entwicklung eines Substanzmittel-übergreifenden Ansatzes und dessen Transfer in die Praxis der Suchtberatung, epidemiologische Sonderauswertungen, Ausweitung des Programms für Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumierende). Da dem Methamphetaminkonsum in aller Regel Cannabiskonsum vorausgeht, bzw. ein Mischkonsum mit Cannabinoiden besteht, treffen die hier genannten Maßnahmen auch für Methamphetaminkonsumenten zu. Ferner findet man in der Nationalen Strategie eigene Kapitel zur europäischen Drogenpolitik sowie zu internationalen Ansätzen (globale Ansätze), welche unter anderem den Methamphetaminmarkt tangieren.

Auch im Drogen- und Suchtbericht (Mai 2012) findet man eigene Kapitel zu neuen synthetischen Substanzen (S. 29 ff). Hier wird beispielsweise die Jahrestagung der Bundesdrogenbeauftragten zum Thema „Der Stoff aus dem Chemielabor – Speed, Spice und Co.“ am 11. Oktober 2011 in Berlin thematisiert. Ein eigenes Kapitel ist der „Verbreitung von „Crystal““ gewidmet (S. 30 f). Detailliert wird der Methamphetamingebrauch in Deutschland im Rahmen der Drogentodesfälle sowie erstauffälliger Konsumenten harter Drogen, sichergestellter Labore, Drogenhandel, Sicherstellungen von geschmuggelten Drogen und Märkten dargestellt. Auch in den Kapiteln zur Prävention, Behandlung, Versorgung und Schadensminimierung sowie den Abschnitten über gesetzliche Regelungen und internationale Zusammenarbeit wird der Methamphetaminmissbrauch gewürdigt und thematisiert.

Als Teil der präventiven Maßnahmen im Bereich illegaler Drogen und als Bestandteil der Maßnahme der Nationalen Strategie hat das Bundesministerium für Gesundheit jüngst die Förderung eines Projekts zu Erforschung der Zielgruppe der missbräuchlich Methamphetaminkonsumierenden ausgeschrieben. Ziel der Projektförderung ist es, geeignete Informationen zur Zielgruppe, ihrer Konsummotivation und den Konsumgewohnheiten zu erhalten. Die Ergebnisse der Projektförderung sollen Hinweise zu zweckmäßigen Präventionsaktivitäten für diese Zielgruppe, insbesondere für die von einer Abhängigkeitsentwicklung besonders gefährdeten Gruppen geben (Öffentliche Bekanntmachung des BMG zum Thema „Missbrauch von Amphetaminen in Deutschland – Studie zur Motivation und zu den Konsumgewohnheiten von missbräuchlich Amphetaminkonsumierenden“ vom 15.03.2013).

Hier wird deutlich, dass das Konzept der Bundesregierung weit über „Workshops und einmalige Aufklärungskampagnen“ hinausgeht und Methamphetamine bzw. Methamphetaminkonsumenten Bestandteil verschiedener Präventions-, Beratungs- und Behandlungsstrategien sind. Mehr noch wird der zentralen Forderung aus der Drucksache 17/10646, nämlich für Methamphetaminkonsumenten „den Beratungs- und Aufklärungsstrukturen eine besondere Bedeutung“ beizumessen, in beiden Berichten entsprochen.

5. Handlungsempfehlungen

Es ist zu empfehlen, die Ausbreitung des Methamphetaminkonsums durch Maßnahmen der Angebots- und Nachfragereduzierung weiter einzudämmen. Dies sind insbesondere

- legislative Maßnahmen, die der europaweiten und internationalen Bekämpfung der illegalen Herstellung und Verbreitung von Methamphetaminen dienen
- Aufklärungsmaßnahmen für verschiedene Adressaten (Berater, Fachkräfte und Forscher in Behörden, Chemieproduktion, Suchthilfe u.a.m)
- Entwicklung und Erprobung zielgruppenspezifischer Programme in Suchtprävention, -beratung und -behandlung)

Besonderer Forschungs- und Entwicklungsbedarf besteht im Bereich der Interventions- und Präventionsforschung. So ist noch weitgehend ungeklärt, wie die heute angewandten Interventionen auf spezielle Untergruppen bei Methamphetaminkonsumenten wirken. Es sollte untersucht werden, ob Interventionen für Konsumenten mit unterschiedlichen Konsummustern differenzielle Wirksamkeit haben und ob die Interventionen gegebenenfalls altersspezifisch angepasst werden müssen. Zudem muss der Forschungsfokus auf geschlechtsspezifische und ethnisch bedingte Unterschiede von Beratungs- und Behandlungseffekten gelegt werden. Dasselbe gilt für besondere Risikopopulationen in der Gruppe der Meth-/Amphetaminkonsumenten (intravenöse Konsummuster, Polytoxikomanie, psychische und körperliche Begleiterkrankungen etc.). Um passgenaue Empfehlungen geben zu können, ist es weiterhin notwendig, über jene Mediatoren mehr zu erfahren, die bei den psycho- und soziotherapeutischen Interventionen eine Veränderung bewirken. Insbesondere bei den Kurzinterventionen (*Motivational Interviewing*) sollte die Nachhaltigkeit von Effekten über einen Untersuchungszeitraum von mehr als 12 Monaten post interventionem hinaus untersucht werden. Weiterhin besteht bei den medikamentösen Therapien großer Forschungsbedarf. Hier werden alters- und genderspezifische Erkenntnisse darüber benötigt, inwiefern die vorerst nur in Pilotstudien

erprobten Pharmaka in der Akutbehandlung der Meth-/Amphetaminabhängigkeit hilfreich eingesetzt werden sollten. Ebenso werden Erkenntnisse darüber benötigt, für welche Untergruppen der Patienten eine medikamentöse Rückfallprophylaxe sinnvoll ist.

Mit Blick auf die Prävention und als Bestandteil der Maßnahme der Nationalen Strategie ist von der jüngsten Förderausschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit ein Erkenntniszuwachs über die Zielgruppe der Methamphetaminkonsumenten zu erwarten. Die Ergebnisse der Projektförderung werden Hinweise zu zweckmäßigen Präventionsaktivitäten für diese Zielgruppe, insbesondere für die von einer Abhängigkeitsentwicklung besonders gefährdeten Gruppen geben. In einem weiteren Schritt müssen geeignete Präventionsprogramme unter besonderer Berücksichtigung von Regionen mit endemischer Verbreitung missbräuchlichen Meth-/Amphetaminkonsums in vorhandene Strukturen implementiert werden.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2013). Ausschreibungen des Bundesgesundheitsministeriums: Missbrauch von Amphetaminen in Deutschland Studie zur Motivation und zu den Konsumgewohnheiten von missbräuchlich Amphetaminkonsumierenden. [Accessed 8.4.2013] <http://www.bmg.bund.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/ausschreibungen.html>
- Deutscher Bundestag (2012). Drucksache 17/10646. Konsum kristalliner Methamphetamine durch Prävention eindämmen – Neue synthetische Drogen europaweit effizienter bekämpfen. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2012. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. [Accessed 8.4.2013] <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2012-01/pm-drogen-und-suchtbericht-2012.html>
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie. Februar 2012. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. [Accessed 8.4.2013] http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2012). Stand der Drogenproblematik in Europa. Jahresbericht 2012. [Kapitel 4: Amphetamine, Ecstasy und halluzinogene Substanzen, GHB und Ketamin (S. 56-66)]. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (SLS) (2013). Sucht 2012. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen.
- Thomasius, R., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2006). Psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. In L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai & W. Gaebel (Hrsg.), Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen (S. 241-270). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. (Hrsg.) (2009). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Stellungnahme des Einzelsachverständigen

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Eigengebrauch von Cannabis wirksam entkriminalisieren – nationale und internationale Drogenpolitik evaluieren“

Drucksache des Deutschen Bundestages 17/9948 vom 13.06.2012

Zur Person des Einzelsachverständigen

Der Verfasser ist Ärztlicher Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie des Bereichs Suchtstörungen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (UKE). Er ist Vorsitzender der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG, BKJPP), Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und Redakteur der Fachzeitschrift SUCHT (Bern, Hogrefe). Er beschäftigt sich seit mehr als 25 Jahren mit verschiedenen Aspekten der Suchtforschung. Forschungsschwerpunkte sind unter anderem die Auswirkungs-, Komorbiditäts-, Evaluationsforschung und die Präventionsforschung.

1. Cannabisanbau ist in Europa weit verbreitet. Ein erheblicher Anteil der in Europa konsumierten Cannabisprodukte stammt aus regionalem Drogenhandel.

In europäischen Ländern ist der Cannabisanbau weit verbreitet und nimmt weiter zu. Alle 29 europäischen Berichtsländer meldeten der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD, 2012) Cannabisanbau im eigenen Land. Ein erheblicher Anteil des in Europa konsumierten Cannabis stammt aus dem intraregionalen Drogenhandel. In geringem Maße sind zudem Albanien, die ehemalige Jugoslawische Republik, Mazedonien und Serbien Quellen des in Mittel- und Südeuropa sichergestellten Cannabiskrauts. Nach Angaben der EBDD wird Cannabiskraut darüber hinaus aus Afrika, speziell aus Südafrika (und nur in geringem Maße auch aus Nord- und Südamerika) nach Europa eingeführt. Als weltweit größter Produzent von Cannabis harz hat Marokko Afghanistan abgelöst, wie eine kürzlich durchgeführte Erhebung der UNODC (2012) gezeigt hat. Das Cannabis harz aus Marokko wird über die Iberische Halbinsel nach Europa geschmuggelt; als Umschlagsländer spielen die Niederlande und Belgien eine wichtige Rolle.

In Europa hat seit dem Jahr 2005 die Zahl der Sicherstellungen von Cannabiskraut stetig zugenommen. Sie überstieg im Jahr 2010 (mit schätzungsweise 382.000 Sicherstellungen) die Zahl der Sicherstellungen von Cannabis harz. Gleichwohl werden nach wie vor immer noch sehr viel größere Mengen Cannabis harz beschlagnahmt als Cannabiskraut. Im Jahr 2010 wurden die Hälfte aller Sicherstellungen von Cannabis harz und etwa Zweidrittel der beschlagnahmten Gesamtmenge Cannabis harz aus Spanien gemeldet.

Die EBDD berichtet, dass im Jahr 2009 überall in Europa Cannabiskraut das vorherrschende Produkt war. Cannabiskraut wird in Zweidrittel der 30 Berichtsländer häufiger als Cannabis harz konsumiert. Im übrigen Drittel der Berichtsländer wird Cannabis harz bevorzugt.

Im Jahr 2010 benannten die europäischen Berichtsländer der EBDD die durchschnittlichen THC-Gehalte von Cannabis harz mit Werten zwischen 1 % und 12 % und von Cannabiskraut mit Werten zwischen 1 % und 16,5 %. Der THC-Gehalt von Sisemilla, dem Cannabiskraut mit der höchsten Stärke, beträgt in Schweden 8 %, in Deutschland 11 % und in den Niederlanden 16,5 %. Der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabis harz lag im Jahr 2010 zwischen 3,00 € und 17,00 € pro Gramm, in 14 dieser Länder zwischen 7,00 € und 10,00 €. Der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabiskraut lag zwischen 3,00 € und 25,00 € pro Gramm, in 13 dieser Länder zwischen 6,00 € und 10,00 €.

2. Cannabis ist keine „Alltagsdroge“. Regelmäßiger Cannabisgebrauch beschränkt sich auf eine umschriebene Bevölkerungsgruppe.

Unter Alltagsdrogen werden gemeinhin Nahrungsmittel und andere Erzeugnisse verstanden, welche einen psychotrop wirksamen Effekt entfalten und deren Einnahme in weiten Kreisen der Bevölkerung üblich ist (beispielsweise koffeinhaltige Getränke, alkoholhaltige Getränke, Tabakprodukte). Dem gegenüber weist nur ein kleiner Teil der Bevölkerung Konsumerfahrung mit Cannabis auf, wie aus den Daten der Drogenaffinitätsstudie (12–17 Jahre) sowie des epidemiologischen Suchtsurveys (18–64 Jahre) hervorgeht. 6 % der Kinder und Jugendlichen und 4,8 % der Erwachsenen berichten über Cannabiskonsum in den vergangenen 12 Monaten vor der Erhebung. Die Prävalenzraten für regelmäßigen Konsum sind deutlich geringer und folgen seit Jahren einem rückläufigen Trend. Nach Angaben der jüngsten Drogenaffinitätsstudie (2010) ist regelmäßiger Cannabiskonsum bei den 12- bis 17-Jährigen für 0,6 % der Altersgruppe nachweisbar. Unter den jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren weisen 3,2 % regelmäßigen Konsum auf (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011). Diese Werte sprechen gegen die Einschätzung von Cannabiskonsum als „Alltagsdroge“.

3. Suchtentwicklung, psychische und körperliche Erkrankungen sowie soziale Desintegration infolge regelmäßigen Cannabisgebrauchs sind wissenschaftlich und klinisch gut dokumentiert. Bereits gelegentlicher Cannabisgebrauch kann sozialschädliche Auswirkungen haben.

Zur Frage der Gesundheitsgefährdung durch Cannabiskonsum hat der Deutsche Bundestag erst kürzlich eine Anhörung durchgeführt (Öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Antrag der Abgeordneten Frank Tempel, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE „Legalisierung von Cannabis durch Einführung von Cannabis-Clubs“ auf Bundestags-Drucksache 17/7196). Das Sachverständigengutachten des Verfassers zu dieser Anhörung handelt den Forschungsstand zur Frage der Gesundheitsgefährdung durch Cannabiskonsum ausführlich ab und ist im Internet abrufbar¹. An dieser Stelle wird der Kenntnisstand zur Frage der Gesundheitsgefährdung durch Cannabiskonsum daher nur cursorisch zusammengefasst.

Vor allem regelmäßiger und intensiver Cannabisgebrauch kann zu körperlichen und psychischen Erkrankungen, zu negativen sozialen Konsequenzen und zu Schäden für andere Personen führen. Cannabiskonsum in der Adoleszenz steigert das Risiko für Schulversagen sowie für Schul- und Ausbildungsabbruch und Entwicklungsstörungen. Toleranzentwicklung sowie psychische und körperliche Abhängigkeit werden bei Cannabiskonsumenden² mit regelmäßigem Konsummuster häufig beobachtet. Lebensgeschichtlich früher Cannabiskonsum erhöht die Wahrscheinlichkeit späteren Drogenmissbrauchs. Ferner haben die sozialschädlichen Auswirkungen von Cannabisgebrauch im Zusammenhang mit eingeschränkter Fahrtauglichkeit bzw. Bedienungsfehlern von Maschinen Relevanz. Insbesondere bei geringen THC-Intoxikationsgraden und Restintoxikationen können schwere Verkehrsunfälle mit Personenschaden verursacht werden.

Angesichts eines niedrigen Cannabis-Erstkonsumalters in der Bevölkerung ist die Aufmerksamkeit besonders auf jugendliche Konsumenten zu richten. Im Forschungsstand zeichnen sich deutliche Hinweise auf stärkere Beeinträchtigungen durch lebensgeschichtlich frühen und regelmäßigen Cannabiskonsum ab. Es ist vor allem der frühe Cannabiskonsum, der das Risiko späterer Drogenaffinität, das Psychoserisiko, das Risiko einer besonders schnellen Entwicklung von Cannabisabhängigkeit sowie das Ausmaß neurokognitiver Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum erhöht.

4. Die pharmakologische Schrittmacherfunktion der Cannabinoide für den Gebrauch anderer Suchtmittel ist nicht widerlegt sondern Gegenstand aktueller Forschungsvorhaben.

Die pharmakologische Schrittmacherfunktion von Cannabinoiden für den Gebrauch anderer (härterer) illegaler Drogen ist nicht widerlegt, wie dies im Antrag behauptet wird. Zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Cannabisgebrauch und dem Konsum anderer illegaler Drogen werden unter anderem biologische, entwicklungspsychiatrische und sozialwissenschaftliche Modelle

1

http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/p_Cannabis/stellungnahmen/17_14_0237_3.pdf

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Stellungnahme die männliche Form verwendet, das weibliche Geschlecht ist dabei immer mit einbezogen.

herangezogen. Hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen Cannabiskonsum und späterer Drogenaffinität ist die Annahme einer pharmakologischen Schrittmacherfunktion für den Konsum weiterer Drogen also nur ein Erklärungsmodell unter konkurrierenden Modellen.

Für die pharmakologische Schrittmacherfunktion sprechen jedoch einige tierexperimentelle und klinische Befunde. Es gibt Hinweise darauf, dass THC und Heroin auf die zentralnervöse Dopamintransmission über einen gemeinsamen μ_1 -Opioidrezeptor ähnliche Effekte hervorrufen (Tanda et al., 1997). Im Tierversuch induziert die chronische THC-Zufuhr eine Sensitivierung (Kreuztoleranz) für Amphetamine und Opioide (Lamarque et al., 2001, Cadoni et al., 2001). Zudem scheint das endogene Cannabinoidsystem in den Konsumrückfall sowie die belohnende Wirkung von Alkoholkonsum involviert zu sein (Mechoulam & Parker, 2003). Diese Ergebnisse und auch neuere klinische Studien (Filbey et al., 2009, Aharonovich, 2005) sprechen für eine Sensitivierung des Gehirns von Cannabiskonsumern, wodurch der Konsum anderer Drogen möglicherweise begünstigt wird.

Derzeit reicht die bisherige Evidenz weder dazu aus, die Existenz eines kausalen Erklärungsansatzes für den sicheren Befund des Zusammenhanges zwischen Cannabiskonsum und späterem Konsum weiterer illegaler Drogen zurückzuweisen, noch ist irgendeiner der anderen kausalen Erklärungsansätze anzunehmen. Es ist festzustellen, dass lebensgeschichtlich früher Cannabiskonsum die Wahrscheinlichkeit späteren Drogenmissbrauchs erhöht. Die so genannte „Gateway“-Hypothese ist bisher nicht wissenschaftlich nachgewiesen worden, allerdings ist sie auch nicht widerlegt worden. Eine präzisere Formulierung unter Differenzierung bezüglich des Konsumalters und vor allem unter Berücksichtigung von psychosozialen Mediatoren ist für die weitere Forschung erforderlich.

5. Die Behandlungsnachfrage durch Cannabiskonsumern weist in vielen europäischen Ländern und in Deutschland steigende Tendenz auf.

Nach Angaben der EBDD wurde im Jahr 2010 in 29 europäischen Ländern bei rund 108.000 gemeldeten Behandlungsaufnahmen Cannabis als Primärdroge genannt. Das entspricht etwa 25 % aller Drogenpatienten. Nach Heroin steht damit Cannabis an zweiter Stelle der am häufigsten zur Behandlungsnachfrage führenden (Primär-) Droge sowie an erster Stelle bei den angegebenen Sekundärdrogen (98.000 Fälle). Bei über 30 % liegt der Anteil der Patienten, die Cannabis als Primärdroge bei der Erstbehandlung benennen in Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Zypern, Ungarn, den Niederlanden und Polen.

Allein in den vergangenen 5 Jahren hat sich in 25 Ländern die Zahl der Behandlungssuchenden Cannabispatienten von 73.000 im Jahr 2005 auf 106.000 im Jahr 2010 erhöht. Vor allem die Gruppe der erstmals um Behandlung suchenden Personen ist dabei gewachsen. Den Berichten der EBDD zufolge gehören behandlungssuchende Cannabiskonsumern mit durchschnittlich 25 Jahren zu den jüngsten Patienten innerhalb der Suchtkrankenhilfe. Unter den 15- bis 19-Jährigen geben 76 % Cannabis als Primärdroge an und in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen sogar 86 %. Das Verhältnis zwischen jungen Männern und jungen Frauen beträgt etwa 5 : 1. Hinsichtlich der Konsumhäufigkeit der behandlungssuchenden Patienten, die Cannabis als Primärdroge nennen, findet sich folgende Verteilung: Etwa die Hälfte sind tägliche Konsumenten, 21 % konsumieren Cannabis zwei- bis sechsmal wöchentlich, 13 % konsumieren Cannabis einmal wöchentlich oder seltener und 17 % sind Gelegenheitskonsumenten, die in den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn nicht mehr konsumiert haben.

In Deutschland steht die Gruppe der Klienten mit primären Cannabisproblemen bei allen ambulanten Betreuungen im Bereich „illegale Drogen“ mit einem Anteil von 35,6 % auf Platz 2 nach den Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben (46,3 %) (Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) aus dem Jahr 2010). Bei Personen, die sich erstmalig in suchtspezifische Beratung oder Behandlung begeben, steht Cannabis als Substanz prominent an erster Stelle (2010: 59,8 %; 2009: 61,0 %) aller Klienten, deutlich vor dem weiter gesunkenen Anteil der wegen Störungen durch Opioide erstbehandelten Klienten (17,7 %; 2009: 18,3 %). Fast jeder fünfte Klient mit einer primären Cannabisproblematik weist zusätzlich einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen auf (19,1 %) bzw. mehr als jeder zehnte Klient einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Kokain (10,1 %). Etwa ein Viertel dieser Klienten erfüllen zudem die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011).

In Deutschland hat sich in den vergangenen 10 Jahren der Anteil der Klienten mit einer primären Cannabisproblematik in ambulanter Betreuung (DSHS, 2010) von 2000 (6,3 %) bis 2009 (13,5 %) deutlich vergrößert. Fast zwei Drittel dieser Klienten sind alleinstehend und fast ein Sechstel hat die Schule ohne Schulabschluss oder mit Sonderschulabschluss beendet. Die Arbeitslosigkeit hat unter

den Klienten mit der Hauptdiagnose Cannabis zwischen 2000 (18,1 %) und 2007 (42,0 %) extrem stark zugenommen und ist seither nahezu unverändert (2009: 43,6 %) (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011).

6. In den vergangenen Jahren haben die Bundesländer die Einstellungsgrenzen zu § 31a BtMG insbesondere bei der geringen Menge zusehends angeglichen.

Das in der BT-Drucksache 17/9948 erwähnte Zitat des Bundesverfassungsgerichtes stammt aus dem Jahr 1994. Inzwischen sind deutliche Bestrebungen zu einer Angleichung der Bemessung der geringen Menge Cannabis eingeleitet und umgesetzt worden. In den vergangenen Jahren haben alle Bundesländer mit Ausnahme von Berlin, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz die Einstellungsgrenze bei Cannabis auf 6 g festgelegt. Die zuvor erheblichen Unterschiede in den Grenzwerten zu § 31 a BtMG bei Cannabis wurden nach und nach beseitigt. Nur noch in Berlin gibt es das sogenannte Untergrenzenmodell, bei dem bis 10 g Cannabis eingestellt werden muss, während bei bis zu 15 g Cannabis eingestellt werden kann (Obergrenze). Zuletzt haben Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz die Eigenverbrauchsgrenze von Cannabis im Mai 2011 bzw. Februar 2012 von 6 g auf 10 g heraufgesetzt. Die aktuellen Einstellungsgrenzen und deren Veränderungen der letzten Jahre sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen (entnommen dem Kommentar zum BtMG, Körner, Patzak, Volkmer, 2012 sowie <http://blog.beck.de/2012/03/04>).

	Einstellung möglich bis	Zuletzt geändert am	Vorheriger Wert
Baden-Württemberg	6g		
Bayern	6g		
Berlin	10g/15g	19.05.2005	6g/15g
Brandenburg	6g		
Bremen	6g	26.05.2008	8g
Hamburg	6g	28.11.2006	10g
Hessen	6g	06.05.2008	6g/15g
Mecklenburg- Vorpommern	6g		
Niedersachsen	6g	01.04.2007	6g/15g
Nordrhein-Westfalen	10g	18.05.2011	6g
Rheinland-Pfalz	10g	15.02.2012	6g
Saarland	6g	25.09.2007	6g/10g
Sachsen	6g		
Sachsen-Anhalt	6g		
Schleswig-Holstein	6g	25.07.2006	30g
Thüringen	6g		

7. Durch eine sinnvolle Verschränkung von Maßnahmen der Angebotsreduzierung mit verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen lässt sich der Cannabisgebrauch insbesondere bei Kindern und Jugendlichen reduzieren.

Die Präventionsforschung zeigt, dass verhältnispräventive Maßnahmen, denen auch restriktive Gesetze und Verordnungen zuzuordnen sind, grundsätzlich eine hohe Wirksamkeit bei der Begrenzung des Substanzmissbrauchs besitzen (vgl. Übersicht bei Bühler, 2009). So verringert die Erhöhung der Preise für Tabak und Alkohol die Konsumraten auch unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (z.B. Babor et al., 2003; Bühler, 2009). Umfassende schulische Regelungen zum Rauchen gehen mit weniger Zigarettenkonsum einher (z.B. Evans-Whipp et al., 2004), ebenso Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden (z.B. Forster et al., 2007). Die Heraufsetzung des Mindestalters für Alkoholkonsum und Regelungen zur Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes haben ebenfalls erwünschte präventive Effekte (z.B. Spoth et al., 2008).

Nach Berichten der EBDD (2012) wirkt sich ferner die Verfügbarkeit sogenannter neuer Drogen auf Konsumorientierungen erheblich aus. Im Jahr 2012 wurde auf der EU-Ebene etwa wöchentlich eine neue psychoaktive Substanz gemeldet. Varianten synthetischer Cannabinoide und Cathinone sind am häufigsten vertreten. Diese Substanzen ahmen in aller Regel die Wirkungen von Cannabis oder Stimulanzien wie Ecstasy oder Kokain nach.

In Polen wurde festgestellt, dass die Eröffnung zahlreicher Verkaufsstellen für diese neuen Drogen mit einem Anstieg des gemeldeten Konsums sowie der Zahl der Notfallbehandlungen infolge des

Konsums dieser Substanzen einhergingen. Nachdem Maßnahmen zur Begrenzung der Verfügbarkeit eingeleitet worden waren nahmen sowohl der Konsum als auch die Zahl der Notaufnahmen wieder ab. In dieselbe Richtung weisen Befunde zum Ausmaß des Konsums von „Spice“, einem synthetischen Canabinoid-Rezeptor-Agonisten. Der Konsum der synthetischen Cannabinoide ging nach einem Eilverbot deutlich zurück. Auch die Zahl der Online-Shops, in denen „Spice“-ähnliche Produkte vertrieben werden, ist deutlich zurückgegangen, wie zielgerichtete Internet-Überblicke („Snapshots“) der EBDD belegen. „Spice“-ähnliche Produkte wurden im Jahr 2012 nur noch in 21 Online-Shops gefunden gegenüber 55 Shops im Jahr 2009.

Demgegenüber wirkt sich eine wenig restriktive Haltung gegenüber Cannabisgebrauch vor allem bei Kindern und Jugendlichen ungünstig auf deren Konsumbereitschaft und Konsumerfahrung aus. Die Begleitforschung zu den „coffee shops“ in den Niederlanden belegt, dass niederländische Jugendliche im europäischen Vergleich überdurchschnittlich viel Cannabis konsumieren und früher in den Cannabiskonsum einsteigen als der europäische Durchschnitt (ESPAD-Daten 2007–2011 in Hibell et al., 2009, 2012) (siehe auch unter 8.). Ferner ging in den Niederlanden nach dem Jahr 1996, also jenem Jahr, in dem die Altersgrenze für den erlaubten Erwerb von Cannabisprodukten in „coffee shops“ von 16 auf 18 Jahre erhöht wurde, der Cannabisgebrauch bei Jugendlichen merklich zurück, was für einen Effekt dieser restriktiveren Regelung spricht (Monshouwer et al., 2011).

In der vergleichenden europäischen Schüleruntersuchung ESPAD (2012) weisen 15- bis 16-jährige Schüler/innen in Ländern mit einer liberalen Cannabis-Politik besonders hohe Konsumprävalenzen für Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen auf (Durchschnitt aller teilnehmenden Länder: Jungen 8 %, Mädchen 5 %): Frankreich 26 %/22 %, Tschechische Republik 17 %/12 %, Spanien 14 %/13 %, Italien 14 %/9 %, Belgien 13 %/9 %. In Deutschland liegen die entsprechenden Prävalenzen bei 10 % für Jungen und 4 % für Mädchen (Schweiz und Niederlande nicht erhoben bzw. berichtet).

Ähnliche Befunde zeigen sich bei den Lebenszeitprävalenzen der Schüler in den Jahren 2010 und 2011 (vgl. EBDD, 2012). Der Durchschnittswert aller teilnehmenden Länder liegt bei 20 % (Deutschland 19 %). In absteigender Häufigkeit ergeben sich folgende Prävalenzen: Tschechische Republik 42 %, Frankreich 38 %, Slowakei 27 %, Niederlande 27 %, Spanien 26 %, Belgien 23 %, Italien 21 %.

8. Eine geringe Verbreitung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung wirkt sich günstig auf Einstellungen und Konsummuster von Schülern aus – in Ländern mit niedriger Prävalenzrate wird das Gesundheitsrisiko durch Cannabiskonsum höher eingeschätzt.

In der ESPAD-Studie werden seit 16 Jahren die Lebenszeitprävalenzen des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in mehreren europäischen Ländern erfasst. Betrachtet man die unterschiedlichen Entwicklungstendenzen des Cannabisgebrauchs unter Schülern in den an der Untersuchung teilnehmenden Ländern, so ergeben sich folgende drei Cluster: Acht, vorwiegend nord- und südeuropäische Länder meldeten über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg eine niedrige Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums: Norwegen, Rumänien, Zypern, Griechenland, Schweden, Malta, Finnland und Portugal.

In einer zweiten Gruppe mit acht westeuropäischen Ländern wurden Mitte der neunziger Jahre relativ hohe Prävalenzen des Cannabiskonsums gemeldet. In zwei Ländern dieser Gruppe gingen in den vergangenen 16 Jahren die Prävalenzraten unter Schülern deutlich zurück, und zwar in Irland um 19 Prozentpunkte und im Vereinigten Königreich um 16 Prozentpunkte. Deutschland und Belgien verzeichneten zwischen den Jahren 2003 und 2011 ebenfalls deutliche Rückgänge um 9 bzw. 7 Prozentpunkte. Dänemark und Italien wiesen im Jahr 1995 den niedrigsten Cannabiskonsum auf und meldeten ein ähnliches Niveau auch 2011.

Die dritte Gruppe umfasst 10 Länder, die zwischen der Ostsee und der Balkanhalbinsel liegen. Hier hat die Prävalenz des Cannabiskonsums im Beobachtungszeitraum deutlich zugenommen, in 8 Ländern um mindestens 10 Prozentpunkte. Die mit Abstand höchsten Prävalenzraten weist die Tschechische Republik auf. Ferner zählen zu dieser Gruppe Kroatien, Ungarn, Litauen, Polen, Slowenien, Lettland, Estland, Bulgarien und die Slowakei.

Die ESPAD-Studie aus dem Jahre 2011 (Hibell et al., 2012) zeigt, dass in Ländern mit einer niedrigen Prävalenzrate der Cannabiskonsum von den Schülern generell als gefährlicher wahrgenommen wird. Zwischen 56 % und 80 % dieser Schüler messen dem regelmäßigen Cannabisgebrauch ein großes Gesundheitsrisiko bei und 12 % bis 47 % dieser Schüler halten für ein großes Gesundheitsrisiko, wenn Cannabis nur ein- oder zweimal probiert wird.

Der lebensgeschichtlich frühe Beginn von Cannabiskonsum geht mit einem hohen Risiko für eine Suchtentwicklung und chronischen Drogenkonsum im Erwachsenenalter einher. Die Ergebnisse der ESPAD-Studie legen eine Analyse des Zusammenhangs von Einstiegsalter und Häufigkeit des

Konsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern nahe. 8 Länder meldeten einen Anteil von mindestens 5 % der Schüler, die bereits im Alter von 13 Jahren oder noch früher mit dem Cannabiskonsum beginnen. Dies sind Bulgarien, Tschechische Republik, Spanien, Estland, Frankreich, Niederlande, Slowakei und Vereinigtes Königreich, also genau jene Länder, die sich durch die höchsten Prävalenzraten des Cannabiskonsums bei Schülern im europäischen Vergleich auszeichnen.

9. In Deutschland greifen bei der Angebots- und Nachfragereduzierung von Cannabisprodukten die Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes mit differenzierten Präventionsstrategien und dem Jugendschutzgesetz ineinander.

Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren einen Schwerpunkt ihrer drogen- und gesundheitspolitischen Konzepte auf die Cannabisproblematik vor allem bei jungen Menschen gesetzt. In der suchstoffübergreifenden Prävention wurden und werden zahlreiche Bundesmodellprojekte gefördert: Schwangerschaft und frühe Hilfen für Kinder, Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien, Maßnahmen zur Stärkung des Jugendschutzgesetzes, genderspezifische Ansätze, Frühintervention für riskant Konsumierende, Suchtprävention im Internet, betriebliche Suchtprävention, Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen sowie Integrationsprojekte für suchtgefährdete Migranten.

Im Bereich der Cannabis-spezifischen Prävention wurden und werden ebenfalls verschiedene Bundesmodellprojekte gefördert und in bestehende bundesdeutsche Präventionsstrukturen implementiert. Nur einige Beispiele seien hier genannt: Frühintervention bei Erstauffälligen Drogenkonsumenten (FreD), Ausstiegsprogramm „CANDIS“ (Einzeltherapie), Ausstiegsprogramm „CanStop“ (Psychoedukation), Ausstiegsprogramm „INCANT“ (Familientherapie), Ausstiegsprogramm „Quit the shit“ (Internet). Diese erwiesenermaßen wirksamen Programme (Begleitforschung) werden von den Anwendern in der Suchtprävention/-therapie und ebenso von den jungen Adressaten gleichermaßen gut angenommen. Die gemeinsame Klammer aller Programme bildet die zentrale Botschaft, dass Cannabisgebrauch vor allem im Jugendalter erhebliche gesundheitliche und soziale Gefahren birgt. Den Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes liegt eine identische Begründung zugrunde. In Kenntnis der genannten Maßnahmen ist die Aussage im Antrag der BT-Drucksache 17/9948, dass „die einschlägigen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes eine glaubwürdige Prävention (behindern)“ nicht nachvollziehbar. Ganz das Gegenteil trifft zu: Epidemiologische Bevölkerungsstudien weisen seit dem Jahr 2006 auf einen kontinuierlichen Rückgang des experimentellen oder gelegentlichen Cannabiskonsums durch junge Menschen hin. Vor diesem Hintergrund ist zu konstatieren, dass die derzeitigen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes mit den verschiedenen Maßnahmen der Cannabisprävention in Deutschland Synergie entfalten und sich im erwünschten Sinne auswirken, anstatt sich gegenseitig zu behindern.

Die Behauptung, dass bestehende rechtliche Bedingungen einen erhöhten Wirkstoffgehalt in den Cannabisprodukten nach sich gezogen hätten, ist nicht haltbar. Der heute (mit durchschnittlich 8 % THC-Gehalt) im Vergleich zu den 1970er Jahren um den Faktor 4 höhere durchschnittliche THC-Gehalt in Cannabisprodukten ist vor allem auf eine Professionalisierung bei ihrer Herstellung zurückzuführen. Eine wichtige Rolle für den Markt spielen die Erwartungen der Konsumenten. Offenbar wird ihr Interesse an intensiven Rauscheffekten durch hohe THC-Gehalte gezielt angesprochen. Die professionelle Herstellung von Cannabisprodukten ist daher auf eine ertragreiche Ausschöpfung der Wirkstoffgehalte ausgerichtet (vgl. EBDD, 2012).

10. Die angestrebte Änderung des Betäubungsmittelgesetzes ist aufgrund der gesundheits- und sozialschädlichen Auswirkung des Cannabisgebrauchs nicht plausibel. Experten in der Suchtprävention und Suchthilfe lehnen eine Anhebung der geringen Menge ab.

Eine Anhebung der geringen Menge Cannabis wird aufgrund der gesundheits- und sozialschädlichen Auswirkung des Cannabiskonsums von der Mehrheit der Experten in der Suchtprävention und Suchthilfe in Schleswig-Holstein abgelehnt, wie eine aktuelle Befragung von Fachleuten durch die Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (LSSH) im Jahr 2012 zeigt. 70 % der Experten halten die Beibehaltung der Einstellungsgrenze von 6 g in Schleswig-Holstein für sinnvoll und 88 % der Befragten sind gegen eine Erhöhung der Grenze: „Als negative Effekte werden Verharmlosung von Cannabis, Anstieg des Konsums und die Kontraproduktivität zu präventiven Bemühungen genannt. Lediglich 12 % erwarten positive Effekte und benennen hierbei die Entkriminalisierung und die Entlastung der Justiz“.

In der Begründung zu ihrer ebenfalls ablehnenden Haltung gegenüber einer Erhöhung der Einstellungsgrenze in Schleswig-Holstein weist die LSSH vor allem auf die zunehmenden THC-

Gehalte in Cannabisprodukten, zunehmende Evidenz für Gesundheitsschäden durch Cannabisgebrauch sowie die speziellen Erfahrungen in der Präventionsarbeit hin, dass mit einer Erhöhung der Einstellungsgrenze in weiteren Teilen der Bevölkerung der „Eindruck von Legalität“ des Cannabisgebrauchs entstehen könnte. Mehrfach hätten die Fachleute der Suchthilfe und Suchtprävention in Schleswig-Holstein in der Befragung bemerkt, dass Eltern und Jugendlichen der gesetzliche Status von Cannabis sowie die psychischen und physischen Folgen des Cannabisgebrauchs oft unbekannt seien.

Dieser Position schließt sich der Verfasser vollumfänglich an.

Des Weiteren sei hier nur am Rande erwähnt, dass aus forensischen und kriminologischen Gründen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht hinreichend zwischen cannabinoidhaltigen Erzeugnissen aus Eigenproduktion zum Eigengebrauch auf der einen Seite und Produkten aus professioneller Herstellung zum Vertrieb bzw. illegalen Handel andererseits unterschieden werden kann. Besondere Regelungen für einen beschränkten Verwendekreis kämen daher de facto einer drastischen Erhöhung der geringen Menge Cannabis gleich.

Literatur

- Aharonovich, E., Liu, X., Samet, S., Nunes, E., Waxman, R., & Hasin, D. (2005). Postdischarge cannabis use and its relationship to cocaine, alcohol, and heroin use: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1507-1514.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S. et al. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity – A consumer's guide to public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bühler, A. (2009). Was wirkt in der Suchtprävention? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2388-2391.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Cadoni, C., Pisanu, A., Solinas, M., Acquas, E., & Chiara, G. (2001). Behavioural sensitization after repeated exposure to Δ^9 -tetrahydrocannabinol and cross-sensitization with morphine. *Psychopharmacology*, 158(3), 259-266.
- Deutsche Suchthilfestatistik (2011). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2010. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2012). *Stand der Drogenproblematik in Europa. Jahresbericht 2012. [Kapitel 3: Cannabis (S. 44-54)]*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Evans-Whipp, T., Beyers, J. M., Lloyd, S. et al. (2004). A review of school drug policies and their impact on youth substance use. *Health Promot Int*, 19 (2), 227-34.
- Filbey, F. M., Schacht, J. P., Myers, U. S., Chavez, R. S., & Hutchison, K. E. (2009). Marijuana craving in the brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(31), 13016-13021.
- Filbey, F. M., Schacht, J. P., Myers, U. S., Chavez, R. S., & Hutchison, K. E. (2009). Individual and additive effects of the CNR1 and FAAH genes on brain response to marijuana cues. *Neuropsychopharmacology*, 35(4), 967-975.
- Forster, J.L., Widome, R. & Bernat, D.H. (2007). Policy interventions and surveillance as strategies to prevent tobacco use in adolescents and young adults. *Am J Prev Med*, 33 (6 Suppl), 335–9.
- Hibell, B., Guttormson, U., Ahlström, S. et al. (2009). *The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries*. Stockholm: CAN.
- Hibell, B., Guttormson, U., Ahlström, S. et al. (2012). *The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries*. Stockholm: CAN.
- Körner, H.H., Patzak, J. & Volkmer, M. (2012). *Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz, Grundstoffüberwachungsgesetz*. 7. Auflage. München: C.H. Beck.
- Lamarque, S., Taghzouti K., Simon H. (2001). Chronic treatment with Δ^9 -tetrahydrocannabinol enhances the locomotor response to amphetamine and heroin. Implications for vulnerability to drug addiction. *Neuropharmacology* 41,1:118-129.
- Landestelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (LSSH) (2012). *Stellungnahme der LSSH zu den Themen „Drug-Checking, Drogenkonsumraum und geringe Menge Cannabis“ im Koalitionsvertrag 2012 der Landesregierung Schleswig-Holstein*. Landestelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.
- Monshouwer K., Van Laar M. & Vollebergh, W.A. (2011). Buying cannabis in „coffee shops“. *Drug Alcohol Rev*, 30(2),148-56.
- Parker, L. A., & Mechoulam, R. (2003). Cannabinoid agonists and antagonists modulate lithium-induced conditioned gaping in rats. *Integrative Physiological & Behavioral Science*, 38(2), 133-145.
- Patzak, J. (2012). Rheinland-Pfalz setzt Eigenverbrauchsgrenze von Cannabis von 6 Gramm auf 10 Gramm herauf. [Accessed 8. Apr. 2013]. <http://blog.beck.de/2012/03/04>.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S. & Jakob, L. (2011). *Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD Deutschland: Drogensituation 2010/2011*. München: DBDD.
- Spoth, R., Greenberg, M., & Turrisi, R. (2008). Preventive interventions addressing underage drinking: State of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics*, 121 (Supplement 4), 311-336.
- Tanda, G., Pontieri F.E., Di Chiara G. (1997). Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common μ_1 opioid receptor mechanism. *Science* 276.5321:2048-2050.
- Thomasius, R. (2012). *Stellungnahme in der Ausschussdrucksache 17(14)0237(3)*. [Accessed 8. Apr. 2013].

http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/p_Cannabis/stellungnahmen/17_14_0237_3.pdf.

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2012). Afghanistan Survey of Commercial Cannabis Cultivation and Production 2011. [Accessed 8. Apr. 2013].

http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/2011_Afghanistan_Cannabis_Survey_Report_w_cover_small.pdf