

**Stellungnahme der Einzelsachverständigen für die CDU/CSU-Bundestagsfraktion,**

**Prof. Dr. med. Ursula Havemann –Reinecke**

zum

**Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (CannKG) (BT-Drs. 19/819),**

**Antrag der FDP-Fraktion „Cannabis-Modellprojekte ermöglichen“ (BT-Drs. 19/515) und zum**

**Antrag der Fraktion Die Linke „Gesundheitsschutz statt Strafverfolgung – Für einen progressiven Umgang mit Cannabiskonsum“ (BT-Drs. 19/832)**

anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zum Thema Cannabis am 27. Juni 2018, 14.00 Uhr bis 15.30 Uhr.

**Zur Person der Einzelsachverständigen**

Die Verfasserin ist Dipl. Biologin, Fachpharmakologin der Dt. Gesell. F. Pharmakologie und Toxikologie sowie Ärztin für Neurologie und Psychiatrie. Sie war viele Jahre am Max-Planck-Institut f. exp. Medizin Göttingen auf dem Gebiet der Suchtforschung tätig sowie von 1999 -2016 Oberärztin und Leiterin des klinischen Bereiches Suchtmedizin der Psychiatrischen Klinik der Universitätsmedizin Göttingen(UMG). Sie ist Leiterin der Suchtforschung und der Substitutionsambulanz der Universität Göttingen, Leiterin des Referates Abhängigkeitserkrankungen der DGPPN, Vorstandsmitglied der Dt. Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht), Mitglied des Sachverständigenausschusses für Betäubungsmittel nach §1Abs.2 des BtMG. Sie beschäftigt sich mit verschiedenen Aspekten von biologischer und klinischer Suchtforschung, in den letzten Jahren und aktuell im Rahmen eines Schwerpunktprogramms der Dt. Forschungsgemeinschaft (DFG, [www.cnmpb.de](http://www.cnmpb.de)) u. A. mit der Erforschung der biologischen und klinischen Wirkungen der Cannabinoide.

**Zu den drei o.g. Anträgen**

Sowohl der Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (CannKG), als auch der Antrag der FDP-Fraktion „Cannabis-Modellprojekte stärken“ und der Antrag der Fraktion Die Linke „Gesundheitsschutz statt Strafverfolgung – Für einen progressiven Umgang mit Cannabiskonsum“ gehen davon aus, dass die bisherige Prohibitions politik bezüglich Cannabis gescheitert sei.

1. Die FDP-Fraktion möchte mit ihrem Antrag neue Wege der Suchtprävention beschreiten, indem sie Modellprojekte zur Erforschung der kontrollierten Abgabe von Cannabis als Genussmittel schaffen möchte mit den dazu notwendigen Gesetzesänderungen.

2. Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen legt ein umfassendes Cannabiskontroll-Gesetz (CannKG) vor, in dem

- Cannabis aus den strafrechtlichen Regelungen des BtMGs herausgenommen werden soll und für Volljährige ein „strikt kontrollierter legaler Markt für Cannabis eröffnet“ werden soll. Es soll der „Cannabismarkt so reguliert werden, dass sowohl der Jugendschutz gestärkt wird als auch die Risiken möglichst stark reduziert werden. Um diese Ziele zu erreichen, muss die gesamte Handelskette für

Cannabis (Anbau,, Großhandel, Import/Export, Einzelhandel) reguliert werden.“ Es soll damit „eine effektive Trennung der Märkte und Kontrolle des legalen Cannabishandels ermöglicht werden“.

- „der Verkauf an Minderjährige verboten und eine möglichst effektive Kontrolle dieses Verbots ermöglicht werden“. Zum Jugendschutz werden die Altersgrenze 18 Jahre, ein Mindestabstand der Cannabisfachgeschäfte von Schulen und Jugendeinrichtungen gezählt sowie ein Werbeverbot und Zugangskontrollen mit Altersnachweis.
- zur Risikominimierung für die volljährigen Konsumenten ein umfassender Verbraucher-und Gesundheitsschutz als notwendig gesehen wird, der durch Angaben über Inhaltsstoffe, der Konzentration der Wirkstoffe, umfangreiche Beipackzettel, Warnhinweise und Qualitätsstandards erreicht werden soll.
- ein Grenzwert für Cannabis die Sicherheit im Strassenverkehr erhöhen soll
- eine Cannabissteuer erhoben werden soll.

3. Die Fraktion Die Linke beantragt, dass ein Gesetzentwurf vorgelegt werden soll, „wonach §31a BtMG regelt, dass von einer strafrechtlichen Verfolgung bei Volljährigen abgesehen werden muss, wenn sich die Tat auf bis zu 15 Gramm getrocknete Teile der Cannabispflanze oder äquivalente Mengen anderer Cannabiserzeugnisse (z.B. Marihuana, Haschisch) oder bis zu 3 Cannabispflanzen, die ausschließlich dem Eigenkonsum dienen, bezieht.“ Die dadurch frei werdenden Mittel der Polizei- und Justizbehörden sollen in die Bereiche Prävention, Beratung und Behandlung, bzw. Schadensreduzierung umgeleitet werden. Ferner soll geprüft werden, wie legale Zugangsmöglichkeiten für Cannabis geschaffen werden können.

### **Bewertung der Anträge zum Umgang mit Cannabis der Fraktionen FDP, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke**

Die Sachverständige sieht als Suchtmedizinerin und Wissenschaftlerin nicht die primäre Aufgabe, den strafrechtlichen Umgang mit Cannabis zu bewerten. Die Freigabe des Besitzes oder des Erwerbs zum eigenen Verbrauch ist vielmehr eine gesellschaftliche und rechtspolitische Frage, die entsprechend politisch entschieden werden muss. Sie sieht ihre Aufgabe in der evidenzbasierten Bewertung von gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums und dessen Folgen für das medizinische Versorgungssystem. Hieraus ergeben sich relevante Anhaltspunkte für eine politische Entscheidung.

Für die Bewertung der drei Anträge soll auf die bereits vorliegenden Stellungnahmen Bezug genommen und verwiesen werden, bei denen die Sachverständige entweder Erstautorin oder Koautorin ist:

2015/2016 und 2016 publizierten die Fachgesellschaften DGPPN (2015) und DG-Sucht (2015), Havemann-Reinecke et al (2017) und eine Übersicht von Hoch et al. 2015 kritische Stellungnahmen zur Frage der Legalisierung des nicht-medizinischen Konsums von Cannabis, in denen sie folgerten, dass durch eine Legalisierung von Cannabis aus wissenschaftlicher Sicht eine Steigerung des Konsums von Cannabis in der Allgemeinbevölkerung, aber insbesondere der Jugendlichen zu erwarten sei. Darüber hinaus eschrieben die Autoren insbesondere die psychischen und sozialen Folgen durch Cannabiskonsum.

Andere Stellungnahmen z.B. der Fachgesellschaften DGKJP, BAG, KJPP, DKJPP (2015, Thomasius und Holtmann 2016) stellen besonders die Folgen von Cannabiskonsum für Kinder und Jugendliche dar, die Stellungnahme der Dt. Gesellschaft für Pneumologie (DGP 2016) und die Übersicht von Hoch et al 2015 und Soyka et al 2017 auch organische Folgeschäden durch Cannabiskonsum.

Eine Bewertung eines medizinischen Nutzens von Cannabinoiden wird in dieser Stellungnahme nicht thematisiert.

Im Folgenden soll auf vier ausgewählte Punkte der Anträge eingegangen werden:

**1. In der Begründung des Antrages der Fraktion der FDP auf Schaffung von Modellprojekten zur Erforschung der kontrollierten Abgabe von Cannabis als Genussmittel werden die Risiken des Missbrauchs und Abhängigkeit bei Cannabiskonsum als gering eingestuft. Die Annahme einer Unschädlichkeit von Cannabis wird in allen drei Anträgen vorausgesetzt, bzw. Risiken werden nicht wesentlich thematisiert.**

Die Risiken einen Missbrauch und eine Abhängigkeit zu entwickeln ist aus Sicht der Autorin nicht als generell gering einzustufen.

#### **Begründung:**

##### **1.1. Cannabiskonsum und Cannabismissbrauch und-abhängigkeit**

Cannabis ist weltweit von den illegalen Drogen die am meisten konsumierte Droge (Degenhardt et al 2013, 2016). Die BZgA-Zahlen ([www.bzga.de](http://www.bzga.de), 2016) zeigen in Deutschland eine Zunahme der Prävalenzen bei der Risikogruppe der Jugendlichen. Epidemiologische und klinische Daten zeigen, dass etwa 10% aller Cannabiskonsumenten über die Lebenszeit eine Cannabisabhängigkeit gemäß ICD 10 F 12.2. entwickeln. Diese Rate beträgt 17 %, wenn der Cannabis-Konsum in der Adoleszenz beginnt und 25–50 %, wenn Cannabis täglich konsumiert wird (Degenhardt et al 2013, Volkow et al 2014). In Deutschland betreiben schätzungsweise 5% der erwachsenen Bevölkerung einen aktuellen Konsum, davon 612.000 Menschen einen klinisch relevanten Cannabiskonsum (=Schädlicher Konsum und Abhängigkeit gemäß ICD10 F 12.1. und 12.2). Dies entspricht 1,2% der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (BMG, Drogen und Suchtbericht 2016).

In Europa und Deutschland sind Cannabisbezogene Störungen die häufigste Ursache für eine erste Suchtbehandlung. Der neueste Bericht der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, Juni 2018) zeigt, dass die Zahl der wegen Cannabis erstmals Behandelten in allen Europäischen Ländern ansteigt. Der Hochrisikokonsum steigt, jeder Zweite erstmals Behandelte ist täglicher Konsument. Insgesamt 140.000 sind in Behandlung (85.000 erstmals). Diese Entwicklung trifft nach Expertenmeinung psychiatrisch tätiger Kliniker und der ambulanten Suchthilfe auch für Deutschland zu.

Für die steigende Anzahl von Patienten, die wegen Cannabis bezogenen Störungen behandelt werden müssen, wird insbesondere der seit dem Zeitraum 2008/2010 europaweit kontinuierliche Anstieg des THC-Gehaltes von Marijuana von ca 2% auf 9 -12% und von Haschisch von ca 7% auf 14 - 21% (EMCDDA 2018) angesehen.

Bei Konsumstopp oder-Reduktion von Cannabis kann es zu einem behandlungsbedürftigen klinischen Entzugssyndrom (ICD10 F 12.3) mit Unruhe, Reizbarkeit, Ängsten, Panikattacken, Depressivität, Aggressivität, Schlafstörungen kommen. Zusätzlich können vegetative Symptome wie Schwitzen, Schmerzen, Zittern, erhöhte Körpertemperatur, Kälteschauer auftreten. Die Beschwerden können bis zu einem Monat anhalten, ggf auch länger und können z.T. auch wegen der psychischen Symptome stationär behandlungsbedürftig sein (Bonnet und Preuss 2017, Havemann-Reinecke 2018).

## **1.2. Cannabiskonsum-Folgestörungen und Komorbiditäten**

Cannabiskonsumstörungen wie z.B. Schädlicher Konsum ICD10 F 12.1 und Abhängigkeit ICD 12.2. treten häufig zusammen mit anderen psychischen Störungen auf. Epidemiologische Daten weisen darauf hin, dass zwischen 50 und 90 % aller cannabisabhängigen Personen im Laufe ihres Lebens eine weitere Diagnose einer psychischen Störung bzw. einer gesundheitlichen Störung durch Alkohol- und Substanzkonsum aufweisen. Besonders akute und andauernde kognitive Störungen, ein lang anhaltendes Amotivationales Syndrom, akute und lebenslange Psychosen und wahnhaftige Störungen können besonders nach chronischem Cannabiskonsum auftreten sowie Beeinträchtigungen von Lern-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen, Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit, aber auch pulmonale/respiratorische und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen, immunologische Auswirkungen, karzinogene Effekte, sowie auch ungünstige schulische, berufliche und weitere soziale Auswirkungen (siehe detaillierter Volkow et al 2016, Soyka et al 2017, Havemann-Reinecke et al 2017, Havemann-Reinecke 2018, Hoch et al. 2018). Eine aktuelle systematische Pubmed data base-Auswertung (Orsolini et al 2017) zeigt, dass ein Konsum von Cannabis in der Schwangerschaft mit einer Fülle von geburtshilflichen und Schwangerschaft verbundenen Komplikationen sowie mit Entwicklungsstörungen des Feten mit neurobehavioralen/neurologischen Effekten auf das Neugeborene assoziiert ist.

Insgesamt 36% der Patienten im deutschen Suchthilfesystem (56% der Erstkonsumenten) werden wegen einer Cannabis bezogenen Störung behandelt. Vielfach ist darüber hinaus von einem kombinierten Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis auszugehen, siehe detaillierter Havemann-Reinecke 2016). Die Daten stammen aus einer Gelegenheitsstichprobe, hauptsächlich von Beratungs- und Rehabilitationsbehandlungen. Zahlen aus der deutschen vertragsärztlichen Versorgung sind nicht bekannt. Gemäß einer Auswertung von Wissenschaftlern der Universität Barcelona von 27 Studien beträgt die Prävalenz von gleichzeitigem Konsum von Cannabis und Alkohol in Abhängigkeit der unterschiedlichen Kollektive international 20 -34% (Romaguera et al 2017). Die Autoren stellen fest, dass es zu wenig Kenntnisse über die dualen Wirkmechanismen von Cannabis zusammen mit Alkohol insbesondere hinsichtlich der psychischen Folgen gibt. Sie fordern mehr Forschung zu dieser Fragestellung. Von den in Behandlung befindlichen Patienten mit cannabisbezogenen Störungen in Deutschland erfüllen nach Daten der Dt. Suchthilfestatistik 27 % (ambulant) und 46 % (stationär) auch die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung, wie Daten des Instituts für Therapieforchung (IFT München) zeigen (Steppan et al 2014). Bei gleichzeitig bestehendem Konsum von Alkohol und Cannabis kann sich ferner das Risiko einer Leberzirrhose erhöhen (Patsenker et al 2011). Dies kann Alkohol und Cannabis auch hinsichtlich somatischer Folgen zu einer gefährlichen Kombination machen.

Zusammengefasst können aus psychiatrischer Sicht nach Cannabis-Konsum als Freizeitkonsum oder beim medizinischen Konsum vielfältige biologische, pharmakologische und klinisch relevante Symptome sowie auch langfristige behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen einschließlich

Missbrauch, Schädlichem Konsum und Abhängigkeit auftreten. Hierbei gibt es zum jetzigen Zeitpunkt keine bzw. nur wenige Kenntnisse über die Gründe oder Risikofaktoren der interindividuellen Unterschiede für das Auftreten von Cannabis bezogenen Symptomen und langfristigen Störungen. Bekannte Risikofaktoren sind familiäre Dispositionen für psychische Erkrankungen und junges/jüngerer Alter des Konsums von Cannabis. Weitere Forschungen sind hierfür dringend notwendig, sowie auch für die Wirkungen des häufigen Ko-Konsums von Cannabis mit anderen Substanzen, wie z.B. besonders mit Alkohol und Tabak.

## **2. Die Anträge zum Umgang mit Cannabis der Fraktionen FDP, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke beruhen auf der Annahme, dass die deutsche Suchtpolitik hinsichtlich Cannabis versagt habe.**

Die Suchtpolitik der Bundesregierung beruht auf einem 4-Säulenkonzept: 1. Prävention, 2. Beratung und Behandlung, 3. Schadensminimierung sowie sowie 4. Repression.

### **2.1. Neue Psychoaktive Substanzen Gesetz (NPSG)**

Hinsichtlich präventiver Massnahmen hat die Bundesregierung 2016 das NPSG verabschiedet. Das NpSG bezieht sich auf die synthetischen Cannabimimetika und die 2- Phenylethylamine und deren abgeleitete Verbindungen (Derivate), die zu Hunderten auf den Markt gekommen sind und ein hohes gesundheitliches Gefahrenpotentail haben. In das NpSG sind nicht, wie es im BtMG der vorherrschende Fall ist, einzelne Stoffe, sondern ganze Stoffgruppen über chemisch pharmakologische Stoffgruppendefinitionen aufgenommen worden. Der Gesetzentwurf basiert auf einer pharmakologisch/chemischen Einteilung von NPS hinsichtlich deren Kernstrukturen, Brückenrest, Brücke und Seitenketten und Substitutionsmöglichkeiten an den jeweiligen chemischen Strukturen sowie deren pharmakologische gesundheitsschädigenden Wirkungen, wodurch in Folge Stoffgruppendefinitionen und die restriktiven gesetzlichen Einschränkungen gegeben werden. Dieses Gesetz fokussiert auf eine Bestrafung der Händler, nicht der einzelnen User. Aktuelle Berichte des Bundeskriminalamtes und forensischer Toxikologen zeigen, dass tatsächlich der Markt dieser Substanzen nach Inkrafttreten dieses Gesetzes deutlich zurück gegangen ist, aber dafür andere Substanzgruppen wie die synthetischen Opioid und Benzodiazepine auf den Markt gekommen sind. Ein entsprechende Erweiterung dieses Gesetzes ist aktuell in Bearbeitung.

### **2.2 Betäubungsmittelgesetz (BtMG): Cannabiskonsum**

Das BtMG und die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) regeln den Verkehr von bestimmten psychoaktiven Substanzen in Deutschland, wie auch einerseits den medizinischen Konsum sowie andererseits den von Cannabis als Freizeitkonsum. Der medizinische Einsatz von Cannabis ist in der Anlage der verordnungsfähigen Zubereitungen und Substanzen des BtMG geregelt und ist nicht Inhalt dieser Stellungnahme.

Der Zusammenhang von BtMG und Cannabiskonsum scheint komplex zu sein, wie eine aktuelle Studie in der Zeitschrift Lancet verdeutlicht. Hier wurde in 23 Bundesstaaten der USA untersucht, ob die rechtliche Einführung von Cannabis zum medizinischen Konsum im dortigen BtMG den Cannabiskonsum in der Bevölkerung verändert. Die Daten zeigten eindeutig, dass insgesamt der Cannabiskonsum von Adoleszenten in allen Bundesländern, die bis 2014 Cannabis zum medizinischen Konsum im dortigen BtMG eingeführt hatten, signifikant höher ist als in den Staaten ohne eine

derartige Einführung. Es konnte allerdings auf der anderen Seite kein direkter Zusammenhang von einer Gesetzesänderung für den medizinischen Gebrauch auf eine Erhöhung des Cannabiskonsums bei Jugendlichen gefunden werden. Die Daten der Studie weisen darauf hin, dass der Cannabiskonsum wie auch die Verabschiedung von Gesetzen zum medizinischen Gebrauch von Cannabis offensichtlich von anderen komplexen gesellschaftlichen Faktoren der verschiedenen Länder abzuhängen scheinen. Entsprechende Untersuchungen der Konsummuster im Zusammenhang mit der Legalisierung des Freizeitkonsums von Cannabis liegen bisher nicht vor. Es ist aus klinischer Sicht allerdings zu erwarten, dass sich die Konsumzahlen von Cannabis bei einer Legalisierung zum Freizeitkonsum, insbesondere von Jugendlichen erhöhen.

In Deutschland erfüllen 1% der Erwachsenen die Kriterien eines Schädlichen Konsums von Cannabis (0,5%) oder einer Cannabisabhängigkeit (0,5%) (siehe Übersicht Hoch et al 2015). Diese Daten sprechen zur Erhebungszeit 2011 und den damaligen gesetzlichen Bedingungen gegen die Einschätzung von Cannabiskonsum als Alltagsdroge. Die Abhängigkeiten von anderen illegalen Substanzen, zum Beispiel von Amphetamin (0,2 %) oder Kokain (0,3 %) sind geringer als die von Cannabis. Im Vergleich dazu liegen bei vergleichbar hohem Suchtpotential von Cannabis und Alkohol höhere Prävalenzraten für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit (3,1 % beziehungsweise 3,4 %) vor (Pabst et al 2012).

Cannabis hat ein von britischen und US-amerikanischen Wissenschaftlern geschätztes Suchtpotential von 10-16 %, das dem von Alkohol (15%) in etwa gleich kommt (Anthony 2006, Gable 2006). Diese Daten weisen darauf hin, dass Cannabis bei Unterstellung im BtMG bei etwa gleich hohem Abhängigkeitspotential wie Alkohol deutlich niedrigere Prävalenzen der Diagnosen Schädlicher Konsum und Abhängigkeit von Cannabis zeigen.

Gemäß dem Bericht der Europäischen Drogen Beobachtungsstelle weisen Norwegen und Deutschland die geringsten Zahlen von den Hochrisiko-Patienten mit täglichem Cannabiskonsum auf, 0,3% (Deutschland) und 0,2% (Norwegen) im Vergleich zu Portugal mit 0,70%, aber auch im Vergleich zu den anderen gemessenen 12 europäischen Ländern mit deutlich höheren täglichen Konsumzahlen (Schettino et al 2015).

### **2.3. Behandlungsquote von Cannabiskonsumstörungen**

In dem gleichen Bericht der Europäischen Drogen Beobachtungsstelle 2015 zeigt Deutschland an erster Stelle gefolgt von Norwegen die höchste Rate von Behandlungen der Patienten mit täglichem Cannabiskonsum, d.h. eine mehr als 10fach höhere Behandlungs-/Konsum –Quote von 10,3 % dieser Patienten als in Portugal (0,75%) und der anderen 12 Länder (Schettino et al 2015). Trotz der besten Behandlungsquote von Cannabiskonsumstörungen von Deutschland, darf nicht darüber hinweg gesehen werden, dass für Cannabiskonsumstörungen in Deutschland eine Behandlungslücke von 90% nicht behandelter Patienten vorliegt, nach Berechnungen der Deutschen Suchthilfestatistik vergleichbar hoch wie die von Alkoholabhängigen. Gemäß Daten der WHO von R. Kohn 2004 beträgt die Behandlungslücke für Alkoholabhängige international 78%. Wissenschaftliche Studien sind notwendig, um zu erforschen, wie die an Cannabis und anderen Konsumstörungen Erkrankten in Deutschland besser in das Suchthilfesystem gelangen.

**3. Die Fraktion Die Linke beantragt, dass ein Gesetzentwurf vorgelegt werden soll, „wonach §31a BtMG regelt, dass von einer strafrechtlichen Verfolgung bei Volljährigen abgesehen werden muss, wenn sich die Tat auf bis zu 15 Gramm getrocknete Teile der Cannabispflanze oder äquivalente Mengen anderer Cannabiserzeugnisse (z.B. Marihuana, Haschisch) oder bis zu 3 Cannabispflanzen, die ausschließlich dem Eigenkonsum dienen, bezieht.“**

Das BtMG zielt mit § 31a, welcher die Einstellung der Strafverfolgung bei Vorliegen einer geringen Menge regelt, darauf ab, die Kriminalisierung von Konsumenten zu reduzieren oder zu vermeiden. Dabei handelt es sich um eine Kann-Bestimmung und die Einstellungspraxis ist uneinheitlich. Die Menge des straffreien persönlichen Besitzes zum nicht-medizinischen Eigengebrauch ist in Deutschland in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. In den vergangenen Jahren haben alle Bundesländer mit Ausnahme von Berlin (10/15 g), Nordrhein- Westfalen (10 g) und Rheinland-Pfalz (10 g) die Einstellungsgrenze für Cannabis auf 6 g festgelegt. Nur noch in Berlin gibt es das sogenannte „Untergrenzenmodell“, bei dem bis 10 g Cannabisbesitz das Verfahren eingestellt werden muss, während bei bis zu 15 g Cannabisbesitz das Verfahren eingestellt werden kann (Obergrenze). Zuletzt haben Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz die „Eigenverbrauchsgrenze“ von Cannabis im Mai 2011 bzw. Februar 2012 von 6 g auf 10 g heraufgesetzt (siehe z.B. Stellungnahme Thomasius für den Bundestag 2012). In einer Stellungnahme für den Dt. Bundestag wurde 2014 von J. Patzak (ehem. Oberstaatsanwalt) eine Modifikation des §31a des Betäubungsmittelrechts vorgeschlagen im Sinne einer Klarstellung der juristischen Möglichkeiten, von einer rechtlichen Verfolgung abzusehen, worüber eine Entkriminalisierung von Cannabiskonsumenten erreicht werden könnte.

Bezogen auf Patienten mit Cannabis-bezogenen Störungen kann auf der einen Seite eine strafrechtliche Verfolgung von Cannabiskonsumenten eine zusätzliche psychosoziale Belastung bedeuten, die zu weiterer Destabilisierung der Betroffenen beitragen kann, andererseits kann der Kontakt mit der Justiz auch die Chance für eine Kontaktaufnahme mit den Betroffenen bieten. In diesem Fall können Hilfen angeboten und die Motivation zur Verhaltensänderung gefördert werden. Ein bedeutsamer Teil der Patienten mit cannabisbezogenen Störungen gelangt auf diesem Weg in das (psychiatrische) Suchthilfesystem zu Frühinterventionsangeboten oder auch zur längerfristigen psychiatrischen Behandlung.

**4. Im Cannabiskontroll-Gesetz (CannK) der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen wird zur Risikominimierung für die volljährigen Konsumenten ein umfassender Verbraucher-und Gesundheitsschutz als notwendig gesehen, der durch Angaben über Inhaltsstoffe, der Konzentration der Wirkstoffe, umfangreiche Beipackzettel, Warnhinweise und Qualitätsstandards gegeben werden soll.**

Hanf (*Cannabis sativa*) ist eine alte Kulturpflanze, die mindestens 80 verschiedene Cannabinoide sowie insgesamt ca. 560 pflanzliche Substanzen enthält (ElSohly et al 2017).

Die Cannabispflanze enthält Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC), das bedeutsamste und bekannteste psychotrop wirksame Cannabinoid, das vorwiegend in den Blättern und Blüten der Cannabispflanze enthalten ist. Der Gehalt an THC ist in den letzten Jahren wie bereits beschrieben in den Hanf-Züchtungen deutlich angestiegen (Arellano et al 2017, Havig et al. 2017, EMCDDA 2018).

Die Variabilität des THC-Gehaltes im Pflanzenmaterial schwankt zwischen 0,3%-30% oder auch bis 40% (Casajuana et al 2017).

Ein weiteres Cannabinoid des Cannabis ist Cannabidiol (CBD), dem im Gegensatz zu THC so genannte gute Eigenschaften, wie u.a. anxiolytische, antipsychotische, entzündungshemmende, antiemetische und neuroprotektive Wirkungen zugeschrieben werden, siehe Übersicht Vergara et al 2017. CBD hat aber keinen Effekt auf die akuten psychotomimetischen Effekt bei THC-Intoxikationen, noch kann es die anderen durch THC hervorgerufenen klinisch messbaren Beeinträchtigungen antagonisieren (Havig et al 2017). CBD ist in vielen Hanf- Züchtungen oder Präparationen häufig nicht oder nur in geringer Menge vorhanden. Dem Konsum von Cannabisprodukten mit hohem THC-Gehalt (und niedrigem CBD-Gehalt) werden besonders die unerwünschten klinischen Effekte zugeschrieben (Havig et al.2017). Generell differieren die vorhandenen Cannabisprodukte in Deutschland, aber auch weltweit hinsichtlich ihrer Zusammensetzung untereinander sehr. So unterscheiden sich z.B. in den einzelnen Bundesstaaten und einzelnen Standorten der USA die Cannabisprodukte des privaten Marktes in ihrer Zusammensetzung und ihren Prozentsätzen von THC und Cannabidiol, aber auch von anderen Cannabinoiden untereinander erheblich, sowie aber auch von dem staatlich produzierten Cannabis des National Institute of Drug Abuse (NIDA) , wie eine Studie der Universität Colorado Boulder eindrücklich zeigt (Vergara et al 2017).

Die unterschiedliche Zusammensetzung sowie die Vielfalt der verschiedenen Cannabinoide in Cannabis, deren Wirkungen wir (noch) nicht kennen, lassen zum gegenwärtigen Kenntnisstand keine genaue Dosierung der Wirkstoffe von Cannabis und damit keine genaue Zuordnung der Wirkungen und Nebenwirkungen zu.

#### **Die wichtigsten Erkenntnisse, Empfehlungen und Forderungen der Stellungnahme sind:**

- **Jeder zehnte Cannabiskonsum entwickelt eine behandlungsbedürftige Abhängigkeits-erkrankung.**
- **Cannabis ist momentan der häufigste Anlass für eine erstmalige Therapie bei Gebrauch illegaler Drogen.**
- **Die Komorbidität von Cannabisabhängigkeit und weiteren psychischen Störungen ist hoch. Hierzu müssen betreffs Ursachen und Therapie weitere Untersuchungen erfolgen**
- **Familiäre Dispositionen für psychische Erkrankungen und junges Konsumalter sind bedeutsame Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Erkrankungen durch Cannabiskonsum**
- **Weitere Forschung zu den Risikofaktoren für die verschiedenen psychopathologischen Wirkungen von Cannabiskonsum und deren Behandlung sind notwendig.**
- **Wissenschaftliche Studien zu den Wirkungen der verschiedenen und zahlreichen Cannabinoide sowie Pflanzenstoffe von Cannabis sind notwendig.**
- **Es muss erforscht werden, wie die an Cannabis und anderen Konsumstörungen Erkrankten in Deutschland besser in das Suchthilfesystem gelangen.**

- **Wissenschaftliche Analysen der Daten der Krankenkassenärztlichen Versorgung bezüglich Prävalenz, Verlauf und Kosten cannabisbezogener Störungen sollten erfolgen.**
- **Die strafrechtlichen Möglichkeiten zur Entkriminalisierung des Gebrauchs sollten verbessert werden.**
- **Eine Verschränkung von Maßnahmen der Angebotsreduzierung mit verhaltens- und ausstiegsorientierten Maßnahmen im Sinne des Mehrsäulenkonzepts – Angebotsreduzierung, Prävention, Hilfestellung und Schadensminimierung – ist sinnvoll.**
- **Der Zusammenhang zwischen einer Liberalisierung des Zugangs zu Cannabis und der möglichen Erhöhung der Konsums- und Missbrauchsprävalenz insbesondere bei jungen Menschen muss weiter untersucht werden.**

Diese medizinisch-wissenschaftlichen Aspekte sollten bei der politischen Bewertung des Gesetzesentwurfs von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Anträge von FDP und DIE LINKE berücksichtigt werden. Für die weiteren Diskussionen steht die Referentin zur Verfügung.

## Literatur

Anthony J (2006). The Epidemiology of Cannabis Dependence. Cambridge University Press, New York Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment.

Arellano AL1, Papaseit E1, Romaguera A2, Torrens M2, Farré M Neuropsychiatric and general interactions of natural and synthetic cannabinoids with drugs of abuse and medicines. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2017 16(5):554-566

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016). Drogen- und Suchtbericht. [www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de)

Bonnet U1,2, Preuss UW3,4 The cannabis withdrawal syndrome: current insights. Subst Abuse Rehabil. 2017 Apr 27;8:9-37. doi: 10.2147/SAR.S109576 [Titel anhand dieser DOI in Citavi-Projekt übernehmen] . eCollection 2017.

Casajuana C1, López-Pelayo H, Balcells MM, Colom J, Gual A (2017) Psychoactive constituents of cannabis and their clinical implications: a systematic review. [Article in English, Spanish; Abstract available in Spanish from the publisher] Adicciones. 2017 Apr 12;0(0):858. doi: 10.20882/adicciones.858. [Epub ahead of print]

Degenhardt L1, Ferrari AJ, Calabria B, Hall WD, Norman RE, McGrath J, Flaxman AD, Engell RE, Freedman GD, Whiteford HA, Vos T (2013) The global epidemiology and contribution of cannabis use and dependence to the global burden of disease: results from the GBD 2010 study. PLoS One. 2013 Oct 24;8(10):e76635. doi: 10.1371/journal.pone.0076635. eCollection 2013. Erratum in: Correction: The Global Epidemiology and Contribution of Cannabis Use and Dependence to the Global Burden of Disease: Results from the GBD 2010 Study. [PLoS One. 2016]

DG-Sucht (2015) Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie –Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums. Im Internet: [http://www.dgsucht.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/stellungnahmen/Stellungnahme\\_Legalisierung-debatte\\_Cannabis\\_DG-Sucht.pdf](http://www.dgsucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/stellungnahmen/Stellungnahme_Legalisierung-debatte_Cannabis_DG-Sucht.pdf)

DGKJP (2015) Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. – Gemeinsame Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums. Im Internet: <http://www.dgkjp.de/aktuelles1/347-cannabiskonsum>

DGP (2016) Cannabis – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP). Pneumologie, 70, 87-97. DGPPN (2015) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – Zur Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums. Im

Internet: [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2015/2015-12-7\\_DGPPN\\_Positionspapier\\_Cannabis\\_FINAL.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2015/2015-12-7_DGPPN_Positionspapier_Cannabis_FINAL.pdf)

ElSohly MA<sup>1,2</sup>, Radwan MM<sup>3</sup>, Gul W<sup>4,5</sup>, Chandra S<sup>4</sup>, Galal A<sup>4</sup> (2017) Phytochemistry of Cannabis sativa L. *Prog Chem Org Nat Prod.* 2017;103:1-36. doi: 10.1007/978-3-319-45541-9\_1.

European Drug Report - Trends and Developments, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, Lisbon, Portugal Juni 2018, p 15 and 21; [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

Gable R S (2006) *Drugs and Society: U.S. Public Policy.* Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, MD.

Hasin DS, Saha TD, Kerridge BT, Goldstein RB, Chou SP, Zhang H, Jung J, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Grant BF (2015) Prevalence of Marijuana Use Disorders in the United States Between 2001-2002 and 2012-2013. *JAMA Psychiatry.* 2015 Dec;72(12):1235-42.

Havemann-Reinecke U, Hoch E, Preuss UW, Kiefer F, Batra A, Gerlinger G, Hauth I. [On the legalization debate of non-medical cannabis consumption : Position paper of the German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics]. *Nervenarzt.* 2017 Mar;88 (3):291-298. doi: 10.1007/s00115-016-0248-0 [Titel anhand dieser DOI in Citavi-Projekt übernehmen] . German.

Havemann-Reinecke U Zur Legalisierungsdebatte von Cannabis zum Freizeitkonsum und in der Medizin aus biologischer, pharmakologischer und psychiatrischer Sicht. *Blutalkohol* 2018 Vol 55 Jan No 1 Sup I: 19 -29

Havig SM<sup>1</sup>, Høiseth G<sup>2</sup>, Strand MC<sup>2</sup>, Karinen RA<sup>2</sup>, Brochmann GW<sup>2</sup>, Strand DH<sup>2</sup>, Bachs L<sup>2</sup>, Vindenes V<sup>3</sup>. THC and CBD in blood samples and seizures in Norway: Does CBD affect THC-induced impairment in apprehended subjects? *Forensic Sci Int.* 2017 Jul;276:12-17. doi: 10.1016/j.forsciint.2017.04.006. Epub 2017 Apr 15.

Hoch E, Bonnet U, Thomasius R, Ganzer F, Havemann-Reinecke U, Preuss UW. Risks associated with the non-medicinal use of cannabis. *Dtsch Arztebl Int.* 2015 Apr 17;112(16):271-8

Hoch E, Friemel CM, Schneider M Cannabis: Potential und Risiko (CAPRIS)", Springer 2018

Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D: Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 2013; 59: 321–31.

Patsenker E, Stoll M, Millionig G, Agaimy A, Wissniowski T, Schneider V, Mueller S, Brenneisen R, Seitz HK, Ocker M, Stickel F Cannabinoid receptor type 1 modulates alcohol-induced liver fibrosis. *Mol Med* 17,1285-94:2011

Romaguera A<sup>1</sup>, Torrens M<sup>2</sup>, Papaseit E<sup>3</sup>, Arellano AL<sup>3</sup>, Farré M<sup>3</sup> Concurrent Use of Cannabis and Alcohol: Neuropsychiatric Effect Consequences. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2017;16(5):592-597

Schettino J, Hoch E, Ferri M, Guarita B, Simon R Treatment of cannabis related disorder in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, Lisbon, Portugal 2015, p 58; [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

Steppan M, Brand H, Künzel J, Pfeiffer-Gerschel T Jahresstatistik 2012 der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: Dt. Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht* 14, Pabst Science Publishers, Lengerich 2014: 203 – 230

Thomasius R, Holtmann M [Are protection of minors and cannabis legalization compatible with each other? – The legalization debate from a child and adolescent psychiatric point of view]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2016;44(2):95-100. doi: 10.1024/1422-4917/a000404. German. No abstract available.

Vergara D, Bidwell LC, Gaudino R, Torres A, Du G, Ruthenburg TC, deCesare K, Land DP, Hutchison KE, Kane NC.(2017) Compromised External Validity: Federally Produced Cannabis Does Not Reflect Legal Markets. *Sci Rep.* Apr 19;7:46528. doi: 10.1038/srep46528

Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SRB Adverse health effect of marijuana use. *N Engl J Med* 2014, 370(23):2219–2227 12.

Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, DeLisi LE, Meier MH, Gonzalez R, Bloomfield MA, Curran HV, Baler R. (2016) Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry.* 2016 Mar;73(3):292-7. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.3278. Review