

Antrag**der Abgeordneten Dr. Harald Terpe (...) und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN****Besitz und Anbau von Cannabis zum Eigengebrauch entkriminalisieren – glaubwürdige und am Menschen orientierte Cannabisprävention umsetzen**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Ansatz, mit Hilfe des Strafrechts den Konsum von Cannabis zu verhindern, ist den Nachweis seiner Wirksamkeit bislang schuldig geblieben und ist faktisch gescheitert.

Trotzdem überwiegen bislang immer noch die ordnungspolitischen bzw. repressiven Instrumente gegenüber den gesundheitspolitischen. Dieser Umstand behindert eine glaubwürdige Cannabisprävention mit dem Ziel der Reduzierung des riskanten Gebrauchs.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. einen Gesetzentwurf zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) vorzulegen, der den Wegfall der Strafbarkeit vorsieht, wenn der Täter oder die Täterin das Cannabiskraut (Marihuana) oder das Cannabisharz (Haschisch) lediglich zum Eigengebrauch anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt.
2. gemeinsam mit Suchtexperten und den Ländern ein nationales Aktionsprogramm zur Cannabisprävention zu entwickeln, das ein differenziertes Maßnahmenpaket zur Verhaltens- und Verhältnisprävention riskanten Cannabisgebrauchs insbesondere bei Jugendlichen, zur Schadensminderung sowie zur Therapie von Abhängigkeitserkrankungen enthält.
3. ein wissenschaftlich begleitetes und regional begrenztes Modellprojekt aufzulegen, mit dem die generalpräventiven Effekte einer kontrollierten Abgabe von Cannabisprodukten in geeigneten Einrichtungen untersucht werden.
4. auf eine Fortentwicklung völkerrechtlicher Verträge wie insbesondere der internationalen Suchtstoffübereinkommen sowie europarechtlicher Bestimmungen mit dem Ziel hinzuwirken, das in ihnen enthaltene Prohibitionsdogma zu evaluieren und zugunsten einer glaubwürdigen und am Selbstbestimmungsrecht des Menschen orientierten Politik zur Prävention riskanter Konsumformen und zur gesundheitlich orientierten Schadensminderung abzulösen.

Begründung

Cannabisprodukte sind die in Deutschland am weitesten verbreiteten illegalen Drogen. Erhebliche Teile der Bevölkerung, nämlich zwischen zwei und vier Millionen Menschen, haben Erfahrungen mit dem Gebrauch von Cannabis. Dabei handelt es sich überwiegend um Menschen, die Cannabis einmalig

probieren oder gelegentlich gebrauchen. Hochfrequenter Gebrauch von Cannabis ist dagegen eher selten. Zwei Prozent der 18- bis 29jährigen geben an, fast täglich Cannabis zu konsumieren.

Das erhebliche Übergewicht der ordnungspolitischen bzw. repressiven Instrumente zur Prävention des schädlichen Cannabiskonsums gegenüber den gesundheitspolitischen zeigt sich schon durch die gravierenden Unterschiede bei der Verteilung von Steuermitteln für die Repression auf der einen Seite und Maßnahmen der Prävention auf der anderen Seite. Der Bundesregierung liegen nach eigenen Angaben keine genauen Zahlen für die Kosten der Repression vor, Schätzungen des Deutschen Hanfverbandes sprechen von bis zu einer Milliarde Euro Repressionskosten pro Jahr. Dem stehen deutlich geringere Ausgaben für die Prävention gegenüber.

Die gesundheitlichen Risiken des Cannabisgebrauchs sind abhängig davon, auf welche Weise und in welcher Frequenz Cannabis genutzt wird. Grundsätzlich ist bei inhalativer Einnahmeform das Risiko von Atemwegserkrankungen und Krebs bei Cannabisrauchern - ähnlich wie Zigarettenrauchern - deutlich erhöht. Neuere Überblicksstudien (Thomasius 2007) zeigen auch, dass starker und dauerhafter Konsum bei bestimmten Menschen den Ausbruch von Psychosen begünstigen kann. Nach langzeitigem starkem Gebrauch können Entzugssymptome wie Schlafstörungen auftreten. Insbesondere bei Jugendlichen kann starker Cannabisgebrauch bei manchen Konsumentinnen oder Konsumenten ungünstige Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung sowie schulische und berufliche Leistungen haben. Etwa 12,6 Prozent der wegen ihres Substanzgebrauches ambulant behandelten Patientinnen und Patienten wiesen 2006 eine Cannabisabhängigkeit als Hauptdiagnose nach ICD-10 auf. Damit steht Cannabis nach Alkohol und Opioiden an dritter Stelle der problematischen Substanzen. Der Bedarf nach entsprechenden Behandlungsangeboten auch gemessen an den absoluten Zahlen ist somit seit 2002 erheblich angestiegen.

Die derzeitige Cannabisprohibition beruht auf inzwischen widerlegten Annahmen wie der aus der pharmakologischen Wirkung resultierenden Schrittmacherfunktion von Cannabis für den Gebrauch härterer illegaler Drogen und einer erheblichen Gesundheitsgefährdung durch den gelegentlichen oder regelmäßigen Konsum von Cannabis. Die mit ihr intendierten Zielstellungen wie der Verhinderung des Cannabiskonsums und der erheblichen Verteuerung von Cannabisprodukten sind ganz offensichtlich nicht eingetreten. Ein erheblicher Teil insbesondere der jüngeren Bevölkerung gebraucht Cannabis einmalig, gelegentlich oder in regelmäßigen Abständen. Die überwiegende Mehrzahl der Konsumentinnen und Konsumenten praktiziert dabei einen verantwortungsvollen Gebrauch. Gleichwohl behindern die einschlägigen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes eine glaubwürdige Prävention. Darauf wies 2002 unter anderem die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit hin. Auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) kam 2004 zu ganz ähnlichen Einschätzungen.

Die geltende Rechtslage führt in der Konsequenz bei Cannabis zu einer unverhältnismäßigen Kriminalisierung der Eigenverbraucherin bzw. des Eigenverbrauchers und damit möglicherweise zu sozialer Ausgrenzung wie dem Verlust des Arbeitsplatzes oder des Führerscheins vor allem bei jungen Konsumentinnen und Konsumenten. So verzeichnete die polizeiliche Kriminalstatistik allein 2007 etwa 100.000 konsumnahe Delikte im Zusammenhang mit Cannabis. Zudem ist der durch die Illegalisierung von Cannabis entstehende Schwarzmarkt mit erheblichen zusätzlichen gesundheitlichen Risiken für die betroffenen Benutzerinnen und Benutzer von Cannabis verbunden. Beispielsweise wurden und werden auf dem Schwarzmarkt angebotenen Cannabisprodukten gesundheitsschädliche Stoffe wie Blei und Glas zugesetzt, um das Gewicht zu erhöhen.

Die Kriminalisierung vor allem junger Konsumentinnen und Konsumenten wie auch der durch die Illegalisierung des Besitzes und des Anbaus von Cannabis zum Eigenkonsum entstehende Schwarzmarkt verhindert nicht nur wirksame Ansätze zur Schadensminderung wie Drug-Checking-Programme, sondern behindert vor allem eine glaubwürdige Cannabisprävention mit dem Ziel der Reduzierung des riskanten Cannabisgebrauchs. Auf dieses gravierende Problem zielte 2002 auch die Stellungnahme zur Verbesserung der Suchtprävention der Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für

Gesundheit: „Das Betäubungsmittelgesetz und teilweise auch das Strafgesetzbuch bedrohen bisweilen Präventionsmaßnahmen mit Strafe, anstelle Präventionsmaßnahmen zu fördern und eine Rechtsgrundlage zu bieten.“

Zu II.1.

Derzeit hat die Staatsanwaltschaft einen Ermessensspielraum, ob sie von einem betäubungsmittelrechtlichen Strafverfahren absieht, wenn die Konsumentin oder der Konsument Cannabis in geringer Menge zum Eigenverbrauch besitzt.

Mit der angestrebten Änderung des Betäubungsmittelgesetzes soll eine neue Regelung als § 29 Abs. 4a BtMG eingeführt werden, die dem Bestimmtheitsgebot aus Art. 103 Abs. 2 GG entsprechend den Wegfall der Strafbarkeit vorsieht, wenn die Konsumentin oder der Konsument Cannabis lediglich zum Eigenverbrauch anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt. Ein Anstieg des Cannabisgebrauchs ist nicht zu erwarten, wie Erfahrungen in anderen europäischen Ländern mit ähnlichen Entpönalisierungs- oder Entkriminalisierungsregeln zeigen. So liegt beispielsweise der Anstieg des Cannabiskonsums in den Niederlanden mit einer strafprozessualen Entkriminalisierung vergleichsweise weit unter dem von Deutschland. In den Niederlanden setzten die „Richtlijnen voor het Opsporings en Strafvorcringsbeleid inzake strafbar Feiten van den Opiumwet“ von 1980 hinsichtlich Haschischprodukten eine Grenze von 30 Gramm als typische Konsummenge fest. Dies entspricht bei einem angenommenen durchschnittlichen THC-Gehalt von 9 Prozent etwa einer THC-Wirkstoffmenge von 2,7 Gramm. Nach neueren toxikologischen Auswertungen durch das Bundeskriminalamt wiesen knapp 83 Prozent aller untersuchten Proben einen THC- Wirkstoffwert von 0 bis 12 Prozent auf.

Zu II.2.

Angelehnt an die Vorschläge für nationale Aktionsprogramme zur Tabak- und Alkoholprävention wird die Bundesregierung beauftragt, gemeinsam mit den Ländern und Suchtexperten ein nationales Aktionsprogramm zur Cannabisprävention vorzulegen, in welchem differenzierte Instrumente der Verhaltens- wie der Verhältnisprävention enthalten sind. Dem Jugendschutz ist hierbei ein besonderes Gewicht zu geben. Langfristig ist die Weiterentwicklung dieses Aktionsprogramms für Cannabis zu einer integrierten Präventionspolitik für alle illegalen und legalen psychoaktiven Substanzen nötig.

Zu II.3.

In Anlehnung an die 1997 vom Land Schleswig-Holstein beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Rahmen eines Modellprojektes beantragte Erlaubnis zur Veräußerung von Cannabis durch ausgewählte Apotheken soll ein wissenschaftlich begleitetes Modellprojekt aufgelegt werden, mit dem überprüft wird, inwieweit die generalpräventiven Effekte eines umfassenden Verbotes des Verkehrs mit Cannabis nicht genauso gut oder besser durch eine kontrollierte Abgabe von Cannabis in geeigneten Einrichtungen und eine dadurch zu erwartende Trennung der Drogenmärkte erreicht werden können.

Zu II.4.

Einschlägige internationale und europäische Vorschriften sind derzeit insbesondere das Einheitsübereinkommen von 1961 über Suchtstoffe in der durch das Protokoll zur Änderung des Einheitsabkommens von 1972 geänderten Fassung, das Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe, das Übereinkommen der UN gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen von 1988, die Schengener Durchführungsübereinkommen sowie der Vertrag von Amsterdam (EUV). Diese Verträge und Bestimmungen – insbesondere das Abkommen von 1988 - basieren auf einer schlichten Prohibitionslogik und einer Dominanz repressiver Elemente, die in vielen Staaten einen „War

on Drug“ zur Folge haben, im Hinblick auf das mit ihnen angestrebte Ziel jedoch ihre weitgehende Wirkungslosigkeit seit langem offenbart haben. Eine zeitgemäße und vor allem glaubwürdige Prävention riskanter Konsumformen, die auch das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen achtet, ist auf ihrer Grundlage nicht möglich.

Berlin, den xx. xx 2009

Renate Künast, Fritz Kuhn und Fraktion