

IB-Hochschule Berlin – Studienzentrum Stuttgart – Hauptstätter Str. 119-121
70178 Stuttgart

**Cannabiskontrollgesetz § 23:
Gesundheitspädagogische Aspekte im
Legalisierungsprozess der BRD**

Bachelorarbeit

Gerhard Förstner
Hegelstr. 52
72072 Tübingen
S-402460-HCE
7. Semester Health Care Education
Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Dr. Ufer
Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Bielitz
Eingereicht am 21.07.2017

Abstract

Nach einer Einführung in Aspekte der Kultur-, Rausch-, Prohibitions- und Legalisierungsgeschichte von Cannabis erfolgt eine kurze Darstellung des aktuellen Kenntnisstandes über nichtmedizinischen Cannabisgebrauch.

Im Forschungsteil wird mit Expert_innen der Abschnitt „Suchtprävention, Sozialkonzept und Zertifikat Verantwortungsvolles Verkaufen“ des Grünen Gesetzesentwurfs eines Cannabiskontrollgesetzes (§ 23 CannKG) für die praktische Umsetzung diskutiert. Unter der Fragestellung, wie Gesundheitsrisiken bei der Cannabisabgabe gemindert werden können, werden folgende Themen behandelt:

Gesundheit, Beratung, Zugang und Ausgestaltung der Abgabestellen

Chancen und Risiken von staatlich kontrollierten Cannabisabgabemodellen

Kriterien zur Einschätzung von riskantem Cannabiskonsum

Vermittlung risiko- und schadensmindernder Hanfgebrauchsstrategien

Einzelbereiche: Straßenverkehr, Mischkonsum, Applikation, Gesundheitsrisiken, juristische Beratung

Was ist „Verantwortungsvolles Verkaufen“?

Aus- und Fortbildung der „Verantwortungsvollen Verkäufer_innen“

Ergebnisse:

Die gesundheitspädagogischen Auskünfte der Expert_innen zur sekundärpräventiven Beratung stimmen weitgehend überein.

Hauptrisiken des nichtmedizinischen Cannabisgebrauchs sind missbräuchlicher Konsum, Abhängigkeit, psychiatrische Erkrankungen und neurologische Schädigungen. Risiken und Schäden können jedoch durch Beratung gemindert werden. Genannt werden gesundheitsberaterische Ziele und Inhalte zur Risiko- und Schadensminderung bei der Cannabisabgabe nach § 23 CannKG.

Voneinander abweichenden Aussagen der Expert_innen werden expliziert und interpretiert.

Inhaltsverzeichnis

Abstract

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Hanfgeschichte

1 Kulturgeschichte von Cannabis 1

Theorieteil

2 Prohibitionsgeschichte von Cannabis	
2.1 USA	5
2.2 BRD	
2.2.1 Wissensstand in der BRD im späten 20. Jahrhundert	7
2.2.2 Politisch-gesellschaftliches Klima in der BRD	12
2.2.3 Legislative der BRD	14
2.2.4 Der Bundesverfassungsgerichtsbeschluss von 1994	15
3 Entwicklungen im 21. Jahrhundert	
3.1.1 Gesellschaftlich-politische Rahmenbedingungen im 21. Jahrhundert	17
3.1.2 Verbreitung von Cannabis in Europa	19
3.1.3 Cannabispolitik weltweit	20
3.1.4 Cannabispolitik im deutschsprachigen Raum	21
3.1.5 Aktuelle öffentlich-politische Entwicklungen in der BRD	23
4 Aktueller Kenntnisstand über nichtmedizinischen Cannabisgebrauch	
4.1 Störungen durch Cannabinoide	26
4.2 Medizinisch-therapeutische Behandlungsansätze	30

Forschungsteil

5 Gesundheitspädagogische Perspektive	
5.1 Problemstellung	32
5.2 Entwurf des Cannabiskontrollgesetzes	34
5.3 Zweck dieser Arbeit	36
6 Methode	
6.1 Vorbemerkungen	38
6.2 Methodisches Vorgehen	39
6.3 Interviewte Expert_innen	41
6.4 Fragenkatalog	42
7 Auswertung	
7.1 Analyseeinheiten	44
7.2 Interpretation und Explikation	
7.2.1 Zusammenfassende Inhaltsanalyse	45
7.2.2 Explikation	48
7.3 Strukturierung	50
7.4 Rücküberprüfung	53
7.5 Zusammenfassung und Kernaussagen	54
8 Schlussfolgerungen	57

Anhang

Glossar

Literaturverzeichnis

Erklärung

Interview I

Interview II

Interview III

Einleitung: Hanfgeschichte

1 Kulturgeschichte von Cannabis

Hanf ist die vermutlich älteste Kulturpflanze der Menschheit. Schon im Neolithikum (Jungsteinzeit), lange bevor es Schrift und damit Schriftquellen gab, ist der Anbau und die Verwendung von Hanf durch Artefakte bezeugt.¹ Erste chinesische Schriftquellen über die Botanik der Hanfpflanze reichen zurück bis ins Jahr 2737 v.Ch.² Zeugnisse über kultisch-religiöse-medizinische Verwendung im Zweistromland sind 4000 Jahre alt.³ Die Rauschgeschichte von Hanf beginnt vermutlich deutlich später, Herodots Bericht⁴ über den skythischen Hanfgebrauch verweist in die griechische Antike: „Die Skythen nehmen Samen von Hanf, schlüpfen damit unter die Decken und streuen den Samen auf die glühenden Steine, wo er dann einen Rauch gibt und solch einen Dampf verbreitet, daß es kein hellenistisches Schwitzbad besser kann und die Skythen über diesem Schwitzbad vor Wohlbehagen brüllen.“⁵ Die lateinischen Schriften des Plinius des Älteren,⁶ Discurides⁷ und Galen⁸ über Hanf sind großteils medizinisch-naturwissenschaftlich intendiert, einige berichten aber auch von rein hedonistischer Verwendung als Rauschmittel.⁹

Cannabis, so der botanische Name der Hanfpflanze, wurde in Europa lange als orientalische oder kulturfremde Droge bezeichnet.¹⁰ Das ist historisch falsch, neben Geweberesten aus Hanffasern und Hanftextilien bestanden Grabbeigaben im heute mittel- und süddeutschen Raum um 500 v.Ch. gelegentlich aus Hanfblüten.¹¹ Von der Verwendung von Hanf in der mittelalterlichen Medizin berichten die Schriften Naturkunde („de hanff“)¹² und Ursache und Behandlung der Krankheiten der Hildegard von Bingen; eine Verwendung zu Rauschzwecken belegt eindrucksvoll ein Zitat des Johann Ulrich Megerle (1644 –1709), eines deutschen katholischen Bußpredigers des Barock, der unter dem Namen Abraham a Santa Clara darüber schimpfte, dass die «Bauren sich mit Hamf vollstopfen wie der Türck mit Opium».¹³

¹ Behr 2000: 22

² Behr 2000: 22

³ Behr 2000: 25

⁴ Herodot IV, 75

⁵ Herodot IV, 75, zit. nach Weiß 2015: 351

⁶ Plinius Nat. Hist. 19.9 und 20.259, nach König 1973 – 2004

⁷ Diskurides III, 156f., nach Wellmann 1906–1914

⁸ Galen VI, nach Kühn 1821-1833

⁹ Galen VI 549f., nach Brunner 1937: 350

¹⁰ Tham 1989: 53

¹¹ Behr 2000: 39

¹² Müller 1989

¹³ Lussi 1996: 134

Wegen seiner relativen Seewasserresistenz wurde Hanf auf jedem Segelschiff, dem wichtigsten Verkehrsmittel der Frühen Neuzeit, benötigt, und zwar je Schiff zwischen 50 bis 100 Tonnen: Segel, Takelage, Kalfaterweg (Dichtungsmasse), Seekarten und die Kleidung der Seeleute waren aus Hanffasern.¹⁴ Ohne Hanf keine Schifffahrt, keine Kolonien, keine Seeschlachten. „80% aller Textilien und Stoffe... wurden in den USA bis in die 20er Jahre des 19. Jahrhunderts und in den meisten Teilen der übrigen Welt bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts vornehmlich aus Hanffasern hergestellt.“¹⁵

Die Wirkung des gemeinen Hanfs, „ein ursprünglich in Persien und Ostindien einheimisches Sommergewächs, welches aber schon seit den ältesten Zeiten in Europa und anderen Erdtheilen angebaut und daselbst verwildert ist“,¹⁶ ist im deutschen Sprachraum seit langem bekannt: „Die Blätter des Hanfs... enthalten das narkotische Princip in großer Menge... Sie werden daher öfters als Surrogat unter den Tabak gemischt.“¹⁷ Weiter heißt es im hier zitierten Meyers großem Konversationslexikon über Haschisch, „das von dem Kraut, besonders den Spitzen der weiblichen Pflanze (...) ausgeschiedene Harz“:¹⁸ „Man glaubt, daß sein Genuß zu harter, anhaltender Arbeit befähige, Schmerz tilge und den übeln Wirkungen des Klimawechsels vorbeuge. Man schreibt ihm die Erzeugung eines heitern, angenehmen Rausches zu. Die Tätigkeiten scheinen zu wachsen, der Verstand unvergleichliche Schärfe zu gewinnen, die Phantasie wird mächtig angeregt, entzückende Bilder ziehen am geistigen Auge vorüber. Auffallend wird der Muskelsinn gestört, was oben ist, erscheint unten, was rechts ist, links etc. Diese Wirkung variiert aber bedeutend nach Art und Grad bei verschiedenen Menschenrassen und Individuen. H. mit Maßen und in guter Qualität genossen, schadet kaum, der Genuß ist am größten, ehe der Gebrauch zur Gewohnheit wird; übermäßiger anhaltender Gebrauch von schlechtem H., namentlich bei dürrtlicher Ernährung, wirkt zerrüttend, der angenehme Rausch tritt immer seltener ein, während sich eine zunehmende nervöse Schreckhaftigkeit und lächerliche Furchtsamkeit ausbildet; das Ende ist Irrsinn.“¹⁹

Alle aufgeführten Wirkungen wie die Anregung der Phantasie, der Rausch, der Schwindel, die Muskelschwäche und die Neigung zu paranoiden Episoden lassen sich in Wilhelm Buschs Rauchphantasie „Krischan mit der Piepe“²⁰ wiederfinden. Krischan stiehlt²¹ und benützt²² die Meerschaumpfeife seines Vaters. Daraufhin treten zuerst

¹⁴ Bröckers 1994: 30

¹⁵ Bröckers 1994: 31

¹⁶ Meyer 1844 XVII: 317

¹⁷ Meyer 1844 XVII: 318

¹⁸ Meyer 1904: VI 854

¹⁹ Meyer 1904: VI 854 f.

²⁰ Busch 1864: 477 – 488

²¹ Busch 1864: 477

²² Busch 1864: 478

Wahrnehmungsveränderungen²³ auf; Krischan stürzt auf den Boden und bekommt akustische und optische Halluzinationen,²⁴ die aus dem Pfeifenkopf emporsteigen und orientalisch akzentuiert sind („de swarte Morian“).²⁵ Die inzwischen nach Hause gekommene Mutter bringt „swarten Kaffee“²⁶ und vertreibt damit die Halluzinationen,²⁷ während der rauchend danebensitzende Vater lächelnd bemerkt: „...Jaja, min Jung! so mot et gahn! Krischan lat de Piepe stahn!!«²⁸

Der Vater raucht seine Meerschaumpfeife und trägt einen Biedermaier-Zylinderhut, der zu Beginn des 19. Jahrhunderts den Dreispitz abgelöst hatte: „Jene älteste Hutform wurde nach den Freiheitskriegen durch den hohen schweren Cylinderhut verdrängt, der sich nach oben bedeutend erweiterte,... Der obere Innenraum wurde practisch verwerthet: das zusammengestreifte Kattunfutter schloss bereits in halber Höhe ab und liess in der Mitte ein faustgrosses Loch. In dem so entstandenen Obergeschoss barg der pfiffige Hausvater bei Ausgängen seine Briefschaften, Taschentuch, etwas Kanaster und seiner Erde Pfeif (irdene Pfeife).“²⁹

Das Knasterrauchen war aber nicht nur beim einfachen Volk, sondern auch in höheren Schichten verbreitet, wie ein Blick auf „Friedrich Wilhelm’s Tabagie oder Tabacks-Collegium, würdiger des Namens Tabacksparlament“³⁰ verrät. Diese allabendliche Rauchergesellschaft wird geschildert als „zufriedene, mürrische, menschliche Gestalten, etwa ein Dutzend, um einen großen langen Tisch herum sitzend, Jeder mit einer langen holländischen Pfeife im Munde; Vorrath von Knaster bequem zur Hand;“³¹ Über die Zusammensetzung der Runde ist zu lesen: „Alte, im Amte stehende Leute, militairisch meist,... intime Vertraute des Königs, Leute, die ein wenig zu sprechen wußten, oder auch gesellig schweigen konnten, - scheinen die regelmäßigen Theilnehmer gewesen zu sein.“³² Der Biograph vermerkt im Bezug auf den Soldatenkönig: „Er hatte es als eine tägliche Erquickung und Erholung bei sich aufgenommen; es ist ein Lohn für die emsig gehaltene schwere Tagesarbeit, sie auf diese Weise in der ruhigen Gesellschaft freundlicher Menschengesichter zu einem beschaulichen Rauchgewölk abzuwickeln, langsam hinüberzugleitend in das Reich des Schlafs und seiner Träume. Friedrich Wilhelm war ein Gewohnheitsmensch, seine

²³ Busch 1864: 479 f.

²⁴ Busch 1864: 481

²⁵ Busch 1864: 482

²⁶ Busch 1864: 486

²⁷ Busch 1864: 487

²⁸ Busch 1864: 488

²⁹ Pelsler-Berensberg 1901: 15

³⁰ Carlyle 1863: 481

³¹ Carlyle 1863: 486

³² Carlyle 1863: 487

Abendtabagie ward zu einem Naturgesetz für ihn, beständig wie das Niedergehen der Sonne.“³³

Knaster, je nach etymologischem Wörterbuch „übelriechender Tabak“³⁴ oder „schlechter Tabak“,³⁵ weil er mit dem billigen Tabaksurrogat³⁶ Hanf verschnitten war und die darin enthaltenen Hanfsamen von der Hitze knasternd explodierte, war als volkstümliches Rausch- und Genussmittel weit verbreitet, was Jahrhunderte alte Stammbuchsprüche und Aufschriften auf Tabaksdosen in deutscher Sprache wie „Rauch nit zuviel Orient, weil dich sonst der Schädel brennt.“ oder: „Misch´ nicht Orient und Bier, sonst werden deine Träume wirr.“³⁷ gut veranschaulichen.

Auch die vielen Sprichwörter und Redensarten aus dem Deutschen Wörterbuch der Gebrüder Grimm über und um Hanf³⁸ legen den Schluss nahe, dass es sich beim Hanf um eine weit verbreitete volkstümliche Rauschpflanze handelte: „mancher schad ist nicht zu heilen durch die kräuter aller welt; hanf hat viel verzweifelt böses gut gemacht und abgestellt.“³⁹ oder „Düringen sagt man auch von einem der schlaftrunken noch kein klares bewusstsein von sich hat: er kann sich nicht aus dem hanfe fitzen.“⁴⁰

³³ Carlyle 1863: 483

³⁴ Kluge 1995: 454

³⁵ Pfeifer 1993: 677

³⁶ Meyer 1844 XVII: 318

³⁷ Behr 2000: 146

³⁸ Grimm 1877: IV/2 431 ff.

³⁹ Grimm 1877 IV/2 432

⁴⁰ Grimm 1877 IV/2 432

Theorieteil

2 Prohibitionsgeschichte von Cannabis

2.1 USA

Im 20. Jahrhundert, dem Jahrhundert der Hanfprohibition, entbrannte um die Hanfdroge eine öffentlich-politische Auseinandersetzung, deren ideologische Färbung und deren Argumente uns heute seltsam und unbegreiflich anmuten. In den USA arbeitete seit 1930 Harry Anslinger im Bureau of Narcotics, das für den Verkehr mit Opiaten zuständig war.⁴¹ Anslinger bestimmte die Öffentlichkeitsarbeit in der Cannabisfrage, er versorgte über den Universal News Service, eine Art Nachrichtenagentur, die Presse mit Informationen. Bald gab es Schlagzeilen wie „Mörderkraut überall an der Küste gefunden – Tödliche Marihuanapflanzen erntereif, um die Kalifornischen Kinder zu versklaven“⁴² und „Rauschgiftbehörden hilflos gegen Marihuana“.⁴³ Gestützt auf Anslingers Material verfasste Kenneth Clark im März 1936 den Artikel „Morde durch die Mörderdroge überfluten die USA“,⁴⁴ der von 56 Zeitungen nachgedruckt wurde: „Schockierende Gewaltverbrechen nehmen zu, Metzeleien, grausame Verstümmelungen, Verunstaltungen, kaltblütig durchgeführt, als würde ein häßliches Monstrum in unserem Lande umgehen... Diejenigen, die süchtig auf Marihuana sind, verlieren nach einem anfänglichen Gefühl von Lustigkeit bald jegliche Hemmung. Sie werden zu bestialischen Dämonen, voll irrer Lust zu töten...“⁴⁵ Die neue Aufgabe, die Mörderdroge zu bekämpfen, brachte dem Bureau of Narcotics wieder höhere Bedeutung ein; nach der Abschaffung der Alkoholprohibition 1933 drohte ein gewisser Bedeutungsverlust. Zuerst richtete sich Harry Anslingers z.T. übel rassistische⁴⁶ Hetzkampagne gegen ethnische (Schwarze⁴⁷ und Mexikaner), später gegen weltanschaulich definierte Gruppen (Studenten, Hippies)⁴⁸: Cannabis werde von faulen hanfrauchenden Negern und Mexikanern berechnend an weiße protestantische Jugendliche vorzugsweise des anderen Geschlechts verteilt, es führe zur körperlichen Abhängigkeit, verursache Blutgier und bestialisches Verhalten und ziehe eine

⁴¹ Behr 2000: 232 f.

⁴² Los Angeles Examiner, 5.11.1933, zitiert nach Behr 2000: 234

⁴³ San Francisco Examiner, 7.11.1933, zitiert nach Behr 2000: 234

⁴⁴ Behr 2000: 232

⁴⁵ Behr 2000: 232 f.

⁴⁶ Behr 2000: 234 f.

⁴⁷ Behr 2000: 237, 243

⁴⁸ Behr 2000: 237

unaufhaltsame Entwicklung über Aufsässigkeit und Kriminalität bis zum Wahnsinn⁴⁹ nach sich.⁵⁰

Anslingers Öffentlichkeitsarbeit wirkte bis ins späte 20. Jahrhundert, in dem die Präsidenten Ronald Reagan und George Bush Senior den Drogenkrieg, den ihr Vorgänger Richard Nixon 1971 ausgerufen hatte, zu einem zentralen Inhalt ihrer Innen- und Außenpolitik machten.⁵¹

⁴⁹ USA 1936: „Reever Madness“ (Film)

⁵⁰ Behr 2000: 235

⁵¹ Zobel Marthaler 2016: 7

2.2 BRD

2.2.1 Wissensstand in der BRD im späten 20. Jahrhundert

Der wissenschaftliche Kenntnisstand und die öffentliche Diskussion über Cannabis des ausklingenden 20. Jahrhunderts, deren Argumente z.T. bis ins 21. Jahrhundert hineinwirken,⁵² wurde maßgeblich von Prof. Dr. Täschner mitbestimmt, der sich nach Eigenaussage „in zahlreichen Diskussionen seit Jahren an der Diskussion um das Drogenproblem beteiligt. Er ist Mitglied einer Reihe von Fachgremien, unter anderem „der Bundesärztekammer und des Nationalen Drogenrats der Bundesregierung.“⁵³ Seine viel zitierte Abhandlung „Das Cannabis-Problem“,⁵⁴ die auf einem Gerichtsgutachten basiert⁵⁵ und sich ausdrücklich „um eine objektive Abwägung der relevanten Sachverhalte... bemüht“⁵⁶ als Diskussionsbeitrag an den Leser wendet, soll zur Darstellung des damaligen medizinischen und psychiatrischen Kenntnisstandes herangezogen werden. Ergänzt wird die Darstellung mit Zitaten aus „Cannabis heute“,⁵⁷ dem Bericht über die „1. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie in Nürnberg 1979“ mit Aufsätzen von 20 referierenden Experten (einer davon ist Prof. Dr. Täschner). Der Bericht wird eingeleitet mit einem Grußwort des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit.⁵⁸

Die medizinische, öffentliche und gesellschaftspolitische Diskussion war bis zum Ende des Jahrtausends geprägt von den Argumenten „Einstiegsdroge Cannabis“, „Cannabis ruft das amotivationale Syndrom hervor“ und „Cannabis erzeugt Flashbacks“.

In der Fachdiskussion galt Haschisch als gefährliche Droge, weil es eine Schrittmacherfunktion zu harten Drogen besitze, was im volkstümlichen Argument „Wer Haschisch raucht, spritzt später auch Heroin“ zum Ausdruck kommt. Nach Täschner „scheint keine einlinige kausale Verknüpfung zwischen dem gelegentlichen Cannabiskonsum Jugendlicher und dem Entstehen einer Heroinsucht zu erkennen zu sein... Andererseits ist aber auch nicht zu bestreiten, daß ein Teil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten auf stärker wirkende Drogen übergeht (GRUPP; 120).“⁵⁹ Täschner stellt bei der Untersuchung Heroinsüchtiger oder Polytoxikomaner fest, „daß

⁵² Mann 2001

⁵³ Täschner 1997: 3

⁵⁴ Täschner 1979

⁵⁵ Täschner 1979: 11

⁵⁶ Täschner 1979: 12

⁵⁷ Feuerlein 1980

⁵⁸ Franke 1980: 3 ff.

⁵⁹ Täschner 1979: 196

sie ihre Drogenkarriere zu 98 – 100% mit Haschisch begonnen hatten.“⁶⁰ „Eine der Ursachen für den Übergang auf stärker wirkende Rauschmittel scheint in der subjektiv als nachlassend empfundenen Wirkung des Haschischs bei Dauerkonsum zu liegen (HEINEMANN; 137)... Schon nach kurzer Zeit müssen viele Cannabiskonsumenten die Dosis steigern, erst später wird dann in manchen Fällen auf härtere Drogen übergegangen, und zwar meist auf Amphetamine und manchmal unmittelbar auf Opiate.“⁶¹ „Da Cannabis pharmakologisch nicht so intensiv wirke... erfolge bald der Übergang auf andere Substanzen. Hier liege die eigentliche Schrittmacherfunktion des Cannabis.“⁶² „Aber eine Disposition zur späteren Heroinabhängigkeit wird sehr wohl geschaffen... Wir halten es deshalb für verfehlt, diesen Zusammenhang etwa als „pseudokausale Beziehung“ (HOMANN; 157) zu bagatellisieren.“⁶³ Täschner leitet aus seinen zitierten und genannten Argumenten „die Berechtigung ab, in diesem wohldefinierten Sinne von Haschisch als einer *Einstiegsdroge* zu sprechen.“⁶⁴

Das amotivationale Syndrom, volkstümlich „Haschisch macht gleichgültig“ oder „Hasch macht lasch“, wird von Täschner so definiert: „Unter dem sogenannten amotivationalen Syndrom verstehen wir, wie bereits mehrfach gesagt, ein durch Teilnahmslosigkeit, Passivität und das Gefühl des Wohlbefindens trotz objektiv vorliegender Krankheitserscheinungen gekennzeichnetes Zustandsbild, das im Gefolge des Cannabiskonsums nach längerer oder kürzerer Zeit eintritt. Gleichgültigkeit gegenüber Alltagsanforderungen und allgemeine Antriebsverminderung sind weitere Kennzeichen dieses Bildes... KRYSPIN-EXNER (211) spricht in diesem Zusammenhang von „psychischer Anästhesie“, MURPHY (268) von „assozieller Passivität“...“⁶⁵ „Die Dauerwirkung des Cannabis vor allem hinsichtlich der Antriebsverminderung wird auch als *amotivationales Syndrom* bezeichnet. Damit ist die Umorientierung des aktivleistungsorientierten, des problemlösenden Verhaltens in Richtung auf ein passiv-apatthisches, problemverdrängendes Sich-Treiben-Lassen gemeint, das bei vielen Cannabiskonsumenten zu beobachten ist.“⁶⁶ Täschner schildert mehrfach sehr bildhaft die inneren Abläufe und Erlebnisse des akut Berauschten: „Die innere Triebfeder, die uns bewegt und ständig vorantreibt, scheint eigentümlich entspannt. So geben sich die Cannabiskonsumenten ihren Cannabiserlebnissen hin, machen scheiniefsinnige Bemerkungen, lauschen der sie umgebenden Musik und erschöpfen sich im passiven Konsum des Angebotenen, ohne selbst etwas Eigenes beizutragen. Dieser

⁶⁰ Täschner 1979: 169

⁶¹ Täschner 1979: 170

⁶² Täschner 1979: 170

⁶³ Täschner 1979: 170 f.

⁶⁴ Täschner 1979: 171

⁶⁵ Täschner 1979: 164 f.

⁶⁶ Täschner 1979: 65

teilnahmslose, antriebsverminderte Zustand ist die Regel (9).⁶⁷ Das bedeutet für Cannabisgebraucher_innen: „Gleichgültigkeit gegenüber Schule, Berufsausbildung, Elternhaus und herkömmlichen sozialen Bindungen tritt ein, neue soziale Bindungen werden kaum mehr eingegangen. Sie gehen ohnedies über die oberflächlichen sozialen Beziehungen von Drogenkonsumenten untereinander nicht hinaus, die bekanntermaßen wenig tragfähig oder gar dauerhaft sind.“⁶⁸

Das dritte Schlagwort in der Cannabisdiskussion des späten 20. Jahrhunderts, der Flasback, ein plötzlich und unabhängig von einer aktuellen Drogenapplikation auftretender Echoraus, der etwa beim Autofahren auftritt, wird von Täschner sehr kurz behandelt: „Unter Nachrausch verstehen wir das Auftreten von rauschähnlichen Wahrnehmungsstörungen ohne erneute Drogenzufuhr. Sie können noch 6 Monate nach der letzten Drogenaufnahme auftreten, in manchen Fällen sogar noch später, oft ohne ersichtlichen Anlaß. Nachräusche werden allerdings häufiger bei LSD- als bei Cannabiskonsum beobachtet... Das plötzliche unvorhersehbare Eintreten solcher Wahrnehmungs- und Erlebnisstörungen beinhaltet natürlich erhebliche Gefährdungsmomente für den Betroffenen und seine Umgebung. Die lange Dauer, die zwischen letzter Drogeneinnahme und Auftreten des flash back verstreichen kann, erhöht die Gefährlichkeit dieser spezifischen Drogenwirkung noch zusätzlich.“⁶⁹

Außer für den Umstieg auf harte Drogen, für das amotivationale Syndrom und für Flashbacks wird Cannabis von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie als Ursache für folgende Schäden diskutiert:⁷⁰

Bleibende Ich-Veränderungen und organisches Psychosyndrom, psychotische Zustandsbilder, Horror-Trips, Haschisch-Psychosen, Haschisch-Psychosen paranoider Form, präzipierte und aggravierte Schizophrenie, Entzugs-Psychose, EEG-Veränderungen, cerebrale Krampfanfälle, Hirnatrophie und tödliche Vergiftungsfälle. „Abschließend lässt sich aus den geschilderten Untersuchungen feststellen: Eine hirnorganische Wirkung der Cannabis-Wirkstoffe ist nicht mehr zu leugnen.“⁷¹

Außerdem ziehe Cannabis eine Toleranzbildung nach sich: „Klar bestätigt wurde in mehreren neueren Untersuchungen, daß Cannabis Toleranz bewirkt, d.h. daß eine Gewöhnung bezüglich einer Reihe körperlicher und psychischer Reaktionen auftritt.“⁷²

Die folgenden Beobachtungen von Beil beziehen sich ausdrücklich nicht auf stationär-klinische Patienten, sondern beruhen auf allgemeinärztlichen Erfahrungen. Es wird von regelhaften und sogar unausweichlichen Persönlichkeitsveränderungen berichtet,

⁶⁷ Täschner 1979: 64

⁶⁸ Täschner 1979: 165

⁶⁹ Täschner 1979: 174

⁷⁰ Feuerlein 1980

⁷¹ Keup 1980: 15

⁷² Ladewig 1980: 71

die an Stevensons Roman Der seltsame Fall des Dr. Jekyll und Mr. Hyde erinnern: „Wir fanden keinen Cannabiskonsum, der nicht durch psychische Veränderungen, wie wir sie nachfolgend beschreiben werden, auffiel.“⁷³ „Ohne im Augenblick auf Hirnstoffwechselprobleme einzugehen, sind wir zu der Auffassung gelangt, dass beim Abhängigen die eigene Persönlichkeit – das „Ich“ – durch das Wesen der Droge verdrängt und durch die Wesensart der benutzten Droge ersetzt wird... Die Leit-, Ordnungs- und Kontrollfunktionen des „Ich“ werden durch Cannabis mehr und mehr verdrängt. Es stellen sich Verhaltensweisen ein, die bei der betreffenden Persönlichkeit bisher unbekannt waren.“⁷⁴ Beil berichtet über cannabisbedingtes Absinken der Krampfschwelle mit cerebralen Krampfanfällen im Gefolge: „Der Gebrauch von Cannabis erhöhte die Anfallsfrequenz von allen drei Patienten: wenn Haschisch konsumiert oder in plötzlich höheren Dosen benutzt wurde, traten Anfälle auf trotz einer für die Zeiten der Drogenabstinenz ausreichenden Abdeckung mit anfallsunterdrückenden Mitteln.“⁷⁵ Cannabiskonsum bewirke geistige Zerrüttung und Persönlichkeitsverfall: „Wir machten die Erfahrung, daß nicht selten ¼ Jahr nach Konsumbeginn die Desintegration der Persönlichkeit, der Familienbeziehungen, der beruflichen Leistungsfähigkeit begann.“⁷⁶

Beil fasst zusammen: „Aus all dem ergibt sich die Symptomatik der chronischen Cannabisintoxikation... Einschränkung der Merk-, Erinnerungs- und Gedächtnisleistungen, Verlust der Selbstkritik, verwischte Grenzen zwischen Realität und situativer Fehlbeurteilung, Verkennung der objektiven psychischen und körperlichen Befindlichkeit, Euphorisierung oder hypochondrische Übertreibung, Motivationsverlust außerhalb der drogenveränderten Bezüge. Es bestehen Konzentrations- und Antriebsstörungen, Affektlabilität, Querulantentum, Narzissmus, Unzuverlässigkeit, Auffassungsschwäche, Einschränkung der Lernfähigkeit, Einengung der Interessengebiete, Lustlosigkeit, Leistungsverweigerung in Schule und Beruf, Fixierung auf die Probleme, Erfahrungen und Bedürfnisse des Drogengebrauchs („es wird im wesentlichen nur noch über Shit geredet“), Veränderung des Gefühlslebens, des Ich-Erlebens, Verhaltensproblematisierung der Umgebung, Veränderung und Ideologisierung des Umweltbildes... Neben das erhöhte Risiko durch cannabisbedingte Schäden (Kreislaufstörungen, körperliche Schwäche, Infektanfälligkeit, verlängerte Rekonvaleszenz, Bronchitis) treten vermehrt milieu- und deprivationsbedingte Krankheiten (Hepatitis, Infektionen, Parasitosen, Fehlernährung, unzureichende

⁷³ Beil 1980: 86

⁷⁴ Beil 1980: 87

⁷⁵ Beil 1980: 89

⁷⁶ Beil 1980: 89

Hygiene).“⁷⁷ „Wir schätzen die Zahl schulisch und beruflich Desintegrierter auf etwa 70% unserer Cannabisklientel. Der Rest hat mehr oder weniger berufliche Probleme durch Versagenszustände und Adaptionsschwierigkeiten.“⁷⁸

Viele der hier aufgeführten cannabisbedingten Störungen werden in Täschners Cannabisproblem besprochen, etwa die Hirnschäden⁷⁹, die toxischen Wesensveränderungen,⁸⁰ sozialer Abstieg und soziale Desintegration,⁸¹ Täschner diskutiert jedoch noch zusätzlich Hirnblutungen,⁸² Chromosomenschäden v.a. Chromosomenbrüche⁸³ und Suizide.⁸⁴

⁷⁷ Beil 1980: 91

⁷⁸ Beil 1980: 92

⁷⁹ Täschner 1979: 95

⁸⁰ Täschner 1979: 167

⁸¹ Täschner 1979: 168

⁸² Täschner 1979: 174

⁸³ Täschner 1979: 96

⁸⁴ Täschner 1979: 173

2.2.2 Politisch-gesellschaftliches Klima in der BRD

Die späten 70er und frühen 80er Jahre des 20. Jahrhunderts waren in der BRD geprägt vom Deutschen Herbst, der Endphase der sozialliberalen Koalition, den ersten Wahlerfolgen der Partei Die Grünen und der von Bundeskanzler Dr. Helmut Kohl propagierten geistig-moralischen Wende.⁸⁵

Die damalige Cannabisdiskussion lässt sich nur im zeitgeschichtlichen ideologischen Zusammenhang verstehen: Linke Studenten und Gammler entdeckten in den späten 60er Jahren dieses Jahrhunderts die Hanfdroge neu für sich. „Kiffen“ und die Einstellung dazu wurde zum Mittel der gesellschaftlichen Zuordnung, zum Ausdruck eines Lebensgefühls und wie vorher in den USA quasi parareligiös überhöht.⁸⁶ Die Boulevardpresse, allen voran Springers Bild-Zeitung, fand in dem Thema ein geeignetes Mittel, gesellschaftliche Vorurteile auf soziokulturelle Gruppen zu projizieren.⁸⁷ Andererseits benutzten viele Anhänger solcher soziokulturellen Gruppen diese Zuschreibungen, um sich von der Elterngeneration, deren Verstrickungen in die Naziverbrechen und deren so empfundene Bürgerlichkeit und Spießigkeit abzugrenzen.⁸⁸

Sowohl bei Täschners Monographie als auch beim Sammelband der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie ist ein emotionaler Beiklang deutlich herauszuhören, wenn in wissenschaftlichen Abhandlungen bei Widerspruch vom „Beifall einer großen Schar gleichgesinnter Jünger“,⁸⁹ dem „religiös anmutenden Dreifaltigkeitsdenken der Drogenfreunde“,⁹⁰ von „Cannabisideologie“⁹¹ die Rede ist und bei Vertreter_innen anderer Meinungen von „Cannabisanhängern“,⁹² „Cannabisapologeten“,⁹³ „Apologeten“, die darauf aus sind „Jünger zu gewinnen“⁹⁴, von „wohlmeinenden Verharmlosern“,⁹⁵ deren „fatale Mischung aus Arroganz und Ignoranz“⁹⁶ beklagt wird.

Täschner wird in dieser Hinsicht deutlich. Ein ganzes Kapitel seiner Monographie unter der Überschrift „Cannabisideologie“⁹⁷ widmet sich dem Thema. Täschners Aussagen „Daß hierdurch Grundelemente der sogenannten Leistungsgesellschaft vernachlässigt

⁸⁵ Lehmann 1996: 213 ff.

⁸⁶ Glaser 1991: 356 ff.

⁸⁷ Glaser 1991: 439 ff.

⁸⁸ Glaser 1991: 299 ff.

⁸⁹ Biniek 1980: 23

⁹⁰ Täschner 1979: 135

⁹¹ Täschner 1979: 70

⁹² Täschner 1979: 70

⁹³ Täschner 1979: 91

⁹⁴ Täschner 1979: 93

⁹⁵ Täschner 1979: 93

⁹⁶ Täschner 1979: 176

⁹⁷ Täschner 1979: 120 - 135

werden, indem demobilisierende Lethargie Platz greift...“⁹⁸ oder „Eine besondere Gefahr geht von der den Cannabiskonsum begleitenden Motivationsänderung aus, die von der Leistung weg hin zum Lust-Unlust-Prinzip führt.“⁹⁹ sind Indizien für den tiefsitzenden Konflikt über grundsätzliche Lebenseinstellungen zwischen dem Autor und den Personen und Kräften, mit denen er sich auseinandersetzt und lassen erahnen, dass und wie dieser Konflikt von verschiedenen gesellschaftlichen Kräften über gesellschaftspolitische Themen und besonders bei der Diskussion über das Thema Cannabis ausgetragen wurde. Außerhalb von Fachkreisen war das noch im 21. Jahrhundert so.¹⁰⁰

⁹⁸ Täschner 1979: 165

⁹⁹ Täschner 1979: 166

¹⁰⁰ Mann 2001

2.2.3 Legislative der BRD

Im Deutschen Reich war der Umgang mit Hanf, etwa die bis dahin übliche Beimischung zum Orienttabak, seit 1929 durch das Reichs-Opium-Gesetz¹⁰¹ verboten. Das Opiumgesetz wurde 1971 durch das neue „Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz, BtMG)“ ersetzt. Die Höhe der Strafandrohung bei Verstößen lag bisher bei drei Jahren Gefängnis und/oder Geldbuße. Das neue BtMG wurde am 22. Dezember 1971 verkündet¹⁰² und am 24. Dezember 1971 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.¹⁰³ Am 10. Januar 1972 wurde eine modifizierte Neubekanntmachung¹⁰⁴ herausgegeben. Seither drohen für den Umgang mit Betäubungsmitteln hohe Freiheitsstrafen (bis zu zehn Jahren).¹⁰⁵

Die aktuelle Fassung des BtMG¹⁰⁶ datiert auf den 28. Juli 1981;¹⁰⁷ deren Wortlaut wurde zuletzt am 1. März 1994 neu bekannt gemacht.¹⁰⁸ Cannabis wird in Anlage III unter den zu kontrollierenden Betäubungsmitteln aufgeführt. Bei der Novellierung des BtMG 1981 hat der Gesetzgeber eine Akzentverschiebung vorgenommen. Im BtMG gemäß Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts vom 28. Juli 1981¹⁰⁹ wurde neben einer drastischen Strafverschärfung in den § 29 a, 30, 30 a und b für „schwere Rauschgiftkriminalität“, die am 1. Januar 1982 in Kraft traten (Höchststrafen bis zu 15 Jahren),¹¹⁰ vom Gesetzgeber die sozialtherapeutische Rehabilitation („Therapie statt Strafe“) für abhängige Straftäter stärker in den Vordergrund gerückt. Bei einer Zusage der Betroffenen zu einer Reha-Maßnahme kann der Strafvollzug zurückgestellt werden, die durchführende Einrichtung benachrichtigt die Vollstreckungskammer über den Abbruch der Maßnahme.¹¹¹ Die Behandlung des Straffälligen hat in einer Einrichtung zu erfolgen, „in der die freie Gestaltung seiner Lebensführung erheblichen Beschränkungen unterliegt“. ¹¹² Die Behandlungszeit wird auf die Haft angerechnet.

Durch § 35 und 36 BtMG wird in der Praxis aus der „Therapie statt Strafe“ oft „Therapie als Strafe“.

¹⁰¹ RGBl. 1929, I S. 215

¹⁰² BGBl. I S. 2092

¹⁰³ BGBl. I S. 2092

¹⁰⁴ BGBl. I S. 1

¹⁰⁵ BGBl. I S. 681

¹⁰⁶ BTMG 1981

¹⁰⁷ BGBl. I S. 681

¹⁰⁸ BGBl. I S. 358

¹⁰⁹ BGBl. I S. 681

¹¹⁰ BGBl. I S. 681

¹¹¹ § 35 BTMG: Zurückstellung der Strafvollstreckung

¹¹² § 36 BTMG: Anrechnung und Strafaussetzung zur Bewährung

2.2.4 Der Bundesverfassungsgerichtsbeschluss von 1994

Die wichtigste Zäsur in der öffentlichen, juristischen und medizinischen Diskussion über die Gefahren des Hanfgebrauchs vollzog sich im letzten Jahrzehnt des letzten Jahrtausends: Ein Lübecker Richter weigerte sich 1992, eine Anklage wegen des Besitzes einer Kleinmenge Cannabis anzunehmen und verwies den Fall weiter ans Bundesverfassungsgericht. Im Strafverfahren ging es um die Weitergabe von 1,12 g Haschisch, über die Richter Wolfgang Nescovic zu befinden hatte. Nescovic hatte Zweifel an der Strafwürdigkeit des von ihm zu bearbeitenden Vergehens, sah möglicherweise den Gleichheitsgrundsatz verletzt und wollte die Angelegenheit auf höchster richterlicher Ebene geklärt wissen.¹¹³ Ist es mit dem Grundgesetz und dem Gleichheitsgrundsatz vereinbar, dass ein Erwachsener, der sich ohne Beteiligung von Jugendlichen, Straßenverkehr oder ohne sonstige Beeinträchtigung fremder Rechtsgüter mit Hanf selbst schädigt, wie dies Millionen Menschen täglich straffrei mit Nikotin und Alkohol tun, dafür juristisch belangt wird?

Diese Frage hatte angesichts der heftigen öffentlichen Reaktionen offensichtlich einen Nerv getroffen.¹¹⁴ So erhob Edmund Stoiber (CSU) den Vorwurf, die Lübecker Juristen gingen über Leichen: Wer den freien Genuss von Cannabis befürworte, nehme in "verantwortungsloser Weise den Tod von Tausenden junger Menschen in Kauf".¹¹⁵ Eine öffentliche Diskussion wurde ausgelöst, die in den 90er Jahren zu einer Neubewertung des Gefahrenpotenzials von Cannabis führte.

Neben den juristischen Hauptaussagen des Bundesverfassungsgerichtes zur Sache, nämlich dass es im deutschen Rechtssystem kein „Recht auf Rausch“¹¹⁶ gibt und die unterschiedliche Regelung des Umgangs mit Cannabisprodukten einerseits und mit Nikotin oder Alkohol andererseits durch den Gesetzgeber keinen Verfassungsverstoß darstellt¹¹⁷ und damit rechtens ist, wird „der gegenwärtige Stand wissenschaftlicher Erkenntnis über die Auswirkungen des Cannabiskonsums“¹¹⁸ 1994 vom Bundesverfassungsgericht folgendermaßen festgestellt:

Cannabisprodukte rufen keine körperliche Abhängigkeit hervor und auch keine Toleranzbildung „außer beim chronischen Konsum hoher Dosen“.¹¹⁹ „Die unmittelbaren gesundheitlichen Schäden (werden) bei mäßigem Genuß als eher gering angesehen“.¹²⁰ „Andererseits wird die Möglichkeit einer psychischen Abhängigkeit

¹¹³ Jz. - 713 Js 16817/90 StA Lübeck - 2 Ns (Kl. 167/90)

¹¹⁴ DER SPIEGEL 10/1992: 18 ff.

¹¹⁵ DER SPIEGEL 10/1992: 18

¹¹⁶ JZ 1994/17, 852

¹¹⁷ JZ 1994/17, 852

¹¹⁸ JZ 1994/17, 853f.

¹¹⁹ JZ 1994/17, 854

¹²⁰ JZ 1994/17, 854

kaum bestritten (... „für eine Minderheit von Cannabiskonsumenten bei hohem, langandauernden Mißbrauch“); dabei wird aber das Suchtpotenzial der Cannabisprodukte als sehr gering eingestuft“.¹²¹

„Ferner wird beschrieben, dass der Dauerkonsum von Cannabisprodukten zu Verhaltensstörungen, Lethargie, Gleichgültigkeit, Angstgefühlen, Realitätsverlust und Depressionen führen könne (vgl. *Körner* aaO; *Täschner* aaO; zurückhaltender *Geschwinde* aaO, S. 42ff.; Bundesgesundheitsamt aaO) 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 (...) oder ob der Konsum erst die Folge der schon vorher bestehenden Lebenseinstellung darstellt (...). Weitgehende Einigkeit besteht indessen darüber, dass das amotivationale Syndrom nur mit einem Dauergenuß von Cannabisprodukten in höherer Dosierung einhergeht.“¹²²

„Überwiegend abgelehnt wird nunmehr die Auffassung, Cannabis habe eine „Schrittmacherfunktion“ auf härtere Drogen hin...“¹²³

„Die von Cannabis ausgehenden Gesundheitsgefahren (stellen sich) aus heutiger Sicht als geringer...“ dar, „...als der Gesetzgeber bei Erlass des Gesetzes angenommen hat.“¹²⁴

Interessant ist die Haltung zur Frage der generalpräventiven Funktion der Cannabisprohibition: Von der Mehrheit des siebenköpfigen Richter_innengremiums (es gibt zwei abweichende Meinungen) heißt es zur Frage, ob und wie gut die Cannabisprohibition die Gesetzesziele (Konsumverhinderung) erreichen kann: „Die kriminalpolitische Diskussion darüber, ob eine Verhinderung 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.“¹²⁵

Die Entscheidung ließ damit Raum für weitere Diskussionen.

¹²¹ JZ 1994/17, 854

¹²² JZ 1994/17, 854

¹²³ JZ 1994/17, 854

¹²⁴ JZ 1994/17, 853 f.

¹²⁵ JZ 1994/17, 855

3 Entwicklungen im 21. Jahrhundert

3.1.1 Gesellschaftlich-politische Rahmenbedingungen im 21. Jahrhundert

Über 20 Jahre später hat sich die politische Landkarte in Europa grundlegend verändert: Um das wiedervereinigte Deutschland gibt es zwar eine Staatsgrenze, aber zwischen 26 Schengen-Staaten gibt es keine Grenzkontrollen mehr.¹²⁶ Die Warenströme, etwa aus den Anrainerstaaten Niederlande, Belgien und Tschechien, können ungehindert fließen. Auch die drogenpolitische Landschaft ist anders: In vielen europäischen Ländern, auch den drei genannten, nicht jedoch in der BRD, gibt es z.B. über Cannabis Social Clubs, ein neudeutscher Ausdruck für Hanfbaugenossenschaften, legale Zugänge zu Cannabisprodukten.¹²⁷

Weltweit sind über das Internet halblegal, aber in der Praxis völlig problemlos Designerdrogen erhältlich, sogenannte RCs (research chemicals) oder NPS (neue psychoaktive Substanzen), die in ihrer Molekülstruktur den klassischen illegalisierten Rauschmitteln ähneln, die Drogenverbote aber durch geringfügige chemische Abweichungen von verbotenen Stoffen unterlaufen.¹²⁸ Eines dieser RCs, ein synthetisches Cannabinoid, wurde bis 2008 legal unter dem Namen „Spice“ als Räuchermischung in Head- und Smartshops verkauft;¹²⁹ andere Cannabinoide werden z.B. als Badesalze gehandelt.¹³⁰ Inzwischen sind research chemicals, vollsynthetische Rauchmischungen unter der Bezeichnung Cannabis auf dem Markt, bei denen sich nicht wie bei echtem Hanfharz oder -kraut über 70 psychotrope Wirksubstanzen in einer aus der Natur entnommenen Pflanzenmasse verteilen, sondern bei denen eine von Chemikern designte Wirksubstanz hergestellt und angehäuft wurde und die von ihrer Wirkintensität und Wirkdauer völlig unkalkulierbar sind.¹³¹ „Die Zahl der mittlerweile im Zuge des Spicephänomens entdeckten neuen synthetischen Cannabinoide ist kaum noch zu zählen... Diejenigen, die das schwer einschätzbare Risiko tragen, sind immer die unerfahrenen Konsumenten der neuen Substanzen auf pflanzlicher oder synthetischer Basis.“¹³² Cannabinoide wirken an CB1- und CB2-Endocannabinoidrezeptoren im zentralen und peripheren Nervensystem, das Hauptcannabinoid THC etwa „interagiert mit verschiedenen Neurotransmittersystemen, insbesondere Dopamin, Serotonin und Gamma-Aminobuttersäure (GABA)... Synthetische Cannabinoide zeigen im Vergleich zu pflanzlichen Cannabispräparaten

¹²⁶ EU-Info 2017

¹²⁷ Zobel Marthaler 2016: 19 ff., 28 f.

¹²⁸ rc-supply 2017

¹²⁹ DIE ZEIT 49/2008: 1

¹³⁰ DIE ZEIT 49/2008: 3

¹³¹ Eu-Chemicals 2017

¹³² Kunz 2012: 70 f.

ähnliche Effekte, verfügen aber über eine verstärkte pharmakologische Wirksamkeit am CB1-Rezeptor. Der Konsum ist daher mit erhöhten Intoxikationsrisiken verbunden (wie z.B. Infarkte, Nierenversagen, Grand-Mal-Anfall, Psychosen“.¹³³ Anders als bei Cannabis sind bei synthetischen Cannabinoiden Todesfälle bekannt geworden.¹³⁴

¹³³ Soyka et al. 2017: 314

¹³⁴ Tait et al. 2016

3.1.2 Verbreitung von Cannabis in Europa

In Europa wurden 2013 1,25 Millionen Drogendelikte verzeichnet, der Cannabisanteil liegt bei 72%, von denen wiederum 85% in Zusammenhang mit dem Konsum und Besitz für den Eigengebrauch stehen.¹³⁵ 2013 wurden in der EU 460 Tonnen Hanfharz, 130 Tonnen Hanfkraut und 3,7 Millionen Hanfpflanzen beschlagnahmt.¹³⁶ In Europa weist das Strafspektrum für Cannabishandel eine enorme Spannweite auf: Die Strafpraxis liegt beim Handel mit einem kg Cannabis beim Erstverstoß zwischen unter einem Jahr und 10 Jahren Haft.¹³⁷

Zum beschlagnahmten Drogenhanf ist zu bemerken, dass er ungleich potenter als das in der Einleitung behandelte Cannabis ist: „Der Wirkstoffgehalt der in Deutschland gezogenen Nutzpflanzen beträgt beispielsweise nur etwa 1,5% THC, während orientalische Sorten durchschnittlich etwa 5% THC enthalten. Speziell unter Gewächshausbedingungen herangezogene Sorten (Sinsemilla) können bis zu 20% Wirkstoff enthalten.“¹³⁸

Gegenwärtig gebrauchen oder gebrauchten in Europa 23,3% aller Erwachsenen zwischen 15 und 64 Jahren Cannabis, 11,7 % der jungen Erwachsenen zwischen 15 und 34 Jahren taten dies in den letzten 12 Monaten.¹³⁹ „Eine Minderheit der Cannabiskonsumenten konsumiert diese Substanz intensiv. Als täglicher oder fast täglicher Cannabiskonsum gilt ein Konsum an mindestens 20 Tagen im Monat vor der Erhebung. Auf Grundlage von Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung wird davon ausgegangen, dass fast 1% der Erwachsenen in Europa Cannabis täglich oder fast täglich konsumiert. Mehr als zwei Drittel von diesen Konsumenten gehören der Altersgruppe 15 bis 34 Jahre an; zudem sind mehr als drei Viertel der Konsumenten dieser Altersgruppe männlich.“¹⁴⁰

Aktuellste Zahlen besagen, dass in Deutschland 7,3 % der Jugendlichen und 6,1 % der Erwachsenen in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumierten: „Seit 2011 ist die Prävalenz des Cannabiskonsums sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen deutlich angestiegen, ohne jedoch das Niveau der Jahre 2004 bzw. 2003 zu erreichen.“¹⁴¹

¹³⁵ EMCDDA 2015: 12

¹³⁶ EMCDDA 2015: 23

¹³⁷ EMCDDA 2015: 35

¹³⁸ DHS 2017

¹³⁹ EMCDDA 2015: 15

¹⁴⁰ EMCDDA 2015: 41

¹⁴¹ Piontek Orth Kraus 2017: 107

3.1.3 Cannabispolitik weltweit

So wie das 20. Jahrhundert das Jahrhundert der Hanfprohibition war, kann das noch junge 21. Jahrhundert bisher als Jahrhundert der Hanflegalisierung bezeichnet werden: Uruguay, ein südamerikanischer Staat mit traditionell starken staatlichen Regulierungstendenzen, regulierte als erster Staat weltweit 2013 seinen Cannabismarkt mit der Absicht, die öffentliche Sicherheit im Land zu verbessern¹⁴² und legalisierte Cannabis auf nationaler Ebene.¹⁴³

In den USA, dem Stammland der Cannabisprohibition, haben 2014 auf subnationaler Ebene die Bundesstaaten Colorado, Washington, Oregon und Alaska Cannabis zum Freizeitgebrauch legalisiert; 2016 folgten Kalifornien, Nevada und Massachusetts.¹⁴⁴

In vielen europäischen Ländern wurden auch außerhalb der ärztlichen Verschreibung legale Zugangswege zu Cannabisprodukten geschaffen (Niederlande,¹⁴⁵ Spanien,¹⁴⁶ Belgien,¹⁴⁷ andere¹⁴⁸).

Am 14. April 2017 löste die neue liberale Regierung Kanadas ein Wahlversprechen des heutigen Premierministers Justin Trudeau ein und legte einen Gesetzesentwurf zur Cannabislegalisierung vor. Danach sollen Kanadier_innen bis zu 30 Gramm getrocknetes Cannabis besitzen und konsumieren können. „Zugelassen werden soll zudem der Anbau von bis zu vier Cannabis-Pflanzen pro Haushalt zum persönlichen Gebrauch, wobei die Samen von einem staatlich lizenzierten Lieferanten kommen müssen. Die gesamte Belieferung des Marktes soll aus staatlich genehmigtem Anbau kommen.“¹⁴⁹

¹⁴² Walsh Ramsey 2015: 5

¹⁴³ Zobel Marthaler 2016: 17

¹⁴⁴ Zeit online 9.9.2016

¹⁴⁵ Zobel Marthaler 2016: 19 f.

¹⁴⁶ Zobel Marthaler 2016: 23 f.

¹⁴⁷ Zobel Marthaler 2016: 28 f.

¹⁴⁸ Zobel Marthaler 2016: 30

¹⁴⁹ Tagesspiegel.de 14.04.2017

3.1.4 Cannabispolitik im deutschsprachigen Raum

In Österreich gilt bei Cannabis der Grundsatz Therapie statt Strafe: Erfolgt der Umgang mit einer geringen Menge zum Eigenbedarf, erfolgt beim Erstdelikt keine Anzeige, sondern eine Meldung an die Gesundheitsbehörde. Diese prüft, ob eine medizinisch-therapeutische Intervention erforderlich erscheint.¹⁵⁰ Seit 2016 entfällt die Strafanzeige auch bei Abgabe an weitere Personen, solange keine Vorteilsnahme damit verbunden ist.¹⁵¹ Die „Bezirksverwaltungsbehörde (hat) nur dann Strafanzeige zu erstatten, wenn sich die Person den notwendigen, zweckmäßigen, ihr nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 2 nicht unterzieht.“¹⁵² „Ergibt die Begutachtung, daß eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 notwendig ist, so hat die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde darauf hinzuwirken, daß sich die Person einer solchen zweckmäßigen, ihr nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen Maßnahme unterzieht. Bei der Wahl der gesundheitsbezogenen Maßnahme ist das Wohl der Person, insbesondere der therapeutische Nutzen der Maßnahme, zu beachten.“¹⁵³

Die Schweiz stand am Beginn des 21. Jahrhunderts als erstes Land der Welt kurz davor, ihren Cannabismarkt zu regulieren. Durch eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes sollte Hanfgebrauch legalisiert werden. Die Projugenschutz-Initiative von 2004 verlangte, Konsum, Besitz, und Erwerb¹⁵⁴ sowie Anbau¹⁵⁵ von Hanf für den Eigenbedarf zu entkriminalisieren. Der Bund solle „Vorschriften über Anbau, Herstellung, Ein- und Ausfuhr sowie Handel mit psychoaktiven Substanzen der Hanfpflanze“ erlassen¹⁵⁶ „Der Bund stellt durch geeignete Massnahmen sicher, dass dem Jugendschutz angemessen Rechnung getragen wird. Werbung für psychoaktive Substanzen der Hanfpflanze sowie Werbung für den Umgang mit diesen Substanzen sind verboten.“¹⁵⁷ Rasch entstanden ca. 200 Hanfshops, in denen in einigen Kantonen der Verkauf von Cannabis von den Behörden toleriert stattfand. 2004 scheiterte der schweizerische Entwurf zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes und die Hanfläden wurden geschlossen. Ebenso scheiterte der Revisionsversuch 2008.¹⁵⁸ Seit 2012 ist der Cannabisgebrauch beim Erstverstoß mit einer Ordnungsstrafe von 100 CHF belegt, sofern er von einer erwachsenen

¹⁵⁰ § 12 SMG

¹⁵¹ § 35 (4) 1 SMG

¹⁵² § 14 (1) SMG

¹⁵³ § 12 (2) SMG

¹⁵⁴ Projugenschutz-Initiative Art 105a 1

¹⁵⁵ Projugenschutz-Initiative Art 105a 2

¹⁵⁶ Projugenschutz-Initiative Art 105a 3

¹⁵⁷ Projugenschutz-Initiative Art 105a 4

¹⁵⁸ NZZ 11.03.2008

Person begangen und einer Polizist_in beobachtet wurde. Weitere Strafverfolgung findet im Regelfall nicht statt.¹⁵⁹

Seitdem hat „der Verkauf von Hanf mit einem THC-Gehalt von weniger als 1 Prozent ... in der Schweiz Einzug gehalten und verbreitet sich sehr schnell. In Genf, zum Beispiel, gibt es schon fünfzehn Verkaufsstellen - ohne den Verkauf im Internet mitzuzählen.“ Eine Anfrage der SPS stellt am 15.03.2017 die Frage, „es angebracht wäre, gewisse Aspekte zu regeln, namentlich das gesetzliche Mindestalter und das Verbot von Werbung für dieses Produkt? Ist es nicht auch angezeigt, eine Standortbestimmung hinsichtlich dieser Problematik vorzunehmen?“¹⁶⁰

Am 04.05.2015 reichten die Schweizer Grünen einen Gesetzesantrag zur Cannabis-Legalisierung ein: „Es ist ein Bundesgesetz zur umfassenden Regulierung von Hanf (Cannabis) auszuarbeiten, das den Anbau, Handel, Konsum, Jugendschutz und die Besteuerung regelt.“¹⁶¹

Ab 2017 sollen Pilotprojekte gestartet werden, in deren Rahmen Drogenexperten die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Konsument_innen wissenschaftlich begleiten. Rund 2000 Personen sollen daran teilnehmen.¹⁶² „Kiffen wird in Pilotprojekten legalisiert In Bern, Basel, Zürich und Genf soll der Genuss eines Joints künftig straffrei bleiben – zumindest für die Teilnehmer der von Experten beschlossenen Cannabis-Versuche.“¹⁶³ Dabei sollen in Zürich¹⁶⁴ ausdrücklich auch Jugendliche mit einbezogen werden.

¹⁵⁹ BetmG Art. 19 (2), Art. 28b-I

¹⁶⁰ Bundesversammlung - Schweizer Parlament 2017: Interpellation 17.3124

¹⁶¹ Bundesversammlung - Schweizer Parlament 2017: Parlamentarische Initiative 17.440

¹⁶² Der Bund 13.02.2016

¹⁶³ Der Bund 12.02.2016

¹⁶⁴ TagesAnzeiger Zürich 06.04.2017

3.1.5 Aktuelle öffentlich-politische Entwicklungen in der BRD

Aktuell vertreten Fachverbände und mit dem Thema befasste Organisationen in Deutschland zur Legalisierungsdiskussion folgende Positionen:¹⁶⁵

In der BRD haben im Januar 2014 aufgrund einer Initiative des Strafrechtsprofessors Lorenz Böllingers 122 weitere StrafrechtsprofessorInnen im Schildower Kreis gemeinsam gefordert, „Schaden und Nutzen der Drogenpolitik unvoreingenommen zu überprüfen“ und das leidige Cannabisproblem durch eine Gesetzesänderung zu lösen. Die strafrechtliche Prohibition sei „gescheitert, sozialschädlich und unökonomisch“.¹⁶⁶ Die Forderung des Schildower Kreises wird von der Neuen Richtervereinigung e. V. (NRV) und vom Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK) unterstützt.¹⁶⁷ Am 04.06.2014 fand die Beratung des Antrags im Plenum des Deutschen Bundestags statt und wurde von dort an den Ausschuss für Gesundheit verwiesen.¹⁶⁸

Um zusätzliche Belastungen der Konsumierenden durch die Praxis der Strafverfolgung zu vermeiden, Kontrolle über das Marktgeschehen und die Produkte zu gewinnen und Produktsicherheit und Jugendschutz einzuführen forderte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., der Zusammenschluss der in der Suchthilfe und Suchtprävention tätigen Verbände aus Selbsthilfe, Beratung und Behandlung in Deutschland (DHS), 2015 die Einsetzung einer Enquete-Kommission des deutschen Bundestages.¹⁶⁹

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) schlägt neben der Regulierung des Cannabismarktes über Verfügbarkeit und Preis dasselbe Vorgehen auch für Alkohol und Tabak vor und fordert, „entsprechende Maßnahmen für alle in Frage kommenden Substanzen zu nutzen.“¹⁷⁰

Für die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS) wurde das generalpräventive Ziel des BtMG verfehlt; „Das BtMG erschwert Prävention, Schadensminderung und Therapie“.¹⁷¹ Ebenso äußern sich wesentliche freie Träger der Berliner Suchthilfe.¹⁷² Das Betäubungsmittelrecht sei hinsichtlich Public Health - orientierter Ziele überprüfungsbedürftig.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) stellt einerseits fest, dass es „nicht primäre Aufgabe der DGPPN (sei), den strafrechtlichen Umgang mit Cannabis zu bewerten“¹⁷³ und dass strafrechtliche Verfolgung eine zusätzliche psychosoziale Belastung darstellen kann,

¹⁶⁵ Raiser Kreider 2016: 110 ff.

¹⁶⁶ DRiZ 01/2014: 10f.

¹⁶⁷ BDK 2014

¹⁶⁸ Deutscher Bundestag PIPr 18/39: 3442D - 3448C

¹⁶⁹ DHS 2015

¹⁷⁰ DG-Sucht 2015

¹⁷¹ DGS 2015

¹⁷² Freie Träger der Berliner Suchthilfe 2015

¹⁷³ DGPPN 2015: 3

dass Kriminalisierungsmaßnahmen aber „andererseits... auch die Chance für eine Kontaktaufnahme mit den Betroffenen bieten.“¹⁷⁴ „Die strafrechtlichen Möglichkeiten zur Entkriminalisierung sollten verbessert werden.“¹⁷⁵ Zustimmung zitiert werden 3 Quellen, nach denen weder in Europa noch in den USA ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Gesetzesänderungen und Konsumraten festzustellen ist.¹⁷⁶

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS) plädiert für eine Veränderung der Rechtslage mit der der DGPPN entgegengesetzten Argumentation: Kriminalisierung erschwere Frühintervention.¹⁷⁷

Für die konsequente Beibehaltung der Strafverfolgung und ein Ende der verharmlosenden Debatte um die Veränderung des Betäubungsmittelstrafrechts spricht sich die Deutsche Polizeigewerkschaft (DPolG)¹⁷⁸ und die Gewerkschaft der Polizei (GdP)¹⁷⁹ aus.

Dagegen fordert der akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik seit vielen Jahren¹⁸⁰ und aktuell unter Zusammenfassung und Weiterentwicklung wesentlicher Argumente¹⁸¹ Cannabislegalisierung; mit weniger Wahrnehmung in der Öffentlichkeit, dafür umso mehr bei Konsumierenden, wird diese Argumentation auch vom Deutschen Hanfverband vertreten.¹⁸²

Gleichzeitig mit der Feststellung praktisch aller Fachverbände, darunter sogar Vereinigungen, die selbst mit der Strafverfolgung befasst sind (BDK, Schildower Kreis), dass das Drogenstrafrecht seinen Zweck Konsumverhinderung nicht erfüllt und deshalb mindestens einer kritischen Überprüfung zu unterziehen ist, gab es auf der parlamentarischen Ebene der BRD einige Neuerungen: Die Partei Die Grünen brachte zum Zweck der Cannabislegalisierung einen „Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG)“ in den Bundestag ein.¹⁸³ Im Entwurf werden auf 69 Seiten detaillierte Aussagen zu Jugend- und Verbraucherschutz und dem Schutz unbeteiligter Dritter beim legalen Umgang (inclusive Großhandel) mit legalem und besteuertem Cannabis gemacht. Eine Anhörung des Gesundheitsausschusses erfolgte am 16.03.2016; geladen waren 20 Verbände, darunter der akzept e. V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, der Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e. V., der Deutsche Hanfverband (DHV), der JES Bundesverband e. V., der Law Enforcement Against Prohibition

¹⁷⁴ DGPPN 2015: 6

¹⁷⁵ DGPPN 2015: 2

¹⁷⁶ EMCDDA 2011, Hasin et.al. 2015, Korf 2002

¹⁷⁷ DG SAS 2015

¹⁷⁸ DPolG ohne Jahr

¹⁷⁹ GdP 2015

¹⁸⁰ akzept 1993

¹⁸¹ akzept DAH JES 2014, 2015, 2016

¹⁸² DHV ohne Jahr

¹⁸³ Deutscher Bundestag 2016: PIPr 18/4204

Deutschland e. V. (LEAP), die Neue Richtervereinigung e. V. (NRV), der Schildower Kreis und zahlreiche Einzelsachverständige.¹⁸⁴ Die Große Koalition aus CDU/CSU und SPD lehnte den Entwurf am 02.06.2017 auf Empfehlung des Gesundheitsausschusses¹⁸⁵ trotz Bedenken in der SPD-Fraktion¹⁸⁶ ab.¹⁸⁷

Im März 2017 wurde durch die Bundesregierung die Gründung einer Cannabisagentur bekannt gegeben. "Die Cannabisagentur beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird dafür Sorge tragen, den Cannabisanbau in Deutschland zu kontrollieren und zu steuern... Die Agentur wird selbst nicht Cannabis anbauen oder weiterverarbeiten. Sie wird vielmehr Anbau, Ernte, Verarbeitung, Qualitätsprüfung, Lagerung, Verpackung und Abgabe an den Handel steuern und kontrollieren."¹⁸⁸ Die Rede ist ausschließlich von Cannabis für Patient_innen, die Cannabis als Arzneimittel verordnet bekommen: „Ziel ist es, die Versorgung schwerkranker Patientinnen und Patienten künftig mit in Deutschland angebaute Cannabis in pharmazeutischer Qualität sicherzustellen... Cannabis wird ausschließlich zu medizinischen Zwecken angebaut werden. Es handelt sich also um ein Arzneimittel.“¹⁸⁹ Diese ausdrückliche Festlegung dürfte dadurch begründet sein, dass auch von den Verfasser_innen der Presseerklärung assoziiert wurde, dass die neue Agentur auch geeignet wäre, „Anbau, Ernte, Verarbeitung, Qualitätsprüfung, Lagerung, Verpackung und Abgabe an den Handel“¹⁹⁰ von Cannabis zum nichtmedizinischen Gebrauch zu überwachen.

¹⁸⁴ Deutscher Bundestag 2016: Protokoll 18/70

¹⁸⁵ Deutscher Bundestag 18/12476

¹⁸⁶ Deutscher Bundestag PIPr 18/238: 24370 ff.

¹⁸⁷ Deutscher Bundestag PIPr 18/238: 24365 ff.

¹⁸⁸ Bundesregierung 2017

¹⁸⁹ BfArM 2017: 7/17

¹⁹⁰ BfArM 2017: 7/17

4 Aktueller Kenntnisstand über nichtmedizinischen Cannabisgebrauch

4.1 Störungen durch Cannabinoide

Aktuelle Publikationen über das schädliche Potenzial von Cannabis¹⁹¹ kommen zu einem übereinstimmenden Ergebnis: „Empirisch mittlerweile sehr gut belegt ist, dass biographisch früher, hochdosierter, langjähriger und regelmäßiger Cannabisgebrauch das Risiko für unterschiedliche Störungen der psychischen und körperlichen Gesundheit und der altersgerechten Entwicklung erhöht.“¹⁹²

Die erste der hier herangezogenen Schriftquellen ist eine Metastudie über die „Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis“,¹⁹³ in der in einer selektiven Literaturrecherche Einzelstudien aus dem PubMed zusammengeführt und ausgewertet wurden; besonderes Augenmerk wurde auf systematischen Reviews, Metaanalysen, Kohortenstudien, randomisiert-kontrollierten Studien, Fallkontrollstudien und Behandlungsleitlinien gelegt. Die Verfasser der Arbeit vom April 2015 sind fünf Psychiater_innen und ein Doktor der Naturwissenschaften, die alle im medizinischen Drogenhilfssystem beschäftigt sind.

Die Arbeit legt den übergroßen Schwerpunkt auf die Störungen, behandelt zu einem ungleich kleineren Teil die psychiatrische und pharmakologische Therapie und behandelt damit Prävention ausschließlich als Tertiärprävention. Die Aussagen über die Gefahren des Cannabisgebrauchs, die in der Arbeit ausgeführt werden, sind weder neu noch bemerkenswert. Bei einem Vergleich mit der 21 Jahre älteren Bestandsaufnahme der Einschätzung der Gefährlichkeit des Cannabisgebrauchs durch das Bundesverfassungsgericht fällt auf, dass alle damals gemachten Aussagen weitgehend Bestand zu haben scheinen. Die Ausführungen der Verfassungsrichter_innen werden wiederholt und bestätigt: „In der deutschen Allgemeinbevölkerung erfüllt 1 % der Erwachsenen die DSM-IV-Kriterien eines Cannabismissbrauchs (0,5 %) oder einer Cannabisabhängigkeit (0,5 %). Im Vergleich dazu liegen höhere Prävalenzraten für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit (3,1 % beziehungsweise 3,4 %) und Nikotinabhängigkeit (10,8 %) vor... Das amotivationale Syndrom... ist empirisch nicht belegt worden“¹⁹⁴ „Im Vergleich zu abstinenten Personen waren bei nichtabstinenten Cannabiskonsumenten in den folgenden Bereichen leichte Einschränkungen zu verzeichnen: abstraktes Denken beziehungsweise die Fähigkeit zu exekutiven Leistungen... Aufmerksamkeit...

¹⁹¹ Hall 2015, Volkow et al. 2014, WHO 2016

¹⁹² Hoch et al. 2015: 277

¹⁹³ Dtsch. Ärztebl. Int. 2015; 112: 271-278

¹⁹⁴ Hoch et al. 2015: 272

Merkfähigkeit... Lernen... psychomotorische Funktionen... Diese Unterschiede waren nach mindestens einmonatiger Abstinenz nicht mehr nachweisbar... Andere Studien zeigen, dass insbesondere bei frühem Beginn des Cannabiskonsums in der Jugend die kognitiven Einschränkungen auch nach vierwöchiger Abstinenz noch vorhanden sein können... Eine neuseeländische Langzeitstudie liefert Hinweise für einen ungünstigen Einfluss des regelmäßigen Cannabiskonsums im Jugendalter auf die spätere Intelligenzleistung... Diese Befunde deuten auf eine erhöhte Vulnerabilität von Jugendlichen für neurokognitive Beeinträchtigungen durch regelmäßigen Cannabiskonsum hin, deren Reversibilität fraglich ist... Zwischen 50 und 90 % aller cannabisabhängigen Personen haben eine lebensgeschichtliche Diagnose einer weiteren psychischen Störung beziehungsweise einer gesundheitlichen Störung durch Alkohol- und anderen Substanzkonsum...¹⁹⁵

Eine der zusammenfassenden Kernaussagen lautet: „Beginn in der Adoleszenz sowie hochdosierter, langjähriger und regelmäßiger Cannabisgebrauch erhöhen das Risiko für unterschiedliche Störungen der psychischen und körperlichen Gesundheit sowie der altersentsprechenden Entwicklung.“¹⁹⁶ Die Verfasser_innen schlussfolgern: „Weitere Forschung ist notwendig, um die Kausalität des Zusammenhangs von intensivem Cannabiskonsum und möglichen Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit zu klären. Gesundheitliche Störungen infolge von Cannabiskonsum können effektiv behandelt werden.“¹⁹⁷

Diese Aussagen werden von einer noch aktuelleren und ausführlicheren Studie bestätigt, bei der zwei der drei Ersteller_innen an der oben zitierten Metastudie beteiligt waren: Chronischer Cannabiskonsum führt „zu spezifischen, aber insgesamt relativ wenigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, mit Ausnahme von kardiovaskulären Symptomen und Bronchitiden... Besonders relevant ist aber die Berücksichtigung des häufig gleichzeitig stattfindenden Konsums von Tabakprodukten.“¹⁹⁸ Außerdem manifestieren sich spezifische somatische Folgen noch am Gastrointestinaltrakt, an Haut und Schleimhäuten und am Hormon- und Reproduktionssystem.¹⁹⁹ „Die Hauptschäden von Cannabis liegen auf psychischem Gebiet.“²⁰⁰ Auch hier taucht der Flashback nicht mehr auf, das amotivationale Syndrom wird definiert als „leichte negative Effekte auf das Lernvermögen (...) und das Gedächtnis (...) bei nichtabstinenten, gewohnheitsmäßigen Konsumenten...“ und als „leichte, globale

¹⁹⁵ Hoch et al. 2015: 275

¹⁹⁶ Hoch et al. 2015: 277

¹⁹⁷ Dtsch. Ärztebl. Int. 2015; 112: 271-278

¹⁹⁸ Soyka et al. 2017: 314 f.

¹⁹⁹ Soyka et al. 2017: 315 ff.

²⁰⁰ Soyka et al. 2017: 314

kognitive Einschränkungen bei akutem Cannabiskonsum...“²⁰¹ Diese sind „bei Erwachsenen möglicherweise reversibel... insbesondere bei frühem Beginn des Cannabiskonsums in Kindheit und Adoleszenz... nichtreversibel“.²⁰² Auch die Schrittmacherfunktion von Cannabis wird behandelt: „Verschiedene Studien belegen einen Zusammenhang zwischen frühem, regelmäßigem Cannabisgebrauch und einem weiterführendem Konsum anderer illegaler Drogen oder Alkohol. Dass Cannabis als Zugangssubstanz für den Gebrauch weiterer Substanzen fungiert („Gateway-Hypothese“), ist jedoch empirisch nicht belegt.“²⁰³ Diese Studie listet Entzugssymptome des Cannabisentzuges mit Häufigkeitsangaben auf²⁰⁴ und zählt wirksame Behandlungsstrategien auf. Genannt werden motivationale Interventionen, kognitiv-behaviorale Therapie und Kontingenzmanagement, bei Jugendlichen ergänzt durch familientherapeutische Behandlungsansätze.²⁰⁵ Für das „wohl am besten evaluierte deutsche Behandlungsprogramm... CANDIS“ gilt: „Mit Patienten, die sich (noch) nicht auf einen Konsumstopp einlassen wollen oder können, kann das Ziel einer Konsumreduktion angestrebt werden.“²⁰⁶

Ähnliche bis abschnittsweise identische Aussagen werden im Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) gemacht; drei der sieben Verfasser_innen waren an der ersten zitierten Metastudie beteiligt. Drei der neun der Einführung vorangestellten „wichtigsten Erkenntnisse, Empfehlungen und Forderungen der DGPPN“ sind: „Die Komorbidität von Cannabisabhängigkeit und weiteren psychischen Störungen ist hoch. Das Konsumalter ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen, wobei Adoleszente aufgrund ihrer sensiblen Hirnentwicklung besonders gefährdet für die Risiken des Cannabiskonsums sind. Es ist klinisch plausibel, aber nicht abschließend geklärt, ob Cannabiskonsum auch Psychosen bei Menschen auslösen kann, die ohne Cannabiskonsum nicht erkrankt wären.“²⁰⁷ Der Artikel fasst zusammen: „Adoleszente sind aufgrund ihrer sensiblen Hirnentwicklung besonders gefährdet für die Risiken des Cannabiskonsums. Die Gesamtzahl der Suchtbehandlungen aufgrund von Cannabiskonsum nimmt in Europa und den USA zu. Dies gilt nach Expertenmeinung psychiatrisch tätiger Kliniker auch für Deutschland. Aus psychiatrischer Sicht kann Cannabis auf der Grundlage unbekannter individueller genetischer Dispositionen diverse individuell unterschiedliche psychische Symptome wie Ängste, Depressionen, kognitive Störungen oder Wahnvorstellungen bis hin zur

²⁰¹ Soyka et al. 2017: 318

²⁰² Soyka et al. 2017: 318

²⁰³ Soyka et al. 2017: 320

²⁰⁴ Soyka et al. 2017: 322

²⁰⁵ Soyka et al. 2017: 322

²⁰⁶ Soyka et al. 2017: 323

²⁰⁷ DGPPN 2017: 292

vollen Ausprägung psychiatrischer Erkrankungen wie Manien oder eine psychotische Erkrankung wie die der Schizophrenie, auslösen... Für die DGPPN ergibt sich aus ärztlich-psychiatrischer Sicht die dringende medizinethische Konsequenz der Reduktion von Angebot und Nachfrage von Cannabis. Es gibt keine wissenschaftlichen Daten, inwiefern dies durch eine Legalisierung von Cannabis erreicht werden könnte und gleichzeitig der Jugendschutz effektiv ist... Auf Basis der zusammengestellten Evidenzen fordert die DGPPN dazu auf, die beträchtlichen gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums ernst zu nehmen und nicht zu bagatellisieren. Gleichzeitig müssen geeignete Maßnahmen zur Reduktion von Angebot und Nachfrage von Cannabis getroffen werden und ausreichend Mittel und Strukturen für Forschung, Therapie und Prävention bereitgestellt werden, insbesondere für... die Prävention des Cannabiskonsums.²⁰⁸

Ökonomisch, gesellschaftlich, juristisch und politisch hat sich in den über zwei Jahrzehnten zwischen dem Bundesverfassungsgerichtsbeschluss und den hier zitierten Artikeln beim Thema Cannabis ungeheuer viel verändert, wobei dieser Prozess an Geschwindigkeit sogar noch zuzunehmen scheint. Bei der medizinischen Feststellung der Schädlichkeit ist nach Aussage der vorliegenden Studien kein nennenswerter Wissenszuwachs zu verzeichnen, ebenso wie bei der pharmakotherapeutischen Behandlung der Cannabisabhängigkeit trotz guter Kenntnisse um deren neurobiologische Mechanismen. Dagegen stehen evaluierte psychotherapeutische auch nichtabstinenzorientierte Verfahren für verschiedene Settings zur Verfügung.²⁰⁹

²⁰⁸ DGPPN 2017: 296 f.

²⁰⁹ Soyka et al. 2017: 324

4.2 Medizinisch-therapeutische Behandlungsansätze

In den zitierten Artikeln werden Aussagen zu medizinisch-therapeutischen Behandlungsansätzen gemacht:

„Eine Kombination aus Motivationsförderung, kognitiver Verhaltenstherapie und Kontingenzmanagement sind aktuell die effektivsten Behandlungsansätze der Cannabisabhängigkeit. Für Jugendliche werden ebenfalls familientherapeutische Interventionen empfohlen. Aufgrund geringer Evidenz können bisher keine pharmakologischen Behandlungsempfehlungen gegeben werden.

Schlussfolgerungen: Weitere Forschung ist notwendig, um die Kausalität des Zusammenhangs von intensivem Cannabiskonsum und möglichen Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit zu klären. Gesundheitliche Störungen infolge von Cannabiskonsum können effektiv behandelt werden.“²¹⁰

Die andere Studie fasst den Sachverhalt folgendermaßen zusammen: „Psychoedukative Therapien können bei gleichzeitiger Schizophrenie und Suchterkrankung angewendet werden und hilfreich sein... Für die große Gruppe der Patienten mit Cannabisabhängigkeit und den multiplen komorbiden Störungen gibt es praktisch keine adäquaten Behandlungsansätze, die für die verschiedenen Störungen gleichzeitig effektiv sind.“²¹¹

Diese Aussagen sind ausschließlich tertiärpräventiver Art. Das dürfte neben den potenziell kriminalisierungsfähigen Gesprächsinhalten sekundärpräventiver Beratung,²¹² was inzwischen von einigen Fachvereinigungen als Präventionshindernis formuliert wird,²¹³ am Blickwinkel der Berufsgruppe liegen, die die Metastudie erstellt hat. Sekundärpräventive Gedankengänge kommen in der ersten Übersichtsarbeit überhaupt nicht vor, im DGPPN-Positionspapier tauchen sie immerhin auf: „Eine Verschränkung von Maßnahmen der Angebotsreduzierung mit verhaltens- und ausstiegsorientierten Maßnahmen im Sinne des Mehrsäulenkonzepts Angebotsreduzierung – Prävention – Hilfestellung – Schadensminimierung ist sinnvoll.“²¹⁴ Ebenso kann die Forderung nach Mitteln für „die Prävention des Cannabiskonsums“²¹⁵ verstanden als Konsumreduktion bei übermäßigem und eindeutig schädlichem Gebrauch sekundärpräventiv gemeint sein und so verstanden werden, zumal die von den Verfasser_innen konstatierten Schritte einer Entkriminalisierung/Legalisierung als Chance für eine verbesserte Prävention nicht

²¹⁰ Hoch et al. 2015: 271

²¹¹ DGPPN 2017: 296

²¹² DHS 2015: 9

²¹³ DGS 2015, Freie Träger der Berliner Suchthilfe 2015

²¹⁴ DGPPN 2017: 296

²¹⁵ DGPPN 2017: 297

prinzipiell abgelehnt wird. Mehrere oben zitierte Stellungnahmen²¹⁶ legen nahe, dass der sich hier abzeichnende Kurswechsel ein Element sein könnte, um dem Umstand abzuweichen, der in derselben Ausgabe derselben Fachzeitschrift publiziert ist: „Vermutlich die Mehrzahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit problematischem Cannabiskonsum ist jedoch nicht motiviert, ihren Substanzkonsum zu verändern oder eine Beratung bzw. Behandlung im traditionellen Suchthilfesystem aufzusuchen.“²¹⁷

²¹⁶ DGS 2015, Freie Träger der Berliner Suchthilfe 2015

²¹⁷ Soyka et al. 2017: 323

Forschungsteil

5 Gesundheitspädagogische Perspektive

5.1 Problemstellung

In der Literatur über Suchtprävention wird entweder mit Blick auf das Problemverhalten zwischen primär- (ungezielt), sekundär- (Problematik beenden oder verbessern) und tertiärpräventiven Maßnahmen (Folgeschäden verhindern und Rückfälle vorbeugen) unterschieden²¹⁸ oder mit Blick auf die Zielgruppe in universelle (an die Gesamtbevölkerung gerichtete), selektive (an gefährdete Personengruppen gerichtete) und indizierte (an betroffene Personen gerichtete) Prävention unterteilt.²¹⁹ Die Zielsetzungen moderner Suchtprävention sind laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Vermeidung und/oder Hinauszögerung des Einstiegs in den Konsum legaler und illegaler Drogen, die Früherkennung und Frühintervention bei riskantem Konsumverhalten und die Verringerung von Missbrauch und Sucht.²²⁰ Die BZgA-Definition der Präventionsziele schließt also alle drei Stufen beider Klassifikationen ein. Drogengebrauch ist ein riskantes Verhalten. Drogengebrauch geht immer mit Gefahren einher.²²¹ Während es bei anderen legalen und illegalen Drogen medizinisch-psychiatrisch fundierte Ratschläge für schadensmindernden Gebrauch gibt,²²² wird bei Cannabis Sekundärprävention bisher in einer juristischen Grauzone und ohne wissenschaftlich fundierten Theoriebezug praktiziert.²²³

Forschung und wissenschaftliche Literatur über Cannabisprävention in der BRD ist zum größten Teil Forschung und Literatur über Tertiärprävention, also über die medizinisch-psychiatrische Behandlung auffällig gewordener Cannabisgebraucher_innen verfasst von im Drogenhilfesystem beschäftigten medizinisch-therapeutischem Personal, die mit therapiebedürftigen und mitunter psychiatrischen Klient_innen arbeiten.²²⁴ Aufgrund der selektiven Wahrnehmung des medizinisch-therapeutischen Personals wird von diesem häufig die Position vertreten, dass die Hanfprohibition aus generalpräventiven Gründen aufrechterhalten werden muss und die hanfbedingten Schädigungen von z.B. konsumierenden Heranwachsenden strafbewehrte Verbote rechtfertigen.²²⁵ Die Gegenposition hatte

²¹⁸ Caplan 1964

²¹⁹ Gordon 1983: 107-109

²²⁰ BZgA 2017

²²¹ EMCDDA 2015: 30 ff.

²²² DHS 2016

²²³ DHS 2015: 9

²²⁴ Hoch et al. 2015: 271 ff.

²²⁵ Thomasius 2016: 3

lange Probleme mit dem Umstand, dass Hanfkonsum überhaupt gefährlich sein kann; jedenfalls überwogen die durch die Prohibition hervorgerufenen Schäden die direkten Gesundheitsgefahren.²²⁶ Die hier vorherrschenden Bilder von unauffälligen integrierten Gelegenheitskonsumierenden führen zur ehrlich überraschten Aussage: „Wie, gibt es wirklich Kiffer, die zu euch in die Drogenberatung kommen?“²²⁷

Beide Positionen tun sich schwer mit der Veröffentlichung von praxistauglichen Tipps zum risikomindernden Umgang mit Hanfdrugs. In der Praxis werden konsumbegleitende Safer-Use-Gebrauchsregeln für Hanfdrugs bisher weitgehend ohne wissenschaftlich fundierten Theoriebezug praktiziert: „Derzeit vermeiden Präventionsfachkräfte die Thematisierung risikoarmer Muster des Cannabiskonsums, da dies bereits als Aufforderung zum Konsum gewertet werden kann.“²²⁸ Obwohl der Abstinenzanspruch bei der Cannabisekondärprävention inzwischen sogar von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufgegeben wurde,²²⁹ existieren praktisch keine zitierfähigen Schriftquellen für ressourcenschonenden Cannabisgebrauch.

²²⁶ Meyer-Thompson Stöver 2016: 154

²²⁷ Kuntz 2012: 41

²²⁸ DHS 2015: 9

²²⁹ BZgA: Quit the shit

5.2 Entwurf des Cannabiskontrollgesetzes

Die strafrechtliche Prohibition sei „gescheitert, sozialschädlich und unökonomisch“.²³⁰ Zu diesem Urteil gelangt der im Kapitel 2.4 erwähnte Schildower Kreis, eine Gruppe von 122 Strafrechtsprofessor_innen und weiteren Personen um Professor Lorenz Böllinger. In der Resolution des Schildower Kreises wird die 21 Jahre vorher vom Bundesverfassungsgericht offen gelassene Frage nach der generalpräventiven Funktion der Cannabisprohibition²³¹ von den Unterzeichnenden beantwortet: Prohibition und Betäubungsmittelgesetz verfehlen nach Ansicht der Unterzeichner_innen ihre Zwecke komplett. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch nahezu alle weiteren in 2.4 aufgeführten Fachvereinigungen: Prohibition ist teuer, schädlich und nicht zielführend.

Um einen neuen Weg in der Sache einzuschlagen wurde von der Partei Die Grünen zum Zweck der Cannabislegalisierung ein „Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG)“ in den Bundestag eingebracht.²³² „Das derzeitige Verbot von Cannabis ist in mehrfacher Hinsicht problematisch. Jugendliche werden durch ein strafrechtliches Verbot nicht vom Cannabiskonsum abgehalten. Gleichzeitig verhindert das Betäubungsmittelrecht durch den so geschaffenen Schwarzmarkt glaubwürdige Prävention und wirksamen Jugendschutz. Zudem macht es einen effektiven Verbraucherschutz und Bemühungen um Schadensminderung unmöglich, da der illegalisierte Handel nicht effektiv kontrolliert werden kann.“²³³ Im Gesetzesentwurf wird auf 69 Seiten ausgeführt, wie diesem Problem beizukommen ist: „Cannabis wird aus den strafrechtlichen Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes heraus genommen. Stattdessen wird ein strikt kontrollierter legaler Markt für Cannabis eröffnet. Damit wird dem Schutz von Minderjährigen besser Rechnung getragen als bisher, da erst in einem solchen Markt das Verbot, Cannabis an Minderjährige zu verkaufen, wirksam überwacht werden kann. Eine gute Cannabispolitik reguliert den Cannabismarkt so, dass sowohl der Jugendschutz gestärkt wird als auch die Risiken möglichst stark reduziert werden.“²³⁴

Der Entwurf geht also über eine Tolerierung, Entkriminalisierung oder Zulassung von Cannabis-Social-Clubs, wie sie im europäischen Ausland inzwischen existieren, hinaus, er soll den geschäftsmäßigen Umgang, Anbau, Einfuhr, Transport und Vertrieb von Cannabis regeln. Es werden Vorschriften zum Kinder- und Jugendschutz aufgeführt: genannt und behandelt werden Sicherungsmaßnahmen für Anbau und

²³⁰ DRiZ 01/2014: 10 f.

²³¹ JZ 1994/17: 855

²³² Deutscher Bundestag 2016: PIPr 18/4204

²³³ Deutscher Bundestag 18/4204: 1

²³⁴ Deutscher Bundestag 18/4204: 2

Aufbewahrung, für Nichtraucher- und Verbraucherschutz durch Kennzeichnung, Warnhinweise, Packungsbeilage, Werbeverbot und regelmäßige Kontrollen. Aus gesundheitspädagogischer Perspektive besonders interessant ist hier der § 23 CannKG, also „Suchtprävention, Sozialkonzept und Zertifikat „Verantwortungsvolles Verkaufen““ in einem Cannabisfachgeschäft und die Kriterien für „das Zertifikat Verantwortungsvolle Verkäuferin bzw. Verantwortungsvoller Verkäufer“.²³⁵ Hier wird der gesetzliche Rahmen skizziert, wie der Abgabeakt von Cannabisprodukten hinsichtlich der Suchtprävention und des Jugendschutzes zu gestalten ist und wie das Verkaufspersonal zu schulen ist. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Gesetzgeber der BRD den im Kapitel 3.1.3 aufgeführten (Bundes-) Staaten folgt und etwa der unter 2.4 aufgeführte Gesetzesentwurf der Grünen zu in Paragraphen gegossenes Bundesrecht wird. Es gäbe dann keine deutschen Präzedenzfälle und kein deutsches Vorbild, an dem sich die formale Gestaltung des Abgabeaktes bei einem Cannabisabgabemodell in der BRD orientieren könnte. Der § 23 CannKG müsste inhaltlich definiert werden.

²³⁵ Deutscher Bundestag 18/4204: 15

5.3 Zweck dieser Arbeit

Aufgrund diverser Aktivitäten auf der parlamentarischen Ebene²³⁶ scheint es, als würde die Ausgestaltung der zukünftigen Cannabisprävention in der BRD federführend von der juristischen Disziplin oder der Politik geleistet werden. Dabei ist es ein genuin medizinisches und gesundheitspädagogisches Vorhaben, den sich im rasanten Tempo vollziehenden Wandel der Cannabispolitik kritisch-wissenschaftlich zu begleiten, in die Cannabispolitik lenkend einzugreifen und sie inhaltlich mitzugestalten.

Die hier vorgeschlagene Arbeit geht von der Vorstellung aus, dass Risiken beim Drogengebrauch wie die Entstehung einer Abhängigkeit von sehr vielen verschiedenen Parametern zwischen der psychoaktiven Substanz (Droge), der sie gebrauchenden Persönlichkeit (Set) und ihrer sozialen Umgebung (Setting) abhängig sind.²³⁷ Einer dieser Parameter ist die Art der Drogenabgabe, etwa wenn Drogen legal von einer geschulten Präventionskraft an die Gebraucher_innen im Verkaufsakt abgegeben werden.²³⁸

Die wenig kontroverse Hypothese, auf der diese Arbeit aufbaut, lautet: Werden die Risiken reduziert und die Schäden gemindert, wenn beim Cannabisabgabeakt Prävention betrieben wird? Die Fragestellung dieser Arbeit bezieht sich also ausdrücklich nicht auf das Pro oder Contra einer Ablösung der bisherigen Schwarzmarktwirtschaft von Cannabis in der BRD durch ein reguliertes Abgabemodell, sondern stellt die Frage, wie die Cannabisabgabe gestaltet sein müsste, um in den Cannabisabgabeakt das höchstmögliche Maß an Risikominderung, Harm Reduction und Jugend- und Verbraucherschutz zu implementieren.

Die Forschungsfrage meiner Arbeit lautet: Welches wären die Kenntnisse, Kompetenzen und präventiven Strategien, über die eine Fachkraft in einer Abgabestelle etwa einem Cannabisfachgeschäft verfügen soll, um Risiken beim Drogenkonsum zu mindern?

Zu diesem Zweck sollen in der Arbeit mit Hilfe eines Fragenkatalogs von Fachleuten Kompetenzen für den Umgang mit Cannabis erfragt und zusammengestellt werden, die den in unserer Gesellschaft nötigen Grad an Drogenmündigkeit begründen. Idealerweise sind in den Aussagen der Befragten möglichst viele verschiedene Denkansätze zum Thema legale Abgabe von Cannabis enthalten, um die Spannweite der wissenschaftlichen Auseinandersetzung darzustellen. Dabei sollte möglichst das gesamte seriöse Spektrum der in der Öffentlichkeit vertretenen Diskussion unter

²³⁶ Boellinger 2017: 37 ff.

²³⁷ Kielholz Ladewig 1973: 24

²³⁸ Deutscher Bundestag 18/4204: 2

besonderer Berücksichtigung medizinisch-psychiatrisch-therapeutischer Expert_innen abgebildet werden.

Ein Katalog von Kompetenzen kann Hinweise auf die Frage geben, welche Gebraucher_innen wieviel Risiko auf missbräuchlichen oder problematischen Cannabiskonsum eingehen und wie diese Personengruppe bei der Konsumvorbereitungshandlung Cannabiserwerb zu identifizieren ist. Die hier vorgeschlagene Arbeit richtet sich also an die Zielgruppe Verantwortungsvolles Verkaufspersonal im Sinne des § 23 CannKG und will damit zur Weichenstellung in der sich international abzeichnenden bzw. ablaufenden Umorientierung beim juristischen Umgang mit Cannabis beitragen. Das Wissen um Kompetenzen beim Umgang mit Cannabis ist notwendig, um den Beratungsbedarf von Kund_innen einzuschätzen. Andererseits stellen diese Kompetenzen die Metaebene für die Beratung gefährdeter Gebraucher_innen dar, sie sind damit ebenso sinnvolle wie unverzichtbare Bausteine für ein Curriculum „Fortbildung Verantwortungsvolles Verkaufen“.

Ziel der hier vorgelegten Arbeit ist es, dem § 23 CannKG, also „Suchtprävention, Sozialkonzept und Zertifikat „Verantwortungsvolles Verkaufen““ in einem Cannabisfachgeschäft und die Kriterien für „das Zertifikat Verantwortungsvolle Verkäuferin bzw. Verantwortungsvoller Verkäufer“²³⁹ gesundheitspädagogisches Leben einzuhauchen. In der Implementierung von Gebrauchsregeln für den Umgang mit Cannabis und in der Vermittlung dieser Gebrauchsregeln beim Cannabisabgabeakt liegt möglicherweise ein großes Potenzial für den Gesundheitsschutz brach. Ich halte diesen gesundheitspädagogischen Beitrag zur Diskussion für überfällig und versuche, mit dieser Arbeit einen gesundheitspädagogischen Beitrag zur aktuellen Diskussion zu leisten.

²³⁹ Deutscher Bundestag 18/4204: 15

6 Methode

6.1 Vorbemerkungen

Vor der Fragestellung wird die Überlegung über persönliche oder biographische Beweggründe der Fragestellung empfohlen.²⁴⁰ Drogenprävention ist kein Thema wie jedes andere; das gilt sowohl im Allgemeinen als auch bei der Themensuche für eine wissenschaftliche Arbeit. Ähnlich wie die Themen Religion, Philosophie und Ethik spricht das Thema Drogen viele Menschen ganz direkt an, berührt tief eingewurzelte Grundeinstellungen dem Leben gegenüber und birgt ideologischen Sprengstoff. Drogen und Drogenpolitik eignen sich gut für reißerische Verwertung in den Massenmedien, um gesellschaftliche Konflikte auszutragen und um symbolische Politik zu betreiben.²⁴¹

Wer sich beim Thema Drogen eine sachliche und wissenschaftliche Haltung bewahren kann, wird dazu mit größter Wahrscheinlichkeit auch bei allen anderen Themen in der Lage sein. Einer meiner Anknüpfungspunkte und meiner Motivationen für diese Arbeit stellt der Umstand dar, dass ich sowohl im sozialen Nahraum als auch in den Medien immer wieder mit Situationen konfrontiert war, in denen Menschen, die an anderer Stelle nachweislich zu sachlicher Argumentation und wissenschaftlichem Denken in der Lage waren, dies speziell beim Thema Hanfdrogen vermissen ließen. Bemerkenswerterweise vollzogen sich solche Vorgänge auch auf formal hohen wissenschaftlichen Ebenen. Ein Beispiel hierfür stellt der Umstand dar, dass etwa ein Prof. Dr. Täschner unwidersprochen pathologische Zustände als regelhafte Folgen²⁴² von Cannabisgebrauch darstellen konnte und damit den öffentlichen Diskurs definierte. Ein weiteres Beispiel ist, dass die deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie publizierte, Cannabisgebrauch erhöhe das Risiko auf Parasitosen²⁴³ und nach meiner Beobachtung niemand aus dem Wissenschaftsbetrieb öffentlich wahrnehmbar solche Aussagen hinterfragte.

Diese Arbeit ist also zu einem Teil sicher auch eine Auseinandersetzung mit dem, was der Öffentlichkeit und mir jahrzehntelang von politischen, medizinischen und gesundheitspädagogischen Autoritäten als Stand der Wissenschaft verkündet wurde.

²⁴⁰ Flick 2014: 43

²⁴¹ siehe Kapitel 2

²⁴² Täschner 1979: 64

²⁴³ Beil 1980: 91

6.2 Methodisches Vorgehen

Die von mir aufgebrachte Forschungsfrage nach den Kenntnissen, Kompetenzen und präventiven Strategien, über die eine Fachkraft in einer Abgabestelle etwa einem Cannabisfachgeschäft verfügen soll, um Risiken beim Drogenkonsum zu mindern, lässt sich in weitere konkretere und empirisch beantwortbare Fragen²⁴⁴ untergliedern. Wie können sekundärpräventive Strategien, die unter den momentanen Kriminalisierungsbedingungen (noch) illegal sind und bei einem Wechsel von der Verhältnis- zur Verhaltensprävention erst möglich würden, aussehen? Wie können bestmöglich Elemente des Jugend- und Verbraucherschutzes beim Wechsel von der de-facto- zur de-jure-Legalisierung implementiert werden? Welche Auflagen sind aus gesundheitlich - präventiven Gesichtspunkten für die Gründung und Führung von Abgabestellen sinnvoll? Welche Regeln müssten in einer und um eine Abgabestelle gelten, und wie kann die Einhaltung gewährleistet werden? Oder wieder zusammenfassender und allgemeiner: Wie kann der § 23 CannKG, also Suchtprävention, Sozialkonzept und Zertifikat „Verantwortungsvolles Verkaufen“ in einem Cannabisfachgeschäft umgesetzt werden?

Die befragten Expert_innen sollen mehrheitlich einen medizinisch-psychiatrisch-therapeutischen Hintergrund besitzen. Idealerweise sind in den Aussagen der Befragten möglichst viele verschiedene Denkansätze zum Thema legale Abgabe von Cannabis enthalten, um die Spannweite der wissenschaftlichen Auseinandersetzung darzustellen. Dies erfüllt die Forderung nach Triangulation, also „der Einnahme unterschiedlicher Perspektiven... bei der Beantwortung von Forschungsfragen.“²⁴⁵ Dabei sollte ein möglichst großes Spektrum der in der Wissenschaft vertretenen Positionen unter besonderer Berücksichtigung medizinisch-psychiatrisch-therapeutischer Expert_innen abgebildet werden. Dadurch wäre sowohl die Fachlichkeit der Aussagen als auch die Positionenvielfalt optimal gewährleistet.

Um die von mir aufgeworfene Forschungsfrage zu beantworten soll Mayrings Qualitative Inhaltsanalyse²⁴⁶ herangezogen werden, nach der in Abgrenzung zur freien Interpretation protokollierte und fixierte Kommunikation nach expliziten Regeln unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung analysiert wird.²⁴⁷ Dafür eignen sich halbstandardisierte Leitfrageninterviews mit Interviewpartner_innen, die über einen komplexen Wissensstand zum Risikograd beim Cannabisgebrauch verfügen. Der Fragenkanon soll aus einem Mix von offenen und hypothesengerichteten Fragen

²⁴⁴ Flick 2014: 43

²⁴⁵ Flick 2014: 226

²⁴⁶ Mayring 2015

²⁴⁷ Mayring 2015: 12 f.

bestehen und Kontrollfragen beinhalten. Je konkreter die Fragestellung, desto konkretere Antworten dürfen erwartet werden; je strukturierter und reduzierter die Fragestellung, desto weniger Aufwand wird für Strukturierung und Reduzierung der Antworten aufzubringen sein, desto geringer ist der Interpretationsbedarf bei der Bearbeitung der Transskripte und desto näher ist auch in formaler Hinsicht das Ergebnis an der Intention der Befragten. Die Kategorienfindung ist einerseits durch die Fragenkomplexe vorstrukturiert, kann sich aber andererseits anhand der Antworten weiterentwickeln; Risiken der Explikation müssen durch gezielte Nachfragen und Paraphrasen minimiert werden.

Die Antworten auf meine Fragen müssen in eine Struktur gebracht und kommunikativ validiert werden. Die Bearbeitung der Interviews orientiert sich dabei an Mayrings Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse. Mayring nennt sieben Schritte eines allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodells:²⁴⁸ Nach der Bestimmung der Analyseeinheiten soll paraphrasiert, generalisiert, zweimal reduziert und nochmals kategorisiert werden, bevor in einem letzten Schritt überprüft wird, ob die analysierten Inhalte das Ausgangsmaterial noch repräsentieren. Für die Paraphrasierung, Generalisierung und erste und zweite Reduktion nennt Mayring jeweils Interpretationsregeln:²⁴⁹ Bei der Paraphrasierung geht es um Streichung, Kürzung, Übersetzung und Vereinheitlichung, wobei darauf zu achten ist, dass die Kernaussagen erhalten bleiben und nicht durch die interviewführende Person interpretiert werden. Generalisierung bedeutet, dass die erhaltenen Aussagen unter Überbegriffen zusammengefasst werden und wenn notwendig unter Hinzuziehung von zusätzlichem Material expliziert und nach Kategorien strukturiert werden. In der ersten Reduktion werden zentral inhaltstragende Paraphrasen selektiert und in der zweiten Reduktion gebündelt. Durch die Einhaltung des Ablaufmodells und der Interpretationsregeln „lassen sich aus diesen Grundformen wissenschaftliche Auswertungstechniken entwickeln“ mit dem „Anspruch, sich an sozialwissenschaftlichen und spezifisch inhaltsanalytischen Gütekriterien messen zu lassen.“²⁵⁰

²⁴⁸ Mayring 2015: 70

²⁴⁹ Mayring 2015: 72

²⁵⁰ Mayring 2015 : 130

6.3 Interviewte Expert_innen

In der Arbeit soll ein möglichst großes Spektrum der in der Wissenschaft vertretenen Positionen unter besonderer Berücksichtigung medizinisch-psychiatrisch-therapeutischer Expert_innen abgebildet werden, um sowohl die Fachlichkeit der Aussagen als auch die Positionenvielfalt zu gewährleisten. Datentriangulation,²⁵¹ die sich vielleicht schon der Theorientriangulation²⁵² annähert, soll dadurch erreicht werden, dass zwei der drei Expert_innen im medizinischen Drogenhilfssystem zu verorten sein sollen, dass aber mindestens eine weitere Expert_in mit einer anderen Perspektive befragt werden soll.

Es haben folgende Expert_innen ihre Mitarbeit an meinem Forschungsvorhaben zugesagt:

Frau Prof. Dr. G., Professorin im Lehrgebiet Drogen und soziale Arbeit an der Hochschule X. Frau Prof. Dr. G. arbeitet und forscht seit über 30 Jahren am und um das Thema Drogen.

Herr Dr. F., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmediziner, Oberarzt Sozialpsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum X. Herr Dr. F. leitet die Psychotherapiestation Sucht.

Frau H., Psychologische Psychotherapeutin, Leiterin der Ambulanten Dienste der Drogenhilfe X des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation (bwlV) gGmbH. Frau H. arbeitet seit 27 Jahren in der Sucht- und Drogenhilfe, davon 13 Jahre in der stationären Rehabilitation und 14 Jahre als Leiterin der ambulanten Angebote.

Die Interviews mit den Expert_innen (Anhang) wurden von mir aufgezeichnet, vollständig transkribiert, den Expert_innen zugesandt und von diesen ohne inhaltliche Einwände freigegeben.

²⁵¹ Flick 2014: 225

²⁵² Denzin 1970: 297

6.4 Fragenkanon

Durch das Cannabiskontrollgesetz CannKG soll nach Aussage der entwurfsbringenden Personen²⁵³ der Jugendschutz gestärkt und eine Risikominderung erreicht werden.²⁵⁴ Wie kann der § 23 CannKG, also Suchtprävention, Sozialkonzept und Zertifikat „Verantwortungsvolles Verkaufen“ in einem Cannabisfachgeschäft umgesetzt werden? Welches wären die Kenntnisse, Kompetenzen und präventiven Strategien, über die eine Fachkraft in einer Abgabestelle etwa einem Cannabisfachgeschäft verfügen soll, um Risiken beim Drogenkonsum zu mindern? Die sich daraus ergebenden gesundheitspädagogischen Fragestellungen können fast alle direkt aus dem CannKG-Entwurf abgeleitet werden.

Die Befragung muss eingeleitet werden, die Expert_innen sollen sich auf die Befragung einstimmen. Um die folgenden Sachfragen zu entlasten, sollen sie sich in der Befragungseinleitung positionieren:

Was halten Sie von staatlich kontrollierten Cannabisabgabemodellen?

Wo sehen Sie Chancen bei einer möglichen Einführung des Cannabiskontrollgesetzes (CannKG)?

Wo sehen Sie Risiken bei einer möglichen Einführung des Cannabiskontrollgesetzes (CannKG)?

„Verantwortungsvolle Verkäufer_innen“ im Sinne des CannKG-Entwurfs sollen missbräuchlichen Cannabisgebrauch identifizieren können. Aus diesem Anspruch lassen sich folgende Fragestellungen ableiten:

Fragenkomplex risikoarmer versus hochriskanter Konsum:

§ 23 (2): Was ist riskanter Cannabiskonsum? Wie ist er vom risikoarmen Freizeitkonsum abzugrenzen?

§ 23 (6): Was sind Anzeichen für ein abhängiges oder riskantes Konsummuster?

„Verantwortungsvolle Verkäufer_innen“ im Sinne des CannKG-Entwurfs sollen fähig zur Gesundheitsberatung sein.

Fragenkomplex Schadensminderung:

§ 23 (2, 6): Halten Sie die Vermittlung risikoarmer Gebrauchsmuster für sinnvoll? Ist Gesundheitsberatung beim Thema Hanf für Sie ein Mittel des Gesundheitsschutzes?

²⁵³ Deutscher Bundestag 18/4204: 1

²⁵⁴ Deutscher Bundestag 18/4204: 2

Abgefragt werden können Inhalte schadensmindernder Gebrauchsberatung durch folgende Fragen:

Was können wichtige Beratungsinhalte für schadensmindernden Hanfgebrauch sein? Können Sie Beispiele für selektive oder indizierte Cannabisprävention konstruieren, die bei der Cannabisabgabe in einem Cannabisfachgeschäft in Frage kämen?

Für folgende Themen sind aktuell Ratschläge für Risikominderung und Harm Reduction beim Cannabisgebrauch publiziert, sie sollen deshalb angesprochen werden: Abhängigkeit, Altersgrenze, Atemwege, Herz-Kreislauf, Konsumformen: Essen, pur/Tabak, Vaporizer, Konsumkultur, Langzeitwirkungen, Lernprobleme, Mischkonsum, psychische Folgen, Straßenverkehr und Wirkstoffgehalt.

„Verantwortungsvolle Verkäufer_innen“ im Sinne des CannKG-Entwurfs sollen ausgebildet und geschult werden.

Fragekomplex „Verantwortungsvolles Verkaufen“:

§ 23 (1, 7): Was könnte für Sie „Verantwortungsvolles Verkaufen“ sein? Wie müsste „Verantwortungsvolles Verkaufen“ konkret aussehen? Wie müsste ein Höchstmaß an Jugend- und Verbraucherschutz sichergestellt werden? Welche Elemente und Prämissen müssten die Schulungsmaßnahmen des Verkaufspersonals beinhalten? Gibt es etwas, das unbedingt vermieden werden muss?

Die Aus- und Fortbildungen für „Verantwortungsvolle Verkäufer_innen“ im Sinne des CannKG-Entwurfs müssen konzipiert werden:

Fragenkomplex 6 (Sozialkonzept):

§ 23 (3, 4): Welche formalen und/oder inhaltlichen Qualifikationen kommen a) für den Beauftragten für die Entwicklung von Sozialkonzepten, b) für den Durchführenden der Schulungen oder c) für „Verantwortungsvolle Verkäufer_innen“ in Frage?

§ 23 (5): Wie könnte ein Kursbuch für die Schulung „Verantwortungsvolles Verkaufen“ aufgebaut sein? Was sollte ein Curriculum beinhalten? Welche Kapitel/Themen/Überschriften sollten vorkommen? Welche konkreten Inhalte sollten behandelt werden?

Aus diesen Fragekomplexen ergeben sich Kriterien für die Kompetenzen „Verantwortungsvoller Verkäufer_innen“ im Sinne des CannKG-Entwurfs und gleichzeitig aller Präventionsfachkräfte, die in sekundärpräventiver Beratung tätig sind.

7 Auswertung

7.1 Analyseeinheiten

Vor der Interpretation und Explikation steht die Bestimmung der Analyseeinheiten und die Analyse der Erhebungssituation.²⁵⁵

Im Vorfeld der Befragung wurden von mir mehrere Expert_innen angesprochen, es gab mehrere Absagen. Die von mir letztlich befragten drei Expert_innen sind wunschgemäß mehrheitlich, aber nicht ausschließlich im traditionellen Drogenhilfssystem der BRD verortet und verfügen mehrheitlich über einen medizinisch-psychiatrisch-therapeutischen Hintergrund. Sie repräsentieren ideal das seriöse Spektrum der Auseinandersetzung über die Regulierung des Cannabismarktes. Die Interviews mit den Expert_innen (im Anhang) wurden den Expert_innen zugesandt und von diesen ohne inhaltliche Einwände freigegeben.

Dem Fragenkomplex nach Chancen und Risiken von staatlich kontrollierten Cannabisabgabemodellen können die Interviewabschnitte I.2.13²⁵⁶-I.4.35, II.3.1-II.5.2 und III.2.16-III.4.32 zugeordnet werden.

Zur Frage nach den Kriterien zur Einschätzung des Risikograds des jeweiligen Cannabiskonsummusters gehören die Interviewpassagen I.5.8-I.6.4, II.5.10-II.8.19, III.5.7-III.7.33 und III.11.16-III.11.23

Mit der Frage nach der Vermittlung risiko- und schadensmindernder Hanfgebrauchsstrategien beschäftigen sich die Abschnitte I.6.16-I.10.22, II.8.32-II.12.19 und III.6.36-III.11.37.

Dem Fragenkomplex „Verantwortungsvolles Verkaufen“ widmen sich die Interviewabschnitte I.6.4-I.6.9, I.10.30-I.12.2, II.12.26-II.13.32, II.14.24-II.14.29, III.3.2-III.3.16 und III.12.5-III.15.15.

Die formalen und inhaltlichen Qualifikationen der Aus- und Fortbildung „Verantwortungsvoller Verkäufer_innen“ werden in den Passagen I.12.8-I.12.33, II.14.1-II.15.8 und III.13.28-III.15.37 abgefragt.

Außerdem sollten die Expert_innen in der Befragung nicht berührte wichtige Themen und Gedanken nennen. Diese sind in den transkribierten Aussagen I.13.2-I.13.12, II.15.14-II.15.29 und III.16.17-III.17.10 dokumentiert.

²⁵⁵ Flick 2014: 149 f.

²⁵⁶ I.2.13 bedeutet Interview eins, Seite zwei, Zeile 13

7.2 Interpretation und Explikation

7.2.1 Zusammenfassende Inhaltsanalyse

Die Analyseschritte zwei bis fünf, also Paraphrasierung, Generalisierung und erste und zweite Reduktion soll bei großen Datenmengen in einem Schritt erfolgen.²⁵⁷ Dabei müssen die Kernaussagen uninterpretiert erhalten bleiben, unter Überbegriffen zusammengefasst werden und wenn notwendig unter Hinzuziehung von zusätzlichem Material expliziert und nach Kategorien strukturiert werden. Hierzu ist ein radikaler Telegrammstil geeignet, der nur wenig und insbesondere nicht bei Fachtermini paraphrasiert:

Chancen und Risiken von staatlich kontrollierten Cannabisabgabemodellen:

Chancen: Prohibition nicht Konsumverhinderung und Risikominderung (I.2.14-17) sondern Zusatzprobleme (I.2.18), deshalb Marktregulierung positiv (I.2.21-22). Kriminologisch positiv (III.2.18+21). Staatlich kontrollierte Abgabe sachgerecht (II.3.19) zwischen Freigabe (II.3.22-25) und Verbot (II.3.20), bietet die besten Schutzmöglichkeiten (II.4.6). Vermeidet Stigmatisierung, positiv (II.3.20, II.4.23-24). Detaillierte Feinregulierung positiv (I.3.14-21). Qualitätskontrolle und kompetenter Verkäufer statt Schwarzmarkt positiv (I.4.18-20). Mehr Aufklärung positiv (I.4.26+34), Apothekensituation (I.4.33) positiv.

Risiken: Zugangsalter 18 verfehlt deutsches Einstiegsalter, negativ, (I.3.33-35), deshalb Nachbesserungsbedarf für Jugendliche (I.3.36-I.4.13). Völlige Freigabe ohne Sanktionen negativ (III.3.3-8). Eigenanbau schließt Qualitätssicherung aus, negativ (III.4.9-12). Schwarzmarktproblematik bei Eigenanbau nicht lösbar (III.4.13-23).

Unentschieden: Abgabe akzeptabel wenn mengenbeschränkt an registrierte Personen ab 25 und Anbauverbot (III.3.9-14). Straßenverkehrsproblematik ungeklärt (II.4.26-35).

Unsignifikanter Vorteil durch das CannKG (III.4.30-32).

Riskanter Cannabiskonsum versus risikoarmer Freizeitkonsum:

Verkäufer ist mit der Einschätzung von Missbrauch (I.5.19-37) überfordert (I.5.8-9), Anspruch ist unrealistisch (I.5.12-13) im Verkaufsgespräch (III.5.7+27).

Risikoeinschätzung über medizinische Missbrauchs- (II.5.10-20) und Abhängigkeitskriterien (II.7.9-11), über Gespräch: wer, wann, wie viel, wie oft (III.5.28-33), welche Risikomuster (III.7.19).

²⁵⁷ Mayring 2015: 70

Risikoarmer Freizeitkonsum: Gelegentlich (II.5.25) am Wochenende (III.5.35-36), über 25 (III.11.16-19), ärztlich verordnet (II.5.27), Anleitung zum risikoarmen Konsum in „Quit the shit“²⁵⁸ (III.7.27-33).

Riskanter Konsum: bei Schäden (II.5.29), wenn Alter unter 22 (II.5.36-I.6.7), bei genetischer Vulnerabilität (II.6.18), Konsumdrang (II.7.11) oder Konsumzwang (III.6.24), gedanklicher Fixierung (III.6.25-27), Kontrollverlust (II.7.19), Toleranzentwicklung und Hochdosis (II.7.23-24), täglichem Konsum (II.7.23-24, III.5.34), wenn Schlafstörungen bei Entzug (II.7.33), zur Erreichung eines notwendigen Zustands (III.6.6-7, I.6.21-22), bei morgendlichem Konsum (III.6.19-20).

Vermittlung risiko- und schadensmindernder Hanfgebrauchsmuster:

Gebrauchsberatung stellt keine Konsumaufforderung dar (II.8.32-36). Konsumbegleitung positiv (III.7.8-11, III.7.23-24). Kompetenzsteigerung durch Faktenwissen positiv (II.8.36-II.9.8, II.9.22-25, III.7.3). Gebrauchsberatung als Regelvermittlung (I.6.16-21) positiv. Wirksame Beratungsgespräche (I.6.27-28) in Clubatmosphäre (I.7.4, I.7.35-37) mit Beratungsräumen, Küche, Konsumraum und Bibliothek (I.6.37-I.7.3).

Beratungsinhalt Straßenverkehr: 0,0 – Grenze (II.11.30) wie in USA positiv (I.9.19-21), Straßenverkehr weitere Forschung nötig (II.11.30-35), Straßenverkehr Aussage unmöglich (III.9.12).

Beratungsinhalt Mischkonsum: Mischkonsum negativ (I.9.31-I.10.4), mit Alkohol negativ (II.11.3-6), Verunreinigungen negativ (II.10.8-9), Verunreinigungen gefährlicher als Mischkonsum (II.11.6-11), Mischkonsum am gefährlichsten (III.8.13-16), Inhalation mit Tabak negativ (II.10.11), cardiopulmonale Problematik weniger Beratungsinhalt (III.8.6-9).

Beratungsinhalt Applikation: Orale Applikation negativ (I.10.11-13), positiv (II.10.25-27). Vaporisator positiv (I.10.14-16), unentschieden (II.10.15-21). Weniger invasive Applikation positiv (I.10.21-22).

Aufklärung über gesundheitliche Risiken: Vegetative Entzugserscheinungen (III.10.5-8), Wirkung auf Aufmerksamkeit und Konzentration (III.10.13-III.11.10), Neurotoxizität unter 25 (III.11.9-10), Suchtgefahr unter 25 (III.11.13-16), psychiatrische Risiken (II.9.16-19, 33-37).

Juristische Beratung (II.9.20-21).

Was gehört zum „Verantwortungsvollen Verkaufen“ und was nicht?

²⁵⁸ BZgA: Quit the shit

„Verantwortungsvoller Verkäufer“: Experte für Sorte/Wirkstoffkombination (I.6.5-8, I.11.8-10), für Qualität und Standardisierung der Inhaltsstoffe (III.13.36-37), für Risiken (II.12.27-30, II.13.31, III.13.28-29), für Psychologie (II.13.32), kann gefährlichen oder abhängigen Konsum erkennen (II.12.37-II.13.1, III.12.26, III.13.28-29), ist fähig zum Aufklärungsgespräch (II.13.1, II.13.6-7), ist aktiv kommunikativ (I.10.32-I.11.2, III.12.27), kann sein Gegenüber einschätzen (I.11.36, II.12.28, III.13.30-31), erhält laufende Weiterbildung (I.11.17-23), verweigert ggf. die Abgabe (II.12.32-35) und kontrolliert das Alter (II.12.33, 13.21-25).

Vorschlag vorhandene Drogenberatungsstellen (II.12.24-25, 13.22) als Abgabestellen.

Zu vermeiden: Umsatzbeteiligung (I.10.30-32, III.12.32-13.5, III.15.8), cannabisgebrauchende Abgabestellenbetreiber (III.13.6-11), manipulative Kommunikation (I.11.33-34).

Konsum vor Ort negativ (II.14.27-28, III.15.14-15), positiv (I.7.2).

Aus- und Fortbildung der „Verantwortungsvollen Verkäufer_innen“:

Geschichte und Kultur (I.12.8-9), sozialpädagogische Ausbildung (II.15.2-3, III.15.2, III.15.36), therapeutische Kommunikation (I.12.10-11, I.12.25-29, III.13.29-31), Psychologie (II.14.11, III.15.36), juristischer Bereich nötig (II.14.10, II.15.1), weniger nötig (III.16.4-10).

Neurologie (II.14.2), Pharmakologie (I.12.8), Vor- und Nachteile von Applikationsformen (II.14.2-4), medizinisch-psychiatrischer Bereich (II.14.5-9, II.15.2, III.13.28-29, III.15.36), wie Curriculum Suchtmedizin (II.14.16-22).

Nicht berührte wichtige Themen:

Verweis auf die Chancen einer Abgabestelle, wenn sie Clubcharakter hat und Freizeitangebot beinhaltet (I.13.2-21).

Verweis auf Sachlichkeit: Hanfgebrauch hat wie Alkohol eine enorme Spannweite (II.15. 14-29).

Wunsch nach Motivationsförderung der Klient_innen für das Drogenhilfssystem ohne das Strafrecht (III.16.25-III.17.10).

7.2.2 Explikation

Manche der erhaltenen Aussagen sind uneindeutig. In den gegebenen Interviews taucht Mehrdeutigkeit in zweierlei Form auf. In der ersten Form widersprechen die von den Expert_innen erhaltenen Aussagen einander in einigen Punkten; dies soll hier zunächst nur aufgeführt und später ausgewertet werden. Außerdem gibt es unklare Aussagen, die mittels Kontextmaterial²⁵⁹ expliziert werden müssen.

Es gibt voneinander abweichende Aussagen bezüglich der Straßenverkehrsproblematik. Sie wird durch das CannKG mit Verweis auf gute Modelle in den USA als gut regelbar (I.9.19-21) oder aufgrund der Datenlage als ungeklärt (II.4.26-35, II.11.30-35) und daher nicht zuverlässig kommentierbar (III.9.12) bezeichnet.

Bei der Beurteilung des CannKG wird einerseits die besondere Qualität betont, dass eine bisher nicht kontrollierte Substanz durch einen informierten Händler (I.4.17-19) abgegeben werden soll, andererseits wird durch das CannKG kein signifikanter Vorteil zur jetzigen Situation (III.4.30-33) gesehen.

Die Abgabestellen sollen nach Aussagen der Expert_innen ausdrücklich keine Drogenberatungsstelle (I.7.12-13) sondern eine Art Club (I.7.4) mit Konsumräumen (I.7.23) und weiteren Freizeiteinrichtungen (I.7.1-3) neben den Beratungsräumen (I.6.37) sein und dürfen andererseits genau das nicht sein, der Kundenkontakt soll sehr professionell und wie in einer Apotheke gestaltet werden (II.12.26, 14.28-29) und Konsum vor Ort soll unbedingt vermieden werden (II.14.27, III.15.14-15).

In der Beurteilung der Gefährlichkeit von Mischkonsum mit anderen Drogen gibt es neben vielen Übereinstimmungen die unterschiedlichen Auskünfte, dass schwere Interaktionen etwa mit Todesfolge nicht zu befürchten sind (II.11.9-11) und andererseits die Aussage, dass Mischkonsum ein Hauptrisiko beim Cannabiskonsum darstellt (III.8.13-16).

Bei der Applikationsform wird einerseits zur Schadensminimierung aus rein medizinischer Betrachtungsweise die orale Aufnahme (II.10.25-26) empfohlen, andererseits hinsichtlich der Dosisregulierung zur Inhalation per Vaporisator (I.10.12-15) geraten. Hier kann eine Zusatzinformation zum Verständnis beitragen. Der Grund für diese beiden unterschiedlichen Aussagen dürfte darin zu sehen sein, dass die Expert_innen bei der Abwägung zwischen dem bronchialen Risiko durch Inhalation und dem Risiko durch Überdosierung bei oraler Applikation zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen kommen: „Beim Rauchen von Cannabis tritt die Wirkung in wenigen Minuten ein und hält ca. 2 bis 3 Stunden an. Beim oralen Verzehr dagegen

²⁵⁹ Flick 2014: 150

kann die Wirkung erst nach einer halben bis zu zwei Stunden eintreten. Je nach Füllzustand des Magens dauert der Rausch bis zu 5 Stunden an. Eine Überdosierung ist beim oralen Verzehr wegen der schlechten Steuerbarkeit des Rauschzustandes wahrscheinlicher.“²⁶⁰

Gegen die einerseits empfohlene Applikationsform Vaporisator wird außerdem angeführt, dass wegen fehlender Kenntnisse über die Wirkung der Trägersubstanzen für Vaporisatoren (II.10.15-17) noch kein abschließendes Urteil möglich ist. Dazu ist anzumerken: „Beim Rauchen von Cannabisblüten (zusammen mit Tabak) entstehen schädliche Verbrennungsprodukte. Deshalb wird unter anderem auf die Möglichkeit der Inhalation mittels eines Verdampfers (Vaporisator) hingewiesen. Vaporisatoren erhitzen Cannabisblüten (üblicherweise auf 180–210 °C), wobei sich freies THC und CBD bildet. Die systemische Bioverfügbarkeit beträgt bei korrekter Applikation 29–40 %. Es kommt zu einer raschen Anflutung, aber auch zu einem ebenso schnellen Absinken im Blut.“²⁶¹ Bei der Cannabisverdampfung mit Hilfe eines Vaporisators sind also keine Trägersubstanzen nötig, wie es auch nicht möglich ist und in absehbarer Zeit nicht möglich sein dürfte, analog zur als Beispiel erwähnten E-Zigarette (II.10.17) das zu verdampfende Material als Fertigmischung zu erwerben. Dagegen sind Vaporisatoren zur Hanfverdampfung in Headshops (Geschäfte für Hanfparaphernalien) oder im Versandhandel zwischen 25 und 500 Euro beziehbar.²⁶²

²⁶⁰ Drug-Infopool 2016

²⁶¹ KBV 2017

²⁶² Dutch Headshop

7.3 Strukturierung

Durch die vorgegebenen Fragekomplexe wurde schon eine Strukturierung erzeugt, trotzdem tauchen verstreut über die Interviews Aussagen zu Fragen auf, die von mir an anderer Stelle oder gar nicht gestellt wurden. Das lässt die Anwendung von Mayrings sechstem Schritt,²⁶³ nämlich eine Neuordnung der Aussagen unter einem Kategoriensystem sinnvoll erscheinen. Das Oberthema, auf das alle Kategorien bezogen sind, ist abgeleitet von meiner Forschungsfrage Gesundheitsförderung durch Risikominderung und Harm Reduction bei der Cannabisabgabe. Die Einzelkategorien sind in engem Bezug auf die Forschungsfrage Gesundheit, Beratung, Zugang zur und Ausgestaltung der Abgabe.

Die Kategorie Gesundheit umfasst die gesundheitlichen Ressourcen und Defizite, die die Kund_innen zur Abgabe mitbringen und die die Verantwortungsvollen Verkäufer_innen einschätzen müssen, um damit und mit weiteren Faktoren eine Risikoeinschätzung für die Kund_in vorzunehmen. Zur Kategorie Gesundheit gehören weiter die Gefahren, die vom Cannabisgebrauch für die Gesundheit der Kund_innen ausgehen können. Die Kategorie Gesundheit wird von der Fragestellung gekennzeichnet, bei welchen Personengruppen mit welchen Verhaltensmerkmalen aus gesundheitlichen Gründen Bedenken gegen eine Cannabisabgabe vorhanden sind.

Die Kategorie Beratung zielt auf die einzelnen Beratungsthemenkomplexe, in denen die Verantwortungsvollen Verkäufer_innen kompetent sein müssen bis hin zu konkreten Einzelberatungsinhalten als auch auf die kommunikativ-beraterischen Fähigkeiten Verantwortungsvoller Verkäufer_innen. Die Kategorie Beratung zerfällt in folgende Unterkategorien (Unterfragen): Charakterisierung (wie?), Ziel (wozu?) und Einzelinhalte (was?), nämlich Gesundheitsgefahren bezüglich Wechselwirkungen, Entzugserscheinungen, Applikation und Sondersituationen. Dazu kommen Aussagen über die beratende Person und ihre Ausbildung.

Die Kategorie Zugang umfasst das Regelwerk, nach dem Personen generell Zugang zur Cannabisabgabe erhalten sollen. Die Fragestellung lautet: an wen?, ein Ankerbeispiel²⁶⁴ kann hier der Begriff „Alter“ sein. Die Kategorie Zugang stellt außerdem die Frage, ob und nach welchem Ermessen eine Abgabe generell beschränkt oder individuell verweigert werden soll.

Die Kategorie Ausgestaltung behandelt die Charakterisierung der Abgabe und bestimmt damit auch die die räumliche und inhaltliche Ausgestaltung der Abgabestelle. Als Ankerbeispiele können hier Begriffe wie „Apotheke“ oder „Club“ dienen.

²⁶³ Mayring 2015: 70

²⁶⁴ Mayring 1985: 198

Kategorie Gesundheit:

Aussagen individuell (I.5.23, III.7.18-26) und zu einem bestimmten Zeitpunkt gültig (I.6.3). Gesundheitsgefahren: Missbrauch und Abhängigkeit, schließen risikoarmen Freizeitkonsum aus (II.5.12, III.5.34-35). Können in einem Gespräch erfragt werden (III.5.28-33). Kriterien können aus dem DSM oder ICD 10 abgeleitet werden (II.5.10-20, II.7.9-11): Kontrollverlust (II.7.19), Toleranzentwicklung (II.7.23), täglicher (III.5.34-35), regelmäßiger (III.6.21) und morgendlicher (III.6.20) Hochdosisgebrauch (II.7.24), für den ein gewisser Aufwand getrieben wird (III.6.23), gedankliche Fixierung auf die Droge (III.6.26), Drang oder Zwang zum Konsum (II.7.25). Weitere Gesundheitsgefahren aus Verunreinigungen und Mischkonsum (III.8.13-14) mit Tabak (II.3.6-8, II.10.8-11), Psychose (II.3.11-13) bei genetischer Vulnerabilität (II.6.18) und vorliegender Prädisposition (II.6.20). Gesundheitsgefahren für die Gehirnentwicklung (II.3.11-13, II.3.24, II.9.14-15), Gehirnleistungen wie Konzentration, Wahrnehmung (III.10.24) und Ausdauer (III.10.29) werden dauerhaft geschädigt (II.10.37). Gefahr einer Abhängigkeit steigt bei frühem Konsumbeginn (III.11.14-17), deshalb Cannabisgebrauch unter 22 (II.6.7) bzw. 25 (III.11.14) abzuraten. Gesundheitsgefahr amotivationales Syndrom (II.9.34-36). Gesundheitsfördernd (I.4.35): Standardisierung der Ware (I.4.18, III.13.36-37), der Herstellung (III.13.10), Abgabe im Fachgeschäft (I.4.17-19, III.13.14).

Kategorie Beratung:

Charakterisierung: Glaubhaft (I.6.28), informell (I.8.31-33), nicht manipulativ (I.11.33-34). Klare (II.9.4) und sachliche Fakten (II.9.6), nicht evident unwirksam (III.8.27-34).

Ziel: Aufklärung (II.8.37, III.7.10-11), bessere Entscheidungen (II.9.8, II.9.23-25).

Inhalte: Geschichte, Kultur, Pharmakologie (I.12.8-9), Beratungstechnik (I.12.10-12), Neurologie (II.9.14-15, II.14.2) Applikation (II.14.2-4), Sucht (II.14.5-7), komorbide Störungen (II.14.7), Recht (II.14.10).

Gesundheitsgefahren:

Mischkonsum/Wechselwirkungen: Mischkonsum abzuraten weil Wechselwirkungen (I.9.34, III.8.15-16), abweichende Aussage (II.11.9-11), Potenzierung (I.9.35-I.10.4), sinkende Hemmschwelle (II.11.1-6).

Entzugserscheinungen: Unruhe und Schlafstörungen (II.2.30-31, III.10.8), Tremor (III.9.34-35, III.10.5), Schwitzen und Tachykardie (III.10.5).

Applikation: Einübung vor Ort (I.8.18-23), oral abzuraten wegen Überdosierung (I.10.11-13), abweichende Aussage (II.10.25), Rauchen abzuraten (II.3.7),

insbesondere mit Tabak (II.10.10), nicht thematisiert (III.8.6-9), Vaporisator positiv (I.10.14-16), unentschieden (II.10.15-21).

Sondersituationen: Nüchternheit im Straßenverkehr (I.9.9-10, II.11.30, III.9.1-2), in der Schwangerschaft (I.6.1, III.5.30), beim Maschinen bedienen (III.5.31).

Berater_in: Ist nicht am Umsatz beteiligt (I.10.30-32, III.12.32-III.13.5, III.15.8). Experte für Sorte/Wirkstoffkombination (I.6.5-8, I.11.8-10), für Qualität und Standardisierung der Inhaltsstoffe (III.13.36-37), für Risiken (II.12.27-30, II.13.31, III.13.28-29), für Psychologie (II.13.32), kann gefährlichen oder abhängigen Konsum erkennen (II.12.37-13.1, III.12.26, III.13.28-29), ist fähig zum Aufklärungsgespräch (II.13.1, II.13.6-7), ist aktiv kommunikativ (I.10.32-11.2, III.12.27), kann das Gegenüber einschätzen (I.11.36, II.12.28, III.13.30-31), erhält laufende Weiterbildung (I.11.17-23), verweigert ggf. die Abgabe (II.12.32-35) und kontrolliert das Alter (II.12.33, II.13.21-25). Drogenberater qualifiziert (III.12.24-25, III.13.22).

Ausbildung: Geschichte und Kultur (I.12.8-9), sozialpädagogische Ausbildung (II.15.2-3, III.15.2, III.15.36), therapeutische Kommunikation (I.12.10-11, I.12.25-29, III.13.29-31), Psychologie (II.14.11, III.15.36), juristischer Bereich nötig (II.14.10, II.15.1), weniger nötig (III.16.4-10). Neurologie (II.14.2), Pharmakologie (I.12.8), Vor- und Nachteile von Applikationsformen (II.14.2-4), medizinisch-psychiatrischer Bereich (II.14.5-9, II.15.2, III.13.28-29, III.15.36), wie Curriculum Suchtmedizin (II.14.16-22).

Die Aussagen zur Berater_in und deren Ausbildung entsprechen denen zur „Verantwortungsvollen Verkäufer_in“.

Kategorie Zugang:

Staatlich kontrolliertes Modell geeignet (I.3.21, II.3.26, II.4.5). Alterskontrolle (II.12.33, II.13.21-25). Zugangsalter 18 unverantwortbar zu niedrig (II.6.1), 22 (II.6.7) oder 25 (III.3.10) tolerabel, abweichende Auskunft Zugangsalter 18 zu hoch (I.3.43). Abgabe mit Einzel- und Monatsobergrenze, nur an registrierte Personen (III.3.10-14).

Beratungsbedarf bei psychotischem Verhalten (II.12.29-32) und Abhängigkeit (II.13.3-5). Maßnahmen Pflichtgespräch (III.12.27), Abgabeverweigerung (II.12.32).

Kategorie Ausgestaltung:

Wie Apotheke (II.12.26) oder vorhandene Beratungsstellen (III.13.22). Professioneller Kundenkontakt (II.14.28). Kein Konsum vor Ort (II.14.27, II.15.14-15). Abweichende Aussage: Wie Club. Beratungsräume (I.6.37), Küche und Bücherei (I.7.1). Zubereitung und Konsum (I.7.1-2). Nicht Drogenberatungsstelle (I.7.13), nicht Medizinalisierung (I.7.17).

7.4 Rücküberprüfung

In einem siebten Schritt ist von Mayring eine Überprüfung vorgesehen, ob die paraphrasierten, generalisierten, reduzierten und kategorisierten Aussagen das Ausgangsmaterial, also die wörtlichen Aussagen der Expert_innen noch repräsentieren.²⁶⁵ Deshalb sollen die in Kapitel 7 Auswertung be- und erarbeiteten Kernaussagen zur Forschungsfrage bzw. deren Einzelaspekten, die in der Regel nicht paraphrasierte Fachtermini enthalten, stichpunktartig vorgetragen und durch Anhang der Quellenangaben abgesichert werden. Außerdem sollen zentrale Angaben, insbesondere bei voneinander abweichenden Aussagen der Expert_innen, mittels der beigefügten Quellenangaben rückübersetzt werden.

Dabei soll der Fokus zunächst auf den Auskünften liegen, die unter den Expert_innen unstrittig sind oder bei denen weitgehende Einigkeit besteht, weil die Aussagen übereinstimmen oder sich nicht widersprechen. Zum Schluss werden diejenigen Antworten auf Aspekte der Forschungsfrage vorgestellt, in denen die Expert_innen sich nicht einig waren.

²⁶⁵ Mayring 2015: 70

7.5 Zusammenfassung der Kernaussagen

Einheitliche Aussagen:

Die Ablösung des Cannabisschwarzmarkts durch ein reguliertes Modell wird positiv als Chance gesehen (I.2.14-17, I.4.17-19, I.4.24+35, I.4.18, I.4.33, II.3.20, II.4.23-24, III.2.18-21, III.13.10, III.13.14, III.13.36-37). Die staatlich kontrollierte Abgabe als Weg zwischen Freigabe und Verbot ist angemessen und zweckdienlich (I.3.20-23, II.3.19-26, II.4.5-6, III.3.3-8). Die in einem Cannabisfachgeschäft arbeitenden Verantwortungsvollen Verkäufer_innen sollen Kund_innen konsumbegleitend risiko- und schadensmindernd beraten können (I.6.16-21, I.10.32-I.11.2, I.12.10-12, I.12.25-29, II.8.32-36, II.13.1, II.13.6-7, II.13.32, III.7.8-11, III.7.23-24, III.12.27, III.13.29-31). Sie sollen als Expert_innen für Sorte/Wirkstoffkombination (I.6.5-8, I.11.8-10) und für Qualität und Standardisierung der Inhaltsstoffe (III.13.36-37) durch sachliche Aufklärung die Kompetenz der Kund_innen beim Umgang mit Cannabis steigern (I.11.8-10, II.8.36-II.9.8, II.9.22-25, III.7.3, III.7.10-11).

Sie müssen individuelle (I.5.23, III.7.18-26) Gesundheitsgefahren der Kund_innen erkennen (I.11.36, III, II.12.27-30, II.13.31, III.13.28-31). Gesundheitsgefahren können sein: Missbrauch und Abhängigkeit (II.12.37-II.13.1, II.13.3-5, II.14.5-7, III.12.26, III.13.28-29) und damit einhergehend Kontrollverlust (II.7.19), Toleranzentwicklung (II.7.23), täglicher (III.5.34-35), regelmäßiger (III.6.21) und morgendlicher (III.6.20) Hochdosisgebrauch (II.7.24), für den ein gewisser Aufwand getrieben wird (III.6.23), gedankliche Fixierung auf die Droge (III.6.26), Drang oder Zwang zum Konsum (II.7.25).

Sie brauchen eine Ausbildung im medizinisch-psychiatrischen Bereich (II.14.5-9, II.15.2, III.13.28-29, III.15.36), um über Gesundheitsgefahren durch Psychosen (II.3.11-13, II.12.29-32) bei genetischer Vulnerabilität (II.6.18) und vorliegender Prädisposition (II.6.20) aufklären zu können. Sie müssen die Pharmakologie (I.12.8) und komorbide Störungen (II.14.7) kennen. Sie müssen die Wirkung auf die Gehirnentwicklung (II.3.11-13, II.3.24, II.9.14-15, II.14.2) und auf Gehirnleistungen wie Konzentration, Wahrnehmung (III.10.24) und Ausdauer (III.10.29) bis zum amotivationalen Syndrom (II.9.34-36) kennen und vermitteln können. Sie müssen Entzugserscheinungen erklären können: Unruhe und Schlafstörungen (II.2.30-31, III.10.8), Tremor (III.9.34-35, III.10.5), Schwitzen und Tachykardie (III.10.5).

Sie brauchen eine sozialpädagogische Ausbildung (II.15.2-3, III.15.2, 15.36) und müssen die Notwendigkeit von Nüchternheit in Sondersituationen verdeutlichen, etwa im Straßenverkehr (I.9.9-10, II.11.30, III.9.1-2), in der Schwangerschaft (I.6.1, III.5.30) oder beim Maschinen bedienen (III.5.31). Sie kontrollieren das Alter (II.12.33, 13.21-

25), setzen bei Bedarf ein Pflichtgespräch (II.13.6-7, III.12.27) an und verweigern ggf. die Cannabisabgabe (II.12.32-35). Sie müssen auf Gesundheitsgefahren aus Verunreinigungen und Mischkonsum (I.9.34-I.10.4, II.11.1-6, III.8.13-16) mit Tabak (II.3.6-8, II.10.8-11) hinweisen. Außerdem müssen sie neben dem Willen zur konsumbegleitenden Beratung (II.8.32-35, III.7.11, II.7.33) über genaue Kenntnisse über die Vor- und Nachteile verschiedener Applikationstechniken von Cannabis bezüglich Dosierung, Rauscheintritt, Rauschdauer und pulmonaler Belastung verfügen (I.10.21-22, II.10.25-26).

Kontroverse Aussagen:

Zu einigen Punkten liegen Aussagen vor, die nicht durch Explikation vereinbar sind. Die Beurteilung des CannKG und seine Vorteile zum momentanen Cannabisschwarzmarkt der BRD werden einerseits zwischen „halbgar“ (III.4.2) und unsignifikant („...es hat vielleicht ein bisschen einen Vorteil von diesem kleinen legalen Spielfeld, auf dem wir uns bewegen, aber keinen, den ich als signifikant bezeichnen würde.“ III.4.30-32) und für unsere Kultur passend (I.3.20-21) und in Aspekten sogar als herausragend bezeichnet („... das hat wirklich eine besondere Qualität.“ I.4.19, „...finde ich das einen unerhörten Gewinn im Gegensatz zu der Situation, die wir gerade haben.“ I.4.34-35).

Noch kontroverser werden von den Expert_innen die Risiken des CannKG bzw. der Nachbesserungsbedarf beurteilt (I.3.33-I.4.13, II.4.26-35, III.4.9-23): Während einerseits mit Verweis darauf, dass „das Einstiegsalter für Cannabis... in Deutschland viel niedriger“ (I.3.34-35) ist, eine Korrektur der Altersgrenze (18 Jahre)²⁶⁶ für die Abgabe nach unten verlangt wird, soll sie andererseits mit Hinweis auf die Neurotoxizität vor der Ausreifung des Gehirns (III.11.10), wenn die „Gehirnentwicklung noch nicht abgeschlossen ist“ (II.5.35), auf 22 oder 25 heraufgesetzt werden: „Das ist wissenschaftlich gut genug belegt, dass Cannabis so schädigend in die Gehirnentwicklung eingreift, dass man das nicht verantworten kann.“ (II.5.36-II.6.1)

Die Aussagen, ob an der Abgabestelle ein gesundheitspädagogisch betreuter Konsumraum und damit ggf. sogar eine gesundheitspädagogisch begleitete Einübung des Gebrauchs und Vermittlung der Gebrauchsregeln stattfinden soll, sind sich diametral entgegengesetzt: „Wir haben ja durch die Illegalisierung faktisch so etwas wie eine Cannabisgebrauchskultur nur in Ansätzen... wir haben eine Alkoholgebrauchskultur, in die wir hineinsozialisiert werden. Wir lernen sozusagen nebenbei, wie wir damit umzugehen haben. Das fehlt uns bei Cannabis. Und deswegen muss es dafür einen Ersatz geben...“ (I.6.16-22) „...zwei oder drei

²⁶⁶ CannKG §22(2), Deutscher Bundestag 18/4204: 15

Beratungsräume für face-to-face Beratung, und es gibt auch eine große Küche, wo man kochen und backen usw. mit Cannabis lernen kann und da gab es einen Konsumraum, in dem die Leute zusammensitzen können mit einer kleinen Bibliothek dran.“ (I.6.37-1.7.3) „Genau das sollten wir in breiter Form in Deutschland haben. So eine Art Club oder so eine Abgabestelle, die nicht eine Apotheke ist sondern viel mehr. Ein Vereinsraum sozusagen. Ein Konsumraum. Ein bisschen größer eben.“ (I.7.34-37) Die Gegenposition lehnt Konsum in der Abgabestelle strikt ab: „Ich würde den Konsum vor Ort unbedingt vermeiden, weil ich glaube, dass das eine unglückliche Atmosphäre gibt.“ (II.14.27-28) „Das ist für mich auch ein No-Go. Das gehört da überhaupt nicht hin.“ (III.15.14-15) Die Abgabestelle ist dann auch völlig anders charakterisiert: „Ich glaube, dass es schon sehr professionell sein sollte, also auch was den Kontakt zwischen Kunden und Verkäufer angeht.“ (II.14.28-29) „Ein bisschen wie in einer Apotheke.“ (II.12.26) „Dann sage ich, ich lasse es die Beratungsstellen machen.“ (III.13.22).

Die konträren Aussagen der Expert_innen zur Beurteilung des CannKG, zur Altersgrenze und zur Charakterisierung der Abgabestelle müssen neben den vielen hier zusammengefassten und dargestellten übereinstimmenden Auskünften zu gesundheitsberaterischen Inhalten, die den Kund_innen in einer Cannabisabgabestelle vermittelt werden sollen, zunächst so stehen bleiben. Sie werden im nächsten Kapitel näher betrachtet.

8. Schlussfolgerungen

Die von mir befragten Expert_innen benennen eines der vielen Grundprobleme, aus denen der Entwurf des Cannabiskontrollgesetzes und damit auch die Idee zu dieser Arbeit entstanden sind: „einen ganz freien Handel von Cannabis würde ich auch für gefährlich halten, weil es Untergruppen von Menschen gibt, v.a. Kinder und Jugendliche, deren Gehirnentwicklung noch nicht abgeschlossen ist, für die es wirklich gefährlich sein kann, Cannabis zu konsumieren.“ (II.3.22-25) „Es kommen relativ viele und in den letzten Jahren gehäuft Menschen in die Beratungsstellen, die ein Problem mit Cannabis haben. (III.2.9-11) „Und durch diese Illegalisierung haben wir ja auch dummerweise eine Spaltung der Kommunikation. Die einen dramatisieren den Umgang damit. Die anderen idealisieren ihn und die Wahrheit liegt ja in der Mitte.“ (I.6.24-27)

Der dramatisierte Umgang wurde im Kapitel 2.2.1 dargestellt, wo in Zitaten wiederum vor dem idealisierten Umgang gewarnt wurde. Diese Phase der Aufspaltung in Dramatisierung und Idealisierung darf mit Verweis auf aktuellste medizinisch-psychiatrische Publikationen²⁶⁷ für den wissenschaftlichen Bereich zwar als unaufgearbeitet,²⁶⁸ aber als weitgehend abgeschlossen betrachtet werden. Die hier dokumentierten Aussagen der Expert_innen stützen diese Einschätzung. Die Notwendigkeit und die Zweckmäßigkeit der Anwendung der Grundsätze Konsumbegleitung, Risikominderung und Harm Reduktion auch mittels einer Abschaffung von Prohibition und Kriminalisierung haben sich in der Fachöffentlichkeit,²⁶⁹ nicht jedoch in der Politik²⁷⁰ durchgesetzt.

Über die erarbeiteten gesundheitsberaterischen Ziele und Inhalte herrscht zum ganz überwiegenden Teil Einigkeit. Die voneinander abweichenden Aussagen der Expert_innen²⁷¹ können so verstanden werden, dass sich in ihnen die durch die unterschiedlichen Schwerpunkte bedingte spezifische Sichtweise auf das Thema Cannabisabgabemodell widerspiegelt: Während im ersten Interview vorwiegend die Chancen eines regulierten Cannabismarktes gesehen werden, „...ein vertrauensvolles und glaubhaftes Beratungsgespräch kann für meine Begriffe sehr gut in solchen Abgabestellen, die dann eben nicht nur aus einem Abgabebetresen bestehen, stattfinden.“ (I.6.27-29), steht für die beiden Expert_innen, die dem traditionellen Drogenhilfssystem der BRD angehören, der Schutz vor den Risiken im Vordergrund: „Na ja, da beobachte ich eben die schwer Abhängigen, die sich tatsächlich in der Klinik

²⁶⁷ DGPPN 2017, Soyka et al. 2017

²⁶⁸ siehe 6.1

²⁶⁹ BDK 2014, DHS 2015, DG-Sucht 2015, DGS 2015, Freie Träger der Berliner Suchthilfe 2015, DGPPN 2015, DG SAS 2015

²⁷⁰ Deutscher Bundestag PIPr 18/238: 24365 ff.

²⁷¹ Siehe Kapitel 7.2.2 und 7.5

aufhalten. Das ist dann schon ein Blick, der ganz klar fokussiert ist.“ (II.7.17-18); „... Schutzmöglichkeiten... um zusätzlich Bevölkerungsgruppen auch im Auge zu behalten und nicht zu gefährden.“ (II.4.6-8); „Unter dem Aspekt der Menschen, die wir sehen, die Cannabis konsumieren und zu einem nicht geringen Teil zu viel konsumieren, kommen solche restriktiven Gedankengänge natürlich.“ (III.3.23-25)

Es scheint, als zeugten die unterschiedlichen Zugangsbedingungen in den skizzierten Modellen von unterschiedlichen Zielen: Auf der einen Seite ein nachzubesserndes Zugangsalter, das wie beim Modell in der Schweiz²⁷² unter 18 liegen soll, um dem niedrigeren Einstiegsalter beim Cannabisgebrauch Rechnung zu tragen, den illegalisierten Cannabismarkt möglichst vollständig zu regulieren und möglichst viele oder sogar alle Cannabisgebrauchende an den erwarteten Vorteilen partizipieren zu lassen: „Aber das Einstiegsalter für Cannabis ist ja in Deutschland viel niedriger.“ (I.3.34-35) Auf der anderen Seite wird im Interesse der Klientel, an die legal Hanfprodukte lizenziert abgegeben werden würde, eine Erhöhung des Zugangsalters auf 22 oder 25 gefordert, weil Cannabis unterhalb dieser Altersgruppe „... so schädigend in die Gehirnentwicklung eingreift, dass man das nicht verantworten kann.“ (II.5.37-II.6.1) Hier deuten sich 2 unterschiedliche Abgabemodelle an, einerseits ein im Ziel möglichst niedrighschwelliger und deshalb vollständig regulierter Cannabismarkt, der dann „...einen unerhörten Gewinn im Gegensatz zu der Situation, die wir gerade haben“ (I.4.35) darstellt, andererseits ein Markt, der durch viele Reglementierungen (III.3.10-14) vermutlich zum größeren Teil illegalisiert und kriminalisiert bleibt mit allen schädlichen Folgeerscheinungen, die u.a. von den Strafrechtsprofessor_innen des Sülchower Kreises vorgetragen werden,²⁷³ dessen modifizierte weil hochreglementierte Einrichtung als „...in den sauren Apfel beißen und Cannabis abgeben...“ (III.12.23-24) bezeichnet wird, „...mit der man vielleicht leben könnte...“ (III.3.9) bei dem die Beteiligten sich aber vom Vorwurf der direkten Mitwirkung bei der Schädigung während der Gehirnausreifung freisprechen können. Beide Seiten argumentieren gesundheitspräventiv, beide Argumentationen sind stimmig; die Frage nach den Zugangsbedingungen muss und wird vermutlich politisch beantwortet und gelöst werden, etwa nach Auswertung laufender Modellversuche.²⁷⁴

Durch die unterschiedlichen Schwerpunkte dürften auch die jeweiligen besonderen Stärken der Expert_innen begründet sein: Während im Interview I die Risikofaktoren für Cannabisgebrauchende abstrakt und eher kurz behandelt werden (I.5.8-I.6.9), dafür aber eine detaillierte Vorstellung über Enkulturation (I.6.20-23, I.7.1-5, I.7.23-30, I.8.18-23) von Cannabisgebrauch unter den herrschenden kulturellen Bedingungen in der

²⁷² TagesAnzeiger Zürich 06.04.2017

²⁷³ DRiZ 01/2014: 10 f.

²⁷⁴ TagesAnzeiger Zürich 06.04.2017

BRD enthalten ist, liefern Interview II und III der Verantwortungsvollen Verkäufer_in eine detaillierte und zur direkten Anwendung geeignete Checkliste möglicher Gesundheitsgefährdungen mit Ratschlägen, wie ihnen zu begegnen ist (II.5.24-II.7.34, II.9.14-37, III.5.27-III.6.27, III.9.25-III.11.23), geben aber im Bereich schadensmindernder Applikationstechnik keine oder mindestens stark missverständliche Informationen: „Wir wissen noch nicht sehr viel darüber, wie diese Trägersubstanzen wirken, die es da auch gibt.“ (II.10.15-16) Während im Interview I in Übereinstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung²⁷⁵ zur Applikationstechnik Verdampfen geraten wird (I.10.11-15), ist dies bei der Beratung psychotherapeutischer Klient_innen „...weniger unser Thema.“ (III.8.9) Auch dies dürfte den unterschiedlichen Blickwinkeln der Interviewten geschuldet sein: Die Problemfelder und Risikopotenziale von sozial unauffälligen Cannabis(dauer)konsument_innen liegen auf anderen Gebieten als die von psychiatrischen Patient_innen, die Beratungsfelder sind deshalb unterschiedlich gewichtet.

Mit dieser Arbeit liegt ein Kanon gesundheitsberaterischer Ziele und Inhalte vor, der zum ganz überwiegenden Teil von den von mir befragten Expert_innen gemeinsam vertreten wird. Dieser gesundheitspädagogische Kanon kann dafür verwendet werden, das Potenzial für Risiko- und Schadensminderung und Gesundheitsförderung, das in einem staatlich regulierten Cannabisabgabemodell steckt, optimal zu entfalten. Um die Stärken aller Expert_innen in ein bestmögliches gesundheitspädagogisches Cannabisabgabemodell zu implementieren dürfte die Beachtung der in allen Interviews geforderten Interdisziplinarität (I.12.8-12, II.15.1-3, III.15.36-37) ohne den Primat einer Einzeldisziplin angeraten sein; angesichts aktuellster wissenschaftlicher Veröffentlichungen²⁷⁶ könnte der Zeitpunkt dafür gekommen sein.

²⁷⁵ KBV 2017

²⁷⁶ DGPPN 2017, Soyka et al. 2017

Glossar

Cannabinoide	psychoaktive Inhaltsstoffe der Hanfpflanze
Cannabis Social Club	nichtkommerzielle Hanfbaugenossenschaft existent in mehreren europäischen Staaten
Coffeeshop	in den Niederlanden geduldetes Hanfdrogengeschäft, in dem Verkauf und Konsum stattfindet
DSM	Klassifikationssystem für psychische Störungen
Head- und Smartshop	Geschäft für Hanfparaphernalien und legale Drogen (nicht Alkohol und Nikotin. Pflanzen, Pilze, Samen, Badesalze etc.)
ICD10	Klassifikationssystem für Krankheiten
Illegalisierung	Begriff der auf die Machart der Einteilung in legale und illegale Drogen hinweist
komorbide Störungen	Krankheitsbild neben der Grunderkrankung
Prädisposition	Empfänglichkeit für eine Krankheit
Prohibition	Drogenverbot
Standardisierung	Wirkstoffvereinheitlichung
Tachycardie	Pulsbeschleunigung (>100 bpm)
Vaporisator	Gerät zur Wirkstoffverdampfung
vegetatives Nervensystem	regelt automatische innerkörperliche Vorgänge
Vulnerabilität	Anfälligkeit für eine Erkrankung

Literatur

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., JES Bundesverband e.V. (2014): Alternativer Sucht- und Drogenbericht, Lengerich

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., JES Bundesverband e.V. (2015): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht, Lengerich

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., JES Bundesverband e.V. (2016): 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht, Lengerich

Behr, H-G. (2000): Von Hanf ist die Rede, Frankfurt am Main

Beil, H. (1980): Beobachtungen an einer großen Zahl von Cannabis-Konsumenten zwischen 1966 und 1979 in einer Praxis für Allgemeinmedizin, in: Feuerlein, W. (1980) (Hg.): Cannabis heute, Wiesbaden, S. 86 - 95

Biniek, E. (1980): Ist Drogenabhängigkeit vom Typ Cannabis eine behandlungsbedürftige Krankheit? In: Feuerlein, W. (1980) (Hg.): Cannabis heute, Wiesbaden, S. 22 - 29

Bröckers, M. (Hg.) (1994): Hanf, Frankfurt am Main

Bühler, A., Thrul, J. (2013): Expertise zur Suchtprävention, Köln

Busch, W. (1864): Krischan mit der Pipe, in: Hochhuth, R. (1982) (Hg.): Wilhelm Busch Sämtliche Werke I, München, S. 477 – 488

Böllinger, L. (2014): Mehr als 100 Professoren fordern Reform des Drogenstrafrechts. Deutsche Richterzeitung (DRiZ) 01/2014, S. 11 – 12

Böllinger, L. (2017): Deformierung der Rechtstaatlichkeit – wie stoppen? In: akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (2017): 4. Alternativer Drogen- und Suchtbericht, Lengerich, S. 37 - 46

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (03.03.2017):
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte richtet Cannabisagentur für
künftigen Cannabisanbau in Deutschland ein (Pressemitteilung Nr. 7/17)
<http://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2017/pm7-2017.html>
Abruf 25.04.2017

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Quit he shit
<https://www.quit-the-shit.net/qts/fwd/public/programm.do>
Abruf 18.04.2017

Carlyle, T. (1929): Friedrich der Große, Berlin

Denzin, N.K. (1970): The Research Act, New York

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde (DGPPN) (2017) = Havemann-Reinecke, U., Hoch, E., Preuss, U. W.,
Kiefer, F., Batra, A., Gerlinger, G., Hauth, I., (2017): Zur Legalisierungsdebatte des
nichtmedizinischen Cannabiskonsums – DGPPN-Positionspapier, in: Der Nervenarzt
3/2017, Volume 88, Issue 3, S. 291 - 298

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS) (2015): Warum das
Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aus suchtmedizinischer Sicht auf den Prüfstand gehört
http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_extra_20150218/DGS-BtMG-Pru%CC%88fbedarf-2015.pdf
Abruf 19.05.2017

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS) (2015):
Stellungnahme „Mögliche Auswirkungen des öffentlichen Diskurses über die Lockerung
des Cannabisverbotes auf Konsumbeginn und Konsumbereitschaft“
http://www.dgsas.de/downloads/Stellungnahme%20Cannabis%20BMG_DG-SAS_23.2.15.pdf
Abruf 19.05.2017

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2015): Cannabispolitik in Deutschland – Maßnahmen überprüfen, Ziele erreichen
http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/Cannabispolitik_in_Deutschland.pdf
Abruf 19.05.2017

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2017): Cannabis,
<http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/illegale-drogen/cannabis.html>
Abruf 25.04.2017

Deutsche Polizeigewerkschaft (DPolG) (ohne Jahr): Drogenpolitik/Legalisierung von Drogen
<http://www.dpolg.de/ueber-uns/positionen/drogenpolitik/>
Abruf 19.05.2017

Deutscher Bundestag (2015): Drucksache 18/4204 Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804204.pdf>
Abruf 23.11.2015

Deutscher Bundestag (2016): Streit um kontrollierte Abgabe von Cannabis
<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2016/kw11-pa-gesundheit-cannabis/412280>
Abruf 28.04.2017

Deutscher Bundestag (2016): Protokoll 18/70
<https://www.bundestag.de/blob/423414/03a40cc22a52950325c58428daf2cb94/protokoll-data.pdf>
Abruf 26.06.2017

Deutscher Bundestag (2017): Plenarprotokoll 18/238
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/18/18238.pdf#P.24365>
Abruf 26.06.2017

Deutscher Bundestag (2017): Drucksache 18/12476
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/124/1812476.pdf>
Abruf 26.06.2017

Deutscher Hanfverband (DHV) (ohne Jahr): Cannabis legalisieren? Aktuelle Fragen, Fakten und Argumente

<https://hanfverband.de/themen/flyer-cannabis-legalisieren>

Abruf 20.05.2017

Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament (2017): Interpellation 17.3124

<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20173124>

Abruf 17.05.2017

Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament (2017): Parlamentarische Initiative 17.440

<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20170440>

Abruf 17.05.2017

Drug-Infopool (2016): Cannabis/THC: Aufnahme/Wirkungsdauer

<http://www.drug-infopool.de/rauschemittel/cannabis.html>

Abruf 01.07.2017

Dutch Headshop

http://www.dutch-headshop.com/de/headshop-vaporizer-c-4_17.html?sort=2a

Abruf 03.07.2017

EU-Info (2017): Schengener Abkommen,

<http://www.eu-info.de/europa/schengener-abkommen/>

Abruf 28.04.2017

Eu-Chemicals (2017): Cannabinoids,

<http://euchemicals.com/de/cannabinoids.html>

Abruf 25.04.2017

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2011): Jahresbericht 2011, Luxemburg

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2015): Europäischer Drogenbericht, Luxemburg

Flick, U. (2014): Sozialforschung, Reinbek bei Hamburg

Gewerkschaft der Polizei (GdP) (2015): Malchow: Cannabis ist eine gefährliche Droge
https://www.gdp.de/gdp/gdp.nsf/id/de_dogen-und-suchtbericht-der-bundesregierung
Abruf 19.05.2017

Glaser, H. (1991): Kleine Kulturgeschichte der Bundesrepublik Deutschland 1945 – 1989, Bonn

Gusy, C. (1994): Zu den Grenzen des Umgangs mit Cannabisprodukten.
JuristenZeitung (JZ) 49. Jahrgang, Heft 17, 2. September 1994, S. 852 - 864

Hasin, D.S., Wall, M., Keyes, K.M., Cerda, M., Schulenberg, J., O`Malley, P.M., Galea, S., Pacula, R., Feng, T. (2015): Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014, in: LancetPsychiatry 2(7), S. 601-608

Havemann-Reinecke, U., Hoch, E., Preuss, U. W., Kiefer, F., Batra, A., Gerlinger, G., Hauth, I., (2017): Zur Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums – DGPPN-Positionspapier, in: Der Nervenarzt 3/2017, Volume 88, Issue 3, S. 291 - 298

Hoch, E., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U., Preuss, U.W. (2015): Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis. Deutsches Ärzteblatt Int 2015; 112, S. 271-278

Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV (2017): Arzneimittel-Verordnung. Cannabis - was Ärzte wissen müssen. Anwendungsmöglichkeiten für Cannabisblüten
<http://www.kbv.de/html/cannabis-verordnen.php>
Abruf: 01.07.2017

Kielholz, P., Ladewig, D. (1973): Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen, München

Kinzig, J. (2015): Auf dem Weg zu einer Entkriminalisierung des Umgangs mit geringen Mengen von Cannabis?, in: Albrecht, P.-A.; Kirsch, S.; Neumann, U.; Sinner, S.: Festschrift für Walter Kargl zum 70. Geburtstag, Berlin, S. 273 - 286

König, R., Hopp, J., Winkler G., und Wolfgang Glöckler W. (1973 – 2004) (Hg.):
C. Plinius Secundus d. Ä.: Naturkunde Lateinisch-deutsch, München

Korf, D.J. (2002): Dutch coffee shops and trends in cannabis use, in: Addictive
Behaviors 27 (2002), S. 851–866

Kühn, G. (1821-1833) (Hg.): Claudii Galeni Opera omnia, Leipzig

Keup, W. (1980): Cannabis und die Hirnfunktionen, in: Feuerlein, W. (1980) (Hg.):
Cannabis heute, Wiesbaden, S. 6 - 21

Kuntz, H. (2012): Haschisch, Weinheim und Basel

Ladewig, D. (1980): Eine gutachterliche Stellungnahme zur Frage der Schädlichkeit
von Cannabis, in: Feuerlein, W. (1980) (Hg.): Cannabis heute, Wiesbaden, S. 66 - 74

Lehmann, H. (1996): Deutschland-Chronik 1945 bis 1995, Bonn

Lussi, K. (1996): Verbotene Lust, in: Rätsch, C, Baker, J. (1996) (Hg.): Jahrbuch für
Ethnomedizin und Bewußtseinsforschung 1995 – 4, S. 115 – 142

Mann, P. (2001): Hasch - Zerstörung einer Legende, Frankfurt am Main

Mayring, P: (1985): Qualitative Inhaltsanalyse, in: Jüttemann, G. (Hg.):
Qualitative Forschung in der Psychologie, Weinheim, S. 187-211

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse, Weinheim und Basel

Meyer, J. (1844) (Hg.): Das große Conversations-Lexikon für die gebildeten Stände. In
Verbindung mit Staatsmännern, Gelehrten, Künstlern und Technikern, Hildburghausen
Amsterdam Paris und Philadelphia

Meyers Großes Konversationslexikon. Ein Nachschlagewerk des allgemeinen
Wissens. Sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig und Wien
1902-1908

Meyers Enzyklopädisches Lexikon, Mannheim Wien Zürich 1947

Müller, O. (1989) (Hg.): Hildegard von Bingen Naturkunde, Salzburg

Neue Züricher Zeitung (NZZ) (11.03.2008)

https://www.nzz.ch/auch_staenderat_spricht_sich_gegen_hanf-initiative_aus-1.687299

Abruf 16.05.2017

Pelser-Berensberg, F. v. (1901): Mittheilungen über alte Trachten und Hausrath, Wohn- und Lebensweise der Saar- und Moselbevölkerung, Trier

Piontek, D., Orth, B., Kraus, L. (2017): Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: DHS Jahrbuch Sucht 2017, Lengerich, S. 107 – 112

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (03.03.2017):

Agentur kontrolliert Anbau von Cannabis

<https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2017/03/2017-03-03-cannabisagentur.html>

Abruf 25.04.2017

Projugendschutz-Initiative

<http://www.projugendschutz.ch/>

Abruf 16.05.2017

RC-Supply (2017): Fine Chemicals,

<http://ww1.rc-supply.eu/chemicals-1.htm>

Abruf 14.04.2017

Soyka, M., Press, U., Hoch, E. (2017): Cannabisinduzierte Störungen, in: Der Nervenarzt 3/2017, Volume 88, Issue 3, S. 311 - 325

TagesAnzeiger Zürich (06.04.2017)

<http://www.tagesanzeiger.ch/zuerich/region/Cannabis-fuer-Zuercher-Teenager/story/22414457>

Abruf 16.05.2017

Tagesspiegel.de (14.04.2017)

<http://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/drogenpolitik-kanada-legalisiert-das-kiffen/19673018.html>

Abruf 24.04.2017

Tait, R.J., Caldicott, D., Mountain, D., Hill, S.L., Lenton, S. (2016):

A systematic review of adverse events arising from the use of synthetic cannabinoids and their associated treatment, in: *Clinical Toxicology* 54/2016, S. 1 - 13

Täschner, K.-L. (1979): *Das Cannabis-Problem*, Wiesbaden

Täschner, K.-L. (1997): *Harte Drogen-weiße Drogen?*, Stuttgart

Tham, B. (1989): *Drogenfreigabe – Kapitulation oder Ausweg*, Bonn

Thomasius, R. (2016): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG)

<https://www.bundestag.de/blob/414876/3eba1a06db52a3811d9fe550b80ffd50/esv-prof--dr--rainer-thomasius-data.pdf>

Abruf 18.04.2017

Walsh, J., Ramsey, G. (2015): *Uruguay's drug policy*, Washington: Brookings,

<https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/Walsh-Uruguay-final.pdf>

Abruf 07.04.2017

Weiß, J.B.v. (2015): *Weltgeschichte Erster Band: Geschichte des Orients*, Paderborn

Wellmann, M. (1906–1914): *Pedanii Dioscuridis Anazarbei De materia medica libri quinque*, Berlin

Rechtsquellen

Reichsgesetzblatt RGL

http://www.reichstagsprotokolle.de/Band2_w4_bsb00000110.html

http://www.reichstagsprotokolle.de/Blatt2_w4_bsb00000110_00377.html

Abruf 10.04.2017

Bundesgesetzblatt BGBL

http://www.juris.de/jportal/portal/t/1g7u/page/homerl.psm1/js_peid/PSuchportlet1/media-type/html

Abruf 10.04.2017

Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz – BtMG)

https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmg_1981/gesamt.pdf

Abruf 10.04.2017

Österreichisches Suchtmittelgesetz (SMG)

https://www.jusline.at/12_SMG.html

Abruf 16.05.2017

Schweizer Betäubungsmittelgesetz

<https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2012/8153.pdf>

Abruf 16.05.2017

Erklärung des Verfassers

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Cannabiskontrollgesetz § 23: Gesundheitspädagogische Aspekte im Legalisierungsprozess der BRD“ selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Die wörtlich oder inhaltlich entnommenen Zitate habe ich unter Literatur- oder Quellenangaben aufgeführt.

Sofern sich – auch zu einem späteren Zeitpunkt – herausstellt, dass die Arbeit oder Teile davon nicht selbstständig verfasst wurden oder die Quellen-, Literatur- oder Zitierverweise fehlen, gilt die Arbeit als nicht erbracht.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Behörde als Prüfung vorgelegen.

Die eingereichte elektronische Form entspricht der gedruckten Fassung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die vorliegende Arbeit an der Hochschule genutzt werden kann.

Gerhard Förstner

S-402460-HCE

Tübingen, 17.07.2017

1 Anlage I:

2 Expert_inneninterview I zur Bachelorarbeit „Cannabiskontrollgesetz § 23:
3 Gesundheitspädagogische Aspekte im Legalisierungsprozess der BRD“ an der IB-
4 Hochschule Berlin – Studienzentrum Stuttgart

5

6 Die Hypothese meiner Forschungsarbeit lautet: Werden Risiken reduziert und Schäden
7 gemindert, wenn beim Cannabisabgabeakt Prävention betrieben wird?

8

9 Von der Richtigkeit dieser Hypothese ausgehend lautet meine Forschungsfrage: Wie
10 müsste die Cannabisabgabe gestaltet sein, um in den Cannabisabgabeakt das
11 höchstmögliche Maß an Risikominderung, Harm Reduction und Jugend- und
12 Verbraucherschutz zu implementieren? Welches wären die Kompetenzen und
13 präventiven Strategien, über die eine Fachkraft in einer Abgabestelle etwa einem
14 Cannabisfachgeschäft verfügen soll, um Risiken beim Drogenkonsum zu mindern?

15

16 Die hier befragte Expertin ist Frau Prof. Dr. G., Professorin im Lehrgebiet Drogen und
17 soziale Arbeit an der Hochschule X.

18

19 Das Interview führt Gerhard Förstner, S-402460-HCE.

20 Heute ist der 25.04.2017, es ist 17.05 Uhr.

21

22 G.F.: Frau Prof. Dr. G., vielen Dank, dass Sie für mich und mein Anliegen Zeit haben.
23 Möglicherweise wird diese Arbeit, die auf unserem Interview basiert, veröffentlicht.
24 Sind Sie damit einverstanden?

25

26 Prof. Dr. G.: Sie werden das Interview ja anonymisieren?

27

28 G.F.: Selbstverständlich, das hätte ich auf jeden Fall gemacht.

29

30 Prof. Dr. G.: Dann bin ich einverstanden.

31

32 G.F.: Ich habe Sie als Frau Prof. Dr. G., Professorin im Lehrgebiet Drogen und soziale
33 Arbeit an der Hochschule X an meiner Hochschule angegeben. Ist diese Titulatur so
34 richtig?

35

36 Prof. Dr. G.: Ja, das ist so korrekt wiedergegeben.

1 G.F.: Sie wurden von mir als Expertin zum Thema Cannabiskontrollgesetz und damit
2 Abgabe, Umgang und Gebrauch von Cannabis um ein Interview gebeten. Wie sehen
3 Sie selbst Ihre beruflichen Bezüge zum Thema?

4

5 Prof. Dr. G.: Also für das Drogenthema, da arbeite ich nun schon über 30 Jahre, wobei
6 das Drogenthema von mir immer weit gedacht wird. Ich habe in den 80er Jahren mit
7 Alkohol als Thema angefangen und seitdem beschäftige ich mich beruflich damit, und
8 da gehören dann wirklich alle verschiedenen Themen damit rein.

9

10 G.F.: Frau Dr. G., wie stehen Sie allgemein zu kontrollierten Cannabis-
11 Abgabemodellen?

12

13 Prof. Dr. G.: Also, das ist ja das, wofür ich mich seit vielen Jahren engagiere. Es ist
14 schon seit den 90er Jahren klar, dass die Prohibitionspolitik gescheitert ist, sie kann
15 nicht nur nicht einlösen, was sie verspricht, nämlich Konsumentenraten niedrig zu
16 halten und Risiken und Gefährdungen, die mit einem Cannabiskonsum einhergehen zu
17 minimieren, das kann sie alles nicht einhalten, sondern im Gegenteil, sie setzt
18 sozusagen mit dieser Illegalisierung noch genügend Politikprobleme obendrauf und
19 diese Politikprobleme sind sehr diverser Art. Und das heißt also, es ist dringlich
20 geboten zu einer großen Politikwende, zu einer veränderten drogenpolitischen
21 Regelung zu kommen und deshalb, ja, bin ich jemand der sagt, wir versuchen eine,
22 einen Regulierungsprozess anzugehen.

23

24 G.F.: Dankeschön. Soweit ich die Sache überblicken kann, lassen sich momentan vier
25 verschiedene Regulierungsmodelle unterscheiden: es gibt das gewinnorientierte
26 Regulierungsmodell in den USA, es gibt Uruguays staatliches Regulierungsmodell, es
27 gibt das niederländische Coffeeshop-Modell und es gibt das non-profit-Modell der
28 Cannabis Social Clubs, wie es z.B. in Spanien und Portugal praktiziert wird. Hat für Sie
29 eines von diesen vier Modelle herausragende Vor- oder Nachteile, die sie benennen
30 können?

31

32 Prof. Dr. G.: Ich glaube, dass man weg davon gehen muss, diese Modelle für sich zu
33 sehen, das ist mir klar geworden. Ich bin ja von September bis Dezember in Kalifornien
34 in Arkata gewesen und hab mich genau damit beschäftigt, mit den
35 Regulierungsmodellen, auch vor Ort habe ich mich mit den Farmern, den Produzenten,
36 den Konsumenten auseinandergesetzt und dabei ist noch einmal richtig deutlich
37 geworden, dass diese Modelle immer bezogen werden müssen auf die jeweiligen

1 Kultur, den historischen Vorlauf, der im Umgang mit Cannabis existiert und auch so
2 eingeordnet werden müssen. Das heißt, das was vielleicht in Uruguay gilt, gilt vielleicht
3 nicht für Deutschland und was für die Vereinigten Staaten gilt, gilt so auch nicht für
4 Deutschland. Also das ist der Hintergrund dazu. Deswegen finde ich diese Frage nicht
5 so richtig gut; die Frage müsste eigentlich heißen, an welchen Stellen passt welches
6 Modell für welche Kultur? Und an welchen Stellen scheinen also Unstimmigkeiten oder
7 Unwägbarkeiten auf?

8

9 G.F.: Lassen Sie uns doch zu Deutschland kommen. Wir haben hier in der BRD jetzt
10 den Gesetzesentwurf eines Cannabiskontrollgesetzes der Grünen vorliegen. Was
11 halten Sie von diesem Entwurf? Halten Sie ihn für geeignet für unsere Kultur, für unser
12 Land?

13

14 Prof. Dr. G.: Der war ja also sehr detailliert ausgearbeitet, dieser Gesetzesentwurf...

15

16 G.F.: ... auf 69 Seiten...

17

18 Prof. Dr. G.: Der Entwurf hat mich dann sehr an Kalifornien erinnert, weil dort hat der
19 Gesetzesentwurf auch 65 Seiten, und die Frage, ob das nicht eine gewisse Art von
20 Überregulierung ist muss ich dann stellen, aber ich glaube für unsere Kultur, die
21 deutsche Kultur, die viele Regeln und Regulierungen liebt, passt das dann schon. Und
22 das ist ja auch im Vergleich zu unserem historischen Stand im Umgang mit Cannabis
23 eher ein Gewinn. Für Kalifornien sind diese Überregulierungen eher ein Verlust, weil
24 dort schon auf einer anderen Ebene mit Cannabis umgegangen wurde und diese
25 Regulierung dem auch Stück für Stück einen großen Riegel und bestimmten
26 Verunmöglichungen vorschreibt. Gut. Was bedeutet das für Deutschland? Ich denke
27 mal, vieles davon muss sich tatsächlich in der Praxis bewähren, also, man merkt es ja
28 jetzt schon, im März hat der Bundesrat das Gesetz über Cannabismedizin
29 verabschiedet und da war ja nun auch viel Aufregung in Bezug darauf, also, wer
30 beginnt jetzt die Produktion in Gang zu bringen, wer ist für die Zulassung zuständig
31 usw. Also diese Praxis tritt ja nun auch erst gerade aus der Illegalisierung heraus. Das
32 was mich daran ein bisschen irritiert, weil ich das in ähnlicher Form ja auch in den USA
33 gesehen habe, ist, dass immer die Jugendlichen hier in Deutschland erst mit 18
34 Zugang haben sollen bei diesen Regulierungsmodellen. Aber das Einstiegsalter für
35 Cannabis ist ja in Deutschland viel niedriger. Da, finde ich, gibt es
36 Nachbesserungsbedarf. Dazu ist nochmals zu überlegen, wie kann ich also mit

1 Jugendlichen arbeiten, die schon heute mit dem Probierkonsum beginnen, in einem
2 anderen Lebensalter.

3

4 G.F.: Sie sehen also das Risiko, dass die Zielgruppe verfehlt wird? Habe ich Sie da
5 richtig verstanden?

6

7 Prof. Dr. G.: Ja, dass diese Altersgruppe der Jugendlichen, die mit den größten Teil der
8 Cannabiskonsumenten ausmacht, wenn man sich anschaut, dass Cannabis in
9 Deutschland in der Regel ein Thema nicht unter den Älteren und Erwachsenen,
10 sondern eher unter Jugendlichen und Heranwachsenden ist, und die hat man jetzt mit
11 diesem Kontrollgesetz erstmal geschickt umfahren. Dazu hat man sich noch nicht allzu
12 viele Gedanken gemacht. Insofern denke ich mal, da gibt es auf jeden Fall
13 Nachbesserungsbedarf an dieser Stelle.

14

15 G.F.: Wo sehen Sie die größten Chancen bei diesem Cannabiskontrollgesetz?

16

17 Prof. Dr. G.: Ich denke mal, in der Tatsache, dass dem Konsumierenden eine Substanz
18 mit kontrollierter Qualität und damit auch, sage ich mal, durch einen informierten
19 Händler gegenübertritt, das hat wirklich eine besondere Qualität. Weil erstens der
20 Schwarzmarkt, den wir jetzt haben, ich lehre ja in X und wir haben ja vor zwei Jahren in
21 unserer Region rund um Y (Landeshauptstadt) Cannabis auf dem Schwarzmarkt
22 gehabt, das war mit Blei versetzt, was dazu geführt hat, dass über 100 Personen mit
23 schwersten Bleivergiftungen sich in eine intensive medizinische Behandlung begeben
24 mussten, und eine Bleivergiftung zu behandeln ist nicht unbedingt einfach. Also, dass
25 solche Unglücksfälle, die der Schwarzmarkt nun mal immer bereithält, umgangen
26 werden. Und dass es tatsächlich mehr Aufklärung gibt zu Cannabis. Cannabis ist ja
27 eine besondere Substanz. Darin gibt es also über 60 verschiedene Cannabinoide, die
28 unterschiedlich interagieren, das heißt, das Wirkspektrum kann sehr sehr
29 unterschiedlich sein, je nachdem, welche Sorte mit welcher Anbaumethode ich vor mir
30 habe und es gibt für meine Begriffe ziemlich viel Beratungsbedarf, weil das oft gar nicht
31 so genau gewusst wird. Und wenn ich mir jetzt vorstelle, dass sich Konsumenten in
32 einer Abgabestelle dieses Cannabis kaufen können, indem sie einem sehr
33 qualifizierten Verkäufer gegenüberstehen, der ähnlich wie in einer Apotheke sehr klar
34 und deutlich beraten kann und auf Risiken und Gefahren hinweisen kann, dann finde
35 ich das einen unerhörten Gewinn im Gegensatz zu der Situation, die wir gerade haben.

36

1 G.F.: Ein zentraler Begriff in dem grünen Gesetzesentwurf ist der Begriff der
2 verantwortungsvollen Verkäuferin, des verantwortungsvollen Verkäufers. Er soll
3 missbräuchlichen Cannabisgebrauch identifizieren können, er muss hochriskanten
4 Konsum von Freizeitkonsum unterscheiden können. Können Sie etwas dazu sagen?
5 Was ist riskanter Cannabiskonsum und wie ist er von risikoarmem Freizeitkonsum zu
6 unterscheiden?

7

8 Prof. Dr. G.: Also, einen Verkäufer soweit zu qualifizieren, dass er diese Diagnose
9 stellen kann, das halte ich für unmöglich. Das was wir auch im Alkoholbereich wissen,
10 ist, dass wenn mir jemand gegenübertritt, der irgendwie ein Konsumgut von mir
11 ausgehändigt, verkauft haben will, dann sind meine Chancen, überhaupt einschätzen
12 zu können, wie geht denn der damit um, relativ klein und gering. Das ist ein Anspruch,
13 der nicht realitätsgerecht ist. Es sei denn, man macht eine Regelung, die besagt, dass
14 bestimmte Leute dann nur unter Beobachtung konsumieren dürfen. Aber so ist das
15 Cannabiskontrollgesetz ja gar nicht konzipiert. Insofern finde ich das unrealistisch. Das
16 einzige, was ein Verkäufer vielleicht bemerken kann, ist, dass jemand immer wieder
17 kommt in kurzen Abständen und immer wieder größere Mengen Cannabis kauft. Aber
18 dann weiß er immer noch nicht, ob das nun für ihn ist oder ob er es weitergibt. Das
19 finde ich passt nicht. Was ein Missbrauch ist, das entscheidet ja eben wirklich die
20 gesamte soziale und kulturelle Rahmung, in der dieser Cannabiskonsum nun
21 stattfindet. Ich persönlich denke, der DSM und der ICD10, die geben ja vor, was ein
22 Missbrauch sein soll. Ich persönlich handhabe es ja eher so: ein Missbrauch ist, wenn
23 eine falsche Person zur falschen Zeit am falschen Ort in der falschen Menge im
24 falschen Setting konsumiert. Und da merkt man schon, dass es eben nicht ganz
25 einfach ist, einen riskanten Konsum zu diagnostizieren. Das sind wirklich diverse
26 Facetten, die das haben kann.

27

28 G.F.: Für Sie ist das nicht in einer kurzen Definition ausdrückbar, sondern hängt vom
29 Individuum und der umgebenden Gesellschaft ab?

30

31 Prof. Dr. G.: Ja, es hängt vor allem davon ab, wie das Individuum seinen persönlichen
32 Konsum in seinen Lebensalltag hinein integriert.

33

34 G.F.: Also für jeden eine individuelle Definition?

35

36 Prof. Dr. G.: Ja, ganz genau, weil was für den einen zutrifft, kann für den anderen eben
37 falsch sein. Die falsche Person: Wenn ich eine Prädisposition habe auf bestimmte

1 psychische Störungen, dann bin ich die falsche Person, und wenn ich schwanger bin,
2 bin ich die falsche Person. Nach einer Schwangerschaft ändert sich das dann aber
3 schon wieder, dann bin ich nicht mehr per se die falsche Person. Insofern ist das eben
4 sehr divers, wie ein Missbrauch aussieht. Für meine Begriffe kann ein verantwortlicher
5 Verkäufer ganz viel beraten in Bezug auf das Wirkschema einer bestimmten
6 Cannabissorte, die da angeboten wird mit ihren ganz unterschiedlichen
7 Wirkstoffkombinationen, die für das eine gut geeignet sind und für das andere eben
8 nicht, aber was ein Missbrauch ist, finde ich, das ist eine Überforderung. Ich wüsste
9 nicht, wie ich das umsetzen soll als Verkäufer.

10

11 G.F.: Stichwort Schadensminderung: Halten Sie die Vermittlung von risikoarmen
12 Gebrauchsmustern prinzipiell für sinnvoll? Es gibt ja Leute, die sagen, man soll
13 überhaupt nicht darüber reden, weil das den Konsum begünstigt. Ist
14 Gebrauchsberatung beim Hanf für Sie ein Mittel des Gesundheitsschutzes?

15

16 Prof. Dr. G.: Unbedingt! Unbedingt! Wir haben ja durch die Illegalisierung faktisch so
17 etwas wie eine Cannabisgebrauchskultur nur in Ansätzen. Wir lernen ja in unserer
18 Kultur auch nicht in irgendwelchen Kursen oder in irgendwelchen
19 Beratungsgesprächen oder in Lektionen, wie man mit Alkohol umgeht, sondern wir
20 haben eine Alkoholgebrauchskultur, in die wir hineinsozialisiert werden. Wir lernen
21 sozusagen nebenbei, wie wir damit umzugehen haben. Das fehlt uns bei Cannabis.
22 Und deswegen muss es dafür einen Ersatz geben, solange wie diese Kulturmuster
23 nicht als Kultur tatsächlich für jeden zugänglich sind. Insofern denke ich, wichtig ist
24 eine Beratung dahin, welche Risiken sind tatsächlich mit Cannabis verbunden. Und
25 durch diese Illegalisierung haben wir ja auch dummerweise eine Spaltung der
26 Kommunikation. Die einen dramatisieren den Umgang damit. Die anderen idealisieren
27 ihn und die Wahrheit liegt ja in der Mitte. Und das heißt tatsächlich ein vertrauensvolles
28 und glaubhaftes Beratungsgespräch kann für meine Begriffe sehr gut in solchen
29 Abgabestellen, die dann eben nicht nur aus einem Abgabebetresen bestehen, stattfinden.

30

31 G.F.: Das heißt, Sie möchten neben Verkaufsräumen noch andere Räumlichkeiten, in
32 denen dann eins zu eins Beratungsgespräche stattfinden könnten?

33

34 Prof. Dr. G.: Ich selbst habe in meinem Büro eine Fachverkaufsstelle, die wie eine
35 Puppenstube aussieht, die meine Studentin gebaut hat, die dieses Thema auch als
36 Thema ihrer Bachelorarbeit hatte, und das fand ich total interessant. In dieser
37 Puppenstube gibt es zwei oder drei Beratungsräume für face-to-face Beratung, und es

1 gibt auch eine große Küche, wo man kochen und backen usw. mit Cannabis lernen
2 kann und da gab es einen Konsumraum, in dem die Leute zusammensitzen können mit
3 einer kleinen Bibliothek dran. Also das war schon irgendwie eher ein bisschen wie ein
4 Club, aus dem heraus sag ich mal eine kulturelle Rahmung stattfindet, die auch
5 manchmal eine Art von Kultivierung mit anlegt, dass es nicht einfach so nebenher ein
6 Konsumgut wie vieles in der kapitalistischen Konsumgesellschaft ist, sondern eben ein
7 besonderes Konsumgut und deswegen auch eine Inszenierung als etwas Besonderes.

8

9 G.F.: Ich höre da heraus, dass mit diesem Puppenstübchen ein Stück Normalisierung
10 da ist, in dem dann auch Beratungsgespräche stattfinden können.

11

12 Prof. Dr. G.: Genau. Raus aus einer Drogenberatungsstelle. Diese Puppenstube
13 verstand sich ausdrücklich nicht als Drogenberatungsstelle.

14

15 G.F.: Ich verstehe. Raus aus der Sondersituation.

16

17 Prof. Dr. G.: Und raus aus der Medizinalisierung. Deshalb sagte ich, das ist so wie ein
18 Club, in dem es verschiedenste Angebote gab.

19

20 G.F.: Ich glaube, ich habe Sie schon verstanden: Miteinander Spaß haben, vielleicht
21 etwas Sinnvolles tun und dabei ein bisschen reden...

22

23 Prof. Dr. G.: Ja. Sowas. Gemeinsam vielleicht konsumieren, und dabei auch wirklich in
24 Ruhe und ohne Strafverfolgungsgefahr beraten: das geht gut, das geht nicht so gut,
25 damit habe ich schlechte Erfahrungen gemacht usw. Also das, was wir bei Alkohol
26 ganz legal haben, da unterhalten wir uns sehr gut, welcher Wein passt, welcher Wein
27 macht Kopfschmerzen usw. Wie soll ich eigentlich was konsumieren. Möglichst eben
28 nach 17.00 Uhr, so ist es ja bei unsrer deutschen Alkoholkultur, also solche informellen
29 Regeln, an deren Erschaffung auch alle beteiligt sind und die sich dabei mit Rat und
30 Wissen und empirischen Erfahrung unterstützen.

31

32 G.F.: Lassen Sie uns doch wieder zum Hanf zurückkehren.

33

34 Prof. Dr. G.: Also, ich meinte schon, dass es das genau zu Hanf geben sollte. Genau
35 das sollten wir in breiter Form in Deutschland haben. So eine Art Club oder so eine
36 Abgabestelle, die nicht eine Apotheke ist sondern viel mehr. Ein Vereinsraum
37 sozusagen. Ein Konsumraum. Ein bisschen größer eben.

1 G.F.: Ich würde aber gerne auf die eigentliche Beratung zurückkommen – vielleicht
2 kommt man da als Sozialarbeiter ganz schlecht weg davon... Können Sie mir ein paar
3 Beratungsinhalte nenne, was Sie denken, was schadensminimierender Hanfgebrauch
4 sein könnte? Sie haben sehr viel über den Rahmen geredet, was ich auch sehr wichtig
5 finde, aber jetzt mal ganz speziell zu Frequenzen, Mengen, zu Schadensminderung
6 von Körper und Psyche.

7

8 Prof. Dr. G.: Das haben Sie jetzt eigentlich schon die wichtigsten Aspekte genannt.
9 (lacht)

10

11 G.F.: Ja, aber wie? Was können die Inhalte sein, um da hin zu kommen?

12

13 Prof. Dr. G.: Gut, natürlich geht es uns um Techniken, wie wird Cannabis in den Körper
14 gebracht.

15

16 G.F.: Also Applikationstechniken?

17

18 Prof. Dr. G.: Genau. Zum Beispiel hatte ich mal ein studentisches Projekt, da ging es
19 darum, dass die Leute sich gezeigt haben, wie baut man eigentlich einen Joint, wie
20 macht man das, wenn man das mit einer Wasserpfeife zu sich nimmt, wie ist es mit
21 Tee, worauf muss ich denn da achten – also das müsste dann schon sehr klar und
22 praktisch sein – das ist dann wirklich eins zu eins: wie backe ich das, was muss ich
23 dabei beachten, das ist tatsächlich Handwerk, was man dann lernt.

24

25 G.F.: Ok. Also ganz direkte Anleitung höre ich da raus.

26

27 Prof. Dr. G.: Jaja. Genau. Weil das ist ja das was wir ja beim Alkohol auch kriegen - wir
28 bekommen auch direkte Anleitung, indem wir andere Leute beobachten, und das ist
29 natürlich bei Cannabis ganz genau so, wenn das tatsächlich in einem legalen Rahmen
30 passiert, dann habe ich die Chance, an dem Wissen, was andere schon gesammelt
31 haben, auch tatsächlich partizipieren zu können: Genauso so und so und so musst du
32 den Konsum machen, so ist die Applikationstechnik, von diesem kannst Du nicht so
33 viel konsumieren, da müsstest du irgendwie so und so das Maß dafür finden. Es gibt
34 ein bestimmtes Setting, dieses Setting sollte so und so gestaltet werden. Also es sind
35 ganz klare praktische Hinweise.

36

1 G.F.: Ich würde Ihnen jetzt gerne noch ein paar Stichworte zuwerfen und hoffe, dass
2 Sie mir etwas daraus machen können.

3 Ich hätte das Stichwort Straßenverkehr, das ich noch gerne mit Ihnen besprechen
4 würde, und das Stichwort Mischkonsum.

5

6 Prof. Dr. G.: Ja, zum Thema Straßenverkehr: Ich bin jemand, der viel unterwegs ist, da
7 bin ich sehr hart. Also ich würde da wenig Kompromisse machen, also für mich ist
8 tatsächlich ein gekonnte Umgang mit einer Substanz, dass ich auch respektiere, dass
9 es eine Punktnüchternheit gibt. Und diese Punktnüchternheit, die verlange ich für jeden
10 Leistungsbereich, den es gibt. Und der Straßenverkehr ist eben einer davon. Und ich
11 möchte unbedingt, dass alle Verkehrsteilnehmer um mich herum auch mit klarem
12 Verstand dabei sind, weil diese Autos und jedes Verkehrsmittel kann eine Gewalt sein,
13 eine Waffe sein, die wir nutzen.

14

15 G.F.: Da höre ich die Linie raus, wie sie bei uns juristisch auch beim Alkohol gilt: jeder
16 der mit über 0,5 Promille ins Auto steigt, hat ein Alkoholproblem. Sie übertragen das
17 sozusagen.

18

19 Prof. Dr. G.: In den Staaten gibt es ja gute Modelle: Colorado hat 0,0 Nanogramm THC
20 im Blut und Washington hat gesagt 0,5 Nanogramm aktives THC im Blut. Ich
21 persönlich wäre wirklich für die 0,0 Nanogramm Grenze, weil es tatsächlich für die
22 Leute schwierig ist einzuschätzen, wieviel Cannabis habe ich denn da eigentlich jetzt
23 noch im Blut, kann ich jetzt noch fahren, kommt da jetzt noch eine Müdigkeit, verstehen
24 Sie, so, und da denke ich immer, das Setting für Cannabiskonsum ist so, dass ich erst
25 mal für 8 Stunden dem Verkehr nicht aktiv beiwohnen kann und das kann man sich ja
26 auch ein bisschen so einrichten.

27

28 G.F.: Können Sie mir noch etwas zu den Gefahren vom Mischkonsum sagen?

29 Sehen Sie da ein Problem?

30

31 Prof. Dr. G.: Ich hab da selber auch mal dazu geforscht und weiß, dass es da auch so
32 Lernprozesse gibt in den verschiedenen Szenen: welcher Konsum passt mit welcher
33 Substanz zusammen? Allerdings denke ich auch, soweit ich das alles überschaue,
34 dass es oft nicht berechenbare Wechselwirkungen gibt zwischen den verschiedenen
35 Substanzen. Ich bin auch eher jemand, der davon abrät, sich einen ganzen Cocktail
36 einzuverleiben, sondern ich denke mal, Cannabis hat ja spezifische Sachen zu bieten
37 und die dann irgendwie nochmal ja mit anderen Substanzen zu potenzieren oder dann

1 auch wieder zu limitieren, das sind schon sehr starke Anforderungen an einen
2 Konsumenten und nicht nur in der Art, wie er das praktizieren soll sondern auch an
3 seinem Körper und an seinen Geist sag ich mal, einer solchen Mischung folgen zu
4 können. Ich bin dann jemand, der dann eher sagt, das muss eigentlich nicht sein.

5

6 G.F.: Eine letzte Frage zu diesem Komplex: Können Sie noch etwas zu den Vor- und
7 Nachteilen von den Applikationsformen sagen: wir hätten hier Essen oder Trinken, also
8 orale Applikation, Rauchen pur oder mit Tabak vermischt oder mit dem Vaporisator.

9

10 Prof. Dr. G.: Ja, also , das Thema ist, ich bin selbst jemand, der kann überhaupt nicht
11 rauchen und hätte aber großen Respekt, Cannabis zu essen, weil es nicht ganz
12 einfach ist, dann die passende Dosierung zu finden und wenn man dann erstmal
13 sozusagen unter dem Einfluss steht, kann man den eigentlich gar nicht abmildern.
14 Eigentlich sind dann Vaporisatoren die Applikationsform, bei der man eigentlich nicht
15 rauchen muss, aber die Dosierung ein bisschen besser regulieren kann. Das finde ich
16 schon ein bisschen passender, weil ich ja vorhin schon gesagt hatte, Cannabis ist eine
17 ganz besondere Substanz durch ihre verschiedenen Cannabinoide, die dann jeweils
18 auch ein ganz unterschiedliches pharmakologisches Angebot darbieten und manchmal
19 verlaufen die Tage, in denen man in seinen alltäglichen Mustern läuft, sehr
20 unterschiedlich. Ich weiß auch eigentlich gar nicht so recht, wie ich dann darauf gerade
21 reagiere oder nicht, insofern wären für mich Applikationsformen, die nicht so invasiv
22 sind, immer die besser geeigneten.

23

24 G.F.: Ich würde jetzt gerne zur konkreten Abgabesituation kommen, z.B. zu einem von
25 diesen angedachten Cannabisfachgeschäften. Was wäre für Sie die Bedeutung des
26 Zertifikats Verantwortungsvolles Verkaufen? Wie müsste das konkret aussehen? Wie
27 bekommt man hin, dass ein Verkäufer ein Höchstmaß an Jugend- und
28 Verbraucherschutz gewährleistet?

29

30 Prof. Dr. G.: Er müsste zuerst mal prinzipiell nicht am Umsatz interessiert sein, also die
31 Bezahlung dieses Verkäufers dürfte auf gar keinen Fall an irgendeinen Umsatz geprägt
32 sein. Weil erst dadurch bekommt er den Nacken frei, er müsste dann dazu enorme
33 kommunikative und zwar nicht reaktive sondern aktive Kommunikationskompetenzen
34 haben, also auf Menschen zugehend.

35

36 G.F.: Also Lust auf Kommunikation und Beratung höre ich da raus.

37

1 Prof. Dr. G.: Ja, der muss wirklich in der Lage sein, den Gegenüber relativ zügig
2 einschätzen zu können, was ist das eigentlich für ein Mensch? In Arkata war das so,
3 dass die wirklich immer gut drauf waren. Jedesmal wenn ich in so einem Shop war
4 oder mir das angeschaut habe oder an einer Studie dabei war, dann waren die immer
5 richtig gut drauf, was natürlich insgesamt ein ganz anderes Grundgefühl hat. Derjenige
6 muss sich nicht böse vorkommen oder an den Pranger gestellt, weil er jetzt nach
7 diesem Cannabis fragt, sondern er kann offen damit umgehen, er wird nicht abgestraft
8 oder so und dann muss der Verkäufer natürlich wirklich Experte sein, was das
9 Cannabis mit seinen verschiedenen Potenzen und seinen verschiedenen
10 Wirkschemata betrifft, dass er da wirklich beraten kann.

11

12 G.F.: Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass eine Art Ausbildung durchlaufen werden
13 muss und diese Ausbildung auch immer wieder aufgefrischt werden muss.

14

15 Prof. Dr. G.: Ja, das finde ich auch nicht schlecht, weil wenn man das einmal gelernt
16 hat, dann setzt man ja nicht jeden Tag alles um – und ich selber mache ja auch in einer
17 anderen Geschichte mit und da muss ich auch alle zwei Jahre praktisch mein
18 Wiederholungszertifikat vorlegen, dass ich mir das alles nochmal aneigne und unter
19 Beweis stelle, dass ich auch alles noch kann. Insofern finde ich eine
20 Wiederholungsprüfung nicht schlecht. Außerdem stelle ich mir vor, dass sich viel in
21 diesem Bereich auch entwickelt und neue Erkenntnisse dazukommen und so eine
22 Wiederholungsprüfung bietet ja an, dass man sich immer wieder auf dem Laufenden
23 hält.

24

25 G.F.: Ich kenne dieses Prinzip als Krankenpfleger vom Reanimationstraining.

26

27 Prof. Dr. G.: Ja genau.

28 Lacht

29

30 G.F.: Gibt es bei den Schulungen etwas, worauf man achten muss, dass es nicht
31 passiert, das man unbedingt vermeiden muss?

32

33 Prof. Dr. G.: Nicht manipulativ zu sein. Das ist etwas, was jeder sofort bemerkt und
34 damit wird Vertrauen untergraben, sondern tatsächlich auf die Fragen, die man hat,
35 eingehen, vielleicht wie gesagt proaktiv auch nochmal mit Wissen oder Hinweisen auf
36 bestimmte Themen oder Lebenssituationen, die mir auffallen bei den Konsumenten

1 eingehen können, die sozusagen damit reinbringen, ohne die Leute zulabern zu
2 wollen.

3

4 G.F.: Stellen Sie sich bitte vor, Sie müssten eine Ausbildung zur verantwortungsvollen
5 Verkäuferin konzipieren. Was sollte derjenige wissen, der diese Schulungen durchführt
6 und was sollte der Beauftragte für Sozialkonzepte wissen und können?

7

8 Prof. Dr. G.: Es geht natürlich um pharmakologische, es geht um historische und
9 kulturelle Gebiete und solches Wissen, aber die Hauptausbildung wäre
10 Beratungstechnologie. Also dass wirklich jemand weiß, das sind offene oder
11 geschlossene Fragen, weil das ja der Hauptschwerpunkt ist, jemanden zu beraten, und
12 das muss der wirklich richtig gut können.

13

14 G.F.: Sie halten die Beratungstechnik für wesentlich wichtiger als die Inhalte?

15

16 Prof. Dr. G.: Das habe ich so nicht gesagt, aber man kann sich Wissen einfacher
17 aneignen als eine Beratungstechnik, die müssen Sie nämlich üben und das können Sie
18 nicht einfach nur nachlesen. Das Wissen dazu lässt sich schneller aneignen.

19

20 G.F.: Was gehört außer pharmakologisches, historisches und kulturelles Wissen noch
21 in das Curriculum?

22

23 Prof. Dr. G.: Pharmakologisch heißt ja eigentlich: Wie wirkt diese Substanz im Körper.
24 Dass man darüber eigentlich weitreichend aufklären kann und, ja, die
25 Beratungstechniken, die würden ja schon ein Stück weit übergeordnet sehen, dass
26 jemand in der Lage ist, mit relativ kurzen, knappen Beratungsschleifen herauszufinden,
27 wie geht derjenige damit um, warum benutzt er das eigentlich, wie benutzt er das
28 eigentlich, in welchen Zwängen steckt er, in welchen Nöten steckt er, ist das jetzt
29 tatsächlich die richtige Geschichte, die er sich da ausgedacht hat. Das ist ja das, was
30 eigentlich in solchen Gesprächen laufen könnte, wenn es ein Club wäre, da wäre dafür
31 dann genug Zeit und Raum. Aber eine Beratung, die an einem Tresen stattfindet, ist ja
32 dann schon mal zurückgeschnitten, dann muss das, was ich gerade gesagt habe,
33 schon ausreichen.

34

35 G.F.: Ich komme zum Schluss: Gibt es bei den Fragen, die ich Ihnen gestellt habe,
36 Themen, die ich gar nicht abgefragt habe, die Ihnen aber ganz besonders wichtig
37 wären?

1

2 Prof. Dr. G.: Ich glaube, wir haben alles besprochen. Ich habe ja schon ein paar Mal
3 gesagt, vieles wird sich danach sortieren, wie man das ganz genau aufbaut, eine
4 solche Cannabisabgabestelle. Und wenn es nur ein Verkaufstresen ist, dann sind viele
5 Chancen verspielt. Wenn man da draus eine Abgabestelle macht im Sinne eines
6 Clubs, wo auch mehrere begleitende andere Angebote um den Cannabiskonsum
7 ranken, dann hat man wesentlich mehr Optionen und Chancen, tatsächlich
8 umfänglicher eine Beratung zu machen, die dem Einzelnen auch nützt. Es wird ja so
9 ein Zwischending sein für Leute, die tatsächlich nicht gut mit dieser Substanz
10 umgehen, die vielleicht auch Probleme bekommen, dass man davon weiß, bevor man
11 überhaupt therapeutisch etwas macht, also vielleicht eine Art von Frühintervention. Das
12 geht aber an einem Tresen eben nicht.

13

14 G.F.: Frau Prof. Dr. G., ich bedanke mich herzlich für Ihre Auskünfte und dass Sie Zeit
15 für mich hatten. Ich beschließe dieses Interview um 17.50 Uhr.

1 Expert_inneninterview II zur Bachelorarbeit „Cannabiskontrollgesetz § 23:
2 Gesundheitspädagogische Aspekte im Legalisierungsprozess der BRD“ an der IB-
3 Hochschule Berlin – Studienzentrums Stuttgart

4

5 Die Hypothese meiner Forschungsarbeit lautet: Werden Risiken reduziert und Schäden
6 gemindert, wenn beim Cannabisabgabebeakt Prävention betrieben wird?

7

8 Von der Richtigkeit dieser Hypothese ausgehend lautet meine Forschungsfrage: Wie
9 müsste die Cannabisabgabe gestaltet sein, um in den Cannabisabgabebeakt das
10 höchstmögliche Maß an Risikominderung, Harm Reduction und Jugend- und
11 Verbraucherschutz zu implementieren? Welches wären die Kompetenzen und
12 präventiven Strategien, über die eine Fachkraft in einer Abgabestelle etwa einem
13 Cannabisfachgeschäft verfügen soll, um Risiken beim Drogenkonsum zu mindern?

14

15 Der hier befragte Experte ist Herr Dr. F., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
16 Suchtmediziner, Oberarzt Sozialpsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und
17 Psychotherapie am Universitätsklinikum X.

18

19 Das Interview führt Gerhard Förstner, S-402460-HCE.

20 Heute ist der 03.05.2017, es ist 17.10 Uhr.

21

22 G.F.: Herr Dr. F., vielen Dank, dass Sie für mich und mein Anliegen Zeit haben.
23 Möglicherweise wird diese Arbeit, die auf unserem Interview basiert, veröffentlicht.
24 Sind Sie damit einverstanden?

25

26 Dr. F.: Damit habe ich mich vorab einverstanden erklärt.

27

28 G.F.: Ich habe Sie als Herr Dr. F., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
29 Suchtmediziner, Oberarzt Sozialpsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und
30 Psychotherapie am Universitätsklinikum X an meiner Hochschule angegeben. Ist diese
31 Titulatur so richtig?

32

33 Dr. F.: Ja, das stimmt so.

34

35 G.F.: Sie wurden von mir als Experte zum Thema Cannabiskontrollgesetz und damit
36 Abgabe, Umgang und Gebrauch von Cannabis um ein Interview gebeten. Wie sehen
37 Sie selbst Ihre beruflichen Bezüge zum Thema?

1

2 Dr. F.: Ich bin zum einen verantwortlich für die Leitung der Psychotherapiestation
3 Sucht. Auf der Psychotherapiestation Sucht bieten wir Entgiftung und
4 Motivationsprogramme an für Patienten unter anderem mit einer
5 Cannabisabhängigkeit. Das heißt, wir behandeln quasi die alkoholabhängigen und
6 cannabisabhängigen Patienten auf einer Station mit offenen Türen im Gegensatz zu
7 Drogenentgiftungsstationen, die ja heute auch oft noch mit geschlossenen Türen
8 geführt werden, sodass ich da einen fachlichen Bezug habe. Ich behandle Patienten,
9 die eine Cannabisabhängigkeit entwickelt haben. Ich habe ansonsten auch in der
10 Ambulanz Patienten, die sehr häufig auch einen THC-Konsum in irgendeiner Form
11 pflegen, die einen unbedenklichen Konsum oder einen kritischen Konsum oder
12 abhängige Konsummuster aufzeigen.

13

14 G.F.: Ich finde das total spannend, was Sie sagen. Lassen Sie mich eine Zusatzfrage
15 stellen: Wie entgiften Sie von Cannabis?

16

17 Dr. F.: Wir entgiften möglichst ohne irgendwelche chemische Substanzen, wenn das
18 geht, aber die Patienten haben dann doch ausgeprägte Schlafstörungen, sodass wir
19 dann Medikamente anbieten, die zumindest vorübergehend den Schlaf unterstützen,
20 weil das dann doch als sehr quälend erlebt wird, wenn Patienten ein bis zwei Wochen
21 lang keine Nacht mehr vernünftig schlafen können. Das machen wir aber auf freiwilliger
22 Basis. Wenn ein Patient sagt, er möchte gar keine Medikamente nehmen, dann
23 bekommt er auch keine, auch dann wenn wir den Eindruck haben, dass er sich zu
24 unwohl fühlt und dass es für ihn zu schwierig sein wird.

25

26 G.F.: Ich möchte nochmal weiter nachfragen: Sind die Entzugserscheinungen, wenn
27 wir sie mal so nennen wollen, rein psychovegetativ oder gibt es da auch körperliche
28 Entzugserscheinungen?

29

30 Dr. F.: Na ja, das gibt es schon. Eine ausgeprägte Unruhe und eben auch ausgeprägte
31 Schlafstörungen. Das sind die häufigsten Dinge, die wir sehen.

32

33 G.F.: Vielen Dank. Ich möchte mit Ihnen gerne über Cannabis-Abgabemodelle reden.
34 Dafür haben Sie sich bereit erklärt, mir ein Interview zu geben. Was halten Sie
35 prinzipiell von staatlich kontrollierten Cannabisabgabemodellen?

36

1 Dr. F.: Nun ja, ich bin da etwas zwiespältig. Grundsätzlich habe ich die Haltung, dass
2 Cannabis für Menschen, die keine Abhängigkeit davon entwickeln, nicht schädlicher
3 sein kann als Alkohol. Umgekehrt könnte man sich darüber streiten, je nach Qualität
4 des Cannabisprodukts, ob womöglich nicht der Alkohol den größeren Schaden
5 anrichten kann, je nachdem wie man es konsumiert. Wenn wir mal die zusätzlichen
6 Folgen durch irgendwelche beigemischten Substanzen oder Verunreinigungen oder
7 auch die Inhalation zusammen mit Zigarettenrauch abziehen ist der reine THC-Konsum
8 körperlich nicht schädlicher als der Alkoholkonsum. So argumentiert bin ich dafür, dass
9 man das Verbot von Cannabis schon aufhebt. Auf der anderen Seite sieht man als
10 Psychiater doch auch viele Cannabisfolgeschäden, also auch im Bereich von
11 psychotischen Entwicklungen bei jungen Leuten oder sonstigen Entwicklungen, dass
12 die psychosoziale Entwicklung, wenn früh angefangen wird einen hohen Konsum von
13 THC zu pflegen, schon schwer leidet bis hin dazu, dass Leute den Schulabschluss,
14 den sie eigentlich erreichen könnten, nicht hinbekommen. Ich denke, dass die völlig
15 freie Verfügbarkeit der Gefährlichkeit der Substanz auch nicht gerecht wird und es auf
16 der anderen Seite aber auch nicht gerechtfertigt ist, THC so viel anders zu behandeln
17 als Alkohol. Weil es letztlich nur ein Unterschied im Kulturkreis ist, welche Form von
18 Droge akzeptiert oder nicht akzeptiert wird. Von daher würde ich mich quasi
19 rauswinden. Ich denke, eine staatlich kontrollierte Abgabe wäre der richtige Weg, um
20 es nicht völlig zu verbannen und zu verteufeln und es auf der anderen Seite auch nicht
21 freizügig wie Alkohol zu verkaufen, um sich letztlich, ja, nur der kulturellen Vorgabe zu
22 beugen, dass der Alkohol bei uns akzeptiert wird. Wie gesagt: einen ganz freien
23 Handel von Cannabis würde ich auch für gefährlich halten, weil es Untergruppen von
24 Menschen gibt, v.a. Kinder und Jugendliche, deren Gehirnentwicklung noch nicht
25 abgeschlossen ist, für die es wirklich gefährlich sein kann, Cannabis zu konsumieren.
26 Deshalb denke ich, dass es staatlich kontrolliert funktionieren sollte, um diese
27 Personengruppen zu schützen.

28

29 G.F.: Danke. Es gibt momentan vier verschiedene Modelle wie staatlicherseits mit
30 Cannabis umgegangen wird. Es gibt die gewinnorientierten Regulierungsmodelle in
31 den USA, es gibt Uruguays staatliches Regulierungsmodell, es gibt das
32 niederländische Coffeeshopmodell und es gibt die z.B. in Spanien praktizierten
33 Cannabis Social Clubs. Würden Sie eines von diesen für geeigneter als die anderen
34 halten, um Schäden zu reduzieren?

35

36 Dr. F.: Schwierige Frage. (lacht)

37

1 G.F.: Ja, deshalb stelle ich sie auch. (lacht)

2

3 Dr. F.: Also, die Frage geht ja auch ein bisschen darüber raus. Sie geht ja auch ein
4 bisschen darum, was ich von reiner Gewinnorientierung halte. Wenn ich das jetzt mal
5 außen vor lasse, dann denke ich schon, dass eine staatlich kontrollierte Abgabe die
6 besten Schutzmöglichkeiten bietet, die ich vorher schon erwähnt habe, die einfach
7 notwendig sein können, um zusätzlich Bevölkerungsgruppen auch im Auge zu
8 behalten und nicht zu gefährden.

9

10 G.F.: Also nicht wie unser Lizenzmodell vom Alkohol, sondern ein non-profit-Modell,
11 staatlich gelenkt?

12

13 Dr. F.: Ja, weil man durch die Lenkung einfach auch sicher stellen kann, dass die
14 Abgabe dann auch tatsächlich so erfolgt, dass es den wissenschaftlichen Grundlagen,
15 den Ideen, die man hat, auf was man aufpassen muss, dann auch Folge leisten kann.

16

17 G.F.: O.K. Die Grünen haben ja einen Gesetzesentwurf vorgelegt, ca. 70 Seiten lang,
18 in dem sehr detaillierte Vorschläge gemacht werden, wie der Cannabisabgabeakt zu
19 erfolgen hat, auch mit sehr differenzierten Vorschriften zum Straßenverkehr, zu
20 Grenzwerten. Wo sehen Sie die Chancen bei einer möglichen Einführung des
21 Cannabiskontrollgesetzes und wo sehen Sie mögliche Risiken?

22

23 Dr. F.: Die Chancen sehe ich darin, in Anführungszeichen die Verteufelung einer
24 Substanz, die per se nicht gefährlicher als Alkohol sein kann, zu vermeiden. Aber man
25 muss da die wissenschaftlichen Daten nochmal ganz genau anschauen, insbesondere
26 auch, was den Straßenverkehr angeht. Da müsste man sicherlich auch noch weitere
27 Forschungen betreiben, weil die Datenlage dazu, was jetzt ein Konsum ist, der eine
28 Teilnahme am Straßenverkehr noch erlaubt und was ein Konsum wäre, der die
29 Teilnahme am Straßenverkehr gefährlich macht, zumindest eine Analogbildung zu der
30 Promillegrenze momentan noch nicht erlaubt, wenn ich die Datenlage gut überblicke.
31 Ich habe mich da vor einiger Zeit auch selbst mal schlau gemacht, wie die Datenlage
32 aussieht. Da müsste mal also schon nochmal schauen, dass man da gute Grenzwerte
33 hat. Das dauert sicherlich noch ein Jahrzehnt, bis man da gut genug weiß bis
34 soundsoviel Cannabisgehalt im Blut ist jemand reaktionsschnell genug, um tatsächlich
35 am Straßenverkehr teilzunehmen. Das müsste man vernünftig untersuchen. In dem
36 Bereich, was da zusätzliche Regulierungen angeht, da glaube ich schon auch, muss

1 man ein gutes Maß finden zwischen staatlicher Regulierung und Gesetzen und, ja,
2 klarem Menschenverstand, der auch noch mitentscheiden muss.

3

4 G.F.: Dankeschön. Ich möchte zum nächsten Fragekomplex weitergehen: Risikoarmer
5 versus hochriskanter Konsum. Sie sagten ja schon, dass Sie viel Kontakt haben mit
6 auch sehr auffälligen Konsumenten. Was ist für Sie riskanter Cannabiskonsum? Ist es
7 Ihnen möglich, risikoarmen Freizeitkonsum von hochriskantem Konsum durch Kriterien
8 abzugrenzen?

9

10 Dr. F.: Also da könnte ich mich zum einen auf die internationale Klassifikation
11 psychischer Störungen zurückziehen und sagen, riskant wird es in dem Moment, wo es
12 die Kriterien des Missbrauchs erfüllt und wo Konsum stattfindet trotz des Wissens um
13 die eindeutig schädlichen Folgen. Das wäre jetzt so das psychiatrische Kriterium, um
14 zu sagen, hier sind wir im Bereich dessen, wo es auch eine Diagnosestellung
15 rechtfertigt, die noch nicht die Schwelle zur Abhängigkeit erreicht hat, aber es sich
16 eben trotzdem um einen schädlichen Konsum handelt.

17

18 G.F.: Ist dieser Missbrauchs begriff vollständig definiert mit den schädlichen Folgen?

19

20 Dr. F.: Ja.

21

22 G.F.: Danke.

23

24 Dr. F.: Ich würde es aber etwas erweitern. Einen risikoarmen Konsum kann jemand
25 pflegen, der als Freizeitvergnügen gelegentlich Cannabis konsumiert, weil er die
26 Rauschwirkung schätzt. Einen risikoarmen Konsum kann auch jemand pflegen, der
27 aufgrund einer körperlichen Erkrankung Cannabis als Medikation verordnet bekommt,
28 die für ihn sinnvoll ist, bei Schmerzzuständen, bei Spastik, bei Inappetenz. Riskanter
29 Konsum würde eben zum einen bedeuten, dass es schädliche Folgen zeitigt, um die
30 derjenige, der es konsumiert, auch weiß. Das können auch Dinge im sozialen Bereich
31 sein, z.B. einen Führerschein zu verlieren durch den Konsum oder so etwas. Wenn
32 man dann trotzdem weiterkonsumiert und eigentlich auf seinen Führerschein
33 angewiesen ist, würde ich das auch für einen schädlichen Konsum halten. Und dann
34 eine große Gruppe, auf die ich vorher schon einmal abgehoben habe, Kinder und
35 Jugendliche, deren Gehirnentwicklung noch nicht abgeschlossen ist, also so bis
36 Anfang 20, da gibt es für mich keinen risikoarmen Cannabiskonsum. Das ist
37 wissenschaftlich gut genug belegt, dass Cannabis so schädigend in die

1 Gehirnentwicklung eingreift, dass man das nicht verantworten kann. Jeder
2 Cannabiskonsum unterhalb dieses Lebensalters wäre für mich per se ein schädlicher
3 und riskanter Konsum.

4

5 G.F.: Wenn Sie eine Grenze ziehen müssten: Wo wäre sie? 20? 21?

6

7 Dr. F.: Ich glaube es gibt die Zahl von 22, die belegt ist, aber das kann ich jetzt nicht
8 hundertprozentig sagen. Aber das war für mich, als ich es zum ersten Mal hörte und
9 nachgelesen hab in einer Publikation, eine Zahl, die zuerst mal erstaunlich hoch war
10 und daran hab ich sie mir gemerkt, weil sie auch nichts mit unserer Idee von
11 Volljährigkeit und voller Verantwortlichkeit zu tun hat, sondern doch noch mal deutlich
12 drüber liegt.

13

14 G.F.: Und auch nichts mit der Realität, wann bei uns mit dem Cannabiskonsum
15 begonnen wird.

16

17 Dr. F.: Genau, ja. Und darüber hinaus gilt die Grenze auch noch für Menschen, die z.B.
18 eine genetische Vulnerabilität haben für psychotische Erkrankungen. Da denke ich
19 auch, dass es keinen risikoarmen Konsum gibt. Weil auch das gut genug belegt ist,
20 dass THC bei prädisponierten Patienten geeignet ist, psychotische Episoden
21 auszulösen. Die würde ich auch ausschließen vom risikoarmen Konsum. Aber wir
22 haben ja auch dazu keine guten Zahlen. Wir haben gute Zahlen dazu, wieviel Prozent
23 der Bevölkerung in Deutschland Alkohol konsumiert, irgendwann, vielleicht einmal die
24 Woche. Das sind 90% der Bevölkerung, die quasi risikolos Alkohol konsumiert und
25 dann gibt es ein paar Prozent Menschen, die einen riskanten Alkoholkonsum pflegen
26 und ein paar Prozent Menschen, die einen abhängigen Konsum pflegen. Und auch
27 dazu gibt es nicht so richtig gute Zahlen, wie es aussehen würde mit freigegebenem
28 THC. Und es gibt auch aus den Ländern, wo THC quasi erlaubt ist, nicht so richtig gute
29 Zahlen, weil das häufig Länder sind, in denen solche Erhebungen auch nicht gemacht
30 werden und wo es gar keine Idee so richtig für Drogenpolitik gibt. Aber möglicherweise
31 würde man ja ähnliche Zahlen finden. Einen ganz spannenden Anhalt gibt jetzt ein
32 Nebenprodukt der Flüchtlingswelle, wenn man sich unterhält mit Leuten, die aus
33 Ländern kommen, wo THC recht frei zugänglich ist und verbotsfrei konsumiert werden
34 kann. Da gibt es einen ganz anderen Umgang damit und auch gar nicht so ein
35 Verständnis wie bei uns, dass es eine gefährliche Droge sei, von der man sofort
36 abhängig wird. Im Verhältnis, das ist jetzt ein bisschen vergrößert ausgedrückt, aber
37 ich habe schon den Eindruck, was bei uns die Selbstverständlichkeit von Alkohol ist, ist

1 in anderen Ländern, in denen Alkohol eher der Prohibition unterliegt und THC frei
2 zugänglich ist, da ist es eigentlich genau umgekehrt, was die Problematisierung der
3 Substanzen angeht.

4

5 G.F.: Ich hätte jetzt noch eine Nachfolgefrage, aber die haben Sie glaube ich, schon
6 beantwortet: Was sind für Sie Anzeichen für ein riskantes und abhängiges
7 Konsummuster? Sie haben diese feststellbaren Schäden genannt...

8

9 Dr. F.: Ja, genau. Und für die Abhängigkeit gibt es auch ganz klare Kriterien. Da gibt es
10 6 Kriterien, von denen drei gleichzeitig erfüllt sein müssen, und dann darf man von
11 einer Abhängigkeit sprechen. Ein Drang oder Zwang zu konsumieren...

12

13 G.F.: Entschuldigung, darf ich Sie bitten, diejenigen, die Sie am häufigsten aus Ihrem
14 beruflichen Alltag bei CannabiskonsumentInnen beobachten können, der Häufigkeit
15 nach zu nennen?

16

17 Dr. F.: Na ja, da beobachte ich eben die schwer Abhängigen, die sich tatsächlich in
18 der Klinik aufhalten. Das ist dann schon ein Blick, der ganz klar fokussiert ist. Also die,
19 die hier ankommen, haben schon auch einen deutlichen Kontrollverlust, sodass es
20 immer wieder Vorsätze gab, den Konsum sein zu lassen und die Vorsätze nicht
21 umsetzbar waren. Sonst würden die Patienten nicht in der Klinik landen, tatsächlich
22 auch, um einen Entgiftungsversuch zu starten. Die Patienten, die wir hier zu sehen
23 bekommen im stationären Rahmen haben häufig eine ordentliche Toleranzentwicklung
24 und konsumieren dann schon auch eher im Hochdosisbereich und auch täglich. Damit
25 wird auch erfasst dieser Zwang oder Drang zu konsumieren. Auch das ist ein Kriterium,
26 das man sieht. Dadurch dass Cannabis dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt und
27 strafrechtlich verfolgt wird, je nachdem in welchem Bundesland man sich gerade
28 befindet oder auch in welchem Gerichtsbezirk, ist es so, dass der schädliche Konsum
29 auch ein häufiges Kriterium ist, das erfüllt wird. Weil eben den Leuten strafrechtliche
30 Konsequenzen aus ihrem Konsum erwachsen sind und sie trotzdem weiter
31 konsumieren. Was wir anders als im Bereich des Alkohols nicht so häufig haben oder
32 eher nicht haben, sind schwere körperliche Entzugssymptome. Die habe ich ja vorher
33 schon aufgezählt. Die sind eher so im Bereich von Schlafstörungen und nicht so
34 ausgeprägt wie bei anderen Mitteln. Also das sind die Hauptkriterien.

35

1 G.F.: Wenn wir grade dabei sind: Ich interviewe ja eine Expertin: Können Sie mir über
2 den Daumen gepeilt sagen, wieviel Prozent Ihrer Klient_innen freiwillig zu Ihnen
3 kommen, aus eigenem Antrieb?

4

5 Dr. F.: Zum THC-Entzug?

6

7 G.F.: Ja.

8

9 Dr. F.: (Pause) Ganz freiwillig, (Pause) ganz freiwillig sind es wahrscheinlich die
10 wenigsten. Es sind aber auch sehr wenige, die rein juristisch motiviert sind. Es ist
11 schon auch eine Mischung aus sozialem Umfeld, Schwierigkeiten, die sich in der
12 Schule oder am Arbeitsplatz ergeben, und auch die Rückmeldung, mit Dir stimmt
13 etwas nicht, jetzt geht grad gar nichts mehr. Aber das finde ich einen sehr fließenden
14 Übergang zwischen eigener Motivation und Fremdmotivation. Letztlich führt die
15 Rückmeldung aus dem sozialen oder beruflichen oder schulischen Umfeld dazu, dass
16 Leute merken, okay, mit mir stimmt etwas nicht mehr. Die kommen ja dann aber
17 trotzdem freiwillig hierher. Wirklich nur wegen Paragraphen kommende THC-
18 Abhängige sind extrem selten. Also das sind unter 1% der THC-Entgiftungen, die wir
19 haben.

20

21 G.F.: Also die meisten sind gut sekundär motiviert?

22

23 Dr. F.: Oder angeregt.

24

25 G.F.: Vielen Dank. Ich würde gerne zum nächsten Fragenkomplex kommen.
26 Schadensminderung. Es ist ja eine offene Diskussion, ob die Vermittlung
27 schadensmindernder Gebrauchsweisen nicht eine Aufforderung zum Konsum darstellt
28 oder als Begünstigung des Konsums gedeutet werden kann. Halten Sie die Vermittlung
29 risikoarmer Konsummuster für sinnvoll? Ist das für Sie beim Thema Hanf ein Mittel des
30 Gesundheitsschutzes?

31

32 Dr. F.: Aber das machen wir beim Alkohol doch auch! Wir versuchen den Leuten ja
33 auch zu vermitteln, was ein riskanter und ein abhängiger Konsum beim Alkohol ist.
34 Auch da sehe ich nicht, dass man es unterschiedlich behandeln muss und halte es
35 nicht für eine Aufforderung zum Konsum. Man kann ja trotzdem noch vorausschicken,
36 das was Sie da tun, ist illegal. Aber ich finde es trotzdem nur fair, Menschen, die
37 ohnehin konsumieren wollen, darüber aufzuklären, ab wann ihr Konsum

1 gesundheitsgefährlich werden kann. Jetzt komme ich wieder zu den Kindern und
2 Jugendlichen: Gerade in diesem Bereich ist es ja wichtig, nicht sich in einen
3 Machtkampf einzulassen, wo es um Grenzen ausloten und vielleicht auch Pubertät
4 geht, sondern einfach zu sagen: ein paar klare Fakten gibt es hier und die würden wir
5 euch trotzdem gerne mitteilen, damit ihr euch vernünftig entscheiden könnt, ob ihr es
6 tun wollt oder ob ihr es nicht tun wollt. Die Vermittlung von sachlichen Fakten hat für
7 mich nichts mit Erlaubniserteilung zu tun, sondern damit, Leuten zu ermöglichen,
8 bessere Entscheidungen zu treffen.

9

10 G.F.: Ok. Ich höre ein ganz klares Ja aus Ihrer Antwort heraus. Sie haben eben darauf
11 hingewiesen, es gibt ganz klare Fakten. Was wären für Sie wichtige Beratungsinhalte
12 für einen schadensmindernden Hanfgebrauch?

13

14 Dr. F.: Zum einen tatsächlich nochmal über die Hirnentwicklung und den Einfluss auf
15 die Hirnentwicklung aufzuklären. Für mich wäre wichtig auch noch mal, weil das auch
16 ein schwierig zu vermittelndes Thema ist, tatsächlich die Frage: Was ist ein risikoarmer
17 Konsum, was ist ein riskanter Konsum und wo ist die Grenze zur psychiatrischen
18 Erkrankung überschritten und zu möglichen Einschränkungen und Folgeerkrankungen
19 bei jemandem, der eine Prädisposition hat. Also die gesundheitlichen Risiken. Und
20 solange es illegal ist schon auch die juristische Aufklärung, was geht und was geht
21 nicht. Das würde für mich auch dazugehören. Ich halte es hier wie im übrigen Bereich
22 der Suchtbehandlung letztlich auch, dass es am besten ist, wenn Leute, die
23 konsumieren wollen, Experten in der Sache sind und möglichst viel Wissen haben. Ein
24 gut informierter Mensch kann sich vernünftig entscheiden, was er für sich haben
25 möchte und nicht haben möchte. Deshalb würde ich es gar nicht einschränken. Ich
26 würde das was an verfügbarem Wissen zur Substanz und zur Auswirkung der
27 Substanz gibt, weitervermittelt haben wollen.

28

29 G.F.: Ich würde gerne noch konkreter weiterfragen. Sie haben sich geäußert zu den
30 psychischen Folgen. Sie haben etwas zur Altersgrenze gesagt. Vielleicht sagen Sie
31 noch einen Satz zu Langzeitwirkungen auf die Psyche?

32

33 Dr. F.: Was man ja unter einem kritischen THC Konsum kennt ist, dass sich das, was
34 man ein amotivationales Syndrom nennt, entwickeln kann. Dass also Dinge des Alltags
35 letztlich dem Substanzkonsum zum Opfer fallen und Menschen sich dann nicht mehr
36 gut aufraffen können, ihren Alltag zu bewältigen. Also das würde ich als Inhalt auch
37 mit vermitteln wollen, dass es solche Folgen geben kann.

1

2 G.F.: Wie sieht es aus mit dem Thema Atemwege?

3

4 Dr. F.: Das ist eine Frage der Darreichungsform.

5

6 G.F.: Was würden Sie raten?

7

8 Dr. F.: Ich würde raten den Stoff da zu beschaffen, wo nicht irgendwelcher Dreck drin
9 ist, wo man weiß, was an Zusatzstoffen drin sein könnte. Und dann ist klar, dass der
10 Konsum zusammen mit Tabak eben die üblichen Risiken des Tabakrauchens mit sich
11 bringt.

12

13 G.F.: Halten Sie Vaporisatoren für schadensmindernd?

14

15 Dr. F.: Wir wissen noch nicht sehr viel darüber, wie diese Trägersubstanzen wirken, die
16 es da auch gibt. Ich würde mich darauf zurückziehen, dass man noch nicht so richtig
17 gut weiß, was man sich da vielleicht antut. Ich bin auch mit der E-Zigarette so ein
18 bisschen skeptisch, weil ich mir immer denke, dass man nicht so richtig weiß, was in
19 diesen Ampullen drin ist, die man aus dem Internet beziehen kann. Das steht und fällt
20 mit dem Verbraucherschutz und der Deklaration dessen, welche Substanzen ich
21 tatsächlich inhaliere.

22

23 G.F.: Welche Konsumform halten Sie für die am wenigsten schädliche?

24

25 Dr. F.: Die orale Aufnahme. Dann hat man die reine Substanz aufgenommen. Das ist
26 jetzt aber die rein medizinische Betrachtungsweise. Damit bleibt der Spaß oder was
27 man sonst auch damit verbinden möchte außen vor.

28

29 G.F.: Für wie gefährlich halten Sie Mischkonsum mit anderen Drogen? Wovon würden
30 Sie besonders abraten?

31

32 Dr. F.: Rein medizinisch wegen der Wechselwirkungen?

33

34 G.F.: Ja, zum Beispiel.

35

36 Dr. F.: (Pause) Na ja. Beim Mischkonsum ist es ja so, dass die Hemmschwelle auch für
37 weiteren Konsum sinkt, je weniger Kontrolle jemand noch hat über das, was er gerade

1 tut. Von daher kommt man irgendwann an einen Punkt, in dem man es vielleicht gar
2 nicht mehr gut im Griff hat, was man jetzt noch konsumieren kann und was nicht mehr.
3 Das wäre für mich so eine besorgniserregende Geschichte am Mischkonsum, auch mit
4 der enthemmenden Wirkung von Alkohol zusammen. Es ist ja gut denkbar, dass man
5 relativ rasch nicht mehr die Kontrolle darüber hat, was man jetzt eigentlich noch
6 konsumiert. Und ansonsten ist es, wenn man jetzt auch noch mal nachdenkt über
7 Abgabemodelle und eventuell eine Legalisierung, bei den anderen Substanzen so,
8 dass man eben häufig nicht weiß, was man jetzt eingekauft hat. Das ist für mich das
9 größere Risiko. Aber dass es jetzt ganz schwere Interaktionen gibt, die dann endgültig
10 zu einer Atemdepression führen oder so etwas, da mache ich mir jetzt nicht so große
11 Sorgen.

12

13 G.F.: Danke. Beim Straßenverkehr haben Sie schon gesagt, dass man weiter forschen
14 muss...

15

16 Dr. F.: Ja, und was man in meinen Augen höchst sensibel betrachten muss, und das
17 kann man auch mit allen Menschen, die man einmal eingeladen hat, gemeinsam zu
18 trinken, und die Atemalkoholkonzentration dann zu messen unter dem Konsum und
19 dann schaut, wer sich eigentlich mit 0,5 Promille noch fahrtüchtig fühlt, auch noch mal
20 überprüfen, ob unsere Konzepte da so richtig gut sind. Da kann man ja vielleicht bei
21 THC etwas besser machen, was man beim Alkohol schon ein bisschen versäumt hat.

22

23 G.F.: Wenn Sie jetzt eine Grenze festlegen müssten, wären Sie dazu jetzt in der Lage;
24 irgendetwas zu sagen?

25

26 Dr. F.: Nein. Nein.

27

28 G.F.: Also im Zweifelsfall 0,0?

29

30 Dr. F.: Im Zweifelsfall 0,0. Im Zweifelsfall braucht man da wirklich sorgfältige
31 Untersuchungen auch gemeinsam mit Rechtsmedizinern und Verkehrspsychologen,
32 um mit hoch validierten Tests zu überprüfen, wie sieht es mit der
33 Reaktionsgeschwindigkeit aus, wie sieht es mit der Einschätzung von Situationen aus
34 und das korreliert letztlich mit dem Blutspiegel der Substanz. Diese Untersuchung
35 müsste man haben. Das ist natürlich schwierig, weil THC halt extrem langsam
36 abgebaut wird und relativ lange auch im Körper bleibt, da ist es auch utopisch, eine 0,0
37 Grenze zu fordern, da würde es vielleicht ganz viele im Verkehr erwischen, die

1 vielleicht vor einer Woche zum Spaß konsumiert haben und dann getestet werden. Das
2 halte ich auch für unrealistisch.

3

4 G.F.: Meines Wissens ist es doch so, dass Sie dann die Konzentration im Urin haben?

5

6 Dr. F.: Ja.

7

8 G.F.: Und die Grünen reden in ihrem Gesetzesentwurf über Blutkonzentrationen.

9

10 Dr. F.: Na ja, eine Restblutkonzentration hat man ja trotzdem. Es kommt ja nur das im
11 Urin raus, was im Körper vorhanden ist, also wird man das im Blut schon auch finden.
12 Wobei ich da nicht rechtsmedizinisch genug dafür bin. Aber wenn man sich den
13 Stoffwechselweg vom THC anschaut, muss man ja schon konstatieren, dass man es
14 der Einfachheit halber im Urin misst. Aber beim Alkohol ist es ja so, dass man auch bei
15 einem Gewohnheitstrinker mit einem Hochkonsum nach drei Tagen auch keine
16 Abbauprodukte mehr im Urin nachweisen kann – die sollten am vierten Tag definitiv
17 draußen sein. Man hat ja schon im Blut beim Alkohol nach einem Tag keine
18 Konzentration mehr. Und beim THC ist es ja so, dass die Konzentration im Körper
19 lange in gewisser Konzentration vorhanden bleibt.

20

21 G.F.: Ich würde gerne zum nächsten Fragenkomplex kommen: Verantwortungsvolles
22 Verkaufen. Was könnte für Sie verantwortungsvolles Verkaufen in einer staatlich
23 geleiteten oder staatlich lizenzierten Cannabisabgabestelle sein? Wie müsste
24 verantwortungsvolles Verkaufen konkret aussehen?

25

26 Dr. F.: Etwas verkürzt und spaßig ausgedrückt: Ein bisschen wie in einer Apotheke. Ich
27 möchte, dass da jemand steht, der die Risiken und Gefahren des Konsums kennt und
28 der auch ein Stück weit das Gegenüber einschätzen kann. Wenn zum Beispiel jemand
29 in so eine hypothetische Cannabisverkaufsstelle kommt, der offensichtlich schwer
30 psychotisch ist und nicht so richtig in der realen Welt verhaftet ist, dann würde ich
31 erwarten, dass derjenige erkannt wird als jemand, dem der Konsum gerade nicht gut
32 tut und dem dann auch den Verkauf verweigert wird. Von daher würde ich schon eine
33 gewisse Schulung erwarten. Was völlig klar sein muss, dass es eine Alterskontrolle
34 gibt und es eine Abgabe nur an Personen gibt, für die man es dann auch zulassen
35 möchte und bei denen man risikoarmen Konsum für möglich hält. Da sind wir wieder
36 bei der Altersgrenze. Und derjenige, der verkauft, sollte auch eine gute Idee davon
37 haben, was ist ein risikoarmer Konsum, was ist ein gefährlicher oder gar ein

1 abhängig Konsum, um das im Zweifelsfall besprechen zu können. Also ich erwarte
2 nicht, dass da Suchttherapeuten hinterm Tresen stehen und erst mal eine Checkliste
3 abarbeiten, ob das Gegenüber eine Abhängigkeit entwickelt hat. Das lässt sich ja gar
4 nicht umsetzen. Aber er sollte zumindest die Fähigkeit und das Wissen besitzen, dann
5 auch Aufklärung zu betreiben. Denn wenn jemand täglich jeden Tag fünf Gramm
6 kaufen kommt, dann, denke ich, wäre ein Aufklärungsgespräch, ob das jetzt gerade
7 noch gesund ist, angebracht. Das würde ich erwarten.

8

9 G.F.: Habe ich Sie richtig verstanden: Nicht nur Apotheker, sondern schon auch ein
10 bisschen psychologische Schulung?

11

12 Dr. F.: Ja ja. Aber die sollte ein Apotheker auch haben. So wie es letztlich auch
13 erwartet wird und festgeschrieben steht. Das ist schon so. Mein Apothekerbegriff ist
14 vielleicht auch davon getragen, dass ich schon mitgeschrieben habe an Fachartikeln
15 zur Suchtberatung z.B. in Apotheken.

16

17 G.F.: Danke. Ich erweitere die Frage noch etwas: Wie könnte ein Höchstmaß an
18 Jugend- und Verbraucherschutz sichergestellt werden, in einer solchen
19 Cannabisabgabestelle, in einem Cannabisfachgeschäft?

20

21 Dr. F.: Mit einer Ausweiskontrolle, um die Altersvorgabe klarzuhaben. Das halte ich für
22 unbedingt erforderlich. Aber das ist ja beim Alkohol auch so, dass man nicht verkaufen
23 darf an Leute unter 16 bzw. unter 18. Das würde ich dann ganz direkt mit einer
24 Ausweiskontrolle nicht ganz so lax handhaben, dass es eine Kann-Bestimmung ist,
25 sondern eine Muss-Bestimmung, den Ausweis vorzuzeigen.

26

27 G.F.: So hat es sich in Holland ja auch zum Teil entwickelt, dass der Ausweis beim
28 Betreten eines Coffeeshops gescannt wird.

29

30 Dr. F.: Ja. Und das gepaart mit einer guten Ausbildung der Leute, die da verkaufen,
31 was sich aber nicht so hart formulieren lässt, was Suchtmedizin angeht, was
32 Psychologie angeht.

33

34 G.F.: Wenn Sie eine Schulung für die zukünftigen Verkäufer_innen konzipieren
35 müssten, wie würden Sie diese Schulung aufbauen? Was wären für Sie wichtige
36 Inhalte?

37

1 Dr. F.: Also tatsächlich möglichst viele Fakten, was wissenschaftlich verfügbar ist, über
2 Cannabis zu vermitteln, Thema Hirnentwicklung, Thema Darreichungsformen,
3 mögliche Schädigungen durch verschiedene Konsumformen, möglichst risikoarmer
4 Konsum, was die Konsumform angeht. Ich würde erwarten, dass sie eine klare
5 Vorstellung vermittelt bekommen, was den Bereich der Suchterkrankungen angeht,
6 wann liegt eine Abhängigkeit vor, wann liegt ein kritischer Konsum vor. Das würde ich
7 vermittelt wissen wollen. Ja, und letztlich auch comorbide Störungen, die durch
8 Cannabiskonsum getriggert werden oder auftreten können, zu kennen und auch
9 möglichst erkennen zu können, wenn sie in einer heftigen Ausprägung vorliegen. Und
10 die juristische Lage zu kennen. Also medizinisch fundiert, juristisch fundiert,
11 psychologisch geschult. Ich hätte da sehr hohe Anforderungen.

12

13 G.F.: Naja, das ist ja auch der Vorteil: Wenn man eine Lizenz vergibt, kann man sie an
14 Bedingungen knüpfen. Das geht beim derzeitigen Cannabismarkt leider nicht.

15

16 Dr. F.: Ja, es gibt ja für die Bezeichnung Suchtmedizin ein Curriculum, wo es klare
17 Inhalte gibt, was der, der Suchtmedizin betreiben will, wissen muss. Ein bisschen
18 daran angelehnt.

19

20 G.F.: Also das medizinische Modell.

21

22 Dr. F.: Ja.

23

24 G.F.: Gibt es irgendetwas, was in einer Cannabisabgabestelle auf keinen Fall
25 passieren darf, was man unbedingt vermeiden muss?

26

27 Dr. F.: Ich würde den Konsum vor Ort unbedingt vermeiden, weil ich glaube, dass das
28 eine unglückliche Atmosphäre gibt. Ich glaube, dass es schon sehr professionell sein
29 sollte, also auch was den Kontakt zwischen Kunden und Verkäufer angeht.

30

31 G.F.: Vielen Dank. Ich komme zum letzten Fragenkomplex: das Sozialkonzept. Vieles
32 ist schon beantwortet, aber vielleicht nochmal kurz ein paar Stichworte: Welche
33 formalen und inhaltlichen Qualifikationen kommen für den Beauftragten für die
34 Entwicklung des Sozialkonzepts einer Abgabestelle in Frage, und wer sollte diese
35 Schulungen durchführen?

36

1 Dr. F.: Ich glaube, das muss man schon interdisziplinär machen. Wir brauchen Juristen
2 dabei, wir brauchten Suchtmediziner dabei, wir brauchen sozialpädagogisch geschulte
3 Leute dabei.

4

5 G.F.: O.K. Dankeschön. In einem Kursbuch müssten also die von Ihnen aufgezählten
6 Elemente behandelt werden.

7

8 Dr. F.: Genau.

9

10 G.F.: Wir nähern uns dem Ende des Interviews. Gibt es irgendwelche Fragen, die Sie
11 erwartet haben und die ich nicht gestellt habe? Habe ich aus Ihrer Sicht etwas
12 vergessen? Was würden Sie dem Thema noch gerne hinzufügen?

13

14 Dr. F.: Ich glaube wir haben das meiste besprochen. Ich glaube ich würde nochmal
15 gerne zu dem Spagat zwischen – was häufig in der professionellen Suchtmedizin auch
16 schwierig ist - den Spagat zwischen, es gibt die Möglichkeit des risikoarmen Konsums
17 und dem, was wir am anderen Ende häufig haben auch als Krankheiten, die durch
18 Konsum getriggert werden, dass es schon junge Menschen gibt, die schwerste
19 psychotische Entwicklungen haben und man die Ursache, wenn man es sich am Ende
20 anschaut, schon auch im Konsum sehen kann. Diesen Spagat muss man irgendwie
21 hinbekommen, aber diesen Spagat haben wir im Bereich der legalen Droge Alkohol
22 auch irgendwie hinbekommen, vom risikoarmen Konsum bis zum größten Elend die
23 ganze Spannbreite zu sehen. Ich würde mir da eine sachliche Diskussion, die wirklich
24 auf Fakten basiert wünschen und nicht eine Diskussion, die auch sehr geprägt ist von
25 vielleicht auch irrationalen Dingen oder der Frage, wie wirkt sich ein Konsum aus, der
26 Fall die konsumierte Substanz beim Dealer zu kaufen, wo es auch alle anderen
27 Substanzen gibt, die gefährlich sind und es keinen risikoarmen Konsum geben kann.
28 Es gibt für mich eine Reihe von Substanzen, bei denen es keinen risikoarmen Konsum
29 gibt, die man seinem Körper nicht antun soll.

30

31 G.F.: Treibt Sie sonst noch etwas um?

32

33 Dr. F.: Nein, das waren jetzt alle Punkte.

34

35 G.F.: Dann darf ich mich bei Ihnen herzlich bedanken, dass Sie sich für mich und mein
36 Anliegen Zeit genommen haben. Damit beschließe ich dieses Interview um 17.50 Uhr.

1 Expert_inneninterview III zur Bachelorarbeit „Cannabiskontrollgesetz § 23:
2 Gesundheitspädagogische Aspekte im Legalisierungsprozess der BRD“ an der IB-
3 Hochschule Berlin – Studienzentrums Stuttgart

4

5 Die Hypothese meiner Forschungsarbeit lautet: Werden Risiken reduziert und Schäden
6 gemindert, wenn beim Cannabisabgabebeakt Prävention betrieben wird?

7

8 Von der Richtigkeit dieser Hypothese ausgehend lautet meine Forschungsfrage: Wie
9 müsste die Cannabisabgabe gestaltet sein, um in den Cannabisabgabebeakt das
10 höchstmögliche Maß an Risikominderung, Harm Reduction und Jugend- und
11 Verbraucherschutz zu implementieren? Welches wären die Kompetenzen und
12 präventiven Strategien, über die eine Fachkraft in einer Abgabestelle etwa einem
13 Cannabisfachgeschäft verfügen soll, um Risiken beim Drogenkonsum zu mindern?

14

15 Die hier befragte Expertin ist Dipl.-Psych. Frau H., Psychologische Psychotherapeutin,
16 Leiterin der Ambulanten Dienste der Drogenhilfe X des Baden-Württembergischen
17 Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation (bwlv) gGmbH.

18

19 Das Interview führt Gerhard Förstner, S-402460-HCE.

20 Heute ist der 26.05.2017, es ist 9.10 Uhr.

21

22 G.F.: Frau H., vielen Dank, dass Sie für mich und mein Anliegen Zeit haben.
23 Möglicherweise wird diese Arbeit, die auf unserem Interview basiert, veröffentlicht.
24 Sind Sie damit einverstanden?

25

26 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja, so wie wir das eingangs besprochen haben, bin ich
27 einverstanden.

28

29 G.F.: Ich habe Sie als Dipl.-Psych. Frau H., Psychologische Psychotherapeutin,
30 Leitung der Ambulanten Dienste der Drogenhilfe X des Baden-Württembergischen
31 Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation (bwlv) gGmbH an meiner
32 Hochschule angegeben. Ist diese Titulatur so richtig?

33

34 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja, das stimmt alles so, das ist korrekt angegeben.

35

1 G.F.: Sie wurden von mir als Expertin zum Thema Cannabiskontrollgesetz und damit
2 Abgabe, Umgang und Gebrauch von Cannabis um ein Interview gebeten. Wie sehen
3 Sie selbst Ihre beruflichen Bezüge zum Thema?

4

5 Dipl.-Psych. Frau H.: Ich arbeite seit 27 Jahren in der Sucht- und Drogenhilfe, davon
6 13 Jahre stationäre Reha, weitere 14 Jahre als Leiterin der ambulanten Angebote,
7 sprich Beratungsstellen, Kontaktläden und was es da so alles gibt. Da haben wir immer
8 relativ viel damit zu tun, jetzt ganz konkret im ambulanten Bereich natürlich noch ein
9 Stück weit mehr und anders als in einem stationären Bereich. Es kommen relativ viele
10 und in den letzten Jahren gehäuft Menschen in die Beratungsstellen, die ein Problem
11 mit Cannabis haben. Freiwillig oder nicht freiwillig. Ich vermute mal, eher weniger
12 freiwillig.

13

14 G.F.: Was halten Sie prinzipiell von staatlich kontrollierten Cannabisabgabestellen?

15

16 Dipl.-Psych. Frau H.: Sagen wir mal: „Isch wees es net.“ Ich weiß nicht, ob ein
17 Abgabeprogramm die Grundsituation verbessern wird. Was sich verbessert, das
18 werden mit Sicherheit die strafrechtlichen Probleme sein, aber aus therapeutisch-
19 beraterischer Sicht bin ich mir nicht sicher und auch nicht überzeugt, dass ein
20 Abgabeprogramm, egal wie es aussieht, prinzipiell die Situation verbessert.
21 Strafrechtlich wie gesagt ja – konsumtechnisch weiß ich nicht. Da hätte ich meine
22 Bedenken dabei. Und dann kommt es immer darauf an: wenn Abgabeprogramm unter
23 staatlicher Aufsicht, dann stellt sich die Frage, wie sieht dieses Programm aus? Da gibt
24 es bestimmt Varianten, wo ich sagen würde, nein, geht gar nicht, und es gibt bestimmt
25 Varianten, wo ich sagen würde, wenn, dann dieses.

26

27 G.F.: Ich würde gerne auf Ihre Formulierung „konsumtechnisch“ zurückkommen. Was
28 meinen Sie damit? Meinen Sie die konsumierte Menge oder die Qualität oder die Art,
29 wie konsumiert wird?

30

31 Dipl.-Psych. Frau H.: Beides. Es gibt die Hypothese der Abgabebefürworter, die sagen,
32 es würde unterm Strich weniger konsumiert werden und es würde ein besseres
33 qualitätsgesichertes Material, das vielleicht weniger psychoseträchtig ist, konsumiert
34 werden. Da muss ich sagen: das wissen wir nicht.

35

36 G.F.: Und eine zweite Nachfrage: Sie sagten, es gibt Varianten, die gar nicht gehen
37 und andere, die Sie bevorzugen. Können Sie für beide Fälle Beispiele geben?

1

2 Dipl.-Psych. Frau H.: Da nehme ich locker zwei Extreme heraus: das eine Extrem wäre
3 meiner Meinung nach die völlige Freigabe. Das wäre dieses Modell bei dem man die
4 These, dass man die Justiz nicht mehr einschalten müsste, ins Rennen bringt. Heißt:
5 wir machen keinerlei Sanktion, wir geben es frei, wir haben zwar Abgabestellen, wo
6 das Material qualitätsgesichert ist, aber ansonsten machen wir keine Sanktionen. Es
7 kann kaufen wer will, man kann kaufen wieviel man will und es ist einfach freigegeben.
8 Das ist die Variante, von der ich sagen würde, das geht gar nicht. Die andere Variante,
9 mit der man vielleicht leben könnte, setze ich hoch an. Ich gehe etwas ins Extreme:
10 Wenn Abgabeprogramm, dann nicht unter 25 Jahre, mengenrationiert a) beim Kaufakt,
11 dass es nicht über eine bestimmte Menge geht, und vielleicht gibt es auch noch Ideen,
12 dass man an eine Monatsmenge denkt. Kein Eigenanbau, weil Eigenanbau die ganze
13 Qualitätsnummer in Frage stellt und den Weiterverkauf auch und das Ganze nur an
14 registrierte Personen. Das heißt aber in der Folge, dass die Juristerei auch wieder
15 fröhlich beschäftigt sein wird. Deshalb zieht das Argument, was man bei der
16 Strafverfolgung alles sparen könnte, nicht.

17

18 G.F.: Das wäre ja auch die Variante, die einen Schattenmarkt mit sich bringen würde.
19 Je restriktiver, desto mehr Anreiz für einen Schwarzmarkt.

20

21 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja gut, die andere Variante hat keinen Schattenmarkt, den
22 braucht es nicht, da kann ja jeder sowieso holen, wie er will.

23 Unter dem Aspekt der Menschen, die wir sehen, die Cannabis konsumieren und zu
24 einem nicht geringen Teil zu viel konsumieren, kommen solche restriktiven
25 Gedankengänge natürlich.

26

27 G.F.: 2015 haben die Grünen den Gesetzesentwurf 18/4204 in den Deutschen
28 Bundestag eingebracht. Dort sind auf 70 Seiten genaue Vorschriften ausgearbeitet, wie
29 der Abgabeakt auszusehen hat. Was halten Sie von diesem Entwurf?

30

31 Dipl.-Psych. Frau H.: Das ist genau so ein Zwischending. Es ist nicht ganz das Extrem
32 der Abgabe ab 25, wie ich gesagt habe, aber mit einer Altersbegrenzung, es ist eine
33 Mengenbegrenzung dabei meiner Kenntnis nach, ich glaube es ist über die
34 Monatsgrenze definiert, die Qualitätssicherung ist dabei, und ich glaube, dass man
35 einige Pflanzen, ich glaube es sind fünf, selber ziehen darf.

36

37 G.F.: Auf jeden Fall soviel, dass es reicht.

1

2 Dipl.-Psych. Frau H.: Genau. Meiner Meinung nach halbgar. Wenn ich
3 qualitätsgesicherte Produkte möchte, bei denen ich die zwei THC Anteile im
4 Gleichgewicht haben möchte, um nicht zu viele Psychose auslösende Stoffe drin zu
5 haben.

6

7 G.F.: Sie sprechen von den Bestandteilen CBD und THC?

8

9 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja, und dann habe ich ein Problem mit dem Eigenanbau. Da
10 habe ich dann keine Qualitätskriterien mit drin. Jeder kann selbst aufziehen und auf
11 eine Art, wie er will. Da kommt kein Wirtschaftskontrolldienst vorbei und testet die
12 eigenen Pflanzen. Das meinte ich mit halbgar. Außerdem gibt es da die Problematik:
13 wer kontrolliert, ob von dem Eigenanbau nicht doch Material an Jugendliche oder
14 ungeeignete Personen verkauft wird? Man kann ja auch daran verdienen. Genau damit
15 bekommt man den Schattenmarkt auch nicht weg. Die Verfolgungsbehörden werden
16 weiterhin fröhlich unterwegs sein müssen. Ob jetzt einer 10 Pflanzen hat oder nur 5
17 kann ja auch interessieren. Bei den 10 kann man unterstellen, er betreibt
18 Schwarzhandel. Es muss also doch wieder kontrolliert werden, wer hat wie viele
19 Pflanzen auf dem Balkon stehen oder nicht. Das ist für mich das Halbgare. Diese
20 Mengengeschichte die mit drin ist und die Verbindung mit psychosozialer Beratung.
21 Das ist so zwischendrin. Ich sehe nicht, wie das laufen soll. Was wären dann die
22 Vorteile? Einen gewissen Teil kann man damit auf einem legalen Spielfeld stattfinden
23 lassen, aber ich würde behaupten, ein gewisser Teil findet weiterhin illegal statt.

24

25 G.F.: Diese Frage hätte ich jetzt gerne auch noch nachgeschoben: Wenn Sie sagen
26 müssten, das grüne Abgabemodell hat einen eindeutigen Vorteil gegenüber der
27 jetzigen Situation oder es hat einen kleinen Vorteil oder keinen Vorteil: Könnten Sie
28 sich da festlegen?

29

30 Dipl.-Psych. Frau H.: Nun ja, ich würde sagen, es hat vielleicht ein bisschen einen
31 Vorteil von diesem kleinen legalen Spielfeld, auf dem wir uns bewegen, aber keinen,
32 den ich als signifikant bezeichnen würde.

33

34 G.F.: Nächste Frage: Nach dem grünen Gesetzesentwurf sollte eine
35 verantwortungsvolle Verkäuferin während des Abgabeaktes missbräuchlichen
36 Cannabiskonsum identifizieren können. Wir kommen nachher noch drauf. Können Sie
37 mir...

1

2 Dipl.-Psych. Frau H.: (lacht lauthals auf)

3

4 G.F.: (muss mitlachen) ... können Sie mir die Frage beantworten, wie man risikoarmen
5 Freizeitkonsum vom hochriskanten Konsum auseinanderhalten kann?

6

7 Dipl.-Psych. Frau H.: Also nicht im Verkaufsgespräch! Also wenn jemand kommt und
8 sagt, ich hätte gerne soundsoviel Gramm, kann ich mit Sicherheit nicht erkennen, ist
9 das jetzt ein riskanter Konsum oder ist das ein fröhlicher leichter Freizeitkonsum.

10

11 G.F.: Gut. Aber vermutlich können Sie das erkennen, und wenn ja, wie?

12

13 Dipl.-Psych. Frau H.: Nicht in diesem Zusammenhang. Das ist ungefähr so, X (Stadt)
14 Verhältnisse, als würde das X-Festival bei mir anrufen und fragen, ob wir nicht einen
15 Stand von der Beratungsstelle machen könnten, abends, nachts, während das X-
16 Festival läuft und ob wir nicht die Leute beraten könnten, dass sie doch weniger kiffen
17 sollten. Ich bin da in Gelächter ausgebrochen. (lacht)

18

19 G.F.: Sie haben diese Anfrage wirklich bekommen?

20

21 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja, vor vier oder fünf Jahren. Es gab dann als Alternative eine
22 Posiumsdiskussion...

23

24 G.F.: Kommen wir zurück zu meiner Frage: Wenn Sie es auseinanderhalten sollten -
25 und ich unterstelle, dass Sie es können -

26

27 Dipl.-Psych. Frau H.: Mit Sicherheit nicht im einfachen Akt des Verkaufens, sondern in
28 einem Gespräch, in dem man ein paar Dinge abklärt. Für mich entscheidend sind
29 schon solche Dinge, zu welchen Gelegenheiten, von welchen Personen. Es gibt
30 geeignete und ungeeignete Personen: wenn eine Schwangere denkt, kiffen zu wollen
31 oder während sie irgendwo arbeiten und Maschinen bedienen, dann sind das
32 ungeeignete Momente von ungeeigneten Personen, wo ich sagen würde, das geht
33 nicht, und dann schon auch die Menge und die Konsumhäufigkeit. Ich würde sagen,
34 wenn jemand täglich konsumiert, dann klingeln alle Alarmglocken, dann sind wir mit
35 Sicherheit beim riskanten Konsum. Wenn jemand dagegen am Wochenende einen
36 Joint raucht, dann ist das vermutlich weniger der riskante Konsum. Aber auch hier
37 würde ich, und so machen wir das übrigens auch bei der Alkoholberatung bei

1 Jugendlichen, auch hier würde ich schauen, was sind das für Gelegenheiten. Bei
2 Jugendlichen bringe ich immer das Beispiel: muss ich mir einen ansaufen oder muss
3 ich vorglühen, damit ich abends in die Disko gehen kann, um das irgendwie
4 hinzubekommen, und wenn das immer so ist, dann würde ich auch da sagen: Vorsicht!
5 Lass uns mal schauen, geht das nicht auch anders? Wenn ich es also zu einem klaren
6 Zweck einsetze, um einen gewissen Zustand zu erreichen, weil ich sonst diesen Zweck
7 nicht erreichen kann, dann sollte man überlegen, ob man nicht ein paar andere Sachen
8 machen sollte.

9

10 G.F.: Vielen Dank. Das beantwortet auch die Frage nach riskantem Cannabiskonsum
11 versus risikoarmem Freizeitkonsum. Auch Anzeichen von riskanten und abhängigen
12 Konsummustern haben Sie genannt...

13

14 Dipl.-Psych. Frau H.: Die Abhängigkeitsgeschichte ist klar: da haben wir ja natürlich...

15

16 G.F.: Würden Sie sie nochmals kurz nennen?

17

18 Dipl.-Psych. Frau H.: Allgemein formuliert und nicht in den diagnostischen Kriterien
19 würde ich ganz banal sagen, wenn jemand seinen Tag nicht beginnen kann, ohne
20 morgens gleich einen Joint zu rauchen, dann haben wir ein Problem, dann sind wir
21 wirklich in einer Art Abhängigkeit drin. Wenn es jemand regelmäßig braucht, um wieder
22 ruhig zu werden oder bestimmte Dinge hinzubekommen, dann sind wir auch in einem
23 abhängigen Konsum drin, wenn ich entsprechende Mittel aufbringen muss, um mir die
24 Substanz zu besorgen und immer schauen muss, dass ich etwas daheim habe, damit
25 ich ja nie in eine Situation komme, in der ich nichts da habe und sich meine Gedanken
26 permanent darum drehen, dass ich etwas besorge und um die Frage, wann darf ich
27 denn wieder... ja...

28

29 G.F.: Super, das war sehr hilfreich! Die medizinischen Kriterien von Abhängigkeit habe
30 ich von einer anderen interviewten Person abgefragt; das war eine höchst sinnvolle
31 Ergänzung zum medizinischen Teil, vielen Dank.

32 Ich würde gerne zum Komplex Schadensminderung weitergehen. Halten Sie die
33 Vermittlung risikoarmer Gebrauchsmuster für sinnvoll? Ist das für Sie ein Mittel des
34 Gesundheitsschutzes?

35

36 Dipl.-Psych. Frau H.: Das betrifft das Thema Prävention. Das ist ein ganz langes
37 Thema. Ganz kurz gestreift: Prävention ist aus unserer Sicht erst mal eine

1 substanzunabhängige Prävention, wenn man die mit Jugendlichen durchführt.
2 Irgendwann erfordert dann auch diese Thema, dass man, dass ich dann auch die
3 Risiken ein Stück weit vermittele, was es für Folgen hat. Man muss einfach davon
4 ausgehen, dass es auch mal probiert wird, und da gebe ich dann schon auch Dinge
5 mit, auf die dann zu achten ist, wenn konsumiert wird. Egal was jetzt, nicht nur bei
6 Cannabis sondern auch bei anderen Substanzen. Die Menschen kommen ja auch in
7 Kontakt mit irgendwelchen synthetischen Drogen und Rauschmitteln, sie kommen in
8 Kontakt mit Alkohol. Auch hier geht es in unserer Präventionsarbeit nicht darum das
9 Ganze zu verteufeln und zu sagen, igitt, dürft ihr nie, sondern es geht uns eher darum
10 zu sagen, das und das sind die Risiken, das und das sind die Gefahren, und darauf ist
11 beim Konsum zu achten.

12

13 G.F.: Wenn Sie jemanden hätten, der in diesem Probierstadium ist und von dem Sie
14 wissen, er hatte Kontakt und konsumiert aktuell, was würden Sie demjenigen an
15 Beratungsinhalten mitgeben? Wie soll er mit Cannabis umgehen, um damit möglichst
16 wenig Schäden zu erleiden?

17

18 Dipl.-Psych. Frau H.: Na gut, das müsste man individuell bei dieser Person sehen: in
19 welchen Situationen konsumiert sie, welche Risikomuster hat sie, wie ist die Person
20 unterwegs. Es gibt ja Leute, die sind etwas vorsichtiger und andere hauen sich alles
21 rein, was nur irgendwie geht, ich denke, das muss man individuell sehen und dann in
22 den einzelnen Situationen betrachten, was hat das jetzt für einen Sinn und Zweck,
23 dass jetzt konsumiert wird. Und darüber muss geschlossen werden, wie kann ein
24 Konsum aussehen, der für diese Person noch o.k. ist, wie sieht ein Konsum aus, bei
25 dem die Schwelle zum Risikokonsum überschritten wird und wie könnte es vielleicht
26 weitergehen, wenn auf bestimmte Dinge verzichtet wird. Wir machen ja in unserer
27 Beratungsstelle auch das Programm „Quit the shit“, das ist online basiert, und das ist ja
28 nicht abstinenzorientiert –

29

30 G.F.: Ich weiß, bei dem BZgA-Programm geht es auch um Konsumreduktion und
31 risikoarmen Gebrauch.

32

33 Dipl.-Psych. Frau H.: Genau, Konsumreduktion und Risikoarmut.

34

35 G.F.: Vielen Dank, das war eine Antwort, die war sehr auf die Einzelpersönlichkeit
36 zugeschnitten und sehr universell. Das war auf die Frage, in welchem sozialen Umfeld
37 soll eine Person wie mit einer Substanz umgehen und wie nicht. Ich würde aber

1 trotzdem gerne noch auf einige Einzelprobleme eingehen. Ich möchte gerne einige
2 gesundheitliche Probleme ansprechen: Können Sie irgendwelche Ratschläge geben
3 für die Vermeidung von Atemwegsproblemen und für Probleme mit dem
4 Herzkreislaufsystem?

5

6 Dipl.-Psych. Frau H.: Das ist jetzt weniger mein Thema. Das können wir weniger,
7 außer die Frage, wie konsumiere ich Cannabis. Wenn ich Cannabis inhaliere
8 zusammen mit Tabak, dann habe ich natürlich ein Lungenproblem. Aber das ist
9 weniger unser Thema.

10

11 G.F.: Wie sieht's bei Mischkonsum aus? Für wie gefährlich halten Sie das?

12

13 Dipl.-Psych. Frau H.: Das ist immer gefährlich. Davon raten wir generell ab. Wenn
14 etwas gefährlich ist, dann ist es Mischkonsum. Bestimmte Substanzen sind vielleicht
15 noch gefährlicher, aber synthetische Substanzen plus Cannabis - vom Mischkonsum
16 würde ich immer abraten.

17

18 G.F.: Wir kommen langsam in dieses Fahrwasser, dass Sie jetzt doch das tun, was Sie
19 auf dem X-Festival abgelehnt hatten: Sie geben Ratschläge zum Konsum...

20

21 Dipl.-Psych. Frau H.: Das ist ja nicht das Problem. Nur ist es völlig klar: Wenn abends
22 beim X-Festival einige schon fröhlich unterwegs sind, mich dann als Kasper
23 hinzustellen und... (lacht)

24

25 G.F.: (lacht ebenfalls) O.k., jetzt hab ich's verstanden.

26

27 Dipl.-Psych. Frau H.: Der Sinn und Zweck unserer Prävention, auch bei Anfragen von
28 Schulen, basiert auf der Frage: ist diese Prävention, die wir durchführen, sinnvoll?
29 Wenn die Menschen bei uns anfragen: Was wir generell ablehnen, sind etwa Anfragen
30 wie „können Sie nicht kommen und etwas zu harten Drogen erzählen und bringen Sie
31 doch bitte einen ehemaligen Abhängigen mit, der vielleicht auch noch etwas über den
32 Knast erzählt?“. Das machen wir nicht. Das lehnen wir ab. Das taugt nichts. Dazu gibt
33 es genug Studien über die Wirkungslosigkeit solcher Veranstaltungen. Das ist eher die
34 Frage, ob sowas nicht sogar schadet unter präventiven Aspekten.

35

36 G.F.: Wie sieht's aus mit Straßenverkehr?

37

1 Dipl.-Psych. Frau H.: Generell würde ich jedem raten, nicht intoxikiert am
2 Straßenverkehr teilzunehmen.

3

4 G.F.: Bitte definieren Sie intoxikiert. Es gibt da ja das Problem mit den Metaboliten im
5 Urin und wie man misst, im Urin oder im Blut. Es gibt ja inzwischen verschiedene
6 Umgangsformen, das ist in den USA unterschiedlich geregelt... Welche Meinung
7 haben Sie dazu?

8

9 Dipl.-Psych. Frau H.: (Pause) Der Punkt ist natürlich, dass es bei Alkohol einfacher ist.
10 Wenn man Alkohol im Blut hat, ist man intoxikiert. Cannabis ist länger nachweisbar. Da
11 ist dann immer die Frage, wann wurde zuletzt konsumiert und wie lang wirkt es? Ich
12 kann hier keine belastbaren quantitativen Aussagen machen. Ich glaube, ich würde
13 generell sagen, dass man vielleicht einen Tag nichts konsumiert haben sollte.

14

15 G.F.: Das ist ja schon mal eine Aussage.

16

17 Dipl.-Psych. Frau H.: Nur über den Daumen gepeilt! Ich weiß nicht, ob es sinnvoll ist,
18 abends kräftig einen zu kiffen, auch hier kommt es wieder auf die Menge an und am
19 nächsten Morgen um 7 ins Auto zu steigen.

20

21 G.F.: Ich möchte auf die Abhängigkeit zu sprechen kommen. Psychische Abhängigkeit
22 ist unumstritten, ob es bei Cannabis eine körperliche Abhängigkeit gibt, ob es echte
23 Entzugserscheinungen gibt ist umstritten... Können Sie dazu etwas sagen?

24

25 Dipl.-Psych. Frau H.: Ich glaube, jeder der Menschen gesehen hat, die Cannabis in
26 großen Mengen und über lange Zeiträume konsumiert haben, die bekommen auch mit,
27 dass diese Menschen auch etwas Körperliches haben. Das ist jetzt nichts – nichts
28 (Pause) irre Kompliziertes, medizinisch, sondern da geht es darum, denke ich, eine
29 kleine Zeitspanne zu überbrücken, in der es einem auch körperlich entsprechend
30 schlecht geht.

31

32 G.F.: Können Sie Symptome nennen?

33

34 Dipl.-Psych. Frau H.: Was wir schon an Symptomen haben, wir haben Leute, die heftig
35 zittern.

36

37 G.F.: Also Tremor...

1

2 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja, und wir haben Leute da, die sich auf überhaupt nichts mehr
3 konzentrieren können. Das ist dann die Frage psychisch - körperlich. Ein ganz strenger
4 Mediziner würde vermutlich sagen, alles Psychische ist sowieso auch körperlich.

5 Das Zauberwort ist vegetative Funktionen: Schwitzen, Zittern, Tachykardie, das sind
6 vegetative Funktionen. Das sind in der Regel keine lebensgefährlichen Geschichten,
7 wie gesagt, aber ich denke, auch Schlafen ist so ein Thema, Schlafmangel,
8 Schlaflosigkeit...

9

10 G.F.: Können Sie mir etwas zu psychischen Langzeitfolgen von Cannabiskonsum
11 sagen, etwa Lernprobleme?

12

13 Dipl.-Psych. Frau H.: Dafür gibt es ein schönes Beispiel, weil das wirklich gut erforscht
14 ist. In der Psychologie gibt es einen D2 Test. Sagt der Ihnen etwas?

15

16 G.F.: Nein , noch nie gehört.

17

18 Dipl.-Psych. Frau H.: Das ist praktisch ein Blatt Papier mit lauter Ds drauf, und um
19 diese Ds sind Striche. Es sind ja höchstens vier möglich. Man soll nun in einer
20 bestimmten Zeit all die Ds anstreichen, um die nur zwei Striche sind.

21

22 G.F.: Also ein sehr einfacher Test.

23

24 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja, er ist sehr einfach. Aber es geht um Konzentration, es geht
25 um schnelle Wahrnehmung,...

26

27 G.F.: Auch um Ausdauer, wie lange die Konzentration bleibt...

28

29 Dipl.-Psych. Frau H.: Genau, auch um Ausdauer. Und hier gibt es tatsächlich das
30 Ergebnis, dass Menschen, die intoxikiert sind, schlechter sind.

31

32 G.F.: Das kann man verstehen.

33

34 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja, da braucht man sich nicht wundern. Aber das Erstaunliche ist,
35 dass man fünf Jahre nach totaler Abstinenz nach Cannabisabhängigkeit, also da
36 haben wir dann wirklich eine diagnostizierte Abhängigkeit gehabt, dass die Ergebnisse
37 nach fünf Jahren Abstinenz immer noch schlechter sind in diesem banalen Test als bei

1 Menschen, die vorher keine Cannabisabhängigkeit hatten. Dazu gibt es Studien. Das
2 ist ganz spannend. Der Test ist sehr einfach, es geht um einfache Sachen, um
3 Konzentration, dass es dann immer noch Folgen gibt. Man muss natürlich überlegen,
4 so ganz eng kausal kann man es nicht sehen, vielleicht waren das Leute, die vorher
5 sowieso schlechter gewesen wären, aber das ist immerhin so etwas eigentlich ganz
6 Kleines, Einfaches, aber schon sehr Eindrückliches. Und was wir schon auch haben,
7 das ist auch relativ klar, je früher jemand mit dem Konsum begonnen hat, desto
8 längerfristig sind die Auswirkungen. Deshalb habe ich vorher bei der kontrollierten
9 Abgabe gesagt ab 25 Jahre, weil Hirnforscher inzwischen sagen, mit 25 Jahren ist das
10 Gehirn ausgereift. Und vor diesem Hintergrund habe ich bei uns einmal geschaut, bei
11 den Menschen, die mit einer diagnostizierten Cannabisproblematik bei uns waren, die
12 in eine Abhängigkeit geraten sind. Ich habe da ein Jahr ausgewertet. Das Interessante
13 ist, dass wir in dem einen Jahr nur zwei Personen hatten, die mit einem Einstiegsalter
14 über 25 Jahren in einer Abhängigkeit gelandet sind, und wir hatten deutlich mehr
15 jüngere Personen, die in einem jüngeren Alter mit Cannabis begonnen hatten und
16 dann in eine Abhängigkeit gekommen sind. Anders formuliert: Je später jemand den
17 Konsum beginnt, desto eher landet er bei einem eher risikoarmen Konsum, weil er
18 vielleicht auch a) von der Hirnentwicklung rein hirnmorphologisch und b) vielleicht auch
19 vom sozialen Umfeld, wenn ich mit 27 bei der Studentenparty, und ich habe mir sagen
20 lassen, dass es bei jeder Studentenparty ein Raucherzimmer gibt, wo auch Cannabis
21 erhältlich ist, wer also mit 27 da auf der Fete im Raucherzimmer verkehrt, ist vermutlich
22 weniger anfällig dafür, ständig Cannabis zu rauchen als jemand, der sich in einer
23 kritischen Phase befindet.

24

25 G.F.: Eine Nachfrage: Nach meinem Kenntnisstand sind diese Einschränkungen wie
26 beim D2 Test beschrieben bei höherem Einstiegsalter reversibel, die Formulierung ist
27 jeweils: „Kognitive Einschränkungen scheinen bei höherem Einstiegsalter reversibel zu
28 sein.“ Das heißt, die beschriebenen auch nach Abstinenz noch nachweisbaren
29 Einschränkungen kommen bei jugendlichem Einstiegsalter zum Tragen. Das
30 realistische Einstiegsalter in der BRD dürfte ja eher so bei 15 Jahren liegen statt bei
31 25...

32

33 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja, 16.

34

35 G.F.: Und da ist es dann nicht reversibel.

36

37 Dipl.-Psych. Frau H.: Genau.

1

2 G.F.: Das wollte ich beim D2 Test noch nachfragen, bei welchem Eintrittsalter die
3 Störungen zum Tragen kommen.

4

5 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja, das kommt auf das Einstiegsalter an.

6

7 G.F.: Frau H., wenn Sie ein Curriculum entwickeln müssten, um einen
8 verantwortungsvollen Verkäufer in einer Fortbildung auszubilden, ...

9

10 Dipl.-Psych. Frau H.: (lacht)

11

12 G.F.: (lacht auch) was müsste in dem Curriculum enthalten sein?

13

14 Dipl.-Psych. Frau H.: Jetzt sage ich etwas ganz Freches, und da werden mir viele
15 meiner Kolleg_innen in Beratungsstellen den Hals umdrehen...

16

17 G.F.: Das glaube ich nicht. Das Interview wird anonymisiert.

18

19 Dipl.-Psych. Frau H.: (lacht)

20

21 G.F.: (lacht auch)

22

23 Dipl.-Psych. Frau H.: Ganz frech würde ich sagen, wenn wir schon in den sauren Apfel
24 beißen und Cannabis abgeben, dann machen wir doch die Beratungsstellen zu
25 Abgabestellen. Dann haben wir nämlich qualifiziertes Fachpersonal, das a)
26 entsprechende Menschen kennt, das b) vielleicht fähig ist zu sagen, oh, da bin ich jetzt
27 skeptisch, da würde ich vielleicht um ein Gespräch bitten. Dann brauche ich kein
28 Curriculum für irgendwelche anderen Kräfte. Wir haben ja Erfahrungen mit
29 Schulungen. Wir haben in Baden-Württemberg das Glücksspielgesetz, das vorsieht,
30 dass die Glücksspielhallenbetreiber und das Personal, das da eingesetzt wird geschult
31 werden muss. Da haben wir ein Curriculum, und das ist auch o.k., man kann den
32 Menschen etwas vermitteln, aber wie hoch das Interesse der Menschen ist, die daran
33 teilnehmen, dieses vermittelte Wissen dann auch tatsächlich anzuwenden oder ob es
34 primär darum geht, etwas zu verkaufen, das ist etwas anderes.

35

1 G.F.: Darf ich das so übersetzen, dass Sie die Beratung unbedingt abkoppeln wollen
2 vom Gewinn, den eine solche Abgabestelle abwirft? Also eine Trennung von Beratung
3 und privatwirtschaftlichem Gewinn?

4

5 Dipl.-Psych. Frau H.: Genau. Da könnte man sich doch dann auch wieder fragen, wie
6 wäre es, wenn Kioskbetreiber in Tübingen einen Cannabisstand aufmachen würden.
7 Ich kenne in Tübingen eine Menge Kiffer, die gerne einen Kiosk eröffnen würden...

8

9 G.F.: Na ja, das liegt ja auch in der Natur der Sache. Das kann man verstehen.

10

11 Dipl.-Psych. Frau H.: Klar. Logisch. Die würde ich jetzt für ungeeignet halten. (lacht)

12

13 G.F.: (lacht) Würden Sie jeden, der selbst konsumiert als verantwortungsvollen
14 Verkäufer ausschließen? Habe ich Sie da richtig verstanden?

15

16 Dipl.-Psych. Frau H.: So generell könnte man das in diesem Fall gar nicht machen.
17 Rein rechtlich, (Pause) ja, (Pause) wenn ich über die Abgabe eine gewisse Kontrolle
18 aufrechterhalten will, (Pause)

19

20 G.F.: Ja, das ist ja ein erklärtes Ziel des Cannabiskontrollgesetzes.

21

22 Dipl.-Psych. Frau H.: Dann sage ich, ich lasse es die Beratungsstellen machen.

23

24 G.F.: Also gut, dann muss ich andersrum fragen: Wie muss Ihrer Meinung nach ein
25 verantwortungsvoller Verkäufer ausgebildet sein, dass er seine Aufgabe gut erfüllen
26 kann?

27

28 Dipl.-Psych. Frau H.: Er muss a) das Störungsbild kennen, er muss b) eine Ahnung
29 von Sucht haben, er muss c) die Schulung haben, mit Menschen zu reden und
30 Menschen einschätzen zu können auf eine relativ schnelle Art und Weise, er muss
31 einschätzen können, wo sind wir da? Sind wir da in einem heiklen Bereich oder nicht?

32

33 G.F.: Und wie müsste bei einer solchen Abgabestelle ein Höchstmaß an Jugend- und
34 Verbraucherschutz, wenn das überhaupt möglich ist, gewährleistet sein?

35

36 Dipl.-Psych. Frau H.: Da sind wir bei der Qualitätssicherung: Das verkaufte Material
37 müsste von den Wirkstoffen her festgelegt sein. Die frechste Variante wäre die, dass

1 ich einmal gesagt habe, wir haben ja stationäre Rehaeinrichtungen, die
2 Gewächshäuser betreiben und Gärtner ausbilden, da könnte man eine zertifizierte
3 Aufzucht von Cannabis betreiben (lacht) nach Qualitätskriterien. Das geht natürlich
4 jetzt weniger und war ironisch gesagt.

5

6 G.F.: Nun ja, es gibt ja auch Züchtungen, bei denen man weiß, es geht mehr in diese
7 oder eine andere Richtung...

8

9 Dipl.-Psych. Frau H.: Auch da geht es darum zu schauen, wer züchtet da und dass ein
10 gewisser Qualitätsstandard da ist, dann haben wir den Qualitätsstandard.

11

12 G.F.: Vielleicht überprüft mit Stichproben, ob das auch stimmt?

13

14 Dipl.-Psych. Frau H.: Genau, und dann muss man tatsächlich in eine Fachabgabestelle
15 gehen, die es dann abgibt.

16

17 G.F.: Gut, so ist es ja auch vom Cannabiskontrollgesetz gedacht. Vorgesehen sind
18 Fachgeschäfte mit Fachberatung.

19

20 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja, aber da würde ich sagen, die haben wir ja schon.

21

22 G.F.: Halt ohne die Abgabe.

23

24 Dipl.-Psych. Frau H.: Ja.

25

26 G.F.: Das heißt, nicht nur Kiffer möchten gerne einen Kiosk eröffnen...

27

28 Dipl.-Psych. Frau H.: Es gibt mit Sicherheit viele, die da eine Gewinnmarge sehen.

29

30 G.F.: Aber wir reden ja überhaupt nicht über Gewinn, das haben Sie ja eindeutig
31 voneinander abgekoppelt. Wir reden ja über Jugend- und Verbraucherschutz.

32

33 Dipl.-Psych. Frau H.: Jaja.

34

35 G.F.: Welche Elemente und Prämissen müssten die Schulungsmaßnahmen für den
36 verantwortungsvollen Verkäufer beinhalten?

37

- 1 Dipl.-Psych. Frau H.: Das habe ich ja schon beantwortet. Das wären die Sachen:
2 Meiner Meinung nach müsste das Fachpersonal sozialpädagogisch ausgebildet sein...
3
- 4 G.F.: Stimmt. Besser und kürzer kann man es eigentlich nicht sagen.
5 Gibt es etwas, das man bei einer solchen Abgabestelle unbedingt vermeiden muss?
6 Was gehört für Sie überhaupt nicht dahin?
7
- 8 Dipl.-Psych. Frau H.: Gewinnorientierung.
9
- 10 G.F.: Eine Interviewpartnerin wollte bei den Abgabestellen Konsumräume mit
11 einrichten, um risikoarmen Konsum einzuüben, ein anderer Interviewpartner lehnte
12 diese Idee komplett ab. Wie ist Ihre Position dazu?
13
- 14 Dipl.-Psych. Frau H.: Das ist für mich auch ein No-Go. Das gehört da überhaupt nicht
15 hin.
16
- 17 G.F.: Welche formalen Qualifikationen sollte ein Beauftragter für die Entwicklung des
18 Sozialkonzepts einer Abgabestelle besitzen?
19
- 20 Dipl.-Psych. Frau H.: Sozialberater der Suchthilfe würde ich das nennen.
21
- 22 G.F.: Und wer soll die Schulungen durchführen?
23
- 24 Dipl.-Psych. Frau H.: Wenn wir in der Suchthilfe sind, dann geht es tatsächlich um die
25 Ausbildung in der Suchthilfe. Und die haben wir – also da würde mir vorschweben, das
26 könnte ich mir gut vorstellen, dass wir in der universitären Ausbildung dieses Thema
27 mit dabei haben.
28
- 29 G.F.: Wenn Sie sich jetzt ein Kollegium zusammenstellen dürften, aus welchen
30 Fachdisziplinen müsste dieses Kollegium zusammengesetzt sein?
31
- 32 Dipl.-Psych. Frau H.: Die klassischen psychosozialen.
33
- 34 G.F.: Nennen Sie doch ein paar.
35
- 36 Dipl.-Psych. Frau H.: Sozialpädagogen, Psychologen, auch Mediziner, die sind oft
37 auch in den Beratungsstellen beteiligt, ich denke, das sind die Hauptdisziplinen.

1

2 G.F.: Gehören Strafrechtler auch dazu?

3

4 Dipl.-Psych. Frau H.: Strafrechtler gehören für mich weniger dazu. Wir haben ja dann
5 eine andere Regelung.

6

7 G.F.: Die Verkehrsproblematik bleibt ja bestehen.

8

9 Dipl.-Psych. Frau H.: Da würde ich aber sagen, dieses Thema kann man flankierend
10 mit Fachleuten, die sich da gut auskennen, behandeln. Wir haben in unserer
11 Beratungsstelle auch einen Führerscheinkurs, in dem wir Menschen auf die MPU
12 vorbereiten. Die sind dafür die Fachleute.

13

14 G.F.: Wir nähern uns dem Ende des Interviews: Gibt es offene Fragen für Sie? Gibt es
15 etwas, das ich nicht bedacht habe, das für Sie unbedingt in dieses Thema dazugehört?

16

17 Dipl.-Psych. Frau H.: Nicht direkt, aber worüber ich schon lange nachdenke ist diese
18 strafrechtliche Problematik. Es wird ja oft gesagt, nach einer Gesetzesänderung ist
19 alles straffrei und alles gut. Aber wenn wir eine Abgabep Praxis einrichten würden, die
20 bestimmte Dinge vorschreibt, nämlich Alter, Verbot von Weiterverkauf, Zertifizierung,
21 was passiert dann mit denen, die sich nicht daran halten, wovon es einige geben wird?
22 Ich denke, das muss man immer im Kalkül behalten, weil wir dann wieder in der
23 Juristerei drin sind und da würde ich immer noch – und ich weiß, das hat mir ein
24 Strafrechtler gesagt, dass wir da ein Rechtsproblem haben- aber ich finde, dieses
25 Problem müssen die Strafrechtler lösen, dass ich die Sache trotzdem gerne, egal ob
26 jetzt irgendwelche Liberalisierungen kommen oder nicht, dass ich die Sache gerne aus
27 dem Strafrecht draußen hätte in den Ordnungswidrigkeitsbereich rein, was mir
28 trotzdem Handhabemöglichkeiten gibt, Menschen zu motivieren, bestimmte Stellen
29 aufzusuchen, um sich vielleicht auch noch etwas anderes anzuhören als nur: das ist ja
30 alles ganz harmlos. Also das Strafrechtliche hätte ich gerne von der Socke. Auch in
31 dem Fall, wenn wir liberalisieren, ...

32

33 G.F.: Einen Moment bitte, das habe ich jetzt nicht verstanden: Was meinen Sie mit
34 „das Strafrechtliche hätte ich gerne von der Socke?“

35

36 Dipl.-Psych. Frau H.: Aktuell haben wir ja die Strafverfolgung, wenn wir liberalisieren
37 mit gewissen strikten Abgabevorschriften, dann sind wir immer noch im strafrechtlichen

1 Bereich. Denn wer außerhalb der Abgabestelle verkauft hat dann wieder ein
2 strafrechtliches Problem und wer an Jugendliche verkauft hat auch ein strafrechtliches
3 Problem. Da hätte ich gerne die Möglichkeit, das aus dem strafrechtlichen Bereich
4 rauszuholen, aber eine Sanktionsmaßnahme drin zu lassen.

5

6 G.F.: Darf ich wieder übersetzen? Sie möchten den Druck, der die Menschen zu Ihnen
7 führt, zum Teil behalten, aber Sie möchten nicht, dass es über das Strafrecht passiert,
8 sondern über irgend eine andere Rechtsform, z.B. über das Verwaltungsrecht?

9

10 Dipl.-Psych. Frau H.: Genau.

11

12 G.F.: Frau H., dann bedanke ich mich sehr für das Interview und dass Sie sich Zeit für
13 mich genommen haben, Sie haben mir sehr weitergeholfen, vielen Dank. Ich
14 beschließe dieses Interview um 9.52 Uhr.