

Stellungnahme zu dem Antrag "Bundeseinheitliche geringe Drogenmengen festlegen und Harm Reduction erleichtern" der Bundestagsfraktion Die Linke (BT 19/14828)

Prof. Dr. med. Derik Hermann

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

Chefarzt im Therapieverbund Ludwigsmühle Landau (Drogenrehabilitation, Suchtberatungsstellen),

Außerplanmäßiger Professor der Universität Heidelberg

Gastwissenschaftler der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)319(3)
gel ESV zur öffentl Anh am
17.05.2021 - Drogenmengen

Das Wichtigste in Kürze

- ✓ Zustimmung zur Herausnahme geringer Drogenmengen zum Eigenverbrauch aus dem Strafrecht
- ✓ Zustimmung zu Drogenkonsumräumen und Drug Checking
- ✓ Zustimmung zum Eigenanbau oder genossenschaftlichen Anbau von bis zu drei Cannabispflanzen zum Eigenverbrauch

Kritik

- Statt durch das Strafrecht sollte der Besitz geringer Drogenmengen zum Eigenverbrauch durch ordnungsrechtliche Maßnahmen geregelt werden.
- Ordnungsrechtliche Maßnahmen sollen primär zu Beratung, Information, Harm-Reduction und Suchttherapie verpflichten. Nur wenn primäre Maßnahmen verweigert werden, sollen Geldstrafen, Sozialstunden oder andere Sanktionen angewandt werden.
- Unter 18-Jährige werden durch Drogen in ihrer Entwicklung stärker beeinträchtigt als Erwachsene und sind deshalb besonders schützenswert.
- Sozialarbeiter und Psychologen können besser zu einer Verhaltensänderung bzgl. Drogenkonsum motivieren als das Strafrecht. Die Dekriminalisierung muss auch für unter 18-Jährige gelten, damit sie von den besten Methoden zur Verhaltensänderung profitieren.
- Die Dekriminalisierung muss von Präventions- und Informationsmaßnahmen begleitet werden. Dabei müssen unter 18-Jährige besonders berücksichtigt werden.
- Für Cannabispflanzen im Eigenanbau sollte ein Mindestgehalt Cannabidiol (CBD; z.B. 5%) festgelegt werden, weil CBD die schädlichen Folgen von THC reduziert. Durch Eigenanbau kann der Schwarzmarkt reduziert werden.

Kommunikation

- ✓ Das Ziel der Dekriminalisierung ist dasselbe wie bei der strafrechtlichen Verfolgung, nämlich den Drogenkonsum so gering wie möglich zu halten.
- ✓ Dekriminalisierung bedeute nicht Nichtstun. An die Stelle des Strafrechts tritt das Ordnungsrecht.
- ✓ Dekriminalisierung ist nur überzeugend, wenn starke Maßnahmen außerhalb des Strafrechts getroffen werden: Information, Prävention, Beratung, Suchttherapie.
- ✓ Handel mit Drogen und Besitz höherer Mengen als im Antrag genannt unterliegen weiterhin dem Strafrecht.
- ✓ Die Forschung zeigt, dass Cannabis vor allem für Jugendliche schädlich ist. Daher muss Cannabis sein Image als Jugenddroge verlieren.

Zusammenfassung

Der Antrag „Bundeseinheitliche geringe Drogenmengen festlegen und Harm Reduction erleichtern“ enthält viele suchtmmedizinisch sinnvolle Forderungen, die zu zielgerichteten Verbesserungen für Drogenkonsumenten, Drogenabhängige und die die allgemeine Bevölkerung führen. Die Drogenpolitik bewegt sich zwischen den Polen einer strafrechtlichen Verfolgung von Drogenkonsum und einer weitreichenden Freigabe von Drogen. Die Dekriminalisierung stellt einen Mittelweg dar.

Der Antrag bezieht sich auf eine Dekriminalisierung von Drogen in Portugal, die international als erfolgreich bewertet wird und ein gutes Modell darstellt. Allerdings greift er nur einen Aspekt heraus: die Festlegung geringer Drogenmengen für den Eigenverbrauch. Portugal hat aber weitere Regelungen getroffen, die für den Erfolg des portugiesischen Modells entscheidend sind.

Anstelle des Strafrechts wird in Portugal Drogenbesitz durch ordnungspolitische Maßnahmen geregelt. Der Handel mit Drogen fällt weiterhin unter Strafrecht und die Polizei entscheidet auch bei geringen Mengen, ob die Situation einen Drogenhandel vermuten lässt oder Eigenverbrauch darstellt.

Drogenkonsumenten können durch eine „Dissuasion Commission“ (Kommission zur Abmahnung) zu einer Suchtberatung oder suchtttherapeutischen Maßnahmen verpflichtet werden. Bei einer Weigerung kann die Kommission ordnungspolitische Sanktionen verhängen. Dieses Vorgehen basiert auf der Erkenntnis, dass es Psychologen und Sozialarbeitern besser gelingt, Drogenkonsumenten zu einer Verhaltensänderung zu motivieren, als Polizei, Gerichten und Strafanstalten.

Zusätzlich wurden intensive Drogen-Präventionsmaßnahmen initiiert, der Jugendschutz verbessert und Beratung und Behandlungen für Drogenkonsumenten erleichtert.

Das Ziel der Dekriminalisierungsmaßnahmen ist das gleiche wie bei einer restriktiven Drogenpolitik. Der Drogenkonsum soll so gering wie möglich gehalten werden. Lediglich die Methode, wie dieses Ziel erreicht werden soll, ist eine andere. Die portugiesischen Maßnahmen zeigen, dass dieser Weg erfolgsversprechender ist. In Deutschland müssen dazu Prävention, Jugendschutz, Suchtberatung und Behandlungsangebote erweitert, intensiviert, besser koordiniert und finanziert werden. Die Message muss sein, dass Drogenkonsum mit Risiken verbunden ist und der Staat seine Verantwortung für die Gesundheit übernimmt, indem er nicht nichts tut, sondern den bestmöglichen Weg wählt, um Bürger und Drogenkonsumenten zu schützen.

Aus meiner Sicht ist es notwendig, die Dekriminalisierung nicht auf Volljährige zu beschränken, sondern auch für Jugendliche einzuführen. Der erfolgreiche portugiesische Ansatz mit therapeutischer Motivation zur Verhaltensänderung statt strafrechtlicher Verfolgung sollte Jugendlichen nicht vorenthalten werden. Jugendliche haben besonders viele Informationsdefizite und sind besonders lernfähig. Gerade für Jugendliche müssen die Möglichkeiten zur Motivation und Verhaltensänderungen außerhalb des Strafrechts ausgebaut und intensiv genutzt werden.

Für eine Dekriminalisierung ist es nicht notwendig, Einfuhr, Ausfuhr, Anbau (Ausnahme Cannabis) und Herstellung zu erlauben. Dies birgt die Gefahr eines vermehrten internationalen Internethandels mit postalischer Verschickung oder einer Ausweitung der Herstellung von Drogen in Deutschland. Die entsprechende gesetzliche Formulierung sollte sich auf „...erwirbt und besitzt“ beschränken. Auch für LSD sollte eine Mengenbeschränkung gelten, da aufgrund der hohen Wirksamkeit bereits sehr kleiner Mengen LSD die Gefahr einer heimlichen, missbräuchlichen Verabreichung an andere Personen besteht.

Die Einführung von Drug-Checking und Drogenkonsumräumen ist aus suchtmmedizinischer Perspektive uneingeschränkt zu befürworten. Die europäische Beobachtungsstelle für Drogen (EMCDDA) hat hierzu den aktuellen Wissensstand gut zusammengefasst und veröffentlicht. Darin überwiegen die Vorteile deutlich. Drogenkonsumräume müssen auch in Haftanstalten angeboten werden, solange Opiatsubstitution und die Behandlung psychischer Erkrankungen in Haftanstalten unzureichend sind.

Der Eigenanbau von bis zu 3 Cannabispflanzen zum Eigenverbrauch (auch über genossenschaftliche Anbauvereinigungen) stellt eine gute Möglichkeit für eine Legalisierung des Cannabiserwerbs dar und sollte wie von Die Linke beantragt auf Volljährige beschränkt sein. Durch einen legalen Erwerb kann der Schwarzmarkt reduziert werden. Um die gesundheitlichen Gefahren von Cannabis zu reduzieren, sollten nur Cannabis-Sorten erlaubt werden, die einen hohen Anteil Cannabidiol (CBD), z.B. 5 %, enthalten. Neuere Studien zeigen, dass die Risiken von Cannabiskonsum für die psychische Gesundheit deutlich höher sind, wenn der Cannabiskonsum bereits vor dem 18. Lebensjahr begonnen wird. Daher muss der Fokus der Prävention auf Jugendlichen liegen und das Image von Cannabis als Jugendorge dringend verändert werden. Die Hypothese, dass Cannabis nur zu Psychosen führt, wenn eine genetische Prädisposition für Psychosen vorliegt, wurde in aktuellen Studien bestätigt. Erste Studien nach der Legalisierung von Cannabis in einigen US-Staaten zeigen keinen Anstieg der Cannabiskonsumenden unter Jugendlichen. Die Befürchtungen der Legalisierungs-Gegner wurden durch diese aktuellen Erkenntnisse abgeschwächt bzw. widerlegt.

Zwischen den Polen Prohibition und Freigabe stellt Dekriminalisierung mit gleichzeitiger Etablierung von verstärkten präventiven und suchtherapeutischen Maßnahmen einen Mittelweg dar

Aus gesundheitswissenschaftlicher und suchtmmedizinischer Sicht stimme ich der grundsätzlichen Richtung dieses Antrags zu. In der Drogenpolitik gibt es drei verschiedene Ansätze: Sie kann erstens autoritär Drogen verbieten und Verstöße strafrechtlich ahnden, zweitens ohne Regeln Drogenkonsum zulassen oder drittens durch Gespräche, Informationsvermittlung und sanften Druck auf Einsicht und Verhaltensänderung abzielen. Letzteres beinhaltet Kompromisse zur Schadensminimierung (Harm Reduction).

Der aktuelle Weg der Abschreckung durch die Androhung von Strafen funktioniert nicht gut. Für Cannabis hat die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen (EMCDDA) eine Graphik zusammengestellt, die zeigt, dass eine Verschärfung oder Liberalisierung der Strafverfolgung von Cannabis die Prävalenz des Cannabiskonsums nicht beeinflusst (EMCDDA 2017, Seite 22). Die Verfügbarkeit und der Konsum von Drogen sind trotz der Prohibition hoch.

Zudem wird nach einer Haft der Drogenkonsum auch von Drogen wie Heroin meist fortgesetzt und ist dann mit einem erhöhten Risiko für tödliche Überdosierungen verbunden (Merrall et al. 2010). Des Weiteren bildet sich durch Drogenhandel ein unkontrollierter Schwarzmarkt, der teilweise von kriminellen Organisationen beherrscht wird, die ihren Nachwuchs unter jungen Häftlingen rekrutieren und diese tiefer in kriminelles Verhalten einführen. Selbst in Haftanstalten kann Drogenkonsum nicht verhindert werden. In den letzten Jahren hat sich eine Gangster-Jugendkultur gebildet, die kriminelles Verhalten und den Konsum von Drogen, meist dem gewaltfördernden Kokain, verherrlicht und bis weit in die Mitte der Gesellschaft vorgezogen ist. Die Zahl der Drogentoten durch Kokain und andere Stimulantien ist 2020 angestiegen (Drogenbeauftragte Ludwig 2021).

Dabei ist Kriminalität keine zwangsläufige Folge von Drogenkonsum, sondern eine Folge der strafrechtlichen Verfolgung von Drogenkonsumenten. Die personelle Ausstattung der Polizei ist zu gering, um das Verbot von Drogen umfassend durchzusetzen. Daraus resultiert eine selektive Strafverfolgung anhand von fraglichen Profilen zu Lasten von jungen, männlichen Personen mit Migrationshintergrund. In der Bevölkerung wird wahrgenommen, dass Drogenkonsum trotz des Verbotes weit verbreitet ist, aber nur selektiv und unzureichend verfolgt wird. Das Verbot von Drogen verbal zu bekräftigen, aber einen weitverbreiteten Drogenkonsum zuzulassen, führt zu einem Vertrauensverlust in Polizei und Politik.

Drogenkonsum völlig ohne Regeln zuzulassen, kann die Gesundheit der Konsumenten gefährden, hat negative Auswirkungen auf die Gesellschaft mit einem Anstieg von Beschaffungskriminalität und Gewalt sowie einer Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und von Jugendlichen. Daher wird eine unkontrollierte Freigabe von Drogenkonsum von der Mehrheit der Bevölkerung, der Politik und dem Gesundheitssystem abgelehnt.

Das portugiesische Modell der Dekriminalisierung

Die Dekriminalisierung von Drogenkonsum in Portugal ist so erfolgreich, weil sie das autoritäre Strafrecht verlassen hat, ohne ein Laissez-faire zuzulassen. Sie setzt auf einen partnerschaftlichen, ehrlichen Dialog, in dem die negativen Folgen des Drogenkonsums realistisch vermittelt werden und so eine Veränderungsbereitschaft generiert wird (Domaslawski 2011).

Der Ansatz aus Portugal hat zu deutlichen gesundheitlichen Verbesserungen von Drogenkonsumenten geführt, ohne dass die Prävalenz von Drogenkonsum angestiegen ist oder ein relevanter Drogentourismus entstanden ist. Portugal hat den Drogenkonsum entkriminalisiert und den Besitz einer definierten geringen Drogenmenge zum Eigenverbrauch aus dem Strafrecht herausgenommen und als Ordnungswidrigkeit klassifiziert.

Wichtig ist zu betonen, dass der Handel mit Drogen weiterhin dem Strafrecht unterliegt. Wird eine Person mit einer geringen Drogenmenge erwischt, wird sie verpflichtend an eine „Dissuasion Commission“ (Kommission zur Abmahnung) - bestehend aus Sozialarbeitern, Therapeuten und Juristen – vermittelt, mit dem Ziel, Drogenkonsumenten über die Risiken von Drogen zu informieren und sie zu einer Beendigung des Konsums oder einem risikoarmen Konsum zu bewegen. Die Kommission kann Sanktionen auf ordnungspolitischer Ebene wie Therapieauflagen oder Sozialstunden anordnen, wenn Drogenkonsumenten Gespräche verweigern oder vereinbarte Therapien vernachlässigen. Das kommt aber selten vor. Meist gelingt es im Dialog, suchttherapeutische- oder Harm-Reduction-Ansätze zu vermitteln.

Gleichzeitig wurde eine Reihe von Präventionsmaßnahmen mit einem Fokus auf den Kinder- und Jugendschutz eingeführt. Die Suchtprävention wurde nicht in großen Kampagnen umgesetzt, sondern durch Präsenz von Sozialarbeitern und durch persönliche Ansprache in Schulen, bei Kulturveranstaltungen, Clubs, Konzerten, bei Sportveranstaltungen und in Gesundheitseinrichtungen.

Durch die klare und zeitgleiche Verknüpfung der Entkriminalisierung mit Präventionsmaßnahmen, Therapieangeboten und ordnungspolitischen Sanktionsmaßnahmen wurde in Portugal sowohl der Bevölkerung als auch den Drogenkonsumenten gezeigt, dass Drogen unerwünscht sind und große Anstrengungen unternommen werden, den Drogenkonsum und die negativen Folgen des Konsums möglichst gering zu halten. Das ist Portugal deutlich besser gelungen als vielen anderen Ländern und daher wird Portugal als Modell für eine bessere Drogenpolitik angesehen.

Das Ziel einer Dekriminalisierung ist, den Drogenkonsum so gering zu halten wie möglich

Der Weg, mit Gesprächen, Informationsvermittlung und sanftem Druck Einsicht und Verhaltensänderung zu erreichen, hat das gleiche Ziel wie die Verbotspolitik: den Drogenkonsum so gering zu halten wie möglich.

Sich das klarzumachen, ist sehr wichtig. Vertreter der Verbotspolitik argumentieren oft, dass es ohne strafrechtliche Konsequenzen überhaupt keine Möglichkeiten gäbe, den Drogenkonsum einzudämmen. Dieses Argument ist falsch. Es wird durch die wissenschaftlich nachgewie-

senen Erfolge präventiver und dekriminialisierender Konzepte und des Harm-Reduction-Ansatzes widerlegt. Bezogen auf das Ziel, Drogenkonsum so gering und wenig schädlich wie möglich zu halten, nutzen diese Ansätze lediglich eine andere Methode als die Verbotspolitik.

Das deutsche Suchthilfesystem nutzt bereits erfolgreich Harm-Reduction-Ansätze

Auch für Deutschland ist es immens wichtig, nicht einfach geringe Drogenmengen für den Eigenverbrauch freizugeben und Drogenkonsumenten dann allein zu lassen, sondern die Betroffenen über Risiken zu informieren und zu einer Verhaltensänderung zu motivieren.

Die Befürchtung der Öffentlichkeit, dass negative Folgen eines unkontrollierten Drogenkonsums die öffentliche Sicherheit beeinträchtigt und Kinder und Jugendliche gefährdet, muss ernst genommen werden. In Deutschland existiert ein sehr gutes Drogenhilfesystem mit einer weiten Verbreitung von Suchtberatungsstellen, Suchttherapie, Psychotherapie, substanzbezogenen Therapien (z.B. CANDIS für Cannabiskonsumenten, Hoch et al. 2014), Opiat-Substitution (z.B. mit Methadon), Entzugskliniken und Drogen-Rehabilitation. Dieses System kann durch einige Modifikationen dazu fit gemacht werden, ähnlich wie in Portugal mehr ordnungspolitische Aufgaben zu übernehmen. In den letzten 20 Jahren hat der hierzu passende Ansatz einer motivationalen Gesprächsführung (Miller & Rollnick 1991) unter Suchttherapeuten eine weite Verbreitung gefunden. Dabei wird ein Gespräch auf Augenhöhe geführt, nach individuellen Ansatzpunkten für eine Veränderung der Drogenkonsumgewohnheiten gesucht und zu Reduktion oder Beendigung des Konsums motiviert.

Portugal hat gezeigt, dass es gelingen kann, der Öffentlichkeit zu vermitteln, dass das Drogenproblem durch das Drogenhilfesystem besser kontrolliert werden kann als durch strafrechtliche Konsequenzen. Ein deutsches Beispiel für einen ähnlichen Ansatz wie in Portugal ist das Programm „Frühintervention für erst auffällige Drogenkonsumentinnen und –konsumenten, FreD“ für 14- bis 21-Jährige, die mit Cannabis erwischt werden. Nach einer positiven Evaluation wurde es auf (Crysthal-Meth-) Amphetamine und alkohol-assoziierte Straftaten ausgeweitet (Sarrazin 2017, FOGS). Die Zuweisung zu dieser suchttherapeutischen Intervention erfolgt durch die Polizei oder ein Gericht anstelle einer strafrechtlichen Konsequenz. Die Maßnahme besteht aus einem Einzelgespräch und vier Gruppensitzungen und wird von Sozialarbeitern in Suchtberatungsstellen durchgeführt. Themen sind Vor- und Nachteile des Drogenkonsums, ob bereits eine Abhängigkeit besteht und Strategien zur Beendigung des Konsums. Allerdings muss zu Beginn der Maßnahme erst Vertrauen geschaffen werden, das zuvor durch die strafrechtliche Erfassung vermindert wurde.

Im deutschen Gesundheitssystem ist der Fokus auf das Individuum gerichtet. In der modernen Suchtmedizin werden nicht nur Opiatabhängige mit Methadonsubstitution behandelt, sondern auch ADHS im Erwachsenenalter mit Methylphenidat und Angsterkrankung mit Pregabalin. Obwohl diese Medikamente ein Suchtpotential besitzen, gelingt es der Suchtmedizin durch spezifische Regeln und Kontrollen der Medikamenteneinnahme und einer vertrauensvollen Beziehung, den Missbrauch gering zu halten. In der Suchtforschung existieren erste Studien, die zeigen, dass Cannabinoide wie CBD (Hurd et al. 2019), Cannabis als Medizin oder Psilocybin (Wirkstoff der Magic Mushrooms; Bogenschutz & Johnson 2016) positive Effekte

für den Verlauf von Suchterkrankungen haben. Der Einsatz dieser Substanzen in der Suchtmedizin basiert auf der Erfahrung, dass Drogenkonsum oft einen Selbstbehandlungsversuch bei psychischen Erkrankungen (siehe unten) oder genetisch determinierten Veränderungen der Neurotransmission (z.B. bei ADHS) darstellt.

Wie Studien zeigen, reicht Psychotherapie allein nicht aus, sondern muss oft durch Medikamente unterstützt werden, z.B. bei ADHS (Banaschewski et al. 2017). Behandlungsrichtlinien sehen vor, dass nicht allein Medikamente eingesetzt werden, sondern immer auch psychotherapeutische Maßnahmen, die auf Verhaltensänderungen abzielen und so in Kombination mit Medikamenten das Behandlungsergebnis verbessern (z.B. Bundesärztekammer, Richtlinie substitions-gestützte Behandlung Opioidabhängiger 2017).

Mit dem klassischen Harm-Reduction-Ansatz der Opiat-Substitutionsbehandlung wurden gute Erfolge erzielt, die zu einer deutlichen Reduktion der Opiat-Todesfälle, einem deutlichen Rückgang der öffentlichen Drogenszene, einer Reduktion von Kriminalität und einer Verbesserung der Gesundheit geführt haben. Die Opiatsubstitutionsbehandlung verschreibt nicht einfach Methadon und lässt den Heroinabhängigen damit allein. Sie ist so erfolgreich, weil Ärzte eine Beziehung zum Patienten aufbauen, wöchentliche Gespräche stattfinden, unerwünschter zusätzlicher Alkohol- oder Drogenkonsum durch Urinkontrollen erhoben wird, und falls er entdeckt wird, nachvollziehbare Konsequenzen hat, z.B. täglich unter Sichtkontrolle das Methadon einnehmen zu müssen statt Take-Home-Verschreibungen für mehrere Tage zu erhalten.

Die Umsetzung moderner Suchtmedizin im aktuellen Suchthilfesystem wird massiv erschwert, indem an einem rigiden und autoritären Bild von Drogenabhängigen festgehalten wird.

Der Grund für Drogenabhängigkeit ist meistens der Versuch, psychische Erkrankungen selbst zu behandeln

Die Verbotspolitik geht davon aus, dass Menschen vor allem aus hedonistischen Gründen Drogen konsumieren und dass große Teile der Bevölkerung, vor allem Jugendliche, einen Drogenkonsum beginnen würden, wenn Drogen dekriminalisiert oder legalisiert würden. Ist das realistisch?

Daten zu der Prävalenz von Drogenkonsum nach einer Dekriminalisierung in Portugal und nach der Legalisierung von Cannabiskonsum in einigen US-Bundesstaaten zeigten keine relevanten Steigerungen (Domaslawski 2011, EMCDDA 2020). Hedonistische Gründe für Drogenkonsum finden sich vor allem in der initialen Phase des Drogenkonsums oder bei geringem Drogenkonsum. Wenn Drogenkonsum problematisch wird und trotz negativer Konsequenzen fortgesetzt wird, steckt meist der Versuch dahinter, Symptome einer psychischen Erkrankung zu lindern. Ein hoher Anteil Drogenabhängiger weist zusätzlich zur Suchterkrankung psychische Erkrankungen auf wie posttraumatische Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS im Erwachsenenalter, Angsterkrankungen, Depressionen und Psychosen (Swendsen et al. 2010).

Die Betroffenen brauchen eine Behandlung, keine Bestrafung für ihre Erkrankung. Genetische Untersuchungen zeigen eine mittelgradige bis starke Vererblichkeit von Suchterkrankungen (Agrawal et al. 2012). Dadurch wird klar, dass die Schuld an einer Drogenabhängigkeit nicht allein dem Individuum anzulasten ist. Wenn weder eine genetische Vorbelastung noch eine psychische Erkrankung vorliegen, bleibt Drogenkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen meist eine vorübergehende Erscheinung, die wieder beendet werden kann, wenn mehr Verantwortung im Beruf oder für eine eigene Familiengründung übernommen wird.

Zu den auf Seite 2 des Antrages "Bundeseinheitliche geringe Drogenmengen festlegen und Harm Reduction erleichtern" formulierten Forderungen für einen Gesetzentwurf möchte ich im Einzelnen Stellung beziehen:

*„1. In § 31a BtMG wird geregelt, dass von einer strafrechtlichen Verfolgung bei Volljährigen abgesehen werden muss, wenn der/die Konsumenten*in die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt und folgende Bruttomengen nicht überschritten werden: 3 Gramm bei Heroin, Kokain, Speed, MDMA in Pulverform, Methamphetamin und Crack, zehn Pillen Ecstasy (MDMA) und 15 Gramm getrocknete psychotrope Pilze. LSD soll zum Eigenbedarf ohne konkrete Grenzwertfestlegung entkriminalisiert werden.“*

- **Drogenhandel bleibt Straftat:** Wichtig ist die Einschränkung, dass nur von einer strafrechtlichen Verfolgung abgesehen wird, wenn es sich um Eigenverbrauch handelt. Gleichzeitig beinhaltet dies, dass weiter das Strafrecht gilt, wenn es sich nicht um Eigenverbrauch handelt. In Portugal unterliegt der Handel mit Drogen weiterhin dem Strafrecht und die Polizei entscheidet, ob die Situation, in der Drogen entdeckt werden, einem Eigenverbrauch entsprechen oder einen versuchten Handel darstellen. Eine Abgrenzung von straffreiem Eigenverbrauch und illegalem Handel ist für die öffentliche Kommunikation und die breite Akzeptanz auch in Deutschland sehr wichtig. Bereits jetzt ist es eine weitverbreitete Strategie unter Drogendealern im Straßenhandel, nur geringe Drogen-Mengen bei sich zu tragen, um einer Strafverfolgung zu entgehen. Um Drogendealern den Verkauf von Drogen nicht zu erleichtern, muss der Drogenhandel weiterhin strafrechtliche Konsequenzen haben.
- **Einfuhr, Ausfuhr, Anbau (Ausnahme Cannabis) und Herstellung zum Eigenverbrauch sollten weiterhin verboten bleiben:** Die Formulierung „...anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt...“ enthält das Risiko, dass vermehrt und straffrei Drogen angebaut oder selbst hergestellt oder modifiziert werden (z.B. Mohnanbau zur Opiatherstellung). Die Drogenszene ist kreativ und die Netflix-Serie Breaking Bad, die von der Herstellung von Crystal Meth handelt, erfreut sich großer Beliebtheit. Es ist vorstellbar, dass eine Dekriminalisierung der Herstellung die Entwicklung von Mini-Laboren zur häuslichen Herstellung von (Meth)Amphetamin, MDMA und LSD für den Eigenverbrauch fördert. Wenn Drogen zum Eigenverbrauch legal eingeführt werden können, kann sich schnell ein Online-Handel mit postalischer Verschickung von Drogen, z.B. Cannabis aus den Niederlanden, Heroin aus Asien, Kokain aus Südamerika oder Methamphetamine aus Tschechien usw. entwickeln. Wenn Briefe, die Drogen enthalten, vom Zoll entdeckt würden, dürfte nach Punkt II.4. des Antrags „Bundeseinheitliche Drogenmengen...“ diese Briefe nicht beschlagnahmt werden, wenn sie Eigenverbrauch darstellen. Die aktuelle Formulierung enthält dadurch das Risiko einer Förderung des internationalen Handels mit Drogen. Um den Eigenverbrauch straffrei zu stellen, würde eine Verkürzung der Formulierung auf „erwirbt und besitzt“ ausreichen.

- **Dekriminalisierung soll auch für Jugendliche gelten:** Durch die Einschränkung auf Volljährige bleiben 14- bis 18-Jährige von einer Dekriminalisierung ausgenommen und unterliegen weiterhin dem Strafrecht. Warum? Sollen Jugendliche wirklich weiter strafrechtlich erfasst werden und sich vor einem Richter rechtfertigen müssen, wenn sie mit Cannabis erwischt werden? Wie oben dargestellt gibt es bereits jetzt die Interventionsmaßnahme FreD für erstauffällige 14- bis 21-Jährige Drogenkonsumenten, die gut funktioniert. Das Ordnungsrecht bietet genug Möglichkeiten außerhalb des Strafrechts, suchttherapeutische Maßnahmen bei Jugendlichen durchzusetzen. Eltern wollen nicht, dass ihre Kinder in ein Gefängnis müssen. Sie wollen, dass ihnen aus dem Drogenkonsum herausgeholfen wird. Durch die strafrechtliche Behandlung wird das Vertrauen von Eltern und Jugendlichen in das Rechtssystem beschädigt. Das ist unangemessen, unverhältnismäßig und widerspricht der Erkenntnis, dass Bestrafung weniger erfolgreich Verhaltensänderungen bewirken als psychologische Interventionen.

Gerade für Jugendliche müssen die Möglichkeiten zur Motivation und Verhaltensänderungen außerhalb des Strafrechts ausgebaut und intensiv genutzt werden: Es muss noch einmal betont werden, dass es hier um Eigenverbrauch und nicht um Drogenhandel geht. Drogenhandel soll weiter dem Strafrecht unterliegen. Das Ziel bleibt auch bei einer Dekriminalisierung von Jugendlichen, den Drogenkonsum nicht einfach zuzulassen, sondern durch suchttherapeutische Interventionen so gering wie möglich zu halten. Zusätzlich ist es notwendig, die präventiven Bemühungen für Jugendliche massiv zu verstärken. Die Aufklärung über Drogen darf nicht den drogenkonsumierenden Peergroups und Drogendealern überlassen werden, wie es sich unter der jetzigen Verbotspolitik entwickelt hat. Portugal hat vorgemacht, wie das gehen kann. Beispiele sind Präsenz von Polizei und Ordnungsamt-Mitarbeitern im Umfeld von Schulen, um Drogenhandel zu unterbinden, gute Informationsveranstaltungen in Schulen, die von suchttherapeutisch qualifizierten Sozialarbeitern und Psychologen geleitet werden und sich an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Therapieprogrammen wie z.B. CANDIS (Hoch et al. 2014) für Cannabisprobleme orientieren, sozialarbeiterische und suchttherapeutische Ansprache in Jugendzentren und auf von Jugendlichen besuchten Kulturveranstaltungen, zielgerichtetes Aufsuchen von besonders gefährdeten Jugendlichen aus prekären Schichten oder mit bereits bestehenden psychischen Problemen, etc. Hierzu müssen ausreichende finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Das kann durch Einsparungen durch weniger strafrechtliche Verfolgung erreicht werden. Mit einem weiteren Abbau finanzieller Ressourcen für Suchtberatung und Suchtprävention auf kommunaler Ebene wie in den letzten Jahren lässt sich das nicht realisieren.

Jugendliche sind durch Drogenkonsum besonders gefährdet: Das Ziel, Drogenkonsum so weit wie möglich einzudämmen, ist für die Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen besonders wichtig. In diesem Alter finden wichtige psychologische Reifungsprozesse bzgl. Persönlichkeit und Identität, Emotionsregulation und kognitiver Kontrolle statt, die durch Drogen verändert und verzögert werden (Shadur & Lejuez 2015) Das Gehirn wird in diesem Alter neurobiologisch umgebaut, neuronale Netzwerke werden verändert und Hirnzentren neu

verknüpft. Wenn in dieser Zeit Drogen konsumiert werden, können diese fein abgestimmten Umbauprozesse nicht mehr korrekt ablaufen. Das führt zu lebenslangen Veränderungen der neuronalen Verknüpfungen, die zu einer geringeren Intelligenz und einem erhöhten Risiko für psychische und Sucht-Erkrankungen disponieren (Jacobus et al. 2019, Salmanzadeh et al. 2020). Das ist der Grund, warum Drogenkonsum für Kinder und Jugendliche besonders schädlich ist. Dieser Zusammenhang wurde auch für Cannabis nachgewiesen (Molla & Tseng 2020), das leider das Image einer Jugenddroge hat. Dieses Image muss dringend verändert werden. Ich bin überzeugt davon, dass sich dies durch Interventionen abseits des Strafrechts besser verwirklichen lässt als mit der jetzigen Drogenpolitik.

- **Es muss eine Mengenbeschränkung für LSD geben:** Warum wird im Antrag für LSD keine Mengenbeschränkung zum Eigengebrauch festgelegt? LSD hat zwar nur ein geringes Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung und nur wenige negative Folgen für die körperliche Gesundheit, zeigt aber bereits in sehr niedriger Dosis massive psychotrope Effekte. Die übliche Dosis für einen ca. 12-stündigen LSD-Trip beträgt 100-250 Mikrogramm (= 0,1 - 0,25 mg), das entspricht dem Gewicht eines mittelgroßen Sandkorns. Weil LSD bereits in so geringer Menge wirkt, besteht bei einer Ausweitung der Verfügbarkeit das Risiko, dass LSD missbräuchlich anderen Personen verabreicht wird, z.B. Lehrern, oder größeren Personengruppen z.B. durch Kontamination des Trinkwassers oder in Großküchen. Daher ist es weiterhin notwendig, die Verfügbarkeit von LSD in engen Grenzen zu kontrollieren. Für LSD sollte ebenfalls eine geringe Menge für den Eigenverbrauch definiert werden, z.B. 10 Pillen oder 10 Papiere LSD-Trips.

*„2. In § 31a BtMG wird geregelt, dass Personen, die im Auftrag von Drogenkonsument*innen Betäubungsmittel einer Laboranalyse (drug-checking) unterziehen, ausdrücklich von der Strafbarkeit ausgenommen sind.“*

„5. § 10a Abs. 4 BtMG wird ersatzlos gestrichen und damit die Substanzanalyse (drug-checking) in Drogenkonsumräumen ermöglicht.“

- **Drug-Checking reduziert die Risiken von Drogenkonsum und ist aus ethischen Gründen notwendig:** Drug-Checking verbindet die Analyse von mitgebrachten Drogen mit einer Beratung zum risikoarmen Konsum. Es ist ein klassischer Harm-Reduction-Ansatz mit dem Ziel, Drogenkonsum sicherer zu gestalten, wenn schon nicht auf ihn verzichtet wird. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass durch Drug-Checking Todesfälle durch Drogen verhindert werden können. Dass Drogenkonsumenten auf den Konsum verzichten, weil sie nicht sicher sind, ob in den Substanzen toxische Beimengungen enthalten sind oder die Wirkstoffkonzentration höher als erwartet ist, wird durch den hohen Drogenkonsum trotz fehlendem Drug-Checking widerlegt. Die europäische Beobachtungsstelle für Drogen EMCDDA hat 2017 hierzu ein gut recherchiertes Hintergrund-Paper veröffentlicht, in dem Pro- und Contra-Argumente ausgewogen dargestellt werden (EMCDDA 2017).
- Die ärztliche Ethik gebietet, gesundheitlichen Schäden vorzubeugen, wo immer das möglich ist. Notärzte und Sanitäter z.B. auf Technofestivals oder Volksfesten sind froh über

jeden verhinderten Drogennotfall. In allen anderen medizinischen Bereichen gilt das als selbstverständlich. Niemand stellt heute mehr in Frage, dass der Sicherheitsgurt im Auto oder Helme beim Fahrrad- oder Skifahren sinnvoll sind, obwohl viele Unfälle durch Selbstüberschätzung selbst verschuldet werden.

*„3. Es wird geregelt, dass von einer strafrechtlichen Verfolgung bei Volljährigen abgesehen werden muss, wenn der/die Konsumenten*in bis zu 15 Gramm Cannabis (z. B. Marihuana oder Haschisch) bzw. bis zu drei Cannabispflanzen lediglich zum Eigenverbrauch anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt, dass künftig Hanfsamen aus der Anlage I BtMG ausgenommen werden, sofern diese zum erlaubten Anbau oder zum Anbau von bis zu drei Cannabispflanzen für den Eigenbedarf bestimmt sind, und dass der kollektive Anbau in nichtkommerziellen Vereinigungen zum Eigenbedarf geregelt, d. h. straffrei gestellt wird.“*

- Die im ersten Halbsatz angestrebte **Dekriminalisierung von bis zu 15 g Cannabis** halte ich angesichts der hohen Zahl strafrechtlicher Verfolgung geringer Mengen Cannabisbesitzes für sinnvoll.
- Die Formulierung „...einführt, ausführt, ...“ beinhaltet das Risiko eines Cannabiskonsum-Tourismus und eines internationalen **Online-Handels von Cannabis auf dem Postweg**. Das erscheint mir für eine Dekriminalisierung von Cannabiskonsum nicht notwendig.
- Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass **Cannabidiol (CBD)** die negativen Folgen von THC auf die psychische Gesundheit reduziert. CBD macht nicht high und zeigt eine positive Wirksamkeit gegen Psychosen, gegen Angsterkrankungen und gegen Symptome von Suchterkrankungen, z.B. das Verlangen nach Heroin (Khan et al. 2020, Hurd et al. 2019). Durch CBD wird die Wirkung von THC reduziert. Der CBD-Gehalt ist von der Cannabissorte abhängig. Daher empfehle ich, Mindestkonzentrationen von CBD gesetzlich zu verankern und nur Cannabis-Samen zu erlauben, die Cannabisblüten mit einem Mindestgehalt von 5% CBD produzieren.
- **Cannabis-Anbau nicht für Jugendliche:** Die Einschränkung auf Volljährige und der Ausschluss von Jugendlichen ist bezüglich des Selbstanbaus und des Bezugs aus Anbau-Vereinigungen sinnvoll. Um deutlich zu machen, dass Cannabiskonsum vor allem das sich noch in Entwicklung befindliche jugendliche Gehirn schädigt (Shadur & Lejuez 2015, Jacobus et al. 2019, Salmanzadeh et al. 2020, Molla & Tseng 2020), darf Jugendlichen der Zugang zu Cannabis nicht erleichtert werden. Jugendliche werden eine Erklärung einfordern, warum sie vom Eigenanbau ausgeschlossen sind. Das bietet die Gelegenheit, die wenig bekannte wissenschaftliche Erkenntnis, dass Cannabis vor allem das sich in Entwicklung befindliche Gehirn schädigt, bekannter zu machen und das Image von Cannabis als Jugenddroge nachhaltig zu revidieren. Aus Sicht der Jugendlichen ist die Volljährigkeit als Grenze für Cannabiskonsum besser akzeptabel als die undifferenzierte Darstellung von Cannabis als gefährliche Droge und ein generelles Verbot.

- **Cannabis-Anbau für den Eigenverbrauch reduziert den Schwarzmarkt:** Die im zweiten Halbsatz vorgeschlagene Dekriminalisierung von Hanfsamen, des Anbaus von bis zu drei Cannabispflanzen und des kollektiven Anbaus in nicht-kommerziellen Vereinigungen für den Eigenbedarf stellt einen weiteren Schritt in Richtung Legalisierung dar. Der Vorteil des Anbaus für den Eigenverbrauch ist, dass Cannabis nicht mehr aus dem unkontrollierten Schwarzmarkt bezogen werden muss. Werden bis zu drei Cannabispflanzen selbst angebaut, muss der Konsument bis zur Ernte warten und seinen Konsum so planen, dass die geerntete Menge bis zur nächsten Ernte ausreicht. Der Konsument kann nicht unkontrolliert konsumieren oder die Konsummenge steigern, bzw. müsste dann einige Zeit auf den Konsum verzichten. Das reduziert die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeitsentwicklung. Nachteil ist, dass bei einem Eigenanbau präventive Ansätze mit Informationen zu den Risiken und Behandlungsmöglichkeiten weniger leicht etabliert werden können. Aus meiner Sicht überwiegen die Vorteile dieses Modells der Legalisierung des begrenzten und regulierten Eigenanbaus.
- An dieser Stelle ist eine grundsätzliche Diskussion über die **Vor- und Nachteile einer Legalisierung von Cannabis** notwendig. Die Argumente der Befürworter einer Legalisierung sind, dass Cannabis geringere gesundheitliche Schäden verursacht als Alkohol, dass Cannabis trotz des Verbots eine hohe Verfügbarkeit aufweist und somit die Prohibition versagt hat, dass das Verbot die Behandlung von Cannabis-assoziierten Erkrankungen behindert, dass der Justizapparat durch Cannabis-assoziierte, opferfreie Vergehen ineffizient belastet wird und dass ein gesellschaftsschädigender illegaler Drogenmarkt aufrechterhalten wird. Somit argumentieren die Befürworter vor allen Dingen mit den negativen Folgen der Prohibition für die Gesellschaft. Die Gegner einer Legalisierung argumentieren, dass Cannabis zu relevanten Gesundheitsschäden führt, der Jugendschutz nicht gewährleistet sei und dass durch die Legalisierung mit einer Zunahme des Cannabiskonsums gerechnet werden müsse. Es wird die Gefahr gesehen, dass eine Legalisierung von der Bevölkerung und insbesondere Jugendlichen als Zeichen der Ungefährlichkeit von Cannabis interpretiert würde. Für die Gegner einer Legalisierung stehen also die negativen Folgen von Cannabis für die Gesundheit im Vordergrund. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, aktuelle Forschungsergebnisse zu den gesundheitsschädlichen Folgen von Cannabis und die Erfahrungen aus der Legalisierung einiger US-Staaten mit in die Argumentation einzubeziehen. Es würde den Rahmen dieser Stellungnahme sprengen, dieses Thema umfassend darzustellen, daher beschränke ich mich auf einige Studien, die besonders wichtige Erkenntnisse zu einzelnen Argumenten erbracht haben.

Cannabis führt nur bei einer genetischen Disposition zu Psychosen. Es kann als wissenschaftlich gesichert angesehen werden, dass Cannabiskonsum Psychosen mit Halluzinationen und Paranoia auslösen kann, die auch nach Abklingen der Cannabiswirkung weiterbestehen. Neue Studien zeigen aber, dass dieser Zusammenhang weniger stark ist, als früher angenommen wurde, weil neuere Studien psychosoziale Faktoren in die Analyse einbezogen haben. In einem aktuellen Review wird ein um den Faktor 1,4 (= 40 %) erhöhtes

Risiko für eine Psychose für jeglichen Cannabiskonsum und ein um den Faktor 2,1 (110 %) erhöhtes Risiko für täglichen Konsum beschrieben (Hall et al. 2019).

Dieses Risiko ist nicht für jede Person gleich hoch. Es wurde eine Genvariante des AKT-1-Gens identifiziert, das nur bei täglichem Cannabiskonsum mit einem 7-fach erhöhten Risiko für Psychose assoziiert ist, nicht wenn Cannabis seltener konsumiert wird (van Winkel et al. 2011, Di Forti et al. 2012). Das entspricht der klinischen Beobachtung, dass bei einer höheren Cannabis-Dosis häufiger Psychosen auftreten. Um die genetischen Risiken von schizophrenen Psychosen besser untersuchen zu können, wurde ein polygenetischer Risikoscore für Schizophrenie entwickelt, der 108 Genvarianten zusammenfasst, die einzeln betrachtet das Psychose-Risiko nur geringfügig erhöhen, aber in der Summe ein gutes Maß für das Risiko darstellen, eine Psychose zu entwickeln. In einer Studie an 1577 Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12 bis 21 Jahre) war Cannabiskonsum nur bei männlichen Probanden mit Hirnveränderungen (einem dünneren Cortex) verbunden, wenn sie einen hohen polygenetischen Risikoscore für Schizophrenie aufwiesen und bereits in der frühen Jugend mit dem Cannabiskonsum begonnen haben, nicht bei weiblichen Probanden, nicht bei Beginn nach dem 18. Lebensjahr und nicht bei einem niedrigem Risikoscore (French et al. 2015). Diese Studien bestätigen, dass eine differenzierte Betrachtung notwendig ist und eine genetische Disposition für Psychosen vorliegen muss, damit Cannabis eine Psychose auslöst. Sie widerlegen das Argument der Gegner einer Legalisierung, dass unabhängig von einer Disposition und der Konsummenge jeder gleich gefährdet ist.

Andere Studien zeigten, dass Personen mit einem hohen polygenetischen Risikoscore für Schizophrenie eine höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, überhaupt Cannabis zu konsumieren und dann auch größere Mengen Cannabis konsumierten (Power et al. 2014, Verweij et al. 2017, Hiemstra et al. 2018). Da trotz der aktuellen Prohibition die Verfügbarkeit von Cannabis hoch ist, konsumieren vermutlich bereits jetzt viele der Personen mit einem hohen genetischen Risiko für Psychosen Cannabis. Daher kann erwartet werden, dass, wenn Erwachsene neu mit dem Cannabiskonsum beginnen, der Anteil mit einer genetischen Disposition für Psychosen geringer ist als bei den bereits Cannabis konsumierenden Personen. Selbst wenn bei einer Legalisierung die Prävalenz von Cannabiskonsum steigen würde (was nicht gesichert ist; die Studienlage ist uneinheitlich), ist nicht mit einer linearen Steigerung der Fälle von Psychosen zu rechnen, sondern mit einem geringeren Anstieg.

- Eine weitere wissenschaftlich gesicherte Erkenntnis ist, dass Cannabiskonsum zu einer **Beinträchtigung neuropsychologischer Leistungen** wie Intelligenz und Gedächtnis führt. Es war jedoch unklar, ob sich die Defizite wieder zurückbilden, wenn der Cannabiskonsum beendet wird, und ob das Alter bei Beginn des Cannabiskonsums eine Rolle spielt. Diese Frage wurde durch eine Längsschnittstudie (Dunedin Study) beantwortet, die bei 1037 Personen im Alter von 13 und 38 Jahren Intelligenztests durchgeführt und im Alter von 18, 21, 26, 32 und 38 Jahren den Cannabis-Konsum erhoben haben (Meier et al. 2012). Eine Verminderung des Intelligenzquotienten wurden nur bei den Personen beobachtet, die vor dem 18. Lebensjahr mit mindestens wöchentlichem Cannabiskonsum begonnen hatten. Diese Defizite verschlechterten sich bei weiterem Konsum zusätzlich und bildeten sich

nach einer Cannabis-Abstinenz nicht vollständig zurück. Wurde mit dem Cannabiskonsum erst im Erwachsenenalter begonnen, zeigte sich keine Verminderung des Intelligenzquotienten, bzw. so geringe Defizite, dass sie statistisch nicht signifikant waren. Daraus kann geschlossen werden, dass Cannabiskonsum nur bei Jugendlichen zu dauerhaften Veränderungen des Gehirns führt, aber nicht bei Erwachsenen. Der Grund für die Anfälligkeit von Jugendlichen ist, dass in diesem Alter die neuronale Vernetzung neu geordnet und durch körpereigene Cannabinoide (Endocannabinoide) gesteuert wird (Berghuis et al. 2007). Cannabiskonsum stört diesen fein abgestimmten Umbauprozess.

- **Erste Studien nach der Legalisierung von Cannabis in einigen US-Staaten zeigen keinen Anstieg der Cannabiskonsumenten unter Jugendlichen:** Es ist eine wichtige Frage, ob eine Legalisierung von Cannabis zu einem relevanten Anstieg der Prävalenz des Cannabiskonsums bei Jugendlichen führt. Hierzu wurden in den US-Staaten Colorado und Washington die Prävalenzen vor und nach der Legalisierung von Cannabis zum Freizeitgebrauch erhoben. Daten von mehr als 1,4 Millionen High-School-Schülern der 9. bis 12. Klasse zeigten einen leichten Rückgang der Cannabiskonsumenten sowohl bei Gelegenheitskonsumenten als auch bei häufigem Konsum nach der Legalisierung (Anderson et al. 2019). Im Bundesstaat Washington sank die Anzahl von Schülern der 8. Klasse, die im letzten Monat Cannabis konsumiert haben, von 9,8 % vor der Legalisierung auf 7,3 % nach der Legalisierung und für Schüler der 10. Klasse von 19,8 % vor der Legalisierung auf 17,8 % nach der Legalisierung (Dilley et al. 2019). Eine weitere Studie zeigte eine leichte Erhöhung der Prävalenz um 2 Prozentpunkte (8. Klasse) bzw. 4,1 Prozentpunkte (10. Klasse) und keine Unterschiede im Bundesstaat Colorado (Cerdea et al. 2017). Bei Erwachsenen ergab eine methodisch schwache Studie, bei der Probanden ihren Cannabiskonsum in der Zeit vor der Legalisierung aus der Erinnerung heraus abschätzen sollten, einen nicht signifikanten Anstieg der Prävalenz von 24,3 % auf 25,6 % (Kerr, W.C. et al., 2018). Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen EMCDDA hat 2020 hierzu eine gute Zusammenfassung mit mehr Details veröffentlicht (EMCDDA 2020). Diese Studien zeigen eindrücklich, dass es nicht zu dem befürchteten Anstieg der Prävalenz von Cannabiskonsum nach der Legalisierung gekommen ist.

„4. Das Absehen von der Strafverfolgung (§ 31a BtMG) wird dahingehend konkretisiert, dass die geringe Drogenmenge zum Eigenbedarf nicht beschlagnahmt wird und bei der Feststellung des Bruttogewichts ggf. eine Toleranz von 10 % auf die geringen Menge aufzuschlagen ist.“

- **Dekriminalisierung beinhaltet, dass Drogen für den Eigenverbrauch nicht beschlagnahmt werden dürfen:** Dass geringe Drogenmengen zum Eigenbedarf nicht beschlagnahmt werden dürfen, halte ich für richtig, wenn konsequent dem Dekriminalisierungsansatz gefolgt wird.
- Aber warum soll dem Bruttogewicht 10 % aufgeschlagen werden? Waagen sind heutzutage so genau, dass das nicht notwendig ist. Die vorgeschlagenen Drogenmengen für den

Eigengebrauch noch einmal zu erhöhen, stiftet eher Verwirrung und ist nicht nachvollziehbar.

5. Die zum Betrieb eines Drogenkonsumraums nach § 10a Abs. 1 S. 1 BtMG ausnahmsweise zu erteilende Erlaubnis wird in eine regelmäßig zur erteilende Genehmigung umgewandelt und die übrigen Voraussetzungen des § 10a Abs. 1 S. 2 sowie des § 10a Abs. 2 und Abs. 3 werden gestrichen. Zudem sollen die Bundesländer zur Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Haftanstalten ermutigt werden.“

- **Drogenkonsumräume sind aus gesundheitspolitischer und suchtmmedizinischer Sicht zu befürworten:** Die EMCDDA hat am 07.06.2018 einen Bericht mit dem Titel *Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten* herausgegeben (EMCDDA 2018). Dort wird die wissenschaftliche Evidenz zu den Effekten von Drogenkonsumräumen gut zusammengefasst. Es wurde wissenschaftlich bestätigt, dass sich Drogenkonsumeinrichtungen dazu eignen, zu der stark marginalisierten Zielpopulation Kontakt zu finden und aufrechtzuerhalten und Verbesserungen bzgl. hygienischen und sicheren Drogenkonsums zu erreichen. Drogenkonsumräume wirken sich positiv auf die öffentliche Gesundheit und Ordnung aus. Risikoverhalten bezüglich injizierenden Drogenkonsums (gemeinsame Nutzung von Spritzbesteck), die Gefahr von Todesfällen durch Überdosierung und die Anzahl von Notrufen wegen Überdosierung werden reduziert. Zudem erhöht sich die Inanspruchnahme von Entzugskliniken und Substitutionstherapie, der injizierende Drogenkonsum in der Öffentlichkeit geht zurück und die Zahl der weggeworfenen Spritzen wird verringert. Allerdings führten Konsumräume nicht zu einem Rückgang der Diebstähle oder Raubüberfälle in ihrer Umgebung, es kam aber auch nicht zu einer Erhöhung. Drogenkonsumräume laden in keiner Weise dazu ein, gemütlich Drogen zu konsumieren. Als ich 2018 einen Drogenkonsumraum in Frankfurt am Main besichtigt habe, war ich erschreckt über die verelendeten Drogenabhängigen, die dort teils verzweifelt versuchten, mit ihrer Spritze einen intravenösen Zugang zu finden. Der Drogenkonsumraum war ein steriler, hell erleuchteter, weiß gekachelter Raum mit abwaschbaren Stühlen und Tischen. Sozial integrierte Drogenkonsumenten ziehen gedämpftes Licht, gemütliche Sofas und passende Musik vor. Durch Drogenkonsumräume Erstkonsumenten zu Drogenkonsum zu verführen ist eine unrealistische Vorstellung.
- **Drogenkonsumräume müssen auch in Haftanstalten angeboten werden, solange Opiatsubstitution und die Behandlung psychischer Erkrankungen in Haftanstalten unzureichend sind:** Es ist traurige Realität, dass viele Haftanstalten keine Opiatsubstitutionsbehandlung anbieten und damit den Häftlingen eine wissenschaftlich anerkannte, medizinische Behandlung verwehren (Opitz-Welke et al. 2018). Auch die Behandlung von psychischen Erkrankungen und chronischen Schmerzen entspricht meist nicht den aktuellen Behandlungsleitlinien. Das stellt eine unakzeptable Verletzung elementarer Menschenrechte dar. Dass auch in Haftanstalten Drogen verfügbar sind, wirkt für die Bevölkerung paradox und unterstreicht, dass selbst durch Einschränkungen der Freiheitsrechte Drogenkonsum

nicht unterbunden werden kann. Haftanstalten haben sich zu einem Hotspot der Übertragung von HIV, Hepatitis-B und -C und Tuberkulose entwickelt (Stone et al. 2018). Das Scheitern einer Verbotspolitik und die Notwendigkeit von Harm-Reduction-Maßnahmen werden dort besonders deutlich. Solange sich die medizinische Versorgung von Häftlingen bzgl. Opiatsubstitution und Behandlung von psychischen Erkrankungen und Schmerzerkrankungen nicht verbessert, halte ich eine vorübergehende Einrichtung von Drogenkonsumräumen zur Eindämmung der Übertragung von Infektionskrankheiten für notwendig.

Literatur:

Agrawal A, Verweij KJ, Gillespie NA, Heath AC, Lessov-Schlaggar CN, Martin NG, Nelson EC, Slutske WS, Whitfield JB, Lynskey MT. The genetics of addiction-a translational perspective. *Transl Psychiatry*. 2012 Jul 17;2(7):e140.

Anderson, D. M., Hansen, B., Rees, D. I. and Sabia, J. J. (2019), 'Association of marijuana laws with teen marijuana use: new estimates from the youth risk behavior surveys', *JAMA Pediatrics* 173(9), pp. 879-881.

Banaschewski, Tobias; Becker, Katja; Döpfner, Manfred; Holtmann, Martin; Rösler, Michael; Romanos, Marcel. Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung. Eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 149-59; DOI: 10.3238/arztebl.2017.0149

Berghuis P, et al. Hardwiring the brain: endocannabinoids shape neuronal connectivity. *Science*. 2007 May 25;316(5828):1212-6. doi: 10.1126/science.1137406. PMID: 17525344

Bogenschutz MP, Johnson MW. Classic hallucinogens in the treatment of addictions. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2016 Jan 4;64:250-8. doi: 10.1016/j.pnpbp.2015.03.002. Epub 2015 Mar 14. PMID: 25784600

Bundesärztekammer 2017. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substanzgestützten Behandlung Opioidabhängiger.

Cerdá, M., Wall, M., Feng, T., Keyes, K. M., Sarvet, A., Schulenberg, J., O'Malley, P. M. et al. (2017), 'Association of state recreational marijuana laws with adolescent marijuana use', *JAMA Pediatrics* 171, pp. 142-149. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.3624>.

Di Forti M, Iyegbe C, Sallis H, Kolliakou A, Falcone MA, Paparelli A, Sirianni M, La Cascia C, Stilo SA, Marques TR, Handley R, Mondelli V, Dazzan P, Pariante C, David AS, Morgan C, Powell J, Murray RM. Confirmation that the AKT1 (rs2494732) genotype influences the risk of psychosis in cannabis users. *Biol Psychiatry*. 2012 Nov 15;72(10):811-6.

Dilley, J. A., Richardson, S. M., Kilmer, B., Pacula, R. L., Segawa, M. B. and Cerdá, M. (2019), 'Prevalence of cannabis use in youths after legalization in Washington State', *JAMA Pediatrics* 173, pp. 192-193.

Domaslawski, Artur, 2011.: Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use. <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/drug-policy-portugal-benefits-decriminalizing-drug-use>

Drogenbeauftragte Ludwig, Daniela. Rauschgifttote nach Todesursachen 2020 (Länderabfrage), Pressemitteilung 25.03.21, <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/detail/zahl-der-an-illegalen-drogen-verstorbenen-menschen-waehrend-der-coronapandemie-um-13-prozent-gestiegen/>

EMCDDA 2017: Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges https://www.emcdda.europa.eu/document-library/drug-checking-pill-testing-harm-reduction-tool-recreational-drug-users-opportunities-and-challenges_en

EMCDDA 2017. Cannabis legislation in Europe: an overview. Lisbon: https://www.emcdda.europa.eu/publications/adhoc/cannabis-legislation-europe_en

EMCDDA 2018 Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten. https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_de

EMCDDA 2020: Monitoring and evaluating changes in cannabis policies: insights from the Americas. https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/monitoring-and-evaluating-changes-in-cannabis-policies-insights-from-the-americas_en

FOGS: Görge, Hartmann, Evaluation des Bundesmodellprogramms „Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten – FreD“. Laufzeit: von 2001 bis 2003, Auftraggeber: Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.fogs-gmbh.de/projekt/evaluation-des-bundesmodellprogramms-fruhintervention-bei-erstauffalligen-drogenkonsumenten-fred/>

Hiemstra M, Nelemans SA, Branje S, van Eijk KR, Hottenga JJ, Vinkers CH, van Lier P, Meeus W, Boks MP. Genetic vulnerability to schizophrenia is associated with cannabis use patterns during adolescence. *Drug Alcohol Depend.* 2018 Sep 1;190:143-150.

Hoch E, Bühringer G, Pixa A, Dittmer K, Henker J, Seifert A, Wittchen HU. CANDIS treatment program for cannabis use disorders: findings from a randomized multi-site translational trial. *Drug Alcohol Depend.* 2014 Jan 1;134:185-193. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.09.028. Epub 2013 Oct 8. PMID: 24176199

Hurd YL, Spriggs S, Alishayev J, Winkel G, Gurgov K, Kudrich C, Oprescu AM, Salsitz E. Cannabidiol for the Reduction of Cue-Induced Craving and Anxiety in Drug-Abstinent Individuals With Heroin Use Disorder: A Double-Blind Randomized Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry.* 2019 Nov 1;176(11):911-922. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.18101191. Epub 2019 May 21. PMID: 31109198

Jacobus J, Courtney KE, Hodgdon EA, Baca R. Cannabis and the developing brain: What does the evidence say? *Birth Defects Res.* 2019 Oct 15;111(17):1302-1307. doi: 10.1002/bdr2.1572. Epub 2019 Aug 5. PMID: 31385460

Kamarulzaman A, Reid SE, Schwitters A, Wiessing L, El-Bassel N, Dolan K, Moazen B, Wirtz AL, Verster A, Altice FL. Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. *Lancet.* 2016 Sep 10;388(10049):1115-1126. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30769-3. Epub 2016 Jul 14. PMID: 27427456

Khan R, Naveed S, Mian N, Fida A, Raafey MA, Aedma KK. The therapeutic role of Cannabidiol in mental health: a systematic review. *J Cannabis Res.* 2020 Jan 2;2(1):2. doi: 10.1186/s42238-019-0012-y. PMID: 33526132

Kerr, W. C., Ye, Y., Subbaraman, M. S., Williams, E. and Greenfield, T. K. (2018), 'Changes in marijuana use across the 2012 Washington state recreational legalization: is retrospective assessment of use before legalization more accurate?', *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 79, pp. 495-502. <https://doi.org/10.15288/jsad.2018.79.495>.

Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RS, McDonald K, Ward A, Poulton R, Moffitt TE. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012 Oct 2;109(40):E2657-64

Merrall EL, Kariminia A, Binswanger IA, Hobbs MS, Farrell M, Marsden J, Hutchinson SJ, Bird SM. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*. 2010 Sep;105(9):1545-54. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x. Epub 2010 Jun 23. PMID: 20579009

Miller W. R., Rollnick S.: *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press, New York 1991.

Molla HM, Tseng KY. Neural substrates underlying the negative impact of cannabinoid exposure during adolescence. *Pharmacol Biochem Behav*. 2020 Aug;195:172965. doi: 10.1016/j.pbb.2020.172965. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32526217

Opitz-Welke A, Lehmann M, Seidel P, Konrad N. Medicine in the Penal System. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Nov 30;115(48):808-814. doi: 10.3238/arztebl.2018.0808. PMID: 30642429

Power RA, Verweij KJ, Zuhair M, Montgomery GW, Henders AK, Heath AC, Madden PA, Medland SE, Wray NR, Martin NG. Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis. *Mol Psychiatry*. 2014 Nov;19(11):1201-4.

Salmanzadeh H, Ahmadi-Soleimani SM, Pachenari N, Azadi M, Halliwell RF, Rubino T, Azizi H. Adolescent drug exposure: A review of evidence for the development of persistent changes in brain function. *Brain Res Bull*. 2020 Mar;156:105-117. doi: 10.1016/j.brainresbull.2020.01.007. Epub 2020 Jan 8. PMID: 31926303.

Sarrazin, Doris. 2017. ABSCHLUSSBERICHT, Titel: „FreD – Crystal/ATS“ Frühintervention für erst auffällige (Crystal-Meth)- Amphetaminkonsument/innen – Erweiterung des FreD-Programms.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwLjo25nwAhXfg_0HHXGDAkMQF-jAEegQIChAD&url=https%3A%2F%2Fwww.bundesgesundheitsministerium.de%2Ffileadmin%2FDateien%2F5_Publikationen%2FDrogen_und_Sucht%2FBerichte%2FAbschlussbericht_FreD-Crystal-ATS.pdf&usg=AOvVaw1ao5HToEKh-i5yG0diD7-q

Shadur JM, Lejuez CW. Adolescent Substance Use and Comorbid Psychopathology: Emotion Regulation Deficits as a Transdiagnostic Risk Factor. *Curr Addict Rep*. 2015 Dec 1;2(4):354-363. doi: 10.1007/s40429-015-0070-y. Epub 2015 Oct 7. PMID: 26889402

Stone J, et al. Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2018 Dec;18(12):1397-1409. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30469-9. Epub 2018 Oct 29. PMID: 30385157

Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*. 2010 Jun;105(6):1117-28.

van Winkel R, van Beveren NJ, Simons C; Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators. AKT1 moderation of cannabis-induced cognitive alterations in psychotic disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2011 Nov;36(12):2529-37.

Verweij KJ, Abdellaoui A, Nivard MG, Sainz Cort A, Ligthart L, Draisma HH, Minică CC; International Cannabis Consortium, Gillespie NA, Willemsen G, Hottenga JJ, Boomsma DI, Vink JM. Short communication: Genetic association between schizophrenia and cannabis use. *Drug Alcohol Depend*. 2017 Feb 1;171:117-121.