

„Das Gefährliche an Halbwahrheiten ist,  
dass immer die falsche Hälfte geglaubt wird.“  
Hans Krailsheimer (1888 – 1958), Deutscher Schriftsteller

## Zuarbeit zur Anhörung zum Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG) im Gesundheitsausschuss des Bundestages am 16.03.2016

### Zum Einstiegsalter in den Cannabiskonsum

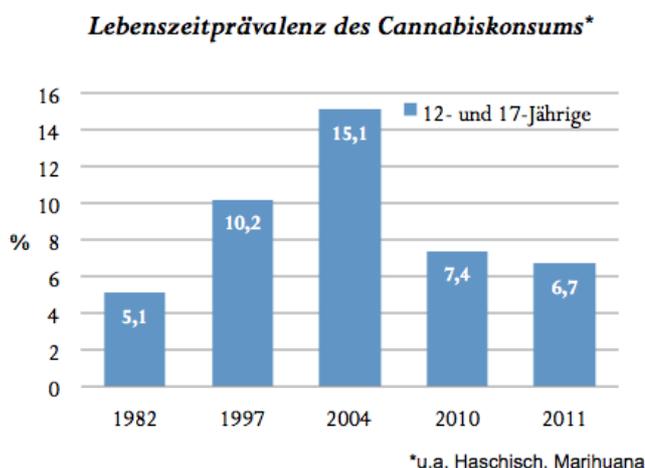
Das Einstiegsalter des erstmaligen Cannabiskonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, welche mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumierten, lag 1993 bei 17,3 Jahren, ist in den letzten zehn Jahren gesunken und hat sich zwischenzeitlich auf zwischen 16 und 17 Jahren eingependelt (2011 bei 16,7 Jahren). In Bezug auf diesen allgemeinen Trend unterscheiden sich Mädchen und Jungen nicht signifikant, auch wenn die Raten darauf hinweisen, dass Mädchen allgemein mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen etwas früher beginnen, als Jungen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012).

### Einmalige Erfahrungen mit Cannabis: Die Lebenszeitprävalenz

Der Indikator der Lebenszeitprävalenz bildet meist einen Konsum ab, der bereits einige Jahre zurück liegt. Daraus erklären sich die wesentlichen Unterschiede zwischen Jugendlichen und Erwachsenen.

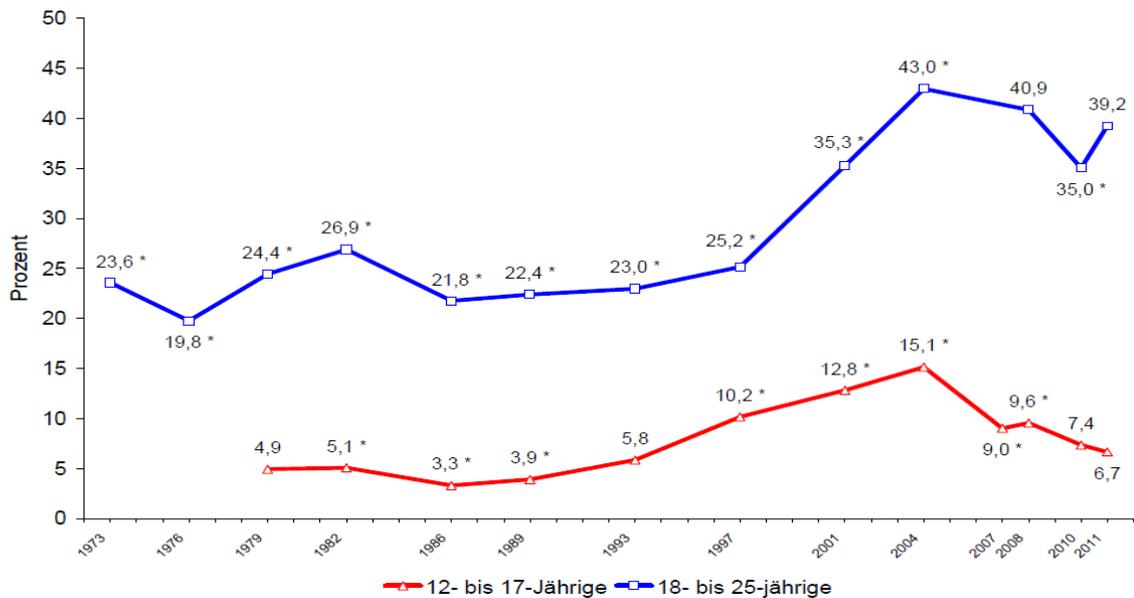
Die Lebenszeitprävalenz, d. h. der Anteil der Jugendlichen (12- bis 17-Jährige), die mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumierten, stieg 2004 mit 15,1 % auf den bis dato höchsten Wert, sank seit dem deutlich und betrug 2011 nur noch 6,7 % (vgl. BzGA 2011). Eine andere Studie berichtet für 2012, dass von den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen jeder Dreizehnte (7,8 %) schon einmal im Leben Cannabis konsumiert (Lebenszeitprävalenz) hat (vgl. BzGA 2012).

*Gewisse Schwankungen in den jeweils ermittelten Werten sollten mit Vorsicht interpretiert werden.*



*Es kann aus den Daten nicht entnommen werden, wodurch sich diese erklären (z. B. ob sie bestimmten jugendkulturellen Trends und Stilbildungen folgen). Festzuhalten bleibt, dass unter 12-17-Jährigen der Cannabiskonsum relativ gering verbreitet ist und sich in den letzten Jahren eher verringert hat.*

Bezüglich der Lebenszeitprävalenz zeigt sich auch bei den



jungen Erwachsenen (18- bis 25-Jährigen) ein ähnliches Bild. Hier lag der tiefste Prozentwert 1976 bei 19,8 %, stieg 2004 mit 43 % auf den bisher höchsten Wert und sank seit dem ebenfalls, wenn auch nicht so deutlich. Sie lag 2011 immer noch bei 39,2 % (vgl. ebenda).

Offizielle Zahlen, die einen Überblick über den Cannabiskonsum in der gesamten Bevölkerung bieten, liegen für Deutschland nicht vor. Dies insofern bedauerlich, weil auch für die älteren Jahrgangsguppen davon ausgegangen werden muss, dass der Cannabiskonsum in deren Leben ein Thema war und für einen kleinen Teil auch weiterhin ein Thema ist.

*Die Schätzungen zur Zahl gelegentlicher Cannabiskonsumisten in Deutschland gehen von drei bis vier Millionen aus – eine Zahl, die unbeeindruckt von der gegenwärtigen repressiven Drogenpolitik in den letzten zehn Jahren weitgehend gleich geblieben ist.*

### **Cannabiskonsum: 12-Monats-Prävalenz**

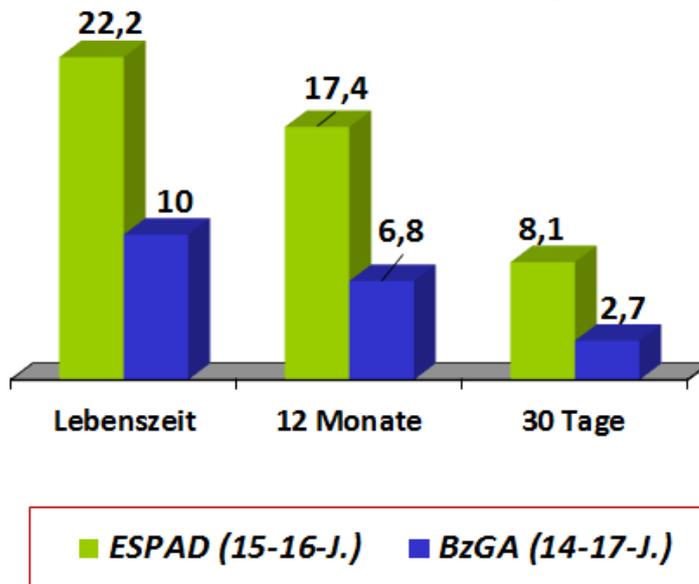
Die Verbreitung des regelmäßigen Cannabiskonsums fällt bei den *12- bis 17-jährigen* Jugendlichen geringer aus: Nach neuester Cannabisstudie gaben 7,7 % in den letzten zwölf Monaten (12- Monats-Prävalenz) einen Konsum an (2012 waren es 5,6 %); auf einen Konsum in den letzten 30 Tagen (30-Tage-Prävalenz) verwiesen 2012 noch weniger (2,0 %).

Bei jungen Erwachsenen im Alter von *18 bis 25 Jahren* ist die Verbreitung des Cannabiskonsums höher. Fast ein Sechstel (15,8 %) gab an, in den letzten zwölf Monaten und rund ein Fünfzehntel (6,4 %) in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Mal Cannabis genommen zu haben. Nach einer, in der letzten Woche veröffentlichten Studie gaben 2014 17,7 % der Befragten an, in den letzten zwölf Monaten konsumiert zu haben, was einer geringfügigen Steigerung entspricht, wie sie in den letzten Jahren immer wieder vorgekommen ist.

### **Regelmäßiger Cannabiskonsum: Mindestens zehn Mal in 12 Monaten**

Nur 1,3 % der 12- bis 17-Jährigen gaben 2012 an, dass sie regelmäßig Cannabis konsumieren, d. h. sie haben in den letzten zwölf Monaten häufiger als zehnmal Cannabis genommen. 2014 gaben ein solches Konsummuster 7,7 % der 12- bis 17-Jährigen an.

### Jugendliche 2011: Vergleich zwischen ESPAD-Schülerbefragung (5 Bundesländer)\* & DAS (BzGA)



*Wenngleich die Lebenszeitprävalenz in den letzten Jahren schwankte und dabei immer auch anstieg und fiel, ist ein exorbitanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz, der 30-Tage-Prävalenz sowie des regelmäßigen Konsums ausgeblieben. Dies ist ein Hinweis darauf, dass einmaliges Probeerhalten keineswegs regelmäßig in einen andauernden und regelmäßigen Konsum mündet.*

Auch in Bezug auf die Monatsprävalenz und den regelmäßigen Cannabiskonsum zeigen sich in den vorliegenden epidemiologischen Studien Schwankungen in den Konsumentenzahlen, die jedoch nicht überbewertet werden sollten. Schon der Rückgriff auf eine andere Befragungsmethode als die eines direkten Telefoninterviews (z. B. eine anonyme Befragung) erbringt andere Zahlen (vgl. Werse 2012). Einfluss auf das Befragungsergebnis nehmen aber auch die Vorstellungen zur sozialen Erwünschtheit / Unerwünschtheit, die unmittelbar die Bereitschaft prägen, sich zu einem bestimmten Verhalten zu bekennen.

*Für die Diskussionen um eine Regulierung des Cannabiskonsums bleibt festzuhalten, dass mit einem großen Dunkelfeld an KonsumentInnen gerechnet werden muss, das von einer neuen drogenpolitischen Ausrichtung profitieren würde.*

*Völlig unabhängig von den Prävalenzzahlen, die durch die derzeit vorgelegten Studien präsentiert werden, bleibt offen, um welche konkreten Formen des Cannabiskonsums es sich jeweils handelt (u. a. wann, wo, in welcher Menge, in welcher Applikationsform, in welchem Setting) und ob und wieweit diese Konsumformen konsuminduzierte Problemen welcher Art auslösen. Noch immer bleibt der forschende Blick auf unspezifisch ermittelten Konsumentenzahlen hängen und stellt weder die Bezüge zwischen dem Konsumverhalten und dem dabei praktizierten Risikomanagement, noch die mit dem Konsum in Zusammenhang stehenden Probleme, selbstinitiierten Bewältigungsstrategien und notwendigen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe her. Die wichtigen Fragen, ob, warum und wie problematisch der ermittelte Konsum unter welchen Aspekten ist und wie es offensichtlich der Mehrheit der KonsumentInnen gelingt, einen unproblematischen Konsum zu entwickeln, werden in diesen Studien nicht gestellt.*

### Geschlechtsspezifische Unterschiede im Konsum

Der Anteil der 18- bis 25-Jährigen mit regelmäßigem Cannabiskonsum (d. h. in den letzten zwölf Monaten wurde häufiger als zehn Mal Cannabis konsumiert) betrug 2012 3,9 %, also knapp ein Fünfundzwanzigstel (vgl. BzGA 2012) und wird in der neuesten Studie mit 4,6 % benannt (vgl. BzGA 2014).

*Wenngleich die Lebenszeitprävalenz in den letzten Jahren schwankte und dabei immer auch anstieg und fiel, ist ein exorbitanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz, der 30-Tage-Prävalenz sowie des regelmäßigen Konsums ausgeblieben. Dies ist ein Hinweis darauf, dass einmaliges Probeerhalten keineswegs regelmäßig in einen andauernden und regelmäßigen Konsum mündet.*

Wie bei anderen Drogenkonsumformen auch, gibt es auch beim Cannabiskonsum geschlechtsspezifische Unterschiede: Der Anteil der Jungen im Alter von 12- bis 17-Jahren, die jemals im Leben Cannabis konsumiert haben, ist größer als der der Mädchen (2012 männlich: 9,2 %; weiblich: 6,3 %). Auch die 12-Monats-Prävalenz ist bei männlichen Jugendlichen höher als bei weiblichen Jugendlichen (2012 männlich: 6,9 %; weiblich: 4,2 %). In der 30-Tage-Prävalenz und der Verbreitung des regelmäßigen Cannabiskonsums zeigen sich in dieser Altersgruppe jedoch keine statistisch signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Bei den jungen Erwachsenen lag die 12-Monats-Prävalenz von jungen Frauen 2008 bei 11,2 % (2008 waren es 8,3 %), während für 14,8 % der jungen Männer ermittelt wurde, mindestens ein Mal in den zurückliegenden 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben (vgl. BzGA 2008).

*Deutlich wird, dass bei einer Regulierung sehr unterschiedlich auf Männer und Frauen zugegangen werden muss, um diese bei ihrer Näherung an den Konsum von Cannabis zu begleiten.*

## **Probleme die sich im Umgang mit Cannabis ergeben**

In Deutschland führt der illegalisierte Cannabiskonsum zu sehr unterschiedlichen Problemen und verursacht direkte und indirekte Kosten in mehreren Bereichen der Gesellschaft. Die wichtigsten sind die Rauschgiftkriminalität und alle damit verbundenen Aufwendungen, die ambulante und stationäre Betreuung und Behandlung, aber auch Themen, die sich aus der Strafverfolgung in den Bereichen Arbeitswelt und Fahrerlaubnis ergeben.

### **Die aktuelle Rauschgiftkriminalität**

Die Anzahl der Cannabisdelikte ist in den letzten drei Jahren kontinuierlich gestiegen, so dass 2013 bereits polizeilich ermittelte 145.013 Straftaten verzeichnet wurden. Dieser Anstieg ist auf konsumnahe Delikte zurückzuführen. 2013 ist dazu das bisher höchste Niveau innerhalb der letzten sieben Jahre erreicht worden. Die allgemeinen Verstöße gegen das BtMG aufgrund von Cannabis sind in den letzten Jahren ebenfalls gestiegen: 2013 wurden 117.443 Verstöße verzeichnet (vgl. Bundeskriminalamt 2013).

Anzumerken ist, dass die meisten Verfahren wieder eingestellt wurden, da die Delikte hauptsächlich Konsumdelikte und Kleinhandel waren. Für viele der KonsumentInnen folgten dennoch schwerwiegende Konsequenzen, wenn einerseits die Führerscheinstelle und/oder das Verwaltungsgericht eingeschaltet wurden (vgl. Bröcklers 2014).

*Der Entzug der Fahrerlaubnis, Eintragungen in das erweiterte polizeiliche Führungszeugnis und ein Berufsverbot, wenn durch das erweiterte polizeiliche Führungszeugnis bekannt wird, dass wegen Cannabiskonsums gegen die BewerberInnen polizeilich ermittelt wurde, sind dramatische Folgen, die sich trotz der Einstellung eines Ermittlungsverfahrens für die Betroffenen ergeben können und massiv in deren Lebensalltag und persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten eingreifen.*

### **Illegaler Anbau von Cannabis**

Der Cannabisanbau ist weiterhin illegalisiert. Interessant ist, dass die Zahl der Outdoor-Plantagen rückläufig ist: 2013 wurden insgesamt 2.940 Pflanzen sichergestellt, die in 85 Klein- und sechs Großplantagen angebaut wurden. 2012 wurden 4.806 Pflanzen beschlagnahmt, die in 123 Klein-, 18 Groß- und 3 Profiplantagen heranwuchsen (Bei Kleinplantagen handelt es sich um Anbauten mit 20 bis 99 Cannabispflanzen, von Großplantagen ist die Rede bei 100 bis 999 Pflanzen; Profianbauten umfassen Anbauten ab 1000 Pflanzen).

Die Zahl der Indoor-Anbauten nahm dagegen zu: 2013 wurden 93.818 Pflanzen beschlagnahmt, ein Jahr zuvor waren es 64.782.

Auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass mit 184 Groß- und 28 Profianlagen eine Zunahme des groß angelegten Anbaus von 22 % zu verzeichnen ist, wogegen die Zahl der polizeilich ermittelten Kleinplantagen geringfügig um 2 % abnahm (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014).

*Aus diesen Zahlen lässt sich nicht ableiten, ob damit reale Entwicklungen im Bereich des Anbaus oder eher eine veränderte polizeiliche Ermittlungspraxis abgebildet wird. Festzuhalten ist, dass die Steigerung der Zahl der Indoor-Anlagen ganz offensichtlich der Illegalisierung geschuldet ist. Der hohe Aufwand an Energie und Pflege, der für den Erfolg dieser Anlagen nötig ist, würde unter regulierten Bedingungen eher dazu führen, den Out-Door-Bereich stärker auszubauen. Daran kann die Erwartung geknüpft werden, dass mit einem solchen Anbau Fragen des biologischen/ökologischen Landwirtschaft stärker berücksichtigt werden, so dass das im Out-Door-*

*Bereich heranwachsende Cannabis durch weniger Methoden einer intensiven Landwirtschaft geprägt wird, damit weniger Schadstoffe und Chemikalien enthält und in seiner gesundheitlichen Verträglichkeit eine höhere Qualität aufweisen kann.*

### **Rauschgifthandel und -schmuggel**

Die polizeilich bekannt gewordenen Fälle des Handels mit Haschisch sind von 2012 auf 2013 gesunken (6.490 Fälle 2012 auf 5.638 Fälle 2013). Die Zahlen zum Handel mit Marihuana blieben nahezu auf dem gleichen Niveau (28.875 Fälle in 2013, 28.744 Fällen in 2012).

Ein ähnliches Bild zeigen auch die beschlagnahmten Mengen: Auch hierzu finden sich leicht rückläufige Zahlen: Die beschlagnahmte Menge Haschisch ist 2013 im Vergleich zum Folgejahr um 25,8 % auf 1.769,666 kg gesunken. Beim Marihuana sank die sichergestellte Menge um 2,3 % auf 4.827,100 kg im Jahr 2013 (4.942,037 kg im Jahr 2012)(vgl. Bundeskriminalamt 2014).

*Deutlich wird eine aufwändige und kostspielige Strafverfolgungspraxis, die offensichtlich kaum Auswirkungen auf die Zahl der KonsumentInnen und deren Konsumgewohnheiten hat, allerdings invasiv in Lebens- und Erwerbsbiographien der wegen Cannabis strafverfolgten Menschen eingreift und einschneidend deren Möglichkeiten und Chancen begrenzt.*

### **Zahlen zur ambulanten und stationären Behandlung**

2013 haben sich an der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) 822 ambulante und 200 stationäre Einrichtungen beteiligt. Auf diese Weise konnte ein Überblick über 334.258 ambulante Betreuungen und 47.354 stationäre Behandlungen ermittelt werden. Darin wurden 28.789

Hauptdiagnose	G	n	M	F
		168.212	125.270	42.942
Alkohol	52,1%	87689	50,1%	58,0%
Opioide	14,9%	25043	15,2%	14,1%
Cannabis	15,4%	25859	17,4%	9,4%
Sedativa/ Hypnotika	0,8%	1425	0,5%	1,9%
Kokain	2,3%	3799	2,6%	1,3%
Stimulanzien	5,6%	9479	5,3%	6,6%
Halluzinogene	0,1%	98	0,1%	0,0%
Tabak	0,9%	1575	0,8%	1,5%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	59	0,0%	0,1%
And. psychotr. Substanzen	0,6%	1050	0,7%	0,5%
Essstörungen	1,0%	1712	0,1%	3,7%
Pathologisches Glücksspielen	6,2%	10424	7,3%	3,0%

Angaben in Prozent, n=809 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 3,8%); Bezug: Zugänge/Beender.  
G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen

Danach befanden sich nur 6,7 % aller Behandlungsbedürftigen wegen Problemen mit ihrem Cannabiskonsum in Behandlung.

Personen mit einer Störung durch Cannabiskonsum ausgewiesen. Diese Personengruppe war damit zwar die zweitgrößte unter den zu behandelnden Personen, zu beachten sind jedoch die jeweils ausgewiesenen Relationen und absoluten Fallzahlen.

### **Hauptdiagnose**

Unter den aufgeführten Hauptdiagnosen (es handelt sich ausschließlich um ICD-10-Diagnosen), rangieren Störungen in Folge eines Cannabiskonsums unter den drei größten Hauptdiagnosegruppen. Mit großem Abstand werden diese Störungsbilder jedoch in beiden Bereichen (ambulant/stationär) durch Störungen durch Alkohol dominiert. Störungen durch Cannabis werden mit ca. 15 % ausgewiesen und sind damit etwa so hoch wie die durch Opioiden.

*Setzt man diese Behandlungszahlen ins Verhältnis zu den deutlich höheren Konsumentenzahlen für Cannabis (im Vergleich beispielsweise zu Opioiden), dann sind es 0,0083 % der Cannabiskon-*

umenten, die 2013 eine behandlungsbedürftige Störung entwickelt hatten (wenn von drei Millionen KonsumentInnen insgesamt ausgegangen wird). Insofern verweisen diese Zahlen darauf, dass sich durch Cannabiskonsum durchaus eine Behandlungsbedürftigkeit entwickeln kann, der Anteil entsprechender Fälle bezogen auf die Gesamtheit der KonsumentInnen aber verschwindend gering ist.

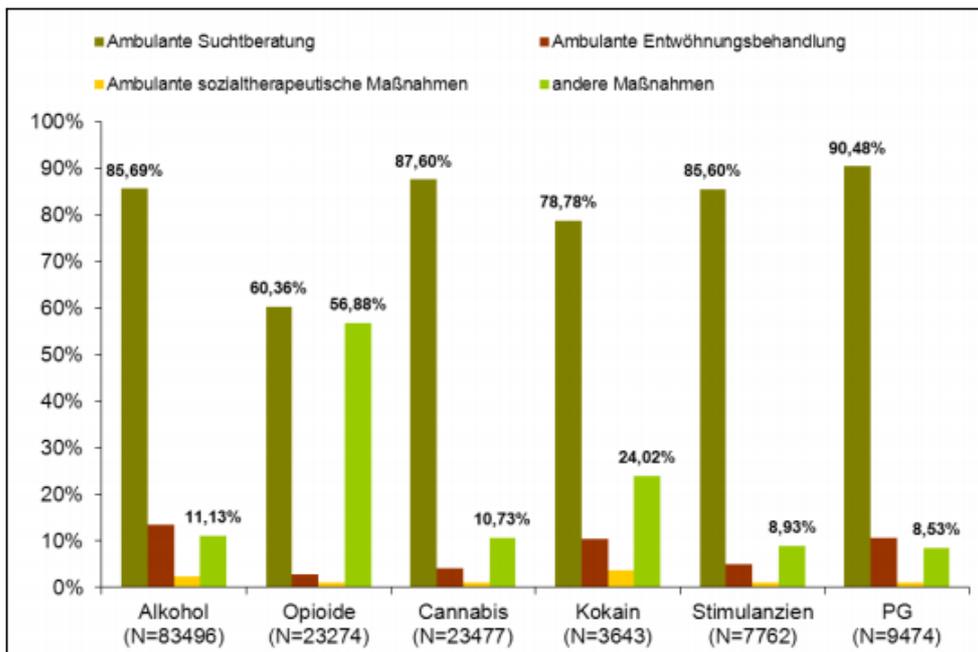
### Betreuungs- und Behandlungsauflagen

Vergleicht man die Betreuungs- und Behandlungsauflagen, unterscheiden sich der ambulante und stationäre Bereich bei Cannabis nicht: Nur 22,8 % haben nur im ambulanten und 21,4 % im stationären Bereich über das BtMG eine Therapie-Auflage erhalten; der größte Teil der in Behandlung befindlichen Personen unterzieht sich also ohne gerichtliche Auflage einer Behandlung.

### Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen

Die größte Zahl der in Anspruch genommenen ambulanten Hilfen war mit weit über 80 % eine ambulante Suchtberatung. Entwöhnungsbehandlungen und andere Maßnahmen fallen dagegen kaum ins Gewicht.

Die am meisten angewendete stationäre Maßnahme ist mit etwas über 80 % die Entwöhnungsbehandlung. Dies verwundert nicht, gehört diese doch zu den am ehesten vorgehaltenen Angeboten.



*Deutlich wird, dass das Ausmaß der jeweils festgestellten Behandlungsbedürftigkeit einen Umfang hat, der im Setting einer ambulanten Beratung und Begleitung ange-*

*messen bearbeitet werden kann; die von CannabiskonsumtInnen präsentierte Behandlungsbedürftigkeit offensichtlich ein weniger ausgeprägtes Maß hat, weshalb weniger intensive Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen angebracht sind.*

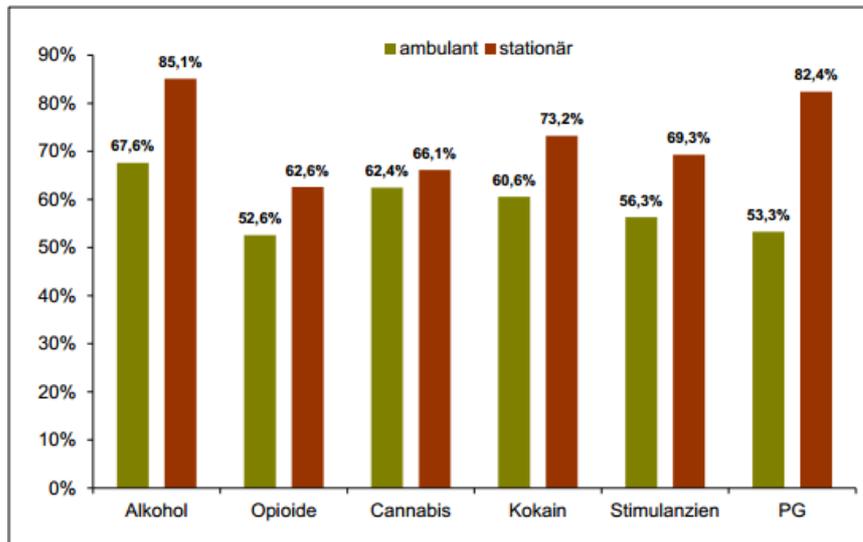
### Betreuungs- und Behandlungsdauer

Eine ähnliche Schlussfolgerung lässt sich auch aus der Betreuungs- und Behandlungsdauer ableiten.

Dazu stellt sich grundsätzlich dar, dass mit 44,7 % (ambulant) und 44,2 % (stationär) die meisten Betreuungen bei Cannabis bis zu drei Monate dauern. Auch in stationären Entwöhnungsbehandlungen werden mit 45,3 % die meisten PatientInnen über drei Monate betreut.

Nur 26,5 % der behandlungsbedürftigen CannabiskonsumentInnen werden im ambulanten Bereich bis zu sechs Monate betreut.

Generell ist ersichtlich, dass ambulante Betreuungen länger dauern können, als stationäre, in der Regel aber den Betroffenen eine Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Therapie ermöglichen.



Vergleicht man die Betreuungs- und Behandlungsdauer der letzten sechs Jahre, so blieb die ambulante Dauer der Betreuung bei Cannabis relativ konstant, mit leichter Tendenz zur kürzeren Betreuung. Bei stationären Behandlungen zeigen sich immer wieder Schwankungen, jedoch kann prinzipiell

auch hier auf eine fallende Behandlungsdauer verwiesen werden.

*Deutlich wird, dass in der Behandlungsdauer behandlungsbedürftiger CannabiskonsumentInnen eher die Tendenz zu einer kurzen Intervention deutlich wird, die sich in den letzten Jahren zudem weiter verkürzt haben. Auch diese Zahlen unterstreichen, dass bei CannabiskonsumentInnen nur selten von einer besonders schweren Behandlungsbedürftigkeit ausgegangen werden muss, weshalb sich weniger lange und weniger aufwendige Therapien offensichtlich als ausreichend darstellen.*

### **Art der Beendigung im ambulanten und stationären Bereich**

Die planmäßige Beendigung liegt bei der Betreuung und Behandlung von CannabiskonsumentInnen bei 62,4 % (ambulant) und 66,1 % (stationär). Ein planmäßiger Abschluss ist damit mehrheitlich die Art, wie begonnene Behandlungen beendet werden (unplanmäßige Beendigung 37,6 % ambulant, stationär 33,9 %).

*Die Zahlen zu planmäßig abgeschlossenen Behandlungen ordnen sich in die allgemein unbefriedigenden Kennzahlen ein, die sich für substanzspezifische und glücksspielsüchtige Hilfeangebote abzeichnen. Sie fordern dazu auf, neue Wege zu entwickeln, um auch CannabiskonsumentInnen zu helfen, sich aus problematischen Konsummustern herauszuarbeiten. Angesichts der vergleichsweise geringen Behandlungsbedürftigkeit stellen sich niedrighschwellige Angebote beispielsweise in Form des Erlernens selbstkontrollierter Konsumformen (vgl. KISS) als erfolgversprechende Alternative dar.*

# Internationaler Überblick zum drogenpolitischen Umgang mit Cannabis

## Niederlande

Im Jahr 1976 gestalteten die Niederlande ihre Drogenpolitik um hin zu einem tolerierten Umgang mit Cannabis. In dem Zusammenhang wurde der Besitz von kleinen Mengen Cannabis (fünf Gramm) sowie der Verkauf entkriminalisiert und nicht mehr strafrechtlich geahndet (vgl. Stöver, Plenert 2013). Die Niederlande haben durch das Regulierungsmodell „Coffeeshop“ besondere wissenschaftliche und politische Aufmerksamkeit auf sich gezogen.

## Regulierungsmodell Coffeeshop

Ein Coffeeshop nach niederländischem Modell ist ein ausschließlich für den Verkauf von Cannabis zugelassenes Geschäft, in dem jede Person, die die Volljährigkeit erreicht hat und ihren Wohnsitz innerhalb und außerhalb der Niederlande hat, bis zu fünf Gramm Cannabis erwerben kann. 650 Verkaufsstellen wurden 2011 in den Niederlanden verzeichnet, deren Zahl ist jedoch sinkend. Diese Verkaufsstellen benötigen eine Lizenz für die entkriminalisierte Abgabe von Cannabis, welche durch die örtlichen Behörden ausgestellt wird. Sie müssen sich an vorgegebene Richtlinien halten. Dazu gehören ein absolutes Werbeverbot sowie ein striktes Verbot, Cannabis an Minderjährige zu verkaufen. Nicht gestattet ist zudem, zusätzlich Alkohol oder eine andere Substanz anzubieten oder zu verkaufen. Von besonderer Bedeutung ist die Auflage, dass durch die Coffeeshops die öffentliche Ordnung unter keinen Umständen gestört werden darf.

Auch bezüglich der Lagerungsmenge müssen vorgegebene Standards eingehalten werden: Die Verkaufsstellen dürfen höchstens 500 Gramm Cannabis einlagern. Daher müssen manche Coffeeshops mehrmals am Tag beliefert werden.

In den Kommunen wird die Praxis der Coffeeshops immer wieder diskutiert. Zuletzt einigte man sich auf neue Richtlinien bezüglich des Abstands zu Schulen, der jetzt mehr als 250 Meter aufweisen muss (vgl. Zobel, Marthaler 2014).

## Probleme

Bei diesem Regulierungsmodell ergeben sich, bedingt durch den nur *entkriminalisierten Umgang* mit Cannabis drei Problemkreise. *Zum einen* die Sogwirkung und ein aufkommender Drogentourismus aus weiten Teilen Europas. Da die Niederlande schnell von den Nachbarländern erreicht werden kann, nehmen zahlreiche KonsumentInnen den Weg auf sich, um vor Ort legal Cannabis zu erwerben. Deshalb gab es Bemühungen, den Zugang zu Coffeeshops lediglich für niederländische BürgerInnen (z. B. über einen sogenannten Wietpass) zugänglich zu machen. Dieses Vorhaben ist jedoch an der Realisierbarkeit und Akzeptanz in der Bevölkerung gescheitert: Schnell hatten sich wieder Ansätze eines Schwarzmarktes entwickelt, um der notwendigen offiziellen Registrierung für einen Zugang zu Coffeeshops zu entgehen.

Der zweite Problemkreis rankt sich um Beschwerden durch eine erhöhte Lärmbelästigung innerhalb der Städte durch ein vermehrtes Verkehrsaufkommen und Besucher der Coffeeshops. Diese Verkaufsstätten deshalb außerhalb der Städte einzurichten, erwies sich allerdings als Trugschluss: Wieder nahm der Straßenhandel wieder zügig zu. Drittens ist die sogenannte Backdoor(Hintertür)-Problematik weiterhin ungeklärt, d. h. Produktion und Handel

mit Cannabis sind weiterhin illegalisiert und deshalb die Situation der Händler und Zulieferer der Coffeeshops vakant ist (vgl. Stöver, Plenert 2013).

### **Positive Effekte des Modells**

Die positiven Effekte ergeben sich vor allem auf der Seite der KonsumentInnen. Vollzogen wurde einerseits die Trennung des Schwarzmarktes für sogenannte weiche und harte Substanzen. Andererseits wirkte dieses Modell dem zeitgleich in anderen Ländern zu beobachtenden Anstieg der Zahl jugendlicher CannabiskonsumentInnen entgegen und bewirkte eher eine Abnahme der Konsumzahlen.

Für die KonsumentInnen bedeutet dieses Regulierungsmodell zum einen eine Entkriminalisierung, ihre Wahrnehmung als Konsumenten wurde entstigmatisiert, was ihnen Normalisierung und einen akzeptierten Platz innerhalb der Gesellschaft ermöglicht, der ohne Diskriminierungen und eingeschränkte Rechte auskommt (vgl. Böllinger, Stöver 2002).

### **Portugal**

Portugal ändert seit 2001 seine Drogenpolitik und startete zu dieser Zeit ein drogenpolitisches Experiment, welches jedoch von der europäischen Öffentlichkeit, insbesondere von Deutschland, kaum beobachtet wird. Portugal entschied sich, den Erwerb sowie den Gebrauch jeder illegalisierten Substanz nicht mehr unter Strafe zu stellen, sondern Drogenproblemen über einen gesundheitspolitischen Ansatz entgegenzuwirken.

Im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern waren der Genuss sowie der Missbrauch illegalisierter Substanzen in der portugiesischen Bevölkerung eher wenig verbreitet. Portugal gilt eher als Transitland beispielsweise für Marihuana aus Südafrika und aus Marokko. Besonderer Problemdruck ergab sich für Portugal eher aus dem Heroinkonsum und der damit in Zusammenhang stehenden europaweit sehr hohen Zahl HIV-Infizierter (Jahrtausendwende). Eine akzeptierende Grundhaltung diesen KonsumentInnen gegenüber war die einzige Möglichkeit, um mit ihnen in Kontakt zu bleiben und sowohl auf eine Infektionsprophylaxe und frühzeitige HIV-Behandlung hinzuwirken. Damit folgerichtig verbunden war die Suche nach alternativen Möglichkeiten zur Strafverfolgung.

Das Besondere am portugiesischen Modell ist, dass sowohl die Polizei als auch die Gerichte entlastet werden, weil der Erwerb und der Gebrauch seit dem ersten Juli 2001 nicht mehr strafrechtlich verfolgt wird. Drogenbezogene Vergehen landen vor einem speziell dafür vorgesehenen Gremium dem sog. CDT (Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência), welches aus einem Rechtswissenschaftler, einem Sozialarbeiter und einem Mediziner besteht. Die CDTs sind berechtigt „Strafen“, wie beispielsweise ein Bußgeld oder die Mitarbeit in einem sozialen Dienst, zu verhängen. Vorrangiges Ziel ist jedoch, Auflagen zu einer Therapie auszusprechen, wenn sich diese als erforderlich herausstellen.

Die aktuelle Praxis zeigt, dass jährlich ca. 6000 Vergehen von dem Gremium der CDT bearbeitet werden, in denen es hauptsächlich um Cannabis und Heroin geht. Davon werden rund 68 % der Fälle ohne Auflagen eingestellt.

Wenn KonsumentInnen mehr als zehn Tagesdosen (z. B. 2,5 Gramm Cannabis) mit sich führen, werden sie allerdings auch in Portugal mittels der normalen Gerichtbarkeit haftbar gemacht.

ExpertInnen sind sich über den Erfolg dieses neuartigen Modells einig. Befürwortet wird, dass KonsumentInnen auf ExpertInnen treffen, die von Fall zu Fall entscheiden und mittels eines Maßnahmebündels agieren können. Das zuvor erwartete Dammbuchsenzenarium nach

Straffreistellung von Erwerb und Konsum ist ausgeblieben. Eher sind Anzeichen dafür zu finden, dass sowohl die Zahl jugendlicher KonsumentInnen als auch der problematische Konsum im Laufe der Zeit rückläufig ist.

Bemerkenswert ist der Rückgang Inhaftierter in den Strafvollzugsanstalten und die deutliche Verringerung drogenbezogener Kriminalität (vgl. Gerlach, Stöver, 2012).

### **Tschechien**

Die Tschechische Republik nimmt seit den 1990er Jahren einen Wandel in ihrer Drogenpolitik vor. Damit verbunden sind erhebliche Veränderungen, zu denen unter anderem eine Entschärfung der Drogengesetze gehört. In der Grundhaltung wird davon ausgegangen, dass der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen eine private Angelegenheit ist.

In den 90er Jahren wurde das Strafgesetzbuch so geändert, dass jeglicher Besitz und Gebrauch, unabhängig von der Menge, nicht mehr unter Strafe gestellt ist und folglich nicht mehr verfolgt wird. Welche Auswirkungen diese Veränderung mit sich brachte, lässt sich wegen fehlender verlässlicher Datenquellen aus der ersten Hälfte der 90er Jahre nicht darstellen.

In Prag entstanden nach der gesellschaftspolitischen Wende erste nicht-psychiatrische Drogendienste nach westlichem Vorbild, die 1992 vor einer „Drogenepidemie“ warnten und die Regierung aufforderten, eine umfassende gesundheitlich fundierte Reform zu veranlassen. In deren Folge wurden in der zweiten Hälfte der 90er Jahre Beratungsstellen in das Drogenhilfesystem eingegliedert, in denen nun vermehrt KonsumentInnen nach Hilfe nachfragten. Die neue Sichtbarkeit von KonsumentInnen löste eine Verunsicherung aus und veranlasste, 1999 die Drogengesetze wieder zu verschärfen. Es gab jedoch weder eine eindeutige Definition der Menge, welche von nun an unter Strafe stehen sollte und noch zu der Menge, die mit einer „bescheidenen Strafe“ zu ahnden war.

Von 1999–2001 wurde von der nationalen Drogenkommission eine Studie zu den Auswirkungen des neu eingeführten Gesetzes durchgeführt. Diese kam unter anderem zu dem Urteil, dass sich die Strafverfolgung nicht positiv auf eine Senkung von Angebot und Nachfrage ausgewirkt hat, sondern eher das Gegenteil eingetroffen ist; es augenscheinlich zu einer Steigerung von Verkäufen sowie einer verbesserten Organisation des Schwarzmarktes gekommen ist. Zudem erweist sich die Verschärfung der Gesetzesänderung als ineffektiv, weil sie zum einen Kosten mit sich bringt und zum anderen keinen Einfluss auf den Konsum bewirke. Herausgestellt wurde, dass es zu einer Vermischung der Schwarzmärkte in Hinblick auf den Vertrieb der Substanzen gekommen ist, die sich nachteilig auswirkt. Angeraten wurde u. a. KonsumentInnen eher eine Behandlung in Aussicht zu stellen, als sie strafrechtlich zu verfolgen (vgl. Gerlach, Stöver, 2012).

Seit dem 01.01.2010 ist in der Tschechischen Republik der Besitz geringer Mengen jeglicher Substanzen wieder entkriminalisiert. So werden z. B. 15 Gramm Cannabis oder fünf Pflanzen, selbst wenn die zu erntende Menge weit über den 15 Gramm liegt, nicht mehr strafrechtlich verfolgt, sondern mittels einer kleinen Geldbuße geahndet. Weiter wurde 2013 die legale Abgabe von Cannabis als Medizin beschlossen. Erhältlich ist Cannabis aus einem medizinischen Grund in Apotheken vor Ort. Die Entkriminalisierung geringer Mengen aller illegalisierten Substanzen bedeutet jedoch nicht, dass die Herstellung, der Handel oder der Schmuggel nicht geahndet werden: Diese Handlungen stehen weiterhin unter Strafe und werden strafverfolgt (vgl. Stöver, Plenert, 2013).

2014 wurden nochmals Veränderungen bezüglich der entkriminalisierten Menge vorgenommen. Ein Richter des Obersten Gerichts in Brünn hat in seinem Urteil die tolerierten Mengen

von Cannabis und Methamphetamine gesenkt. Nunmehr liegt der nicht mehr strafrechtlich verfolgte Besitz bei zehn Gramm Cannabis mit insgesamt maximal einem Gramm THC oder fünf Pflanzen und fünf Gramm Haschisch ebenfalls mit maximal einem Gramm THC sowie eineinhalb Gramm Methamphetamine. Bei den restlichen Substanzen hat sich die tolerierte Menge nicht geändert. Der Richter begründete seinen Entscheid mit einem vermehrten Aufkommen unter anderem durch sichergestellte Cannabisplantagen (vgl. Knodt 2014).

## **Spanien / Belgien**

In Spanien wie auch in Belgien gibt es die sogenannten Cannabis Social Clubs (CSC). Dieses Modell wurde bereits 2005 von der Organisation European Coalition for Just and Effective Drug Policie (ENCOD) vorgeschlagen. Es beruht nicht auf einer Gesetzgebung der beiden Länder, sondern wurde in Spanien wie auch in Belgien durch diverse Urteile und in Belgien zusätzlich mit einer Verordnung ermöglicht. Entscheidend ist, dass in beiden Ländern Hanfsamen legal sind. Demzufolge wäre ein solches Modell ebenfalls für Tschechien und den Niederlanden eine mögliche Option. Die Niederlande hat letztes Jahr (2014) einen solchen CSC in Amsterdam eröffnet (vgl. Stöver, Plenert 2013).

### **Das Regulierungsmodell CSC**

Bei einem CSC handelt es sich um einen gemeinnützigen Verein, in dem ausschließlich volljährigen Mitglieder einen gemeinschaftlichen Anbau von Cannabis vornehmen. Es dürfen nicht unbegrenzt viele Pflanzen angebaut werden. Die Anzahl der erlaubten Menge richtet sich zum einen nach der, in dem entsprechenden Land entkriminalisierten Anzahl an Cannabispflanzen pro Person und wird zum anderen durch die Zahl der Mitglieder begrenzt. Der Anbau darf ausschließlich der Deckung des persönlichen Bedarfs der Mitglieder dienen. Unter keinen Umständen ist es gestattet, den Ertrag der Cannabispflanzen zu verkaufen oder gar an Jugendliche weiterzugeben. Der CSC organisiert und kontrolliert alle erforderlichen Schritte eigenständig, weshalb die Mitglieder für die Sicherung sowie für die Qualitätsüberwachung bei dem Anbau, aber auch für den Transport und die ordnungsgemäße Verteilung von Cannabis verantwortlich sind. Die anfallenden Kosten sowie der Arbeitsaufwand werden unter den Mitgliedern aufgeteilt. Wie auch beim Modell des Coffeeshops darf nicht für den Verein geworben werden. Die Aufnahme in einen CSC gestaltet sich teils schwierig, da nur ein bereits aktives Mitglied eine neue Person empfehlen kann, welche im Anschluss offiziell aufgenommen werden muss (vgl. ebenda).

### **Anzahl der Clubs**

Der CSC "Trekt Uw Plant", was so viel heißt wie „Zieh deine Pflanze“, befindet sich in Belgien. Er umfasst mittlerweile 150 Mitglieder, welche, in Abstimmung mit den Behörden, an acht dafür vorgesehenen Standorten ihre Cannabispflanze halten. Seit 2010 kam es zu keinen Prozessen mehr gegen die CSC, so dass Trekt Uw Plant ohne Schwierigkeiten arbeiten kann. Ein etwas anderes Bild ergibt sich in Spanien. Dort ist ungewiss, wie viele Clubs wirklich existieren, weil es keine Registrierungen gibt. Geschätzt werden 200 existierende CSC, es könnten jedoch auch schon 300 sein. Mittlerweile verteilen sich die CSC über ganz Spanien (die meisten jedoch im Baskenland), die größtenteils offiziell und offen arbeiten und von den dortigen Behörden kaum bedrängt werden (vgl. ebenda).

### **Vor- und Nachteile**

Das beschriebene Modell hat durch die Entkriminalisierung viele Vorteile auf Seiten der Konsumenten, die sich beispielsweise keine Sorgen machen müssen, ob in ihrem Cannabis schädliche Beimischungen vorhanden sind.

Auch Polizei und Justiz profitieren davon, weil der Aufwand für Verfolgung etc. bezüglich Cannabis entfällt. Nachteile oder negative Auswirkungen, wie beispielsweise steigende Zahlen von Cannabiskonsumenten, sind bis dato nicht bekannt (vgl. ebenda).

### **USA (Colorado / Washington)**

Der Cannabiskonsum in den USA ist höher als in Europa. Dies war einer der Gründe, weshalb bereits in den 70er Jahren 11 Bundesstaaten diesen entkriminalisiert haben. Zahlreiche Studien konnten keine negativen Folgen eines solchen drogenpolitischen Vorgehens aufzeigen.

Bereits 1975 kam das oberste Gericht von Alaska zu dem Entschluss, dass der Besitz sowie der Gebrauch einer Unze Cannabis (entspricht ca. 28,4 Gramm) innerhalb des eigenen Haushaltes keine Straftat ist und auch nicht anderweitig geahndet werden soll.

In den 90er-Jahren setzte sich das Bestreben durch, Cannabis zu medizinischen Zwecken zugänglich zu machen. Erste Gesetze dazu wurden 1996 in Kalifornien erlassen. In den darauffolgenden Jahren folgten weitere Bundesstaaten. 2013 waren es bereits mehr als 20 Bundesstaaten, welche den medizinischen Gebrauch von Cannabis zugelassen haben. Problematisch ist, dass sich die Inhalte und Anwendungsvorschriften zwischen den Bundesstaaten stark unterscheiden. Colorado führte darüber hinaus zum 01.01.2014 eine Regulierung des Cannabiskonsums ein; Washington folgte noch im selben Jahr (vgl. Zobel, Marthaler 2014).

### **Regulierungsmodell einer Lizenz gestützten Verkaufsstelle**

Die beiden Bundesstaaten Washington und Colorado agieren innerhalb ihres Regulierungsmodells ähnlich, jedoch ergeben sich auch hier interessante Unterschiede.

Sowohl in Washington, als auch in Colorado gilt ein Mindestalter von 21 Jahren, welches eine Person dazu berechtigt, in speziell dafür vorgesehenen Verkaufsstellen Cannabis sowie -produkte zu erwerben. Die dort erlaubte Verkaufsmenge liegt in beiden Staaten bei einer Unze pro Einkauf. Colorado hat eine Einschränkung bezüglich der erlaubten Verkaufsmenge für BürgerInnen aus einem anderen Bundesstaat eingeführt. Danach dürfen diese lediglich ein Viertel der erlaubten Menge erwerben. Unterschiede ergeben sich auch in Bezug auf die erlaubte Zahl von Pflanzen: In Colorado ist es gestattet, bis zu sechs Pflanzen für den Eigenbedarf zu ziehen, in Washington ist dies nur Personen vorbehalten, die im Besitz einer ärztlichen Verordnung sind und dann bis zu 15 Pflanzen halten dürfen.

Der Cannabismarkt Colorados gliedert sich in drei Bereiche, für die immer eine staatliche Lizenz nötig ist. Der erste Bereich ist die Produktion, der zweite die Verpackung sowie der Vertrieb und der letzte der Verkauf. Während man in Washington aufgrund der Bestimmungen nicht gleichzeitig auf mehreren Ebenen agieren darf, ist dies in Colorado gestattet. Dort darf lediglich ein kleiner prozentualer Anteil (30 %) des erzeugten Cannabis an andere Händler verkauft werden, der andere Teil muss in eigenen Geschäften vertrieben werden. Dies lehnt sich an die Bestimmungen zum medizinischen Gebrauch an. In der Praxis wurden innerhalb der ersten Monate der Regulierung lediglich Lizenzen an Produzenten und Händler verteilt, welche bereits im therapeutischen Bereich agierten. Diese Regelung wurde jedoch ein halbes Jahr später widerrufen.

Innerhalb der beiden Bundesstaaten gibt es spezielle Kontrollinstitutionen, die über die Erteilung, den Widerruf oder eine Verlängerung der Lizenzen entscheiden. In Washington handelt es sich um das Washington State Control Liquor Board und in Colorado um die Marijuana Enforcement Division. Um eine Lizenz zu erhalten, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Eine ist beispielsweise die Dauer, die eine Person ihren Wohnsitz im Bundesstaat hat. Dazu gibt es sich zwischen den beiden Staaten unterschiedliche Regelungen: Während es in Washington lediglich drei Monate sind, müssen es in Colorado mindestens zwei Jahre sein. Während in Colorado die Gemeinden sowie die Bezirksbehörden den Handel von Cannabis verbieten oder gesonderte Regelungen einführen können (z. B. bezüglich der Öffnungszeiten, der Anzahl und Standorte der Verkaufsstellen), entscheiden in Washington die Behörden über jede einzelne Lizenz.

Innerhalb beider Staaten soll ein System entstehen, über das sich die Herkunft eines Produkts nachverfolgen lässt. Dieses System soll die gesamte Produktion überwachen und ein Driften in den Schwarzmarkt abwenden.

Wie auch schon bei den CSC und dem Coffeeshops darf auch in den lizenzierten Verkaufsstellen keine Werbung betrieben werden. In Colorado ist zudem die Verpackung von Cannabis streng geregelt. Cannabis muss stets in undurchsichtiger Packart mit einer speziellen Kindersicherung vertrieben werden. Die Verpackung ist zudem mit einem amtlichen Etikett zu versehen, auf dem unter anderem der THC-Gehalt und die verwendeten Düngemittel vermerkt sind.

Sowohl in Colorado, als auch in Washington werden durch den regulierten Verkauf von Cannabis Steuern erhoben. Washington erhebt dabei erheblich mehr Steuern. Auf jeder der drei zuvor beschriebenen Ebenen des Cannabismarktes werden in Washington vom Staat 25 % Steuern erhoben; hinzu kommen weitere 8,75 % allgemeine Umsatzsteuern. Im Vergleich dazu erhebt Colorado Grundsteuern von 15 % zuzüglich 2,9 % allgemeine Warensteuer sowie 10 % einer speziellen Cannabis-Verkaufssteuer. Die anfallenden Steuereinnahmen sollen in beiden Fällen sozialen Projekten zugute kommen (vgl. ebenda).

### **Südamerika (Uruguay)**

Der Konsum illegalisierter Substanzen wird in Uruguay nicht strafrechtlich verfolgt, wenn es sich um eine angemessene Menge handelt. Uruguay hat eine Einwohnerzahl von 3,3 Millionen Menschen, von denen schätzungsweise 120.000 BürgerInnen regelmäßig Cannabis konsumieren. Insofern ist der Konsum kulturell bedingt verhältnismäßig hoch. Das Modell zur Regulierung von Cannabis wurde 2013 angenommen und umgesetzt (vgl. Knodt 2014).

### **Regulierungsmodell**

Das uruguayische Modell zur Regulierung des Cannabismarkts soll über drei unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten erfolgen. Den StaatsbürgerInnen ist zum einen erlaubt, Cannabis zum Eigenbedarf selbst anzubauen, jedoch darf die Anzahl von sechs Pflanzen nicht überschritten werden. Zum anderen dürfen die EinwohnerInnen Uruguays einem Cannabis Club beitreten (vergleichbar mit CSC in Spanien/Belgien), der jedoch nur aus einer begrenzten Anzahl von Mitgliedern bestehen darf: Es müssen minimal 15 bis maximal 45 Personen sein, denen ein gemeinschaftlicher Anbau von bis zu 99 Cannabispflanzen erlaubt ist. Der dritte mögliche Zugang soll ein lizenziertes Verkauf über Apotheken werden. Unabhängig, ob eine Person Cannabis selbst anbauen, einem Club beitreten oder es in Apotheken erwerben möchte, muss sie sich vorab beim Institut für Regulierung und Kontrolle von Cannabis (IRCCA)

registrieren lassen. Dies gilt auch für ProduzentInnen und Apotheken (vgl. Zobel, Marthaler 2014).

Das rezeptfrei vertriebene Cannabis in Apotheken wird vom Staat bei Firmen eingekauft, denen er zuvor eine Lizenz für den kommerziellen Anbau erteilt hat. Eine Besonderheit ist, dass lediglich uruguayischen StaatsbürgerInnen erlaubt ist, bis zu 40 g Cannabis pro Monat in lizenzierten Apotheken zu erwerben. Dadurch soll ein Cannabistourismus vermieden werden. Dies lässt sich über die Registrierungspflicht überwachen. Darüber hinaus werden weitere Vorgaben zu erfüllen, die streng einzuhalten sind: Verboten ist u. a. der Verkauf an Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, die berauschte Teilnahme am Straßenverkehr, jegliche Art von Werbung (vgl. Plenert 2013).

Bislang haben sich 1200 ZüchterInnen sowie 50 Cannabis-Clubs bei der IRCCA registrieren lassen. In Bezug auf den Erwerb in lizenzierten Apotheken sollte der eigentliche Start im April 2014 sein. Dieser wurde jedoch wegen der notwendigen organisatorischen Vorarbeiten für dieses Vorhaben bisher immer wieder verschoben (vgl. Knodt 2014).

## Mehr als eine lizenzierte Verkaufsstelle für Cannabis

– eine Idee von Ivonne Halbfass

Bei diesem Regulierungsmodell handelt es sich einerseits um eine lizenzierte Verkaufsstelle sowie andererseits um die Vergabe von Anbaulizenzen.

Die Verkaufsstelle gliedert sich in fünf unterschiedliche Bereiche, welche jeweils einer bestimmten Zielsetzung zugordnet sind. Der erste Bereich ermöglicht den Erwerb sowohl von reinem Cannabis als auch von Cannabisprodukten sowie eventuell benötigtem Zubehör. Der

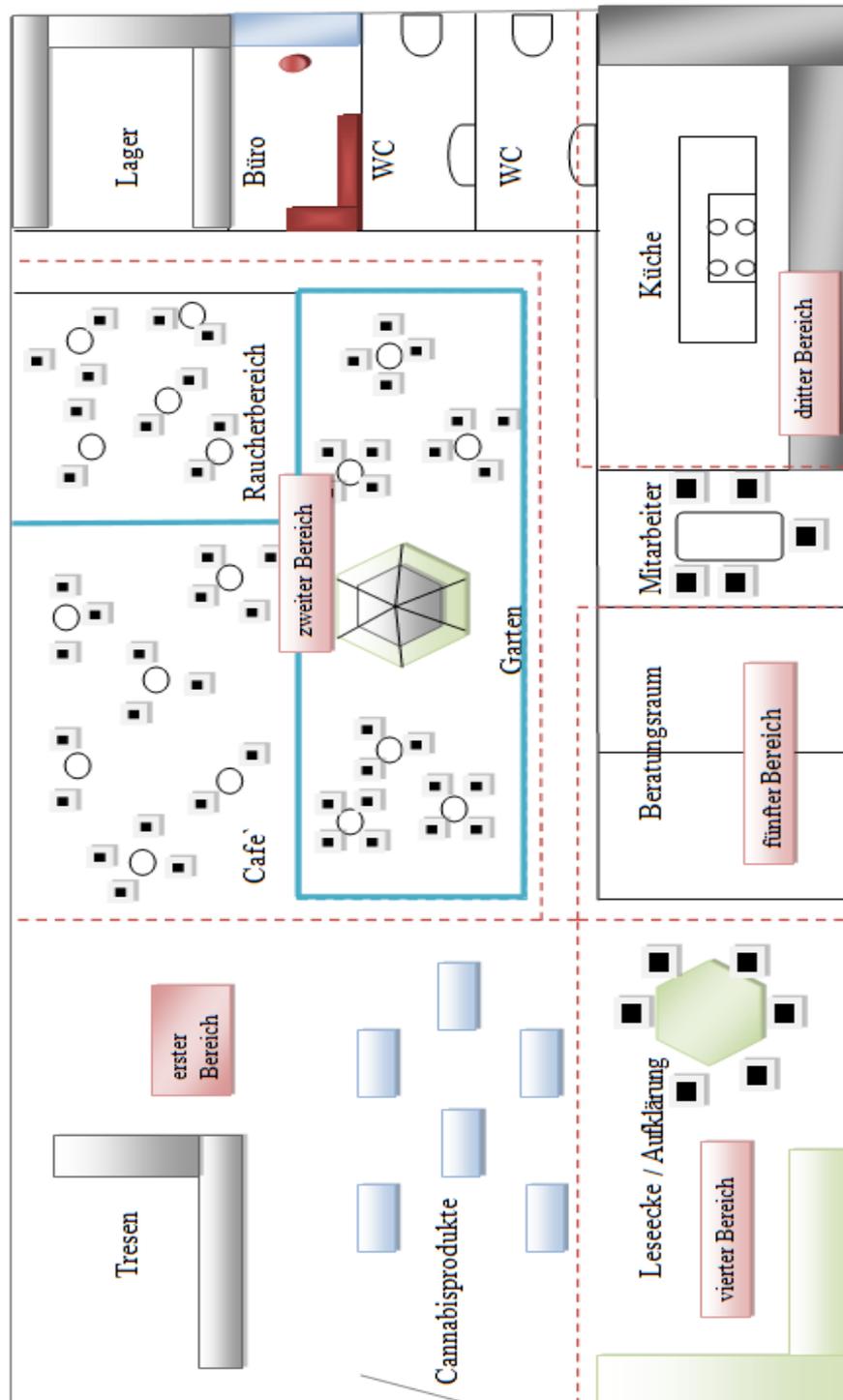
zweite Bereich dient dem Konsum und/oder dem Verzehr von Cannabis in einem geselligen, jedoch regulierten und begleitetem Rahmen. In diesem Modell wird angestrebt, den Genuss und die Genussfähigkeiten für diese Substanz zu vermitteln. Der dritte Bereich ist eine Küche: Hier sollen spezielle Koch- und Backkurse stattfinden, um die richtige Zubereitung und Verarbeitung von Cannabis zu erlernen. Hier kann, falls erforderlich und/oder benötigt, auch Aufklärungs- und Präventionsarbeit erfolgen. Der vierte Bereich ist die Lesecke/der Aufklärungsbereich. Hier wird den Besuchern ermöglicht, in bereit stehender Literatur zu lesen und diverse Informationsvideos anzuschauen. Der Bereich ist zudem so ausgestattet, dass Diskussions- und Gesprächsrunden ohne großen Aufwand stattfinden können. Der fünfte und letzte Bereich innerhalb der Verkaufsstätte sind kleine Beratungsräume, die die Möglichkeit eröffnen, schnell und unkompliziert auf einen Beratungsbedarf reagieren, länger anhaltende Prozesse von Beratung und Begleitung umsetzen oder zusätzliche Hilfestellungen (z.



B. Ohrakupunktur) bei der Bewältigung von Problemen geben zu können. Diese Hilfe- und Unterstützungsleistungen für einzelne KonsumentInnen können aus unterschiedlichen Beweggründen erbeten werden: Möglicherweise stellen einzelne Personen fest, dass sich ihre bestehenden Konsummuster verändert haben oder nicht mehr zu ihrem Lebensstil passen und sie deshalb Hilfe beispielsweise in Form des KISS-Programms in Anspruch nehmen möchten, vielleicht muss Krisenintervention betrieben werden oder aber man möchte ausführliche Informationen zur Substanz selbst erhalten etc.

Innerhalb dieser Verkaufsstelle arbeiten ausschließlich Personen, die entweder ein Studium der Sozialen Arbeit absolviert und darüber hinaus Erfahrungen innerhalb eines substanzbezogenen Bereiches gesammelt haben oder Personen, die speziell für diese Verkaufsstelle geschult und ausgebildet wurden. Die Mitarbeiter müssen zu regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen bereit sein.

Diese Personalauswahl hat mehrere Vorteile: Die MitarbeiterInnen sind speziell geschult und können auf Probleme, die innerhalb der Verkaufsstelle auftreten können (beispielsweise mit schwierigen KonsumentInnen), angemessen reagieren. Des Weiteren sind sie in der Lage, die wichtige Aufgabe der Aufklärungsarbeit und Drogenerziehung wahrzunehmen und zu vermitteln sowie Harm-Reduction-Strategien umzusetzen und in Safer-Use-Beratungen weiterzugeben. Wird innerhalb der Beratung



ersichtlich, dass die angesprochenen Probleme gravierender sind und ein erhöhter bzw. weiterführender Hilfebedarf besteht, erfolgt umgehend eine Vermittlung in das Hilfesystem. Der Anbau von Cannabis erfolgt ausschließlich durch die Vergabe von speziellen Lizenzen.

## Literatur:

- Böllinger, Lorenz; Stöver, Heino (Hrsg.)** (2002): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, 5., vollst. überarb. Auflage Frankfurt am Main, Fachhochschulverlag
- Bröckers, Mathias** (2014): Keine Angst vor Hanf. Warum Cannabis legalisiert werden muss, Frankfurt am Main, Westend Verlag GmbH
- Bundeskriminalamt** (2014): Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland, Jahrbuch 2013, Quelle [online] in: [http://www.bka.de/nn\\_229340/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2013/pks2013\\_\\_node.html?\\_nnn=true](http://www.bka.de/nn_229340/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2013/pks2013__node.html?_nnn=true), (13.11.2014)
- Bundeskriminalamt** (2014): Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2013, Quelle [online] in: [http://www.bka.de/DE/ThemenABisZ/Deliktsbereiche/Rauschgiftkriminalitaet/Lagebilder/lagebilder\\_\\_node.html?\\_nnn=true](http://www.bka.de/DE/ThemenABisZ/Deliktsbereiche/Rauschgiftkriminalitaet/Lagebilder/lagebilder__node.html?_nnn=true), (13.11.2014)
- BzGA (2011)**: Drogenaffinitätsstudie 2011, Köln
- BzGA (2012)**: Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener 2012, Köln
- BzGA (2014)**: Zum Cannabiskonsum junger Menschen in Deutschland 2014, Köln
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung** (2014): Drogen und Suchtbericht, Quelle [online] in: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen-\\_und\\_Suchtbericht\\_2014\\_Gesamt\\_WEB\\_07.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen-_und_Suchtbericht_2014_Gesamt_WEB_07.pdf), (13.11.2014)
- DSHS** (2014): Deutsche Suchthilfestatistik 2013 (ambulante Einrichtungen Typ 3+4 und stationäre Einrichtungen Typ 8+9+10) Quelle [online] in: <http://suchthilfestatistik.de/download.html>, (13.11.2014)
- Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (Hrsg.)** (2012): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen, Frankfurt am Main, Fachhochschulverlag
- Kiss Programm:** Quelle [online] in: <http://www.kiss-heidelberg.de/kiss-heidelberg/de/2/0/programm/kiss.aspx>, (14.02.2015)
- Knodt, Michael** (2014): Colorado zieht Bilanz – Zahlen und Fakten nach zwei Jahren Re – Legalisierung, [online] in: <http://hanfverband.de/nachrichten/news/colorado-zieht-bilanz-zahlen-und-fakten-nach-zwei-jahren-re-legalisierung>, (04.02.2015)
- Knodt, Michael** (2014): Ein Cannabis Social Club für Amsterdam – Mit dem "Tree of Life" öffnet der erste CSC der Niederlande, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/nachrichten/news/ein-cannabis-social-club-fuer-amsterdam-mit-dem-tree-of-life-oeffnet-der-erste-csc-der-niederlande>, (05.01.2015)
- Knodt, Michael** (2014): Tschechien senkt die Geringe Menge- nur noch 10 Gramm Cannabis toleriert, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/aktuelles/2407-tschechien-senkt-die-geringe-menge-nur-noch-10-gramm-cannabis-toleriert>, (13.11.2014)
- Plenert, Maximilian** (2013): Uruguay geht einen historischen Schritt zur weltweit ersten nationalen "verantwortungsvollen Regulierung" von Cannabis, Quelle [online] in: <http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/blog/2114-uruguay-geht-einen-historischen-schritt-zur-weltweit-ersten-nationalen-verantwortungsvollen-regulierung-von-cannabis>, (13.11.2014)
- Stöver, Heino; Plenert, Maximilian** (2013): Entkriminalisierung und Regulierung. Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und – konsum, Quelle [online] in: <http://library.fes.de/pdf-files/iez/10159.pdf>, (13.11.2014)
- Werse, Bernd** (2012): Jugendkultur und Cannabis: Stiellvorlieben und Konsumprävalenz im Wandel, in: Sozial extra: Zeitschrift für soziale Arbeit, Band 36 Heft 11/12, Seite 37-40, Wiesbaden VS-Verlag / Springer Fachmedien
- Zobel, Frank; Marthaler, Marc** (2014): Von den Rocky Mountains bis zu den Alpen: Regulierung des Cannabismarktes – neue Entwicklungen, Quelle [online] in: [http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Bericht\\_RegulierungCannabis\\_Suchtschweiz\\_2014.pdf](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Bericht_RegulierungCannabis_Suchtschweiz_2014.pdf), (13.11.2014)