

Stellungnahme der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)

zur schriftlichen Anhörung durch den Rechtspolitischen Ausschuss, den Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss, den Kulturpolitischen Ausschuss und den Innenausschuss des Hessischen Landtags betreffend den

Dringlichen Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend Alkohol- und Suchtprävention stärken - Drucks. 19/1177 –

1. Allgemeine Informationen zum Problem von Cannabis und zur Situation in Hessen,
2. Prävention, insbesondere bei Jugendlichen,
3. medizinische Nutzung,
4. aktuelle Situation der Cannabisgesetzgebung für die Akteure und Institutionen der Justiz- und der Innenpolitik, insbesondere die Praktikabilität der Strafverfolgung wegen Besitz und Handel von Cannabisprodukten.

Ihrem Arbeitsfeld entsprechend bezieht sich die HLS in ihren Ausführungen ausschließlich auf die ersten beiden Punkte.

Die Suchthilfe in Hessen ist mit dem Cannabisthema hinsichtlich drei unterschiedlicher Zielgruppen befasst:

1. **Betroffene mit einer behandlungsbedürftigen Cannabisproblematik** sowie deren Angehörige.
2. **Gelegenheitskonsumenten/-innen**, die durch die „Nebenwirkungen“ der aktuellen Gesetzgebung in Schwierigkeiten geraten sind, z.B. Schulverweis, anstehendes Strafverfahren, drohender Führerscheinverlust, drohender Arbeitsplatzverlust.
3. Schulen und Betriebe, die nach Unterstützung bei **Präventionsveranstaltungen** fragen. **Eltern, Freunde, Lehrer/-innen, Ausbilder/-innen**, die sich vorbeugend zu dem Thema informieren möchten.

Dieser Zielgruppendreiklang findet sich in den nachfolgenden Ausführungen wieder: ausführlichen Belegen zu Prävalenzen und Daten aus den Bereichen Beratung/Behandlung sowie Anmerkungen zum Thema Prävention werden die Zusammenfassungen dieser Befunde, eine Vor- und eine Schlussbemerkung sowie die Forderung der HLS vorangestellt.

Vorbemerkung

Für die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) als Vertretung der Suchthilfe in Hessen bilden die Auswirkungen der Cannabispolitik auf die Lebenswelten der Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis den wichtigsten Aspekt in der aktuellen Debatte. Vor diesem Hintergrund betont die HLS die Bedeutung von Prävention, Jugendschutz, Schadensminderung, Frühintervention, Beratung und Behandlung. Die geltenden Bestimmungen des Betäubungsmittelrechtes wirken ungeachtet der Häufigkeiten, Intensitäten und Umständen des Cannabiskonsums auf die gesamte Gruppe der Konsumierenden. Dadurch werden zusätzliche Problemlagen und Risiken für die Menschen geschaffen.¹

Zusammenfassung der HLS-Stellungnahme zu Punkt 1: »Allgemeine Informationen zum Problem von Cannabis und zur Situation in Hessen«

- Nahezu jeder vierte Erwachsene in Deutschland hat mindestens einmal in seinem Leben Cannabis konsumiert.
- Cannabiskonsum ist ein passageres Geschehen, das mit zunehmendem Lebensalter an Bedeutung verliert.
- Die Lebenszeitprävalenz der Alterssparte (18-24 Jahre), die den höchsten Cannabiskonsum vorweist, nimmt seit 2003 stetig ab.
- Der regelmäßige Cannabiskonsum Jugendlicher ändert sich in den Jahren 1993 bis 2012 nur wenig. Die 12-Monats-Prävalenz ist im Vergleich zu 2004 zurückgegangen.
- Das Alter beim ersten Cannabiskonsum liegt seit 1993 stabil bei etwa 17 Jahren.
- Bei der großen Mehrheit der Konsument/-innen, die nur gelegentlich oder episodisch konsumieren, sind i.d.R. keine Schädigungen zu verzeichnen.
- Das „amotivationale Syndrom“ und die These, dass Cannabis als Einstiegsdroge fungiert („Gateway-Hypothese“), sind empirisch nicht belegt.²
- Erhebliche gesundheitliche Gefahren bestehen bei hochdosiertem und langjährigem Konsum, besonders wenn dieser bereits in der Pubertät beginnt.
- In Suchtberatungsstellen und Fachkliniken nimmt die Anzahl von Menschen mit einer behandlungsbedürftigen Cannabisproblematik leicht zu. Das liegt auch an den inzwischen etablierten passgenauen Angeboten für diese Zielgruppe.

¹ Peter Raiser, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), unveröffentlichtes Manuskript

² Hoch, E., Bonnet, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U., Preuss, U. W. Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112: 271–8

Zusammenfassung der HLS-Stellungnahme zu Punkt 2: »Prävention, insbesondere bei Jugendlichen«

- Trotz der Illegalität der Substanz konsumieren Jugendliche und junge Erwachsene Cannabis. Dabei bietet der derzeitige Cannabisschwarzmarkt keinerlei Möglichkeiten eines Jugendschutzes.
- Aufgrund der gesetzlichen Situation sind gesundheitsschützende und risikominimierende Aspekte in der Cannabisprävention wie z.B. im Alkoholbereich („Kenn Dein Limit“, „Trink mit Verstand“, „Keine Kurzen für die Kurzen“) oder im Bereich des Heroinkonsums (Hinweise zum Spritzentausch und der Nutzung von Kondomen, um ansteckende Krankheiten zu unterbinden) derzeit kaum möglich.
- Um gerade bei Jugendlichen glaubwürdige Präventionsarbeit leisten zu können, wäre deshalb die Einführung von Maßnahmen der Cannabisprävention, die den aktuellen Erkenntnissen über die Wirkungsweise substanzspezifischer Suchtprävention entsprechen, zielführend.
- Juristische Nebenwirkungen der aktuellen Gesetzgebung führen bei Gelegenheitskonsument/-innen zu sozialen Problemlagen mit z.T. weitreichenden Folgen für den weiteren Lebensweg (Schulverweise, Führerschein- oder Arbeitsplatzverlust). Auch bei einer Verfahrenseinstellung können bereits die polizeilichen Ermittlungen erhebliche soziale Konsequenzen in den betroffenen Familien nach sich ziehen.
- Die in der Illegalität gehandelten Substanzen sind oft gesundheitsschädlich verunreinigt. Eine Produktsicherheit ist nicht gegeben. Daraus resultieren ernsthafte Gefährdungen für Konsumierende, die über die Gesundheitsgefährdung durch den Cannabiswirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) selbst weit hinausgehen.

Schlussbemerkung

Vor dem Hintergrund u.a.

- einer seit Jahrzehnten ungebrochenen Nachfrage nach Cannabis seitens der Konsument/-innen
- eines nicht vorhandenen Unrechtsbewusstseins in weiten Kreisen der Bevölkerung bezüglich des Cannabiskonsums
- eines florierenden Cannabisschwarzmarktes u.a. mit gesundheitlichen Risiken durch Produktunsicherheiten und ohne jegliche Jugendschutzmöglichkeiten
- der gewaltigen öffentlichen Finanz- und Personalressourcen, mit denen Staatsanwaltschaften, Gerichte, Strafvollzug, Polizei und Zoll mit Maßnahmen zur „Angebotsreduktion“ vorgehen und die die gegenwärtige Personal- und Mittelausstattung der Suchtprävention und Suchthilfe weit übertreffen

wird die generalpräventive Wirkung der Suchtpolitik bezüglich Cannabis seit vielen Jahren kontrovers diskutiert.

Um Klarheit zu erlangen, stellte das Bundesverfassungsgericht im sogenannten „Cannabis-Beschluss“ von 1994 fest, dass die vermutete generalpräventive Wirkung der aktuellen Gesetzgebung bislang nicht mit wissenschaftlichen Methoden belegt werden konnte, allerdings Millionen Bundesbürger und Bundesbürgerinnen, die nicht sozial auffällig sind und die zu Genusszwecken konsumieren, kriminalisiert.³

Gleichzeitig ist zu konstatieren, „dass es durch einen im Pubertätsalter begonnenen und intensiven und langanhaltenden Cannabiskonsum Hinweise auf ein erhöhtes Psychoserisiko sowie besondere Risiken für vulnerable Personen und in bestimmten Lebenslagen (z.B. Schwangere, Personen mit bestimmten Erkrankungen), insbesondere für Kinder und Jugendliche mit negativen Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung gibt. Weiterhin gibt es situative Kontexte, in denen der Cannabiskonsum mit erhöhten Risiken verbunden ist, vor allem bei der Teilnahme am Straßenverkehr und bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten.“⁴

Forderung der HLS

Die Hessische Landestelle für Suchtfragen e.V. (HLS) fordert deshalb eine von der Bundesregierung einzusetzende Enquete-Kommission, die die derzeit geltenden Bestimmungen der Cannabispolitik auf ihre erwünschten und unerwünschten Folgen einer umfänglichen Überprüfung unterzieht. Diese Überprüfung soll unter Einbeziehung aller damit befassten wissenschaftlichen Disziplinen und Fachorganisationen durchgeführt werden. Da es sich um eine gesellschaftspolitische Fragestellung handelt, ist eine Reduktion auf eine gesundheitspolitische Fragestellung abzulehnen.⁵

³ Peter Raiser, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), unveröffentlichtes Manuskript

⁴ Dr. Heribert Fleischmann, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), unveröffentlichtes Manuskript

⁵ dito

Ausführungen zu Punkt 1: »Allgemeine Informationen zum Problem von Cannabis und zur Situation in Hessen«

1.1 Prävalenzen

Cannabis ist in Deutschland die am meisten konsumierte illegale Droge. Die Lebenszeitprävalenz in Deutschland der 15- bis 64-Jährigen liegt bei 23,1 %. Das bedeutet, dass fast 12 Millionen Menschen in diesem Alter mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben.

Europa	21,7%
Deutschland	23,1%
Niederlande	25,7%
Portugal	9,4%
Spanien	27,4%

Im europäischen Vergleich liegt Deutschland damit leicht über dem europäischen Durchschnitt, wie die nebenstehende Tabelle zeigt.⁶

Die Prävalenzen für den kürzer zurückliegenden Konsum sind deutlich niedriger. Innerhalb des letzten Jahres konsumierten 4,5 % (ca. 2,3 Millionen Personen) der erwachsenen Bevölkerung (18-64 Jahre) in Deutschland Cannabis und innerhalb des letzten Monats 2,3 % (ca. 1,2 Millionen Personen).⁷

Bis auf den letzten Wert gibt es keine äquivalenten Hessendaten. 2007 hat das Institut für Sucht- und Drogenforschung an der Universität Hamburg im Auftrag der HLS und auf Veranlassung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration in einer repräsentativen Studie die Prävalenz des Cannabiskonsums in Hessen erhoben⁸. Danach gaben etwa 90.000 Personen an, das sind 2 % der erwachsenen Bevölkerung in Hessen, im letzten Monat Cannabis konsumiert zu haben. Ein Prozentwert, der sich in etwa mit dem o.g. bundesweit erhobenen Wert deckt und die Annahme zulässt, dass auch die folgenden bundesweiten Zahlen auf Hessen übertragbar sind.

⁶ Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Europäischer Drogenbericht 2014. (2014), S. 77

⁷ Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht 59 (6) S. 324.

⁸ Raschke, P., Kalke, J., Buth, S., Rosenkranz M., Hiller, P. (Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg). (2008). Repräsentativerhebung 2007 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und zum Glücksspielverhalten in Hessen -Band I-. Hg.: Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit und Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)

Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten (%)

Gesamt	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
4,5	6,0	3,0	16,2	13,7	9,8	5,7	2,0	0,9	0,1

Der Konsum von Cannabis ist an eine bestimmte Lebensphase gebunden. Er nimmt nach seinem Höhepunkt im jungen Erwachsenenalter im Laufe des weiteren Lebens stetig ab.⁹

**[BEI CANNABISKONSUM
HANDELT ES SICH UM EIN
PASSAGERES, EINER
BESTIMMTEN LEBENSPHASE
ZUZUORDNENDES,
GESCHEHEN.
ES NIMMT VON SEINEM
HÖHEPUNKT IM JUNGEN
ERWACHSENENALTER IM
LAUFE DES WEITEREN
LEBENS STETIG AB]**

Trends bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Ein besonderes Augenmerk liegt bei Erhebungen auf der Personengruppe Jugendlicher und junger Erwachsener. Laut der Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland haben 2012 1,3 % der 12- bis 17-Jährigen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung regelmäßig,

d. h. mehr als zehn Mal, Cannabis konsumiert.¹⁰

Nach dem erheblichen Anstieg der Konsumprävalenzen für Cannabis ab etwa Mitte der 90er Jahre ist aufgrund der in jüngster Zeit vorgelegten Studienergebnisse der Eindruck einer gewissen Entspannung hinsichtlich des Konsums und der Verbreitung von Cannabis vor allem unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen entstanden.

Der regelmäßige Cannabiskonsum der Jugendlichen änderte sich in den Jahren 1993 bis 2012 nur wenig. Die 12-Monats-Prävalenz ist im Vergleich zu 2004 zurückgegangen. Studien aus Frankfurt¹¹ und Hamburg¹² zeigen in dieser Altersgruppe aktuell wieder leichte Anstiege.

Bei jungen Erwachsenen verlaufen die Trends der beiden bundesweiten Studien (BZgA-Studie und Epidemiologischer Suchtsurvey [ESA]) uneinheitlich – die Bewertung der Entwicklung bleibt vorläufig noch unklar.

**[DER REGELMÄßIGE
CANNABISKONSUM DER
JUGENDLICHEN ÄNDERTE
SICH VON 1993 BIS 2012
NUR WENIG. DIE 12-
MONATS-PRÄVALENZ IST
IM VERGLEICH ZU 2004 ZU-
RÜCKGEGANGEN.]**

⁹ Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E., Piontek, D. (2014). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey, Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter 1980-2012. München. IFT

¹⁰ BZgA (2014). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012 Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. S. 5

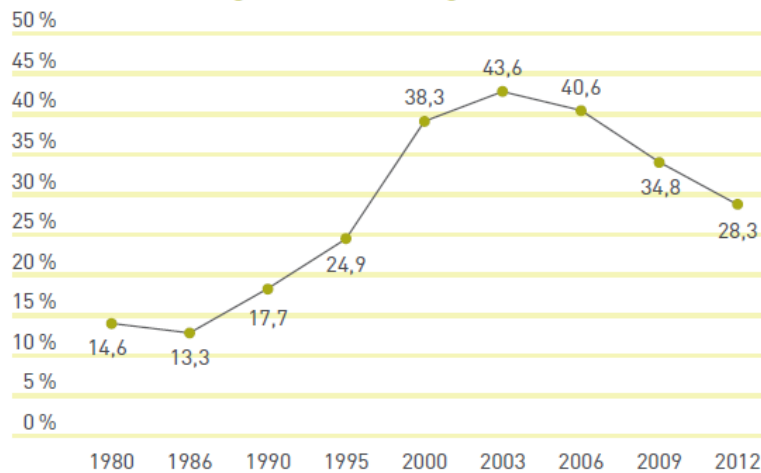
¹¹ Werse, B., Morgenstern, C., & Sarvari, L. (2014), S. 94

¹² Baumgärtner, T. (2014) – Hamburg: Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V., Suchtmittelgebrauch, Computerspielverhalten, Internetnutzung und Glücksspielerfahrungen von Jugendlichen in Hamburg und drei kommunalen Modellregionen in Deutschland. Deskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-regional Studie 2012, S. 31

Cannabiserfahrung 18- bis 24-Jähriger¹³

Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren ist der Cannabiskonsum deutlich weiter verbreitet.

3,9 % konsumierten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung regelmäßig Cannabis.¹⁴ Allerdings geht auch hier die Lebenszeitprävalenz seit 2003 zurück, wie die nachfolgende Grafik zeigt.



**[DIE LEBENSZEIT-
PRÄVALENZ
DES CANNABISKONSUMS
BEI JUNGEN ERWACHSENEN
SINKT SEIT 2003 STETIG]**

Durchschnittsalter beim ersten Cannabiskonsum¹⁵

Jahr	insgesamt	männlich	weiblich
1993	17,3	17,5	17,0
1997	16,7	16,8	16,5
2001	16,5	16,5	16,5
2004	16,4	16,5	16,3
2008	16,5	16,5	16,4
2011	16,7	16,8	16,7

**[DAS ALTER BEIM ERSTEN
CANNABISKONSUM IST SEIT
15 JAHREN STABIL.
DIE UNTERSCHIEDE ZWI-
SCHEN MÄNNLICHEN UND
WEIBLICHEN JUGENDLICHEN
SIND MARGINAL.]**

12- bis 25-Jährige insgesamt und nach Geschlecht von 1993 bis 2011

¹³ Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. Piontek, D. (2014). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey, Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter 1980-2012. München. IFT

¹⁴ Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends DEUTSCHLAND, S. 90f

¹⁵ BZgA (2015). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012, Folie Nr. 20

1.2 Cannabis und Suchtgefahren

Bezogen auf die Gesamtzahl der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland zwischen 18 und 64 Jahren erfüllen jeweils 0,5 % die DSM-IV Kriterien¹⁶ für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit (jeweils ca. 250.000 Personen).¹⁷ Das Risiko einer Abhängigkeit trifft auf ca. 9 % der regelmäßig Konsumierenden zu. Todesfälle durch Cannabiskonsum sind nicht dokumentiert.

„Neben den Risiken einer Suchterkrankung ist Cannabiskonsum mit weiteren Gesundheitsrisiken verbunden. Sowohl psychische als auch somatische Schäden können Folgen von Cannabiskonsum sein. Es ist bekannt, dass Cannabiskonsum mit einem erhöhten Psychoserisiko in Zusammenhang steht. Für bestimmte Personen und in bestimmten Lebenslagen bestehen zudem besondere Risiken bei jedem Konsum psychoaktiver Substanzen. Für Kinder und Jugendliche ist bei Cannabis belegt, dass es sich negativ auf die psychosoziale Entwicklung auswirkt.¹⁸ Erhöhte Risiken bestehen auch für Schwangere und für Personen mit bestimmten Erkrankungen. Weiterhin gibt es situative Kontexte, in denen der Konsum mit erhöhten Risiken verbunden ist, vor allem bei der Teilnahme am Straßenverkehr und bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten.“¹⁹

**[BEGINN IN DER
ADOLESCENZ SOWIE HOCH-
DOSIERTER,
LANGJÄHRIGER
UND REGELMÄßIGER
CANNABISGEBRAUCH
ERHÖHEN
DAS RISIKO FÜR
STÖRUNGEN DER
PSYCHISCHEN UND KÖRPER-
LICHEN GESUNDHEIT
SOWIE
DER ALTERSGERECHTEN
ENTWICKLUNG.]**

Allerdings ist zu konstatieren, dass bei der großen Mehrheit der Konsument/-innen ein einmaliger, gelegentlicher oder nur episodischer Gebrauch vorliegt, der i.d.R. mit keinen Schädigungen verbunden ist.²⁰

Fälle von Cannabismissbrauch und -abhängigkeit in ambulanten und stationären Beratungs- und Behandlungszentren

Die Tatsache, dass eine medizinisch festgestellte Cannabisabhängigkeit als behandlungsbedürftige Krankheit klassifiziert ist, ermöglicht den Betroffenen Leistungsansprüche für therapeutische Maßnahmen. Im Bereich der Frühintervention bieten Kooperationen zwischen Staatsanwaltschaften und Beratungsstellen Möglichkeiten, Strafverfahren gegen junge Cannabiskonsumenten gegen Auflagen einzustellen. In Hessen gibt es bereits seit vielen Jahren sowohl im ambulanten Setting (FRED – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten) als auch im stationären Setting (z.B. Fachklinik Auf der Lenzwiese) Hilfs- und Therapieangebote speziell für Menschen mit einer Cannabisproblematik.

¹⁶ DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ein Klassifikationssystem in der Psychiatrie der American Psychiatric Association

¹⁷ Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht 59 (6) S. 326

¹⁸ Hoch, E., Bonnet, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U., Preuss, U. W. Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112: 271–8

¹⁹ Dr. Heribert Fleischmann, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), unveröffentlichtes Manuskript

²⁰ Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht 59 (6) S. 324.

Daten aus Beratungsstellen (bundesweit)

Von den in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) dokumentierten Fällen der bundesdeutschen Suchtberatungsstellen handelte es sich bei 15,4 % (ca. 26.000 Personen) um Klienten mit primären Cannabisproblemen.²¹

Fast jeder fünfte Klient mit einer primären Cannabisproblematik wies zusätzlich einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen auf (17,9 %).

Bei fast jedem zehnten Klienten mit einer Hauptdiagnose aufgrund des Konsums von Cannabis wurde auch ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Kokain festgestellt (8,7 %). Knapp ein Viertel der Klienten mit einer primären Störung aufgrund des Konsums von Cannabinoiden erfüllte auch die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung (23,3 %).²²

Daten zu stationären Behandlungen (bundesweit)

Die Gesamtzahl der akuten Sucht- bzw. Drogenbehandlungen *in Krankenhäusern* wegen „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide“ (Diagnose ICD10: F12)²³ lag 2013 bei 11.708 Personen. In den letzten fünf Jahren gab es jährliche Zuwächse von jeweils über 10 % bei der Zahl dieser Diagnosen in Krankenhäusern.²⁴

Der Anteil der im Rahmen der *Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)* dokumentierten Fälle mit einer Cannabisdiagnose in Fachkliniken für Suchterkrankungen im stationären Behandlungsbereich lag 2013 bei 7,1 % (2.930 Personen).²⁵

Es ist anzunehmen, dass ein Teil der Patient/-innen in beiden Gruppen parallel dokumentiert wird: nach einer Krankenhausbehandlung erfolgt eine evtl. notwendige stationäre Therapie in einer Fachklinik.

Die Situation in Hessen

An der Computerbasierten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) beteiligen sich fast alle hessischen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen.

Eine Trendanalyse von 2007 bis 2013 zeigt, dass über den Untersuchungszeitraum hinweg die prozentualen Anteile der Hauptdiagnosen Alkohol und Cannabis stabil bleiben; wogegen Opiatdiagnosen stetig abnehmen und die Anzahl der Menschen mit einer pathologischen Glücksspielproblematik ansteigt.

²¹ Brand, H. et al. (2014). Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2013. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. München. IFT Institut für Therapieforschung. www.suchthilfestatistik.de

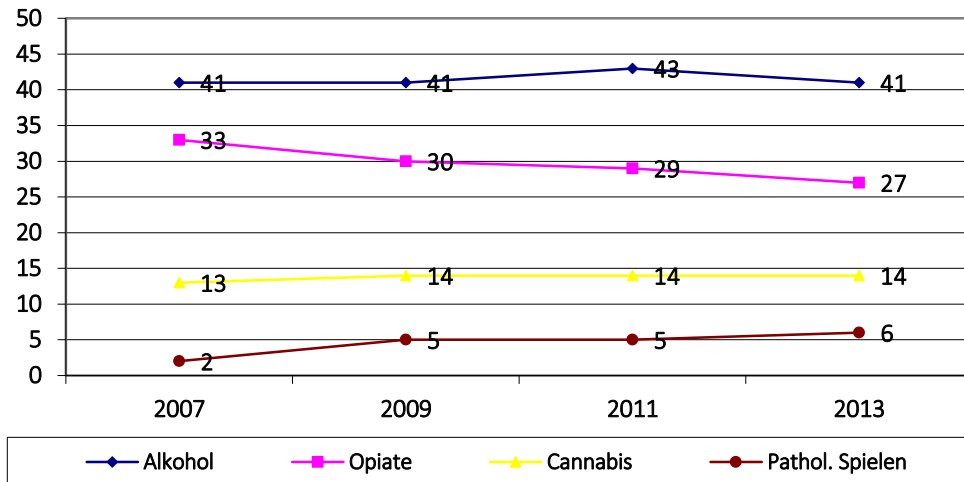
²² Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends DEUTSCHLAND, S. 107

²³ ICD-10 = International Classification of Diseases. Eine medizinische Klassifikation zur Systematisierung von Diagnosen. Die Ziffern F00–F99 klassifizieren Psychische und Verhaltensstörungen (inklusive Suchterkrankungen).

²⁴ Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=XWD_2&OPINDEX=5&HANDLER=XWD_CUBE.SETPGS&DATA-CUBE=XWD_30&D.001=1000001&D.946=12667

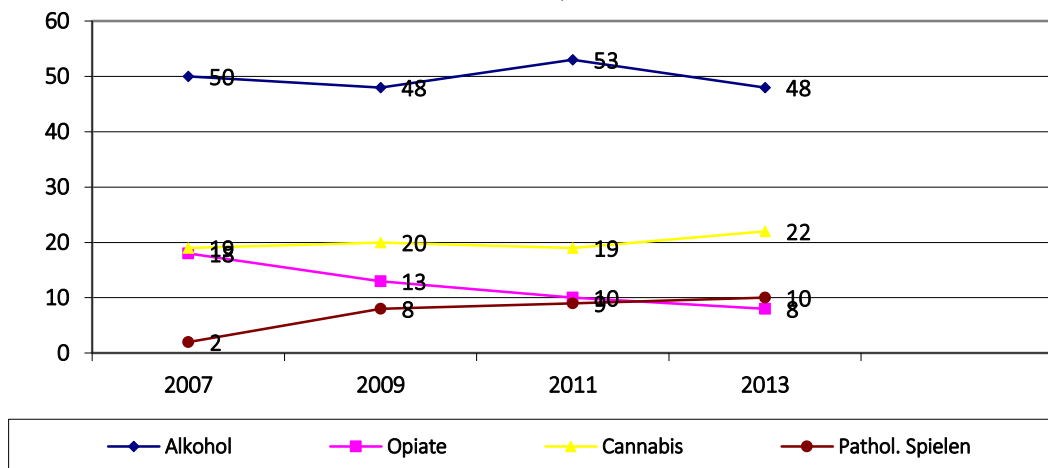
²⁵ Brand, H. et al. (2014). Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2013. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. München. IFT Institut für Therapieforschung. www.suchthilfestatistik.de

Entwicklung ausgewählter Hauptdiagnosen in hessischen Suchtberatungsstellen von 2007 bis 2013²⁶ (Klientel n = zwischen 14.000 und 16.000 Personen)



Ein anderes Bild stellt sich dar, wenn *ausschließlich die neu aufgenommenen* Klientinnen und Klienten betrachtet werden: Hier sind mit 48 % fast die Hälfte der Betroffenen Alkohol-klientinnen bzw. -klienten. Die Hauptdiagnose Cannabis nimmt 2013 hier mit 22 % jedoch den 2. Platz ein:

Entwicklung der Hauptdiagnosen in hessischen Suchtberatungsstellen von 2007 bis 2013 – nur NEUAUFNAHMEN (Klientel n = zwischen 4.000 und 6.000 Personen)



Die leicht gestiegene Nachfrage nach Beratung/Behandlung bei den Neuaufnahmen wegen einer primären Cannabisproblematik muss nicht unbedingt mit einer Vergrößerung der Problemlage in Verbindung gebracht werden. Vielmehr sind gestiegene Behandlungszahlen im Wesentlichen auch auf inzwischen weit verbreitete und an die Zielgruppe angepasste Angebote der Suchthilfe zurückzuführen.

²⁶ Basis der Trendanalyse sind 91 Einrichtungen, die sich über den gesamten Zeitraum an der COMBASS-Dokumentation beteiligt haben.

Ausführungen zu Punkt 2: »Prävention, insbesondere bei Jugendlichen«

1. Suchtpolitik: Notwendige Basis wirksamer Prävention

Die Verhinderung und Reduzierung der Schäden durch Suchtmittelkonsum sind erklärte Ziele der Suchtpolitik. Sie werden durch entsprechende gesetzliche Maßnahmen sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene erreicht. Konkret bedeutet dies:

- Möglichst wenige Menschen konsumieren Suchtmittel. Alle Menschen, die nicht konsumieren, werden in ihrer Entscheidung bestärkt, keine Suchtmittel zu sich zu nehmen.
- Menschen, die Suchtmittel konsumieren, steigen möglichst spät in den Konsum ein, weisen möglichst risikoarme Konsummuster auf und konsumieren nur in Situationen, in denen Risiken nicht zusätzlich erhöht werden.
- Konsumenten, deren Suchtmittelkonsum zu Problemen führt, erhalten möglichst früh effektive Hilfen zur Reduzierung mit dem Konsum verbundener Risiken und Schäden.
- Konsumenten, die ihren Konsum beenden möchten, erhalten uneingeschränkten Zugang zur Behandlung, Hilfen zum Ausstieg und Aufrechthaltung der Abstinenz.²⁷

Die Folgen der Cannabispolitik wirken in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Die derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen betreffen direkt und indirekt viele Millionen Menschen in Deutschland. Im Zusammenhang mit den rechtlichen Bestimmungen und dem Konsum entstehen Problemlagen, weit über den Bereich der gesundheitlichen Folgen hinaus, die auch die Arbeit der Suchthilfe- und Suchtpräventionseinrichtungen tangieren.²⁸

2. Glaubwürdigkeit: Notwendige Basis wirksamer Prävention

Jedweder Konsum psychoaktiver Substanzen ist mit Risiken behaftet. Das trifft auch auf Cannabis zu. Auf der individuellen Ebene gilt die Empfehlung, gar nicht zu konsumieren, sie gilt im Besonderen für Jugendliche. Personen, die regelmäßig Cannabis konsumieren oder deren Konsum schon mit negativen Folgen verbunden ist, sollten, um weitere Schäden zu vermeiden oder zu vermindern, ihren Konsum einschränken oder ganz auf Cannabis verzichten.

Cannabiskonsumenten sind nach den derzeitigen Erkenntnissen eine sehr heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich durch Konsumfrequenz (Probierkonsum/ Gelegenheitskonsum), wobei ein Übergang in problematische Konsumformen (regelmäßig, schädlich, abhängig) von individuellen Vulnerabilitäts-, Schutz- und Risikofaktoren abhängig ist, dem Konsumalter (Kinder/Jugendliche, Erwachsene), der sozialen Integration (Einkommen, Bildung, Arbeit, sozialer Status, Schichtzugehörigkeit), der Belastung durch Komorbidität (Konsum anderer Drogen, psychische Erkrankungen). Entsprechend unterschiedlich sind die gesundheitlichen, juristischen und gesellschaftlichen Risiken, die in einer glaubwürdigen Präventionsarbeit berücksichtigt werden sollten.²⁹

²⁷ Bielefelder Erklärung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2008

²⁸ Peter Raiser, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), unveröffentlichtes Manuskript

²⁹ Dr. Heribert Fleischmann, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), unveröffentlichtes Manuskript

Bei mehreren Millionen mehr oder weniger regelmäßig Cannabis Konsumierenden in Deutschland scheint das Präventionsziel, den Konsum verhindern zu wollen, nicht realistisch. Die weite Verbreitung des Cannabiskonsums gerade unter jungen Menschen führt dazu, dass viele Jugendliche Cannabiskonsumern und/oder die Wirkung von Cannabis persönlich kennen.

Aufgrund dieser Erfahrungen werden Präventionsbotschaften, die sich darauf beschränken, zu erläutern wie gefährlich Cannabis ist, vielfach nicht akzeptiert. Als authentische Präventionsmaßnahme wäre es hilfreicher, gezielt die Risiken von Cannabis anzusprechen – zum Beispiel übermäßigen Konsum, frühzeitiger Beginn des Konsums oder die besonderen Gefährdungspotentiale für Personen mit einer psychischen Vorbelastung. Informationen, wie schädliche und stark risikobehaftete Formen des Konsums verhindert werden könnten, also in einer offenen Aussprache gesundheitsschützende und risikomindernde Verhaltensweisen beim Cannabiskonsum zu thematisieren, würde die Akzeptanz der Prävention ebenso erhöhen. Bei gelegentlich konsumierenden Menschen würde die Information, dass für erwachsene Menschen in stabilen sozialen Verhältnissen der moderate Konsum von Cannabis relativ ungefährlich, wenn auch nicht komplett unbedenklich, sein kann, ebenfalls die Glaubwürdigkeit von Präventionsbemühungen steigern.

Allerdings finden solche Maßnahmen derzeit kaum statt, da dies von Strafverfolgungsbehörden bereits als Aufforderung zum Konsum gewertet werden könnte.³⁰

Darüber hinaus unterbleibt vielfach eine frühe Intervention bei Betroffenen oder Gefährdeten durch Lehrer/-innen, Eltern und Mitschüler/-innen, weil diese zu Recht befürchten, sich als Mitwissende ebenfalls in einem strafrechtlich relevanten Problembereich zu bewegen. Die Thematik wird in der Regel erst dann angesprochen, wenn der Konsum deutlich sichtbar ist und findet damit zu spät statt. Aus Unsicherheit und zum Selbstschutz wenden sich Lehrkräfte und Eltern dann häufig an die Polizei und Ermittlungsbehörden. Die dann zwangsläufig eingeleiteten Repressionen und die strafrechtliche Reaktion bei Auffälligkeiten sind jedoch keine adäquaten Präventionsaktivitäten.³¹

Weil es gerade für Jugendliche in der Pubertät um das Ausloten von Grenzen und das Eingehen von Risiken geht, nimmt die Vermittlung von Risikokompetenzen als Präventionsmaßnahme in der Suchtprävention zunehmend einen wichtigeren Stellenwert ein.

Im, auch in Hessen erfolgreich etablierten, HaLT-Projekt werden Jugendliche, die aufgrund ihres Alkoholmissbrauchs in ein Krankenhaus eingeliefert werden, von Mitarbeitenden dieses Projekts angesprochen. In anschließenden Gesprächen diskutieren Jugendliche unter professioneller Anleitung u.a. darüber, was ein Risiko ist, was Risikokompetenz ist und warum es besser ist, seine Grenzen zu kennen. Schließlich geht es auch darum zu erkennen, in welchen Situationen Alkoholkonsum absolut tabu ist. Es werden Regeln aufgestellt und konkrete Verhaltensweisen vermittelt, ohne jedoch den Alkoholkonsum im Allgemeinen zu missbilligen.

Ähnliche Vorgehensweisen mit jugendlichen Cannabiskonsumern, die noch keine behandlungsbedürftige Problematik aufweisen, mit dem Ziel den Konsum zu reduzieren und möglicherweise sogar ganz einzustellen, könnten der Cannabisprävention neue Impulse geben.

³⁰ Peter Raiser, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), unveröffentlichtes Manuskript

³¹ dito

3. Die aktuelle Gesetzeslage und soziale Konsequenzen

Nicht nur jugendliche Gelegenheitskonsumenten/-innen geraten durch juristische „Nebenwirkungen“ der aktuellen Gesetzgebung in soziale Schwierigkeiten. Diese Personen oder auch ihre Angehörigen wenden sich mit ihren Problemlagen auch an Suchtberatungsstellen.

In Deutschland ist der Cannabiskonsum selbst nicht strafbar, da Selbstschädigung nicht verboten ist. Da aber jede andere Handhabung der Substanz unter Strafandrohung gestellt ist, erfolgt de facto eine Kriminalisierung aller Konsumierenden. Die Ermittlungsbehörden sind aufgrund des Legalitätsprinzips dazu gezwungen, Verfahren gegen Konsumierende einzuleiten, auch wenn sie keine Gesundheitsschäden aufweisen und anderweitig nicht kriminell sind.³² In 2013 fielen 116.489 der 145.013 von der Polizei erfassten Cannabisdelikte in die Rubrik der konsumnahen Delikte.³³

Auch bei einer späteren Verfahrenseinstellung durch die Staatsanwaltschaft kann bereits die Einleitung eines polizeilichen Ermittlungsverfahrens erhebliche soziale Konsequenzen für die Betroffenen bzw. ihr Umfeld nach sich ziehen.

Allerdings kann Cannabiskonsum – auch bei Gelegenheitskonsument/-innen – neben polizeilichen Ermittlungen noch in ganz anderen Lebensbereichen zu umfangreichen Konsequenzen führen:

- Strafrechtliche Auffälligkeit durch Cannabiskonsum führt unter Umständen zu einem Ausschluss der Teilnahme am Straßenverkehr. Selbst wenn die Betroffenen nie unter Einfluss von Cannabis am Verkehr teilgenommen haben und nie eine konkrete Gefährdung des Straßenverkehrs vorlag, wird ihnen regelmäßig die Eignung zur Teilnahme am Straßenverkehr abgesprochen. Dies betrifft sogar Personen, die mit Cannabis aufgegriffen werden, ohne es jemals konsumiert zu haben. Es gibt keinen anderen strafrechtlich relevanten Bereich (z.B. Eigentumsdelikte oder Gewalttaten), bei denen Tätern grundsätzlich die Eignung zur Teilnahme am Straßenverkehr abgesprochen wird.³⁴
- Drogentests auf Cannabis auch in Betrieben, in denen keine sicherheitsrelevanten Tätigkeiten ausgeübt werden (z.B. im Rahmen von Einstellungsverfahren), sind keine Präventionsaktivitäten, die wirksam Konsum verhindern und gesundheitliche Schäden reduzieren. Unternehmen möchten sich durch Testverfahren juristisch absichern, auch weil mit dem Konsum illegaler Drogen zwangsläufig eine kriminelle Tat verknüpft ist. De facto führt dies zu Nachteilen für Bewerber/-innen, ungeachtet tatsächlicher schädlicher Konsummuster und/oder einer Abhängigkeit. Der Ausschluss selbst einmaliger Konsumenten (Probierkonsum / vorübergehende Phase im jungen Erwachsenenalter) erhöht durch mögliche Arbeitslosigkeit eine Verfestigung von (sozialen) Problemen und erschwert zudem den Zugang für wirksame Prävention.³⁵

³² Peter Raiser, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), unveröffentlichtes Manuskript

³³ Bundeskriminalamt (2013). Polizeiliche Kriminalstatistik 2013

<http://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2013/pks2013Jahrbuch.ch.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pks2013Jahrbuch.pdf>

³⁴ Peter Raiser, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), unveröffentlichtes Manuskript

³⁵ dito

Verwendete Literatur:

- Baumgärtner, T. (2014) – Hamburg: Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V., Suchtmittelgebrauch, Computerspielverhalten, Internetnutzung und Glücksspielerfahrungen von Jugendlichen in Hamburg und drei kommunalen Modellregionen in Deutschland. Deskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-regional Studie 2012.
- Bundeskriminalamt (2013). Polizeiliche Kriminalstatistik 2013 <http://www.bka.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2013/pks2013Jahrbuch,templated=raw,property=publicationFile.pdf//pks2013Jahrbuch.pdf>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2015). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland Aktuelle Ergebnisse und Trends. Peter Lang & Boris Orth. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Präsentation anlässlich des Cannabis Fachgesprächs der Drogenbeauftragten 19. März 2015.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2014). Jahrbuch Sucht 2014, Pabst, Lengerich.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2008) Bielefelder Erklärung.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Europäischer Drogenbericht 2014. ISBN: 978-92-9168-692-6
- Fleischmann, H. (2015). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Unveröffentlichtes Manuskript
- Hoch, E., Bonnet, U., Thomasius, R., Ganzer F., Havemann-Reinecke, U., Preuss, U.W. Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112: 271–8.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., & Gomes de Matos, E. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980-2012. Sucht 59 (6) 333-345.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2014). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerschaffung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012 [online]. IFT Institut für Therapieforschung, München. Verfügbar unter: <http://www.ift.de/index.php?id=429> [letzter Zugriff: 11-05-2015].
- Neumann-Runde, E., Kalke, J., & Werse, B. (2013). Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) - Grunddaten 2012. Hessische Landesstelle für Suchtfragen, Frankfurt am Main.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht 59 (6) 321-331.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L. & Stumpf, D., Budde, A., Rummel, R. (2014). Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends DEUTSCHLAND , Drogensituation 2013/2014.
- Raiser, P. (2015). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Unveröffentlichtes Manuskript
- Raschke, P., Kalke, J., Buth, S., Rosenkranz, M., Hiller, P. (Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg). (2008) Repräsentativerhebung 2007 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und zum Glücksspielverhalten in Hessen -Band I-. Hg.: Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit und Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS).
- Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2011. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Werse, B., Morgenstern, C., & Sarvari, L. (2014). MoSyD Jahresbericht 2013. Drogentrends in Frankfurt am Main. CDR Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.