

Hochschule Merseburg
University of Applied Sciences
Fachbereich – Soziale Arbeit, Medien, Kultur
Studiengang – Soziale Arbeit

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Sozialarbeiterin B.A. (FH)
an der Hochschule Merseburg

Legalisierungsmodell für Cannabis in Deutschland

Möglichkeiten und Grenzen

Verfasser: Ivonne Halbfaß
Matrikelnummer: 20056

Erstgutachterin: Prof. Dr. oec. Dr. phil. habil. Gundula Barsch

Zweitgutachter: Prof. Dr. phil. Jürgen Benecken

Inhaltsangabe

Diese Bachelorarbeit begibt sich auf eine spannende Reise, um zu überprüfen, ob die bestehende Prohibition gescheitert ist und ob es demzufolge an der Zeit wäre, ein Regulierungsmodell für Cannabis mit jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen eigens für Deutschland einzuführen. Interessant hierbei ist, wie ein solches Modell auszusehen hat, damit es glückt. Vorab muss jedoch die gegenwärtige Situation innerhalb Deutschlands genauer betrachtet werden. Dies nicht nur im Zusammenhang mit dem Konsum an sich, sondern eben auch welche Problematiken durch dessen Auftauchen und wie die Mentalitätsstruktur innerhalb der Bevölkerung bezüglich einer Regulierung von Cannabis anzusiedeln ist. Daran angeschlossen, werden die unterschiedlichsten internationalen Modelle, sowohl einer Entkriminalisierung, als auch einer Regulierung in Augenschein genommen.

Schlüsselwörter: Cannabis, Regulierungsmodell, Legalisierungsmodell

Abstract

This bachelor thesis takes an exciting trip in order to examine whether the current prohibition of Cannabis has failed or not. According to the key question there are going to be discussions about the possibilities and limits regarding the introduction of a Cannabis regulation model in Germany. The interesting point is to ask what such a model should look like in order to make it work. Before observing this issue there has to be taken a closer look at the current situation in Germany at first. The following subjects are going to be revealed: the consuming itself, the problems that occur due to the existing of Cannabis, and the German mental structure concerning a regulation of Cannabis. In the end there is going to be a representation of different international models as well as the illustration of decriminalization and regulation.

Key words: Cannabis, regulation model, legalization model

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	III
Einleitung	10
1 Cannabis und die gegenwärtige Situation in Deutschland	13
1.1 Cannabiskonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen	13
1.2 Problematiken die sich im Umgang mit Cannabis ergeben	15
1.2.1 Rauschgiftkriminalität	15
1.2.2 Aktuelle Zahlen für ambulante und stationäre Behandlung basierend auf der DSHS	17
1.3 Mentalitätsstruktur in Deutschland	19
1.3.1 Umfrage zur Cannabislegalisierung im Vergleich	19
1.3.2 Hanfparade	20
1.3.3 Mythos Cannabis- immer noch erschreckend	20
1.3.4 Cannabis als Medizin	21
1.3.5 Modellprojekt zur kontrollierten Abgabe von Cannabis in Berlin-Kreuzberg	23
2 Internationaler Überblick für den Umgang mit Cannabis	25
2.1 Ein Überblick über den alternative Umgang mit Cannabis in Europa	25
2.1.1 Niederlande	25
2.1.2 Portugal	26
2.1.3 Tschechien	27
2.1.4 Spanien / Belgien	29
2.2 Regulierung des Cannabismarktes in den USA und in Südamerika (Uruguay)	31
2.2.1 USA	31
2.2.2 Südamerika (Uruguay)	33

3 Deutschland macht seinen eigenen Weg bezüglich der Regulierung des Cannabismarktes	35
3.1 Ein Modell für Deutschland mit wichtigen Schlüsselementen zur Regulierung	35
3.1.1 Erläuterung des Modells für Deutschland	35
3.1.2 Produktionskontrolle	36
3.1.3 Produktkontrolle	37
3.1.4 Anbieter- und Absatzkontrolle	39
3.1.5 Käufer- und Endverbraucherkontrolle	41
Fazit	43
Literaturverzeichnis	46
Anhangsverzeichnis	
1. Abbildungen	53
2. Tabellen	64
3. Cannabiskonsum am Arbeitsplatz	67
4. Cannabis und Führerschein	68
5. Erfassung einer ICH-10 Diagnose – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit	69
6. Legalisierung des Verkaufs und Konsum von Haschisch – forsa.	72
7. Widerleg des Mythos Cannabis	75
8. Antrag Bundesopiumstelle	78
9. Medienäußerungen bezüglich des Modellprojekts zur kontrollierten Abgabe von Cannabis in Berlin- Kreuzberg	79
10. Modellprojekt wie in Berlin ebenfalls in Köln und Frankfurt geplant	79
11. Pressemeldung CDU / CSU Keine Legalisierung von Cannabis – Cannabiskonsum ist kein Zeichen von Freiheit	80
12. In Amsterdam eröffnete der erste Cannabis Social Club "Tree of Life"	82
13. Colorado zieht Rückschlüsse nach fast zwei Jahren Regulierung und einem Jahr Cannabisfachgeschäfte	83
14. Fünf Grundmodelle der Regulierung	85
15. Die lizenzierte Verkaufsstelle eigens für Deutschland	90
16. Ggf. Schlüsselemente für eine spätere Nachbesserung innerhalb der lizenzierten Verkaufsstelle bezüglich des evtl. aufkommenden Drogentourismus	91
17. Resolution deutscher Strafrechtsprofessorinnen und –professoren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages	92

I Abkürzungsverzeichnis

BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtM	Betäubungsmittel
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DHV	Deutscher Hanf Verband
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
THC	Tetrahydrocannabinol
WHO	Weltgesundheitsorganisation
CDT	Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência
CSC	Cannabis Social Clubs
ENCOD	European Coalition for Just and Effective Drug Policie
IRCCA	Institute of Regulation and Control of Cannabis
MPU	Medizinisch-psychologisches Untersuchung

II Abbildungsverzeichnis

Abb.1 Durchschnittliches Alter des ersten Cannabiskonsums bei 12- bis 25-Jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 1993 bis 2011

Abb.2 Trends der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums für 12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-Jährige junge Erwachsene insgesamt von 1973 bis 2011

Abb.3: Trends der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums für 12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-jährige junge Erwachsene von 1973 bis 2011 nach Geschlecht

Abb.4: Trends für vier Indikatoren des Cannabiskonsums für 12- bis 17-jährige Jugendliche insgesamt von 1993 bis 2011

Abb. 5: Trends für vier Indikatoren des Cannabiskonsums für 18- bis 25-jährige junge Erwachsene insgesamt von 1993 bis 2011

Abb. 6: Rauschgiftdelikte nach Drogenart (Cannabis)

Abb.7: Allgemeine Verstöße gegen das BtMG nach Drogenart (Cannabis)

Abb. 8: Sicherstellung illegaler Anbau / Cannabisplantagen 2012 und 2013

Abb. 9: Rauschgifthandel / Rauschgiftschmuggel 2012 und 2013: Sicherstellung

Abb. 10: Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)

Abb. 11: Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)

Abb. 12: Betreuungsauflagen (ambulant)

Abb. 13: Behandlungsauflagen (stationär)

Abb. 14: Maßnahmen (ambulant)

Abb. 15: Maßnahmen (stationär)

Abb. 16: Betreuungsdauerdauer (ambulant)

Abb. 17: Behandlungsdauer (stationär)

Abb. 18: Mittlere Betreuungs-/Behandlungsdauer 2007-2013, ambulant und stationär

Abb. 19: Anteil planmäßiger Beendigungen im ambulanten und stationären Bereich

Abb. 20: EMNID-Umfrage

Abb. 21: EMNID-Umfrage

Abb. 22: Teilnehmer der Hanfparade

III Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Hauptdiagnose nach Geschlecht (ambulant)

Tab. 2: Hauptdiagnose nach Geschlecht (stationär)

Tab.3: Betreuungsauflagen (ambulant)

Tab. 4: Behandlungsauflagen (Stationär)

Tab. 5: Art der Beendigung im ambulanten und stationären Bereich

**„Das Gefährliche an Halbwahrheiten ist,
dass immer die falsche Hälfte geglaubt wird.“**

Hans Krailsheimer
(1888 – 1958)
Deutscher Schriftsteller

Einleitung

„Ich hatte nie Probleme mit Drogen, nur mit der Polizei [...]: Keith Richards“
(Bröckers 2014, 52).

Dieses Zitat, des Gitarristen der Rolling Stones, ist nahezu identisch mit zahlreichen Aussagen von KlientInnen¹, welche gelegentlich Cannabis konsumieren. Bedingt durch die Einführung des BtMG (1971) versuchte der Gesetzgeber, der Verbreitung des Cannabiskonsums entgegenzuwirken. Demzufolge war jeglicher Besitz von Cannabis verboten und wurde daher strafrechtlich verfolgt. Weit über zwei Jz. später, im Jahre 1994, kam das Bundesverfassungsgericht im sog. Haschischurteil zu dem Entschluss, dass geringe Mengen Cannabis zum Eigenkonsum nicht mehr strafrechtlich verfolgt werden sollen. Aus diesem Urteil geht jedoch nicht hervor, welche konkrete Grammzahl als geringe Menge deklariert ist. Dass der Besitz von geringen Mengen Cannabis als zulässig angesehen wird, heißt jedoch nicht, dass weder die Polizei, noch die Justiz, aktiv werden. Lediglich der Staatsanwalt kann von der Verfolgung absehen und das Verfahren mittels einer empfindlichen Geldbuße einstellen. Doch dies impliziert keineswegs, dass es zu keinerlei Folgeproblematiken kommen kann. Seit diesem Urteil ist die Zahl der KonsumentInnen jedoch stets gestiegen. Schätzungsweise 2,5 Millionen Menschen in Deutschland konsumieren gelegentlich Cannabis. Folglich lässt dies den Rückschluss zu, dass die Prohibition gescheitert ist (vgl. Bröckers, 2014).

In der Bachelorarbeit soll überprüft werden, welche Alternativen es zu Prohibition gibt und wie ein Legalisierungsmodell in Deutschland aussehen könnte, mit jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen. Diese Forschungsfrage ergab sich auf zahlreichen Widersprüchen in der Literatur sowie Aussagen von KlientInnen.

Zu Beginn dieser Arbeit ist es jedoch erforderlich, darzustellen, was unter Prohibition, Entkriminalisierung und Legalisierung verstanden wird.

Prohibition ist das gesetzlich geregelte Verbot bestimmter Substanzen für den nicht medizinischen Gebrauch, so auch Cannabis. Demzufolge ist der Anbau, die Produktion, das Handeln wie auch der Besitz verboten. Verstöße gegen dieses Gesetz werden mittels des Strafrechts sanktioniert, wobei die Strafen hierbei variieren. Bei der Prohibition kann dagegen der Besitz und Gebrauch ebenso straffrei bleiben. Dies kann durch zwei

¹ Damit sich sowohl Frauen als auch Männer gleichermaßen angesprochen fühlen, verwende ich die Schreibweise des „Binnen-I“.

unterschiedliche Durchführungen geschehen. Einerseits durch eine praktische Ausführung, wie z.B. eine Verwarnung oder andererseits durch zivil- oder verwaltungsrechtliche Sanktion (vgl. akzept e.V., 2012).

Der Begriff Entkriminalisierung ist keineswegs eindeutig definiert. Für einige ist Entkriminalisierung jeder Zustand der Strafabschwächung. In Deutschland beispielsweise gemäß dem §31a (Absehen von der Verfolgung) BtMG, während für andere eine Entkriminalisierung erst besteht, wenn der Besitz einer festgelegten Menge, z.B. von Cannabis, faktisch auch als legal angesehen wird. Dies kann einerseits durch eine Nichtverfolgung geschehen oder aber andererseits durch die rechtliche Aufhebung von Strafbarkeit. Je nach dem, aus welchem Blickwinkel die Entkriminalisierung betrachtet wird, besteht in Deutschland eine Entkriminalisierung oder die Prohibition (vgl. Stöver / Plenert, 2013).

Ebenso unklar ist der Begriff Legalisierung definiert. Legalisierung ist zuerst einmal die Aufhebung des gesetzlich geregelten Verbots. Es besteht daher ein legaler Zugang zu Cannabis auf dem Markt, wie dies auch bei Alkohol und Tabak der Fall ist. Gegner dieser Alternative zur Prohibition assoziieren mit diesem Begriff, dass Cannabis frei und ohne jegliche Regulierung dem Markt zur Verfügung stände. Um diesem Standpunkt entgegen zu wirken, wird im folgenden dieser Arbeit auf das Wort Legalisierung verzichtet und stellvertretend von einer Regulierung gesprochen (vgl. ebd.).

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei große Kapitel. Das erste Kapitel gibt einen umfassenden Überblick über Cannabis und die gegenwärtige Situation in Deutschland. Neben den Cannabiskonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden in dem weiteren Verlauf die Problematiken thematisiert, welche, bedingt durch den Konsum, auftreten können. Als Abschluss des ersten Teils wird umfassend auf die Mentalitätsstruktur in Deutschland eingegangen.

Das zweite Kapitel thematisiert den internationalen Umgang von Cannabis alternativ zur Prohibition. Näher betrachtet werden hier zum einen Entkriminalisierungs- und Regulierungsmodelle in Europa sowie Regulierungsmodelle des Cannabismarktes in den USA und Südamerika.

Das dritte Kapitel setzt sich umfassend mit einem möglichen Regulierungsmodell des Cannabismarktes eigens für Deutschland auseinander. Zunächst erfolgt die Erläuterung des Modells. Im Anschluss werden auf die wichtigen Schlüsselemente zur Regulierung eingegangen.

Zum Schluss dieser Arbeit werden, sowohl die Vorteile als auch die Nachteile einer möglichen Regulierung bezüglich Cannabis gegenübergestellt.

Aufgrund des Vorgegebenen Rahmens dieser Arbeit, wird auf einen geschichtlichen Abriss sowie die ausführliche Beschreibung über die Nutzpflanze Hanf verzichtet.

Bei dieser Bachelorarbeit handelt es sich um eine analytische Literaturarbeit. Zur Erstellung dieser Arbeit wurde sowohl Primär- als auch Sekundärliteratur verwendet. Um die Aktualität zu gewährleisten, wurden das Internet und Datenbanken sowie Kataloge (Bibliothek der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., OPAV, GVK, GVK – PLUS) für die Recherche verwendet.

1 Cannabis und die gegenwärtige Situation in Deutschland

1.1 Cannabiskonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Auch weiterhin ist Cannabis die am meisten verbreitete illegale Substanz in Deutschland. Cannabis wird vielfach von jungen Menschen konsumiert, was die Ausführung im Folgenden belegt.

1.1.1 Einstiegsalter beim Gebrauch von Cannabis

Das Einstiegsalter des erstmaligen Cannabiskonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, welche mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumierten, lag 1993 bei einem durchschnittlichen Alter von 17,3 Jahren, während es 2011 bei 16,7 Jahren lag. Somit hat sich der Erstkonsum altersbedingt etwas verfrüht. Zwischenzeitig ist das durchschnittliche Alter temporär gesunken und lag 2004 mit 16,4 Jahren auf dem niedrigsten Niveau. Aus der Grafik (Abb.1)² ist ersichtlich, dass das weibliche und männliche Geschlecht zwischen 12- und 25-Jahren sich nicht signifikant unterscheidet. Jedoch geht hervor, dass das weibliche Geschlecht mit dem Konsum etwas früher beginnt, als das männliche Geschlecht. Im Jahr 2004 ergab sich insgesamt das jüngste Einstiegsalter beim Cannabiskonsum (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012).

1.1.2 Trend des Cannabiskonsums

Die Lebenszeitprävalenz, d.h., der Anteil der Jugendlichen (12- bis 17- jährigen) und jungen Erwachsenen (18- bis 25-jährigen), die mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumierten, durchläuft in Deutschland einen Wandel (Abb. 2)³. Anfangs stagnierte diese bei den Jugendlichen und befand sich 1986 auf dem tiefsten Niveau, bei gerade mal 3,3 %. Folgend stieg sie exorbitant an, sodass 2004, mit 15,1% der höchste Wert erreicht wurde. Ein ähnliches Bild zeichnete sich auch bei den jungen Erwachsenen ab, hier lag das tiefste Niveau 1976 bei 19,8%. Anfang der 1990er Jahre ließ sich ein kontinuierlicher Anstieg verzeichnen, sodass auch hier 2004 der höchste Wert mit 43% erreicht wurde. Bei den Jugendlichen hingegen sank die Lebenszeitprävalenz seit 2004 deutlich und betrug 2011 nur noch 6,7%. Auch bei den jungen Erwachsenen nahm diese ab, jedoch nicht so signifikant. 2011 lag sie immer noch bei 39,2% (vgl.ebd).

^{2,3} siehe Anhang

Die Kurve der Lebenszeitprävalenz im Alter der jungen Erwachsenen unterteilt in Geschlecht (Abb.3)⁴, weist einen ähnlichen Verlauf auf, wie die Gesamtgruppe (Abb.2)⁵. Das männliche, wie auch das weibliche Geschlecht, hatten 1976 das tiefste (männlich 23,9%; weiblich 15,2%) sowie 2004 das höchste Niveau (männlich 47,4%; weiblich 38,3%). Bei den männlichen 18- bis 25-jährigen kam es jedoch bereits seit 1989 zu einer konstanten Steigerung, während bei den weiblichen 18- bis 25-jährigen nochmals starke Rückläufe verzeichnet werden konnten, sodass 1993 fast wieder der niedrigste Wert von 1976 erreicht werden konnte, lediglich 0,2% wurden 1993 mehr verzeichnet. Die Lebenszeitprävalenz der jungen Männer weist seit 2004 keinen bedeutenden Rückgang auf und befindet sich 2011 weiterhin auf einem hohen Niveau, während hingegen bei den jungen Frauen diese bedeutend gesunken ist. Betrachtet man hingegen diese bei den Jugendlichen, so ist zu erkennen, dass das höchste Niveau bei dem weiblichen, als auch bei dem männlichen Geschlecht, zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfanden. Während bei den weiblichen Jugendlichen der Höhepunkt 1997 mit 13,1% vermerkt wurde, war dies erst sieben Jahre später bei den männlichen Jugendlichen der Fall. 2007 betrug daher die Lebenszeitprävalenz bei den männlichen 12- bis 17-jährigen 18,2%. Dennoch ist ersichtlich, dass sowohl bei den männlichen, als auch bei den weiblichen Jugendlichen der zumindest einmalige Konsum zurückgegangen ist. So lag die Lebenszeitprävalenz 2011 bei den männlichen Jugendlichen bei 8,4%, sowie bei den weiblich Jugendlichen bei 4,8% (vgl. ebd.).

Der Trend des Cannabiskonsums kann nicht nur an Hand der eben beschriebenen Lebenszeitprävalenz festgehalten werden, sondern auch noch mit drei weiteren Indikatoren (Abb.4 und 5)⁶. In der Grafik ist neben der Lebenszeitprävalenz auch noch die 12-Monats-Prävalenz, die 30-Tage-Prävalenz, sowie der regelmäßige Konsum erhoben worden. Bei den 12-bis 17-jährigen Jugendlichen ist zu erkennen, dass die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenz annähernd parallel zueinander verlaufen, dies lässt sich bedingt durch das Alter erklären, da bei Jugendlichen der erstmalige Konsum häufig innerhalb der letzten zwölf Monate erfolgte. Betrachtet man die 30-Tage-Prävalenz sowie den regelmäßigen Konsum, so ist auffallend, dass die beiden Kurven einen andersartigen Verlauf aufweisen. So ist das höchste Niveau bei der 30-Tage-Prävalenz bereits 1997 und nicht erst 2004, wie bei der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz. Der regelmäßige Cannabiskonsum bei den 12- bis 17-jährigen ist anfangs stagnierend, während er ab 2007 Rückläufe verzeichnet. Nicht nur der regelmäßige Konsum, sondern auch die drei weiteren Indikatoren weisen einen Konsumrückgang auf (vgl. ebd.).

⁴⁻⁶ siehe Anhang

Bei den jungen Erwachsenen setzt sich die Lebenszeitprävalenz weit von den drei weiteren Indikatoren ab. Der Indikator der Lebenszeitprävalenz bildet meist einen Konsum ab, der bereits einige Jahre zurück liegt, was ein wesentlicher Unterschied zu den Jugendlichen darstellt. Ein exorbitanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz, der 30-Tage-Prävalenz, sowie der regelmäßigen Konsum bleiben aus. Dies ist ein Anzeichen dafür, dass einmaliges Probierverhalten keineswegs in einen andauernden oder regelmäßigen Konsum mündet. Dennoch ergibt sich für das Konsumverhalten der jungen Erwachsenen ein ungleiches Bild. Die 12-Monats-Prävalenz blieb, abgesehen vom Jahr 2008, statistisch gesehen relativ konstant. Wohingegen sich die 30-Tage-Prävalenz und der regelmäßige Cannabiskonsum seit 1993 signifikant verringert hat, jedoch seit 2001 Stagnationen im Beobachtungszeitraum zu verzeichnen sind (vgl. ebd.).

1.2 Problematiken die sich im Umgang mit Cannabis ergeben

Speziell in Deutschland führt der Cannabiskonsum zu erheblichen Problematiken / Kosten in den unterschiedlichsten Bereichen, dies geht von der Rauschgiftkriminalität über die ambulante und stationäre Betreuung und Behandlung, aber auch die Problematik seitens der Arbeitswelt⁷ / Fahrerlaubnis⁸. Leider ist es nicht möglich, auf alle erdenklichen Probleme hier einzugehen.

1.2.1 Aktuelle Zahlen der Rauschgiftkriminalität

Die Anzahl der Cannabisdelikte sind in den letzten drei Jahren kontinuierlich gestiegen, so dass 2013 145.013 Straftaten (Abb. 6)⁹ verzeichnet wurden, dieser Anstieg ist auf die konsumnahen Delikte zurückzuführen. Somit ist 2013 das höchste Niveau innerhalb der letzten sieben Jahre erreicht wurden. Die allgemeinen Verstöße gegen das BtMG, aufgrund von Cannabis, sind ebenfalls in den letzten drei Jahren exorbitant gestiegen, sodass 2013 117.443 Verstöße verzeichnet wurden (Abb. 7)¹⁰ (vgl. Bundeskriminalamt, 2013).

Anzumerken ist hier, dass die meisten Verfahren wieder eingestellt wurden, da es sich hauptsächlich um KonsumentInnen und Kleinhändler handelte, so folgten weitere Konsequenzen, indem sich einerseits die Führerscheinstelle und / oder das Verwaltungsgericht einschalteten (vgl. Bröcklers, 2014).

⁷⁻¹⁰ siehe Anhang

Illegaler Anbau von Cannabis

Der illegale Cannabisanbau ist weiterhin prekär (Abb.8)¹¹. Jedoch sind die Zahlen der Outdoorplantagen rückläufig, so wurden 2013 insgesamt 2940 Pflanzen sichergestellt, welche sich über 85 Klein-¹², sowie 6 Großplantagen¹³ verteilten. Im Vorjahr wurden dagegen 4806 Pflanzen beschlagnahmt, diese waren auf 123 Klein-, 18 Groß- und 3 Profiplantagen¹⁴ aufgeteilt. Bei dem Indooranbauten kam es zu einem entgegengesetzten Bild, sodass 2013 alles in allem 93.818 Pflanzen beschlagnahmt wurden, ein Jahr zuvor waren es lediglich 64.782 Pflanzen. Auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass sowohl bei den 184 Groß-, wie auch bei den 28 Profianlagen, eine Zunahme von 22% verzeichnet wurde. Hingegen nahmen die Kleinplantagen um 2% geringfügig ab. So waren es 2013 479 Anbauten, im Gegensatz zum Vorjahr mit 491 Plantagen (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014).

Rauschgifthandel und -schmuggel

Die bekannt gewordenen Fälle von Haschisch sind signifikant zum Vorjahr gesunken, so waren es 2013 lediglich 5.638 und 2012 noch 6.490 Fälle, damit kam es zu einem Rückgang von 13,1%. Bei Marihuana blieb es nahezu auf dem gleichen Niveau, mit 28.875 Fällen 2013 im Vergleich zu 28.744 Fällen 2012. Demzufolge ließ sich eine Zunahme von geringen 0,5% verzeichnen. Ferner ergab sich bei der Cannabispflanze ein Rückgang zum Vorjahr von 8,1%, 2012 waren es 2.204 Fälle, wohingegen es 2013 178 Fälle weniger waren (Abb. 9)¹⁵. Betrachtet man die beschlagnahmten Mengen, so ist ein ähnliches Bild zu erkennen. 2012 lag diese noch bei 2.385,664 kg, d.h., Haschisch ist im Vergleich zum Folgejahr um 25,8% auf 1.769,666 kg deutlich gesunken. Beim Marihuana ist die sichergestellte Menge von 4.942,037 kg im Jahr 2012 gerade mal um 2,3% auf 4.827,100 kg im Jahr 2013 gesunken. Ein beträchtlicher Zuwachs von 10,2% ergibt sich bei der Cannabispflanze. So wurden 2012 97.829 Pflanzen sichergestellt, während es bereits ein Jahr später 107,766 Pflanzen waren (vgl. ebd.).

¹¹ siehe Anhang

¹² Bei Kleinplantagen handelt es sich um Anbauten mit 20 bis 99 Cannabispflanzen

¹³ Von Großplantagen ist die Rede bei 100 bis 999 Pflanzen

¹⁴ Profianbauten umfasst Anbauten ab 1000 Pflanzen

¹⁵ siehe Anhang

1.2.2 Aktuelle Zahlen für ambulante und stationäre Behandlung basierend auf die DSHS

2013 haben sich an der DSHS 822 ambulante sowie 200 stationäre Einrichtungen beteiligt, um einen umfassenden Überblick über die 334.258 ambulanten Betreuungen und den 47.354 stationären Behandlungen zu vermitteln. Mit 28.789 Klienten, sind die Personen, die eine Störung, bedingt durch einen Cannabiskonsum haben, die zweitbedeutenste Zahl hinsichtlich der zu betreuenden und behandelnden Personen. Im Suchtbereich ist somit das deutsche Versorgungssystem diesbezüglich eines der größten in Europa (vgl. Brand, Steppan, Künzel, Braun, 2014).

Hauptdiagnose

Die im folgenden aufgeführten Hauptdiagnosen, welche Personen, sowohl in einer ambulanten Betreuungen als auch in einer stationären Behandlungen unterliegen, beruhen ausschließlich auf den ICD-10¹⁶ Diagnosen der WHO. Betrachtet man die Verteilung der Hauptdiagnosen im ambulanten, wie auch im stationären Bereich (Abb. 10/11)¹⁷, so ist ersichtlich, dass eine Störung in Folge des Cannabiskonsums zu den drei größten Hauptdiagnosegruppen zählt. In beiden Bereichen (ambulant/stationär), ist lediglich eine Störung bezüglich des Alkohols prozentual höher. Cannabis liegt, wie auch die Opioide, bei 15%. Anteilsmäßig haben Männer weitaus häufiger eine Störung in Bezug auf Cannabis als Frauen (Tab. 1/2)¹⁸ (vgl. ebd.).

Betreuungs- und Behandlungsaufgaben

Vergleicht man die Betreuungs- und Behandlungsaufgaben (Abb. 12/13)¹⁹, so ist auch hier zu erkennen, dass sich der ambulante wie auch der stationäre Bereiche, bezüglich Cannabis, nicht signifikant unterscheidet. Sowohl ambulant als auch stationär, haben die Personen zum größten Teil keine gerichtliche Auflage bekommen, um sich einer Betreuung oder Behandlung zu unterziehen. 22,8% (ambulant), sowie 21,4% (stationär) haben eine Auflage über das BtMG erhalten. In Bezug auf die Auflagen ist zu erkennen, dass die Männer deutlich mehr Auflagen erhalten haben als die Frauen (Tab. 3/4)²⁰. Dies betrifft sowohl den ambulanten als auch im stationären Bereich (vgl. ebd.).

¹⁶ Diagnosekriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) sind im Anhang dargestellt

¹⁷ siehe Anhang

¹⁸ siehe Anhang

¹⁹ siehe Anhang

²⁰ siehe Anhang

Maßnahmen

Der größte Teil der Maßnahmen, mit weit über 80%, welche ambulant durchgeführt werden, bezieht sich auf die Suchtberatung (Abb. 14)²¹. Sozialtherapeutische Maßnahmen, Entwöhnungsbehandlungen und weitere Maßnahmen fallen, im Vergleich zu der Suchtberatung, ambulant gesehen kaum ins Gewicht. Die am meisten angewendete stationäre Maßnahme ist mit etwas über 80% die Entwöhnungsbehandlung (Abb.15)²². Danach folgen andere Maßnahmen mit etwas über 40%. Sonstige medizinische Maßnahmen, psychotherapeutische, sowie psychiatrische Behandlungen verringern sich nochmals deutlich (vgl. ebd.).

Betreuungs- und Behandlungsdauer

Die Betreuungs- und Behandlungsdauer unterscheiden sich enorm, jedoch erst ab sechs Monaten (Abb. 16/17)²³. Mit 44,7% (ambulant) und 44,2% (stationär) dauern die meisten Betreuungen, wie auch Behandlungen bei Cannabis bis zu drei Monate. Eine annähernd ähnliche Prozentzahl liegt hingegen bei der stationären Entwöhnungsbehandlung mit 45,3% vor, wohingegen nur 26,5% bis zu sechs Monate ambulant betreut werden müssen. Generell ist ersichtlich, dass ambulante Betreuungen länger dauern können, als dies bei stationären der Fall ist, denn hier wird lediglich ein geringer Teil bis zu 24 Monate behandelt. Vergleicht man die Betreuungs- und Behandlungsdauer der letzten sechs Jahre (Abb.18)²⁴, so blieb die ambulante Zeitspanne der Betreuung bei Cannabis relativ konstant, mit leichter Tendenz zur kürzeren Betreuung. Wohingegen sich innerhalb der stationären Behandlungen immer wieder Schwankungen ergeben, jedoch kann prinzipiell auch hier von einer fallenden Zeitspanne gesprochen werden (vgl. ebd.).

Art der Beendigung im ambulanten und stationären Bereich

Eine planmäßige Beendigung liegt vor, wenn eine reguläre oder planmäßige Veranlassung seitens des Therapeuten vorliegt oder diese die Zustimmung zu einer vorzeitigen Beendigung gibt. Jedoch kann eine planmäßige Beendigung auch dann vorliegen, wenn ein Wechsel zu einer anderweitigen Einrichtung geplant ist. Eine unplanmäßige Beendigung kann ebenfalls aus mehreren Gründen eintreffen. Zum einen, wenn die Person die Betreuung oder Behandlung abbricht, zum anderen wenn die Person die Einrichtungen aus disziplinarischen Gründen verlassen muss, ein außerplanmäßiger Wechsel durchzogen werden muss oder aber wenn die Person zwischenzeitig verstorben ist. Die planmäßige Beendigung (Abb. 19)²⁵ liegt bei der Betreuung und Behandlung von Cannabis bei 62,4%

²¹⁻²⁵ siehe Anhang

(ambulant) und 66,1% (stationär), während die unplanmäßige Beendigung bei 37,6% (ambulant), sowie 33,9% (stationär) liegt. Wie in Tabelle 5²⁶ zu sehen ist, beenden Frauen die ambulante Betreuung, wie auch die stationäre Behandlung eher vorzeitig als dies bei den Männern der Fall ist (vgl. ebd.).

1.3 Mentalitätsstruktur in Deutschland

1.3.1 Umfrage zur Cannabislegalisierung im Vergleich

Im Jahr 2010 hat der DHV die EMNID²⁷-Umfrage zur Regulierung von Cannabis in Auftrag gegeben (Abb. 20 und 21)²⁸. Demzufolge waren lediglich 40% der 1001 Befragten gegen eine Regulierung von Cannabis. 30% waren der Auffassung, dass der Besitz von geringen Mengen Cannabis entkriminalisiert und dem zu Folge weniger hart bestraft werden sollte. Der Besitz von Cannabis soll lediglich mittels eines Bußgeldes geahndet werden. 5% fanden es völlig legitim, wenn der Besitz geringer Mengen sowie der Anbau von Cannabis keinerlei Verfolgung nach sich zieht. Und sogar 19% waren der Meinung, dass Cannabis frei auf dem Markt, d.h., staatlich reguliert und besteuert, in dafür vorgesehenen Fachgeschäften, erhältlich sein sollte. 7% machten zu dieser Thematik keinerlei Angaben. (vgl. Wurth, 2010).

Im Folgejahr kam es durch das Institut für Markt und Trendforschung EARSandEYES zu einer repräsentativen Online-Befragung mit ähnlicher Thematik. Demzufolge sprachen sich 40% der 1000 Befragten Bundesbürger für eine Regulierung aus. Gründe dafür galten, neben der schmerzstillenden Eigenschaft von Cannabis, ein Rückgang der organisierten Kriminalität, sowie der Wunsch nach Selbstbestimmung. Regulierungsgegner vertraten auch weiterhin die Auffassung, dass Cannabis die Einstiegsdroge sei sowie Folgeschäden mit sich bringen. Jedoch waren sich 84% der Bürger bewusst, dass es eine keinesfalls eine Gesellschaft ohne jegliche Substanzen geben wird. Bedingt durch die zusätzliche Option der Entkriminalisierung bei der EMNID-Umfrage, widersprechen sich die Ergebnisse beider repräsentativ durchgeführten Umfragen keineswegs. Die Unterstützer einer Entkriminalisierung mussten sich bei der EARSandEYES Befragung entweder für oder gegen eine Regulierung aussprechen. Bedingt durch die falsche Assoziation bezüglich der Regulierung von Cannabis werden vereinzelte Menschen gehemmt, sich dafür auszusprechen (vgl. Plenert, 2011).

²⁶ siehe Anhang

²⁷ Die TNS Emnid GmbH & Co. KG oder kurz Emnid ist eines der größten Meinungsforschungsinstitute in Deutschland

²⁸ siehe Anhang

2014 kam es abermals zu zwei Unterschiedlichen repräsentativen Umfragen bezüglich der Regulierung von Cannabis. Zum einen durchgeführt durch das Forsa-Institut im Auftrag des Sterns und zum anderen durchgeführt von infratest dimap im Auftrag des DHV. Das Forsa-Institut kam bei deren Umfrage mit 1001 Befragten zu dem Ergebnis, dass sich im April 2014 30% der BürgerInnen für eine Regulierung von Cannabis ausgesprochen haben, hingegen waren 65% dagegen und 5% haben sich diesbezüglich nicht geäußert (vgl. Forsa-Institut²⁹). Im November 2014 lagen die Ergebnisse von infratest dimap vor, welche der DHV beauftragt hatte. Über 80% der Befragten sprachen sich deutlich für einen erleichterten Zugang von Cannabis als Medizin aus. Sowohl bei der Umfrage des Forsa-Instituts, als auch bei der infratest dimap ergab sich, dass 30% der BürgerInnen eine vollständige Regulierung von Cannabis als richtig ansehen (vgl. Wurth, 2014).

1.3.2 Hanfparade

Die Hanfparade fand erstmals im August 1997 statt. Zuvor wurde im Februar der Verein „Bündnis Hanfparade“ gegründet. Zu der Zeit war Hanf bereits sechs Jz. verboten und strafrechtlich verfolgt. Zielsetzung dieses Vereins war bzw. ist es auch heute noch, die Regulierung des Hanfs als Rohstoff, Medizin sowie Genussmittel anzutreiben. Dies sollte bzw. soll nicht alleine geschehen, sondern gemeinsam mit der breiten Öffentlichkeit. Seitdem findet jährlich im August die größte Demonstration bezüglich der Cannabisregulierung in Berlin statt. Jedes Jahr steht die Hanfparade unter einem anderen Slogan. Betrachtet man die Teilnehmerzahlen der letzten zehn Jahre (Abb. 22)³⁰, so haben sich diese von anfänglichen 3000 Teilnehmern im Jahr 2004 und zwischenzeitlichen Rückgängen sowie Zunahmen innerhalb der letzten zwei Jahre verdoppelt. 2013 und 2014 gingen mehr als 6500 Menschen auf die Straße, um für ein Umdenken der Cannabispolitik zu demonstrieren. Die nächste Hanfparade findet am 8. August 2015 unter dem Motto „Nutzt Hanf!“ statt (vgl. www.hanfparade.de, 13.11.2014).

1.3.3 Mythos Cannabis- immer noch erschreckend

Die Mythen über Cannabis sind weiterhin unentwegt verbreitet und das nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch in der wissenschaftlichen Literatur. Wird über die Legalisierung diskutiert, so ist auffallend, dass immer wieder die Rede davon ist, dass Cannabis die Einstiegsdroge sei, eine Abhängigkeit zwingend resultiert und von der Schädlichkeit ganz abgesehen. Würde Cannabis legalisiert werden, dann ist für die

^{29, 30} siehe Anhang

Mehrheit der Menschen unverkennbar, dass Drambruchszszenarien eintreten werden. Es gibt eine Vielzahl von Mythen rund um das Thema Cannabis, doch die eben Genannten sind die am häufigsten vertreten³¹ (vgl. Zimmer/Morgen/Bröckers, 2004).

1.3.4 Cannabis als Medizin

Aktuelle Zahlen des BfArM – Ausnahmegenehmigung sowie Vorgehensweis

Bedarf ein schwer kranker Mensch in Deutschland Cannabis zu medizinischen Zwecken, so darf dies nicht durch einen Arzt verschrieben werden, da sich die Substanz in Anlage I³² des BtMG befindet. Stattdessen müssen PatientInnen einen Gebührenpflichtigen Antrag³³ bei der Bundesopiumstelle des BfArM stellen. Dies ist die Bundesoberbehörde, die eine Ausnahmeerlaubnis gemäß §3 Abs. 2 BtMG³⁴ zum Erwerb von Cannabis zur medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie ausstellen darf. Durch den Erhalt dieser Erlaubnis, ist es PatientInnen gestattet, Cannabis-Blüten sowie Cannabis-Extrakte über ihre Apotheke zu erhalten oder aber unter strengen Auflagen die Pflanzen selbst anzubauen (vgl. Grotenhermen, 2014).

Seit dem Urteil des BVerwG im Jahr 2005, welches besagte, dass das BfArM die Anträge nicht vollständig ablehnen kann, haben insgesamt 516 schwer kranke Menschen einen solchen Antrag gestellt. Davon erhielten 299 eine entsprechende Erlaubnis. Gegenwärtig verfügen 270 PatientInnen noch über eine solche Genehmigung, 29 haben ihre Erlaubnis entweder zurückgegeben oder sind zwischenzeitlich verstorben. Von den bestehenden 270 Ausnahmegenehmigungen wurden 250 für den Erwerb von Cannabis-Blüten und 21 für den Erwerb von Cannabis-Extrakten erteilt. Aufgrund dessen, das einem Patienten sowohl die Erlaubnis für die Cannabis-Blüte als auch für das Cannabis- Extrakt erteilt wurde, ergeben sich Unstimmigkeiten in dem Gesamtergebnis (vgl. Scheb, nach schriftlicher Äußerung am 19.9.2014).

Urteil des BVerwG Köln – Patienten dürfen in bestimmten Fällen Cannabis selbst anbauen

Im Juli 2014 hatte das BVerwG Köln ein Urteil gesprochen, welches besagt, dass schwer kranke Menschen in bestimmten Fällen das Recht auf einen Eigenanbau von Cannabis, zum Zweck der medizinischen Selbsttherapie, haben. Zu diesem Urteil kam es, da die fünf

³¹ Erläuterung der aufgezählten Mythen siehe Anhang

³² nicht verkehrsfähige BtM

³³ siehe Anhang

³⁴ „Eine Erlaubnis für die in Anlage I bezeichneten Betäubungsmittel kann durch das BfArM nur ausnahmsweise zu wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zweck erteilen“ (www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/___3.html, 22.1.2015)

Kläger zuvor keine Erlaubnis zum Eigenanbau von der dafür vorgesehenen Bundesopiumstelle erhielten. Drei von ihnen haben durch das Gericht dieses Recht gegenwärtig eingeräumt bekommen. Bedingt durch dieses Urteil, kann das BfArM nur noch die Bedingungen zu Eigenanbau beeinflussen, hierunter fallen speziell die Sicherheitsanforderungen, welche bei einem Eigenanbau von Cannabis seitens der PatientInnen beachtet werden müssen, jedoch wurde unmissverständlich dargelegt, dass diese für PatientInnen bei weitem nicht das gleiche Ausmaß annehmen, wie beispielsweise dies bei Krankenhäusern oder Apotheken der Fall wäre. Leider sind die leidenden Menschen, welche alle Behandlungsalternativen ausgeschöpft haben, immer noch nicht am Ziel, denn gegen dieses Urteil wurde Berufung eingelegt (vgl. Plenert, 2014).

Petition Cannabis als Medizin an den Deutschen Bundestag

Mit der Petition, welche aufgrund des Urteils des BVerwG Köln zustande kam, wurden zwei Forderungen an den Bundestag gestellt. Zum einen geht es um die Kostenerstattung für PatientInnen, welche aufgrund einer Erkrankung von Cannabis profitieren würden und zum anderen sollen Strafverfolgungen gegen PatientInnen eingestellt werden. In Deutschland gibt es zwei Möglichkeiten um an cannabishaltige Medikamente bzw. legales Cannabis zu gelangen. Erstens, durch eine ärztliche Verschreibung von synthetisch hergestelltes THC, welche über ein BtM-Rezept ausgestellt werden kann, da sich das synthetische THC in Anlage III³⁵ des BtMG befinden oder über einen Antrag bei der Bundesopiumstelle des BfArM. Bei beiden Möglichkeiten müssen die PatientInnen die anfallenden Kosten selbst tragen, da diese jedoch enorm hoch sind, kommt es diesbezüglich zu einer Zweiklassenmedizin sowie zu einer medizinischen Unterversorgung in Deutschland. Erkrankte sind durch die Verweigerung der Kostenerstattung teilweise gezwungen, sich illegal, über den Schwarzmarkt, Cannabis zu beschaffen, um sich somit selbst therapieren zu können. Wenn die Regierung eine medizinisch befürwortete Selbsttherapie nicht zwangsläufig regulieren mag, so sollte wenigstens §31 BtMG überarbeitet werden. Durch diesen Paragraphen können Strafverfahren eingestellt werden, wenn diese nur von einer geringen Schuld zeugen. Derzeit wird lediglich der Besitz einer kleinen Menge von Cannabis als geringe Schuld angesehen. PatientInnen, welche sich einer Selbsttherapie mittels Cannabis unterziehen, besitzen jedoch beachtliche Mengen Cannabis und gelten als Wiederholungstäter vor Gericht. Um diesem Verfahren Abhilfe zu verschaffen, sollten Ärzte ihren PatientInnen entsprechende Empfehlungen erteilen, aufgrund dessen von jeglicher Strafverfolgung abgesehen werden kann. Bislang waren an

³⁵ verkehrsfähige und verschreibungsfähige BtM

einer dafür vorgesehenen Unterschriftenaktion 33.342 Bundesbürger beteiligt, jedoch müssen auch weiterhin Unterschriften gesammelt werden (vgl. Grotenhermen, 2014).

1.3.5 Modellprojekt zur kontrollierten Abgabe von Cannabis in Berlin-Kreuzberg

Die Situation rundum den Görlitzer Park, kurz Görli genannt, welcher sich in Berlin-Kreuzberg befindet, spitzte sich im Jahr 2013 zunehmend zu. Jahre lang wird dort bereits Cannabis verkauft. Die Händler, welche meist afrikanischer Herkunft waren, werden stets aufdringlicher und belästigen PassantInnen sowie BesucherInnen des Parks. Trotz vermehrter polizeilicher Präsenz, welche mit steigenden Razzien und Durchsuchungen verbunden waren, blieb der Handel mit Cannabis unverändert. Daher äußerte erstmals der damalige Bezirksbürgermeister Franz Schulz den aufsehenerregenden Vorschlag, eine legale Verkaufsstelle für Cannabis zu errichten. Seine Nachfolgerin Monika Herrmann verfolgt diesen Vorschlag weiter und will mittels der grünen Bezirksregierung eine Sondergenehmigung gemäß § 3 Abs. 2 BtMG bei der dafür vorgesehenen Bundesopiumstelle einholen. Nach diesem Paragraphen kann das BfArM eine Erlaubnis für einen legalen Verkauf von Cannabis erteilen, wenn ein wissenschaftliches und / oder ein anderes öffentliches Interesse vorliegen würde und darüber hinaus die in § 5 BtMG aufgeführten Tatbestände, welche zu einem Versagen dieser Erlaubnis führen würde, ausgeschlossen werden können (vgl. Schemmel, Graf, 2014).

Da der Antrag mittels fundierten Stellungnahmen zahlreicher ExpertInnen, beispielsweise der Suchthilfeträger, der Polizei, sowie der FachpolitikerInnen ect., abgegeben werden soll, fanden bereits zwei Veranstaltungen diesbezüglich statt. Die erste erfolgte am 10. Sep. 2014. Hierbei handelte es sich um eine Fachanhörung, bei der die rechtlichen Fragen zur Antragsstellung dargelegt wurden. Da der Antrag beim BfArM nur Zustimmung erhält, wenn, wie im Gesetz verankert, ein wissenschaftliches und / oder ein anderes öffentliches Interesse vorliegt, so wurde dies schwerpunktmäßig bei dieser Anhörung thematisiert. Am 17.10.2014 wurden hingegen die praktischen Faktoren diskutiert. Hier gab es zuvor einen Überblick, inwieweit die Cannabisregulierung international fortgeschritten ist und welche Erfahrungen mit unterschiedlichen Regulierungsmodellen gemacht wurden. Im Anschluss gab es vier unterschiedliche Workshops, in denen diskutiert wurde, wie mögliche Optionen und Visionen einer regulierten Abgabestelle von Cannabis aussehen könnten.

In nächster Zeit ist ein Fachdialog mit diversen Vertretern geplant, jedoch liegt noch kein Termin dafür vor. Daran angeschlossen, soll der Antrag der Bundesopiumstelle eingereicht werden (vgl. Bündnis 90 die Grünen Friedrichshain-Kreuzberg).

Die Reaktionen gegenüber diesem Modellprojekt verliefen stets unterschiedlich. Die Medien berichteten überregional über dieses Thema³⁶. Die AnwohnerInnen von Berlin-Kreuzberg begegneten diesem Vorhaben kritisch, jedoch wurde schnell ersichtlich, dass sie einer Entkriminalisierung in Anbetracht der derzeitigen Situation eher positiv gegenüber standen. Die meiste Zustimmung bekam das Modellprojekt jedoch dort, wo ein unmittelbarer Kontakt zu den KonsumentInnen besteht, d.h., von beispielsweise Drogenberatungsstellen. Innerhalb der Politik kam es zu kontroversen Äußerungen über die legale Verkaufsstelle von Cannabis. So sprachen sich Anhänger der CDU gegen dieses Vorhaben aus und teilten dies mittels einer Pressemeldung³⁷ mit und auch die Drogenbeauftragte des Landes Berlin teilte diese Meinung. Äußerungen wie die Regulierung von Cannabis seien falsch und unrealistisch oder es läge kein wissenschaftliches oder öffentliches Interesse vor, gibt jedoch Anlass anzunehmen, dass keinerlei Auseinandersetzungen mit dieser Thematik stattgefunden haben (vgl. Schemmel, Graf, 2014).

^{36, 37} siehe Anhang

2 Internationaler Überblick für den Umgang mit Cannabis

2.1 Ein Überblick über den alternativen Umgang mit Cannabis in Europa

2.1.1 Niederlande

Im Jahr 1976 begannen die Niederlande mit ihrer modernen Drogenpolitik³⁸, welche zu einem tolerierten Umgang seitens Cannabis führte und die Grundlage des dort anerkannten Regulierungsmodells bietet. Demnach wird der Besitz von kleinen Mengen Cannabis (fünf Gramm) sowie der Verkauf entkriminalisiert und somit nicht mehr strafrechtlich geahndet (vgl. Stöver, Plenert, 2013).

Regulierungsmodell Coffeeshop

Ein Coffeeshop ist ein eigens für Cannabis zugelassener Laden, in dem jede Person, die die Volljährigkeit erreicht hat und ihren Wohnsitz innerhalb und außerhalb der Niederlande hat, bis zu fünf Gramm Cannabis erwerben kann. 650 Verkaufsstellen wurden 2011 in den Niederlanden verzeichnet, jedoch mit sinkender Tendenz. Diese benötigen eine Lizenz für die entkriminalisierte Abgabe von Cannabis, welche durch die örtlichen Behörden ausgestellt werden. Ebenfalls müssen sie sich an vorgegebene Richtlinien halten. So besteht ein absolutes Werbeverbot sowie ein striktes Verbot, Cannabis an Minderjährige zu verkaufen. Ebenfalls ist es nicht gestattet, zusätzlich Alkohol oder eine andere Substanz anzubieten sowie zu verkaufen. Von besonderer Bedeutung ist, dass, bedingt durch die Coffeeshops, die öffentliche Ordnung unter keinen Umständen gestört werden darf. Auch bezüglich der Lagerungsmenge müssen vorgegebene Standards eingehalten werden, demzufolge dürfen die Verkaufsstellen höchstens 500 Gramm Cannabis einlagern. Daher müssen manche Händler mehrmals am Tag beliefert werden. Da Coffeeshops immer wieder neu diskutiert werden, ergaben sich aktuell neue Richtlinien bezüglich des Abstands zu Schulen. Verkaufsstellen müssen daher mehr als 250 Meter Abstand zu einer Schule aufweisen (vgl. Zobel, Marthaler, 2014).

Problematiken

Bei diesem gerade beschriebenen Regulierungsmodell ergeben sich, bedingt durch den entkriminalisierten Umgang mit Cannabis, zweierlei Probleme. Zum einen liegt ein Problem in dem aufkommenden Drogentourismus. Da die Niederlande schnell von den

³⁸ siehe dazu die Erklärung von Mythos 4 im Anhang

Nachbarländern erreicht werden kann, ist es wahrscheinlich, dass KonsumentInnen diesen Weg auf sich nehmen, um dort vor Ort Cannabis zu erwerben. Aufgrund dessen lag es nahe, den Zugang lediglich für niederländische BürgerInnen mittels eines speziellen Ausweises (Wietpass) zugänglich zu machen. Dieses Vorhaben ist jedoch mangels der Realisierbarkeit gescheitert. Beschwerden ergaben sich meist durch eine erhöhte Lärmbelästigung innerhalb der Städte, bedingt beispielsweise durch ein vermehrtes Verkehrsaufkommen. Doch die Coffeeshops außerhalb der Städte einzurichten, erwies sich als ein Trugschluss, denn daher nahm der Straßenhandel zu, was demzufolge zu unerwünschten Effekten führte. Zum anderen ergibt sich die sog. backdoor (Hintertür) Problematik, da die Produktion von Cannabis, sowie der Handel damit auch weiterhin illegal ist (vgl. Stöver, Plenert, 2013).

Positive Effekte des Modells

Dieses Modell konnte dennoch auch positive Effekte verzeichnen, sowohl in Bezug auf das öffentliche Interesse als auch auf der Seite der KonsumentInnen. So ergab sich einerseits die Trennung des Marktes von weichen und harten Substanzen. Andererseits kam es, trotz der modernen Drogenpolitik, nicht zu einem Anstieg der jugendlichen CannabiskonsumentInnen. Im Gegenteil, es bewirkte eher eine Abnahme. Für die KonsumentInnen selbst bedeutet dieses Regulierungsmodell zum einen eine Normalisierung und zum anderen einen eigenen Platz innerhalb der Gesellschaft, ohne Diskriminierungen und eingeschränkten Rechten (vgl. Böllinger, Stöver, 2002).

2.1.2 Portugal

Die Drogenpolitik in Portugal unterzog sich seit 2001 einem Wandel und startete ein drogenpolitisches Experiment, welches jedoch von der europäischen Öffentlichkeit, insbesondere von Deutschland, vernachlässigt wird. Portugal entschied sich, den Erwerb sowie den Gebrauch jedweder illegalen Substanz nicht mehr unter Strafe zu stellen, sondern stattdessen mittels eines gesundheitswissenschaftlichen Ansatzes entgegenzuwirken.

Doch wie kam es zu diesem Wandel? Im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern waren der Genuss sowie der Missbrauch von illegalen Substanzen bei der portugiesischen Bevölkerung eher irrelevant. Ebenfalls gilt Portugal als günstiger Ort, der einen leichten Übergang für den Einfall von Substanzen ermöglicht, welche im Anschluss weiter befördert werden können. So kommt beispielsweise Marihuana aus Südafrika, während

Haschisch aus Marokko kommt. Besonders hervorstechend war jedoch in Portugal der Heroinkonsum (späte 80er Jahre) sowie daraus folgend die höchste Anzahl an HIV-Infizierten europaweit (Jahrtausendwende), sodass dies den Hintergrund für den Wandel darstellte, um einerseits mit den KonsumentInnen in Kontakt zu bleiben und um andererseits alternative Möglichkeiten seitens der Strafverfolgung ausfindig zu machen.

Das Spezifische an diesem Modell ist, dass sowohl die Polizei als auch die Gerichte entlastet werden, da der Erwerb sowie der Gebrauch seit dem ersten Juli 2001 nicht mehr strafrechtlich verfolgt wird. Folglich landen Vergehen vor einem speziell dafür vorgesehenen Gremium dem sog. CDT (Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência), welches aus einem Rechtswissenschaftler, einem Sozialarbeiter und einem Mediziner besteht. Die CDTs sind jedoch berechtigt "Strafen", wie beispielsweise ein Bußgeld oder die Mitarbeit in einem sozialen Dienst, zu verhängen. Vorrangiges Ziel ist es jedoch, falls dies erforderlich ist, Auflagen zu einer Therapie auszusprechen.

Wenn KonsumentInnen mehr als zehn Tagesdosen (z.B. 2,5 Gramm Cannabis) mit sich führen, so werden sie auch in Portugal mittels der normalen Gerichtsbarkeit haftbar gemacht.

Welche Rückschlüsse können aus diesem Modell gezogen werden? Jährlich werden 6000 Vergehen von dem Gremium der CDT bearbeitet, in denen es hauptsächlich um Cannabis und Heroin geht, davon werden rund 68% der Fälle eingestellt. Experten sind sich fast allesamt einig, dass die neuartige Drogenpolitik zum Erfolg beiträgt und befürworten daher, dass KonsumentInnen auf Experten treffen, die von Fall zu Fall entscheiden und mittels eines Maßnahmenbündels agieren können. Das zuvor erwartete Dambruchszenarium scheint ausgeblieben zu sein. Anzeichen dafür sind vermehrt zu finden, so sind beispielsweise der problematische Konsum im Laufe der Zeit rückläufig, wie auch die Zahl der jugendlichen KonsumentInnen. Ebenfalls lässt sich ein Rückgang in den Strafvollzugsanstalten verzeichnen, denn die drogenbezogene Kriminalität hat sich merklich verringert (vgl. Gerlach, Stöver, 2012).

2.1.3 Tschechien

Bei der Tschechischen Republik ergab sich, beginnend mit den 1990er Jahren, ein Wandel. Das zuvor herrschende kommunistische System, in welchem der Konsum von bewusstseinsveränderten Substanzen als öffentlicher Feind betrachtet und demzufolge verfolgt und tabuisiert wurde, wurde von dem demokratischen System abgelöst. Bedingt durch das neu aufgekommene System, kam es zu erheblichen Veränderungen, unter

anderem auch im Drogenbereich, was beispielsweise zu einer Entschärfung der Drogengesetze führte, denn der Gebrauch von Substanzen wurde zu diesem Zeitpunkt als private Angelegenheit angesehen. Dies hatte zur Folge, dass in den 90er Jahren das Strafgesetzbuch geändert wurde. So stand jeglicher Besitz und Gebrauch, unabhängig von der Menge, nicht mehr unter Strafe und wurde folglich nicht mehr verfolgt.

Welche Auswirkungen diese Veränderung mit sich brachte, lies sich leider mittels keiner verlässlichen Datenquellen innerhalb der ersten Hälfte der 90er Jahre verzeichnen. In Prag entstanden erste nicht-psychiatrische Drogendienste, welche 1992 zur tschechischen Regierung aufbrachen, um vor einer "Drogenepidemie" zu warnen und forderten die Regierung auf, eine umfassende Drogenpolitik zu veranlassen. So kam es 1993 zur nationalen Drogenpolitik. In der zweiten Hälfte der 90er Jahre wurden die Beratungsstellen in das System eingegliedert, was zur Folge hatte, dass vermehrt KonsumentInnen in Erscheinung traten, welche Hilfe benötigten. Diese vermehrte Sichtbarkeit von KonsumentInnen löste eine Panik aus, die dazu veranlassen lies, dass die Christlich Demokratische Partei den Vorschlag unterbreitete, dass es besser wäre, wenn das Gesetz verschärft würde, insbesondere hinsichtlich einer wiedereingeführten Strafe bezüglich des Besitzes von Substanzen. Dieser Vorschlag wurde 1996 unterbreitet und durch die neue Regierung 1999 eingeführt. Jedoch ergab sich keine eindeutige Definition hinsichtlich der vorgeschriebenen Menge, welche nun unter Strafe mittels des Strafgesetzes stehen sollte und um welche Menge es sich handelte, bei der es sich um eine "bescheidene Strafe" handeln sollte.

Von 1999 – 2001 wurde eine Studie von der nationalen Drogenkommission durchgeführt, welche die Auswirkungen des neu eingeführten Gesetzes untersuchen sollte. Hierbei wurde verglichen, wie die Situation vor der Einführung des Gesetzes war sowie danach. Die Studie kam, unter anderem, zu dem Entschluss, dass die Strafverfolgung sich nicht positiv auf eine Senkung von Angebot und Nachfrage ausgewirkt hat, eher ist noch das Gegenteil eingetroffen, so dass es augenscheinlich zu einer Steigerung von Verkäufen sowie einer verbesserten Organisation führte. Weiter noch ergab sich, dass die Verschärfung, bedingt durch die Gesetzesänderung, ineffektiv sei, da sie zum einen überflüssige Kosten mit sich bringt und zum anderen keinen Einfluss auf den Konsum bewirkte. Schlimmer noch, es kam zu einer Vermischung der Märkte bezüglich der Substanzen. Bedingt durch die Ergebnisse wurde unter anderem angeraten, KonsumentInnen lieber eine Behandlung in Aussicht zu stellen, anstatt sie strafrechtlich zu verfolgen. Die Regierung nahm sich diese Ergebnisse an (vgl. Gerlach, Stöver, 2012).

Ab dem 01.01.2010 ist in der Tschechischen Republik der Besitz von geringen Mengen jeglicher Substanzen wieder entkriminalisiert wurden. So werden z.B. 15 Gramm Cannabis oder fünf Pflanzen, obwohl die zu erntende Menge weit über den 15 Gramm liegen, nicht mehr strafrechtlich verfolgt, sondern mittels einer kleinen Geldbuße geahndet. Weiter noch ergab sich, dass im Jahr 2013 die legale Abgabe von Cannabis als Medizin beschlossen wurde. Erhältlich ist Cannabis aus einem medizinischen Grund in Apotheken vor Ort. Das geringe Mengen jeglicher Substanz entkriminalisiert wurden suggeriert jedoch nicht, dass die Herstellung, der Handel oder der Schmuggel nicht geahndet werden. Im Gegenteil, diese Handlungen stehen weiterhin unter Strafe und werden demnach verfolgt (vgl. Stöver, Plenert, 2013).

Letztes Jahr (2014) ergaben sich abermals Veränderungen bezüglich der entkriminalisierten Menge. Ein Richter des Obersten Gerichts in Brünn kam zu dem Entschluss, dass die tolerierten Mengen in Bezug auf Cannabis und Methamphetamine gesenkt werden müssen. So liegt der Besitz, welcher nicht mehr strafrechtlich verfolgt wird, bei zehn Gramm Cannabis mit max. einem Gramm THC oder fünf Pflanzen, fünf Gramm Haschisch, ebenfalls mit max. einem Gramm THC sowie eineinhalb Gramm Methamphetamine. Bei den restlichen Substanzen hat sich die tolerierte Menge nicht geändert. Der Richter begründete seinen Entscheid aufgrund eines vermehrten Aufkommens, unter anderem bezüglich der sichergestellten Cannabisplantagen (vgl. Knodt, 2014).

2.1.4 Spanien / Belgien

In Spanien wie auch in Belgien gibt es die sog. Cannabis Social Clubs (CSC). Dieses Modell wurde bereits 2005 von der Organisation European Coalition for Just and Effective Drug Policie (ENCOD) vorgeschlagen. Es beruht nicht auf einer Gesetzesgebung der beiden Länder, sondern wurde in Spanien wie auch in Belgien durch diverse Urteile und in Belgien noch zuzüglich einer Verordnung ermöglicht. Hinzukommend ist entscheidend, dass in den beiden Ländern Hanfsamen legal sind. Demzufolge wäre ein solches Modell ebenfalls für Tschechien und den Niederlanden eine mögliche Option. Die Niederlande hat letztes Jahr (2014) einen solchen CSC in Amsterdam eröffnet³⁹ (vgl. Stöver, Plenert, 2013).

³⁹ Erläuterung zum CSC in Amsterdam siehe Anhang

Regulierungsmodell CSC

Bei einem CSC handelt es sich um einen gemeinnützigen Verein, in dem die ausschließlich volljährigen Mitglieder einen gemeinschaftlichen Anbau von Cannabis vornehmen. Dennoch dürfen nicht unbegrenzt viele Pflanzen angebaut werden. Die Anzahl der erlaubten Menge richtet sich hierbei zum einen an die in dem entsprechenden Land entkriminalisierte Anzahl an Cannabispflanzen pro Person und zum anderen wird die Anzahl nochmals über die Zahl der Mitglieder begrenzt. Der Anbau darf ausschließlich zur persönlichen Bedarfsdeckung der Mitglieder dienen. Unter keinen Umständen ist es gestattet, den Ertrag der Cannabispflanze zu verkaufen oder gar an Jugendliche weiterzugeben. Der CSC organisiert und kontrolliert alle erforderlichen Schritte eigenständig, demzufolge sind Mitglieder für die Sicherung sowie für die Qualitätsüberwachung bei dem Anbau, aber auch für den Transport und die ordnungsgemäße Verteilung von Cannabis, verantwortlich. Die anfallenden Kosten sowie der Arbeitsaufwand werden unter den Mitgliedern aufgeteilt. Wie auch beim Modell des Coffeeshops darf hier nicht für den Verein geworben werden. Die Aufnahme in einen CSC gestaltet sich teils schwierig, da nur ein bereits bestehendes Mitglied eine neue Person empfehlen kann, welche im Anschluss aufgenommen werden soll (vgl. ebd.).

Anzahl der Clubs

Der CSC "Trekt Uw Plant", was so viel heißt wie Zieh deine Pflanze, befindet sich in Belgien. Er umfasst mittlerweile 150 Mitglieder, welche, bedingt durch die Zusammenarbeit mit den Behörden, an acht dafür vorgesehenen Standorten, ihre Cannabispflanze erhalten. Seit 2010 kam es zu keinerlei Prozessen mehr bezüglich der CSC. Dies hat zur Folge, dass Trekt Uw Plant ohne aufkommende Schwierigkeiten arbeiten kann. Ein etwas anderes Bild ergibt sich in Spanien, denn dort ist es ungewiss, wie viele Clubs wirklich existieren, da es keinerlei Registrierungen über diese gibt. Schätzungsweise gibt es 200 CSC, es könnten jedoch auch bereits 300 sein. Mittlerweile verteilen sich die CSC über ganz Spanien (die meisten jedoch im Baskenland), die größtenteils offiziell und offen arbeiten und von den dortigen Behörden kaum bedrängt werden (vgl. ebd.).

Vor- und Nachteile

Dieses eben beschriebene Modell bringt eine Vielzahl von Vorteilen mit sich und dies nicht nur auf Seiten der Konsumenten, die sich beispielsweise keine Sorgen machen

müssen, ob schädliche Beimischungen in ihrem Cannabis vorhanden sind. Auch die Polizei und Justiz profitieren davon, denn der unnötige Aufwand der Verfolgung etc. bezüglich Cannabis bleibt aus. Nachteile oder gar negative Auswirkungen, wie beispielsweise steigende Cannabiskonsumenten, sind bis dato nicht bekannt (vgl. ebd.).

2.2 Regulierung des Cannabismarktes in den USA und Südamerika (Uruguay)

2.2.1 USA (Colorado / Washington)

Der Cannabiskonsum in den USA ist stets höher als in Europa. Dies war einer der Gründe, weshalb bereits in den 70er Jahren 11 Bundesstaaten diesen entkriminalisiert haben. Laut zahlreicher Studien brachte der Wandel keinerlei negative Folgen mit sich.

1975 kam das oberste Gericht von Alaska bereits zu dem Entschluss, dass der Besitz, sowie der Gebrauch von einer Unze Cannabis, dies entspricht ca. 28,4 Gramm, innerhalb des eigenen Haushaltes keine Straftat darstellt und auch nicht anderweitig geahndet werden muss. 1972 stimmten die BürgerInnen von Kalifornien erstmals über eine Regulierung ab und 14 Jahre später Oregon, jedoch war zu dieser Zeit die Mehrheit gegen eine Regulierung. In den 90er-Jahren entwickelte sich die Ansicht, dass Cannabis zu medizinischen Zwecken verschrieben werden durfte, sodass erste Gesetze 1996 in Kalifornien erlassen wurden. In den darauffolgenden Jahren folgten weitere Bundesstaaten. 2013 waren es bereits mehr als 20 Bundesstaaten, welche den medizinischen Gebrauch von Cannabis eingeführt hatten. Drei weitere Staaten standen zu dieser Zeit kurz davor. Problematisch hingegen war, dass sich die Inhalte, sowie die Anwendungsvorschriften innerhalb der Bundesstaaten stark unterschieden. Es kam immer wieder zu Abstimmungen bezüglich einer möglichen Regulierung. 2012 konnten drei Bundesstaaten über ein Gesetz zur Cannabisregulierung abstimmen. Demnach ergab sich, dass Washington mit 56% und Colorado mit 55% dieses Gesetz annahmen, sodass Colorado zum 01.01.2014 die Regulierung einführte; Washington ist noch im selben Jahr gefolgt (vgl. Zobel, Marthaler, 2014).

Regulierungsmodell einer Lizenz gestützten Verkaufsstelle

Die beiden Bundesstaaten Washington und Colorado agieren innerhalb ihres Regulierungsmodells teils ähnlich, jedoch ergeben sich auch hier gravierende Unterschiede. Sowohl in Washington, als auch in Colorado gilt ein Mindestalter von 21 Jahren, welches eine Person dazu berechtigt, in speziell dafür vorgesehenen Verkaufsstellen Cannabis sowie -produkte zu erwerben. Die dort erlaubte Verkaufsmenge

liegt in beiden Staaten bei einer Unze pro Einkauf. Colorado hat hingegen eine Einschränkung bezüglich der erlaubten Verkaufsmenge für BürgerInnen aus einem anderen Bundesstaat eingeführt. Infolgedessen dürfen diese lediglich ein Viertel der erlaubten Menge an sich nehmen. Die ersten Unterschiede ergeben sich in Bezug auf die erlaubten Mengen an Pflanzen, denn in Colorado ist es gestattet, bis zu sechs Pflanzen für den Eigenbedarf zu ziehen, wohingegen es in Washington nur Personen vorbehalten ist, die im Besitz einer ärztlichen Verordnung sind und somit bis zu 15 Pflanzen halten dürfen. Der dortige Cannabismarkt gliedert sich in drei Ebenen, welche jeweils eine staatliche Lizenz benötigt. Die erste Ebene stellt die Produktion dar, die zweite die Verpackung sowie den Vertrieb und die letzte ist der Verkauf. Während man in Washington aufgrund der Bestimmung nicht gleichzeitig auf mehreren Ebenen agieren darf, ist dies in Colorado gestattet. Dort darf lediglich ein kleiner prozentualer Anteil (30%) an anderweitige Händler verkauft werden, der andere Teil muss in eigenen Geschäften vertrieben werden, da sich dies an die Bestimmungen des medizinischen Gebrauchs anlehnt. In der Praxis wurden innerhalb der ersten Monate lediglich Lizenzen an Produzenten und Händler verteilt, welche bereits im therapeutischen Bereich agierten. Diese Regelung wurde jedoch ein halbes Jahr später, im Juli 2014, widerrufen. Innerhalb der beiden Bundesstaaten gibt es spezielle Kontrollorgane, welche über die Erteilung, den Widerruf oder aber einer Verlängerung dieser Lizenzen entscheiden. In Washington handelt es sich dabei um das Washington State Control Liquor Board und in Colorado um die Marijuana Enforcement Division. Um eine Lizenz zu erhalten, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Eine ist beispielsweise die Dauer des Wohnsitzes. Hier ergeben sich zwischen den beiden Staaten abermals unterschiedliche Regelungen, denn während es in Washington lediglich drei Monate sein müssen, muss es in Colorado weit mehr sein, nämlich mindestens zwei Jahre. Während in Colorado die Gemeinden sowie die Bezirksbehörden den Handel von Cannabis verbieten oder gesonderte Regelungen einführen können, bezüglich beispielsweise der Öffnungszeiten oder aber der Anzahl und Standorte der zur Verfügung stehenden Verkaufsstellen, müssen die Behörden in Washington jede Lizenz entweder akzeptieren oder aber ablehnen. Innerhalb beider Staaten soll ein System zur Produktverfolgung entstehen. Dieses System soll es ermöglichen, die gesamte Produktion zu überwachen und weiter noch, es soll einen Abgang in den Schwarzmarkt abwenden. Wie auch schon bei den CSC und dem Coffeeshops darf auch hier keinerlei Werbung betrieben werden. In Colorado ist die Verpackung von Cannabis streng geregelt, so wird dies stets in undurchsichtiger Packart mit einer speziellen Kindersicherung vertrieben.

Ebenfalls ist die Verpackung mit einem amtlichen Etikett versehen, wo, unter anderem, der THC-Gehalt und die Düngemittel vermerkt sind. Sowohl in Colorado, als auch in Washington werden durch den regulierten Verkauf von Cannabis Steuern erhoben, jedoch erhebt Washington erheblich mehr Steuern. Auf jeder der drei zuvor beschriebenen Ebenen des Cannabismarktes werden in Washington vom Staat 25% Steuern erhoben. Hinzu kommen nochmals 8,75% allgemeine Umsatzsteuern. Im Vergleich erhebt Colorado Grundsteuern von 15% zuzüglich 2,9% allgemeine Warensteuer, sowie 10% einer speziellen Cannabis-Verkaufssteuer. Die anfallenden Steuereinnahmen sollen in beiden Fällen sozialen Projekten zu Gute kommen (vgl. ebd.).

2.2.2 Südamerika (Uruguay)

Der Konsum jeglicher Substanzen wird in Uruguay nicht strafrechtlich verfolgt, vorausgesetzt, es handelt sich um eine angemessene Menge. Uruguay umfasst eine Einwohnerzahl von 3,3 Mio. Menschen, von denen schätzungsweise 120.000 BürgerInnen regelmäßig Cannabis konsumieren. Demnach ist der Konsum verhältnismäßig hoch. 2012 ergab sich ein Wandel innerhalb der dortigen Drogenpolitik, da im Juni seitens der Regierung das Modell zur Regulierung bezüglich Cannabis vorgestellt wurde. Daraufhin folgte der erste Gesetzesentwurf, welcher im August bei dem Parlament einging, sodass dieser 2013 vom Repräsentantenhaus angenommen wurde und am 10. Dezember letztlich vom Senat die Zustimmung erhielt (vgl. Zobel, Marthaler, 2014). Das Gesetz zur Regulierung von Cannabis hat bereits erste Umsetzungen erfahren und soll auch weiterhin umgesetzt werden (vgl. Knodt, 2014).

Regulierungsmodell

Das uruguayische Modell zur Regulierung des Cannabismarkts soll mittels drei unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten erfolgen. Den Staatsbürgern ist es zum einen erlaubt, Cannabis zum Eigenbedarf selbst anzubauen, jedoch darf die Anzahl von bis zu sechs Pflanzen nicht überschritten werden. Zum anderen dürfen die Einwohner Uruguays einem Cannabis Club (Vergleichbar mit CSC in Spanien / Belgien) beitreten, welcher jedoch nur aus einer begrenzten Anzahl von Mitgliedern bestehen darf, demnach müssen es mind. 15 bis max. 45 Personen sein, denen es erlaubt ist, einen gemeinschaftlichen Anbau von bis zu 99 Cannabispflanzen durchzuführen. Der dritte und somit letzte mögliche Zugang soll letztendlich der lizenzierte Verkauf innerhalb von Apotheken werden. Unabhängig ob eine Person Cannabis selbst anbauen, einem Club beitreten oder es

in Apotheken erwerben möchte, muss sie sich vorab beim Institut für Regulierung und Kontrolle von Cannabis (IRCCA) registrieren lassen. Dies gilt allerdings gleichermaßen auch für Produzenten und Apotheken (vgl. Zobel, Marthaler, 2014).

Das rezeptfrei vertriebene Cannabis in Apotheken wird vom Staat bei Firmen eingekauft, denen sie zuvor eine Lizenz für den kommerziellen Anbau erteilt haben. Eine Besonderheit ergibt sich daraus, dass es lediglich uruguayischen Staatsbürgern erlaubt ist, bis zu 40g Cannabis pro Monat, in dortigen Apotheken zu erwerben. Dadurch soll der Cannabisourismus vermieden werden und somit lässt sich die zuvor beschriebene Registrierungspflicht überwachen. Jedoch ergeben sich auch noch weitere Vorgaben, die unausweichlich eingehalten werden müssen, denn der Verkauf an Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist strikt verboten, wie auch die berauschende Teilnahme am Straßenverkehr. Ebenfalls ist jegliche Art von Werbung verboten (vgl. Plenert, 2013).

Aktuelles im Bezug auf die Durchführung des Regulierungsmodells

Bislang haben sich 1200 Züchter sowie 50 Cannabis Clubs bei der IRCCA registrieren lassen. In Bezug auf die Abgabe in Apotheken ergeben sich immer neue Termine im Hinblick auf den Beginn. Der eigentliche Start für den Erwerb in den lizenzierten Apotheken sollte ursprünglich April 2014 sein, jedoch wurde dieses Vorhaben im Nachhinein auf Dezember und abermals auf März 2015 verschoben. In Anbetracht der derzeitigen Situation scheint auch dieser Zeitpunkt gewagt zu sein, denn bis dato blüht noch keine einzige Pflanze für den Vertrieb in Apotheken (vgl. Knodt, 2014).

3 Deutschland macht seinen eigenen Weg in Bezug auf die Regulierung des Cannabismarktes

Im Folgenden wird ein Cannabisregulierungsmodell eigens für Deutschland vorgestellt. Diesbezüglich ist vorab zu erwähnen, dass dieses Modell, wie nachstehend beschrieben, derzeit nicht möglich wäre. Für die Umsetzung eines solchen Modelles müssten im Vorfeld zweierlei Schritte berücksichtigt werden. Zum einen muss es zu einem Umdenken innerhalb der Gesellschaft sowie der Politik kommen und zum anderen müssten die bis dato bestehenden Gesetze geändert werden.

3.1 Ein Modell für Deutschland mit wichtigen Schlüsselementen zur Regulierung

Es existieren fünf Grundmodelle⁴⁰ zur Regulierung des Drogenangebots, die unterschiedlich agieren. Weltweit bestehen bereits unterschiedliche Varianten solcher Modelle, wie bereits teilweise im zweiten Kapitel beschrieben wurde. Die Grundmodelle dürfen nicht einzeln, als starre Variante, angesehen werden, denn teilweise agieren mehrere Modelle innerhalb einer Regulierung (vgl. Akzept e.V., 2012).

Das im Anschluss beschriebene Regulierungsmodell beruht auf einer Verschmelzung zweier Grundmodelle.

3.1.1 Erläuterung des Modells für Deutschland

Bei diesem Regulierungsmodell handelt es sich einerseits um eine lizenzierte Verkaufsstelle sowie andererseits um die Vergabe von Anbaulizenzen. Wie die Verkaufsstelle aufgebaut ist sowie welche Besonderheiten diese aufweist, wird im Folgenden dargestellt.

Die Verkaufsstelle gliedert sich in fünf unterschiedliche Bereiche⁴¹, welche zum Teil einer bestimmten Zielsetzung unterliegen. Der erste Bereich stellt den möglichen Erwerb, sowohl von dem reinen Cannabis als auch von Cannabisprodukten sowie evtl. benötigtes Zubehör dar. Der zweite Bereich dient dem Konsum und / oder dem Verzehr von Cannabis, in einem geselligen, jedoch regulierten und kontrollierten Rahmen, da dieses Modell die Substanz als Genussmittel ansieht. Der dritte Bereich ist die Küche, hier sollen spezielle Koch- und Backkurse stattfinden. Dies dient zum Erlernen der richtigen Zubereitung und Verarbeitung von Cannabis. Ferner kann hier, falls dies erforderlich und /

^{40, 41} siehe Anhang

oder benötigt wird, Aufklärungs- und Präventionsarbeit betrieben werden. Der vierte Bereich ist die Lesecke / Aufklärungsbereich. Hier wird den Besuchern ermöglicht, in bereits bestehende Literaturen zu lesen, dies hat vorallem einen Aufklärungscharakter. Hinzukommend besteht die Möglichkeit, diverse Informationsvideos anzuschauen. Der fünfte und somit letzte Bereich innerhalb der Verkaufsstätte besteht aus der Möglichkeit, eine Beratung in Anspruch nehmen zu können. Diese kann aus unterschiedlichen Beweggründen wahrgenommen werden. Möglicherweise wurde festgestellt, dass sich bestehende Konsummuster verändert haben und man diesbezüglich Hilfe in Form, z.B. des KISS Programms⁴², in Anspruch nehmen möchte, vielleicht muss Kriesenintervention betrieben werden oder aber man möchte ausführliche Informationen zur Substanz selbst erhalten etc..

Innerhalb dieser Verkaufsstelle arbeiten ausschließlich Personen, die entweder ein Studium der Sozialen Arbeit absolviert haben und darüber hinaus Erfahrungen innerhalb eines substanzbezogenen Beiches gesammelt haben oder Personen, die speziell für diese Verkaufsstelle geschuld und ausgebildet wurden. Die Mitarbeiter müssen stets zu Fort- und Weiterbildungen bereit sein. Diese Personalauswahl hat mehrere Vorteile. Sie sind speziell geschult und können somit auf Probleme, welche innerhalb der Verkaufsstelle auftreten können (beispielsweise mit schwierigen KonsumentInnen), angemessen reagieren. Desweiteren können sie, unter anderem, die wichtige Aufgabe der Aufklärungsarbeit, welche die Drogenerziehung impliziert, besser wahrnehmen und vermitteln sowie eine Harm-Reduction-Strategie⁴³ verfolgen. Wird innerhalb der Beratung ersichtlich, dass die aufkommenden Probleme gravierender sind und ein erhöhter bzw. weiterführender Hilfebedarf besteht, so erfolgt umgehend eine Vermittlung in das Hilfesystem.

Der Anbau von Cannabis erfolgt ausschließlich durch die Vergabe von speziellen Lizenzen. Im Anschluss werden auf die erforderlichen Schlüsselemente, welche dieses Modell benötigt, eingegangen.

3.1.2 Produktionskontrolle

Die Steuerung bezüglich der Produktion ist nicht so problembehaftet, wie die im Folgenden dargestellte Produktkontrolle, da bereits viele gut etablierte Unternehmen existieren, welche die Produktion von Cannabis ausüben (Unternehmen agieren aufgrund bereits bestehender regionaler, nationaler, globaler rechtlicher Strukturen) und somit über

⁴² Kiss ist ein Programm, welches Klienten einen selbstbestimmten Substanzkonsum vermittelt. Mehr dazu siehe www.kiss-heidelberg.de/kiss-heidelberg/de/2/0/programm/kiss.aspx

⁴³ Harm-Reduction-Strategie ist die Vermittlung von Risikominimierten Konsumformen

einen umfangreichen Erfahrungsschatz verfügen. Daher müssen Produktionskontrollen für das legal zu vertreibene Cannabis nicht neu erarbeitet werden, lediglich die bestehenden Rahmenbedingungen müssen erweitert bzw. angepasst werden. Um einen Abfluss auf den Schwarzmarkt zu verhindern, ist es daher zwingend erforderlich, ein Lizenzsystem, sowohl für Anbauer als auch für Händler einzuführen. Denn umso mehr die legale Produktion zunimmt, desto mehr verliert der illegale Markt seinen ökonomischen Anreiz und wird demzufolge verdrängt. Jedoch nimmt die Einfuhr der legalen Produktion einen längeren Zeitraum in Anspruch. Dies ist trotzdem nicht negativ zu betrachten, denn so verbleibt ausreichend Zeit, Anpassungen sowie Entwicklungen einer effizienten rechtlichen Infrastruktur zu etablieren. Bekommt ein Unternehmen eine Lizenz für den Anbau von Cannabis, so ist diese an Bedingungen geknüpft. Demnach muss sich das Unternehmen verpflichten, eine Einrichtung sowie Inbetriebnahme für den Anbau, die Verarbeitung und der Lagerung für Cannabis vorzunehmen. Ebenfalls verpflichtet sich das Unternehmen während der Produktion, Qualitätskontrollen, unter anderem mittels Labortests, durchzuführen. Die zuvor definierten Standards müssen stets eingehalten werden. Diese Standards setzen sich aus folgenden Bedingungen zusammen. Folglich darf der Anbau nur ohne jeglichen Einsatz von Chemikalien erfolgen, da dies zu einer Kontamination führen könnte. Pestizide und Fungizide dürfen ebenfalls nicht angewendet werden. Desweiteren sind alle Pflanzen von weiteren Schäden zu schützen. Das verarbeitete Cannabis darf ausschließlich in verpackter Form, inkl. einer Versiegelung, gelagert werden, damit eine mögliche Manipulation ausgeschlossen ist. Sicherheits- sowie Hygienestandards sind stets einzuhalten. Die Abgabe erfolgt ausschließlich an die speziell dafür vorgesehenen Verkaufsstellen (vgl. Akzept e.V., 2012).

3.1.3 Produktkontrolle

Qualität und Schädlichkeit

Die Konsumrisiken, welche von einer Substanz ausgehen, hängen mit der jeweiligen Zubereitungsart, der Dosierung, sowie der Art der Einnahme zusammen. Aufgrund dessen ist es unumgänglich, Kontrollen / Vorschriften bezüglich der Stärke, sowohl von Cannabis als auch von Haschisch festzusetzen. Hierbei geht es vor allem um den Wirkstoffgehalt von THC (Tetrahydrocannabinol) sowie CBD (Cannabidiol). Da der THC-Gehalt durch Züchtungen sowie optimale Wachstumsbedingungen gesteigert werden kann, ist es dementsprechend erforderlich, die minimale und maximale Konzentration festzulegen. Desweiteren ist es zwingend notwendig, Kontrollen unter anderen bezüglich toxischer

Inhaltsstoffe, Pilze usw., durchzuführen. Die Dosierung stellt ein größeres Problem dar bei Cannabisprodukten, welche für den Verzehr geeignet sind, wie beispielsweise Kuchen, Kekse ect.. Diese müssen in standardisierten Einheiten, welche die festgesetzte Höchstgrenze pro Verzehreinheit haben, vertrieben werden. Wichtig sind zudem detaillierte Beschriftungen bezüglich der in dem Produkt vorhandenen Menge sowie die Stärke des Wirkstoffs. Die Art der Einnahme von Cannabis ist vielseitig, jedoch handelt es sich bei der meist verbreiteten Form um das vermengen mit Tabak. Hier kommen wieder die Mitarbeiter ins Spiel, denn diese sollten die KonsumentInnen anhalten, eher eine schadstofffreie Applikationform, wie z.B. das verdampfen, zu wählen (vgl.ebd.).

Preiskontrolle

Bedingt durch eine gesetzliche Regulierung von Cannabis kann die Regierung den Preis beeinflussen. Der zu bezahlende Preis kann mittels zweierlei Möglichkeiten festgelegt werden. Grundsätzlich besteht ein fester Preis oder ein Preisrahmen, darin eingeschlossen ist entweder eine feste Steuer nach Gewicht / Einheit oder aber eine Steuer auf einer Prozentbasis (ähnlich wie bei der Mehrwertsteuer). Wie auch bei alkoholhaltigen Getränken können Cannabissorten mit einem höheren THC-Gehalt preisintensiver sein und demzufolge entsprechend höher besteuert werden. Generell ist hier festzuhalten, dass das legal verkaufte Cannabis innerhalb der Verkaufsstellen zumindest das gleiche Preisniveau, wie auf dem bis dato florierenden Schwarzmarkt, aufweisen muss, denn sonst ergeben sich diesbezüglich Problematiken und der Schwarzmarkt bleibt mit seinen bekannten Problemen bestehen, wie dies derzeit in Colorado der Fall ist (vgl. ebd.).

Verpackungskontrolle

Innerhalb der Verpackungskontrolle sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Die erste Berücksichtigung liegt innerhalb der Entnahmesicherheit, welche dazu dient, eine mögliche unbefugte Manipulation des Cannabis zu verhindern. Dies kann durch unterschiedliche Vorgehensweisen sichergestellt werden, jedoch soll es für Cannabis mittels einer speziellen Versiegelung geschehen, anhand derer festgestellt werden kann, ob das Produkt bereits geöffnet wurde. Die zweite Kontrolle, welche zwingend vorgenommen werden muss und eine Standardisierung erfahren soll, ist die Kindersicherung. Hier kann man aus kindersicheren Verpackungen von medizinischen Produkten lernen und / oder diese gar übernehmen. Der dritte zu berücksichtigende Aspekt ist die Verpackungsinformation, welche folgende Informationen beinhalten soll. Eine klare

Bezeichnung bezüglich der Inhaltsstoffe mit Angaben der Stärke. Desweiteren muss auf der Verpackung die genaue Dosierung angegeben werden, welche sich auf die Menge pro Einheit bezieht. Auch der Gesichtspunkt der Schadensminimierung findet hier seinen Platz, denn es müssen Verweise und Anmerkungen ersichtlich sein, wie ein risikoärmerer Konsum durchgeführt werden kann. Im Fall von Cannabis handelt es hierbei vor allem um die orale Applikation oder das Verdampfen. Ferner sollten Angaben zu Gesundheitsrisiken erfolgen. Wichtig und nicht zu vergessen sind rechtliche Ausschlussklauseln, welche besagen, dass ein Konsum unter einem Alter von 21 Jahren nicht gestattet ist, ebenfalls müssen Angaben zum Verfallsdatum angegeben werden. Dergleichen müssen Angaben zum lizenzierten Händler erfolgen, ggf. mit dem Hinweis, dass jederzeit eine Beratung wahrgenommen werden kann. Anzumerken ist, dass die Verpackungen relativ schlicht zu gestalten sind.

Diese Vorgaben beziehen sich hauptsächlich auf den Verkauf außer Haus und könnten mittels einer Packungsbeilage dargestellt werden. Erfolgte der Gebrauch der erworbenen Substanz innerhalb der Verkaufsstelle, so sind nicht all diese Vorgaben zwingend erforderlich (vgl. ebd.).

3.1.4 Anbieter- und Absatzkontrolle

Damit eine Lizenz für die Verkaufsstelle erteilt wird, müssen die im Folgenden beschriebenen Bedingungen erfüllt werden. Bei Missachtung dieser Bedingungen erfolgen Sanktionen, diese können weitreichende Folgen mit sich bringen. Angefangen mit einem Bußgeld oder die Entziehung der Lizenz, bis hin zu angemessenen zivil - oder strafrechtlichen Sanktionen (vgl. ebd.).

Kontrolle bezüglich Werbung und Verkaufsförderung

Da ein Zusammenhang bezüglich der Werbung / Verkaufsförderung und der damit verbundenen Zunahme des Konsums nachgewiesen werden konnte, ist dies ausschlaggebend, diesen Punkt in einem speziellen Regelwerk eigens für Lizenzen von Cannabisverkaufsstellen festzuhalten. Ein generelles Werbe- und Verkaufsförderungsverbot wäre unrealistisch, denn ein solches Verbot herrscht, unter anderem, in den Niederlanden. Die dortigen Coffeeshops werben trotz des Verbots in einem bestimmten Maße. Weit aus effektiver hingegen wäre es, Kontrollen des Kinder- und Jugendschutzes⁴⁴ einzuführen. Demnach muss die Werbung für die Verkaufsstelle,

⁴⁴ mehr dazu siehe <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Jugendschutzgesetz-Jugendmedienschutz-Staatsvertrag,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

unter anderem, im Inhalt sowie im Umfang beschränkt werden. So dürften Verkaufsstellen für Cannabis nur in ausgewählten, sehr speziellen Publikationen, wie beispielsweise dem Hanfjournal, werben. Ebenfalls wäre es zulässig, wenn sich die Werbung an Orten befindet, die für Kinder unzugänglich sind. Die Verkaufsstelle selbst muss innerhalb ihres Erscheinungsbildes neutral gehalten werden, so dass keinerlei äußerliche Anzeichen vorhanden sind, die darauf hinweisen, dass dort Cannabis erworben und / oder konsumiert werden darf (vgl. ebd.).

Niederlassungsorte sowie die erlaubte Anzahl von Verkaufsstätten

Die Niederlassungsorte sowie die Anzahl von Verkaufsstellen sind in Anbetracht mehrerer Punkte von großer Bedeutung. Unter anderem wurde nachgewiesen, dass dies einen beeinflussenden Stellenwert, sowohl für den Konsum als auch den Missbrauch hat. Stehen diese jedoch unter Kontrollen, so kann der Konsum einerseits überwacht und andererseits kontrolliert werden. Demnach legt die örtliche Behörde fest, in welchem Gebiet eine Verkaufsstelle eröffnen darf (Gebietsschutz). Für die lizenzierte Abgabestelle von Cannabis sollten mehrere Aspekte gelten. Zum einen sollte dies nicht in unmittelbarer Reichweite von Schulen und Jugendzentren etc. liegen. Desweiteren ist von besonderer Bedeutung, dass die Verkaufsstellen flechendeckend angesiedelt werden, um die bis dato bestehenden Probleme einzuschränken. Denn nur so kann der florierende Schwarzmarkt eingedämpft werden und eine Trennung der Märkte erfolgen (vgl. ebd.).

Kontrolle der Verkaufsmenge

Die Kontrolle der erlaubten Menge, welche für den Eigengebrauch als sinnvoll erachtet wird, hat zwei grundlegende Vorteile. Zum einen kann diesbezüglich verhindert bzw. eingeschränkt werden, dass das zur Verfügung stehende Cannabis nicht an unbefugte Dritte weitergegeben wird und zum anderen kann diese Beschränkung ermöglichen, dass ein exzessiver Konsum weitgehend vermieden wird und dementsprechend schadensminimierenden Charakter aufweist. Diese Beschränkung bringt allerdings auch Probleme mit sich. Vor allem wenn Personen größere, als die max. vorgeschriebenen Mengen erwerben wollen, kann diese Kontrolle dazu führen, dass "Anstrengungen" unternommen werden, um diese zu Umgehen. Nicht zu verachten ist hingegen, dass jeglicher Versuch, eine Rationalisierung durchzuführen, stets unvollkommen sein wird. Es existieren zwar Möglichkeiten, solche Kontrollen durchzuführen, doch kollidieren diese mit den datenschutzrechtlichen Aspekten, desweiteren sind sie sehr aufwändig und

demnach teuer. Dennoch soll für die Verkaufsstelle innerhalb Deutschlands eine max. Abgabemenge von fünf Gramm pro Tag gelten, trotz dessen, dass es keine verlässliche Möglichkeit gibt, dies zu kontrollieren. Bedingt durch die leichte Verfügbarkeit wird dies jedoch kein fundamentales Problem darstellen (vgl. ebd.).

3.1.5 Käufer- und Endverbraucherkontrolle

Kontrolle des Käuferalters

Ziel dieser Kontrolle besteht darin, Jugendlichen den Zugang zu Cannabis zu erschweren. Jegliches Recht, die psychoaktive Substanz zu konsumieren, bleibt ausschließlich erwachsenen Personen vorbehalten, welche sich frei dazu entschlossen haben. Dies beruht teilweise auf Rechten und Pflichten, sowohl Kindern / Jugendlichen, als auch Erwachsenen gegenüber. Ausschlaggebend hierfür sind die signifikanten, höheren gesundheitlichen Risiken für Kinder und Jugendliche im Vergleich zu den Risiken für Erwachsene. Die Kombination, sowohl der rechtlichen als auch der öffentlichen Aspekte, führen zu einer strengen Kontrolle bezüglich des zulässigen Alters für Cannabis. Resultierend aus der Prohibition, entstanden Märkte, die keinerlei Kontrollen bezüglich des Alters erforderten, so dass es Jugendlichen leicht fällt, sich einen Zugang zu Substanzen auf dem florierenden Schwarzmarkt zu verschaffen. Dies ist ein essenzieller Vorteil bei gesetzlich regulierten Märkten. Die Altersgrenze soll bei diesem Modell bei 21 Jahren liegen, da sich die Adoleszenzphasen immer weiter hinauszögern. Die Verkaufsstellen sind demnach verpflichtet, Alterskontrollen mittels einer Ausweiskontrolle durchzuführen. Möglicherweise muss die Altersgrenze im Verlauf nochmals nachgebessert werden. Wichtig ist zu bedenken, dass die Alterskontrolle, welche bei Nichteinhaltung sanktioniert wird, nur ein Teil der Regulierung für das Substanzangebot darstellt. Wichtig sind zudem vor allem die Aufklärungsarbeit und die damit implizierte Drogenerziehung (vgl. ebd.).

Intoxikation seitens der KonsumentInnen

Bei dieser Kontrollform liegt die Verantwortung sowohl beim Verkäufer als auch beim Konsument selbst. Grundlegend hierfür ist, dass der Konsum von Cannabis auf einer einerseits informierten Zustimmung und andererseits auf eine verantwortungsbewusste Entscheidung zurückzuführen sein soll. Bedingt durch eine vorliegende Intoxikation kann dies gefährdet sein. Die Umsetzung dieser Kontrolle ist schwierig und teils mit Problemen behaftet. Gründe können diesbezüglich vielschichtig sein und dies sowohl auf Seiten des Verkäufers als auch auf Seiten des Käufers. Prinzipiell zeigen jedoch bereits gemachte

Erfahrungen, dass Cannabis weitgehend selbstregulierend ist und größtenteils keine Intoxikationsprobleme mit sich bringen. Innerhalb der Verkaufsstellen beruhen daher die intoxicationsbeschränkten Verkäufe auf Personen, die stark alkoholisiert sind und / oder andere Substanzen konsumiert haben. Demzufolge wären geschulte Verkäufer verpflichtet, Personen an Hand von speziellen Leitlinien für eine Intoxikation zu erkennen und denen den Erwerb und / oder Konsum innerhalb der Verkaufsstelle zu untersagen. Trotz einer vorhandenen Leitlinie ist die Beurteilung dennoch subjektiv. Wichtig anzumerken ist, dass die geltenden Regeln bezüglich der Bedingungen allzeit vermittelt werden müssen (vgl. ebd.).

Kontrolle von lizenzierten Kosumräumen innerhalb der Verkaufsstellen

Die Bevölkerung hat teilweise unausgesprochene Befürchtungen, dass, bedingt durch eine Reform der Drogenpolitik, der Konsum deutlich sichtbarer sowie sozial auffällig werden würde. Doch faktisch könnte der Konsum, bedingt durch ein spezielles Regelwerk, weniger sichtbar gestaltet werden, als dies derzeit noch der Fall ist. Die bereits bestehenden Regelwerke bezüglich des Rauchens können prinzipiell für Cannabis übernommen werden, denn diese zeigten, wie sich Örtlichkeiten für den Konsum mittels flexibler Kontrollen überprüfen lassen. Demnach existieren lizenzierte Örtlichkeiten mit ausgewiesenen Raucherräumen und / oder Außenbereichen, wie dies auch in Verkaufsstellen herrschen soll. Ein generelles Rauchverbot von Cannabis in der Öffentlichkeit bleibt bestehen und bei Nichteinhaltung werden Bußgelder verhängt. Solche Verbote werden von der Bevölkerung durchwegs gut angenommen und dementsprechend auch eingehalten. Bedingt durch die effektive Durchsetzung solcher Anordnungen werden erfahrungsgemäß neue soziale Normen entwickelt, was dazu führt, dass die Überwachung im zeitlichen Verlauf immer weniger benötigt wird (vgl. ebd.).

Fazit

Diese Bachelorarbeit hat gezeigt, dass die Prohibition gescheitert ist und es zwingend an der Zeit ist, dass Deutschland ein eigenes, speziell zugeschnittenes Regulierungsmodell für Cannabis benötigt. Denn die Prohibition löst in keinster Weise das "Drogenproblem", NEIN, sie schafft erst Probleme, welche ohne dieses Verbot nicht existieren würden.

Betrachtet man die fadenscheinigen Argumentationen der Gegner, so wird deutlich, wie abstrus diese sind. Immer wieder wird damit argumentiert, das Cannabis als Einstiegsdroge zu sehen sei, das es zwangsläufig zu Dambruchszenarien kommen muss, was anhand des niederländischen Modells belegt werden konnte, da, bedingt durch eine solche Regulierung, der Konsum ansteigen würde, mit der Folge, dass, sowohl eine körperliche, als auch eine psychische Abhängigkeiten das zwangsläufige Resultat daraus sein muss. All diese Mythen konnten in der Vergangenheit mehrfach widerlegt werden. Doch damit noch nicht genug, es macht den Anschein, als würden sich die Regulierungsgegner gar nicht mit der Thematik auseinandersetzen, denn immer wieder argumentieren sie auch mit der Jugend und damit verbindend, mit dem diesbezüglichen Erstkonsumalter. Dabei lassen sie jedoch völlig außer Acht, dass durch ein Regulierungsmodell der Jugendschutz erst stattfinden kann. Das gleiche Szenarium zeichnet sich mit der Argumentation der Schädlichkeit ab und dass Cannabis keinesfalls als harmlos anzusehen sei, da Cannabis wesentliche gesundheitliche, sowie soziale Risiken mit sich bringt. Ferner ist auch diese Denkweise falsch. Es wurde nie behauptet, dass Cannabis bedenkenlos ist, jedoch besteht eine größere Schädlichkeit durch den florierenden Schwarzmarkt und das aus ganz unterschiedlichen Gesichtspunkten. Unter anderem wird dort nicht auf die Qualität geachtet, giftige Beimischungen, wie beispielsweise Blei, macht die Substanz erst schädlich und es erfolgt keinerlei Aufklärung, somit sind keinerlei Vorkehrungen bezüglich des Verbraucherschutz möglich (vgl. Thomasius, 2013). Diese Liste der völlig aus der Luft gegriffenen Argumentationen ließe sich noch unendlich weiterführen.

Bereits deutsche StrafrechtsprofessorInnen fordern eine Überprüfung der Wirksamkeit des BtMG⁴⁵. Befürworter haben die Vorteile einer Regulierung richtig erkannt und fordern ein "intelligentes" Modell, d.h., ein Modell, auf evidenz-basierter Wissenschaft, das eben nicht den „Zeigefinger Charakter“ mit sich bringt. In Deutschland existiert ein massives Drogenpolitikproblem, denn bedingt durch das Verbot, nehmen wir die aufkommende Gewalt und die Anarchie des Schwarzmarktes billigend in Kauf. Durch die bestehende

⁴⁵ siehe Anhang

Prohibition werden unumgänglich an Gelder benötigt, um eine Strafverfolgung durchführen zu können, welche keinerlei positive Signalwirkung mit sich bringt. KonsumentInnen werden unnötig kriminalisiert und damit verbunden droht, unter anderem, Arbeitsplatz- und Führerscheinverlust. Ein weiteres Problem ergibt sich aus dem gleichzeitigen Vorhandensein sowohl vom Hilfesystem als auch von der Repression. Eine Harmonie kann es disbezüglich niemals geben, denn sie beeinflussen und verformen sich gegenseitig. D.h., jeder der Cannabis konsumiert, bekommt dies leider zu spüren, in dem er sich, unter anderem, einer (Zwangs-)Beratung unterziehen muss oder aber seinen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verliert (vgl. Stöver, 2013).

Cannabis macht zudem nicht körperlich Abhängig und nur ein Bruchteil erleidet eine psychische Abhängigkeit (zwei Prozent). Zudem gab es weltweit noch nie eine letale Dosis von Cannabis, im Vergleich zu dem legal zu erwerbenden Alkohol. Desweiteren ist Cannabis innerhalb vieler medizinischer Bereiche eine hervorragende Medizin und eine alternative zu pharmazeutischen Medizinprodukten. Außerdem erfolgt, bedingt durch die Regulierung von Cannabis, eine Trennung der Märkte von harten und weichen Substanzen. Eine Regulierung würde weitere positive Effekte mit sich bringen, da neue Arbeitsplätze geschaffen werden könnten und der Staat würde Steuern einnehmen. Die organisierte Kriminalität hätte enorme Profiteinbrüche, sodass der wirtschaftliche Anreiz für die illegalen Händler zunehmend abnehmen würde. Die Kriminalität würde sinken und sowohl die Polizei, als auch die Justiz könnten sich um die wirklichen Verbrechen kümmern. Diese Aufzählung der Vorteile kann noch durch ein vielfaches ergänzt und erweitert werden (vgl. Bröcklers, 2014).

Alle oben aufgeführten Vorteile, sowie die in Kapitel zwei beschriebenen und bereits bestehenden funktionierenden Modelle, sprechen für eine Regulierung. Die andauernde Verschiebung der Durchsetzung, vor allem innerhalb Deutschlands, hat höchstwahrscheinlich kapitalistische und ordnungspolitische Gründe, denn hinter dem Verbot stecken vor allem große und mächtige Industriezweige. Das ist zum einen die Pharmaindustrie, diese würde mittels Cannabis kaum bzw. gar kein Geld verdienen. Diese Pflanze kann nicht patentiert werden, was zur Folge hat, dass die Pharmaindustrie überhaupt kein Interesse an einer Regulierung verspürt, weil durch diese, die Bevölkerung einen leichten Zugang zu Cannabis hat und Cannabis kann somit als alternative Medizin verwendet werden ohne einen Antrag bei der Bundesopiumstelle einzureichen, denn es besteht eine legale Verfügbarkeit. Zum anderen die Papier- und Textilindustrie. Die Fasern der Cannabispflanzen eignen sich ausgesprochen gut für feine

Textilien oder Jeans, besser als Baumwolle. Baumwollproduzenten würden dementsprechend Profiteinbußen verzeichnen. Die Cannabisschäben, das Strengelholz, welches bei der Fasergewinnung abfällt, dient als Liferant für Papier. Da Cannabis sehr schnell wächst und innerhalb von zwei bis drei Monaten abgeerntet werden kann, müsste kein Baum mehr gefällt werden, was der Holzindustrie ebenfalls Profiteinbußen bringen würde. Ein weiterer und wesentlicher Vorteil an Cannabispapier ist, dass dies langlebiger ist. Diese Aufzählung ist nur ein Bruchteil, wofür die Nutzpflanze Cannabis als Rohstoff Verwendung findet, weshalb sie erfolgreich von den Industrien verdrängt werden konnte bzw. wird (vgl. Herer/Bröcklers/Nova Institut, 1996).

Cannabis weiter zu verbieten, ist eindeutig der falsche Weg und bringt lediglich negative Folgen mit sich. Es muss zwingend zu einem Umdenken auf allen Ebenen kommen und zwar mittels Aufklärungsarbeit, sowie die so wichtige Drogenerziehung.

Literaturverzeichnis

Akzept e.V. - Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Hrsg.) (2012): Nach dem Krieg gegen die Drogen: Modell für einen regulierten Umgang, Berlin

Bild (2015): BILD – Redaktionelles Konzept, Quelle [online] in: http://axelspringer-mediapilot.de/portrait/BILD-BILD_671014.html, (14.02.2015)

Böllinger, Lorenz (2014): Strafrechtsprofessoren fordern Reform des Drogenstrafrechts, Quelle [online] in: <http://alternativer-drogenbericht.de/strafrechtsprofessoren-fordern-reform-des-drogenstrafrechts/>, (13.11.2014)

Böllinger, Lorenz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2002): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, 5., vollst. überarb. Auflage Frankfurt am Main, Fachhochschulverlag

Brand, Hanna; Steppan Martin; Künzel Jutta; Braun Barbara (2014): Suchthilfe in Deutschland 2013, Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), Quelle [online] in: http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs_jahresbericht_2013.pdf, (11.1.2015)

Bröckers, Mathias (2010): Die Drogen Lüge, Frankfurt am Main, Westend Verlag GmbH

Bröckers, Mathias (2014): Keine Angst vor Hanf. Warum Cannabis legalisiert werden muss, Frankfurt am Main, Westend Verlag GmbH

Bundeskriminalamt (2014): Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland, Jahrbuch 2013, Quelle [online] in: http://www.bka.de/nn_229340/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2013/pks2013__node.html?__nnn=true, (13.11.2014)

Bundeskriminalamt (2014): Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2013, Quelle [online] in:

http://www.bka.de/DE/ThemenABisZ/Deliktsbereiche/Rauschgiftkriminalitaet/Lagebilder/lagebilder__node.html?__nnn=true, (13.11.2014)

Bundeskriminalamt (2014): Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2013 - Tabellenanhang, Quelle [online] in: http://www.bka.de/DE/ThemenABisZ/Deliktsbereiche/Rauschgiftkriminalitaet/Lagebilder/lagebilder__node.html?__nnn=true, (13.11.2014)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): Jugendschutzgesetz und Jugendmedienschutz – Staatsvertrag der Länder, Quelle [online] in: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf->

Anlagen/Jugendschutzgesetz-Jugendmedienschutz-

Staatsvertrag,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, (18.02.2015)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegale Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends, Quelle [online] in: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2012/Drogenaffinitaetsstudie_BZgA_2011.pdf, (13.11.2014)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014): Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends, Quelle [online] in: <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/?sub=84>, (13.11.2014)

Bündnis 90 die Grünen Friedrichshain-Kreuzberg (2014): Cannabis-Modellprojekt nimmt Form an, Quelle [online] in: <http://www.gruene-xhain.de/de/themen/veranstaltungen-zum-coffeeshop-modellprojekt/> (13.11.2015)

Der Spiegel (2014): der Spiegel in Zahlen, Quelle [online] in: <http://www.spiegelgruppe.de/spiegelgruppe/home.nsf/Navigation/C226C5F6118D70E0C12573F700562F49?OpenDocument>, (14.02.2015)

Deutscher Bundestag Drucksache 17/3810 (2010): Legalisierung von Cannabis – Medikamenten zur Therapie von schweren Erkrankungen, Quelle [online] in: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/038/1703810.pdf>, (13.11.2014)

Deutscher Bundestag Drucksache 17/6127 (2011): Zugang zu medizinischem Cannabis für alle betroffenen Patientinnen und Patienten ermöglichen, Quelle [online] in: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/061/1706127.pdf>, (13.11.2014)

Deutscher Hanf Verband (2013): Antwort der SPD auf die DHV Wahlprüfsteine zur Bundestagswahl 2013, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/index.php/themen/parteien-a-wahlen/2129-antwort-der-spd-auf-die-dhv-wahlpruefsteine-zur-bundestagswahl-2013>, (13.11.2014)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Gaßmann, Raphael (Hrgs.) (2004): Cannabis. Neue Beiträge zu einer alten Diskussion, Freiburg in Breisgau, Lambertus-Verlag

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014): Drogen und Suchtbericht, Quelle [online] in:

dba/Presse/Downloads/Drogen-_und_Suchtbericht_2014_Gesamt_WEB_07.pdf,
(13.11.2014)

DSHS (2014): Deutsche Suchthilfestatistik 2013 (ambulante Einrichtungen Typ 3+4 und stationäre Einrichtungen Typ 8+9+10) Quelle [online] in: <http://suchthilfestatistik.de/download.html>, (13.11.2014)

ENCOD: Was ist ein Cannabis Social Club? Quelle [online] in: <http://www.encod.org/info/WAS-IST-EIN-CANNABIS-SOCIAL-CLUB.html>,
(01.02.2015)

Maisch, Susanne Ears and Eyes Institut für Markt- und Trendforschung (2011): Legalize it, Quelle [online] in: <http://www.earsandeyes.com/de/presse/legalize-it-40-der-deutschen-sind-fuer-eine-legalisierung-von-cannabis/>, (13.11.2014)

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2014): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen, Quelle [online] in: http://www.praevention.at/upload/documentbox/att_212374_DE_TDAT13001DEN.pdf,

Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (Hrsg.) (2012): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen, Frankfurt am Main, Fachhochschulverlag

Geyer, Steffen; Wurth, Georg (2013): Cannabis: Alles, was man wissen muss, 5. Auflage Köln, Verlag Kiepenheuer und Witsch

Grotenhermen, Franjo (2004): Hanf als Medizin. Ein praktischer Ratgeber zur Anwendung von Cannabis und Dronabinol, Baden und München, AT Verlag

Grotenhermen, Franjo (2014): Anleitung zur Beantragung einer Ausnahmegenehmigung zur medizinischen Verwendung von Cannabis bei der Bundesopiumstelle Quelle [online] in: http://www.cannabis-med.org/german/bfarm_hilfe.pdf (13.11.2014)

Grotenhermen, Franjo (2014): Cannabis als Medizin – Öffentliche Petition, Quelle [online] in: www.cannabis-medizin-petition.de/die-petition/ (13.11.2014)

Grotenhermen, Franjo; Karus, Michael (Hrsg.) (2002): Cannabis, Straßenverkehr und Arbeitswelt. Recht, Medizin, Politik, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag

Grotenhermen, Franjo; Reckendrees, Britta (2006): Die Behandlung mit Cannabis und THC. Medizinische Möglichkeiten, Rechtliche Lage, Rezepte, Praxistipps, Solothurn, Nachtschatten Verlag AG

Hanfjournal: Hanfige Reise durch ein vereintes Europa Quelle [online] in: http://www.hanfjournal.de/hajo-website/artikel/2010/sa_grow/s13_sa_grow_10_hanf_in_europa.php, (01.02.2015)

Hanfparade: Quelle [online] in: <http://www.hanfparade.de>, (13.11.2014)

Herer, Jack; Bröckers, Mathias; NOVA Institut (1996): Die Wiederentdeckung der Nutzpflanze Hanf. Cannabis Marihuana. Eine der ältesten Kulturpflanzen der Erde könnte helfen, die Menschen ausreichend mit Kleidung, Papier, Öl, Brennstoff, Nahrung, Baumaterial und viele Medizinen zu versorgen, 2. Auflage München, Wilhelm Heyne Verlag

Junker, Axel (2014): Cannabis als Medizin – Probleme und Handlungsbedarf aus Patientensicht, Quelle [online] in: <http://alternativer-drogenbericht.de/cannabis-als-medizin-probleme-und-handlungsbedarf-aus-patientensicht/>, (13.11.2014)

Kiss Programm: Quelle [online] in: <http://www.kiss-heidelberg.de/kiss-heidelberg/de/2/0/programm/kiss.aspx>, (14.02.2015)

Knodt, Michael (2014): Colorado zieht Bilanz – Zahlen und Fakten nach zwei Jahren Re – Legalisierung, [online] in: <http://hanfverband.de/nachrichten/news/colorado-zieht-bilanz-zahlen-und-fakten-nach-zwei-jahren-re-legalisierung>, (04.02.2015)

Knodt, Michael (2014): Tschechien senkt die Geringe Menge- nur noch 10 Gramm Cannabis toleriert, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/aktuelles/2407-tschechien-senkt-die-geringemenge-nur-noch-10-gramm-cannabis-toleriert>, (13.11.2014)

Knodt, Michael (2014): Jetzt schon 1200 registrierte Grower in Uruguay-Südafrikanisches Biotec-Unternehmen erhält Zuschlag für medizinisches Cannabis Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/nachrichten/news/jetzt-schon-1200-registrierte-grower-in-uruguay-suedafrikanisches-biotec-unternehmen-erhaelt-zuschlag-fuer-medizinisches-cannabis> (07.02.2015)

Knodt, Michael (2014): Ein Cannabis Social Club für Amsterdam – Mit dem "Tree of Life" öffnet der erste CSC der Niederlande, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/nachrichten/news/ein-cannabis-social-club-fuer-amsterdam-mit-dem-tree-of-life-oeffnet-der-erste-csc-der-niederlande>, (05.01.2015)

Kurtenbach, Sabine (2014): Lateinamerika: Neustart in der Drogenpolitik?, Quelle [online] in: http://www.giga-hamburg.de/de/system/files/publications/gf_lateinamerika_1408.pdf, (13.11.2014)

Mösken, Anne Lena (2014): Weg frei für den Antrag auf einen Coffeeshop, Quelle [online] in: <http://www.berliner-zeitung.de/berlin/coffeeshop-in-kreuzberg-weg-frei-fuer-den-antrag-auf-einen-coffeeshop,10809148,28376070.html>, (13.11.2014)

Müller, Ute (2014): Legalisierung des Verkaufs und Konsums von Haschisch. Umfrage: des Forsa Institut im Auftrag des Stern und RTL

Pfeiffer-Gerschel, Tim; Kipke, Ingo; Flöter, Stephanie und Jakob, Lisa; Casati, Alicia (IFT Institut für Therapieforschung); **Budde, Alex** (Budeszentrale für gesundheitliche Aufklärung); **Rummel, Christina** (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2013): Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. Deutschland. Drogensituation 2012/2013, Quelle [online] in: http://www.dbdd.de/images/2013/reitox_report_2013_germany_dt.pdf, (13.11.2014)

Plenert, Maximilian (2014): Verwaltungsgericht Köln hilft schwer kranken Patienten, die Cannabis selbst anbauen müssen, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/nachrichten/news/verwaltungsgericht-koeln-hilft-schwerkranken-patienten-die-cannabis-selbst-anbauen-muessen> (13.11.2014)

Plenert, Maximilian (2014): Tod durch Cannabis? Eine kritische Betrachtung, Quelle [online] in: <http://alternativer-drogenbericht.de/tod-durch-cannabis-eine-kritische-betrachtung/>, (13.11.2014)

Plenert, Maximilian (2011): Umfrage: 40% für eine Legalisierung von Cannabis, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/nachrichten/blog/umfrage-40-fuer-eine-legalisierung-von-cannabis> (13.11.2014)

Plenert, Maximilian (2013): Uruguay geht einen historischen Schritt zur weltweit ersten nationalen "verantwortungsvollen Regulierung" von Cannabis, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/blog/2114-uruguay-geht-einen-historischen-schritt-zur-weltweit-ersten-nationalen-verantwortungsvollen-regulierung-von-cannabis>, (13.11.2014)

Plenert, Maximilian; Werse, Bernd (2014): Für eine verantwortungsvolle Regulierung von Cannabis, Quelle [online] in: <http://alternativer-drogenbericht.de/fuer-eine-verantwortungsvolle-regulierung-von-cannabis/>, (13.11.2014)

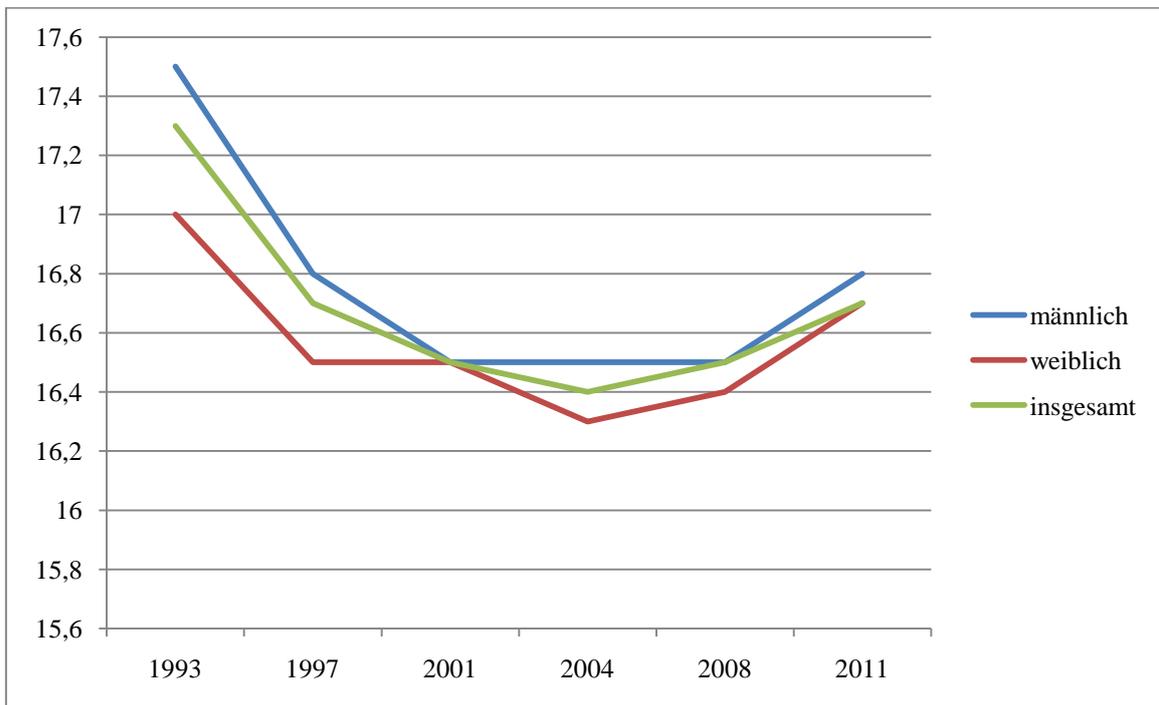
Pressemitteilung des Deutschen Hanf Verbands (DHV) (2013): Uruguay legalisiert als erste Nation Cannabis, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/aktuelles/2228-uruguay-legalisiert-als-erste-nation-cannabis>, (13.11.2014)

Pütz, Theo (2013): Cannabis und Führerschein, 1. Auflage Solothurn, Nachtschatten Verlag AG

- Rennefanz, Sabine** (2014): Ein Coffeeshop reicht nicht, Quelle [online] in: <http://www.berliner-zeitung.de/berlin/goerlitzer-park--in-kreuzberg-ein-coffeeshop-reicht-nicht,10809148,25468868.html>, (13.11.2014)
- Scheb, Philipp** (2014): Aktuelle Zahlen der Cannabispatienten in Deutschland, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, nach schriftlicher Äußerung am 19.9.2014
- Schemmel, Jonas; Graf, Werner** (2014): Legalisierung von unten-Wie die Realität neue Wege in der Drogenpolitik aufzwingt, Quelle [online] in: <http://alternativer-drogenbericht.de/legalisierung-von-unten-wie-die-realitaet-neue-wege-in-der-drogenpolitik-aufzwingt/>, (13.11.2014)
- Schmidl, Karin** (2014): Legale Cannabis – Abgabe im öffentlichen Interesse, Quelle [online] in: <http://www.berliner-zeitung.de/politik/coffeeshop-kreuzberg-goerlitzer-park-legale-cannabis-abgabe-im-oeffentlichen-interesse,10808018,24835062.html>, (13.11.2014)
- Schneider, Wolfgang** (2002): Mythos Cannabis, Sucht Magazin Heft 3/02, Quelle [online] in: http://www.suchtmagazin.ch/tl_files/templates/Suchtmagazin/user_upload/texte_old/text3-02.pdf, (13.11.2014)
- Statistika** (2013): Ranking der 25 meistzitierten nationalen und internationalen Medien in Deutschland nach Anzahl der Zitate im Jahr 2013, Quelle [online] in: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/169706/umfrage/die-meistzitierten-medien-in-deutschland/>, (14.02.2015)
- Stöver, Heino** (2013): Legalisierung von Cannabis. Pro Position, in: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Band 59, Heft 1, Seite 50 – 51, Bern, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG
- Stöver, Heino; Plenert, Maximilian** (2013): Entkriminalisierung und Regulierung. Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und – konsum, Quelle [online] in: <http://library.fes.de/pdf-files/iez/10159.pdf>, (13.11.2014)
- Thomasius, Rainer** (2013): Legalisierung von Cannabis. Contra – Position, in: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Band 59, Heft 1, Seite 52-53, Bern, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG
- Werse, Bernd** (2007): Cannabis in Jugendkulturen. Kulturhistorische und empirische Betrachtungen zum Symbolcharakter eines Rauschmittels, Berlin, Archiv der Jugendkulturen Verlag KG

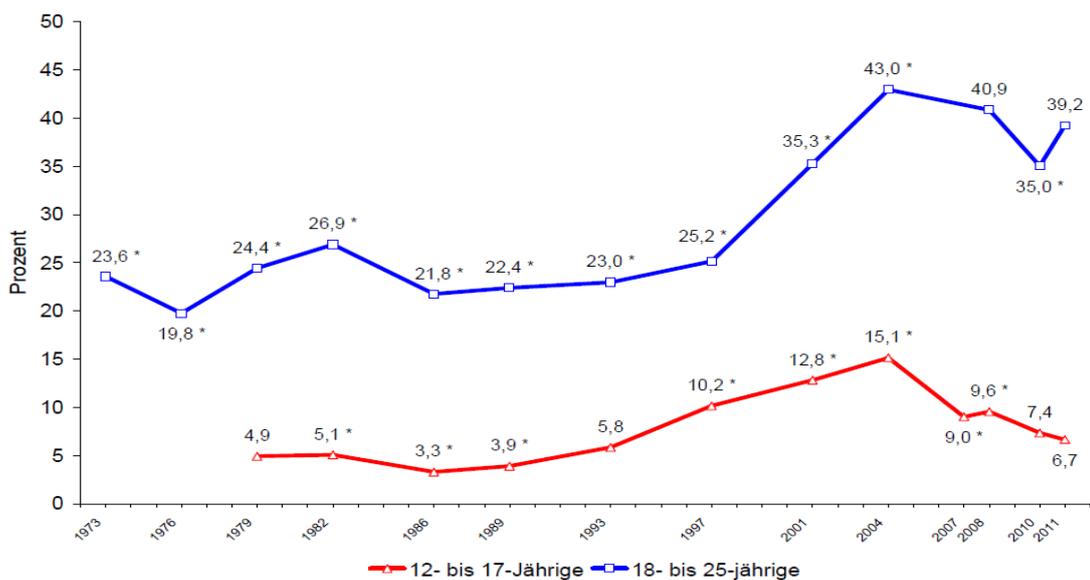
- Werse, Bernd** (2012): Jugendkultur und Cannabis: Stiehlvorlieben und Konsumprävalenz im Wandel, in: Sozial extra: Zeitschrift für soziale Arbeit, Band 36 Heft 11/12, Seite 37-40, Wiesbaden VS-Verlag / Springer Fachmedien
- Wurth, Georg** (2010): EMNID-Umfrage - Cannabis 2010-Alter und Parteipräferenz, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/blog/1313-emnid-umfrage-qcannabis-2010q-alter-und-partiepraferenz>, (13.11.2014)
- Wurth, Georg** (2014): Alaska und Oregon legalisieren Cannabis – Hanfverband sieht Rückenwind auch für Deutschland, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/aktuelles/2658-alaska-und-oregon-legalisieren-cannabis-hanfverband-sieht-rueckenwind-auch-fuer-deutschland>, (13.11.2014)
- Wurth, Georg** (2014): Mehrheit der Deutschen sieht Drogenkrieg kritisch - Hanfverband kündigt Medienkampagne an, Quelle [online] in: <https://hanfverband.de/nachrichten/blog/mehrheit-der-deutschen-sieht-drogenkrieg-kritisch-hanfverband-kuendigt-medienkampagne-an>, (13.01.2015)
- Wurth, Georg** (2014): US-Staaten Alaska und Oregon stimmen im November über Legalisierung ab, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/aktuelles/2556-us-staaten-alaska-und-oregon-stimmen-im-november-ueber-legalisierung-ab>, (13.11.2014)
- Wurth, Georg; Werse, Bernd** (2014): Kiffen macht dumm?, Quelle [online] in: <http://alternativer-drogenbericht.de/macht-kiffen-dumm/>, (13.11.2014)
- Zimmer, Lynn; Morgan, John P.; Bröckers, Mathias** (2004): Cannabis Mythen – Cannabis Fakten. Eine Analyse der wissenschaftlichen Diskussion, Solothurn, Nachtschatten Verlag AG
- Zinn, Jessica Miriam** (2014): Zwischenstand des Modellprojektes kontrollierte Abgabe von Cannabisprodukten, Quelle [online] in: <http://piraten-xhain.de/2014/09/coffeeshop-bald-wirklichkeit/>, (13.11.2014)
- Zobel, Frank; Marthaler, Marc** (2014): Von den Rocky Mountains bis zu den Alpen: Regulierung des Cannabismarktes – neue Entwicklungen, Quelle [online] in: http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Bericht_RegulierungCannabis_SuchtSchweiz_2014.pdf, (13.11.2014)

Abb.1: Durchschnittliches Alter des ersten Cannabiskonsums bei 12- bis 25-jährigen insgesamt und nach Geschlecht von 1993 bis 2011



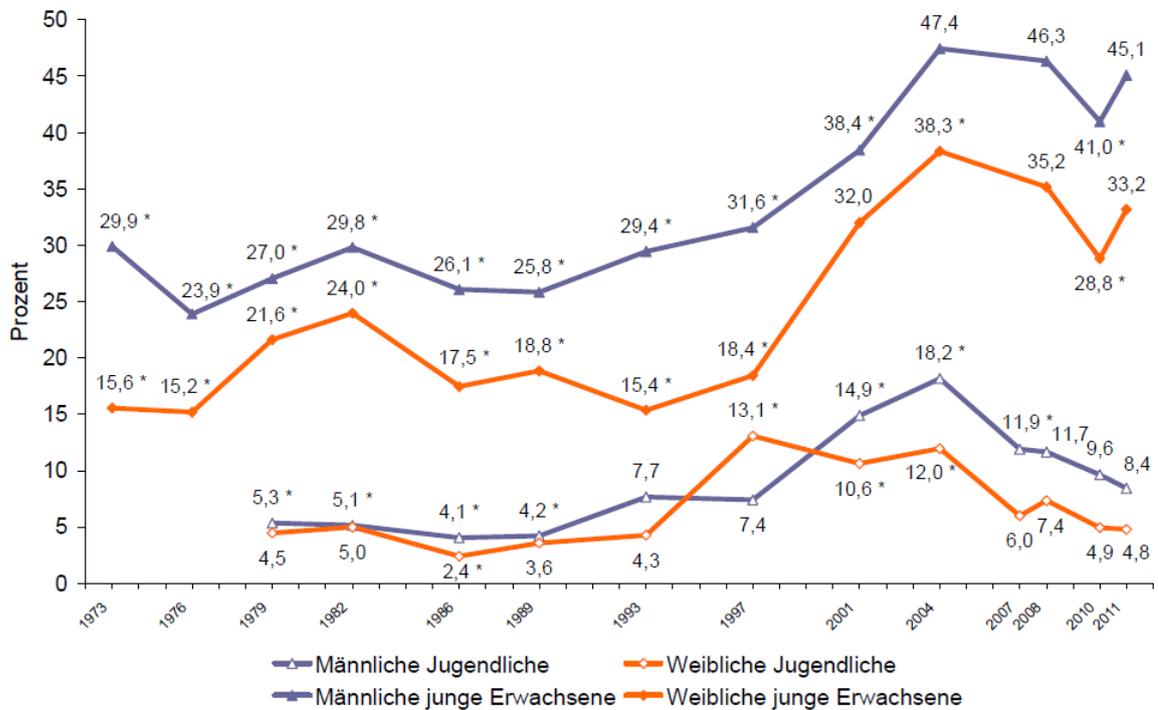
Quelle vgl.: BZgA - Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011

Abb.2: Trends der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums für 12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-jährige junge Erwachsene insgesamt von 1973 bis 2011



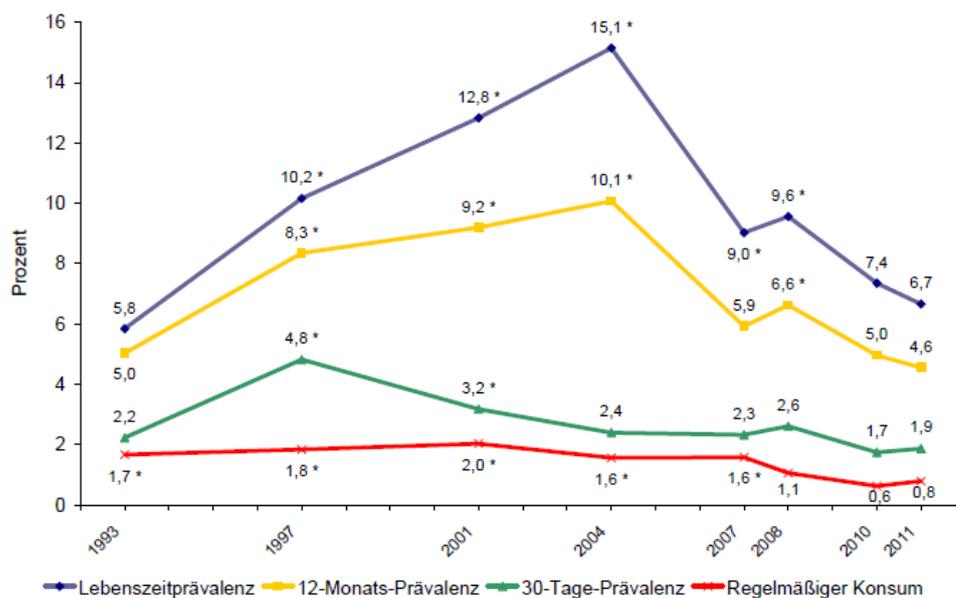
Quelle: BZgA - Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011

Abb.3: Trends der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums für 12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-jährige junge Erwachsene von 1973 bis 2011 nach Geschlecht



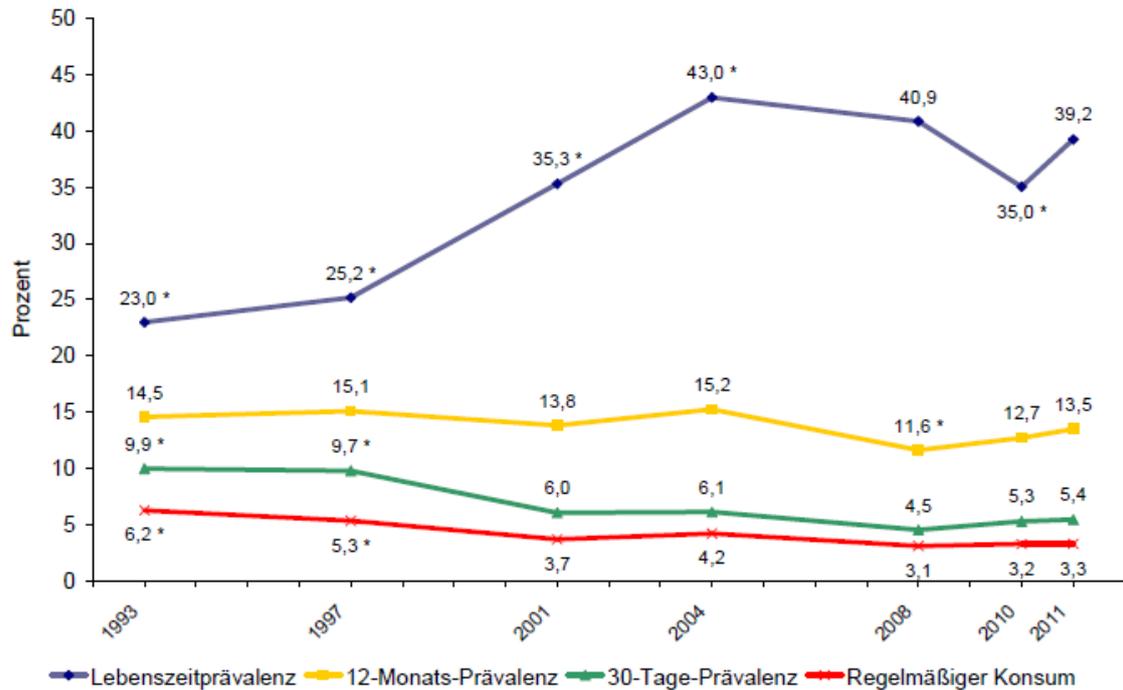
Quelle: BZgA - Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011

Abb.4: Trends für vier Indikatoren des Cannabiskonsums für 12- bis 17-jährige Jugendliche insgesamt von 1993 bis 2011



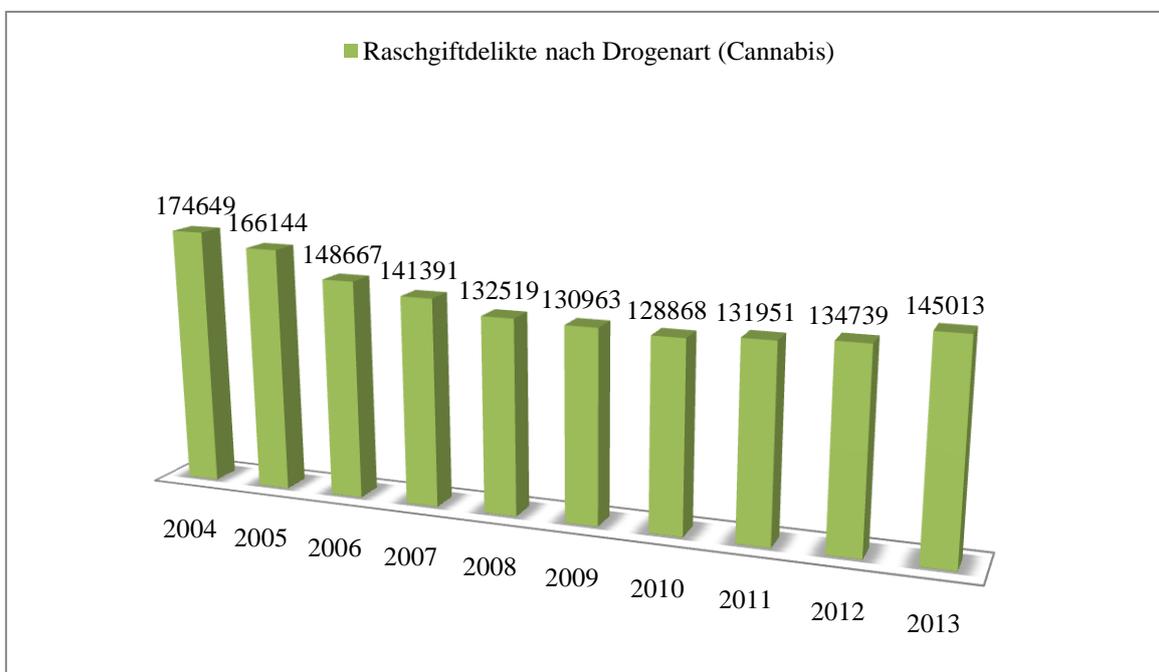
Quelle: BZgA - Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011

Abb. 5: Trends für vier Indikatoren des Cannabiskonsums für 18- bis 25-jährige junge Erwachsene insgesamt von 1993 bis 2011

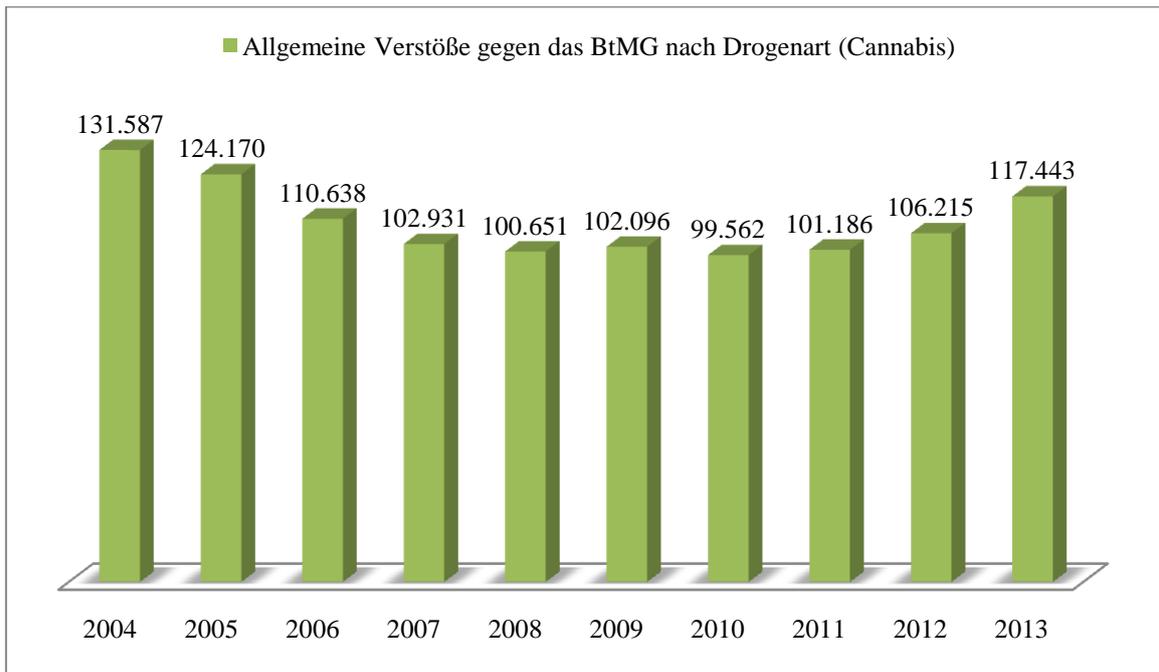


Quelle: BZgA - Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011

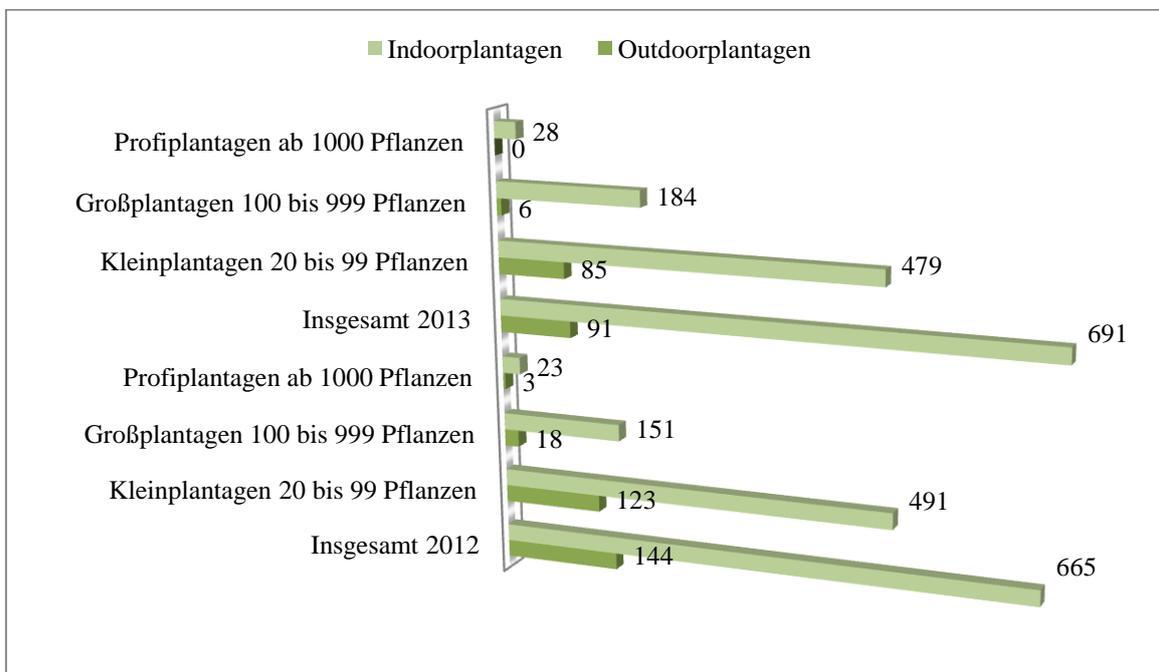
Abb. 6: Rauschgiftdelikte nach Drogenart (Cannabis)



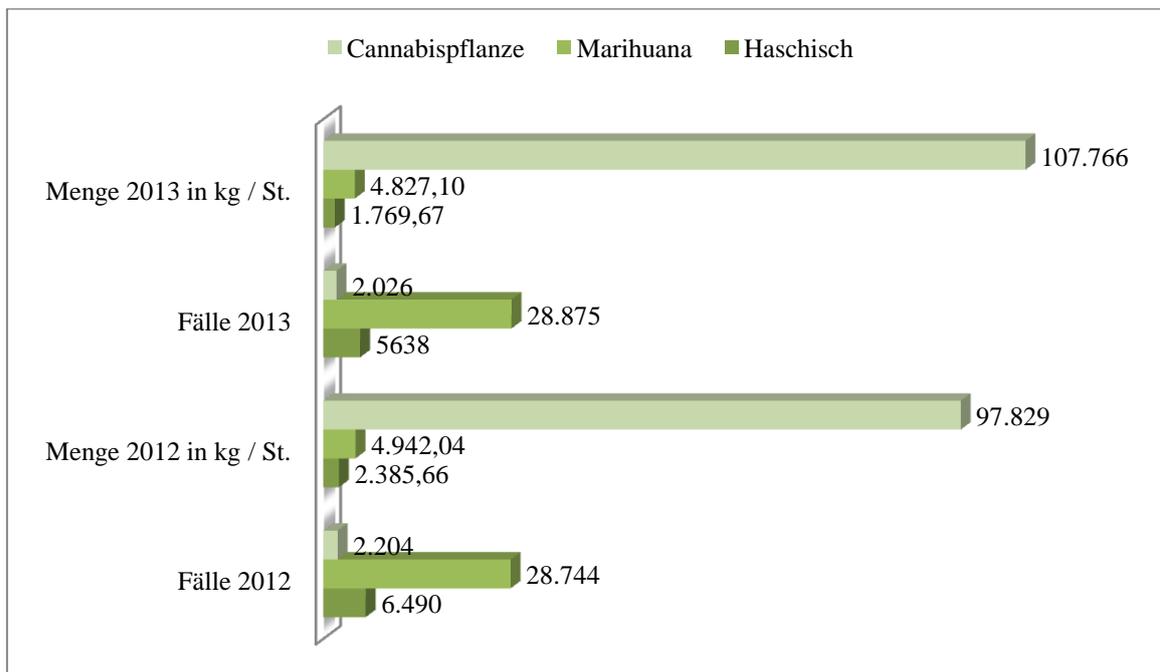
Quelle vgl.: BKA Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2013 – Tabellenanhang

Abb.7: Allgemeine Verstöße gegen das BtMG nach Drogenart (Cannabis)

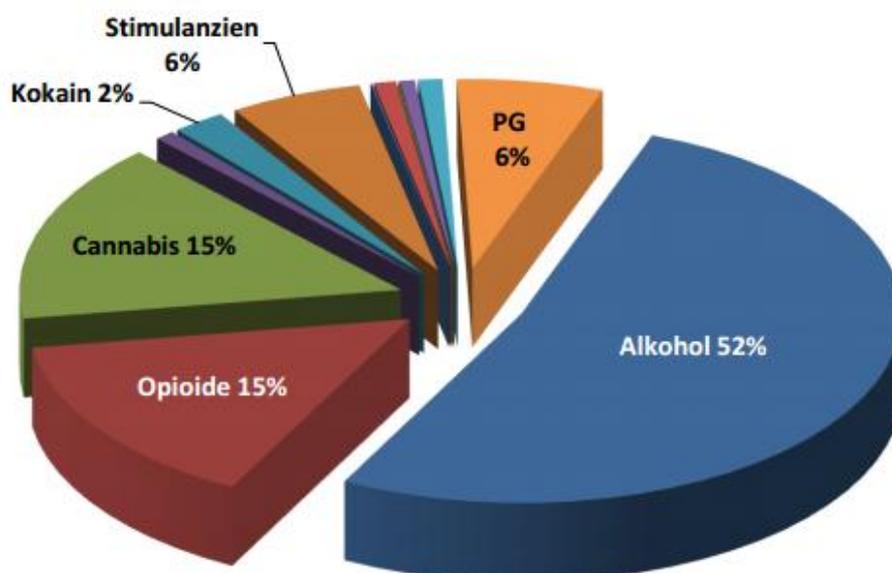
Quelle vgl.: BKA Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2013 – Tabellenanhang

Abb. 8: Sicherstellung illegaler Anbau / Cannabisplantagen 2012 und 2013

Quelle vgl.: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung – Drogen- und Suchtbericht (Juli 2014)

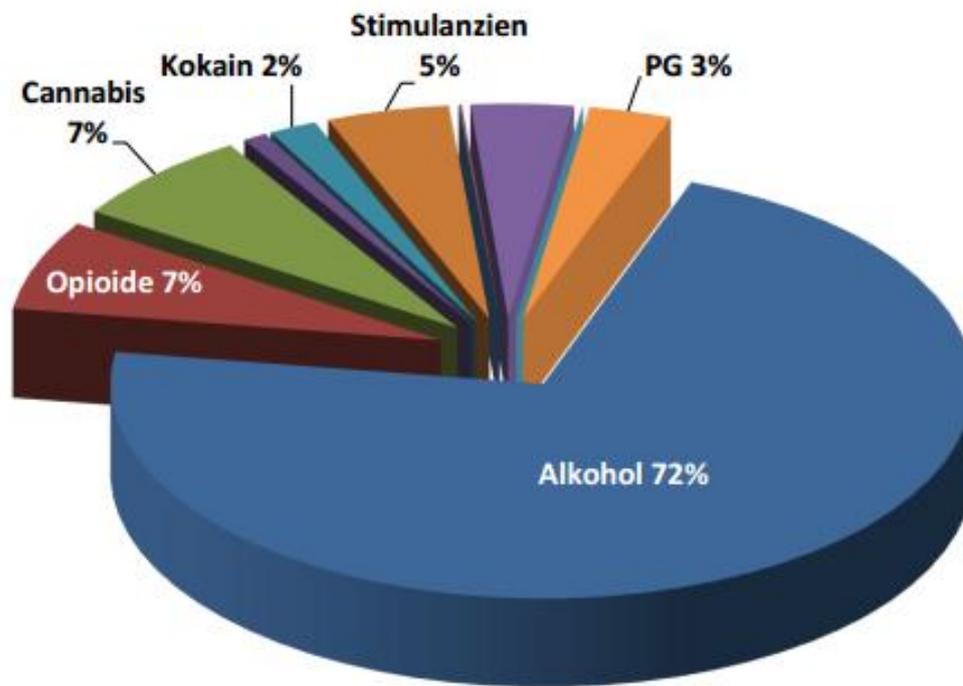
Abb. 9: Rauschgifthandel / Rauschgiftschmuggel 2012 und 2013: Sicherstellung

Quelle vgl.: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung – Drogen- und Suchtbericht (Juli 2014)

Abb. 10: Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)

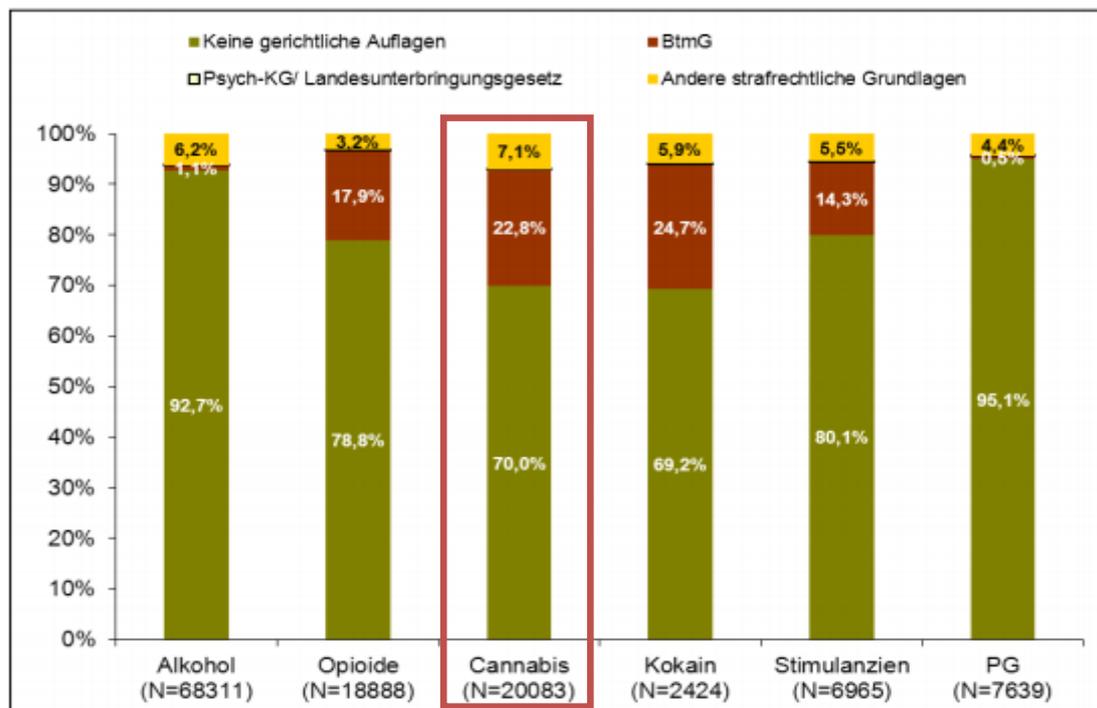
Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Abb. 11: Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)



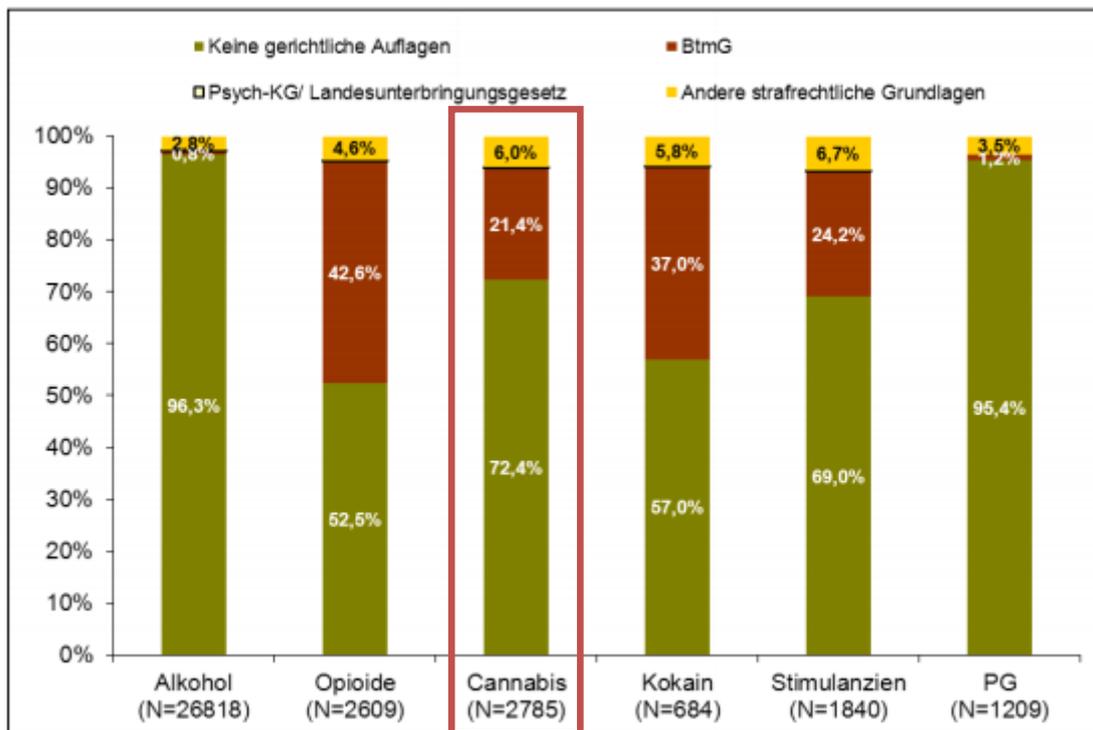
Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Abb. 12: Betreuungsaufgaben (ambulant)



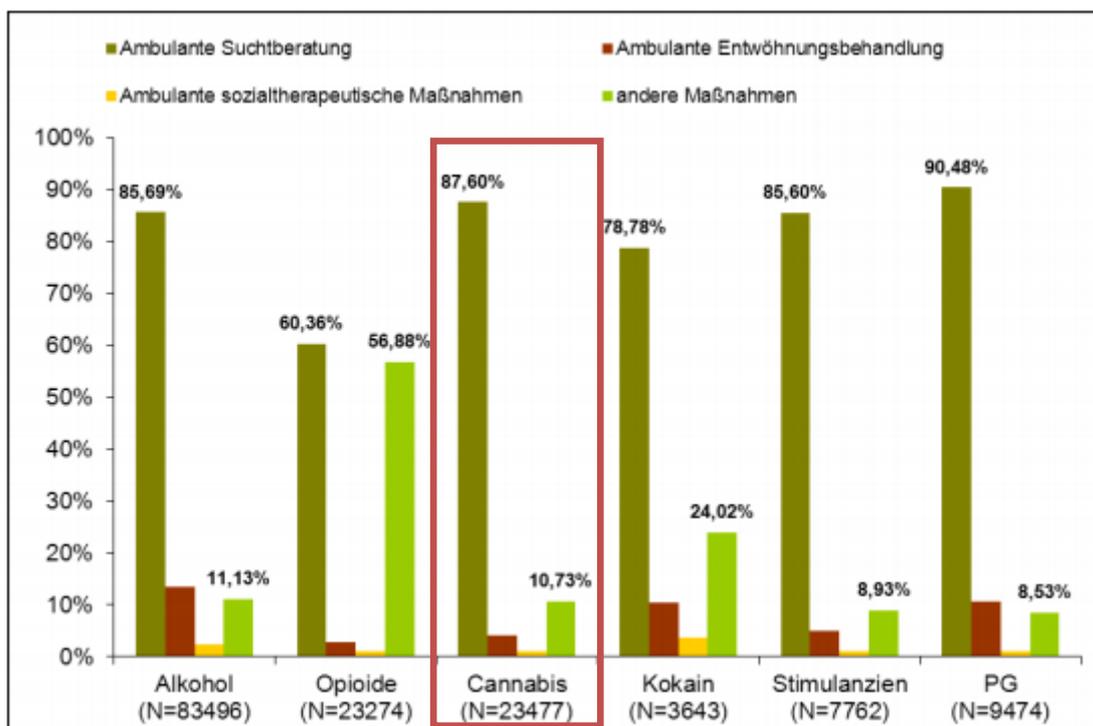
Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Abb. 13: Behandlungsauflagen (stationär)



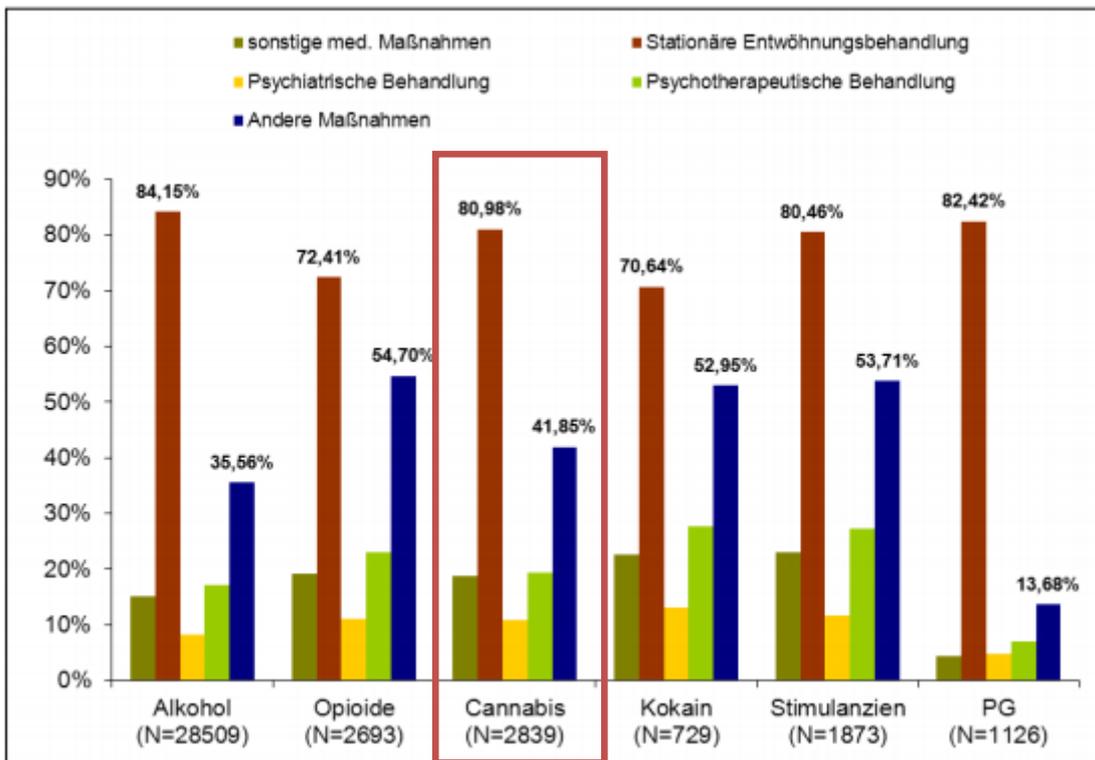
Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Abb. 14: Maßnahmen (ambulant)



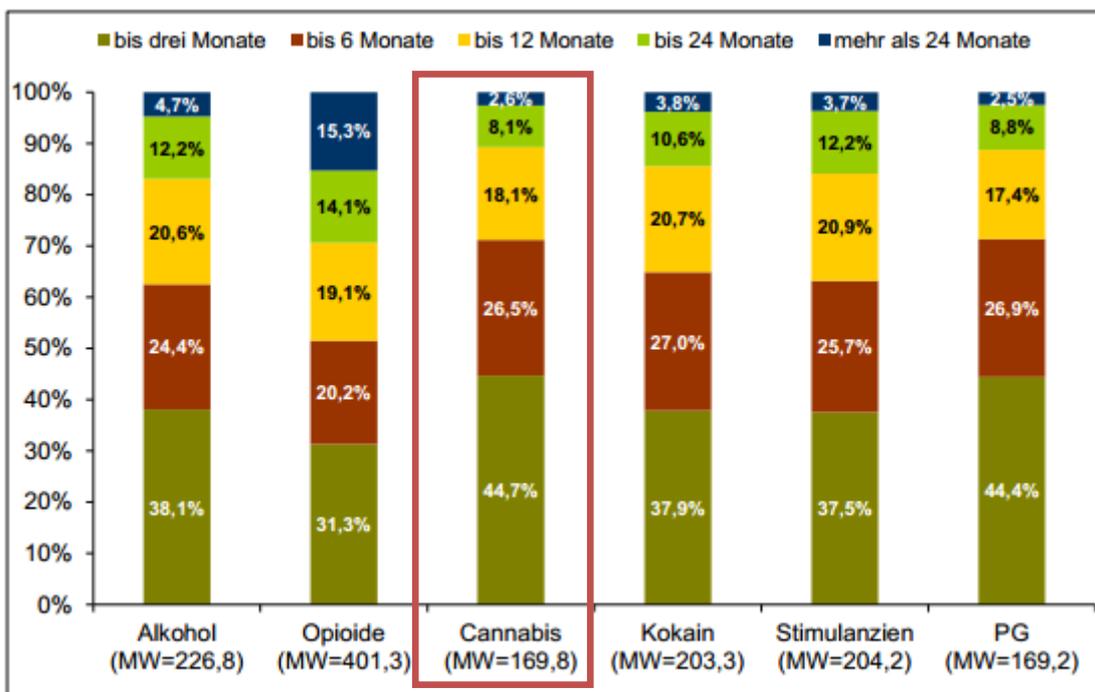
Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Abb. 15: Maßnahmen (stationär)



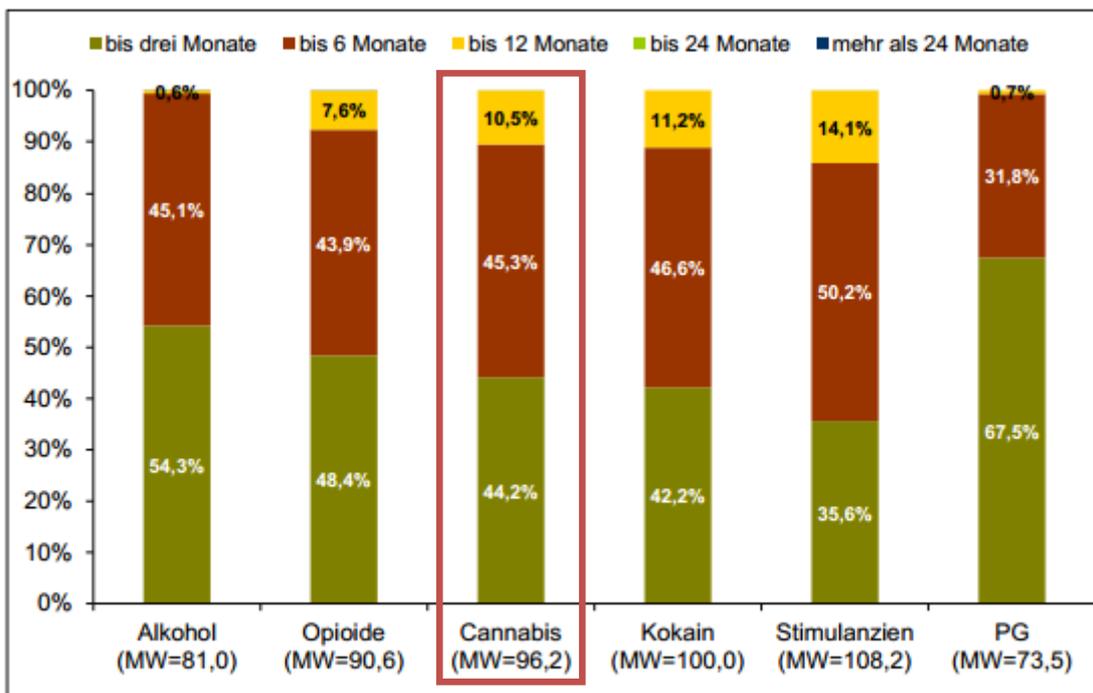
Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Abb. 16: Betreuungsdauerdauer (ambulant)



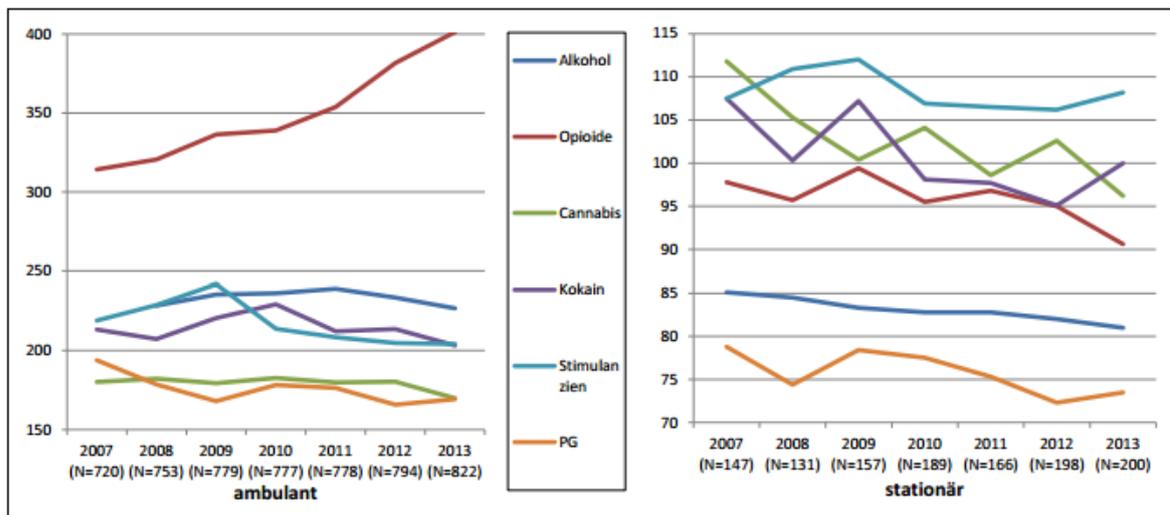
Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Abb. 17: Behandlungsdauer (stationär)



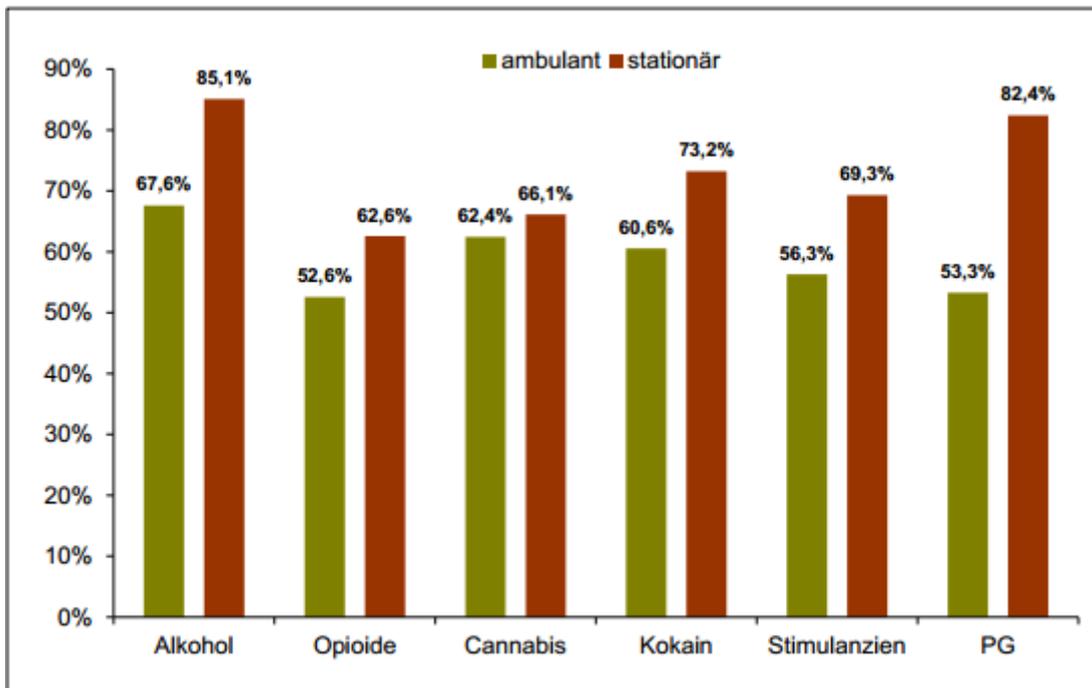
Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Abb. 18: Mittlere Betreuungs-/Behandlungsdauer 2007-2013, ambulant und stationär



Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Abb. 19: Anteil planmäßiger Beendigungen im ambulanten und stationären Bereich



Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Abb. 20: EMNID-Umfrage

Tabelle 1: Rechtlicher Umgang mit Cannabis
Der rechtliche Umgang mit Hanf mit dem lateinischen Namen Cannabis bzw. dessen Harzprodukt Haschisch wird sehr kontrovers diskutiert und gehandelt. In Kalifornien wird im Herbst über eine vollständige Legalisierung von Cannabis abgestimmt und in Tschechien wurde im Frühjahr der Besitz geringer Mengen Cannabis und der Anbau von bis zu 5 Hanfpflanzen entkriminalisiert. In Deutschland und einigen anderen Staaten hingegen plädieren viele für eine strengere Strafverfolgung von Cannabiskonsumern. Ich lese Ihnen vier Möglichkeiten eines künftigen rechtlichen Umganges mit Cannabis in Deutschland vor, und bitte Sie, mir zu sagen, welche jener Möglichkeiten Ihrer Meinung nach künftig in Frage kommen sollte.

Seite 1

	Total		Geschlecht		Alter					Schulbildung des Befragten					
	West	Ost	M	W	14 - 29 Jahre	30 - 39 Jahre	40 - 49 Jahre	50 - 59 Jahre	60 + Jahre	Volks ohne Lehre	Volks mit Lehre	mittl. Bild. Absch.	Abi. Uni	noch Schüler	
Basis (=100%)	100%	80%	48%	51%	20%	14%	18%	15%	30%	7%	33%	34%	19%	5%	
Der Besitz auch nur zum Eigenkonsum sollte, wie bisher oder noch strenger, in einem Strafverfahren mit möglicher Geld- oder Gefängnisstrafe geahndet werden.	40	39	43	40	39	48	27	38	42	41	40	44	40	30	44
Der Besitz nur zum Eigenkonsum sollte weiter entkriminalisiert werden, also zum Beispiel nur noch als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld verfolgt werden, wie bei einem Verkehrsdelikt, oder durch andere rechtliche Maßnahmen.	30	32	24	30	30	32	38	39	24	23	17	26	33	35	39
Der Besitz und Anbau von Hanf in geringer Menge zum Eigenkonsum sollte ohne jegliche Verfolgung erlaubt sein.	5	5	4	5	4	3	8	4	5	4	5	3	5	7	-
Der Cannabismarkt sollte darüber hinaus - wie bei Alkohol und Tabak - vollständig staatlich reguliert und besteuert werden; mit Verkauf an Erwachsene in speziellen Fachgeschäften.	19	19	17	20	18	15	20	18	26	19	33	17	18	23	7
weiß nicht, keine Angabe	7	5	12	5	8	3	7	3	4	13	4	11	5	4	10
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Befragungszeitraum: 27.07.-28.07.2010

tnsemnid

Quelle: <http://hanfverband.de/nachrichten/blog/emnid-umfrage-cannabis-2010-alter-und-parteipraferenz> (18.09.2014)

Abb. 21: EMNID-Umfrage

Tabelle 1: Rechtlicher Umgang mit Cannabis
 Der rechtliche Umgang mit Hanf mit dem lateinischen Namen Cannabis bzw. dessen Harzprodukt Haschisch wird sehr kontrovers diskutiert und gehandelt. In Kalifornien wird im Herbst über eine vollständige Legalisierung von Cannabis abgestimmt und in Tschechien wurde im Frühjahr der Besitz geringer Mengen Cannabis und der Anbau von bis zu 5 Hanfpflanzen entkriminalisiert. In Deutschland und einigen anderen Staaten hingegen plädieren viele für eine strengere Strafverfolgung von Cannabiskonsumern. Ich lese Ihnen vier Möglichkeiten eines künftigen rechtlichen Umganges mit Cannabis in Deutschland vor, und bitte Sie, mir zu sagen, welche jener Möglichkeiten Ihrer Meinung nach künftig in Frage kommen sollte.

Seite 4

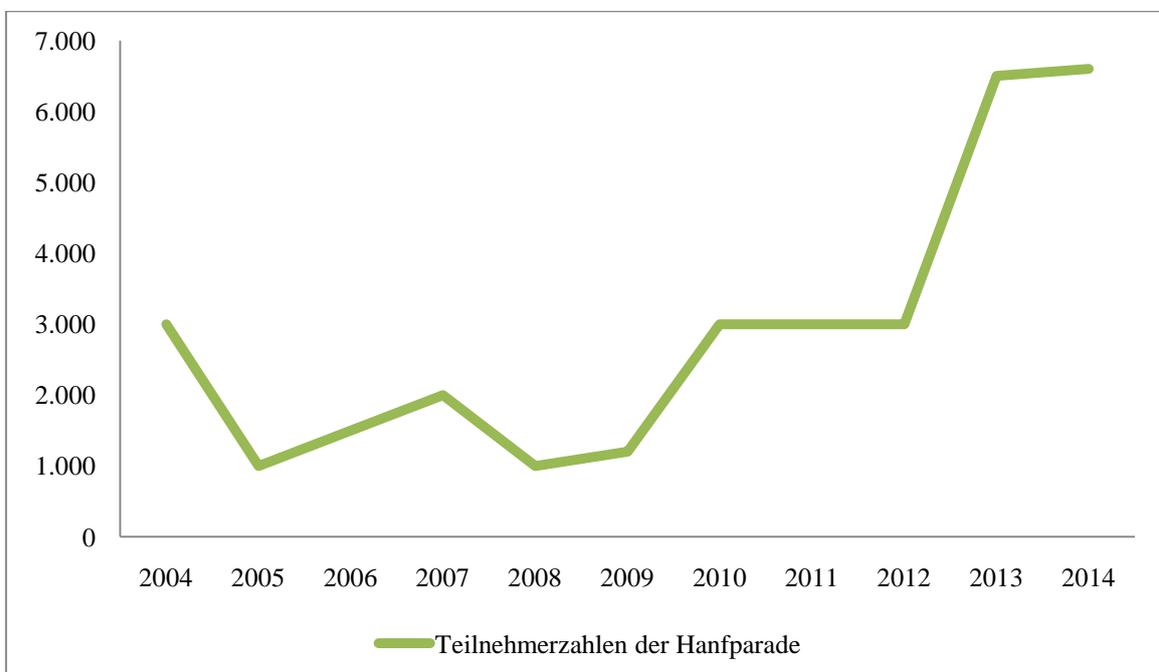
	Total	Cannabis-Konsum			Parteipräferenz						
		nie	früher	heute	SPD	CDU, CSU	Bündnis '90, Die Grünen	FDP	Die Linke	Sonstige	k.A./ Nicht Wähler
Basis (=100%)	1001 %	826 %	144 %	24 %	173 %	192 %	95 %	34 %	63 %	36 %	326 %
Der Besitz auch nur zum Eigenkonsum sollte, wie bisher oder noch strenger, in einem Strafverfahren mit möglicher Geld- oder Gefängnisstrafe geahndet werden.	40	42	29	15	40	48	25	22	31	46	42
Der Besitz nur zum Eigenkonsum sollte weiter entkriminalisiert werden, also zum Beispiel nur noch als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld verfolgt werden, wie bei einem Verkehrsdelikt, oder durch andere rechtliche Maßnahmen.	30	30	34	34	33	30	40	47	23	9	27
Der Besitz und Anbau von Hanf in geringer Menge zum Eigenkonsum sollte ohne jegliche Verfolgung erlaubt sein.	5	3	10	8	3	2	9	4	17	1	3
Der Cannabismarkt sollte darüber hinaus - wie bei Alkohol und Tabak - vollständig staatlich reguliert und besteuert werden; mit Verkauf an Erwachsene in speziellen Fachgeschäften.	19	17	26	43	18	14	20	22	23	36	21
weiß nicht, keine Angabe	7	7	3	-	5	6	6	4	6	7	7
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Befragungszeitraum: 27.07.-28.07.2010

tneמיד

Quelle: <http://hanfverband.de/nachrichten/blog/emnid-umfrage-cannabis-2010-alter-und-parteipraferenz> (18.09.2014)

Abb. 22: Teilnehmer der Hanfparade



Quelle vgl.: <http://www.hanfparade.de> (16.01.2015)

Tabelle 1: Hauptdiagnose nach Geschlecht (ambulant)

Hauptdiagnose	G	n	M	F
		168.212	125.270	42.942
Alkohol	52,1%	87689	50,1%	58,0%
Opioide	14,9%	25043	15,2%	14,1%
Cannabis	15,4%	25859	17,4%	9,4%
Sedativa/ Hypnotika	0,8%	1425	0,5%	1,9%
Kokain	2,3%	3799	2,6%	1,3%
Stimulanzien	5,6%	9479	5,3%	6,6%
Halluzinogene	0,1%	98	0,1%	0,0%
Tabak	0,9%	1575	0,8%	1,5%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	59	0,0%	0,1%
And. psychotr. Substanzen	0,6%	1050	0,7%	0,5%
Essstörungen	1,0%	1712	0,1%	3,7%
Pathologisches Glücksspielen	6,2%	10424	7,3%	3,0%

Angaben in Prozent. n=809 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 3,8%); Bezug: Zugänge/Beender.
G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen

Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Tabelle 2: Hauptdiagnose nach Geschlecht (stationär)

Hauptdiagnose	G	n	M	F
		41.395	30.506	10.889
Alkohol	71,8%	29724	69,8%	77,4%
Opioide	6,8%	2805	7,0%	6,1%
Cannabis	7,1%	2930	8,0%	4,4%
Sedativa/ Hypnotika	0,9%	375	0,5%	2,1%
Kokain	1,8%	744	2,1%	0,9%
Stimulanzien	4,6%	1897	4,6%	4,5%
Halluzinogene	0,0%	10	0,0%	0,0%
Tabak	0,1%	30	0,1%	0,1%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	4	0,0%	0,0%
And. psychotr. Substanzen	3,8%	1587	4,1%	3,2%
Essstörungen	0,0%	9	0,0%	0,1%
P Pathologisches Glücksspielen	3,1%	1280	3,8%	1,2%

Angaben in Prozent. n=200 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,3%); Bezug: Beender
G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen

Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Tabelle 3: Betreuungsaufgaben (ambulant)

Aufnahmegrund	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	68.311	49.230	19.576	18.888	14.572	4.340	20.083	17.050	3.054	2.424	2.160	269	6.965	4.867	2184	7.639	6.848	942
Keine gerichtliche Auflagen	92,7%	90,5%	98,1%	78,8%	77,2%	84,4%	70,0%	67,0%	86,6%	89,2%	67,0%	86,2%	80,1%	75,8%	88,9%	95,1%	94,6%	98,4%
BtmG ^a	1,1%	1,4%	0,3%	17,9%	19,2%	13,4%	22,8%	25,3%	9,7%	24,7%	26,4%	11,2%	14,3%	17,3%	8,5%	0,5%	0,5%	0,1%
Psych-KG ^b / Landesunterbringungsgesetz	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Andere strafrechtliche Grundlagen	6,2%	8,0%	1,5%	3,2%	3,5%	2,1%	7,1%	7,6%	3,6%	5,9%	6,3%	2,6%	5,5%	6,8%	2,5%	4,4%	4,8%	1,5%

Angaben in Prozent; n=629 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 7,0%); Bezug: Zugänge / Beender, PG=Pathologisches Glücksspielen, G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen
^a BtmG=Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln
^b Psych-KG=Psychisch-Kranken-Gesetz

Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013**Tabelle 4: Behandlungsaufgaben (stationär)**

Aufnahmegrund	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	26.818	19.345	7.340	2.609	1.989	619	2.785	2.320	467	684	596	89	1.840	1.360	479	1.209	1.086	123
Keine gerichtliche Auflagen	96,3%	95,3%	99,0%	52,5%	47,6%	68,2%	72,4%	68,4%	92,5%	57,0%	53,2%	83,1%	69,0%	63,5%	84,8%	95,4%	95,0%	98,4%
BtmG ^a	0,8%	1,0%	0,3%	42,6%	47,0%	28,6%	21,4%	24,7%	4,9%	37,0%	39,9%	16,9%	24,2%	28,7%	11,5%	1,2%	1,3%	0,0%
Psych-KG ^b / Landesunterbringungsgesetz	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,5%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Andere strafrechtliche Grundlagen	2,8%	3,6%	0,6%	4,6%	5,0%	3,2%	6,0%	6,6%	2,6%	5,8%	6,7%	0,0%	6,7%	7,7%	3,8%	3,5%	3,7%	1,6%

Angaben in Prozent; n=187 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 3,6%); Bezug: Beender, PG=Pathologisches Glücksspielen, G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen
^a BtmG=Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln
^b Psych-KG=Psychisch-Kranken-Gesetz

Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Tabelle 5: Art der Beendigung im ambulanten und stationären Bereich

Art der Beendigung	Alkohol			Opiode			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
Ambulant	79.894	57.322	22.569	21.749	16.486	5.211	22.128	18.756	3.362	3.458	2.961	490	7.291	5.181	2100	9.133	8.009	1155
Planmäßig beendet	67,6%	66,9%	69,5%	52,6%	52,3%	53,3%	62,4%	62,8%	59,9%	60,6%	61,6%	54,1%	56,3%	55,9%	57,0%	56,3%	53,1%	54,9%
Unplanmäßig beendet	32,4%	33,1%	30,5%	47,4%	47,7%	46,7%	37,6%	37,2%	40,1%	39,4%	38,4%	45,9%	43,7%	44,1%	43,0%	43,7%	46,9%	45,2%
Stationär	29.608	21.197	8.411	2.691	2.042	649	2.867	2.389	478	713	621	92	1867	1377	490	1280	1148	132
Planmäßig beendet	85,1%	84,5%	86,5%	62,6%	63,0%	61,3%	66,1%	66,5%	64,2%	73,2%	73,1%	73,9%	69,3%	69,4%	69,0%	82,4%	82,6%	81,1%
Unplanmäßig beendet	14,9%	15,5%	13,5%	37,4%	37,0%	38,7%	33,9%	33,5%	35,8%	26,8%	26,9%	26,1%	30,7%	30,6%	31,0%	17,6%	17,4%	18,9%

Angaben in Prozent. n=775 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 4,9%). Bezug: Zugänge/Beender; n=198 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,2%). Bezug: Beender
G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen. PG=Pathologisches Glücksspielen.

Quelle: Suchthilfe in Deutschland 2013

Cannabiskonsum und Arbeitsplatz

Der Gebrauch von Cannabis, sowie Cannabisprodukte spielt arbeitsrechtlich zunächst einmal keine Rolle, da dies innerhalb der Privatsphäre des Arbeitnehmer liegt. Jedoch ändert sich dies, wenn sich der Konsum auf die Tätigkeit auswirkt, denn somit ist das arbeitsrechtlich von Bedeutung. Probleme ergeben sich wenn Cannabis während der Arbeitszeit konsumiert wird, sei es innerhalb eines medizinischen Rahmens oder aber zum persönlichen Genuss und der Arbeitgeber dies wie auch immer erfährt. Leider ist es vielfach nicht erfasst, ob ein Arbeitgeber Drogentest durchführt und welche Probleme es mit sich bringt, sollte ein solcher Test positiv ausfallen. Dr. Grotenhermen und Dr. Reckendress sind einige Fälle innerhalb der Praxis bekannt, wo es durch Cannabiskonsum während der Arbeitszeit zu keinerlei Problemen gekommen ist. Probleme bedingt durch den Konsum können aus unterschiedlichen Geweggründen auftreten. Sei es weil sich andere Angestellte durch den Rauch belästigt fühlen oder aber weil der Arbeitgeber selbst ein Problem diesbezüglich hat, weil er evtl. befürchtet, das er wegen der Tolerierung des Konsums selbst negativ angreifbar ist und sich dies schlecht aus das Geschäft und seiner Person selbst auswirken kann oder aber dies speziell jüngere Angestellt negativ beeinflusst. Cannabisprodukte können unter Umständen direkt nach dem Gebrauch, sei es ob dies aus medizinischen oder genüsslichen Aspekten konsumiert wird, die Leistung beeinträchtigen, daher sollte auf ein Konsum bei besonders gefahrenträchtigen Positionen unbedingt verzichtet werden. Prinzipell ist es jedoch leider so, dass Personen welche Cannabis konsumieren und dabei spielt es keine Rolle, aus welchen Beweggründen sie dies tun, nicht in der Arbeitswelt willkommen sind. Bei vielen Unternehmen werden heutzutage bereits Betriebsvereinbarungen getroffen welcher besagt, dass alle Ausbildungsbewerber sich einen Drogentest zu unterwerfen haben. Darüber hinaus gibt es diverse Betriebe, welche einen solchen Test auch bei bereits eingestelltes Personal durchführen. Fällt ein solcher Test positiv aus, werden in aller Regel Aufhebungsverträge veranlasst, um das Arbeitsverhältnis zu kündigen. Jedoch ist auffallend, dass es diesbezüglich kaum juristische Vorgehensweisen vor dem Arbeitsgericht gibt. Anzumerken ist hierbei allerdings, dass solche Drogentests ohne Einwilligung unzulässig sind. Besteht innerhalb eine Betriebsvereinbarung eine solche Anordnung, so ist auch diese unwirksam, ebenfalls ist dies der Fall bei Einstellungsuntersuchungen. Lediglich wenn der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin sich freiwillig einen solchen Test unterzieht, ist dies erlaubt und die evtl. eintretenden Konsequenzen müssen getragen werden. Obwohl solche Vorgehensweisen bei Einstellungen unzulässig sind, werden Bewerber und Bewerberinnen

bei einer Verweigerung gar nicht erst in die engere Auswahl genommen. Leider gibt es noch keine Urteil, ob dies möglicherweise bereits als eine Diskriminierung angesehen werden kann. Bei einer Beamtentätigkeit gelten strengere Regeln bezüglich des Konsums, demzufolge gab es eine Rechtssprechung, welche besagt, dass jedlicher Konsum von Rauchgift mit der Tätigkeit als Beamter / Beamtin, welche die Pflicht zur Gesunderhaltung inne haben, nicht vereinbar sei. So erfolgten nach den Cannabiskonsum während der Dienstzeit breits Entlassungen. Der Konsum von Cannabis kann jedoch auch in weiteren Arbeitsbereichen eine verhaltensbedingte Kündigung mit sich bringen, wenn demzufolge eine Pflichtverletzung vorliegt, welche in dem zuvor eingegangenen Arbeitsvertrag festgehalten wurden (vgl. Grotenhermen; Reckendrees, 2006).

Cannbis und Führerschein

Wie bereits im Punkt 1.2.1 erwähnt, schaltet sich bedingt durch den Cannabiskonsum nicht nur die Polizei und Justiz ein, sondern auch die Führerscheinstelle, was erhebliche Konsequenzen mit sich bringen kann. Kommt es unter anderem mittels einer Verkehrskontrolle seitens der Polizei zu einem Fund einer geringen Menge Cannabis, welche keinerlei Strafverfolgung mit sich bring und daher straffrei bleibt, so kommt es dennoch zu einer Überprüfung hinsichtlich der Fahrerlaubniseignung. Damit ist der Umgangssprachliche Ideotentest / MPU (Medizinische-psychologische Untersuchung) gemeint. Jedoch ergibt sich hier eine umgekehrte Beweislast. Das heißt das der Konsument oder die Konsumentin hier Belegen bzw. mittels eines Blut oder Urintest beweisen muss, dass er/sie völlig auf den Genuss von Cannabis verzichtet und demnach abstinent lebt. Ist dies nicht der Fall droht der Führerscheinverlust. Problematisch an der Sache ist ganz einfach, dass die Abbaumoleküle des Wirkstoffs THC bis zu sechs Wochen im Urin nachgewiesen werden können. Dies hat unmittelbar zur Folge, dass sich Klienten und Klientinnen, selbst wenn sie bereits vor längerer Zeit konsumierten, sich einer MPU unterziehen müssen. Erfolgte das Rauchen oder der Verzehr von Cannabis unmittelbar vor Anbruch einer Fahrt, ist dies aus dem Grund des in Deutschland geltenden Grenzwertes, von 1 Nanogramm THC im Blutserium, besonders gravierend. Dieser Wert ist derart niedrig angesetzt, dass dies unter keinerlei Umständen spührbar ist. Im Vergleich mit Deutschland und den USA unterscheidet sich der Wert massiv. Innerhalb der USA gelten Verkehrsteilnehmer mit einem Wert von 10 Nanogramm THC im Blutserum bei den dortigen Behörden als verkehrstauglich (vgl. Bröcklers, 2014).

Erfassung einer ICD-10 Diagnose – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

(F1x.1) Schädlicher Gebrauch (gemäß ICD-10 , Dilling et al., 2005)

Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung, z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum. Die Begriffe „Schädlicher Gebrauch“ und „Missbrauch psychotroper Substanzen“ werden synonym verwendet. Da in der ICD-10 kein Zeitbezug vorgegeben ist, wird für die Kodierung folgender Zeitrahmen zugrundegelegt: Das Gebrauchsmuster besteht bereits seit mindestens vier Wochen oder trat in den letzten 12 Monaten wiederholt auf.

Diagnostische Leitlinien schädlicher Gebrauch:

Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten. Schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen. Die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft ist kein Beweis für den schädlichen Gebrauch, ebenso wenig wie etwaige negative soziale Folgen, z.B. Inhaftierung oder Eheprobleme. Eine akute Intoxikation (...) oder ein "Kater" (hangover) beweisen allein noch nicht den "Gesundheitsschaden", der für die Diagnose schädlicher Gebrauch erforderlich ist. Schädlicher Gebrauch ist bei einem Abhängigkeitssyndrom (F1x.2), einer psychotischen Störung (F1x.5) oder bei anderen spezifischen alkohol- oder substanzbedingten Störungen nicht zu diagnostizieren. Ausschluss: schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55).

(F1x.2) Abhängigkeitssyndrom

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Diagnostische Leitlinien Abhängigkeit. Die sichere Diagnose Abhängigkeit sollte nur gestellt werden,

wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

- 1 Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- 2 Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- 3 Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x.3 und F1x.4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme dergleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- 4 Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
- 5 Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- 6 Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums, drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen wurde ebenfalls als charakteristisches Merkmal beschrieben (z.B. die Tendenz, alkoholische

Getränke werktags in gleicher Weise zu konsumieren, wie an Wochenenden, ungeachtet des gesellschaftlich vorgegebenen Trinkverhaltens).

Als wesentliches Charakteristikum des Abhängigkeitssyndroms gilt ein aktueller Konsum oder ein starker Wunsch nach der psychotropen Substanz. Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren. Diese diagnostische Forderung schließt beispielsweise chirurgische Klienten aus, die Opiate zur Schmerzlinderung erhalten haben und die ein Opiatentzugssyndrom entwickeln, wenn diese Mittel abgesetzt werden, die aber selbst kein Verlangen nach weiterer Opiateinnahme haben.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (beispielsweise Tabak oder Diazepam), auf eine Gruppe von Substanzen (wie z.B. Opiate), oder auch auf ein weiteres Spektrum unterschiedlicher Substanzen (wie z. B. bei jenen Personen, die eine Art Zwang erleben, regelmäßig jedes nur erreichbare Mittel zu sich zu nehmen und die qualvollen Gefühle, Unruhe und/oder körperliche Entzugserscheinungen bei Abstinenz entwickeln).

Legalisierung des Verkaufs und Konsums von Haschisch

Datenbasis:	1.001 Befragte
Erhebungszeitraum:	9. und 10. April 2014
statistische Fehlertoleranz:	+/- 3 Prozentpunkte
Auftraggeber:	Stern

30 Prozent der befragten Bundesbürger sind der Ansicht, dass der Verkauf und Konsum von Haschisch in Deutschland erlaubt werden sollte. 65 Prozent meinen, dass der Verkauf und Konsum von Haschisch wie bislang verboten sein sollte.

Gegen eine Freigabe sind vor allem die Ostdeutschen, die Älteren, die formal niedriger Gebildeten sowie die Anhänger der Union.

▪ Legalisierung des Verkaufs und Konsums von Haschisch

Der Verkauf und Konsum von Haschisch sollte in Deutschland erlaubt werden

	ja %	nein, sollte verboten sein *)
insgesamt Januar 2014 **)	28	66
insgesamt April 2014	30	65
Ost	22	75
West	31	63
14- bis 29-Jährige	35	61
30- bis 44-Jährige	32	61
45- bis 59-Jährige	34	62
60 Jahre und älter	21	73
Hauptschule	24	73
mittlerer Abschluss	29	68
Abitur, Studium	33	61
Anhänger der: CDU/CSU	25	72
SPD	31	66
Linke	34	61
Grünen	39	52

- *) an 100 Prozent fehlende Angaben = „weiß nicht“
 **) Erhebung im Auftrag von RTL

16 Prozent halten den Konsum von Haschisch für schädlicher als den Konsum von Alkohol. 25 Prozent sind der gegenteiligen Meinung. Die meisten (53 %) sind der Ansicht, dass beide Drogen gleichermaßen schädlich sind.

Dass Alkohol schädlicher als Haschisch ist, meinen die Jüngeren etwas häufiger als die übrigen Befragten.

▪ **Was ist schädlicher?**

Schädlicher ist der Konsum von

	Haschisch	Alkohol	beides in etwa *) gleich schädlich
	<u>%</u>	<u>%</u>	
insgesamt	16	25	53
Ost	13	24	57
West	17	26	53
14- bis 29-Jährige	15	38	44
30- bis 44-Jährige	11	27	57
45- bis 59-Jährige	14	24	57
60 Jahre und älter	23	18	53
Hauptschule	20	15	62
mittlerer Abschluss	13	24	58
Abitur, Studium	16	29	49

- *) an 100 Prozent fehlende Angaben = „weiß nicht“

23 Prozent der Befragten geben an, dass sie irgendwann schon einmal Cannabis, Marihuana oder Haschisch ausprobiert haben.

Unter 45-Jährige sagen dies insgesamt etwas häufiger als Ältere und formal höher Gebildete häufiger als Befragte mit niedrigerem Schulabschluss.

▪ **Eigene Erfahrungen mit Cannabis, Marihuana oder Haschisch**

	Es haben irgendwann schon einmal Cannabis, Marihuana oder Haschisch ausprobiert	
	ja %	nein *)
insgesamt	23	76
Ost	16	84
West	24	75
14- bis 29-Jährige	29	69
30- bis 44-Jährige	35	63
45- bis 59-Jährige	24	75
60 Jahre und älter	9	91
Hauptschule	15	85
Mittlerer Abschluss	23	76
Abitur, Studium	29	70

*) an 100 Prozent fehlende Angaben = „keine Angabe“

11. April 2014
q4271.23/29839
Mü

Widerleg der immer noch bestehenden Mythen

Mythos 1: Cannabis als Einstiegsdroge

„Cannabis ist eine Einstiegsdroge. Auch wenn Cannabis an sich nur geringfügige Schäden bewirkt, geht davon eine gravierende Gefahr aus, weil es zum Gebrauch » harter Drogen « wie Heroin, LSD und Kokain verleitet[...]“ (Zimmer/Morgen/Bröckers 2004, 54).

Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Substanz, im Gegensatz zu den oben beschriebenen harten Drogen. Konsumenten, die in Kontakt mit Heroin etc. kamen, kannten vermutlich zuvor Cannabis, jedoch ist bis heute noch kein diesbezüglich begründeter Zusammenhang erwiesen, dass der Cannabiskonsum die Menschen zu harten Substanzen verleitete. Würde diese These zutreffen, so hätten wir eine große Anzahl von Abhängigen. Eine Minderheit der Erwachsenen werden polytoxikoman⁴⁶. Hier liegt die Verknüpfung meist nicht bei einem vorherigen Cannabiskonsum, sondern eher bei drogenunabhängigen Faktoren, wie beispielsweise bei Armut, ein zerrüttetes Elternhaus, Misserfolge in der Schullaufbahn oder bedingt durch zuvor vorhandene psychische Problematiken. Daher ist die These der Einstiegsdroge nicht haltbar (vgl. Zimmer/Morgen/Bröckers, 2004).

Mythos 2: Cannabis macht Abhängig

„Cannabis ist höchst suchterregend. Langzeitkonsumenten leiden unter körperlicher Abhängigkeit und Entzugerscheinungen und sind häufig auf professionelle Hilfe angewiesen, um von ihrer Cannabissucht kuriert zu werden [...]“ (Zimmer/Morgen/Bröckers 2004, 48).

Die meisten Menschen, welche Cannabis konsumieren, sind lediglich Gelegenheitskonsumenten. Dies bewies eine epidemiologische Untersuchung. Nur ein kleiner Prozentsatz entwickelt eine psychische Abhängigkeit. Für die meisten Konsumenten, die zum Teil täglich und hochdosiert Cannabis zu sich nahmen, war der Vorgang des Reduzierens und / oder des Aufhörens keine große Hürde. Einigen fiel dies schwer und wieder andere suchten professionelle Hilfen auf. Es wurden mehrfach Studien durchgeführt, welche alle gleichsam zum Ergebnis kamen, dass Konsumenten, auch wenn sie hohe Dosen Cannabis konsumierten, nur selten unter Entzugerscheinungen litten. Kam es vereinzelt dennoch zu Entzugerscheinungen, waren diese nur mild und hielten nicht lange an. Folglich ist diese These widerlegt (vgl. Zimmer/Morgen/Bröckers, 2004).

⁴⁶ Polytoxikomanie beschreibt den gleichzeitigen Konsum bestimmter Substanzen, welcher über einen längeren Zeitraum hinweg geht

Mythos 3: Schädigung von Cannabis wissenschaftlich bewiesen

*„Die Schädlichkeit von Cannabis ist wissenschaftlich erwiesen. In den 60er und 70er Jahren des vergangenen Jh. glaubten viele, Cannabis sei harmlos. Inzwischen wissen wir, dass Cannabis weitaus gefährlicher ist als bislang angenommen[...]“
(Zimmer/Morgen/Bröckers 2004, 28).*

Nach Zahlreichen Studien und Untersuchungen, egal ob am Menschen, am Tier oder an Zellkulturen, konnte die These widerlegt werden, dass bei einem Cannabiskonsum von einer Schädigung ausgegangen werden muss. Dennoch ist es nicht bedenkenlos. Zu diesem Schluss kam bereits 1972 die National Commission on Marihuana and Drug Abuse⁴⁷ nach eingehender Prüfung der wissenschaftlichen Literatur. Weiter noch publizierte die britische medizinische Fachzeitschrift LANCET 1995, dass der Konsum von Cannabis auch über einen langen Zeitraum keinesfalls gesundheitliche Schädigungen hervorruft (vgl. Zimmer/Morgen/Bröckers, 2004).

Mythos 4: Dambruchszenarien durch Entkriminalisierung / Legalisierung am Bsp. der Niederlande

*„Die Cannabispolitik in den Niederlanden ist ein Fehlschlag. Die niederländischen Gesetze, die den Ankauf, Verkauf und öffentlichen Gebrauch von Cannabis gestatten, führen bei allen Jugendlichen zu einem Anstieg des Konsums[...]“
(Zimmer/Morgen/Bröckers 2004, 28).*

Die niederländische Drogenpolitik setzt weniger auf eine Strafverfolgung im Umgang mit Cannabis, sondern eher auf eine Normalisierung. Aufgrund dessen erfährt sie rege Zustimmung der holländischen Bevölkerung. Seit mehr als zwei Jz. ist es erlaubt, Cannabis in dafür vorgesehenen Coffeeshops zu erwerben, diese haben jedoch vorgegebene Richtlinien, welche sie erfüllen müssen. Bedingt durch den tolerierten Verkauf von Cannabis reduziert sich das Risiko, dass Cannabiskonsumern an harte Drogen gelangen. Auch in Bezug auf die Drogenerziehung und der Prävention ist der Umgang der Holländer ein anderer. Es gibt beispielsweise keine Kampagnen, die vor Drogen warnen, die auf Abschreckung abzielen oder moralische Botschaften enthalten. Vielmehr wird auf die Vermittlung von Informationen Wert gelegt und auf einen verantwortungsvollen Umgang mit Substanzen. Diese ausgeführte Drogenpolitik führte keineswegs zu einem exorbitanten Cannabisgebrauch. Im Gegenteil, die Zahlen derer, die mit Cannabis zumindest einmal in ihrem Leben in Berührung gekommen sind, ähneln sich im Vergleich mit den USA,

⁴⁷ Nationale Kommission über Marihuana und Drogenmissbrauch

wohingegen der Cannabisgebrauch bei den Jugendlichen in den Niederlanden sogar teilweise niedriger ausfällt. Daher ist auch diese These widerlegt (vgl. Zimmer/Morgen/Bröckers, 2004).

An das
 Bundesinstitut für Arzneimittel
 und Medizinprodukte
 -Bundesopiumstelle -
 Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
 53175 Bonn

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich,

Herr / Frau _____
 (Name, sämtliche Vornamen)

wohnhaft _____
 (Privatadresse)

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsname _____ Staatsangehörigkeit _____

Telefon^(*): _____ Fax^(*): _____ E-Mail^(*): _____
 (*) freiwillige Angaben

eine Erlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG zum Erwerb von

- Cannabis-Extrakt
- Medizinal-Cannabisblüten

zur medizinisch betreuten und begleiteten Cannabis-Selbsttherapie

aus nachfolgend genannter Apotheke:

Name und Adresse der Apotheke _____

Die Angaben zur Apotheke werden nachgereicht.

Beigefügt finden Sie

- den/die (Fach-)Arztbericht(e)
- die Erklärung des begleitenden/betreuenden Arztes inkl. Vorgaben zur Dosierung
- die Erklärung des für den Betäubungsmittelverkehr Verantwortlichen
- die Kopie des Personalausweises
 - des Antragstellers
 - des für den Betäubungsmittelverkehr Verantwortlichen
- die Erklärung, wie das Betäubungsmittel vor unberechtigtem Zugriff Dritter geschützt werden soll
- ggf. das Original der Vollmacht (wird bei Erteilung der Erlaubnis mit der Erlaubnis zurückgesandt)

mit freundlichen Grüßen

 Ort, Datum
 Form Bundesopiumstelle (Stand: Mai 2012)

 Unterschrift

Medienäußerungen bezüglich des Modellprojekts zur kontrollierten Abgabe von Cannabis in Berlin-Kreuzberg

Als Franz Schulz den Vorschlag öffentlich kund gab, eine legale Verkaufsstelle für Cannabis in Berlin-Kreuzberg zu eröffnen, wie bereits unter dem Punkt 1.3.5 beschrieben, stürzte sich die Berliner Presse auf dieses Thema, was sich im Spätsommer und im Herbst auf die überregionale Presse ausweitete, es berichteten unter anderem der Spiegel, aber auch N-TV, ZDF und RTL. Nicht nur national, sondern auch international wurde über dieses Vorhaben berichtet. Die Thematik rund um die legale Verkaufsstelle in Berlin-Kreuzberg erfuhr so auch in Spanien, Italien, Moskau und Brasilien ein reges Interesse. Zu Beginn dieser Berichterstattung fielen eher Schlagwörter, wie beispielsweise „Coffeshop in Kreuzberg“, dieses änderte sich glücklicherweise im Laufe der Zeit zu einer realistischen Berichterstattung, wobei vor allem ExpertInnen zu Wort kamen, die sowohl die Seiten für, als auch gegen eine Verkaufsstelle abgewogen hatten und demzufolge die Erfolgchance einer solchen Regulierung bewerten konnten (vgl. Schemmel, Graf, 2014).

Modellprojekt wie in Berlin ebenfalls in Köln und Frankfurt geplant

Köln sowie Frankfurt haben ebenfalls beschlossen, ein Modellprojekt, ähnlich wie dies in Berlin derzeit aktuell ist, einzurichten. Demnach soll es auch hier legale Abgabestellen für Cannabis geben. Anzumerken ist, dass es wichtig ist, dass sich mehr Städte an einem solchen Vorhaben beteiligen, denn somit steigt die Möglichkeit, ein solches Projekt realisieren zu können. Während es in Köln bis dato sehr gut diesbezüglich aussieht, ist dies in Frankfurt eher gegenteilig der Fall, denn dort sträuben sich die Koalitionspartner der Grünen, also die CDU gegen dieses Vorhaben. In Köln hingegen sind innerhalb des Bezirksparlaments die Verhältnisse anders geregelt und eher untypisch, denn eine Mehrheit wird auch ohne die SPD und die CDU erreicht, welche sich gegen dieses Modellprojekt ausgesprochen haben. Der Antrag stammt somit von den Piraten, den Grünen, der Linken, der FDP sowie die Fraktion deine Freunde (vgl. Kitz, Jonas nach mündlicher Aussage am 23.02.2015).

Pressemeldung CDU / CSU

Keine Legalisierung von Cannabis – Cannabiskonsum ist kein Zeichen von Freiheit

Im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags findet am Mittwoch eine Anhörung statt, die sich mit dem Antrag der Fraktion der Linken zur Legalisierung von Cannabis befasst. Dazu erklärt der Stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Johannes Singhammer:

„Mit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion wird es keine Legalisierung des Cannabiskonsums geben. Cannabis dient als Einstiegsdroge für den Konsum härterer Drogen und führt zu starken gesundheitlichen Schäden.

Cannabis ist keine Spaßdroge. Die Zahl der Menschen, die Cannabis konsumieren, ist weiterhin besorgniserregend hoch. So sind fünf Prozent der jungen Erwachsenen Cannabiskonsumanten, davon sind etwa 200.000 junge Menschen stark abhängig. Vor diesem Hintergrund ist der Antrag der Fraktion der Linken abzulehnen. Denn jegliche Bemühungen im Bereich der Prävention würden ad absurdum geführt, wenn der Besitz legalisiert würde.

Nicht nur der Dauerkonsum, sondern bereits der Konsum geringer Mengen von Cannabis ist gesundheitsschädigend und sollte daher vermieden werden. Dies belegen Studien namhafter Wissenschaftler aus dem In- und Ausland. Selbst eine geringe Dosis kann schwerwiegende Angststörungen und in der weiteren Folge Realitätsverlust, Entpersonalisierung, Schwindel und paranoide Angststörungen auslösen.

Langfristiger Konsum kann zu schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis hin zur psychischen Abhängigkeit führen. Die Alltagskompetenz und Arbeitsfähigkeit von Menschen, die regelmäßig Cannabis konsumieren, ist nachweislich stark eingeschränkt.

Deshalb ist Cannabiskonsum kein Zeichen von Freiheit. Im Gegenteil: Er führt die Konsumenten in die Unfreiheit.

Besorgniserregend ist auch die mittlerweile wissenschaftlich nachgewiesene Tatsache, dass Cannabis Einstiegsdroge für den späteren Konsum härterer Drogen ist. Jugendliche, die Cannabis rauchen, haben ein sechsfach höheres Risiko, später härtere Drogen zu konsumieren, als Jugendliche, die kein Cannabis zu sich nehmen.

Daher ist es unverantwortlich, die Schädlichkeit der Droge zu verharmlosen und eine Legalisierung von Cannabiskonsum zu fordern.“

In Amsterdam eröffnete der erste Cannabis Social Club „Tree of Life“

Der erste CSC in den Niederlanden ist vergleichbar mit den bestehenden Clubs in Spanien und Belgien, welche bereits unter Punkt 2.1.4 beschrieben wurden. Jedoch agieren sie teilweise auch etwas unterschiedlich. Die Mitgliedschaft ist an bestimmten Voraussetzungen gebunden. Demnach dürfen ausschließlich Personen Mitglied werden, die ihren Wohnsitz in den Niederlanden haben, sowie das Mindestalter von 21 Jahren erreicht haben. Es gibt hier diesbezüglich auch eine Ausnahme, denn PatientInnen, die aufgrund einer Erkrankung Cannabis verschrieben bekommen, dürfen bereits ab der Volljährigkeit diesem Club beitreten. Innerhalb des Vereins „Tree of Life“ herrscht eine große Transparenz, denn Mitglieder erhalten, sowohl in die Finanzberichte als auch in die Produktionsstätten Einblick. Während der Produktion wird stets auf eine Belastung durch Pestizide und Insektizide verzichtet, da die Mitglieder das Ziel eines rein biologischen Cannabis verfolgen. Die Abgabemenge richtet sich an die in den Coffeeshops erlaubte Menge von fünf Gramm pro Tag. Auch hier gibt es selbstverständlich wieder einen Spielraum für Patienten, die Cannabis verschrieben bekommen und diesbezüglich einen evtl. höheren Bedarf haben. Möchte eine Person neues Mitglied werden, so wird im Vorfeld ein Gespräch durchgeführt. Dieses verfolgt mehrere Intentionen, zum einen dient dieses Vorgespräch zu einer genaueren Planung bezüglich der erforderlichen anzubauenden Menge an Cannabis, sodass weder ein Überschuss (wobei immer etwas mehr produziert wird, unter anderem, um eine evtl. schlechte Ernte wegen Schädlingsbefall auffangen zu können) noch eine Unterversorgung entstehen kann und zum anderen soll durch diese Kommunikation der Konsumgewohnheiten ein evtl. problematischer Konsum erkannt werden. Der Club verfolgt ebenfalls die Harm-reduction-Strategie. Sie besagt, dass in Clubräumen ausschließlich schadstofffreie Applikationsformen (z.B. Cannabis zu essen) erlaubt sind. Der Preis für den Cannabis inkl. eines Cannabinoid-Profil liegt zwischen 6,50 – 7,50 €. Mitglieder müssen darüber hinaus eine einmalige Anmeldegebühr von 25€, sowie einen Jahresbeitrag von 50€ entrichten. Innerhalb des Clubs ergeben sich auch unterschiedliche Möglichkeiten, an diversen Veranstaltungen teilzunehmen, wie beispielsweise Kochworkshops (vgl. Knodt, 2014).

Colorado zieht Rückschlüsse nach fast zwei Jahren Regulierung und einem Jahr Cannabisfachgeschäft

Alles im allem scheint die Regulierung besser zu funktionieren, als die Prohibition von Cannabis, jedoch muss an manchen Stellen innerhalb des Modells noch nachgebessert werden. Der Cannabiskonsum bei Jugendlichen nimmt seit 2009 kontinuierlich ab. Dies liegt unter anderem an den legalen Verkauf von Cannabis an Personen ab 21 Jahre, denn die Steuereinnahmen fließen umgehend in die überaus wichtige Präventionsarbeit, sowie in das Schulsystem. Darüber hinaus erhalten auch Rehabilitationseinrichtungen einen Teil der erzielten Steuereinnahmen. Doch nicht nur die Präventionsarbeit profitiert von dem Regulierungsmodell. Auch die Wirtschaft tut dies sowohl direkt als auch indirekt. Dies liegt zum einen am Cannabistourismus, welcher der Tourismusbranche einen regelrechten Boom beschert, zum anderen erfuhr die dortige Arbeitslosenquote einen Rückgang und ist innerhalb der letzten sechs Jahre auf dem tiefsten Niveau angelangt. Hinzukommend hat Colorado die beste Wirtschaftsprognose innerhalb der Vereinigten Staaten. Eine neu durchgeführte Studie bewies sogar, dass es weniger zu häuslicher Gewalt bei Paaren kommt, die Cannabis konsumieren, als dies im allgemeinen Durchschnitt der Fall ist. Die eingenommenen Steuereinnahmen in Colorado beliefen sich innerhalb eines Monats auf fast acht Millionen Dollar. Hierbei ist anzumerken, dass das Regulierungsmodell noch nicht flechendeckend ist. Trotz der Liberalisierung herrscht immer noch ein florierender Schwarzmarkt. Dies lässt sich aus zwei Gründen erklären. Erstens ist das Cannabis durch die bereits beschriebene Besteuerung teurer, als das auf dem Schwarzmarkt zu erwerbende Cannabis (illegale Unze 180 Dollar zu legale Unze 240 Dollar). Der zweite Grund liegt bei der fehlenden Flechendeckung. Gerade Bewohner einer ländlichen Region haben entweder sehr weite Wege auf sich zu nehmen, um es legal zu erwerben oder haben sich an die niedrigeren Preise des Schwarzmarktes gewöhnt und sind nicht bereit, derzeit mehr zu investieren. Manche Betreiber eines Cannabisshops haben, aufgrund des beklagten hohen Preises, zwei „Menüs“ eingeführt. Demnach bezahlen Einheimische weniger als Touristen. Seit Januar 2014 sind die Zahlen von Cannabispatienten um 20% gestiegen, was mit hoher Wahrscheinlichkeit an den niedrigeren Preisen liegt, da medizinisches Cannabis um einiges billiger ist, als das, aus den Fachgeschäften. Jedoch gehen Experten stark davon aus, dass die Preise innerhalb der Fachgeschäfte zeitnah sinken werden, wenn erstmal größere Produktionsanlagen betrieben werden, sodass der derzeit noch florierende Schwarzmarkt verdrängt wird. Ein weiteres bis dato noch zu lösendes Problem stellen die

„Edibles“ (Nahrungsmittel wie Lollis, Riegel und Drinks) dar und die damit verbundene Verpackung, Dosierung sowie die Sicherheitshinweise. Bedingt durch die immer mal wieder anfallenden Zwischenfälle bezüglich der Dosierung, existiert derzeit nur eine vorläufige Verordnung. Die Vorschläge diesbezüglich sind weitreichend, jedoch ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass eine Höchstgrenze pro Verzehrinheit eingeführt wird und deren Verpackung gesonderte Sicherheitsvorschriften enthalten wird. Zu Beginn der Regulierung wurde befürchtet, dass es vermehrt zu Verkehrsunfällen kommen würde, bedingt durch eine berauschende Fahrt (DUI – Driving under influence). Das ist nicht eingetroffen, eher ergab sich augenscheinlich ein entgegengesetztes Bild. Eine Studie bewies sogar, dass die Zahlen schwerer Verkehrsunfälle in Bundesstaaten mit „Medical Cannabis“ im Vergleich zum vorherrschenden Verbot gesunken sind und auch die Zahlen der Gewaltverbrechen sind rückläufig. In Anbetracht aller Gesichtspunkte ist jedoch zu sagen, dass diese Form der Regulierung in Colorado geglückt ist (vgl. Knodt, 2014).

Fünf Grundmodelle der Regulierung

Verschreibung

Das *Verschreibungsmodell* ist das derzeit am schärfsten kontrollierte und in seiner Einhaltung am strengsten bewachte Modell der Versorgung mit Drogen. In diesem Modell wird die jeweilige Substanz einer bestimmten Person durch einen ausgebildeten und approbierten Mediziner per Rezept verschrieben. Sie wird daraufhin durch einen approbierten Arzt oder Apotheker in einer dazu befugten Apotheke oder auf einem anderen dafür vorgesehenen Ort abgegeben. Der Prozess wird durch eine Reihe von Gesetzgebungs- und Steuerungsstrukturen sowie von Exekutivorganen kontrolliert. Diese überwachen, kontrollieren und leiten die verschreibenden Ärzte und dispensierenden Apotheker an. Sie helfen, zu bestimmen, welche Substanzen in welcher Form, wo und unter welchen Bedingungen zur Verfügung gestellt werden.

Da dieses Modell die strengste Kontrolle erfordert und die Einhaltung der Regeln streng bewacht wird, verursacht es den höchsten Kostenaufwand. Es ist beschränkt auf medizinische Erfordernisse. Das begrenzt seine tatsächliche und mögliche Anwendung auf den Bereich problematischen oder chronisch-abhängigen Drogengebrauchs. Meistens unterstützt es Erhaltungstherapien im Rahmen einer kurativen Behandlung oder eines *Harm-reduction*-Programms. Auf diese Weise wird es immer nur einen Bruchteil der drogengebrauchenden Bevölkerung erreichen können, obwohl man nicht außer Acht lassen sollte, dass es sich hierbei um eine Konsumentengruppe handelt, der die überproportional größten persönlichen und gesellschaftlichen Schäden zugerechnet werden (insbesondere unter Prohibitionsbedingungen).

[...]

Diese seit langem bewährten Modelle dienen als Inseln der Regulierung für dieselben Drogen, die in jedem anderen Szenario verboten sind. Sie bieten eine nützliche – wenn auch sehr begrenzte – Möglichkeit, aus einem Drogenkonsumenten auf der Straße einen Patienten mit einer legalen Verschreibung zu machen. Ein schönes Beispiel dafür, wie wir von der Entkriminalisierung von Drogen profitieren und wie dabei zugleich die Vertriebskanäle reguliert werden können [...].

Dieses Verschreibungsgrundmodell hat man häufig durch weitere Abstufungen ergänzt. Dazu gehören zum Beispiel Vorgaben bezüglich der Räumlichkeiten und der

Überwachung der Einnahme. Es müssen besondere Anforderungen erfüllt sein, oder der verschreibende Arzt muss erst eine spezielle Ermächtigung erwerben. Häufig ist die Verschreibung auch zeitlich begrenzt, muss mit einer schrittweisen Reduktion der Dosis einhergehen oder setzt voraus, dass der Patient bestimmte therapeutische Meilensteine erreicht.

Verschreibungen aus ursprünglich medizinischer Notwendigkeit heraus entwickeln sich in einigen Fällen in einer Grauzone und provozieren bzw. stabilisieren am Ende gar die Abhängigkeit [...]. Für den Arzt ist es ein schwieriges Feld, denn er bewegt sich hier in den Grauzonen zwischen medizinischer, quasi medizinischer und nicht medizinischer Verwendung [...].

Es gibt eindeutige Vorteile einer sicheren und erschwinglichen Verfügbarkeit von Drogen und Zubehör. Aus medizinischer Sicht gilt dies vor allem für injizierende Konsumenten, da bei ihnen die Gefahr der Ansteckung mit blutübertragbaren Krankheiten besonders groß ist. Aber dieser Nutzen wird häufig infrage gestellt durch Vorwürfe an den Arzt, er unterstütze damit den Drogenkonsum zu Entspannung und Genuss, anstelle zu behandeln – oder er würde die Sucht gar „gutheißen“ [...].

Das Apothekenmodell

Das *Apothekenmodell* agiert ebenfalls innerhalb eines klar definierten medizinischen Rahmens, ist dabei aber weniger restriktiv und kontrollierend als das Verschreibungsmodell. Apotheker sind ausgebildet und haben die Zulassung dafür, Verschreibungen zu dispensieren, dürfen aber selbst keine Verschreibungen ausstellen. Außerdem dürfen sie bestimmte Medikamente mit geringem Gefährdungspotenzial rezeptfrei verkaufen. Im Allgemeinen wird aus einer dafür zugelassenen Apotheke heraus dispensiert.

Apotheker unterliegen der Kontrolle der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Aufsicht von berufsständischen Kammern; sie haben klar definierte Ausführungsvorschriften. Sie bedienen entweder Verschreibungen oder sie verkaufen rezeptfreie Produkte. Für Letztere bestehen eindeutig festgelegte Zugangskriterien. Dazu gehören unter anderem Beschränkungen hinsichtlich des Alters des Käufers, Giftgehalt verlangter Menge oder auf den Einzelfall bezogene Berücksichtigung bezüglich eines

potenziellen Missbrauchs. Darüber hinaus können Apotheker aufgrund ihrer Ausbildung basis-medizinische Ratschläge, Hilfestellungen und Informationen anbieten.

Mancherorts werden Apotheker bereits in Systeme des BtMG-Handlings mit einbezogen. In Großbritannien beispielsweise sind sie in bestimmten Fällen damit betraut, die Unter-Sicht-Einnahme von Methadon zu beaufsichtigen, eine Vorsichtsmaßnahme, die das Abzweigen von Methadon für den Schwarzmarkt verhindern soll.

Das bestehende Apothekenmodell ist nicht unmittelbar darauf ausgerichtet, Drogen für den nicht medizinischen Gebrauch zu dispensieren oder zu vertreiben. Es könnte jedoch leicht angepasst und so zu einem effektiven Weg zur Steuerung der Verfügbarkeit zurzeit illegaler Drogen für diese Zwecke weiterentwickelt werden.

Zugelassene und dafür ausgebildete Fachleute könnten als eine Art „Torwächter“ für eine ganze Reihe solcher Drogen fungieren. Sie wären verpflichtet, sich beim Verkauf an die oben definierten gesetzlichen Vorgaben zu halten. Darüber hinaus könnten sie sich als Quelle realistischer, gut informierter und praktischer Ratschläge und Unterstützung einbringen. Ein auf nicht medizinische Verwendung von Drogen spezialisierter Apotheker könnte so eine eigene Nische besetzen, eine, die eine sorgfältige Erschließung, inhaltliche Festlegung und Handhabung erfordern würde. Diese neue Rolle wäre denselben praktischen Verhaltensregeln unterworfen wie die der konventionellen Apotheker, wäre aber mit zusätzlichen Zugangskontrollkriterien versehen. Diese Spezialisten unter den Apothekern müssten zudem zu Themen wie *Harm-reduction* und *Safer use* Beratungskompetenzen haben, und - wo angebracht – Empfehlungen zu den Bereichen Behandlungsmöglichkeiten und Ausstieg geben können. Solche Beratungskompetenz würde durch Fortbildungsaufgaben oder Nachweis von Erfahrungen in der Drogenberatung sichergestellt. Sie könnten entweder im Rahmen existierender Apotheken arbeiten (abhängig von passenden Zulassungsbedingungen) oder von getrennten, eigens dafür zugelassenen Stellen aus agieren.

Lizenzsystem

Das derzeit bewährte lizenzgebundene Verfahren für den Verkauf von Alkohol und Tabak bietet einen weniger restriktiven, dafür aber flexibleren Unterbau für den Verkauf bestimmter nicht medizinisch verwendeter Substanzen mit geringem Risiko. Ein solches System würde eine Reihe von Kombinationsmöglichkeiten gesetzlicher Kontrollen

einsetzen, um Zwischenhändler, Verkaufsstelle, Produkt und Käufer angemessen zu steuern.

Ebenso wie bei den bewährten Verfahren zur gesetzlichen Reglementierung von Tabak und Alkohol würde ein Grundstock zentral vorgegebener Rahmenverfahren und Gesetze gebildet werden. Dieser würde unter Berücksichtigung der örtlich gegebenen rechtlichen und kulturellen Normen durch kommunale, regionale oder nationale Behörden beaufsichtigt und umgesetzt werden. Diese Behörden würden als Lizenzstellen fungieren und könnten das regulatorische Rahmenwerk an die jeweiligen lokalen Bedürfnisse und die politischen Prioritäten anpassen. Im Bedarfsfall erhielten sie Unterstützung von Polizei und Zoll, den Gesundheits- und Sicherheitseinrichtungen sowie den für Handelsregelungen zuständigen Behörden. Wie bereits unter dem Punkt „Apothekenmodell“ ausgeführt, könnte man von den Lizenznehmern verlangen, dass sie in der Lage sind, wo nötig, zu Themen wie *Harm-reduction*, *safer use* und Behandlungsmöglichkeiten beratend tätig zu werden. Man könnte zur Bedingung machen, dass sie bereits Erfahrung in der Drogenberatung vorweisen, oder alternativ, dass sie sich im Bereich Drogenberatung weiterbilden.

Lizenzierte Orte für Kauf und Konsum

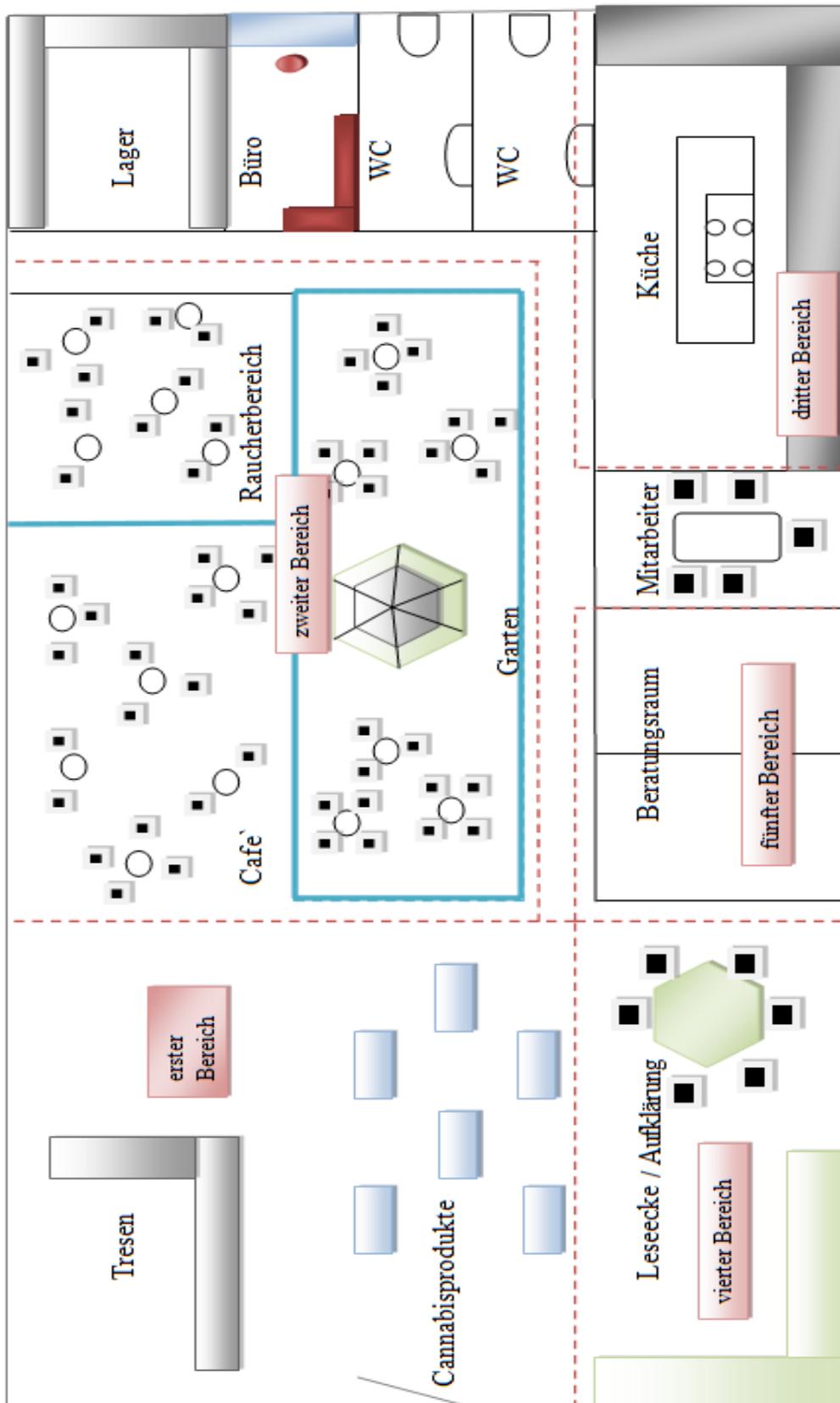
Das alltäglichste Beispiel für Orte, an denen sowohl gekauft als auch konsumiert werden darf, stellen Kneipen und Bars dar, die Alkohol ausschenken. In diesem altbewährten System gibt es eine Reihe von Kontrollen über die Lokalität selbst und vor allem über den Lizenznehmer. Er oder sie hat die Verantwortung dafür, den Verkauf an Kriterien wie Alter, Rauschzustand und Öffnungszeiten zu orientieren. Die lizenzgebende Behörde ist üblicherweise eine Unterabteilung der örtlichen Behörden. Sie arbeitet mit einer Reihe von zentral festgelegten Bestimmungen und ist auch für das Durchsetzen von deren Einhaltung zuständig. Üblicherweise gibt es eine klar definierte Hierarchie von Sanktionen für Verstöße gegen die Lizenzauflagen. Dazu gehören eine gestaffelte Skala von Bußgeldern, Entzug der Lizenz oder sogar strafrechtliche Sanktionen. Die Lizenznehmer können auch teilweise oder voll und ganz für das Verhalten ihrer Kunden zur Verantwortung gezogen werden. Als strafbares Verhalten gelten z. B. unsoziales Verhalten, Lärm, Verschmutzung des Umfeldes oder Fahren unter Alkoholeinfluss.

[...]

Verkauf ohne besondere Zulassungsbeschränkungen

Bestimmte, als weniger schädlich eingestufte psychotrope Substanzen wie Kaffee, Kokatee (bei traditioneller Verwendung) und einige schwächere Schmerzmittel unterliegen nur geringen oder gar keinen Zulassungsbeschränkungen. Man beschränkt sich hier auf die Standardkennzeichnung und -beschreibung der Produkte. Wo notwendig und angebracht, kommt die bestehende Nahrungsmittel- und Getränkegesetzgebung zum Einsatz, z. B. wenn es um Verfallsdaten, Inhaltsstoffe, Verpackungsbestimmungen, u. ä. geht. Diese Substanzen sind quasi frei verfügbar, gleichwohl kann ihr Vertrieb in manchen Fällen bestimmten örtlich begrenzten oder freiwilligen Einschränkungen unterliegen.

Die lizenzierte Verkaufsstelle eigens für Deutschland



Ggf. Schlüsselemente für eine spätere Nachbesserung innerhalb der lizenzierten Verkaufsstelle bezüglich des evtl. aufkommenden Drogentourismus

Nachweis des Wohnortes beim Kauf

Ein Problem bei der lizenzierten Verkaufsstelle könnte der entstehende "Drogentourismus" werden, dieser kann zu problematischen und risikobehafteten Verhalten führen. Um dies zu Verhindern, besteht die Möglichkeit, den Kauf von Cannabis an bestimmte Voraussetzungen zu binden, wie beispielsweise, dass lediglich den deutschen StaatsbürgerInnen der Zugang zum legalen Cannabis vorbehalten ist. Dies würde jedoch ein bestimmtes ID-System vordern, welches aus datenschutzrechtlichen Aspekten nicht unproblematisch ist (vgl. Akzept e.V., 2012).

Wie bereits unter Punkt 2.1.1 beschrieben, hat auch das niederländische Modell dieses Problem, welches mittels eines Ausweises (Wietpass) behoben werden sollte, jedoch scheiterte es an Hand der Realisierbarkeit. Colorade hingegen sieht den Tourismus eher positiv, denn dort wird, bedingt durch diesen, die Wirtschaft angekurbelt. Hingegen bestehen Einschränkungen für BürgerInnen aus anderen Staaten, hinsichtlich der zu erwerbenden Menge und teilweise hinsichtlich des Preises. Das Feld zur Vermeidung des Drogentourismus ist besonders schwierig.

Lizenzen für Konsumenten

Eine Lizenz für den Erwerb und Besitz zu erteilen, könnte an unterschiedliche Bedingungen geknüpft sein (beispielsweise Vorgespräche zu Konsumverhalten), welche eingehalten werden müssen. Diese lassen sich flexibel gestalten. Sie dient unter anderem zur Sicherstellung, dass der Erwerb für die berechnigte Person bestimmt ist. Dazu wird jedoch auch hier das zuvor erwähnte, problembehaftete ID-System benötigt. Dies kann mittels verschiedener Arten von elektronischen Erkennungssystemen verwendet werden, so, unter anderem, durch eingebaute biometrische Daten. Bereits gemachte Erfahrungen zeigten, dass Lizenzen in Bezug auf Cannabis nicht erforderlich sind. Trotz alle dem kann es unter Umständen hilfreich sein. Innerhalb der Niederlande werden, wie oben beschrieben, Lizenzen vergeben, damit lediglich Cannabis an BewohnerInnen einer bestimmten Region verkauft wird, um so dem Drogentourismus entgegenzuwirken (vgl. Akzept e.V., 2012).

Resolution deutscher Strafrechtsprofessorinnen und -professoren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages

A. Notwendigkeit der Überprüfung der Wirksamkeit des Betäubungsmittelgesetzes

Die Unterzeichnenden wollen den Gesetzgeber auf die unbeabsichtigten schädlichen Nebenwirkungen und Folgen der Kriminalisierung bestimmter Drogen aufmerksam machen. Sie wollen das Parlament anregen, bezüglich dieser Thematik seinem verfassungsrechtlichen Auftrag im Allgemeinen und den wissenschaftlich begründeten Prinzipien von Strafgesetzgebung und Kriminalpolitik im Besonderen durch die Einrichtung einer Enquetekommission Rechnung zu tragen. Sowohl aus strafrechtswissenschaftlicher Sicht als auch aufgrund empirischer Forschungsergebnisse besteht die dringende Notwendigkeit, die Geeignetheit, Erforderlichkeit und normative Angemessenheit des Betäubungsmittelstrafrechts zu überprüfen und gegebenenfalls Vorschläge zu Gesetzesänderungen aus solcher Evaluation abzuleiten.

Eine solche Initiative mag vielen von Ihnen unangebracht und aussichtslos erscheinen, wo doch das Bundesverfassungsgericht in seiner Cannabis-Entscheidung 1994 die Verfassungsmäßigkeit des geltenden Betäubungsmittelstrafrechts grundsätzlich bestätigt hat. Gleichwohl gibt es aus unserer Sicht 17 Jahre danach Anlass diese Thematik neuerlich auf die rechtspolitische Agenda zu setzen. Zum Einen zeigt sich weltweit die Erfolglosigkeit strafrechtlicher Bekämpfung von Drogennachfrage und -angebot. Zum anderen sind derzeit Auswüchse der Kriminalisierung zu beobachten, welche erst recht parlamentarisches Nachdenken erfordern. Nur zwei Beispiele: Die Finanzierung des Taliban-Terrorismus in und aus Afghanistan erfolgt allen Erkenntnissen zufolge weitgehend über den Schwarzmarkt mit Heroin und Haschisch. Und: Tausende von Toten in dem aktuellen »Krieg der Drogenkartelle« in Mexiko sind weitgehend den Kartellkämpfen um exorbitante Profite auf dem Schwarzmarkt zuzurechnen. Der Schwarzmarkt generiert eine extreme und globalisierte Schattenwirtschaft mit weiterer Folgekriminalität und destabilisierenden Auswirkungen auf globale Finanzmärkte ebenso wie nationale Volkswirtschaften. Angesichts effektiver informeller Geldtransfersysteme (zum Beispiel Hawala-System) kann Geldwäschekontrolle nicht funktionieren. Demgegenüber zeigen alle wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass die Gefährdungen durch bislang illegale Drogen ebenso wie solche durch Medikamente und Alkohol besser durch gesundheitsrechtliche Regulierung mit akzessorischer ordnungs- oder strafrechtlicher

Sanktionierung sowie mit adäquaten Jugendhilfemaßnahmen zu bewältigen wären. Ein weiterer Anlass für unsere Initiative: Diverse Quasi-Feldexperimente mit der liberalisierten Zugänglichkeit oder Vergabe von bislang illegalen Drogen (zum Beispiel Niederlande, Schweiz, Spanien, Portugal) ergaben, dass die befürchtete Ausweitung des Drogenkonsums ausbleibt. Außerdem hat sich das drogenpolitische Klima in den bislang im repressiven Drogenregime federführenden USA stark zu verändern begonnen. Beispielhaft seien genannt: am 10.12.2009 die Einrichtung eines Ausschusses des Repräsentantenhauses zur Untersuchung des Scheiterns der Drogenpolitik, diverse auf YouTube anzusehende Reden von US-Professoren und -Polizeifunktionären (siehe Links www.schildower-kreis.de), die am 2.11. stattfindende Volksbefragung zur Freigabe von Cannabis (»Proposition 19«) in Kalifornien, die zunehmende Legalisierung von Cannabis als Medizin (bislang in 16 US-Bundesstaaten). Die Obama-Regierung hat stillschweigend den Paradigmen-Wechsel vom »Krieg gegen die Drogen« zu gesundheitspolitischen Strategien vollzogen. Die Notwendigkeit der Einrichtung einer Enquetekommission des Bundestages ergibt sich daraus, dass der Gesetzgeber gemäß dem allgemeinen Verhältnismäßigkeitsprinzip der Verfassung hinsichtlich geltender Gesetze eine Überprüfungspflicht hat und auf deutliche Veränderungen in der sozialen Wirklichkeit und in der Wissenschaft reagieren muss.

B. Thesen zur Begründung

Die strafrechtliche Drogenprohibition ist gescheitert, sozialschädlich und unökonomisch.

1. Mit der Drogenprohibition gibt der Staat seine Kontrolle über Verfügbarkeit und Reinheit von Drogen auf.

Nicht die Wirkung der Drogen ist das Problem, sondern die repressive Drogenpolitik schafft Probleme. Die überwiegende Zahl der Drogenkonsumenten lebt ein normales Leben. Selbst abhängige Konsumenten bleiben oftmals sozial integriert. Menschen mit problematischem Drogenkonsum brauchen Hilfe. Die Strafverfolgung hat für sie und alle anderen nur negative Folgen.

2. Der Zweck der Prohibition wird systematisch verfehlt.

Prohibition soll den schädlichen Konsum bestimmter Drogen verhindern. Tatsächlich kann sie dieses Ziel nicht erreichen. Das zeigen alle wissenschaftlich relevanten

Untersuchungen. Sogar die Evaluation des 10-JahresProgramms der UNO zur Drogenbekämpfung kommt im Jahr 2008 zu diesem Schluss. Prohibition schreckt zwar einige Menschen ab, verhindert aber Aufklärung und vergrößert gleichzeitig dramatisch die gesundheitlichen und sozialen Schäden für diejenigen, die nicht abstinent leben wollen. Selbst in totalitären Regimen und Strafanstalten kann Drogenkonsum nicht verhindert werden.

3. Die Prohibition ist schädlich für die Gesellschaft.

Sie fördert die organisierte Kriminalität und den Schwarzmarkt. . Sie schränkt Bürgerrechte ein und korrumpiert den Rechtsstaat. Durch massive Machtanballung bei Kartellen und Mafia nimmt die Gefahr eines Scheiterns der Zivilgesellschaft zu. Stimuliert durch gigantische Profite aus dem Drogenschwarzmarkt entstehen veritable Kriege zwischen Drogenkartellen und in Reaktion darauf sowohl eine Quasi-Militarisierung der Polizei als auch quasi-polizeiliche Funktionen des Militärs. Auch dadurch erodieren staatliche Grundstrukturen.

Sie hat desaströse Auswirkungen auf Anbau- und Transitländer. . Sie behindert eine angemessene medizinische Versorgung.

4. Die Prohibition ist unverhältnismäßig kostspielig.

Die Bürger werden Opfer der Beschaffungskriminalität.

Jedes Jahr werden Milliardenbeträge für die Strafverfolgung aufgewendet, welche sinnvoller für Prävention und Gesundheitsfürsorge eingesetzt werden könnten.

Der Staat verzichtet auf Steuereinnahmen, die er bei einem legalen Angebot hätte.

5. Die Prohibition ist schädlich für die Konsumenten.

Konsumenten werden diskriminiert, strafrechtlich verfolgt und in kriminelle Karrieren getrieben. Weil es sich um »opferlose« Kontrolldelikte handelt, welche lediglich proaktiv – und damit Unterschichtangehörige und Migranten benachteiligend – verfolgt werden.

Es gibt keinen Verbraucher- und Jugendschutz. Riskante Konsumformen werden gefördert und die Konsumenten werden gefährlichen Krankheiten ausgesetzt (z.B. AIDS, Hepatitis C).

Normales jugendliches Experimentierverhalten wird kriminalisiert und das Erlernen von Drogenmündigkeit erschwert. Junge Menschen werden dauerhaft stigmatisiert und ihre Lebenschancen werden gemindert.

C. Fazit

Der Staat darf die Bürger durch die Drogenpolitik nicht schädigen. Es ist deshalb notwendig, Schaden und Nutzen der Drogenpolitik unvoreingenommen wissenschaftlich zu überprüfen.

Als Kriminalwissenschaftler fühlen wir uns in besonderem Maße verantwortlich für die Einhaltung strafrechtstheoretischer Prinzipien und für die Zurückhaltung des Staates in der Anwendung der Ultima ratio gesellschaftlicher Steuerung.

Deshalb appellieren wir an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, nicht nur dem Fraktionszwang zu folgen, sondern auch ihrer individuellen Verantwortung.

Für den Initiativkreis: Prof. Dr. L. Böllinger

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Bachelorarbeit war.

Unterschrift der Verfasserin