

## Für Sie notiert

# Jenseits der Evidenz: Eine Replik zur Cannabispolitik

Nachdem sich in den Jahren 2014/2015 zahlreiche (Sucht-) Fachgesellschaften, Initiativen freier Suchthilfeträger, Strafrechtler sowie verschiedene Fachstellen kritisch zum Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und für eine Überprüfung bzw. Veränderung der bestehenden Cannabispolitik einsetzen [1], haben nun die Kinder- und Jugendpsychiater eine weitere Stellungnahme [2] verfasst; die KJP-Position.

Diese Stellungnahme kann man auch als Position gegen die Stellungnahmen der großen Mehrheit der Fachöffentlichkeit lesen. Mit Bezugnahme auf die bisherigen sehr differenzierten Positionen maßgeblicher Suchtexperten zur Cannabispolitik, werden diese in der vorliegenden KJP-Position pauschal als „Befürworter der Cannabislegalisierung“ bezeichnet. Interessant ist dabei, dass einer der Initiatoren der KJP-Position, Prof. Rainer Thomasius, Hamburg, auch Mitwirkender und Unterzeichner eines der im Text kritisierten Positionspapiere, nämlich der Stellungnahme der DG-Sucht [3], ist. Deren Position unterscheidet sich in zentralen Aussagen grundlegend von der vorliegenden KJP-Position, auf die im Folgenden eingegangen werden soll.

## Gefährdungspotenzial von Cannabis

Zum Aspekt Gefährdungspotenzial hebt sich die KJP-Position von den bisherigen wissenschaftlichen Stellungnahmen ab. Das DG-Sucht-Positionspapier sei hier stellvertretend für den überwiegenden bestehenden Konsens unter Suchtexperten zitiert: „Im Hinblick auf die Morbidität und Mortalität auf Bevölkerungsebene müssen die Substanzen Tabak und Alkohol derzeit als gefährdender eingestuft werden“ [3]. Im Vergleich dazu: „Die Befürworter einer Legalisierung von Cannabis argumentieren, dass der Konsum von Cannabis weniger gefährlich sei als der Konsum von Alkohol und Tabak. Diese Auslegung ist vor dem Hintergrund aktueller Forschungsdaten nicht haltbar“ [2]. Im KJP-Positionspapier werden als „neue Belege“ für das hohe Gefährdungspotenzial

die bekannten Risikofaktoren des frühen Einstiegs in den Cannabiskonsum sowie zusätzliche vulnerabilitätssteigernde Risikofaktoren und Belastungen im Jugendalter genannt, die eine Missbrauchs- und Abhängigkeitsentwicklung wahrscheinlicher machen. Es wird suggeriert, dass diese neuen Erkenntnisse (die besonderen Risiken bei Jugendlichen) von den „Befürwortern“ nicht berücksichtigt werden und sich deren Erkenntnisse nur auf Erwachsene beziehen würden. Dies trifft jedoch faktisch nicht zu. So heißt es in der DG-Sucht-Stellungnahme: „Gesichert ist, dass jüngeres Alter und stresshaftes Erleben und insbesondere deren individuell unterschiedliche Ausprägung signifikante Risikofaktoren für pathologische Folgeerscheinungen sind. Hervorzuheben ist hierbei die besondere Gefährdung von Jugendlichen, v. a. wenn zusätzlich eine psychische Störung vorliegt“ [3].

Die besonderen Risiken des jugendlichen Cannabiskonsums werden inzwischen von allen seriösen Experten geteilt. Es ist somit keine neue Datenlage und kein Argument für einen Widerspruch zu bestehenden Risikounterschieden der Substanzen in Bezug auf Morbidität/Mortalität auf Bevölkerungsebene, gegen die sich das KJP-Positionspapier richtet [4, 5].

## Steigende Behandlungsnachfrage als „Beweis“ für Gefährdung

Unter dem Kapitel „Gefährdungspotenzial“ wird nun auch die gestiegene Behandlungsnachfrage von Cannabiskonsumern aufgeführt. Dabei wird nicht ersichtlich, was das Eine mit dem Anderen zu tun hat. Dass Cannabisklienten in den letzten

10 bis 15 Jahren öfter und besser im Suchthilfesystem betreut werden, ist erfreulich und hat in erster Linie mit einer im Vergleich zu den 1980er und 1990er Jahren größeren Sensibilität in Bezug auf cannabisbezogene Störungen und der Einführung von cannabispezifischen Angeboten in der Suchthilfe ab etwa Mitte der 2000er Jahre zu tun. Nun wird im Zusammenhang mit der Behandlung im Positionspapier auch die Behauptung aufgestellt, dass die Erfolgsquoten bei Cannabisabhängigen im Vergleich mit anderen Süchtigen niedriger seien. Diese durch nichts belegte Behauptung ist besonders fragwürdig. Wird hier doch ein Abschreckungsszenario inszeniert nach dem Motto: Cannabisabhängigkeit sei schlimmer als Alkohol- und Heroinabhängigkeit.

Seit etwa 2005 sind neu eingeführte evidenzbasierte Behandlungsprogramme für Cannabismissträger und -Abhängige erfolgreich evaluiert [6]. Ohne Zweifel besteht insgesamt noch ein Verbesserungsbedarf in der Behandlung für Cannabis-Klienten, insbesondere für Minderjährige mit psychischen und Verhaltensproblemen. Hier wäre wünschenswert, dass die KJP-Fachgesellschaften auf diesen Weiterentwicklungsbedarf mit evidenzbasierten Angeboten für Jugendliche hinweisen würden [7], anstatt ohne Belege ungünstige Behandlungsprognosen für Klienten mit Cannabisdiagnosen zu postulieren.

## Verbreitung, Verfügbarkeit und Konsumausmaß

In Bezug auf die Interpretation epidemiologischer Daten des Cannabiskonsums gibt es offensichtlich viel Raum für ganz unterschiedliche Sichtweisen. So ist man jetzt mit einer neuen überraschenden Interpretation des Cannabistrends konfrontiert: Während insbesondere Prof. Thomasius auf Vorträgen und in Medien seit vielen Jahren (zu Recht) auf das epidemische Ausmaß des Cannabiskonsums hinweist, erfahren wir jetzt im KJP-Positionspapier, dass Cannabis „nur von einem kleinen Teil der Bevölkerung“ konsumiert würde und entgegen der Annahme der „Legalisierungsbefürworter“ gar keine „Alltagsdroge“ sei. Die Raten für regelmäßigen Cannabiskonsum seien seit Jahren rückläufig. Unter Hinweis darauf, dass 4-mal häufiger riskant Alkohol getrunken wird und die Raucherquote um ein 10-faches höher sei, könne man deshalb Cannabis nicht zu den Alltagsdrogen zählen.

Im Weiteren wird dann klar, wieso auf einmal so ein Blickwechsel stattfindet und die Verbreitung des Cannabiskonsums kleingeredet wird: Es wird nämlich diesmal zu beweisen versucht, dass die „geringe Cannabisquote“ in Deutschland ein Erfolg der generalpräventiven Abschreckung durch die Prohibitionspolitik sei.

Nicht berücksichtigt wurden hierbei übrigens die aktuellen Daten aus der neuesten Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [8], wonach der Cannabiskonsumtrend wieder zunimmt. Insgesamt kommen die Autoren des KJP-Positionspapiers grundlegend zu anderen Interpretationen als national und international ausgewiesene Experten der Epidemiologie und „Public Health“-Forscher [9, 10].

Es wird in der KJP-Position behauptet, dass die Konsumquoten in Staaten mit liberaler Drogenpolitik höher seien. Die Belege dafür sind weder glaubwürdig oder stichhaltig, noch entsprechen sie empirischen Standards. So wird z. B. Frankreich mit hoher Konsumquote zu einem Staat mit „liberaler Drogenpolitik“ gemacht, obwohl dies nicht zutrifft. Andere Staaten, wie z. B. die USA, die nicht in das Argumentationsschema passen, werden ausgespart. Zum anderen werden nur Querschnittsdaten von 2012 herangezogen, die damit wenig Aussagekraft haben. Hier wären eher längerfristige Veränderungen von Drogenpolitik und Konsumausmaß relevant.

Hierzu gibt es Daten von der EMCCDA [10], die nahelegen, dass es in Europa keine belegbaren systematischen Zusammenhänge zwischen Drogengesetzgebung und Veränderung im Konsumverhalten gebe. Insgesamt gibt es hierzu noch wenig Drogenpolitikforschung [11–13].

Zitiert sei hier nochmals aus dem DG-Sucht Positionspapier: „Bei der Betrachtung längerer Zeiträume zeigen sich insbesondere bei Jugendlichen deutliche Schwankungen im Konsumverhalten von Cannabis, die offenbar unabhängig von der Frage der Legalität des Konsums sind. Von diesen Schwankungen abgesehen ist kein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, der auf die Strafverfolgung von Konsum, Anbau und Handel zurückzuführen ist“. Im Weiteren dazu: „Dieser mögliche Zusammenhang wurde jedoch nie systematisch untersucht, somit gibt es keine Belege hierfür“.

Die KJP-Position zum Zusammenhang von Konsumverbreitung, Verfügbarkeit und gesetzlicher Regelung widerspricht deutlich der wissenschaftlichen Befundlage und basiert auf einer sehr willkürlichen Auslegung von Daten zum Zweck der Bestätigung der eingenommen Position.

### Angebot vs. Nachfrage

Ein Mehrbedarf an suchtpräventiver oder therapeutischer Aktivität (Nachfragereduzierung) wird von der KJP-Position nicht reklamiert, da wir ja bereits in Deutschland eine gute, ausgewogene „Säulenverteilung“ (Repression, Prävention, Therapie, Schadensbegrenzung) in der Drogenpolitik hätten. In der darauffolgenden Argumentation wird es für die Leser besonders unübersichtlich, weil zum Thema „Angebotsreduzierung“ (im Sinne von Verhältnisprävention) das BtMG und andere Formen der staatlichen Regulierung und Stoffkontrolle nicht mehr differenziert bzw. vermischt werden.

So werden Beispiele der erfolgreichen Tabakkontrolle der letzten Jahre, sowie die Erfolge der restriktiven Alkoholpolitik der skandinavischen Länder aufgezeigt. Dies wären schlagkräftige Argumente dafür, dass ein streng regulierter legaler Markt von Suchtmitteln durchaus funktionieren kann. Dies wird von führenden Drogenpolitikexperten auch empfohlen [11].

Unterschiedliche Gebrauchsmuster von Substanzen – ob legal oder illegal – folgen überwiegend ganz anderen Kriterien als dem Legalstatus. Dies trifft insbesondere für Dauerkonsum bzw. Abhängigkeitsmuster zu, die national und international am wenigsten Schwankungen unterliegen. Betrachtet man die Verbreitung von Konsum und Konsummustern bei Cannabis, so haben wir trotz BtMG eine deutliche Zunahme der Lebenszeitprävalenz bis Mitte der 2000er Jahre zu verzeichnen. Die Anzahl der regelmäßigen, täglichen Cannabiskonsumern ist dagegen eher gleich geblieben.

Ganz ähnlich ist der Trend in den USA. Dort sind trotz erheblicher Veränderungen in der Cannabispolitik der letzten Jahre die Konsumquoten beim täglichen Konsum unter Jugendlichen zwischen 1995 und 2015 bei etwa 3% stabil [14].

### Strafandrohung zur Steigerung der Behandlungsmotivation?



Nun wird in der KJP-Position das Fazit gezogen, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche besonders hart von einer Legalisierung betroffen wären und unterstellt dabei erneut, dass der Konsum durch die Legalisierung (für Erwachsene) bei Jugendlichen steigen würde. Die Erfahrung aus der Jugend- und Suchthilfe zeigt eher den umgekehrten Effekt. Insbesondere sozial benachteiligte und psychisch vulnerable Jugendliche oder junge Erwachsene sind durch die Folgen der Prohibition bereits zusätzlich benachteiligt.

Aus unserer langjährigen praktischen Erfahrung mit Cannabisklienten sind gerade diejenigen aus prekären familiären und sozialen Verhältnissen sowie Klienten mit sozialen Verhaltens-/Persönlichkeitsstörungen durch das BtMG nicht geschützt, sondern eher zusätzlich durch Strafverfolgung gefährdet. Zum einen, weil sie ohnehin Probleme haben, sich an Normen und Gesetze zu halten, zum anderen, weil sie über ihren Drogenkonsum schneller in den Sog krimineller Milieus und Dealerei kommen.

In diesem Kontext wird dann argumentiert, dass der Kontakt zur Justiz die Gelegenheit zum Ausstieg böte und ein nicht unerheblicher Anteil dann eine längerfristige Behandlung in Angriff nehmen würde. Auch dies entspricht nicht der Realität in Behandlungseinrichtungen. Der Anteil der Cannabisklienten mit juristischen Auflagen liegt seit Jahren bei max. 12–14%. Außerdem weist die Stellungnahme „Erfahrungen in der Frühintervention bei Jugendlichen Cannabiskonsumern“ der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe [15] darauf hin, dass die Illegalität von Cannabis den Zugang zu Frühinterventionsprogrammen insgesamt erschwere. Zwar erfolge einerseits eine Vermittlung Jugendlicher in entsprechende Programme über den Druck der Strafverfolgungsbehörden, andererseits würden aufgrund der Illegalität kaum Vermittlungen durch bspw. Schulen, Betriebe, Jugendhilfe, Berufsvorbereitungslehrgänge oder Jugendfreizeiteinrichtungen erfolgen.

In der INCANT-Studie [16] konnte zudem in Deutschland der Nachweis erbracht werden, dass mit der Multidimensionalen Familientherapie [17] gerade Minderjäh-

rige ohne juristischen Zwang sehr gut und früh erreicht werden können, wenn man intensiv mit den Eltern und dem außerfamiliären Umfeld arbeitet, anstatt Jugendliche alleine mit juristischen Auflagen in Kurzinterventionen zu schicken.

## Fazit



Das KJP-Positionspapier sollte man nicht als „Gefälligkeitsgutachten“ für die derzeitige Drogenbeauftragte der Bundesregierung missverstehen. Die Kinder- und Jugendpsychiater verweisen zu Recht auf die besonderen Risiken des Cannabismissbrauchs bei Jugendlichen. Neue Erkenntnisse zur Risikoeinschätzung finden sich dabei jedoch nicht. Beeindruckend ist jedoch die Abwesenheit von schlüssiger Argumentation und der Mangel an empirischer Evidenz der vorgetragenen Thesen hinsichtlich der bestehenden Cannabispolitik. Am erstaunlichsten ist aber, dass kein einziger Vorschlag und keine Forderung auftaucht, was in Zukunft in der Drogenpolitik verbessert werden könnte. Alles soll so bleiben wie es ist. Das ist wie ein Schlag ins Gesicht für alle Leidtragende der Kriminalisierung.

Andreas Gantner, Berlin

## Literatur

- 1 DHS 2015: Cannabispolitik in Deutschland. Maßnahmen überprüfen. Ziele erreichen. [www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/news/Cannabispolitik\\_in\\_Deutschland.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/Cannabispolitik_in_Deutschland.pdf)
- 2 DGKJP/BAG KJPP/ BKJPP (2015) *Gemeinsamen Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Gebrauchs von Cannabis*. [www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2015/2015\\_11\\_23%20Stellungnahme%20KJP%20Cannabis\\_final%20mit%20Unterschriften.pdf](http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2015/2015_11_23%20Stellungnahme%20KJP%20Cannabis_final%20mit%20Unterschriften.pdf)
- 3 Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) 07/2015: *Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums*. [www.dg-sucht.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/stellungnahmen/Stellungnahme\\_Legalisierungdebatte\\_Cannabis\\_DG-Sucht.pdf](http://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/stellungnahmen/Stellungnahme_Legalisierungdebatte_Cannabis_DG-Sucht.pdf)
- 4 Hoch E, Bonnet U, Thomasius R, Ganzer F, Havemann-Reinecke U, Preuss U. Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis. *Deutsches Ärzteblatt* 2015; 16: 271–278
- 5 Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Independent Scientific Committee on Drugs (2010): Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, in: *Lancet* 2010; 376: 1558–1565
- 6 Tossman P und Gantner A. Frühintervention, Beratung und Behandlung bei Cannabisstörungen. *Suchttherapie* 2016; 16: 83–87
- 7 EMCCDA Papers. Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review 2014. [www.emccda.europa.eu/best-practice/treatment/cannabis-users](http://www.emccda.europa.eu/best-practice/treatment/cannabis-users)
- 8 [www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtprevention/?sub=94](http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtprevention/?sub=94)
- 9 *The War On Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy 2011*. [www.globalcommissionondrugs.org](http://www.globalcommissionondrugs.org)
- 10 *EMCCDA Annual Report on the drugs problem in Europe 2011*. [www.emccda.europa.eu/publications/annual-report/2011](http://www.emccda.europa.eu/publications/annual-report/2011)
- 11 *AR Policy Brief 5 – Cannabis – From Prohibition to Regulation* [www.alicerap.eu](http://www.alicerap.eu).
- 12 Simon R und Hughes B. Cannabis und Drogenrecht in Europa. *Sucht Aktuell* 2015; 1: 18–26
- 13 Reuband KH. Cannabis – Neue Beiträge zu einer alten Diskussion, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. 2004.
- 14 <http://monitoringthefuture.org/data/15data.html#2015data-drugs>
- 15 *Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DGSAS) 02/2015* [www.dgsas.de/downloads/Stellungnahme%20Cannabis%20BMG\\_DG-SAS\\_23.2.15.pdf](http://www.dgsas.de/downloads/Stellungnahme%20Cannabis%20BMG_DG-SAS_23.2.15.pdf)
- 16 Tossman P, Jonas B, Rigter H et al. Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. *SUCHT* 2015; 58: 157–166
- 17 Gantner A. Ambulante Therapie bei Jugendlichen mit Suchtproblemen Impulse aus einer systemischen Perspektive am Beispiel der MDFT. *PID* 2012, 13: 49–52

## Zur Person

Dipl.-Psych. Andreas Gantner ist Geschäftsführer vom Therapieladen e.V. in Berlin. Seit 1989 ist er therapeutisch tätig mit dem Schwerpunkt Cannabisprävention, Frühintervention und Behandlung des Cannabismissbrauchs sowie in der Forschung und Durchführung von evidenzbasierten cannabispezifischen Behandlungsprogrammen (Quit the shit, Candis, MDFT) aktiv. Er ist Mitglied der DG-Sucht und Fachgruppensprecher Sucht bei der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF).

## Replik folgt

Eine Stellungnahme der Mitglieder der Gemeinsamen Suchtkommission der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Verbände erfolgt in der kommenden Ausgabe der Suchttherapie.