

Anhang:

Zusammenfassung und Aktualisierung des klägerischen Vortrags, insbesondere zum Stand der Wissenschaft

Inhaltsverzeichnis:

Vortrag zur Verfassungswidrigkeit des Cannabis-Verbots

I. Allgemeines

I.1. Vorüberlegung

I.2. Internationale Entwicklung

I.3. Initiative von 122 Strafrechtsprofessoren

I.4. Hintergründe der Cannabis-Prohibition

I.5. Wirtschaftliche Erwägungen zur Cannabis-Prohibition

II. Die Entscheidung BVerfG 1994

II.1. Darstellung der Entscheidung und kritische Bewertung

II.1. Anmerkungen von Dr. Carl Nedelmann

III. BVerfG 2004

IV. BVerfG 2005

V. Internationale Abkommen

VI. Stand der Wissenschaft

VI.1. Kleiber/Kovar

Botanik und Pharmakokinetik

Pharmakodynamik

Kurzfristige Wirkungen

Langfristige pharmakologisch-klinische Wirkungen

Langfristige psychische sowie (soziale?) Konsequenzen

Cannabiskonsum und psychische Gesundheit

Einfluss von Cannabiskonsum auf Entstehung und

Verlauf von Psychosen

Abhängigkeit

Cannabis als Einstiegsdroge

Entwicklung eines amotivationalen Syndroms

Fahrtüchtigkeit

Medizinische Anwendungsgebiete

Forschungsbedarf

VI.2. Das Schweizerische Bundesgericht

VI.3. Krumdiek

VI.4. Forschungsbedarf

VI.5. Cannabis und Psychosen

a) Grotenhermen/Groter

b) Lesch

c) Eigene Erfahrungen als Berufsbetreuer

d) Proal/Fleming/Galvez-Buccolini/DeLisi

VI.6. Das amotivationale Syndrom

VI.7. Wirkung bei Jugendlichen

VI.8. Klassische Mythen zu Cannabis

- a) Cannabis macht abhängig**
- b) Cannabis ist ebenso gefährlich, wie andere Drogen**
- c) Cannabis ist eine Einstiegsdroge**
- d) Cannabis schädigt die Lunge**
- e) Cannabis macht dumm**
- f) Cannabis macht kriminell**
- g) Die Legalisierung würde die Konsumentenzahlen explodieren lassen**

VI.9. Vergleich zu anderen Stoffen

VI.10. Medizinischer Nutzen

VI.11. CaPRis – Kurzfassung der Bundesdrogenbeauftragten

VI.12. CaPRis – Studie im Volltext

Das Verbot und die es tragenden Erwägungen sind offensichtlich fehlsam i.S.d. BVerfG-Entscheidung vom 21.12.2011 (1 BvR 2007/10). Das BVerfG hat ausgeführt:

Wird der Gesetzgeber zur Verhütung von Gefahren für die Allgemeinheit tätig, so belässt ihm die Verfassung bei der Prognose und Einschätzung der in den Blick genommenen Gefährdung einen Beurteilungsspielraum, der vom Bundesverfassungsgericht bei der verfassungsrechtlichen Beurteilung je nach der Eigenart des in Rede stehenden Sachbereichs, den Möglichkeiten, sich ein hinreichend sicheres Urteil zu bilden, und der auf dem Spiel stehenden Rechtsgüter nur in begrenztem Umfang überprüft werden kann. Der Beurteilungsspielraum ist erst dann überschritten, wenn die Erwägungen des Gesetzgebers so offensichtlich fehlsam sind, dass sie vernünftigerweise keine Grundlage für die angegriffenen gesetzgeberischen Maßnahmen abgeben können (vgl. BVerfGE 121, 317 <350> m.w.N.).

Es bestehen offensichtlich schon keine Gefahren für die Allgemeinheit, die es abzuwehren gelten könnte. Wenn aber bereits keine Gefahr besteht, kann sich der Gesetzgeber auch nicht auf einen weiten Gestaltungsspielraum berufen. Selbst wenn aber die Unterstellung-einer-Gefahr-wider-besseres-Wissen als Grundlage taugen sollte, um ein Tätigwerden des Gesetzgebers

zur Verhütung von Gefahren für die Allgemeinheit anzunehmen, sind die Erwägungen zur Aufrechterhaltung des Cannabis-Verbots fehlsam.

I. Allgemeines

I.1. Vorüberlegung

Das Verbot von Cannabis und des Umgangs mit Cannabisprodukten ist überholt und entbehrt einer tragfähigen Rechtfertigung. Dazu wird beispielhaft aus „Zeit-Online“ zitiert:

Am 23.01.2015 argumentiert der Autor Khue Pham in seinem Artikel „Zeit, was zu drehen“ für eine Legalisierung von Cannabis. Er verwies darauf, dass ca. 4 Millionen Deutsche „kiffen“ würden und das Verbot somit dazu führe, dass es ein Gesetz gibt, das „täglich von 4 Millionen Menschen überschritten wird“. Es wird auch auf das Dilemma hingewiesen, dass es aufgrund der Illegalisierung kaum großangelegte Studien zu den Wirkungen des Cannabis-Konsums gibt. Dass Cannabis-Konsumenten, wenn überhaupt, nur sich selbst schaden werde ebenso ignoriert, wie der Umstand, dass es für die Einführung des Cannabis-Verbots ausschließlich ideologische und keine wissenschaftlichen Gründe gab. Selbstverständlich wird auch die deutlich geringe Gefährlichkeit von Cannabis im Vergleich zu den legalen Drogen Alkohol und Tabak erwähnt. Gerade dieser Umstand macht das Verbot von Cannabis in weiten Teilen der Gesellschaft so unverständlich. Schließlich wird auf die Legalisierungstendenzen in europäischen Ländern, in Lateinamerika und den USA hingewiesen, nicht ohne festzustellen, dass jeweils positive Wirkungen erzielt werden konnten. Deutschland scheint hier den Trend zur Legalisierung zu verpassen. Eine Legalisierung von Cannabis wäre eine Katastrophe für den illegalen Markt und das Organisierte Verbrechen, welches sich weitgehend über den Verkauf von Cannabis finanziert. Für die Konsumenten könnte dagegen ein wirksamer Verbraucher- und Jugendschutz etabliert werden und der Staat könnte durch entsprechende Steuereinnahmen profitieren. Rationale Argumente gegen eine Legalisierung scheinen daher nicht erkennbar. Der Autor stellt daher auch fest, dass die „Cannabisdebatte eine der letzten ideologischen Fragen“ sei. Zur Unterstreichung dieser These wird die Drogenbeauftragte der Bundesregierung damit zitiert, dass Cannabis nun einmal traditionell verboten sei und dass es dabei bleiben solle.

Am 30.01.2015 wandte sich der Autor Thomas Kerstan – ebenfalls auf „Zeit-Online“ mit seinem Artikel „Bitte nichts drehen!“ gegen seinen Kollegen. Zunächst wird festgestellt, dass die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) eine Imageverbesserung für Cannabis aufgrund der weltweiten Legalisierungstendenzen konstatiert. Sodann wird der vermeintliche Jugendschutz angeführt, der durch eine Legalisierung aufgegeben werde. Abgesehen von den im Artikel verwendeten Stereotypen kann gerade eine Legalisierung überhaupt erst einen Jugendschutz etablieren. Der illegale Markt wird nicht im Sinne eines Jugendschutzes regulierbar sein. Dagegen zeigt sich insbesondere in den US-Staaten, in denen der Verkauf legalisiert wurde, dass der Konsum unter Jugendlichen zurückgeht. Es besteht ein striktes Verkaufsverbot an Jugendliche bzw. Personen unter 21 Jahren. Der Irrglaube, eine Legalisierung würde geradezu zu einem Zwang führen, Cannabis zu konsumieren, ist eine irrationale Übertreibung. Gleiches gilt für den Vergleich des Autors, wenn er meint, es wäre „ein Witz“, wenn gegen den Konsum von Tabak vorgegangen würde und gleichzeitig der Konsum von Cannabis erleichtert würde. Ein „Witz“ wäre dies bestenfalls, wenn Tabak als illegale Droge eingestuft worden wäre. Der Konsum von Cannabis ist bereits leicht, was die 4 Millionen Konsumenten zeigen. Dass eine Legalisierung von Cannabis dazu führen würde, dass auf Bahnhöfen, in öffentlichen Gebäuden und in Gaststätten „gekiff“ würde, erwartet niemand. Zudem würde freilich auch eine ehrliche Aufklärungs- und Beratungskampagne und bspw. auch Warnungen beim Verkauf möglich werden. Die Konsumenten müssten schließlich keine Kriminalisierung mehr fürchten und könnten offen über ihren Konsum reden. Unabhängige Forschung könnte betrieben werden und ein echter Verbraucherschutz könnte greifen. Schließlich endet der Autor mit dem Satz „Weil heute Traditionen nachwirken, die nicht mehr allen verständlich sind. Damit muss man leben.“. Hier irrt der Autor, denn mit dieser Auffassung würde die Menschheit bis heute in Höhlen verharren. Es ist insbesondere nicht Aufgabe eines Gesetzes, überkommene Traditionen zu verteidigen, die „nicht mehr allen verständlich sind“. Heute ist es gesellschaftlich anerkannt, wenn Prominente in Talkshows über ihren Cannabis-Konsum offen sprechen, Pop-Songs den Cannabis-Konsum als normal thematisieren usw.. Alan Posener stellte daher in „Die Welt“ (vom 08.02.2015 „Auch das Kiffen gehört zu Deutschland“) zutreffend fest: „Es ist aber nicht Aufgabe des Staates, den Bürgern vorzuschreiben, mit welchen Stoffen sie ihr Recht auf Rausch wahrnehmen. Claudia Roth hat recht: Das Oktoberfest ist eine

offene Drogenszene.“. Nur in autoritären Regimen werden bestimmte Moralvorstellungen durch staatliche Repression durchgesetzt. „Der Unterschied zwischen illegal und legal ist ein gesellschaftliches Konstrukt und hat nichts mit den gesundheitlichen Folgen der Substanz zu tun.“, sagt zutreffend der schweizerische FDP-Nationalrat Ignazio Cassis (NZZ vom 11.08.2014, „FDP-Nationalrat für Cannabis-Clubs“). Weiter stellt er fest, dass es zu akzeptieren sei, dass Drogen zur gesellschaftlichen Normalität gehören und der Versuch, dies zu verbieten „vielleicht in einem totalitären Staat“ möglich sei. Es muss dabei auch schlicht die Sinnlosigkeit des Versuchs konstatiert werden, dem Cannabiskonsum durch Verbote beikommen zu können. Der ehemalige Kriminalpolizist (3 Jahre lang in Thüringen für die Verfolgung von Drogendelikten zuständig) Frank Tempel fasst es bildlich wie folgt zusammen: „Das war, wie wenn ich mit einem Hammer auf einem Gebirge rumhauere und der Meinung bin, irgendwann werde ich das Gebirge schon abgetragen haben.“. Dieser völlig nutzlose bildliche „Hammer“ kostet nebenbei den Steuerzahler jährlich ca. 3,3 Milliarden EUR und zerstört nicht selten die Zukunft zahlreicher Jugendlicher.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, äußerte zur Idee einer Tabakprohibition: „Wer raucht, hört besser heute als morgen damit auf. Aber muss ich dieses Ziel mit einem Gesetz zu erreichen versuchen, dass ein Klima der Angst erzeugt und Menschen gesellschaftlich ausgegrenzt, die ein legales Produkt konsumieren?“ (Die Welt vom 28.08.2006, Freiheit für Wirte und Gäste). Die Drogenbeauftragte ist bekannt für ihre Logik, dass Cannabis verboten sei, weil es illegal ist und insbesondere Alkohol und Tabak frei zugänglich seien, weil sie legal seien. Es muss als irrational und nicht mehr nachvollziehbar angesehen werden, dass die Drogenbeauftragte der Bundesregierung bezüglich einer Tabakprohibition die Werte eines freiheitlichen Rechtsstaats zutreffend betont, dieselben Werte jedoch bezüglich der Cannabis Prohibition konsequent ignoriert.

Nicht zuletzt die als stur zu bezeichnende und immer weniger nachvollziehbare Haltung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung veranlasst mehr und mehr Kommentatoren zur Befürwortung der Legalisierung von Cannabis. So kommt beispielsweise Robert Wagner (www.infranken.de am 19.10.2018: <https://www.infranken.de/ueberregional/deutschland/cannabis-die->

legalisierung-kommt-ein-kommentar;art180,3777925) zu dem Schluss, dass die Legalisierung von Cannabis praktisch kaum noch aufzuhalten sei. Er verweist darauf, dass Personen, die in der Drogenarbeit aktiv tätig sind, ganz überwiegend seit längerem die Auffassung vertreten, dass Cannabis legalisiert werden sollte. Der Kommentator bedauert, dass fachliche Expertise leider nicht ausreicht, um politische Entscheidungen zu beeinflussen. Schließlich weist der Autor darauf hin, dass faktisch im Bundestag bereits eine Mehrheit für die Legalisierung von Cannabis besteht. Die Fraktionen der Grünen, der Linken und der FDP fordern mehr oder weniger konsequent die Legalisierung. Auch in Teilen der SPD und der CDU gibt es Legalisierungsbefürworter. Freilich wird auch auf die positiven Erfahrungen in Uruguay, USA, Kanada und vielen weiteren Ländern Bezug genommen. Auch in repräsentativen Umfragen zeigt sich, dass die Zustimmung zum Legalisierung Gedanken in der Bevölkerung zunehmend wächst. Wer Jugendschutz und Suchtprävention ernst nimmt, muss eine Legalisierung von Cannabis befürworten.

Stefan Beuke argumentiert eher pragmatisch wie folgt (SHZ, 08.02.2019, „Verlogene Diskussion“: <https://www.shz.de/22559042>):

Zur Freigabe von Cannabis

Die Debatte um die mögliche Freigabe von Cannabis ist eine verlogene Diskussion. Zum einen, weil das Verbot faktisch eigentlich gar nicht mehr existiert. Denn es ist heutzutage wohl leichter an Cannabis zu kommen, als an einen Handwerker-Termin. Zum anderen, weil die Diskussionen über die Auswirkungen der Droge in einem Rahmen geführt werden, der immer noch auf einem sehr traditionellen Gesellschaftsbild basiert: Ein paar Bier oder Schnäpse können nicht schaden – aber Joints machen süchtig. Das ist erwiesenermaßen Quatsch. Alkohol und Cannabis bergen jeweils Gefahren für die Gesundheit, zumal dann, wenn sie über die Maßen konsumiert werden. Deshalb macht es heutzutage keinen Sinn mehr, dass für Cannabis andere Gesetze gelten als für Alkohol oder Zigaretten. Und bei der möglichen Freigabe geht es nicht darum, das eine (Cannabis) zu verharmlosen, sondern darauf hinzuweisen, dass der Joint genauso zur Lebenswirklichkeit gehört wie das Bier nach Feierabend oder die Zigarette in der Mittagspause. Und dass alle diese Genussmittel gesundheitsschädigend sind. Ganz nebenbei könnte der Staat einen umsatzstarken Schwarzmarkt aushebeln und über Steuereinnahmen

am Cannabis-Verkauf mitverdienen. Teile des Geldes sollten dann in die bessere Aufklärung über die Gefahren des Drogenkonsums fließen – und zwar von Alkohol und Cannabis.

Wenn von Traditionen gesprochen wird, die durch Verbote zu verteidigen seien, so muss auch gefragt werden, welchen Ursprung diese Traditionen haben. Schließlich war der Gebrauch von Cannabis auch in Europa und Deutschland lange gesellschaftliche (legale) Normalität und insbesondere Hanf wurde vielfältig genutzt. Erst durch aufkommende Kunststofffasern wurde die Hanfnutzung zu einer unerwünschten Konkurrenz für die aufstrebenden Kunststoffaserproduzenten. So betrieb allein der Hersteller von Nylon in den 40er Jahren eine millionenschwere Kampagne gegen die Nutzpflanze Hanf. Dabei wurde massiv versucht, über den Wirkstoff THC dem bis dahin unproblematischen Hanf ein gefährliches Image zu verpassen. Das Verbot von Cannabis und die strikte Kriminalisierung sind also vor allem ein Produkt einer sehr erfolgreichen und allein wirtschaftlich motivierten Lobbyarbeit. Der Gesundheitsschutz, der Jugendschutz und die Bekämpfung gefährlicher Drogen war und ist daher ein vorgeschobenes Argument. Allein so ist zu verstehen, warum Gesundheits- und Jugendschutz aus der staatlichen Hand gegeben werden und einem illegalen Markt überlassen werden; warum das Leben vieler Jugendlicher durch die Kriminalisierung von Cannabis nachhaltig geschädigt wird; warum die Organisierte Kriminalität massiv über den Handel mit Cannabis finanziert wird; warum Cannabis als Medizin nur extrem restriktiv zugelassen wird, insbesondere tausende Schmerzpatienten ohne wirksame Medikamente gelassen werden usw. usw.. All diese massiven Schädigungen für die Gesellschaft werden in Kauf genommen, um eine zweifelhafte Tradition aufrechtzuhalten.

I.2. Internationale Entwicklung

Weltweit führt die Erkenntnis, dass ein Verbot von Cannabis nicht zielführend ist und dass die Schädigung der Gesellschaft zur Verteidigung einer überkommenen „Tradition“ irrational ist, zu (Teil-)Legalisierungen. Zudem muss es als geklärt angesehen werden, dass ein Cannabis-Verbot keinen (positiven) Einfluss auf den Konsum hat (vgl. bspw. Studie der Universität Kent: Scharfe Verbotsgesetze haben keinen Einfluss auf den Konsum von Cannabis, insbesondere bei Jugendlichen nicht: Alex Stevens. **Is policy 'liberalization' associated with higher odds of**

adolescent cannabis use? A re-analysis of data from 38 countries. *International Journal of Drug Policy*, 2019; 66: 94 (<https://www.sciencedaily.com/releases/2019/02/190219111730.htm>).

In Spanien besteht die Praxis von „Cannabis-Clubs“ und der private Anbau zum Eigenbedarf ist legalisiert.

Uruguay hat sowohl den Anbau (bis 6 Pflanzen) als auch den Handel (bis 40 Gramm im Monat pro Person) – bei staatlicher Kontrolle – für Erwachsene legalisiert. Der THC-Anteil wurde dabei auf einen Grenzwert von maximal 15% gedrosselt. Hier gilt die Erkenntnis, dass das Verbot mehr Probleme schafft als die Droge selbst. Der Wandel hin zu einer entspannten Drogenpolitik kommt bspw. in dem Ausdruck des Präsidenten Jose Mujica, zum Ausdruck, Drogenkonsum sei „Teil der menschlichen Dummheit“.

In den Niederlanden ist der Kauf von bis zu 5 Gramm im Coffee-Shop legal und auch der Anbau zum Eigenbedarf ist legal möglich.

In einigen US-Staaten wurden ebenfalls weitgehende Legalisierungsvorstöße unternommen. Der Besitz und der Handel wurden ermöglicht. Die ersten sichtbaren Effekte sind sinkende Kriminalitätsraten (insbesondere bei Raubdelikten), leicht steigende Konsumentenzahlen (kein Anstieg bei härteren Drogen; kein Effekt bei 12 bis 20 Jährigen) und allein in den ersten 5 Monaten der Legalisierungen haben die USA 12,6 Mio \$ Steuereinnahmen aus dem Cannabis-Handel verbucht. Der Stimmungswandel in den USA zeigt sich bspw. in der „New York Times“. Dort wurde das Cannabis-Verbot mit der Prohibition der 20er Jahre verglichen. Hier wie da würden Verbrecherkartelle zu Blütezeiten getrieben, gesetzestreue Bürger würden zu Kriminellen gemacht und das Cannabis-Verbot „füge der Gesellschaft großen Schaden zu, nur um eine Substanz zu verbieten, die weitaus weniger gefährlich ist als Alkohol“ (Süddeutsche Zeitung vom 27.07.2014, „‘New York Times‘ startet Kampagne für Cannabis-Legalisierung“).

Bezüglich der tatsächlichen Erfahrungen mit (Teil-)Legalisierungen von Cannabis in US-Bundesstaaten kann auch auf den Bericht „So Far, So Good – What We Know About Marijuana Legalization in Colorado, Washington, Alaska, Oregon and Washington, D.C.“ Bezug genommen werden. Der Bericht fasst im Wesentlichen zusammen, dass Polizei, Staatsanwaltschaft

und Justiz erheblich entlastet wurden (so auch: Independent, 15.01.2018, Marijuana legalisation causing violent crime to fall in US states, study finds - Rates of assault and murder decreasing in regions near Mexican border where cannabis use has been partially legalised: <https://www.independent.co.uk/news/world/americas/medical-marijuana-legalisation-cannabis-us-states-violent-crime-drop-numbers-study-california-new-a8160311.html?fbclid=IwAR2Qgullu7JkuSwOIZKautluodR0MW02GfoEXquqCGmJLxt1-2PbNVgGeWU>), dass es keinen Anstieg des Cannabiskonsums unter Jugendlichen gab, dass es keinen Anstieg von Verkehrsunfällen aufgrund von Cannabiskonsum gab (so auch: Kansas State University, Andrew R. Young, Marijuana legalization and road safety: a panel study of US States, 2019) und dass die erwarteten Steuereinnahmen durch den Cannabisverkauf erheblich übertroffen wurden. In den USA ist der Verkauf von Cannabis an Erwachsene in folgenden Staaten legalisiert/entkriminalisiert:

- Colorado seit 06.11.2012
- Washington seit 06.11.2012
- Alaska seit 04.11.2014
- Oregon seit 04.11.2014
- Washington D.C. seit 04.11.2014
- Kalifornien seit 08.11.2016
- Nevada seit 08.11.2016
- Massachusetts seit 08.11.2016
- Maine seit 08.11.2016
- Vermont seit Januar 2018
- Michigan seit 06.11.2018

Zudem nehmen die Initiativen zur Legalisierung von Cannabis auf US-Bundesebene zu (bspw. Senatorin Kamala Harris zum „Marijuana Justice Act 2018“, <https://nowthisnews.com/videos/politics/senator-kamala-harris-talks-legalizing-cannabis-at-the-federal-level?fbclid=IwAR1Rc5xFR3UeFD6f-AJYnpHBpittgU3oH2IR-jiJ-HR3pz-5iXZ8I2VQGyc>, und Cory Booker zum „Marijuana Justice Act 2019“, <http://fortune.com/2019/02/28/cory-booker-legalization-marijuana-justice-act-2019/>).

Eine weitere Studie kommt zu dem Ergebnis, dass unter Studierenden in den USA der Cannabis-Konsum seit 2006 langsam aber stetig zugenommen hat (Studie der Michigan University: <https://news.umich.edu/daily-marijuana-use-among-u-s-college-students-highest-since-1980/>). Die Studie zeigt, dass der legale Erwerb von Cannabis zu einer tatsächlichen Steigerung des Konsums unter Studenten geführt hat. Entscheidend ist aber die Feststellung, dass der Cannabiskonsum nicht, wie bspw. noch vom Bundesverfassungsgericht angenommen, zu einem amotivationalen Syndrom führt und damit die Motivation und Disziplin der Studierenden schwäche. Vielmehr sei kein Effekt auf die Motivation und Disziplin der Studenten erkennbar. Lediglich ein falscher Umgang mit Cannabis kann tatsächlich zu schlechteren Prüfungsleistungen führen. Der falsche Umgang ist dabei insbesondere der Konsum zur falschen Zeit – also unmittelbar vor einer Prüfung. Ein solcher Konsum zur falschen Zeit führt insbesondere zur Schwächung der Aufnahmefähigkeit, wenn es um die Verarbeitung von numerischen Prozessen geht. Auch die Konzentrationsfähigkeit lässt nach. Die Studie belegt, dass weder das Gedächtnis noch die messbare Intelligenz langfristig oder irreversibel durch Cannabiskonsum geschädigt wird (vgl. auch: Tait/Mackinnon/Christensen, Cannabis use and cognitive function: 8-year trajectory in a young adult cohort, 12.07.2011; Bericht zum Thema: <https://cannabis-special.com/immer-mehr-studenten-immer-oeffter-high/>; vgl. zudem: Medizin heute, Die Langzeitwirkungen von Marihuana auf das Gehirn – **Die Universität von Texas in den USA hat ihre Forschungen zu den Langzeiteffekten von Marihuana veröffentlicht: <https://medizin-heute.net/die-langzeitwirkungen-von-marihuana-auf-das-gehirn>**). Damit ist eine wesentliche Rechtfertigung für das hier angegriffene Cannabisverbot widerlegt. Dass ein Cannabiskonsum unmittelbar vor einer Prüfung nicht ratsam ist, erscheint nicht überraschend und dürfte jedem verständigen Erwachsenen bekannt sein.

Eine Studie von Ashley C. Bradford und W. David Bradford (Juli 2016) kommt zu dem Ergebnis, dass die (Teil)Legalisierung von Cannabis in US-Staaten zu einem erheblichen Rückgang des Medikamentenverbrauchs und damit zu erheblichen Umsatzeinbußen der Pharmaindustrie geführt hat (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28424215>). Gleichzeitig wird festgestellt, dass Studien, die sich gegen die Legalisierung von Cannabis richten, oft von der Pharmaindustrie finanziert werden.

In einem N-TV Interview (<https://mobil.n-tv.de/mediathek/videos/wissen/Den-heutigen-Dealer-interessiert-Jugendschutz-nicht-article20675206.html>) stellt auch Prof. Justus Haucap dar, dass die Befürchtungen der Legalisierungsgegner in den Staaten, in denen Cannabis (teilweise) legalisiert wurde, nicht eingetreten sind. Insbesondere der Problemkonsum von Jugendlichen nimmt in den besagten Staaten ab, da die legalen Händler sehr genau auf die Einhaltung des Jugendschutzes achten, während dies vom Schwarzmarkt nicht erwartet werden kann. Durch staatliche Kontrolle kann verhindert werden, dass Problemkonsumenten entstehen, es können Steuereinnahmen generiert werden, die wiederum sinnvoll verwendet werden können (bspw. echte Drogenprävention), die organisierte Kriminalität würde dagegen eine wesentliche Einnahmequelle verlieren und Justiz und Polizei könnten entlastet werden. Auf die Frage, ob mit einer Legalisierung nicht die Gesundheitskosten des Staates steigen würden, antwortet Prof. Haucap sehr deutlich, dass das Gegenteil zu erwarten ist, weil der Problemkonsum eingeschränkt werden kann – wie sich in den „Legalisierungs-Staaten“ zeigt – und vor allem auch die Qualität der Cannabis-Produkte gesichert werden kann (z.B. keine gefährlichen Streckmittel).

Schließlich wird auf den umfassenden Bericht von Michael Liszewski (Enact Group) und Tom Angell, „STATE CANNABIS LAWS: A PROGRESS REPORT SUCCESSES, CHALLENGES, AND THE NEED FOR CONGRESSIONAL ACTION“ Bezug genommen (<https://3hl3hg1lvfpa2qxgg62uw69x-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/05/NCIA-State-Cannabis-Progress-2018-Report-FNL-booklet.pdf>). Der Bericht beschreibt die weit überwiegend positiven Effekte der (Teil-) Legalisierungen in US-Bundestaaten bzgl. Kriminalität (S. 14 f.), Zugang zu Cannabis für Jugendliche (S. 16 f.), Reduzierung des Opioid-Konsums (S. 18 ff.), Verkehrssicherheit (S. 21). Auf Seite 22 des Berichts wird zudem dargestellt, wie sich die öffentliche Meinung stark zugunsten einer Cannabis-Legalisierung gewandelt hat, nachdem mit den Teil-Legalisierungen klar wird, dass das Cannabis-Verbot Schaden anrichtete, während die Legalisierung nahezu ausschließlich positiv wirkt.

Prof. Rainer Schmid (Chemiker und Toxikologe, Leiter der Abteilung Toxikologie und Medikamentenanalytik am AKH Wien; langjährig in der Drogenprävention tätig; Leiter der Medical Cannabis Research & Analysis GmbH) stellt in einem Beitrag vom 29.10.2018 („Der Vorwurf fehlender

Wirksamkeit ist absurd“: <https://www.mcra.eu/schmid-der-vorwurf-fehlender-wirksamkeit-ist-absurd/>) dar, dass die Legalisierung seit 2012 im US-Bundesstaat Colorado zu keiner Steigerung Cannabis-verursachter Erkrankungen unter Jugendlichen geführt hat – vielmehr sank die Zahl solcher Erkrankungen bei Jugendlichen. Auch das Beispiel der Niederlande wird angeführt, wo weniger Jugendliche Cannabis konsumieren als in Deutschland. Auch in weiteren Staaten, in denen der Umgang mit Cannabis (teilweise) legalisiert wurde, sind die Erfahrungen positiv und die Befürchtungen der Legalisierungsgegner haben sich nicht bewahrheitet.

Seit dem 18.10.2018 hat Kanada den Umgang mit Cannabis weitgehend legalisiert. Zur Begründung wurde ausdrücklich und vorwiegend auf den Kinder- und Jugendschutz verwiesen (<https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2018-10/drogenpolitik-kanada-cannabis-legalisierung>). Die ersten Erfahrungen zeigen, dass der Konsum von Cannabis in Kanada nicht signifikant gestiegen ist (CTVnews, 07.02.2019, Canadians not using much more pot since legalization: <https://www.ctvnews.ca/mobile/canada/canadians-not-using-much-more-pot-since-legalization-statcan-1.4286694>).

In Großbritannien kam eine Studie des Ausschusses über Technologie und Wissenschaft des Britischen Oberhauses unter Vorsitz des Professors für Pharmakologie Lord Perry of Walton, zu dem Ergebnis, dass Cannabis aus medizinischen Gründen zu legalisieren sei (United Kingdom Parliament House of Lords, 1998).

In Portugal gelten alle Drogen seit Juli 2001 bis zu bestimmten Grenzwerten als legal. Die von Legalisierungs-Gegnern heraufbeschworenen Szenarien von Drogentoten, steigender Kriminalität, steigendem Drogenkonsum und massenhaftem Drogentourismus blieben aus. Im Gegenteil: Die Zahl der Drogentoten sank erheblich, der Konsum unter Jugendlichen ging stark zurück und stieg nur unwesentlich bei den Erwachsenen und Portugal blieb auch von einer Kriminalitäts- und/oder Drogentouristen-Welle verschont. Portugal hat – insbesondere im Vergleich zu Staaten mit strikter Kriminalisierung – die niedrigsten Konsumentenzahlen europaweit. Die Bundesrepublik Deutschland hat dagegen mit ihrer andauernden Kriminalisierungsstrategie keine Erfolge bei der Reduzierung der Konsumentenzahlen erreichen können und liegt bei den Konsumentenzahlen von 15 bis 64 Jährigen bspw. auch deutlich vor den

Niederlanden (Glenn Greenwald, „Drug decriminalization Portugal lessons creating fair successful drug policies“).

In Luxembourg wurde Cannabis für den privaten Gebrauch aus Gründen der Suchtprävention weitgehend legalisiert (<https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2018-12/suchtpraevention-luxemburg-drogen-cannabis-legalisierung-besitz-konsum-herstellung-einnahmen>).

Die Fraktion von „Bündnis 90/Die Grünen“ im Bundestag hat einen Gesetzentwurf eingebracht (BT-Drs. Vom 04.03.2015 – 18/4204), der letztlich die Erfahrungen mit Legalisierungsvarianten aus dem Ausland aufgreift. So werden lizenzierte Cannabisfachgeschäfte vorgeschlagen, wobei der Erwerb und Besitz von 30g Cannabis und der Anbau von 3 Pflanzen zum Eigenbedarf für Erwachsene ermöglicht werden soll.

Die Global Commission on Drug Policy, der insb. Ex-Staatschefs um den früheren UN-Generalsekretär Kofi Annan und den früheren NATO-Generalsekretär Javier Solana angehören, setzt sich ebenfalls für eine Liberalisierung der Drogenpolitik ein. Auch hier geht es den Initiatoren hauptsächlich um die Erkenntnis, dass durch Verbote kein Konsumrückgang oder auch nur ein verantwortungsvoller Umgang mit Cannabis erreicht werden kann. Daher dürften Konsumenten nicht länger kriminalisiert werden und die Subventionierung der Drogenkartelle müsse beendet werden.

Das UN Office on Drugs and Crime (UNODC) veröffentlichte im Oktober 2015 ein „Briefing paper: Decriminalisation of Drug Use and Possession for Personal Consumption“ in dem es u.a. heißt (automatische Übersetzung):

Negative Auswirkungen der Kriminalisierung

Die Behandlung von Drogenkonsum zu nichtmedizinischen Zwecken und Besitz für den persönlichen Verbrauch als Straftaten hat zu Problemen im Bereich der öffentlichen Gesundheit beigetragen und negative Konsequenzen für die Sicherheit, die Sicherheit und die Menschenrechte verursacht.

Gesundheitliche Konsequenzen und drogenbedingte Todesfälle: Die Gefahr der Verhaftung und strafrechtlicher Sanktionen hat nachweislich den Zugang zu lebensrettenden Gesundheitsdiensten wie sterile Nadeln

und Spritzen, Opioidsubstitutionstherapie, Naloxon bei Überdosierung, HIV-Infektionen und Hepatitis-C-Epidemien unter den Menschen blockiert Drogen und trägt dazu bei, vermeidbare Todesfälle durch diese durch Blut übertragenen Viren und eine Überdosis Drogen zu verhindern.

Diskriminierung, soziale Ausgrenzung und Gewalt: Die starke Betonung der Kriminalisierung hat zu einer erheblichen Diskriminierung von Drogenabhängigen geführt, einschließlich Ausschluss vom Arbeitsplatz, von der Erziehung, vom Sorgerecht für Kinder und von der Gesundheitsfürsorge. Drogenabhängige, insbesondere Frauen, die Drogen konsumieren, sind besonders anfällig für sexuellen, körperlichen und psychischen Missbrauch.

Inhaftierungen in Zwangsanstalten: Eine große Anzahl von Menschen, die Drogen konsumieren und injizieren, wird ohne deren Einwilligung in Drogenstrafanstalten gehalten, oft ohne ordnungsgemäße gerichtliche Verfahren. Diese Freiheitsentziehungen stützen sich oft nicht auf eine ordentliche Beweisführung, und sie stehen im Widerspruch zur medizinischen Ethik und zu Menschenrechten.

Inhaftierung: Weltweit werden Millionen von Menschen wegen geringfügiger, gewaltfreier Drogendelikte inhaftiert, obwohl die internationalen Drogenkontrollübereinkommen Bestimmungen enthalten, die es erlauben, in Fällen von „geringfügiger Natur“ Alternativen zur Verurteilung anzuwenden. In vielen Ländern ist ein überproportionaler Anteil der Inhaftierten von den am meisten marginalisierten Gruppen wie etwa Armen oder ethnischen Minderheiten, was zu einer Überfüllung der Gefängnisse und damit verbundenen negativen Folgen, einschließlich der Untersuchungshaft, führt. Die Inhaftierung wiederum führt zu Armut und sozialer Ausgrenzung, da ein Vorstrafenregister den Zugang zu zukünftigen Arbeitsplätzen, zu Bildung, zu Wohnraum und zu Sorgerechtsstätten sowie zur Ausübung von Bürgerrechten wie der Stimmabgabe negativ beeinflussen kann.

Daraus ergibt sich also, dass die UN erkannt hat, dass es widersinnig ist, das Leben der Cannabis-Konsumenten dadurch schützen zu wollen, dass dieses Leben durch staatliche Repression, Strafverfolgung, Haft und Vorenthaltung eines Verbraucherschutzes zerstört wird.

I.3. Initiative von 122 Strafrechtsprofessoren

In der Bundesrepublik Deutschland gab es u.a. einen Vorstoß von 122 Strafrechtsprofessoren, Richtern und Staatsanwälten für eine Legalisierung. Die jahrzehntelange Kriminalisierung von Cannabis hat schließlich zu keinen angestrebten Ergebnissen geführt. Der Cannabis-Konsum besteht nach wie vor in unvermindertem Maße. Dagegen verursacht die Kriminalisierungsstrategie jährlich 3,3 Milliarden EUR Kosten für die Strafverfolgung (dazu auch die umfassende Studie der DICE Consult GmbH im Auftrag des Deutschen Hanfverbandes: https://hanfverband.de/sites/hanfverband.de/files/cannabis_final-141118.pdf). Zudem werden Polizeien, Staatsanwaltschaften und Gerichte über die Maßen mit der Strafverfolgung belastet. Der Bezirksstaatsanwalt von Washington State, Pete Holmes, äußerte daher bspw. „Der beste Weg, Polizei und Ermittlungsbehörden zu unterstützen sind Legalisierung, Regulierung und Besteuerung.“ Herr Holmes war daher auch der erste Kunde in einem der neu eröffneten lizenzierten Cannabis-Fachgeschäfte. Auch der luxembourgeoische Justizminister, Felix Braz, räumte ein „Wir müssen einsehen, dass wir mit einem rein repressiven Ansatz dem Problem nicht beikommen.“ (Luxemburger Wort vom 19.09.2014). Daneben erkennt er das Problem, dass die Kriminalisierung dazu führt, dass gelegentlich konsumierenden Jugendlichen oft die Zukunft durch strafrechtliche Maßnahmen verbaut wird. Der Staat sorgt also dafür, dass das Leben der Jugendlichen zerstört wird, statt echte Hilfe anzubieten. Die Kriminalisierung und Strafverfolgung in der Bundesrepublik ist entgegen dem weltweiten Trend zur „Entspannung“ zum Selbstzweck geworden – die Prävention spielt tatsächlich keine Rolle (vgl. Kniesel, ZRP 1994, 352, 353: „Der Gewinn [gemeint ist der Gewinn eines ‚symbolischen Strafrechts‘] liegt nicht in der Zunahme strafrechtlichen Rechtsgüterschutzes, sondern im Imagezuwachs beim Gesetzgeber.“). Dies zeigt sich nicht nur daran, dass lediglich 0,3 % der Strafverfolgungskosten für Prävention ausgegeben werden. Durch die Kriminalisierung ist vor allem auch kein offenes Beratungsangebot für Konsumenten möglich, Forschungen an Cannabis werden verunmöglicht, Konsumenten werden dem illegalen Markt überlassen, Qualitätskontrollen, Jugendschutz usw. sind schlicht nicht möglich. Bei einer Legalisierung von Cannabis könnten dagegen erhebliche Steuereinnahmen generiert werden, die dann wiederum für echte Prävention, Aufklärung, Beratung und vor allem den Jugendschutz eingesetzt werden könnten.

Die Resolution der 122 Professoren wird u.a. auch von der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin und vom Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK) unterstützt (Focus vom 15.10.2014, „Chef des Kriminalbeamten-Bundes: Das Drogenverbot muss in Frage gestellt werden“). Der Vorsitzende des BDK, Andre Schulz, stellt fest, dass die Verfolgung von Wirtschaftskriminalität, Menschenhandel, Zigarettenschmuggel etc. nicht adäquat betrieben werden kann, da durch die Verfolgung von Drogendelikten eine hohe Auslastung bei der Polizei entsteht. Der BDK stellt Fragen, wie: Gehört es nicht zu einem selbstbestimmten Leben, dass jeder mündige Bürger selbst entscheidet, ob er berauschende Mittel nimmt oder nicht? Werden durch die Kriminalisierung eines gesellschaftlichen Phänomens nicht erst kriminelle Karrieren geschaffen, wie es Kriminologen behaupten? Ist die Cannabis-Entscheidung des BVerfG aus 1994 noch zeitgemäß? Und der BDK stellt zudem nüchtern fest, dass es weltweit – trotz eines massiven „Krieges gegen Drogen“ – noch nie so viele Konsumenten gab, wie heute; dass es in Deutschland jährlich 74.000 Tote wegen Alkoholmissbrauchs und 114.000 Tote wegen Tabakkonsums gibt, dagegen Null Todesfälle wegen Cannabis-Konsums.

I.4. Hintergründe der Cannabis-Prohibition

Cannabis wurde durch die Menschheit bereits seit Jahrtausenden genutzt. Die Hanfpflanze wurde vielseitig verwendet. Der erste Nachweis über den medizinischen Einsatz von Cannabis findet sich in einem chinesischen Medizinhandbuch aus dem Jahre 2.700 v.u.Z., wo Cannabis bspw. für Frauenkrankheiten, Gicht und Rheumatismus empfohlen wird. Als Medizin kam der Durchbruch vor allem als Schmerzmittel. Im 19. Jahrhundert wurde Cannabis beispielsweise vor allem für Migräne, Krämpfe, Bronchialkrankheiten und Schlafstörungen empfohlen und löste Opium als Hauptschmerzmittel ab. In den USA machte Cannabis bspw. zwischen 1842 und 1900 die Hälfte aller verkauften Medikamente aus. Es ist bekannt, dass Cannabis durch das Cannabinoid-System des Körpers letztlich ein körpereigener Stoff ist – Alkohol beispielsweise ist dagegen ein vollkommen körperfremder Stoff, der vom Körper als Gift behandelt wird und bereits deshalb ungleich gefährlicher ist.

Ein Ursprung der Cannabis Prohibition ist Ägypten. Dort wurde Cannabis bereits in den 1920er Jahren verboten, das Verbot blieb jedoch weitgehend wirkungslos, da Cannabis aus den Nachbarländern immer wieder eingeführt

wurde. Deshalb wurde Dr. El Guindy 1924 zur Opiumkonferenz entsandt, um dort für ein weltweites Cannabisverbot zu werben. Da es keine wissenschaftlichen Beweise für eine Gefährlichkeit von Cannabis gab, erfand Dr. El Guindy möglichst dramatische Szenarien, um die Konferenz von der Gefährlichkeit von Cannabis zu überzeugen. Zweck der Konferenz war eigentlich die Regulierung für Opium, Heroin und Kokain. Daher musste Dr. El Guindy sich bemühen, die Gefährlichkeit von Cannabis auf das Niveau dieser Drogen anzuheben. Er schilderte also, dass Cannabis die Menschen träge mache, dass dauerhafter Konsum die Menschen zerstören könnte und das politische und religiöse Führer extrem besorgt seien über den zunehmenden Cannabiskonsum in der Bevölkerung. Er schilderte die frei erfundenen Risiken und Gefahren in schillernden Farben und mit großen Emotionen. Die Teilnehmer der Konferenz haben zum Großteil erstmalig von Cannabis gehört und waren entsetzt, dass diese bisher wenig beachtete und offensichtlich extrem gefährliche Droge bisher nicht kontrolliert war. Die Konferenzteilnehmer wogen sich daher sehr schnell einig, dass Cannabis dringend kontrolliert werden müsse. Ein weltweites Verbot war damit also noch nicht durchgesetzt. Es wurden jedoch Institutionen geschaffen (beispielsweise die bis heute bestehende Bundesopiumsstelle beim BfArM mit ihrer Cannabis-Agentur), die Cannabis beobachten sollten.

Ein weiterer Ursprung der Cannabis Prohibition liegt in den USA. Dort war bis 1930 der Cannabiskonsum weit verbreitet. Beispielsweise auch über George Washington wird berichtet, dass er dem Cannabiskonsum gelegentlich nicht abgeneigt war. Hauptinitiator der Cannabis Prohibition in den USA war Harry Anslinger, Chef des US-Federal-Bureau-Of-Narcotics. Nachdem die Alkoholprohibition in den USA gescheitert war und die Zeit der Wirtschaftskrise herrschte, befürchtete Anslinger, dass seine Karriere gefährdet sein könnte. Das neue Projekt, das Anslingers Karriere retten und befördern sollte, war, Cannabis um jeden Preis zu verbieten. Dazu ließ er hauptsächlich Propagandafilme produzieren, in denen folgende frei erfundene Behauptungen aufgestellt worden: 1. Cannabis führt zu Gewalt (dabei wurden Szenen gezeigt, in denen jemand mit ihrem Blick einen anderen mit einem Schlagstock zusammenprügelt), 2. Cannabis verursacht sexuelles Verlangen (hier wurden Situationen inszeniert, in denen Personen, wie von Sinnen, „unsittlich“ werden), 3. Cannabis verändert die Persönlichkeit (hier wurden vor allem Selbstmorde durch springen aus dem Fenster inszeniert). Wichtig bei der Propaganda war unter anderem, dass nicht der Begriff Cannabis verwendet wurde sondern das spanische Wort

Marihuana. So wollte Anslinger eine direkte Verbindung zu Migranten schaffen, um die Wirksamkeit seiner Propaganda zu verstärken.

Bereits damals gab es einen unabhängigen Bericht, der all diese „Argumente“ widerlegte und Anslinger erhielt zahlreiche Post von Ärzten, die sich über die Lügen in der Propaganda beschwerten. Die Propaganda des Herrn Anslinger verfiel jedoch unter konnte das Verbot des Besitzes und des Konsums von Cannabis in den USA durchsetzen. Auch die spätere Übernahme dieser Cannabis Prohibition durch 180 UN-Mitgliedstaaten geht direkt auf die irrationale Propaganda des Herrn Anslinger zurück. Die Propagandalügen wurden zum Mythos und schließlich zum „Stand der Wissenschaft“, sodass heute mühsam versucht werden muss, diese Mythen wissenschaftlich zu widerlegen. Ein Umstand, warum die Befürworter der Cannabis Prohibition die Möglichkeit haben, ihre Mythen immer wieder als Fakten darzustellen und wissenschaftliche Erkenntnisse immer wieder als „Kiffer-Propaganda“ degradiert werden, ist, dass die Cannabis Prohibition der Art exzessiv wirkt, dass auch die unabhängigen Forschung zur tatsächlichen Wirkung nahezu unmöglich ist. Auf Alkohol übertragen, wäre es so, als ob ständig mit einem täglichen Konsum großer Mengen selbstgebrannten hochprozentigen Schnaps die Gefährlichkeit der Substanz begründet wird und das Argument, dass der übliche Konsum doch eher im gelegentlichen Trinken von Bier und Wein in verträglichen Mengen liegt, ungehört verhallt. Aufgrund der irrational verzerrten Debatte um Cannabis ist es aber möglich, den dauerhaften Konsum synthetisch produzierter hochpotenter Substanzen als Standard darzustellen und selbst eine noch so geringe Gefahr über die Maßen zu betonen, dass bis heute von einer irrationalen Propaganda zur Rechtfertigung des Cannabisverbots gesprochen werden muss.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wird Anslinger zu der UN befördert, wo er sein Projekt fortführt. Das Ergebnis ist die Single Convention von 1961.

Mit der Verbreitung der Hippie-Kultur in den 1960er Jahren stieg der Konsum bei jungen Menschen auch in Europa und Deutschland plötzlich erheblich an. Um dieser als schädlich eingestuften Kultur entgegenzuwirken, hielt es der Gesetzgeber unter anderem für erforderlich, dass prägende Genussmittel dieser Kultur zu kriminalisieren. Daher wurde dankbar auf die Single Convention 1961 zurückgegriffen und ein Cannabisverbot in Deutschland eingeführt. Das Cannabisverbot basiert

damit auf frei erfundene Propaganda und vielen Gründen, die nichts mit Wissenschaft oder gar einer Gefährlichkeit von Cannabis zu tun hätten. Da dieses Cannabisverbot frei von sachlichen Rechtfertigungsgründen war und ist wurde auch gleich die gesamte Hanfpflanze als gefährlich eingestuft und damit eine der ältesten und vielseitigen Kulturpflanzen verboten.

Es kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, dass die Prohibition betreffend Cannabis nahezu ausschließlich politische Gründe hatte. Insbesondere die USA betrieb eine Verteufelungskampagne gegen Cannabis, was im Ergebnis zur bis heute andauernden weltweiten Prohibition führte. Das ursprüngliche Gutachten des Gefängnisarztes Fossier aus den USA, welches den wissenschaftlichen Beweis erbringen sollte, dass Cannabis zu gefährlich ist, um es legal zu lassen, enthält u.a. folgenden Inhalt: „Die herrschende Rasse und die aufgeklärtesten Länder sind alkoholisch, derweil die Länder und Nationen, die Hanf und Opium verfallen sind, [...] sowohl geistig, als auch physisch zugrunde gegangen sind“. Der Cannabisprohibition liegt also auch und nicht zuletzt eine zutiefst rassistische Ideologie zugrunde, die davon ausgeht, dass die „Herrenmenschen“ Alkohol als Genussmittel konsumieren und die sogenannten „Untermenschen“ dem Cannabis und anderen Drogen verfallen sind. In der heutigen Rhetorik findet sich dieses Argument in der Aussage wieder, dass in Deutschland allein Alkohol kulturell verankert sei und Cannabis in Deutschland schlicht keine soziokulturelle Verankerung hätte.

I.5. Wirtschaftliche Erwägungen zur Cannabis-Prohibition

Es wird auf einen Beitrag der Zeitschrift „Business Insider“ über eine Studie von Ashley C. Bradford und W. David Bradford (Juli 2016) Bezug genommen. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die (Teil)Legalisierung von Cannabis in US-Staaten zu einem erheblichen Rückgang des Medikamentenverbrauchs und damit zu erheblichen Umsatzeinbußen der Pharmaindustrie geführt hat. Gleichzeitig wird festgestellt, dass Studien, die sich gegen die Legalisierung von Cannabis richten, oft von der Pharmaindustrie finanziert werden.

Prof. Rainer Schmid (Chemiker und Toxikologe, Leiter der Abteilung Toxikologie und Medikamentenanalytik am AKH Wien; langjährig in der Drogenprävention tätig; Leiter der Medical Cannabis Research & Analysis

GmbH) erklärt in einem Beitrag vom 29.10.2018 („Der Vorwurf fehlender Wirksamkeit ist absurd“: <https://www.mcra.eu/schmid-der-vorwurf-fehlender-wirksamkeit-ist-absurd/>), dass Cannabis bis 1898 (Einführung von Aspirin) das am meisten verkaufte Arzneimittel in Europa war. Das lag vor allem daran, dass Cannabis sehr spezifisch wirkt und dabei im Vergleich zu anderen Medikamenten extrem wenig und sehr geringe Nebenwirkungen hat. Prof. Schmid beklagt, dass seit der Prohibition kaum ernsthafte Forschung möglich war und ist, da schon der Zugang zum Forschungsobjekt Cannabis unmöglich oder extrem schwierig war und ist. Weiter wird darauf hingewiesen, dass der Mythos des erheblichen Risikos von Psychosen oder Schizophrenie durch Cannabiskonsum nicht zutreffend ist – „wird Cannabis in therapeutischer Dosierung eingenommen, werden keine psychischen und physiologischen Funktionen gestört oder Organe geschädigt.“ und „eine eindeutige Kausalität für eine Entstehung von Schizophrenie durch Cannabiskonsum konnte bisher nicht nachgewiesen werden“. Dabei ist anzumerken, dass derzeit die maximale therapeutische Dosierung bei 100 g pro Monat liegt.

Diese Erkenntnis kann auf den gesamten Anwendungsbereich von Hanf/Cannabis übertragen werden. Zahlreiche Geschäftszweige würden teilweise erheblich umstrukturiert werden müssen, wenn Hanf/Cannabis vollständig legalisiert wäre, da die Einsatzmöglichkeiten vielfältig sind und sich eine Verdrängung zahlreicher „hergebrachter Produkte“ durch Hanf-Produkte aufdrängt. Nicht zuletzt die Alkoholindustrie befürchtet einen Umsatzeinbruch, würde Cannabis legalisiert werden.

Für die Alkoholkonzerne hatte die „Cannabis-Prohibition“ Vorteile, denn ein Konkurrenzprodukt in Sachen Rausch war schwer verfügbar und vor allem gesellschaftlich geächtet. Deshalb stellt die Cannabis-Legalisierung die Alkoholindustrie 100 Jahre nach der Prohibition vor neue Herausforderungen. Boerse.ard.de stellt am 16.01.2019 die „Gefahr“ einer Cannabis-Legalisierung für die Alkoholindustrie wie folgt dar (<https://boerse.ard.de/anlagestrategie/branchen/prohibition-cannabis-legalisierung100.html>):

Denn eine aktuelle Studie will herausgefunden haben, dass es im Zuge der Cannabis-Legalisierung unter den Alkoholkonsumenten zu einer Verlagerung kommen könnte: weg vom Alkohol, hin zu Cannabis-Produkten. Das Analyse-Unternehmen New Frontier Data hat sich auf

das Thema spezialisiert. Schafft die Legalisierung das, was die Alkohol-Prohibition nicht leisten konnte? Senkt sie den Alkoholkonsum der Bevölkerung?

Die Analysten haben 3.000 Cannabis-Konsumenten befragt. Zwei Drittel hätten geantwortet, wenn sie die Wahl hätten, würden sie Cannabis gegenüber Alkohol bevorzugen. 45 Prozent sagten, sie würden künftig wahrscheinlich häufiger Alkohol durch Cannabis ersetzen. Die Autoren der Studie lesen aus ihren Daten, dass es sich dabei um einen dauerhaften Trend handeln könnte.

Das BtmG hat nicht die Aufgabe, bestimmte Industrien vor unerwünschter Konkurrenz zu schützen – allein eine erhebliche Gefährlichkeit für die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung könnte ein Cannabis-Verbot rechtfertigen. Eine solche Gefährlichkeit ist jedoch nicht begründbar.

II. Die Entscheidung BVerfG 1994

II.1. Darstellung der Entscheidung und kritische Bewertung

BVerfG 1994 stellte im Wesentlichen u.a. folgendes fest:

Das allgemeine Konzept des Gesetzgebers, den Umgang mit Cannabisprodukten – abgesehen von sehr engen Ausnahmen – umfassend zu verbieten, verstößt für sich nicht gegen das Übermaßverbot. Es wird durch die erstrebten Zwecke gerechtfertigt, die Bevölkerung – zumal die Jugend – vor den von der Droge ausgehenden Gesundheitsgefahren sowie vor der Gefahr einer psychischen Abhängigkeit von der Droge zu schützen und deshalb vor allem den kriminellen Organisationen, die den Drogenmarkt beherrschen, und ihrem gemeinschädlichen Wirken entgegenzutreten. Diesen wichtigen Gemeinschaftsbelangen stehen gleichwertige Interessen an einer Freigabe des Umgangs mit der Droge nicht gegenüber.

Zu den Wirkungen und Gefahren trifft BVerfG 1994 folgende Feststellungen:

Die ursprüngliche Einschätzung der Gesundheitsgefahren durch den Gesetzgeber ist heute umstritten. Jedoch ist auch die den Vorlagebeschlüssen zugrundeliegende Annahme mangelnder

Gefährlichkeit von Cannabisprodukten ungesichert.“ [...] „Die konkreten physischen und psychischen Wirkungen sowohl des einmaligen wie des fortgesetzten Cannabiskonsums werden zum Teil unterschiedlich beschrieben“ [...] „Weitgehende Übereinstimmung besteht darin, dass Cannabisprodukte keine körperliche Abhängigkeit hervorrufen (vgl. Körner, a.a.O., Anhang C 1, Anm. 46 g; Eberth/Müller, Betäubungsmittelrecht, 1982, § 1 Rdnr. 27; Geschwinde, a.a.O., S. 41, Rdnr. 156) und – außer bei chronischem Konsum hoher Dosen – auch keine Toleranzbildung bewirken (vgl. Körner, a.a.O.; Geschwinde, a.a.O.; Bundesgesundheitsamt, a.a.O., S. 13; a.A. Täschner, a.a.O., S. 147 ff.). Auch werden die unmittelbaren gesundheitlichen Schäden bei mäßigem Genuss als eher gering angesehen (vgl. Geschwinde, a.a.O., S. 41 Rdnr. 155; Täschner, a.a.O., S. 143 ff.; Bundesgesundheitsamt, a.a.O., S. 10, 14 ff.). Andererseits wird die Möglichkeit einer psychischen Abhängigkeit kaum bestritten (vgl. Täschner, a.a.O., S. 147 ff.; Körner, a.a.O.; Bundesgesundheitsamt, a.a.O.; Geschwinde, a.a.O., S. 42 Rdnr. 157 [für eine Minderheit von Cannabiskonsumern bei hohem, langandauerndem Missbrauch]); dabei wird aber das Suchtpotential der Cannabisprodukte als sehr gering eingestuft (vgl. Täschner, NStZ 1993, S. 322 [323]). Dem entspricht die hohe Zahl der unauffälligen Gelegenheitskonsumenten sowie der Verbraucher, die sich auf den Konsum von Haschisch beschränken. Ferner wird beschrieben, dass der Dauerkonsum von Cannabisprodukten zu Verhaltensstörungen, Lethargie, Gleichgültigkeit, Angstgefühlen, Realitätsverlust und Depressionen führen könne (vgl. Körner, a.a.O.; Täschner, a.a.O.; zurückhaltender: Geschwinde, a.a.O., S. 42 ff.; Bundesgesundheitsamt, a.a.O.) und dies gerade die Persönlichkeitsentwicklung von Jugendlichen nachhaltig zu stören vermöge. Umstritten ist dagegen die Verursachung des sogenannten amotivationalen Syndroms, eines durch Apathie, Passivität und Euphorie gekennzeichneten Zustandsbildes. Die Diskussion geht darum, ob der Konsum von Cannabisprodukten das amotivationale Syndrom hervorruft (so Täschner, a.a.O., S. 154 ff.) oder ob der Konsum erst die Folge der schon vorher bestehenden Lebenseinstellung darstellt (so Quensel, a.a.O., S. 387; zurückhaltender: Geschwinde, a.a.O., S. 42 ff., Rdnrn. 158 bis 164; Bundesgesundheitsamt, a.a.O., S. 17 f.). Weitgehende Einigkeit besteht indessen darüber, dass das amotivationale Syndrom nur mit einem Dauergenuss von Cannabisprodukten in höherer Dosierung einhergeht.

Überwiegend abgelehnt wird nunmehr die Auffassung, Cannabis habe eine "Schrittmacherfunktion" auf härtere Drogen hin, soweit damit eine stoffliche Eigenschaft der Cannabisprodukte bezeichnet werden soll (vgl. Körner, a.a.O., Anhang C 1, Rdnr. 46 m; Geschwinde, a.a.O., S. 44 f., Rdnr. 166; Quensel, a.a.O., S. 391; Bundesgesundheitsamt, a.a.O., S. 22 ff.).“ [...]

Unbestritten ist schließlich, daß ein akuter Cannabisrausch die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt (vgl. hierzu Kreuzer, NStZ 1993, S. 209 ff.; Maatz/Mille, DRiZ 1993, S. 15 ff.; BVerfGE 89, 69 [77 ff.]).“ [...]

„Die kriminalpolitische Diskussion darüber, ob eine Verminderung des Cannabiskonsums eher durch die generalpräventive Wirkung des Strafrechts oder aber durch die Freigabe von Cannabis und eine davon erhoffte Trennung der Drogenmärkte erreicht wird, ist noch nicht abgeschlossen. Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse, die zwingend für die Richtigkeit des einen oder anderen Weges sprächen, liegen nicht vor.

Die abweichende Meinung des Richters Sommer fasst die Feststellungen wie folgt zusammen:

Nach den Feststellungen des Senats (vgl. Beschluss C.1.2.c und 3) ist diese Gefahreinschätzung heute umstritten: Die von Cannabisprodukten ausgehenden Gefahren für die durch das Betäubungsmittelgesetz geschützten Rechtsgüter stellen sich als geringer dar, als der Gesetzgeber bei Erlass des Gesetzes angenommen habe. Die unmittelbaren gesundheitlichen Schäden bei mäßigem Genuss seien als eher gering anzusehen. Während körperliche Abhängigkeit weitgehend verneint werde, sei die Möglichkeit einer leichten psychischen Abhängigkeit kaum umstritten; gleichwohl werde das Suchtpotential der Cannabisprodukte als sehr gering eingestuft. Die These von der "Schrittmacherfunktion" werde heute überwiegend abgelehnt. Es bleibe im Wesentlichen die Möglichkeit der Verursachung des sogenannten "amotivationalen Syndroms" als Begleiterscheinung des Dauerkonsums Jugendlicher und psychisch vorbelasteter Erwachsener sowie des Dauerkonsums großer Mengen, wobei insoweit aber die Frage nach der Ursächlichkeit der Droge Cannabis offen sei.

Bereits 1994 wurde die Datenbasis für BVerfG 1994 als unaktuell und nicht breit gefächert genug kritisiert. Fest steht, dass die Beklagte einer Beobachtungs-, Prüfungs- und Nachbesserungspflicht unterliegt (abweichende Meinung des Richters Sommer mit Verweis auf: BVerfGE 65, 1 [55 f.]; 88, 203 [309 f.]). BVerfG 1994 beschränkte sich jedoch angesichts der überwiegend ungesicherten Tatsachengrundlagen auf eine Verpflichtung zur Beobachtung und weiteren Prüfung in der Zukunft (vgl. BVerfG 1994, C.I.6.). Bereits der Zeitablauf von 21 Jahren seit 1994 macht daher eine erneute Überprüfung der Sach- und Rechtslage zwingend erforderlich. Dabei muss sich die Prüfung an den Zwecken der bestehenden Cannabis-Kriminalisierung orientieren. Als Zwecke der Kriminalisierung des Umgangs mit Cannabis werden von BVerfG 1994 folgende benannt:

- a) Schutz der Bevölkerung – vor allem der Jugend – vor den von der Droge ausgehenden Gesundheitsgefahren, insbesondere der Gefahr einer psychischen Abhängigkeit von der Droge;
- b) Schutz eines von Rauschmitteln nicht getrüben sozialen Zusammenlebens im Bundesgebiet;
- c) Schutz der Bevölkerung – vor allem der Jugend – vor den kriminellen Organisationen, die den Drogenmarkt beherrschen, und ihrem gemeinschädlichen Wirken.

Bereits die Ausweitung des Rechtsgutschutzes auf b) und c) erscheint problematisch, da die Aufnahme von Cannabis in die Anlage I zum BtmG allein mit dem Schutz der „Volksgesundheit“ gerechtfertigt wurde. Das BVerfG hat hier bekanntlich auch die Schaffung eines sanktionsfreien Raums gefordert – Taten bzgl. geringer Mengen bis zu einem bundeseinheitlich festzusetzenden Grenzwert sollen straffrei bleiben. Dennoch bleibt den Verfolgungsbehörden – trotz der verfassungsrechtlich angeordneten Straffreiheit – die breite Palette von Ermittlungsmaßnahmen (insb. Personen- und Wohnungsdurchsuchungen, Befragungen der Familie, des Umfeldes etc.), wobei nicht selten schon die Ermittlung, ob eine geringe Menge vorliegt oder nicht, aufwändig sein kann. Gerade hier wird deutlich, dass der Schutz des Gemeinwohls eher der polizeirechtlich verankerten Gefahr für die öffentliche Sicherheit entspricht, denn einem strafwürdigen sozialwidrigen Verhalten. Hier wird also Polizeirecht ins Strafrecht transferiert (Schneider, StV 1994, 390 ff.: „Konzeption eines Polizeistrafrechts“; Kniesel, ZRP 1994, 352). Schließlich überzeugt es

nicht, wenn die von der Kriminalisierung betroffenen Konsumenten mit dem Argument verfolgt werden, die internationale Kriminalität müsse bekämpft werden. Die Konsumenten sind Opfer und nicht Förderer der internationalen Kriminalität. Das Konzept, die Opfer zu bestrafen, um sie vor dem Schädiger zu schützen, ist jedoch systemfremd. Dies zeigt sich erneut beispielhaft an den zahlreichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, deren berufliche Laufbahnen und Familien nachhaltig zerstört werden mit dem Argument, sie vor der relativ harmlosen Droge Cannabis schützen zu wollen.

An dieser Stelle ist aus verfassungsrechtlicher Sicht generell die Rechtfertigung der Aufnahme von Cannabis in die Anlage I zum BtMG bezüglich der Sozialwidrigkeit des strafrechtlich sanktionierten Verhaltens zu stellen. Unter Strafe darf schließlich nur ein sozialwidriges Verhalten gestellt werden. Wenn jedoch als Rechtfertigung für die Strafwürdigkeit die Bekämpfung internationaler Drogenkartelle u.ä. angeführt wird, steht hier bereits die Verfassungsmäßigkeit des Gesetzeszwecks in Frage. Durch die Ausweitung der vermeintlich geschützten Rechtsgüter wird das Gesetz zu einer erheblichen Bedrohung der Freiheitsrechte der Bürger – hier im Konkreten der generell gesetzestreuen Cannabis-Konsumenten. Der moderne demokratische Rechtsstaat muss jedoch darauf achten, zumindest nicht hinter die, den Absolutismus ablösenden, Gedanken der Aufklärung zurückzufallen, wonach u.a. das Gesetz stets der Freiheitsgarantie dienen muss. Das Strafrecht darf also nie zur Durchsetzung staatlicher Macht gebraucht werden. Vielmehr muss das Wesensmerkmal eines modernen Strafrechts die Begrenzung staatlicher Macht gegenüber den einzelnen Bürgern sein. Bereits Franz von Liszt hat in diesem Zusammenhang folgendes ausgeführt:

Nach meiner Meinung ist, so paradox es klingen mag, das Strafgesetzbuch die Magna Charta des Verbrechers. Es schützt nicht die Rechtsordnung, nicht die Gesamtheit, sondern den gegen diese sich auflehrenden Einzelnen. Es verbietet ihm das Recht, nur unter den gesetzlichen Voraussetzungen und nur innerhalb der gesetzlichen Grenzen bestraft zu werden. Der Doppelsatz: nullum crimen sine lege; nulla poena sine lege ist das Bollwerk des Staatsbürgers gegenüber der staatlichen Allgewalt, gegenüber der rücksichtslosen Macht der Mehrheit, gegenüber dem Leviathan. Ich habe seit Jahren das Strafrecht gekennzeichnet, als die rechtlich begrenzte Strafgewalt des Staates. Ich

kann jetzt auch sagen: Das Strafrecht ist die unübersteigbare Schranke der Kriminalpolitik. Und es wird und soll das bleiben, was es ist. (zit. in: Adolf Möller-Emmert, Sozialschädlichkeit und Strafbarkeit, GA 1976, 291ff.)

Diese Aussagen sind nicht als Aufruf zur Rücksichtnahme gegenüber Straftätern zu verstehen. Vielmehr ging es Liszt um den Schutz des Gesetzestreuen Bürgers gegen Übergriffe und Willkürlichkeiten des Staates. Beschämend ist freilich der Gedanke, dass diese über 200 Jahre alten Gedanken noch heute geradezu „revolutionär“ wirken angesichts der Realität, dass das Strafrecht mehr und mehr als Mittel der Symbol- und Machtpolitik missbraucht wird. Wenn also – wie gerade im Cannabis-Strafrecht – erhebliche Grundrechtseingriffe in die Freiheitsrechte von Cannabis-Konsumenten durch das Strafgesetz ermöglicht werden und diese hauptsächlich damit gerechtfertigt werden, dass Cannabis kulturell in Deutschland nicht verankert sei und die organisierte Kriminalität zu bekämpfen sei, so werden die Ideen der Aufklärung nicht nur missachtet, sondern in ihr Gegenteil verkehrt. Bereits oben wurde darauf hingewiesen, dass der Schutz von Moralvorstellungen, überkommenen Traditionen usw. durch Repressionen allein in autoritären Staaten üblich ist bzw. sein sollte. Die Sozialwidrigkeit eines Verhaltens, die allein eine Strafwürdigkeit rechtfertigen kann, darf also nur dann angenommen werden, wenn die Spannung zwischen Gemeinschaft und Individuum nicht zu Ungunsten der einen oder der anderen Seite aufgelöst werden kann. Das unter Strafe gestellte Verhalten muss also für die Gemeinschaft derart unerträglich sein, dass das geordnete Zusammenleben in Gefahr steht. Wenn diese Anforderungen auf den Umgang mit Cannabis (hier die gesamte Pflanze, also sämtliche Bestandteile, die in Anlage I zum BtMG aufgeführt sind) übertragen werden, kann als Ergebnis nur die fehlende Strafwürdigkeit stehen.

Da BVerfG 1994 selbst bereits auf die Entwicklung der wissenschaftlichen Tatsachenerkenntnisse abstellt, kann diese Entscheidung einer erneuten gerichtlichen Überprüfung der hier gegenständlichen Rechtsfrage im Jahre 2015 nicht entgegenstehen. Es muss zumindest in einer Beweisaufnahme geklärt werden, ob und in welchem Ausmaß aktuelle Erkenntnisse vorliegen, die von den BVerfG 1994 zugrunde liegenden Erkenntnissen abweichen. Danach wird zu bewerten sein, ob die aktuelle Datengrundlage nach wie vor eine Kriminalisierung des Umgangs mit Cannabis rechtfertigt

oder ob sich die damit verbundenen Grundrechtsverletzungen zu einer Pflicht der Beklagten zum Erlass der begehrten Rechtsverordnung verdichten.

BVerfG 1994 kann auch bzgl. der Bewertungen von Cannabis als reiner Rauschdroge ohne wesentlicher weiterer Verwendung keiner neuen Befassung entgegenstehen. Insbesondere der Vergleich von Alkohol und Cannabis in BVerfG 1994 war bereits zum Zeitpunkt der Entscheidung problematisch und kann zumindest heute nicht mehr gelten. Das BVerfG verweist auf die vielfältigen Nutzungsmöglichkeiten des Alkohols und darauf, dass seine berauschende Wirkung unter einer funktionierenden sozialen Kontrolle stünde. Unter Zugrundelegung dieses nicht repräsentativen Bildes (bspw. des bloßen Konsums eines Glases Wein zum Abend o.ä.) sei Alkohol als legale Droge akzeptabel und unproblematisch. Die regelmäßigen Alkoholexzesse werden schlicht ausgeblendet. Dagegen wird Cannabis allein auf seine Rauschwirkung reduziert, wodurch das Verbot (noch) verfassungskonform sei. In der Anlage I zum BtmG ist jedoch nicht THC – also der rauschverursachende Stoff – aufgenommen, sondern die gesamte Cannabis-Pflanze. Bei einer Bewertung der Nutzungsmöglichkeiten muss also die gesamte Bandbreite der Nutzung beachtet werden. Sodann wird jedoch festzustellen sein, dass der Anteil der berauschenden Wirkung marginal ist. Es darf auch nicht auf die Nutzung während eines bestehenden Verbots abgestellt werden, sondern es muss die mögliche Nutzung ohne ein Verbot betrachtet werden. Die Kriminalisierung kann schließlich nicht dadurch gerechtfertigt werden, dass wegen der Kriminalisierung kaum eine Nutzung stattfindet. Dies wäre ein unzulässiger Zirkelschluss. Die Nutzungsmöglichkeiten (vgl. auch Herer, S. 307 ff.; Schmidtbauer/vom Scheidt, S. 78 ff.) von Hanf/Cannabis werden (unvollständig) wie folgt zusammengefasst:

- Hanffasern zur Textilherstellung – Vor der Cannabis-Prohibition bestanden bspw. die Jeans einer berühmten US-Marke zu großen Teilen aus Hanf. Die Hosen waren damals extrem gut haltbar und widerstandsfähig.
- Hanffasern zur Seilherstellung, für Dämmstoffe
- Lebensmittel: Hanfbrot, Hanfbier, Hanftée, Hanfschokolade, Hanföl
- Hanfsamen zur Ölgewinnung und für die Tierfutterindustrie
- Hanfpapier
- Reste verholzter Pflanzenteile als Tierstreu in Ställen

- Automobilindustrie – Ford baute 1941 ein ganzes Fahrzeug aus Hanf, das zudem mit Hanfkraftstoff fuhr
- Einsatz in der chemische Industrie für: biologische Reinigungsmittel, Biokunststoffe, Pflanzenölfarben, „flüssiges Holz“, Bio-Diesel, Schmierstoffe
- Hanf als Medizin – bis zur Streichung von der Medikamentenliste 1941 galt Cannabis bei über 100 Krankheitsbildern als wirksames Medikament
- Genussmittel: Marihuana (getrocknete Blüten der weiblichen Hanfpflanze), Haschisch (gepresstes Harz der Hanfpflanze)

Schließlich ist anzumerken, dass Cannabis-Konsumenten in der Regel sozial unauffällig sind, während Alkohol-Konsumenten erheblich zur Kriminalstatistik bei Gewaltdelikten beitragen, so dass die These aus BVerfG 1994, die soziale Kontrolle würde die Rauschwirkung des Alkohols kompensieren, angezweifelt werden muss. Hierzu böte sich ggf. zur Beweisaufnahme eine Ortsbegehung während des Oktoberfestes auf der dortigen „Kotzwiese“ an – die Beweisaufnahme würde eindrucksvoll belegen, dass jegliche soziale Kontrolle versagt.

II.2. Anmerkungen von Dr. Carl Nedelmann

Dr. Carl Nedelmann (Jurist und Psychoanalytiker, bis zu seinem Tod Mitherausgeber „Forum der Psychoanalyse“) stellt überzeugend dar, dass die Entscheidung BVerfG 1994 nicht mehr als aktuell angesehen werden kann und es somit einer erneuten Befassung des BVerfG mit der Frage zur Legalisierung von Cannabis bedarf (Deutsches Ärzteblatt 2000, 97(43)):

Das Bundesverfassungsgericht hat 1994 die Ansicht vertreten, dass die Strafvorschriften des Betäubungsmittelgesetzes geeignet sind, die von Cannabis ausgehenden Gefahren zu verringern und die Verbreitung der Droge zu beschränken. Diese Ansicht wird von der Realität widerlegt: Die von Cannabis ausgehenden Gefahren sind geringer als die der legalen Drogen Alkohol und Nikotin. Die Verbreitung der Droge wird durch das Verbot nicht beschränkt, sondern sogar gefördert. Der Rechtsphilosoph Michael Köhler kam zu der Einschätzung, dass das Cannabis-Verbot ein „kollektiver Irrweg“ ist,

der „nicht guten Gewissens weitergegangen werden kann“ (5).
Holland: Zahl der Drogentoten gesunken Das Beispiel Holland zeigt, was passiert, wenn nicht nur der unmittelbare Konsum, sondern auch der Handel von Cannabis freigegeben wird: Dort gibt es Coffeeshops, wo der Verkauf kleiner Mengen geduldet wird. Die Zahl der Cannabis-Konsumenten ist dadurch nicht – wie vielfach befürchtet – gestiegen, sondern sogar zurückgegangen. Obwohl die Märkte für weiche und harte Drogen weitgehend getrennt sind, ist auch die Zahl der Konsumenten harter Drogen zurückgegangen. Die Zahl der Drogentoten ist gesunken. Zurück nach Deutschland: 1971 hat der Gesetzgeber Cannabis dem Betäubungsmittelgesetz mit dem Argument unterstellt, „es wäre nicht zu verantworten, die Droge jetzt frei zu geben“; man erwartete jedoch aufgrund medizinischer Forschung, „dass man in etwa fünf Jahren zu konkreteren Ergebnissen gelangen wird.“ 1994 hielt das Bundesverfassungsgericht daran fest, das Cannabis-Verbot vor dem Grundgesetz mit medizinischen Argumenten zu verteidigen, und schrieb in der Begründung: „Obwohl sich ... die von Cannabisprodukten ausgehenden Gesundheitsgefahren aus heutiger Sicht als geringer darstellen, als der Gesetzgeber bei Erlass des Gesetzes angenommen hat, verbleiben dennoch auch nach dem jetzigen Erkenntnisstand nicht unbeträchtliche Gefahren und Risiken.“

Die im Betäubungsmittelgesetz hergestellte Nähe zu den Opiaten konnte jedoch keine Glaubwürdigkeit mehr finden. Das Bundesverfassungsgericht entschloss sich daher, Cannabis zur besseren Einschätzung mit Alkohol zu vergleichen. Da Alkohol ein Genuss- und Suchtmittel ist, fordert der Vergleich zum einen Antworten auf die Fragen nach Sucht und Abhängigkeit generell. Die Fragen reichen vom akuten Rausch bis zu den Folgen des chronischen und des exzessiven Gebrauchs.

Zum andern fordert der Vergleich mit Alkohol Antworten auf die Fragen nach dem Genuss. Was ist Cannabis als Genussmittel? Hält es auf primitiver Stufe fest? Ist es sublimierungsfähig, also ein Rauschmittel, das sich unserer Kultur angleichen kann? Schließlich ist zu fragen, ob der Meinungsstreit über Cannabis nicht auf dem Missverständnis beruht, dass die Medizin über Legalität oder Illegalität entscheiden müsste. Das ist nicht ihre Aufgabe; die Medizin ist verantwortlich für die erhobenen Befunde und welches Ausmaß sie haben. Vier umfangreiche Publikationen gewähren einen Überblick, wie er

bisher nicht möglich war. Die erste ist eine im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellte Expertise, die die Forschungsliteratur zu pharmakologischen und toxikologischen Wirkungen sowie zu psychosozialen Konsequenzen des Cannabis-Konsums untersucht (1). Die zweite Publikation, gefördert vom Bundesgesundheitsministerium, präsentiert die Ergebnisse einer empirischen Forschung, der eine umfangreiche Befragung von 1 458 cannabiserfahrenen Personen zugrunde liegt (2). Die dritte Veröffentlichung ist dem Spezialproblem Cannabis im Straßenverkehr gewidmet. Es ist ein Sammelband, in dem grundlegende medizinische, psychologische und juristische Aspekte abgehandelt werden (3). Die vierte Publikation ist ein Handbuch zur Suchtmedizin (4).

Unterschiedliches Konsumverhalten

Cannabis wird in der Erwartung konsumiert, Verstimmungen zu beheben, Spannungen zu lindern, Genüsse des Hörens, Sehens, Fühlens und Spürens zu intensivieren oder eine andere Art des Denkens zu genießen. Zu unterscheiden ist der vernünftige Gebrauch, in dem das rechte Maß eingehalten wird, vom unvernünftigen Gebrauch, der bis zur akuten Intoxikation oder bis zum chronischen Exzess führt. Zu unterscheiden ist außerdem zwischen Anfängern, die ausprobieren, und erfahrenen Konsumenten, die präzise Erwartungen haben.

Anfänger empfinden Cannabis-Konsum als Abenteuer und Wagnis. Sie wissen nicht, worauf sie achten müssen. Sie kennen die feinen Zeichen des Rausches nicht und nehmen häufig zu viel. Der Konsum hat ihnen keine Lust gebracht, manchen sogar quälende Unlust. Dies erklärt, weshalb zwei Drittel derer, die Cannabis probieren, es bald wieder aufgeben.

Problematisch sind die gewohnheitsmäßigen Dauer-Konsumenten. Sie haben mit 23,5 Jahren nicht nur das niedrigste Durchschnittsalter, sondern auch am frühesten mit dem Konsum von Cannabis begonnen (Mittel: 15,9 Jahre). Sie konsumieren Cannabis bis zu viermal pro Tag, meist um sich vorübergehend aus Angst und Lebensnot befreit zu fühlen. Wer vor schädlichen Folgen des Cannabis-Konsums warnt, bezieht sich auf die Gruppe dieser exzessiven Konsumenten. Erfahrene Cannabis-Konsumenten sorgen für hinreichend gute äußere Umstände und werden von den Wirkungen der Droge nicht überrascht. Wie es Alkohol-Genießer gibt, so gibt es Cannabis-Genießer. Die

Forschungsergebnisse lassen es zu, auf einem vergleichbaren Niveau des Genusses den Cannabis-Rausch zu beschreiben. Der Rausch ist nach vier Stunden verfliegen Cannabis wird in den allermeisten Fällen inhaliert und zielt unmittelbar auf den Genuss des Rausches, der sofort oder nach wenigen Minuten eintritt. Seine Tiefe kann daher in der Einnahmephase kontrolliert werden. Nach einer Stunde lässt die Wirkung nach, hält sich noch eine weitere Stunde und verschwindet dann allmählich. Nach drei, höchstens vier Stunden ist sie verfliegen. Das macht den Cannabis-Rausch besser kontrollierbar und kalkulierbar als den Alkohol-Rausch.

Ein entscheidendes Charakteristikum des Cannabis-Rausches ist die veränderte Wahrnehmung. Äußere und innere Anforderungen sorgen bei Nüchternheit für gezielte Aufmerksamkeit. Unter dem Einfluss des Cannabis-Rausches intensiviert und erweitert sich die Wahrnehmung. Die gezielte Aufmerksamkeit lässt nach, sonst wenig Bemerktes kann in die Wahrnehmung einfließen.

Ungestörtes Eingehen auf sonst weniger zugängliche Realien, Fantasien und Stimmungen und auf freieres Denken wird durch zwei Eigenschaften des Cannabis-Rausches gefördert. Zum einen wird die Zeit anders erlebt. Sie erscheint gedehnt. Bei angespannter, verantwortungsvoller Berufstätigkeit, bei Sorgen oder bei Kummer, aber auch um der puren Lust willen kann das Gefühl, vorübergehend auf einer Insel der Zeitlosigkeit zu leben, zu den besonderen Erwartungen gehören, die Cannabis zum Genuss machen. Zum anderen bleibt im Cannabis-Rausch das Bewusstsein des Rausches erhalten. Es ist jederzeit möglich, die vollständige Kontrolle über das eigene Verhalten herzustellen.

Folgen

Im Rahmen des gelegentlichen oder regelmäßigen Freizeitkonsums, selbst wenn er die Frequenz von zweimal pro drei Tagen erreicht, entsteht durch Cannabis keine Sucht und keine Abhängigkeit und ist mit gesundheitlichen Schäden nicht zu rechnen. Dieses Fazit der Wissenschaft steht fest.

Wird Cannabis exzessiv konsumiert, entstehen außer Toleranz-Erscheinungen keine Zeichen einer Sucht. Entsteht eine Abhängigkeit, kann sie leichter überwunden werden als beim Alkohol; denn die Entzugssymptome sind flüchtig und klingen innerhalb von Stunden, höchstens von Tagen ab. Es gibt keine somatischen Befunde von

Belang.

Die psychischen Befunde, die bisher in der medizinischen und dann auch in der juristischen Cannabis-Diskussion die Hauptrolle gespielt haben, sind widerlegt oder so sehr relativiert worden, dass sie als Gesundheitsgefahren, die der Gesetzgeber respektieren müsste, nicht in Frage kommen.

Löst Cannabis Psychosen aus? Neuere Studien fanden keine Hinweise für eine charakteristische Psychopathologie bei Cannabis-Konsumenten, die die Diagnose einer eigenständigen „Cannabis-Psychose“ rechtfertigen würden.

Kann Cannabis-Konsum Stunden, Tage oder Monate später einen Flash-Back (Echo-Rausch) auslösen? Eine solche Kausalität lässt sich wissenschaftlich nicht belegen, spielt aber praktisch eine immense Rolle, wenn auch nicht mehr im Strafrecht und Strafgericht, so doch im Verwaltungsrecht und in Verwaltungsmaßnahmen.

Macht Cannabis abhängig? Nach den strengen Kriterien der medizinischen Definition der Abhängigkeit macht Cannabis-Konsum ohne den gleichzeitigen Konsum anderer Rauschmittel zwei Prozent der Konsumenten abhängig. Jedoch spricht in diesen Fällen viel dafür, dass nicht Cannabis die Abhängigkeit bewirkt, sondern dass ungünstige Lebensumstände und -einstellungen dafür verantwortlich sind. In dieser Sichtweise erscheint die Abhängigkeit von Cannabis als ein Symptom, dessen Ursache nicht in einer substanzimmanenten Gefahr, sondern in psychischen Problemen liegt.

Ist Cannabis eine Einstiegsdroge? Diesem Argument liegt ein Fehlschluss zugrunde. Aus dem Befund, dass Heroin-Süchtige zuvor Cannabis konsumiert hatten, war geschlossen worden, dass Cannabis den Weg bahnt. In der epidemiologischen und in der klinischen Forschung gibt es für diesen Umkehrschluss keinen Beleg. Führt Cannabis zu einem amotivationalen Syndrom? Auch bei Störungsbildern, die durch Passivität und Leistungsverweigerung gekennzeichnet sind, stellt sich die Frage nach Ursache und Wirkung. In genügend kontrollierten Studien erscheint Cannabis nicht als Risikofaktor für Demotivationserscheinungen.

Verkehrssicherheit

In der ersten Stunde nach Rauschbeginn sind deutliche Leistungsdefizite festzustellen. Es ist aber wenig wahrscheinlich, dass in dieser Zeit Auto gefahren wird. Die Erklärung liegt in der

Kalkulierbarkeit des Rausches. Der Beginn ist bestimmbar. Will der Konsument den beabsichtigten Rausch auch auskosten, wird eine Teilnahme am Straßenverkehr während dieser Zeit eher unwahrscheinlich. Dies wird durch Befragung zur Fahrbereitschaft bestätigt.

Schon in der zweiten Stunde nach Rauschbeginn bessern sich die Leistungsdefizite. In der vierten Stunde zeigen sich keine signifikanten Verschlechterungen mehr. Es gibt Resultate, die andeuten, dass häufige Cannabis-Konsumenten schneller zu ihrer Ausgangsleistung zurückfinden als seltene Konsumenten.

Die Verkehrsmedizin hat experimentell bestätigt, dass durch Cannabis bedingte Leistungsdefizite, wie sie für das Autofahren relevant sind, durch Kontrollfunktionen, durch Anstrengungen in anderen Bereichen, so gut ausgeglichen werden, dass das Unfallrisiko durch Cannabis-Einfluss verringert wird, also nicht zu-, sondern abnimmt. In einer Feldstudie von 1994 fuhren 0,5 Prozent der Fahrer mit Alkohol ab 0,8 Promille BAK. Ebenso viele fuhren mit Cannabis-Konzentrationen, die auch von wochenlang zurückliegendem Konsum stammen konnten. Die Alkoholiker waren an 11,2 Prozent aller Unfälle mit schwerem Sach- oder Personenschaden beteiligt. Die Cannabis-Fahrer lagen nach Unfallhäufigkeit und -schwere unter oder höchstens im Normbereich. Die Praxis des Verwaltungsrechts jedoch, die für die Fahrerlaubnis zuständig ist, hat Cannabis, als wäre Cannabis mit LSD vergleichbar, den Halluzinogenen unterstellt und damit der Hypothese vom Flash-Back zu neuer Wirksamkeit verholfen. Zwar ist in der neuesten Auflage des Gutachters „Krankheit im Kraftverkehr“ (6), dessen Leitlinien die Praxis bestimmen, der spezielle Hinweis auf die Flash-Back-Gefahren gestrichen worden, aber die Behauptung ist erhalten geblieben, indem von einem „besonderen Wirkungsverlauf“ die Rede ist, der „jederzeit unvorhersehbar und plötzlich“ die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen kann. Mit dieser Behauptung kann die Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges verneint werden, wenn eine regelmäßige Einnahme von Cannabis vorliegt.

Was ist regelmäßiger Konsum? Da Fahren unter Cannabis kein vermehrtes Unfallrisiko auslöst, macht es im Hinblick auf die Verkehrssicherheit keinen Sinn, eine Grenze zwischen gelegentlichem und regelmäßigem Konsum festzulegen.

Die Führung in der Cannabis-Verfolgung haben das Verwaltungsrecht und die Toxikologie übernommen. Die Verwaltung droht mit

Führerschein-Entzug, die Toxikologie liefert die Nachweise. Das Zusammenspiel der Fächer ist inzwischen so weit gediehen, dass zu einer einjährigen Abstinenz, unwürdige Unterwerfung darin eingeschlossen, gezwungen werden kann, wer auffällig geworden war und nun den Führerschein wieder begehrt. Den Konsumgewohnheiten nach trifft es hauptsächlich Jugendliche und junge Erwachsene. Die Verbürgung der Verhältnismäßigkeit der Mittel wird verletzt und Glaubwürdigkeitspotenziale werden aufs Spiel gesetzt. Da Cannabis-Einflüsse die Sicherheit des Straßenverkehrs nicht gefährden, gibt es eigentlich keinen Strafgrund, noch nicht einmal durch Fahren im akuten Rausch. Da aber die selektive Wahrnehmung, die für sicheres Autofahren unerlässlich ist, durch den Rausch geschwächt wird, lässt sich insoweit medizinisch ein Strafgrund vertreten.

Resümee

Die medizinischen Argumente, die zur Aufrechterhaltung des Cannabis-Verbotes verwendet worden sind, stammen aus Befunden schwerer Pathologie. Dabei ist allerdings zu beachten, dass Schäden, die Alkohol anrichtet, schwer, häufig und anhaltend sind; Schäden, die Cannabis anrichtet, sind leicht, selten und flüchtig. Aus medizinischer Sicht wird kein Schaden angerichtet, wenn Cannabis vom Verbot befreit wird. Das Cannabis-Verbot kann durch medizinische Argumente nicht gestützt werden.

III. BVerfG 2004

Auch BVerfG 2004 steht der erneuten gerichtlichen Überprüfung der hier gegenständlichen Rechtsfrage nicht im Wege. Dort war über den Vorlageantrag des Amtsgerichts Bernau zu entscheiden, der bereits deswegen abgelehnt wurde, da er den Begründungsanforderungen nicht entsprach. Eine materiell-rechtliche Prüfung fand folglich nicht statt. Das BVerfG rügte, dass das Amtsgericht Bernau die Rechtsansichten aus BVerfG 1994 nicht ausreichend gewürdigt und berücksichtigt hat. Auch daraus kann also nicht gefolgert werden, dass objektiv keine neuen Erkenntnisse vorliegen, die aus heutiger wissenschaftlicher Sicht ein strafbewehrtes Cannabis-Verbot zu Fall bringen würden.

Maßgeblich bleibt daher die Auseinandersetzung mit BVerfG 1994 und im Bezug darauf die Auseinandersetzung mit der Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Gefährlichkeit des Umgangs mit Cannabis am Maßstab der Gesetzeszwecke.

IV. BVerfG 2005

Auch BVerfG 2005 steht der begehrten gerichtlichen Überprüfung nicht entgegen. In dem Kammerbeschlusses BVerfG 2005 wies das Bundesverfassungsgericht darauf hin, dass der Beschwerdeführer es versäumt habe, neue Tatsachen vorzutragen, die die Einschätzungen aus BVerfG 1994 erschüttern könnten. Damit wird lediglich auf die Selbstverständlichkeit hingewiesen, dass die Tatsachenermittlung auf der Ebene der Tatsachengerichte – hier des Verwaltungsgerichts – stattzufinden hat. BVerfG 2005 bestätigt insofern, dass neue Tatsachengrundlagen auch zu einer Verpflichtung der Beklagten zum Erlass der hier begehrten Rechtsverordnung führen könnten.

V. Internationale Abkommen

Die Beklagte führte bisher in ähnlichen Verfahren stets an, sie sei aufgrund internationaler Abkommen gezwungen, den Umgang mit Cannabis zu kriminalisieren. Hier wird auf die Grundsatzabkommen von 1961, 1971 und 1988 verwiesen. Eine Auseinandersetzung mit diesem Einwand erübrigt sich bereits deswegen, weil die Beklagte nicht befugt ist, völkerrechtliche Verbindungen einzugehen bzw. an ihnen festzuhalten, wenn diese Verletzungen verfassungsrechtlich geschützter Werte und Rechte verlangen. Die benannten Abkommen enthalten zudem jeweils Klauseln, wonach die nationalen Verfassungsordnungen Vorrang haben, was letztlich nur deklaratorischen Charakter haben kann. Konsequenterweise ist BVerfG 1994 auch nicht entscheidend auf diesen Einwand eingegangen. Der Gesetzgeber darf sich nicht entgegen der geltenden Verfassung zum willenlosen ausführenden Organ internationaler Abkommen machen.

Das UN Office on Drugs and Crime (UNODC) veröffentlichte im Oktober 2015 ein „Briefing paper: Decriminalisation of Drug Use and Possession for Personal Consumption“ in dem es u.a. heißt:

Internationales Recht

Die Regierungen sind nach internationalem Recht verpflichtet, Maßnahmen zu ergreifen, um das Angebot und die Nachfrage nach kontrollierten Drogen zu reduzieren. Dabei müssen sie sicherstellen, dass diese Bemühungen mit der Verpflichtung in Einklang gebracht werden, eine angemessene Verfügbarkeit kontrollierter Medikamente für medizinische und wissenschaftliche Zwecke sicherzustellen, und dass diese Schritte mit den Menschenrechtsverpflichtungen der Staaten im Einklang stehen.

Das internationale Drogenkontrollsystem, das durch drei internationale Übereinkommen zur Drogenkontrolle untermauert wird, erkennt die „Gesundheit und das Wohlergehen der Menschheit“ als übergeordnetes Anliegen an. Sie sieht eine doppelte Drogenkontrollpflicht vor: "um die Verfügbarkeit kontrollierter Substanzen für medizinische und wissenschaftliche Zwecke sicherzustellen und gleichzeitig die unerlaubte Herstellung, den Handel mit und den Missbrauch solcher Substanzen zu verhindern."

Die in der Charta der Vereinten Nationen festgelegten Ziele und Grundsätze der Vereinten Nationen bestehen darin, "den Frieden und die Sicherheit auf internationaler Ebene aufrechtzuerhalten" und "Lösungen für internationale wirtschaftliche, soziale, gesundheitliche und verwandte Probleme" (einschließlich der Drogenkontrolle) und zu fördern Förderung der „universellen Achtung und Einhaltung der Menschenrechte und Grundfreiheiten“. Diese drei politischen Säulen der Vereinten Nationen - Sicherheit, Entwicklung und Menschenrechte - bestimmen die Drogenkontrollpolitik. Dies bedeutet, dass die internationalen Übereinkommen zur Drogenkontrolle im Zusammenhang mit diesen Bestimmungen gelesen werden sollten. In dem Kommentar zur internationalen Drogenkontrollkonvention von 1988 heißt es nämlich: "Es muss besonders darauf geachtet werden, die Einhaltung des einschlägigen Verfassungsschutzes und der geltenden Menschenrechtsnormen zu gewährleisten."

Die Staaten haben im Rahmen des Rechts auf Gesundheit die Verpflichtung, alle notwendigen Schritte zur „Prävention, Behandlung und Bekämpfung von Epidemien... Krankheiten“ zu unternehmen, um den Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten zu gewährleisten und positive Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit zu ergreifen und Verhaltensweisen zu unterlassen, die die Menschen einschränken Fähigkeiten, um ihre Gesundheit zu schützen.

Laut dem UN-Ausschuss für soziale und wirtschaftliche Rechte stellen Gesetze und Politiken, die „wahrscheinlich zu... unnötiger Morbidität und vermeidbarer Sterblichkeit führen“, besondere Verstöße gegen die Verpflichtung zur Achtung des Rechts auf Gesundheit dar.

Die internationalen Übereinkommen zur Drogenkontrolle gewähren eine gewisse Flexibilität in Bezug auf den Besitz kontrollierter Substanzen für den persönlichen Gebrauch für nichtmedizinische oder nichtwissenschaftliche Zwecke. In dem internationalen Übereinkommen von 1988 zur Drogenkontrolle heißt es, dass die Vertragsstaaten den Besitz für den persönlichen Konsum als Straftat festsetzen müssen, insbesondere aber eine Ausgliederung, die den Staaten einen Ermessensspielraum einräumt. Wie von der International Narcotics Control Board (International Narcotics Control Board) festgestellt, „gewähren die internationalen Drogenkontrollabkommen einen gewissen Spielraum in Bezug auf die Bestrafung von Straftaten im Zusammenhang mit persönlichem Konsum...“ Die Vertragsparteien des internationalen Drogenkontrollübereinkommens von 1988 müssen als kriminelle Handlungen Aktivitäten vorbereiten, die auf das Personal abzielen Verbrauch, vorbehaltlich der verfassungsrechtlichen Grundsätze jeder Partei und der Grundbegriffe ihres Rechtssystems.

Kleine drogenbedingte Straftaten, z. B. Drogenhandel zur Aufrechterhaltung des persönlichen Drogenkonsums oder zum Überleben in einem sehr marginalisierten Umfeld, könnten als drogenbedingte Straftaten "geringfügiger Natur" interpretiert werden, wie in den internationalen Übereinkommen zur Drogenkontrolle erwähnt. Diese Fälle sollten Rehabilitationsmöglichkeiten, soziale Unterstützung und Betreuung erhalten und keine Bestrafung.

Einschränkungen für bestimmte Rechte können auferlegt werden, wenn sie gesetzlich vorgeschrieben sind, nicht diskriminierend und verhältnismäßig sind - das heißt, nicht mehr als notwendig, um ein legitimes Ziel zu erreichen. Der Staat hat die Last, zu rechtfertigen, dass die Kriminalisierung diesem Test entspricht. Xiv Der Schutz der öffentlichen Gesundheit ist ein legitimes Ziel, aber die Verhängung von strafrechtlichen Sanktionen für Drogenkonsum und Besitz von Drogen für den persönlichen Konsum ist weder notwendig noch verhältnismäßig. Im Gegenteil, die Bestrafung verschlechtert das Verhalten, die Gesundheit und die sozialen Bedingungen der Betroffenen. Die Staaten können nicht-strafrechtliche Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit ergreifen, um Drogenabhängigkeit

und Drogenkonsum zu bekämpfen, einschließlich des Zugangs zu einer evidenzbasierten Drogenabhängigkeitsbehandlung und anderen Leistungen zur Schadensminimierung sowie sozialer Unterstützung. Verhaftung und Inhaftierung sind unverhältnismäßige Maßnahmen und wie oben erwähnt,

Schlussfolgerungen

In den internationalen Übereinkommen zur Drogenkontrolle sind die Mitgliedstaaten nicht verpflichtet, Drogenkonsum und -besitz für den persönlichen Verbrauch unter Strafe zu stellen. Die Mitgliedstaaten sollten die Umsetzung von Maßnahmen in Betracht ziehen, um das Recht auf Gesundheit zu fördern und die Überbelegung von Gefängnissen zu verringern, einschließlich durch Entkriminalisierung des Drogenkonsums und des Besitzes für den persönlichen Konsum.

Sicherstellung der Aktualität ihrer bestehenden Gesetze, Richtlinien und Durchsetzungspraktiken in Bezug auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu Drogenkonsum, Drogenabhängigkeit und HIV sowie Einhaltung internationaler Menschenrechtsverpflichtungen.

Bedeutsame Einbindung der Mitglieder der betroffenen Gemeinschaften in die Entwicklung, Umsetzung, Überwachung und Bewertung von Diensten und Richtlinien, die sich auf ihre Gesundheit und ihr Leben auswirken.

Umsetzung und Ausweitung des umfassenden Pakets zur Schadensminimierung von HIV-Interventionen bei Menschen, die Drogen injizieren, wie im WHO-Handbuch, UNODC und UNAIDS Technical Guide beschrieben.

Investitionen in wissenschaftliche, auf Beweise und auf Menschenrechten basierende Interventionen, einschließlich Prävention von Drogenkonsum, Behandlung von Drogenabhängigkeit und andere Maßnahmen zur Schadensminimierung.

Wenn der Anspruch besteht, Grund- und Menschenrechte über den „Krieg gegen Drogen“ zu stellen, dann muss Cannabis vollständig legalisiert werden. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Erwägungen des UNODC sämtliche illegalen Drogen betreffen – für Cannabis muss damit zwingend gefolgert werden, dass ein Verbot nicht aufrechterhalten werden kann.

Vom 4.-7.06.2018 tagte die WHO zum Thema Cannabis. Ergebnis war, dass CBD nicht mehr unter die illegalen Drogensubstanzen subsumiert werden soll und das Verbot von Cannabis-Pflanzen, deren Harz, deren

Extrakte und Tinkturen, THC, Isomere von THC einer kritischen Überprüfung unterzogen werden soll. Christoph Rossner (interdisziplinärer Cannabisexperte) erklärte auf der besagten WHO Tagung die Notwendigkeit, Cannabis aus der Single Convention von 1961 zu entfernen. Dieses Plädoyer entspricht im wesentlichen dem hiesigen Begehren, Cannabis aus dem BtMG zu entfernen.

Die WHO hat sich zumindest zunächst dazu durchgerungen, Cannabis neu zu betrachten und neu zu bewerten (<http://faaat.net/wp-content/uploads/ECDD-cannabis-final-outcome.pdf>). Das Ärzteblatt berichtet dazu wie folgt (12.02.2019, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/100925/Welt%C2%ADgesund%C2%ADheits%C2%ADorgani%C2%ADsation-empfehl-t-Neuklassifizierung-von-Cannabis>):

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt den Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen eine Neuklassifizierung von Cannabis, die insbesondere die medizinische Nutzung von Cannabis erleichtern würde. Das geht aus einem Brief der WHO an UN-Generalsekretär António Guterres hervor, der sich auf eine Neubewertung von Cannabis und seine Inhaltsstoffe THC und CBD beruft.

Seit 1961 hat der WHO-Sachverständigenausschuss für Drogenabhängigkeit das Potenzial für Schädigung, Abhängigkeit und Missbrauch von Cannabis nicht mehr überprüft. Im November 2018 untersuchte die wissenschaftliche Arbeitsgruppe der WHO erneut die Risiken von Cannabis, THC und CBD. Sie kamen zu dem Schluss, dass die aktuelle Einstufung, die Cannabis mit Heroin in eine Gruppe einordnet, nicht gerechtfertigt ist. Gleichzeitig wurde ein medizinischer Nutzen von Cannabis anerkannt.

VI. Stand der Wissenschaft

Die weit überwiegende Mehrzahl wissenschaftlicher Studien lässt keine Gefährlichkeit von Cannabis erkennen, die ein Verbot rechtfertigen könnte. Die wenigen Studien, die sich darauf konzentrieren, Risiken des Cannabis-Konsums als Gefahren für die Bevölkerung darzustellen, beschränken sich in der Regel auf problematischen Cannabis-Konsum und auf Zustände während des Konsums. Bspw. Prof. Haidon Hampson vom National Institut of Mental Health in Bethesda USA, ist in seinen Forschungen zu dem

Ergebnis gelangt, das von Cannabis keine gesundheitlichen Gefahren ausgehen, sondern im Gegenteil der maßvolle und regelmäßige Konsum zur Prophylaxe schwerer Krankheiten wie Alzheimer, Parkinson und Schlaganfall geeignet ist (vgl.: The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research (16 köpfige Experten-Kommission), 2017, A Report of The National Academies of Science–Engineering–Medicine https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/6/7416/1530185667/the-health-effects-of-cannabis-and-cannabinoids-rapport_28062018.pdf).

VI.1. Kleiber/Kovar

Entscheidend wird es sein, wie sich der aktuelle Stand der Wissenschaft bzgl. der Gefährlichkeit von Cannabis darstellt.

Nach einer Expertise aus dem Jahre 1998 für das AG Bernau von Kleiber / Kovar zum Thema „Auswirkungen des Cannabiskonsums“ wird auf Seiten 238 bis 253 als Fazit ausgeführt (vgl.: Vorlagebeschluss des Amtsgericht Bernau vom 11. März 2002 - (3 Cs) 224 Js 36463/01 (387/01) – Punkt III.A.I.a, im Folgenden: AG Bernau):

Marihuana und Haschisch sind seit über 25 Jahren die am meisten konsumierten illegalen Drogen in Deutschland. Etwa ebenso lange ist Cannabis Gegenstand vielfältiger Forschungsarbeiten, die Zahl der Veröffentlichungen ist inzwischen kaum mehr zu überblicken. Gleichwohl ist die Frage nach dem Gefährdungspotential der Droge auch heute noch umstritten. Cannabis ist nicht nur die am häufigsten konsumierte, sondern wohl auch die am kontroversesten diskutierte illegale Droge der letzten Jahrzehnte.

Die öffentliche Diskussion wurde Anfang der 90er Jahre mit einem Beschluss des Landgerichts Lübecks, einen Cannabisfall an das Bundesverfassungsgericht weiterzuleiten, und einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts erneut angestoßen. In dieser Zeit wurden auch zwei neuere deutsche Gutachten verfasst, die sich mit möglichen Wirkungen des Cannabiskonsums auseinandersetzten: ein von der nordrheinwestfälischen Landesregierung in Auftrag gegebenes Gutachten des Bochumer Instituts für Sozialmedizinische Forschung BOSOFo e. V. (Konegen, 1992) und die "Expertise zur Liberalisierung des Umgangs mit illegalen Drogen" des Münchner Instituts für Therapieforschung (Bühringer et al., 1993). Ein Vergleich der gerichtlichen Stellungnahmen und der Expertisen zeigt, dass auch noch

in den 90er Jahren der Wissensstand zu Wirkungen und Konsequenzen des Cannabiskonsums alles andere als eindeutig ist. Aus diesem Grund gab das Bundesministerium für Gesundheit die vorliegende Expertise in Auftrag: Unter der Leitung von Prof. Kovar wurden am pharmazeutischen Institut der Eberhard-KarlsUniversität Tübingen umfangreiche Basisdaten zur Botanik und Chemie der Inhaltsstoffe, zur Pharmakokinetik und -dynamik aufgeführt sowie kurzfristige und langfristige pharmakologische und toxikologische Wirkungen dargestellt. Psychische und soziale Konsequenzen des Cannabiskonsums wurden unter der Leitung von Prof. Kleiber an der Freien Universität Berlin (Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung) zusammengetragen.

Botanik und Pharmakokinetik

Die Stammpflanze Cannabis sativa L. enthält über 420 Inhaltsstoffe, darunter sind etwa 60 verschiedene Cannabinoide, Hauptcannabinoide sind CBD, CBN und Delta9-THC, wobei hauptsächlich Delta9-THC für die psychotropen Wirkungen verantwortlich ist. Die wichtigsten Cannabispräparate sind Marihuana, Haschisch und Haschischöl, die üblicherweise geraucht oder in Form von Gebäck eingenommen werden. Die Resorption der Cannabinoide erfolgt im Lungengewebe, seltener über den Gastrointestinaltrakt. Über die Lunge werden die Cannabinoide sehr schnell aufgenommen. Nach oraler Applikation werden Cannabinoide nur langsam und mit ausgeprägten interindividuellen Schwankungen resorbiert. Die Verteilung der Cannabinoide in tiefere Kompartimente erfolgt äußerst rasch. Sie werden hauptsächlich in fettreichen Geweben gespeichert. Ihre Ausscheidung geschieht überwiegend über die Faeces, ca. 30% der Gesamtdosis wird über die Nieren ausgeschieden. Nach dem Rauchen von Marihuana kommt es zu einem sehr schnellen Anstieg des THC-Spiegels im Plasma, der nach Durchlaufen des Maximums nach ca. 3 bis 10 Minuten rasch wieder abfällt. Nach etwa einer Stunde ist die THC-Konzentration auf ca. 1 ng/ml abgesunken. Die Plasmaspiegel sind nach oraler Applikation deutlich niedriger und erreichen nach ein bis sechs Stunden ein plateauartiges Maximum. Maximale psychische Effekte treten nach 35-40 Minuten (Rauchen) bzw. nach 2-3 Stunden (orale Einnahme) auf.

Die Elimination aus dem Plasma erfolgt durch Verteilung und Metabolisierung zunächst sehr schnell. In einer zweiten Eliminationsphase werden die Cannabinoide jedoch nur noch langsam ausgeschieden, da sie kontinuierlich aus ihren Speichergeweben freigesetzt werden. Eine Eliminationshalbwertszeit ist für THC derzeit nicht verbindlich anzugeben, sie liegt vermutlich in der Größenordnung von ein bis vier Tagen.

Pharmakodynamik

Es sind zurzeit zwei Subtypen des Cannabinoid-Rezeptors bekannt und in ihrer Struktur aufgeklärt. Der zentrale CB1-Rezeptor kommt hauptsächlich im ZNS vor, aber auch in peripheren Geweben, der CB2-

Rezeptor hingegen ist ausschließlich außerhalb des ZNS lokalisiert. Als erster endogener Ligand wurde das Arachidonsäure-Derivat Anandamid identifiziert, weitere endogene Liganden sind inzwischen bekannt. Als Folge einer CBI-Rezeptor-Aktivierung treten vielfältige Wechselwirkungen auf, wie eine Hemmung der Acetylcholin-Freisetzung und der präsynaptischen Glutamatfreisetzung im Hippocampus. In einer vermutlich nicht rezeptorvermittelten Reaktion stimulieren Cannabinoide außerdem die Arachidonsäure-Freisetzung und erhöhen somit die Prostaglandin-Konzentration. Der CBI -Rezeptor ist offensichtlich weitgehend für die ZNS-vermittelten Cannabinoid-Wirkungen verantwortlich. Er spielt zudem eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung von Schmerzreizen, wobei komplexe Wechselwirkungen mit Opioid-Rezeptoren auftreten. Der CB-2-Rezeptor hingegen erfüllt Regelfunktionen im Immunsystem. Ferner gehen Cannabinoide Wechselwirkungen mit dem Glucocorticoid-Rezeptor vom Subtyp 11 im Hippocampus ein. THC besitzt hier sowohl agonistische als auch antagonistische Eigenschaften. Wie andere Suchtstoffe auch stimuliert THC die dopaminergen Bahnen des Reward-Systems im Gehirn. Weitere Wirkmechanismen werden diskutiert. Cannabinoide lösen generell ausgesprochen komplexe und vielfältige Reaktionen in biologischen Systemen aus, die mit dem derzeitigen Wissensstand auf dem Gebiet der Rezeptorforschung noch nicht vollständig erklärt werden können.

Kurzfristige Wirkungen

Kurzfristige Cannabiswirkungen werden in der Literatur und auch in den jüngst erschienenen Gutachten weniger kontrovers diskutiert. Auch die Auswertung der von uns gesichteten Literatur bestätigt in diesem Punkt die Einschätzungen früherer Gutachten. Die akute Toxizität von Cannabis ist sehr gering. Tödliche Überdosierungen sind bisher nicht bekannt geworden. Akute körperliche Wirkungen sind Tachykardie und eine leichte Blutdrucksteigerung, gefolgt von einer orthostatischen Hypotonie beim Aufstehen. Diese Effekte zeigen eine ausgeprägte Toleranzwirkung, Cannabinoide vermindern die Darmmotilität und zeigen eine antiemetische Wirkung (THC).

Niedrige Dosen rufen eine milde Sedation und Euphorie hervor, Personen im Cannabisrausch erfahren eine subjektiv gesteigerte Gefühlsintensität in verschiedenen Sinnesmodalitäten und ein verlangsamtes Zeitempfinden. Im Zusammenhang mit einer intensivierten Geschmackswahrnehmung kommt es häufig zu einem gesteigerten Appetit. Unter Cannabiseinfluss ist die Konzentrationsfähigkeit herabgesetzt, ebenso zeigen sich Leistungseinbußen im Bereich Gedächtnis und Reaktionsfähigkeit. Bei hoher Dosierung kann der Konsum von Cannabis zu Halluzinationen und zu Depersonalisationserlebnissen führen. Ab einer Konzentration von 300 µg/kg Körpergewicht (Rauchen) überwiegen dysphorische (v. a. Angst-) Zustände und unangenehme Begleiterscheinungen wie Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Brennen im Hals, Mundtrockenheit, Reizhusten und Gliederschwere. Die dysphorischen Zustände können im Extremfall

die Form akuter Panikreaktionen und leichter paranoider Zustände annehmen. Diese Reaktionen finden sich vor allem bei relativ unerfahrenen, unvorbereiteten Konsumenten.

Akute Intoxikationspsychosen sind möglich. Für die Existenz einer eigenständigen „Cannabispsychose“ finden sich hingegen keine Belege. Das Auftreten von Flashbacks (Echorausgang) kann derzeit noch nicht befriedigend erklärt werden, doch sind sie nach alleinigem Cannabiskonsum offensichtlich sehr selten.

Langfristige pharmakologisch-klinische Wirkungen

Langfristige Folgen des Cannabiskonsums werden im Vergleich mit den akut auftretenden Wirkungen wesentlich kontroverser diskutiert. Folgende Ergebnisse wurden zusammengetragen. Nach langfristigem Cannabis-Rauchen ist eine Beeinträchtigung der Bronchialfunktion möglich. Es kann zu Entzündungen, Obstruktion, Bronchitis und zu präkanzerösen Veränderungen kommen. THC besitzt jedoch auch eine bronchodilatatorische Wirkung. Das Rauchen von Cannabis muss dennoch insgesamt als ein Risikofaktor für die Entstehung von Krebserkrankungen des Aerogestivtraktes und der Lunge angesehen werden. Insbesondere der häufige Beikonsum von Tabak führt zu additiven Effekten. Das vorhandene Risiko nach alleinigem Cannabis-Rauchen an Krebs zu erkranken, ist jedoch derzeit nicht eindeutig quantifizierbar.

THC hat *in vitro* und *in vivo* immunsuppressive Eigenschaften, deren klinische Relevanz derzeit noch unklar ist.

Cannabinoide üben in vielfältiger Weise Einfluss auf die Plasmaspiegel verschiedener Hypophysen-Hormone aus. Akut wird die Freisetzung von GH, Prolactin, LH und FSH vermindert. Nach chronischem Konsum treten hingegen oft gegenteilige oder (aufgrund von Toleranz) gar keine Effekte auf. Bei Langzeitkonsumenten kann es potentiell zu einer Beeinträchtigung der Spermatogenese bzw. zu einer Störung des Menstruationszyklus kommen, diese Effekte sind jedoch reversibel. Es ist nicht sicher auszuschließen dass bei jungen Heranwachsenden die veränderten Hormonspiegel zu einer Verzögerung der Pubertät führen können. Die Datenlage auf diesem Gebiet ist jedoch sehr uneinheitlich und eine abschließende Beurteilung daher nicht möglich.

Auch eine Beeinträchtigung des Fötuswachstums und der Entwicklung vom Neugeborenen aufgrund eines Cannabiskonsums der Mutter während der Schwangerschaft ist nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen. Das Ausmaß und die klinische Bedeutung solcher Beeinträchtigungen werden allerdings in der Literatur kontrovers diskutiert.

Das Auftreten von physischen Gehirnschäden konnte nicht nachgewiesen werden, frühere Befunde erwiesen sich als nicht reproduzierbar.

Für die Mehrzahl der pharmakologischen Effekte von Cannabis wird bei langfristigem, regelmäßigem Konsum hoher Dosen eine Toleranzentwicklung festgestellt, Physische Entzugssymptome wie Zittern, innere Unruhe, erhöhte Körpertemperatur, Gewichtsverlust und Schlafstörungen sind selten. Sie treten nur nach Entstehung einer ausgeprägten Toleranz auf.

Langfristige psychische sowie (soziale?) Konsequenzen

Über mögliche somatische Folgeschäden hinaus werden auch (negative) Konsequenzen für die psychische und soziale Situation der Cannabiskonsumanten diskutiert. Zur Abklärung der psychosozialen Risiken des Cannabiskonsums wurde Literatur zu folgenden Fragen ausgewertet:

- Beeinträchtigt der Konsum von Cannabis langfristig die allgemeine psychische Gesundheit bzw. das Wohlbefinden der Konsumenten?*
- Werden kognitive Grundfunktionen wie Gedächtnis und Aufmerksamkeit dauerhaft durch den Konsum von Cannabis beeinträchtigt?*
- Welche Rolle spielt Cannabis bei der Entstehung und dem Verlauf von (schizophrenen) Psychosen?*
- Wie groß ist das Abhängigkeitspotential der Substanz Cannabis?*
- Dient Cannabis als Einstiegsdroge für den illegalen Drogenkonsum? Besteht die Gefahr eines Umsteigeeffekts von Cannabis zu harten Drogen?*
- Welche Auswirkungen hat Cannabis auf Motivation und Leistung der Konsumenten? Ruft Cannabis ein amotivationales Syndrom und damit negative Konsequenzen für die Ausbildungs- und Berufssituation der betroffenen Personen hervor? Ist mit weiteren negativen sozialen Konsequenzen zu rechnen?*
- In welchem Ausmaß beeinträchtigt Cannabis die Fahrtüchtigkeit?*

Zu diesen Fragestellungen liegen zahlreiche, häufig widersprüchliche Studienergebnisse vor. Ein Teil dieser Widersprüchlichkeiten ist auf unterschiedliche Studiendesigns oder auch methodische Unzulänglichkeiten zurückzuführen. Zwar sind die komplexen Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Cannabis und seinen diskutierten möglichen Konsequenzen grundsätzlich schwer untersuchbar, einzelne Studien unterscheiden sich aber aufgrund ihres Designs durchaus erheblich in ihrer Aussagekraft. Die vorhandene Literatur wurde deshalb unter Zuhilfenahme einer methodischen Bewertung analysiert. Eine Berücksichtigung der methodischen Qualität der Einzelstudien erschien uns geboten, da in der Vergangenheit Studien Ergebnisse oftmals unzulässig interpretiert worden waren bzw. viele Ergebnisse aufgrund methodischer Beschränkungen (z. B. der Untersuchung hoch selektierter und zudem oft klinisch auffälliger Untersuchungsgruppen) schwer zu interpretieren sind.

Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Cannabiskonsum und psychische Gesundheit

Einige Forschungsarbeiten fokussieren den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und möglichen gesundheitlichen Begleiterscheinungen, die nicht durch die unmittelbare Drogenintoxikation bedingt werden, von denen aber angenommen wird, dass sie (längerfristig betrachtet) doch mit dem Cannabiskonsum in Zusammenhang stehen könnten: So befasste man sich mit Merkmalen wie „psychischen Beschwerden“, „emotionalen Problemen“, „Lebenszufriedenheit“ oder „Selbstwertgefühl“. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse muss die allgemeine Annahme, dass der Konsum von Cannabis eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit nach sich zieht, zurückgewiesen werden. Zwar lässt sich zeigen, dass stärker problembehaftete Personen besonders häufig konsumieren, Belege für eine schädigende Substanzwirkung von Cannabis lassen sich hingegen nicht finden. Wird Drogenkonsum jedoch allgemein ohne eine Differenzierung nach Art und Kombination der konsumierten Drogen erfasst, zeigen sich negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

Auf der anderen Seite gibt es auch Hinweise dafür, dass der Konsum von Cannabis sogar positive Konsequenzen haben kann. Im Studienmaterial befinden sich zwei Studien, in denen von einer verminderten Problembelastung bzw. von positiven Veränderungen des Selbstwertgefühles im jungen Erwachsenenalter berichtet wird.

Beeinträchtigung kognitiver Grundfunktionen

Unter der akuten Drogeneinnahme kommt es zu Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit. Vor allem Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen sind, eingeschränkt. Nachwirkungen dieser akuten Folgen, über deren klinisch-praktische Relevanz in den Studien allerdings keine Aussagen getroffen werden, können noch Stunden bis Tage, in seltenen Fällen sogar Wochen bestehen bleiben. Nach Absetzen des Konsums verbessern sich die Leistungen jedoch wieder, und es ist nicht davon auszugehen, dass der Cannabiskonsum bleibende kognitive Beeinträchtigungen nach sich zieht.

Von großer Bedeutung scheint die Stärke und Frequenz des Cannabiskonsums zu sein: die genannten Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprobleme wurden in der Regel nur bei sehr schweren Konsumformen (bei Personen, die über einen längeren Zeitraum mehrmals täglich konsumierten) beobachtet; ein leichter bis mittlerer Konsum (hierunter wurde in den entsprechenden Studien ein immerhin mehrmals wöchentlicher Cannabisgebrauch verstanden) zieht hingegen keine länger anhaltenden kognitiven Beeinträchtigungen nach sich.

Einfluss von Cannabiskonsum auf Entstehung und Verlauf von Psychosen

Die Forschungslage zum Zusammenhang zwischen Cannabis und längerfristigen Psychosen ist uneindeutig. Während man früher von der Existenz einer eigenständigen „Cannabis-Psychose“ ausging, scheint

sich inzwischen die Überzeugung durchzusetzen, dass es sich bei den derartig diagnostizierten Psychosen um Schizophrenien handelt. Cannabis scheint auf den Verlauf einer bereits bestehenden Schizophrenie Einfluss zu nehmen. Es zeichnet sich die Tendenz ab, dass ein starker, mehrmals täglicher Konsum eine Verstärkung produktiver Symptome wie Wahn und Halluzinationen bewirken kann, weniger harte Konsumformen hingegen nicht. Für den Einfluss des Cannabiskonsums auf die schizophrene Negativsymptomatik (Antriebs- und Motivationsprobleme) kann die Aussage aufgrund zu weniger Studienergebnisse noch weniger klar ausfallen. Es könnte vermutet werden, dass ein (geringer bis mäßiger) Konsum zur Verbesserung der Symptomatik führt.

Nach wie vor umstritten ist auch die Frage, ob Cannabis ein unabhängiger Risikofaktor für die Ausbildung einer Schizophrenie ist bzw. das Risiko psychotisch vorbelasteter Personen, an Schizophrenie zu erkranken, erhöht. Die Ergebnisse einer als aussagekräftiger - eingeschätzten Studie weisen in diese Richtung, eine abschließende Beurteilung ist zurzeit jedoch nicht möglich.

Abhängigkeit

Die von der Weltgesundheitsorganisation. (WHO) eingeführte Kategorie einer Abhängigkeit „vom Typ Cannabis“ wird durch eine mäßig starke psychische Abhängigkeit definiert. Psychische Abhängigkeit wird mit einem starken psychischen Bedürfnis nach periodischem oder dauerndem Genuss der Droge zur Erhöhung des Wohlbefindens beschrieben.

Bezüglich des Abhängigkeitspotentials der Droge Cannabis fassen wir zusammen: Der Konsum von Cannabis führt keineswegs zwangsläufig zu einer psychischen Abhängigkeit, es kann jedoch, zu einer Abhängigkeitsentwicklung kommen. Eine solche Abhängigkeit vom Cannabistyp kann jedoch nicht primär aus den pharmakologischen Wirkungen der Droge erklärt werden, ohne vorab bestehende psychische Stimmungen und Probleme zu berücksichtigen. Die Abhängigkeit von Cannabis sollte als Symptom solcher Probleme gesehen werden.

Cannabis als Einstiegsdroge

Ein wichtiges Argument in der Diskussion um Cannabis ist seine mögliche „Schrittmacherfunktion“ für den Einstieg in illegale Drogen bzw. den Umstieg auf härtere Substanzen. Diese These muss nach Analyse der vorliegenden Studien zurückgewiesen werden. Es lässt sich zwar ein Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und dem Konsum weiterer Drogen nachweisen: Opiatabhängige Personen haben tatsächlich in der Regel zuvor Cannabis als erste illegale Droge konsumiert (ebenso wie Cannabis konsumierende Personen in der Regel vorher legale Drogen wie Alkohol und Tabak konsumiert haben). Hieraus ist aber nicht abzuleiten, dass Cannabis zu dem Konsum härterer Drogen führt. Sicher auszuschließen ist die These, dass die Substanzwirkung selbst für ein späteres Umsteigen verantwortlich ist. Eher ist anzunehmen, dass das

Image der Substanz bei den Konsumenten bzw. kulturelle Moden für die heutige Reihenfolge in der Drogeneinnahme verantwortlich sind. Möglicherweise fördert auch die nach wie vor vorhandene Illegalität eine gewisse Assoziation zu anderen illegalen Drogen, die Verbindung ist allerdings für die heutige Zeit aufgrund der zunehmenden „Normalisierung“ bzw. „Veralltäglichung“ des Konsums (zumindest bei jungen Menschen) in Frage zu stellen.

Entwicklung eines amotivationalen Syndroms

Die Frage, ob der Konsum von Cannabis ein amotivationales Syndrom hervorruft, das durch Passivität, Interesse- und Motivationsverlust gekennzeichnet ist, nimmt in der Diskussion um die Droge einen besonderen Stellenwert ein. Zur Beurteilung dieser Frage griffen wir einerseits auf Studien zurück, die dieses Störungsbild direkt zu operationalisieren versuchten, andererseits auch auf Untersuchungen, die aufgrund der Erhebung von Teilaspekten oder sozialen Folgeerscheinungen des Syndroms ebenfalls für diese Fragestellung von Bedeutung waren. Die These, Cannabiskonsum führe mit einer gewissen Regelmäßigkeit zu einem amotivationalen Syndrom, kann anhand der analysierten Studien nicht belegt werden, Studien, in denen relativ unausgelesene Schüler- und Studentenchproben untersucht wurden, zeigen für den größten Teil der Konsumenten keine geringere Leistungsmotivation oder schlechtere akademische Leistungen als Nichtkonsumenten. Die Studien, die die deutlichsten Hinweise für die Existenz eines durch Cannabis bedingten amotivationalen Syndroms zu erbringen scheinen, sind aufgrund methodischer Unzulänglichkeiten nicht in der Lage, konfundierende Effekte (z. B. eine depressive Symptomatik oder auch alternative Werte und Lebensstile seit Ende der 60er Jahre) von den Effekten des Cannabiskonsums zu trennen. In Studien, die den Einfluss solcher möglicherweise konfundierenden Effekte hingegen kontrolliert haben, erscheint der Cannabiskonsum nicht als eigenständiger Risikofaktor für Demotivationserscheinungen. Neben Aspekten der schulischen und beruflichen Leistung und Integration wurden als weitere mögliche soziale Folgen auch Besonderheiten in Bezug auf Partnerschaft und Familie untersucht. Der Cannabiskonsum erhöht nicht das Risiko einer frühzeitigen Schwangerschaft, scheint aber eher mit einer verzögerten Übernahme von Erwachsenenrollen in Verbindung zu bringen sein.

Fahrtüchtigkeit

Leistungseinbußen im Bereich Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Reaktionsvermögen, wie sie im akuten Cannabisrausch auftreten, beeinträchtigen unbestritten die Fahr- und Flugtüchtigkeit. Umstritten ist hingegen die Frage nach der Stärke bzw. zeitlichen Länge dieser Beeinträchtigungen. Mit Schmidt, Scheer und Bergbaus (1995), auf deren aktuelle und umfassende Literaturlauswertung wir uns für diese

Fragestellung stützen, lässt sich festhalten: Cannabis beeinträchtigt akut - abhängig von der Dosis, von der Art der erforderlichen Leistung und vom Gebrauchsmuster die Fahr- bzw. Flugtauglichkeit. Signifikante Leistungseinbußen sind vor allem in der ersten Stunde nach Cannabiskonsum beobachtet worden, in Einzelfällen jedoch (in den sehr sensiblen Flugsimulatorstudien) auch noch nach 24 Stunden. Die Cannabiswirkung der ersten Stunde beeinträchtigt vor allem komplexe, kontrollierte Leistungen (z. B. das Reaktionsverhalten in unvorhergesehenen Situationen), die ab der zweiten Stunde nach Rauschbeginn vollständig ausgeglichen werden können. Automatisierte Leistungen werden länger herabgesetzt und können nicht ausgeglichen werden.

Das subjektive Rauscherleben ist häufiger zu beobachten als tatsächliche Leistungseinbußen, auch hält es länger an als die objektiven Beeinträchtigungen.

Medizinische Anwendungsgebiete

Neben der Untersuchung möglicher schädlicher Cannabiswirkungen ist in den letzten Jahren ein verstärktes Bemühen zur Erforschung therapeutischer Anwendungsmöglichkeiten des - schon im Altertum als Heilmittel verwendeten - Cannabis bzw. seiner Inhaltsstoffe festzustellen. Die antiemetische Wirkung von THC, Nabilone und Levonantradol sind gut belegt. Einige weitere synthetische Cannabinoide befinden sich in der Testphase. Cannabinoide werden bei der Therapie von Zytostatikainduziertem Erbrechen von Krebspatienten eingesetzt. In den USA ist THC als Fertigarzneimittel für diese Indikation zugelassen. Ein Vergleich der Wirksamkeit von Cannabinoiden und den modernen, neuentwickelten Therapieansätzen (5-HT₃Antagonisten, Metoclopramid, Kombinationen etc.) steht noch aus; allerdings können Cannabinoide bei therapieresistentem Erbrechen durchaus eine sinnvolle Behandlungsalternative darstellen.

Die appetitanregende Wirkung von Cannabinoiden ist sehr variabel und von zahlreichen Faktoren abhängig. Ein versuchsweiser Einsatz bei schlechtem Allgemeinzustand von AIDS- und Krebspatienten ist jedoch zu befürworten, wenn damit zumindest der körperliche Verfall abzubremsen ist.

THC und zahlreiche andere Cannabinoide senken signifikant den Augeninnendruck und könnten somit in der Therapie des Glaukoms eingesetzt werden. Sinnvoll ist hier ausschließlich eine typische Applikation, wobei entsprechende Zubereitungen zur Anwendung am Auge bisher nicht entwickelt und am Menschen getestet wurden. Die bronchodilatatorische Wirkung von THC ist gut belegt. Einsatzmöglichkeiten in der Asthmatherapie sind bisher nur wenig erprobt worden, da in Einzelfällen ausgeprägte Bronchokonstriktionen ungeklärter Ursache auftraten. Eine Trennung der bronchodilatatorischen Wirkung von den zentralen Nebenwirkungen scheint möglich zu sein. Erfolgversprechend ist die Applikation in Form von Aerosolen, jedoch besteht auf diesem Gebiet noch

Forschungsbedarf, bevor eine endgültige Beurteilung vorgenommen werden kann.

Als Antiepileptikum ist offensichtlich CBD das am besten geeignete Cannabinoid. Über die Wirksamkeit beim Menschen ist derzeit nur wenig bekannt und eine abschließende Beurteilung eines sinnvollen Einsatzes ist noch nicht möglich.

Die Anwendung von THC als Muskelrelaxans bei spastischen Symptomen ist bisher nur in Einzelfällen untersucht worden, wobei die Ergebnisse recht erfolgversprechend sind und zumindest eine weitergehende Untersuchung rechtfertigen würden. Der Einsatz von Cannabinoiden als Analgetika konnte sich hingegen in der Praxis nicht bewähren, da die Opioid-Analgetika den Cannabinoiden in der Nutzen-Risikoabwägung überlegen sind. Auf diesem Gebiet liegt jedoch noch ein großes Entwicklungspotential von selektiven, synthetischen Cannabinoiden, da man nach Entdeckung der Cannabinoid-Rezeptoren die Wirkmechanismen besser versteht und hier nun gezielter eingreifen kann. Generell ist bei der therapeutischen Verwendung von Cannabinoiden das Augenmerk auf die galenische Zubereitungsform und Applikationsart zu richten, da die Substanzen aufgrund ihrer ausgeprägten Lipophilie und der pharmakokinetischen Charakteristik nicht einfach zu handhaben sind. Die Wahl einer falschen Galenik, die keine ausreichende Resorption ermöglicht, kann zu völligem Therapieversagen führen. Auf diesem Gebiet sind mit Sicherheit noch nicht alle Entwicklungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden. Das Rauchen von Cannabis-Zubereitungen (Marihuana etc.) ist aufgrund der Nebenwirkungen und potentieller Krebsrisiken abzulehnen. Der Verabreichung von Mono-Präparaten (z. B. THC) zur oralen, inhalativen (als Aerosol) oder topischen Applikation ist der Vorzug zu geben.

Ein großer Aufschwung in der Erforschung therapeutischer Einsatzmöglichkeiten von Cannabinoiden geht von der derzeitigen Entwicklung spezifischer Rezeptor-Agonisten und -Antagonisten aus, die es ermöglichen, bei verbesserter Wirkung die Nebenwirkungen deutlich zu reduzieren. Insbesondere die Trennung der erwünschten Wirkungen von zentralen Effekten ist bereits mit einigen Substanzen gelungen. Dies wird auch in zunehmendem Masse von der Pharmaindustrie (USA Frankreich) erkannt, eine entsprechend rege Forschungstätigkeit hat in den letzten Jahren bereits eingesetzt.

Forschungsbedarf

Aus pharmakologischer Sicht ist vor allem die weitere Erforschung des Cannabinoid-Rezeptor-Systems ein viel versprechender Forschungsbereich. Bisher wurden zwei Subtypen (CB1 und CB2) des Cannabinoid-Rezeptors entdeckt. Es ist sehr wahrscheinlich, dass weitere Subtypen existieren. Die Suche nach weiteren Subtypen ist für das Verständnis des Cannabinoid-Rezeptor-Systems von großer Bedeutung, In diesem Zusammenhang besteht Bedarf an der Synthese von spezifischen Agonisten und Antagonisten, um die beiden Rezeptor-Typen besser charakterisieren zu können. Mit Hilfe solcher spezifischen

Liganden könnten die pharmakologischen Effekte des zentralen und des peripheren Cannabinoid-Rezeptors erst genauer untersucht werden. Im Gegensatz zum CB1-Rezeptor ist beim CB2-Rezeptor noch sehr wenig über die Signalübertragungswege bekannt. Das Verständnis der molekularen Effekte ist eine Voraussetzung, um die Funktion des peripheren Rezeptors im Immunsystem verstehen zu können. Wenig ist bisher über die Rolle des endogenen Liganden Anandamid bekannt, der zu beiden Rezeptor-Subtypen Affinität zeigt. Vermutlich werden in naher Zukunft noch eine Reihe weiterer endogener Liganden entdeckt werden, mit deren Hilfe die Bedeutung des Rezeptor-Systems im Körper besser verstanden werden kann. Mit Hilfe der PET-Technik und radioaktiv markierten Substanzen ist erstmals die Erforschung der Rezeptorverteilung in vivo beim Menschen möglich. In der Suchtforschung kommt dieser hochmodernen Technik eine wachsende Bedeutung zu, wobei bisher keine Arbeiten mit markierten Cannabinoiden durchgeführt wurden. Die Erkenntnisse aus der Rezeptorforschung eröffnen erstmals die aussichtsreiche Möglichkeit, neue Arzneistoffe zu entwickeln, die spezifisch an einem bestimmten Rezeptor-Subtyp angreifen. Durch die Entwicklung gezielter Agonisten und Antagonisten könnte somit eine pharmakologische Spezifität bei fehlender halluzinogener Wirkung erreicht werden. Erste Forschungsansätze auf diesem Gebiet, die recht vielversprechend sind, gibt es bereits. Betrachtet man die vielseitigen pharmakologischen Wirkungen der Cannabinoide, so liegt hier ein grosses Potential an neuen Arzneistoffen. Das zunehmende Interesse der pharmazeutischen Industrie, insbesondere in den USA und in Frankreich, ist ein Indiz für die wachsende Bedeutung dieses Forschungszweiges. Auf dem Gebiet der Pharmakokinetik der Cannabinoide sind die meisten Daten bereits bekannt. Es wäre jedoch sinnvoll, einen Teil der kinetischen Parameter mit dem heutigen Stand der modernen Analytik neu zu bestimmen. Insbesondere für die Eliminationshalbwertszeit von THC liegen derzeit keine eindeutig bestimmten Werte vor, ebenso zur Kinetik nach Mehrfachdosierungen. Diese Informationen sind wichtig, um bei therapeutischen Anwendungen ein optimales Dosierungsschema entwickeln zu können. Werden hier nicht ausreichende Plasmaspiegel über einen längeren Zeitraum erzielt, so kommt es zu unnötigem Therapieversagen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass auch neue, potentiell therapeutisch einsetzbare, synthetische Cannabinoide frühzeitig bezüglich ihrer Pharmakokinetik untersucht werden. Entwicklungsmöglichkeiten bestehen ebenfalls noch auf Seiten der Galenik, um eine optimale Freisetzung und Resorption der Cannabinoide bzw. von THC aus den jeweiligen Zubereitungsformen zu ermöglichen. Interessante Ansätze sind mit der Erprobung von diversen rektalen und topischen Zubereitungsformen bereits erkennbar. Die pharmakologischen Eigenschaften von Cannabis und seinen Inhaltsstoffen sind in den letzten Jahrzehnten intensiv erforscht worden. Trotz der vorhandenen großen Datenmenge sind viele Sachverhalte nicht eindeutig und widerspruchsfrei geklärt. Die Erkenntnisse aus der

Rezeptorforschung werden mit Sicherheit in absehbarer Zukunft viele pharmakologische Aspekte in einem neuen Licht erscheinen lassen. Hier wäre beispielsweise an die verwirrenden Auswirkungen auf das Hormonsystem oder an die Beeinträchtigung von Gedächtnisleistungen zu denken. Mit den verbesserten Kenntnissen ist dann ein optimiertes Studiendesign möglich, das zu eindeutigeren Ergebnissen führt. Ein weiteres wichtiges Gebiet ist die Durchführung von klinischen Studien mit neuen Cannabinoiden bzw. Rezeptorliganden. Pharmakologische Untersuchungen, wie sie früher in größeren Rahmen mit THC durchgeführt wurden, müssten mit neu entwickelten Cannabinoiden wiederholt werden. Einige dieser Substanzen sind bereits gut in vitro und im Tierversuch erprobt, ihre mögliche therapeutische Relevanz lässt sich aber letztlich nur in klinischen Versuchen ermitteln.

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht ergeben sich – bezogen auf die psychischen und sozialen Auswirkungen des Cannabiskonsums – eine Reihe von Anschlussfragen, die weiterer Forschung bedürfen: Angesichts der Tatsache, dass einige Phänomene, die oftmals als Wirkungen des (Langzeit-) Konsums von Cannabis interpretiert wurden, sich häufig als vorausgehende Bedingungen eines chronischen Cannabiskonsums entpuppen, wären stärker als bisher die entwicklungspsychologischen, sozialisatorischen und gesellschaftlichen Faktoren zu untersuchen, die (problematischen) Substanzkonsum erst wahrscheinlich machen. Diagnostizierte Probleme von Drogenkonsumenten werden gegenwärtig oftmals als Substanzwirkungen, und -folgen interpretiert, obgleich sie zumindest in Ansätzen bereits vor dem Substanzkonsum bestanden. Psychosoziale Probleme von Konsumenten lediglich als Substanzwirkungen bzw. -folgen zu interpretieren, verengt aber die theoretische Perspektive auf die Anwendung eines Noxenmodelles, produziert einen Opferstatus und hat für Konsumenten und die Gesellschaft gleichermaßen verantwortungsentlastende Funktion.

Die attributionstheoretisch fassbaren labelingtheoretisch aufzeigbaren und sozialpsychologisch analysierbaren Mechanismen, denen der Drogendiskurs unterliegt, sollten genauer untersucht werden.

Zudem sollte Substanzkonsum – starker als bisher – als Copingstrategie und mithin als Versuch der Bewältigung von persönlichen Krisen verstanden und erforscht werden. Dadurch würden erst mögliche adaptive Funktionen des Substanzkonsums sichtbar, die bisher noch weitgehend unerforscht sind. Eine wichtige Zielgruppe für solche Forschungsansätze könnten Langzeitkonsumenten sein. Wer sind sie? Was machen sie beruflich? Welche subjektiven Theorien haben sie bezüglich der Rolle von Cannabis in ihrer Biographie? Welche Folgen des Langzeitkonsums oder Beschwerden werden sichtbar?

Viele Phänomene, die z. B. der Wirkung konkreter Substanzen, wie Cannabis zugeschrieben werden, müssten faktisch als Ergebnis polyvalenten Substanzkonsums interpretiert werden, da die Mehrzahl der klinisch oder sozial auffälligen Konsumenten polyvalenten Substanzkonsum aufweist. In den meisten Forschungsvorhaben wurde

aber der (Bei-)konsum legaler und illegaler Substanzen leider in der Regel nicht kontrolliert. Ursachen und Folgen polyvalenten Substanzkonsums sollten daher genauer als bisher untersucht werden. Bedarf besteht vor allem auch an Forschungen, die „Politikentscheidungen“ selbst zum Gegenstand machen. Haben politische Entscheidungen, die auf die Veränderung der Verfügbarkeit von Substanzen abzielen, überhaupt einen die Inzidenz und Prävalenz des Substanzkonsums beeinflussenden Effekt - und wenn, welchen Effekt haben sie unter welchen Bedingungen? Bisherige Analysen deuten eher auf eine generelle Überschätzung des Einflusses von gesetzlichen Rahmenbedingungen und auf eine generelle Unterschätzung des Stellenwertes des 'cultural support Systems', in dem das Image, die subjektive Verfügbarkeit und der funktionale Nutzen des Substanzkonsums festgelegt werden. Zusammenfassend stellen wir fest, dass Wirkungen und Konsequenzen des Cannabiskonsums nicht die Gefährlichkeit und Dramatik besitzen, wie dies noch überwiegend angenommen wird. Der Konsum der Droge ist dennoch nicht frei von Risiken: In Bezug auf körperliche Risiken sind vor allem die Beeinträchtigung der Bronchialfunktionen und die kanzerogenen Effekte des Rauchens von Cannabisprodukten, vor allem in Kombination mit starkem Nikotinrauchen, zu nennen. Hormonelle Beeinträchtigungen oder auch eine Beeinträchtigung der pränatalen Entwicklung sind nicht einheitlich belegt, dennoch sollte insbesondere in der Schwangerschaft auf einen Konsum von Cannabis (wie auch auf den Konsum anderer Drogen) verzichtet werden. Desgleichen ist bei jungen Jugendlichen entsprechende Vorsicht indiziert. Für den Bereich psychischer und sozialer Konsequenzen muss vor allem auf die zwar reversiblen, aber doch Stunden anhaltenden kognitiven und psychomotorischen Beeinträchtigungen hingewiesen werden, die das Fahrvermögen und sicher auch die Leistungsfähigkeit in Schule und Beruf einschränken. Aus diesem Grund sollte sicherheitshalber bis zu 24 Stunden nach Cannabiskonsum kein Kraftfahrzeug geführt werden. Auch sollte klar sein, dass ein hochfrequenter, stark dosierter Konsum mit der Bewältigung schulischer und beruflicher Anforderungen kaum zu vereinen ist. Weitere in der Diskussion um Cannabis aufgeführte Thesen zu möglichen Gefahren der Droge lassen sich hingegen nach der Analyse der vorliegenden Forschungsliteratur nicht bestätigen.

In dem Verfahren vor dem AG Bernau wurde zudem als Gutachter Prof. Dr. Peter Cohen gehört, der die Feststellungen von Kleiber/Kovar bestätigte. Dazu führt AG Bernau aus:

Der zu den Risiken gleichfalls gehörte Gutachter Prof. Dr. Peter Cohen erläuterte dem Gericht, dass die Risiken des Cannabiskonsums jahrelang ohne wissenschaftliche Fundierung erheblich überschätzt worden seien. So sei es heute wissenschaftlicher Stand, dass Cannabis das Betäubungsmittel sei, von welchem die geringsten Risiken

ausgingen. Es sei wissenschaftlich belegt, dass die Gefahren von Cannabis äußerst gering seien. Lediglich bei dauermäßigem und übermäßigem Konsum könne es zu Problemen bei den Konsumenten führen, wobei die Gruppe der Dauerkonsumenten mit Problemen in der Zahl sehr gering sei. Deren Probleme seien allerdings nicht auf das Betäubungsmittel Cannabis an sich, sondern vielmehr auf bereits vorhandene Probleme bei den jeweiligen Menschen zurückzuführen. Auch dem Gutachter Prof. Dr. Peter Cohen wurden in der Hauptverhandlung die Zusammenfassung aus der Expertise Kleiber/Kovar, wie auf den Seiten 1-38 voll zitiert, vorgehalten. Prof. Dr. Cohen führte insoweit aus, dass er die dort festgestellten Ergebnisse uneingeschränkt auch auf Grund eigener jahrelanger Studien als richtig ansehe.

Auch Prof. Uchtenhagen bestätigte vor dem AG Bernau die Erkenntnisse von Kleiber/Kovar und auch er kommt zu dem zusammenfassenden Ergebnis, dass die Gefahren von Cannabis für die Gesundheit gering sind. Zur Vernehmung des Gutachters Prof. Dr. Uchtenhagen führt AG Bernau aus:

Der Gutachter Prof. Dr. Uchtenhagen führte schließlich zur Frage des Gerichts nach der Gefährlichkeit des Betäubungsmittel Cannabis aus, dass er letztlich nur noch geringe Gefahren sähe. Auch er könne im Einklang mit der überwiegenden Wissenschaft das Gefahrenpotenzial als äußerst gering einschätzen. So ist die von ihm geleitete Kommission zur Vorbereitung der angedachten Reform des schweizerischen Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 2000 zu der Überzeugung gelangt, dass von dem Wirkstoff Cannabis nur ganz geringe Risiken ausgingen. Insoweit könne er die ihm gleichfalls vorgehaltene Zusammenfassung der Expertise Kleiber / Kovar voll umfänglich im Ergebnis teilen. Es verblieben lediglich geringe Risiken im Bereich von Langzeitkonsumenten. Diese seien entsprechend der Ausführungen der Sachverständigen Prof. Dr. Kleiber und Prof. Dr. Cohen allerdings nicht in dem Wirkstoffgehalt selber zu suchen, sondern seien bedingt durch langjährig angewachsene persönliche Probleme bei den jeweiligen Konsumenten.

Alle Gutachter erklärten auf Nachfrage des Gerichts, dass ihnen ein Todesfall, der auf Cannabiskonsum beruhe, nicht bekannt sei.

VI.2. Das Schweizerische Bundesgericht

Das Schweizerische Bundesgericht führt zu der Gefährlichkeit von Cannabis folgendes aus (StV 92, 18, 19):

Nach dem gegenwärtigen Stand der Erkenntnisse lässt sich somit nicht sagen, dass Cannabis geeignet sei, die körperliche und seelische Gesundheit vieler Menschen in eine nahe liegende oder ernstliche Gefahr zu bringen. Der Sachverständige Prof. Dr. Dee hat erklärt, dass Cannabis nach seiner Erkenntnis das Rauschmittel mit den geringsten individuellen gesamtgesellschaftlichen Wirkungen sei, dass es zurzeit auf der Welt gebe. Binder hat in seinem Aufsatz im deutschen Ärzteblatt (1981, 124) ausgeführt: 'Medizinisch gesehen, dürfte der Genuss ein bis zwei Joints Marihuana (1 bis 2 g Marihuana, resorbierte THC-Menge 8 bis 16 mg) pro Tag unschädlich sein, zu mindestens aber weniger schädlich sein, als der tägliche Konsum von Alkohol oder von 20 Zigaretten. Für alle drei Drogen gilt das Prinzip, „sola dosis facit venenum“ und somit wäre gegen den gelegentlichen Konsum von Marihuana im Grunde genauso wenig einzuwenden wie gegen das gelegentliche Glas Wein oder gelegentliche Zigarette. Jede Droge, im Übermaß genossen, ist schädlich.

VI.3. Krumdiek

Krumdiek beschreibt die Erkenntnisse zu Wirkungen und Gefahren des Cannabis-Konsums auf Seite 89 bis 151. Zusammenfassend stellt sie folgendes fest (S. 50 f.):

Die Gefahren, unabhängig ob physisch oder psychisch, sind mittlerweile in einer breiten Anzahl von Studien untersucht worden. Solange weitere Untersuchungen nicht eindeutige Hinweise auf gesundheitliche oder seelische Auswirkungen negativer Art ergeben, muss nach dem bisherigen Kenntnisstand der Wissenschaft von der relativen Ungefährlichkeit der Substanz Cannabis ausgegangen werden. Von einer unsicheren Erkenntnislage, die das BVerfG noch 1994 betonte, kann heute hinsichtlich der zahlreichen Studien folglich nicht mehr die Rede sein.

Bestehende Risiken sollten allerdings stets in Verbindung mit der jeweiligen Konsumform deutlich gemacht werden. Um so einer wie auch immer gearteten Verharmlosung vorzubeugen. Dennoch kann auch ohne eine explizite Gefahrenvergleichsdarstellung angenommen werden, dass das Gefährdungspotential, welches vom Cannabis ausgeht, deutlich hinter dem des Alkohols bzw. Nikotins zurücksteht. Dies wird schon dadurch deutlich, dass jährlich 110.000 bis 14.000 Todesfälle (Thamm / Junge, in: DHS, 2003, 57 f.) zu verzeichnen sind, die in Verbindung mit Tabak stehen, wobei dies bei Alkohol für 40.000 Todesfälle (Meyer/John in: DHS, 2003, 34) gilt. Darüber hinaus wird auf eine vergleichende Darstellung der gesundheitlichen Risiken der drei Substanzen im Rahmen dieses Abschnitts gerade deshalb verzichtet, da nicht entscheidend ist, wie gefährlich Cannabis in Bezug auf Alkohol und Tabak

ist. Relevant für die erfolgte Beurteilung war hingegen nur, wie sich das Gefahrenpotential des Cannabis für sich genommen darstellt.

VI.4. Forschungsbedarf

Bzgl. des Forschungsbedarfs fordert das US-Magazin „National Geographic“ in seiner Juni 2015 Ausgabe die Freigabe von Cannabis, um endlich eine umfassende, ernsthafte und freie Forschung betreiben zu können (Titelthema der Ausgabe mit verschiedenen Beiträgen, u.a.: Hampton Sides, „Science Seeks to unlock Marijuana’s secrets“). Es werden die Bereiche Chemie, Botanik, Biochemie, Gentechnik und auch das Phänomen der „Medical Migrants“ in den USA beleuchtet. Vor allem neue Forschungsergebnisse, wonach Cannabis Kindern mit Spasmen und Epilepsien helfen kann, lassen Eltern mit ihren Kindern in US-Staaten umziehen, wo die Medizin für ihre Kinder frei erhältlich ist. Eine Mutter sagte dazu (frei übersetzt): „Wenn jemand auf dem Mars etwas anbauen würde, das meinem Sohn helfen könnte – ich würde im Hinterhof ein Raumschiff bauen.“. Es wird darauf hingewiesen, dass zwar erste Forschungsergebnisse zu zahlreichen medizinischen Anwendungsbereichen vorliegen – dringend nötige weitere Forschungen und auch der Zugang von Patienten zu den helfenden Medikamenten jedoch unmöglich oder extrem schwer ist. Das alles, weil das Dogma vom Cannabis als gefährlicher Droge nicht aufgegeben werden soll. Ein US-Politikforscher fasst es sinngemäß (vor allem mit Blick auf Cannabis als Medizin für Kinder) so zusammen: Jeder Politiker fürchtet sich, dieses Thema anzugehen, da seine Karriere sofort mit dem Vorwurf „Dieser Mensch will unsere Kinder gefährlichen Drogen aussetzen“ beendet wäre.

VI.5. Cannabis und Psychosen

a) Grotenhermen/Groter

Zu dem Komplex „Cannabis und Psychosen“ liegt eine Stellungnahme von Franjo Grotenhermen und Robert Gorter vor. Darin heißt es im Wesentlichen:

Die Autoren stellen fest, dass die bisher vorliegenden Ergebnisse aus Studien und Untersuchungen zum größten Teil unbrauchbar sind. Insbesondere die Methodik der meisten Untersuchungen sei fehlerhaft und

unprofessionell. Es seien hochselektive Kollektive für die Datenerhebungen verwendet worden. Es haben keine ausreichenden Kontrollen stattgefunden, die Diagnostik der psychischen Störungen sei ungenau und mögliche Co-Faktoren seien unberücksichtigt geblieben. Insbesondere seien die Studien mit der Maßgabe betrieben worden, dass von vornherein ein kausaler Zusammenhang von Cannabis und Psychosen unterstellt wurde.

Tatsache sei, dass im akuten „Cannabisrausch“ Symptome festgestellt werden können, die psychotischen Störungen ähnlich sind. So werde eine erhöhte Euphorie empfunden, die Zeitwahrnehmung sei gestört und es komme zu Denkstörungen. Unter kontrollierten Laborbedingungen konnten auch visuelle und auditive Halluzinationen bei hohen THC-Dosen festgestellt werden.

Aus diesen Tatsachen erwuchs die Vermutung, dass Cannabis-Konsum zu psychotischen Symptomen führen könne. Folgende Fragestellungen seien besonders zu beachten, wurden jedoch bei vielen Studien unbeachtet gelassen: „Ging der Cannabis-Konsum der Psychose oder diese dem Konsum voraus? Liegt eine Psychose vor, bei der (auch) Cannabis konsumiert wird, oder eine Psychose, die durch Cannabis unterhalten wird?“

Insbesondere kann nicht von dem akuten Rauschzustand nach Konsum hoher THC-Dosen auf einen Zusammenhang von Cannabis-Konsum und dauerhaften Psychosen geschlossen werden. Der akute Rauschzustand nach Cannabis-Konsum kann vielmehr nicht von anderen toxischen Verwirrtheitszuständen unterschieden werden. Die Autoren gehen davon aus, dass die meisten in der Literatur benannten „Cannabis-Psychosen“ akute organische Psychosen gewesen seien, die nach relativ kurzer Zeit nicht mehr bestehen. Nachweise für eine mögliche Chronifizierung liegen gerade nicht vor.

Die Autoren weisen auch darauf hin, dass es für das viel zitierte „amotivationale Syndrom“ keine medizinischen Nachweise gibt. Im Ergebnis fassen die Autoren zusammen, dass der Cannabis-Konsum – und auch das nur bei hohen Dosen – zu kurzfristigen organischen Psychosen (akuter Rauschzustand) führen kann. Für durch Cannabis-Konsum ausgelöste Psychosen gibt es keine wissenschaftliche Grundlage. Es ist aber zu beachten, dass vorhandene Psychosen und psychische Erkrankungen durch den Cannabis-Konsum negativ beeinflusst werden können.

b) Lesch

Prof. Otto Lesch (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Ruhestand, Wiener Universitätsklinik; Vorstand der International Academy of Law and Mental Health) erklärt in einem Beitrag vom 06.11.2018 (<https://www.mcra.eu/univ-prof-lesch-die-tabak-und-alkohollobby-braucht-mit-cannabis-einen-aussenfeind/>), dass wissenschaftlich ein erhöhtes Risiko von Schizophrenie durch den Konsum von Cannabis nicht darstellbar ist (so auch Prof. Rainer Schmid [Chemiker und Toxikologe, Leiter der Abteilung Toxikologie und Medikamentenanalytik am AKH Wien; langjährig in der Drogenprävention tätig; Leiter der Medical Cannabis Research & Analysis GmbH] 29.10.2018: <https://www.mcra.eu/schmid-der-vorwurf-fehler-wirksamkeit-ist-absurd/>). Das Risiko einer Schizophrenie im Jugendalter betreffe überall auf der Welt 0,6-1,0 % der jugendlichen Bevölkerung, egal, ob in den jeweiligen Bevölkerungsgruppen Cannabis konsumiert wird oder nicht. „Cannabis hat in der Ursache von Schizophrenie keinen besonderen Stellenwert“. Das gleiche gelte für das Risiko von Psychosen durch den Konsum von Cannabis – allein durch den Konsum von Cannabisprodukten mit sehr hohen THC-Dosen könnte ein solches Risiko überhaupt begründet werden. Dazu ist anzumerken, dass gesundheitsgefährdende THC-Dosen allein auf dem Schwarzmarkt entstehen können. Bei einer staatlich kontrollierten Abgabe von Cannabis könnte ein echter Verbraucherschutz etabliert werden, der insbesondere die Dosis des THC angemessen reglementieren könnte.

c) eigene Erfahrungen als Berufsbetreuer

Aus eigener Erfahrung als Berufsbetreuer für psychisch kranke Personen kann der Unterzeichner bestätigen, dass Cannabis-Konsum auf vorhandene psychische Schädigungen negativ – aber offenbar auch positiv – wirken kann. Eine betreute Person beispielsweise, die regelmäßig Cannabis konsumierte, konnte ihren Lebensalltag wieder weitgehend in den Griff bekommen, als sie davon überzeugt werden konnte, den Cannabis-Konsum einzustellen. Eine andere betreute Person dagegen war mit ihrem Cannabis-Konsum gut lenkbar und es konnten gute Fortschritte in der Strukturierung des Alltags verzeichnet werden. Nachdem auch diese Person jedoch ihren Cannabis-Konsum einstellte, geriet die Situation völlig außer Kontrolle, da die Person massive Halluzinationen und Wahnvorstellungen entwickelte und

schließlich eine Zwangseinweisung in die Psychiatrie erforderlich wurde. In solchen Fällen ist es vor allem hinderlich, dass die betreffenden Personen nicht offen über ihren Cannabis-Konsum sprechen können – insbesondere gegenüber Therapeuten, Psychiatern, Betreuern und Gerichten. So lange der Umgang mit Cannabis kriminalisiert ist und ein therapeutischer Einsatz von Cannabis nicht unproblematisch möglich ist, wird insbesondere das Patient-Arzt-Gespräch durch die geltende Gesetzgebung erheblich behindert. So zeigt ein weiteres Beispiel aus der Praxis des Unterzeichners, dass selbst bei einer vorliegenden Genehmigung zur Einnahme von Cannabis als Medizin Probleme bei der Behandlung auftreten. So hatte der entsprechende Mandant eine Erlaubnis zum Konsum von Cannabis als Medizin. Er brauchte jedoch dringend eine stationäre psychiatrische Behandlung, um insbesondere wieder eine Erwerbsfähigkeit erreichen zu können. Die stationäre Aufnahme scheiterte jedoch an dem vorliegenden Cannabis-Konsum. Kein Krankenhaus war bereit, einen Konsumenten von „illegalen Drogen“ aufzunehmen. Die Erlaubnis des Konsums im Einzelfall war dabei unerheblich. So wird der Mandant erwerbsunfähig bleiben, dadurch wird er langfristig nicht in der Lage sein, das teure Medikament zu finanzieren und somit ist absehbar, dass sein Gesundheitszustand weiter dramatisch schlechter werden wird. Für diesen Mandanten ist damit das bestehende Cannabis-Verbot eine ernsthafte Gefahr für Leib und Leben. All dies ist umso irrationaler, als extrem gefährliche Drogen als Medikamente auf Rezept und unter Kostenübernahme durch die Krankenkassen erhältlich sind.

d) Proal/Fleming/Galvez-Buccolini/DeLisi

Zudem liegt eine Studie von Ashley C. Proal / Jerry Fleming / Juan A. Galvez-Buccolini / Lynn E. DeLisi „A controlled family study of cannabis users with and without psychosis“ vom 19.09.2013 vor. Das Ergebnis ist eindeutig: Durch den Cannabis-Konsum als solchem steigt das Psychose-/Schizophrenie-Risiko nicht!

VI.6. Das amotivationale Syndrom

Dass Cannabis-Konsum ein amotivationales Syndrom auslösen könne, wird heute nicht mehr vertreten. Bereits Krumdiel stellt für das amotivationale Syndrom Folgendes dar, nachdem die Symptome dieses Syndroms dargestellt wurden (S. 128 f.):

„Zahlreiche durchgeführte Untersuchungen an Studenten und Arbeitern innerhalb und außerhalb von Laborbedingungen (vgl. ausführlich: Kleiber/Soellner, 1998, 131 ff.; Zimmer/Morgan/Bröckers, 2004, 81 ff.; Kleiber/Kovar, 1998, 184 ü 186 ff., 197 ff.; Grinspoon/Bakalar, 1994, 174 ff.; Schneider, 1995^ 55 f.; Wheelock, 2002, 46 ff.; Schwenk Journal of Drug Issues 1998, 941, 948) kamen jedoch zu dem Schluss, dass der Konsum von Cannabis gerade nicht zu den beschriebenen Demotivationserscheinungen führt (Tossmann, Sucht 2004, 164, 166 f.; Schwenk Journal of Drug Issues 1998, 941, 948; Zimmer/Morgan/Bröckers, 2004, 82 ff., 86; Kleiber/Soellner, 1998, 132 f.; Kleiber/Kovar, 1998, 216 f.; Wheelock, 2002, 47; Seifert, 2004, 12; Schneider, 1995, 54; Martin/Hall, 1999, 10; Krausz/Meyer-Thompson in: Berghaus/Krüger, 46 f.; Grotenhermen, 2002, 184; Health Committee Neu Seeland, 2003, 19). So konnte die Symptomatik, die eigentlich dem 'amotivationalen Syndrom' zugeschrieben wird, auch bei Nichtkonsumenten beobachtet werden (Kleiber/Soellner, 1998, 133; Kleiber/Kovar, 217; Grotenhermen in: Grotenhermen/Karus, 185). Andererseits sind auch unter den Cannabiskonsumenten Personen zu finden, die extrem leistungsorientiert sind (Kleiber/Soellner, 1998, 132 ff.; Krausz/Meyer-Thompson in: Berghaus/Krüger, 46 f.). Eine kausale Verbindung zwischen dem Konsum von Cannabis und abnehmender Leistungsmotivation ließ sich folglich nicht ermitteln (ausführlich: Kleiber/Kovar 1998, 217 f.; Zimmer/Morgan/Bröckers 2004, 81 ff.; Schneider 1995, 55 f.; EKDF 1999, 27 f.; Wheelock 2002, 46; United Kingdom Parliament House of Lords 1998, Absatz 4.14; Nedelmann, DÄBI 2000, A 2833, 2836; Schwenk Journal of Drug Issues 1998, 941, 957). [...]

Die These vom 'amotivationalen Syndrom' als Folge eines Cannabiskonsums ist dementsprechend abzulehnen (so auch: Zimmer/Morgan/Bröckers 2004, 86; Kleiber/Kovar 1998, 218; Grinspoon/Bakalar 1994, 176 f.; Kuntz 2002, 92 f.; Kleiber/Soellner 1998, 141, 161; House of Commons Library 2000, 26; Martin/Hall 1999, 10; Schwenk Journal of Drug Issues 1998, 941, 948; Wheelock 2002, 46, 48; Krausz/Meyer-Thompson in: Berghaus/Krüger, 47; [...])."

Die gesamte Fachforschung zeigt, dass Cannabisprodukte bei einem moderaten Gebrauch über langjährige Zeit konsumiert werden können, ohne dass Merkmale eines amotivationalen Syndroms auftreten, keine gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen zu verzeichnen sind und ohne dass es notwendigerweise zum Umstieg auf sogenannte "härtere Drogen" kommt (Dr. Letizia Paoli, Kriminologische Forschungsgruppe am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg auf der Fachtagung der Bundestagsfraktion der Grünen am 03.06.02 „Cannabispolitik im europäischen Vergleich" unter Bezug auf Kleiber/Soellner 1998, 127-161). Dr. Paoli führt weiter zutreffend aus:

„Um es pointiert mit den Worten des Direktors des Freiburger Max Planck Institutes für ausländisches und internationales Strafrecht zu sagen: Wenn man die Risiken des Cannabiskonsums mit denen des Alkohol- und Nikotinkonsums vergleicht und außerdem mit in den Blick nimmt: das akute Risiko einer Intoxikation, das Potential an körperlicher Abhängigkeit, die Größe der Entzugsprobleme, die direkten psychischen Auswirkungen bei chronischem Konsum sowie die Frage ihrer Reversibilität und die direkten Auswirkungen auf das konkrete Verhalten (etwa: Aggressivität, Fahruntauglichkeit), dann ist Cannabis "der armseligste Kandidat, für ein Strafrecht, das auf den Schutz der Volksgesundheit zielt" (Albrecht 1995: 142)."

Sportler nutzen zunehmend Cannabis, um u.a. mehr Motivation für Bewegung zu erlangen (Studie von Sophie York Williams, Charleen Gust, Reagan Mueller, Cinnamon Biswell, Kent Hutchison, University of Colorado Boulder, April 2019: <https://www.infranken.de/ratgeber/cannabis-als-wundermittel-fuer-sport-und-regeneration-us-studie-mit-interessantem-ergebnis:art168683,4204160>). „In Franken“ berichtet in seinem Beitrag vom 03.05.2019 u.a.:

Der Konsum vor oder während Sportwettkämpfen ist verboten - auch in den USA, wo in bereits zehn Bundesstaaten Cannabis erlaubt ist. An der Studie, die die Universität durchgeführt hat, haben 600 Konsumenten teilgenommen. Auf die Frage, ob sie Cannabis vor (Zeitraum eine Stunde) oder nach (Zeitraum vier Stunden) dem Training eingenommen haben, antworteten 82 Prozent mit einem Ja. 70 Prozent der Befragten taten diese, weil der Konsum sie motiviere, sich zu bewegen. Acht Prozent mehr sagten sogar, dass die Regeneration deutlich besser MIT Cannabis verlief.

Es gibt schlicht kein amotivationales Syndrom!

VI.7. Wirkung bei Jugendlichen

Im August 2015 erschien eine Studie (<https://www.apa.org/news/press/releases/2015/08/marijuana-use.aspx>) mit folgendem Ergebnis: Cannabis-Konsum im Jugendalter führt nicht zu

Langzeitschäden (Depression, Lungenkrebs etc.). In der entsprechenden Pressemitteilung heißt es:

WASHINGTON - Chronischer Marihuana-Konsum bei Jugendlichen scheint nicht mit späteren körperlichen oder psychischen Problemen wie Depressionen, psychotischen Symptomen oder Asthma in Verbindung zu stehen, so eine Studie der American Psychological Association.

Für die Studie, die in Psychology of Addictive Behaviors® veröffentlicht wurde, haben Forscher des University of Pittsburgh Medical Center und der Rutgers University 408 Männer aus der Adoleszenz bis Mitte 30 untersucht .

"Was wir gefunden haben, war ein wenig überraschend", sagte der leitende Forscher Jordan Bechtold, PhD, ein Psychologe am University of Pittsburgh Medical Center. „Es gab keine Unterschiede bei den von uns gemessenen psychischen oder körperlichen Gesundheitsergebnissen, unabhängig von der Menge oder Häufigkeit von Marihuana, die während der Pubertät verwendet wurde.“

Marihuana-Konsum wurde einer intensiven Prüfung unterzogen, da mehrere Staaten und der District of Columbia das Medikament legalisiert haben, und die Forscher veranlassten, zu untersuchen, ob Marihuana-Konsum von Jugendlichen langfristige gesundheitliche Folgen hat. Basierend auf früheren Studien erwarteten sie, einen Zusammenhang zwischen dem Konsum von Marihuana bei Jugendlichen und der späteren Entwicklung psychotischer Symptome (Wahnvorstellungen, Halluzinationen usw.), Krebs, Asthma oder Atemwegserkrankungen zu finden. Sie fanden jedoch keine. Die Studie fand auch keinen Zusammenhang zwischen Teenager-Marihuana-Konsum und lebenslanger Depression, Angstzuständen, Allergien, Kopfschmerzen oder Bluthochdruck. Diese Studie ist eine von wenigen Studien zu den langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen von Marihuana-Konsum bei Teenagern, bei denen Hunderte von Teilnehmern seit mehr als zwei Jahrzehnten ihres Lebens verfolgt wurden, sagte Bechtold.

Die Forschung war ein Ableger der Pittsburgh Youth Study, die Ende der achtziger Jahre mit der Verfolgung von 14-jährigen männlichen öffentlichen Schülern in Pittsburgh begann, um verschiedene gesundheitliche und soziale Probleme zu analysieren. Während 12 Jahren wurden die Teilnehmer jährlich oder halbjährlich befragt, und im Zeitraum 2009-10, als sie 36 Jahre alt waren, wurde eine Nachbefragung mit 408 Teilnehmern durchgeführt. Die Studienstichprobe bestand zu 54 Prozent aus Schwarzen, zu 42 Prozent aus Weißen und zu 4 Prozent aus anderen Rassen oder Ethnien. Es gab keine Unterschiede bei den Befunden aufgrund von Rasse oder ethnischer Zugehörigkeit.

Die Teilnehmer wurden basierend auf ihrem gemeldeten Marihuana-Konsum in vier Gruppen eingeteilt: niedrige oder Nicht-Benutzer (46 Prozent); frühe chronische Benutzer (22 Prozent); Teilnehmer, die in der Adoleszenz nur Marihuana geraucht haben (11 Prozent); und diejenigen, die später in ihren Teenagerjahren mit Marihuana anfangen und das Medikament weiter verwendeten (21 Prozent). Frühe

chronische Konsumenten berichteten von einem viel höheren Konsum von Marihuana, der im Alter von 22 Jahren im Durchschnitt schnell auf über 200 Tage pro Jahr anstieg. Ihr Marihuana-Konsum nahm dann mit zunehmendem Alter etwas ab.

Die Forscher kontrollierten nach anderen Faktoren, die die Ergebnisse beeinflusst haben könnten, darunter Zigarettenrauchen, anderer Konsum illegaler Drogen und der Zugang der Teilnehmer zur Krankenversicherung. Da die Studie nur Männer umfasste, gab es keine Befunde oder Schlussfolgerungen zu Frauen. Laut der Studie hatten relativ wenige Teilnehmer psychotische Symptome.

"Wir wollten die Debatte über die Legalisierung von Marihuana unterstützen, aber es ist ein sehr kompliziertes Thema, und eine Studie sollte nicht isoliert betrachtet werden", sagte Bechtold.

Artikel: „Verwendung chronischer Marihuana-Jugendliche als Risikofaktor für körperliche und psychische Probleme bei jungen Männern“; Jordan Bechtold, PhD, und Dustin Pardini, PhD, University of Pittsburgh Medical Center; Theresa Simpson, MA, und Helene R. White, PhD; Rutgers Universität; Psychologie des Suchtverhaltens; Online veröffentlicht am 3. August 2015.

Jordan Bechtold kann per [E-Mail](#) oder telefonisch unter (949) 291-7520 kontaktiert werden.

Die American Psychological Association in Washington, DC, ist die größte wissenschaftliche und professionelle Organisation, die die Psychologie in den Vereinigten Staaten vertritt. Zu den Mitgliedern von APA gehören mehr als 122.500 Forscher, Pädagogen, Kliniker, Berater und Studenten. Durch die Einteilung in 54 Teilbereiche der Psychologie und die Zugehörigkeit zu 60 Landes-, Territorial- und kanadischen Provinzverbänden fördert APA die Schaffung, Kommunikation und Anwendung von psychologischem Wissen, um die Gesellschaft zu unterstützen und das Leben der Menschen zu verbessern.

Auch der Tagesspiegel berichtete entsprechend über diese Studie (Hartmut Wewetzer, 06.08.2015, Studie in den USA – Keine Langzeit-Schäden durch Cannabis-Konsum)

Die „American Psychological Association“ veröffentlichte bereits im August 2015 eine Studie der University of Pittsburgh (Medical Center) und der Rutgers University (Bechtold/Simpson/White/Pardini, Chronic Adolescent Marijuana Use as a Risk Factor for Physical and Mental Health Problems in Young Adult Men: <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/adb-adb0000103.pdf>). Daraus ergibt sich, dass ein Zusammenhang zwischen Cannabis-Konsum im jugendlichen Alter und späteren Depressionen, Lungenkrebs oder sonstigen Gesundheitsproblemen nicht hergestellt werden kann.

Oft wird darauf verwiesen, dass Cannabis-Konsum bei Jugendlichen eine Erhöhung des Risikos für Psychosen erhöhen würde. Dabei ist jedoch zu beachten, dass das allgemeine Psychoserisiko bei ca. 0,5 % liegt und dem Cannabis-Konsum bei Jugendlichen eine Verdoppelung dieses sehr geringen Risikos zugeschrieben wird. Verdoppelung des Risikos mag in einer Überschrift bedrohlich klingen – das Leben in einer Großstadt verdoppelt das Psychoserisiko bei Jugendlichen aber ebenfalls. Es wäre aber unstreitig unseriös, zu behaupten, das Leben in Großstädten würde Psychosen verursachen.

VI.8. Klassische Mythen zu Cannabis

a) Cannabis macht abhängig

Zum Thema „Cannabis macht süchtig“ stellt bspw. die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. auf ihrer Internetseite fest: „Ähnlich dem Alkoholkonsum kann es auch beim Haschischkonsum über einen längeren Zeitraum hinweg ein Missbrauchverhalten geben, ohne dass es zur Ausbildung einer Abhängigkeit kommt“. Eine Studie des amerikanischen „National Institute on Drug Abuse“ kommt zu dem ergebnis, dass die Gefahr der Abhängigkeit beim Cannabis-Konsum deutlich niedriger ist, als bspw. beim Koffein-Konsum. Im Übrigen kann auf die obigen Ausführungen verwiesen werden.

Prof. Otto Lesch (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Ruhestand, Wiener Universitätsklinik; Vorstand der International Academy of Law and Mental Health) erklärt in einem Beitrag vom 06.11.2018 nochmals das geringe Risiko einer Abhängigkeit durch den Konsum von Cannabis (<https://www.mcra.eu/univ-prof-lesch-die-tabak-und-alkohollobby-braucht-mit-cannabis-einen-aussenfeind/>). Dabei weist er insbesondere auf die Tatsache hin, dass es jährlich zahlreiche direkte Tabaktote und direkte Alkoholtote gibt, Cannabistote dagegen bis heute nicht zu verzeichnen sind. Bezüglich des Schutzes der Jugend vertritt Prof. Lesch die durchaus weitverbreitete Ansicht, dass Cannabis gerade durch die Prohibition für Jugendliche interessant gemacht wird. „Je klarer man den Standpunkt vertritt, dass Hanf eine faserige, schnell wachsende, überall vorkommende Pflanze ist, die man medizinisch als Salbe und Medikament verwenden kann, desto uninteressanter wird sie für den Massenkonsum von Jugendlichen“.

Die University of British Columbia (UBC) veröffentlichte im November 2016 eine Studie, die belegt, dass Cannabis als wirksame Hilfe bei Entgiftungsbehandlungen von Alkohol- und Opioidabhängigen eingesetzt werden kann (Bericht in ScienceDaily, Marijuana could help treat drug addiction, mental health, study suggests, 16.11.2016: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/11/161116102847.htm>). Es besteht also nicht nur keine Gefahr der Abhängigkeit – Cannabis kann vielmehr helfen, Drogenabhängigkeiten zu therapieren. Zudem bestätigte die besagte Studie auch – wie bisher insbesondere Studien aus Israel belegen – dass Cannabis bei der Therapie von Depression, PTBS und Angstzuständen hilfreich sein kann.

b) Cannabis ist ebenso gefährlich, wie andere Drogen

Das Argument, Cannabis sei ebenso gefährlich, wie LSD, Heroin und andere Drogen, wird heute kaum noch ernsthaft ins Feld geführt. Kürzlich war bspw. in der Presse die sarkastische Überschrift zu lesen: „Berufsschüler nach Cannabis-Konsum eingeschlafen!“. Damit sollte vor allem darauf hingewiesen werden, dass es noch nie Todesfälle wegen Cannabis-Konsums zu beklagen gab. Die US-Drogenbehörde kam nach entsprechenden Tierversuchen zu dem Ergebnis, dass ein Mensch innerhalb von 15 Minuten 1.500 Pfund Cannabis konsumieren müsste, um daran zu sterben. Die unmittelbarsten körperlichen Wirkungen des Cannabis-Konsums sind eine Veränderung des Blutdrucks und der Herzfrequenz. Franjo Grotenhermen fasste diesen Umstand einmal plakativ dadurch zusammen, dass er sagte, „Cannabis ist so gefährlich, wie Sex“. Dies sticht freilich besonders im Vergleich mit der legalen Droge Alkohol hervor, die jährlich zu ca. 74.000 Toten führt.

c) Cannabis ist eine Einstiegsdroge

Das Argument, Cannabis sei der Einstieg für härtere Drogen, greift nachweislich nicht, wird jedoch immer wieder verwendet. Vorliegende Studien, die zu dem Ergebnis der Bestätigung des Mythos der Einstiegsdroge kommen, müssen als unseriös bezeichnet werden, da sie Ursache und Wirkung nicht beachten. Wären Konsumenten harter Drogen in denselben Studien bspw. befragt worden, ob sie vor ihrem Drogenkonsum Alkohol konsumierten, wäre zwangsläufig die These „Alkohol ist eine Einstiegsdroge“ das Ergebnis gewesen. Maia Szalavitz vom US-Magazin

„Times“ fasste es so zusammen: „Bei Mitgliedern der Motorradgang ‚Hell’s Angels‘ ist es 104 Mal wahrscheinlicher, dass sie bereits als Kind Fahrrad gefahren sind. Es bedeutet aber genauso wenig, dass Fahrradfahren bereits ein erster Schritt zur Karriere als Mitglied einer Motorradgang ist.“. Auch das Bundesministerium für Gesundheit hat auf eine Anfrage des Abgeordneten Frank Tempel klargestellt, dass die Annahme, Cannabis sei eine „Einstiegsdroge“ als „nicht zutreffend“ bezeichnet werden muss.

d) Cannabis schädigt die Lunge

Gelegentlich wird auch behauptet, dass Cannabis die Lunge schädigen würde, da es in der Regel geraucht werde. Abgesehen von den Schädigungen durch den beigemischten Tabak konnten jedoch bisher keine schädlichen Wirkungen von Cannabis selbst auf die Lunge nachgewiesen werden. Anders als Tabak wirkt Cannabis daneben sogar krebshemmend (vgl. bspw.: Medizin heute, 22.01.2019, Cannabis tötet sämtliche Arten von Krebszellen ab, welche die Wissenschaft bisher getestet hat: <https://medizin-heute.net/cannabis-toetet-saemtliche-arten-von-krebszellen-ab-welche-die-wissenschaft-bisher-getestet-hat>) und teilweise wird in der Wissenschaft davon ausgegangen, dass Marihuana die Lungenfunktion verbessern kann.

e) Cannabis macht dumm

„Cannabis macht dumm!“. Auch für diese These gibt es keine wissenschaftlichen Belege. Auch hier kann bestenfalls für den Konsum bei Jugendlichen ein Risikofaktor erkannt werden. Daher ist der Jugendschutz auf diesem Gebiet auch zu wichtig, um ihn der Organisierten Kriminalität zu überlassen. Schließlich liegt eine norwegische Untersuchung von Ole Rogeberg vom „Ragnar Frisch Centre for Economic Research“ aus März 2013 (PNAS vom 12.03.2013: „Correlations between cannabis use and IQ change in the Dunedin cohort are consistent with confounding from socioeconomic status“, S. 4251 – 4254) vor, die zu dem eindeutigen Ergebnis kommt, dass der Effekt von Cannabis auf die Intelligenz gleich Null ist. Zum gleichen Ergebnis kommen auch britische Forscher unter Leitung von Claire Mokrysz nach einer großangelegten Studie. Kinder der Jahrgänge 1991/92 wurden bei gelegentlichem Cannabis-Konsum auf IQ-Änderungen im Alter zwischen 8 und 15 Jahren getestet. Verschlechterungen des IQ konnten dabei nicht festgestellt werden.

f) Cannabis macht kriminell

Gerade im Vergleich mit der legalen Droge Alkohol erscheint dieses Argument eher abenteuerlich. Ca. 32 % aller Tatverdächtigen bei Gewaltdelikten haben Alkohol konsumiert. Dagegen ist kein Fall bekannt, bei dem Cannabis eine Aggressions- oder Gewaltbereitschaft gesteigert hätte. Der Jugendrichter Andreas Müller sagt dazu (Zeit-Online vom 08.10.2014, „Kiffer sind keine Kriminellen“): „In 20 Jahren als Jugendrichter und mehr als 12.000 Verfahren habe ich nicht einen einzigen Fall gehabt, in dem schwere Straftaten wie Körperverletzung oder Vergewaltigungen durch Cannabis ausgelöst worden wären. Es ist fast immer Alkohol, vielleicht noch in Kombination mit Amphetaminen oder Kokain. Es ist nie der kleine Kiffer.“.

g) Die Legalisierung würde die Konsumentenzahlen explodieren lassen

Schließlich wird vor einer Legalisierung von Cannabis damit gewarnt, dass dann der Konsum dramatisch steigen würde. Angesichts der Beispiele von (Teil-)Legalisierungen im Ausland, kann auch dieses Argument nicht überzeugen. Die europäische Beobachtungsstelle für Drogen, in Lissabon, stellt zutreffend fest, dass die rechtliche Lage bzgl. der Bewertung des Cannabis-Konsums keinen Einfluss auf den tatsächlichen Konsum hat. Zudem stellt Franjo Grotenhermen bzgl. des Jugendschutzes fest, dass es für Jugendliche bei einer Legalisierung weniger Hemmungen gäbe, mit Eltern oder Beratungsstellen über Cannabis zu sprechen. „Stattdessen lernen sie, mit Kriminellen in Kontakt zu treten.“. Auch das US Institute for the Study of Labor kommt zu dem Schluss dass durch Legalisierungen und Teillegalisierungen in US-Staaten lediglich Konsumsteigerungen von 0,7 bis 0,8 % zu verzeichnen sind, wobei Effekte von Gesetzesänderungen bei Volljährigen eher spürbar seien, während bei Jugendlichen die Gesetzeslage kaum eine Rolle zu spielen scheint.

In Großbritannien sprechen sich die Ärzte für eine Entkriminalisierung des Umgangs mit Cannabis aus. Dabei verweist bspw. der britische Facharzt im Ruhestand, Geoffrey Lewis, darauf, dass trotz einer Verschärfung der Drogengesetze der Konsum „in die Höhe geschossen“ sei. Ohne die Gefahren des Cannabis-Konsums zu verkennen bzw. gerade wegen der Gefahren – besonders für Jugendliche – plädieren die britischen Ärzte dafür,

Cannabis zu legalisieren, um eine effektive Regulierung und Überwachung des Marktes inklusive einer Qualitätskontrolle etablieren zu können.

Schließlich zeigen die Beispiele von (Teil-)Legalisierungen im Ausland, dass auch der Jugendschutz mit einer Legalisierung gewährleistet werden kann. Bei der bestehenden Gesetzeslage wird die Idee des Jugendschutzes schlicht aufgegeben. Der illegale Markt kann schließlich nicht entsprechend reguliert werden. In Colorado (USA) sind Cannabis-Produkte frei verkäuflich, wobei die Abgabe an unter 21-Jährige streng verboten ist. Seit der Legalisierung des Verkaufs konnte noch kein Fall entdeckt werden, in dem an eine unter 21-jährige Person ein Verkauf stattgefunden hat. Angesichts drastischer Strafdrohungen achten die Händler peinlich genau auf die Einhaltung der Altersgrenzen. Da der illegale Markt nicht mehr besteht, haben Jugendliche daher nur unter sehr erschwerten Bedingungen Zugriff auf Cannabis. Es wurde ein Rückgang beim Konsum unter Jugendlichen von 24% auf 20% festgestellt.

VI.9. Vergleich zu anderen Stoffen

Die Erkenntnisse welche BVerfG 1994 noch als ungesichert bezeichnete oder als gegeben ansah, haben sich derart verfestigt bzw. geändert, dass nunmehr von einer zu vernachlässigenden Gefährlichkeit des Cannabiskonsums – im Vergleich zu den sonstigen vom BtmG erfassten Stoffen und den legalen Drogen Alkohol und Tabak – gesprochen werden muss. Das britische Independent Scientific Committee on Drugs stellte bspw. folgende Ergebnisse bei einem Vergleich von verschiedenen Drogen fest:

| Droge | Schädigungsgrad |
|----------------|-----------------|
| Alkohol | 72 |
| Heroin | 55 |
| Crack-Kokain | 54 |
| Metamphetamine | 33 |
| Kokain | 27 |
| Tabak | 26 |
| Amphetamine | 23 |
| Cannabis | 20 |

Auch der Roques-Report und die Studie für die WHO von Wayne Hall kommen zu dem eindeutigen Schluss, dass starker Cannabiskonsum wesentlich geringere Schäden verursacht, als sonstiger starker Konsum gebräuchlicher Drogen:

| | Opiate | Kokain | Alkohol | Benzo-diazepine | Cannabis | Tabak |
|-----------------------|--------|--------|---------|-----------------|----------|-------|
| körperl. Abhängigkeit | +++++ | ++ | +++++ | +++ | ++ | ++++ |
| psych. Abhängigkeit | +++++ | ++++ | +++++ | ++++ | ++ | +++++ |
| Nervenschäden | ++ | ++++ | ++++ | - | - | - |
| Gesamtoxizität | ++++ | ++++ | ++++ | + | + | +++++ |
| soz. Gefährlichkeit | +++++ | +++++ | ++++ | ++ | ++ | - |

- = keine Effekte,
- + = sehr schwache Effekte,
- ++ = schwache Effekte,
- +++ = mittelstarke Effekte,
- ++++ = starke Effekte,
- +++++ = sehr starke Effekte

Alles andere als eine Einstufung von Cannabis als verhältnismäßig ungefährlich stellte eine irrationale Überdehnung der Anforderungen an die Harmlosigkeit einer Substanz dar (so auch bspw. Dr. Gernot Rücker [Notarzt] im Interview mit „das-ist-rostock.de“ am 13.09.2014: „Cannabis hat hier zweifelsfrei unter den Rauschmitteln eines der niedrigsten Risiken und könnte problemlos legalisiert werden.“). Schließlich kann – und wird zusehends – Fett, Zucker, Schokolade, Kaffee usw. unter bestimmten Umständen zu erheblichen Gesundheitsgefährdungen führen, ohne dass deshalb der Umgang damit strafwürdig erscheint.

Eine Studie der Universität Maastricht und der Goethe Universität Frankfurt (Main) aus Januar 2016 bestätigt, dass Cannabis – im krassen Gegensatz zu Alkohol – Aggressionen bei den Konsumenten reduziert, statt steigert (De Sousa Fernandez Perna/Theunissen/Kuypers/Toennes/Ramaekers, Subjective aggression during alcohol and cannabis intoxication before and after aggression exposure, 15.07.2016: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988999/>).

Eine Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (Zeitschrift Blutalkohol des B.A.D.S. 2015, 329 ff.) befasst sich ebenfalls mit der Gefährlichkeit von Cannabis im Vergleich zu legalen Stoffen. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. ist unverdächtig, Cannabis und seine Wirkungen zu verharmlosen. Die Feststellung des Vereins ist dennoch klar und eindeutig: Eine Ungleichbehandlung von Cannabis einerseits und Alkohol und Tabak andererseits ist aufgrund der Befundlage zu negativen Konsequenzen dieser Substanzen nicht zu rechtfertigen. Alkohol und Tabak müssen als wesentlich gefährlicher eingestuft werden als Cannabis und sind dennoch überall legal verfügbar. Es wird insbesondere darauf hingewiesen, dass die Illegalisierung von Cannabis ausschließlich historische Wurzeln haben dürfte. In die gleiche Richtung geht bspw. auch eine Äußerung der Bundesdrogenbeauftragten, Marianne Mortler, im ZDF Morgenmagazin, als sie sinngemäß erklärte, dass Cannabis im Gegensatz zu Alkohol verboten sei, weil es nun einmal eine illegale Droge sei und Alkohol legal. Tragfähige inhaltliche Argumente für ein Cannabisverbot sind schließlich weder ersichtlich noch vom Beklagten vorgetragen.

Der Verein kommt zu der besagten Einschätzung, obwohl er davon ausgeht, dass Cannabiskonsum zu psychosozialen Problemen, der Entwicklung von akuten und lebenslangen Psychosen und der Ausbildung einer Cannabisabhängigkeit führen kann. Um Wiederholungen zu vermeiden, wird dazu nach oben verwiesen. Im weiteren Text wird insbesondere die Abhängigkeit von Cannabis erheblich relativiert, wenn festgestellt wird, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Cannabisabhängigkeit einem Bruchteil der Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit von Alkohol und Nikotin entspricht. Vor allem wird auch darauf hingewiesen, dass weitere Forschungen notwendig sind. Wie schon in der Klageschrift ausgeführt, sind gerade solche notwendigen Forschungen durch das strikte Cannabisverbot erheblich erschwert. Schließlich ist sämtlicher Umgang mit Cannabis grundsätzlich verboten, was Forschungen in Deutschland zu den Wirkungen von Cannabis nahezu unmöglich macht.

Letztlich stellt auch der Verein – wie viele Befürworter des Cannabisverbotes – hauptsächlich auf die Gefährdung der Jugend durch Cannabis ab. Diese Erwägung geht jedoch ins Leere, da eine Legalisierung von Cannabis auch

für Jugendliche nicht zur Diskussion steht und auch mit dem vorliegenden Verfahren nicht erreicht werden soll. Der hiesige Vortrag, dass das Konsumverhalten – auch und insbesondere von Jugendlichen – unabhängig von der Frage der Kriminalisierung ist, wird hier auch durch den Verein bestätigt. Ebenfalls zutreffend wird festgestellt, dass die strafrechtliche Verfolgung nicht gelungen ist, da das vorgebliche Ziel der Reduzierung des Drogenkonsums in der Gesellschaft offensichtlich nicht erreicht werden kann. Vielmehr werden durch die strafrechtliche Verfolgung zusätzliche psychosoziale Belastungen geschaffen. Insofern wird auch hier der Hinweis bestätigt, dass das staatliche Handeln einerseits vorgibt, das Leben der Menschen – insbesondere der Jugendlichen – zu schützen und andererseits aber durch die strafrechtliche Verfolgung genau dieses Leben nachhaltig stört. Insbesondere wenn Jugendliche zum Gegenstand der Strafverfolgung werden, hat dies in der Regel erhebliche negative Folgen für das weitere Leben und bedeutet nicht selten eine vollständige Zerstörung dieses Lebens.

VI.10. Medizinischer Nutzen

Cannabisprodukte sind, wie die neusten Studien ergeben haben, hochwertige Arzneimittel, die bei vielen Krankheiten sinnvoll eingesetzt werden können (F. Grotenhermen: Hanf als Medizin; R. Brenneisen The effect of orally and rectally administered THC on spasticity; vgl. auch: The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research (16 köpfige Experten-Kommission), 2017, A Report of The National Academies of Science–Engineering–Medicine

https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/6/7416/1530185667/the-health-effects-of-cannabis-and-cannabinoids-rapport_28062018.pdf).

Insbesondere Israel hat die medizinischen Wirkungen von Cannabis akzeptiert und mittlerweile ca. 20.000 Menschen den Erwerb von Cannabis zu medizinischen Zwecken genehmigt. Auch und vor allem die Anwendung von Cannabis bei der Traumatherapie von Soldaten hat in Israel zu einem Umdenken geführt.

Gerade im Bereich von schmerzhaften Rückenverletzungen stellen Cannabisprodukte ein medizinisch indiziertes Schmerztherapeutikum dar. Die seit 1997 laufende Pilotstudie an der neurologischen Klinik Zürich hat ergeben, dass THC als effizientes Muskelrelaxan eingesetzt werden kann, d.h. nach Rückenmarksverletzungen und Multipler Sklerose auftretende

spastische Symptome zu reduzieren vermag. Hier steht THC in Konkurrenz mit den etablierten Medikamenten, die aber im Gegensatz zu THC häufig starke Nebenwirkungen hervorrufen, mit der Zeit die Wirkung verlieren und von den Kosten um ein vielfaches teurer sind als Cannabis. Allein der Vergleich mit Morphin und anderen gebräuchlichen, anerkannten Schmerzmedikamenten zeigt, dass derzeit schwerste Nebenwirkungen und Abhängigkeitsrisiken in Kauf genommen werden, während das vergleichsweise harmlose Cannabis weiter als gefährliche Droge gilt.

Auch die Studie des Europäischen Instituts für onkologische und immunologische Forschung in Berlin (Leiter Robert Gorter) kommt zu dem Ergebnis, dass Cannabis ein hochwirksames Medikament ist und gerade im Bereich der Schmerztherapie Anwendung finden sollte.

Mit der Einführung von § 31 Abs. 6 SGB V wurde die medizinische Nützlichkeit von Cannabis erstmals gesetzlich anerkannt.

VI.11. CaPRis – Kurzfassung der Bundesdrogenbeauftragten

Ende 2017 wurde die Studie der Drogenbeauftragten der Bundesregierung „Cannabis: Potenzial und Risiken“ präsentiert. Zunächst wurde lediglich eine Zusammenfassung der Ergebnisse vorgelegt (https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/2_Suchtstoffe_und_Abhaengigkeiten/6_Cannabis/Downloads/BMG_CaPris_A5_Info_web.pdf). Die vollständige Studie ist später als Buch erschienen.

Die Zusammenfassung ließ einige Fragen offen, zeigte jedoch bereits eine Tendenz. Aus hiesiger Sicht wurde die Zusammenfassung von Seiten der Bundesregierung tendenziös formuliert und es ist ein Bemühen erkennbar, die Risiken des Cannabiskonsums überzubetonen. Dennoch wird selbst aus dieser Zusammenfassung der Studie deutlich, dass das Gefahrenpotenzial von Cannabis unter keinen Umständen das derzeit bestehende umfassende Verbot rechtfertigen kann.

Zunächst bestätigt die Studie, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung (auch in Deutschland) Cannabis konsumiert. Es kann davon ausgegangen werden, dass in jeder gesellschaftlichen Schicht Cannabis konsumiert wird.

Cannabis ist damit als Genussmittel in der Gesellschaft tief verankert und (wieder) zu einem Bestandteil der Kultur unserer Gesellschaft geworden.

Auf Seite 3 der Zusammenfassung wird erklärt, dass der Konsum von Cannabis die Gedächtnisleistung, die Aufmerksamkeit und Psychomotorik beeinträchtigen würde und daher insbesondere die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sei und durch den Konsum von Cannabis ein erhöhtes Verkehrsunfallrisiko bestehen würde. Leider wird hier nicht ansatzweise deutlich, worauf sich diese Feststellung stützt. Aus einem etwas detaillierteren Kurzbericht zur Studie (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht/171127_Kurzbericht_CAP_Ris.pdf) wird auf Seite 2 deutlich, dass solche Einschränkungen bei akutem Konsum festzustellen seien. Schon bei regelmäßigem und häufigem Konsum kann zu dieser Frage keine eindeutige Einschätzung abgegeben werden. Es wird auch betont, dass diese Einschränkungen stets vorübergehend sind, also unmittelbar mit dem Konsum einhergehen und in der Regel nach Beendigung des Konsums nicht mehr bestehen. Im Ergebnis relativiert sich diese Feststellung also dahingehend, dass lediglich ein geringer Teil der Konsumenten (akuter Konsum) ein nachweisbares Risiko für die besagten Einschränkungen hat. Dafür, dass der Konsum von Cannabis generell zu solchen Beeinträchtigungen führen könnte, gibt es keine Belege. Zumindest aus den USA gibt es Indizien, die sogar darauf hindeuten, dass die Feststellung der Studie unzutreffend sein könnte. Insbesondere in den US-Bundesstaaten, wo Cannabis legal verkauft und erworben werden kann, oder auch „nur“ aus medizinischen Gründen konsumiert werden darf, ist die Zahl der Verkehrstoten zurückgegangen (American Journal of Public Health, US Traffic Fatalities, 1985–2014, and Their Relationship to Medical Marijuana Laws: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2016.303577>) Der Deutscher Hanfverband (12.12.2014, Colorado zieht Bilanz- Zahlen und Fakten nach zwei Jahren Re-Legalisierung) führt dazu folgendes aus:

Anfängliche Befürchtungen, die Regulierung ginge mit einer steigenden Zahl an Verkehrsunfällen einher, haben sich nicht bestätigt (<http://www.prweb.com/releases/2013/1/prweb10323294.htm>). Auch hier scheint eher das Gegenteil der Fall zu sein (<http://healthland.time.com/2011/12/02/why-medical-marijuana-laws-reduce-traffic-deaths/print/>), denn seit der Gesetzesänderung verzeichnet Colorado nicht mehr DUI (Driving under

influence) Fahrten oder Unfälle als zuvor (<https://www.forbes.com/sites/jacobsullum/2014/04/03/more-pot-safer-roads-marijuana-legalization-could-bring-unexpected-benefits/#5a34561738d6>). Die Schnelltests, die auch in Colorado eingesetzt werden, sollen hingegen keine positive Auswirkung auf die Verkehrssicherheit haben. Eine andere Studie beweist sogar, dass die Zahl schwerer Verkehrsunfälle in Staaten mit „Medical Cannabis“ von 1999-2009 im Vergleich zur vorherigen Dekade um neun Prozent gesunken ist.

Es liegen also Indizien dafür vor, dass Cannabiskonsum die Verkehrssicherheit möglicherweise sogar erhöht. Die tendenziöse Feststellung der Drogenbeauftragten (Seite 3 unten) ist so jedenfalls nicht haltbar.

Auf Seite 4 der Zusammenfassung wird festgestellt, dass die Leistung des Gehirns durch einen chronischen Konsum nachlassen würde. Es wird jedoch auch festgestellt, dass diese Wirkung „umkehrbar“ sei. Selbst wenn diese Wirkung also als gegeben angenommen würde, entfällt die Wirkung bei Nichtkonsum wieder. Auch hier beschränkt sich das Risiko also wieder auf einen kleinen Teil der Konsumenten (chronischer Konsum) und auch hier wird wieder belegt, dass mögliche negative Wirkungen direkt mit dem Konsum zusammenhängen und keine dauerhaften Schädigungen drohen.

Bei der Gelegenheit wird auch auf den Umstand hingewiesen, dass zumindest eine Studie existiert, die aufzeigt, dass Frauen, die Cannabis konsumieren, einen höheren IQ aufweisen (James White, G. David Batty. **Intelligence across childhood in relation to illegal drug use in adulthood: 1970 British Cohort Study.** *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2011: <https://jech.bmj.com/content/66/9/767>). Es mag dahingestellt bleiben, ob dieser höhere IQ durch den Cannabiskonsum ausgelöst wird – jedenfalls erscheint auch damit die These, dass Cannabiskonsum zur generellen Schwächung der Hirnleistung führe, widerlegt (dazu auch: Scott/Slomiak/Jones, University of Pennsylvania, Association of Cannabis With Cognitive Functioning in Adolescents and Young Adults A Systematic Review and Meta-analysis, Juni 2018: keine relevanten Effekte von Cannabis-Konsum auf kognitive Fähigkeiten).

Bezüglich des Abhängigkeitsrisikos wird auf Seite 5 unten der Zusammenfassung festgestellt, dass ca. 9 % aller Konsumenten eine Abhängigkeit entwickeln würden. In den Schlussfolgerungen der

Zusammenfassung auf Seite 11 wird entgegen der Feststellung auf Seite 5 behauptet, in jedem zehnten Fall würde eine Abhängigkeit entwickelt werden. Auch hier wird eine klare Tendenz zur Dramatisierung der Risiken deutlich. Auf Seite 6 wird zudem erklärt, dass ein Risikofaktor bezüglich der Abhängigkeit auch der Beikonsum von Tabak sei. Es erscheint hier nicht eindeutig, ob die Abhängigkeit nun einen klaren Bezug zum Cannabiskonsum oder eher zum Tabakkonsum hat. Unstreitig dürfte sein, dass das Abhängigkeitsrisiko beim Konsum von Tabak dramatisch höher ist als beim Konsum von Cannabis.

In der Zusammenfassung auf Seite 6 wird der Eindruck erweckt, seit dem Jahr 2006 hätte sich die Zahl der Personen, die wegen einer Cannabissucht behandelt werden mussten, bis zum Jahr 2015 fast verdoppelt. In dem seriöseren Kurzbericht wird auf Seite 4 darauf hingewiesen, dass die Ursache für diese Entwicklung durchaus kontrovers diskutiert wird. Gründe sind beispielsweise die generelle Erhöhung der Konsumentenzahlen, eine Änderung der Zuweisungspraxis oder die erhöhte Verfügbarkeit von Behandlungseinrichtungen. Die Annahme, dass sich das Risiko einer Abhängigkeit generell erhöht hätte, lässt sich damit nicht aufrechterhalten. Auch hier zeigt sich der tendenziöse Charakter der Zusammenfassung. Im Kurzbericht wird abschließend auch darauf hingewiesen, dass gesundheitliche Belastungen wegen des Konsums von Cannabis lediglich rund 0,08 % der gesamten Gesundheitsbelastung ausmachen.

Auch in der Praxis der Suchttherapie erscheint Cannabis als ein geradezu vernachlässigbares Phänomen. So weist insbesondere der Suchtmediziner, Dr. Thomas Rieder, darauf hin, dass Cannabis für Erwachsene relativ ungefährlich, wenn auch nicht unproblematisch, sei (Passauer Neue Presse, 18. Februar 2018, Facharzt für Suchterkrankungen: Cannabis ist geringstes Problem). Der Suchtmediziner weist darauf hin, dass der Konsum von Cannabis bei Jugendlichen und bei stark konsumierenden Erwachsenen Risiken birgt. Insbesondere im Vergleich mit Alkohol erscheinen diese Risiken jedoch als sehr gering.

In der Zusammenfassung auf Seite 7 wird das Bild des „Kiffers“ als „Verlierer“ gezeichnet, wenn festgestellt wird, dass Konsumenten von Cannabis öfter die Schule abbrechen würden, seltener studieren und seltener akademische Abschlüsse machen würden. Erst im Nachsatz wird erklärt, dass dies insbesondere bei Konsumenten der Fall sei, die bereits vor dem 15.

Lebensjahr mit dem Konsum begonnen hätten. In dem Kurzbericht auf Seite 3 entsteht dagegen der Eindruck, dass letztlich ausschließlich Konsumenten, die bereits sehr früh mit dem Konsum begonnen haben, vom Risiko eines geringen Bildungserfolgs betroffen sein können. Anhaltspunkte dafür, dass der Konsum bei Erwachsenen zu geringen Bildungserfolgen führen könnte, ergeben sich aus der Studie offenbar nicht. Im Übrigen wäre auch zu untersuchen, wie oft beispielsweise staatliche Repressionsmaßnahmen zum fehlenden Bildungserfolg beigetragen haben. Insbesondere die strafrechtliche Sanktion jugendlicher Konsumenten führte und führt immer wieder dazu, dass negative Brüche in der Biografie entstehen.

Schließlich kommt die Studie nicht umhin, auch die zahlreichen positiven Wirkungen des Konsums von Cannabis aufzuzeigen. Auch wenn auf Seite 10 den Nebenwirkungen von Cannabis als Medizin noch einmal ein ganzer Abschnitt gewidmet wird, muss festgestellt werden, dass die Nebenwirkungen relativ gering sind und in jedem Fall nur vorübergehend auftreten. Im Vergleich zu herkömmlichen Medikamenten dürften diese Risiken für Nebenwirkungen vernachlässigbar sein.

In einem Beitrag der Internetplattform „Business Insider Deutschland“ vom 05.04.2018 (<https://www.businessinsider.de/studie-zeigt-eine-erstaunliche-folge-von-legalen-cannabis-an-die-bisher-niemand-dachte-2018-4> mit Verweis auf Studie: Hill/Saxon, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, Massachusetts und University of Washington, Seattle, *The Role of Cannabis Legalization in the Opioid Crisis*, <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2676997>) wird auf das Phänomen hingewiesen, dass in Staaten, in denen der Umgang mit Cannabis legal erfolgen kann, der Gebrauch von Opiaten (insbesondere zur Schmerzlinderung) erheblich gesunken ist. Dies gilt insbesondere auch für die durch Opiate verursachten Todesfälle.

Ebenfalls in einem Beitrag von „Business Insider Deutschland“ (vom 18. März 2018) wird auf wissenschaftliche Erkenntnisse verwiesen, wonach die Wirkungen des Cannabiskonsums auf das Gehirn, von der Intensität her, den Wirkungen des Kaffeekonsums gleichgesetzt werden kann (<https://www.businessinsider.de/kaffee-wirkt-auf-das-gehirn-wie-cannabis-aber-genau-umgekehrt-2018-3>).

Der Konsum von Cannabis kann sehr wahrscheinlich den Alterungsprozess im Gehirn verlangsamen oder gar umkehren (Ärztezeitung, Cannabis – Jungbrunnen für das menschliche Gehirn?, 08.05.2017; siehe auch: „Nature Medicine“, Heft 23, 782-787 (2017); Prof. Andreas Zimmer, Institut für molekulare Psychiatrie der Universität Bonn, Cannabis kehrt Alterungsprozesse im Gehirn um, 08.05.2017: <https://www.uni-bonn.de/neues/128-2017>; 3 weitere Studien zum positiven Einfluss von Cannabis auf das Hirnzellenwachstum: Jiang/Zhang/Lan/van Cleemput/Ji/Bai/Zhang, University of Saskatchewan, Kanada und 4. Militär-Medizinische Universität Chinas und University of Maryland, USA: <https://www.jci.org/articles/view/25509>; Xapelli/Agasse/Sarda-Arroyo/Bernardino/Santos/Ribeiro/Valero/Braganca/Schitine/de Melo Reis/Sebastiao/Malva, Universitäten Lissabon/Coimbra/Beira Interior/Algarve/Rio de Janeiro, Portugal/Brasilien: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063529>; Campos/Ortega/Palazuelos/Fogac/Aguiar/Diaz-Alonso/Ortega-Gutierrez/Vazquez-Villa/Moreira/Guzman/Galve-Roperh/Guimaraes, Universitäten von Sao Paulo/Madrid/Belo Horizonte, Spanien/Brasilien: [Seite - 76 - von 104](https://watermark.silverchair.com/16-6-1407.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAakgwgJEBgkqhkiG9w0BBwagggI1MIICMQIBADCCAioGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMZnF4mPkGH4cH5HfEAgEQgIIB-3V849S5Xw2S6lvWEq5nZyW4hnZPplxTCLeTyqkR40HGnAW7DG4T1zTo deMTT30KpLH45fdLri7MS-jUNssqturOKIz1FxDjc0Zf0bqF5RmhTxTnGrATtFiulu--6913U6oNi0V4AYTU3e3xkIRBC9TRIEvUiU18WinECQsaaWhelkSlideZchMHN6FIVZVW2DEVE2QkZalc6FEq_2vfNBGqTylXo9TnBVkkXDeeST8d0gixBZHogS3Ti2-GQLA8wErYFwI7237rtXYx71uuHSOqr4gawPVL1aXsETAGIpetmS8LbNVb gplPGmjZGkolRBNagFMdp9N9dVjh1ZLhdyy8X1WIDYbP4TurD_vARI1jo5T2U049NNK2M_P2OMhuRiyapQp7p0-h6CAoVo1IUQ366iNh0qKcYOz9YgrbttRRdsecf475Vrr2JB6TkscQUxRiPf1ET92rfR1q1WPdx9aStiLVnOhzFKSodY0444ctBpU9Yo36nvcOUr41UsLb8VILeRzcmfFocPacZOnjPyzpA8ilo8GJ0yTPB04raituxhnLV62Jhe5t3Z31fzDGat-mR8j8ycJrVauR-91n_m_ven1RreQQeDtFreXGXj2KBO62HIq1NVWgn8483P4ICx8azZIBkFpWwwwCJi96-FDwyQxoaliugjGxnA). Auch diese Erkenntnis steht der These</p>
</div>
<div data-bbox=)

entgegen, der Konsum von Cannabis würde im kausalen Zusammenhang mit Misserfolgen in der Bildung stehen.

Es kann auch nicht oft genug betont werden, dass in den Staaten, in denen der Umgang mit Cannabis legal erfolgen kann, die Kriminalitätsrate fällt. Dies gilt insbesondere für Gewalttaten (The Guardian, 14.01.2018, Legal marijuana cuts violence says US study, as medical-use laws see crime fall). Demzufolge fordern auch immer wieder Beamte der Kriminalpolizei in Deutschland die Legalisierung von Cannabis (beispielsweise in Passauer Neue Presse, 05.02.2018, Prohibition nicht zielführend – Kripo-Beamte unterstützen Cannabis-Legalisierung).

In der medialen Berichterstattung wird auch immer öfter erkannt, dass das vorgeschobene Argument der Prohibition, die Jugend müsse geschützt werden, nicht greift. Vielmehr wird der Jugendschutz durch die Prohibition fahrlässig kriminellen Organisationen überlassen und wird damit im Ergebnis nicht praktiziert. Das Verbot des Umgangs mit Cannabis muss als gescheitert betrachtet werden. Zudem muss anerkannt werden, dass der Konsum von Cannabis längst in der Breite der Gesellschaft verankert ist (vergleiche: Zeit online, 13.03.2018, Wer Cannabis liberalisiert, schützt die Jugend).

Nicht zuletzt ist immer wieder darauf hinzuweisen, dass die Begründung des Verbots des Umgangs mit Cannabis zu keinem Zeitpunkt auf valide wissenschaftliche Erkenntnis gestützt werden konnte. Die Beweggründe für das Verbot waren und sind vielmehr sachfremder Natur. Dazu wurde bereits vorgetragen. Ergänzend wird auf den Kommentar in „Business Insider Deutschland“, 19.03.2018, warum wurde Cannabis verboten? Der echte Grund ist schlimmer, als ihr denkt, und auf edition.cnn, 24.03.2016, Bericht: Aide sagt Nixons Krieg gegen Drogen, die auf Schwarze, Hippies gerichtet sind (automatisiert aus dem Englischen übersetzt) Bezug genommen.

Generell mehren sich die Stimmen, die das bestehende Verbot des Umgangs mit Cannabis als nicht mehr nachvollziehbar einstufen. Selbst diejenigen, die grundsätzlich hinter diesem Verbot standen, räumen immer öfter ein, dass das Verbot gescheitert ist. Der Konsum von Cannabis konnte nicht eingedämmt werden; die Potenz von Cannabis hat zugenommen; der Jugendschutz wird aus staatlicher Hand in kriminelle Hände gegeben; gleiches gilt für den Verbraucherschutz und nicht zuletzt wurde und wird die

seriöse Forschung zu Cannabis massiv behindert (inews, 21.06.2018, es ist sinnlos, medizinisches Cannabis zu legalisieren, wenn wir uns nicht für eine vollständige Entkriminalisierung entscheiden). Nicht zuletzt die positiven Erfahrungen in Staaten, in denen der Umgang mit Cannabis legalisiert bzw. entkriminalisiert wurde, veranlasst viele Kommentatoren, sich für eine Cannabis Legalisierung auszusprechen (op-online, 01.08.2018, Kommentar: Cannabis-Legalisierung längst überfällig). Nicht zuletzt die Petition von über 80.000 Bürgerinnen und Bürgern zur Legalisierung von Cannabis an den Deutschen Bundestag zeigt, dass das bestehende Verbot des Umgangs mit Cannabis gesellschaftlich nicht mehr vermittelbar erscheint (bento, Cannabis-Fans haben den Bundestag gezwungen, endlich über die Legalisierung zu sprechen, 11.06.2018; Petition 73900: https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2017/_09/_25/Petition_73900.nc.html; Debatte im Bundestag: <https://www.youtube.com/watch?v=HQ0heEu2Rvo>). Auch in den politischen Parteien setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, dass es keine vernünftigen Argumente für das bestehende Verbot gibt (Bericht über einen entsprechenden Vorstoß der SPD: Berliner Zeitung, 20.04.2018, kiffen mit der SPD: Sozialdemokraten fordern kontrollierte Freigabe von Cannabis; Tagesspiegel, 20.02.2018, Cannabis-Anträge aus drei Fraktionen – Bundestagsabgeordnete wollen das Kiffen erlauben).

Im Ergebnis ist nach wie vor festzustellen, dass es zu keinem Zeitpunkt wissenschaftliche Erkenntnisse gab, die das bestehende Cannabisverbot hätten rechtfertigen können. Dennoch ging das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung von 1994 (BVerfGE 90, 145 – 226) davon aus, dass zumindest eine unklare Lage der wissenschaftlichen Erkenntnisse gegeben sei. Der Auftrag des Bundesverfassungsgerichts an den Gesetz- bzw. Verordnungsgeber, die wissenschaftliche Entwicklung zu beobachten (und auch voranzutreiben) wird bis heute weitgehend ignoriert. Die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse haben schließlich nicht zu einer nachträglichen Begründetheit des Cannabisverbots geführt, sondern legen permanent offen, dass eine sachlich vernünftige Begründung dieses Verbots auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht möglich ist, ohne die Grundrechte der Bürgerinnen und Bürger massiv zu verletzen.

VI.12. CaPRis – Studie im Volltext

Die CaPRis-Studie ist eine breit angelegte Arbeit zum Thema Cannabis bzw. Cannabinoide. Gerade auch für Kapitel 1 über die Wirkweise der Cannabinoide und das körpereigene Endocannabinoid-System wurde umfassend recherchiert, und der aktuelle Kenntnisstand in Form einer Literaturübersicht fundiert dargestellt.

Leider fehlt es schon dem Forschungsauftrag durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) an Objektivität. Zum Thema "Cannabiskonsum zum Freizeitgebrauch" sollten nur die Risiken des Konsums untersucht werden, nicht jedoch der persönliche Benefit und die positiven Aspekte. "Auch eine Analyse des unproblematischen Cannabiskonsums zu Rauschzwecken war nicht Teil des Forschungsauftrages." (S. 59)

Es sollten 42 konkrete Fragestellungen beantwortet werden (19 in Kapitel 3 "Cannabiskonsum zum Freizeitgebrauch", 23 in Kapitel 4 "Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit von Cannabisarznei"). In 5 Datenbanken wurden insgesamt 10 Rechercheläufe durchgeführt. Aufgrund der Vielzahl der Fragestellungen und der recht kurzen Bearbeitungszeit wurde eine "Top-Down"-Analysetechnik eingesetzt, die Studien mit aggregierter Evidenz bevorzugt (S. 38/39); es wurden also überwiegend systematische Reviews (Sekundärforschung) inkludiert und kaum klinische Studien an sich (Primärforschung). Die CaPRis-Studie ist also vor allem ein Review verfügbarer systematischer Reviews (folglich Tertiärforschung?).

Wie stringent dieses Auswahlverfahren ist, soll hier kurz erläutert werden: Von den 2173 in der digitalen Globalrecherche, den Aktualisierungsrecherchen und den De-novo-Recherchen gefundenen Publikationen verbleiben nach Abzug der Dubletten (Mehrfachnennungen) lediglich 1524 Publikationen, deren Abstracts überprüft wurden. Eine Volltextanalyse wurde dann nur noch bei etwa einem Drittel, nämlich 523 Publikationen, durchgeführt. Aufgrund strenger Ein- und Ausschlusskriterien wurden von diesen 523 Publikationen nur 145 Studien tatsächlich in die Argumentation miteinbezogen, plus 38 aus zitierten Studien gefilterte Publikationen. Als Ausschlusskriterien wurden hierbei bspw. angeführt: "kein systematisches Review", "methodisch unzureichend", "inhaltlich", "thematisch", "andere Publikationssprache", "Volltext nicht verfügbar", "unpublizierter Artikel". Eingang in die CaPRis-Studie finden also nur etwa 8% der in den Rechercheläufen gefundenen Publikationen.

Man könnte die CaPRis-Studie auch als statistische Arbeit bezeichnen. In den zitierten systematischen Reviews und Metaanalysen werden umfangreiche Berechnungen durchgeführt, um statistische Häufigkeiten und damit vor allem Tendenzen darzustellen. Ganz deutlich muss deshalb auf den Unterschied zwischen dem hier dargestellten rein statistischen Zusammenhang (Cannabiskonsum tritt gehäuft auf in Zusammenhang mit ...) und einer echten Kausalität (Cannabiskonsum führt zu ...) hingewiesen werden. Diese Unterscheidung ist insbesondere in den Bereichen psychosoziale Folgen, Fahrsicherheit und psychische Störungen ergebnisrelevant.

Cannabis zum Freizeitgebrauch

Zwei Thematiken, die im Zusammenhang mit Cannabis zum Freizeitgebrauch immer wieder diskutiert werden, wurden von vornherein aus der Studie ausgeschlossen. Begründung hierfür ist, dass "aufgrund von geringer Forschungsintensität in der letzten Dekade wenig neue Erkenntnisse erwartet wurden" (S. 59). Zum einen betrifft das das "amotivationale Syndrom durch chronischen Cannabisgebrauch", das gerade auch im Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1994 eine zentrale Rolle spielt. Zum anderen fällt darunter auch die sogenannte "Gateway-Hypothese", die besagt, dass Cannabiskonsum zum Konsum weiterer illegaler Substanzen führt - vergleichbar mit dem deutschen Theorem der "Einstiegsdroge". Aufgrund der kaum stattfindenden wissenschaftlichen Aktivität und der Ausgrenzung durch die CaPRis-Studie könnte man auch vermuten, dass diese Theoreme mittlerweile wissenschaftlich relativ obsolet sind.

Bei den Studien zum Cannabiskonsum im Freizeitgebrauch wurde grundsätzlich nicht zwischen Cannabis und Cannabinoiden unterschieden. Das wurde schon im Studiendesign festgelegt (PROSPERO-Registrierung: Analysis of subgroups or subsets, S. 442). Es wurden sogar – ganz im Gegenteil – pflanzliches Cannabis und synthetische Cannabinoide gleichgesetzt. Eine Unterscheidung wäre aber angesichts der recht unterschiedlichen Wirkstärken und Effekte durchaus notwendig gewesen. Auch über Wirkstoffgehalt und Dosierung des konsumierten Cannabis gibt die CaPRis-Studie nur spärlich Auskunft.

Kognition (eingeschlossene Studien: 14)

Die Vorgehensweise ist hier interessant. Eine Vielzahl von recht unterschiedlichen (heterogenen) Ergebnissen wird solange miteinander verrechnet, bis daraus ein eindeutiges Ergebnis wird. Und zwar wie folgt: Die aus Einzelstudien erhaltenen positiven und negativen Einzelergebnisse werden in einer Übersichtsarbeit zu einem leicht positiven Gesamtergebnis verrechnet. Dann nimmt man mehrere dieser Übersichtsarbeiten mit einem leicht positiven Ergebnis (hier systematische Reviews und Metaanalysen mit niedrigem Evidenzgrad) und erhält insgesamt ein nun eindeutiges leicht positives Endergebnis.

"Die in den Übersichtsarbeiten inkludierten Einzelergebnisse sind sehr heterogen und zeigen überwiegend inkohärente Befunde, was sich vermutlich auf die große Vielfalt an verwendeten Testparadigmen, Messmethoden und Stichprobencharakteristiken der Einzelarbeiten zurückführen lässt. Im Gegensatz dazu ergaben die systematischen Reviews und Metaanalysen, auf die wir uns im Weiteren beziehen, weitestgehend kohärente Befunde." (S. 68)

Deshalb handelt es sich in diesem Kapitel eben nur um eine statistische Häufung bestimmter Effekte, wobei die tatsächliche Reaktion des Einzelnen durchaus davon abweichen kann. Die große Frage ist, ob sich die beschriebenen Ergebnisse überhaupt auf den freizeitmäßigen Cannabiskonsum übertragen lassen. Denn die meisten Studien beziehen sich nicht etwa auf das Rauchen eines Cannabis-Joints, sondern auf die intravenöse oder orale Applikation von Arzneistoffen bzw. Fertigarzneimitteln. Bekanntlich ist die Wirkung der Cannabinoide recht verschieden, je nachdem wie man sie appliziert. Es bestehen deutliche Unterschiede in der Pharmakodynamik und Pharmakokinetik zwischen inhalativer, oraler oder gar intravenöser Verabreichung. Das Spritzen des chemischen Einzelstoffes THC ist deshalb nur bedingt mit dem Rauchen von pflanzlichem Cannabis vergleichbar. Hinzu kommt, dass pflanzliches Cannabis eine Vielzahl von Cannabinoiden enthält, die in ihrer Gesamtkomposition für die Wirkung verantwortlich sind. Auf diesen Sachverhalt wird in der CaPRis-Studie leider überhaupt nicht eingegangen, obwohl er auch in einer Studienbeschreibung erwähnt wird:

"Die orale oder intravenöse Gabe von THC, Dronabinol und Nabilon beeinträchtigte psychomotorische Leistungen in 7 von 8 untersuchten

Studien. Die orale Gabe von THC und CBD (Nabiximols; eine Studie) zeigte dagegen keinen Effekt auf die Psychomotorik ...". (S. 78)

Ersetzt man also reines THC durch eine Mischung aus den beiden Cannabinoiden THC und CBD, so treten keine nachweisbaren Beeinträchtigungen mehr auf. Einem echten Erkenntnisgewinn dient das in der CaPRis-Studie vorgenommene Berechnen statistischer Tendenzen also nur bedingt. Die beschriebene Thematik wird dort zwar kurz gestreift, geht aber nicht in das Ergebnis ein. "Die Wirkung unterschiedlicher Cannabinoide (THC, CBD) und ihrer Kombination für kognitive Funktionen ist bisher ebenfalls noch nicht umfassend untersucht. Durch die bereits beschriebene antagonistische Wirkung von CBD spielt hier das Mischungsverhältnis beider Cannabinoide eine bedeutende Rolle. Zudem kann es durch weitere Phytocannabinoide und andere Inhaltsstoffe der Cannabis-Präparate zu sogenannten Entourage-Effekten (Kombinationseffekten) kommen, wodurch sich die Wirkung von THC noch verändert. Problematisch ist zudem oftmals der Vergleich unterschiedlicher Administrationswege für die Akutintoxikation (z. B. oral, vaporisiert, geraucht), welche sich drastisch auf die letztendliche Bioverfügbarkeit verschiedener Dosen von THC auswirken." (S. 89/90)

Eine wichtige Erkenntnis ist auch, dass in den Bereichen Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen und psychomotorische Funktionen keine bleibenden Defizite gefunden wurden und sich mit längerer Cannabisabstinenz eine Regeneration bzw. Wiederherstellung zeigte (S. 75, S. 76, S. 78, S. 79). Die beschriebenen Auswirkungen bestehen also nur vorübergehend. Nach Korrektur von Alkohol, Drogen und vor allem Tabakkonsum kann außerdem keine IQ-Verminderung, also keine Auswirkung auf die Intelligenz, festgestellt werden (S. 83).

Bezüglich der Hirnaktivität kommt die CaPRis-Studie zu einem neutralen Ergebnis:

"Aus diesen widersprüchlichen Befunden kann geschlossen werden, dass die Hirnaktivität unter akutem Cannabiskonsum verändert ist, aber es bleibt unklar, ob die Hirnaktivität erhöht oder vermindert ist." (S. 84) Persistierende Beeinträchtigungen wurden, wenn überhaupt, für jugendliche Konsumenten mit frühem Konsumbeginn und intensiven Konsumgewohnheiten

beschrieben. Daher enthält die CaPRis-Studie auf S. 88 auch folgende Empfehlung:

"In Anlehnung an paraklinische Studien, die die höchsten Veränderungen im eCB-System im Zeitraum der Pubertät aufzeigen, wäre vermutlich eine Altersgrenze von ca. 16/17 Jahren angebracht, da mit einem Alter von 17–18 Jahren die kritischsten Phasen der Hirnentwicklung mit Hinblick auf die Sensitivität des eCB-Systems bereits überschritten sind." Allerdings gibt es dazu keine einheitlichen Erkenntnisse:

"Abschließend kann auch weiterhin für den Einfluss des Einstiegsalters in den Konsum keine klare Schlussfolgerung gezogen werden." (S. 94) Umso erstaunlicher ist dann die überhaupt nicht mehr differenzierende Beantwortung der Frage 3.1:

"Eine akute Cannabisexposition führt zu Lern- und Gedächtnisdefiziten, Störungen von Aufmerksamkeitsprozessen, beeinträchtigter Inhibitionskontrolle, verlangsamten Reaktionszeiten, einer riskanteren Entscheidungsfindung bei gleichzeitig erhöhter Belohnungssensitivität." (S. 90/91) Diese Schlussfolgerung ist schlicht falsch. Erstens ist die Studienlage nicht homogen; es dürfte also bestenfalls „kann“ heißen, denn Cannabiskonsum führt nicht zwangsläufig zu diesen Symptomen.

Zweitens handelt es sich bei den Studien zu akuten Effekten um Administrationsstudien (S. 70), also Studien, bei denen vor Ort der Reinstoff THC intravenös injiziert wurde oder Arzneistoffe wie Dronabinol oder Fertigarzneimittel wie Sativex oder Nabiximols appliziert wurden. Es wurde also nicht der Konsum von pflanzlichem Cannabis untersucht. Fraglich bleibt, ob man durch das Rauchen von Cannabis dieselbe Wirkung erzielt. Denn der ganz überwiegende Teil der Freizeitkonsumenten nutzt Cannabis in Form von Joints, die mit Freunden geraucht werden. Bei dieser Form des Konsums treten vorwiegend leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen auf, die als durchweg transient, also vorübergehend, beschrieben werden. Insgesamt liegt eher die Vermutung nahe, dass die beschriebenen Effekte auf die Kognition gerade auch Teil der gewünschten (Rausch-)Wirkung sind. Einfach mal "runterschalten" in der Informationsfülle und Reizüberflutung unserer modernen Welt, sozusagen von den rationalen Funktionsbahnen unseres Gehirns auf die sozialen, emotionalen, intuitiven Ebenen wechseln. Der Konsum von Cannabis ist meist auch mit Geselligkeit und einer

fröhlichen Atmosphäre verbunden, zumal er oft in der Gruppe stattfindet. Vielfach wird eine kommunikationsfördernde Wirkung beschrieben. Gerade auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen greifen daher gern zu Cannabis im Sinne einer Selbstmedikation (s. unten).

Somatische Folgen (eingeschlossene Studien: 18)

Da das Hauptaugenmerk vor allem auf den neuropsychologischen Auswirkungen des Cannabiskonsums liegt, ist die Studienlage zu den körperlichen Folgen eher dünn. Der Evidenzgrad der herangezogenen Literatur wird auch weitestgehend als niedrig bezeichnet (S. 99/100). Grundsätzlich problematisch ist die Differenzierung zwischen den gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums und denen, die durch den gängigen Ko-Konsums von Tabak entstehen. So auch die CaPRis-Studie:

"Hauptproblem stellt bei dieser Thematik vor allem der sehr häufige Mischkonsum von Cannabis und Tabak dar, da zu wenige Studien Tabakkonsum kontrollieren oder zusätzlich neben der Cannabisgruppe noch eine weitere Tabakgruppe untersuchen." (S. 99) Dies ist gerade in den Bereichen Lungengesundheit und kardiovaskuläre Effekte von Bedeutung. Je genauer zwischen den Auswirkungen von Cannabis und von Tabak getrennt wird, desto deutlicher wird, dass die gesundheitsschädlichen Effekte vor allem auf dem Ko-Konsum von Tabak beruhen. Die Kontrolle des Mischkonsums mit Alkohol oder anderen Rauschmitteln führt zu einer zusätzlichen erheblichen Absenkung des statistischen Risikos.

Zwischen Cannabiskonsum und Krebserkrankungen des Aerodigestivtrakts bzw. des Kopf- und Halsbereichs sowie dem Lungenkrebsrisiko gab es keinen signifikanten Zusammenhang (S. 128). Bezüglich Hodenkrebs kommt es zu einer leichten Risikoerhöhung. Es muss hier allerdings deutlich zwischen den Konsumgewohnheiten unterschieden werden. Jemaliger Konsum erhöht das Risiko nämlich nicht, ein 1,5-faches Risiko entsteht bei häufigem Konsum (>1/Woche) und bei langjährigem Konsum (>10 Jahre), hochfrequenter Konsum und früher Konsumbeginn (<18) führen zu einem etwa 2-fachen Risiko (S. 108/109).

Die Einschätzung der Risiken in der Schwangerschaft ist stark abhängig von der Art der Ergebnisfindung, also ob man die Ergebnisse der Einzelstudien betrachtet oder ob man alle Ergebnisse metaanalytisch miteinander

verrechnet. Beispiel Anämie (S. 113/114): 5 von 6 Einzelstudien finden keinen Zusammenhang zwischen pränatalem Cannabiskonsum und einer Anämie der Mutter. Verrechnet man alle 6 Studien miteinander, so ergibt sich ein 1,36-fach erhöhtes Risiko. Ebenso beim Geburtsgewicht (S. 114): 6 von 10 Einzelstudien fanden keinen Zusammenhang zwischen pränatalem Cannabiskonsum und einer Gewichtsreduktion beim Neugeborenen, erst die metaanalytische Berechnung ergab eine durchschnittliche Gewichtsreduktion um 100g. Bei allen Parametern handelt sich allenthalben um eine geringfügige Risikoerhöhung. In Relation gesetzt ist der Konsum von Tabak und Alkohol in der Schwangerschaft um ein Vielfaches schädlicher und risikobehafteter (Grotenhermen, 2017).

Ein interessanter Befund ergibt sich bezüglich der gehirnstrukturellen Veränderungen. Hier spielt anscheinend das THC:CBD-Verhältnis eine entscheidende Rolle. Mehrere Studien berichten von der Beobachtung, dass die neuroprotektiven Eigenschaften des CBD den neurotoxischen Effekten des THC entgegenwirken (S. 111, S. 112, S. 124).

Psychosoziale Folgen (eingeschlossene Studien: 3)

Der Untersuchungsschwerpunkt dieses Kapitels lag bei Jugendlichen, und dabei auf der Gruppe der Unter-15-jährigen. Einige Studien beziehen auch adoleszente Studienteilnehmer mit ein, nur in wenigen Fällen erstreckte sich der Untersuchungszeitraum bis zum 25. Lebensjahr. Es gibt keine Untersuchungen zur weiteren Fortsetzung des Bildungswegs wie nachträgliches Erlangen eines Schulabschlusses, spätere Aufnahme eines Studiums, zweiter Bildungsweg, o.ä.. Hinzu kommt, dass es weder Studien gab, die die Motivation, noch solche, die die Lebenszufriedenheit im Zusammenhang mit (chronischem) Cannabiskonsum untersuchten (S. 147). Ein statistischer Zusammenhang mit dem Bildungserfolg tritt auch nur bei sehr jungen Konsumenten auf:

"So war nach der statistischen Kontrolle von konfundierenden Variablen die Quote der Schulabbrecher bei Jugendlichen, die mit 15 Jahren wöchentlich Cannabis konsumieren, fast 6-fach erhöht und bei denen, die mit 16 Jahren wöchentlichen Cannabiskonsum haben, doppelt so hoch. Ein späterer Konsumbeginn von Cannabis hatte in dieser Studie nach der statistischen Kontrolle konfundierender Variablen keinen nachweislichen Einfluss auf die spätere Schulabbruchquote mehr." (S. 134)

Des Weiteren wird der "Zusammenhang von Cannabis auf die psychosozialen Folgen als existent aber eher schwach" bezeichnet und "die beobachteten psychosozialen Effekte waren teilweise nicht spezifisch für Cannabis, sondern zeigten sich auch bei Alkohol oder Tabakkonsum" (S. 142).

Man sollte hier außerdem aus korrelativen Daten keine voreiligen kausalen Schlüsse ziehen. Liest man die Beschreibungen der einzelnen Studien, so stellt man fest, dass ein eingangs ermittelter statistischer Zusammenhang deutlich an Signifikanz verlor, je mehr konfundierende Variablen miteinbezogen wurden. Dieses Miteinbeziehen anderer Einflussfaktoren wie kritische Ereignisse in der Kindheit, familiäre Spannungen, Trennung der Eltern, häufiger Wohnortwechsel, Drogenkonsum der Eltern, Konsum anderer Drogen, etc. führte dann oft sogar dazu, dass kein statistischer Zusammenhang mehr ablesbar war.

Es sieht vielmehr so aus, als wären früher Cannabis-Konsum und Schulabbruch Symptome derselben Ursachen. Das wird auch durch den folgenden Textabschnitt bestärkt:

"Die deutliche Reduktion der Stärke der Assoziation von Cannabiskonsum und Schulabbruch durch Berücksichtigung anderer Einflussfaktoren belegt die Wichtigkeit, andere Faktoren in die Analyse mit einzubeziehen, und zeigt, dass nicht unbedingt Cannabiskonsum allein zum Schulabbruch führt. Andere psychische (z. B. ADHS, Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörung) und soziale Faktoren (z. B. ungünstiges soziales Umfeld, finanzielle Mangelsituation) erhöhen die Wahrscheinlichkeit für einen Schulabbruch *und* für Cannabiskonsum." (S. 135)

Und noch eine zweite der drei eingeschlossenen Übersichtsarbeiten verweist auf diese Problematik:

"ADHS und Borderline-Persönlichkeitsstörungen gehen mit erhöhten Prävalenzraten für Cannabiskonsum einher, sind aber auch ohne Cannabiskonsum mit erhöhten Schulabbruchquoten assoziiert. In vielen der hier zitierten Cannabisstudien wurden diese beiden Diagnosen nicht erfasst, sodass potenziell eine ADHS- oder Borderline-Erkrankung der eigentliche Grund für den Schulabbruch sein und Cannabiskonsum lediglich ein weiteres

Krankheitssymptom darstellen konnte." (S. 139)

Dass jugendlicher Cannabis-Konsum nicht unbedingt der Auslöser von psychosozialen Problemen ist, sondern als deren Folgeerscheinung auftritt, wird durch eine weitere Feststellung bestätigt:

"In 3 von 4 Längsschnittstudien fanden sich darüber hinaus Belege für ein „Umkehrmuster“, wobei der Schulabbruch zu einem Anstieg im Cannabiskonsum führte." (S. 134)

Zu diesem Ergebnis kommt auch eine andere Studie. So waren "für den Beginn und die Fortführung von Cannabiskonsum bei Jugendlichen vor allem der Umgang mit Drogen im Freundeskreis, die Straffälligkeit/Delinquenz und die schulischen Probleme die maßgeblichen psychosozialen Faktoren" (S. 130). Leider wird nicht darauf eingegangen, inwieweit die Straffälligkeit im Cannabiskonsum selbst begründet lag. Eine interessante Frage wäre in diesem Zusammenhang, wie es sich in Ländern verhält, in denen Cannabis legal ist und damit nicht in Zusammenhang mit Straffälligkeit steht.

Unabhängig von jeglicher Kausalität wird deutlich, wie wichtig eine Intensivierung des Jugendschutzes wäre - ob dies durch eine rigorose Fortführung der Cannabis-Prohibition erreicht werden kann, erscheint fraglich.

Unfallrisiko (eingeschlossene Studien: 3) und Fahrverhalten (eingeschlossene Studien: 0)

Besonders strittig ist das Thema Fahrsicherheit, zumal es sich hier um den einzigen Bereich handelt, bei dem der Cannabiskonsum nicht nur sich selbst, sondern auch anderen Schaden zufügen kann.

In der Einleitung zum Thema heißt es, dass die Datenlage zu Cannabiskonsum und Unfallrisiko eher inkonsistent ist. Studien "fanden zwar überwiegend ein erhöhtes Unfallrisiko nach Cannabiskonsum, aber ebenso wurden verringerte Unfallraten oder kein Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Unfallrisiko festgestellt." (S. 149)

Merkwürdigerweise ist dann auf Seite 154 zu lesen: "Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in allen 3 Metaanalysen ein Konsens darin bestand, dass der Konsum von Cannabis mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergeht und somit Einzelbefunde, die keinen Zusammenhang oder ein verringertes Unfallrisiko nach dem Cannabiskonsum beobachteten, nicht von der aktuellen Gesamtdatenlage gestützt werden."

Dass aus statistischen Gründen anderslautende Einzelbefunde negiert werden sollen, mutet seltsam an und ist auch nicht wirklich korrekt. Schon ein paar Seiten später zeigt sich, dass diese Behauptung auf recht wackeligen Füßen steht, denn dort heißt es dann wieder analog zur Einleitung: "Die Heterogenität der Einzelbefunde war in allen 3 Metaanalysen signifikant, was bedeutet, dass die Ergebnisse der einzelnen Studien nicht in eine einheitliche Richtung wiesen." (S. 157)

Dass man in der Tat zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen gekommen ist, wird deutlich, wenn man in der Beschreibung der einzelnen Studien nachliest:

Bei Elvik (2013) wurde für Verkehrsunfälle mit Sachschaden ein signifikant höheres Unfallrisiko (1,3-fach) nach Cannabiskonsum gefunden, nicht jedoch für Verkehrsunfälle mit Verletzten und für tödliche Unfälle (S. 152).

Die Ergebnisse von Asbridge et al. (2012) werden wie folgt beschrieben:

"7 der 9 inkludierten Studien fanden ein erhöhtes Unfallrisiko, wenn der Fahrer einige Stunden vor Fahrtantritt Cannabis konsumierte. 2 Schuldhaftigkeitsstudien zu Verkehrsunfällen mit Todesfolge aus Frankreich und den USA fanden allerdings ein verringertes Unfallrisiko nach Cannabiskonsum." (S. 152)

Das ist insofern interessant, als Schuldhaftigkeitsstudien Studien sind, "die die Unfallschuld durch Einbeziehen des Zustands aller beteiligten Fahrer sowie weiterer Faktoren wie Straßenbeschaffenheit erfassen und daher Rückschlüsse zur Rolle des Cannabiskonsums bei der Unfallverursachung zulassen" (S. 149)

In der dritten Metaanalyse von Li et al. (2012) finden 8 von 9 Studien ein signifikant erhöhtes Unfallrisiko. Allerdings wurde die Cannabisexposition z.T. definiert als "Eigenangabe des derzeitigen Marihuana-Konsums oder dem im letzten Jahr, der nicht unmittelbar im Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall stehen musste." (S. 153) Da nur etwa die Hälfte der Studien konfundierende Variablen wie Alkoholkonsum berücksichtigen, erhält man als Ergebnis auch deshalb höhere Werte. Durch Miteinbeziehung anderer Einflussfaktoren würden die Werte vermutlich deutlich nach unten korrigiert.

Leider werden die Ergebnisse nicht in Relation zu anderen Risikofaktoren wie Übermüdung, Medikamenteneinfluss, gesetzt. Alkoholeinfluss bspw. ist ein deutlich größerer Risikofaktor. Es kann also oft gar nicht abschließend festgestellt werden, ob der Unfall auf Cannabiskonsum zurückzuführen ist. Dass dies ein grundsätzliches Problem der vorliegenden Arbeit war, wird bereits in der Einleitung (S. 148) formuliert:

"Die Schwierigkeit, einen direkten und kausalen Zusammenhang zwischen dem Konsum von Cannabis und einem erhöhten Unfallrisiko darzustellen, liegt in den methodischen Unzulänglichkeiten der verwendeten Paradigmen. Einen Großteil der Datenlage bilden epidemiologische Studien zu Verkehrsunfällen, die zwar die reale Unfallbeteiligung abbilden, aber meistens keinen Rückschluss auf den singulären oder akuten Effekt von Cannabis erlauben, sei es durch mangelnden laboranalytischen Nachweis und Konzentrationsbestimmung von THC und THC-Metaboliten im Blutserum/-plasma in zeitlich engem Zusammenhang zum Unfall, fehlenden (zeitlichen) Angaben zum vorhergehenden Cannabiskonsum oder dem Vorliegen von Polysubstanzkonsum mit Cannabisbeteiligung (Elvik 2013)."

Vor allem die dichotome Erfassung (ja/nein) des Cannabiskonsums ist bei derartigen Studien als problematisch anzusehen. Hierbei bleibt unklar, wie hoch die Dosierung war und ob es sich eventuell um synthetische Cannabinoide handelte. Außerdem wird nicht unterschieden zwischen einer akuten Cannabisintoxikation und Restkonzentrationen von zeitlich länger zurückliegendem Konsum ohne akuten Rauschzustand. Dass hier eine Abgrenzung stattfinden muss, ist offensichtlich.

Seit 2005 hat es trotz dieser Schieflage keine Übersichtsarbeiten zum Thema Fahrverhalten gegeben. Über den tatsächlichen Einfluss von Cannabis auf

das Fahrverhalten trifft daher auch die CaPRis-Studie keine Aussage, denn es konnte "aufgrund des Fehlens systematischer Arbeiten keine methodisch valide Bearbeitung des Themas vorgenommen werden" (S. 155).

Es erscheint demnach fraglich, ob "Cannabis beeinträchtigt die Fahrtüchtigkeit" tatsächlich eine zulässige Schlussfolgerung aus der CaPRis-Studie ist.

Einen kurzen Überblick über die Erkenntnisse experimenteller Studien findet man dann trotzdem (S. 155). So wurde festgestellt, dass Fahrer unter Cannabiseinfluss eine langsamere und weniger riskante Fahrweise zeigen. Die häufigsten Fahrauffälligkeiten sind eine erhöhte Reaktionszeit und eine Beeinträchtigung beim Spurhalten des Fahrzeugs. Letzteres wird als das sensibelste Maß dosisabhängiger Beeinträchtigungen durch Cannabis bezeichnet. Diese Auffälligkeiten ergeben sich durch den akuten Cannabis-Einfluss, d.h. bis maximal 5,5 Stunden nach Konsum.

Auf der Website fuehrerscheinkampagne.de heißt es zu dieser Thematik:

"Die aktuellste und unseres Erachtens methodisch wertvollste Studie zum Toleranzgrenzwert wurde von Hartman *et al.* im Jahr 2015 durchgeführt. In Fahrsimulator-Versuchen wurde die beeinträchtigende Wirkung von Alkohol und THC anhand des Spurhaltevermögens der Probanden direkt miteinander verglichen. Die Probandengruppe umfasste sowohl gelegentliche als auch regelmäßige Cannabis-Konsumenten. Erst bei einer mittleren Konzentration von 16,4 ng THC pro mL Blutserum (aus Vollblutwert umgerechnet) wichen die Probanden von der idealen Fahrspur im gleichen Maße ab, wie bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,5 Promille. Außerdem überschritten die durch THC beeinträchtigten Fahrer im Vergleich zu nüchternen Fahrern weder häufiger die Fahrbahnbegrenzung, noch beschleunigten sie stärker – bei alkoholisierten Fahrern hingegen wurde dieses gefährliche Verhalten bereits ab 0,1 Promille beobachtet."

In der Praxis ist es leider so, dass gerade auch Autofahrern, die deutlich mehr Zeit zwischen

Konsum und Fahrt verstreichen ließen, der Führerschein entzogen wurde. Dazu die Zahlen aus einer Kleinen Anfrage von Bündnis 90/Grünen an den Senat der Bremischen Bürgerschaft (Landtag) vom 09.05.17. Fragestellung:

Welche THC-Konzentrationen im Blutserum lagen im Jahre 2016 den Fällen zu Grunde, in denen die Fahrerlaubnis wegen des Fahrens unter Einfluss von Cannabis zurückgegeben oder durch die Führerscheinstellen entzogen wurde?

Der Führerschein wurde grundsätzlich entzogen mit der Begründung: Konsum von Cannabis und Führen eines Kraftfahrzeuges (fehlendes Trennungsvermögen)

Insgesamt 47 Fälle werden aufgeführt:

- größer 10ng/mL 12x (25%) 25,7, 18,0, 35,0, 54,0, 51,0, 19,0, 18,0, 47,0, 28,0, 11,5, 11,0, 42,0,
- zwischen 3ng/mL und 10ng/mL 15x (32%) 7,5, 5,1, 3,3, 3,9, 3,7, 5,2, 3,2, 3,9, 4,0, 3,4, 3,5, 5,9, 4,5, 8,5, 3,7,
- kleiner als 3ng/mL 20x (43%) 2,0, 2,1, 2,4, 2,1, 1,0, 1,1, 2,8, 2,2, 1,2, 2,4, 2,8, 2,8, 1,3, 2,7, 1,8, 2,0, 1,5, 1,3, 1,4, 2,8

43% der Autofahrer lagen dabei unterhalb der von der Grenzwertkommission der Bundesregierung empfohlenen 3,0 ng/mL (was bedeutet, dass ihnen sozusagen zu Unrecht der Führerschein entzogen wurde). Akuter Cannabis-Einfluss lag vermutlich nur bei einem Viertel der Cannabinoid-positiven Autofahrer vor.

Würde man die für die Studien der CaPRis-Studie herangezogenen Unfallstatistiken anhand dieser Werte überarbeiten, ergäben sich vermutlich andere statistische Häufigkeiten für das relative Unfallrisiko nach Cannabiskonsum.

Synthetische Cannabinoide (eingeschlossene Studien: 7)

Die oben angeführte Führerschein-Thematik hat auch einen erheblichen Einfluss auf das Auftreten und die Verbreitung von synthetischen Cannabinoiden (seit 2005 auf dem europäischen Markt, seit 2009 auch in den USA). Es handelt sich hierbei um chemisch synthetisierte Verbindungen, die in der Cannabis-Pflanze nicht natürlich vorkommen. Die Konsumenten dieser chemischen Substanzen erhoffen sich, dass ihnen ein Führerscheinentzug erspart bleibt, da synthetische Cannabinoide keine einheitliche chemische Grundstruktur aufweisen und deshalb mit den gängigen Drogen-Screenings i.d.R. nicht erfasst werden. Auch für andere

Personengruppen liegt die Attraktivität der synthetischen Cannabinoide in der mangelnden Nachweisbarkeit begründet (S. 233). Die besondere Problematik liegt in der Wirkweise dieser Substanzen. Sie stammen aus der pharmazeutischen Forschung und wurden als Rezeptor-Agonisten an CB1-Rezeptoren designt, um die Auswirkungen einer Stimulation deutlicher und selektiver zu gestalten. In der CaPRis-Studie heißt es auf S. 232:

"Allerdings ist die funktionelle Wirkung am CB1-Rezeptor bei SCs deutlich höher, womit sie 40- bis zu 660-fach potenter als THC sind."

Allein deshalb ist beim Konsum von synthetischen Cannabinoiden von erheblich größeren gesundheitlichen Risiken auszugehen als beim Konsum von Cannabis. Abgesehen davon existieren mittlerweile über 200 derartige Verbindungen, was eine grundsätzliche Risikoeinschätzung nahezu unmöglich macht, denn die Wirkung und auch die Wirkstärke variieren erheblich und sind meist relativ unvorhersehbar. Dies ist oftmals damit verbunden, dass dem Konsumenten nicht bekannt ist, um welche Substanz es sich genau handelt.

Im Gegensatz zum Konsum von Cannabis kann die Einnahme von synthetischen Cannabinoiden auch tödlich enden. Leider wird in der CaPRis-Studie nicht näher auf die Todesursachen eingegangen, selbst die berichteten Fallzahlen schwanken erheblich (12 bzw. 4 bzw. 26-31). Woher die Zahl von 32 international registrierten Todesfällen in der Zusammenfassung kommt, ist nicht ersichtlich. Anhand der Beschreibung der gesundheitlichen Komplikationen kommen als mögliche Todesursachen in Frage: Hirnblutungen/Hirnininfarkte, Herzinfarkte/Herzstillstand, akutes Nierenversagen, sowie indirekt Unterkühlung und Suizid.

Cannabisbezogene Störungen (Missbrauch und Abhängigkeit)
(eingeschlossene Studien: 10 (+ 36 Einzelarbeiten))

Zu diesem Thema sei folgender Satz aus der CaPRis-Studie vorangestellt:

"Ein zentrales Ergebnis der „Global Burden of Disease“-Studie ist, dass Cannabis-Abhängigkeit nicht mit erhöhter Mortalität durch akute Toxizität verbunden ist, wodurch sie sich qualitativ deutlich von den anderen illegalen Drogen unterscheidet." (S. 185)

Das gesundheitliche Risiko, das mit einer Cannabisabhängigkeit einhergeht, ist also bedeutend geringer als bei anderen Substanzen. Grundsätzliches Problem bei diesem Thema ist zudem:

"Es fehlt an einem Expertenkonsens, wie „intensiver“, „riskanter“ und „problematischer“ Cannabiskonsum, oder aber auch ein „unproblematischer“ Cannabiskonsum definiert werden konnte." (S. 180)

Folglich divergieren die Aussagen zur Cannabisabhängigkeit innerhalb der CaPRis-Studie auch erheblich, je nachdem, welche Rechengrößen verwendet werden. In der Einleitung heißt es: "In Europa ist die Zahl der Personen, die wegen cannabisassoziierter Probleme erstmals eine Suchtbehandlung beginnen, von 43.000 im Jahr 2006 auf 76.000 im Jahr 2015 angestiegen." (S. 25) Auf den Seiten 161 und 162 werden folgende Erklärungsansätze aufgelistet: "ein Anstieg der Prävalenz des Cannabiskonsums und cannabisbezogener Probleme, eine veränderte Risikowahrnehmung von Cannabinoiden, ein höherer Anteil an THC in Cannabisprodukten, eine veränderte Zuweisungspraxis, stärkere Verfügbarkeit und besserer Zugang zu Behandlungseinrichtungen". Vermutlich ist auch die Strafminderung bei Cannabisdelikten durch den Beginn einer Suchttherapie ein nicht unerheblicher Faktor.

Höchstwahrscheinlich ist jedoch die wichtigste Ursache für diese Entwicklung, dass die Anzahl der Cannabiskonsumenden in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist. Zu diesem Ergebnis kommt auch eine repräsentative Studie aus den USA. Dort heißt es sogar:

"Der Anteil der Menschen mit einer Cannabis-Abhängigkeit unter allen Cannabiskonsumenden sank jedoch statistisch signifikant. Da das Risiko für eine Cannabis-Abhängigkeit unter den Konsumenten nicht gestiegen war, sei die größere Prävalenzrate der Cannabis Abhängigkeit auf die Zunahme an Cannabiskonsumenden in der amerikanischen Gesellschaft zurückzuführen, so die Autoren." (S. 166 und S. 182)

Auch für Deutschland zeichnet sich eine ähnliche Situation ab:

"Die 12-Monats-Pravalenzrate der Cannabis-Abhängigkeit wird für Deutschland auf 0,4% geschätzt (18- bis 64-Jährige) und stammt aus dem Jahr 2004. Eine aktuellere Erhebung kommt zu ähnlichen Ergebnissen (12-

Monats-Prävalenzen: 0,5% Cannabismissbrauch, 0,5% Cannabis-Abhängigkeit). Damit ist die Prävalenz der Cannabis-Abhängigkeit in den letzten 10 Jahren in Deutschland konstant geblieben." (S.188)

"Zeitliche Vergleiche kamen zu dem Ergebnis, dass der Anteil von Personen mit einem klinisch relevanten Cannabiskonsum seit dem Jahr 2006 bei beiden Geschlechtern unverändert blieb." (S. 25)

Der wichtigste Grund für einen erhöhten Bedarf an Suchtbehandlungen ist also die erhebliche Zunahme an Cannabiskonsumern in der Bevölkerung. Es ist außerdem damit zu rechnen, dass auch das Auftreten und die Verbreitung von synthetischen Cannabinoiden eine gewisse Rolle dabei spielen, da es bei diesen zu einem verstärkten Auftreten von psychotischen Episoden kommt (S. 240). Leider wird in den vorliegenden Studien keine Unterscheidung zwischen Cannabis und synthetischen Cannabinoiden getroffen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass Ko-Konsum von Tabak die Thematik erheblich verschärft:

"Das Review legt nahe, dass der Co-Konsum von Tabak und Cannabis im Vergleich zum Monokonsum von Cannabis häufiger zu schädlichem Cannabis-Konsum und -Abhängigkeit führt und mit schwereren Formen der Cannabis-Abhängigkeit, mehr Entzugssymptomen und größeren Schwierigkeiten bei der Cannabis-Entwöhnung/-Abstinenz assoziiert ist." (S.186)

In diversen Zusammenfassungen wird die Prävalenz der cannabisbezogenen Störungen leider falsch dargestellt. Bei den angeführten 9% handelt es sich um eine Schätzung aus einer einzigen Studie:

"In der „Global Burden of Disease“-Studie wird geschätzt, dass etwa 9% aller Konsumenten im Lebenszeitraum eine Cannabis-Abhängigkeit entwickeln. Dieser Befund basiert auf nur einer Kohorten-Studie und sollte dringend durch neue Studien überprüft werden." (S.188)

In einer anderen Studie, einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, wird eine Abhängigkeitsrate von 3,9% berechnet (S. 166). Bei der Zusammenfassung

der Hauptbefunde zu Kapitel 3.5 (S. 188) wird folglich auch keine diesbezügliche Aussage getroffen.

Bei der zitierten Remissionsrate von 17,3% wird ebenfalls nur das Ergebnis einer einzigen Metaanalyse herangezogen. Die drei darin enthaltenen Studien berichten von Remissionsraten von 53%, 36% und sogar 82%. Für die anschließende Berechnung, also die Metaanalyse, wurde "angenommen, dass alle Probanden, die bei der Follow-up-Messung nicht mehr erfasst wurden, weiterhin abhängig waren." (S. 178) Abgesehen davon handelt es sich bei der Berechnung um eine jährliche Remissionsrate; viel interessanter wäre hier eine allgemeine Remissionsrate.

Ob es sich hier um verlässliche Zahlen handelt, darf bezweifelt werden, zumal: "Die Evidenzlage zur Prävalenz des Cannabiskonsums und der cannabisbezogenen Störungen kann als dünn und veraltet zusammengefasst werden." (S. 180)

Ein großes Fragezeichen bleibt bezüglich der genauen Entzugssymptome bei einer Cannabisabhängigkeit, da sie an keiner Stelle der CaPRis-Studie erläutert werden. Auch in anderen Publikationen ist die Definition eines "Cannabisentzugssyndroms" eher unzureichend. Beispielhaft seien hier die Entzugssymptome nach ICD-10 aufgeführt:

"F 12.3 Cannabisentzugssyndrom

Beachte: Dies ist ein schlecht definiertes Syndrom, für das zurzeit keine definitiven diagnostischen Kriterien angegeben werden können. Es tritt nach Absetzen von Cannabis auf, der längere Zeit in hoher Dosierung konsumiert wurde. Es soll von einigen Stunden bis zu sieben Tagen dauern. An Symptomen und Anzeichen kommen u. a. Angst, Reizbarkeit, Tremor der vorgehaltenen Hände, Schwitzen und Muskelschmerzen vor." (S. 80)

Insgesamt erinnern die Symptome an solche, die in den Medien vielfältig auch für den Zucker-Entzug geschildert werden. Naheliegender ist, dass es sich hier um allgemeine Entzugssymptome handelt, die mit einer verminderten Stimulation unseres körpereigenen Belohnungssystems einhergehen. Vermittelt werden diese Effekte vor allem über mesolimbische Dopamin-Rezeptoren und Opioid-Rezeptoren. Die neurochemischen Prozesse bei Zuckersucht sind denen bei Kokain-/Morphin-Sucht sehr ähnlich und führen zu zwar etwas abgeschwächten, aber ähnlichen

Entzugssymptomen (Avena et al., 2008). Daraus lässt sich ableiten, dass eine allgemeine und substanzunabhängige Entzugssymptomatik existiert, wenn man angestammte Konsumgewohnheiten schlagartig ändert. Viel wahrscheinlicher als ein spezifisches "Cannabisentzugssyndrom" ist also eine generalisierbare Entzugssymptomatik.

Wohl auch dem Studiendesign geschuldet, wird in der CaPRis-Studie bedauerlicherweise nirgends erwähnt, dass die Abhängigkeit von THC-haltigem Cannabis gut mit "CBD-Gras" (Cannabis mit hohem CBD-Gehalt und unter 1% THC) behandelt werden kann. Auch andere Abhängigkeiten (von Alkohol, Tabak und sogar Opiaten) konnten erfolgreich mit CBD behandelt werden (Grotenhermen et al., 2016). Dieselbe Pflanze, die eine Abhängigkeit hervorrufen kann, kann diese also auch heilen - je nach enthaltenen Cannabinoiden.

Psychische Störungen (eingeschlossene Studien: 44, davon Psychose 26, Depression 7, Angststörung 7, bipolar 4) mit Selbstmedikation (eingeschlossene Studien: 2 (+ 11 Einzelstudien))

Vorweg sei gesagt, dass der Begriff "psychotisch" sehr undifferenziert ist. Dazu die Studie:

"Je nach Zusammenhang kann er sich auf Wahnsymptome, ausgeprägte Halluzinationen, Denkstörungen oder ausgeprägte Verhaltensstörungen beziehen." (S. 189/190)

Bevor man sich mit eventuellen Auswirkungen von Cannabis auf das Psychoserisiko beschäftigt, muss eines klar gestellt werden:

"Prinzipiell ist eine psychotische Störung als ein multifaktorielles Geschehen anzusehen, bei dessen Entstehung nicht nur Umwelteinflüsse, sondern auch genetische Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Grundlage dieser Faktoren ist ein komplexer Vererbungsmodus, an dem eine Vielzahl von genetischen Varianten beteiligt ist." (S. 190)

Cannabiskonsum kann also per Definition nicht die Ursache einer Psychose sein. Er kann höchstens einen gewissen Einfluss auf das psychotische Geschehen ausüben. In den präsentierten Studien kann allenfalls ein geringfügig (1,4-fach) erhöhtes Psychoserisiko durch Cannabiskonsum

gefunden werden. "Leben in der Stadt" hat bspw. einen vergleichbaren Effekt, auch andere vergleichbare Risikofaktoren werden genannt:

"Alkoholkonsum, anderer Drogengebrauch, stressreiche oder traumatische Ereignisse, Leben in der Stadt und das Vorliegen von psychischen Erkrankungen sagten ebenfalls ein erhöhtes Risiko für psychotisches Erleben vorher." (S. 193)

Bei der Einschätzung kommt erschwerend hinzu, dass THC selbst in ausreichend hoher Dosis akute psychotische Symptome im Sinne einer Modellpsychose auslösen kann, die jedoch nach wenigen Stunden verschwinden und zu keinen Folgeschäden führen (S. 193). Eine psychotische Episode kann also auch als kurzfristige unerwünschte Nebenwirkung des Cannabiskonsums auftreten.

Zudem wird klar bemängelt, dass bei den Studien meist nicht zwischen einmalig auftretenden Psychosen und chronischen Krankheitsverläufen unterschieden wird (S. 204). An keiner Stelle wird beschrieben, ob und inwieweit synthetische Cannabinoide am Krankheitsgeschehen beteiligt waren.

Ein zentraler Punkt bei der Bestimmung des Psychoserisikos ist die Überprüfung anderer Einflussfaktoren. Dies kann zu einer deutlichen Minimierung des berechneten Risikos führen.

Leider wurde dieser Punkt bei den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten wenig beachtet, denn es gab "zumeist keine – oder nur in sehr begrenztem Umfang – Kontrolle möglicher konfundierender Variablen (kritische Lebensereignisse, psychosespezifische hereditäre Vorbelastungen, körperliche Erkrankungen, Konsum von Alkohol, Konsum anderer Substanzen, sozioökonomischer Status etc.)" (S. 204). Auch eine bestehende Medikation mit Psychopharmaka wurde nicht erfasst.

Trotzdem wird dann recht lapidar geschlussfolgert, dass Psychosen bei Cannabiskonsumern häufiger auftreten als bei Nichtkonsumenten (S. 212).

Die Frage bleibt, warum es unter psychotischen Patienten deutlich mehr regelmäßige und gelegentliche Cannabiskonsumern gibt, so wird man im

Kapitel Selbstmedikation am Ende der CaPRis-Studie fündig. Dieses Kapitel beinhaltet ausschließlich Untersuchungen zur Selbstmedikation mit Cannabis bei psychischen Erkrankungen; der überwiegende Teil der Studien beschäftigt sich mit cannabiskonsumierenden Psychose-Patienten.

Man liest hier, dass gerade Psychose-Patienten gerne zu Cannabis greifen, weil sie der Meinung sind, dass es ihnen hilft. Sie verwenden es zur Entspannung, zur Stimmungsverbesserung und zur Minderung von Dysphorie und negativem Befinden (schlechte Stimmung, Ängstlichkeit, Depression). Der Konsum wird aber auch damit begründet, dass Cannabis die soziale Zugehörigkeit bzw. Aktivität fördert (S. 401 und S. 406).

Festzustellen ist, dass die meisten Patienten bereits eine Medikation mit hochwirksamen Psychopharmaka (Antipsychotika) erhalten. Sehr aufschlussreich ist daher auch folgende Aussage:

"8,3% der Patienten stimmten der Aussage zu, dass sie Cannabis konsumierten, um die „Nebenwirkungen der Medikation zu mildern“. (S. 409)

In einer anderen Studie wurde dieser Punkt genauer untersucht. Die Patienten gaben dort an, dass sie Cannabis im Sinne der Bewältigung von Nebenwirkungen nutzten, und zwar bei innerer Unruhe, Schlafstörungen, Lösen von Muskelverspannungen, Gefühlsarmut, Träumen und Albträumen, Energiemangel und Zittern (S. 410).

In der oben zitierten Studie bestätigten außerdem 19,3%, dass sie mit Hilfe von Cannabis "weniger Halluzinationen" hätten (S. 409); auch in einer anderen Studie gaben 12,5% der Patienten an, dass sie Cannabis konsumierten, um die Positivsymptome ihrer Psychose zu reduzieren, also um „weniger Halluzinationen zu erleben“ und „ihr Misstrauen zu lindern“ (S. 408). Des Weiteren werden "Reduktion von Stimmenhören" und "Reduktion von Paranoia" genannt (S. 410).

Wenn man also auf S. 212 über den statistischen Zusammenhang von Cannabiskonsum und Psychoserisiko liest "Menschen mit einer Schizophrenie treten als besonders belastete Untergruppe hervor", so muss man die Tatsache berücksichtigen, dass sich gerade Menschen, die unter Schizophrenie leiden, mit Cannabis selbstmedizinieren.

Auch wenn nicht abschließend geklärt werden kann, inwieweit Cannabis das Psychosegeschehen beeinflusst, so findet man hier doch eine echte Ursache für den statistischen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und dem Auftreten psychotischer Erkrankungen.

Bezüglich Angststörungen präsentiert die CaPRis-Studie folgendes Ergebnis:

"In der wissenschaftlichen Literatur gibt es Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und dem Auftreten von Angststörungen." (S. 228)

Das ist in diesem Fall sehr spitzfindig: Es gibt Evidenz (also Studien, die zu diesem Ergebnis kommen), aber eben keine aggregierte Evidenz (was nur der Fall wäre, wenn die Studien einheitlich oder zumindest überwiegend zu diesem Ergebnis kommen). In den Reviews sind es 5 von 15 bzw. 2 von 7 Studien, die dieses Ergebnis stützen - die Mehrheit der eingeschlossenen Studien kommt also nicht zum diesem Ergebnis.

Entscheidend ist auch hier wieder die Miteinbeziehung anderer Einflussfaktoren. Zwei Studien, die auf sogenannte konfundierende Variablen kontrollieren, finden keinen signifikanten Zusammenhang; zwei Studien, die nicht auf diese kontrollieren, finden einen.

Dies sei am Beispiel des Datensatzes aus der amerikanischen NESARC-Studie illustriert:

Nach dessen Auswertung postulieren Cougle et al. (2015) in ihrer Studie ein 1,7-fach erhöhtes Risiko für eine Angststörung. Derselbe Datensatz bildet die Grundlage für eine weitere Studie (Feingold et al., 2016), die keinen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Angststörungen findet, weil dort auf konfundierende Variablen kontrolliert wird. (S. 219/220)

Bei der Beantwortung der Fragestellung 3.16 auf S. 228 wird des Weiteren ein 1,3-fach erhöhtes Risiko benannt, was an sich ein sehr geringer Effekt ist. Dieser Wert entstammt einer Studie, deren Ergebnis an anderer Stelle wie folgt beschrieben wird:

"In einer Metaanalyse (Kedzior und Laeber 2014) mit 15 Longitudinalstudien und 16 Querschnittstudien (112.000 Probanden) zeigte sich in Querschnittsanalysen ein schwacher positiver Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum oder Cannabis-Abhängigkeit und dem Vorliegen von Angststörungen. Nur eine der inkludierten prospektiven Studien erfasste Angst in der Baseline-Erhebung und Cannabiskonsum im Follow-up. Diese Arbeit fand keinen Zusammenhang." (S. 184)

Wird also die Angststörung bereits bei der Ersterhebung abgefragt, und dieser Wert fließt in die Auswertung ein, besteht kein statistischer Zusammenhang mehr. Dieses Ergebnis würde auch der vorangegangenen Expertise von Petersen und Thomasius (2007) entsprechen, deren Analyse gegen eine Assoziation von Cannabiskonsum und dem Auftreten von Angststörungen sprach (S. 230).

Wie bei psychotischen Störungen ist auch bei Angststörungen der Faktor Selbstmedikation nicht zu unterschätzen. Feingold et al. (2016) kamen in ihrer großangelegten Studie nicht nur zu dem Schluss, dass Cannabiskonsum nicht mit dem vermehrten Auftreten von Angststörungen assoziiert ist. Sie kamen außerdem zu dem "Ergebnis, dass Menschen mit einer primären Panikstörung (zur Baseline-Erhebung) im Follow-up mehr Cannabis konsumierten im Sinne der Selbstmedikationshypothese. Eine reverse Kausalität kann ausgeschlossen werden." (S.404)

Eine weitere Selbstmedikationsstudie befasste sich mit den Gründen für den Cannabiskonsum:

"Die Autoren interpretieren Cannabiskonsum deshalb als mögliche Coping-Strategie von Menschen mit sozialer Ängstlichkeit." (S. 404)

In puncto Depressionen sind die Ergebnisse, die in der CaPRis-Studie beschrieben werden eher gemischt. Es gibt Studien, die einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und depressiven Symptomen finden - allerdings mit recht geringer Effektstärke, bei anderen Studien erreicht er nicht das Signifikanzniveau. Nur bei sehr intensivem Konsum/Abhängigkeit konnte ein schwacher Zusammenhang gefunden werden. Entscheidend ist hier wieder die Kontrolle konfundierender Variablen. Die Studien, die diese in ihre Berechnungen miteinbezogen,

stellten fest, dass Cannabiskonsum nicht mit dem späteren Auftreten von Depressionen assoziiert war.

Zitiert sei hier die Studie aus dem Kapitel Selbstmedikation (S. 405/406). Sie findet "keinen Zusammenhang zwischen dem primären Konsum von Cannabis und dem späteren Eintreten einer depressiven Störung" und "keine statistisch signifikanten Assoziationen zwischen Cannabiskonsum und einer Major Depression".

"Es wurde jedoch ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen einer Major Depression und dem Beginn des Cannabiskonsums in den folgenden 3 Jahren gefunden, was als Unterstützung der Selbstmedikationshypothese gedeutet werden kann."

Auch Menschen mit depressiven Symptomen neigen also dazu, Cannabis zu konsumieren, um ihre Symptomatik zu verbessern. In Verbindung mit depressiven Symptomen wurde auch das Thema Suizidalität beleuchtet. Laut CaPRis-Studie kann ein leicht erhöhtes Risiko für Suizidgedanken vermutet werden, allerdings kommen nicht alle Einzelstudien zu diesem Ergebnis. Es gibt keine Evidenz für ein erhöhtes Risiko für suizidale Verhaltensweisen. (S. 229) In einer Studie wurde sogar eine geringere Häufigkeit von Suizidversuchen bei Cannabiskonsumenten festgestellt (S. 223).

Bezüglich bipolarer Störungen heißt es in der CaPRis-Studie:

"Alle in dieser Expertise eingeschlossenen Studien belegen einen Zusammenhang zwischen dem Konsum von Cannabis und bipolaren Störungen." (S. 229)

Diese Aussage über die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien ist nicht ganz korrekt. Viele Studien untersuchten nicht die Entstehung einer bipolaren Störung, sondern die Auswirkung des Cannabiskonsums auf die Symptomatik. Im Ergebnis findet man dann bspw.:

"ein häufigeres Auftreten von manischen Symptomen oder Episoden bei Menschen mit bereits bestehender bipolarer Störung und Cannabiskonsum als bei der gleichen Patientengruppe ohne Cannabiskonsum." (S. 225)

Interessanterweise war wöchentlicher Cannabiskonsum mit einer erhöhten Inzidenz für bipolare Störungen assoziiert, täglicher Konsum verringerte die Inzidenz jedoch (S. 226). Und wieder ist es die Kontrolle konfundierender Variablen, die den Unterschied macht. Basierend auf demselben Datensatz finden Cougle et al. (2015) einen statistischen Zusammenhang (S. 225), Feingold et al. (2015), die auf konfundierende Variablen kontrollieren, schlussfolgern:

"allerdings war der Zusammenhang nach Berücksichtigung von soziodemographischen und klinischen Variablen nicht langer statistisch." (S. 226) Dahingehend kommt auch eine im Kapitel Selbstmedikation zitierte Studie, auf die der Großteil aller Studienteilnehmer dieses Kapitels entfällt, zu dem Schluss:

"Keiner der Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und bipolarer Störung kann nach Kontrolle von konfundierenden Variablen als statistisch signifikant bezeichnet werden." (S. 406) Dass es im Bereich der psychischen Störungen mehr Fragen als Antworten gibt und man ganz bestimmt keine voreiligen Schlüsse ziehen sollte, ist wohl auch der Grund, warum sich die Ärzte-Zeitung online in ihrer Zusammenfassung der Ergebnisse der CaPRis-Studie über diesen Punkt völlig ausschweigt.

Cannabis als Medizin

Ohne auf die Ergebnisse im Einzelnen eingehen zu wollen, fallen hier grundsätzlich zwei Dinge auf. Zum einen werden Cannabis-Präparate meist als add-on-Medikament eingesetzt, also begleitend zu einer Therapie mit anderen Arzneimitteln. Die Wechselwirkungen sind allerdings kaum untersucht, obwohl sie bei der breiten Streuung der Cannabinoid-Rezeptoren in unserem Körper (S. 4/5) durchaus wahrscheinlich sind. Zum anderen muss darauf hingewiesen werden, dass es sich zumeist nicht um Studien zum medizinischen Gebrauch von Cannabisblüten handelt, sondern dass die Wirkungsweise von Fertigarzneimitteln, die meist nur einen Einzelstoff enthalten, untersucht wurde. Das ist insofern nur bedingt aussagekräftig, als es mittlerweile mehrere Studien gibt, die darauf hinweisen, dass nicht allein THC für die Heilkraft der Cannabis-Pflanze verantwortlich ist, sondern das gesamte enthaltene Cannabinoid-Spektrum sowie das Terpenprofil.

Die Gesamtwirkung beruht also auch auf Kombinationseffekten. Dieser sogenannte Entourage-Effekt wird in Kapitel 4 nicht einmal erwähnt. Somit wird in diesem Kapitel leider nicht das vollständige Potential der Cannabispflanze erfasst - vermutlich weil dem pflanzlichen Produkt noch viel zu sehr das Stigma der illegalen Droge anhaftet.

Wichtige Erkenntnisse können auch deshalb nicht gewonnen werden, weil die ärztliche Therapiefreiheit nicht gewährleistet ist. Abgesehen von den enormen bürokratischen Hürden entscheidet aktuell der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) über eine Therapie mit Cannabis. Wie absurd diese Hindernisse in ihrer Auswirkung sind, illustriert der Ausspruch eines Patienten, dem der Arzt das Genehmigungsverfahren für eine Cannabis-Therapie erläutert hatte, sehr schön: "Bemühen Sie sich nicht, Herr Doktor. Das ist einfacher, wenn mein Enkel mir das vom Schulhof besorgt." (aus dem Vortrag eines Arztes beim Parlamentarischen Empfang im Hanfmuseum am 17.10.18) Vom medizinischen Potential pflanzlichen Cannabis zu profitieren hat für viele Menschen mittlerweile mehr Gewicht, als das Risiko der Strafverfolgung. Die Einführung von Cannabis als Arzneimittel verschafft also dem Schwarzmarkt weiteren Zulauf durch die wachsende Anzahl an Menschen, die Cannabis als Medizin nutzen wollen, es aufgrund der rigiden Haltung der Krankenkassen aber nicht legal beschaffen können. Gerade aufgrund solcher Tendenzen sollte es zeitnah einen regulierten Markt für Cannabis geben.

Im Zusammenhang mit der CaPRis-Studie wird oft der steigende Gehalt an THC im Cannabis hervorgehoben. Fakt ist, dass der durchschnittliche THC-Gehalt in der zitierten Publikation (Cascini et al., 2012) in den Jahren 2003/2004 einen Spitzenwert von über 12% erreichte, danach aber wieder deutlich abgesunken ist. Außerdem ist zu beobachten, dass der THC-Gehalt nicht bei allen Cannabis-Proben gestiegen ist, sondern vielmehr der Bereich, in dem er sich bewegt immer größer wird. Wie aus der ursprünglichen Publikation ersichtlich wird, verbergen sich hinter einem Durchschnittsgehalt von 12,4 % (2004) THC-Gehalte von 4,6 % bis zu 20,2 %. Es sind also Cannabis-Sorten auf dem Markt, die bzgl. ihres Gehalts mit herkömmlichen Sorten vergleichbar sind, aber auch solche, bei denen der THC-Gehalt etwa fünfmal so hoch ist. In anderen Jahren kann diese große Streuung der THC-Gehalte ebenfalls beobachtet werden. Es wird für den Konsumenten also immer undurchsichtiger, was genau im Cannabis enthalten ist, und damit auch die für ihn richtige Dosierung. Hier würde man sich wirklich ein

Fachgeschäft wünschen, das Ware mit deklarierem Gehalt verkauft, und so den mündigen Verbraucher bei der Auswahl unterstützt.

Weitere Literatur:

Ärzte Zeitung online, 28.11.2017, *CaPRis-Studie - So groß sind die Chancen und Risiken von Cannabis*

Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL (2012) *Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis*. Br Med J 344: e536

Avena NM, Rada P, Hoebel BG. *Evidence of sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake*. Neurosci Biobehav Rev. 2008; 32: 20–39

Cascini F, Aiello C, Di Tanna G (2012) *Inreasing delta-9-tetrahydrocannabinol content in herbal cannabis over time: systematic review and meta-analysis*. Curr Drug Abuse Rev 5 (1): 32–40

Cogle JR, Hakes JK, Macatee RJ, Chavarria J, Zvolensky MJ (2015) *Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*. J Psychiat Res 66–67: 135–141

Elvik R (2013) *Risk of road accident associated with the use of drugs: A systematic review and metaanalysis of evidence from epidemiological studies*. Accident Anal Prevent 60: 254–267

Feingold D, Weiser M, Rehm J, Lev-Ran S (2016) *The association between cannabis use and anxiety disorders: Results from a population-based representative sample*. Eur Neuropsychopharmacol 26 (3): 493–505

Feingold D, Weiser M, Rehm J, Lev-Ran S (2015) *The association between cannabis use and mood disorders: A longitudinal study*. J Affect Disord 172: 211–218

Grotenhermen F in Hanfjournal Online, 14.01.17, *Cannabiskonsum in der Schwangerschaft*

Grotenhermen F, Berger M, Gebhardt K (2016) *Cannabidiol - CBD*. Nachtschatten Verlag

Hartman RL, Brown TL, Milavetz G, Spurgin A, Pierce RS, Gorelick DA, Gaffney G, Huestis MA (2015)

Cannabis effects on driving lateral control with and without alcohol. Drug and Alcohol Dependence, Bd. 154, S. 25–37

Kedzior KK, Laeber LT (2014) *A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population. A meta-analysis of 31 studies*. BMC Psychiat 14: 136

Li M-C, Brady JE, DiMaggio CJ, Lusardi AR, Tzong KY, Li G (2012) *Marijuana use and motor vehicle crashes*. Epidemiol Rev 34 (1): 65–72

Petersen KU, Thomasius R (2007) *Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch. Eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen. Ein systematisches Review der international publizierten Studien von 1996–2006*. Pabst Science Publishers, Lengerich

Volker Gerloff
Rechtsanwalt