

Abgabemodalitäten bei der Cannabisregulierung – ein internationaler Überblick

Jens Kalke, Moritz Rosenkranz, Kirsten Lehmann, Philipp Hiller & Uwe Verthein

Hintergrund und Fragestellung

Seit vielen Jahren setzt sich in der Suchtforschung und angrenzenden Wissenschaften zunehmend die Haltung durch, dass eine legale, kontrollierte Abgabe von Cannabis zu Genusszwecken besser geeignet ist, mögliche negative Folgen des Konsums zu verhindern als ein Verbot. Auch in der Politik gab es zuletzt immer mehr öffentliche Fürsprecher für eine Änderung der derzeitigen strafrechtlichen Regelung. Nach dem Regierungswechsel im Herbst 2021 wurde diese Forderung erstmals als konkretes Vorhaben im Koalitionsvertrag festgehalten. Dort heißt es im Abschnitt zur Drogenpolitik:

„Wir führen die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften ein. Dadurch wird die Qualität kontrolliert, die Weitergabe verunreinigter Substanzen verhindert und der Jugendschutz gewährleistet. Das Gesetz evaluieren wir nach vier Jahren auf gesellschaftliche Auswirkungen.“ (SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & FDP, 2021, S. 68)

Außer der Altersgrenze und der Art der Abgabe- bzw. Verkaufsstellen werden hier keine weiteren Elemente eines möglichen Abgabemodells formuliert. Dabei wurde bisher weder auf international vorhandene Modelle und Erfahrungen noch auf Elemente der (geplanten, aber nicht realisierten) wissenschaftlichen Projektvorhaben in Deutschland Bezug genommen.

Bei näherer Betrachtung der bisher öffentlich zugänglichen Anträge von Parteien und Fraktionen (Stand Juli 2022) lassen sich die konkretesten Vorstellungen bei der Bundestagsfraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN finden. In deren Entwurf eines sogenannten „Cannabiskontrollgesetzes“ aus dem Jahr 2018

werden u. a. die folgenden Elemente benannt: lizenzierte Fachgeschäfte mit Sozialkonzept inklusive Personalschulungen; Besitzmenge bis zu 30 g; Erlaubnis zum Eigenanbau (bis zu drei Pflanzen); Warnhinweise auf Verpackungen; kein Versandhandel; Werbeverbot, mit der Ausnahme von schriftlichen Veröffentlichungen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN-Bundestagsfraktion, 2018). Auch die FPD-Bundestagsfraktion hat einige ihrer Vorstellungen bezüglich eines Abgabemodells in einem Antrag aufgelistet. Sie schlägt als Abgabestellen Apotheken und lizenzierte Fachgeschäfte vor (FDP-Bundestagsfraktion, 2021). Des Weiteren wird eine Besitzmenge bis zu 15 g sowie eine Festlegung eines maximalen Gehalts von Tetrahydrocannabinol (THC) in den Cannabisprodukten auf wissenschaftlicher Grundlage gefordert. Schließlich soll nach Vorstellung der FDP im Zuge der kontrollierten Abgabe die Cannabisprävention gefördert und ausgebaut werden. Von der SPD wurden bislang keine konkreten Vorstellungen zu einem Abgabemodell veröffentlicht.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass die Bundestagsfraktion der LINKEN für ein Abgabemodell mit Cannabis Social Clubs (CSC; ein genossenschaftliches, nicht kommerzielles Modell für den gemeinschaftlichen Cannabisanbau sowie -konsum), Eigenanbau sowie Aufklärung und Konsumtipps plädiert (DIE LINKE-Bundestagsfraktion, 2019). CDU und CSU sind grundsätzlich gegen eine Legalisierung von Cannabis zum Freizeitkonsum und haben daher bislang keine Vorstellungen über ein Abgabemodell skizziert.

Die erforderlichen rechtlichen Veränderungen für eine kontrollierte Cannabisabgabe müssten vom Bundesrat unterstützt werden, da es sich beim Betäubungsmittelgesetz (BtMG) um ein zustimmungspflichtiges Gesetz handelt. Aufgrund der dortigen politischen Mehr-

heitsverhältnisse kommen mit Stand vom Juli 2022 die Landesregierungen, die potenziell eine kontrollierte Cannabisabgabe unterstützen würden, auf nur 24 Stimmen (von insgesamt 69); für eine Gesetzesänderung wären jedoch 35 Stimmen erforderlich. Deshalb bleibt auch die Durchführung von (lokal begrenzten) wissenschaftlichen Modellversuchen eine politische Option – als möglicher Kompromiss zwischen Bundesrat und Bundestag.

Vor dem politischen Hintergrund der bisher wenigen konkreten Vorstellungen der Regierungsfractionen sowie der unklaren politischen Mehrheiten für eine Änderung des BtMG soll in dem vorliegenden Beitrag eine Bestandsaufnahme von bereits in anderen Ländern implementierten Abgabemodellen für Cannabisprodukte zum Freizeitkonsum gemacht werden. Hierbei werden die einzelnen Elemente von Abgabemodellen zusammenfassend vorgestellt und diskutiert. Dies bezieht sich zunächst auf die Abgabemodelle, die es bereits in den USA (einzelne Bundesstaaten), in Kanada und in Uruguay gibt. Außerdem werden Abgabemodelle vorgestellt, die in beantragten wissenschaftlichen Modellprojekten vorgesehen waren, die aber wegen der Ablehnung der Anträge nie umgesetzt wurden. Aus diesem Vorgehen ergibt sich ein Überblick, der einen weiten Bogen über ganz unterschiedliche Vorstellungen der Ausgestaltung von Abgabemodellen spannt.

Ziel der vorliegenden Bestandsaufnahme ist die Schaffung einer Informations- und Diskussionsgrundlage für konzeptionelle Überlegungen zu einem bundesdeutschen Abgabemodell bzw. zu möglichen Modellprojekten auf der Landes- oder der kommunalen Ebene. Diese basiert auf einer narrativen Literaturanalyse in komprimierter Form.

Abgabemodelle international (USA, Kanada und Uruguay)

Die folgende Beschreibung bezieht sich auf die Abgabemodelle in Kanada (Fischer et al., 2021), Uruguay (Boidi et al., 2016; Laqueur et al., 2020) und in verschiedenen US-Bundesstaaten (aktuell 18 Bundesstaaten sowie zwei Territorien und der District of Columbia; National Conference of State Legislature, 2022).

Es ist zunächst darauf hinzuweisen, dass in den USA der Anbau, Besitz sowie Konsum von Cannabis auf Bundesebene illegal sind (Controlled Substances Act, 1970). Der Umgang mit Drogendelikten untersteht jedoch den einzelnen Gliedstaaten, so dass es diesen überlassen ist, von dem Bundesrecht abzuweichen. Demgegenüber wurde in Kanada durch Inkrafttreten eines Bundesgesetzes (Cannabis Act, 2018) Cannabis landesweit legalisiert. Die Ausarbeitung und Umsetzung von einzelnen Cannabisabgabemodellen liegen in Kanada ebenso in der Verantwortung der Provinzen und Territorien (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2020). Diese föderalistischen Gestaltungsprinzipien haben zur Folge, dass sowohl in den USA als auch in Kanada landesinterne unterschiedliche Regulierungsmodelle bestehen. Diese speziellen und/oder abweichenden Regelungen in einigen US-Bundesstaaten oder einzelnen kanadischen Provinzen können hier jedoch aus Platzgründen nicht systematisch aufgeführt werden. Uruguay legalisierte 2013 als weltweit erstes Land Cannabis vollständig (Laqueur et al., 2020; Ley N° 19.172, 2013).

Die Tabelle 1 weist verschiedene strukturelle Elemente von Abgabemodellen wie z. B. Art der Abgabestelle, Altersgrenze oder maximale Besitzmenge aus. Die entsprechenden Informationen stammen vor allem aus der Veröffentli-

Tabelle 1

Elemente von Abgabemodellen in anderen Ländern

	USA (Bundesstaaten, zurzeit 18)	Kanada (Provinzen, alle)	Uruguay
Abgabestellen	lizenzierte Fachgeschäfte	lizenzierte Fachgeschäfte (staatlich und/oder privat)	Apotheken, Cannabis Social Clubs
Eigenanbau	meistens sechs Pflanzen pro Haushalt	meistens vier Pflanzen pro Haushalt	sechs Pflanzen pro Haushalt
Altersgrenze	21 Jahre	in der Regel 19 Jahre	18 Jahre
Produkte	breites Angebot	breites Angebot	Apotheken: nur Cannabisblüten (mit THC-Beschränkung auf maximal 9%)
Preis	orientiert am Marktpreis	orientiert am Marktpreis	Apotheken: Festpreis
Besitz-/Abgabemenge	Besitzgrenze in der Regel bis 28 g	Besitzgrenze in der Regel bis 30 g	Abgabe bis 40 g pro Monat
Konsumplätze	private Räume/Plätze	private Räume/Plätze, teilweise auch an öffentlichen Tabakrauchplätzen	private Räume/Plätze
Werbung	mit Beschränkungen	mit Beschränkungen	nicht erlaubt
Geschultes Personal	in einigen Bundesstaaten vorgeschrieben	ja, aber sehr unterschiedlich in den Provinzen/Territorien	ja
Präventionsmaterialien	Gesundheitsinformationen	Gesundheitsinformationen	öffentliche Kampagnen
Zusammenarbeit Hilfesystem	nicht verbindlich geregelt; Kontakthinweise	nicht verbindlich geregelt; Kontakthinweise	nicht verbindlich geregelt; Kontakthinweise

chung von Lancione und Kollegen (2020), die die Regulationsmodalitäten in zwölf US-Bundesstaaten und in den Provinzen/Territorien Kanadas betrachtet haben. Eine weitere Quelle sind die Angaben aus verschiedenen Berichten und Präsentationen (Zobel, 2021; Zobel & Marthaler, 2016) sowie ausgewählte Informationen (z. B. zu Präventionsmaterialien oder Personalschulungen), die aus einer unsystematischen Internetrecherche stammen.

Abgabestellen und Eigenanbau

Aufgrund der Tatsache, dass Cannabis auf Bundesebene illegal ist, wurden in den US-Bundesstaaten die Abgabestellen in der Regel als private, aber staatlich lizenzierte Fachgeschäfte konzipiert (Rotermann, 2020). Cannabis darf dort durch profitmaximierende Unternehmen angebaut und verkauft werden (Cerdá & Kilmer, 2017). Bei diesem Vertriebsmodell wurde sich an der gewinnorientierten Alkoholregulierung in den USA orientiert (Zobel & Marthaler, 2016). In Kanada gibt es neben den privaten Verkaufsläden auch staatliche Abgabestellen, wobei sich deren Anzahl vom vierten Quartal 2018 bis Ende 2020 fast verachtstfach hat (Rotermann, 2020). Demgegenüber ist Uruguays Ansatz ein nicht kommerzielles Abgabemodell, bei dem die Produktion und die Verkaufswege durch ein staatliches System kontrolliert werden (Laqueur et al., 2020; Cerdá & Kilmer, 2017).

In Uruguay können Cannabisprodukte in Apotheken erworben werden. Alternativ können in CSCs die Mitglieder gemeinsam Cannabis anbauen (maximal 99 Pflanzen) und konsumieren. Ein CSC muss zwischen 15 und 45 Mitglieder haben; im Jahr 2018 gab es 110 aktive CSCs in Uruguay (Pardal et al., 2019).

Die Altersgrenze für den Bezug von Cannabisprodukten liegt in den US-Bundesstaaten – analog zum Verkaufsalter für Alkohol – bei 21 Jahren. Die Festlegung dieses Zugangsalters wird in der Landesverfassung von Colorado (die in 2012 in den USA als erste Gesetzesgrundlage hinsichtlich einer Cannabislegalisierung geändert wurde) mit der Argumentation angeführt, Cannabis im Interesse der Gesundheit und der öffentlichen Sicherheit in ähnlicher Weise wie Alkohol zu regulieren (Colorado Revised Statutes, 2021). In den kanadischen Provinzen liegt die Altersgrenze zumeist bei 19 Jahren (mit Ausnahme von Alberta, Quebec und Manitoba, die als Mindestalter 18 Jahre festgelegt haben), und in Uruguay bei 18 Jahren, ebenso analog zu dem des Alkoholerwerbs.

Der private Eigenanbau von Cannabispflanzen ist in allen drei Ländern zulässig. In den

US-Bundesstaaten und in Uruguay sind bis zu sechs Pflanzen pro Haushalt erlaubt, in den Provinzen und Territorien Kanadas überwiegend bis zu vier Pflanzen.

Produktpalette und THC-Gehalt

In den USA und in Kanada besteht ein sehr breites Angebot an unterschiedlichen Produkten, von Blüten und Harz (Haschisch) zum Rauchen bzw. Vaporisieren (Verdampfen) über verschiedene Backwaren, Schokolade und Gummibärchen bis hin zu cannabishaltigen Getränken. In Uruguay sind dagegen nur Cannabisblüten erlaubt. Eine Begrenzung des THC-Gehaltes für die Produkte besteht dabei in den US-Bundesstaaten und Kanada nicht, in Uruguay dürfen die Cannabisblüten, die in Apotheken verkauft werden, höchstens neun Prozent THC enthalten. Die Preise für die verschiedenen Produkte sind in den US-Bundesstaaten und Kanada gesetzlich nicht reglementiert, sondern orientieren sich am Markt, wobei zu beachten ist, dass auf die Produkte Steuern erhoben werden. In Uruguay sind dagegen die Preise für die Cannabisblüten in Apotheken gesetzlich fixiert (Stand Juli 2022: 10 Dollar für 5 g Cannabisblüten).

Besitzmenge, Konsumorte und Werbung

Die maximale Besitzmenge für Cannabis zum Freizeitkonsum beträgt in den allermeisten US-Bundesstaaten etwa 28 g (entsprechend einer Unze), in den kanadischen Provinzen sind es häufig 30 g. In Uruguay ist eine Abgabe von 40 g pro Monat und Person erlaubt. Konsumiert werden darf in allen drei Ländern bzw. den entsprechenden Bundesstaaten in privaten Räumen und Anlagen; in Kanada darüber hinaus auch in einem Teil der Provinzen an öffentlichen Plätzen, wo auch das Tabakrauchen erlaubt ist.

Werbung für die Produkte ist in den USA und Kanada mit Einschränkungen erlaubt. In Kanada besteht ein generelles Verbot für Werbung über soziale Medien und für Sponsoring von Gemeinschaftssport. Zudem sind Altersbeschränkungen für den Zugang zu entsprechenden Websites vorgeschrieben (Gibbs et al., 2021). In Uruguay existiert dagegen ein generelles Werbeverbot für Cannabis zum Freizeitgebrauch.

Jugend- und Konsumierendenschutz

In Uruguay und Kanada ist vorgeschrieben, dass das Verkaufspersonal zum Jugend- und Konsumierendenschutz geschult sein muss. In Kanada sind diesbezüglich in den Provinzen unterschiedliche Schulungsanforderungen und -konzepte vorhanden. In den USA ist es von Bundesstaat zu Bundesstaat unterschiedlich geregelt, in welchem Ausmaß das Personal der Verkaufsstellen geschult sein muss.

Präventionsmaterialien – z. B. Aufklärungsbroschüren, Tipps zum risikoarmen Konsum, Warnhinweise, die auf den Jugendschutz hinweisen und zum gesundheitsbewussten Konsum anhalten sollen – gibt es in allen drei Ländern. In Uruguay werden zudem öffentliche Kampagnen zum kontrollierten und verantwortungsbewussten Umgang mit Cannabis durchgeführt.

Die Einbettung von ambulanten und stationären Hilfeinrichtungen in Abgabemodelle ist in der Regel nicht systematisch und verbindlich geregelt. Häufig sind jedoch auf den Informationsbroschüren oder -plakaten die Kontaktdaten von entsprechenden Hilfeinrichtungen angegeben.

Evaluation der Abgabemodelle

Zu den Erfahrungen mit den beschriebenen Abgabemodalitäten liegen inzwischen einige Studien vor. Beispielhaft sollen hier die folgenden Evaluationen zu ausgesuchten Elementen von Abgabemodellen genannt werden:

Aus Kanada liegt ein Vergleich zwischen staatlichen, privaten und hybriden (privat/staatlich) Cannabisgeschäften vor: Bei den privaten und hybriden Modellen gibt es eine höhere Dichte von Verkaufsstellen pro Einwohner*innenzahl als beim staatlichen Modell, insbesondere in Wohngebieten mit einem niedrigen Einkommensdurchschnitt (Myran et al., 2019).

In den US-Bundesstaaten Washington und Colorado wurde mit Hilfe von Testkäufen überprüft, ob die Altersgrenze von 21 Jahren beim Verkauf von Cannabisprodukten eingehalten wird (Buller et al., 2019). In allen 175 einbezogenen Verkaufsstätten wurde ein entsprechendes Ausweisdokument (z. B. Führerschein) verlangt, was auf eine große Compliance des Verkaufspersonals gegenüber dieser rechtlichen Vorgabe hinweist.

Ebenfalls in diesen beiden US-Bundesstaaten wurde ein Onlinetraining zum Jugend- und Konsumierendenschutz beim Cannabisverkauf evaluiert (Buller et al., 2021). Die Teilnahme am

Training führte dazu, dass sich die Rate der Verkaufsweigerung bei (zu) jung erscheinenden Personen, die sich nicht ausweisen konnten, weiter erhöhte.

In einer onlinegestützt erhobenen Gelegenheitsstichprobe wurden 18- bis 34-jährige aktuelle Konsumierende aus den USA nach ihrer Wahrnehmung von cannabisbezogener Werbung gefragt (Krauss et al., 2017). Dabei wurde zum einen die Relevanz von digitaler Werbung deutlich. Zum anderen zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Werbewahrnehmung und medizinischem sowie intensiverem Gebrauch.

In der letzten hier aufgeführten Studie geht es um die Wahrnehmung von Gesundheitsinformationen zum Cannabiskonsum (Winstock et al., 2021). In einer Onlinebefragung unter US-amerikanischen und kanadischen Bürger*innen wurden sechs verschiedene Warnhinweise abgefragt. Dabei stellte sich heraus, dass Informationen, die auf Safer-Use-Strategien basieren, eine vergleichsweise hohe Akzeptanz besitzen. „Nicht bekifft Auto zu fahren“ war die Botschaft, die nach Wahrnehmung der Befragten am ehesten zu einem veränderten Verhalten führen könnte.

Abgabemodelle in beantragten wissenschaftlichen Modellprojekten in Deutschland

Im deutschen BtMG ist in § 3 Abs. 2, festgelegt, dass das zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Ausnahme vom Verbot der in Anlage I bezeichneten Betäubungsmittel zulassen kann und somit ein wissenschaftliches Modellprojekt (in diesem Fall zur legalen Abgabe von Cannabis) genehmigen kann, wenn das beantragte Erprobungsvorhaben im öffentlichen oder wissenschaftlichen Interesse liegt. Im Folgenden werden nun die Abgabemodalitäten aus den drei ausführlichsten Anträgen, die bisher nach § 3 Abs. 2 ausgearbeitet und eingereicht worden sind, überblicksartig vorgestellt. Die drei Anträge kamen aus den Bundesländern Schleswig-Holstein (1996), dem Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg (2015) sowie dem Bundesland Berlin (2019). Daneben gab es noch Anträge der Städte Münster (2017) und Duisburg (2014). Alle diese Anträge wurden in der Vergangenheit vom BfArM abgelehnt.

Bei den drei in diesem Abschnitt vorgestellten Abgabemodellen ist zu beachten, dass sie im Rahmen von wissenschaftlichen Studien bzw. geplanten Begleitevaluationen formuliert worden sind. Einzelne Begründungen für Ele-

	Schleswig-Holstein 1996	Friedrichshain-Kreuzberg 2015	Berlin 2019
Abgabestellen	Apotheken	lizenzierte Fachgeschäfte	Apotheken
Eigenanbau	nein	nein	nein
Altersgrenze	16 Jahre	18 Jahre	18 Jahre
Produkte	Marihuana und Haschisch, keine weiteren Begrenzungen	Marihuana und Haschisch, keine weiteren Begrenzungen	ausschließlich Blüten mit THC-Gehalt bis 12% (fünf Sorten)
Preis	> Straßenverkaufspreis	> Straßenverkaufspreis	> Straßenverkaufspreis
Besitz-/Abgabemenge	max. 5 g pro Transaktion, max. 5 g insgesamt	max. 10 g pro Transaktion, max. 60 g pro Monat	max. 5 g pro Transaktion, max. 15 g pro Woche
Konsumplätze	private Räume/Plätze	private Räume/Plätze	private Räume/Plätze
Werbung	nein	nein	nein
geschultes Personal	ja	ja	ja
Präventionsmaterialien (u. a.)	Informationen	Aufklärung, Konsumtipps, Konsumtagebuch	Aufklärung, Konsumtipps, Konsumtagebuch
Zusammenarbeit Hilfesystem	Beratungsangebote, Telefondienste	Einbindung über Sozialkonzept	Infomaterialien, regionale Zuordnung

Tabelle 2

Elemente von Abgabemodellen im Rahmen von wissenschaftlichen Modellvorhaben (nach § 3 (2) BtMG)

mente des jeweiligen Abgabemodells werden im Folgenden mit aufgeführt.

Schleswig-Holstein

Das erste Bundesland, das einen entsprechenden Antrag nach § 3 Abs. 2 BtMG auf den Weg brachte, war Ende 1996 Schleswig-Holstein (Raschke & Kalke, 1997, 1999). Dieses wissenschaftlich begleitete Vorhaben sah u. a. die folgenden Eckpunkte für ein Abgabemodell vor: Apotheken als Abgabestellen; Altersgrenze bei 16 Jahren; Cannabisprodukte in Form von Marihuana und Haschisch; maximale Abgabemenge pro Kauf bzw. legale Besitzmenge 5 g (siehe Tabelle 2).

Apotheken als Abgabestellen wurden in dem Antrag damit begründet, dass sie schon mit der Abgabe von Betäubungsmitteln vertraut seien und einer strengen Kontrolle und Qualitätssicherung unterliegen würden. Zudem verfügten sie über Erfahrungen mit präventiven Aufgaben im Drogenbereich (z.B. Ausgabe von Einwegspritzen). Schließlich seien sie „szenefern“ und lägen außerhalb staatlicher Einrichtungen. Ersteres sei wegen der Trennung der Konsumierenden-Gruppen (Cannabis vs. andere illegale Drogen) wichtig, das zweite Argument basiert auf der Annahme, dass eine nicht staatliche Abgabestelle die Akzeptanz bei den Teilnehmenden erhöhe.

Der Preis der Cannabisprodukte sollte im schleswig-holsteinischen Modellvorhaben immer über dem Schwarzmarktpreis liegen, weil dadurch vermieden werden sollte, dass durch den Erwerb von Haschisch oder Marihuana in den Apotheken und deren Weiterverkauf Gewinne erzielt werden könnten.

Die vorgesehene Altersgrenze von 16 Jahren wurde damals folgendermaßen begründet: Das typische „Einstiegsalter“ in den Cannabiskonsum liegt bei 16 bis 17 Jahren. Es sei daher sinnvoll, gerade diese Altersgruppe mit einzu beziehen, um prüfen zu können, inwieweit sie durch den Zugang zu legalem Cannabis bei der Beschaffung der Substanz aus illegalen Kontexten herausgehalten werden können und in welchem Maße präventive Effekte im Sinne des Nichtumsteigens auf härtere Drogen (Trennung der Märkte) eintreten (Raschke & Kalke, 1997).

Die erlaubte Höchstabgabemenge sollte auf 5 g festgesetzt werden, weil diese Menge für den Eigengebrauch als ausreichend angesehen wurde und keine Weitergabe an Dritte provoziert.

Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg

Der Antrag des Berliner Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg (2015), der fast 20 Jahre später konzipiert wurde, unterschied sich in einigen zentralen Punkten vom schleswig-holsteinischen Abgabemodell. Hier waren lizenzierte Fachgeschäfte statt Apotheken als Abgabestellen vorgesehen (siehe Tabelle 2). Von den Betreiber*innen der Fachgeschäfte wurde ein ausführliches Sozialkonzept verlangt, mit dem das Ziel verfolgt werden sollte, riskantem Cannabiskonsum der Teilnehmenden entgegenzuwirken. In dem Sozialkonzept sollten die einzelnen Maßnahmen und Regelungen hinsichtlich Suchtprävention, Jugendschutz, Schulung des Verkaufspersonals und die Einbindung in das örtliche Suchthilfesystem darlegt werden. Das Mindestalter der Teilnehmenden am Modellversuch sollte bei 18 Jahren liegen. Vor allem

bei der Abgabe- und Besitzmenge von Cannabis bestand ein sehr deutlicher Unterschied zu dem älteren Vorhaben aus Schleswig-Holstein. Es waren hier eine maximale Verkaufsmenge von 10 g pro Transaktion sowie eine maximale Besitzmenge von 60 g pro Monat vorgesehen. In dem Antrag wurde hierzu einerseits ausgeführt, dass die maximale Verkaufsmenge der „geringfügigen“ Menge entspräche, die nach der Rechtsverordnung des Landes Berlin zum § 31a BtMG eine grundsätzliche Einstellung eines Verfahrens bei der Staatsanwaltschaft zur Folge hätte. Die maximale Besitzmenge hingegen orientierte sich am monatlichen Cannabisbedarf, der von Fachkräften aus Drogenberatungsstellen als Indikator für abhängigen Konsum genannt wurde. Es sollte sichergestellt werden, dass durch einen regulierten Verkauf auch jene Konsument*innen angesprochen werden, die regelmäßig und riskant konsumierten.

Bundesland Berlin

Das Projektvorhaben der Senatsverwaltung des Bundeslandes Berlin (2019) sah wiederum Apotheken als Abgabestellen für die Teilnehmenden ab 18 Jahren vor (siehe Tabelle 2). Dazu wurde u. a. ausgeführt, dass Apotheken deshalb eine geeignete Betriebsstätte für den Umgang mit Cannabis darstellen würden, weil für sie der Verkehr mit Betäubungsmitteln nach dem BtMG erlaubt ist (Verthein et al., 2019). Dort seien die erforderliche Sachkenntnis sowie die Infrastruktur zur sicheren und sachgemäßen Lagerung der Substanzen vorhanden. Ferner sei durch die Abgabe von Cannabisblüten als Medizin in den Apotheken schon die fachliche Expertise gegeben, die vom Großhandel beziehungsweise vom Hersteller oder Importeur bezogenen Cannabisprodukte auf ihre Qualität zu überprüfen. Das Projekt folgte einer wissenschaftlich ausgearbeiteten Studienkonzeption, die den Rahmen für die Auswahl der Teilnehmenden, die Abgabemodalitäten sowie für das wissenschaftliche Prozedere vorgab (Verthein et al., 2019; Manthey et al., 2020).

Die Abgabekonzeption beinhaltete eine Produktauswahl von fünf verschiedenen Blütenarten mit einem maximalen THC-Gehalt von zwölf Prozent. Eine solche Begrenzung mache den Vertrieb und die Vergabe weniger fehleranfällig und bedeute zudem ein geringeres Risikoprofil bei gleichzeitiger Angebotsvielfalt.

Die maximalen Abgabe- und Besitzmengen wurden im Berliner Antrag zum einen damit begründet, dass diese Regelungen von der potenziellen Zielgruppe akzeptiert wer-

den dürften. Zum anderen dürfte durch diese Beschränkung der Verkaufsmenge auch die Wahrscheinlichkeit sinken, dass legal erworbene Cannabisprodukte außerhalb der regulierten Abgabe weiterverkauft würden. In diesem Zusammenhang wurde auch hier ein Preis für die Cannabisprodukte vorgeschlagen, der nicht unter dem durchschnittlichen Schwarzmarktpreis liegen darf, um einen Weiterverkauf auf dem Schwarzmarkt unattraktiv zu machen.

Im Berliner Modellvorhaben war eine enge Kooperation der abgebenden Apotheken mit den Einrichtungen der Suchtprävention, des Jugendschutzes und der Drogenhilfe vorgesehen. Die beteiligten Einrichtungen waren dabei je nach regionaler Erreichbarkeit einer bestimmten Anzahl von Apotheken zugeordnet. Sie sollten an der Erstellung von Informationsmaterialien (Flyer, Beipackzettel) sowie an der Durchführung einer Veranstaltung zum Thema „risikoarmer Cannabiskonsum“ beteiligt werden. Ferner hätten die Teilnehmenden am Modellversuch bei persönlichen Krisen und Konsumproblemen die Möglichkeit gehabt, diese Einrichtungen aufzusuchen und entsprechende Hilfe zu bekommen. Darüber hinaus sollten durch die Einrichtungen Verhaltenstipps vermittelt werden, z. B. um den eigenen Konsum zu begrenzen. Dazu gehörte ein Konsumtagebuch, mit dessen Hilfe die Teilnehmenden zu einem reflektierten Konsum befähigt sowie ihre Risikokompetenz gestärkt werden sollte.

Abgabemodelle in geplanten wissenschaftlichen Modellprojekten in der Schweiz

Nachdem es im Vorfeld bereits erfolglose Bemühungen gegeben hat, die Genehmigung für wissenschaftliche Modellprojekte zur Abgabe von Cannabis zum Freizeitkonsum zu erlangen, wurde im Jahr 2020 in der Schweiz die rechtliche Grundlage geschaffen, solche Modellversuche in den Kantonen durchzuführen, indem der Artikel 8a des schweizerischen Betäubungsmittelgesetzes für die Durchführung von Pilotversuchen geändert wurde. Demnach kann das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Pilotversuche mit Cannabis bewilligen, die örtlich, zeitlich und sachlich begrenzt sind, die Erkenntnisse zu den Auswirkungen neuer Regelungen, insbesondere zum gesundheitlichen Zustand der Teilnehmenden, erwarten lassen, die den Jugend- und Gesundheitsschutz sowie die öffentliche Sicherheit gewährleisten und in denen möglichst Cannabisprodukte verwendet werden, die den Regeln der Schweizer Bio-

landwirtschaft entsprechen (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2020). Am 15. Mai 2021 trat die auf zehn Jahre befristete Rechtsverordnung in Kraft, die solche Pilotversuche mit kontrollierter Abgabe von Cannabis zu „Genusszwecken“ zulässt (Schweizerischer Bundesrat, 2021). Danach sollen insbesondere Erkenntnisse zu den Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit der Konsumierenden sowie auf deren Leistungsfähigkeit, das Konsumverhalten, sozioökonomische Aspekte, die Entwicklung regionaler Drogenmärkte, den Jugendschutz oder die öffentliche Ordnung und Sicherheit gewonnen werden. Ferner sind bei der Planung und Durchführung der Pilotversuche die folgenden, landesweit gültigen Mindestvorgaben zu beachten:

- Maximale Modellversuchsdauer fünf Jahre (Verlängerung um zwei Jahre möglich);
- Abgabe (bzw. Modellversuchs-Teilnahme) nur an Erwachsene;
- Obergrenze der Anzahl Teilnehmender auf 5000;
- Cannabisprodukte: Schweizer Herkunft, Bio-Landwirtschaft, Verpackungsregeln, maximal 20 Prozent THC (oral maximal 10 mg Gesamt-THC pro Konsumeinheit);
- Verpackung mit Warnhinweisen zur Suchtprävention, zum Jugendschutz und zu weniger schädlichen Konsumformen;
- Begrenzung der Abgabemenge: 10 g THC/Monat;
- kein Konsum im öffentlichen Raum;
- Verkaufsstellen mit ausgebildetem Personal (z.B. Apotheken, lizenzierte Fachgeschäfte);
- keine Werbung;
- Zugang zur Behandlung (unter Einbezug einer verantwortlichen Ärzt*in);
- Präventions-, Jugendschutz- und Gesundheitsschutzkonzept erforderlich.

Cannabis-Pilotversuche sind bisher in den Städten Zürich, Basel, Bern, Genf, Lausanne, St-Gallen, Biel, Luzern, Thun und Winterthur vorgesehen. Diese Vorhaben befinden sich aktuell im Planungs- bzw. Genehmigungsverfahren. Im April 2022 hat das BAG den ersten Pilotversuch zur kontrollierten Abgabe von Cannabis im Kanton Basel-Stadt bewilligt. Es ist ein gemeinsames Projekt der Universität Basel, der Psychiatrischen Universitätskliniken und des städtischen Gesundheitsamts zum Verkauf von Cannabis in Apotheken. Auch in Zürich soll in diesem Jahr (Herbst 2022) mit dem Modellversuch „Züri Can – Cannabis mit Verantwortung“ begonnen werden. In dieser Studie soll der Bezug von Cannabis über Apotheken, CSCs und über das dortige Drogeninformationszentrum (DIZ) möglich sein (Stadt Zürich, 2022).

Diskussion

Die Bestandsaufnahme zu den internationalen Abgabemodellen zeigt, dass Uruguay mit seinen spezifischen Modalitäten ein eher restriktiveres Cannabissystem im Vergleich zu den Regelungen in Kanada und in den USA besitzt. Bei den beiden zuletzt genannten Staaten sind zudem föderale Besonderheiten zu beachten, beispielsweise beim Jugendschutz oder den Besitzmengen.

Auch die – bisher abgelehnten – wissenschaftlichen Erprobungsvorhaben in Deutschland sowie die geplanten Versuche in der Schweiz unterscheiden sich teilweise sehr deutlich, so dass sich insgesamt eine sehr große Vielfalt bei den Abgabemodalitäten ergibt. Dieser Sachverhalt dürfte seinen Grund auch darin finden, dass für die verschiedenen Elemente der Abgabemodelle bislang nur wenig Evidenz vorliegt. Es stellt sich deshalb die Frage, wie bestimmte Regelungen überhaupt begründet werden und wie sie mit den Zielen der Cannabislegalisierung im Einklang stehen. An offiziellen Begründungen findet man dazu, wie gezeigt, nur wenig. Es ist zu vermuten, dass sich zumindest bei einem Teil der Abgabemodalitäten implizit an Regularien bei der Alkohol- und Tabakpolitik orientiert worden ist (z. B. Altersgrenzen oder Werbebestimmungen). Insgesamt ist ein großer Evaluationsbedarf bei den einzelnen Abgabemodalitäten als auch bei den gesamten Abgabesystemen zu konstatieren.

Für die weitere fachöffentliche Diskussion ist demnach zu berücksichtigen, dass sich aus den international unterschiedlich ausgestalteten Abgabemodellen derzeit für andere Länder (wie Deutschland) nur begrenzt Handlungsempfehlungen ableiten lassen, sofern die unterschiedlichen Systeme bzw. Modelle noch nicht in wissenschaftlichen Studien systematisch evaluiert und diskutiert worden sind. Gleichzeitig müssen auch länderspezifische regulatorische Vorgaben (für Deutschland z. B. das BtMG, das Ordnungs- oder das Verkehrsrecht), aber auch sozio-kulturelle Hintergründe der Konsumierenden und deren bereits bestehende Konsumgewohnheiten in den Diskussionsprozess einbezogen werden.

Die generelle (Public-Health-bezogene, aber auch gesellschaftliche) Herausforderung besteht darin, der Allgemeinbevölkerung eine bisher verbotene Substanz legal verfügbar zu machen und diesen Prozess auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz zu gestalten und zu begleiten, um potenzielle negative Konsequenzen zu minimieren.

Dafür müssen zwei Aspekte miteinander in Einklang gebracht werden: Die Ausgestaltung

der Regulierung sollte einerseits so beschaffen sein, dass das legale Angebot auch wirklich in Anspruch genommen wird. Andererseits sollte die Regulierung an der wissenschaftlichen Evidenz zur Prävention und Schadensminderung orientiert sein. Wenn also Erkenntnisse zu Risikofaktoren für negative Konsumfolgen bzw. schädliche Cannabiskonsummuster in die konkrete Umsetzung der Regulierung einfließen, könnten diese so weit wie möglich verhindert werden.

Mit einer solchen politischen Intervention besteht in Deutschland im Bereich von psychoaktiven Substanzen keine Erfahrung, überwiegend wurden bisher eher Verbote (z. B. bei den „neuen psychoaktiven Substanzen“), Restriktionen und Verfügbarkeitseinschränkungen (z. B. Tabak und Alkohol) umgesetzt. Letztere sollten aber mit der Legalisierung von Cannabis erneut gesundheitspolitisch diskutiert werden, sodass es möglicherweise zukünftig zu vergleichbaren oder einheitlichen Regelungen für alle legalen Substanzen kommen kann. In Uruguay wurden beispielsweise mit der Einführung der kontrollierten Cannabisabgabe die Werbemöglichkeiten für Alkohol stark eingeschränkt.

Es ist zurzeit schwer einzuschätzen, wie der politische Entscheidungsprozess zur Legalisierung letztendlich ausfallen wird. Wenn im Bundesrat einer flächendeckenden Cannabisabgabe zugestimmt wird, ist es wahrscheinlich, dass länderspezifische Ausführungsgesetze Variationen bei den Abgabemodalitäten zulassen können. In einem solchen Fall sollten diese unterschiedlichen Regelungen unbedingt evaluiert werden, um Erkenntnisse über Best Practice bei der Cannabisabgabe zu sammeln. Genau so könnten die politischen Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat jedoch dazu führen, dass in den nächsten Jahren eine flächendeckende Legalisierung von Cannabis zum Freizeitkonsum nicht realisiert werden kann, aber als politischer Kompromiss – analog zum Schweizer Verfahren – die Durchführung wissenschaftlicher Modellversuche ermöglicht wird. Hierfür sollten dann die bisherigen Modellanträge als Grundlage methodisch-konzeptioneller Überlegungen genommen werden. Im Zuge dessen erscheint es – wie in der Schweiz – sinnvoll zu sein, die wissenschaftlichen Modellprojekte in verschiedenen Orten/Regionen unterschiedlich auszugestalten (z. B. bezüglich Abgabeort, Mengen, etc.). Eine systematische Begleitevaluation könnte dann wiederum wichtige empirische Erkenntnisse für eine möglicherweise später folgende bundesweite Legalisierung liefern.

Literatur

- Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg. (2015). *Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis nach § 3 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG). „Regulierter Verkauf von Cannabis in Friedrichshain-Kreuzberg“*. Berlin.
- Boidi, M. F., Queirolo, R. & Cruz, J. M. (2016). Cannabis consumption patterns among frequent consumers in Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 34, 34–40.
- BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN-Bundestagsfraktion. (2018). *Gesetzentwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG) (BT-Drucksache 19/819)*. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Buller, D. B., Woodall, W. G., Saltz, R. & Buller, M. K. (2019). Compliance with personal id regulations by recreational marijuana stores in two U.S. states. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 80, 679–686.
- Buller, D. B., Woodall, W. G., Saltz, R., Grayson, A., Buller, M. K. et al. (2021). Randomized trial testing an online responsible vendor training in recreational marijuana stores in the United States. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 82, 204–213.
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2020). *Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG)*. Änderung vom 25. September 2020. Bern.
- Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2020). *Policy and regulations (Cannabis)*. Ottawa, ON. Verfügbar unter: <https://www.ccsa.ca/policy-and-regulations-cannabis> – letzter Zugriff: 22.07.2022.
- Cannabis Act. (2018). An act respecting cannabis and to amend the Controlled Drugs and Substances Act, the Criminal Code and other acts. *Statutes of Canada 2018. Chapter 16. Assented to June 21, 2018, Bill C-45*. Verfügbar unter: <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-45/royal-assent> – letzter Zugriff: 22.07.2022.
- Cerdá, M. & Kilmer, B. (2017). Uruguay's middle-ground approach to cannabis legalization. *International Journal of Drug Policy*, 42, 188–120.
- Colorado Revised Statutes. (2021). *Constitution of the State of Colorado*. Verfügbar unter: https://www.sos.state.co.us/pubs/info_center/laws/COConstitution/ColoradoConstitution.pdf – letzter Zugriff: 22.07.2022.
- Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970. (1970, Oct. 27). *Public law 91-513*. Verfügbar unter: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-84/pdf/STATUTE-84-Pg1236.pdf> – letzter Zugriff: 22.07.2022.
- DIE LINKE-Bundestagsfraktion. (2019). *Legalize it! – Für eine alternative Cannabispolitik*. Berlin.

- https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/190314_Legalize_it_Cannabis.pdf
FDP-Bundestagsfraktion. (2021). *Antrag betr. Cannabis zu Genusszwecken kontrolliert an Erwachsene abgeben – Gesundheits- und Jugendschutz stärken* (BT-Drucksache 19/27807). Berlin: Deutscher Bundestag.
- Fischer, B., Lee, A., Robinson, T. & Hall, W. (2021). An overview of select cannabis use and supply indicators pre- and post-legalization in Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16, 77.
- Gibbs, B. Reed, T. & Wride, S. (2021). *Cannabis Legalization – Canada's experience. A research report by Public First*. Verfügbar unter: <https://www.publicfirst.co.uk/wp-content/uploads/2021/10/REPORT-Cannabis-in-Canada-Public-First-October-2021.pdf> – letzter Zugriff: 22.07.2022.
- Krauss, M. J., Sowles, S. J., Sehi, A., Spitznagel, E. L., Berg, C. J., Bierut, L. J. & Cavazos-Rehg, P. A. (2017). Marijuana advertising exposure among current marijuana users in the U.S. *Drug and Alcohol Dependence*, 174, 192–200.
- Lancione, S., Wade, K., Windle, S. B., Filion, K. B., Thombs, B. D. & Eisenberg, M. J. (2020). Non-medical cannabis in North America: an overview of regulatory approaches. *Public Health*, 178, 7–14
- Laqueur, H., Rivera-Aguirre, A., Shev, A., Castillo-Carniglia, A., Rudolph, K. E., Ramirez J. et al. (2020). The impact of cannabis legalization in Uruguay on adolescent cannabis use. *International Journal of Drug Policy*, 80, 102748.
- Ley N° 19.172. (2013). *Marihuana y sus derivados control y regulación del estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución*. Verfügbar unter: https://www.ircca.gub.uy/wp-content/uploads/2014/06/Ley_19.172.pdf – letzter Zugriff: 22.07.2022.
- Manthey, J., Kalke, J., Rehm, J., Rosenkranz, M. & Verthein, U. (2020). Controlled administration of cannabis to mitigate cannabis-attributable harm among recreational users: a quasi-experimental study in Germany. *F1000Res*, 9, 201.
- Myran, D. T., Brown, C. R. L. & Tanuseputro, P. (2019). Access to cannabis retail stores across Canada 6 months following legalization: a descriptive study. *CMAJ Open*, 7(3), E454–E461.
- National Conference of State Legislature (NCSL). (2022). *State medical cannabis laws*. Verfügbar unter: <https://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx> – letzter Zugriff: 22.07.2022.
- Pardal, M., Queirlo, R., Álvarez, E. & Repetto, L. (2019). Uruguayan Cannabis Social Clubs: From activism to dispensaries? *International Journal of Drug Policy*, 73, 49–57.
- Raschke, P. & Kalke, J. (1997). *Cannabis in Apotheken. Kontrollierte Abgabe als Heroinprävention*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Raschke, P. & Kalke, J. (1999). Cannabis in pharmacies: a proposal from Germany on how to separate the drug markets. *International Journal of Drug Policy*, 10, 309–311.
- Rotermann, M. (2021). Looking back from 2020, how cannabis use, and related behaviors changed in Canada. *Health Reports*, 32(4), 3–14.
- Schweizerischer Bundesrat. (2021). *Verordnung über Pilotversuche nach dem Betäubungsmittelgesetz*. Bern.
- SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & FDP. (2021). *Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025*. Berlin.
- Stadt Zürich. (2022). *Züri Can – Cannabis mit Verantwortung*. Verfügbar unter: https://www.stadt-zuerich.ch/portal/de/index/politik_u_recht/stadtrat/weitere-politikfelder/drogen-suchtpolitik/studien-und-projekte/cannabisprojekt-der-stadt-zuerich/wissenswertes-zur-cannabis-studie.html – letzter Zugriff: 22.07.2022.
- Verthein, U., Kalke, J., Rosenkranz, M., Rehm, J., Manthey, J. & Nestler, C. (2019). *Begründung und Vorhabenbeschreibung für einen Antrag auf Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis zu wissenschaftlichen Zwecken nach § 3 (2) des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) zum „Modellversuch zur kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene im Bundesland Berlin“*. Hamburg.
- Winstock, A. R., Lynskey, M. T., Maier, L. J., Ferris, J.A. & Davies, E. L. (2021). Perceptions of cannabis health information labels among people who use cannabis in the U.S. and Canada. *International Journal of Drug Policy*, 91, 102789.
- Zobel, F. (2021). *Internationale Erfahrungen zur Cannabisregulierung*. Vortrag auf den Suchttherapietagen 2021, Hamburg.
- Zobel, F. & Marthaler, M. (2016). *Neue Entwicklungen in der Regulierung des Cannabismarktes: von A (Anchorage) bis Z (Zürich)*. (3. Aufl.). Lausanne: Sucht Schweiz.



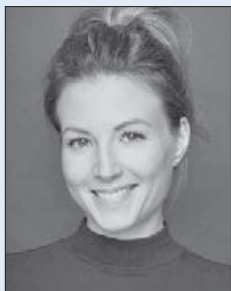
Dr. Jens Kalke

Diplom-Politologe, Mitglied der Leitung des Instituts für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD, Hamburg). Forschungstätigkeiten im Bereich der Suchtprävention.
j.kalke@isd-hamburg.de



Moritz Rosenkranz

Diplom-Soziologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Doktorand an der Universität Bremen. Forschungsschwerpunkte sind regulierte Abgabe von Cannabis und kontrollierter Konsum amphetaminartiger Stimulanzien.
moritz.rosenkranz@uni-hamburg.de



Kirsten Lehmann

Master Public Health, Versorgungsforschung, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sowie des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main.
k.lehmann@uke.de



Dr. Philipp Hiller

Diplom-Politologe, Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und im Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main, Geschäftsführer des Instituts für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung und Mitglied im Organisationskomitee der Suchttherapietage.
hiller@zis-hamburg.de



Priv.-Doz. Dr. Uwe Verthein

Diplom-Psychologe, habilitiert an der Universität Hamburg. Geschäftsführer des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). Arbeitsschwerpunkte sind Therapieevaluation und klinische Suchtforschung.
u.verthein@uke.de

Ein steiniger Weg, dessen Ziel noch nicht erreicht ist

Kirsten R. Müller-Vahl

Cannabis-Chemovare

Cannabis wird seit Jahrhunderten, in einigen Kulturen sogar seit Jahrtausenden für medizinische Zwecke verwendet (Ziegler, 2022). Die praktisch weltweite Verbreitung und Nutzung von Cannabis zu ganz unterschiedlichen Zwecken ließ lange Zeit die Frage offen, ob die verschiedenen Chemovare, d.h., die chemischen Varietäten von *Cannabis sativa* – oder vereinfacht gesagt „Cannabis-Sorten“ – aus einem einzigen oder verschiedenen Genpools entstammen (Hazekamp et al., 2016). Im Jahr 2021 konnte nun ein internationales Forscherteam anhand von Genanalysen nachweisen, dass *Cannabis sativa* erstmals in der frühen Jungsteinzeit – also etwa 10 000 Jahre vor Christus – in Ostasien domestiziert wurde und dass sich alle heute bekannten Cannabis-Chemovare von diesem einen Genpool ableiten (Ren et al., 2021).

Der Weg nach Europa

Erste Belege für eine medizinische Verwendung von Cannabis stammen aus China etwa um 2700 vor Christus. Auch in Ägypten wurde Cannabis bereits sehr früh als Heilpflanze eingesetzt. So reichen erste Dokumente mit entsprechenden Hinweisen auf einen medizinischen Gebrauch zurück bis ins 16. Jahrhundert vor Christus. Erst viele Jahrhunderte später – um 800 vor Christus – gelangte die Pflanze dann nach Indien. Etwa zur gleichen Zeit finden sich Belege aus Persien, dass Cannabis dort zu medizinischen Zwecken wegen seiner betäubenden Wirkungen eingesetzt wurde (Müller-Vahl & Grotenhermen, 2020; Ziegler, 2022).

Hinweise auf eine medizinische Nutzung von Cannabis in Europa stammen ebenfalls noch aus der Zeit vor Christi Geburt. Obwohl

die Bedeutung von Cannabis als Heilmittel im Beginn des Mittelalters in Europa gering war, so beschreibt die deutsche Äbtissin Hildegard von Bingen (1098–1179) um 1150 in ihrem naturkundlich-heilpraktischen Werk „Physica: Heilkraft der Natur“ die Wirkungen von Cannabis ausführlich:

„De Hanff-Cannabus – vom Hanf: (...) Sein Same bringt Gesundheit und ist den gesunden Menschen eine heilsame Kost, im Magen leicht und nützlich, weil er den Schleim ein wenig aus dem Magen entfernt und leicht verdaut werden kann, die schlechten Säfte mindert und die guten stärkt. Wer Kopfweh oder ein leeres Gehirn hat, dem erleichtert der Hanf, wenn er ihn isst, den Kopfschmerz. Den, der aber gesund ist und ein volles Gehirn im Kopfe hat, schädigt er nicht. (...) Ein aus Hanf gefertigtes Tuch, auf Geschwüre und Wunden gelegt, tut gut, wie die Wärme in ihm temperiert ist.“ (Müller-Vahl und Grotenhermen 2020).

Die Blütezeit

Lange Zeit wurde zu medizinischen Zwecken – wie in der Volksmedizin üblich – fast ausschließlich der Samen der Cannabispflanze in Form von Ölen und Emulsionen verwendet. In Europa erlebten Cannabisarzneimittel in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine Blütezeit. Die wichtigsten Anwendungsgebiete zu damaliger Zeit waren die Behandlung von Schmerzen, Spasmen, Asthma, Schlafstörungen, Depressionen und Appetitlosigkeit. Damit waren Cannabisarzneimittel zum Ende des 19. Jahrhunderts ein bewährtes und weit verbreitetes Arzneimittel. Die deutsche Firma E. Merck in Darmstadt stellte damals einen wässrigen Cannabisextrakt (*Extractum Cannabis indicae*

aquosum fluidum) her, der nicht nur gegen Husten eingesetzt wurde, sondern auch als mildes Schlafmittel für Babys und Kleinkinder sowie als stimulierendes und erheiterndes Mittel für jedermann vermarktet wurde (Müller-Vahl & Grotenhermen, 2020; Ziegler, 2022).

Der Niedergang und die nachfolgende Renaissance

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts verloren Cannabisarzneimittel dann nahezu vollständig an Bedeutung, insbesondere da es nicht gelang, die chemische Struktur der zahlreichen in der Cannabispflanze enthaltenen Cannabinoide eindeutig zu identifizieren. Dies führte in der Behandlung immer wieder zu Schwierigkeiten der Standardisierung und genauen Dosierung. Erst im Jahre 1964 gelang es dem israelischen Forscher und Biochemiker Raphael Mechoulam (* 1930), delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC, Dronabinol) – den wichtigsten und am stärksten wirksamen psychotropen Inhaltsstoff der Cannabispflanze – stereochemisch zu definieren und zu synthetisieren (Mechoulam & Gaoni, 1965). Diese Entdeckung leitete eine bis heute anhaltende Renaissance der Cannabismedizin ein. Da Cannabis aber in Deutschland bis 2017 in Anlage I des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) eingestuft war, war es trotz des zunehmenden Wissens um die therapeutischen Wirkungen der Cannabinoide und den zugrundeliegenden Wirkmechanismen über lange Zeit dennoch nicht möglich, Cannabisarzneimittel zu verschreiben – abgesehen von dem Rezepturarzneimittel Dronabinol (THC) (seit 1998) und dem seit 2011 zugelassenen Fertigarzneimittel Sativex® mit dem Wirkstoff Nabiximols.

Der Niedergang der Cannabisarzneimittel wurde flankiert von einem beispiellosen „Krieg“ gegen jeglichen Gebrauch von Cannabis, der wider besseren Wissens primär von ökonomischen Interessen geleitet und auch von rassistischen Ansichten motiviert war (Müller-Vahl & Grotenhermen, 2020). Ab den 1960er Jahren verbreitete sich Cannabis in Deutschland und zahlreichen weiteren europäischen Ländern zunächst als beliebte Rauschdroge zum Freizeitkonsum. Die Einnahme erfolgte ganz überwiegend per Inhalation in Form von Rauchen von Cannabisblüten als Zigarette.

Der Weg zur Legalisierung von Cannabisblüten und -extrakten zu medizinischen Zwecken

Der Ermöglichung der Verordnung von Cannabisblüten und daraus hergestellten Extrak-

ten im Jahre 2017 gingen jahrelange juristische Auseinandersetzungen voraus. Infolge einer Verfassungsbeschwerde gegen das Verbot der medizinischen Verwendung von Cannabis entschied das Bundesverfassungsgericht am 20. Januar 2000, dass Patient*innen bei der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Cannabis beantragen können. Alle etwa 100 Anträge, die nachfolgend von Patient*innen gestellt wurden, wurden aber von der Bundesopiumstelle pauschal abgelehnt mit dem Verweis auf die Möglichkeit einer Behandlung mit dem seit 1998 verkehrs- und verschreibungsfähigen Rezepturarzneimittel Dronabinol (THC). Als daraufhin erneut Patient*innen gegen die ablehnenden Bescheide klagten, verpflichtete das Bundesverwaltungsgericht das BfArM am 19. Mai 2005, den Antrag eines Patienten erneut zu prüfen. Dies führte schließlich dazu, dass ab 2007 Patient*innen nach § 3 Absatz 2 BtMG bei der Bundesopiumstelle einen Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis für eine sogenannte „medizinisch betreute und begleitete Selbsttherapie mit Cannabisblüten oder einem Cannabisextrakt“ stellen konnten. Die Zahl der Anträge und der dann tatsächlich auch erteilten Ausnahmeerlaubnisse stieg nach 2007 kontinuierlich an. Mutmaßlich wurden im Verlaufe schließlich alle formal korrekt gestellten Anträge seitens der Bundesopiumstelle bewilligt. Von 2007 bis 2016 (bis kurz vor Inkrafttreten des Cannabis-Gesetzes im März 2017) erhielten insgesamt 1041 Personen eine solche Ausnahmeerlaubnis von der Bundesopiumstelle (Grotenhermen & Müller-Vahl, 2016; Müller-Vahl & Grotenhermen, 2020). Die überwiegende Mehrzahl der Anträge wurde für Cannabisblüten gestellt. Die Kosten der Behandlung mussten die Patient*innen aber stets selbst tragen, da sich die gesetzlichen Krankenkassen weigerten, die Kosten zu erstatten. Dies führte manche Erlaubnisinhaber*innen aber erneut in eine Sackgasse: Trotz der Erlaubnis, Cannabis zu medizinischen Zwecken legal in der Apotheke kaufen und mit ärztlicher Begleitung nutzen zu dürfen, konnte die Therapie nicht durchgeführt werden, da die Kosten von 12–25 Euro pro Gramm von manchen Personen nicht dauerhaft selbst getragen werden konnten.

Eine kurze Zwischenetappe: der legale Eigenanbau zu medizinischen Zwecken

Mit diesem Dilemma konfrontiert, stellten daraufhin einzelne Patient*innen alternativ bei der Bundesopiumstelle einen Antrag auf Eigenanbau von Cannabispflanzen für die eige-

ne medizinische Versorgung, da dies deutlich kostengünstiger gewesen wäre als der Kauf von Cannabisblüten in der Apotheke. Diese Anträge wurden aber wiederum sämtlich von der Bundesopiumstelle abgelehnt. Erneute Klagen von Patient*innen führten schließlich zu einem bemerkenswerten Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, das schließlich am 28. September 2016 erstmals überhaupt einem Patienten in Deutschland eine Genehmigung zum Eigenanbau von Cannabis für die eigene medizinische Behandlung erteilte (Müller-Vahl & Grotenhermen, 2020). Da nun absehbar war, dass nachfolgend auch weiteren Patient*innen eine solche Erlaubnis zum Eigenanbau erteilt werden würde, brachte die Bundesregierung daraufhin 2016 einen Gesetzentwurf auf den Weg, um eine rechtliche Alternative zur Erteilung von Erlaubnissen zum Eigenanbau zu schaffen. Der Gesetzentwurf sah nicht nur vor, die Verschreibungs- und Verkehrsfähigkeit von Cannabisblüten und daraus hergestellten Extrakten grundsätzlich zu ermöglichen – durch eine Umstufung von Cannabis von Anlage I in Anlage III des BtMG –, sondern zusätzlich auch eine Regelung festzulegen, unter welchen Voraussetzungen die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, die Kosten dieser Behandlung zu übernehmen.

Das „Cannabis-Gesetz“

Mit Inkrafttreten des Cannabis-Gesetzes und der damit einhergehenden Verschreibungsfähigkeit für Cannabisblüten und daraus hergestellten Extrakten entfiel ab März 2017 nicht nur das zuvor bestehende Erlaubnisverfahren mit Bezug auf § 3 Absatz 2 BtMG zum Erwerb von Medizinalcannabis in Form getrockneter Blüten und Extrakte zum Zweck der ärztlich begleiteten Selbsttherapie, sondern auch die kurz zuvor geschaffene Möglichkeit einer Genehmigung zum Eigenanbau. Das Gesetz stellte damit im Hinblick auf die medizinische Versorgung mit Cannabisarzneimitteln zweifelsohne einen Meilenstein dar. Erstmals weltweit wurden Krankenkassen verpflichtet, unter bestimmten Voraussetzungen – definiert im Sozialgesetzbuch (SGB) V § 31 Absatz 6 – die Kosten für eine ärztlich verordnete *Off-label-* oder *No-label-* Behandlung mit Cannabisarzneimitteln in Form von Fertig- oder Rezepturarzneimitteln zu erstatten (Müller-Vahl & Grotenhermen, 2017).

Bereits kurz nach Inkrafttreten des Gesetzes wurden jedoch erste Unzulänglichkeiten des Gesetzes deutlich, die von den gesetzlichen Krankenkassen unmittelbar genutzt wurden, um Kostenübernahmeanträge für Behandlungen

mit Cannabisarzneimitteln entweder vollständig abzulehnen oder die Behandlungsmöglichkeiten erheblich einzuschränken. Dieser Praxis steuerte der Gesetzgeber 2019 mit einer weiteren gesetzlichen Regelung entgegen, welche sich im Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) findet (Deutscher Bundestag, 2019). Darin heißt es:

„Die Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon wird entbürokratisiert (§ 31 Absatz 6 SGB V)“.

Konkret wurde nun festgelegt, dass bei der Versorgung mit medizinischem Cannabis künftig – nach einmal erfolgter Genehmigung – kein erneuter Antrag bei der Krankenkasse im Falle einer Anpassung der Dosierung oder eines Wechsels der Blütensorte oder des Cannabisextraktes notwendig ist.

Der Genehmigungsvorbehalt

Heute, mehr als fünf Jahre nach Inkrafttreten des Cannabis-Gesetzes, stellt sich die Frage des Eigenanbaus – und damit implizit der Selbsttherapie – erneut (und vielleicht sogar drängender als je zuvor), da der im Cannabis-Gesetz festgeschriebene Genehmigungsvorbehalt von den Krankenkassen in zunehmendem Maße genutzt wird, um Kostenübernahmeanträge abzulehnen und zwar in einer nach Ansicht vieler Expert*innen rechtswidrigen Art und Weise. So liegt die Ablehnungsquote seit Inkrafttreten des Gesetzes bundesweit relativ konstant bei knapp 40 Prozent und hat nicht etwa, wie vermutet, im Verlauf der Zeit mit Etablierung des Verfahrens sukzessive abgenommen (Bundesregierung, 2021). Die vom Gesetzgeber auch für die Cannabis-basierte Therapie ausdrücklich beabsichtigte Stärkung der ärztlichen Therapiehoheit, die ihren Ausdruck nicht zuletzt darin findet, dass im SGB V § 31 Absatz 6 festgelegt wurde, dass die Leistung „nur in begründeten Ausnahmefällen“ abgelehnt werden dürfe, wird nach Meinung vieler Expert*innen mit einer Ablehnungsquote von mehr als einem Drittel der Anträge von Seiten der Krankenkassen eindeutig unterlaufen. Bemerkenswert ist, dass bis heute sogar Anträge von Patient*innen abgelehnt wurden und werden, die vor 2017 bereits von der Bundesopiumstelle eine Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Absatz 2 BtMG für eine ärztlich begleitete Selbsttherapie mit Cannabis erhalten hatten – obwohl die damalige Bundesregierung seinerzeit zugesichert hatte, dass

kein Patient und keine Patientin mit Inkrafttreten des Cannabis-Gesetzes schlechter gestellt werden sollte.

Nachdem 2017 viele Ärzt*innen den Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen noch befürwortet hatten, weil sie darin einen Schutz vor späteren Regressforderungen sahen, überwiegen heute die Stimmen, die eine Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts fordern (Deutscher Bundestag, 2018). Gedacht als Instrument, das nicht indizierte *Off-label-* und *No-label-*Verordnungen von Cannabisarzneimitteln verhindern sollte, muss das Verfahren mittlerweile eindeutig als massive Einschränkung der ärztlichen Therapiehoheit bewertet werden, die gemeinhin als Basis der gesundheitsberuflichen Unabhängigkeit zum Wohle der Patient*innen gilt. So werden mittlerweile Kostenübernahmeanträge für Patient*innen mit psychischen Erkrankungen nahezu pauschal abgelehnt. Sogar Anträge von Fachärzt*innen mit ausgewiesenem Spezialwissen für die beantragte Indikation werden nach „Prüfung“ durch fachfremde Gutachter*innen der medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) nicht selten abgelehnt, wobei sich zum Teil ein erschreckendes Unwissen zum speziellen Sachverhalt offenbart, zum Teil fadenscheinige Argumente vorgetragen werden, warum angeblich die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme entsprechend den Regelungen im SGB V § 31 Absatz 6 nicht erfüllt seien oder grundsätzliche Vorurteile gegen eine Cannabis-basierte Therapie offenkundig werden. Zunehmend klagen nun Patient*innen gegen die ablehnenden Bescheide der Krankenkassen vor den Sozialgerichten und es hat den Anschein, dass erneut Gerichte dafür Sorge tragen müssen, dass medizinisch notwendige Behandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden können.

Eigenanbau zu medizinischen Zwecken: eine erneute Notwendigkeit?

Aus Umfragen ist bekannt, dass Patient*innen in vielen Ländern (illegale) Selbsttherapien durchführen, da entweder keine legalen Zugangswege zur Verfügung stehen oder eine ärztlich begleitete Behandlung nicht verfügbar oder von den Patient*innen nicht gewünscht wird (Hazekamp et al., 2013; Asselin et al., 2022; Stueber & Cuttler, 2022). Wenn heute erneut die Frage nach der Erteilung einer Erlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zu eigenen medizinischen Zwecken gestellt wird – und einer damit praktisch regelhaft einhergehenden Selbsttherapie – so ist dies stets im gesellschaftspoliti-

schen und juristischen Kontext zu sehen. Wie ausführlich dargelegt, war auch in Deutschland vorübergehend wegen fehlender Alternativen zunächst eine (ärztlich begleitete) Selbsttherapie und kurzzeitig sogar der Eigenanbau von höchstrichterlicher Seite ermöglicht und damit für legal erklärt worden. Es darf gemutmaßt werden, dass die überwiegende Mehrzahl der 1041 Personen, die zwischen 2007 und 2017 eine Erlaubnis für eine (ärztlich begleitete Selbsttherapie) mit Cannabis inne hatten, über deutlich mehr Fachkunde im Umgang mit Medizinalcannabisblüten verfügte als die sie „begleitenden“ Ärzt*innen. Es ist ein offenes Geheimnis, dass viele Patient*innen in Deutschland seit Jahrzehnten kleine Mengen Cannabis zum medizinischen Eigenbedarf anbauen, ohne dass dies in jedem Fall zu relevanten Nebenwirkungen, einer kontinuierlichen Dosissteigerung oder anderen Symptomen einer Abhängigkeit führt oder mit sonstigen Risiken verbunden wäre. Allerdings wurde mit Inkrafttreten des Cannabis-Gesetzes 2017 auch deutlich, dass eine langjährige Selbsttherapie bei einzelnen Patient*innen tatsächlich eine unkontrollierte Einnahme zur Folge hatte, die mutmaßlich durch eine ärztliche Verordnung und Überwachung der Therapie hätte vermieden werden können. Daher stellt aus medizinischer Sicht eine ärztlich verordnete und überwachte Therapie stets die bevorzugte Behandlungsform dar. Wenn aber eine ärztlich indizierte Behandlung mit Cannabisarzneimitteln wegen der Weigerung der Krankenkassen, die Kosten zu übernehmen, nicht möglich ist, da der/die Patient*in die Kosten nicht selbst tragen kann, so stellt sich die Frage nach sinnvollen Behandlungsalternativen. Es erscheint dabei ebenso wenig ethisch vertretbar, dem/der Patient*in weniger wirksame oder nebenwirkungsreichere Behandlungsalternativen anzubieten, wie darauf zu verweisen, dass in einigen Jahren die Evidenz zu Cannabisarzneimitteln möglicherweise zugenommen haben werde und man zu gegebener Zeit die Notwendigkeit einer cannabisbasierten Therapie erneut werde prüfen können, obwohl die Behandlung heute erforderlich und indiziert ist. Vor dieser Realität erscheint es aus ärztlicher Sicht angemessen, auch jenen Patient*innen eine Behandlung anzubieten, die Cannabis aus eigenem Anbau nutzen und sich ansonsten selbst medizieren würden. Die Entkriminalisierung dieser Patient*innen – für die aktuell keine Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen – wird von vielen seit langem gefordert.

Inhalation von Cannabisblüten: eine pharmakologisch sinnvolle Anwendungsform

Die gegenwärtige Diskussion um die medizinische Nutzung von Cannabis wird auch von der Frage begleitet, ob eine kontrollierte Cannabisbasierte Therapie in Form einer inhalativen Behandlung mit Blüten erfolgen kann und soll. Diese Applikationsform ist zunächst naheliegend, da sie eine lange Tradition im Freizeitkonsumbereich hat, auch wenn dort die Inhalation primär durch Rauchen einer Zigarette (Joint) erfolgt, während zur medizinischen Anwendung die Nutzung eines Vaporisators empfohlen wird. Aus pharmakologischer Sicht stellt die inhalative Einnahme hingegen eine Applikationsart dar, die nahezu einzigartig – und daher ungewohnt – ist. Unstrittig bietet die inhalative gegenüber der oralen Einnahme verschiedene Vorteile, wie einen raschen Wirkeintritt innerhalb von Minuten, der es den Patient*innen in aller Regel erleichtert, rasch die richtige Dosierung zu finden (Ziegler, 2022). Dennoch ist es aktuell weit verbreitet, Cannabisarzneimittel einzuteilen in einerseits „richtige Medikamente“ in Form von Mundsprays, Ölen und Kapseln und andererseits „Suchtstoffe“, immer dann wenn die Einnahme mittels Inhalation von Blüten erfolgt. Diese aus wissenschaftlicher Sicht völlig unbegründete Einteilung schürt regelhaft Vorurteile gegenüber einer pharmakologisch überaus interessanten Einnahmeform und verunglimpft Patient*innen (und teilweise auch deren behandelnde Ärzt*innen), die eine inhalative Behandlung mit Cannabisblüten bevorzugen. So stehen Personen, die eine inhalative Einnahme mit Blüten wünschen oder bereits praktizieren, schnell unter dem Generalverdacht, überhaupt keine medizinische Behandlung durchführen zu wollen, sondern ihren Freizeitkonsum – oder gar einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Cannabis – legalisieren und womöglich noch durch die Krankenkassen finanzieren lassen zu wollen. Eine Versachlichung dieser Diskussion wäre überaus wünschenswert und könnte sich dann abzeichnen, wenn programmierbare und vollständig geruchsneutrale Vaporisatoren mit vorgefüllten Katuschen Eingang auf den Markt finden, die einen direkten Kontakt mit den Blüten und eine manuelle Befüllung der Vaporisatoren obsolet werden lassen.

Auswirkungen der Legalisierung des Freizeitkonsums auf die medizinische Behandlung

Die aktuelle Diskussion um die allgemeine Legalisierung des Freizeitkonsums muss stets auch den medizinischen Gebrauch von Cannabis im Blick behalten. Dies ist umso mehr erforderlich, da aktuell in Deutschland von einer erheblichen Unterversorgung auszugehen ist – auch infolge der hohen Ablehnungsquoten für eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen (Bundesregierung, 2021). Betroffen sind hiervon besonders Patient*innen mit psychischen Erkrankungen und mit einer Suchtanamnese. So stellt sich die drängende Frage, ob sich bestimmte Patient*innengruppen nach einer allgemeinen Legalisierung erneut – wie auch schon vor 2017 – enttäuscht vom Gesundheitssystem abwenden und stattdessen eine dann legale Selbsttherapie mit „Freizeitcannabis“ durchführen, statt ärztlichen Rat zu suchen. Zwar ist diesen Patient*innen dann gegenüber der heutigen Situation insofern geholfen, als dass sie nicht mehr kriminalisiert werden, wenn sie die ihnen einzig offen stehende Option einer derzeit noch illegalen Selbsttherapie mit Straßencannabis oder Cannabis aus dem Eigenanbau wählen. Auch wenn einzelne verantwortungsbewusste Patient*innen in der Lage sein mögen, eine Selbsttherapie in einer Weise durchzuführen, wie sie auch mit ärztlicher Begleitung kaum besser möglich wäre, so sollte im Allgemeinen angestrebt werden, dass sich Patient*innen mit jedweden Erkrankungen und Therapien an einen Arzt oder eine Ärztin ihres Vertrauens wenden können, um die bestmögliche Therapie – finanziert durch die Krankenkasse – einleiten zu können.

Literatur

- Asselin, A., Lamarre, O. B., Chamberland, R., McNeil, S.-J., Demers, E. & Zongo, A. (2022). A description of self-medication with cannabis among adults with legal access to cannabis in Quebec, Canada. *Journal of Cannabis Research*, 4(1), 26.
- Bundesregierung. (2021). *Antwort auf die Kleine Anfrage vom 25.02.2021 der Abgeordneten Niema Movassat, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Vier Jahre Cannabis-als-Medizin-Gesetz* (Drucksache 19/27010). Berlin.
- Deutscher Bundestag. (2018). *Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-As-*

- che et al. und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Erleichterte Verordnung von medizinischem Cannabis für Patientinnen und Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung (Drucksache 19/5862). Berlin Deutscher Bundestag. (2019). Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (Drucksache 19/8753). Berlin.
- Grotenhermen, F. & Müller-Vahl, K. (2016). Cannabis und Cannabinoide in der Medizin: Fakten und Ausblick. *Suchttherapie*, 17(02), 71–76.
- Hazekamp, A., Tejkalová, K. & Papadimitriou, S. (2016). Cannabis: from cultivar to chemovar II – A metabolomics approach to cannabis classification. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 1(1), 202–215.
- Hazekamp, A., Ware, M. A., Müller-Vahl, K. R., Abrams, D. & Grotenhermen, F. (2013). The medicinal use of cannabis and cannabinoids – an international cross-sectional survey on administration forms. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(3), 199–210.
- Mechoulam, R. & Gaoni, Y. (1965). A total synthesis of dl-delta-1-tetrahydrocannabinol, the active constituent of hashish. *Journal of the American Chemical Society*, 87, 3273–3275.
- Müller-Vahl, K. & Grotenhermen, F. (2017). Medizinisches Cannabis: Die wichtigsten Änderungen. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(8), A-352/B-306/C-300.
- Müller-Vahl, K. R. & Grotenhermen, F. (Hrsg.). (2020). *Cannabis und Cannabinoide in der Medizin*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Ren, G., Zhang, X., Li, Y., Ridout, K., Serrano-Serrano, M. L., Yang, Y. et al. (2021). Large-scale whole-genome resequencing unravels the domestication history of *Cannabis sativa*. *Science Advances*, 7(29), eabg2286.
- Stueber, A. & Cuttler, C. (2022). Self-reported effects of cannabis on ADHD symptoms, ADHD medication side effects, and ADHD-related executive dysfunction. *Journal of Attention Disorders*, 26(6), 942–955.
- Ziegler, A. S. (2022). *Cannabis. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Weiterführende Literatur

- Institut für Suchtforschung (Hrsg.). (2021). *Gemeinsames Positionspapier von Expert*innen aus Medizin und Suchtforschung sowie Mitglieder des Deutschen Bundestags von FDP, SPD, Grünen und Linken fordern deutliche Erleichterungen bei der Behandlung mit Cannabis und Cannabinoiden in Deutschland*. Frankfurt am Main: Frankfurt University of Applied Sciences. https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Hochschule/Fachbereich_4/Forschung/ISFF/Positionspapier_zu_Cannabis_als_Medizin_finale_Fassung-1_30.04.2021.pdf



Prof. Dr. Kirsten R. Müller-Vahl

Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Oberärztin der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule in Hannover, 1. Vorsitzende der „Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin“, Mitglied des Sachverständigenausschusses für Betäubungsmittel der Bundesopiumstelle BfArM. Studienleiterin in u. a. EU-geförderten Studien. mueller-vahl.kirsten@mh-hannover.de

Cannabis regulation vs international and EU law. Legal tensions and compliance options

Martin Jelsma

Recent European policy shifts towards legal regulation of non-medical cannabis markets are likely to increase tensions in Vienna, the seat of the UN drug control system, as they contravene certain treaty obligations. The emerging conflict with European Union law is even more worrisome for policy makers because of the more robust sanction mechanism at the EU level in the case of non-compliance. This article gives an overview of the legal tensions with international and EU law, the potential consequences and the available compliance options.

1 Legal tensions with the UN drug conventions

All three UN drug control treaties contain provisions relevant to cannabis. Cannabis flower and resin are scheduled under the 1961 Convention, its principal psychoactive compound THC is scheduled under the 1971 Convention, and the 1988 Convention mentions cannabis specifically in articles about cultivation and eradication.

1.1 1961 single convention on narcotic drugs (as amended by 1972 protocol)

Everything starts with the ‘general obligations’ laid down in Article 4 of the 1961 Convention:

‘The parties shall take such legislative and administrative measures as may be necessary [...]. Subject to the provisions of this Convention, to limit exclusively to medical and scientific purposes the production, manufacture, export, import, distribution of, trade in, use and possession of drugs.’

Article 36 then establishes ‘penal provisions’: ‘Subject to its constitutional limitations’, each Party will take measures to ensure that cultivation, production, sale, possession, etcetera, ‘shall be punishable offences when committed intentionally, and serious offences shall be liable to adequate pun-

ishment particularly imprisonment or other penalties of deprivation of liberty’.

The wording of the Single Convention allows several exemptions for cannabis. Firstly, the cannabis plant itself, and the leaves and seeds, are not listed as drugs controlled by the Convention. The narcotic drug ‘cannabis’ is defined as the plant’s ‘flowering or fruiting tops’ (flower/buds), listed in Schedule I along with cannabis ‘resin’ (hashish) and ‘extracts and tinctures’. Only the ‘cultivation of the cannabis plant for the production of cannabis or cannabis resin’ (flower/buds and hashish) is strictly limited to medical and scientific purposes (Art. 28.1). The Single Convention does ‘not apply to the cultivation of the cannabis plant exclusively for industrial purposes (fibre and seed) or horticultural purposes’ (Art. 28.2). The Convention does not define ‘hemp’ or establish a THC threshold, so in principle any cannabis variety may be grown as long as the purpose is not the production of flower/buds or hashish. This exemption provides the legal basis for the large-scale industrial hemp cultivation for fibre, seeds, hemp oil or CBD extraction taking place in Canada (more than 20,000 ha), Europe (> 50,000), U.S. (> 60,000) and China (> 65,000). THC thresholds for hemp or for hemp-derived products are defined by national law, and for hemp plant material differ from 0.2 to 1 per cent THC on a dry weight basis. The European Union recently decided to increase the level from 0.2 to 0.3 per cent, while Italy has set the national limit at 0.6 per cent,

and countries such as Switzerland, Czech Republic and Australia maintain a one per cent threshold (Sabaghi, 2021). The relatively higher thresholds have also enabled the emergence of a ‘recreational’ market of low-THC cannabis from hemp cultivation, gaining certain popularity in countries like Switzerland and Italy. In the U.S. currently a threshold of 0.3 per cent is applied, but the draft federal ‘Cannabis Administration and Opportunity Act’ (CAOA) recently introduced in the Senate proposes an increase to 0.7 per cent (US Senate, 2022).

The other exemption for cannabis in the 1961 Convention was the ‘transitional reservation’ option for countries that argued that it would not be easy for them to ban the centuries-old social uses of cannabis, and that they would need time to gradually phase out those widespread traditions. Article 49 provides therefore that a Party may ‘reserve the right to permit temporarily’ the use and production of ‘cannabis, cannabis resin, extracts and tinctures of cannabis for non-medical purposes’ but ‘only to the extent that they were traditional in the territories in respect of which the reservation is made, and were there permitted on 1 January 1961’. To make it possible for the countries concerned to ratify the Convention, according to Adolf Lande (author of the treaty Commentaries and involved in drafting the 1961 and 1971 Conventions), it was ‘advisable to allow a certain period of grace before the complete prohibition of the practice’ (United Nations, 1964). India, Bangladesh, Nepal and Pakistan all made use of that transitional reservation, but Article 49 specified that such ‘use of cannabis for other than medical and scientific purposes must be discontinued as soon as possible but in any case within twenty-five years from the coming into force of this Convention’, a transition period that ended in 1989.

1.2 1971 Convention on psychotropic substances

Complicating the matter, cannabis’ main psychoactive cannabinoid, dronabinol or *delta-9-THC*, obtained through chemical synthesis or plant extraction, is listed as a ‘psychotropic substance’ in Schedule II of the 1971 Convention; several other tetrahydrocannabinol isomers (including *delta-8-THC*) are listed in its strictest Schedule I. The decision to place THC under control of the 1971 Convention instead of adding it to the 1961 schedules, at the time done without a proper WHO review, represents a departure from the control logic of the Single Convention, where plant raw materials and the alkaloids they contain are generally placed in

the same schedules (e.g. coca leaf and cocaine; opium and morphine). A WHO recommendation to resolve this inconsistency by transferring THC to Schedule I of the 1961 Convention, and certain ‘pharmaceutical preparations’ with THC to its Schedule III, was rejected by a vote at the Commission on Narcotic Drugs (CND) in December 2020 (23 in favour; 28 against; 2 abstentions). Resolving the anomaly of cannabis in 1961 and THC in 1971 requires a review of the contradictory logic between the two treaties rather than just transferring THC to 1961, which might have unintended consequences (Jelsma, 2020).

The fact that *delta-9-THC* is scheduled under the 1971 Convention does not affect herbal cannabis products, because the 1971 logic does not extend control to plants from which ‘psychotropic substances’ can be extracted. For example, cathinone and cathine are scheduled, but the khat plant is not; the same with mescaline, psilocybin or DMT, while leaving out the cacti, mushrooms or herbal ayahuasca mixture containing those compounds. But it does mean that as long as THC remains controlled under the 1971 Convention, certain preparations made from isolated THC are subject to the general obligation of limitation to medical and scientific purposes and a range of control provisions remain in force. That would still be the case even if cannabis would be deleted from the 1961 schedules or if countries would obtain a cannabis reservation under the 1961 Convention similar to the one Bolivia has obtained for the coca leaf.

1.3 1988 Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances

The 1988 Convention focuses on illicit trafficking and reinforces the obligation to criminalise including by removing the previous ‘escape clause’ in the 1961 and 1971 treaties about ‘constitutional principles’:

‘Each Party shall adopt such measures as may be necessary to establish as criminal offences under its domestic law’, the production and trade of drugs, as well as the ‘cultivation of opium poppy, coca bush or cannabis plant for the purpose of the production of narcotic drugs contrary to the provisions’ of the earlier conventions. (Art. 3.1)

The escape clause, however, is upheld and even broadened out to ‘[s]ubject to its constitutional principles and the basic concepts of its legal system’ when it comes to the obligation to criminalise

possession, purchase or cultivation for personal use (Art. 3.2). The 1988 Convention also devotes a special article to cultivation and eradication:

'Each Party shall take appropriate measures to prevent illicit cultivation of and to eradicate [...] cannabis plants, cultivated illicitly in its territory.' (Art. 14.2)

In spite of its harsh wording and the specific reference to cannabis, the 1988 Convention clearly builds on the two previous treaties. A strong legal argument can be made that a change in cannabis provisions under the earlier conventions, collectively or individually by means of reservation, would automatically also change the nature of state obligations under the 1988 Convention. The key wording in this regard is *'contrary to the provisions'* of the 1961 and 1971 conventions; and *'illicit'* cultivation of cannabis plants. The key question that follows from that is whether a legally regulated cannabis market would still be *'contrary to the provisions'* or *'illicit'* under the 1988 Convention once a Party has modified its cannabis obligations under the 1961 and 1971 conventions.

2 Legal tensions with European law

To answer questions about potential legal conflicts for EU Member States between cannabis regulation and European law, three different issues need to be considered. Firstly, whether obstacles arise from the Schengen Acquis and the open borders within the Schengen area. Secondly, the specific provisions of the 2004 EU Framework Decision aimed to harmonise drug trafficking sentences (2004/757/JHA). And thirdly, what is the legal connection between the EU drug control instruments and the UN conventions?

2.1 Schengen Implementation Agreement

The 1990 'Convention implementing the Schengen Agreement of 14 June 1985' contains a special chapter on 'Narcotic Drugs' (Chapter 6, Art. 70–76). The Contracting Parties shall *'adopt in accordance with the existing United Nations Conventions, all necessary measures to prevent and punish the illicit trafficking'* in drugs (Art. 71.1); *'undertake to prevent and punish by administrative and penal measures the illegal export of narcotic drugs and psychotropic substances, including cannabis, as well as the sale, supply and handing over of such products and substances'* (Art. 71.2); and *'combat the illegal import'* of drugs by stepping up their checks *'at*

their external borders' (Art. 71.3). The wording of Article 71.2 could be interpreted as going further into domestic drug policies, which was the reason for a Joint Declaration of the Benelux countries, Germany and France, clarifying:

'In so far as a Contracting Party departs from the principle referred to in Article 71(2) in connection with its national policy on the prevention and treatment of addiction to narcotic drugs and psychotropic substances, all Contracting Parties shall adopt the necessary administrative measures and penal measures to prevent and punish the illicit import and export of such products and substances, particularly towards the territories of the other Contracting Parties.'

The focus of the Schengen drugs articles is thus clearly on illegal international trafficking, and strengthening controls on the external borders of the Schengen area.

'As regards the legal trade', Parties agree that border checks arising from UN treaty obligations *'be transferred to within the country'* (Art. 74). Anticipating variations in control within the Schengen area, Parties shall

'in accordance with their medical, ethical and practical usage, adopt appropriate measures for the control of narcotic drugs and psychotropic substances which in the territory of one or more Contracting Parties are subject to more rigorous controls than in their own territory, so as not to jeopardise the effectiveness of such controls.' (Art. 76)

The latter article mostly referred to existing policy discrepancies within Schengen regarding drugs for medical purposes, but can also serve as a basis for dealing with different approaches on cannabis regulation. Significant diversity in drug policy has always existed within the Schengen area and the EU as a whole. Different approaches to medical cannabis, which is still not allowed in some EU countries and fully legal in others, have been able to co-exist relatively unproblematically in the borderless Schengen or the single EU market environment. In legal terms, the drugs provisions in the Schengen Acquis seem flexible enough to accommodate such differences.

Politically, no doubt tensions will arise when some countries move towards cannabis legalisation, as they already did at the time of the Schengen Agreement when France initially refused to implement the gradual abolishment of border checks in disagreement over the Dutch coffeeshop policy (Berkman, 1996; Easton, 1999). About a decade ago, political tensions also arose

around khat policy differences, when huge amounts of khat was legally imported from Africa to the Netherlands and the United Kingdom, part of which was smuggled onwards to EU countries that had imposed a national khat ban (Csete, 2014). In the case of khat, the tensions ultimately led to the Netherlands and the UK adopting national bans as well and stopping all legal khat imports. But in the case of cannabis the policy trend is more likely to move in the opposite direction, with more countries opting for legal regulation in the coming years. More lessons can be learned in this regard from examples of peaceful co-existence of conflicting control regimes for other psychoactive plants or substances. Or from the U.S., equally without internal borders, where over 40 per cent of the population (19 states) now have full legal access to cannabis, while it remains strictly prohibited in other states and at the federal level.

2.2 EU Framework Decision 2004/757/JHA

Though the 1985 Schengen Agreement mentioned 'narcotic drugs' as one of three policy areas where Parties 'shall seek to harmonise laws and regulations' (Art. 19), drug policy has remained to a large extent a domestic domain. One notable exception, however, has been the attempt to harmonise minimum provisions and penalties for drug trafficking, laid down in Council Framework Decision 2004/757/JHA (European Commission, 2004). In that legally binding instrument, EU Member States agreed to take the necessary measures to ensure that

'the production, manufacture, extraction, preparation, offering, offering for sale, distribution, sale, delivery on any terms whatsoever, brokerage, dispatch, dispatch in transit, transport, importation or exportation of drugs', as well as 'the cultivation of opium poppy, coca bush or cannabis plant' is punishable 'when committed without right.' (Art. 2.1)

The listing of punishable conduct is copy-pasted from the 1988 Convention, which requires to establish those as 'criminal offences' when committed 'contrary to the provisions' of the earlier conventions.

The Framework Decision makes clear that the conduct described 'shall not be included in the scope of this Framework Decision when it is committed by its perpetrators exclusively for their own personal consumption as defined by national law' (Art. 2.2). Decriminalisation of cannabis for personal use can thus easily be justified under 2004/757/

JHA, and in fact the wording suggests that not only possession, purchase and cultivation, but also import would fall outside of the scope of the Framework Decision if perpetrated for personal consumption, including arguably distribution in collective setting by members of a social club.

'The Dutch determination to be able to continue to allow the possession of small quantities of soft drugs and for such drugs to be sold in 'coffee shops' was one of the main problems to resolve in order to reach a final agreement.' (European Parliament, 2004)

The solution was in part found by inserting in Article 3.2 that a 'Member State may exempt from criminal liability' the attempt to offer, prepare or possess drugs including when intended for sale and distribution, allowing the Dutch tolerance policy of non-prosecution of the coffeeshops to continue.

'The Council and the Commission firmly stated the subsidiarity principle should be applied here. Nonetheless, the Netherlands seems ready to make its legislation tougher, since the Dutch Justice Minister confirmed that his government hoped the coffee shops would restrict its sale to residents. In a statement the Council declared its intention to dissuade the phenomenon of drug tourism.' (European Parliament, 2004)

A legally regulated cannabis market with state-licensed cultivation and sales to adults for non-medical use, however, clearly falls within the scope of 2004/757/JHA and would constitute a breach 'when committed without right'.¹ The next key question therefor is under what conditions EU Member States can claim that a legally regulated cannabis market would no longer be 'without right'. Would a national law establishing a regulated cannabis market suffice for that country to argue it would then also be 'within right' under EU law? A closer look at the connection between the UN treaties and EU law makes clear that it is not that easy.

2.3 Connections between EU and international law

All EU Member States are signatories of the three UN drug control conventions, which is also a requirement for new states aspiring to

¹ German: 'wenn sie ohne entsprechende Berechtigung vorgenommen wurden'; Dutch: 'wanneer daarvoor geen rechtvaardigingsgrond aanwezig is'; French: 'lorsqu'ils ne peuvent être légitimés'; Spanish: 'cuando se cometan contrariamente a Derecho'.

join the Union. The EU itself is a party to the 1988 Convention, but only with competence with regard to the precursor regime established under Article 12 of the Convention, so that has no direct relevance for cannabis policies. The Schengen Acquis refers directly to the UN drug conventions (Art. 71.1) and the 2004 Framework Decision refers for the definition of ‘drugs’ to any substance covered by the 1961 and 1971 conventions (Art. 1.1). Even more explicit was the former EU Joint Action 96/750/JHA of 17 December 1996 concerning the approximation of the laws and practices to combat drug addiction and to prevent and combat illegal drug trafficking, requiring that:

‘Member States shall ensure that their obligations under the United Nations Conventions on narcotic drugs and psychotropic substances of 1961, 1971, and 1988 are applied strictly and effectively.’ (Art. 7)

Formally, 96/750/JHA was repealed in 2016 because it became obsolete after the entry into force of several other instruments, including Framework Decision 2004/757/JHA (European Union 2016). The Framework Decision, however, was meant to be ‘entirely in keeping with the spirit of the Joint Action’ according to its Explanatory Memorandum (European Commission, 2001).

There are thus multiple linkages between EU drug control instruments and the UN drug conventions; additionally, all EU countries are themselves bound by the UN treaties. This means that EU Member States can only recognize a ‘right’ under Art. 2.1 of 2004/757/JHA if this does not violate their obligations under international law, according to a recent legal analysis by the Radboud University. ‘Of course, this would no longer apply’, according to the authors, if an EU Member State would ‘validly derogate from relevant articles in these conventions by means of an inter se agreement or by means of a reservation (including a kind of ‘inter se agreement light’ through a group action reservation)’ (Kempen & Fedorova, 2022). This will be explored further down in the section on compliance options, after first looking at the potential consequences of non-compliance.

3 Consequences of non-compliance

3.1 Non-compliance with international law

The International Narcotics Control Board (INCB) is the treaty body mandated to monitor

compliance with the 1961 and 1971 conventions. The two treaties have similar articles about *Measures by the Board to ensure the execution of provisions of the Convention* (Single Convention: Art. 14; 1971 Convention: Art. 19), detailing the possible steps the INCB can take in case of non-compliance. But also the restrictions placed upon the INCB mandate are clearly spelled out. The INCB mandate under the 1988 Convention is very limited because it deals ‘with matters of criminal law and its enforcement that go beyond the scope of the earlier conventions into areas touching more closely on the sovereignty and jurisdiction of States’ (United Nations, 1998, p. 374). Similar to the EU, the INCB basically only has competence with regard to the treaty’s precursor control regime under Article 12, and a few other technical issues, but the Board has deliberately not been given any mandate to monitor compliance of the 1988 Convention as a whole.

Under the 1961 and 1971 treaties, action against non-compliance may only be taken when ‘the Board has objective reasons to believe that the aims of this Convention are being seriously endangered by reason of the failure of any Party’ (Convention 1961: Art. 14 – emphasis added). The ‘conclusion that a serious situation of this kind exists will be justified if lack of control or defective control in one country or territory appears to endanger the effectiveness of control in another country’ (United Nations, 1973, p. 178). After confidential consultations, the Board may then call on a Party to adopt such remedial measures as seem to be ‘necessary for the execution of the provisions of this Convention’, which could include adopting ‘other methods of compliance as in its view would be necessary for a better execution of that treaty, i.e. for the purpose of achieving better results therefrom’ (United Nations, 1976, p. 28).

Theoretically, persistent non-compliance could lead the INCB to recommend an embargo of international trade in controlled medicines with the defective country. In practice, however, the Board has never taken such extreme measures and it is unlikely to happen also in the case of cannabis regulation. Similarly, disputes between parties about interpretation and implementation of the drug conventions have never been brought before the International Court of Justice (ICJ), an option in principle available under the treaties (Single Convention: Art. 48; 1971 Convention: Art. 31; 1988 Convention: Art. 32).

The practical consequences of treaty non-compliance, therefore are not economic sanctions but rather political and reputational damage. It will lead to political tensions at the CND (as especially Canada has experienced), to uncomfortable dialogues with the INCB in the form of

letters, country missions and private meetings in Vienna (as Uruguay has gone through), and to exposure in the INCB Annual Report. Consistently, the Board repeats in its report that *'any measures allowing for the use of cannabis for non-medical purposes are in violation of the legal obligation incumbent upon parties'* (INCB, 2022, § 819), calling out countries like Uruguay, Canada, the U.S. and the Netherlands whose cannabis policies are already in breach of 1961 treaty provisions, and warning others who consider heading in the same direction, like Luxembourg, Malta, Mexico and Switzerland.

The most damaging consequence of a prolonged period of non-compliance, is that it shows disrespect for international law in general and that it weakens a country's position to call out other states for violating other international obligations for example around territorial integrity, death penalty, extrajudicial killings or arbitrary detention. As any lawyer, judge or Court will argue, international law is not an à-la-carte menu a country can choose from: if you want others to comply with principles of international law that you hold high, you will have to demonstrate respect for all basic standards and procedures of international law yourself. Positive human rights obligations can help to justify cannabis regulation if that can more effectively protect the right to health, the right to life or the right to privacy, and there are good arguments to prioritise human rights obligations over arguably outdated and ineffective international drug control obligations. Still, pointing out those contradictions does not automatically resolve the resulting non-compliance with the UN drug conventions: further legal action is required to reconcile policy choices with international law.

3.2 Non-compliance with EU law

An important difference between the UN drug control conventions and EU drug legislation is that formal complaints procedures and sanction mechanisms have a much stronger basis under EU law, and breaches can potentially have more immediate and more serious consequences. The effective application, implementation and enforcement of EU law is a responsibility entrusted to the European Commission by Article 17(1) of the Treaty on European Union. In comparison with the INCB, the EC can more easily initiate infringement proceedings, acting on its own initiative or in response to a complaint from an EU member state, or (under certain circumstances) even from citizens, businesses or other stakeholders. Such proceedings are quite

common especially about Single Market legislation (environment, transport, energy or tax issues), but have also been initiated to enforce respect for LGBTQ+ rights, independence of the judiciary or freedom of the press.

Complaints can also more easily lead to a dispute procedure at the Luxembourg-based Court of Justice of the European Union (CJEU), and ultimately to the possibility of economic sanctions to force member states to comply with EU law. The Court *'constitutes the judicial authority of the European Union and [...] ensures the uniform application and interpretation of EU law'* (CJEU, n.y.). Because EU laws and treaties – like UN conventions – are not an à-la-carte menu from which countries can choose to comply with some obligations and not others, depending on political expediency, the same sanction procedure applies to the legal obligations under the Framework Decision on drug trafficking. *'The uniform application of EU law throughout all Member States is essential for the success of the EU'*, according to the European Commission:

'That is why a robust, efficient and effective enforcement system is needed to ensure that Member States fully apply, implement and enforce EU law.' (European Commission, 2017)

'Infringements must be dealt with promptly', and to proceed expeditiously in investigating breaches of the law, a mechanism for informal dialogue between the Commission and Member States, known as EU Pilot, was set up *'to quickly resolve potential breaches of EU law at an early stage in appropriate cases'* (European Commission, 2017). In exercising its guardian role *'the Commission enjoys discretionary power in deciding whether or not, and when, to start an infringement procedure or to refer a case to the Court of Justice'* (European Commission, 2017). Still, non-compliance with 2004/757/JHA will at least lead to questions from EC side and trigger the EU Pilot mechanism.

Infringement proceedings have already started against Hungary for breaching the EU Common Position on the CND vote on the WHO cannabis recommendations. After agreeing in Brussels a binding EU position to vote in favour of the WHO recommendation to delete cannabis from Schedule IV of the Single Convention, Hungary unilaterally decided to vote against it at the CND in Vienna in December 2020, shortly after the Hungarian Minister of Foreign Affairs had attended a meeting about it in Singapore. The WHO recommendation was still adopted by a narrow margin of 27–25 and one abstention, but Hungary's defection was strongly criticised within the EU. Subse-

quently, the infringement procedure added to the tensions that were already sky high due to the EU sanctions imposed against Hungary and Poland for violating LGBTQ+ rights and the independence of the judiciary. Against this background, Luxembourg's Minister of Justice, Sam Tanson, confirmed in October 2021 that although a full legalisation of cannabis – as envisaged in the coalition agreement of 2018 – is still planned, it was temporarily postponed due to, among other things, 'legal obstacles at the European level' (Hansen, 2021).

4 Compliance options

As argued above, the key to overcome the unavoidable legal tensions with international and EU law ultimately lies in adapting the legal obligations parties have under the UN drug conventions, which would also resolve the conflict with the 2004 EU Framework Decision. There are few available pathways to consider, and the two least controversial options (unscheduling or treaty amendments) which use uncontested and established treaty procedures, unfortunately require majority support that is politically unlikely to be found in the near or medium future. That leaves only two legally and politically viable but at the same time more controversial options: new treaty reservations or inter se modification.

4.1 Unscheduling of cannabis

Removing cannabis from the treaty schedules entirely would only be possible if the WHO recommends doing so after another critical review, and the CND votes in favour of adopting it. Both have become highly unlikely after the first WHO cannabis review which turned out to be a highly polarising multi-annual process, ending in a controversial reconfirmation of cannabis' placement in the very strict Schedule I of the 1961 Convention, and only a narrow margin of the CND vote in favour of deleting cannabis from Schedule IV in recognition of its medicinal properties. It is highly unlikely that a repetition of the review process could lead to the more far-reaching unscheduling necessary to legitimise recreational/adult cannabis use. The underlying problem is not just the political opposition to cannabis policy reform, but also the scheduling criteria and the nature of the Single Convention.

Scheduling criteria the WHO Expert Committee has to work with, include the 'similarity' and 'convertibility' principles: if a substance

resembles one that is already controlled, or if it can be easily converted into a drug already under control, it warrants similar control. Additionally, the nature of the Single Convention, contrary to the logic of the 1971 Convention, does not allow for making distinctions between plant material and extracted compounds, or between levels of potency. So, once the WHO had considered that butane-hash oil with THC concentrations up to 90 per cent can have 'similar' negative effects as some other substances in Schedule I, it felt it had no choice but to recommend keeping cannabis flower and resin in Schedule I as well, as those could be 'converted' into the high-potent derivatives. Until those underlying principles and the inconsistencies in the control logic of the 1961 and 1971 conventions are challenged, the unscheduling of cannabis via a WHO review process has become an unrealistic scenario.

4.2 Treaty amendments

Changing scheduling criteria and resolving fundamental treaty inconsistencies, however, would require treaty amendments. As most international treaties do, the drug conventions have built-in procedures for amendments, either via a simple/silent procedure or by convening a Conference of the Parties (COP) to negotiate a protocol of amendments. The simple procedure has been unsuccessfully tried once, when Bolivia proposed in 2009 to delete the treaty obligation to abolish coca chewing after 25 years. If no country objects to an amendment proposal within eighteen months, it would be automatically accepted. Bolivia's proposal, however, met with eighteen objections from a U.S.-led 'Group of Friends of the Conventions' who agreed to protect the 'integrity of the treaty system' and to not allow any changes at all.

But there is a successful precedent of substantial amendments to the 1961 Convention by the 1972 Protocol agreed at a COP that year. It was in fact the U.S. who argued then that it was 'time for the international community to build on the foundation of the Single Convention, since a decade has given a better perspective of its strengths and weaknesses' (United Nations, 1974). One could easily argue that half a century later, it might again be time for a number of updates and improvements. No other COP has ever been convened for any of the three drug conventions, even though it has become regular practice for the subsequent conventions against Transnational Organized Crime (2000) and against Corruption (2003). A COP for the 1961 or 1971 convention, or for the two of them together, can

be convened by ECOSOC (also if asked to do so in a CND resolution) or by the UN General Assembly; for the 1988 Convention only upon request of the majority of parties. Following the Rules of Procedure of the 1961 and 1971 conferences and the COP in 1972, a COP could adopt amendments by a two-third majority vote; but the amendments would only be binding for those parties signing the amendment protocol.

Though there would be many good reasons for convening a COP to discuss the 'strengths and weaknesses' of the current treaty regime, it is unlikely to bring a solution for the cannabis regulation treaty conflict since a two-third majority support is not yet anywhere in sight. Still, it would show respect for treaty procedures and willingness to discuss emerging dilemmas with treaty parties. A draft amendment protocol does not have to be limited to cannabis regulation but can also address other issues where tensions have appeared, for example around coca, harm reduction, decriminalisation or human rights. And protocol parts that would not pass a vote, could still trigger useful debates and potentially lay the groundwork for subsequent reservations or *inter se* agreements.

4.3 Reservations

Registering reservations regarding specific treaty provisions upon signing, ratifying or acceding to an international treaty is common practice. However, submitting new reservations by a state already party to a treaty is a more controversial procedure. In the case of the UN drug control treaties, the only precedent for employing this procedure occurred when Bolivia (after its amendment proposal failed) withdrew from the 1961 Single Convention in 2012 and successfully re-acceded a year later, with a reservation clarifying that Bolivia no longer accepts the Single Convention's control provisions for coca leaf in its natural state.

Sixteen countries formally objected to Bolivia's use of the withdrawal and re-accession procedure regarding coca, but a minimum of one-third of treaty parties – at least 61 countries – would have had to object to invalidate Bolivia's reservation. Mexico, the only Latin American country that objected to Bolivia's re-accession with a coca reservation, formally withdrew its objection in 2018, with a view to Mexico itself possibly seeking to make use of the withdraw and re-accede procedure with regard to cannabis. Several among the objecting countries, like Canada, Denmark, Germany, Italy, Netherlands, Portugal or the U.S., may soon

face the same dilemma and would be well advised to follow Mexico's example and withdraw their objections too.

Denunciation before July 1st comes into force on January 1st following year, so the earliest moment for re-accession with new reservations would be January 2024, which would then come to effect by January 2025 at the earliest (unless 61 countries or more object). Withdrawal and re-accession is a unilateral procedure implemented by individual countries, but the procedure could in principle be employed in a coordinated manner with other like-minded countries. For example, countries could collaborate to draft comparable or identical reservations and could synchronize the timing of their separate processes for withdrawal and re-accession. Presenting a united front with a group of countries may also improve chances for success by deterring some countries from formally registering objections to the cannabis reservations. And a 'collective' reservation could establish a basis for an *inter se* agreement allowing international trade in cannabis products for non-medical purposes between reserving states.

4.4 Inter se treaty modification

The only other remaining option would entail *inter se* treaty modification among two or more like-minded parties, a procedure allowed under Article 41 of the 1969 Vienna Convention on the Law of Treaties (VCLT):

"Two or more of the parties to a multilateral treaty may conclude an agreement to modify the treaty as between themselves alone."

The procedure is more commonly used to agree stricter rules among some parties, but can also be used '*contra legem*' to derogate from certain treaty provisions, an option specifically designed to facilitate changes in the absence of consensus:

'Due to the conflicting interests prevailing at an international level, amendments of multilateral treaties, especially amendments of treaties with a large number of parties, prove to be an extremely difficult and cumbersome process; sometimes, an amendment seems even impossible. It may thus happen that some of the States Parties wish to modify the treaty as between themselves alone.'
(Dörr & Schmalenbach, 2012)

Clear conditions are that an *inter se* agreement cannot be incompatible with the object and purpose of the treaty or affect the rights

of other Parties, and would therefore require a clear commitment to the original treaty aim to promote the health and welfare of humankind, and to the original treaty obligations vis-à-vis countries not party to the new agreement. As argued in detail elsewhere, those conditions could in principle be met in the case of cannabis regulation (Boister & Jelsma, 2018). The legality of an *inter se* agreement as a means to escape from the cannabis prohibition embedded in the treaty regime would no doubt be questioned by other parties. But there is no established objection procedure that could obstruct a group of like-minded countries to sign such an agreement, and the only resort for opposing parties would be to bring a dispute to the International Court of Justice. In principle, an *inter se* agreement could address tensions with all three treaties, allow for trade among the signatory jurisdictions, and explain how it effects related legislation such as EU law.

5 Concluding observations

Unfortunately, there is no way around the fact that legal regulation of cannabis markets for recreational use contravenes certain UN treaty obligations and conflicts with correlated EU law. The inevitable non-compliance with these obligations should neither prevent nor delay countries from proceeding ahead with legal regulation, since there are numerous good reasons to do so. But undertaking reforms that will involve non-compliance with current treaty obligations must be addressed in ways that comport with the rules and procedures of international law designed to resolve such legal tensions.

A temporary period of ‘respectful non-compliance’ is probably unavoidable, as Uruguay and Canada felt forced to do, but it requires an honest acknowledgement of the legal tensions, a rationale explaining the reasons for non-compliance and an expressed commitment to find solutions in dialogue with the INCB and treaty parties. The lack of an effective enforcement mechanism at the UN level enables countries to take time to reconcile new policies with their international obligations and to find strength in numbers, awaiting more countries to join the regulation group. A prolonged period of non-compliance, however, will only further increase political tensions and undermine respect for international law in general.

EU countries, however, are confronted with a more robust mechanism to enforce compliance with EU law, adding urgency to find a coordinated solution to the legal tensions. As ar-

gued above, the legal conflict with EU law can only be resolved by derogating from cannabis obligations under the UN drug conventions; only then can EU Member States claim that cannabis regulation is no longer ‘committed without right’. An additional compelling argument for an urgent solution is that some form of international legal arrangement is needed to enable trade between regulating countries. It will be very difficult if not impossible, for example, to supply the huge German cannabis market only from newly created domestic sources.

And even if that were possible, it would be undesirable for other reasons. Indoor cannabis cultivation comes with an incredibly high energy consumption and carbon footprint, and those negative consequences could be avoided by importing from traditional producing countries. Moreover, millions of people in those countries have been dependent on the illicit cannabis economy, so also in development and human rights terms it would be a bad policy choice to fully replace current illegal imports with domestic production, largely controlled by big Northern cannabis companies.

It is now more urgent than ever to engage in a strategic dialogue among regulating countries about how to resolve the legal tensions with international and EU law, and how to enable international trade among regulating countries.

References

- Berkman, E. T. (1996). Sacrificed sovereignty?: Dutch soft drug policy in the spectre of Europe without borders. *Boston College International and Comparative Law Review*, 19(1), Article 4. <https://lawdigitalcommons.bc.edu/iclr/vol19/iss1/4>
- Boister, N. & Jelsma, M. (2018). *Inter se* modification of the UN drug control conventions. An exploration of its applicability to legitimise the legal regulation of cannabis markets. *International Community Law Review*, 20, 457–494. doi:10.1163/18719732-12341385
- CJEU. (n.y). Court of Justice of the European Union. https://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2_6999/en/ (accessed 29 July 2022)
- Csete, J. (2014). *European policy on khat: Drug policy lessons not learned*. GDPO Policy Brief 2. Swansea, UK. <https://www.swansea.ac.uk/media/European-Policy-on-khat--Drug-Policy-lessons-not-learned.pdf>
- Dörr, O. & Schmalenbach, K. (Eds.). (2012). *Vienna convention on the law of treaties: a commentary*. Heidelberg: Springer.
- Easton, S. H. (1999). Honor thy promise: why the Dutch drug policies should not be a bar-

- rier to the full implementation of the Schengen agreement. *Boston College International and Comparative Law Review*, 23(1), Article 8. <https://lawdigitalcommons.bc.edu/iclr/vol23/iss1/8>
- European Commission. (2001). *Explanatory memorandum. Proposal for a council framework decision*. Document 52001PC0259. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM%3A2001%3A0259%3AFIN>
- European Commission. (2004). *Council framework decision 2004/757/JHA of 25 October 2004 laying down minimum provisions on the constituent elements of criminal acts and penalties in the field of illicit drug trafficking*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32004F0757>
- European Commission. (2017). *EU law: Better results through better application. Communication from the Commission (2017/C 18/02)*. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XC0119\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XC0119(01)&from=EN)
- European Parliament. (2004, Feb. 23). *Report on the proposal for a Council Framework Decision laying down minimum provisions on the constituent elements of criminal acts and penalties in the field of drug trafficking (15102/2/2003 – C50618/2003 – 2001/0114(CNS)) (Renewed consultation)*. Committee on Citizens' Freedoms and rights, justice and home affairs (Rapporteur: Arie M. Oostlander). https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-5-2004-0095_EN.html
- European Union. (2016, Feb. 02). *Article 1 of Regulation (EU) 2016/95 of the European Parliament and of the Council of 20 January 2016 repealing certain acts in the field of police cooperation and judicial cooperation in criminal matters*. OJ L 26/9-12.
- Hansen, Y. (2021, Oct. 22). Government scales back legal cannabis plans in policy revamp. *Luxembourg Times*. <https://www.luxtimes.lu/en/luxembourg/government-scales-back-legal-cannabis-plans-in-policy-revamp-61729fe4de135b923640140b>
- INCB. (2022). *Report of the International Narcotics Control Board for 2021 (E/INCB/2021/1)*. Vienna.
- Jelsma, M. (2020, Aug. 20). *Key questions about the transfer of THC to the 1961 Single Convention*. Transnational Institute (TNI). <https://www.tni.org/en/article/key-questions-about-the-transfer-of-thc-to-the-1961-single-convention>
- Kempen, P. H. van & Fedorova, M. I. (2022, June). *Cannabis regulation through the "without right" clause in Article 2(1) of EU Framework Decision 2004/757/JHA on illicit drug trafficking (unpublished final draft, forthcoming)*. Nijmegen, NL: Radboud University.
- Sabaghi, D. (2021, Dec. 14). European Union increases THC level for industrial hemp. Why does it matter? *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/dariosabaghi/2021/12/14/europe-an-union-increases-thc-level-for-industrial-hemp-why-does-it-matter/>
- United Nations. (1964). *E/CONF.34/24. United Nations conference for the adoption of a single convention on narcotic drugs, New York, 24 January–25 March 1961*. (Official records, Vol. I: Summary records of plenary meetings). New York.
- United Nations. (1973). *Commentary on the single convention on narcotic drugs, 1961*. New York.
- United Nations. (1974). *E/CONF.63/10. United Nations conference to consider amendments to the single convention on narcotic drugs, 1961, Geneva, 6–24 March 1972 (Official Records, Vol. I)*. New York.
- United Nations. (1976). *E/CN.7/588. Commentary on the protocol amending the single convention on narcotic drugs, 1961. Done at Geneva on 25 March 1972*. New York.
- United Nations. (1998). *E/CN.7/590. Commentary on the United Nations convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances, 1988. Done at Vienna on 20 December 1988*. New York.
- US Senate. (2022). *Cannabis Administration and Opportunity Act. Sec. 803: Definition of hemp under USDA domestic hemp production program*. https://www.democrats.senate.gov/imo/media/doc/caoa_final_introduction.pdf



Martin Jelsma

Director of the Drugs & Democracy programme at the Transnational Institute (TNI) in Amsterdam; expert on the UN drug control system and links between drugs policy, conflict, human rights and development. mjelsma@tni.org

Insights for the design of Cannabis Social Club regulation¹

Tom Decorte & Mafalda Pardal

1 Introduction

With the legalization of recreational cannabis markets in Uruguay, Canada, and a number of US states, as well as announcements of legal reform across Europe (e.g. Luxembourg, Germany), a breakthrough in the prohibitionist status quo may be emerging. In the US the preference has been to establish profit-driven markets, resembling those for alcohol (Pardo, 2018). This is despite mounting evidence that the alcohol and tobacco industries have sought to maximize profits by promoting use targeting heavy and young users, investing in advertisement and downplaying the health risks, while actively lobbying for industry friendly regulatory frameworks (Adams, 2013; Caulkins, 2016; Hall, 2016; Subritzky, Lenton & Pettigrew, 2016; Wilkins, 2018).

At the same time, a fully commercial market is just one of the many possible architectures for legalization, one at the far end of a broad spectrum of options. As the research in this area has pointed out, there are other regulatory options for cannabis supply, including home cultivation or grow-your-own schemes (see Belackova et al., 2020), Cannabis Social Clubs and other not-for-profit options, or a government monopoly (Caulkins, Kilmer, Kleiman, MacCoun, Midgette, Oglesby et al., 2015; Caulkins & Kilmer, 2016; Kilmer, 2014; Rychert & Wilkins, 2019). These mid-range models constitute alternative options for policies in this area, without necessitating a giant leap to full commercialization of cannabis. This contribution focuses on one particular middle-ground regulatory option: the Cannabis Social Club. A Cannabis Social Club (hereinafter CSC or Club) is a legally constituted non-profit association of cannabis consum-

ers. Cannabis Social Clubs collectively cultivate cannabis plants for their adult members' personal consumption (Barriuso, 2011; Belackova, Tomkova & Zabransky, 2016; Pardal, 2018a).

The CSC model has historically been the product of grassroots movements of users (Arana & Montañés, 2011; Blickman, 2014; Pardal, 2016). Although CSCs can be found in many countries, the label is often applied broadly to cover very different on-the-ground realities (Pardal, 2018a). In most jurisdictions today, the way CSCs function and develop their activities also remains primarily the result of their own self-regulatory efforts (Decorte & Pardal, 2017; Belackova & Wilkins, 2018; Pardal, 2018a). In the absence of a clear legal framework in most European countries, these organizations continue to operate, at best, in a regulatory 'grey zone' of opportunistic work-arounds (Pardal et al., 2020). Uruguay was the first country to adopt a nationwide legal framework for CSCs in 2013 (Queirolo, Boidi & Cruz, 2016), and Malta has become the first national jurisdiction in Europe to do so in 2021.

Unsurprisingly, a critique raised in relation to some of these middle-ground options is that they remain too vague, lacking a detailed outline or concrete examples from actual regulation, which reduces the likelihood that they are taken seriously by policymakers considering the development of new legal frameworks for cannabis. However, there have been a few instances where the CSC model has been adapted to specific jurisdictions (e.g. in Uruguay and in Spain, at the regional level, and more recently in Malta). In addition, some researchers have developed comprehensive regulatory scenarios for CSCs and other non-profit models (Decorte, 2018; Wilkins, 2016, 2018; Rychert & Wilkins,

¹ This article was originally published in Decorte & Pardal (2020). Herein we provide an update to that analysis.

2019). In this contribution, we focus on those efforts and analyze the specific ways in which CSC legislation or scenarios for such legislation have been designed to date.

2 Regulatory pathways for the CSC model

Previous research has offered in-depth analyses of the core practices and self-regulations developed by CSCs and by the Federations representing some of them (especially in Spain and Belgium) (Belackova & Wilkins, 2018; Decorte, Pardal, Queirolo, Boidi, Sanchez & Parés, 2017; Jansseune, Pardal, Decorte & Parés, 2019; Marín, 2008; Pardal, 2018a). While we acknowledge the contribution made by those self-regulatory codes, in this paper we seek to offer a complementary view by focusing on the regulatory proposals drafted either by academics or by the legislature.

2.1 Legal frameworks for CSCs in Malta, Uruguay and Spain

There have only been a few instances where the CSC model has been formally acknowledged and regulated by legislators at the national or regional levels. More specifically, Uruguay was the first nationwide jurisdiction to have introduced a comprehensive legislative framework with regards to CSCs (see Queirolo, 2020). This regulation, particularly with regards to CSCs, has been implemented since October 2014. Currently, under the Uruguayan scheme about 243 CSCs have completed registration and are operating within this new legal framework (IRCCA, 2022). The Uruguayan legal reform, introduced also two other supply channels (for recreational use) that co-exist with the CSC model: home-cultivation and sales through pharmacies. In addition, at least three autonomous regions in Spain have also passed legislation concerning the functioning of CSCs: Navarre, the Basque Country, and Catalonia. These regulatory efforts of the Spanish regional legislature focused exclusively on the CSC model, but were rather short-lived as they were suspended by the competent domestic courts soon after being approved (for more on this please see Arana & Páres, 2020). Thus a first difference that emerges in this regard relates to the level of legislative support for CSCs: in Uruguay the CSC were legislatively approved at the national level while in Spain the laws were passed at the sub-national level, without the support of the central government (Sánchez & Collins, 2018). In addition, and

more recently, Malta became the first national jurisdiction in Europe to enact a legal reform also allowing the introduction of Cannabis Social Clubs (BBC News, 2021).

Beyond these examples of actual legislation of the CSC model, a number of proposals have been brought forward at national and regional parliaments elsewhere, but were not approved. For instance, this has been the case in Belgium (with a bill drafted by Onkelinx and other members of the Socialist Party in 2017) and in Portugal (with a bill promoted by left-wing party *Bloco de Esquerda* in at least two occasions: in 2013 and later in 2015; Kilmer, Kruithof, Pardal, Caulkins & Rubin, 2013).

We will focus here on the rationale, goals and specific regime of the CSC legislation from Uruguay, Malta, Catalonia and Navarre. While the Ley 1/2016 of the Autonomous Region of the Basque Country on Addictions and Drug Dependence included a few provisions concerning CSCs, under a broader range of social initiatives, this legislative piece did not outline a particular framework for the functioning of CSCs but invited the introduction of subsequent legislation that would fill that void. For instance, in article 83 of that legislation it is noted that with the goal of protecting public health and reducing risks, the associations of cannabis users (legally registered and non-profits) would be regulated in future legislation.²

2.1.1 The stated goals of CSC legislation

The Uruguayan cannabis legislation has three stated core goals (Articles 1–4):

- 1) enhancing public security by ‘*protecting the inhabitants of the country from the risks associated with the illegal trade and narcotrafficking*’ and ‘*reducing the incidence of drug trafficking and organized crime*’,
- 2) enhancing public health through education, prevention and risk minimization, and
- 3) recognizing and protecting the rights of cannabis users.

In Catalonia, the legislature focused also on the protection of public health, explicitly noting as goal of the legislation to ‘*protect, promote and improve the public health of the population through a policy aimed at raising awareness of the risks and harms of cannabis use and minimizing them*’ (Article 2). In addition, ensuring the rights of cannabis users was also a general stated goal of this

² The article further indicated that such forthcoming legislation would determine the conditions of admission, introduce guarantees with regards to the dissemination by the CSCs of information about responsible use, and would define the control and inspection mechanisms by the competent local authorities.

legislation. The Navarre legislation focused on providing legal security to both the members of CSCs as well as to the larger society, and also referred to the protection of public health as a goal. In Malta, the rationale for the new law is articulated as follows:

‘Allowing for a balance between individual freedom in the limited and responsible personal use of cannabis and other social requirements.’ (Objects and Reasons, Bill 241).

2.1.2. The legal definition of CSC

The legislation issued by the autonomous region of Catalonia offers a broad definition of what should be understood as CSCs within that framework, i.e.:

‘Non-profit associations, legally constituted, that self-supply and distribute cannabis among their members, all of them of legal age, who use this substance in a private environment, either recreationally or for therapeutic purposes, and thus reducing the social and health harms associated

with the illicit market and certain uses of cannabis.’ (Article 4)

In addition, the Navarre legislation lists a set of minimum goals that CSCs should pursue. These include offering training in risk prevention associated with cannabis consumption, informing members about their use and contribute to reducing illicit sales of cannabis (Article 8). The scope and functioning of these associations is established in more detail in all three legal instruments. We provide a comparative overview of those legal requirements in Table 1 (see next page).

2.2 Decorte’s ‘detailed scenario for a nonprofit cannabis market’

In 2018, one of the authors of this contribution developed a comprehensive hypothetical scenario for a nonprofit cannabis market with a view to contribute to the debate on cannabis policy reform. Decorte (2018) included three legally regulated channels (in a first phase):

- 1) grow your own scheme,
- 2) Cannabis Social Clubs, and

Table 2
Key aspects of a regulatory scenario for CSCs (by Decorte, 2018).

Registration	Yes
	Non-profit
	Licensed by Federal Agency for the Regulation and Control of Cannabis (FARCC)
Membership	Founding members (at least three) must be permanent residents, at least 21 years old, with no previous conviction for membership of criminal organization, money laundering, extortion, corruption, serious violent crimes and drug production on a large scale. Previous convictions for cannabis possession or small scale cultivation are not sufficient reason for exclusion
	Up to 250 members
	At least 18 years old Permanent residents
	Registered in CSC records (which may be consulted by the FARCC) Members can only join one CSC
Cultivation	Maximum of 1.500 plants (250 members x 6 plants per member)
	Growing procedures according to organic farming standards and regulations
	CSC can only produce a limited range of herbal cannabis and hash products (no concentrates such as cannabis oil, tinctures, or edibles)
	Growing location: non-publicly accessible (only for plant caretakers* and other CSC staff), closed, discretely-designed, fire-proofed and with ventilation systems (to avoid nuisance)
Distribution	Every plant must have a proof of ownership of a registered club member
	Each member may receive up to 60gr per month
	Mandatory information leaflets must accompany the cannabis supplied (including information about THC and CBD content, major effects and possible side-effects, references to where to find help or advice, etc.) Packaging to follow specific requirements (e.g. childproof, non-transparent, no branding nor design, include information about potency, etc.)
Social	CSCs can decide on whether to have consumption facilities**
	CSCs are responsible for promoting the least harmful methods of cannabis use
Other	No advertisement
	No promotion of cannabis use
	Security system

Source: Decorte, 2018

* Decorte sets out also a number of requirements for the role of CSC cannabis grower or ‘plant caretaker’.

** Decorte proposes an additional set of requirements for those CSCs which opt to have consumption space (e.g. no sale of tobacco, alcohol, no display of promotions or advertisement of cannabis products, etc.).

- 3) supply of cannabis for medical use (through pharmacies).

The introduction of these three models would be preceded by some fine-tuning and adjustments of the scenario to the specific context(s) in which it would be introduced. In addition, the author recommended the launch of an education campaign, informing the public at large about the new regulation. Preparatory scientific research would also be conducted prior to the introduction of the three supply models. The key features of this scenario are presented in Table 2.

3 Discussion

3.1 A comparative analysis of CSC regulation

The analysis of the pieces of CSC legislation which have been introduced so far provide an interesting perspective on what have been the stated priorities and detailed design of the model across different settings. CSC-legislation in Uruguay and in the Spanish Autonomous Regions of Catalonia and Navarre seems to be associated with the aim of strengthening public health protection. This goal is also articulated in the Maltese legal framework, which focuses also on balancing ‘individual freedom’. Public security concerns (associated with drug-related violence) are specific (and central) to the Uruguayan context only (Queirolo, Rossel, Álvarez & Repetto, 2018; Repetto, 2014) but may also be relevant to other jurisdictions where CSCs are being discussed if not yet proposed. Generally, the sub-national Spanish legal frameworks seem to have indeed placed more attention on ensuring that the CSCs develop a risk and harm reduction program, as well as educational activities and training of staff and members than the Uruguayan model. We are of course only considering here the approach taken by the legislature at face value and not analyzing CSCs’ actual implementation of it. Furthermore, with regards to Malta, while the legal framework has been approved, implementation has not yet started.

There are a number of commonalities across the four legislations and Decorte’s proposal (2018), which also seem to reflect what have been practices historically associated with the CSC model (Belackova et al., 2016; Decorte et al., 2017; Marín, 2008; Pardal, 2018a; Parés & Bouso, 2015). For instance, across the different jurisdictions CSCs are expected to operate as not-for-profits, with no advertisement or marketing being allowed, and some form of registry

(regionally or in national database) is foreseen. In this regard, the Uruguayan legislation is particular in that it also foresees individual members’ registration in a national database (while the Spanish laws leave users’ registration to be managed internally by the CSCs). Malta will also be developing a centralized data collection system, but the full details are not known yet. A national agency overseeing cannabis regulation and implementation has also been created in both Malta and Uruguay and is one of the measures included in Decorte’s regulatory scenario (2018).

Access to CSCs is limited to adults (18 or older) in all the jurisdictions considered, and the Catalan law actually sets up a specific category for the younger members (18–21 years old), establishing a lower quantity threshold and inviting the CSCs to organize educational activities tailored to this age group. This may be an interesting particularity for the consideration of other jurisdictions especially given the concerns about the impact of heavy regular cannabis use on the developing brain and which may continue on until the early 20s (Lubman, Yucel & Hall, 2007). Access to CSCs in the two Spanish autonomous regions is possible for candidate members who were already using cannabis prior to joining the club – a criteria which may be difficult to enforce in practice. Legislators in Malta and Uruguay have also attempted to limit the size of the CSCs. The cap is set at 45 members (and a minimum of 15) in the case of Uruguay, but 500 members per CSC in Malta. Decorte (2018) suggests a somewhat in-between CSC size: up to 250 members. In Malta, Uruguay, as well as in Decorte’s scenario a residency criteria is applied to limit entry to CSCs, in an attempt to avoid or curb ‘cannabis tourism’.

With regards to cultivation, two approaches emerged: in Uruguay, the legislator established a limit in terms of the number of plants a CSC is allowed to grow, which will also be the case in Malta – an approach followed also by Decorte (2018); in Catalonia the threshold corresponds to the quantity (in kg) of dry cannabis produced. No legislation introduced any restrictions to the potency of the cannabis produced, and in fact only the Navarre legislator did explicitly note that cultivation should adhere to organic cultivation standards and be subject to testing (which would be defined in future legislation). Nevertheless, the legislations under analysis have included clear requirements to ensure some degree of traceability and documentation of the cultivation process (see for instance the provisions around the development of a crop and distribution plan in Uruguay or

the so-called self-supply register in the case of Catalonia).

Decisions about price and/or other financial contributions (for instance, in the form of an entry or regular membership fee) to the functioning of the CSCs seem to have been left to the CSCs themselves, across the four jurisdictions. In Malta, Uruguay and Catalonia, limits to the quantities the CSCs can distribute to their members were legally defined. This was also the case in Decorte's scenario (2018), who also proposes specific packaging requirements as well as that the cannabis supplied is accompanied by informative leaflets. All the legislations under analysis allow CSCs to have a social area for members. Malta foresees a phased introduction though, in a first phase only permitting the delivery of cannabis at the CSC premises, and subsequently introducing the possibility of these associations having a social space and allowing cannabis consumption at the premises. In Decorte's scenario the decision to have a space for the consumption of cannabis is left to the CSCs (2018). The Catalanian legislation includes restrictions to the use of other substances (e.g. alcohol) or other cannabis food products (also Decorte limits product availability to herbal cannabis and hashish). The Maltese legal framework also explicitly notes that "no alcoholic products shall be sold" at the premises of the CSC (Article 7A(2)n).

3.2 The difficulty of finding the right balance: regulating while granting sufficient space for self-regulation

There may be tensions or divergences in the types of practices CSCs adhere to. Different approaches and different types of CSCs have emerged (Pardal, 2018a). CSC Federations, umbrella organizations representing groups of CSCs, have attempted to bring some consistency to CSC practices and developed overarching codes of conducts that the CSCs they represent are expected to follow. However, there are limitations to the extent CSC Federations can guarantee adherence by the part of CSCs to those voluntary codes of conduct (Jansseune et al., 2019).

Government regulation can offer CSCs legal protection and stimulate the sustainability of the model, in adherence to its core ethos as a cooperative, closed supply, non-profit and harm reduction-driven model. At the same time, it might be important that such a regulatory framework also grants sufficient autonomy to CSCs in order to make the model attractive enough for users (and so avoid that they return

to the illicit market) and small-scale growers. As Belackova & Wilkins (2018) note, there are clear advantages in engaging with CSCs and users in the development of legislation in this area, enhancing 'consumer agency and responsibility' (p. 32). Furthermore, it might also be important for legislative efforts in this area to pay attention to the extent to which their citizens, civil society and the wider society are used to experience state regulation or intervention in other aspects of their life and activities. For instance, a mandatory national registry for cannabis users may be perceived as a less intimidating measure in jurisdictions where general state intervention is higher (e.g. Uruguay), than in contexts where the state does not necessarily play such a role (e.g. US).

Finally, we should (re-)emphasize that while the focus of our analysis lays on the design of CSC regulation, we recognize that its actual enforcement will have significant impacts as to how CSCs will turn out to function in practice. This is to say that, in both a scenario where a detailed, stated-led regulatory framework is introduced or in a context where self-regulatory guidelines are allowed, the way those sets of rules are enforced will be of crucial importance. This may be of particular relevance for jurisdictions with diluted or destabilized state capacity that may be considering regulating this (or other) cannabis supply model(s).

4 Conclusion

A key goal of this contribution was to counter the idea that non-profit models for the supply of cannabis remain vague proposals. Although there are only a few cases of actual implementation of legislation specific to CSCs, these offer a rather detailed overview of what are the key aspects of the model and how the legislator intends to shape them. Lessons can be drawn from the design of legislative pieces regulating CSCs, from academic proposals, as well as from what we already know about what are the self-enacted CSC practices.

References

- Adams, P. J. (2013). Addiction industry studies: understanding how proconsumption influences block effective interventions. *American Journal of Public Health, 103*(4), 35–38.
- Arana, X. & Montañés, V. (2011). Cannabis cultivation in Spain – The case of cannabis social clubs. In T. Decorte, G. R. Potter & M. Bouchard (Eds.), *World wide weed: Global trends in can-*

- nabis cultivation and its control* (pp. 163–177). Surrey, UK: Ashgate.
- Arana, X. & Pares, O. (2020). Cannabis social clubs in Spain: recent legal developments. In T. Decorte, S. Lenton & C. Wilkins (Eds.), *Legalizing cannabis. Experiences, lessons and scenarios* (pp. 307–322). New York: Routledge.
- Barriuso, M. (2011). Cannabis social clubs in Spain: A normalizing alternative underway. *Series on Legislative Reform of Drug Policies*, 2, 1–9.
- Barriuso, M. (2012a). *Los Clubes Sociales de Cannabis en la encrucijada: entre la autogestión y la mercantilización* [Between collective organization and commercialisation: the Cannabis Social Clubs at a crossroads]. Retrieved from <https://www.tni.org/en/node/11903>
- Barriuso, M. (2012b). Ni prohibición ni mercantilización: buscando el equilibrio en la regulación legal del cannabis [Neither prohibition nor commercialisation: seeking the balance in the legal regulation of cannabis]. In Ararteko (Ed.), *Cannabis: usos, seguridad jurídica y políticas* (pp. 167–181). Victoria-Gasteiz: Ararteko.
- BBC News (2021, Dec. 14). *Malta becomes first EU nation to legalise cannabis*. <https://www.bbc.com/news/world-europe-59660856>
- Belackova, V., Tomkova, A. & Zabransky, T. (2016). Qualitative research in Spanish cannabis social clubs: “The moment you enter the door, you are minimising the risks”. *International Journal of Drug Policy*, 34, 49–57.
- Belackova, V., Van de Ven, K. & Roubalova, M. (2020). “More than just counting the plants”: different home cannabis cultivation policies, cannabis supply contexts and approaches to their evaluation. In T. Decorte, S. Lenton & C. Wilkins (Eds.), *Legalizing cannabis. Experiences, lessons and scenarios* (pp. 154–179). New York: Routledge.
- Belackova, V. & Wilkins, C. (2018). Consumer agency in cannabis supply – Exploring auto-regulatory documents of the cannabis social clubs in Spain. *International Journal of Drug Policy*, 54, 26–34.
- Blickmann, T. (2014). Cannabis policy reform in Europe: bottom up rather than top down. *Series on Legislative Reform of Drug Policies*, 28, 1–24.
- Bloco de Esquerda. (2013). *Projeto de Lei nr. 403/XII/2: Legaliza o cultivo de canábis para consumo pessoal e cria o enquadramento legal para os clubes sociais de canábis* [Law bill nr. 403/XII/2: legalizing cannabis cultivation for personal use and introducing a legal framework for cannabis social clubs]. Retrieved from: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailheIniciativa.aspx?BID=37667>
- Bloco de Esquerda. (2015). *Projeto de Lei nr. 880/XII/4: Legaliza o cultivo de canábis para consumo pessoal e cria o enquadramento legal para os clubes sociais de canábis* [Law bill nr. 880/XII/4: legalizing cannabis cultivation for personal use and introducing a legal framework for cannabis social clubs]. Retrieved from: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailheIniciativa.aspx?BID=39363>
- Boidi, M. F., Cruz, J. M., Queirolo, R. & Bello-Pardo, E. (2015). *Regulación del mercado de marihuana. Evidencia desde Uruguay a las Américas* [Regulation of the cannabis market. Evidence from Uruguay to the Americas]. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay.
- Boidi, M. F., Queirolo, R. & Cruz, J. M. (2016). Marijuana consumption patterns among frequent consumers in Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 34, 34–40.
- Carlini, B. H., Garrett, S. B. & Harwick, R. M. (2017). Beyond joints and brownies: Marijuana concentrates in the legal landscape of WA State. *International Journal of Drug Policy*, 42, 26–29.
- Caulkins, J. (2016). Legalising drugs prudently: The importance of incentives and values. In J. Collins & A. Soderholm (Eds.), *After the drug wars: Report of the LSE expert group on the economics of drug policy* (pp. 40–50). London: London School of Economics and Political Science.
- Caulkins, J. P. & Kilmer, B. (2016). Considering marijuana legalization carefully: insights for other jurisdictions from analysis for Vermont. *Addiction*, 111(12), 2082–2089.
- Caulkins, J. P., Kilmer, B., Kleiman, M. A. R., MacCoun, R. J., Midgette, G., Oglesby, P., et al. (2015). *Considering marijuana legalization: insights for Vermont and other jurisdictions*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Decorte, T. (2018). *Regulating cannabis: a detailed scenario for a nonprofit cannabis market*. Bloomington: Archway.
- Decorte, T. & Pardal, M. (2017). Cannabis Social Clubs in Europe: Prospects and limits. In R. Colson & H. Bergeron (Eds.), *European drug policies: The ways of reform* (pp. 285–299). New York: Routledge.
- Decorte, T. & Pardal, M. (2020). Insights for the design of Cannabis Social Club regulation. In T. Decorte, S. Lenton & C. Wilkins (Eds.), *Legalizing cannabis: experiences, lessons and scenarios* (pp. 409–426). London: Routledge.
- Decorte, T., Pardal, M., Queirolo, R., Fernanda, M., Sanchez, C. & Parés, O. (2017). Regulating Cannabis Social Clubs: A comparative analysis of legal and self-regulatory practices in Spain, Belgium and Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 43, 44–56.
- Grupo Parlamentario Morena. (2018). *Proyecto de decreto por el que se expide la ley general para la*

- regulación y control de cannabis* [Decree Project to introduce general law for the regulation and control of cannabis]. Retrieved from: http://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2018-11-08-1/assets/documentos/Inic_Morena_Control-Cannabis_081118.pdf
- Hall, W. (2016). Alcohol and cannabis: Comparing their adverse health effects and regulatory regimes. *International Journal of Drug Policy*, 42, 57–62.
- IRCCA. (2022). *Clubes de membresia con licencia aprobada al 08/06/2022* [Cannabis social clubs with approved license by 08/06/2022]. Retrieved from: <https://www.ircca.gub.uy/clubesaprobados/>
- Jansseune, L., Pardal, M., Decorte, T. & Parés, Ò. (2019). Revisiting the birthplace of the Cannabis Social Club model and the role played by Cannabis Social Club Federations. *Journal of Drug Issues*, 49(2), 338–354.
- Kilmer, B., Kruihof, K., Pardal, M., Caulkins, J. P. & Rubin, J. (2013). *Multinational overview of cannabis production regimes*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Kilmer, B. (2014). Policy designs for cannabis legalization: starting with the eight Ps. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(4), 259–261.
- Korf, D., Doekhie, J. & Wouters, M. (2011). *Amsterdamse coffeeshops en hun bezoekers* [Amsterdam's coffeeshops and their visitors]. Amsterdam: Rozenberg.
- Lenton, S., Frank, V. A., Barratt, M. J., Potter, G. R. & Decorte, T. (2018). Growing practices and the use of potentially harmful chemical additives among a sample of small-scale cannabis growers in three countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 192, 250–256.
- Lubman, D. I., Yucel, M. & Hall, W. D. (2007). Substance use and the adolescent brain: A toxic combination? *Journal of Psychopharmacology*, 21, 792–794.
- Marín, I. (2008). *La cultura "cannabica" en España (1991–2007)* [The cannabis culture in Spain (1991–2007)]. Universidad de Granada.
- Martínez Oró, D. P. (2015). Clubs sociales de cannabis: normalización, neoliberalismo, oportunidades políticas y prohibicionismo [Cannabis Social Clubs: normalisation, neoliberalism, political opportunities and prohibition]. *Clivatge*, 3, 92–112.
- Onkelinx, L., Di Rupo, E., Demeyer, W., Lalieux, K., Fernandez, J., Ozen, O. et al. (2017). *Voorstel van kaderwet tot instelling van een gereguleerde cannabismarkt* [Proposal of legal framework for the introduction of a regulated cannabis market]. Retrieved from: <http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/2660/54K2660001.pdf>
- Ooyen-Houben, M., Bieleman, B., Korf, D. & De Witte, K. (2017). Het besloten club – en het ingezetenen criterium voor coffeeshops: een natuurlijk experiment [The closed club and residency criterium for coffeeshops: a natural experiment]. *Tijdschrift voor Criminologie*, 59(1–2), 10–29.
- Pardal, M. (2016). Cannabis Social Clubs through the lens of the drug user movement. *Tijdschrift over Cultuur & Criminaliteit*, 2, 47–58.
- Pardal, M. (2018a). Belgian Cannabis Social Clubs' supply practices: A shapeshifting model? *International Journal of Drug Policy*, 57, 32–41.
- Pardal, M. (2018b). The Belgian Cannabis Social Club landscape. *Drugs and Alcohol Today*, 18(2), 80–89.
- Pardal, M. & Decorte, T. (2018). Cannabis use and supply patterns among Belgian Cannabis Social Club members. *Journal of Drug Issues*, 48(4), 689–709.
- Pardal, M., Decorte, T., Bone, M., Parés, Ò. & Johansson, J. (2020, July, 18). Mapping Cannabis Social Clubs in Europe. *European Journal of Criminology*. doi:10.1177/1477370820941392
- Pardal, M., Queirolo, R., Álvarez, E. & Repetto, L. (2019). Uruguayan Cannabis Social Clubs: from activism to dispensaries? *International Journal of Drug Policy*, 73, 49–57.
- Parés, O. & Bouso, J. (2015). *Innovation born of necessity: Pioneering drug policy in Catalonia*. New York: Open Society Foundations.
- Pardo, B. (2018). American exceptionalism and the failure to learn from mistakes of the past. *Addiction*, 113, 602–603.
- Queirolo, R. (2020). Uruguay: the first country to legalize cannabis. In T. Decorte, S. Lenton & C. Wilkins (Eds.), *Legalizing cannabis: experiences, lessons and scenarios* (pp. 116–130). London: Routledge.
- Queirolo, R., Boidi, M. F. & Cruz, J. M. (2016). Cannabis clubs in Uruguay: The challenges of regulation. *International Journal of Drug Policy*, 34, 41–48.
- Queirolo, R., Rossel, C., Álvarez, E. & Repetto, L. (2018). Why Uruguay legalized marijuana? The open window of public insecurity. *Addiction*, 114(7), 1313–1321.
- Repetto, L. (2014). Regulación del cannabis: ¿un asunto de seguridad? Entrada y mantenimiento en agenda de un problema de política pública [Regulation of cannabis: a security issue? Entry and maintenance on the agenda of a public policy problem]. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 23(1), 119–141.
- Rychert, M. & Wilkins, C. (2019). A "community enterprise" model for recreational cannabis: lessons from alcohol licensing trusts in New Zealand. *International Journal of Drug Policy*, 67, 72–78.
- Sánchez, C. & Collins, M. (2018). Better to ask forgiveness than permission: Spain's sub-national

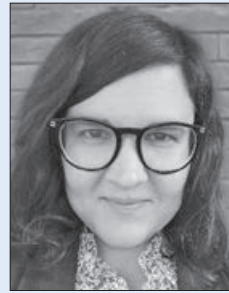
approach to drug policy. *Global Drug Policy Observatory*. Retrieved from: <https://gdpo.swan.ac.uk/?m=201806>

- Smart, R., Caulkins, J. P., Kilmer, B., Davenport, S. & Midgette, G. (2017). Variation in cannabis potency and prices in a newly legal market: Evidence from 30 million cannabis sales in Washington state. *Addiction*, 112, 2167–2177.
- Subritzky, T., Lenton, S. & Pettigrew, S. (2016). Legal cannabis industry adopting strategies of the tobacco industry. *Drug and Alcohol Review*, 35, 511–513.
- Wilkins, C. (2016). After the legalisation of cannabis: The Cannabis Incorporated Society (CIS) regulatory model for recreational cannabis in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 129(1433), 17–20.
- Wilkins, C. (2018). A “not-for-profit” regulatory model for legal recreational cannabis: insights from the regulation of gaming machine gambling in New Zealand. *International Journal of Drug Policy*, 53, 115–122.
- Wouters, M. & Korf, D. J. (2011). *De wietpas en het sociaal clubmodel: meningen en verwachtingen van coffeeshopbezoekers in Utrecht* [The weed-pass and the social club model: opinions and expectations of coffeeshop visitors in Utrecht]. Amsterdam: Rozenberg.



Prof. Dr. Tom Decorte

Criminologist and anthropologist. Professor of Criminology at Ghent University, Belgium. Director of Institute for Social Drug Research (ISD).
tom.decorte@ugent.be



Dr. Mafalda Pardal

Criminologist and senior researcher at RAND Europe, serves as the European lead for the RAND Drug Policy Research Center. Affiliated with Ghent University as a research fellow (Research Foundation Flanders). Research interests include the study of illicit markets, cannabis regulation and drug policy.
mpardal@randeurope.org

Cannabis-Regulierung in Österreich: gesellschaftspolitische Vorstellungen und Entwicklungen

Alfred Springer & Hans Haltmayer

Österreichischer Modus der Konsumkontrolle und Konsumkriminalisierung illegalisierter Substanzen

Der Umgang mit illegalen Drogen ist in Österreich im Suchtmittelgesetz (SMG) geregelt (Matzka, Zeder & Rüdissler, 2017; Uhl, Busch, Springer & Weigl, 2018). Dementsprechend ist auch der Umgang mit THC-haltigem Cannabis – außer Anwendungen aufgrund medizinisch indizierter ärztlicher Verordnung sowie für aufsichtsbehördlich genehmigte Forschungszwecke – in Österreich strafrechtlich verboten. Verboten sind laut SMG:

- der Erwerb und der Besitz,
- die Erzeugung und Beförderung,
- die Ein- oder Ausfuhr,
- das Verschaffen – also Weitergabe und Verkauf,
- das Überlassen oder Anbieten,
- der Anbau von Cannabis-Pflanzen, um daraus konsumierbare Cannabisprodukte zu gewinnen.

Auch Verschenken, Schenken-Lassen, Tauschen, Aufbewahren, Halten und Weiterreichen eines Joints sind strafbar, auch wenn dieser nicht geraucht wird. Dabei gibt es keine Mengenbegrenzung.

Der Konsum von Cannabis ist nicht ausdrücklich verboten und explizit kriminalisiert, dennoch muss die Polizei, wenn sie von Cannabiskonsum erfährt, die Droge beschlagnahmen und eine Anzeige wegen Erwerb oder Besitz vornehmen.

Durch die Kriminalisierung aller vorbereitenden Handlungen wird der Konsum in einen kriminellen Kontext gerückt. Insofern ist es gerechtfertigt, die Ausrichtung des Suchtmittelgesetzes als „prohibitiv“ zu bezeichnen.

Auch Gebrauch von Cannabis-Produkten bei „Eigenbedarf“ ist strafbar.

„Eigenbedarf“ ist aber mit einer geringeren Strafe von bis zu sechs Monaten Gefängnis oder einer Geldstrafe bedroht, wobei keine Ober- oder Untergrenze bei der „Eigenbedarfsmenge“ definiert ist. Im Allgemeinen gilt als „Eigenbedarf“ jene Menge, die konsumiert oder hergeschenkt wird.

In der Umsetzung der gesetzlichen Regulierung wird auf die Nutzung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ großer Wert gelegt. Darunter versteht man kriminalpolitische, gesundheitspolitische und sozialpolitische Maßnahmen, die den Suchtmittelmissbrauch einschränken und gleichzeitig Alternativen zur Bestrafung anbieten sollen. Neben Maßnahmen der Diversion fällt darunter seit 2016 eine besondere Art des Strafaufschubs, die bei Verurteilungen wegen Straftaten nach dem SMG oder damit zusammenhängenden Beschaffungsdelikten eingeräumt werden kann. Bei reinen Konsumdelikten einschließlich der Weitergabe zum Eigenkonsum, ohne daraus einen Vorteil zu ziehen, ist Straffreiheit möglich. Wird in solchen Fällen mittels einer ärztlichen Begutachtung Behandlungsbedürftigkeit festgestellt, ist Straffreiheit nur möglich, wenn die Betroffenen den oben beschriebenen „gesundheitsbezogenen Maßnahmen gemäß §§ 11 bis 14 Suchtmittelgesetz“ (SMG, 1997) Folge leisten, auf die die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde hinzuwirken hat. Derartige gesundheitsbezogene Maßnahmen sind:

- ärztliche Überwachung mit Beratungs- und Betreuungsgesprächen oder
- ärztliche Behandlung oder
- psychologische oder psychotherapeutische Behandlung oder

- eine Beratung in einer psychosozialen Beratungsstelle.

Diese Erweiterung des Prinzips Therapie statt Strafe unterstreicht, dass bei Drogenkonsum primär gesundheitsbezogene Abklärung und erforderlichenfalls Hilfestellung geboten sind statt strafender Intervention, ändert allerdings an der grundsätzlichen Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes der Substanzen nichts. Eine gesetzliche Entkriminalisierung ist damit nicht verbunden.

Auch in den Fällen, in denen eine gesundheitsbezogene Maßnahme angeordnet wird, ist die Kriminalisierung nicht völlig aufgehoben. Wenn einer der vorgegebenen Termine in der Beratungs-/Betreuungsstelle verabsäumt wird, muss die Staatsanwaltschaft informiert werden. Das gleiche Prozedere wird davon ausgelöst, dass nicht nachgewiesen werden kann, dass verordnete gesundheitsbezogene Maßnahmen durchgeführt worden sind. In diesen beiden Fällen muss die Staatsanwaltschaft innerhalb eines Jahres nach dem vorläufigen Rücktritt das Strafverfahren fortsetzen.

Wenn dies geschieht, ist immer noch eine weitere vorläufige Einstellung des Strafverfahrens möglich. In diesem Fall gibt es eine Probezeit von ein bis zwei Jahren. Probezeit bedeutet, dass innerhalb dieser Zeit keine weitere Anzeige wegen illegaler Suchtmittel wie Cannabis erfolgt. Endgültig wird das Verfahren erst eingestellt,

- wenn es während der Probezeit von ein bis zwei Jahren zu keiner weiteren Anzeige kommt
- und/oder wenn die bei Bedarf verordneten gesundheitsbezogenen Maßnahmen nachgewiesen werden können.

Wurde das Strafverfahren innerhalb eines Jahres von der Staatsanwaltschaft nicht fortgesetzt, wird es endgültig eingestellt.

Nach einer endgültigen Einstellung des Strafverfahrens gibt es keine Eintragung im Strafregister.

Die Anwendung der Alternativen zur Strafe erhöhte sich ab 2012 und stieg 2015 sprunghaft an, sank allerdings später wieder ab. Für Cannabis-bezogene Fälle werden v. a. psychosoziale Betreuung und ärztliche Überwachung als gesundheitsbezogene Maßnahmen empfohlen. Zwischen den Bundesländern bestehen Unterschiede hinsichtlich dieser Praxis. Besonders auffällig war im Drogenbericht 2020, dass in Kärnten für 65 Prozent der untersuchten Cannabisfälle eine gesundheitsbezogene Maßnahme verordnet wurde, während in den anderen Bundesländern dieser Prozentsatz zwischen neun Prozent und 30 Prozent lag.

Im Kontext unserer Forschungsarbeit konnten wir immer wieder die Beobachtung machen, dass der Informationsstand bezüglich der rechtlichen Verortung des Cannabisgebrauchs, vor allem die grundsätzliche aufrechte Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes der Droge, in der Bevölkerung recht dürftig ist und das Informationsniveau hinsichtlich der möglichen Strafandrohungen und Rechtsfolgen unzureichend ist.

Auch dieser Umstand mag dazu beitragen, dass Cannabisgebraucher häufig pönalisiert werden. Auf jeden Fall resultiert der größte Anteil der Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz aus Cannabis-bezogenen Tathandlungen, welcher Art auch immer.

Der Status der Cannabismedizin – Zugänglichkeit von medizinischen Zubereitungen

Hanfmedizin findet in Österreich Anwendung. Es besteht die Möglichkeit, THC-haltige Medikamente sowie Mischungen aus Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) medizinisch zu verordnen. Zur Behandlung mit Cannabisprodukten sind aber nur synthetische Produkte zugelassen. Die medizinische Verordnung von getrockneten Blüten- oder Fruchtsänden der Cannabispflanze zu Behandlungszwecken ist in Österreich nicht erlaubt (Blaas, 2016).

Epidemiologisches

Nach einer rezenten Darstellung (Wollny, 2021) ist derzeit anzunehmen, dass die Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis in Österreich bei etwa 14,5 Prozent liegt. Der Unterschied der Geschlechter beträgt dabei etwa zwei Prozent (Männer konsumieren häufiger), wobei bei Betrachtung der Jahresprävalenz der Abstand deutlich geringer ausfällt (0,8%). Als Variablen, die die Prävalenz beeinflussen, fallen vor allem Unterschiede nach Wohnungsort und Schulabschluss auf. Hinsichtlich der Altersverteilung ist, wie auch in vielen anderen Ländern, in Österreich zu beobachten, dass der Cannabiskonsum in der Adoleszenz einsetzt und dass das Konsumniveau zwischen dem 16. und 21. Lebensjahr das größte Ausmaß erreicht.

Obwohl Cannabisgebrauch gerne generalisierend als jugendliches Risikoverhalten dargestellt wird, hat sich diese Altersverteilung des Konsums erst über mehrere Jahrzehnte hinweg als relevante Veränderung des Konsumverhaltens ergeben. In der ersten Erhebung des

Cannabisgebrauches, die 1987 veröffentlicht wurde (Springer, Uhl & Maritsch, 1987), konnte erfasst werden, dass seit der ersten Drogenwelle, die etwa 1970 einsetzte, von Jahrgang zu Jahrgang ungefähr im Zeitraum einer Dekade Hanfdrogen immer populärer wurden, nach vorsichtiger Schätzung etwa 20 Prozent des Bevölkerungsanteils im Alter von 15 bis 40 Jahren zumindest Probiererfahrung mit Cannabis aufwiesen und dass in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen mit annähernd 25 Prozent „Haschischerfahrenen“ und rund sieben Prozent „aktuellen Haschischkonsumenten“ ein Plafond erreicht wurde. Damals war aber der Anteil der jüngsten „Haschischerfahrenen“ und „Haschischkonsumenten“ in dieser Teilpopulation noch äußerst gering.

Die Entwicklung ab 2010

Im österreichischen Bericht zur Drogensituation 2013 wurde beschrieben, dass Cannabis in der breiten Bevölkerung „angekommen“ sei, da der Gebrauch der Droge in der Allgemeinbevölkerung mit Lebenszeit-Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei jungen Erwachsenen relativ weit verbreitet sei.

Diese Situation blieb weiter bestehen. Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass diese Prävalenzraten jeweils nur für einen kurzen Zeitraum Gültigkeit besitzen. Im Bericht über das Drogenmonitoring Wien 2019 wurde z. B. berechnet, dass nur ein relativ kleiner Anteil der Personen mit Cannabiserfahrung die Droge kontinuierlich gebraucht bzw. zumindest gelegentlich auch zu späteren Messzeitpunkten immer noch konsumieren dürfte, da zwar 28 Prozent der Befragten sagten, dass sie Erfahrungen mit Cannabis haben, aber die entsprechende Drei-Jahres-Prävalenz nur etwas mehr als halb so groß (16%) war. Die Monatsprävalenz lief auf eine weitere Halbierung hinaus (8% bestätigten einen Konsum in den letzten 30 Tagen).

Risikoreicher Cannabiskonsum

Hinweise auf behandlungsrelevanten Cannabiskonsum werden den amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG entnommen, wobei lediglich Daten für Österreich ohne Wien vorliegen (Suchtgiftbericht, 2019). Seit 2010 ist der Anteil der Erstpatientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis, die sich in ambulanter Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe befinden, gestiegen und gleichzeitig der Anteil mit der Leitdroge Opiate gesunken. Im Jahr 2011 war schließlich der Anteil der Perso-

nen mit der Leitdroge Cannabis erstmals höher als der Anteil jener mit der Leitdroge Opiate. Diese Verteilung ist auch in den Jahren 2015 bis 2019 zu beobachten. Mögliche Erklärungen dieser Entwicklung sind eine tatsächliche Verschiebung des Problemkonsums von Opiaten zu Cannabis oder der Umstand, dass lediglich ein sinkender Behandlungsbedarf von Opiatkonsumentinnen/-konsumenten durch Cannabiskonsumentinnen/-konsumenten auf Einrichtungsebene kompensiert wird. Im Rahmen einer Fokusgruppe mit Vertreterinnen/Vertretern von Suchthilfeeinrichtungen wurden unterschiedliche Merkmale einer veränderten Patienten Klientel genannt: Einerseits wurde von einem Anstieg der Zahl jener Personen berichtet, die sich freiwillig in Behandlung begeben, was mit einer Entstigmatisierung des Cannabiskonsums erklärt wird. Andererseits wurde von einem Anstieg der Zahl junger und sozial auffälliger Klientinnen/Klienten berichtet, der wiederum mit einer weiteren Verbreitung von hochpotentem Cannabis in Verbindung gebracht wurde (Gesundheit Österreich, 2017).

Im Jahr 2019 wurde in 1394 Fällen von 23 599 polizeilichen Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz ein behandlungsrelevanter Konsum von Cannabis diagnostiziert (Anzenberger et al., 2020; ebenfalls Österreich ohne Wien).

Dies ist ein Hinweis darauf, dass nur ein kleiner Teil der von der Polizei angezeigten Cannabiskonsumierenden auch als behandlungsrelevant eingestuft wird.

Behandlungsrelevanter Cannabiskonsum

Insgesamt befanden sich im Jahr 2019 etwa 2800 Personen ausschließlich wegen Cannabiskonsums in Betreuung einer Einrichtung der Suchthilfe. Vertiefende Analysen aus den Jahren 2012 (GÖG & ÖBIG, 2013) und 2017 zeigen jedoch, dass lediglich etwa ein Drittel dieser Personen vor Behandlungsbeginn hochfrequent Cannabis konsumierte. Die übrigen Personen hatten ihren Cannabiskonsum bereits vor der Behandlung stark eingeschränkt bzw. möglicherweise nie hochfrequent konsumiert. Cannabiskonsum wird weiters relativ häufig auch im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster als behandlungsrelevant eingestuft.

Bezüglich der allgemeinen medizinischen Versorgung von Personen mit problematischem Cannabiskonsum ist zu beobachten, dass bei den Spitalsentlassungen im Jahr 2018 „schädlicher Gebrauch von Cannabis“ (69 Fälle), „psychotische Störung durch Cannabinoide“ (159 Fälle) und „Cannabisabhängigkeit“ (139 Fälle)

als Hauptdiagnose sehr selten vorkommen. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Cannabis 1493 Fälle, für psychotische Störung durch Cannabinoide 231 Fälle und für Abhängigkeit 519 Fälle.

Da sich die benutzten Datenquellen vermutlich stark überschneiden, dürfte die Gruppe der Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum nicht groß sein. Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

Die Legalisierungsdebatte und Initiativen zur Veränderung des legalen Status des Cannabis und des Cannabisgebrauchs

Eine kritische Bewertung der prohibitiven Tendenz des SMG reicht weit zurück. Bereits im Rahmen unserer Studie aus 1978 wurden in den Altersgruppen, in denen Cannabisgebrauch mit größter Häufigkeit angegeben wurde, auch am häufigsten entkriminalisierende Standpunkte bezogen und wurde auch am häufigsten eine Legalisierung des Umganges mit Cannabis gefordert. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass in dieser Alterspopulation diese Forderung nicht ausschließlich von Personen geäußert wurde, die gemäß ihren Angaben über Eigenerfahrung mit Hanfdrogen verfügten, sondern auch von Cannabisabstinenten.

Insgesamt forderten damals immerhin 34,6 Prozent der „Haschisch-Unerfahrenen“ entkriminalisierende und weitere zehn Prozent dieser Population legalisierende Maßnahmen. In den beiden Teilstichproben, die Cannabiserfahrung aufweisen, waren die entsprechenden Anteile wesentlich höher. Dieser Prozentsätze lagen damals über unseren Erwartungen.

Allerdings wurde diese Einstellung im gesellschaftlichen Diskurs kaum sichtbar. Außer Protestaktionen von (teil-)kulturell definierten Gruppierungen, die kaum Auswirkung auf die gesamtgesellschaftlichen Einstellungsmuster hatten, gab es nur wenige Initiativen und Persönlichkeiten, die die politischen Instrumente zu nutzen verstanden, Einfluss auf die politische Zuordnung der Suchtmittel nehmen wollten und die Drogenprohibition öffentlich zur Diskussion stellten.

Andererseits wurde im Suchtmittelreport der Bundesregierung 2013 festgestellt, dass sich hinsichtlich des Cannabisgebrauchs und der Cannabiserfahrung eine unterschwellige Normalisierung ergeben habe. In den Printmedien

wurde davon geschrieben, dass „Cannabis in der Mitte“ angekommen sei.

Dementsprechend ist es wohl kein Zufall, dass auch auf politischer Ebene in dieser Zeit über eine Neugestaltung des Suchtmittelgesetzes nachgedacht wurde.

Chronologie der Initiativen zur Veränderung der Cannabisregulierung

2014 wurde von den Repräsentanten der NEOS der Ruf nach einer Veränderung der Cannabisregulierung laut (Strolz, 2014). Strolz schwebte eine Verlagerung der Kontrolle ins Verwaltungsrecht vor. Die Vorarlberger jungen Neos gingen weiter als ihr Parteiohmann und drängten auf eine Legalisierung aller Drogen.

Besonders zu erwähnen ist jedoch in diesem Zusammenhang der Politiker und Drogenberater (Gründer der Einrichtung „ex und hopp“), Bernhard Amann, der auch als Obmann von „Legalize! Österreich“ fungiert.

Amann vertrat seine Position bereits vor 2013. Frühzeitig äußerte er in seinen medialen Auftritten vehement den Ruf nach Cannabislegalisierung. Bereits in den frühen Jahren des neuen Millenniums begründete er seine drogenpolitische Forderung damit, dass das staatliche Cannabisverbot nicht der gesellschaftlichen Realität entspricht. Trotz aller Prohibitionsmaßnahmen und unterschiedlicher Verfolgungspraktiken habe sich Cannabis neben Alkohol und Nikotin seit den 1980er Jahren zu einer unserem Kulturkreis zugehörigen Droge entwickelt. Cannabis sei „Alltag geworden“. Diese Entwicklung durch staatliche Verfolgungsbürokratie umkehren zu wollen, sei ein sinnloses Unterfangen, das die Steuerzahlenden jährlich einen dreistelligen Millionenbetrag koste und Bürgerinnen und Bürger entmündige. Es gebe hingegen ganz einfache einsichtige ökonomische und praktische Gründe für ein Abrücken von der Prohibitionspolitik und für eine Legalisierung. Auch hinsichtlich der Bedeutung der prohibitiven Politik für die Drogenprophylaxe äußert Amann sich kritisch. Er habe in den letzten Dekaden tausende junge Menschen kennen gelernt, denen durch dieses „Disziplinierungsgesetz“ die Zukunft verbaut wurde (Amann, 2004).

Später, 2017, forderte auch der Psychiater Reinhard Haller, der als Landes-Drogen-Beauftragter für Vorarlberg fungierte, Gesetzesänderungen in der Positionierung des Cannabis, um einer Überkriminalisierung junger Menschen zu begegnen. Ähnlich Amann argumentierte er, dass Cannabis zu einer Volksdroge geworden sei. In Vorarlberg hätte ein hoher Prozent-

satz bereits Probier-Erfahrungen, der in städtischen Gebieten sogar 60 bis 70 Prozent erreiche. Diese Menschen würden kriminalisiert, da Besitz und Konsum nach wie vor strafrechtlich geahndet würden. Unter einer gewissen Menge sollte seiner Meinung nach der Besitz und Konsum aus dem Strafrecht gestrichen werden. Ersatzweise sollte das Verhalten dem Verwaltungsrecht unterstellt werden. Seine Überlegungen stießen damals auf breite Ablehnung in verschiedenen Lagern, die unterschiedlich motiviert war. Einerseits winkte die Staatsanwaltschaft ab und meinte, dass Haller den Kriminalisierungsaspekt übertreibe. Neunzig Prozent der erwischten Ländle-Konsumenten würden ohnedies nicht bestraft. Die von Haller angesprochene Kriminalisierung gebe es nicht, wurde seitens der Staatsanwaltschaft Feldkirch behauptet. Amann auf der anderen Seite, der mit dem psychiatrischen Experten eine anhaltende drogenpolitische Kontroverse austrug, gingen Hallers Forderungen nicht weit genug. In einem *Standard*-Interview sagte er, dass Hallers Vorschlag, mittels einer Gesetzesänderung Cannabis in das Verwaltungsstrafrecht überzuführen, „absolut nichts“ mir einer Entkriminalisierung von Cannabisgebrauch zu tun habe. „Denn gerade mit den Bezirksverwaltungsbehörden gibt es aktuell immer wieder Probleme. Deren Handhabung bei Führerscheinangelegenheiten und auch Betreuungsaufgaben ist vielfach völlig überzogen.“ Er wies darauf hin, dass es konkrete Beispiele dafür gebe, dass diese Praxis einem Mobbing gleichkomme und Existenzen massiv gefährde (Haller will Gesetzesänderung für Cannabis – Amann: „Haller-Vorschlag hat nichts mit Entkriminalisierung zu tun“ [Vorarlberg online, 2017]).

Bernhard Amanns drogenpolitische Aktivitäten gipfelten schließlich 2014 darin, dass er die Bürgerinitiative „Herausnahme von Cannabis aus dem Österreichischen Suchtmittelgesetz“ initiierte, die parlamentarisch behandelt wurde.

Seine Forderung begründete er als Erstunterzeichner der Bürgerinitiative (53/BI) mit dem Argument, Hanf sei der vielseitigste Rohstoff der Erde und werde lediglich aus industriellen Interessen mit unverhältnismäßigen Strafen politisch bekämpft. Durch die Kriminalisierung von Cannabis würden bloß undurchsichtige Schwarzmärkte gefördert und überdies globale Gesellschaftsprobleme künstlich erzeugt. Anzeigen nach der derzeitigen Gesetzeslage hätten fatale Folgen, warnte Amann und sprach von Verlust von Sozialkapital. So würde etwa durch Berufsverbote jungen Menschen die Zukunft genommen. Es gehe um eine menschenwürdige Drogenpolitik und nicht darum,

„dass jeder kiffen kann, soviel er will“. Amann schlug eine parlamentarische Enquete vor, die es ermöglichen sollte, abseits von Ideologien mit in- und ausländischen ExpertInnen über das Thema Cannabis zu diskutieren

2015 wurde schließlich eine Debatte des Petitionsausschusses über Legalisierung von Cannabis durchgeführt (Parlamentskorrespondenz, 2015, Nr. 62).

In der Debatte überwog seitens der Regierungsparteien die traditionelle konservative Skepsis bezüglich der Forderungen der Bürgerinitiative. Der SPÖ-Mandatar brachte gesundheitspolitische Bedenken gegen eine Cannabis-Freigabe vor, sprach sich aber für mehr Prävention und eine Reduktion der Strafen aus. Einen vergleichbaren Standpunkt bezog auch der Vertreter der ÖVP, der zudem die Ansicht äußerte, der Schutzgedanke sollte im Mittelpunkt der Debatte über Suchtgifte stehen. Einer seiner Fraktionskollegen wiederum konnte sich ein Absehen von einer Anzeige beim erstmaligen Cannabis-Konsum vorstellen. Ein striktes Nein zur Legalisierung von Cannabis kam von der Repräsentantin der FPÖ. Auch sie plädierte allerdings für eine menschenwürdige Drogenpolitik, die Drogensüchtige als Kranke sieht und verstärkt auf Vorbeugung setzt.

Seitens der Grünen wurde der Vorschlag einer Enquete begrüßt. Von ihr sei Aufschluss über weitere gesetzliche Verbesserungsmöglichkeiten sowie über entsprechende internationale Erfahrungen zu erwarten. Eine Liberalisierung im Sinne der Bürgerinitiative werde wohl aber an den Verpflichtungen Österreichs durch die internationale Suchtmittelkonvention scheitern, meinte auch der Repräsentant der Grünen. Seitens der Neos wurde auf den Vorstoß dieser Fraktion in Richtung Legalisierung von Cannabis hingewiesen und eine wissenschaftliche Sammlung von Daten über den Suchtmittelkonsum in Österreich und dessen Auswirkungen auf Gesundheit und Volkswirtschaft, eine verstärkte Suchtmittelaufklärung an den Schulen sowie die Errichtung von konzessionierten Abgabesystemen eingefordert.

Ebenfalls 2015 formierte sich das *Netzwerk für Drogenselbsthilfe Vorarlberg*, das Amanns Forderungen in sein Programm aufnahm. Dieser selbst kritisierte bei der Gründungsveranstaltung des Netzwerks (1. Vorarlberger Drogenselbsthilfetagung in Hohenems) verschärfende Vorhaben im „Therapie statt Strafe“-Prinzip, die für Änderungen im SMG ab 2016 vorgesehen waren:

„Jeder Kleinkonsument wird zum Amtsarzt geschickt, wobei die Amtsärzte schon jetzt völlig überfordert sind. Da der Großteil der Cannar-

biskonsumenten keinerlei problematische Suchtmuster aufweist, werden so zahlreiche gesunde Menschen quasi psychiatriert, als krank erklärt und stigmatisiert – eine völlig überzogene Maßnahme.“ (Vorarlber online, 2015)

Des Weiteren wurde 2018 eine Petition zu Medical Cannabis eingebracht.

Eine weitere Initiative wurde 2019 formuliert. Es handelte sich um die als „Wiener Aufruf“ (2022) bekannte Parlamentarische Bürgerinitiative betreffend „Änderung der bestehenden Drogenpolitik im Sinne einer menschenrechtskonformen Drogenpolitik von Schadensminimierung, Eliminierung des Schwarzmarktes, Erhöhung des Jugendschutzes sowie Entkriminalisierung von DrogenkonsumentInnen“. Dieses Anliegen wurde bis zur Einbringung im Nationalrat von 781 Bürgerinnen mit ihrer Unterschrift unterstützt.

Im Positionspapier der Initiative wird gefordert, dass das Versagen der Prohibition eingestanden werden muss und dass es notwendig sei, alternative Konzepte zu entwerfen. Verwiesen wird auf die Entwicklung in Ländern, die im Sinne der AutorInnen der Petition Modelle entwickelt haben, welche im Sinne der Schadensminimierung und Nachhaltigkeit den Drogenkonsum regulieren und dabei die Rechte der DrogenkonsumentInnen respektieren (Portugal, Luxemburg, Niederlande, Uruguay, Kanada ...).

Nach der Vorstellung der Autoren der Petition ist die Voraussetzung für die Implementierung eines Modells zur Drogenregulierung ein gesellschaftlicher Ansatz. Dazu müsse ein Netzwerk von Organisationen zur Schadensminderung aufgebaut werden, um bestimmte Aspekte wie z.B. Aufklärung bezüglich Drogenkonsums, Prävention, Verständnis von Drogenrisiken und sicheren Umgang mit der Droge zu gewährleisten. Während dieses Prozesses müsse ein Gleichgewicht zwischen der Nicht-Stigmatisierung der KonsumentInnen und der Nicht-Banalisation der Substanzen hergestellt werden.

Als nennenswerte Beispiele für Projekte, die die Rechte der DrogenkonsumentInnen respektieren, gelten laut den Autoren der Initiative:

- Saubere bzw. sichere Drogenkonsumationsräume, in denen Menschen ihre Würde gelassen wird und die KonsumentInnen dadurch besser auf sich selbst achten und ein normales, gesundes Leben führen können.
- Cannabis Social Clubs, nicht gewinnorientierte Vereine, welche ihre Mitglieder und PatientInnen mit sauberem und leistbarem Cannabis (unter Einhaltung strikter Verhaltensregeln) versorgen.

- geführte Zeremonien wo psychedelische Pflanzen sicher konsumiert werden können. Die bisher letzte offene Petition zur Legalisierung der Hanfdroge wurde von der Sozialistischen Jugend Niederösterreich im August 2021 gestartet.

Zu erwähnen ist auch, dass am 15. Oktober 2021 ein österreichischer Cannabisaktivist, vertreten durch den Anwalt Dr. Helmut Graupner, einen Individualantrag beim Verfassungsgerichtshof (VfGH) gestellt hat, in dem der VfGH aufgefordert wird, zu prüfen, inwieweit das bestehende strikte Verbot von Cannabis für den persönlichen Gebrauch vereinbar ist mit den verfassungsmäßig garantierten Rechten auf Privatsphäre und persönliche Entfaltung. Dieser Antrag zielt keinesfalls auf eine umfangreiche Legalisierung von Cannabis ab, sondern fordert ausschließlich die verfassungsrechtliche Prüfung hinsichtlich des privaten Gebrauchs „ohne Vorteilsziehung“. Diese Form des privaten Gebrauchs umfasst den Besitz, Konsum und Eigenanbau von Cannabis – schließt jedoch den Handel aus. Der Individualantrag wird in der aktuellen Session (13.06.–02.07.2022) des österreichischen Verfassungsgerichtshofs behandelt. Der VfGH (2022) hat in einer am 18. Juli veröffentlichten Entscheidung den Antrag abgelehnt. Aus Sicht des Höchstgerichts war das Vorbringen „aussichtslos“ und daher schon aus diesem Grund abzulehnen.

Die reale drogenpolitische Landschaft

Auf Bevölkerungsebene zeichnet sich generell ein Umdenken ab. 2019 wurde im Auftrag des CBD-Start-Ups MAGU (2019) vom Marktforschungsinstitut Integral eine Erhebung zum Thema Legalisierung aller Hanfprodukte durchgeführt. Von 1009 Personen im Alter zwischen 16 und 69 Jahren sprach sich eine Mehrheit von 54 Prozent für eine Legalisierung aller Hanfprodukte aus. Dieses Ergebnis zeigte die rasante Veränderung in der Einstellung zu diesem Thema. Hatten sich doch zwei Jahre vorher noch 64 Prozent gegen eine Cannabislegalisierung ausgesprochen. Interessant war die regionale Verteilung dieses Ergebnisses. Das größte Ausmaß der Zustimmung ließ sich im Burgenland, der Steiermark und in Wien erheben, am unteren Ende der Zustimmungsskala rangierten Salzburg, Oberösterreich und Niederösterreich.

Im Februar 2022 bestätigte eine Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Unique Research (2021) im Auftrag von „profil“ diesen Trend. Von 800 TeilnehmerInnen an der Befragung sprachen sich 49 Prozent für Legalisierung im

Sinne eines kontrollierten Verkaufs von Cannabisprodukten zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften aus, gegenüber 40 Prozent, die eine ablehnende Haltung äußerten. Die Abgabe von Cannabisblüten aus medizinischen Gründen wurde von 78 Prozent befürwortet.

Aus diesen Ergebnissen könnte man schließen, dass in Österreich derzeit ein anti-prohibitorischer, non-punitiver Zugang zum sozialen und medizinischen Cannabisgebrauch dominiert, der eventuell auch auf politischer Ebene mehrheitsfähig wäre. Interesse verdient auch eine genauere Darstellung bzgl. der Einstellung der verschiedenen Altersgruppen, die in die Befragungen einbezogen wurden. Es ist vielleicht doch von Bedeutung, dass in beiden Befragungen Jugendliche einbezogen wurden.

Dennoch besteht gesellschaftspolitisch die Situation, dass die Parteien des politischen Spektrums, abgesehen von den Neos, eine kritisch-ablehnende Haltung zur Cannabisliberalisierung – und auch anderen Formen der Neuregulierung – beibehalten.

Die „Standard“-Redakteurin Lara Hagen hat am 26. November 2021 diese Situation treffend charakterisiert:

„In Österreich ist die Position der Parteien im Umgang mit Cannabis seit Jahren festgefahren: Die Grünen und die Neos sind in der Drogenpolitik liberaler und traten bereits für eine Entkriminalisierung (Grüne) bzw. eine Liberalisierung (Neos) ein. Am anderen Ende steht die FPÖ, die eine Legalisierung stets komplett ablehnte und Cannabis als Einstiegsdroge sieht. Dagegen waren aber auch immer SPÖ und ÖVP – eine Legalisierung hat es deswegen nicht in das Koalitionsprogramm von Türkis-Grün geschafft.“

Auch die Liberalisierung bei den Nachbarn ändert an diesen Positionen nichts. Die SPÖ lässt sich vom Kurswechsel der ‚großen Schwester‘ in Deutschland nicht beeinflussen: ‚Aus gesundheitspolitischen Gründen halten wir eine völlige Liberalisierung des privaten Konsums von Cannabis nicht für zielführend‘, sagt Gesundheitssprecher Philip Kucher. Während die Parteijugend auf eine Legalisierung pocht – die SJ Niederösterreich startete im August eine Onlinepetition –, betont Kucher, man wolle ‚am österreichischen Weg ‚Therapie statt Strafe‘ festhalten‘. Der sozialdemokratische Gesundheitssprecher verweist auf ‚weitreichende Regelungen‘, die diesbezüglich 2016 unter der SPÖ-geführten Regierung geschaffen worden seien.“

FPÖ und ÖVP bleiben bei ihrem klaren Nein zu einer Legalisierung.

Für Neos-Gesundheitssprecher Gerald Loacker ist das zu wenig. Die Pinken fordern seit Jahren eine Legalisierung – neben den Einnah-

men, die der Staat damit hätte, gehe es dabei auch um Schutz: ‚Wir fordern eine Legalisierung vor allem wegen der Qualitäts- und der Alterskontrolle.‘ Der Kunde wisse dann auch, was er oder sie bekommt – der THC-Gehalt ist angeben. Das Ziel von Dealern sei hingegen, Konsumentinnen und Konsumenten zu ‚hartem Zeug‘ zu bringen: ‚Weil auch Dealer wie Unternehmer denken und das verkaufen wollen, wo der Deckungsbeitrag am höchsten ist – das ist bei härteren Drogen der Fall.‘

Zu erwähnen ist allerdings, dass Wiens Drogenkoordinator, Ewald Lochner, 2018, im *Standard*-Interview mit Lara Hagen meinte, dass eine „Cannabis-Freigabe eine Angleichung an die Realität“ wäre (Hagen, 2018). Allerdings räumte er ihr geringe Chancen ein.

Neue Trends im professionellen Diskurs

Analysiert man die Entwicklungen der letzten Zeit ergibt sich letztlich der Schluss, dass sich unter dem Eindruck des internationalen Diskurses und speziell der Veränderungen, die in Deutschland zu erwarten sind, der legalisierungs-/regulierungsbezogene Diskurs in Österreich maßgeblich verändert hat, wobei durchaus auch Vorstellungen hinsichtlich einer umfassenden Regulierung des Zugangs zu THC-haltigen Cannabispräparaten zum Freizeitkonsum kein Tabuthema mehr sind. Von Vertretern der neuen Position wird „Regulierung“ gegenüber einer „Legalisierung“ bevorzugt, um Entwicklungen vorzubeugen, die anhand einer expansiv-aggressiven Vermarktung der Cannabisprodukte in Kanada und den USA beobachtet werden können.

Besonders bemerkenswert ist die Position, die in der letzten Entwicklung von der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung eingenommen wird. Diese Institution entwarf ein Positionspapier, das 2021 als Grundlage einer internationalen ARGE-Tagung, die vom 18. bis 20. Oktober 2021 im Lengbachhof/NÖ stattfand, diente (Weichhart & Weissensteiner, 2022).

Dem Positionspapier und der Veranstaltung kommt dadurch besondere Bedeutung zu, als die Tagung unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und regionaler Gesundheitsbehörden (Drogenkoordination NÖ) ablief. Wir geben in der Folge den Forderungskatalog, der von der ARGE Suchtbehandlung 1921 im Rahmen ihrer Tagung vorgestellt wurde, zur Gänze im Wortlaut wieder:

12. Geforderte Änderungen für Österreich

Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung empfiehlt einen regulierten, eingeschränkten Zugang zu Cannabis und Cannabisprodukten für den Freizeitgebrauch.

Die Planung, Implementierung und Evaluation eines Regulierungsmodells müssen durch unabhängige Expert*innen vorgenommen werden. Die ARGE Suchtvorbeugung stellt ihre Expertise hierbei gerne zur Verfügung. Das Expert*innen-Gremium ist auch zu späteren Zeitpunkten des Regulierungsprozesses lenkend einzubinden.

Die Implementierung des Modells soll in Phasen erfolgen, welche jeweils einer Evaluation unterzogen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse sind beim weiteren Verlauf zu berücksichtigen. Um absehbare, zwischenzeitlich negative Entwicklungen nicht überzubewerten, ist eine langfristige Evaluation durch unabhängige Expert*innen aus verschiedenen Fachbereichen (Suchtprävention, Suchthilfe, Medizin, Justiz) nach jeweils fünf und zehn Jahren durchzuführen.

Bei der Entscheidung bzw. Entwicklung eines Regulierungsmodells für Österreich müssen die Chancen und Risiken der unterschiedlichen Modelle aus folgenden Perspektiven beurteilt werden:

1. Aus Sicht der Suchtprävention:
Die Ansätze müssen wirksam dazu beitragen, die oben genannten präventiven Zielsetzungen zu erreichen.
2. Aus Sicht des Hilfe- und Gesundheitssystems:
Für Personen mit Leidensdruck muss ein niederschwelliger Zugang zu Hilfe- und Gesundheitssystemen ermöglicht werden.
3. Aus Sicht des Jugendschutzes:
Dem Schutz von Kindern und Jugendlichen muss ein besonderes Gewicht beigemessen werden.
4. Aus Sicht des Konsumentenschutzes:
Die Regelungen müssen klar verständlich formuliert und in der Anwendung überprüft werden (z. B. betreffend Produktsicherheit, Verkauf von CBD-Produkten etc.). Die rechtliche Verfolgung und Stigmatisierung von Konsument*innen müssen ausgeschlossen werden.

Dieser Forderungskatalog ist durchdacht und objektiv. Er schließt die Inhalte und Argumente ein, die in den vorhin dargestellten Initiativen vorgebracht werden. Die Darstellung der Perspektiven, die in der Umsetzung der Vorstellungen zur neuen Regulation des Umgangs mit Cannabisprodukten berücksichtigen sollten, ist klar und sachlich. Die schwierigste Aufga-

be, vor deren Bewältigung alle Vorschläge und Entwürfe stehen, besteht wohl darin, zu einer ausgewogenen und vernünftigen Position hinsichtlich eines adäquaten Jugendschutzes zu gelangen, in der die Gefahr vermieden wird, dass eine paradoxe Situation entsteht, in der die liberale Regulierung des Cannabismarktes dazu führt, dass sich die betroffene (relativ große) jugendliche Konsumentenpopulation einer neuen Gestalt der Diskriminierung und Kontrolle sowie auch weiterhin der Gefährdung durch den Schwarzmarkt ausgesetzt sieht. In diesem Kontext ist eine Intensivierung qualitativer Jugendforschung einzufordern – auf jeden Fall einer interdisziplinären Forschung – die sich nicht auf Konsumerfahrungsdaten und neurowissenschaftliche Hirnforschung beschränkt.

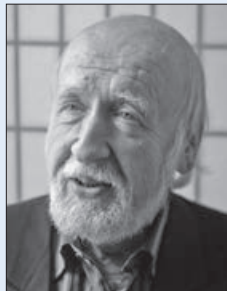
Literatur

- Amann, B. (2004, 19. Sept.). „Cannabis ist Alltag“ (E-Mail-Interview). *Der Standard*. <https://www.derstandard.at/story/1764488/cannabis-ist-alltag>
- Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Grabenhofer-Eggerth, A., Klein, Ch., Schmutterer, I. et al. (2020). *Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: GÖG. https://jasmin.goeg.at/1557/1/Epidemiologiebericht%20Sucht%202020_bf.pdf
- Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C. et al. (2017). *Epidemiologiebericht Sucht 2017*. Wien: Gesundheit Österreich. (2017, 8. Mai). *Cannabis in Österreich und der EU – Politik und Daten*. http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12__Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf – abgerufen am 01.07.2020.
- GÖG & ÖBIG. (2013). *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013 – Annex*. Wien. https://jasmin.goeg.at/169/2/Epidemiologiebericht%20Drogen%202012_2013%20-%20Annex_0Fehler.pdf
- Hagen, L. (2018, 10. Juni). Wiens Drogenkoordinator: „Cannabis-Freigabe wäre Angleichung an Realität“. *Der Standard*. <https://www.derstandard.at/story/2000081244930/drogenkoordinator-cannabis-freigabe-waere-angleichung-an-realitaet>
- Hagen, L. (2021, 26. Nov.). Deutschland legalisiert Cannabis – in Österreich „stellt sich die Frage derzeit nicht“. *Der Standard*. <https://www.derstandard.at/story/2000131427373/deutschland-legalisiert-cannabis-in-oesterreich-stellt-sich-die-frage-derzeit>
- MAGU. (2019). *Ergebnisse Cannabis-Umfrage*. <https://magu-cbd.com/wp-content/uploads/2019/>

- 08/Umfrage-CBD_MAGU-CBD-GmbH_1908_2019.pdf
- Matzka, M., Zeder, F. & Rüdissler, G. (2017). Suchtmittelgesetz – Kurzkomentar mit Kommentierung des NPSG (3. Aufl.). Wien: Manz'sche Verlagsbuchhandlung.
- Parlamentskorrespondenz. (2015, 27. Jan.). *Petitionsausschuss debattiert über Legalisierung von Cannabis* (PK-Nr. 62). Wien. [https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2015/PK0062/SMG. \(1997\). Suchtmittelgesetz. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_112_1/1997_112_1.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2015/PK0062/SMG. (1997). Suchtmittelgesetz. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_112_1/1997_112_1.pdf)
- Springer, A., Uhl, A. & Maritsch, F. (1987). Das Cannabisproblem in Österreich. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 10(1–2), 3–33.
- Strolz, M. (2014, 29. Okt.). Junge Neos wollen alle Drogen legalisieren, Strolz nur Cannabis (Interview). *Der Standard*. <https://www.derstandard.at/story/2000007432928/junge-neos-wollen-alle-drogen-legalisieren-strolz-nur-cannabis>
- Uhl, A., Busch, M., Springer, A. & Weigl, M. (2018). Cannabisregulierung in Österreich. *Suchtmed*, 20(6), 374–382.
- Unique Research. (2021). *Profil-Umfrage: Legalisierung von Cannabis*. <https://www.unique-research.at/post/profil-umfrage-legalisierung-von-cannabis>
- VfGH. (2022). *Beschluss vom 1. Juli 2022*. Wien: Verfassungsgerichtshof. https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Beschluss_G_323_2021_ua_Zlen_vom_1_Juli_2022.pdf
- Vorarlberg online. (2017, 29. Juli). *Netzwerk Drogen-selbsthilfe Vorarlberg*. VOL.at
- Weichhart, I. & Weißensteiner, M. (2022). *Cannabis-Freizeitgebrauch* (Positionspapier). Wien: Österreichische ARGE Suchtvorbeugung. https://www.suchtvorbeugung.net/downloads/ARGE_Positionspapier_Freizeitgebrauch_Cannabis.pdf
- Wiener Aufruf. (2022). *Änderung der bestehenden Drogenpolitik im Sinne einer menschenrechtskonformen Drogenpolitik von Schadensminimierung, Eliminierung des Schwarzmarktes, Erhöhung des Jugendschutzes sowie Entkriminalisierung von DrogenkonsumentInnen – Kurz: „Wiener Aufruf“* (19/BI). https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/BI/BI_00019/index.shtml
- Amann, B. (2014) Bürgerinitiative „Herausnahme von Cannabis aus dem Österreichischen Suchtmittelgesetz“. www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/BI/BI_00053/fnameorig_361051.html
- GÖG. (2013). *Bericht zur Drogensituation 2013*. Wien. https://jasmin.goeg.at/166/1/Bericht%20zur%20Drogensituation%202013_0-Fehler.pdf
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Schmutterer, I. & Schwarz, T. (2021). *Bericht zur Drogensituation 2020*. Wien: GÖG.
- Sozialistische Jugend Niederösterreich. (2021). *Für die Legalisierung von Cannabis in Österreich!* (Online-Petition). <https://www.openpetition.eu/at/petition/online/fuer-die-legalisierung-von-cannabis-in-oesterreich>
- Vorarlberg online. (2015, 22. Dez.). *Neues „Netzwerk Drogen-selbsthilfe Vorarlberg“ gegründet*. <https://www.vol.at/neues-netzwerk-drogenselbsthilfe-vorarlberg-gegruendet/4559059>
- SDW. (2020, 9. Juni). *Wiener Suchtmittelmonitoring 2019. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung*. <https://sdw.wien/information/download/bereich/suchtmittelmonitoring>

Weiterführende Literatur

- Amann, B. (2014, 15. Sept.). *Legalize wird nun im Parlament behandelt*. Vorarlberg online. <https://www.vol.at/legalize-wird-nun-im-parlament-behandelt/4085262>



Prof. Dr. Alfred Springer

MD, Univ. Prof., Psychoanalyst, Neurologe, Psychiater. Seit 2006 Präsident, Österreichische Gesellschaft für medikamentöse Suchtbehandlung (ÖGABS). Dozent an der Sigmund Freud Privatuniversität. Mitglied des informelles Netzwerks von Wissenschaftlern bei UNODC. Mitglied u. a. Europäische Vereinigung für Suchtforschung, European Society for Social Drug Studies. alfred.springer@meduniwien.ac.at



Dr. Hans Haltmeyer

Ärztlicher Leiter der Suchthilfe Wien gGmbH, 1. Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), Beauftragter für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien. hans.haltmeyer@suchthilfe.at

Coffeeshops 2.0. Vom regulierten Konsumentenverkauf zum geschlossenen System mit regulierter Produktion und Zulieferung

Dirk J. Korf

Intro: Wieso Coffeeshops?

Obwohl Cannabis in den Niederlanden immer noch eine illegale Droge ist, werden Marihuana und Haschisch in sogenannten „Coffeeshops“ verkauft. Ursprünglich waren solche Coffeeshops Lokale, wo das Klientel kleine Mengen Cannabis kaufte und konsumierte. Im Allgemeinen ist dies immer noch der Fall, obwohl heute einige Coffeeshops eher als Take-Away fungieren, in dem man Cannabis kaufen, aber nicht verwenden kann.

Coffeshop ist der englische Begriff für „koffiehuis“ – traditionell eine sehr beliebte Art von Nachbarschaftscafé, das Kaffee, Tee und andere alkoholfreie Getränke und manchmal auch einfache Mahlzeiten serviert. Im Laufe der 1970er Jahre wurde in einer wachsenden Zahl solcher Cafés Cannabis „unter dem Ladentisch“ verkauft, was zu Verhaftungen und Sicherstellung von Cannabis durch die Polizei führte. Um sie von traditionellen „koffiehuizen“ zu unterscheiden, wurden sie als „Coffeeshops“ bekannt.

Die ersten gesetzlichen Bestimmungen über illegale Drogen wurden 1919 im Opiumwet (Opiumgesetz) erlassen und beschränkten sich auf Opiate und Kokain. 1928 kam die Ein- und Ausfuhr von Cannabis dazu, als Folge der Genfer Konvention von 1925. Erst 1953 erhielten Hanfprodukte die gleiche Behandlung wie Opiate und Kokain; Besitz, Herstellung und Verkauf wurden zu Straftaten. Die gesetzliche Entkriminalisierung von Cannabis (d. h. Konsum, Besitz für den persönlichen Gebrauch und Verkauf von bis zu 30 Gramm für den persönlichen Gebrauch) erfolgte 1976. Die De-facto-Entkriminalisierung setzte jedoch etwas früher ein. Während der Parlamentsdebatten, die zur Revision des Opiumgesetzes im

Jahr 1976 führten, wurde die Legalisierung von Cannabis häufig diskutiert. Da anscheinend die Single Convention (New-York-Abkommen) von 1961 eine Legalisierung nicht erlaubte, wurde ein Kompromiss zwischen Verbot und Legalisierung als der einzige verfügbare Ausweg gesehen. Das revidierte Opiumgesetz unterschied erstmals zwischen „Drogen mit inakzeptablen Risiken“ wie Heroin, Kokain, Amphetaminen und LSD (Liste I) und „Hanfprodukten“ (Liste II). Die Strafen im Zusammenhang mit Cannabis wurden auf ein niedrigeres Niveau reduziert als die für Drogen der Liste I. Der Besitz von Haschisch oder Marihuana bis zu 30 Gramm wurde eine geringfügige Straftat, mit einer Höchststrafe von einem Monat in Haft. Leitgedanke war, dass eine weitere undifferenzierte Kriminalisierung aller Drogenkonsumenten und Drogendealer den Cannabiskonsumenten leichter mit harten Drogen in Berührung bringen würde. Der Unterschied zwischen weichen und harten Drogen sollte die jeweiligen Drogenmärkte trennen und damit dieses Risiko reduzieren.

Bis Mitte der 1990er Jahre lassen sich in Bezug auf den Cannabis-Retailmarkt drei Phasen unterscheiden (Korf, 2002): Während der ersten Phase (1960er und frühe 1970er Jahre) betraf es überwiegend einen *Underground*-Markt. Cannabis wurde heimlich in einem subkulturellen Umfeld (Straße, Park, „unter dem Ladentisch“) gekauft und konsumiert, das als Jugendgengekultur bezeichnet wurde. Die zweite Phase wurde eingeleitet, als auf lokaler Ebene die niederländischen Behörden (in einer Abstimmung zwischen Bürgermeister, Polizeichef und Staatsanwalt) begannen, sogenannte *Hausdealer* in Jugendzentren zu tolerieren (z. B. *Melkweg* und *Paradiso* in Amsterdam, *Doornroosje* in Nijmegen, *Kokerjuffer* in Enschede). Der politische

Spielraum für solche lokale Experimente wurde mit der gesetzlichen Entkriminalisierung im revidierten Opiumgesetz von 1976 formalisiert. 1979 traten diesbezügliche, offizielle nationale Richtlinien für Ermittlung und Strafverfolgung in Kraft. Diese Richtlinien basieren auf dem Opportunitätsprinzip, das im niederländischen Strafrecht den Behörden ermöglicht, von der Verfolgung strafbaren Verhaltens abzusehen, ohne zuvor die Gerichte um Erlaubnis zu bitten. Eine Strafverfolgung findet nur statt, wenn sie im öffentlichen Interesse zweckmäßig ist. Es wurde davon ausgegangen, dass eine generelle Verfolgung von Cannabisdelikten nicht dem öffentlichen Interesse dienen würde, sondern viele junge Menschen stigmatisieren und sie sozial von der Gesellschaft isolieren würde. Nach den nationalen Richtlinien wurde der Verkauf von Cannabis an Konsumenten toleriert, wenn der Haushändler die sogenannten AHOJ-Kriterien erfüllte: keine offene Werbung (Affichering), keine harten Drogen (Hard drugs), keine Belästigung (Overlast), keine minderjährigen Kunden (Jongeren). Später wurden es die AHOJ-G-Kriterien (Grote hoeveelheden, keine großen Mengen). Somit war der Retail-Cannabisverkauf aus rechtlicher Sicht eine Straftat, wurde aber unter bestimmten Voraussetzungen nicht strafrechtlich verfolgt. Zu unterstreichen ist, dass die zweite Phase *bereits eingeleitet* wurde und am sichtbarsten wurde, *nachdem* das Opiumgesetz 1976 revidiert wurde (die AHOJ-Kriterien wurden 1979 offiziell gemacht). Ende der 1970er Jahre war der Hausdealer zu einem beträchtlichen Konkurrenten des Straßenhändlers geworden.

In der dritten Phase wurden Haschisch und Marihuana überwiegend in *Coffeeshops* verkauft. Obwohl die niederländische Regierung diese Entwicklung nie beabsichtigte, wurde durch die Rechtsprechung (Jurisprudenz) entschieden, dass Coffeeshops nach den gleichen Kriterien wie Hausdealer zu tolerieren sind. In den 1980er Jahren eroberten Coffeeshops einen immer größeren Anteil am niederländischen Cannabis-Retailmarkt (Jansen, 1991).

Neue Sorgen – Verschärfte Cannabispolitik

Das revidierte Opiumgesetz von 1976 – und allgemeiner die niederländische Drogenpolitik seit den 1970er Jahren – basierte auf der Auffassung, dass Drogenprobleme in erster Linie eine Frage der öffentlichen Gesundheit und des Gemeinwohls seien und der Schwerpunkt lag bei Risikominderung (Leuw & Haen Marshall, 1994). Im Laufe der 1990er Jahre

verlagerte sich die Perspektive jedoch allmählich in Richtung Repression, wobei Kontrolle fast genauso wichtig wurde wie Gesundheit (Blom, 2006). Mehrere Faktoren spielten dabei eine Rolle. Drogenpolitisch waren die 1980er und frühen 1990er Jahre geprägt von HIV und AIDS bei intravenösen Drogenkonsumenten, und der Schwerpunkt lag auf Harm Reduction und niedrigschwelliger Hilfe für Heroin- und Crackkonsumenten (van Laar & van Ooyen-Houben, 2009). Darüber hinaus kam es in den späten 1980er Jahren zu einem raschen Aufkommen und einer Verbreitung von Ecstasy (MDMA) – und auch hier lag der Schwerpunkt auf der Schadensminimierung. In der Zwischenzeit hatten sich jedoch städtische „offene Drogenszenen“ entwickelt (mit Straßendealern, die Heroin, Kokain und Crack-Kokain verkauften, Beschaffungskriminalität usw.; Bless et al 2002), sowie eine Großproduktion von Ecstasy für den nationalen und internationalen Markt (van Ooyen-Houben & Kleemans, 2016). Diese Probleme überschatteten, was auf dem Cannabismarkt geschah und den Coffeeshops wurde weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Nach dem Schengener Abkommen (1985) stieg die Zahl der Coffeeshops rasant an, vor allem in grenznahen Regionen. Dies ging einher mit einem starken Anstieg des „Coffeeshop-Tourismus“ von Cannabiskonsumenten aus den Nachbarländern (Korf et al., 2001).

1995 veröffentlichte die niederländische Regierung ein umfassendes Weißbuch über die Drogenpolitik mit (dem Titel *„Kontinuität und Wandel“* (Tweede Kamer, 1995). Bezüglich der Probleme, die angegangen werden mussten, bezog sich das Weißbuch auf die Belästigung durch Coffeeshops, die durch eine große Anzahl von Kunden, einschließlich „Coffeeshop-Touristen“, verursacht wurde, sowie auf eine Zunahme der Beteiligung der organisierten Kriminalität an dem Drogenhandel und Kritik aus dem Ausland, insbesondere des International Narcotics Control Board (INCB). Das Weißbuch kam zu dem Schluss, dass Coffeeshops, obwohl sie „an sich wertvoll“ sind, „an Zahl und Last“ zugenommen haben (Tweede Kamer, 1995, S. 37), und unterstützte lokale Initiativen, um die Coffeeshop-Politik zu „rationalisieren“ und ihre Anzahl zu verringern.

In einem kritischen Rückblick analysierten van Ooyen-Houben und Kleemans (2016) die Entwicklung der Coffeeshop-Politik angesichts des zunehmenden Fokus auf Belästigung und Kriminalität seit 1995. Sie argumentieren, dass sich die verstärkte Kontrolle in Verwaltungs- und Strafgesetzen und Änderungen des Opiumgesetzes widerspiegelt, die darauf abzielen, die Ermittlung und Verfolgung von Drogende-

likten zu verbessern und zu erleichtern. Einige dieser Rechtsinstrumente stehen in direktem oder indirektem Zusammenhang mit der Coffeeshop-Politik.

Regulierung der Eingangstür – nationale und lokale Politik

Für Coffeeshops gelten sowohl Straf- als auch Verwaltungsrecht. Wie bereits erwähnt, legen die Richtlinien für die Untersuchung und Verfolgung von Opiumstraftaten durch die Staatsanwaltschaft Kriterien für die Nichtverfolgung von Coffeeshops fest (ursprünglich die sogenannten AHOJ-Kriterien, später AHOJ-G-Kriterien). Die ersten Spezifikationen dieser Kriterien stammen aus dem Jahr 1991. Seitdem wurden die nationalen Kriterien geschärft, erweitert und in AHOJG-I-Kriterien umetikettiert.

1996 wurden sowohl das J- als auch das G-Kriterium neu definiert (Staatscourant, 1996). Der Zugang wurde auf Personen über 18 Jahre beschränkt (J-Kriterium), die maximale Transaktion pro Kunde und Tag wurde von 30 auf 5 Gramm reduziert (G-Kriterium) und die maximale Menge an Cannabis auf Lager wurde auf 500 Gramm begrenzt (G-Kriterium).

Ab Mitte der 1990er Jahre lag der Fokus in der Coffeeshop-Politik auf einer Verschärfung der Regulierung der „Haustür“. Dazu gehörte auch, die Anzahl der Coffeeshops einzudämmen. Seitdem sank die Zahl der Coffeeshops von geschätzten 1 100–1 500 im Jahr 1995 (Bieleman & Goeree, 2001; van Ooyen-Houben & Kleemans, 2016) auf 813 im Jahr 2000, 660 im Jahr 2010, und 564 in 2020 (Mennes et al., 2021). Es gibt mehrere Gründe und Erklärungen für diesen drastischen Rückgang der Anzahl der Coffeeshops. Auf der einen Seite erhielten die Gemeinden mehr nationale Rechtsinstrumente für die lokale Coffeeshop-Politik, auf der anderen Seite mussten sie sich zu strengeren nationalen Kriterien verpflichten.

Bereits vor 1995 hatten die Gemeinden die Möglichkeit, Maßnahmen gegen Coffeeshops wegen Verstoßes gegen die nationalen AHOJ-G-Kriterien zu ergreifen. Und das geschah auch, besonders im Falle des Besitzes von oder des Handels mit harten Drogen (das H-Kriterium). Selbst wenn nur einzelne Kunden wegen des Besitzes von harten Drogen erwischt werden, werden Coffeeshops geschlossen, manchmal vorübergehend, aber mit wiederholten Verstößen in der Regel dauerhaft. In der Praxis stellte sich jedoch heraus, dass es oft sehr kompliziert war, „Belästigung“ objektiv zu definieren und administrativ zu dokumentieren, um Coffee-

shops aus rechtlichen Gründen wegen Belästigung (das O-Kriterium) zu schließen.

Letzteres war einer der Gründe, warum die nationale Regierung 1996 auf lokaler Ebene Gemeinden ein administrativrechtliches Instrument zur Verfügung stellte, um zu entscheiden, ob sie Coffeeshops zulassen würden oder nicht. Ende 2020 hatten 102 der insgesamt 355 niederländischen Gemeinden einen oder mehrere Coffeeshops. Auf der anderen Seite hatten sich fast 70 Prozent der niederländischen Gemeinden für eine Nullpolitik entschieden (etwa ein Viertel der niederländischen Bevölkerung lebt in diesen Gemeinden) und beschlossen, Coffeeshops überhaupt nicht zuzulassen (Mennes et al., 2021).

Amsterdam war wahrscheinlich die erste Stadt, die ein Lizenzsystem für Coffeeshops einführte. Dies wurde allmählich im ganzen Land üblich; heutzutage benötigen Coffeeshops eine Lizenz des Bürgermeisters. Die Entscheidung, Coffeeshops zuzulassen, wird auf kommunaler Ebene getroffen, vom Bürgermeister in Absprache mit der Staatsanwaltschaft und der Polizei (die sogenannte „dreigliedrige Konsultation“) und mit Einverständnis des Stadtrats. Ob eine niederländische Gemeinde einen oder mehrere Coffeeshops hat, hängt zum Teil von ihrer Bevölkerungsgröße ab, wobei größere Gemeinden eher Coffeeshops haben. Sie hängt jedoch stärker von der politischen Zusammensetzung des Gemeinderats ab.

„The larger the percentage of progressive councillors, the greater the probability that coffee-shops are allowed.“ (Wouters et al., 2010, S. 315).

Bis 1996 gab es in Bezug auf Coffeeshops keine landesweit einheitliche Definition von „Jugend“ (das J-Kriterium). In einigen Gemeinden wurde dies auf 16 Jahre (damals das Mindestalter für Alkohol) festgelegt, in anderen auf 18 Jahre (das Alter, um in den Niederlanden rechtlich volljährig zu werden). 1996 wurde dies harmonisiert und 18 Jahre wurden zum einheitlichen nationalen Kriterium. Die Einhaltung der J- und anderen nationalen Kriterien für Coffeeshops wird regelmäßig überprüft (siehe Kasten 1).

Darüber hinaus wurde 1996 auf nationaler Ebene beschlossen, dass Coffeeshops alkoholfrei sein müssen (Staatscourant, 1996). Obwohl dies in vielen Coffeeshops bereits üblich war (sei es aufgrund zusätzlicher lokaler Kriterien), gab es Coffeeshops, die Alkohol servierten. Einige davon hörten auf, Alkohol zu verkaufen. Andere Coffeeshops teilten ihr Lokal in einen alkoholfreien Coffeeshop und ein physisch davon getrenntes Café mit Alkohol auf. Manche ande-

Kasten 1

Einhaltung der nationalen Kriterien für Coffeeshops und Besitzer-Screening

Wenn ein Coffeeshop eines der AHOJ-G-Kriterien nicht erfüllt, kann der Bürgermeister Verwaltungsmaßnahmen anwenden, die von einer Geldbuße bis zur Schließung des Ladens für einen bestimmten oder unbestimmten Zeitraum reichen. Die Staatsanwaltschaft kann den Coffeeshop-Besitzer und das Personal strafrechtlich verfolgen. Die Schwere der Sanktion hängt vom Verstoß ab, d. h. das Vorhandensein von harten Drogen und Jugendlichen wird härter bestraft als Werbeverstöße, ebenso wie wiederholte Verstöße (van Ooyen-Houben & Kleemans, 2016). Die Einhaltung wird regelmäßig von Gemeinden, der örtlichen Polizei und anderen Behörden wie Steuerbehörden überprüft. Kundenausweise und der Cannabisvorrat im Coffeeshop werden überprüft. Im Rahmen eines „dreigliedrigen Konsultationsmodells“ einigen sich der Bürgermeister, der Staatsanwalt und der Polizeichef auf Durchsetzungsmaßnahmen. Im Allgemeinen halten Coffeeshops sich an alle diese Kriterien (Mennes et al., 2022). Eine Erklärung ist, dass Coffeeshops lukrative Unternehmen sind, die ihre Besitzer nicht kompromittieren wollen (van Ooyen-Houben et al., 2016; Korf et al., 2016).

Ein anderes Instrument zur *Regulierung der Eingangstür* ist das 2003 eingeführte *BIBOB-Gesetz*. Dieses Gesetz ermächtigte die Bürgermeister, durch ein Screening-Verfahren den kriminellen Hintergrund von Lizenzbewerbern zu überprüfen. Obwohl dieses Gesetz nicht speziell auf Coffeeshops ausgerichtet war, ist es üblich geworden, BIBOB zu verwenden, um Coffeeshop-Besitzer zu überprüfen (Mennes et al., 2022).

ren Coffeeshops hörten auf, ein Coffeeshop zu sein und fuhrten als Café fort. Damit trug die Alkoholfrei-Politik dazu bei, die Zahl der Coffeeshops zu reduzieren.

Ein weiterer Faktor für den Rückgang der Zahl der Coffeeshops war die Einführung auf lokaler Ebene von einer Politik für einen *Mindestabstand von Schulen*. Die Stadt Rotterdam war wahrscheinlich die erste Gemeinde, die dieses zusätzliche lokale Kriterium umsetzte, und 2009 16 Coffeeshops schloss, die sich im Umkreis von 250 Metern von den Schulen befanden. 2011 kündigte die nationale Regierung an, dass ab dem 1. Januar 2014 kein Coffeeshop mehr innerhalb von 350 Metern von Schulen für Sekundarschulbildung entfernt sein sollte. Ende 2012 wurde jedoch das geplante nationale Distanzkriterium von 350 Metern aufgehoben, und der Justizminister entschied, dass dieses Kriterium eine Frage der lokalen Politik sei. Ende 2020 hatten die meisten (84%) niederländischen Coffeeshopgemeinden eine Politik der Mindestentfernung von der Schule eingeführt, meistens maximal 250 Meter, manchmal mehr (Mennes et al., 2021). Ein Beispiel ist Amsterdam, wo eine Mindestentfernung von 250 Metern implementiert wurde. Zusammen mit der Schließung der meisten Coffeeshops im Rotlichtgebiet und einem rasant wachsenden Tourismus führte diese Maßnahme zu einem starken Anstieg der Besucherzahlen in den restlichen Coffeeshops (Korf et al., 2016).

Zusätzlich zu den nationalen Kriterien für Coffeeshops können Gemeinden *spezifische lokale Kriterien* einführen, wie z. B. die Anforderung, Sicherheitspersonal einzustellen, um die Belästigung zu reduzieren, obligatorische Mitarbeiterschulungen und die Verfügbarkeit von Drogenpräventionsmaterialien sowie

eingeschränkte Öffnungszeiten. Im Beispiel Rotterdam wurden Coffeeshops während der restlichen Stunden belebter und die Anwohner beschwerten sich manchmal über mehr Belästigung von Kunden vor der Tür und falsch geparkte Autos oder Mopeds (Korf & Liebrechts, 2015).

Mitgliedschaft und Einwohnerkriterium für Coffeeshops

2009 kam ein nationaler beratender Sachverständigenausschuss für Drogenpolitik (Adviescommissie Drugsbeleid, 2009) zu dem Schluss, dass Coffeeshops zu ihrem ursprünglichen Zweck zurückkehren sollten, nur an lokale Konsumenten zu verkaufen, insbesondere in der Grenzregion. Daraufhin kündigte die Regierung eine restriktivere Coffeeshop-Politik an, wobei zwei zusätzliche Kriterien in Kraft traten, an die sich Coffeeshops halten mussten: das private Clubkriterium und das Einwohnerkriterium (Staatscourant, 2011). Ab 2012 sah die neue nationale Politik vor, dass Coffeeshops nur Mitgliedern Zugang gewähren durften (das Private-Club-Kriterium) und nur Einwohner (das I-Kriterium) der Niederlande – unabhängig von der Staatsangehörigkeit – Mitglied werden durften. Diese verschärfte Politik zielte darauf ab, Coffeeshops kleiner und kontrollierbarer zu machen, die mit Coffeeshops verbundenen Belästigungen zu verringern und die Zahl der ausländischen Besucher („Coffeeshop-Touristen“) zu reduzieren.

Im Mai 2012 begann die Durchführung dieser neuen Kriterien als Pilotprojekt in den drei südlichen Provinzen (entlang der deutschen und belgischen Grenze), wo die Probleme der

Belästigung und des Drogentourismus als am dringendsten betrachtet wurden. Die restlichen Provinzen sollten im Januar 2013 folgen. Das Projekt wurde in 14 Gemeinden evaluiert, sieben in den südlichen Provinzen, in denen sie durchgeführt wurden („Experimentgruppe“), und sieben in anderen Provinzen, in denen sie nicht durchgeführt wurden („Vergleichsgruppe“). Es wurden eine Baseline-Bewertung (vor der Implementierung in der „experimentellen Gruppe“) und Follow-ups nach sechs und 18 Monaten durchgeführt. Eine Kombination von Methoden wurde angewendet: Interviews mit lokalen Experten, Umfragen mit Nachbarschaftsbewohnern, Coffeeshop-Besuchern und Cannabiskonsumenten außerhalb von Coffeeshops, sowie ethnographisches Fieldwork. Die Ergebnisse wurden nach dem ersten Follow-Up und nach dem zweiten Follow-up berichtet (in 2013 bzw. 2014). Eine Kurzversion der Ergebnisse wurde auf Englisch veröffentlicht (van Ooyen-Houben et al., 2016). Die wichtigsten Ergebnisse waren:

- In den drei südlichen Provinzen ging der Drogentourismus in Coffeeshops 2012 rapide zurück, der Straßenhandel florierte. 10 der 14 Gemeinden in der Studie setzten das Einwohnerkriterium (I-Kriterium) jedoch nicht durch, bzw. waren nicht dazu bereit, es einzuführen. Offiziell blieb dieses Kriterium in Kraft, wurde aber angepasst: Die lokalen Behörden können entscheiden, ob sie es anwenden wollen oder nicht (Tweede Kamer, 2012).
- Nach der Einführung des Mitgliedschaftskriteriums (Coffeeshop als private Clubs) in den südlichen Provinzen (der „experimentellen Gruppe“) verloren Coffeeshops viele ihrer lokalen Kunden, da die sich nicht offiziell als Clubmitglied registrieren wollten. Sie wandten sich von Coffeeshops ab und begannen, Cannabis auf dem illegalen Markt zu kaufen, was zur Belästigung von Straßendealern beitrug. Der wachsende illegale Cannabiskonsumentenmarkt zog junge Dealer an, vor allem aus sozioökonomisch schwächeren Bezirken.
- Das Mitgliedschaftskriterium wurde Ende 2012 abgeschafft (und damit in der „Vergleichsgruppe“ nie umgesetzt). Viele ansässige Cannabiskonsumenten kehrten in Coffeeshops (in den südlichen Provinzen) zurück, aber nicht alle. Der illegale Cannabismarkt (d.h. Cannabistransaktionen auf Konsumentenebene außer in Coffeeshops) ging zurück, blieb aber größer als vorher.

Fokus auf die Hintertür

Die niederländische Politik der Toleranz gegenüber Coffeeshops gilt nicht für die „Hintertür“. Die Polizei verschließt sozusagen die Augen vor dem Kauf, solange dies diskret und in kleinen Mengen geschieht (van Ooyen-Houben & Kleemans, 2016). Dies lässt Coffeeshops in einer komplizierten Schnittstellenposition zwischen der illegalen Produktion und dem quasi-legalen Verkauf an Konsumenten. Dieses Paradox und die damit verbundenen Probleme wurden lange Zeit ignoriert (van de Bunt, 2006), aber seit den frühen 2000er Jahren gewann das Thema „Hintertür“ an Bedeutung auf der politischen Agenda, nicht zuletzt, weil Coffeeshops zunehmend einheimisch angebautes Marihuana anstelle von importiertem ausländischem Haschisch verkauften. Die inländische Marihuana-Produktion wurde immer mehr mit kriminellen Organisationen assoziiert (Bovenker & Hogewind, 2003; Korf, 2011).

In den folgenden Jahren wurden Gesetze erlassen, um die Sanktionen gegen den großflächigen Cannabisanbau zu verschärfen und zu harmonisieren und mehr Raum für die lokale Politik zu schaffen (van Ooyen-Houben & Kleemans, 2016). So wurde der „Damokles Artikel“ in das Opiumgesetz (Artikel 13b) aufgenommen, der es den Bürgermeistern ermöglicht, Drogenhandelsräumlichkeiten in ihrer Gemeinde zu schließen – ab 2007 einschließlich Wohnungen, die für den Anbau von Marihuana genutzt wurden.

Es wurde eine spezielle Hanf-Taskforce eingerichtet und seit 2004 wird der inländische Anbau durch eine Kombination aus administrativen und finanziellen Maßnahmen (z. B. Beschlagnahmung von Erträgen aus Straftaten) und Strafrecht in Angriff genommen. Jährlich wurden rund 5000 Anbauflächen geräumt und Hunderttausende von Marihuana-Pflanzen beschlagnahmt (Korf, 2011; van Laar et al., 2014).

2015 wurde ein weiterer Artikel in das Opiumgesetz aufgenommen, der die Vorbereitung oder das Fazilitieren des Cannabisanbaus kriminalisierte. Dieser neue Artikel war speziell als Rechtsinstrument gegen sogenannte Growshops gedacht, da sie nicht nur Samen für den Anbau von Marihuana für den persönlichen Gebrauch verkauften, sondern auch eine entscheidende Rolle als „Vermittler“ im kommerziellen Indoor-Cannabisanbau spielten, indem sie alle Arten von Geräten für Anbaustellen (z. B. High-Tech-Lampen) verkauften. Immer mehr wurden Growshops als wichtige Vermittler in der Lieferkette zu Coffeeshops sowie als *Partner in Crime* bei der Marihuana-Produktion

für den illegalen Export verstanden (Emmett & Broers, 2008; Spapens et al., 2007).

Lokale Vorschläge für eine geregelte Versorgung von Coffeeshops

Das Hauptproblem mit der *Hintertür* in der niederländischen Cannabispolitik besteht darin, dass es kein offiziell autorisiertes System zur Versorgung von Coffeeshops gibt. In den letzten Jahren haben immer mehr niederländische Bürgermeister ihre Bedenken geäußert und weitere Regulierungen gefordert. Im Laufe des Jahres 2013 – als Antwort auf einen Brief des Justizministers an das Parlament, in dem er den Gemeinden die Möglichkeit bot, Pläne für den Cannabisanbau vorzustellen – schickten Gemeinden aus dem ganzen Land Vorschläge an die nationale Regierung, die Cannabisversorgung von Coffeeshops zu regulieren. Diese lokalen Vorschläge waren Teil einer umfassenderen Strategie, die von drei Gemeinden (Utrecht, Heerlen, Eindhoven) initiiert wurde. Im Laufe des Jahres 2013 führte dies zu einer *Manifest Joint Regulation*, in der sie für eine Regulierung des Cannabisanbaus zur Belieferung von Coffeeshops plädierten. In kurzer Zeit wurde dieses Manifest von 23 Gemeinden/Bürgermeistern unterzeichnet.

In seiner Reaktion weigerte sich der damalige Justizminister, jeglichen vorgeschlagenen Pilotprojekte die Erlaubnis zu erteilen. Laut dem Minister erlaubten die internationalen Drogenabkommen keinen zertifizierten und regulierten Cannabisanbau, stattdessen wäre die angemessene Antwort auf die organisierte Kriminalität starke Maßnahmen gegen Kriminalität und Belästigung, nicht Regulierung (Tweede Kamer, 2013, 2014). Demgegenüber meinten die Gemeinden, die das Manifest unterzeichnet hatten, der Justizminister basierte seine Auffassung auf einer einseitigen und negativen politisch voreingenommenen Auslegung der internationalen Verträge.

Für den Fall, dass es nicht möglich wäre, den regulierten Cannabisanbau landesweit einzuführen, schlug das Manifest vor, auf lokaler Ebene zu beginnen. Im Laufe des Jahres 2017 war die Zahl der Unterzeichner bereits über 60 Bürgermeister – meist aus Gemeinden mit Coffeeshops. Darüber hinaus plädierte der Verband der niederländischen Gemeinden (VNG) im Jahr 2016 für lokale Experimente im regulierten Cannabisanbau (VNG, 2016).

Vorbereitung eines nationalen Experiments mit geregelter Cannabis-Versorgung

Niederländische Regierungen werden von einer Koalition von zwei oder mehr politischen Parteien gebildet. Diese Parteien teilen nicht unbedingt die gleiche Seite des politischen Spektrums. Es ist nicht ungewöhnlich, dass das Parlament (150 Mitglieder) einen Vorschlag annimmt, der von einer oder mehreren politischen Parteien in der Regierung nicht unterstützt wird. Im Februar 2017 stimmte das niederländische Parlament für das „Wet Gesloten Coffeshopketen“ (das Geschlossene-Coffeshop-Kette-Gesetz), ein Vorschlag der Abgeordneten Vera Bergkamp, das Opiumgesetz durch Aufnahme eines neuen Artikels zu überarbeiten, durch den professionelle oder kommerzielle Cannabiszüchter unter strengen Bedingungen von der Strafverfolgung ausgenommen werden können (Tweede Kamer, 2016). Dieser Vorschlag wurde mit knapper Mehrheit angenommen (77 Ja/73 Nein).

Im Oktober 2017 trat eine neue Regierung ihr Amt an, eine Koalition von vier politischen Parteien mit unterschiedlichen Ansichten zur Cannabispolitik und zu Coffeeshops: die „liberal-progressive“ Partei des Abgeordneten Bergkamp, die die Initiative zur Überarbeitung des Opiumgesetzes ergriffen hatte, eine „liberal-konservative“ Partei mit einem starken Fokus auf die Bekämpfung der organisierten Kriminalität in der Cannabisproduktion und im Cannabishandel, und zwei konfessionelle (christliche) Anti-Coffeshop-Parteien, die der Prävention von Cannabiskonsum höchste Priorität einräumen. Trotz widersprüchlicher Perspektiven einigte sich die Koalition auf ein Experiment mit „geschlossener Coffeshop-Kette“ in sechs bis zehn Gemeinden. Im Februar 2018 informierten der neue Justizminister und der Gesundheitsminister das Parlament, dass ein unabhängiger Expertenausschuss eingesetzt werden würde, um die Regierung über das Design des Experiments zu beraten. Die Minister unterteilten das Experiment in drei Phasen:

- 1) *Vorbereitung*, beginnend mit der Implementierung eines Experimentgesetzes (damit das Opiumgesetz nicht gilt für die laut diesem Gesetz illegalen Handlungen, die aber für die Produktion von Cannabis und für die Lieferung an Coffeeshops erforderlich sind, soweit diese Maßnahmen im Rahmen des Experiments stattfinden) sowie der damit zusammenhängenden Verwaltungsverordnung.
- 2) *Experiment*: Innerhalb des rechtlichen Rahmens dieses Experiments kann, während

eines Zeitraums von etwa vier Jahren, Cannabis produziert, geliefert und in Coffeeshops in den teilnehmenden Gemeinden verkauft werden.

- 3) *Abbau*: Innerhalb von etwa sechs Monaten wird die Situation wieder auf den Stand vor dem Experiment zurückgebracht.

Im März 2018 wurde dieser Ausschuss installiert und Ende Juni 2018 legte er seinen Bericht vor (Adviescommissie Experiment Gesloten Cannabisketen, 2018). Der Ausschuss war der Meinung, dass es während der Vorbereitungsphase große Anstrengungen erfordern würde, den am Experiment teilnehmenden Coffeeshops ein ausreichend vielfältiges Cannabissortiment zur Verfügung zu stellen. Nach Ansicht des Ausschusses sollte im Rahmen des Experiments eine begrenzte Anzahl zuverlässiger und hochqualifizierter Züchter selektiert werden, die bereit sind, die erforderlichen Anforderungen zu erfüllen (z. B. keine Pestizide, Informationen über die Cannabissorte, THC, CBD usw.). Im Laufe der Zeit sollte entschieden werden, ob es wünschenswert und möglich wäre, mehr Cannabiszüchter in die geschlossene Kette aufzunehmen. Laut des Ausschusses sollte das Experiment nicht auf Marihuana beschränkt bleiben, er erkannte auch, dass es eine große Herausforderung sein würde, die teilnehmenden Coffeeshops nicht nur mit verschiedenen Arten von im Inland angebaute Marihuana, sondern auch mit einer Vielzahl von im Inland produziertem Haschisch zu versorgen. In Bezug auf Transport und Vorrat schienen die Empfehlungen über das G-Kriterium (maximal 500 Gramm Bestand) hinauszugehen. Der Ausschuss charakterisierte den Transport als eine anfällige Komponente in der Kette und empfahl, den Coffeeshops einen maximalen Handelsbestand zu gewähren, der mindestens für einen Tag ausreicht. Nach Ansicht des Ausschusses sollte der Konsumentenpreis für Cannabis dem bestehenden Markt entsprechen. Auch wies der Ausschuss auf das Risiko hin, dass die Regulierung dazu führen könnte, dass Cannabis als sicher und nicht gesundheitsschädlich wahrgenommen wird, da das Ministerium die Qualität des Produkts überwacht. Außerdem mischen Cannabiskonsumenten in den Niederlanden hauptsächlich Cannabis mit Tabak. Daher empfahl der Ausschuss Präventionsmaßnahmen als Teil der „Intervention“, die sich mit den gesundheitlichen Schäden befassen, die sowohl der Cannabiskonsum als auch das Rauchen von Tabak verursachen können.

In Bezug auf die wissenschaftliche Evaluation des Experiments empfahl der Ausschuss ein gemischtes Methodendesign: eine Prozessevaluation, um zu untersuchen, ob das Experiment

zu einer gut funktionierenden geschlossenen Cannabiskette führt, und eine Effektstudie. Leitfragen in der *Prozessevaluation* sind zum Beispiel:

- Ist die Kette wirklich geschlossen und gelingt es den Coffeeshops, ausschließlich von legalen Cannabiszüchtern und -produzenten beliefert zu werden und den Verkauf von illegal produziertem Cannabis in ihren Räumlichkeiten vollständig abzuschaffen?
- Wie funktionieren und entwickeln sich Prozesse innerhalb der Kette?
- Kaufen Cannabiskonsumenten in einem legalen Coffeeshop ein oder wenden sie sich an andere Verkaufsstellen?
- Wie erleben Konsumenten die geschlossene Kette?
- Ziehen die „von der Regierung genehmigten“ Coffeeshops mehr junge Käufer an und wie warnen sie sie vor möglichen Gesundheitsschäden?

Bezüglich der *Effektstudie* wies der Ausschuss auf mehrere Themen hin, z. B.

- Cannabiskonsum,
- Kombination von Cannabis mit anderen Substanzen,
- Cannabisabhängigkeit,
- Auswirkungen auf die Gesundheit von Cannabis,
- Fahren unter dem Einfluss von Cannabis,
- Kriminalität,
- Sicherheit und Belästigung.

Um bestimmte Auswirkungen einer geschlossenen Cannabiskette festzustellen, meinte der Ausschuss, mögliche Änderungen sollten am besten vergleichend in Gemeinden untersucht werden, in denen die „Intervention“ durchgeführt wird und in denen, wo das nicht geschieht (die Terminologie illustriert den methodologischen Einfluss der Mediziner im Ausschuss mit RCS – Randomized Controlled Studies – als ihrem Idealdesign). Nach Ansicht des Ausschusses könnte eine solide, gut konzipierte Vergleichsstudie evidenzbasierte Ergebnisse zu kurzfristigen Auswirkungen liefern, doch gesundheitliche Auswirkungen, die nur längerfristig beobachtbar sind, gehen über den Rahmen der Effektstudie hinaus, die in vier Jahren abgeschlossen sein sollte. Auch würde das Experiment keine eindeutigen Schlussfolgerungen in Bezug auf die allgemeinen Folgen in Bezug auf die Kriminalität zulassen.

Wie bereits erwähnt, resultierte das vorgeschlagene Experiment aus einer Vereinbarung zwischen vier politischen Parteien mit unterschiedlichen Ansichten über Cannabispolitik und Coffeeshops. Dies erforderte Kompromisse. Einer war eine Begrenzung des Experiments auf die sechs bis zehn Gemeinden. Laut des

Ausschusses erfordere die Effektstudie jedoch die Beteiligung von „deutlich mehr“ Gemeinden. Ein weiteres heikles Thema betraf die dritte Phase des Experiments: den Abbau (innerhalb von sechs Monaten). Auch dies war ein Kompromiss für die politischen Parteien in der Koalition, die es vorziehen, überhaupt keine Coffeeshops zu haben. Der Ausschuss gab zu diesem Thema eine sehr klare Stellungnahme ab und erklärte, dass, wenn das Experiment erfolgreich ist, es „unlogisch und riskant“ wäre, zu der Situation zurückzukehren, wie sie vor dem Experiment war. Stattdessen riet der Ausschuss der Regierung, im Falle eines erfolgreichen Ergebnisses keine Abbauphase zu starten und eine klare Aussage zu machen, dass sie beabsichtigt, die geschlossene Cannabiskette landesweit umzusetzen, wenn das Experiment erfolgreich ist (Adviescommissie Experiment Gesloten Cannabisketen, 2018).

Anfang Juli 2018 reagierte die niederländische Regierung in einem Brief an das Parlament weitgehend positiv und im Einklang mit dem Ausschussbericht, war jedoch mit einigen Vorschlägen nicht einverstanden und bestand darauf, das Experiment auf maximal zehn Gemeinden zu beschränken (Brief vom 6. Juli 2018 des Gesundheitsministers und des Justizministers an das Parlament [137242-178738-VGP] – „Kabinetreactie Adviescommissie Experiment gesloten cannabis keten“). In der Woche darauf wurde dem Parlament ein erster Entwurf des Experimentgesetzes übermittelt (Tweede Kamer, 2018a). In den folgenden Monaten gingen gesellschaftliche Diskussionen und politische Debatten über das Experiment weiter. Der Verband der niederländischen Gemeinden plädierte weiterhin für eine größere Anzahl von Städten in dem Experiment und gegen die Bedingung, dass alle Coffeeshops in einer Gemeinde teilnehmen sollten, da dies für Städte wie Amsterdam (ca. 170 Coffeeshops) und Rotterdam (ca. 40 Coffeeshops) nicht realistisch wäre. Coffeeshops beharrten auf ihrer Besorgnis über ausreichende Sorten von Marihuana und Haschisch. Der ständige Justizausschuss des Parlaments erörterte ausführlich den Entwurf des Experimentgesetzes. Ende November 2018 veröffentlichte die Regierung ihre Ansichten (Tweede Kamer, 2018b). Seitdem wurde das Experiment weiter vorbereitet, sowohl rechtlich als auch praktisch, in Absprache mit den lokalen Behörden (einschließlich des Verbandes der niederländischen Gemeinden) und Coffeeshops. Für die wissenschaftliche Evaluation wurde ein Forschungskonsortium ausgewählt, aus den interessierten Gemeinden mit Coffeeshops wurden zehn für die Teilnahme an dem Experiment sowie zehn „Kontroll-Ge-

meinden“ benannt. Mehr als hundert Kandidaten meldeten sich an als mögliche Produzenten. Zwischendurch (März 2021) gab es nationale Wahlen, aber es dauerte bis Januar 2022, bis das neue Kabinett sein Amt antrat – übrigens mit den gleichen vier Koalitionsparteien wie vorher. Ende März 2022 berichteten der neue Gesundheitsminister und die neue Justizministerin in einem Brief an das Parlament, dass das Experiment fortgesetzt wird, wenn auch leicht modifiziert (Brief vom 30. März 2022 an das Parlament [3343772-1026905-VGP] – „Voortgang experiment gesloten coffeeshopketen“). Das Experiment wird (noch) um eine Großstadt (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag oder Utrecht) erweitert und dafür müssen die Gesetze und Vorschriften noch einmal angepasst werden. Acht Züchter/Produzenten wurden ernannt (es wird erwartet, dass diese Zahl sich bald auf zehn erweitert). Der Anbau erweist sich als komplexer Prozess, nicht nur um einen geeigneten und sicheren Standort zu finden, sondern beispielsweise auch um ein Bankkonto zu erhalten. Und dann sind da noch die landwirtschaftlichen Herausforderungen einer ausreichenden Menge, Qualität und Vielfalt des produzierten Marihuanas und Haschischs, um die teilnehmenden Coffeeshops vollständig und dauerhaft beliefern zu können.

Die zurzeit meiste aktuelle Erwartung ist, die Übergangsphase könnte im zweiten Quartal 2023 anfangen. Dann können die teilnehmenden Coffeeshops das Cannabis der designierten Züchter verkaufen, zusätzlich zu dem bestehenden Verkauf aus dem illegalen Angebot. Nach sechs Wochen beginnt endlich die Experimentierphase (vier Jahre) und sie dürfen nur noch Cannabis aus der geschlossenen Kette verkaufen. Daher wird mit dem Jahr 2027 gerechnet, bevor im Falle einer positiven Bewertung die geschlossene Kette national eingeführt werden könnte.

Zum Schluss

Im Laufe der Zeit hat sich das Pendel in der niederländischen Coffeeshop-Politik zwischen einer stärkeren lokalen und einer stärkeren nationalen Ausrichtung verschoben – und umgekehrt. Coffeeshops wurden immer mehr reguliert. In einem dynamischen Prozess wurden die lokalen Richtlinien gegenüber Coffeeshops formalisiert und nationale Kriterien für Coffeeshops definiert – und durchgesetzt. Während die niederländische Regierung einerseits Rechtsinstrumente zur Verfügung stellte, um mehr Raum für die lokale Coffeeshop-Politik zu schaffen, d. h. zusätzliche Kriterien/Anfor-

derungen für Coffeeshops zu definieren, können sich andererseits die Kommunen für eine Nullpolitik entscheiden und damit Coffeeshops überhaupt nicht zulassen. Bis heute hat etwa ein Viertel der niederländischen Gemeinden (mit etwa drei Vierteln der Bevölkerung) einen oder mehrere Coffeeshops.

Insgesamt haben die letzten Jahrzehnte zu einer klar definierten Reihe von nationalen Kriterien für die Duldung von Coffeeshops und zu einer transparenten Durchsetzungspolitik geführt. Eine wichtige Einsicht ist, dass die Einschränkung des (halblegalen) Zugangs zu Cannabis, z. B. eine registrierte Coffeshop-Mitgliedschaft, zu einer schnellen Verzerrung des Marktes führen kann, mit negativen Folgen wie dem Straßenhandel. Und umgekehrt: der regulierte oder legale Verkauf kann dazu beitragen, den illegalen Markt zu verdrängen.

Die Politik der „Toleranz“ bezieht sich nur auf die „Eingangstür“ von Coffeeshops, d. h. den Verkauf von Cannabis (bis zu fünf Gramm pro Transaktion) an die Verbraucher. Obwohl die Lieferung von Cannabis an Coffeeshops – die „Hintertür“ – seit Jahren diskutiert wurde, erhielten Aufrufe von lokalen politischen Entscheidungsträgern und Politikern (Gemeinden), einen nächsten Schritt zu machen und auch die Angebotsseite des Cannabis-Einzelhandelsmarktes zu regulieren, keine Unterstützung von der nationalen Regierung. Stattdessen wurde eine repressive Politik gegenüber den Cannabisanbau intensiviert. Unbeabsichtigt trug dies zur verstärkten Beteiligung des organisierten Verbrechens an der Cannabisindustrie bei.

Interessanterweise liegt der Unterschied zwischen Befürwortern und Gegnern der Regulierung des Cannabisanbaus nicht so sehr in der Problemanalyse. Beide Seiten erkennen das Paradox in der niederländischen Cannabispolitik an (Verkäufe werden durch die Eingangstür toleriert, nicht aber die Lieferung an der Hintertür) und sind besorgt über die Rolle des organisierten Verbrechens bei der Cannabisproduktion. Der wesentliche Unterschied liegt in der befürworteten politischen Lösung: mehr Durchsetzung, um das organisierte Verbrechen zu bekämpfen, gegenüber Regulierung, um dem organisierten Verbrechen den Marsch zu stehlen.

Als Reaktion auf den anhaltenden Fokus auf Repression intensivierten lokale Politiker ihre Zusammenarbeit in dem Plädoyer, die „Hintertür“ zu regulieren, und veröffentlichten ein Manifest. Während sich die nationale Regierung zunächst weigerte, einen rechtlichen Spielraum für die Regulierung der Versorgung von Coffeeshops zu schaffen, fand im Laufe des Jahres 2017 ein rascher Wandel statt. Das nie-

derländische Parlament stimmte für einen Vorschlag zur Überarbeitung des Opiumgesetzes – wenn auch mit einer sehr knappen Mehrheit –, der den rechtlichen Spielraum für die Lieferung von Cannabis an Coffeeshops in einer geschlossenen Kette von der Pflanze bis zum Verbraucher schafft. In der Praxis stellt sich dies jedoch als kompliziert heraus. In den letzten fünf Jahren wurde viel Arbeit geleistet, aber das Experiment in Städten mit Coffeeshops wird voraussichtlich erst 2023 beginnen.

Literatur

- Adviescommissie Drugsbeleid. (2009). *Geen deuren maar daden: Nieuwe accenten in het Nederlandse drugsbeleid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR).
- Adviescommissie Experiment Gesloten Cannabisbisketen. (2018). *Een experiment met een gesloten cannabisbisketen*. Den Haag. www.rijksoverheid.nl/ecg
- Bieleman, B. & Goeree, P. (2000). *Coffeeshops in Nederland. Aantallen en gemeentelijk beleid 2000*. Groningen: IntraVal.
- Bless, R., Korf, D. J. & Freeman, M. (1995). Open drug scenes: A cross-national comparison of concepts and urban strategies. *European Addiction Research*, 1, 128–138.
- Blom, T. (2006). Coffeeshops, gedoogbeleid en Europa. *Justitiële Verkenningen*, 32(1), 146–156.
- Bovenkerk, F. & Hoogewind, W. I. M. (2003). *Hennepteelt in Nederland: Het probleem van de criminaliteit en haar bestrijding*. Zeist: Kerckebosch.
- Emmett, I. & Boers, R. (2008). *Het groene goud*. Zoetermeer: KLPD.
- Jansen, A. C. M. (1991). *Cannabis in Amsterdam: A geography of hashish and marihuana*. Muiderberg: Coutinho.
- Korf, D. J. (2002). Dutch coffeeshops and trends in cannabis use. *Addictive Behaviors*, 27, 851–866.
- Korf, D. J. (2011). Marijuana behind and beyond coffeeshops. In T. Decorte, G. R. Potter & M. Bouchard (Eds.), *World Wide Weed. Global trends in cannabis cultivation and its control* (pp. 181–195). Ashgate: Farnham.
- Korf, D. J., Benschop, A., Nabben, T. & Wouters, M. (2013). *Coffeshop, overlast en illegale markt*. Amsterdam: Rozenberg.
- Korf, D. J. & Liebrechts, N. (2015). *Evaluatie terugbrengen sluitingstijden coffeeshops*. Rotterdam: Bonger Instituut.
- Korf, D. J., Liebrechts, N. & Nabben, T. (2016). *Waterbed, drukte en overlast. Effecten sluitingsbeleid coffeshops in Amsterdam-Centrum*. Amsterdam: Rozenberg.

- Korf, D. J., van der Woude, M., Benschop, A. & Nabben, T. (2001). *Coffeeshops, jeugd en toerisme*. Amsterdam: Rozenberg.
- Leuw, E. & Haen Marschall, I. (Eds.) (1993). *Between prohibition and legalization. The Dutch experiment in drug policy*. Amsterdam: Kugler.
- Mennes, R., Pieper, R., Schoonebeek, I. & Bieleman, B. (2021). *Coffeeshops in Nederland 2020. Aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999–2020*. Groningen: Breuer & IntraVal.
- Nijkamp, R. & Bieleman, B. (2012). *Coffeeshopbezoek Rotterdam voorjaar 2012*. Rotterdam: IntraVal.
- Spapens, T., van de Bunt, H. G. & Rastovac, L. (2007). *De wereld achter de wietteelt*. Den Haag: Boom.
- Staatscourant. (1996). *Richtlijnen opsporings- en strafvoorderingsbeleid strafbare feiten Opiumwet* (Staatscourant 27 september, nr. 187). Den Haag: Sdu.
- Staatcourant. (2011). *Aanwijzing Opiumwet 2015 A003* (Staatscourant 27 december, nr. 22936). Den Haag.
- Tweede Kamer. (1995). *Het Nederlandse drugsbeleid. Continuïteit en verandering*. Tweede Kamer stukken 1994–1995, no. 24007 (3). Den Haag.
- Tweede Kamer. (2012). *Drugbeleid: Brief van de minister van veiligheid en Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal* (Kamerstuk 24077, nr. 293). Den Haag.
- Tweede Kamer. (2013). *Drugbeleid: Brief van de minister van veiligheid en Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal* (Kamerstuk 24077, nr. 314). Den Haag.
- Tweede Kamer. (2014). *Drugbeleid: Brief van de minister van veiligheid en Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal* (Kamerstuk 24077, nr. 315). Den Haag.
- Tweede Kamer. (2016). *Wet gesloten coffeeshopketen* (Kamerstuk 34165, nr. 6). Den Haag. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34165-6.html>
- Tweede Kamer. (2018a). *Voorstel van Wet. (Wet experiment gesloten coffeeshopketen)* (Kamerstuk 34997, nr. 2). Den Haag. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34997-2.html>
- Tweede Kamer. (2018b). *Regels inzake een uniform experiment met teelt en verkoop van hennep en hasjiesj voor recreatief gebruik in een gesloten coffeeshopketen (Wet experiment gesloten coffeeshopketen)* (Kamerstuk, 34997, nr. 6). Den Haag. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34997-6.html>
- van de Bunt, H. G. (2006). Hoe stevig zijn de fundamenten van het cannabisbeleid? *Justitiële Verkenningen*, 32(1), 10–23.
- van Laar, M. & van Ooyen-Houben, M. (2009). *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*. Utrecht: Trimbos-instituut/WODC.
- van Ooyen-Houben, M. M. J., Bieleman, B. & Korf, D. J. (2016). Tightening the Dutch coffeeshop policy: Evaluation of the private club and the residence criterion. *International Journal of Drug Policy*, 31, 113–120.
- van Ooyen-Houben, M. & Kleemans, E. (2016). Drug policy; The “Dutch Model”. *Crime and Justice*, 44(1), 165–226.
- VNG. (2016). *Position paper cannabisbeleid*. Vereniging van Nederlandse Gemeenten. https://vng.nl/sites/default/files/brieven/2016/attachments/12_modernisering-cannabisbeleid_position-paper.pdf
- Wouters, M., Benschop, A. & Korf, D. J. (2010). Local politics and retail cannabis markets: The case of the Dutch coffeeshops. *International Journal of Drug Policy*, 21, 315–320.



Prof. Dr. Dirk J. Korf

Professor em. Kriminologie, Rechtsfacultät, Abt. Strafrecht, Universität van Amsterdam. Experte in Strafrecht, Qualitative Sozialforschung, Quantitative Sozialforschung, Forschungsmethodik, Drogen und Strafrecht, Drogenpolitik. Zahlreiche Veröffentlichungen. d.j.korf@uva.nl

Regulierung des Zugangs zu Cannabis und Schadensminderung. Der Schweizer Weg

Sandro Cattacin

Am 31. März 2021 verabschiedete der Bundesrat die Verordnung über Pilotversuche nach dem Betäubungsmittelgesetz. Das geänderte Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (BetMG) ist am 15. Mai 2021 in Kraft getreten und wird Versuche zum legalen Freizeitkonsum von Cannabis durch Erwachsene zulassen. Das Gesetz besagt im neuen Artikel 8a:

Das Bundesamt für Gesundheit kann nach Anhörung der betroffenen Kantone und Gemeinden wissenschaftliche Pilotversuche mit Betäubungsmitteln des Wirkungstyps Cannabis bewilligen:

- a. *die örtlich, zeitlich und sachlich begrenzt sind;*
- b. *die es erlauben, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie sich neue Regelungen auf den Umgang mit diesen Betäubungsmitteln zu nicht medizinischen Zwecken auswirken und wie sich der gesundheitliche Zustand der Teilnehmer entwickelt;*
- c. *die so durchgeführt werden, dass der Gesundheits- und Jugendschutz, der Schutz der öffentlichen Ordnung sowie die öffentliche Sicherheit gewährleistet sind; und*
- d. *in denen wenn möglich Cannabisprodukte verwendet werden, die Schweizer Herkunft sind und den Regeln der Schweizer Biolandwirtschaft entsprechen.*

Ziel dieser Versuche ist es, eine wissenschaftliche Grundlage für künftige politische Entscheidungen über die Regulierung von Cannabis zu schaffen. Die Verordnung basiert auf der Idee, dass der Gesetzgeber die Möglichkeit haben sollte, Veränderungen zu erproben, wie er es in den 1990er Jahren mit Pilotprojekten zur Verschreibung von Heroin getan hat (Cattacin, 1996). Die Schweiz war damals Pionier und fand mit diesen Verschreibungsprogrammen eine – damals auch als Wunder bezeichnete – Antwort auf die Herausforderung des körperlichen Verfalls, der HIV-Verbreitung und der

Todesfälle im Zusammenhang mit dem Heroinkonsum (Uchtenhagen et al., 1999).

Im Gegensatz zur Verschreibung von Heroin, die von vielen begrüßt und dann von mehreren Staaten kopiert wurde (Uchtenhagen, 2008), ist das Experiment mit dem Zugang zu Cannabis weder besonders innovativ – man weiß bereits viel, wenn nicht alles über die Legalisierungsversuche, die in Uruguay, Canada, den USA, aber auch seit langem in den Niederlanden oder Jamaika stattgefunden haben (Philibert & Zobel, 2019) – noch besonders mutig, da die Bedingungen für die Umsetzung der Projekte eher restriktiv sind. Diese Bedingungen spiegeln die Notwendigkeit wider, die Folgen einer möglichen Legalisierung der Produktion und des Konsums von Cannabis zu testen, aber auch den politischen Prozess der Gesetzesänderung, der zu dieser Verordnung geführt hat.

An die Projekte werden mehrere Anforderungen gestellt. Die wichtigsten davon sind die maximale Teilnehmerzahl von 5000, die Produktion, die in der Schweiz stattfinden und biologisch sein muss, die Eigenschaften der Teilnehmer, die volljährig und regelmäßige Nutzende sein müssen, und das Verbot des Konsums im öffentlichen Raum.

Allerdings wurden im Laufe des politischen Prozesses zahlreiche Kriterien in die Verordnung aufgenommen, die nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Diese Kriterien werden die Erreichung der gesetzten Ziele erschweren, insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen auf den illegalen Markt; die Begrenzung der Teilnehmer*innenzahl wird nämlich dazu führen, dass ein illegaler Markt aufrechterhalten wird, der zudem Gefahr läuft, auf die vom Experiment ausgeschlossenen Minderjährigen gelenkt zu werden. Die hohe Nachfrage nach Kontrolle der Teilnehmer*innen (Gesundheit, Wohnsitz, Konsumkarte, durch Tests nachgewiesener Konsum, verbotener Konsum in öffentlichen Räumen usw.) könnte auch die

Zahl der Personen verringern, die an einer Teilnahme am Versuch interessiert sind.

Städte und Kantone wie Genf, Bern, Zürich, Basel und Lausanne, die sich seit einem Jahrzehnt für eine Änderung der Cannabis-Praxis einsetzen, sind bereit, diese Versuche zu unterstützen und zu begleiten. Basel-Stadt wird als erster Kanton im Herbst 2022 die ersten Konsumierenden in ihrem Pilotprojekt begleiten. Es ist nicht so, dass diese Stadtregierungen eine besondere Freude an der Idee haben, die Produktion oder den Konsum von Cannabis zu legalisieren, aber sie sind pragmatisch zu der Überzeugung gelangt, dass die Prohibition mehr Probleme als Lösungen schafft, und vor allem viel mehr Kosten und persönliche Dramen verursacht als die Legalisierung (Herzig et al., 2019).

Die Erwartungen an diese Versuche sind daher nicht besonders hoch. Man hofft, dass sie das konservative und moralisierende politische Lager, das sich nur ungern mit der Wissenschaft auseinandersetzt, davon überzeugen kann, dass eine Gesetzesänderung für das Wohlergehen der Gesellschaft unproblematisch ist und die Probleme, die normalerweise mit dem Konsum von Cannabisprodukten einhergehen (Kriminalität, Qualität und Sicherheit der Produkte, Kontakt mit den Nutzenden), verringern wird. Man hofft auch zu zeigen, dass nichtkommerzielle Modelle – also andere als die, die in den USA für Cannabis getestet werden oder in der Schweiz für Tabak oder Alkohol gelten – gefördert werden sollten, um kommerzielle Fehlentwicklungen zu verhindern. So sehen die Pilotprojekte in Genf und Zürich eine Vereinslösung und eine non-profit Orientierung vor, während in Bern z.B. Apotheken die Abgabe übernehmen werden. Womöglich ist ein gemischtes Modell ohne Markt und Staatsmonopol, wie es etwa in Canada getestet wird, eine gangbare Lösung, gewinnorientierte freie Märkte, die zwar reguliert sind, die Gesundheitsaspekte jedoch in den Hintergrund stellen, eine Lösung, die ergänzt mit Eigenanbau von einigen Pflanzen und Apotheken für medikamentöse Verabreichung Gewinngerde bremsen können (Philibert, 2021).

Was man jedoch nicht leugnen darf, ist, dass wir mit diesen Experimenten auch in eine neue Phase der Regulierung von Betäubungsmitteln und psychotropen Substanzen eintreten, in der die von moralischen Grundsätzen diktierte legale oder illegale Logik relativiert und durch eine Logik ersetzt wird, die auf den Schutz der

öffentlichen Gesundheit, die Risikominderung und das individuelle Wohlbefinden abzielt. Dies ist wahrscheinlich der Beginn eines pragmatischeren Weges, der mit der Verschreibung von Heroin begann und mit der Legalisierung von Cannabis seine Fortsetzung findet.

Literatur

- Cattacin, Sandro (1996). Innover les politiques publiques en matière de drogues illégales en Suisse. In OFFPER – Office fédéral du personnel (Ed.), *Les villes et l'urgence d'agir* (p. 103–109). Berne: EDMZ.
- Herzig, M., Zobel, F. & Cattacin, S. (2019). *Cannabispolitik. Die Fragen, die niemand stellt*. Zürich: Seismo.
- Philibert, A. (2021). *L'ouverture au marché d'un produit contesté. Cas de la légalisation du cannabis aux États-Unis, Pays-Bas et en Uruguay* (Thèse). Université de Genève.
- Philibert, A. & Zobel, F. (2019). *Revue internationale des modèles de régulation du cannabis* (Sociograph 41). Université de Genève, Institut de recherches sociologiques.
- Uchtenhagen, A. (2008). Heroin-assisted treatment. In A. Stevens (Ed.), *Crossing frontiers. International developments in the treatment of drug dependence* (pp. 53–82). Brighton: Pavilion.
- Uchtenhagen, A. et al. (1999). *Prescriptions of narcotics for heroin addicts*. Basel: Karger.



Prof. Sandro Cattacin

Soziologieprofessor an der Universität Genf und im Bereich der Analyse von Drogenpolitiken aktiv. Engagiert sich auch in Vereinen und Stiftungen in diesem Bereich; etwa Première Ligne, ein Harm-Reduction-Projekt in Genf, oder Sucht Schweiz, aktiv im Präventionsbereich.
sandro.cattacin@unige.ch

Cannabis im Großherzogtum Luxemburg. Rausch und Regulierung im Dialog

Carlos Paulos & Ute Heinz

Im Großherzogtum Luxemburg trat das Medikamenten- und Betäubungsmittelgesetz am 19. Februar 1973 in Kraft und regelt somit den Verkauf von Medikamenten und den Kampf gegen Drogen und Drogenabhängigkeit. Dieses Gesetz verbietet den Gebrauch, den Transport und den Verkauf von Drogen. Bisher wurde es zweimal angepasst.

So wurde im Jahr 2001 dieses Gesetz dahingehend geändert, dass der Besitz von kleinen Mengen Cannabis für den Eigengebrauch entkriminalisiert worden ist und seither nur noch mit einer Geldstrafe (zwischen 251 und 2.500 Euro) sanktioniert werden kann. Jahre danach, im Jahr 2018, ist der Zugang zum medizinischen Cannabis (in Form von Hanfblüten) ermöglicht worden, womit ein klares Zeichen für einen Paradigmenwechsel und eine veränderte gesellschaftliche Stellung erfolgte. Im selben Jahr beschloss auch eine neue Regierung einen Koalitionsvertrag 2018–2023 (Les partis de la coalition DP, LSAP et déi gréng, 2018).

Cannabis zu medizinischen Zwecken wurde schon 2017 zugelassen und konnte noch im gleichen Jahr 2018 (a.a.O., S. 85) mit ärztlicher Begleitung verschreibungspflichtig abgegeben werden.

Zum ersten Mal wird auch schriftlich über Cannabis zum Freizeitgebrauch festgelegt, dass eine neue Gesetzgebung ausgearbeitet wird, „deren Hauptziele die Straffreiheit oder sogar die Legalisierung unter noch festzulegenden Bedingungen der Produktion im Staatsgebiet sowie von Kauf, Besitz und Konsum von Cannabis zum Freizeitgebrauch für den persönlichen Bedarf volljähriger Gebietsansässiger, das Fernhalten der Konsumenten vom illegalen Markt, die entschiedene Verringerung der damit verbundenen geistigen und körperlichen Gefahren und der Kampf gegen die Beschaffungskriminalität“ (siehe a.a.O., S. 92) sein soll.

Diese Herausforderung, der sich die aktuelle Luxemburger Regierung gestellt hat, wird ab dem Jahre 2020 zusammen mit der Einfüh-

rung des kostenlosen öffentlichen Transports zur nationalen Debatte und so heißt es in den Schlagzeilen mancher Tageszeitungen und sogar in internationalen Berichten über das Großherzogtum Luxemburg: ein „Paradies für schwarzfahrende Kiffer“ (Watson, 2018).

Der kostenlose öffentliche Transport wurde umgesetzt und es erfolgte erst einmal keine Regelung des Zugangs zu Cannabis für den Freizeitkonsum, sondern am 16. März 2020 die Ankündigung einer Pandemie. Somit ist auch die Ausarbeitung der Gesetzesvorlage für Cannabis ausgebremst worden, da sich die nationalen Prioritäten, nicht nur in Luxemburg, sondern europaweit verschoben hatten: man musste sich zunächst einer großen unerwünschten Herausforderung stellen.

Jetzt in 2022 soll es aber soweit sein. Der erste Schritt nach vorne? Eine Gesetzesvorlage für den Freizeitkonsum von Cannabis liegt vor. „Die Regierung hat den Weg für eine Legalisierung des Cannabiskonsums und -anbaus freigegeben. Ein entsprechender Gesetzentwurf wurde am Freitag im Regierungsrat angenommen“, hieß es am 10. Juni 2022 in der Tageszeitung (Tageblatt, 2022). In Zukunft sollen erlaubt sein:

- der Besitz kleiner Mengen, bis zu drei Gramm, für den Eigenkonsum bei sich zu haben,
- der Anbau von vier Pflanzen pro Haushalt.
- der Konsum darf nur zu Hause, nicht in der Öffentlichkeit erfolgen.

Im Juni 2022 erscheint der UNO-Drogenbericht (World Drug Report 2021; UNO, 2022) und zeigt weltweit eine Prävalenz von rund 209 Millionen Cannabiskonsumern. Im nationalen Drogenbericht von Luxemburg können diese hohen Zahlen bestätigt werden. Je nach Alter variiert der Cannabiskonsum zwischen 15 Prozent und 45 Prozent bei den Befragten (Berndt, Seixas & Origer, 2022; Origer, 2022).

Befragt man die Partygänger auf den Festivals und in den Clubs, ist Cannabis die meist

konsumierte illegale Substanz (z. B. Duscherer & Paulos, 2012, 2013–2015). Seit langem gehört Cannabiskonsum zur Festkultur Luxemburgs neben Tabak und Alkohol (Paulos, Hagen & Loverre, 2018).

Aus der Sicht der (Sucht-)Prävention hat die Arbeit schon längst begonnen (Michaelis, Nilles & Fischer, 2022). Hier geht es an erste Stelle darum, Resilienz aufzubauen und den Erstkonsum so lange wie möglich hinauszuzögern. In Ausarbeitung sind Schulprogramme und Projekte im Freizeitbereich, so Interventionen sowie in der formalen als auch in der non-formalen Bildung.

Im Bereich des Freizeitkonsums von Cannabis und des Safer Use richtet sich *pipapo* an Konsumenten auf Festivals und in Clubs (Paulos et al., 2019). Hier bietet ein niederschwelliges Angebot Informationen und Gespräche rund um Cannabis. Mit einem Peer-to-Peer-Ansatz werden hier Informationen und Erfahrungen ausgetauscht. „Sécher feiern“, „Know Drugs“ und „Look at your friends“ sind hier Schlüsselbotschaften, die unter den Partygängern verbreitet werden (z. B. Koller & Guzei, 2012). Zusätzlich bietet *pipapo* auch ein Integriertes Drug-Checking (IDC-)Angebot auf Festivals und in den Clubs (Paulos, Hagen, Loverre, Gengler & Schneider, 2019). Seit 2020 besteht das IDC-Angebot auch außerhalb der Partyszene und bietet während der Woche Sprechstunden für Konsumenten an.

Auf jeden Fall wird mit der Gesetzesänderung erstmals ein gesellschaftliches Tabu aufgehoben und die Tür zu einem Dialog geöffnet. Drogenkonsum soll ernst genommen und neu fokussiert werden. Unterscheiden und respektieren sollte man verschiedene Ansichten wie die über Gesundheit, Erziehung, Justiz, Wirtschaft und Anbau, um sich ein umfassendes, durchaus ambivalentes Bild der Cannabispflanze machen zu können.

Die Verordnung von Sativex®, einem Medikament, das insbesondere zur Verringerung der Symptome von Spastik bei Multipler Sklerose eingesetzt wird, ist seit 2015 in Luxemburg möglich.¹

Im letzten UNO-Drogenbericht (UNO, 2022) steht zu lesen, dass in den Ländern, in denen die Cannabis-Legalisierung bereits stattgefunden hat, ein Anstieg des Cannabis-Konsums und somit vermutlich eine stärkere Belastung des Gesundheitssystems durch Drogenkonsum zu beobachten gewesen sei. Dreißig Prozent der Drogentherapien lassen sich, laut dem Bericht, in der EU auf den Konsum von Cannabis zurückführen.

Diese Aussagen werfen die Frage auf, ob eine Legalisierung des Cannabiskonsums zwangsläufig zu einem Anstieg von behandlungsbedürftigen Suchterkrankungen führen würde. Die Auswirkungen der Cannabis-Legalisierung in Luxemburg werden sich abschließend natürlich erst nach erfolgter Legalisierung beurteilen lassen können.

Dennoch hat die „Arbeitsgruppe Cannabis“ des Suchtverbands Lëtzebuerg versucht, auf Basis der Erfahrungen der verschiedenen beteiligten Einrichtungen, sich dieser Frage anzunähern:

Auch in Luxemburg wurde in den letzten Jahren vermehrt Cannabis konsumiert (2014–2019), wenngleich dies nicht statistisch signifikant ausgefallen ist (Berndt et al., 2022; Origer, 2022).

Zu verzeichnen ist, dass auch in Luxemburg, wie in den europäischen Nachbarländern, immer häufiger synthetische Cannabinoide auf dem Markt zu finden sind (Oomen et al., 2022), welche in ihrer Wirkung schwer einschätzbar sind und vermehrt zu gesundheitlichen Problemen zu führen scheinen.

Im Centre Thérapeutique Manternach, der einzigen stationären Drogentherapie des Landes, werden pro Jahr etwa 60 Patienten, die von einer oder mehreren illegalen Substanzen abhängig sind, behandelt.

Bei der Mehrheit dieser Patienten liegt eine Politoxikomanie vor, das heißt, in der Regel eine Abhängigkeit von Heroin und Kokain. Fast alle dieser Patienten haben vor der Therapie auch regelmäßig Cannabis konsumiert, bei vielen war Cannabis effektiv – zumindest vordergründig – die berühmte „Einstiegsdroge“.

In unserer langjährigen therapeutischen Berufspraxis ist uns noch nie ein Suchtpatient begegnet, der keine andere zugrundeliegende Problematik gehabt hätte. Niemand steht morgens auf und ist plötzlich drogenabhängig, ohne äußere oder innerpsychische Ursachen.

Es ist davon auszugehen, dass vulnerable Personen eine stärkere Tendenz zum Gebrauch von psychoaktiven Substanzen haben und somit auch ein höheres Risiko für den exzessiven Konsum von Cannabis. Und – auch das ist eine Tatsache – mit dem Kauf einer ersten illegalen Substanz beim Dealer ist der Kontakt zum illegalen Drogenmarkt hergestellt, wo auch alle anderen Drogen verfügbar sind.

Bei etwa 80 Prozent aller Drogenabhängigen ist von einer Doppeldiagnose auszugehen (Morel & Couteron, 2019), d. h., es gibt neben der Substanzabhängigkeit noch eine weitere psychiatrische Diagnose. Gerade Psychosen manifestieren sich oftmals im frühen Erwachsenenalter, wenn kulturbedingt in der Regel der erste

¹ <https://mediateursante.public.lu/de/vos-droits/situations-interventions-specifiques/cannabimedical.html>

Kontakt mit Cannabis erfolgt. In psychotischen Episoden im frühen Erwachsenenalter wird Cannabis häufig als Automedikation zur Bekämpfung der Symptome eingesetzt.

Also: Auch wir beobachten in Luxemburg einen Zusammenhang zwischen Abhängigkeit von Heroin-, Kokain- und Cannabiskonsum. Man kann davon ausgehen, dass Personen, die dazu neigen, eine Suchterkrankung zu entwickeln, auch die Tendenz haben, verstärkt Cannabis zu konsumieren.

Diese Personen tendieren in der Regel aber auch dazu, Zigaretten zu rauchen – annähernd 100 Prozent aller Patienten im Centre Thérapeutique Manternach sind Raucher.

Dies bedeutet jedoch nicht im Umkehrschluss, dass jeder, der Cannabis konsumiert oder Zigaretten raucht, auch zwangsläufig drogenabhängig wird. Die Entstehung einer Drogenabhängigkeit ist komplex und multifaktoriell. Fast alle Drogenabhängigen konsumieren Cannabis oder Nikotin, aber nicht alle Raucher oder Cannabiskonsumern sind drogenabhängig.

Trotz des Wissens um die gesundheitlichen Risiken des Zigarettenrauchens wird im Centre Thérapeutique Manternach – im Gegensatz zu manchen anderen Suchtkliniken – keine Nikotinabstinenz während der Therapie verlangt, um den Zugang zur therapeutischen Behandlung nicht noch weiter zu erschweren und um die Compliance zu verbessern. Das aktuelle Konzept zielt jedoch auf eine totale Abstinenz von illegalen Substanzen ab.

Im ersten Jahr nach der Therapie werden etwa 70 Prozent der Suchtpatienten rückfällig, häufig mit Cannabis. Etliche Patienten geben während der Therapie an, von Drogen, wie Heroin oder Kokain, loskommen zu wollen, sich aber eine totale Abstinenz von Cannabis schwer vorstellen zu können.

Da viele unserer Suchtpatienten aufgrund von Beschaffungskriminalität Probleme mit der Justiz, meistens Bewährungsauflagen, haben, wird den Patienten in der stationären Drogentherapie vom Konsum von Cannabis nach Entlassung abgeraten.

Nach erfolgter Legalisierung des Cannabiskonsums bestünde diese Gefahr nicht mehr, erneut mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten, und es wäre vorstellbar, das Therapiekonzept dahingehend zu modifizieren, dass man mit den Patienten Strategien zum kontrollierten Cannabiskonsum ausarbeiten könnte. Analog zum Nikotinkonsum wäre es vielleicht effizienter und realistischer, den Cannabiskonsum in Kauf zu nehmen, um eine weitgehende Abstinenz von anderen Drogen erreichen zu können.

Mark Ritzen, der Generaldirektor und medizinische Direktor der Rehaklinik des CHNP, des Mutterhauses des Centre Thérapeutique Manternach, sieht eine ähnliche Ausgangsbasis auch in der Allgemeinpsychiatrie: Wie oben bereits erwähnt, konsumieren etliche Patienten, die an einer Psychose leiden, regelmäßig Cannabis. Aus medizinischer Sicht ist davon abzuraten, wenn es aber primär darum geht, die Psychose zu behandeln, ist es jedoch wichtig, zunächst einmal die Compliance des Patienten herzustellen, um eine Behandlungsbasis zu haben. In dem Fall ist es eher von Vorteil, und im Sinne der Behandlung und Erhöhung der Erfolgsquote zu erreichen, den Cannabiskonsum zu tolerieren, als eine totale Abstinenz einzufordern, mit dem Resultat, dass der Patient die Behandlung möglicherweise abbricht.

Auch hier würde die Legalisierung des Cannabiskonsums den Patienten vor juristischen Konsequenzen bewahren.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Cannabis des Suchtverbands Luxemburg beobachteten in den jeweiligen Einrichtungen in den letzten Jahren eine angestiegene Nachfrage nach Beratung bzw. therapeutischen Interventionen aufgrund von problematischem Cannabiskonsum, insbesondere die Mitarbeiter des Service „Impuls“, der Beratung und Hilfe für jugendliche Drogenabhängige anbietet (Meneghetti et al., 2020).

Dies liegt zum einen wahrscheinlich an der gestiegenen Anzahl von Konsumenten, eine bedeutendere Ursache scheint jedoch die Veränderung des marktüblichen Cannabis zu sein. Wie in den Nachbarländern ist der Gehalt an THC in letzter Zeit bedeutend angestiegen und es gibt zunehmend synthetisches Cannabis auf dem Markt, was den Konsum risikoreicher werden lässt.

In der *Alternativ Berodungsstell*, der ambulanten Suchtberatungsstelle der Rehaklinik des CHNP, sind mittlerweile Patienten keine Seltenheit mehr, die angeben, zwei bis drei Gramm Cannabis am Tag zu konsumieren, mit dem Resultat, den Alltag nicht mehr bewältigen zu können. Einige berichten auch von vorher nicht erlebten „Blackouts“ oder kollapsartigen Zuständen, mutmaßlich nach dem Konsum von mit synthetischen Substanzen versetztem Cannabis.

Der Schwarzmarkt ist auf größtmöglichen Profit ausgerichtet, die Gesundheitsgefährdung der Konsumenten spielt hierbei keine Rolle. Die Konsumenten haben in der Regel keinerlei Kontrollmöglichkeit darüber, was sie da eigentlich kaufen, sie sind dem Verkäufer (der die Inhaltsstoffe meistens auch nicht kennt) und seinem Produkt ausgeliefert.

Um hier mehr Gewissheit haben zu können, gibt es seit 2020 die Möglichkeit, in den Konsumräumen in Luxemburg und in Esch-sur-Alzette im Rahmen des Drug-Checking-Angebots eine Probe zur Analyse abzugeben. Dieses Angebot wurde in Zusammenarbeit mit dem Laboratoire national de Santé, 4motion asbl., dem CNDS und der Jugend- an Drogenhölle implementiert (Paulos, Loverre & Hagen, 2020). Eine Weiterentwicklung des Drug-Checking-Angebots auf nationaler Ebene ist in Gespräch und in Vorbereitung. Dies sollte auch im Kontext der Gesetzesänderungen von Cannabis zum Vorteil sein. Durch einen staatlich kontrollierten Anbau könnten diese Risiken erheblich gesenkt werden.

Wenn man einen Blick in den Strafvollzug Luxemburgs wirft, sieht die Situation folgendermaßen aus: 42 Prozent der Strafgefangenen gaben an, vor der Inhaftierung Cannabis konsumiert zu haben, 21,3 Prozent, also fast ein Viertel der Insassen, gaben an, den Konsum auch während der Inhaftierung fortgesetzt zu haben (zum Vergleich: Heroin konsumierten 15% während der Haft; Berndt et al., 2022). Auch hier könnte eine Legalisierung helfen, den Schwarzmarkt im Gefängnis zu brechen, die Qualität des Cannabis zu kontrollieren und therapeutisch mit kontrolliertem Konsum zu arbeiten.

Auch in Luxemburg ist die Verschreibung von medizinischem Cannabis seit 2018 möglich, die Indikation ist klar geregelt: Medizinisches Cannabis darf von einem Mediziner mit entsprechender Lizenz für Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen, Krebserkrankungen, HIV oder Mukoviszidose verordnet werden.

Die Abgabe erfolgt in ausgewählten Apotheken, die Kliniken angegliedert sind. Dennoch ist davon auszugehen, dass ein Teil der Verordnungen auch „off label“ an Drogenabhängige erfolgt, um ihnen einen legalen Zugang zum Cannabis zu ermöglichen. Eine Legalisierung würde diese „Grauzone“ hinfällig werden lassen.

Was den Zugang zur Therapie angeht, so könnte man die Hypothese aufstellen, dass die Legalisierung des Konsums es leichter machen könnte, sich in Therapie zu begeben, da die Konsumenten nicht mehr als delinquent gelten würden. Andererseits ist es erfahrungsgemäß jedoch für die Betroffenen fast immer schambefahet, einzugestehen, an einer Abhängigkeit zu leiden, egal, ob die entsprechende Substanz oder das Suchtverhalten legal oder illegal ist.

Aus diesem Grund gibt es in Luxemburg etwa auch kein stationäres Angebot für Spielsüchtige – das Land ist einfach zu klein und

eine anonyme Behandlung ist nicht gewährleistet. Viele Betroffene ziehen es dann vor, sich im Ausland therapieren zu lassen.

Der Konsum von Cannabis ist in Luxemburg – in der Party- wie in der Drogenszene – weit verbreitet mit steigender Tendenz. Daran hat das gesetzliche Verbot bisher nichts ändern können.

Auch wenn es durch die Legalisierung des Cannabiskonsums zu einem Anstieg an Konsumenten käme, müsste das nicht unbedingt zu einem Anstieg von behandlungsbedürftigen Suchterkrankungen führen.

Eine unabdingbare Voraussetzung hierfür ist eine effiziente (Sucht-)Präventionsarbeit und das Schaffen einer Kultur des verantwortungsvollen Umgangs mit Cannabis, den die Jugendlichen im Laufe ihrer Sozialisation lernen können. Auch hier gilt das Zitat von Paracelsus:

„Alle Dinge sind Gift und nichts ist ohne Gift, allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist.“

Wichtig ist es, Produktion und Verkauf nicht einem ausschließlich profitorientierten Schwarzmarkt zu überlassen und eine Dekriminalisierung von – auch abhängigen – Cannabiskonsumern.

Diskussion

Ein Schritt nach vorne: Ja. Dennoch ist bisher unklar, ob die bisher vorhandenen Vorschläge und Gesetzesänderungen die Situation im Großherzogtum Luxemburg verbessern oder vielleicht doch verschlechtern werden.

Fakt ist heute, dass das aktuelle Gesetz Tag für Tag von den Konsumenten nicht eingehalten wird oder werden kann. Mit der Gesetzesänderung sollen etliche Bürger aus einer illegalen Situation herauskommen können, und auch der Selbstanbau von Cannabis das Angebot des Schwarzmarkts schwächen.

Die Verfügung, dass nur in den eigenen vier Wänden konsumiert werden kann, und nicht im öffentlichen Raum oder auf Festivals, macht es schwierig, diesen jetzt schon vorhandenen Konsum zu unterbinden und ihm entgegenzuwirken.

Mit der Gesetzesanpassung und Lockerung besteht dennoch das Risiko, dass sich Konsumenten in einer illegalen Situation befinden und vielleicht sogar vermehrt mit Strafverfolgungen rechnen müssen, da anfangs wohl öfter und strenger kontrolliert wird. Auch im Straßenverkehr wird und bleibt es weiterhin eine Herausforderung. Bisher ist hier keine Anpassung

sung vorgesehen. Auch der Selbstanbau von Cannabis wird nicht für alle möglich sein.

Dennoch ist all dies ein Schritt nach vorn. Die Gesellschaft muss sich in Frage stellen, und es wird wohl noch ein bis zwei Generationen dauern, bis die beliebte Partydroge, Heil- und Nutzpflanze ihre neue Stelle in unserer Gesellschaft findet.

Danksagung

Einen großen Dank an die Arbeitsgruppe Cannabis des Suchtverbands Lëtzebuerg asbl. für den Austausch und die Auseinandersetzung rund um den Cannabis. Vielen Dank an Cannamedica Luxembourg asbl. für die Berichte von Patienten und an Cannad'Our für eine differenzierte Ansicht und einen animierten Austausch über die Genuss-, Heil- und Nutzpflanze Cannabis in Luxemburg.

Literatur

- Berndt, N., Seixas, R. & Origer, A. (2022). *National Drug Report 2021. The drug phenomenon in the Grand-Duchy of Luxembourg: Trends and developments*. <https://sante.public.lu/fr/publications/e/etat-phenomene-drogues-rapport-relis-2021.html>
- Duscherer, K. & Paulos, C. (2012). *Le public festif dans la Grande Région 2011*. Luxembourg: CePT – Centre de Prévention des Toxicomanies.
- Duscherer, K. & Paulos, C. (2013–2015). *Enquête auprès du public festif au Grand-Duché de Luxembourg*. Luxembourg: CePT – Centre de Prévention des Toxicomanies.
- Les partis de la coalition DP, LSAP et déi gréng. (2018). *Accord de coalition 2018–2023* [Koalitionsvertrag 2018–2023]. <https://gouvernement.lu/en/publications/accord-coalition/2018-2023.html>
- Koller, G. & Guzei, M. (2012). *spring... und lande. Landkarten für Rausch- und Risikopädagogik*. Seewalchen am Attersee: Edition LIFEart.
- Meneghetti, R. B., Schmitt, C., Ludovicy, N. & Lemmer, G. (2020). *Modulare Therapie bei Cannabiskonsum. Das IMPULS Manual*. Luxembourg: Service Impuls Luxembourg.
- Michaelis, T., Nilles, J. P. & Fischer, U. (2022). Suchtprävention in Luxemburg am Beispiel „CePT – Centre de Prévention des Toxicomanies“ im Zeitraum 1995 bis 2015. In A. Heinen, R. Samuel, C. Vögele & H. Willems (Hrsg.), *Wohlbefinden und Gesundheit im Jugendalter. Theoretische Perspektiven, empirische Befunde und Praxisansätze* (S. 601–622). Wiesbaden: Springer VS.
- Morel, A. & Couteron, J. P. (Eds.). (2019). *Aide-mémoire – Addictologie en 47 notions*. Malakoff: Dunod.
- Oomen, P., Schori, D., Tögel-Lins, K., Acreman, D., Chenorhokian, S., Luf, A. et al. (2022). Cannabis adulterated with the synthetic cannabinoid receptor agonist MDMB-4en-PINACA and the role of European drug checking services. *International Journal on Drug Policy*, 100, 103493. doi:10.1016/j.drugpo.2021.103493
- Origer, A. (2022). Controlled drugs, use, abuse and youth: a meaningful, yet evolving relationship. In A. Heinen, R. Samuel, C. Vögele & H. Willems (Hrsg.), *Wohlbefinden und Gesundheit im Jugendalter. Theoretische Perspektiven, empirische Befunde und Praxisansätze* (S. 343–362). Wiesbaden: Springer VS.
- Paulos, C., Hagen, L. & Loverre, S. (2018). *Characterizing consumption patterns on festivals in the Grand-Duchy of Luxembourg* [Poster presentation]. International Harm Reduction Conference, Montréal.
- Paulos, C., Hagen, L., Loverre, S., Gengler, N. & Schneider, S. (2019). Ente gut, alles gut. Sex, Drug-Checking & Rock'n Roll im Großherzogtum Luxemburg. In K. Tögel-Lins, B. Wersé & H. Stöver (Hrsg.), *Checking Drug-Checking, Potenziale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring* (S. 181–190). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Paulos, C., Loverre, A. & Hagen L. (2020). *Enquête PIPAPO 2019. La consommation récréative de drogues au Grand-Duché de Luxembourg*. Luxembourg: Editions for Social Change.
- Tageblatt. (2022, 10. Juni). *Legalisierung light/Luxemburg: Regierungsrat macht Weg frei für Cannabiskonsum und -anbau im privaten Raum*. <https://www.tageblatt.lu/headlines/luxemburg-regierungsrat-macht-weg-frei-fuer-cannabiskonsum-und-anbau-im-privaten-raum/>
- UNO. (2022). *World Drug Report 2021*. United Nations, Office on Drugs and Crime. www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html
- Watson. (2018, 11. Dez.). *Luxemburg wird ab 2020 zum Paradies für schwarzfahrende Kiffer*. <https://politik.watson.de/international/verkehr/497987754-luxemburg-wird-ab-2020-zum-paradies-fuer-schwarzfahrende-kiffer>

Weiterführende Literatur

- Paulos, C. (2017). *Check Your DUCK! Implementing Drug Checking in a (very) small country*. 25th Harm Reduction International Conference, Montréal. doi:10.13140/RG.2.2.31857.99680
- Paulos, C. & Hagen, L. (2017). *PIPAPO – sex, drugs & rock'n roll in a (very) small country*. Club

Health 2017 conference, Dublin. doi:10.13140/RG.2.2.30101.63200

Paulos, C., Hagen, L. & Loverre, S. (2017). *Characterizing consumption patterns on festivals in the Grand-Duchy of Luxembourg* [Poster presentation]. Drug Science Conference, Berlin. https://www.researchgate.net/publication/320347852_Characterizing_consumption_patterns_on_festivals_in_the_Grand-Duchy_of_Luxembourg

Paulos, C., Hautus, L. & Loverre, A. (in preparation). *Enquête.s PIPAPO et Party Safe City 2020–2021. La consommation récréative au Grand-Duché de Luxembourg*. Luxembourg: Editions for Social Change.

Paulos, C., Kraus, A., Bernard, C., de Marne, A. & Scherrmann, M. (2014). *Parler de la consommation de drogues* (2. Aufl.). Landeshauptstadt Saarbrücken. doi:10.13140/RG.2.1.1242.3924

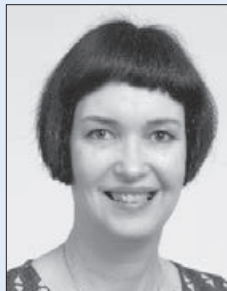
Internetadressen

cannamedica.lu/
pipapo.lu/
relis.lu/
risreflecting.at/
suchtverband.lu/
tedinetwork.org/
unodc.org



Dr. Carlos Paulos

Diplom-Psychologe. Wissenschaftler in den kognitiven Neurowissenschaften, Verhaltens- und Kognitiver Psychologe, pädagogischer Begleiter in risreflecting © und leidenschaftlicher Musiker. Experte für Festkultur, erforscht Konsummuster von Partydrogen und zusammenhängende Verhaltensweisen bei Partygängern im Großherzogtum Luxemburg.
c.paulos@4motion.lu



Ute Heinz

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Koordinatorin des Bereichs Suchtmedizin der Rehaklinik des Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique Ettelbrück (Luxemburg), Vize-Präsidentin des Suchtverbands Luxemburg.
ute.heinz@chnp.lu

Erziehung zwischen Rausch und Risiko

Zum Buch von Regina Kostrzewa „Alkohol und Drogen in der Familie“

Julia Fontana

Entstehungshintergrund, Thema, Zielgruppe

Das vorliegende Buch entstand im Auftrag des Kohlhammer-Verlages an die Autorin Prof. Dr. Regina Kostrzewa zum Thema „Präventionswissen für Eltern und Fachkräfte entlang der Entwicklungsstufen von Kindern und Jugendlichen“ und enthält Auszüge von Fallbeispielen aus fünf leitfadengestützten Interviews mit Betroffenen, die sich in einer trockenen Lebensphase befinden bzw. professionell mit ihrer Co-Abhängigkeit leben.

Zentrales Thema des Buches ist der Umgang mit Alkohol und Drogen in der Familie und die entsprechenden Präventionsmaßnahmen.

Das Buch wendet sich primär an Eltern, Suchtpräventionsfachkräfte, pädagogische Fachkräfte wie z.B. Erzieher:innen und an Studierende in sozialarbeiterischen und sozialwissenschaftlichen Studiengängen.

Autorin

Prof. Dr. Regina Kostrzewa ist Professorin für Soziale Arbeit im Dualen Studium der Internationalen Hochschule und Akademische Standortleitung in Bremen. Zuvor war sie in Leitungsfunktionen 25 Jahre in der Suchtarbeit und Prävention in Schleswig-Holstein tätig und ist seit 1991 Lehrbeauftragte zum Thema „Prävention und Suchtvorbeugung in Theorie und Praxis“ an der Fachhochschule Kiel. Ihre Promotion erfolgte zum Thema „Alkoholprävention bei Jugendlichen“. Darüber hinaus ist sie im wissenschaftlichen Beirat des Fachverbandes Drogen und Suchthilfe e.V. und bietet im Rahmen des jährlichen Kongresses ein Suchtforschungssymposium an. Außerdem engagiert sie sich ehrenamtlich im Feld der Suchtprävention, Resilienzförderung und Gesundheits-

kompetenz im betrieblichen und schulischen Kontext.

Aufbau und Inhalt

Das 248-seitige Buch der Autorin Regina Kostrzewa gliedert sich in acht Kapitel, schließt mit einem zusammenfassenden Schlusswort und endet mit einem Abkürzungsverzeichnis.

Die Autorin führt in Kapitel 1 zunächst in die Thematik ein und schreibt sowohl der Gesellschaft als auch der Familie eine gemeinsame Verantwortung im Umgang mit Alkohol und Drogen (Tabak, Cannabis, illegale Drogen) zu. In Kapitel 2 befasst sie sich weiter mit der besonderen Bedeutung von Erziehung zur Konsumkompetenz als bedeutende Präventionsmaßnahme mittels eines autoritativen Erziehungsstils innerhalb der Familie. Dabei legt sie die Schwerpunkte auf

- das Konsumverhalten innerhalb der Familie im Säuglings- und Kleinkindalter,
- das Bindungsverhalten zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen,
- das Kompensationsverhalten hinsichtlich des Umgangs mit unangenehmen Gefühlen und
- das Kommunikationsverhalten bezüglich des Kontakts zwischen Eltern und Kind.

In Kapitel 3 werden von Regina Kostrzewa die entscheidende Rolle und Herausforderung der Eltern als gutes Vorbild für ihre Kinder ausführlich beleuchtet. Dabei verweist sie zum einen auf die Wichtigkeit eines angemessenen elterlichen Verhaltens im Umgang mit Alkohol und Drogen, zum anderen auf die wesentliche Bedeutung von Gesprächen zwischen Eltern und ihren Kindern und die Setzung von (Familien-)Regeln zum Konsumverhalten bei Kindern im Grundschulalter.

Weiter beschreibt die Autorin in Kapitel 4, wie elterliche Regeln bzw. gemeinsame (schrift-

liche) Vereinbarungen zum Konsumverhalten in der beginnenden Pubertät praktisch umgesetzt werden können, mit dem Fokus auf ein positives elterliches Gesprächsverhalten, welches sich (unter anderem bei Regelverstößen) in einer guten Gesprächsführung zeigt und führt die Methode der Motivierenden Gesprächsführung an

- Empathie zeigen,
- Widersprüchlichkeiten herausarbeiten,
- Widerstände abbauen,
- Selbstwirksamkeit fördern.

In Kapitel 5 beschäftigt sich die Autorin umfassend mit der Lebensphase von Jugendlichen und den dazu gehörigen Entwicklungsaufgaben wie der Ablösung vom Elternhaus. Es geht hierbei um das „Loslassen statt Fallenlassen“ durch die Eltern, dem äußerst wichtigen emotionalen Rückhalt durch das Elternhaus als wichtige Präventionsmaßnahme und den Umgang mit riskant konsumierenden Jugendlichen, indem u.a. das Aushandeln des Konsumverhaltens mit den jungen Heranwachsenden hervor gehoben wird.

Kapitel 6 und 7 beinhalten das Thema Familien mit Suchtbelastungen und bieten zentrale Strategien und Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige im Umgang mit diesem Thema als auch für betroffene abstinent lebende Eltern z. B. mittels professioneller Beratung, Selbsthilfegruppen etc. an.

Abschließend weist die Autorin in Kapitel 8 auf pädagogische Handlungsmöglichkeiten hin, indem sie diverse praktische Methoden für die Bereiche Kindergarten, Grundschule, die Altersphasen Pubertät und Heranwachsende vorstellt.

Diskussion

Frau Prof. Dr. Regina Kostrzewa beschreibt sehr differenziert die gemeinsame Verantwortung von Gesellschaft und Familie im Umgang mit dem Thema Alkohol und Drogen, ohne zu moralisieren. Für Eltern und pädagogische Fachkräfte ist das Buch ein einfühlsamer, wissenschaftlich fundierter Wegweiser, wie man Konsumkompetenz in der Familie erlangen kann.

Insbesondere die strukturierte Darstellung anhand der einzelnen Entwicklungsphasen und die darin detaillierten Strategien zur Um-

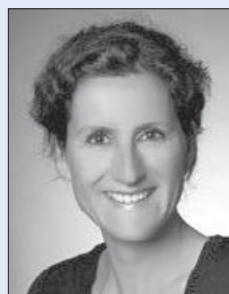
setzung einer konsumbewussten Haltung bei Eltern und Kindern sind in dem Buch außerordentlich gut gelungen.

Fazit

Das Buch ist inhaltlich und besonders bezüglich der interessanten Fallbeispiele, pädagogischen Handlungsempfehlungen, kreativen praktischen Methoden sowie persönlichen Anekdoten sehr zu empfehlen, da es dadurch abwechslungsreich, lebendig und gut zu lesen ist. Zudem finden sich in den Kapiteln des Buches jeweils kurze Zusammenfassungen, die zu einer sehr guten Lesbarkeit und Übersichtlichkeit führen.



Regina Kostrzewa
Alkohol und Drogen in der Familie.
Präventionswissen für Eltern und
pädagogische Fachkräfte.
 2022, 248 Seiten
 ISBN 9783170376595
 Stuttgart: Kohlhammer
 Preis: 30,60 Euro



Prof. Dr. Julia Fontana

Promotion und Studium der Erziehungswissenschaft in Siegen, Studium der Sozialpädagogik in Düsseldorf. Von 2006 bis 2020 Lehrbeauftragte an der HAWK Hildesheim, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, sowie Dozentin in der Lehrer:innenfortbildung. Seit Oktober 2020 Professorin für Soziale Arbeit an der IU Hochschule, Campus Bremen. Praktische Leitungstätigkeiten in der (beruflichen) Erwachsenenbildung, Kinder- und Jugend(berufs-)hilfe.
julia.fontana@iu.org

Otto Schmid, Thomas Müller (Hrsg.)

Die Sucht- Enzyklopädie Addictionary

Wie können wir von positiven Wirkungen psychoaktiver Substanzen profitieren – und uns vor negativen Risiken schützen? Wo liegen die Grenzen zwischen genussvollem und problematischem Konsum? Welche Menschen bevorzugen welche Substanzen – und warum? Steigert eine Legalisierung den Drogenkonsum? Ist Sucht selbstverschuldet? Kann LSD auf den ewigen Trip führen?

Im *Addictionary* beantworten Experten ideologiefrei, wissen-



schaftlich fundiert, pointiert und kurz alle wichtigen aktuellen Fragen zu psychoaktiven Substanzen. Die Enzyklopädie dient der Fachwelt als handliches Nachschlagewerk und Betroffenen sowie Angehörigen als klare Orientierung.

156 Seiten

ISBN 978-3-95853-632-6

15,00 €

ebook

ISBN 978-3-95853-633-3

8,00 €

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

☎ +49 (0) 5484-308 | 📠 +49 (0) 5484-550
✉ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com