

Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG)

BT-Drucksache 18/4204

**Gesetzentwurf der Bundestagsfraktion BÜNDNIS
90/DIE GRÜNEN**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 14. März 2016**

Einleitung

Der vorliegende Gesetzentwurf der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sieht eine Herausnahme von Cannabis aus den strafrechtlichen Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes vor und zielt stattdessen auf eine staatliche Kontrolle des legalen Cannabismarktes einschließlich der Schaffung spezieller Verkaufsstellen ab, über die Erwachsene bis zu 30 g Cannabis erwerben können. Zum Jugendschutz soll der Verkauf an Minderjährige verboten bleiben und weitere zusätzliche Maßnahmen getroffen werden, um eine effektive Kontrolle dieses Verbots zu ermöglichen. Zudem soll ein striktes Werbeverbot durchgesetzt werden. Zur Risikominimierung für volljährige Konsumenten sollen diese zahlreiche produktbezogene Informationen u. a. über Inhaltsstoffe, Konzentration der Wirkstoffe sowie Risiken des Konsums zur Verfügung gestellt und Qualitätsstandards etabliert werden. Darüber hinaus werden zahlreiche Maßnahmen zum Verbraucherschutz vorgeschlagen. Betreiber von Cannabisfachgeschäften werden verpflichtet, ein Sozialkonzept zu erstellen, das Maßnahmen zur Suchtprävention, zum Jugendschutz und Schulungsmaßnahmen für das Verkaufspersonal umfasst. Das Verkaufspersonal soll die Kunden über die Suchtrisiken und riskante sowie schadensminimierende Konsumformen informieren und bei Anzeichen für ein riskantes oder abhängiges Konsummuster auch zu Möglichkeiten der Suchtberatung und ambulanten und stationären Therapie beraten.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) vertritt die Auffassung, dass eine Entscheidung über die Freigabe von Cannabis zum nichtmedizinischen Gebrauch insbesondere vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und rechtspolitischen Diskussion politisch zu treffen ist. Die Aufgabe der BPTK besteht daher vorrangig in einer fachlichen Einschätzung der möglichen psychischen und körperlichen Schäden des Cannabiskonsums, der Folgen und der Krankheitslast von cannabisbezogenen Störungen sowie der Folgen für das Gesundheitsversorgungssystem.

Epidemiologie des Cannabiskonsums und der cannabisbezogenen Störungen

Nach den Daten des nationalen epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) konsumieren innerhalb eines Jahres 4,5 Prozent der Erwachsenen Cannabis, wobei der Anteil der Konsumenten bei Männern mit 6 Prozent doppelt so hoch ausfällt wie bei Frauen mit 3 Prozent (Kraus et al., 2014a). Der Anteil der Konsumenten ist dabei in der Altersgruppe der 18 – 29-Jährigen besonders hoch, mit einem Anteil von 16,2 Prozent bei

den 18 – 20-Jährigen, 13,7 Prozent bei den 21 – 24-Jährigen und 9,8 Prozent bei den 25 – 29-Jährigen. Bei Kindern und Jugendlichen lässt sich nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie (BZgA, 2012) ein erheblicher Anstieg der Konsumerfahrung für die Altersgruppe der 14 – 17-Jährigen zeigen. Die 12-Monats-Prävalenzrate für Cannabiskonsum bei den 14 – 17-Jährigen bei 6,8 Prozent im Vergleich zu 0,2 Prozent in der Altersgruppe der 12 – 13-Jährigen. Der Anteil der regelmäßigen Konsumenten (mehr als zehnmal pro Jahr) lag in der Altersgruppe der 14 – 17-Jährigen im Jahr 2011 bei 0,9 Prozent (Jungen: 1,7 Prozent, Mädchen: 0,7 Prozent).

Für die erwachsene Allgemeinbevölkerung lag die 12-Monats-Prävalenz für cannabisbezogene Störungen nach den Daten des ESA bei 1 Prozent. Dabei erfüllen 0,5 Prozent der Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung die DSM-IV-Kriterien für einen Cannabismissbrauch und weitere 0,5 Prozent für eine Cannabisabhängigkeit. Der Anteil cannabisbezogener Störungen fällt hierbei bei Männern mit 0,8 Prozent viermal so hoch aus wie bei Frauen mit 0,2 Prozent. Deutlich höhere Prävalenzraten ergeben sich auch hier für die Altersgruppe der 18 – 29-Jährigen, mit 2,8 Prozent bei den 18 – 20-Jährigen, 3,7 Prozent bei den 21 – 24-Jährigen und 2,8 Prozent bei den 25 – 29-Jährigen. Im Vergleich dazu fallen die Prävalenzraten in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung für alkoholbezogene Störungen und Nikotinabhängigkeit mit 6,5 Prozent bzw. 10,8 Prozent deutlich höher aus (Kraus et al., 2014b). Dabei fallen in den jüngeren Altersgruppen die Prävalenzraten für alkoholbezogene Störungen nochmals höher aus (12,4 Prozent bei den 18 – 20-Jährigen, 10,2 Prozent bei den 21 – 24-Jährigen und 8,6 Prozent bei den 25 – 29-Jährigen).

Circa 9 Prozent aller Cannabiskonsumenten entwickeln im Verlauf ihres Lebens eine Cannabisabhängigkeit, wobei die Lebenszeitprävalenz auf 17 Prozent ansteigt, wenn der Cannabiskonsum bereits in der Adoleszenz beginnt und 25 – 50 Prozent beträgt, wenn Cannabinoide täglich gebraucht werden (Hoch et al., 2015). In klinischen Stichproben zeigt sich darüber hinaus für Patienten mit einer cannabisbezogenen Störung eine erhöhte Komorbiditätsrate mit alkoholbezogenen Störungen, aber auch mit schädlichem Gebrauch oder Abhängigkeit von Amphetaminen oder Kokain (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011). Darüber hinaus wird in der Literatur die Assoziation von Cannabiskonsum und Nikotinabhängigkeit diskutiert, mit dem möglichen erhöhten Risiko für tabakrauchspezifische Folgeerkrankungen. Auch zusätzliche kardiovaskuläre und

zerebrovaskuläre Risiken, die auch bei Kontrolle des begleitenden Zigarettenkonsums nachgewiesen werden können, werden beschrieben (Hodcroft et al., 2014; Hemachandra et al., 2015).

Cannabiskonsum und psychische Erkrankungen

Neben den erhöhten Komorbiditätsraten mit anderen substanzbezogenen Störungen bei Menschen mit einer Cannabisabhängigkeit wird auch die Rolle des Cannabiskonsums für das Auftreten psychotischer Symptome bis hin zur Auslösung psychotischer Erkrankungen diskutiert. Zahlreiche Studien liefern Hinweise auf eine dosisabhängige Assoziation von Cannabiskonsum und psychotischen Erkrankungen, wenngleich die Kausalität nicht abschließend geklärt ist (van Winkel & Kuepper, 2014). Dabei spielt für das erhöhte Risiko für eine erste Episode einer psychotischen Erkrankung nicht nur die Frequenz des Cannabiskonsums, sondern auch die Potenz des konsumierten Cannabis eine vermittelnde Rolle (Di Forti et al., 2015). Gut belegt ist dabei auch der Einfluss des intensiven Cannabiskonsums vor dem 18. Lebensjahr auf das Ersterkrankungsalter bei Patienten mit einer Schizophrenie, das bei diesen Patienten durchschnittlich sieben Jahre niedriger lag als bei Patienten ohne Cannabiskonsum (Veen et al., 2004).

Darüber hinaus weisen epidemiologische Studien auf ein erhöhtes Risiko von cannabisabhängigen Personen für affektive Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen hin, wobei auch hier die Kausalität nicht abschließend geklärt ist (Wittchen et al., 2007). Zugleich weisen eine Reihe von Studien auf einen negativen Effekt des begleitenden Cannabiskonsums auf die Behandlung der komorbiden psychischen Störungen hin.

Insgesamt liegen aus der bisherigen Forschung zahlreiche Hinweise auf die möglichen schädigenden Effekte des Cannabiskonsums vor, insbesondere bei intensiverem Konsum in einem jungen Lebensalter. Neben den gesundheitlichen Folgen des regelmäßigen adoleszenten Cannabiskonsums sind hier insbesondere Störungen der geistigen Entwicklungsprozesse, schulische Schwierigkeiten, häufig verbunden mit Schulabbrüchen, geringerem schulischen und beruflichen Bildungserfolg bis hin zur sozialen Desintegration zu nennen (Stiby et al., 2015; Wittchen et al., 2016), wobei auch hier die Kausalität kontrovers diskutiert wird (Mokrysz et al., 2016). Eine kanadische Studie

zur Krankheitslast infolge von Cannabiskonsum konnte zeigen, dass der größte Teil der Krankheitslast auf die cannabisbezogenen Störungen zurückzuführen ist, vor den möglichen Folgen cannabisassoziierter psychotischer Erkrankungen, Verkehrsunfällen oder Lungenkrebserkrankungen. Die Krankheitslast, die auf einen Cannabiskonsum bezogen werden kann, ist demnach erheblich, fällt aber zugleich deutlich geringer aus als die Krankheitslast, die anderen legalen oder illegalen Drogen zugeschrieben werden kann (Imtiaz et al., 2016).

Entwicklungstrends

Die Daten der Drogenaffinitätsstudie im Zeitverlauf zeigen für die Konsummuster legaler und illegaler Drogen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter einige bedeutsame Veränderungen (BZgA, 2012). So hat sich die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums in der Altersgruppe der 14 – 17-Jährigen im Zeitraum von 2004 bis 2011 von 14,5 Prozent auf 6,8 Prozent in etwa halbiert. Der Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenden hat sich in diesem Zeitraum von 3,0 Prozent in 2001 über 2,0 Prozent in 2004 auf 1,2 Prozent in 2011 ebenfalls deutlich reduziert. Auch für die gesamte Altersgruppe der 12 – 25-Jährigen lässt sich hinsichtlich des Anteils der regelmäßigen Cannabiskonsumenden im Trend eine Abnahme von 1997 bis 2011 zeigen. Zuletzt gab es aber auch Hinweise darauf, dass der Rückgang beim Cannabiskonsum stagniert, bzw. liegen einzelne Hinweise auf einen erneuten Anstieg des Konsums (Pfeiffer-Gerschel et al., 2015) vor.

Beim Tabakkonsum zeigt sich ein längerfristiger, kontinuierlicher Trend zur Abnahme des Raucheranteils unter den 12 – 25-Jährigen von 41,2 Prozent in 1997 auf 27,1 Prozent in 2011. Dagegen stagniert nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem problematischen Alkoholkonsum (häufiges Rauschtrinken, mindestens viermal in den letzten 30 Tagen) zwischen den Jahren 2004 und 2011 bei circa 10 Prozent. Insgesamt wird deutlich, dass die legalen Drogen Tabak und Alkohol in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter eine weitaus stärkere Verbreitung haben als dies für Cannabis der Fall ist. Für den Tabakkonsum ist dabei erkennbar, dass hier nicht zuletzt Maßnahmen zur Verringerung der Verfügbarkeit von Zigaretten für Jugendliche, Werbeverbote, Rauchverbote und Steuererhöhungen einen positiven Effekt auf die Prävalenzraten des Tabakkonsums in der jüngeren Bevölkerung entfalten konnten. Zugang/Verfügbarkeit und Preis sind zwei

wesentliche Einflussgrößen für den Konsum von legalen und illegalen Drogen und damit neben weiteren Faktoren auch für das Risiko von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeitsentwicklungen. Durch den Gesetzgeber ist zu prüfen, ob die im Gesetzentwurf skizzierte kontrollierte Freigabe des Handels von Cannabis für spezifische Verkaufsstellen und des Erwerbs und Konsums von Cannabis durch Erwachsene bis zu einer Menge von 30 g je Einkauf geeignet ist, den Konsum von Cannabis in der Bevölkerung zu reduzieren bzw. kontrollierten Konsum zu ermöglichen und darüber insbesondere die damit verbundenen Risiken zu reduzieren. Besonderes Augenmerk muss dabei auf den Zugang von Kindern und Jugendlichen zu Cannabis gelegt werden mit dem Ziel, diesen deutlich besser zu kontrollieren und zu verhindern. Europäische Vergleichsdaten aus der ESDAP-Studie zum Cannabiskonsum von Jugendlichen legen bislang eher nahe, dass mit einer Freigabe des Handels und der Erleichterung des Zugangs für Erwachsene in Deutschland auch ein Anstieg der Cannabiskonsumrate unter Jugendlichen verbunden sein könnte (Hibell et al., 2012).

Behandlung von Patienten mit primär cannabisbezogenen Störungen

Im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik (DHS) wurden für das Jahr 2014 in 837 ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe rund 70.000 Behandlungen wegen Problemen in Zusammenhang mit illegalen Drogen erfasst. Mit rund 40 Prozent der Fälle waren primär cannabisbezogenen Probleme der häufigste Beratungs- oder Behandlungsanlass, noch vor den opioidbezogenen Störungen (Rummel et al. 2015). Bei den Personen mit erstmaliger suchtspezifischer Behandlung stand Cannabis mit rund 60 Prozent mit Abstand an erster Stelle vor den Konsumenten von Stimulantien (19 Prozent) und Opioiden (12 Prozent). Auch in der stationären Krankenhausbehandlung spielen die Behandlungen wegen einer cannabisbezogenen Störung eine zentrale Rolle. Bezogen auf die wegen eines primären Drogenproblems stationär behandelten Patienten stellt die Patientengruppe mit einer cannabisbezogenen Störung mit 11,5 Prozent die drittgrößte Gruppe nach den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch (43,2 Prozent) und den Patienten mit opioidbezogenen Störungen (27,6 Prozent) dar. Im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung lag der Anteil dieser Patienten mit 20,5 Prozent ebenfalls an dritter Stelle. Sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung zeichnet sich dabei bezogen auf die letzten acht bis zehn Jahre eine deutliche Zu-

nahme der Patientenzahlen ab, die wegen einer primären cannabisbezogenen Störung behandelt werden. Nach einer aktuellen Expertise der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erhalten in Deutschland circa 10 Prozent der behandlungsbedürftigen Cannabiskonsumenten eine Behandlung (Schettino et al., 2015). Die Behandlungsrate liegt damit im europäischen Vergleich im obersten Bereich.

Entkriminalisierung des Konsums aus psychotherapeutischer Sicht

Die Regelung des § 31a Betäubungsmittelgesetz (BtMG), wonach die Einstellung der Strafverfolgung bei Vorliegen einer geringen Menge und bei Vorliegen bestimmter weiterer Voraussetzungen möglich ist, zielt auf eine Reduktion oder Vermeidung der Kriminalisierung von Konsumenten ab. Hierbei handelt es sich um eine Kann-Bestimmung, die in den Bundesländern sowohl durch die landesrechtlichen Regelungen hinsichtlich der Menge des straffreien persönlichen Besitzes zum Eigenkonsum als auch durch die Praxis der Strafverfolgung unterschiedlich umgesetzt wird.

Nicht zuletzt bei Jugendlichen zeigen sich im Cannabiskonsumverhalten Schwankungen, die unabhängig von der Frage der Legalität des Besitzes und Konsums von Cannabis auftreten. Auch mit Blick auf unterschiedlichen Regelungen in den Bundesländern zur Einstellung der Strafverfolgung bei Vorliegen einer geringen Menge für den Eigenkonsum und bei Fehlen eines öffentlichen Interesses zur Strafverfolgung ist nicht erkennbar, dass entkriminalisierende Regelungen eine Zunahme des Konsums von Cannabis zur Folge hätten.

Die BPTK hält eine Prüfung der Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes im Sinne einer weiteren Entkriminalisierung der Konsumenten und die Überprüfung der Frage präventiver Wirkungen dieser Regelungen sowohl für die Bevölkerung insgesamt als auch für die Gruppe der Konsumenten für angebracht. Es sollte auf jeden Fall auf eine bundesweit vereinheitlichte Praxis in Bezug auf die Einleitung einer Strafverfolgung ggf. vor dem Hintergrund einer in § 31a BtMG definierten geringen Menge für den Eigenkonsum unter definierten Voraussetzungen hingewirkt werden.

Weiterhin sollten systematische und flächendeckende präventive Ansätze wie bspw. verbindliche Angebote zur Aufklärung und Schulung der Bevölkerung und insbesondere für Kinder und Jugendliche in Bezug auf den Umgang mit Cannabis und anderen Suchtmitteln ausgebaut und bezüglich ihrer Wirksamkeit geprüft werden.

Literatur

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Di Forti, M., Marconi, A., Carra, E. et al. (2015). Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case control study. *Lancet Psychiatry* 2:233-238.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. and Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden.
- Hoch, E., Bonnet, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Hvermann-Reinecke, U. & Preuss, U. (2015). Risiken bei nicht-medizinischem Gebrauch von Cannabis. *Deutsches Ärzteblatt* 112 (16): 271-278.
- Imtiaz, S., Shield, K., Roerecke, M., Cheng, J., Popova, S., Kurdyak, P., Fischer, B & Rehm, J. (2016). *Addiction*. Article first published online: 5 JAN 2016. DOI: 10.1111/add.13237
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014a). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014b). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Mokrysz, C., Landy, R. et al. (2016). Are IQ and educational outcomes in teenagers related to their cannabis use? A prospective cohort study. *Journal of Psychopharmacology* 30(2) 159–168.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D., & Raiser, P. (2011). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E. & Karachaliou, K. (2015). Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Drogen. Workbook Drugs. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Rummel, C., Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E., Karachaliou, K. & Budde, A. (2015). 2015 National report (2014 data) to the EMCDDA by the REITOX National Focal Point. Germany, Workbook Treatment. Munich: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Schettino, J. et al. (2015). Treatment of cannabis related disorders in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- Stiby, A., Hickman, M., Munafò, M., Heron, J., Yip, V. & Macleod, J. (2015). Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: birth cohort study. *Addiction* 110(4): 658–668.
- Van Winkel, R. & Kuepper, R. (2014). Epidemiological, neurobiological, and genetic clues to the mechanisms linking cannabis use to risk for nonaffective psychosis. *Annual Review of Clinical Psychology* 10:767–791.
- Wittchen, H.-U., Fröhlich, C. et al. (2007). Cannabis use and cannabis use disorder and their relationship to mental disorders: a 10-years prospective-longitudinal study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 88: 60-70.