

Monika Feuchtner

Illegale Substanzen: Fakten und Debatten – ein Überblick

Illicit Substances: Facts and Debates – an Overview

Zusammenfassung

Illegale Drogen stellen eine enorme Herausforderung für die internationale, regionale und nationale Politik dar. Aktuelle Fakten über den Anbau, die Herstellung, den Handel und den Konsum illegaler Substanzen sind notwendig, um angemessene Maßnahmen setzen zu können. Diese Daten verdeutlichen auch die globale Größenordnung des Drogenproblems. Illegale Substanzen und ihre Gesundheitsrisiken fordern die Gesundheitssysteme heraus: Weltweit leiden 29,5 Millionen Drogenkonsumenten unter von Drogen bedingten Störungen.

Schlüsselwörter: Illegale Drogen, Drogenkonsum, Drogenhandel, Gesundheitsrisiken, internationale Drogenpolitik

Abstract

Illicit drugs pose an enormous challenge to international, regional and national politics. Up to date information concerning the cultivation, the production, the trafficking and the consumption of illicit substances is necessary to adopt appropriate measures. This data also highlights the global scale of the drug problem. Illicit drugs and their health risks challenge health care systems: 29,5 million worldwide drug-users are suffering from disorders caused by drugs.

Keywords: illicit drugs, drug-taking, drug trafficking, health risks, international drug polity and policy

Mag. Monika Feuchtner
IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
feuchtner@imabe.org

Der steigende Konsum von illegalen Drogen¹ ist ein globales Problem, das Medizin, Politik und Gesellschaft gleichermaßen herausfordert. Im Jahr 2015 haben geschätzte 255 Millionen oder 5 Prozent der erwachsenen Weltbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren Drogen konsumiert, wie das *Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung* (UNODC) in seinem jüngsten Weltrogenreport berichtet. Von 2006 bis 2015 ist damit die globale Zahl der Drogenkonsumenten um 47 Millionen bzw. 22,6 Prozent gestiegen.² Angesichts dieser Entwicklungen ist eine effiziente Eindämmung der Drogenmärkte und des Drogenkonsums durch nationale, regionale und internationale Maßnahmen notwendig.

Was sind illegale Drogen?

Welche Substanzen als illegale Suchtmittel angesehen werden, hängt von der jeweiligen nationalen Gesetzgebung ab. Österreich ist 1978 der internationalen *Einziges Suchtgiftkonvention* und 1997 dem *Übereinkommen über psychotrope Stoffe* beigetreten. Dem österreichischen *Suchtmittelgesetz* (SMG) unterliegen laut §1 Abs. 1 Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe.

Suchtgifte

Bei der Definition von Suchtgiften orientierte sich der Gesetzgeber an der *Einziges Suchtgiftkonvention* vom 30. März 1961³ zu New York in der Fassung des Protokolls vom 25. März 1972 zu Genf. Demnach fallen unter diesen Begriff laut §2 Abs. 1 SMG „*Stoffe und Zubereitungen, die ... Beschränkungen hinsichtlich der Erzeugung (Gewinnung und Herstellung), des Besitzes, Verkehrs, der Ein-, Aus- und Durchfuhr, der Gebahrung oder Anwendung unterworfen und mit Verordnung des Bundesministers oder der Bundesministerin für Gesundheit als Suchtgifte bezeichnet sind*“.⁴ Ergänzend dazu listet die *Suchtgiftverordnung*⁵ alle Suchtgifte auf, die strengen Kontrollmaßnahmen unterliegen: Dazu zählen unter anderem Cannabisprodukte (Cannabiskraut = Marihuana, Cannabisharz = Hashisch, Tetrahydrocannabinol u. a.) Rohopium,

Opiate (Heroin, Morphin, Codein u. a.) und Opioide (vollsynthetisch hergestellt, z. B. Methadon), Kokablätter und Kokain, Amphetamin, Halluzinogene und Designerdrogen (vollsynthetisch hergestellte Drogen) wie Ecstasy.

Psychotrope Stoffe

Die *Psychotropenverordnung* (PV)⁶ konkretisiert §3 Abs. 1 Suchtmittelgesetz, indem sie in ihrem Anhang jene Stoffe und Zubereitungen nennt, die zu den psychotropen Stoffen zählen. Sie bezieht sich dabei auf die Anhänge III und IV des *Übereinkommens von 1971 über psychotrope Stoffe*.⁷ Beispielsweise fallen in diese Kategorie Substanzen wie Amobarbital (zur Beruhigung, als Schlafmittel oder Wahrheitsserum) und Cathin (ein Amphetamin mit stimulierender und appetithemmender Wirkung).

Drogenausgangsstoffe

Auf Basis von §23 Abs. 3 des Suchtmittelgesetzes veröffentlichte der Bundesminister für Gesundheit im Jahr 2010 eine Kundmachung über Drogenausgangsstoffe, in der beispielsweise Apotheken, dem Bundesheer, Sicherheitsbehörden u. a. Sondererlaubnisse für den Besitz und das Inverkehrbringen erteilt wird.⁸ Zu den Drogenausgangsstoffen zählen unter anderem Safrol, Ephedrin, Essigsäureanhydrid, Salzsäure, Schwefelsäure und Aceton.⁹

Neue psychoaktive Substanzen

Seit einigen Jahren drängen neue psychoaktive Substanzen, darunter vor allem synthetische Cannabinoide, auf den Markt. Mit dem *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz* (NPSG)¹⁰ und der *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung*¹¹ aus dem Jahr 2011 wurden in Österreich gesetzliche Regelungen geschaffen, um gegen diese Stoffe effektiv vorgehen zu können.

Drogenkonsum: Zahlen und Fakten

Laut des aktuellen Weltrogenberichts war Cannabis im Jahr 2015 die weltweit am häufigsten

konsumierte Droge und rangiert mit 183 Millionen Konsumenten – wie auch im Vorjahr – weit vor anderen Suchtgiften. Opioide folgen mit 35 Millionen Nutzern, wobei die Zahl der Konsumenten im Vergleich zu 2014 um 2 Millionen angestiegen ist. Amphetamine und verschriebene Stimulanzien wurden 2015 von 37 Millionen Menschen konsumiert, Ecstasy von 22 Millionen, Opiate von 18 Millionen und Kokain von 17 Millionen.¹²

Dieser weltweite Trend zeigt sich auch in Europa: Dem *Europäischen Drogenbericht 2017* der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) zufolge ist Cannabis mit 23,5 Millionen Konsumenten auch hier der Spitzenreiter (siehe Abb. 1). Es gab 1,3 Millionen Hochrisiko-Opioidkonsumenten und zusätzlich erhielten im Jahr 2015 630.000 Personen Opioide im Rahmen einer Substitutionstherapie.

Laut ESPAD-Erhebung (ESPAD = *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) ist

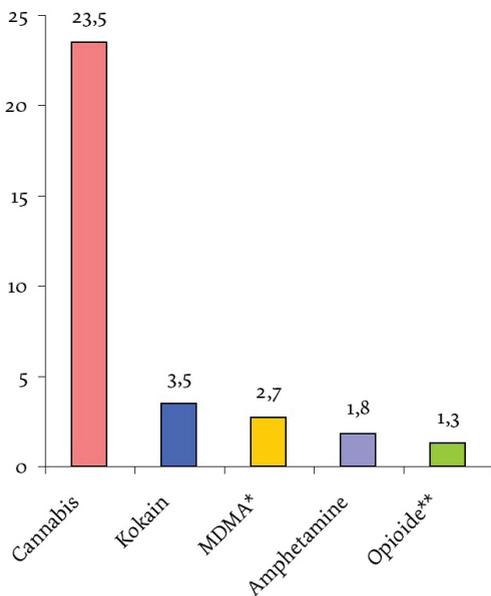


Abb. 1: Schätzungen des Drogenkonsums in der Europäischen Union von 15- bis 64-jährigen in Millionen (eigene Zusammenstellung). Daten aus dem Jahr 2015 bzw. aktuellste verfügbare Daten. * MDMA = Methylendioxy-Methyl-Amphetamin. ** Hochrisiko-Opioidkonsumenten¹³

im Jahr 2015 der Lebenszeitkonsum neuer psychoaktiver Substanzen unter den 15- bis 16-jährigen Schülern von 8 Prozent auf 4 Prozent zurückgegangen. Der Europäische Drogenbericht führt diesen Rückgang auf Prävention, Schadensminimierung und Berichterstattung zurück. Da psychoaktive Substanzen billige Rauschmittel sind, verlagere sich deren Gefahr auf marginalisierte und chronische Drogenkonsumenten.¹⁴

Die Zahl der europäischen Erwachsenen, die in ihrem Leben bereits illegale Substanzen probiert haben, liegt bei 93 Millionen, wobei auch hier Cannabis führend ist.¹⁵

Der gleichzeitig mit dem Europäischen Drogenreport veröffentlichte Länderbericht für Österreich zeigt, dass Cannabis auch in der Alpenrepublik weiterhin das am häufigsten konsumierte Suchtmittel unter den 15- bis 64-jährigen ist. Der Großteil der Konsumenten ist zwischen 15 und 34 Jahre alt, bei Männern ist eine höhere Prävalenz als bei Frauen festzustellen.¹⁶ 15- bis 16-jährige Schüler weisen bezogen auf die Lebenszeit höhere Prävalenzraten auf als die gleiche Altersgruppe des Durchschnitts der anderen ESPAD-Staaten. Bei den anderen illegalen Substanzen sind für Österreich ähnliche Zahlen wie für den europäischen Durchschnitt festzustellen.¹⁷

Drogenhandel

Der Drogenhandel ist im Jahr 2015 im Vergleich zu den Vorjahren leicht angestiegen, wobei besonders die Märkte für Kokain und synthetische Drogen florieren. Der weltweite Anbau des Kokabuschs erhöhte sich von 2013 bis 2015 um 30 Prozent, was vor allem durch verstärkten Anbau in Kolumbien bedingt ist. Auch die globale Kultivierung von Opium ist im Steigen begriffen: So erhöhte sich der Ertrag von 2016 auf 2017 durch die gute Ernte in Afghanistan im letzten Jahr um ein Drittel. Eine Analyse der zahlenmäßigen Herstellung synthetischer Drogen ist schwierig, da diese nicht geografisch gebunden ist wie beispielsweise jene von Kokain. Das Florieren des Marktes synthetischer Drogen wird jedoch von

einer steigenden Zahl von weltweiten Sicherstellungen von über 20 Tonnen im Jahr 2015 belegt.¹⁸

Grund zur Sorge geben vom internationalen Drogenkontrollsystem nicht erfasste – das bedeutet nicht in den UN-Konventionen gelistete – Drogen wie die bereits erwähnten neuen psychoaktiven Substanzen (z.B. synthetische Cannabinoide, Cathinone oder Opioide). Ende 2016 überwachte die EMCDDA mehr als 620 neue psychoaktive Substanzen.¹⁹

Die am häufigsten beschlagnahmte Droge in Österreich ist Cannabis mit 851 kg Cannabiskraut und 287 kg Cannabisharz (siehe Abb. 2).²⁰ Hanf ist auf dem europäischen Drogenmarkt die wichtigste und lukrativste Substanz: Er hat wertmäßig mit 9,3 Milliarden Euro und 38 Prozent den größten Anteil am europäischen Markt für illegale Suchtmittel. Während Cannabisharz größtenteils aus dem EU-Ausland stammt, wird Cannabiskraut auch in der EU angebaut.²¹

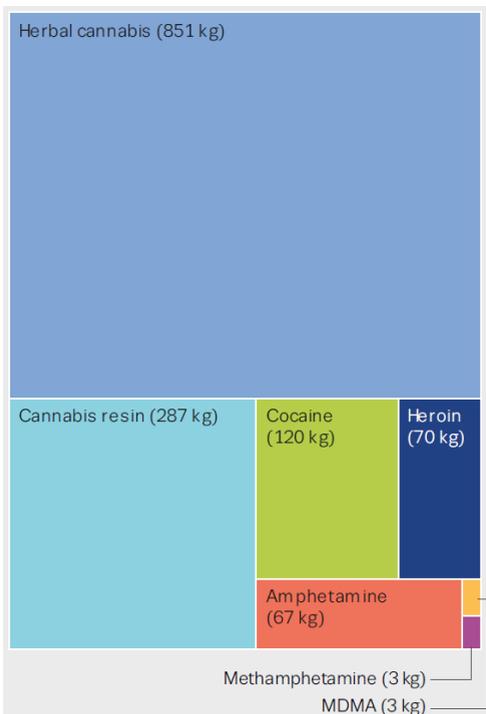


Abb. 2: Sichergestellte Drogen nach Menge in Österreich im Jahr 2015²²

Jüngsten weltweiten Schätzungen zufolge lukrierte die transnationale organisierte Kriminalität im Jahr 2014 ein Viertel ihrer Einkünfte aus dem Drogenhandel.²³ Laut Europol sind in der Europäischen Union im Jahr 2017 5.000 internationale Gruppen organisierter Kriminalität aktiv, über 35 Prozent davon im Suchtgifthandel, mehr als in Eigentumsdelikten, Schmuggel von Migranten oder Menschenhandel.²⁴

Gesundheitsrisiken des Drogenkonsums

Weltweit leiden 29,5 Millionen Drogenkonsumenten unter von Drogen verursachten Störungen. Der Zugang zu Therapie ist global gesehen oft eingeschränkt: So wird nur eine von sechs therapiebedürftigen Personen tatsächlich behandelt. Die Mehrheit der Personen, die aufgrund von Folgeerscheinungen in Behandlung ist, wird wegen des Konsums von Cannabis oder Opioiden therapiert: 39 Prozent für Cannabis, 33 Prozent für Opioide, 10 Prozent für Kokain, 10 Prozent für Amphetamin-artige Stimulanzien.²⁵

In Österreich konzentriert sich der Hochrisikodrogenkonsum vor allem auf Konsumenten von Opioiden, also von Heroin oder Medikamenten, die in der Substitutionstherapie für Opioide eingesetzt werden.²⁶ Pro 1.000 Einwohnern gibt es 5,5 Fälle von Hochrisiko-Opioidkonsum, womit das Land im Jahr 2015 nach Malta europaweit an zweiter Stelle lag.²⁷

Die Zahl der Hochrisiko-Cannabiskonsumenten ist im Steigen begriffen: Im Jahr 2006 wurden in Europa 43.000 Personen für cannabisbedingte Probleme erstbehandelt, im Jahr 2015 waren es bereits 76.000.²⁸ Die Mehrheit der Patienten, die in Österreich zum ersten Mal eine Drogentherapie in Anspruch nimmt, hat Cannabis konsumiert. Bei der Gesamtzahl der therapierten Personen ist die primäre Substanz jedoch Heroin, gefolgt von Cannabis.²⁹

Besonders stark gefährdet sind Menschen, die Substanzen injizieren; hier besteht ein höheres Infektionsrisiko für eine ansteckende Krankheit. In Österreich liegt die Prävalenz einer He-

patitis-C-Infizierung bei 26,8 Prozent, jene einer HIV-Infizierung bei 9,1 Prozent.³⁰

Die Mortalitätsrate bei Drogenkonsumenten in der erwachsenen Bevölkerung (15- bis 64-jährige) in Österreich lag im Jahr 2015 bei 26,4 Fällen per Million, was über dem europäischen Durchschnitt von 20,3 Fällen per Million liegt. Im Jahr 2015 gab es in Österreich 150 Drogentote. Während von 2012 bis 2014 ein konstanter Rückgang von Todesopfern nach Drogenkonsum erreicht werden konnte, stieg damit die Zahl erstmals wieder.³¹

Cannabis: Eine unterschätzte Droge

Cannabis wird fälschlich als „weiche“ Droge und damit als harmlos eingestuft.³² Eine im Jahr 2015 in *Addiction* publizierte Meta-Analyse zeichnet jedoch ein anderes Bild. Australische und britische Suchtexperten werteten damals Daten aus 20 Jahren Cannabis-Forschung aus und kamen zum Ergebnis: Cannabis macht sehr schnell abhängig, verursacht psychische Probleme und bahnt den Weg zu noch gefährlicheren Drogen. Bei einem von sechs Jugendlichen, die regelmäßig Cannabis rauchen, sind Anzeichen einer Abhängigkeit zu erkennen, bei den erwachsenen Konsumenten ist dies bei 10 Prozent der Fall.³³ Das Bild der „weichen“ Droge rührt vor allem von der fehlenden Überdosierbarkeit, also der fehlenden Mortalität des Suchtmittels her.

David M. Fergusson von der *University of Otago* in Christchurch belegte gemeinsam mit seinen Studienautoren in einer 2006 in *Addiction* publizierten 25-jährigen Langzeitstudie, dass regelmäßige Cannabiskonsumenten häufiger auch andere illegale Drogen zu sich nehmen als Menschen, die die Droge nur selten oder gar nicht konsumieren.³⁴ Maria Ellgren vom *Department of Clinical Neuroscience* des Stockholmer *Karolinska Institut* und ihre Kollegen publizierten 2006 in *Neuropsychopharmacology* eine Studie, wonach der in Cannabis enthaltene Wirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) das jugendliche, noch in Entwicklung befindliche Gehirn wesentlich anfälliger für gefährlichere Suchtmittel wie Heroin macht.³⁵

Der Toxikologe Thomas Schupp von der *Fachhochschule Steinfurth* (Münster) nennt noch weitere Langzeitschäden durch Cannabiskonsum wie erhöhte Allergieneigung, geschwächte Immunzellen, Geruchseinbußen, Hormonstörungen und mindere Spermienqualität.³⁶

THC ist der Hauptwirkstoff in Cannabis in jeglicher Form. In der Cannabis-Liberalisierungsdebatte wird gerne von Befürwortern das therapeutische Vermögen von THC bei Erkrankungen wie beispielsweise Multipler Sklerose ins Treffen geführt. Viele Wirkungen von Cannabis rühren jedoch vom Inhaltsstoff Cannabidiol her. THC wirkt auf das Belohnungssystem und ist deshalb ein beliebtes Rauschmittel.³⁷ Kurosch Yazdi, Vorstand der Klinik für Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin des Linzer Kepler Universitätsklinikums, stellt mit Besorgnis fest, dass sich die THC-Konzentration in Cannabis stetig erhöht.³⁸ Eine 2016 von Michael A. Bloomfield vom *Institute of Clinical Sciences* des *Imperial College London* und Kollegen veröffentlichte Studie zeigt, dass akute THC-Verabreichung einen erhöhten Dopaminausstoß und erhöhte Neuronenaktivität auslöst, ein Langzeitkonsum von THC bewirkt ein Abstumpfen des Dopaminsystems: „Der THC-Konsum erzeugt einen vielfältigen, komplexen und womöglich langfristigen Umbau des Dopamin-Systems.“³⁹

Cannabis steigert weiters das Risiko einer Psychose im späteren Leben, wie Wissenschaftler um Theresa Moore von der *Academic Unit of Psychiatry* der *University of Bristol* in *Lancet* publiziert haben. Sie haben in einer Metaanalyse 35 bis zum Jahr 2006 datierte Studien analysiert und herausgefunden, dass Menschen, die gewohnheitsmäßig Cannabis konsumieren, ein um 41 Prozent höheres Risiko für das Auftreten einer psychotischen Störung haben als Nichtkonsumenten.⁴⁰

Kurosch Yazdi betont, dass Cannabis kein Naturheilmittel sei: Nur weil ein Stoff in der Natur entsteht, bedeute das nicht, dass er deshalb ungefährlich oder gesund sei. Niemand würde dies von Heroin oder Kokain behaupten, obwohl sie beide

auch Naturprodukte sind. Cannabis besteht zudem nicht nur aus THC, sondern aus bis zu 200 weiteren Inhaltsstoffen, die mit THC verwandt sind und Cannabinoide genannt werden. Die Wirkung und auch die möglichen Nebenwirkungen der meisten dieser Stoffe sind jedoch bis heute unklar.⁴¹

Internationale, regionale und nationale Drogenpolitik

Das internationale Drogenkontrollsystem der Vereinten Nationen gibt mit drei Konventionen den Rahmen für eine restriktive internationale, regionale und nationale Drogenpolitik vor: mit der *Einzigsten Suchtgiftkonvention 1961*, dem *Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe* und dem *Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtgiften und psychotropen Stoffen von 1988*, das die beiden bisherigen Konventionen ergänzen und die internationale Zusammenarbeit zur Bekämpfung des illegalen Handels festigen und verbessern soll.⁴² Der *Internationale Suchtstoffkontrollrat (International Narcotic Control Board)* überwacht die Umsetzung dieser Konventionen.

Auf EU-Ebene werden die Prioritäten der Drogenpolitik durch die *EU-Drogenstrategie 2013-2020* festgelegt. Sie bezieht sich auf fünf Themenbereiche: Verringerung der Nachfrage, Verringerung des Angebots, Koordinierung, internationale Kooperation sowie Information, Forschung und Bewertung. Die im *Drogenaktionsplan 2013-2016* gelisteten Aktionen dienen zur Durchführung der in der Drogenstrategie genannten Ziele. Auch der *EU-Politikzyklus zur Bekämpfung der organisierten und schweren internationalen Kriminalität* ist ein wichtiges Instrument im Vorgehen gegen die Herstellung und den Handel mit Drogen.⁴³

Die erste österreichische Suchtpräventionsstrategie aus dem Jahr 2015 verfolgt einen breit gefächerten Ansatz und bezieht legale und illegale Suchtmittel sowie substanzungebundenes Suchtverhalten ein. Die Säulen der Suchtpolitik sind Prävention, Therapie, gesellschaftliche Inklusion und Schadensminderung.⁴⁴ Anfang 2016 traten die jüng-

sten Änderungen des Suchtmittelgesetzes in Kraft. Das Prinzip „Therapie statt Strafe“ wurde erweitert, d.h. bei persönlichem Gebrauch erfolgt statt einer Strafanzeige eine Meldung an die Gesundheitsbehörde zur Abklärung, ob gesundheitsbezogene Maßnahmen notwendig sind. Nur bei mangelnder Kooperation wird die Justiz befasst. Weiters wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen, den Drogenhandel effektiver zu bekämpfen: Es gibt nun den Straftatbestand des Handels mit Suchtgift im öffentlichen Raum, der eine Festnahme und die Verhängung von Untersuchungshaft ermöglicht. Das Delikt kann mit einer Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren bestraft werden.⁴⁵

Ist die internationale Drogenpolitik gescheitert?

Trotz aller internationalen, regionalen und nationalen Strategien floriert der weltweite Drogenhandel, und die Zahl der Konsumenten illegaler Substanzen steigt. Das weltweite Drogenkontrollsystem und der Krieg gegen Drogen („War on Drugs“), den US-Präsident Richard Nixon in den 1970ern prägte, scheint gescheitert.⁴⁶ Die Maßnahmen gegen den Anbau, die Herstellung, Handel und Konsum illegaler Suchtmittel gehen offenbar ins Leere.

Von 19. bis 21. April 2016 fand in New York die von Mexiko, Guatemala und Kolumbien angeregte *Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem* statt. Die Konferenz stand unter den Vorzeichen des sich verändernden globalen Drogenmarktes und dem Scheitern der polizeilich ausgerichteten Drogenpolitik. Das Abschlussdokument empfiehlt folgende Maßnahmen: Reduktion von Angebot und Nachfrage, Verbesserung des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten und gleichzeitige Vorbeugung der Umleitung von Drogen an andere Personen. Weitere Empfehlungen betreffen u. a. Menschenrechte, Jugend, Kinder, Frauen, neue Herausforderungen wie neue psychoaktive Substanzen sowie die Stärkung internationaler Kooperation. Yury Fedotov, Leiter des Büros der *Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung*

fung, betonte nach der Special Session die Rolle der Entwicklungshilfe für die Eindämmung von Drogen: „Egal ob man über den illegalen Anbau, die Produktion, den Handel oder Konsum spricht, das Weltrogenproblem ist eng verbunden mit Herausforderungen der Entwicklungspolitik – eine Tatsache die bereits in die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung aufgenommen wurde.“⁴⁷ Vertretern der *Global Commission on Drug Policy*, die eine Entkriminalisierung aller Suchtgifte befürwortet, gingen die im Abschlussdokument formulierten Ergebnisse der Special Session nicht weit genug.⁴⁸

Cannabis-Debatte: Argumente und aktuelle Entwicklungen

Weltweit wird in vielen Staaten die öffentliche Drogendebatte vom Thema der Liberalisierung von Cannabis dominiert, wobei von Befürwortern Entkriminalisierung (Herausnahme von Hanf aus dem Strafrecht) oder auch eine Legalisierung (erlaubt unter bestimmten Bedingungen, z.B. Alterslimit, oder generell erlaubt) gefordert werden. In der Europäischen Union werden Regulierung und Konsum von Cannabis sehr unterschiedlich gehandhabt: Die Bandbreite geht „von restriktiven Modellen bis hin zur Tolerierung bestimmter Formen des Eigengebrauchs“.⁴⁹ Besonders diskutierte Themen sind die Legalisierung des Eigenanbaus von Cannabis sowie die medizinische Verwendung von Cannabis.

Argumente für eine Liberalisierung

Befürworter bringen folgende Argumente für eine Cannabis-Liberalisierung: Hanf sei eine harmlose Droge, und die Drogenkonsumenten sollten nicht kriminalisiert werden. Die Strafverfolgung sei gescheitert und die dafür ausgegebenen Steuereinnahmen könnten anders eingesetzt werden. Laut *Europäischem Drogenbericht 2016* machen Cannabisdelikte drei Viertel aller Drogendelikte aus. Eine Liberalisierung von Hanf würde somit die Justiz entlasten.⁵⁰ Der „Kampf gegen Drogen“ sei allgemein gescheitert, denn die organisierte Krimi-

nalität sei zu übermächtig. Strukturelle Probleme wie die Tatsache, dass Drogenanbau für viele Menschen ihre Lebensgrundlage ist, erschweren das Vorgehen gegen illegale Substanzen.⁵¹ Ein ordnungspolitisches Ziel der Cannabislegalisierung wäre die Schwächung der organisierten Kriminalität, für die Cannabis die wichtigste Einnahmequelle ist. Die Wirtschaft würde durch eine Legalisierung belebt, so wurde 2015 im Wirtschaftsmagazin Forbes vermeldet, dass legales Cannabis die beste Möglichkeit zur Gründung eines Start-Ups sei.⁵² Schließlich wird der bereits erwähnte medizinische Nutzen von Cannabis ins Treffen geführt.

Argumente gegen eine Liberalisierung

Cannabis ist die weltweit am häufigsten konsumierte Droge. In Österreich ist Cannabis unter den 15- bis 64-jährigen das führende Suchtmittel. Dieser Trend gibt besonders zu denken, da Cannabis als Einstiegsdroge gilt.⁵³ Die Gesetzeslage hat einen wesentlichen Einfluss auf das Konsumverhalten. Dies ist in den USA zu beobachten. Wie eine Studie in *Drug and Alcohol Dependence* aus dem Jahr 2014 zeigt, gilt das auch für Jugendliche, für die Cannabis eigentlich in allen Staaten verboten wäre (Legalisierung mit Regulierung, d.h. Alterslimit). Im Bundesstaat Colorado war die Cannabiskonsumrate unter den 12- bis 17-jährigen in den Erhebungszeiträumen 2009-2010 und 2010-2011 im Vergleich zu jenen US-Bundesstaaten, wo Cannabis nicht legalisiert ist, signifikant höher.⁵⁴ Cannabis kann weiters das Dopaminsystem langfristig umbauen, wie eine bereits zuvor erwähnte Studie belegt.⁵⁵ Kurosch Yazdi betont, dass keine Legalisierung von Marihuana notwendig sei, um die positiven Wirkungen des Cannabidiol zu nutzen. Es gebe bereits Medikamente, in denen nur Cannabidiol und kein THC enthalten sei, so Yazdi.⁵⁶

Deutschland: Medizinisches Cannabis seit 2017

Der deutsche Bundestag hat am 19. Jänner 2017 ein Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften verabschiedet. Die

neuen Regelungen sind mit 1. März 2017 in Kraft getreten. Schwerkranke Patienten können nun auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung Cannabisblüten und Extrakte aus Cannabis erhalten. Vor der Gesetzesänderung hatten bundesweit 1.000 Schmerzpatienten eine Ausnahmeerlaubnis des *Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte* für den Erwerb einer standardisierten Cannabisextraktzubereitung oder von Medizinisch-Cannabisblüten erhalten. Corinna Schilling, Medizinerin in der Berliner Fachpraxis für Schmerztherapie des Klinik Konzerns Vivantes, berichtet von einem Ansturm von Patienten, die Cannabis auf Rezept möchten. Für Schilling resultiert diese Nachfrage aus teils irreführenden Medienberichten und einer schwammigen Formulierung des Gesetzes und öffnet Missbrauch Tür und Tor. Künftig soll eine Cannabisagentur ins Leben gerufen werden, die Anbau und Vertrieb koordinieren und kontrollieren wird. Der Eigenanbau ist aus Gefahr von mangelnden Qualitäts- und Sicherheitskontrollmöglichkeiten weiterhin nicht erlaubt.⁵⁷

Kanada: Gesetzesvorschlag für Cannabislegalisierung ab 2018

In Kanada ist die medizinische Nutzung von Hanf bereits seit 2001 erlaubt. Es wird ein Gesetzesvorschlag diskutiert, der Cannabis auch zum Genuss legalisieren würde. Das Aufziehen von vier Hanfpflanzen für den Eigenbedarf wäre erlaubt, zudem dürften Bürger bis zu 30 Gramm Cannabis besitzen. Für unter 18-jährige sollte Hanf weiterhin verboten sein, und der Verkauf sowie die Weitergabe von Hanf an Jugendliche sollten schärfer als bisher bestraft werden. Nach Premierminister Justin Trudeau soll das Gesetz bereits im Juli 2018 in Kraft treten. Es wird erwartet, dass die Gesetzesvorlage das House of Commons passieren wird, im Senat wird jedoch eine Verspätung erwartet. Ob das Gesetz tatsächlich zum geplanten Zeitpunkt in Kraft treten wird, ist noch offen. Kanada wäre nach Uruguay weltweit der zweite Staat, der Cannabis legalisiert.⁵⁸

USA: Liberale Cannabisgesetzgebung überwiegt in den Bundesstaaten

In den USA gibt es auf Ebene der Bundesstaaten bereits mehrere liberale Cannabisgesetzgebungen. Die acht Bundesstaaten Alaska, Kalifornien, Colorado, Maine, Maryland, Nevada, Oregon, Washington sowie der District of Columbia haben die liberalsten Gesetze verabschiedet, die Hanf auch für den Freizeitgebrauch legalisierten. Laut Welt-Drogenbericht hat der Cannabiskonsum in diesen Staaten seitdem zugenommen. Die meisten Bundesstaaten erlauben den medizinischen Gebrauch von Cannabis. 16 Staaten haben einen limitierten Zugang zum medizinischen Gebrauch von Hanf vorgesehen, in sechs Bundesstaaten (Idaho, Indiana, Kansas, Nebraska, South Dakota und West Virginia) ist Cannabis nach wie vor illegal.⁵⁹ Die Legalisierung von Cannabis zum Freizeitkonsum ist für Staaten ein zweifacher Gewinn: Einerseits ist die Justiz weniger belastet und andererseits verbucht der Staat erhöhte Steuereinnahmen. Der US-Bundesstaat Colorado hat beispielsweise durch die Hanf-Legalisierung ab 1. Jänner 2014 alleine im Dezember 2014 ein Plus von 8,5 Millionen Dollar Steuereinnahmen verzeichnet.⁶⁰

Ausblick

Vielfach wird die internationale Drogenpolitik und der Kampf gegen Drogen als gescheitert angesehen. Als Lösung wird die Liberalisierung von Cannabis oder auch gefährlicherer Drogen propagiert. Diese Schlussfolgerung muss differenziert betrachtet werden. Der Kampf gegen den Anbau, die Produktion, den Handel und den Konsum von illegalen Substanzen ist nach wie vor notwendig. Auch wenn Drogenpolitik mitunter einem Kampf gegen Windmühlen gleichkommt, müssen die Bestrebungen konsequent fortgesetzt werden. Die internationale Staatengemeinschaft muss versuchen, den drogenpolitischen Rahmenbedingungen des 21. Jahrhunderts gerecht zu werden. Parallel zu einer effizienten Drogenpolitik müssen auch begleitende gesundheitspolitische

Maßnahmen weitergeführt oder neu gesetzt werden. Diesbezüglich scheinen besonders zwei Zielsetzungen zentral: die Information Jugendlicher und ihrer Eltern über die Gefahren von Drogen und die Verbesserung des Therapiezugangs für Bedürftige. Theresa Moore und ihre Kollegen von der *University of Bristol* plädierten bereits im Jahr 2007 in *Lancet* für ein Maßnahmenpaket, um der Verharmlosung von Cannabis entgegenzuwirken und für die Gefahr psychotischer Erkrankungen aufgrund von Hanfkonsum zu sensibilisieren. Sie mahnen: „Regierungen würden gut daran tun, in nachhaltige und effektive Aufklärungskampagnen bezüglich der Gesundheitsrisiken durch Cannabiskonsum zu investieren.“⁶¹

Referenzen

- 1 Eine Droge ist ein „pflanzlicher, tierischer oder mineralischer Rohstoff für Heilmittel, Stimulanzien oder Gewürze“, „Arzneimittel“ oder „Rauschgift“ (Duden). Die Weltgesundheitsorganisation definiert Droge als psychoaktive Substanz (vgl. WHO, *Lexicon of alcohol and drug terms*, Geneva (1994), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf, S. 34) und bezieht neben Cannabis, Kokain, Opiaten, Halluzinogenen, Tabak, Schmerzmitteln, Stimulanzien, Schlaf- und Beruhigungsmitteln auch Alltagsdrogen wie z. B. Alkohol, Kaffee und Tee mit ein (KEINE MACHT DEN DROGEN, Gemeinnütziger Förderverein e. V., *Was genau sind Drogen?*, <http://www.kmdd.de/infopool-definition-drogen.htm>). Dieser Aufsatz bezieht sich jedoch ausschließlich auf illegale Substanzen.
- 2 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2017. Global overview of drug demand and supply. Latest trends, cross-cutting issues*, Booklet 2, p. 13. Der Weltrogenbericht 2017 bringt Zahlen aus dem Jahr 2015 bzw. auf die aktuellsten verfügbaren Daten.
- 3 *Einzigste Suchtgiftkonvention 1961 samt Anhängen sowie Erklärung der Republik Österreich zu Artikel 36 und Protokoll, mit dem die Einzigste Suchtgiftkonvention 1961 abgeändert wird*, BGBl. Nr. 531/1978
- 4 *Suchtmittelgesetz (SMG; Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe)*, BGBl. I Nr. 112/1997 zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 23/2016
- 5 *Suchtgiftverordnung (SV, Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit Suchtgiften)*, BGBl. II Nr. 374/1997 zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. II Nr. 257/2015
- 6 *Psychotropenverordnung (PV; Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit psychotropen Stoffen)*, BGBl. II Nr. 375/1997
- 7 *Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe*, BGBl. III Nr. 148/1997
- 8 *Kundmachung des Bundesministers für Gesundheit über Drogenausgangsstoffe*, BGBl. II Nr. 119/2010
- 9 Bundesministerium für Gesundheit, *Information betreffend den Handel mit Drogenausgangsstoffen*
- 10 *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG, Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen)*, BGBl. I Nr. 146/2011
- 11 *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung (NPSV; Verordnung des Bundesministers für Gesundheit über Neue Psychoaktive Substanzen)*, BGBl. II Nr. 468/2011
- 12 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2017. Executive Summary. Conclusions and policy implications*, Booklet 1, S. 10; United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2016*, S. 1
- 13 Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), *Europäischer Drogenbericht 2017: Trends und Entwicklungen*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, S. 15
- 14 ebd., S. 15-16
- 15 ebd., S. 43
- 16 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Austria. Country Drug Report 2017*, S. 5
- 17 ebd., S. 6
- 18 UNODC, siehe Ref. 12, S. 15-16
- 19 EMCDDA, siehe Ref. 13, S. 32
- 20 EMCDDA, siehe Ref. 16, S. 16
- 21 EMCDDA, siehe Ref. 13, S. 21
- 22 EMCDDA, siehe Ref. 16, S. 16
- 23 United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2017. The drug problem and organized crime, illicit financial flows, corruption and terrorism*, Booklet 5, S. 22
- 24 ebd., S. 19
- 25 UNODC, siehe Ref. 2, S. 15
- 26 EMCDDA, siehe Ref. 16, S. 6-7
- 27 EMCDDA, siehe Ref. 13, S. 54
- 28 ebd., S. 45
- 29 EMCDDA, siehe Ref. 16, S. 7
- 30 ebd., S. 8
- 31 ebd., S. 9

- 32 vgl. Preuss U. W., *Von wegen harmlos. Zur Legalisierung von Cannabis-Produkten*, Süddeutsche Zeitung, 26. Juni 2015
- 33 Hall W., *What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?* *Addiction* (2015); 110(1): 19-35
- 34 Fergusson D. M., Boden J. M., Horwood L. J., *Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis*, *Addiction* (2006); 101(4): 556-569
- 35 Ellgren M., Spano S. M., Hurd Y. L., *Adolescent cannabis exposure alters opiate intake and opioid limbic neuronal populations in adult rats*, *Neuropsychopharmacology* (2007); 32(3): 607-615
- 36 Müller-Jung J., *Der Lockruf der „weichen“ Droge*, Frankfurter Allgemeine, 18. März 2016
- 37 Yazdi K., *Die Cannabis-Lüge. Warum Marihuana verharmlost wird und wer daran verdient*, Schwarzkopf & Schwarzkopf, Berlin (2017), S. 249
- 38 ebd., S. 13
- 39 Bloomfield M. A., Ashok A. H., Volkow N. D., Howes O. D., *The effects of Δ_9 -tetrahydrocannabinol on the dopamine system*, *Nature* (2016); 539(7629): 369-377
- 40 Moore T. H. M. et al., *Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61162-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61162-3)
- 41 Yazdi K., siehe Ref. 37, S. 70-71
- 42 vgl. Einzige Suchtgiftkonvention 1961, siehe Ref. 3; Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe, siehe Ref. 7; Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtgiften und psychotropen Stoffen (1988), BGBl. III Nr. 154/1997 idF BGBl. III Nr. 141/1998
- 43 *EU-Drogenstrategie (2013-2020)*, 2012/C 402/01; *Drogenaktionsplan der EU (2013-2016)*, 2013/C 351/01; Europäische Union, *EU-Politikzyklus zur Bekämpfung der organisierten und schweren internationalen Kriminalität* (2014)
- 44 Bundesministerium für Gesundheit (BMG), *Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik* (2015)
- 45 *Gesundheit Österreich, Drogenbericht 2016: Veränderung bei den Rahmenbedingungen*, 21. Jänner 2017
- 46 Pardo Veiras J. L., *A Decade of Failure in the War on Drugs*, *New York Times*, 9. Oktober 2016
- 47 *United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem*, <http://www.unodc.org/un-gass2016/>; United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem*, 19. – 21. April 2016, New York; UNODC, *UNODC Chief: UNGASS momentum can drive progress in addressing world drug problem*, Press Release, 21. April 2016
- 48 Glenza J., *Decriminalize all drugs, business and world leaders tell UN*, *The Guardian*, 21. April 2016
- 49 EMCDDA, siehe Ref. 13, S. 12; zum Vergleich unterschiedlicher Liberalisierungskonzepte siehe Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, *Modelle für die legale Versorgung mit Cannabis - aktuelle Entwicklungen*, 31. Mai 2016
- 50 Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, *Europäischer Drogenbericht 2016: Trends und Entwicklungen*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, S. 14; *Drogen: UNO betrachtet weltweiten Cannabis-Konsum mit Sorge*, IMABE 07/2015
- 51 vgl. Pardo Veiras J. L., siehe Ref. 46
- 52 Tice C., *Why Legal Cannabis Is 2015's Best Startup Opportunity*, *Forbes*, 5. Februar 2015
- 53 vgl. Fergusson D. M., Boden J. M., Horwood L. J., siehe Ref. 34
- 54 Schuermeyer J. et al., *Temporal trends in marijuana attitudes, availability and use in Colorado compared to non-medical marijuana states: 2003-11*, *Drug Alcohol Depend.* (2014); 140: 45-55
- 55 vgl. Bloomfield M. A., siehe Ref. 39
- 56 Daneshmandi L., *Die Cannabis-Lüge: „Kiffen ist nicht harmlos“*, *Kurier*, 7. April 2017
- 57 Deutscher Bundestag, *Entwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften*, Drucksache 18/8965; Deutscher Bundestag, *Bundestag lässt Cannabis-Arzneimittel für schwerkranke Patienten zu*, 19. Jänner 2017; Müller-Vahl K., Grotenhermen F., *Medizinisches Cannabis: Die wichtigsten Änderungen*, *Dtsch Arztebl* (2017); 114(8): A-352/B-306/C-300; *Cannabis als Medizin: Erste Zahlen, Ansturm in Fachpraxis*, *Deutsches Ärzteblatt*, 1. Juni 2017
- 58 *Kanada will kleine Mengen Cannabis erlauben*, *Deutsches Ärzteblatt*, 18. April 2017
- 59 UNODC, siehe Ref. 12, S. 20
- 60 Löwenstein S., *Wissenswertes aus Wien für die Cannabis-Lobby*, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 26. Juni 2015
- 61 Moore T. H. M. et al., siehe Ref. 40

Letzter Zugriff auf sämtliche Internetseiten am 10. Juli 2017.