

Standpunkt

---

**Cannabis legalisieren, Alkohol verteuern,  
Hilfsangebote ausbauen**

Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland neu ausrichten

---

**09.06.2022**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Legalisierung von Cannabis</b>	<b>6</b>
2.1	Argumente dagegen	6
2.2	Argumente dafür	7
<b>3</b>	<b>Cannabis – die Pflanze</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Cannabis-Gebrauch in Deutschland</b>	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>Cannabis-Verbot in Deutschland</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>Cannabis-Gebrauch nach Legalisierung</b>	<b>12</b>
6.1	Niederlande	12
6.2	Portugal	12
6.3	USA	13
6.4	Kanada	14
6.5	Fazit	15
<b>7</b>	<b>Cannabis ist nicht harmlos</b>	<b>15</b>
7.1	Risiken für die körperliche Gesundheit	15
7.2	Risiken für die psychische Gesundheit	16
7.3	Risiken für die kognitive Leistungsfähigkeit und den Bildungserfolg	17
7.4	Schädlichkeit im Vergleich zu anderen Drogen	18
7.5	Fazit	19
<b>8</b>	<b>Alkohol ist weitaus gefährlicher</b>	<b>19</b>
8.1	Risiken für die körperliche Gesundheit	19
8.2	Risiken für die psychische Gesundheit	20
8.3	Risiken für die kognitive Leistungsfähigkeit und den Bildungserfolg	20
8.4	Schädlichkeit im Vergleich zu anderen Drogen	21
8.5	Fazit	21
<b>9</b>	<b>BPTK-Forderungen: Neuausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland – Cannabis legalisieren, Alkohol verteuern, Hilfsangebote ausbauen</b>	<b>23</b>
9.1	Überblick	23
9.2	Für Cannabis	24
9.2.1	Maximaler THC-Gehalt von 15 Prozent	24
9.2.2	Besteuerung nach THC-Gehalt und Menge je Gramm	24
9.2.3	Verkaufsverbot von Cannabis in Nahrungsmitteln	24
9.3	Für Cannabis und Alkohol	25
9.3.1	Striktes Werbeverbot für alle legale Drogen	25

9.3.2	Mindestalter für den Erwerb legaler Drogen auf 18 Jahre festlegen.....	25
9.3.3	Verkauf legaler Drogen ausschließlich in lizenzierten Geschäften.....	26
9.3.4	Abgabe an Minderjährige stärker sanktionieren.....	26
9.3.5	Alkohol-Steuer mindestens auf den europäischen Durchschnitt erhöhen und einen Mindestpreis für Alkohol festlegen .....	26
9.3.6	Verpflichtende Aufklärung zu Drogen an Schulen.....	27
9.3.7	Aufklärungs- und Anti-Stigma-Kampagnen zu Suchterkrankungen .....	28
9.3.8	Screening zur Früherkennung von Drogenmissbrauch .....	28
9.3.9	Suchtberatung als verpflichtendes Leistungsangebot der Kommunen.....	29
9.3.10	Spezielle Behandlungsangebote für suchtkranke Kinder und Jugendliche .....	29
9.3.11	Ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen ohne Einschränkungen ermöglichen .....	29
9.3.12	Bessere Finanzierung der Reha-Einrichtungen.....	30
9.3.13	Therapie- und Versorgungsforschung bei Suchterkrankungen ausbauen .....	30
<b>10</b>	<b>Anhang: Verweise und Literatur .....</b>	<b>31</b>

## 1 Zusammenfassung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hält es für notwendig, die Drogen- und Suchtpolitik grundsätzlich neu auszurichten. Statt auf Verbot und Kriminalisierung sollte sie auf Regulierung, Prävention und aufgeklärten, kompetenten und eigenverantwortlichen Gebrauch von Drogen setzen. Das ist der beste Schutz vor Drogenmissbrauch und -abhängigkeit.

Die BPTK fordert deshalb, Cannabis zu legalisieren, Alkohol deutlich stärker zu besteuern und beide ausschließlich über staatlich lizenzierte Geschäfte abzugeben. Werbung ist für alle legalen Drogen zu verbieten. Die Abgabe an Minderjährige muss stärker als bislang sanktioniert werden. Unverzichtbar ist außerdem der gezielte Ausbau von Aufklärungsangeboten ebenso wie von professionellen Angeboten zur Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation von Suchterkrankungen, insbesondere für Kinder und Jugendliche. Das Ziel bleibt das gleiche wie das der bisherigen Drogenpolitik: Drogenmissbrauch und -abhängigkeit vermeiden.

Cannabis ist nicht harmlos: Es kann, anders als früher angenommen, auch körperlich abhängig machen und birgt insbesondere das Risiko, an einer Psychose zu erkranken. Alkohol ist deutlich gefährlicher als Cannabis. Alkohol kann tödlich sein. In Deutschland sterben jedes Jahr 14.000 Personen an Alkoholerkrankungen und Leberschäden. Alkohol fördert aggressives und gewalttätiges Verhalten. Jede vierte Gewalttat erfolgt unter Alkoholeinfluss. Alkohol erhöht das Risiko, an einer Psychose zu erkranken, deutlich. Er wird von vielen Expert\*innen aufgrund seiner leichten Verfügbarkeit, seinen massiven gesundheitlichen Schäden und gesellschaftlichen Kosten als „die gefährlichste aller Drogen“ eingeschätzt. Cannabis gilt als eine moderat schädliche Droge.

Alkohol ist als legale Droge in Deutschland fast überall verfügbar und ausgesprochen preiswert. Fast jede fünfte Deutsche\* trinkt Alkohol in riskanten Mengen. Cannabis ist die meistgebrauchte illegale Droge. Mehr als jede vierte Deutsche\* hat schon mindestens einmal im Leben Cannabis als Rauschmittel genutzt. Jede zweite junge Erwachsene\* (46,4 %) und jede zehnte Jugendliche\* (10,4 %) hat dieses Rauschmittel schon einmal ausprobiert. Der Gebrauch von Cannabis nimmt seit Jahrzehnten zu – trotz Verbot und Strafen. Die deutsche Prohibitions politik, die den Cannabis-Gebrauch einschränken sollte, ist damit gescheitert.

Die BPTK fordert deshalb eine grundsätzliche Neuausrichtung der deutschen Drogen- und Suchtpolitik: weg von Verboten und Kriminalisierung, hin zu Regulierung der Abgabe und

aufgeklärtem, kompetentem und eigenverantwortlichem Gebrauch von Drogen. Alkohol trinken wird in unserem Kulturkreis häufig stark verharmlost, die Schädlichkeit von Cannabis dagegen tendenziell übertrieben. Beides entbehrt einer sachlichen Grundlage. Der Staat kann den Gebrauch von Rauschmitteln nicht lückenlos überwachen und verhindern, sondern nur regulieren. Drogenprohibition schafft einen Schwarzmarkt, der Nutzer\*innen kriminalisiert. Dies führt zu einer Stigmatisierung von Drogengebrauch, die es massiv erschwert, Drogenmissbrauch und -abhängigkeit frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Sowohl Alkohol- als auch Cannabis-Abhängigkeit werden im Durchschnitt erst neun bis zehn Jahre nach den ersten Krankheitssymptomen erkannt, weil die Erkrankten versuchen, ihre Sucht mit allen Mitteln zu verbergen.

Es ist Zeit, offen und sachlich über Wirkung und Risiken von Rauschmitteln zu sprechen. Erwachsene wie Jugendliche sind besser vor körperlichen und psychischen Schäden von Drogen zu bewahren, wenn sie eine eigenständige Drogenkompetenz entwickeln. Das Gespräch über Drogen sollte verpflichtend zum Schulunterricht gehören. Wer auch nur leise Zweifel hat, ob sein Drogengebrauch schädlich ist, sollte offen darüber sprechen und unkompliziert Beratung und Hilfe finden können. Suchtberatung sollte ein verpflichtendes Leistungsangebot jeder Kommune werden. Abhängige brauchen Hilfe und keine Strafverfolgung.

Die BPTK fordert deshalb, Cannabis zu legalisieren und ergänzend zu regeln:

- Mindestalter für den Erwerb aller legalen Drogen auf 18 Jahre festlegen,
- Verkaufsverbot von Cannabis in Nahrungsmitteln,
- Cannabis nach seiner stärksten psychoaktiven Substanz (THC-Gehalt) und Menge besteuern, THC-Gehalt auf höchstens 15 Prozent beschränken,
- Alkoholsteuer auf den europäischen Durchschnitt erhöhen und einen Mindestpreis für Alkohol festlegen,
- Abgabe aller legalen Drogen ausschließlich über staatlich lizenzierte Geschäfte,
- Abgabe legaler Drogen an Minderjährige stärker sanktionieren,
- striktes Werbeverbot für alle legale Drogen,
- Aufklärungs- und Anti-Stigma-Kampagnen zu Suchterkrankungen,
- verpflichtende Aufklärungsprogramme zu Drogen an Schulen ab der sechsten Jahrgangsstufe,
- Screening zur besseren Früherkennung von Drogenmissbrauch,
- Suchtberatung als verpflichtendes Leistungsangebot der Kommunen,
- ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen ohne Einschränkungen ermöglichen,

- Rehabilitationseinrichtungen zur Behandlung von Suchterkrankungen besser finanzieren,
- spezielle Behandlungsangebote für suchtkranke Kinder und Jugendliche schaffen,
- Therapie- und Versorgungsforschung bei Suchterkrankungen ausbauen.

## 2 Legalisierung von Cannabis

Die neue Bundesregierung plant, Cannabis zu legalisieren. Das Verbot von Cannabis, das in Deutschland seit 1973 mit Ratifizierung des internationalen Einheitsabkommens über die Betäubungsmittel<sup>1</sup> besteht, ist seit Jahren umstritten. Im Folgenden werden die zentralen Argumente der Debatte beschrieben, die gesundheitspolitische, volkswirtschaftliche, rechts- und sicherheitspolitische Aspekte umfassen.

### 2.1 Argumente dagegen

Einige Legalisierungsgegner\*innen schätzen Cannabis als eine **Einstiegsdroge** ein, nach deren Konsum Menschen auf schädlichere Drogen mit einem stärkeren Abhängigkeitspotenzial, wie Kokain oder Heroin, wechseln. Diese „Gateway-Hypothese“<sup>2</sup> konnte bislang nicht bestätigt werden.<sup>3</sup> Die meisten Jugendlichen in Deutschland konsumieren erst Alkohol (Einstiegsalter: 15,0 Jahre)<sup>4</sup> oder Zigaretten (Einstiegsalter: 16,1 Jahre)<sup>5</sup>, bevor sie Cannabis (Einstiegsalter: 16,4 Jahre)<sup>6</sup> oder andere illegale Drogen ausprobieren<sup>7,8</sup>. Von den erwachsenen Cannabisnutzer\*innen nimmt nicht die Mehrheit, sondern nur etwa jede Zehnte\* auch schädlichere Drogen, wie Amphetamine (13,5 %), Kokain (11,5 %) oder Heroin (3,5 %).<sup>9</sup> Einige Studien legen nahe, dass weniger die erstmalig probierte Droge, sondern der Freundeskreis<sup>10</sup> oder belastende Lebensereignisse<sup>11</sup> für den Wechsel zu härteren Drogen entscheidend sind.

Ein weiteres Argument gegen eine Legalisierung lautet, dass dadurch Cannabis leichter verfügbar und **von mehr Menschen auch in gefährlichen Mengen gebraucht** wird. Dazu liegen inzwischen aussagekräftige Daten aus verschiedenen Ländern vor, die zeigen, dass eine Legalisierung keine oder nur geringe Effekte auf den Cannabis-Gebrauch hat. In Portugal und den Niederlanden, wo Cannabis seit mehreren Jahrzehnten nicht mehr verboten ist, gebrauchen nicht mehr Menschen Cannabis als in anderen EU-Ländern. Auf die Ergebnisse der Studien zu den Folgen einer Cannabis-Legalisierung wird ausführlich in Kapitel 4 eingegangen.

Cannabis steht auch im Verdacht, **Psychosen** auszulösen. Insbesondere für Personen, die häufig Cannabis gebrauchen und Varianten der Gene AKT1 oder DRD2 in sich tragen,

steigt das Risiko an einer Psychose zu erkranken, um das Zwei- bis Siebenfache. Allerdings ist das Zusammenwirken von Cannabis und Psychosen noch nicht verlässlich geklärt. Einige Studien zeigen, dass Personen mit einem genetischen Risiko für Psychosen häufiger Cannabis gebrauchen. Auch nach Alkohol-Gebrauch besteht das Risiko, dass Psychosen ausgelöst werden. Auf Studien zum Psychoserisiko durch Cannabis wird vertieft in Kapitel 5 eingegangen.

Weiter wird bezweifelt, ob eine Legalisierung tatsächlich den **Schwarzmarkt** eindämmt. In Kanada und in den Niederlanden besteht nach der Legalisierung weiterhin ein illegaler Markt für Cannabis. In den Niederlanden ist jedoch ein Grund für den nach wie vor bestehenden Schwarzmarkt vor allem die fehlende Regulierung des Anbaus und Einkaufs von Cannabis. Betreiber\*innen der dortigen „Coffeeshops“ dürfen Cannabis weder anbauen noch in größeren Mengen einkaufen, weshalb sie sich weiterhin oft über den Schwarzmarkt versorgen („Backdoor Problem“). In Kanada wiederum gab es zu Beginn der Legalisierung 2018 zu wenige staatliche Abgabestellen für Cannabis. Außerdem waren die Vorschriften für den Anbau von legalem Cannabis so streng, dass dies den Verkaufspreis für legales Cannabis in die Höhe trieb. Deshalb beziehen bis heute fast 40 Prozent der kanadischen Cannabisnutzer\*innen ihren Stoff weiterhin über den Schwarzmarkt.<sup>12</sup>

Schließlich wird argumentiert, dass **Prävention** bei legalen Drogen **bisher nicht ausreichte**, um den Gebrauch von Alkohol und Tabak einzudämmen. Dieses Argument ist allerdings nicht zutreffend, da bisher die wirksamen Mittel der Verhältnisprävention zum Beispiel bei Alkohol nicht in ausreichendem Umfang eingesetzt wurden. Mit einer höheren Steuer, Einschränkungen der Verfügbarkeit und einem Werbeverbot ließe sich der Gebrauch von Alkohol erheblich verringern, wie andere EU-Länder zeigen. Alkohol ist in Deutschland überall verfügbar und ausgesprochen preiswert. Fast jede zweite 10- bis 16-Jährige\* gibt an, leicht bis sehr leicht an Bier oder Wein zu gelangen, vor allem über Freund\*innen und Eltern.<sup>13</sup> In skandinavischen Ländern, in denen Alkohol deutlich höher besteuert wird, ist der jährliche Bierkonsum pro Kopf (2020: 56 Liter in Norwegen und Schweden, 61 Liter in Dänemark, 70 Liter in Finnland) deutlich geringer als in Deutschland (2020: 95 Liter).<sup>14</sup> Nach Einschätzung der meisten Expert\*innen ist die Prävention bei legalen Drogen massiv unterentwickelt und unterfinanziert.<sup>15</sup>

## 2.2 Argumente dafür

Für die Legalisierung spricht vor allem, dass **die Verbotspolitik der vergangenen 50 Jahre gescheitert** ist. Sie hat ihr Hauptziel, den Cannabis-Gebrauch einzuschränken und den Jugendschutz zu sichern, deutlich verfehlt. Cannabis ist in Deutschland die häufigste illegale

Droge. In Deutschland ist der Gebrauch des Rauschmittels in den vergangenen Jahrzehnten über alle Altersgruppen hinweg gestiegen (siehe Kapitel 3). Ebenso ist die Anzahl der Strafverfolgungen von Cannabis-Delikten stetig gestiegen (2013 bis 2021: +50 %<sup>16</sup>). Über die Hälfte der 15- bis 24-Jährigen gibt in Umfragen an, sich Cannabis leicht bis sehr leicht beschaffen zu können.<sup>17</sup> Menschen nutzen Drogen trotz Verboten. Statt mit der gescheiterten Verbotspolitik fortzufahren, plädiert die BPTK deshalb für eine grundsätzliche Neuausrichtung der deutschen Drogen- und Suchtpolitik. Statt auf Verbot und Kriminalisierung sollte die Politik auf einen aufgeklärten, kompetenten und eigenverantwortlichen Gebrauch von Drogen setzen.

Ein weiteres Argument für eine Legalisierung besteht darin, dass **mit einer staatlich lizenzierten Abgabe die Schädlichkeit der Droge besser kontrolliert** werden kann. Cannabis wird bisher auf dem Schwarzmarkt mit gesundheitsschädlichen Stoffen (zum Beispiel Haarspray, Glas, Sand) gestreckt und mit hochpotenten synthetischen Cannabinoiden versetzt. Der illegale Handel mit synthetisch versetztem Cannabis birgt erheblich größere Gesundheitsgefahren bis hin zu Todesfällen und nimmt in den letzten Jahren zu.<sup>18</sup> Expert\*innen schätzen, dass mittlerweile 10 bis 20 Prozent des illegal gehandelten Cannabis synthetisch ist.<sup>19</sup> Außerdem kann durch eine staatliche Abgabe die stärkste psychoaktive Substanz von Cannabis (THC) begrenzt werden. Der durchschnittliche THC-Gehalt von Cannabis ist in den vergangenen Jahrzehnten durch die Kommerzialisierung und Professionalisierung der Cannabis-Zucht enorm gestiegen. In der EU hat er sich allein zwischen 2006 und 2016 verdoppelt: von fünf auf zehn Prozent für Cannabis-Kraut und acht auf 17 Prozent für Cannabis-Harz.<sup>20</sup> Ein hoher THC-Gehalt führt schneller zu einer Abhängigkeit<sup>21</sup> und häufiger zu einer psychotischen Störung<sup>22</sup>.

Darüber hinaus wird von Befürworter\*innen einer Legalisierung argumentiert, dass die bisherige Kriminalisierung von Cannabis-Konsum dazu führt, dass **Drogenmissbrauch und -abhängigkeit zu spät erkannt und behandelt** werden. In Deutschland führen bereits geringe Mengen wie der Besitz von mehr als sechs Gramm Cannabis dazu, dass die berufliche Zukunft (Eintrag im polizeilichen Führungszeugnis) von vor allem jungen Cannabis-Nutzer\*innen gefährdet ist. Knapp 60 Prozent der Cannabis-Delikte werden von Personen unter 25 Jahren begangen.<sup>23</sup> Die Stigmatisierung als illegale Droge führt dazu, dass sich Cannabisnutzer\*innen insbesondere bei psychischen Beschwerden erst viel zu spät professionelle Beratung und Behandlung suchen. Bei einer Cannabis-Störung nehmen Erkrankte in Deutschland durchschnittlich erst knapp neun Jahre nach den ersten Symptomen eine Behandlung auf.<sup>24</sup>

Durch eine Legalisierung könnten **Polizei und Justiz entlastet werden**. Rauschgift-Delikte nehmen in Deutschland seit zehn Jahren kontinuierlich zu.<sup>25</sup> Fast zwei Drittel dieser Delikte gehen dabei auf Cannabis zurück. Cannabis-Delikte haben sich zwischen 2011 (131.951 Fälle)<sup>26</sup> und 2020 (227.985 Fälle)<sup>27</sup> um 72 Prozent erhöht. Von diesen Verstößen sind wiederum rund 80 Prozent „konsumnahe Delikte“, bei denen die Angeklagten nur eine geringe Menge Cannabis besitzen.<sup>28</sup> Ein Großteil dieser Verfahren wird eingestellt, in Berlin sind es rund 75 Prozent.<sup>29</sup> Diese Ressourcen wären besser in der Bekämpfung der organisierten Kriminalität eingesetzt. Es ist unverhältnismäßig, dass junge Menschen wegen des Besitzes von Cannabis als vorbestraft gelten und zum Beispiel lebenslang in ihrer Berufstätigkeit negative Konsequenzen zu tragen haben.

Eine Cannabis-Legalisierung hätte erhebliche ökonomische Vorteile für Staat und Gesellschaft. Durch die Besteuerung von Cannabis ließen sich beträchtliche steuerliche Mehreinnahmen erwirtschaften und tausende Arbeitsplätze in Produktion, Vertrieb und Verkauf schaffen. Eine kürzlich veröffentlichte Studie rechnet in Deutschland bei einer Legalisierung mit jährlichen **4,7 Milliarden Euro aus Mehreinnahmen und Einsparungen sowie 27.600 Vollzeit-Arbeitsplätzen**.<sup>30</sup>

### 3 Cannabis – die Pflanze

Cannabis gehört zu den Hanfpflanzen. Es enthält zahlreiche psychoaktive Substanzen (Cannabinoide), die an das menschliche Nervensystem andocken können. THC (Delta-9-Tetrahydrocannabinol) wird als stärkste psychoaktive Substanz eingestuft. Nur die weibliche Pflanze enthält genügend THC, um einen Rausch zu erzeugen. Der THC-Gehalt der Droge kann stark schwanken.

Cannabis enthält auch eine beruhigende Substanz, den Wirkstoff Cannabidiol (CBD). Es gibt erste Untersuchungen, dass er die negativen Effekte von THC auf die psychische Gesundheit mindert.

Aus dem Harz der Pflanze wird Haschisch („Dope“), ein zu Platten oder Blöcken gepresstes Extrakt, hergestellt. Marihuana („Gras“) besteht aus den zerkleinerten und getrockneten Cannabisblüten und -blättern.

## 4 Cannabis-Gebrauch in Deutschland

Cannabis ist weltweit und auch in Deutschland die mit Abstand meistkonsumierte illegale Droge. Viele Jugendliche probieren das Rauschmittel lediglich aus und stellen den Gebrauch wieder ein. Rund 2,4 Millionen Personen in Deutschland nutzen Cannabis regelmäßig (monatlich oder mehr als zehn Mal im Jahr). Der Anteil der Personen, die Cannabis in riskanter Häufigkeit (fast täglich) gebraucht, liegt unter einem Prozent (0,7 %).

### Häufigkeit nach Alter

Mehr als ein Viertel (28,2 %) der deutschen Allgemeinbevölkerung (15 bis 64 Jahre) hat schon mindestens einmal im Leben Cannabis genutzt.<sup>31</sup> Unter den jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) ist es fast jede Zweite\* (46,4 %) und den Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) jede Zehnte\* (10,4 %), die dieses Rauschmittel schon einmal ausprobiert hat.<sup>32</sup> In den vergangenen zwölf Monaten haben 7,1 Prozent der Erwachsenen (18 bis 64 Jahre)<sup>33</sup>, 24,1 Prozent der jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) und 8,1 Prozent der Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) Cannabis gebraucht<sup>34</sup>. Zum Vergleich: Illegale Drogen außer Cannabis nahmen im vergangenen Jahr 1,4 Prozent der Erwachsenen (18 bis 64 Jahre)<sup>35</sup>, 6,2 Prozent der jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) und 1,1 Prozent der Jugendlichen (12 bis 17 Jahre)<sup>36</sup>.

Regelmäßig gebraucht (monatlich oder mehr als zehn Mal im Jahr) wird Cannabis von drei Prozent der Allgemeinbevölkerung (15 bis 64 Jahre)<sup>37</sup>, acht Prozent der jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) und zwei Prozent der Jugendlichen (12 bis 17 Jahre)<sup>38</sup>. 0,7 Prozent der Allgemeinbevölkerung (15 bis 64 Jahre) nutzt Cannabis fast täglich (riskanter Gebrauch).<sup>39</sup>

### Entwicklung

Der Cannabis-Gebrauch in Deutschland hat in den vergangenen Jahrzehnten trotz Verbot zugenommen, insbesondere bei jungen Erwachsenen: Seit den 1990ern ist der Anteil der erwachsenen (18 bis 59 Jahre) um etwa vier, der jugendlichen (12 bis 17 Jahre) Nutzer\*innen um drei Prozent gestiegen. Die Anzahl der jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) hat sich um circa sieben Prozent erhöht.<sup>40,41</sup>

### Cannabismissbrauch und -abhängigkeit

Aufgrund seiner psychoaktiven Substanzen, insbesondere THC, kann Cannabis zu einer Abhängigkeit und zu weiteren schädlichen psychischen und körperlichen Wirkungen führen. Der Gebrauch des Rauschmittels wird als „Missbrauch“ bezeichnet, wenn die Droge

trotz deutlicher psychischer oder körperlicher Schäden weiter genutzt wird. Eine „Abhängigkeit“ liegt vor, wenn der Gebrauch der Droge nicht eingestellt werden kann, für die gleiche Rauschwirkung eine immer höhere Dosis benötigt wird (Toleranzentwicklung) und es beim Absetzen der Droge zu psychischen oder körperlichen Entzugssymptomen kommt. Oft werden bei einer Abhängigkeit andere Interessen und Aktivitäten immer mehr vernachlässigt, weil viel Zeit für die Beschaffung, den Gebrauch und das Abklingen der Rauschwirkung sowie des Katers notwendig ist. Cannabismissbrauch und -abhängigkeit werden hier unter dem Begriff „Cannabis-Störungen“ zusammengefasst.

Nur 0,6 Prozent der Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) gebraucht Cannabis in einer Menge und Häufigkeit, dass die Kriterien für einen Cannabis-Missbrauch oder eine Cannabis-Abhängigkeit erfüllt sind.<sup>42</sup> Bei Personen, die Cannabis mehrfach im Jahr gebrauchen, weisen acht Prozent einen Cannabis-Missbrauch und 9,3 Prozent eine Cannabis-Abhängigkeit auf.<sup>43</sup>

Die Häufigkeit von Cannabis-Störungen ist in Deutschland laut bevölkerungsrepräsentativer Studien in den vergangenen 20 Jahren konstant geblieben.<sup>44,45</sup> Allerdings hat die Zahl der Personen, die deshalb behandelt wurden, in diesem Zeitraum zugenommen.<sup>46,47</sup> Als Erklärungen dafür werden zum einen vermehrte Überdosierungen aufgrund des erhöhten THC-Gehaltes in Cannabis diskutiert<sup>48,49</sup>. Zum anderen könnten aufgrund verbesserter Aufklärung mehr Cannabis-Nutzer\*innen die Hilfs- und Behandlungsangebote genutzt haben.<sup>50</sup>

## 5 Cannabis-Verbot in Deutschland

In Deutschland sind Anbau, Herstellung, Handel, Einfuhr, Ausfuhr, Abgabe, Veräußerung, sonstige Inverkehrbringung, Erwerb und Besitz von Cannabis, welches die psychoaktive Substanz THC enthält, strafbar. Das Strafmaß beträgt bis zu fünf Jahre Freiheitsstrafe oder Geldbuße. Der Gebrauch selbst ist nicht strafbar. Geregelt ist dies durch das Betäubungsmittelgesetz, welches seit 1972 in Kraft ist.<sup>1</sup>

Ob eine Person Cannabis nur zum persönlichen Gebrauch oder zum Handel besitzt, spielt dabei keine Rolle. Entscheidend ist aber die Menge: Eine größere beziehungsweise „nicht geringe Menge“ wird als Gefährdung für die Allgemeinheit gewertet und legitimiert den Staat deshalb dazu, der Besitzer\*in eine Freiheitsstrafe aufzuerlegen. Was als nicht ge-

---

<sup>1</sup> §§ 29 u. a. BtMG.

ringe Menge gilt, wird von Bundesländern mit unterschiedlichen Richtwerten („Freigrenze“) definiert. Die Staatsanwaltschaften können sich daran orientieren, müssen aber nicht. Diese Richtwerte unterscheiden sich zum Teil erheblich: Der Großteil der Bundesländer definiert sechs Gramm als Freigrenze, einige zehn Gramm (Nordrhein-Westfalen, Thüringen, Rheinland-Pfalz und das Saarland), in Berlin und Bremen sind es 15 Gramm.

## 6 Cannabis-Gebrauch nach Legalisierung

Um die Folgen einer Legalisierung abschätzen zu können, ist der Blick auf Länder hilfreich, in denen der Gebrauch von Cannabis entkriminalisiert wurde. Im Folgenden werden Daten von vier Ländern mit einer liberalen Cannabis-Politik dargestellt, die mit Deutschland vergleichbar sind.

### 6.1 Niederlande

Produktion, Ankauf und Besitz von Cannabis sind in den Niederlanden, anders als oft angenommen, nicht legal. Seit einer Gesetzesänderung 1976 wird der Besitz geringer Mengen von Cannabis (bis 1996 dreißig, ab dann fünf Gramm) strafrechtlich allerdings nicht mehr verfolgt. Der Verkauf dieser Menge wird über Verkaufsstellen, die sich an bestimmte Regeln halten („Coffeeshops“), toleriert. Die Droge ist damit faktisch entkriminalisiert.

Zwischen 1984 und 1997 stieg die Anzahl der Cannabis-Nutzer\*innen zunächst mit den neu eröffneten Coffeeshops und der verstärkten kommerziellen Bewerbung von Cannabis. Danach sank sie wieder und lag in den vergangenen 20 Jahren ungefähr im EU-Durchschnitt.<sup>51</sup> Dies gilt auch für die Anzahl junger Nutzer\*innen: Im Jahr 2019 haben in den Niederlanden 15,5 Prozent der jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) im vergangenen Jahr Cannabis genutzt, was dem EU-Durchschnitt (15,4 %) und in etwa den Zahlen in Deutschland entspricht.<sup>52</sup> Anders als befürchtet, ist es im Laufe der vergangenen vierzig Jahre damit nicht zu einem allgemeinen Anstieg der Cannabis-Nutzer\*innen gekommen. Die Zahl der täglichen Cannabis-Nutzer\*innen ist mit zwei Prozent der Allgemeinbevölkerung in den Niederlanden jedoch mehr als doppelt so hoch wie der EU-Durchschnitt (0,9 %).<sup>53</sup>

### 6.2 Portugal

Portugal entkriminalisierte 2001 den Erwerb, Gebrauch und Besitz kleiner Mengen für den Eigenbedarf bei allen illegalen Drogen, einschließlich Cannabis. Der Besitz geringer Mengen Drogen (zehn Tagesrationen) wird seitdem nicht mehr als Straftat, sondern als Ordnungswidrigkeit behandelt. Bei Personen, die wiederholt mehr als diese Menge mit

sich führen, prüft eine örtliche Kommission zur Bekämpfung der Drogenabhängigkeit, ob Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit besteht und eine Behandlung notwendig ist. Diese Kommission besteht aus drei Beamten: einer Jurist\*in und zwei weiteren Gutachter\*innen, die entweder Mediziner\*innen, Psycholog\*innen, Sozialarbeiter\*innen oder Soziolog\*innen sind. Falls eine Suchtgefährdung besteht, erhält die Person Hilfs- und Therapieangebote, falls nicht, eine Buße (zum Beispiel Geldstrafe, gemeinnützige Arbeit).

Seit der Entkriminalisierung ist es zu keinem bedeutsamen Anstieg der Cannabis-Nutzer\*innen in Portugal gekommen.<sup>54</sup> Dass in Portugal heute mehr Personen mindestens ein Mal in ihrem Leben Cannabis gebrauchen als noch vor zwanzig Jahren, entspricht dem allgemeinen EU-Trend der vergangenen Jahre. Der letztjährige Cannabis-Gebrauch in Portugal (2016: 5,1 %) liegt sogar unter dem der meisten anderen EU-Ländern (2016: 6,8 %).<sup>55</sup> Dies gilt auch für die jungen Nutzer\*innen (15 bis 34 Jahre) in Portugal, die im Jahr 2016 mit acht Prozent weit unter dem EU-Durchschnitt lagen (15,4 %).<sup>56</sup> Ähnlich wie in den Niederlanden liegt die Zahl der täglichen Cannabis-Nutzer\*innen in Portugal (2016: 3,0 %) allerdings deutlich über dem EU-Durchschnitt (0,9 %).

### 6.3 USA

Von 2012 bis heute wurde in 19 von 50 US-Bundesstaaten und Washington D.C. Cannabis in unterschiedlichem Ausmaß legalisiert. Die Regelungen zur erlaubten Menge, zu kaufberechtigten Personen, zur Produktion, zum Eigenanbau und zur Anzahl der Verkaufsstellen variieren zum Teil stark. Allen US-Staaten ist aber gemein, dass sie ein kommerzielles Modell der Regulierung verfolgen, in dem die Produktion und der Vertrieb von Cannabis rein marktwirtschaftlichen Gesetzen unterliegen.

Eine der bislang umfangreichsten Studien zu den Effekten der Legalisierung in den USA stammt aus dem Jahr 2020.<sup>57</sup> Sie analysierte Daten aus elf US-Staaten, die den Gebrauch und die Produktion von Cannabis legalisiert haben. Danach ist die Anzahl der erwachsenen Cannabis-Nutzer\*innen in den meisten US-Staaten leicht gestiegen. Dagegen nutzen Jugendliche Cannabis nicht öfter, wie eine andere Überblicksstudie aus 2021 feststellt.<sup>58</sup>

Die Studie aus dem Jahr 2020 hat auch die gesundheitlichen Auswirkungen der Cannabis-Legalisierung ausgewertet: Psychische Erkrankungen, Behandlungsaufnahmen und Verkehrsunfälle haben bislang nicht, wie befürchtet, zugenommen, wobei laut den Autoren die Datenlage hier noch inkonsistent oder unzureichend ist. Allerdings treten seit der Legalisierung Cannabis-Notfälle häufiger auf. Dazu gehören vor allem vermehrte Fälle von psychischer Belastung oder Übelkeit nach dem Gebrauch sowie Vergiftungen nach versehentlicher Einnahme von Cannabis-Produkten.

Ferner ist Cannabis durch die Legalisierung aufgrund des Wettbewerbs unter Cannabis-Anbieter\*innen in den meisten US-Staaten billiger, leichter verfügbar und hochwirksamer geworden. Da sich der Markt noch weiterentwickelt und der Wettbewerb auch mit hochwirksamen Produkten erfolgt, könnte es laut den Autoren in Zukunft zu mehr Cannabis-Abhängigkeit und Behandlungsfällen in den USA kommen.

#### 6.4 Kanada

In Kanada sind Handel und Gebrauch von Cannabis seit 2018 vollständig legalisiert. Anders als in den USA steht dort die gesamte Handelskette unter staatlicher Kontrolle. Werbung für Cannabis-Produkte ist nur beschränkt möglich. Die Produktion liegt in der Hand der Bundesregierung, Vertrieb und Verkauf erfolgen durch die dreizehn Provinzen und sind bei Mindestalter, THC-Höchstgrenze oder Eigenanbau unterschiedlich geregelt. Die Strafen für Verstöße gegen die neuen gesetzlichen Cannabis-Regelungen wurden im Vergleich zu früheren Gesetzen stark erhöht: Bei einer Abgabe von Cannabis an Minderjährige oder einer unerlaubten Aus- oder Einfuhr der Droge drohen bis zu 14 Jahre Freiheitsstrafe.

Eine der aktuellen Überblicksstudien<sup>59</sup>, die mehrere nationale Erhebungen zu den Auswirkungen der Cannabis-Legalisierung in Kanada ausgewertet hat, beobachtete seit der Legalisierung einen leichten Anstieg des Cannabis-Gebrauchs bei Erwachsenen. Der Anstieg geht dabei vor allem auf mehr Nutzer\*innen im mittleren Erwachsenenalter ab 45 Jahren zurück. Bei Jugendlichen ist die Zahl der Nutzer\*innen bislang gleichgeblieben.<sup>60</sup> Eine Umfrage des Statistischen Bundesamtes von Kanada zeigt, dass nach der Legalisierung vor allem ältere Menschen ab 65 Jahre erstmals Cannabis ausprobierten.<sup>61</sup> Die Häufigkeit des Gebrauchs hat sich bislang in keiner Altersgruppe erheblich verändert. Ebenso wenig fahren mehr Menschen unter Cannabis-Einfluss Auto (Selbstauskunft).

Die gesundheitlichen Auswirkungen lassen sich noch nicht einschätzen, weil dafür noch zu wenige Daten vorliegen. Eine kürzlich veröffentlichte Studie zeigt jedoch, dass in Kanada bereits vor der Legalisierung die Anzahl der Cannabis-Notfälle unter Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10 bis 24 Jahren) erheblich zugenommen und sich zwischen 2003 und 2017 verfünffacht hat. Als Gründe nennen die Autor\*innen den steigenden THC-Gehalt in Cannabis sowie eine verbesserte Wahrnehmung und Diagnostik von Cannabis-Störungen unter Behandler\*innen.<sup>62</sup>

## 6.5 Fazit

Für die dargestellten Länder lässt sich zusammenfassend sagen: Der Gebrauch von Cannabis hat sich nach seiner Entkriminalisierung in keiner Altersgruppe in starkem Ausmaß erhöht. In den USA und Kanada zeichnet sich bislang ein leichter Anstieg des Gebrauchs unter Erwachsenen ab. Aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums ist jedoch noch unklar, ob dieser Anstieg dauerhaft ist. In Portugal und den Niederlanden, wo Cannabis seit mehreren Jahrzehnten entkriminalisiert ist, gebrauchen nicht mehr Menschen Cannabis als in anderen EU-Ländern. Der kleine Anteil der täglichen Cannabis-Nutzer\*innen liegt allerdings über dem EU-Durchschnitt. Eine Freigabe von Cannabis führt nicht dazu, dass deutlich mehr Menschen dauerhaft Cannabis gebrauchen.

Es gibt Hinweise darauf, dass sich ein Verbot von Cannabis weniger stark auf den Cannabis-Gebrauch von Erwachsenen und Jugendlichen<sup>63</sup> auswirkt als angenommen. So kommt eine Analyse des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages von 2019 zu dem Schluss, dass eine strikte Cannabis-Politik wenig bis keine Effekte auf den Gebrauch der illegalen Droge hat.<sup>64</sup> Auch eine kürzlich veröffentlichte Überblicksstudie, in der die Entwicklung des Cannabis-Gebrauchs mehrerer EU-Länder von 1994 bis 2017 verglichen wird, findet keinen Zusammenhang zwischen liberaler und repressiver Cannabis-Politik und dem Gebrauch in der Bevölkerung.<sup>65</sup> Diese Befunde stellen stark infrage, ob mit Verboten und Strafen der Gebrauch von Cannabis zu verringern ist. Eine Verbotspolitik hat außerdem hohe Kosten durch die Kriminalisierung und Stigmatisierung von Nutzer\*innen. Sie fördert Drogenkriminalität und beansprucht erhebliche Ressourcen von Polizei und Justiz.

## 7 Cannabis ist nicht harmlos

Es existieren ausreichend Studien, um die Gesundheitsgefahren von Cannabis zu beurteilen. Eine der umfangreichsten Übersichtsarbeiten hierzu ist die 2015 vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene CaPRis-Studie<sup>66</sup>, deren Befunde hier hauptsächlich berichtet werden.

### 7.1 Risiken für die körperliche Gesundheit

Körperliche Erkrankungen durch Cannabis-Gebrauch sind Atemwegserkrankungen und Hodenkrebs. Das Risiko für Husten, Luftnot oder Engegefühl in der Brust ist beim Rauchen von Cannabis in etwa verdoppelt – auch wenn Cannabis ohne beigemischtem Tabak geraucht wird. Das Risiko für Hodenkrebs ist um das 1,5- bis 2-Fache erhöht.<sup>67</sup> Cannabis-Gebrauch während der Schwangerschaft erhöht das Risiko für Geburtskomplikationen

und Entwicklungsstörungen des Fötus.<sup>68</sup> Das Risiko für Verkehrsunfälle ist unter Cannabis-Einfluss 1,2- bis 2,6-fach erhöht.<sup>69</sup>

## 7.2 Risiken für die psychische Gesundheit

Das Abhängigkeitspotenzial von Cannabis gilt als moderat.<sup>70</sup> Neun Prozent der Cannabis-Nutzer\*innen wird im Laufe des Lebens abhängig.<sup>71,72</sup> Dieses Risiko steigt bei Personen auf 20 Prozent, die im Alter von 15 Jahren beginnen, Cannabis wöchentlich zu gebrauchen.<sup>73</sup> Anders als früher angenommen kann Cannabis nicht nur psychisch, sondern auch körperlich abhängig machen. Körperliche Entzugssymptome, zum Beispiel Schlafstörungen oder Schwitzen, sind jedoch milder als bei den meisten anderen Drogen.<sup>74</sup>

Cannabis-Nutzer\*innen haben ein um 50 Prozent höheres Risiko, an Depressionen oder Angststörungen zu erkranken (Faktor 1,3 bis 1,7). Das Risiko für Angststörungen verdreifacht sich bei Personen, die im Alter von unter 16 Jahren wöchentlich mit dem Gebrauch beginnen. Cannabis-Gebrauch verdoppelt das Risiko für ein erstmaliges Erkranken an einer bipolaren Störung (Faktor 1,4 bis 2,5). Wer bereits an einer bipolaren Störung erkrankt ist, hat ein dreifach erhöhtes Risiko für erneute depressiv-manische Symptome.<sup>75</sup> Das Risiko für andere Suchterkrankungen („Substanzbezogene Störungen“) verdoppelt bis vierfacht sich (Faktor 2,5 bis 4,3).<sup>76</sup>

Die Risiken für psychische Erkrankungen sind in der Regel umso höher, je früher und je häufiger Cannabis gebraucht wird und je höher sein THC-Gehalt ist. Für die genannten psychischen Erkrankungen erhöhen sich die Risiken noch einmal, wenn eine Cannabis-Abhängigkeit oder ein Cannabis-Missbrauch vorliegt.<sup>77,78,79</sup> In welcher Beziehung Cannabis und psychische Erkrankungen stehen, ist bis heute nicht geklärt: Cannabis-Gebrauch könnte die Entstehung psychischer Erkrankungen begünstigen, psychisch kranke Menschen könnten aber auch zu einem vermehrten Cannabis-Gebrauch neigen (zum Beispiel als Selbstmedikation, um Symptome zu lindern). Viele Studien beachten bei der Berechnung der Risiken von Cannabis-Gebrauch nicht den gleichzeitigen Alkohol-Gebrauch. Dieser scheint bei Cannabis-Nutzer\*innen höher zu sein als bei Personen, die kein Cannabis gebrauchen.<sup>80</sup>

Es gibt auch erste Hinweise darauf, dass das beruhigende Cannabidiol (CBD) die negativen Effekte von THC auf die psychische Gesundheit mindert. Sollten sich diese Forschungsergebnisse bestätigen, sollte überlegt werden, Cannabis mit einem niedrigen CBD-Gehalt zu verbieten.

### **Spezielles Risiko: Psychose**

Bei Cannabis-Gebrauch wird insbesondere das Risiko diskutiert, eine psychotische Erkrankung auszulösen. Psychosen sind meist schwere psychische Erkrankungen, bei denen die Erkrankten Wahnvorstellungen oder Halluzinationen erleben und oft nicht mehr unterscheiden können, was wirklich ist und was nicht. Das Risiko für eine Psychose verdoppelt sich fast bei Gebrauch von Cannabis (Faktor 1,4 bis 2,1).<sup>81</sup> Personen, die täglich Cannabis mit einem THC-Gehalt von über zehn Prozent gebrauchen, haben ein fast fünffaches Risiko für eine Psychose (Faktor 4,8).<sup>82</sup> Jugendliche sind besonders gefährdet: Wer unter 15 Jahren anfängt, Cannabis zu gebrauchen, hat im Alter von 18 Jahren ein 3,7-fach erhöhtes Risiko für psychotische Symptome<sup>83</sup> und erkrankt im Durchschnitt 2,1 Jahre früher an einer Psychose als Personen, die kein Cannabis gebrauchen.<sup>84</sup>

Dieses Risiko steigt noch einmal erheblich, wenn eine bestimmte genetische Veranlagung („Disposition“) besteht. Personen, die Varianten der Gene AKT1 oder DRD2 tragen, haben je nach Häufigkeit des Cannabisgebrauchs ein bis zu siebenfaches Risiko (Faktor 2,1 bis 7,3), an einer Psychose zu erkranken. Wer täglich Cannabis gebraucht und eine der Genvarianten trägt, hat sogar ein bis zu zehnfaches Risiko (Faktor 3,4 bis 10).<sup>85,86</sup> Einige dieser Genvarianten sind keineswegs selten: Die Genvariante rs2494732 (AKT1) mit Genotyp C/C trägt über 20 Prozent der europäischen Bevölkerung.<sup>87</sup> Da circa 500.000 Menschen in Deutschland täglich Cannabis gebrauchen, haben schätzungsweise über 100.000 Menschen ein drei- bis zehnfach erhöhtes Risiko für eine psychotische Erkrankung. Das genaue Zusammenwirken von Genvarianten, Cannabis-Gebrauch und Psychose ist dabei vielschichtig und noch nicht abschließend entschlüsselt. Einige Studien zeigen, dass Menschen mit einem genetischen Risiko für Psychosen öfter Cannabis gebrauchen als Menschen ohne Risikogene.<sup>88,89</sup> Es könnte deshalb sein, dass psychotisch kranke Menschen häufiger Cannabis gebrauchen als andere. Der Cannabis-Gebrauch wäre dann nicht der Auslöser der psychotischen Erkrankung.<sup>90,91</sup> Ein weiteres Indiz dafür ist, dass die Häufigkeit psychotischer Störungen wie Schizophrenie weltweit<sup>92</sup> und auch in Deutschland<sup>93,94</sup> nicht zugenommen hat, obwohl der Cannabis-Gebrauch gestiegen ist.

### **7.3 Risiken für die kognitive Leistungsfähigkeit und den Bildungserfolg**

Einige Studien ermitteln bei dauerhaftem Cannabis-Gebrauch hirnstrukturelle Veränderungen, insbesondere eine Abnahme von Neuronen („graue Substanz“) im Bereich der Amygdala und des Hippocampus.<sup>95</sup> Die beiden Areale sind für Gedächtnis- und Lernprozesse sowie die emotionale Einschätzung von Situationen wichtig.

Eine kürzlich veröffentlichte Studie beobachtete bei Jugendlichen ferner eine Verdünnung des präfrontalen Cortex in der rechten und linken Hirnhälfte, wenn sie im Alter von 14 bis

19 Jahren Cannabis gebraucht hatten. Die Verdünnung war dabei umso größer, je mehr Cannabis gebraucht wurde.<sup>96</sup> Der präfrontale Cortex regelt höhere kognitive Funktionen wie Handlungsplanung, Problemlösung und Impulskontrolle. Wie häufig diese Hirnveränderungen zu dauerhaften kognitiven Beeinträchtigungen führen, ist aufgrund einer gemischten Befundlage bislang nicht geklärt: In den meisten bisherigen Studien klingen durch Cannabis hervorgerufene Leistungsdefizite in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Psychomotorik nach einem Monat Abstinenz wieder ab. Einzelne Studien legen allerdings nahe, dass ein Cannabis-Gebrauch schon im Jugendalter das Risiko für eine dauerhaft beeinträchtigte Denkleistung erhöht.<sup>97,98</sup>

Personen unter 15 Jahre, die häufig Cannabis gebrauchen, brechen öfter die Schule ab, beginnen seltener ein Studium und schließen ein solches seltener ab.<sup>99</sup> Inwieweit der Gebrauch ursächlich ist oder ob das Umfeld der Jugendlichen, wie Familie, Gleichaltrige (Peer Group), Nachbarschaft und Stadtviertel, nicht entscheidender ist, ist noch unklar.

#### 7.4 Schädlichkeit im Vergleich zu anderen Drogen

Ein neuerer Forschungsansatz besteht darin, verschiedene Drogen zu vergleichen. Dafür schätzen Expert\*innen die Schädlichkeit verschiedener Drogen ein. Zum einen beurteilen sie, wie schädlich sie für die Nutzer\*innen sind. Kriterien dafür sind zum Beispiel: Wie viele Menschen sterben an der Droge? Wie groß sind die Schäden für Körper und geistige Leistungsfähigkeit? Wie groß ist das Abhängigkeitspotenzial der Droge? Wie oft führt die Droge zum Verlust der sozialen Beziehungen? Zum anderen beurteilen sie die Schäden für Mitmenschen und Gesellschaft. Kriterien dafür sind unter anderem: Wie oft zerbrechen Familien? Wie hoch sind die finanzielle und emotionale Belastung für Familie und Bekannte? Wie oft schädigen Drogen-Nutzer\*innen andere, zum Beispiel durch kriminelles Verhalten oder Verkehrsunfälle? Wie hoch sind die ökonomischen Kosten durch Behandlung, Arbeitsunfähigkeit, Strafverfolgung durch Polizei und Justiz?

Cannabis rangiert in all diesen Studien deutlich hinter Crack, Heroin, Methamphetamin, Alkohol und Kokain.<sup>100,101,102,103</sup> Cannabis-Gebrauch verursacht insbesondere einen vergleichsweise geringen Schaden für andere Menschen. Auch ist die Toxizität von Cannabis im Vergleich zu anderen Drogen sehr gering.<sup>104</sup> Bis heute sind keine tödlichen Vergiftungen durch Cannabis beim Menschen bekannt. Das liegt daran, dass die potenziell tödliche Dosis Cannabis beim Menschen so hoch ist, dass sie auf natürlichem Wege (zum Beispiel durch Rauchen, Essen) praktisch nicht aufgenommen werden kann. Cannabis ist dennoch nicht harmlos. Seine Schädlichkeit ist mit Drogen wie Benzodiazepinen (Schlaf- und Beruhigungsmittel, auch zur Behandlung von Angstzuständen) oder Ketamin (Narkosemittel, wird aufgrund seiner halluzinogenen Wirkung als Rauschmittel gebraucht) zu vergleichen.

Es bewirkt vergleichbar starke psychische und kognitive Beeinträchtigungen sowie soziale Schäden (Verlust sozialer Beziehungen).

## 7.5 Fazit

Cannabis ist eine moderat schädliche Droge. Es ist längst nicht so schädlich wie Crack, Heroin, Methamphetamin, Alkohol und Kokain. Insbesondere die Schäden für Mitmenschen fallen im Vergleich zu anderen Drogen gering aus.

Cannabis gefährdet vor allem die psychische Gesundheit. Eines der größten Risiken ist die Entwicklung einer Cannabis-Abhängigkeit. Liegt eine genetische Disposition vor und wird Cannabis häufig gebraucht, ist zudem das Risiko für eine Psychose erheblich erhöht. Dauerhafte Cannabis-Nutzer\*innen haben häufig kognitive Defizite, vor allem ein schlechteres Gedächtnis. Diese Defizite klingen aber in den meisten Fällen wieder ab, wenn Cannabis nicht mehr genutzt wird. Cannabis steht im starken Verdacht, die Entstehung von Hodenkrebs zu fördern. Wer Cannabis raucht, riskiert Atemwegserkrankungen. Cannabis-Gebrauch während der Schwangerschaft kann dem ungeborenen Kind schaden. Alle Risiken sind umso höher, je früher und je häufiger Cannabis gebraucht wird.

## 8 Alkohol ist weitaus gefährlicher

### 8.1 Risiken für die körperliche Gesundheit

Die gesundheitlichen Schäden durch Alkohol sind deutlich besser erforscht als die von Cannabis. Alkohol gefährdet die körperliche Gesundheit stark. Riskanter Alkohol-Gebrauch ist ein Risikofaktor für 200 Erkrankungen, insbesondere Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen.<sup>105</sup> Alkohol ist tödlich: Weltweit sterben jedes Jahr drei Millionen Menschen an den Folgen ihres Alkohol-Gebrauchs. Etwa jeder 20. Todesfall ist alkoholbedingt.<sup>106</sup> In Deutschland sterben jedes Jahr circa 62.000 Personen an ihrem Alkohol-Gebrauch.<sup>107</sup> In etwa 14.000 Fällen pro Jahr geht der Tod eindeutig auf alkoholbedingte Leberschäden oder eine Alkohol-Abhängigkeit zurück.<sup>108</sup> Insbesondere deshalb ist Alkohol weitaus gefährlicher als Cannabis.

Alkohol verringert die Anzahl gesunder Lebensjahre erheblich. Er ist bei Personen im Alter von 15 bis 49 Jahren einer der größten Risikofaktoren für Krankheit, Behinderung und einen frühzeitigen Tod. Im Jahr 2016 gingen weltweit 131 Millionen gesunde Lebensjahre durch Alkohol verloren.<sup>109</sup> Wer mehr als 350 mg Alkohol pro Woche zu sich nimmt, also mehr als 1,3 Liter Bier oder 0,5 Liter Wein pro Tag, stirbt im Durchschnitt vier bis fünf Jahre früher.<sup>110</sup> Alkohol steigert massiv die Wahrscheinlichkeit, einen Verkehrsunfall zu

verursachen. Wer mit 0,2 Promille Alkohol im Blut Auto fährt, hat bereits ein drei bis vierfach erhöhtes Risiko, einen schweren Verkehrsunfall zu verursachen.<sup>111</sup> Im Jahr 2020 starben in Deutschland 5,7 Prozent aller tödlich verletzten Verkehrsteilnehmer\*innen (Fußgänger\*innen, Radfahrer\*innen, andere Autofahrer\*innen) bei einem Autounfall unter Alkohol-Einfluss.<sup>112</sup>

## 8.2 Risiken für die psychische Gesundheit

Alkohol hat ein mittleres bis hohes Abhängigkeitspotenzial.<sup>113,114</sup> Etwa 10 bis 15 Prozent der Personen, die ihr Leben lang Alkohol trinken, entwickeln eine Abhängigkeit.<sup>115,116</sup> Dieses Risiko ist umso höher, je früher und je häufiger Alkohol getrunken wird.<sup>117</sup> Die Abhängigkeit entwickelt sich meist schleichend über viele Jahre. Alkohol macht psychisch und körperlich abhängig. Schwer Abhängige erleben nach dem Absetzen der Droge starke, manchmal lebensbedrohliche Entzugssymptome (zum Beispiel Herzrasen, Krampfanfälle). Bei Alkohol-Missbrauch und Alkohol-Abhängigkeit verdoppelt sich das Risiko für Depressivität (Faktor 2,4)<sup>118</sup> und Angststörungen (Faktor 2,1)<sup>119</sup>. Es verdreifacht sich das Risiko für eine Psychose (Faktor 3,3)<sup>120</sup> und es ist vier- bis fünffach höher für eine bipolare Störung und andere Drogenerkrankungen (Faktor 4 bzw. 5,5).<sup>121,122</sup> All diese Risiken fallen für Cannabis-Störungen vergleichbar hoch aus.<sup>123,124,125</sup> Anders als für Cannabis-Gebrauch ist für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit gut belegt, dass das Risiko, sich selbst zu töten, um das 2,6-fache steigt.<sup>126</sup> Auch bei Alkohol ist der kausale Zusammenhang zwischen riskantem Gebrauch und psychischen Erkrankungen nicht hinreichend geklärt. Es kann auch sein, dass psychisch kranke Personen häufiger Alkohol trinken.

## 8.3 Risiken für die kognitive Leistungsfähigkeit und den Bildungserfolg

Dauerhafter und übermäßiger Alkohol-Gebrauch schädigt das Gehirn und führt zu hirnstrukturellen Veränderungen. Die Nervenzellen und die verbindenden Nervenfasern („graue“ und „weiße“ Substanz“) nehmen ab und die Größe der Hohlräume („Ventrikel“) und Furchen („Sulci“) im Gehirn nehmen zu. Die Nervenzellen schwinden vor allem an der Stirnseite im präfrontalen Kortex (komplexe Handlungspläne) und im Kleinhirn (Bewegungsabläufe).<sup>127,128</sup> Bei Jugendlichen verringern sich die Nervenzellen umso schneller, je mehr Alkohol sie trinken.<sup>129</sup> Bei schwer Alkoholabhängigen sind die bewusst gesteuerten Bewegungen und die geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Das Gedächtnis speichert Informationen schlechter und ist weniger in der Lage, sie wieder abzurufen. Die Person kann auch schlechter Probleme lösen, ihr Verhalten an neue Situationen anpassen oder ihre Impulse kontrollieren. Manchmal sind diese Gehirnschäden reparabel: In einigen Studien schneiden Alkoholabhängige nach mehreren Wochen Abstinenz in Leistungstests nicht mehr schlechter ab als nicht alkoholabhängige Personen.<sup>130</sup> Als mögliche Gründe

werden diskutiert, dass sich neuronale Netzwerke neu organisieren können. Bei anderen schwer Alkoholabhängigen bleiben die Schädigungen dauerhaft bestehen.

Je früher (unter 14 Jahre) und häufiger junge Menschen Alkohol trinken, umso öfter brechen sie die Schule ab<sup>131</sup> und umso schlechter sind ihre Leistungen in der Schule<sup>132</sup> und im Studium.<sup>133,134</sup> Auch bei Alkohol ist noch unklar, inwieweit der Gebrauch ursächlich ist oder ob Familie, die gleichaltrige Bezugsgruppe, Nachbarschaft und Stadtviertel nicht entscheidender sind.

#### 8.4 Schädlichkeit im Vergleich zu anderen Drogen

Alkohol nimmt in verschiedenen Studien zur Schädlichkeit von Drogen stets einen Platz unter den fünf gefährlichsten Drogen ein.<sup>135,136,137,138</sup> Alkohol ist auch deshalb so schädlich, da er in großen Mengen getrunken wird. Setzt man die schädliche Dosis von Alkohol mit der durchschnittlich in der EU getrunkenen Alkoholmenge ins Verhältnis, so ist Alkohol noch schädlicher als Heroin.<sup>139</sup> Der durch Alkohol entstehende Schaden ist sowohl für die Nutzer\*in (zum Beispiel alkoholbedingte Krankheiten, frühzeitiger Tod, Verlust enger Beziehungen) als auch für die Gesellschaft (zum Beispiel Gewalttaten unter Alkohol-Einfluss, Kindesvernachlässigung, Behandlungskosten) sehr hoch.

Alkohol fördert nachweislich aggressives und gewalttätiges Verhalten<sup>140,141</sup>: In Deutschland wurde 2019 jede vierte Gewalttat unter dem Einfluss von Alkohol begangen, vorrangig von Männern (89 %). Delikte, die besonders oft alkoholisiert begangen wurden, sind: Totschlag (33,3 %), schwere Körperverletzung (27,7 %) und Vergewaltigung (24,0 %).<sup>142</sup> Sobald Jugendliche 16 Jahre alt werden und vermehrt Bier und Wein trinken, begehen sie unter Alkohol-Einfluss häufiger Straftaten wie Körperverletzung, Vandalismus und Diebstahl.<sup>143</sup> Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Längsschnittstudie, bei der über 1.000 Hannoveraner Schüler\*innen wiederholt zu ihrem Alkohol- und Cannabis-Gebrauch sowie delinquentem Verhalten befragt wurden: Jugendliche, die in der siebten Jahrgangsstufe Alkohol getrunken hatten, hatten in der neunten Jahrgangsstufe häufiger Straftaten wie Gewaltdelikte, Ladendiebstähle oder Sachbeschädigungen begangen als Schüler\*innen, die keinen Alkohol getrunken hatten. Für Cannabis zeigte sich dieser Effekt nicht.<sup>144</sup>

#### 8.5 Fazit

Alkohol ist zwar eine legale Droge, aber weitaus schädlicher als Cannabis. Deutschland liegt mit einem durchschnittlichen Pro-Kopf-Verbrauch von über zehn Litern reinem Alkohol pro Jahr über dem Verbrauch der meisten anderen EU-Länder.<sup>145</sup> Fast jede Fünfte\* (18 %) trinkt Alkohol in einem riskanten Ausmaß, das heißt: Frauen mehr als circa zwölf

Gramm, Männer mehr als circa 24 Gramm Reinalkohol pro Tag. Alkohol ist tödlich: In Deutschland sterben jedes Jahr circa 62.000 Personen an ihrem Alkohol-Gebrauch. In etwa 14.000 Fällen pro Jahr geht der Tod eindeutig auf alkoholbedingte Leberschäden oder eine Alkohol-Abhängigkeit zurück. Insbesondere deshalb ist Alkohol weitaus gefährlicher als Cannabis.

Alkohol macht körperlich und psychisch abhängig. Rund drei Prozent der Deutschen sind alkoholabhängig.<sup>146</sup> Das sind knapp 2,5 Millionen Personen. Alkohol steigert aggressives Verhalten stärker als die meisten anderen Drogen. Die indirekten und direkten volkswirtschaftlichen Kosten durch Alkohol betragen in Deutschland circa 39 Milliarden Euro pro Jahr.<sup>147</sup> Aus all diesen Gründen wird Alkohol von vielen Expert\*innen als „die gefährlichste aller Drogen“ eingeschätzt.<sup>148,149</sup>

## 9 BPTK-Forderungen: Neuausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland – Cannabis legalisieren, Alkohol verteuern, Hilfsangebote ausbauen

Cannabis ist eine moderat schädliche Droge, aber illegal. Alkohol ist weitaus schädlicher als Cannabis und eine der gefährlichsten Drogen überhaupt, aber legal. Cannabis ist verboten: Anbau, Verkauf und Besitz einer größeren Menge stellen ein Verbrechen dar und werden strafrechtlich verfolgt. Alkohol ist in Deutschland fast überall zu kaufen und ausgesprochen preiswert. Die deutsche Drogen- und Suchtpolitik ist widersprüchlich, betreibt bei Alkohol ein Laissez-faire, kriminalisiert aber Cannabis.

Die BPTK fordert eine grundsätzliche Neuausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik. Cannabis sollte in Deutschland legalisiert werden. Prohibitive Konzepte sind gescheitert und haben weder einen Anstieg des Cannabis-Gebrauchs noch Missbrauch und Abhängigkeit verhindern können. Statt auf Verbot und Kriminalisierung sollte die Drogenpolitik grundsätzlich auf Regulierung, Prävention und Kompetenz im Gebrauch von legalen Drogen setzen. Legale Drogen dürfen aber nicht so leicht verfügbar und preiswert wie Alkohol in Deutschland sein. Die Abgabe insbesondere an Minderjährige muss stärker als bislang sanktioniert werden. Um den Jugendschutz zu stärken und die Verfügbarkeit zu beschränken, sollten alle legalen Drogen ausschließlich in staatlich lizenzierten Geschäften verkauft werden.

### 9.1 Überblick

Die BPTK fordert, Cannabis zu legalisieren und ergänzend zu regeln:

- Mindestalter für den Erwerb aller legalen Drogen auf 18 Jahre festlegen,
- Verkaufsverbot von Cannabis in Nahrungsmitteln,
- Cannabis nach seiner stärksten psychoaktiven Substanz (THC-Gehalt) und Menge besteuern, THC-Gehalt höchstens 15 Prozent,
- Alkoholsteuer auf den europäischen Durchschnitt erhöhen und einen Mindestpreis für Alkohol festlegen,
- Abgabe aller legalen Drogen ausschließlich über staatlich lizenzierte Geschäfte,
- Abgabe legaler Drogen an Minderjährige stärker sanktionieren,
- striktes Werbeverbot für alle legale Drogen,
- Aufklärungs- und Anti-Stigma-Kampagnen zu Suchterkrankungen,
- verpflichtende Aufklärungsprogramme zu Drogen an Schulen ab der sechsten Jahrgangsstufe,
- Screening zur besseren Früherkennung von Drogenmissbrauch,
- Suchtberatung als verpflichtendes Leistungsangebot der Kommunen,

- ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen ohne Einschränkungen ermöglichen,
- Rehabilitationseinrichtungen zur Behandlung von Suchterkrankungen besser finanzieren,
- spezielle Behandlungsangebote für suchtkranke Kinder und Jugendliche schaffen,
- Therapie- und Versorgungsforschung bei Suchterkrankungen ausbauen.

## 9.2 Für Cannabis

### 9.2.1 Maximaler THC-Gehalt von 15 Prozent

Die BPTK fordert, den THC-Gehalt in frei verkäuflichen Cannabis-Produkten auf einen Höchstwert von 15 Prozent zu begrenzen. Ab einem THC-Gehalt von über zehn Prozent steigen die Risiken für psychische Erkrankungen und eine Cannabis-Abhängigkeit.<sup>150,151,152</sup> Mit einem Höchstwert von zehn Prozent ist der Schwarzmarkt aber nur schwer einzudämmen. Die Cannabis-Nutzer\*innen sind inzwischen an ein Rauscherleben durch einen THC-Gehalt über zehn Prozent gewöhnt. Im Jahr 2020 betrug in Deutschland der durchschnittliche THC-Gehalt in Cannabis-Blüten 13,7 Prozent und in Cannabis-Harz 20,4 Prozent<sup>153</sup>, wobei die Spannweite des THC-Gehaltes EU-weit mit Maximalwerten von 20 beziehungsweise 29 Prozent hoch ist.<sup>154</sup> Cannabis mit höherem THC-Gehalt könnte deshalb weiter illegal nachgefragt werden.

### 9.2.2 Besteuerung nach THC-Gehalt und Menge je Gramm

Die BPTK fordert, Cannabis nach THC-Gehalt und Menge je Gramm zu besteuern. Cannabis ist auf dem Schwarzmarkt bisher sehr günstig. Im Jahr 2020 betrug der durchschnittliche Preis für 100 mg THC 4,70 Euro (Cannabis-Harz) und 7,30 Euro (Cannabis-Blüten).<sup>155</sup> Um mit den Preisen des Schwarzmarktes konkurrieren zu können, müsste die Besteuerung allein nach THC-Gehalt demnach sehr gering ausfallen. Eine zu geringe Besteuerung birgt wiederum die Gefahr von übermäßigem und riskantem Konsum. Eine Kompromisslösung besteht darin, sowohl den THC-Gehalt als auch die Menge pro Gramm zu besteuern, zum Beispiel 1,50 Euro pro 100 mg THC plus 2 Euro pro Gramm Cannabis<sup>156</sup>, und eine zunächst geringe Cannabis-Steuer allmählich anzuheben.<sup>157</sup>

### 9.2.3 Verkaufsverbot von Cannabis in Nahrungsmitteln

Die BPTK fordert, den Verkauf von mit THC versetzten Nahrungsmitteln (zum Beispiel Backwaren, Süßigkeiten, Getränke) zu verbieten. Aufgrund ihrer verzögerten und längeren Wirkung von meist sechs bis acht Stunden besteht bei Cannabis-Nahrungsmitteln eine

besondere Gefahr der Überdosierung, vor allem für unerfahrene Nutzer\*innen oder empfindliche Gruppen wie ältere Menschen. Da sie oft von normalen Lebensmitteln nicht zu unterscheiden sind und meist als „appetitlich“ sowie „harmlos“ vermarktet werden (zum Beispiel in Form von Gummibärchen oder Lollipops), sprechen sie auch Kinder und Jugendliche an. Dadurch steigt das Risiko einer versehentlichen Einnahme und von Vergiftungen. Den Anstieg von Cannabis-Notfällen in den USA führen einige Expert\*innen auch auf den vermehrten Gebrauch von Cannabis-Nahrungsmitteln zurück und warnen ausdrücklich vor deren Vermarktung.<sup>158,159</sup>

## 9.3 Für Cannabis und Alkohol

### 9.3.1 Striktes Werbeverbot für alle legale Drogen

Die BPTK fordert, Werbung und Marketing für legale Drogen strikt zu verbieten. Die Bewerbung von Drogen erhöht deren Attraktivität und die Wahrscheinlichkeit, dass diese vermehrt gebraucht werden.<sup>160,161</sup> Werbung für Erwachsene beeinflusst dabei auch Kinder und Jugendliche. Diverse Studien zeigen, dass Jugendliche früher und exzessiver Alkohol trinken, je mehr Alkoholwerbung sie sehen.<sup>162</sup> Ein Verbot von Werbung für Jugendliche reicht deshalb nicht aus. Das allgemeine Werbeverbot für legale Drogen sollte Sponsoring von Großveranstaltungen (zum Beispiel Musik- oder Sportveranstaltungen) einschließen.

### 9.3.2 Mindestalter für den Erwerb legaler Drogen auf 18 Jahre festlegen

Die BPTK fordert, das Mindestalter für den Erwerb von legalen Drogen auf 18 Jahre festzulegen. Drogen wirken sich nachweislich schädlich auf hirnpysiologische Reifungsprozesse in der Jugend aus. Die Gehirnentwicklung ist erst zwischen dem 21. und 25. Lebensjahr abgeschlossen. Drogengebrauch im Jugendalter ist weitaus schädlicher als im Erwachsenenalter. Die langfristigen Kosten von frühem Drogenkonsum sind für Jugendliche sowie die Gesellschaft hoch und können unter anderem geringere Bildungsabschlüsse, frühe Abhängigkeitserkrankungen, hohe Behandlungskosten, Krankschreibungen und verringerte Arbeitsfähigkeit umfassen.

Ein höheres Mindestalter als 18 Jahre erscheint aber nicht sinnvoll, da die meisten Jugendlichen zwischen dem 13. und 17. Lebensjahr mit dem Cannabisgebrauch beginnen und so weiterhin kriminalisiert würden – mit allen damit einhergehenden Folgen, wie beispielsweise der Verheimlichung des Gebrauchs, dem Bezug von Cannabis über den Schwarzmarkt und Vorbehalte, Hilfsangebote zu nutzen.

### 9.3.3 Verkauf legaler Drogen ausschließlich in lizenzierten Geschäften

Die BPTK fordert, dass legale Drogen ausschließlich in lizenzierten Drogenfachgeschäften verkauft werden dürfen. Die Anzahl der Fachgeschäfte und die Verkaufszeiten sollten beschränkt sein (zum Beispiel kein Verkauf in den späten Abend- und Nachtstunden). Die Geschäfte sollten auch einen Mindestabstand zu Schulen und Jugendfreizeiteinrichtungen einhalten.

In Deutschland kann man legale Drogen bislang fast überall rund um die Uhr erwerben, zum Beispiel in Supermärkten, Tankstellen, Kiosken, über das Internet oder an Automaten. Die hohe Verfügbarkeit und der leichte Zugang erhöhen nachweislich das Risiko für einen frühzeitigen und riskanten Drogengebrauch.<sup>163,164</sup> Um einen kompetenten Umgang mit legalen Drogen zu fördern und den Jugendschutz zu sichern, sollte die Abgabe durch Fachpersonal erfolgen, das in Suchtprävention aus- und fortgebildet ist. Ein solches Fachpersonal sollte beim Kauf über die Wirkungen der Droge informieren, beraten und das Alter der kaufenden Person überprüfen.

### 9.3.4 Abgabe an Minderjährige stärker sanktionieren

Die BPTK fordert, die Abgabe von legalen Drogen an Minderjährige stärker zu sanktionieren, um damit den gesetzlichen Jugendschutz besser zu sichern. Die Abgabe von Alkohol und Tabak an Minderjährige wird in Deutschland als Ordnungswidrigkeit geahndet. Verkäufer\*innen müssen bei unerlaubtem Verkauf von Alkohol an Jugendliche in der Regel mit einem Bußgeld von bis zu 500 Euro rechnen, Gewerbetreibende von bis zu 3.000 Euro.<sup>2</sup> Testkäufe zeigen, dass Minderjährigen in etwa jedem dritten Fall Alkohol und Tabak verkauft wird.<sup>165,166,167,168</sup> Die Ordnungsämter sind mit der Kontrolle der unzähligen Verkaufsstellen überfordert. Durch eine bessere personelle Ausstattung der Ordnungsämter könnten mehr Kontrollen durchgeführt werden. Wirkungsvoller ist jedoch eine allgemeine Erhöhung der Strafen bei gewerblicher oder privater Abgabe von Drogen an Minderjährige (zum Beispiel durch höhere Bußgelder oder schnellerem Entzug von Verkaufslizenzen). Dies könnte die Motivation für Ausweiskontrollen durch die Verkaufsstellen erheblich erhöhen.

### 9.3.5 Alkohol-Steuer mindestens auf den europäischen Durchschnitt erhöhen und einen Mindestpreis für Alkohol festlegen

Die BPTK fordert, den Alkohol-Preis in Deutschland deutlich zu erhöhen. Die Steuer auf Alkohol ist in Deutschland sehr gering: Für Wein wird gar keine Steuer erhoben, die Steuer

---

<sup>2</sup> § 28 Absatz 1 Nr. 10 i. V. m. § 9 Absatz 1 JuSchG.

auf ein übliches Vollbier (zum Beispiel Pils, Helles) beträgt rund 9,44 Euro pro Hektoliter und nur ein Viertel des EU-Durchschnitts.<sup>169</sup> Die Weltgesundheitsorganisation schätzt eine Erhöhung der Alkohol-Steuer als eines der effektivsten Mittel ein, um den Alkohol-Gebrauch zu verringern.<sup>170</sup> In Skandinavien, wo Alkohol vergleichsweise hoch besteuert wird, ist der Alkohol-Gebrauch deutlich geringer als in Deutschland (Bierkonsum pro Kopf 2020: 96 Liter in Deutschland, 70 Liter in Finnland, 61 Liter in Dänemark, 56 Liter in Norwegen und Schweden).<sup>171</sup> Deshalb sollte die Alkohol-Steuer in Deutschland schrittweise mindestens auf den EU-Durchschnitt angehoben werden. Eine Studie der OECD von 2015 zeigt, dass sich bereits durch eine zehnpromzentige Anhebung des Alkoholpreises in Deutschland Alkoholmissbrauch (-3 %) und -abhängigkeit (-10 %) erheblich verringern lassen.

Außerdem ist ein Mindestpreis für alkoholische Getränke einzuführen, um eine Verlagerung des Alkoholgebrauchs auf das preiswerteste alkoholische Getränk zu verhindern. Ein Mindestpreis kann sich nach der Menge Reinalkohol pro Getränk richten. In Schottland liegt er beispielsweise bei 57 Cent pro 10 Milliliter Reinalkohol, in Irland bei 10 Cent pro 1 Gramm Reinalkohol.

### 9.3.6 Verpflichtende Aufklärung zu Drogen an Schulen

Die BPTK fordert einen flächendeckenden Ausbau der drogenbezogenen Aufklärung und Prävention. Der Fokus muss dabei insbesondere auf Kindern und Jugendlichen liegen, aber auch auf Schwangeren oder vorerkrankten Personen. Da Männer doppelt so oft Cannabis gebrauchen wie Frauen und dreifach so häufig eine Cannabis-Abhängigkeit aufweisen, sollten Präventionsangebote gendersensibel ausgestaltet sein. Für den Ausbau dieser Angebote sollten die Einnahmen aus der Besteuerung legaler Drogen verwendet werden.

Als zentrale präventive Maßnahme sollten Aufklärungsprogramme zu Drogen an Schulen, verpflichtend eingeführt werden. Da Jugendliche in Deutschland im Durchschnitt mit 15 Jahren beginnen, Drogen auszuprobieren und zu gebrauchen<sup>172</sup>, sollten solche Programme ab der sechsten Jahrgangsstufe verpflichtend eingeführt werden. In dieser Zeit sollten handlungsleitende Einstellungen und Kompetenzen im Drogengebrauch vermittelt und erworben werden. Dieser sollte weder verharmlost noch verteufelt werden. Von keiner Drogenpolitik ist zu verhindern, dass Drogen ausprobiert und gebraucht werden. Deshalb sollten Jugendliche auch lernen, Drogen so zu nutzen, dass sie ihre Gesundheit nicht gefährden und das Risiko für Missbrauch und Abhängigkeit gering bleibt. Außerdem müsste auch stärker in Jugendeinrichtungen und sozialen Medien über Drogengebrauch aufgeklärt werden.

Die bisherige Informationspolitik setzt bei Cannabis fast ausschließlich darauf, den Gebrauch von Drogen zu verhindern. Ein solcher Ansatz erreicht die Jugendlichen aber nicht. Er wird als erzieherisch, lebensfern oder normativ erlebt. Dadurch wird der weit verbreitete Cannabis-Gebrauch tabuisiert und stigmatisiert.<sup>173</sup> Jugendliche erlernen so, Drogen heimlich zu gebrauchen und Strafen zu vermeiden. In ihrem Drogengebrauch orientieren sie sich so vorrangig an ihrem Freundeskreis.<sup>174,175</sup> Jugendliche lassen sich besser vor einem riskanten Drogengebrauch schützen, wenn sie einen aufgeklärten und eigenverantwortlichen Umgang mit Drogen erlernen.

### 9.3.7 Aufklärungs- und Anti-Stigma-Kampagnen zu Suchterkrankungen

Die BPtK fordert, vermehrt Aufklärungs- und Anti-Stigma-Kampagnen zu Suchterkrankungen durchzuführen. Suchtkranke erfahren starke Stigmatisierung und Ausgrenzung<sup>176,177</sup> – sowohl im Alltag als auch im Gesundheitssystem bei der Suche nach Beratungs- und Behandlungsangeboten. Der Kontrollverlust beim Drogengebrauch gilt als Willensschwäche und nicht als Symptom einer psychischen Krankheit. Aufgrund von Scham und Schuldgefühlen suchen sich viele Erkrankte erst nach vielen Jahren Beratung und Behandlung. Es ist entscheidend für eine erfolgreiche Drogenpolitik, dass sich Suchtkranke frühzeitig und ohne Scheu Hilfe suchen.

### 9.3.8 Screening zur Früherkennung von Drogenmissbrauch

Die Früherkennung von Suchterkrankungen ist in Deutschland sehr schlecht. Im Durchschnitt erfolgt eine stationäre Alkohol-Behandlung erst zwölf Jahre nach den ersten Alkohol-Problemen.<sup>178</sup> Patient\*innen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen sind seit durchschnittlich 16 Jahren abhängig.<sup>179</sup> Die BPtK fordert deshalb, Suchtberatung und -behandlung zu verbessern, mehr zu vernetzen und insbesondere um spezifische Angebote für Kinder und Jugendliche zu erweitern. Die Finanzierung sollte auch hier aus den Steuereinnahmen des Verkaufs legaler Drogen erfolgen.

Dazu gehört, flächendeckend Screenings zur Früherkennung von Drogenmissbrauch einzuführen. Niedergelassene Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen überweisen bisher zu selten in Fachkliniken für Suchtbehandlungen (2,2 %).<sup>180</sup> Hausärzt\*innen, Kinder- und Jugendärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen sollten den Drogengebrauch thematisieren und Fragebögen zur Früherkennung von Drogenproblemen einsetzen, wie es von der S3-Leitlinie für die Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen empfohlen wird.<sup>181</sup> Bei Kindern und Jugendlichen sollten Schulen und die Jugendhilfe stärker eingebunden werden. Bei Verdacht auf einen problematischen Gebrauch sollten sie an niedrigschwellige Angebote der Suchtprävention und -beratung weitervermitteln.

Auch in Allgemeinkrankenhäusern werden Drogenmissbrauch und -abhängigkeit zu selten erfragt und erkannt. Sie sollten an Beratungs- und Behandlungsangebote der Suchthilfe weitervermitteln. Allgemeinkrankenhäuser überweisen bisher nur in jedem zehnten Fall an eine Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen.<sup>182</sup>

### 9.3.9 Suchtberatung als verpflichtendes Leistungsangebot der Kommunen

Suchtberatung ist bisher lediglich eine freiwillige Leistung der Kommunen und Länder. Insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen fehlen Angebote. Suchtberatungsstellen sind einfach erreichbare Anlaufstellen, die weitere Hilfs- und Behandlungsangebote vermitteln können und auch Behandlungserfolge nach einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung im Alltag sichern helfen. Um diese wichtige Versorgungskomponente aufrechtzuerhalten, bedarf es einer bundesweit einheitlichen Einführung von Suchtberatung als verpflichtendes Leistungsangebot der Kommunen. Darüber hinaus sollte psychotherapeutische Kompetenz zu einem verpflichtenden Bestandteil einer jeden Suchtberatung werden. Viele Beratungsstellen sind oft noch zu selten mit Psychotherapeut\*innen besetzt.

### 9.3.10 Spezielle Behandlungsangebote für suchtkranke Kinder und Jugendliche

Die BPTK fordert, spezifische Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche mit drogenbezogenen Problemen auszubauen. Etwa jede zwanzigste Heranwachsende\* missbraucht Drogen oder ist davon abhängig. Die Beratung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Drogenmissbrauch und -abhängigkeit ist in Deutschland unzureichend, insbesondere im Bereich der stationären Entzugs- und Rehabilitationsbehandlung besteht ein Mangel an spezifischen Angeboten.

Außerdem sollte die Jugendhilfe stärker Familien unterstützen, in denen Drogen missbraucht werden. Die schädlichen Folgen von Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit eines Elternteils, Kindes oder Jugendlichen gehen meist zu Lasten der gesamten Familie. Sie könnten durch frühzeitige Unterstützung vermieden oder deutlich gemindert werden.

### 9.3.11 Ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen ohne Einschränkungen ermöglichen

Die BPTK fordert, ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen ohne Einschränkungen zu ermöglichen. Bisher ist eine langfristige Psychotherapie bei einer niedergelassenen Psychotherapeut\*in nur möglich, wenn bis zur zehnten Behandlungsstunde eine Abstinenz erreicht wurde. Das ist häufig unmöglich. Das Abstinenzgebot bis zur zehnten Sitzung ist fachlich überholt und führt dazu, dass zum Beispiel viele Alkoholabhängige keine

Behandlung beginnen, da ein Verzicht auf Alkohol noch wie ein unerreichbares Ziel erscheint. Eine Abstinenz ist nicht für jede Trinker\*in ein realistisches Therapieziel. Deshalb kann ein kontrollierter niedriger Gebrauch angestrebt werden (vgl. „Kontrolliertes Trinken“).<sup>183,184</sup> Auch Cannabis-Nutzer\*innen sind sehr ambivalent, ob sie tatsächlich abstinent leben möchten, und brechen bei zu ehrgeizigen Therapiezielen nicht selten die Behandlung ab.

Um in der Suchtbehandlung mehr ambulante Psychotherapie zu ermöglichen, fordert die BPTK, § 22 Absatz 1 Nr. 1a Psychotherapie-Richtlinie aufzuheben. Psychotherapie wirkt nachweislich bei substanzbezogenen Störungen<sup>185,186,187</sup>, weshalb sie von Leitlinien als Therapie der Wahl entsprechend empfohlen wird<sup>188,189,190</sup>. Psychotherapie ist zudem in allen Phasen der Suchtbehandlung wirksam: Sie kann zur Abstinenz motivieren (Entzug), Abstinenz oder kontrollierten Gebrauch erzielen (Rehabilitation) und Behandlungserfolge langfristig sichern (Nachsorge).

#### 9.3.12 Bessere Finanzierung der Reha-Einrichtungen

Die personelle Ausstattung mit Psychotherapeut\*innen in der medizinischen Rehabilitationsbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen muss verbessert werden. Dafür ist auch eine stärkere Finanzierung von Reha-Einrichtungen vonnöten.

#### 9.3.13 Therapie- und Versorgungsforschung bei Suchterkrankungen ausbauen

Die BPTK fordert, die Forschung zur Behandlung und Versorgung von Suchterkrankungen auszubauen und stärker zu finanzieren. Gemessen an der Häufigkeit von Suchterkrankungen in der Bevölkerung erfährt die Erforschung von Ursachen für eine Suchtentwicklung und wirksamen Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland zu wenig Bedeutung.

## 10 Anhang: Verweise und Literatur

- 
- <sup>1</sup> United Nations (1972). *The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. As amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.* [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf) [Abgerufen am 05.01.2022]
- <sup>2</sup> Kandel, D. B. (Ed.) (2002). *Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis*, Cambridge University Press. DOI: 10.1017/CBO9780511499777
- <sup>3</sup> Jorgensen, C., & Wells, J. (2021). Is marijuana really a gateway drug? A nationally representative test of the marijuana gateway hypothesis using a propensity score matching design. *Journal of Experimental Criminology*, 1-18. DOI: 10.1007/s11292-021-09464-z
- <sup>4</sup> Orth, B. & Merkel, C. (2019): *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends.* BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. [https://www.bzga.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/studien/Alkoholsurvey\\_2018\\_Alkohol-Bericht.pdf](https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Alkoholsurvey_2018_Alkohol-Bericht.pdf) [Abgerufen am 22.01.2022]
- <sup>5</sup> Seitz, N.-N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Tabakkonsum und Hinweise auf Konsumabhängigkeit nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018.* München: Institut für Therapieforchung (IFT). [https://www.esa-survey.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/ESA\\_2018\\_Tabellen\\_Tabak.pdf](https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Tabak.pdf) [Abgerufen am 22.01.2022]
- <sup>6</sup> Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2016): *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf klinisch relevanten Drogenkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015.* München: Institut für Therapieforchung (IFT). [https://www.esa-survey.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/ESA\\_2015\\_Illegale\\_Drogen-Kurzbericht.pdf](https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2015_Illegale_Drogen-Kurzbericht.pdf) [Abgerufen am 22.01.2022]
- <sup>7</sup> 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. [https://www.bzga.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/studien/drogen\\_af\\_2011--04214daa80cc48c7afcdb7d64baf60db.pdf](https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/drogen_af_2011--04214daa80cc48c7afcdb7d64baf60db.pdf) [Abgerufen am 01.12.2022]
- <sup>8</sup> Wagner, F. A. (2002). Into the world of illegal drug use: Exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana, and cocaine. *American Journal of Epidemiology*, 155(10), 918-925. DOI: 10.1093/aje/155.10.918
- <sup>9</sup> Seitz, N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018.* München: Institut für Therapieforchung (IFT). [https://www.esa-survey.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/ESA\\_2018\\_Tabellen\\_Drogen.pdf](https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Drogen.pdf) [Abgerufen am 01.12.2021]
- <sup>10</sup> Hall, W. D., & Lynskey, M. (2005). Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 24(1), 39-48. DOI: 10.1080/09595230500126698
- <sup>11</sup> Van Gundy, K., & Rebellon, C. J. (2010). A life-course perspective on the "Gateway Hypothesis". *Journal of Health and Social Behavior*, 51(3), 244-259. DOI: 10.1177/0022146510378238
- <sup>12</sup> Government of Canada (2019, 15. August). *National Cannabis Survey, second quarter 2019.* <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190815/dq190815a-eng.htm> [Abgerufen am 19.01.2022]
- <sup>13</sup> Suchert, V., Hanewinkel, R., & Morgenstern, M. (2014). Wahrgenommene Verfügbarkeit und Alkoholkonsum Jugendlicher im Längsschnitt. *Sucht*, 60(5), 279-287. DOI: 10.1024/0939-5911.a000323
- <sup>14</sup> Statistisches Bundesamt (2021). *Bierverbrauch pro Kopf in Europa nach Ländern im Jahr 2020 (in Litern)* [Dataset]. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/29727/umfrage/pro-kopf-verbrauch-an-bier-in-europa/> [Abgerufen am 04.03.2022]

- 
- <sup>15</sup> Stöver, H. (2016). Umdenken in Drogenpolitik und Drogenhilfe: Mehr Menschen mit Substanzstörungen früher erreichen und besser versorgen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* (Hrsg.). *Neue Ansätze in der Suchthilfe*, 47, 26-39.
- <sup>16</sup> Bundeskriminalamt (2020). *Polizeiliche Kriminalstatistik, Jahrbuch 2019, Band 4*. [https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/PKSJahrbuch/pksJahrbuch\\_node.html](https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/PKSJahrbuch/pksJahrbuch_node.html) [18.01.2022]
- <sup>17</sup> Statistisches Bundesamt (2008). *Wie schwer wäre es für Sie, sich Cannabis zu beschaffen?* [Dataset]. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1144/umfrage/schwierigkeit-von-cannabisbeschaffung/> [Abgerufen am 19.01.2022]
- <sup>18</sup> BKA-Pressestelle (2021, 28. April). *Gefährliche Entwicklungen auf dem Rauschgiftmarkt. Warnung vor Cannabisprodukten mit synthetischen Cannabinoiden*. [https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite\\_Pressemitteilungen/2021/Presse2021/210427\\_pmCBD\\_NPS.html](https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2021/Presse2021/210427_pmCBD_NPS.html) [Abgerufen am 10.02.2022]
- <sup>19</sup> Fuss, K. (2022, 18. Februar). Gefahr durch Cannabinoide. Freiburger Toxikologe: "Es gibt Todesfälle nach dem Konsum von synthetischem Cannabis". *SWR Aktuell*. <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/experte-warnt-vor-toedlichen-cannabinoiden-in-cannabis-100.html> [Abgerufen am 19.02.2022]
- <sup>20</sup> Freeman, T. P., Groshkova, T., Cunningham, A., Sedefov, R., Griffiths, P., & Lynskey, M. T. (2019). Increasing potency and price of cannabis in Europe, 2006–16. *Addiction*, 114(6), 1015-1023. DOI: 10.1111/add.14525
- <sup>21</sup> Freeman, T. P., & Winstock, A. R. (2015). Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. *Psychological Medicine*, 45(15), 3181-3189. DOI: 10.1017/S0033291715001178
- <sup>22</sup> Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., ... & van der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): A multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 427-436. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30048-3
- <sup>23</sup> Bundeskriminalamt (2020). *Polizeiliche Kriminalstatistik, Jahrbuch 2019, Band 4*. [https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/PKSJahrbuch/pksJahrbuch\\_node.html](https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/PKSJahrbuch/pksJahrbuch_node.html) [Abgerufen am 19.01.2022]
- <sup>24</sup> Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Specht, S. (2021). *Suchthilfe in Deutschland 2020. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München: Institut für Therapieforchung (IFT). [https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user\\_upload\\_dshs/05\\_publicationen/jahresberichte/DSHS\\_DJ2020\\_Jahresbericht.pdf](https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2020_Jahresbericht.pdf) [Abgerufen am 20.01.2022]
- <sup>25</sup> Bundeskriminalamt (2021). *Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2020*. <https://www.bka.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Publicationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2020RauschgiftBundeslagebild.html?nn=27972> [Abgerufen am 20.01.2022]
- <sup>26</sup> Bundeskriminalamt (2012). *Polizeiliche Kriminalstatistik, Jahrbuch 2011*. <https://www.bka.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Publicationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pksJahrbuecher-Bis2011/pks2011.html?nn=52408> [Abgerufen am 21.01.2022]
- <sup>27</sup> Bundesinnenministerium des Innern, für Bau und Heimat (2021). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2020. Ausgewählte Zahlen im Überblick*. [https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/sicherheit/pks-2020.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/sicherheit/pks-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=2) [Abgerufen am 02.02.22]
- <sup>28</sup> Bundeskriminalamt (2020). *Polizeiliche Kriminalstatistik, Jahrbuch 2019, Band 4*. [https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/PKSJahrbuch/pksJahrbuch\\_node.html](https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/PKSJahrbuch/pksJahrbuch_node.html) [Abgerufen am 19.01.2022]
- <sup>29</sup> Philipp, S. (2021, 18. Oktober). Justiz in Berlin. Drei von vier Drogenverfahren werden eingestellt. *Berliner Morgenpost*. <https://www.morgenpost.de/berlin/article233610483/Berlin-Drei-von-vier-Drogenermittlungen-werden-eingestellt.html> [Abgerufen am 20.01.2022]
- <sup>30</sup> Haucap, J., & Knoke, L. (2021). *Fiskalische Auswirkungen einer Cannabislegalisierung in Deutschland: Ein Update (No. 112)*. DICE Ordnungspolitische Perspektiven. <https://www.econs-tor.eu/bitstream/10419/248281/1/1783488840.pdf> [Abgerufen am 20.01.2022]

- 
- <sup>31</sup> Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2021). *Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. DOI: 10.2810/54391
- <sup>32</sup> Orth, B., & Merkel, C. (2020). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: Aktuelle Verbreitung und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. DOI: 10.17623/BZGA:225-DAS19-DE-1.0
- <sup>33</sup> Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N. N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(35-36), 577-584. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0577
- <sup>34</sup> Orth, B., & Merkel, C. (2020). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: Aktuelle Verbreitung und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. DOI: 10.17623/BZGA:225-DAS19-DE-1.0
- <sup>35</sup> Statistisches Bundesamt (2013). *Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegalen Drogenkonsums unter deutschen Erwachsenen nach Substanz im Jahr 2012* [Dataset]. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1144/umfrage/schwierigkeit-von-cannabisbeschaffung/> [Abgerufen am 22.01.2022]
- <sup>36</sup> Orth, B., & Merkel, C. (2020). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: Aktuelle Verbreitung und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. DOI: 10.17623/BZGA:225-DAS19-DE-1.0
- <sup>37</sup> Manthey, J., Freeman, T. P., Kilian, C., López-Pelayo, H., & Rehm, J. (2021). Public health monitoring of cannabis use in Europe: prevalence of use, cannabis potency, and treatment rates. *The Lancet Regional Health-Europe*, 10, 100227. DOI: 10.1016/j.lanep.2021.100227
- <sup>38</sup> Orth, B., & Merkel, C. (2020). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: Aktuelle Verbreitung und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. DOI: 10.17623/BZGA:225-DAS19-DE-1.0
- <sup>39</sup> Manthey, J., Freeman, T. P., Kilian, C., López-Pelayo, H., & Rehm, J. (2021). Public health monitoring of cannabis use in Europe: prevalence of use, cannabis potency, and treatment rates. *The Lancet Regional Health-Europe*, 10, 100227. DOI: 10.1016/j.lanep.2021.100227
- <sup>40</sup> Seitz, N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T., & Kraus, L. N. (2019). Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen in Deutschland 1995–2018. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(35-36), 1-7. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0585
- <sup>41</sup> Orth, B., & Merkel, C. (2020). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: Aktuelle Verbreitung und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. DOI: 10.17623/BZGA:225-DAS19-DE-1.0
- <sup>42</sup> Seitz, N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T., & Kraus, L. N. (2019). Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen in Deutschland 1995–2018. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(35-36), 1-7. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0585
- <sup>43</sup> Seitz, N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018*. München: Institut für Therapieforchung (IFT). [https://www.esa-survey.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/ESA\\_2018\\_Tabellen\\_Drogen.pdf](https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Drogen.pdf) [Abgerufen am 01.12.2021]
- <sup>44</sup> Seitz, N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T., & Kraus, L. N. (2019). Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen in Deutschland 1995–2018. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(35-36), 1-7. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0585

- 
- <sup>45</sup> Manthey, J., Freeman, T. P., Kilian, C., López-Pelayo, H., & Rehm, J. (2021). Public health monitoring of cannabis use in Europe: prevalence of use, cannabis potency, and treatment rates. *The Lancet Regional Health-Europe*, 10, 100227. DOI: 10.1016/j.lanep.2021.100227
- <sup>46</sup> Gahr, M., Ziller, J., Keller, F., Muche, R., Preuss, U. W., & Schönfeldt-Lecuona, C. (2022). Incidence of inpatient cases with mental disorders due to use of cannabinoids in Germany: A nationwide evaluation. *European Journal of Public Health*, 1-7. DOI: 10.1093/eurpub/ckab207
- <sup>47</sup> Manthey, J., Freeman, T. P., Kilian, C., López-Pelayo, H., & Rehm, J. (2021). Public health monitoring of cannabis use in Europe: prevalence of use, cannabis potency, and treatment rates. *The Lancet Regional Health-Europe*, 10, 100227. DOI: 10.1016/j.lanep.2021.100227
- <sup>48</sup> Gahr, M., Ziller, J., Keller, F., Muche, R., Preuss, U. W., & Schönfeldt-Lecuona, C. (2022). Incidence of inpatient cases with mental disorders due to use of cannabinoids in Germany: A nationwide evaluation. *European Journal of Public Health*, 1-7. DOI: 10.1093/eurpub/ckab207
- <sup>49</sup> Freeman, T., Van der Pol, P., Kuijpers, W., Wisselink, J., Das, R., Rigter, S., . . . Lynskey, M. (2018). Changes in cannabis potency and first-time admissions to drug treatment: A 16-year study in the Netherlands. *Psychological Medicine*, 48(14), 2346-2352. DOI: 10.1017/S0033291717003877
- <sup>50</sup> Brand, H., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T., & Braun, B. (2016). Cannabisbezogene Störungen in der Suchthilfe: Inanspruchnahme, Klientel und Behandlungserfolg. *Sucht*, 62(1), 9-21. DOI: 10.1024/0939-5911.a000404
- <sup>51</sup> MacCoun, R. J. (2011). What can we learn from the Dutch cannabis coffeeshop system?. *Addiction*, 106(11), 1899-1910. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03572.x
- <sup>52</sup> Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2021). *Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. DOI: 10.2810/54391
- <sup>53</sup> Manthey, J., Freeman, T. P., Kilian, C., López-Pelayo, H., & Rehm, J. (2021). Public health monitoring of cannabis use in Europe: prevalence of use, cannabis potency, and treatment rates. *The Lancet Regional Health-Europe*, 10, 100227. DOI: 10.1016/j.lanep.2021.100227
- <sup>54</sup> Murkin, G. (2016). Will drug use rise? Exploring a key concern about decriminalising or regulating drugs. *Transform*, June 2016. <https://transformdrugs.org/assets/files/PDFs/will-drug-use-rise-report-2016.pdf> [Abgerufen am 25.01.2022]
- <sup>55</sup> Ebd.
- <sup>56</sup> Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2021). *Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. DOI: 10.2810/54391
- <sup>57</sup> Hall, W., & Lynskey, M. (2020). Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use: the US experience. *World Psychiatry*, 19(2), 179-186. DOI: 10.1002/wps.20735
- <sup>58</sup> Anderson, D. M., Rees, D. I., Sabia, J. J., & Safford, S. (2021). Association of Marijuana Legalization With Marijuana Use Among US High School Students, 1993-2019. *JAMA Network Open*, 4(9), e2124638-e2124638. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.24638
- <sup>59</sup> Fischer, B., Lee, A., Robinson, T., & Hall, W. (2021). An overview of select cannabis use and supply indicators pre-and post-legalization in Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 16(1), 1-7. DOI: 10.1186/s13011-021-00405-7
- <sup>60</sup> Haines-Saah, R. J., & Fischer, B. (2021). Youth cannabis use and legalization in Canada – reconsidering the fears, myths and facts three years in. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3), 191-196. <https://www.cacap-acpea.org/wp-content/uploads/Youth-Cannabis-use-and-Legalization-in-Canada.pdf> [Abgerufen am 10.05.22]
- <sup>61</sup> Government of Canada (2019, 15. August). *National Cannabis Survey, second quarter 2019*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190815/dq190815a-eng.htm> [Abgerufen am 26.02.2022]

- 
- <sup>62</sup> Bechard, M., Cloutier, P., Lima, I., Salamatmanesh, M., Zemek, R., Bhatt, M., ... & Gardner, W. (2022). Cannabis-related emergency department visits by youths and their outcomes in Ontario: A trend analysis. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 10(1), E100-E108. DOI: 10.9778/cmajo.20210142
- <sup>63</sup> Coley, R. L., Kruzik, C., Ghiani, M., Carey, N., Hawkins, S. S., & Baum, C. F. (2021). Recreational marijuana legalization and adolescent use of marijuana, tobacco, and alcohol. *Journal of Adolescent Health*, 69(1), 41-49. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.10.019
- <sup>64</sup> Deutscher Bundestag (2019). *Legalisierung von Cannabis: Auswirkungen auf die Zahl der Konsumenten in ausgewählten Ländern*. Sachstand, WD 9-3000-072/19. <https://www.bundestag.de/resource/blob/675688/4ba9aed6de8e9633685a1cdc2d823525/WD-9-072-19-pdf-data.pdf> [Abgerufen am 26.01.2022]
- <sup>65</sup> Gabri, A. C., Galanti, M. R., Orsini, N., Magnusson, C. (2022) Changes in cannabis policy and prevalence of recreational cannabis use among adolescents and young adults in Europe—An interrupted time-series analysis. *PLoS ONE*, 17(1): e0261885. DOI: 10.1371/journal.pone.0261885
- <sup>66</sup> Hoch, E., Friemel, C. M. & Schneider, M. (Hrsg.). (2019). *Cannabis: Potenzial und Risiko* [E-Book]. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-57291-7
- <sup>67</sup> Ebd.
- <sup>68</sup> Marchand, G., Masoud, A. T., Govindan, M., Ware, K., King, A., Ruther, S., ... & Sainz, K. (2022). Birth Outcomes of Neonates Exposed to Marijuana in Utero: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(1), e2145653-e2145653. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.45653
- <sup>69</sup> Hoch, E., Friemel, C. M. & Schneider, M. (Hrsg.). (2019). *Cannabis: Potenzial und Risiko* [E-Book]. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-57291-7
- <sup>70</sup> Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369(9566), 1047-1053. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60464-4
- <sup>71</sup> Connor, J. P., Stjepanović, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A. J., & Hall, W. D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 1-24. DOI: 10.1038/s41572-021-00247-4
- <sup>72</sup> Schlag, A. K. (2020). Percentages of problem drug use and their implications for policy making: A review of the literature. *Drug Science, Policy and Law*, 6, 2050324520904540. DOI: 10.1177/2050324520904540
- <sup>73</sup> Coffey, C., & Patton, G. C. (2016). Cannabis use in adolescence and young adulthood: A review of findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(6), 318-327. DOI: 10.1177/0706743716645289
- <sup>74</sup> Hoch, E., Friemel, C. M. & Schneider, M. (Hrsg.). (2019). *Cannabis: Potenzial und Risiko* [E-Book]. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-57291-7
- <sup>75</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Cannabis: Potenzial und Risiken (CaPRis), Kurzbericht*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ser-vice/publikationen/drogen-und-sucht/de-tails.html?bmg%5Bpubid%5D=3104> [Abgerufen am 27.01.2022]
- <sup>76</sup> Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). The relationship between cannabis use and other substance use in the general population. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(3), 319-327. DOI: 10.1016/s0376-8716(01)00130-2.
- <sup>77</sup> Hasin, D. S., Kerridge, B. T., Saha, T. D., Huang, B., Pickering, R., Smith, S. M., ... & Grant, B. F. (2016). Prevalence and correlates of DSM-5 cannabis use disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions—III. *American Journal of Psychiatry*, 173(6), 588-599. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15070907
- <sup>78</sup> Wittchen, H. U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., ... & Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 60-70. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.013

- 
- <sup>79</sup> Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, *264*(19), 2511-2518. DOI: 10.1001/jama.1990.03450190043026
- <sup>80</sup> Linden-Carmichael, A. N., Stamates, A. L., & Lau-Barraco, C. (2019). Simultaneous use of alcohol and marijuana: Patterns and individual differences. *Substance Use & Misuse*, *54*(13), 2156-2166. DOI: 10.1080/10826084.2019.1638407
- <sup>81</sup> Hall, W., Stjepanović, D., Caulkins, J., Lynskey, M., Leung, J., Campbell, G., & Degenhardt, L. (2019). Public health implications of legalising the production and sale of cannabis for medicinal and recreational use. *The Lancet*, *394*(10208), 1580-1590. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31789-1.
- <sup>82</sup> Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., ... & van der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): A multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, *6*(5), 427-436. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30048-3
- <sup>83</sup> Jones, H. J., Gage, S. H., Heron, J., Hickman, M., Lewis, G., Munafò, M. R., & Zammit, S. (2018). Association of combined patterns of tobacco and cannabis use in adolescence with psychotic experiences. *JAMA Psychiatry*, *75*(3), 240-246. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4271
- <sup>84</sup> Di Forti, M., Sallis, H., Allegrì, F., Trotta, A., Ferraro, L., Stilo, S. A., Marconi, A., ... Murray, R. M. (2014). Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(6), 1509-1517. DOI: 10.1093/schbul/sbt181
- <sup>85</sup> Colizzi, M., Iyegbe, C., Powell, J., Blasi, G., Bertolino, A., Murray, R. M., & Di Forti, M. (2015). Interaction between DRD2 and AKT1 genetic variations on risk of psychosis in cannabis users: A case-control study. *npj Schizophrenia*, *1*(1), 1-4. DOI: 10.1038/npjsch.2015.25
- <sup>86</sup> Di Forti, M., Iyegbe, C., Sallis, H., Kolliakou, A., Falcone, M. A., Paparelli, A., ... & Murray, R. M. (2012). Confirmation that the AKT1 (rs2494732) genotype influences the risk of psychosis in cannabis users. *Biological Psychiatry*, *72*(10), 811-816. DOI: 10.1016/j.biopsych.2012.06.020
- <sup>87</sup> Genome Aggregation Database (gnomAD). [https://gnomad.broadinstitute.org/variant/14-104772855-T-C?dataset=gnomad\\_r3](https://gnomad.broadinstitute.org/variant/14-104772855-T-C?dataset=gnomad_r3) [Abgerufen am 27.01.2022]
- <sup>88</sup> Hiemstra, M., Nelemans, S. A., Branje, S., Van Eijk, K. R., Hottenga, J. J., Vinkers, C. H., ... & Boks, M. P. (2018). Genetic vulnerability to schizophrenia is associated with cannabis use patterns during adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, *190*, 143-150. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2018.05.024
- <sup>89</sup> Verweij, K. J., Abdellaoui, A., Nivard, M. G., Cort, A. S., Ligthart, L., Draisma, H. H., ... & International Cannabis Consortium. (2017). Genetic association between schizophrenia and cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence*, *171*, 117-121. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.09.022
- <sup>90</sup> Pasmán, J. A., Verweij, K. J., Gerring, Z., Stringer, S., Sanchez-Roige, S., Treur, J. L., ... & Vink, J. M. (2018). GWAS of lifetime cannabis use reveals new risk loci, genetic overlap with psychiatric traits, and a causal effect of schizophrenia liability. *Nature Neuroscience*, *21*(9), 1161-1170. DOI: 10.1038/s41593-018-0206-1
- <sup>91</sup> Gage, S. H., Jones, H. J., Burgess, S., Bowden, J., Smith, G. D., Zammit, S., & Munafò, M. R. (2017). Assessing causality in associations between cannabis use and schizophrenia risk: A two-sample Mendelian randomization study. *Psychological Medicine*, *47*(5), 971-980. DOI: 10.1017/S0033291716003172
- <sup>92</sup> Simeone, J. C., Ward, A. J., Rotella, P., Collins, J., & Windisch, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 1-14. DOI: 10.1186/s12888-015-0578-7
- <sup>93</sup> Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, *34*(4), 597-611. DOI: 10.1017/S0033291703001399
- <sup>94</sup> Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... & Wittchen, H. U. (2015). Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults–Mental Health Module (DEGS1-MH): A methodological addendum and correction. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *24*(4), 305-313. DOI: 10.1002/mpr.1479

- 
- <sup>95</sup> Hoch, E., Friemel, C. M. & Schneider, M. (Hrsg.). (2019). *Cannabis: Potenzial und Risiko* [E-Book]. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-57291-7
- <sup>96</sup> Albaugh, M. D., Ottino-Gonzalez, J., Sidwell, A., Lepage, C., Juliano, A., Owens, M. M., ... & IMAGEN Consortium. (2021). Association of cannabis use during adolescence with neurodevelopment. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 1031-1040. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.1258
- <sup>97</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Cannabis: Potenzial und Risiken (CaPRis), Kurzbericht*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ser-vice/publikationen/drogen-und-sucht/de-tails.html?bmg%5Bpubid%5D=3104> [Abgerufen am 27.01.2022]
- <sup>98</sup> Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S., ... & Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(40), E2657-E2664. DOI: 10.1073/pnas.1206820109
- <sup>99</sup> Hoch, E., Friemel, C. M. & Schneider, M. (Hrsg.). (2019). *Cannabis: Potenzial und Risiko* [E-Book]. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-57291-7
- <sup>100</sup> Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6
- <sup>101</sup> Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., & van den Brink, W. (2010). Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. *European Addiction Research*, 16(4), 202-207. DOI: 10.1159/000317249
- <sup>102</sup> Van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L., & van den Brink, W. (2015). European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology*, 29(6), 655-660. DOI: 10.1177/0269881115581980
- <sup>103</sup> Bonnet, U., Specka, M., Soyka, M., Alberti, T., Bender, S., Grigoleit, T., ... & Scherbaum, N. (2020). Ranking the harm of psychoactive drugs including prescription analgesics to users and others—A perspective of german addiction medicine experts. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-9. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.592199
- <sup>104</sup> Lachenmeier, D. W., & Rehm, J. (2015). Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Scientific Reports*, 5(1), 1-7. DOI: 10.1038/srep08126
- <sup>105</sup> Gaertner, B., Freyer-Adam, J., Meyer, C. & John, U. (2015). *Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum*. In DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2015* (S. 39-71). Lengerich: Pabst.
- <sup>106</sup> World Health Organization (WHO) (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603> [Abgerufen am 01.02.2022].
- <sup>107</sup> Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators (2018): Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 392(10152), 1015-1035. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2
- <sup>108</sup> Rommel, A., Saß, A. C., & Rabenberg, M. (2016). Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen. *Journal of Health Monitoring*, 1(1), 37-42. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2016-022
- <sup>109</sup> Flor, L. S., & Gakidou, E. (2020). The burden of alcohol use: Better data and strong policies towards a sustainable development. *The Lancet Public Health*, 5(1), e10-e11. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30254-3
- <sup>110</sup> Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., ... & Thompson, S. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: Combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet*, 391(10129), 1513-1523. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30134-X
- <sup>111</sup> Taylor, B., & Rehm, J. (2012). The relationship between alcohol consumption and fatal motor vehicle injury: High risk at low alcohol levels. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(10), 1827-1834. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2012.06.020
- <sup>112</sup> Statistisches Bundesamt (2021). *Verkehrsunfälle. Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr 2020* [Dataset]. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-alkohol-5462404207004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-alkohol-5462404207004.pdf?__blob=publicationFile) [Abgerufen am 03.02.2022]

- 
- <sup>113</sup> Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, *369*(9566), 1047-1053. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60464-
- <sup>114</sup> Lopez-Quintero, C., de los Cobos, J. P., Hasin, D. S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, *115*(1-2), 120-130. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004
- <sup>115</sup> Glantz, M. D., Bharat, C., Degenhardt, L., Sampson, N. A., Scott, K. M., Lim, C. C., ... & WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2020). The Epidemiology of Alcohol Use Disorders Cross-Nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addictive Behaviors*, *102*(106128). DOI: 10.1016/j.addbeh.2019.106128
- <sup>116</sup> Schlag, A. K. (2020). Percentages of problem drug use and their implications for policy making: A review of the literature. *Drug Science, Policy and Law*, *6*, 2050324520904540. DOI: 10.1177/2050324520904540
- <sup>117</sup> De Goede, J., van der Mark-Reeuwijk, K. G., Braun, K. P., le Cessie, S., Durston, S., Engels, R. C., ... & Oosterlaan, J. (2021). Alcohol and brain development in adolescents and young adults: A systematic review of the literature and advisory report of the health council of the Netherlands. *Advances in Nutrition*, *12*(4), 1379-1410. DOI: 10.1093/advances/nmaa170
- <sup>118</sup> Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *154*, 1-13. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031
- <sup>119</sup> Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, *64*(7), 830-842. DOI: 10.1001/archpsyc.64.7.830
- <sup>120</sup> Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, *264*(19), 2511-2518.
- <sup>121</sup> Hunt, G. E., Malhi, G. S., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Sitharthan, T. (2016). Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *206*, 321-330. DOI: 10.1016/j.jad.2016.06.051
- <sup>122</sup> Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, *64*(7), 830-842. DOI: 10.1001/archpsyc.64.7.830
- <sup>123</sup> Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, *264*(19), 2511-2518.
- <sup>124</sup> Wittchen, H. U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., ... & Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, *88*, 60-70. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.013
- <sup>125</sup> Hasin, D. S., Kerridge, B. T., Saha, T. D., Huang, B., Pickering, R., Smith, S. M., ... & Grant, B. F. (2016). Prevalence and correlates of DSM-5 cannabis use disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions—III. *American Journal of Psychiatry*, *173*(6), 588-599. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15070907
- <sup>126</sup> Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: A meta-analysis. *PloS one*, *10*(5), e0126870. DOI: 10.1371/journal.pone.0126870
- <sup>127</sup> Boor, K. S. C. (2020). *Strukturelle und funktionelle Regeneration bei abstinenten alkoholabhängigen Patienten – eine Korrelationsanalyse neuropsychologischer Testbefunde mit zerebralen Strukturen im MRT*

- 
- (Dissertation, Psychologie), Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg. <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/28095/1/Dissertation.pdf> [Abgerufen am 22.12.2021]
- <sup>128</sup> Topiwala, A., Allan, C. L., Valkanova, V., Zsoldos, E., Filippini, N., Sexton, C., ... & Ebmeier, K. P. (2017). Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: Longitudinal cohort study. *bmj*, 357, 1-20. DOI: 10.1136/bmj.j2353
- <sup>129</sup> De Goede, J., van der Mark-Reeuwijk, K. G., Braun, K. P., le Cessie, S., Durston, S., Engels, R. C., ... & Oosterlaan, J. (2021). Alcohol and brain development in adolescents and young adults: A systematic review of the literature and advisory report of the health council of the Netherlands. *Advances in Nutrition*, 12(4), 1379-1410. DOI: 10.1093/advances/nmaa170
- <sup>130</sup> Boor, K. S. C. (2020). *Strukturelle und funktionelle Regeneration bei abstinenten alkoholabhängigen Patienten – eine Korrelationsanalyse neuropsychologischer Testbefunde mit zerebralen Strukturen im MRT* (Dissertation, Psychologie), Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg. <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/28095/1/Dissertation.pdf> [Abgerufen am 22.12.2021]
- <sup>131</sup> Koch, S. F., & McGueary, K. A. (2005). The effect of youth alcohol initiation on high school completion. *Economic Inquiry*, 43(4), 750-765. DOI: 10.1093/ei/cbi052
- <sup>132</sup> Patte Karen, A., & Wei, Q. (2017). Binge drinking and academic performance, engagement, aspirations, and expectations: A longitudinal analysis among secondary school students in the COMPASS study. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 37(11), 376-385. DOI: 10.24095/hpcdp.37.11.02
- <sup>133</sup> Read, J. P., Merrill, J. E., Kahler, C. W., & Strong, D. R. (2007). Predicting functional outcomes among college drinkers: Reliability and predictive validity of the Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2597-2610. DOI: 10.1016/j.addbeh.2007.06.021
- <sup>134</sup> Singleton, R. A. (2007). Collegiate alcohol consumption and academic performance. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(4), 548-555. DOI: 10.15288/jsad.2007.68.548
- <sup>135</sup> Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6
- <sup>136</sup> Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., & van den Brink, W. (2010). Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. *European Addiction Research*, 16(4), 202-207. DOI: 10.1159/000317249
- <sup>137</sup> Van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L., & van den Brink, W. (2015). European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology*, 29(6), 655-660. DOI: 10.1177/0269881115581980
- <sup>138</sup> Bonnet, U., Specka, M., Soyka, M., Alberti, T., Bender, S., Grigoleit, T., ... & Scherbaum, N. (2020). Ranking the harm of psychoactive drugs including prescription analgesics to users and others—A perspective of german addiction medicine experts. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 592199. DOI: 10.3389/fpsy.2020.592199
- <sup>139</sup> Lachenmeier, D. W., & Rehm, J. (2015). Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Scientific Reports*, 5(1), 1-7. DOI: 10.1038/srep08126
- <sup>140</sup> Leonard, K. E., & Quigley, B. M. (2017). Thirty years of research show alcohol to be a cause of intimate partner violence: Future research needs to identify who to treat and how to treat them. *Drug and Alcohol Review*, 36(1), 7-9. DOI: 10.1111/dar.12434
- <sup>141</sup> Crane, C. A., Godleski, S. A., Przybyla, S. M., Schlauch, R. C., & Testa, M. (2016). The proximal effects of acute alcohol consumption on male-to-female aggression: A meta-analytic review of the experimental literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(5), 520-531. DOI: 10.1177/1524838015584374
- <sup>142</sup> Bundeskriminalamt (2020). *Polizeiliche Kriminalstatistik, Jahrbuch 2019, Band 1*. [https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/PKSJahrbuch/pksJahrbuch\\_node.html](https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/PKSJahrbuch/pksJahrbuch_node.html) [01.02.2022]
- <sup>143</sup> Dehos, F. T. (2022). Underage access to alcohol and its impact on teenage drinking and crime. *Journal of Health Economics*, 81, 102555. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2021.102555

- 
- <sup>144</sup> Baier, D., Schepker, K., & Bergmann, M. C. (2016). Macht Kiffen friedlich und Saufen aggressiv? Zum kausalen Zusammenhang zwischen Cannabis- und Alkoholkonsum und Delinquentem Verhalten, *ZJJ*, 324-332. [https://www.dvjj.de/wp-content/uploads/2019/12/ZJJ\\_4-16\\_Baier-Schepker-Bergmann\\_Macht-kiffen-friedlich-und-Saufen-aggressiv.pdf](https://www.dvjj.de/wp-content/uploads/2019/12/ZJJ_4-16_Baier-Schepker-Bergmann_Macht-kiffen-friedlich-und-Saufen-aggressiv.pdf) [Abgerufen am 03.02.2022]
- <sup>145</sup> Statistisches Bundesamt (2021). *Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol in Deutschland in den Jahren 1970 bis 2018* [Dataset]. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5382/umfrage/alkoholverbrauch-je-einwohner-an-reinem-alkohol/> [Abgerufen am 11.02.2022]
- <sup>146</sup> Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N. N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(35-36), 577-584. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0577
- <sup>147</sup> Effertz, T. (2015). *Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums – eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas*. Frankfurt: Peter Lang GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaft.
- <sup>148</sup> Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6
- <sup>149</sup> Van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L., & van den Brink, W. (2015). European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology*, 29(6), 655-660. DOI: 10.1177/0269881115581980
- <sup>150</sup> Freeman, T. P., & Winstock, A. R. (2015). Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. *Psychological Medicine*, 45(15), 3181-3189. DOI: 10.1017/S0033291715001178
- <sup>151</sup> Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., ... & van der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): A multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 427-436. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30048-3
- <sup>152</sup> Hines, L. A., Freeman, T. P., Gage, S. H., Zammit, S., Hickman, M., Cannon, M., ... & Heron, J. (2020). Association of high-potency cannabis use with mental health and substance use in adolescence. *JAMA Psychiatry*, 77(10), 1044-1051. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1035
- <sup>153</sup> Schneider, F., Karachaliou, K., Höke, C., Friedrich, M. & Neumeier, E. (2021). *Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020 / 2021). Deutschland, Workbook Drogenmärkte und Kriminalität*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD. [https://www.dbdd.de/fileadmin/user\\_upload\\_dbdd/05\\_Publikationen/PDFs/REITOX\\_BE-RICHT\\_2021/REITOX\\_Bericht\\_2021\\_DE\\_Workbook\\_Drogenmaerkte\\_und\\_Kriminalitaet.pdf](https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BE-RICHT_2021/REITOX_Bericht_2021_DE_Workbook_Drogenmaerkte_und_Kriminalitaet.pdf) [Abgerufen am 10.02.2022]
- <sup>154</sup> Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2021). *Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. DOI: 10.2810/54391
- <sup>155</sup> Schneider, F., Karachaliou, K., Höke, C., Friedrich, M. & Neumeier, E. (2021). *Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020 / 2021). Deutschland, Workbook Drogenmärkte und Kriminalität*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD. [https://www.dbdd.de/fileadmin/user\\_upload\\_dbdd/05\\_Publikationen/PDFs/REITOX\\_BE-RICHT\\_2021/REITOX\\_Bericht\\_2021\\_DE\\_Workbook\\_Drogenmaerkte\\_und\\_Kriminalitaet.pdf](https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BE-RICHT_2021/REITOX_Bericht_2021_DE_Workbook_Drogenmaerkte_und_Kriminalitaet.pdf) [Abgerufen am 10.02.2022]. Eigene Berechnungen
- <sup>156</sup> Deutscher Bundestag (2021). *Stellungnahme für die Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Antrag der Fraktion der FDP „Cannabis zu Genusszwecken kontrolliert an Erwachsene abgeben – Gesundheits- und Jugendschutz stärken“ (BT-Drucksache 19/27807)*. Ausschussdrucksache 19(14)354(3). [https://www.bundestag.de/resource/blob/848318/332b1503367dd4d2947bf057acf60a9d/19\\_14\\_0354-3-Prof-Dr-Justus-Haucap-Cannabis-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/848318/332b1503367dd4d2947bf057acf60a9d/19_14_0354-3-Prof-Dr-Justus-Haucap-Cannabis-data.pdf) [Abgerufen am 10.02.2022]
- <sup>157</sup> Deutscher Bundestag (2021). *Stellungnahme zu dem Antrag "Cannabis zu Genusszwecken kontrolliert an Erwachsene abgeben – Gesundheits- und Jugendschutz stärken" der Bundestagsfraktion der FDP (BT*

- 19/27807). Ausschussdrucksache 19(14)354(5). [https://www.bundestag.de/resource/blob/848436/dff2c4781e9960daeb5e6324755352ef/19\\_14\\_0354-5-Prof-Dr-Derik-Hermann-Cannabis-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/848436/dff2c4781e9960daeb5e6324755352ef/19_14_0354-5-Prof-Dr-Derik-Hermann-Cannabis-data.pdf) [Abgerufen am 16.02.2022]
- <sup>158</sup> Monte, A. A., Shelton, S. K., Mills, E., Saben, J., Hopkinson, A., Sonn, B., ... & Abbott, D. (2019). Acute illness associated with cannabis use, by route of exposure: An observational study. *Annals of Internal Medicine*, 170(8), 531-537. DOI: 10.7326/M18-2809
- <sup>159</sup> Grewal, J. K., & Loh, L. C. (2020). Health considerations of the legalization of cannabis edibles. *CMAJ*, 192(1), E1-E2. DOI: 10.1503/cmaj.191217
- <sup>160</sup> Lovato, C., Watts, A., & Stead, L. F. (2011). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1-45. DOI: 10.1002/14651858.CD003439.pub2
- <sup>161</sup> Anderson, P., De Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 229-243. DOI: 10.1093/alcalc/agn115
- <sup>162</sup> Jernigan, D., Noel, J., Landon, J., Thornton, N., & Lobstein, T. (2017). Alcohol marketing and youth alcohol consumption: A systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*, 112, 7-20. DOI: 10.1111/add.13591
- <sup>163</sup> Sherk, A., Stockwell, T., Chikritzhs, T., Andréasson, S., Angus, C., Gripenberg, J., ... & Woods, J. (2018). Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: Systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79(1), 58-67. DOI: 10.15288/jsad.2018.79.58
- <sup>164</sup> Schlieckau, J. (2015). *Kompendium der deutschen Alkoholpolitik – Zum Schutz unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir eine wirksame Verhältnisprävention*. Hamburg: disserta Verlag.
- <sup>165</sup> Stuttgarter Zeitung (2021, 12. November). *Testkäufe in Ludwigsburg. Jugendliche kommen zu leicht an Alkohol und Co.* <https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.testkaeufe-in-ludwigsburg-jugendliche-kommen-zu-leicht-an-alkohol-und-co.7c672233-4caf-4dd5-931b-46ebce3f969a.html> [Abgerufen am 12.02.2022]
- <sup>166</sup> t-online (2020, 25. Februar). *Tests in Frankfurt. Jeder dritte Jugendliche kommt ohne Probleme an harten Alkohol.* [https://www.t-online.de/region/frankfurt-am-main/news/id\\_87404378/frankfurt-jeder-dritte-jugendliche-kommt-ohne-probleme-an-harten-alkohol.html](https://www.t-online.de/region/frankfurt-am-main/news/id_87404378/frankfurt-jeder-dritte-jugendliche-kommt-ohne-probleme-an-harten-alkohol.html) [Abgerufen am 12.02.2022]
- <sup>167</sup> Leipziger Volkszeitung (2019, 10. April). *Knapp jeder vierte Laden im Landkreis verstößt gegen Jugendschutz.* <https://www.lvz.de/Region/Altenburg/Knapp-jeder-vierte-Laden-im-Landkreis-verstoest-gegen-Jugendschutz> [Abgerufen am 12.02.2022]
- <sup>168</sup> Göttinger Tagesblatt (2017, 28. März). *Alkoholtestkäufe mit gemischtem Ergebnis.* <https://www.goettinger-tagesblatt.de/Die-Region/Goettingen/Landkreis-Goettingen-Alkoholtestkaeufe-mit-gemischtem-Ergebnis> [Abgerufen am 12.02.2022]
- <sup>169</sup> Statistisches Bundesamt (2021). *Biersteuer in der Europäischen Union nach Ländern im Jahr 2018* [Dataset]. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/177374/umfrage/verbrauchssteuern-auf-bier-in-europa/> [Abgerufen am 15.02.22]
- <sup>170</sup> World Health Organization (WHO) (2011). *Scaling Up Action Against Noncommunicable Diseases: How Much Will It Cost?* Geneva: WHO. [https://www.who.int/ncds/management/a\\_Assessment\\_of\\_need\\_and\\_intervention\\_coverage.pdf](https://www.who.int/ncds/management/a_Assessment_of_need_and_intervention_coverage.pdf) [Abgerufen am 15.02.2022]
- <sup>171</sup> Statistisches Bundesamt (2021). *Bierverbrauch pro Kopf in Europa nach Ländern im Jahr 2020 (in Litern)* [Dataset]. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/29727/umfrage/pro-kopf-verbrauch-an-bier-in-europa/> [Abgerufen am 04.03.2022]
- <sup>172</sup> Orth, B. & Merkel, C. (2019): *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. [https://www.bzga.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/studien/Alkoholsurvey\\_2018\\_Alkohol-Bericht.pdf](https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Alkoholsurvey_2018_Alkohol-Bericht.pdf) [Abgerufen am 22.01.2022]
- <sup>173</sup> Manthey, J., Stöver, H., & Meyer-Thompson, H. G. (2018). Cannabis und Schadensminderung in Deutschland. *Suchttherapie*, 19(03), 148-158. DOI: 10.1055/s-0043-112067

- <sup>174</sup> Evers, Y. J., Dupont, H. B., Crutzen, R., & Heuperman, P. (2020). Using the confidence interval-based estimation of relevance approach to identify determinants of cannabis use among high school students in the Netherlands. *Health Psychology Bulletin*, 4(1), 10-17. DOI: 10.5334/hpb.18
- <sup>175</sup> Rowland, B., Jonkman, H., Williams, J., Kremer, P., & Toumbourou, J. W. (2019). Community variation in adolescent cannabis use in Australia and the Netherlands. *Addictive Behaviors*, 90, 204-209. DOI: 10.1016/j.addbeh.2018.10.027
- <sup>176</sup> Yang, L., Wong, L. Y., Grivel, M. M., & Hasin, D. S. (2017). Stigma and substance use disorders: An international phenomenon. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(5), 378-388. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000351
- <sup>177</sup> Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., ... & Rumpf, H. J. (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Sucht*, 63(5), 253-259. DOI: 10.1024/0939-5911/a000501
- <sup>178</sup> Lindenmeyer, J. (2006). *Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit*. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.). *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 637-660). Heidelberg, Berlin: Springer.
- <sup>179</sup> Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Funke, W., Kemmann, D., ... & Weissinger, V. (2020). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation-FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2017 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 24(1), 50-65.
- <sup>180</sup> Ebd.
- <sup>181</sup> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2020). *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“*. Langfassung. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001\\_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen\\_2021-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf) [Abgerufen am 18.02.2022]
- <sup>182</sup> Ebd.
- <sup>183</sup> Körkel, J. (2015). *Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht*. *Sucht*, 61(3), 147-174. DOI: 10.1024/0939-5911.a000367
- <sup>184</sup> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2020). *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“*. Langfassung. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001\\_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen\\_2021-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf) [Abgerufen am 17.02.2022]
- <sup>185</sup> Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Campbell Systematic Reviews*, 7(1), 1-126. DOI: 10.4073/csr.2011.6
- <sup>186</sup> Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06111851
- <sup>187</sup> Davis, D. R., Kurti, A. N., Skelly, J. M., Redner, R., White, T. J., & Higgins, S. T. (2016). A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009–2014. *Preventive Medicine*, 92, 36-46. DOI: 10.1016/j.ypmed.2016.08.008
- <sup>188</sup> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2020). *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“*. Langfassung. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001\\_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen\\_2021-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf) [Abgerufen am 18.02.2022]
- <sup>189</sup> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2020). *S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen*. Langfassung. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-025\\_S3\\_Medikamentenbezogene-Stoerungen\\_2021-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-025_S3_Medikamentenbezogene-Stoerungen_2021-01.pdf) [Abgerufen am 18.02.2022]
- <sup>190</sup> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2020). *S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“*. Langfassung. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-006\\_S3\\_Rauchen-Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung\\_2021-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006_S3_Rauchen-Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf) [Abgerufen am 18.02.2022]