

Positionspapier Cannabis-Freizeitgebrauch

ÖSTERREICHISCHE **ARGE**
SUCHTVORBEUGUNG



Dieses Positionspapier steht unter www.suchtvorbeugung.net zum Download zur Verfügung.

Herausgeberin:

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung

office@suchtvorbeugung.net

www.suchtvorbeugung.net

© 2022

Titelbild: © WebLab24_Siti_Web- pixabay.com

Autor*innen: Mag.a Irene Weichhart, Markus Weißensteiner, MSc

V23

Inhalt

Anmerkung	5
1. Einleitung	6
2. Einführung: Cannabis, THC & CBD	7
2.1. THC (Delta-9-Tetrahydrocannabinol)	7
2.2. CBD (Cannabidiol)	7
2.3. Exkurs: Synthetische Cannabinoide (SCs)	7
3. Prävalenz	8
3.1. Konsum	8
3.2. Risikoreicher bzw. hochfrequenter Cannabiskonsum	9
3.3. Behandlungsrelevanter Konsum und Abhängigkeit	9
4. Konsum und Wirkung	10
4.1. Konsummotivation, Konsumhintergründe	11
4.2. Exkurs: Medikalisierung von Cannabis	13
5. Risiken	13
5.1. Schwangerschaft	13
5.2. Unmittelbare Risiken des Cannabiskonsums	14
5.3. Langzeitfolgen	14
5.4. Schädlichkeit – Vergleich	16
6. Rechtslage	17
6.1. Cannabis	18
6.2. CBD	19
6.3. Synthetische Cannabinoide	19
7. Begriffsklärung: „Regulierung“	20
7.1. Prohibition (totales Verbot)	20
7.2. Entkriminalisierung	20
7.3. Entpönalisierung	20
7.4. Regulierung bzw. regulierte Abgabe	20
7.5. Legalisierung	21
8. Gründe für eine Regulierung	21
8.1. Mangelnde generalpräventive Wirksamkeit des Verbots	21
8.2. Stigmatisierung und De-facto-Kriminalisierung	21
8.3. Verringerung des Ressourceneinsatzes bei Exekutive und Justiz	22
8.4. Florierender Schwarz- und Graumarkt sowie deren Folgen	23
8.4.1. Produktunsicherheit bei Cannabiskraut und -harz:	23
8.4.2. Produktunsicherheit bei Cannabisextrakten (z. B. bei CBD-Ölen)	23
8.4.3. Anwendungsunsicherheit	23
8.4.4. Zugang zu unkontrollierten Substanzen	24
8.5. Angemessene Handhabung von Tabak, Alkohol und Cannabis	24

8.6.	Klarheit, Transparenz und Bewusstheit schaffen.....	24
8.7.	Förderung evidenzbasierter, wirksamer Suchtprävention.....	24
9.	Abgabesysteme (Regulationsformen) und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Gesellschaft	26
9.1.	Das Spektrum der Regulation – internationale Beispiele.....	27
9.1.1.	Prohibition.....	27
9.1.2.	Quasi-Entkriminalisierung (Beispiel Österreich).....	27
9.1.3.	Reale Entkriminalisierung.....	28
9.1.4.	Strenge gesetzliche Regulierung	28
9.1.5.	Leichte Marktregulierung.....	28
9.1.6.	Kommerzielle Vermarktung.....	29
9.2.	Exkurs: Auswirkungen der kommerziellen Abgabe in den USA	30
10.	Regulierungs- bzw. Abgabemodelle	31
10.1.	Das kommerzielle Modell.....	31
10.2.	Das Selbstversorgungsmodell	32
10.3.	Das (Quasi-)Monopol des Staates	32
11.	Präventive Zielsetzungen	33
12.	Geforderte Änderungen für Österreich.....	34
13.	Eckpunkte einer suchtpreventiven Cannabisregulierung.....	35
13.1.	Prävention und Beratung	35
13.2.	Jugendschutz	36
13.3.	Herstellung und Qualitätssicherung.....	37
13.4.	Abgabe.....	38
13.5.	Werbung.....	39
13.6.	Konsumbeschränkungen	39
13.7.	Eigenanbau.....	40
13.8.	Strafverfolgung.....	41
13.9.	Einführung mit Pilotphase und Evaluation.....	41
14.	Schlussfolgerung.....	41
	Quellennachweis Rechtsnormen.....	43
	Literaturverzeichnis.....	45

Anmerkung

Zum besseren Verständnis für Lai*innen sowie Expert*innen folgt hier eine kurze rechtliche Definition des Cannabisbegriffs:

Als Cannabis definiert der Anhang I der Suchtgiftverordnung (SV)¹ in der geltenden Fassung die Blüten- oder Fruchtstände der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen, denen das Harz nicht entzogen worden ist.

Ausgenommen von den suchtmittelrechtlichen Vorschriften sind nach derzeitiger Rechtslage jedoch die Blüten- und Fruchtstände von „Industrie- bzw. Nutzhansorten“, die im Gemeinsamen Sortenkatalog für landwirtschaftliche Pflanzenarten² oder in der geltenden Fassung der österreichischen Sortenliste gemäß § 65 Saatgutgesetz 1997³ angeführt sind, sofern deren Gehalt an Tetrahydrocannabinol (THC) 0,3 % nicht übersteigt.

Produkte aus diesen Hanfsorten sind dann in der geltenden Fassung vom Suchtmittelgesetz (SMG)⁴ ausgenommen, wenn ihr Gehalt an THC 0,3 % vor, während und nach dem Produktionsprozess nicht übersteigt und daraus Suchtgift in einer zum Missbrauch geeigneten Konzentration oder Menge nicht leicht oder wirtschaftlich rentabel gewonnen werden kann.

Eine ausführliche Darstellung der rechtlichen Situation von Cannabis in Österreich finden Sie im Kapitel 6.

Um die Lesbarkeit des Textes zu erleichtern, wurde im weiteren Verlauf die Bezeichnung „Cannabis“ für den Drogen- und Medizinalhanf (THC > 0,3%) nach SMG und die Bezeichnung „Hanf“ oder „CBD-Cannabis“ für den Nutz- und Faserhanf (THC < 0,3%) gewählt.

¹ Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit Suchtgiften, BGBl. II Nr. 374/1997

² gemäß Artikel 17 der Richtlinie 2002/53/EG des Rates vom 13. Juni 2002, ABl. Nr. L 193/2002 S. 1

³ Bundesgesetz über die Saatgutenerkennung, die Saatgutzulassung und das Inverkehrbringen von Saatgut sowie die Sortenzulassung, BGBl. I Nr. 72/1997

⁴ Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe, BGBl. I Nr. 112/1997

1. Einleitung

Weltweit gewinnt das Thema Cannabis immer mehr an Bedeutung, sei es in der wissenschaftlichen Forschung, der Politik oder bei der Bevölkerung.

So erfährt beispielsweise CBD, das aus Cannabis gewonnen wird, aber nicht berauschend wirkt, als „Lifestyleprodukt“ weltweit einen Boom, wird vielen Produkten beigemischt und häufig mit der Abbildung eines Hanfblatts am Cover erfolgreich beworben. Gleichzeitig bleibt in vielen Ländern die gesetzliche Lage rund um CBD komplex und die Produktsicherheit undurchsichtig oder prekär.

Erschwerend kommt hinzu, dass in der Bevölkerung, insbesondere aber bei Jugendlichen, nach wie vor viele Fehlanahmen und viel Unwissenheit in Bezug auf Nutzen und Risiken von Cannabis und Cannabinoiden bestehen. Dies resultiert darin, dass Jugendliche mit Konsumierung häufig mit erheblichen sozialen Konsequenzen, Stigmatisierung und einer Quasikriminalisierung zu kämpfen haben.

Die gesundheitlichen sowie die rechtlichen Konsequenzen des nicht regulierten bzw. „illegalisierten“ Cannabisgebrauchs führen bei Konsument*innen, Polizei, Justiz, Gesundheitsbehörden etc. zu erheblichen Problemen (z. B.: Anzenberger et al., 2020).

Cannabis mit einem THC-Gehalt von über 0,3 % wird in Österreich als Suchtmittel eingestuft. Damit ist es nicht möglich, es legal für den Konsum zu erwerben, zu besitzen oder weiterzugeben (§ 27 SMG). Beobachtet man internationale Entwicklungen, so zeigt sich, dass eine Reihe von Staaten einen legalen Erwerb von Cannabis ermöglicht haben. Auch einige europäische Länder haben eine Regulierung des Umgangs mit der Substanz realisiert oder diskutieren diese.

Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung greift das Thema Cannabis mit dem Ziel auf, auch hierzulande eine dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende gesetzliche Regelung zu initiieren, welche die gesundheitlichen wie auch die sozialen Schäden für Konsument*innen und die Allgemeinbevölkerung so gering wie möglich hält.

Einer Entwicklung, welche sich an der freien Marktwirtschaft orientiert und Profitmaximierung, Zielgruppenerweiterung, Produktvielfalt etc. zum Ziel hat, ist jedenfalls strikt entgegenzuwirken. Die zu erwartenden negativen Auswirkungen eines solchen Systems auf die Gesundheit der Bevölkerung und im Speziellen junger Menschen wären beträchtlich.

Aufgrund der Expertise der Suchtprävention liegt der Fokus des vorliegenden Positionspapiers auf dem Freizeitgebrauch von im österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) definiertem Cannabis sowie darauf basierenden Produkten. Der medizinische Einsatz von Cannabis wird in diesem Papier nicht beleuchtet.

2. Einführung: Cannabis, THC & CBD

Cannabis ist der Familie der Hanfpflanzen zuzuordnen. Neben der Verwendung von Nutz- und Faserhanf (Fasern, Öle, Futtermittel etc.) wird es seit Jahrtausenden in verschiedenen Ländern und Kulturen als Heilmittel, aber auch als Rauschmittel eingesetzt (Scherbaum, 2017).

Bisher wurden in verschiedenen Cannabispflanzen 104 Cannabinoide (neben einer Vielzahl weiterer Stoffe, wie z. B. Terpene oder Flavonoide) entdeckt. Die zwei häufigsten und bekanntesten Cannabinoide sind **THC** (Delta-9-Tetrahydrocannabinol) und **CBD** (Cannabidiol).

Sowohl THC als auch CBD binden an die Rezeptoren des körpereigenen Endocannabinoidsystems und werden so im Organismus wirksam. Die berauschende Wirkung von Cannabis ist dabei auf das Cannabinoid THC zurückzuführen (Grotenhermen, 2018).

2.1. THC (Delta-9-Tetrahydrocannabinol)

THC und seine pharmakologischen Wirkungen sind bisher am häufigsten untersucht worden, wobei es trotzdem weitere, standardisierte Forschung zur Wirkung, zu den Risiken sowie den Potenzialen des Wirkstoffes braucht. Für THC wurden bisher schmerzmildernde (bei chronischen und neuropathischen Schmerzen), übelkeitslindernde, appetitanregende, muskelentspannende und psychotrope (Stimmungssteigerung, veränderte Sinneswahrnehmungen) Wirkungen beschrieben (Grotenhermen, 2018; Hoch et al., 2019).

2.2. CBD (Cannabidiol)

CBD ist das im Cannabis am zweithäufigsten vorkommende Cannabinoid und wirkt antientzündlich, antikonvulsiv (krampfvorbeugend und -lösend), angstlösend und antipsychotisch (Lander et al., 1976). Es wirkt ebenfalls im Zentralnervensystem, im Gegensatz z. B. zu THC jedoch nicht berauschend. Bisher wurden mit Cannabidiol nur wenige kontrollierte klinische Studien durchgeführt (Grotenhermen et al., 2019). Der Kenntnisstand zur pharmakologischen Wirkung von CBD ist dementsprechend gering und es bedarf weiterer Forschung.

2.3. Exkurs: Synthetische Cannabinoide (SCs)

Synthetische Cannabinoide werden halbsynthetisch oder vollsynthetisch hergestellt und ähneln in ihrer chemischen Struktur natürlichen Cannabinoiden (meist THC). Sie verursachen eine cannabisartige, dem jeweiligen Cannabinoid entsprechende Wirkung.

Die chemischen Strukturen der SCs können sich stark voneinander unterscheiden und interagieren dementsprechend unterschiedlich mit dem körpereigenen Endocannabinoidsystem. Sie weisen eine wesentlich höhere pharmakologische Wirksamkeit (Potenz) auf, da sie vom Körper besser aufgenommen werden können (Boisselier et al., 2017). Erschwerend kommt hinzu, dass SCs, im Gegensatz zu natürlichem Cannabis, oft in Reinform angeboten werden (Suchthilfe Wien, 2018).

Der Konsum ist aufgrund der intensiven Wirkung, der Gefahr der Überdosierung und der zahlreichen Nebenwirkungen (z. B. Krampfanfälle, Tachykardie, Todesfälle) äußerst riskant (Boisselier et al., 2017; Hoch et al., 2019; Scherbaum, 2017). Er macht häufig eine notfallmedizinischen Behandlung notwendig und in fast allen Fällen führt diese zu einem Krankenhausaufenthalt (Winstock et al., 2019). In den letzten Jahren wurden auch vermehrt Todesfälle verzeichnet, die auf synthetische Cannabinoide zurückzuführen sind, z. B. 2017: 35 in Großbritannien, 373 in der Türkei; 2020: 21 in Ungarn (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2021b, 2021a).

Synthetische Cannabinoide wurden ursprünglich entwickelt, um das Endocannabinoidsystem zu erforschen. Aufgrund der Wirkung wurden sie jedoch schon bald als damals legale Alternative zu Cannabis angeboten (z. B. Spice) und konsumiert (Werse et al., 2009). In Österreich fallen synthetische Cannabinoide seit 2012 unter das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG)⁵ und sind damit illegal.

In jüngster Vergangenheit werden vermehrt synthetische Cannabinoide auf CBD-Hanf aufgebracht und so auf dem Schwarzmarkt als THC-Cannabis verkauft. In der Schweiz, in Deutschland und Österreich sind diesbezüglich bereits Warnungen an die Bevölkerung ergangen (Checkit!, 2021; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021; Schori, 2020).

3. Prävalenz⁶

3.1. Konsum

Laut dem Europäischen Drogenbericht 2020 sowie der Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2021 ist Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Substanz in Österreich und Europa. Anhand der aktuellen Daten geht man davon aus, dass im letzten Jahr europaweit 15,4 % und österreichweit 15,8 % der Bevölkerung (zwischen 15 und 34 Jahren) Cannabis konsumiert haben (Jahresprävalenz). Schätzungen zufolge haben in Europa 27,2 % und in Österreich 23,6 % der 15- bis 64-Jährigen zumindest einmal Cannabis konsumiert (Lebenszeitprävalenz). Da die Daten der letztjährigen Erhebungen stabil sind, schließen Strizek und Kolleg*innen, dass vor allem ältere Personen ihre Cannabiserfahrungen in Interviews häufig nicht wahrheitsgemäß angeben. Die tatsächliche Lebenszeitprävalenz dürfte somit bei ca. einem Drittel bis der Hälfte der Österreicher*innen liegen. Die Altersgruppe mit den höchsten Konsumraten ist die Gruppe der jungen Erwachsenen im Alter von Anfang bis Mitte 20 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2021; Strizek et al., 2021a).

Im Gegensatz zur Jahres- und Lebenszeitprävalenz liegen die aktuellen Konsumraten (Konsum von Cannabis in den letzten 30 Tagen) bei 2,8 % allgemein – und bei Männern mit 3,4 % etwas

⁵ Bundesgesetz über den Schutz von Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen, BGBl. I Nr. 146/2011 idgF

⁶ Prävalenz = Anzahl bzw. Rate der zum Untersuchungszeitpunkt betroffenen Personen. Der Zeitraum kann sich z. B. auf die Lebenszeit (Geburt bis Befragungszeitpunkt), ein Jahr oder einen Monat (30 Tage) beziehen.

höher als bei Frauen mit 2,3 %. Die höheren Konsumzahlen von Männern zeigen sich durchgehend bei fast allen Cannabis-Prävalenzzahlen⁷ (Strizek et al., 2021b).

Strizek und Kolleg*innen haben in der aktuellen Repräsentativerhebung erstmals die Prävalenzen des Konsums von CBD-Cannabis und THC-Cannabis unterschieden. Die Lebenszeitprävalenz für den Konsum von CBD-Cannabis lag mit 11 % (von den Konsument*innen sind 10,5 % männlich, 11,4% weiblich) niedriger als jene für THC-Cannabis mit 18,7 % (20,9 männlich, 16,6 % weiblich). Die Jahresprävalenz für CBD-Cannabis-Konsum lag mit 7,1 % (6,5 % männlich, 7,7 % weiblich) jedoch höher als jene für den Konsum von THC-Cannabis mit 5,1 % (5,7 % männlich, 4,5 % weiblich). Auch die aktuellen Konsumraten für CBD-Cannabis (30 Tage) lagen mit 4,0 % (3,4 % männlich, 4,4 % weiblich) höher als die für THC-Cannabis mit 2,8 % (3,4 % männlich, 2,3 % weiblich). Hervorzuheben ist hier, dass beim CBD-Cannabis – im Gegensatz zum THC-Cannabis – die Gruppe der Konsumentinnen größer ist als jene der Konsumenten (Strizek et al., 2021b).

In einer österreichweiten Schüler*innenbefragung (ESPAD) gaben 18,1 % der 14- bis 17-Jährigen an, im letzten Jahr Cannabis konsumiert zu haben. Beim Erstkonsum waren 9,4 % der Schüler*innen 14 Jahre alt oder jünger (≤ 10 Jahre: 0,3 %) (Hojni et al., 2019b, 2019a).

3.2. Risikoreicher bzw. hochfrequenter Cannabiskonsum

Strizek und Kolleg*innen ziehen zur Bewertung des risikoreichen Konsums die Konsumintensität der letzten 30 Tage heran. Von den befragten Konsument*innen gab etwa ein Fünftel einen regelmäßigen (6 bis 19 x/Monat) und ein weiteres Fünftel einen hochfrequenten Konsum (20 x/Monat bis täglich) an; das entspricht ca. 0,5 % der Befragten.

Zusätzlich wurde das CAST (Cannabis Abuse Screening Tool) in einer adaptierten Version als Screening-Verfahren eingesetzt, welches risikoarmen und riskanten Konsum unterscheidet. Der dadurch erfasste Prozentsatz der Bevölkerung mit riskantem Konsum beläuft sich auf 0,7 %, dies sollte jedoch als Obergrenze verstanden werden. Der wahre Wert ist mit hoher Wahrscheinlichkeit niedriger (Strizek et al., 2021a)

Einschränkend sei angemerkt, dass die Bewertung eines problematischen Konsums oder eines riskanten Konsummusters durch quantitative Erhebungen nur unzureichend erfolgen kann. Auch die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung kann ausschließlich durch qualifizierte Expert*innen (z. B. klinische Psycholog*innen, Fachärzt*innen) erfolgen.

3.3. Behandlungsrelevanter Konsum und Abhängigkeit

Die Datenlage zur Prävalenz von cannabisbedingten Abhängigkeitserkrankungen ist sehr schwach. Einen Hinweis können aber die Zahlen zum behandlungsrelevanten Cannabiskonsum der amtsärztlichen Begutachtungen nach §12 SMG geben. 2019 wurden in Österreich (ausgenommen Wien) 1.394 Begutachtungen nach behandlungsrelevantem Konsum von

⁷ Bei der Repräsentativerhebung wurden lediglich das männliche und das weibliche Geschlecht, nicht jedoch diverse Geschlechtsidentitäten (Option „divers“) abgefragt.

Cannabis durchgeführt (Anzenberger et al., 2020, S. 13, Tabelle 20), das entspricht 25,9 % der gesamten amtsärztlichen Begutachtungen nach §12 SMG im Jahr 2019 (2020, S. 14, Tabelle 22).

Die ausgesprochenen gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach §11 SMG stellen sich für die Betroffenen mit Konsum der Leitdroge Cannabis (ohne andere Leitdrogen) wie folgt dar: 64,9 % ärztliche Überwachung des Gesundheitszustands (Abs. 2 Z5), 27 % psychosoziale Beratung und Betreuung (Abs. 2 Z1), 10,8 % klinisch-psychologische Beratung und Betreuung (Abs. 2 Z3), 4,5 % Psychotherapie (Abs. 2 Z2), 3,4 % ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs[...]behandlung (Abs. 2 Z4), (2020, S. 16, Tabelle 26).

Bei den Spitalsentlassungsdiagnosen nach ICD-10 wurden im Jahr 2018 für 69 Personen die Hauptdiagnose F12.1 (psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch) und für 139 Personen die Hauptdiagnose F12.2 (psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit) vergeben (Anzenberger et al., 2020, S. 19, Tabelle 29).

Europaweit kam es zu einem deutlichen Anstieg der Zahl an Klient*innen, die sich erstmalig in Zusammenhang mit Cannabis in Behandlung begeben haben (zwischen 2009 und 2019 um 45 %). Dabei gibt es teilweise große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Der Anstieg ist neben den länderspezifischen gesetzlichen Änderungen (z. B. „Therapie statt Strafe“ in Österreich⁸) vermutlich auch auf den erhöhten THC-Gehalt in Cannabis sowie auf den vermehrten Einsatz von synthetischen Cannabinoiden zurückzuführen. Im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden kam es europaweit 2020 zahlreichen Notfällen und zu 21 Todesfällen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2021b; Höbllinger, 2021).

4. Konsum und Wirkung

Nach dem aktuellen Bericht der EMCDDA finden sich auf dem europäischen (Schwarz-)Markt folgende Cannabisprodukte, die sich in Optik, Konsum und/oder Wirkung unterscheiden (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2019b)

- Cannabiskraut (Blüten/Blätter)
- Cannabisharz
- Cannabisextrakte (z. B. Kristalle, Öle etc.)
- Edibles (Lebensmittel, wie z. B. Kuchen, Kekse, Getränke etc.)
- synthetische Cannabinoide (z. B. aufgesprüht oder beigemischt in Kräutermischungen etc.)

Die Wirkung von Cannabis⁹ unterscheidet sich je nach konsumiertem Produkt, nach Potenz des Produkts, nach Konsumform sowie nach (psychischer und körperlicher) Verfassung des*der Konsument*in. So wirkt THC, wenn es inhaliert wird (z. B. durch Rauchen oder mittels

⁸ Busch und Kolleg*innen schreiben dazu: „Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis sind die zweite zahlenmäßig relevante Klientengruppe in den österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen. Ein beträchtlicher Teil befindet sich jedoch aufgrund von gesetzlichen Auflagen in Betreuung. Lediglich bei etwa einem Drittel kann von einem hochfrequenten Cannabiskonsum ausgegangen werden (Busch et al., 2013, S. 8).

⁹ „Cannabis“ bezeichnet hier alle in der Aufzählung genannten Cannabisprodukte mit THC > 0,3%.

Verdampfer) bereits nach wenigen Sekunden für etwa 2–3 Stunden und erreicht die maximale Wirkung nach etwa 20 Minuten. Wird es oral aufgenommen (z. B. in einem Kuchen), setzt die Wirkung erst nach 30–90 Minuten ein, wirkt jedoch mit 4–8 Stunden wesentlich länger. Die maximale Wirkung tritt zeitlich verzögert nach etwa 2–4 Stunden ein (Grotenhermen et al., 2019).

Bereits Timothy Leary berichtete in den 1960er-Jahren, welchen Einfluss Set und Setting auf die wahrgenommene Wirkung einer Substanz haben – seine Angaben dazu wurden später von Zinberg in den 1980er-Jahren geprüft und bestätigt (Barsch, 2008; Hartogsohn, 2017). Heute ist „Drug, Set und Setting“ ein akzeptiertes und bekanntes Konzept, welches die erlebte Substanzwirkung beschreibt.

Neben der Substanz haben demnach sowohl

- Dosis, Form (z. B. Inhalation vs. orale Einnahme) und Frequenz des Konsums (Drug),
- persönliche Vorerfahrungen, Wirkungserwartung sowie psychische und physische Eigenschaften, z. B. Vorerkrankungen oder Probleme (Set),
- als auch das Umfeld (Ort des Konsums und dessen Beschaffenheit) und das soziale Milieu (Setting)

Einfluss auf die wahrgenommene Wirkung von Cannabis.

Dies kann so weit gehen, dass unter Kontrolle von Set und Setting auch der Konsum eines Placebos zu bewusstseinsverändernden bzw. berauschenden Wahrnehmungen führt (siehe z. B. Olson et al., 2020).

Cannabis kann in einer Situation von einer Person als beruhigend bzw. dämpfend erlebt werden, während eine andere Person in derselben Situation die Wirkung als anregend bzw. stimulierend beschreibt (vgl. Cornel et al., 2014). Auch kann dieselbe Person die Wirkung in unterschiedlichen Situationen anders erleben. Gemeinsam ist den meisten Beschreibungen eine bewusstseinsverändernde, fast halluzinogene Wirkung (z. B. Farben, Musik oder Geschmack werden intensiver wahrgenommen, das Zeitgefühl verändert sich etc.) (Büge, 2017).

Generell gilt, dass aufgrund der Anatomie des Endocannabinoidsystems Cannabis fast im gesamten Körper wirkt – und das unabhängig vom THC- oder CBD-Gehalt. Es wirkt zentralnervös (Gehirn, Rückenmark), aber auch auf das periphere Nervensystem (z. B. Muskeln) das Herz-Kreislauf-System, den Magen-Darm-Trakt, das Immunsystem u. a. Außerdem sind Cannabinoide plazentagängig und beeinflussen so im Falle einer Schwangerschaft die Entwicklung von Embryo und Fötus (Grotenhermen et al., 2019).

4.1. Konsummotivation, Konsumhintergründe

Die allgemeine und wissenschaftliche Diskussion des Themas Cannabis ist heute von zwei diametral entgegengesetzten Polen gekennzeichnet: Risiko des Konsums vs. Potenzial der Pflanze. Im vorliegenden Papier soll die Darstellung gemäß einem multifaktoriellen Modell um eine dritte Komponente erweitert werden: Konsummotivation bzw. Konsumhintergründe der Konsument*innen.

Internationale Studien zeigen, dass sich die Gründe für den Konsum von Cannabis individuell stark unterscheiden können und auch vom Alter der Konsument*innen abhängig sind:

Jüngere Personen geben eher Konformitätsmotive (Erwartungshaltung des Umfelds), die Steigerung von Selbstbewusstsein und das Vergessen von Sorgen als Konsumgründe an. Bei jungen Erwachsenen stehen eher Verstärkungsmotive (z. B. Wahrnehmungssteigerung) sowie die euphorisierenden und schlaffördernden Effekte im Vordergrund (Boys, 2001; Cornel & Alice-Salomon-Hochschule [Berlin], 2014). Obwohl der Konsum von Cannabis gesundheitsschädlich sein kann, werden die positiven Erfahrungen (und Erwartungen) für bedeutender als die potentiellen Risiken erachtet (Berthel et al., 2020).

Gerade in der Adoleszenz verändert sich das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen sehr: Jugendliche reagieren stark auf erregende Stimuli, während selbstregulatorische Kompetenzen erst später stärker ausgeprägt werden. Insofern ist Experimentier- und Risikoverhalten, zu denen auch der (Probier-)Konsum von legalen und illegalen Substanzen gehören kann, in der Entwicklung junger Menschen normal und wird von Jugendlichen auch als Strategie zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben genutzt (Pinquart & Silbereisen, 2018).

Der Konsum von Cannabis ist dabei in den meisten Fällen auf die Adoleszenz beschränkt und führt nur in sehr wenigen Fällen zur Entwicklung einer Cannabiskonsumstörung (Jugendliche: 2,8 %, 10 Jahre nach Erstbefragung: 6,6 %) und in noch weniger Fällen zu einer Abhängigkeits-erkrankung (Jugendliche: 1,5 %, 10 Jahre nach Erstbefragung: 3,1 %). Chronisch konsumierende weisen dabei häufig riskante Konsummuster sowie bestimmte Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren, wie den wiederholten Konsum in der frühen Adoleszenz, einen geringeren Selbstwert, traumatische Lebensereignisse oder eine Mehrzahl konsumierender Peers auf (Perkonig et al., 2008).

Schätzungen zufolge liegt in Österreich der hochfrequente und riskante Konsum bei Jugendlichen mit 0,4 % deutlich niedriger als oben angegeben (Strizek et al., 2021a).

Bei der Entwicklung von riskanten Konsummustern und Gebrauchsstörungen spielt die Motivation für den Gebrauch von Cannabis eine besondere Rolle. Studien konnten zeigen, dass die Experimentierfreude als Motivator mit einem geringeren Konsum und weniger Cannabis-assoziierten Problemen einhergeht (Lee et al., 2007; Patrick et al., 2016). Personen mit einer defizitorientierten Konsummotivation, wie z. B. Konsum als Coping-Strategie bei psychischen Erkrankungen (Thornton et al., 2012) oder um unangenehme Gefühle zu regulieren, weisen häufiger Cannabisgebrauchsstörungen auf (Patrick et al., 2016; Wittchen et al., 2007).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass der Konsum von Cannabis ganz individuelle Gründe und Funktionen haben kann. Im Zusammenhang mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben kann er z. B. bei der Lösung vom Elternhaus oder der Steigerung des Gemeinschafts- und Zugehörigkeitsgefühls unter Peers eine adaptive, aber auch eine dysfunktionale Rolle spielen. Gleichzeitig stellt der Umgang mit psychoaktiven Substanzen selbst eine Entwicklungsaufgabe dar (Küfner, 2019).

4.2. Exkurs: Medikalisierung von Cannabis

Cannabis wird [in den USA, aber auch international] abseits der Medizin häufig für die Behandlung von diversen mehrdeutigen und schlecht abzugrenzenden medizinischen Symptomen vermarktet und zum Teil für den medizinischen Verbrauch legalisiert. Dieser Umstand erweckt in der Gesellschaft den Anschein, Cannabis sei ein harmloses therapeutisches Mittel, das sich in der medizinischen Forschung als effektiv erwiesen habe. Einerseits begünstigt dies den rekreativen Konsum, da der Anschein erweckt wird, der Gebrauch von Cannabis seien medizinisch gesichert, andererseits besteht die Gefahr, dass besonders vulnerable Gruppen den Konsum einer potenziell schädlichen und suchterregenden Substanz der Verwendung medizinisch erprobter Medikamente vorziehen (Borodovsky & Budney, 2018).

Zukünftige Regulierungen sollten von einer generellen medizinischen Vermarktung bzw. Abgabe von Cannabis absehen, es sollten nur Substanzen mit klinisch überprüften Wirkungen zur Vermarktung zugelassen sein. Eine medizinische Verwendung sollte nur nach herkömmlichen Zulassungsverfahren für Arzneimittel erfolgen. Dies würde jedoch eine genaue Tritration¹⁰ und die exakte Angabe und Kontrolle der enthaltenen Wirkstoffen vorhersehen (vgl. Epidyolex). Irreführende Werbung in Verkaufsstellen, welche mit reguliertem, legalem Cannabis handeln, muss entsprechend kontrolliert und gegebenenfalls sanktioniert werden. (Humphreys & Shover, 2020). Die Verschreibung und Vermarktung von medizinischem Cannabis nach den oben beschriebenen Richtlinien sollten ausschließlich von entsprechenden Expert*innen vorgenommen werden (Fachärzt*innen, Apotheker*innen).

5. Risiken

Neben den Wirkungsmechanismen, die in der medizinischen Forschung immer mehr in den Fokus rücken, ist der Konsum von Cannabis mit teilweise erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden, z. B. in der Schwangerschaft, der Kindheit und der Jugend. Sowohl während der Embryonalentwicklung als auch in der Jugend entwickelt bzw. verändert sich das Gehirn rapide. Der Aufbau und Abbau der neuronalen Verbindungen werden dabei vom Endocannabinoidsystem mitgesteuert. Wird in dieser Zeit regelmäßig Cannabis konsumiert, kann dies langfristige Probleme verursachen (Grzeskowiak et al., 2020; Hoch et al., 2019).

5.1. Schwangerschaft

Die Forschung zum Cannabiskonsum in der Schwangerschaft und zu den Folgen für Mutter und Kind steht aktuell noch am Anfang. Da jedoch immer mehr schwangere Frauen Cannabis konsumieren (El Marroun et al., 2018), sind die bisherigen und zukünftigen Ergebnisse besonders wichtig. Nach aktuellem Wissensstand zählen zu den Risiken für das ungeborene Kind beispielsweise ein geringeres Geburtsgewicht sowie die Notwendigkeit einer neonatalen intensivmedizinischen Behandlung (Corsi et al., 2019; Grzeskowiak et al., 2020; Gunn et al., 2016).

¹⁰ Die genaue Bestimmung der Konzentration bestimmter Inhaltsstoffe wie z. B. THC oder CBD mittels chemischer Maßanalyse.

Die Studienlage zu langfristigen Auswirkungen von pränataler Cannabisexposition auf die postnatale Entwicklung des Kindes (siehe z. B. Irner, 2012) ist gering, es bedarf weiterer Forschung.

5.2. Unmittelbare Risiken des Cannabiskonsums

Der Konsum von Cannabis kann zu akuten kognitiven Defiziten führen, wie z. B. zu Lern- und Gedächtnisdefiziten, Störungen von Aufmerksamkeitsprozessen, Störungen der Psychomotorik, zur Verlängerung der Reaktionszeit und zur Beeinträchtigung der Impulskontrolle. Nach aktueller Studienlage scheinen viele dieser Effekte mit der Zeit abzuklingen. Es gibt Hinweise darauf, dass lange andauernder und intensiver Konsum von Cannabis zu einer langfristigen allgemeinen Intelligenzminderung führen kann (siehe Kap. 5.3). Die Studienlage zu den Folgen von Cannabiskonsum ist oftmals uneindeutig und es bedarf weiterer wissenschaftlich fundierter Forschung (Hoch et al., 2019).

Die unter dem Begriff „amotivationales Syndrom“ zusammengefassten Symptome werden häufig für die unzureichende Bewältigung von alterstypischen Entwicklungsaufgaben verantwortlich gemacht. Dazu gehören unter anderem eine verminderte Motivation für Alltagsaktivitäten (Hobbys, berufliche, schulische und private Verpflichtungen etc.), Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme, die Unfähigkeit, spontane Entscheidungen zu treffen, und affektive Verflachung. Bisher konnte das amotivationale Syndrom nicht nachgewiesen werden (Scherbaum, 2017).

Bisher gibt es keinen Nachweis einer tödlichen Überdosis aufgrund des Konsums von pflanzlichem Cannabis (Hoch et al., 2019). Nichttödliche Vergiftungen, die zu einem Krankenhausaufenthalt führen, sind vermehrt bei Konsumierenden von Edibles beschrieben worden. Solche Vergiftungen sind häufig auf die nichtwissentliche Einnahme von THC-haltigen Süßigkeiten zurückzuführen und besonders gefährlich bei Kindern (Noble et al., 2019; Vo et al., 2018).

Der Konsum von synthetischen Cannabinoiden führte in zahlreichen Fällen zu einem Krankenhausaufenthalt und in manchen Fällen zum Tod (Boisselier et al., 2017; Winstock et al., 2019).

5.3. Langzeitfolgen

Die Risiken durch den dauerhaften Konsum von Cannabis in der Jugend sind weitaus höher als jene im Erwachsenenalter (Blest-Hopley et al., 2020). So zeigen sich in verschiedenen Studien Veränderungen in der Gehirnentwicklung (Orr et al., 2019) und nicht reversible Langzeitfolgen wie beispielsweise eine verminderte allgemeine Intelligenz und Gedächtnisleistung (Fried et al., 2005). Auch nach Beendigung des Konsums können neuropsychologische Funktionen weiter beeinträchtigt bleiben (Meier et al., 2012); inwieweit hier die Defizite reversibel oder anhaltend sind, kann aus heutiger Sicht nicht eindeutig beurteilt werden (Hoch et al., 2019). Studien haben außerdem gezeigt, dass die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung, neben weiteren Risikofaktoren, umso wahrscheinlicher ist, je jünger die Konsument*innen beim Erstkonsum sind (Behrendt et al., 2009; Schneider et al., 2019).

Die Pubertät ist zudem jene Lebensphase, in der besonders viele Entwicklungsaufgaben zu bewältigen sind. Dazu gehören beispielsweise die schrittweise Lösung vom Elternhaus, die Ausbildung einer (Geschlechts-)Identität, die Aufnahme intimer Kontakte, der Schulabschluss etc. Diesen schwierigen Aufgaben weichen Personen mit dauerhaftem Cannabiskonsum häufig aus und sie müssen sie, sofern es möglich ist, im Erwachsenenalter nachholen (Büge, 2017).

Die Forschungsergebnisse der letzten Jahre belegen eindeutig, dass Cannabiskonsum*innen im Vergleich zu Nicht-Konsument*innen häufiger eine psychotische Störung¹¹ aufweisen (Hoch et al., 2019). Dabei spielen die Häufigkeit des Konsums, die Höhe des THC-Gehalts, das Verhältnis von THC zu CBD und die genetische Disposition zentrale Rollen für die Entstehung sowie für das Anhalten der Störung (Hoch et al., 2019; van der Steur et al., 2020; Wilson et al., 2019). So stellten Hoch und Kolleg*innen beispielsweise fest, dass die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer psychotischen Störung bei geringem Konsum um das 1,4- bzw. 2,0-Fache und bei hohem Konsum um das 2,0- bzw. 3,4-Fache erhöht war (2019, S. 205).

Hjorthøj, Posselt und Nordentoft konnten in einer aktuellen Längsschnittstudie zeigen, dass der Anteil der Fälle von Schizophrenie im Zusammenhang mit einer Cannabiskonsumstörung in den letzten Jahrzehnten von 2 % auf ca. 6–8 % gestiegen ist, was bei der Zunahme des Cannabiskonsums sowie der gestiegenen Potenz der Substanz zu erwarten gewesen sei (Hjorthøj et al., 2021). Außerdem konnten Studien nachweisen, dass Patient*innen, die Cannabis konsumieren, im Fall einer psychotischen Erkrankung schwerere Krankheitsverläufe als Nichtkonsument*innen und ein konsistent erhöhtes Rückfallrisiko hatten (Schoeler et al., 2016; Zammit et al., 2008).

Diese Beobachtungen werden von vielen als ein Indiz für Cannabis als einen kausalen Faktor in der Entstehung von Schizophrenie interpretiert. Allerdings können sie ebenso auf eine geteilte Vulnerabilität in Hinblick auf Cannabiskonsum und Schizophrenie zurückzuführen sein. Diesem Modell zufolge erhöhen geteilte Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit, an psychischen Krankheiten oder Konsumstörungen zu erkranken. Vermehrte Exposition gegenüber diesen Risikofaktoren erhöht also die Wahrscheinlichkeit, eine Cannabiskonsumstörung und Schizophrenie zu entwickeln, ohne dass ein kausaler Zusammenhang zwischen beiden Störungsbildern anzunehmen ist (Ksir & Hart, 2016).

Ob also ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Konsum von Cannabis und dem Ausbruch von psychotischen Störungen besteht, konnte bisher noch nicht eindeutig geklärt werden und ist Gegenstand anhaltender Forschung (Hoch et al., 2019).

Nicht zuletzt besteht bei einem häufigen und intensiven Konsum von Cannabis das Risiko, an einer Cannabisabhängigkeit¹² inklusive cannabistypischer Entzugserscheinungen¹³ zu erkranken. Die WHO differenziert in der 11. Revision des Internationalen Klassifikationssystems von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (ICD-11) zwischen psychischen Abhängigkeitsmerkmalen:

¹¹ ICD-10: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

¹² Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 V (F): F12.2

¹³ Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5: u. a. Reizbarkeit, Angst, Schlafschwierigkeiten, Gewichtsverlust, innere Unruhe, depressive Verstimmung, zittern, schwitzen, Kälteschauer oder Kopfschmerzen (Falkai & Wittchen, 2015)

„[...] a strong internal drive to use cannabis, which is manifested by impaired ability to control use, increasing priority given to use over other activities and persistence of use despite harm or negative consequences (WHO, 2018)“

und körperlichen Symptomen:

“[...] tolerance to the effects of cannabis, withdrawal symptoms following cessation or reduction in use of cannabis, or repeated use of cannabis or pharmacologically similar substances to prevent or alleviate withdrawal symptoms. These experiences are often accompanied by a subjective sensation of urge or craving to use cannabis (WHO, 2018)“.

Ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Konsum von Cannabis als Einstiegsdroge und dem späteren Konsum anderer illegaler Substanzen konnte bisher nicht nachgewiesen werden (Lesch, 2019). Studien zeigen, dass der Erstkontakt mit psychoaktiven Substanzen meist in Form von Alkohol- oder Tabakkonsum stattfindet (Kapusta et al., 2007; Lesch, 2019). Die Hypothese von Cannabis als Einstiegsdroge konnte demnach nicht bestätigt werden. Die assoziierte Verbindung von Cannabis und dem erhöhten Risiko für den Konsum anderer illegaler Substanzen lässt sich auf andere Faktoren zurückführen. Dazu zählt beispielsweise die Tatsache, dass jene Konsument*innen, die Cannabis auf dem Schwarzmarkt erwerben, dadurch leichteren Zugang zu anderen illegalen Substanzen haben (Hoch et al., 2019).

5.4. Schädlichkeit – Vergleich

Vermerkt wird sowohl von Konsument*innen als auch von Fachleuten die verhältnismäßig ungleiche Handhabung von Cannabis und Alkohol, aber auch von Tabak thematisiert und diskutiert. Internationale Studien zeigen ein erheblich höheres körperliches und soziales Schadenspotenzial durch den übermäßigen Konsum von Alkohol oder Tabak als durch den Konsum von Cannabis (Bonomo et al., 2019; Nutt et al., 2010; van Amsterdam et al., 2015).

Nutt und Kolleg*innen ließen Fachexpert*innen die Schadenspotenziale unterschiedlicher Substanzen beurteilen und stellten fest, dass das Abhängigkeitspotenzial von Tabak näher an jenem von Heroin liegt als z. B. an dem von Cannabis. Vergleicht man Tabak, Alkohol und Cannabis, stufen Expert*innen das Risiko, von Tabak abhängig zu werden, als am höchsten ein, gefolgt von Alkohol und danach von Cannabis (Nutt et al., 2007). Dies setzt voraus, dass Cannabis nicht gemeinsam mit Tabak konsumiert wird. Studien weisen außerdem darauf hin, dass die in Europa vorherrschende Praxis, Tabak und Cannabis zu mischen, mit einem erhöhten Risiko für eine Cannabisabhängigkeit und mit anderen psychosozialen Problemen einhergeht (Peters et al., 2012).

Erwähnenswert ist, dass es sich (in Österreich) bei Alkohol um eine regulierte Substanz handelt, deren Handhabung durch eine Vielzahl an Regeln und Gesetzen festgeschrieben ist, wie z. B. Jugendschutz, Unterscheidung von Gärungsalkohol und gebranntem Alkohol, Qualitätssicherung (Lebensmittelbuch) (Uhl et al., 2020).

Das Cannabis auf dem Schwarzmarkt hingegen unterliegt mit Ausnahme des vollständigen Verbots keinen Regularien, um die Schädlichkeit für Konsument*innen zu minimieren. So beobachtet man beispielsweise weltweit einen starken Anstieg des THC-Gehalts und eine dementsprechende Reduktion des CBD-Gehalts von Cannabis auf dem Schwarzmarkt (Freeman et al., 2020), was das Risiko für Kurz- und Langzeitfolgen erhöht¹⁴ (Hoch et al., 2019; Wilson et al., 2019).

6. Rechtslage

Cannabis unterliegt international der Single Convention on Narcotic Drugs¹⁵, einem 1961 angenommenen völkerrechtlichen Vertrag (United Nations, 2013). Vonseiten der WHO wurde 2019 die Neueinstufung von Cannabis in sechs Punkten empfohlen (World Health Organization, 2019):

- Die Streichung von **Cannabis** und **Cannabisharz** aus der Tabelle IV¹⁶ der Single Convention on Narcotic Drugs (S. 41).
- Die Eingliederung von **Dronabinol** und seinen **Stereoisomeren** (Delta-9-Tetrahydrocannabinol) in den Anhang I der Single Convention on Narcotic Drugs und die Streichung aus der Tabelle II der 1971 Convention On Psychotropic Substances (S. 46–47).
- Die Streichung von **Tetrahydrocannabinol** [...] aus der 1971 Convention on Psychotropic Substances sowie die Eingliederung in die Tabelle I der Single Convention on Narcotic Drugs (S. 49–50).
- Die Streichung von Extrakten und Tinkturen von Cannabis aus der Tabelle I der Single Convention on Narcotic Drugs (S. 53).
- Das Hinzufügen der **Fußnote** „Preparations containing predominantly cannabidiol and not more than 0.2 per cent of delta-9-tetrahydrocannabinol are not under international control.“ zur Tabelle I der Single Convention on Narcotic Drugs (S. 54).
- Die Eingliederung von pharmazeutischen **Zubereitungen** mit Delta-9-Tetrahydrocannabinol (Dronabinol)¹⁷ in die Tabelle III der Single Convention on Narcotic Drugs (S. 55).

¹⁴ CBD wirkt als Antagonist von THC und hat dementsprechend eine hemmende Wirkung auf die psychischen und somatischen Wirkungen von THC. Eine Reduktion des CBD-Gehalts reduziert diesen ausgleichenden Effekt, z. B. die antipsychotische Wirkung von CBD (Grotenhermen et al., 2019).

¹⁵ Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol (United Nations, Treaty Series, vol. 967, No. 14152) idgF

¹⁶ Tabelle IV: Strengstes Kontrollsystem, listet als besonders gefährlich eingestufte Substanzen, wie z. B. Heroin oder Fentanyl

¹⁷ Original: „The Committee recommended that preparations containing delta-9-tetrahydrocannabinol (dronabinol), produced either by chemical synthesis or as a preparation of cannabis, that are compounded as pharmaceutical preparations with one or more other ingredients and in such a way that delta-9-tetrahydrocannabinol (dronabinol) cannot be recovered by readily available means or in a yield which would constitute a risk to public health, be added to Schedule III of the 1961 Convention on Narcotic Drugs.“ (World Health Organisation, 2019, S.55)

Bei der Abstimmung der Commission on Narcotic Drugs (CND) 2020 wurde die erste der sechs Empfehlungen angenommen: Cannabis und Cannabisharz wurden aus der Tabelle IV der Single Convention on Narcotic Drugs gestrichen und verbleiben lediglich in der Tabelle I.

Die fünf übrigen Empfehlungen wurden mehrheitlich abgelehnt (United Nations Commission On Narcotic Drugs [CND], 2020).

6.1. Cannabis

In Österreich fällt Cannabis ab einem Mindestgehalt von 0,3 % THC unter das Suchtmittelgesetz (SMG)¹⁸: Erzeugung, Verarbeitung, Umwandlung, Erwerb u. a. sind darin geregelt (SMG §§ 27–31). Seit der Novelle des SMG 2016 tritt bei einem Verstoß, bei dem es ausschließlich um den persönlichen Gebrauch oder um die Weitergabe von Cannabis oder anderen durch das SMG geregelten Substanzen ohne eigenen Vorteil geht, die Staatsanwaltschaft von der Verfolgung vorläufig zurück und die Zuständigkeit ergeht an die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde (SMG §§13, 14 und 35).

Die zentrale Aufgabe der Gesundheitsbehörde ist eine Prüfung nach §12 SMG, ob ein problematisches Konsummuster vorliegt und somit eine gesundheitsbezogene Maßnahme (SMG §11) notwendig ist. Bei Vorliegen der Voraussetzungen (z. B. Vorliegen eines Hinweises auf Substanzmissbrauch, Gegenwartsbezug¹⁹ etc.) wird das Verfahren nach §12 SMG eingeleitet und eine Begutachtung durchgeführt. Bei entsprechender Anamnese wird die betreffende Person zur Einhaltung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen motiviert und deren Einhaltung überwacht. Wird den Anordnungen der Gesundheitsbehörde (z. B. Ladung, Umsetzung der Maßnahmen) nicht Folge geleistet, kommt es nach SMG §14 Abs. 1 zur Anzeige an die Staatsanwaltschaft.

Unter dem Motto „Helfen statt Strafen“ besteht ein eigener Paragraph (§13 SMG) für die Bereiche Schule (Abs. 1) und Präsenzdienst/Ausbildungsdienst (Abs. 2), welcher für alle im SMG geregelten Substanzen gültig ist. Der §13 SMG Abs.1 beschreibt das Vorgehen bei Hinweisen auf einen möglichen Suchtmittelmissbrauch durch Schüler*innen und hat zum Ziel, im Falle eines begründeten Verdachts die Angelegenheit möglichst schulintern zu klären. Die Erfahrungen der Fachstellen für Suchtprävention zeigen, dass vielen Schulen die gesetzlichen Regelungen und das praktische Vorgehen nicht ausreichend bekannt sind und daher die Umsetzung des Paragraphen in der Praxis oft mangelhaft ist, z. B. werden Schüler*innen suspendiert oder die Polizei wird informiert (Der Grazer, 2018).

Fast 71 % aller Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz betreffen Cannabisprodukte, wobei die Zahl der Vergehenstatbestände jene der Verbrechenstatbestände übersteigt (Horvath et al., 2020).²⁰

¹⁸ Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG), BGBl I Nr. 112/1997 idgF

¹⁹ Der Konsum (Achtung: nicht Besitz!) hat innerhalb der letzten vier Monate stattgefunden.

²⁰ „Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift; Verbrechenstatbestände betreffen die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a), wobei allerdings die in § 28 Abs 1 dargestellte Straftat nicht als Verbrechen zu klassifizieren ist. Der Einfachheit halber werden im vorliegenden [Dokument] sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen §§ 28 bzw. 28a SMG als ‚Verbrechen‘ bezeichnet, Anzeigen nach § 27 als ‚Vergehen“ (Horvath et al., 2020, S. 21).

6.2. CBD

Die rechtliche Lage bezüglich CBD ist höchst komplex und von Laien, aber auch von Expert*innen nur schwer zu durchschauen. So ändert sich die Gesetzeslage je nachdem, ob CBD natürlich oder synthetisch gewonnen wurde, ob CBD als natürlicher Inhaltsstoff in Hanfprodukten (z. B. Hanfsamen und Hanföl) vorkommt oder als Zusatzstoff beigemischt wurde oder ob CBD als Nahrungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Kosmetikprodukt, Aromaprodukt, Tabakprodukt oder als anderes Produkt angeboten wird.

Die rechtliche Handhabung von CBD und der reale Umgang damit werden über verschiedene Gesetze und Verordnungen geregelt, welche Graubereiche sind und oft Interpretationsspielräume lassen. Die rechtlichen Grundlagen auf österreichischer bzw. EU-Ebene bieten zum Beispiel das Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz (LMSVG)²¹, das Lebensmittelbuch (Codex Alimentarius Austriacus), die Novel Food Verordnung (Verordnung (EU) 2015/2283)²², das Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherenschutzgesetz (TNRGS)²³, das Arzneimittelgesetz (AMG)²⁴ und die Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 über kosmetische Mittel²⁵.

Weder Anbieter*innen, Konsument*innen noch Überprüfungsorgane finden klare rechtliche Regelungen vor, was zu einem Angebots- und Zuständigkeitschaos auf allen Seiten führt. (Wer überprüft beispielsweise ein CBD-Öl, das im Handel als Aromaprodukt deklariert ist, von Verbraucher*innen jedoch eingenommen wird?)

6.3. Synthetische Cannabinoide

Synthetische Cannabinoide gehören zur Gruppe der „Neuen Psychoaktiven Substanzen“ (NPS) bzw. „Research Chemicals“²⁶ und werden über das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) geregelt. Dieses richtet sich ausschließlich gegen die Händler und nicht gegen die Konsument*innen. Der Besitz, der Konsum sowie die Weitergabe dieser Substanzen, ohne den Vorsatz, daraus einen Vorteil zu ziehen, sind nicht strafbar. Wer mit Profitabsicht synthetische Cannabinoide (oder andere NPS) „erzeugt, einführt, ausführt oder einem anderen überlässt oder verschafft“ (§4 Abs. 1 NPS), riskiert eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren.

²¹ Bundesgesetz über Sicherheitsanforderungen und weitere Anforderungen an Lebensmittel, Gebrauchsgegenstände und kosmetische Mittel zum Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher (Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz – LMSVG), BGBl. I Nr. 13/2006 idgF

²² Verordnung (EU) Nr. 2015/2283 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. November 2015 über neuartige Lebensmittel, zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 1169/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 258/97 des Europäischen Parlaments und des Rates und der Verordnung (EG) Nr. 1852/2001 der Kommission idgF

²³ Bundesgesetz über das Herstellen und Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse und den Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherenschutz (Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherenschutzgesetz – TNRSG), BGBl. Nr. 431/1995 idgF

²⁴ Bundesgesetz vom 2. März 1983 über die Herstellung und das Inverkehrbringen von Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – MMG), BGBl. Nr. 185/1983) idgF

²⁵ Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. November 2009 über kosmetische Mittel (Neufassung) idgF

²⁶ Auf dem Markt werden diese häufig als „Legal Highs“, „Räuchermischung“, „Lufterfrischer“ o. Ä. angeboten.

Sollte eine der oben beschriebenen strafbaren Handlungen eine schwere Körperverletzung „einer großen Anzahl von Menschen“ (§4 Abs.2 NPS) oder den Tod nach sich ziehen, kann die Freiheitsstrafe auf bis zu zehn Jahre ausgeweitet werden (Birklbauer & Machac, 2019; Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz [NPSG], 2011).

7. Begriffsklärung: „Regulierung“

Im allgemeinen Sprachgebrauch kommt es – unabhängig davon, welche Substanz diskutiert wird – häufig zu Unklarheiten bzw. Missverständnissen die Legalisierung und Regulierung betreffend. Aus diesem Grund sollen hier kurz die verschiedenen Begrifflichkeiten definiert werden (EMCDDA, 2016):

7.1. Prohibition (totales Verbot)

Als Regulierungsform bezeichnet Prohibition das vollständige Verbot einer Substanz. Das bedeutet, dass Anbau, Herstellung, Handel, Einfuhr, Ausfuhr, Abgabe, Veräußerung, In-Verkehr-Bringen, Erwerb, Besitz sowie Konsum strafrechtlich verfolgt werden.

7.2. Entkriminalisierung

„Bestimmte Verhaltensweisen oder Handlungen [werden] nicht mehr als kriminell [eingestuft (z. B.: Cannabiskonsum)]“ (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2016, S. 2). Das bedeutet, dass dieses Verhalten nicht mehr strafrechtlich, sehr wohl jedoch verwaltungsrechtlich verfolgt werden kann. Somit ist das Verhalten zwar nach wie vor verboten, stellt jedoch keinen Straftatbestand mehr dar, sondern eine Verwaltungsübertretung.

7.3. Entpönalisierung

„[Es wird] die Möglichkeit [geschaffen,] eine Strafrechtsache abzuschließen, ohne ein auf eine Bestrafung ausgelegtes Verfahren einzuleiten [(z.B. wenn ein Vergehen als geringfügig betrachtet wird)]“ (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2016, S. 2).

7.4. Regulierung bzw. regulierte Abgabe

Die Möglichkeiten von Konsum, Besitz, Handel etc. einer Substanz werden durch Regelungen definiert. Diese können beispielsweise die Festlegung eines Mindestalters und die Kontrolle der Produktion und des Verkaufs beinhalten. Entsprechend können für Nichteinhaltung dieser Regeln bzw. Verstöße dagegen auch strafrechtliche oder andere Sanktionen vorgesehen werden. Regelungen bzw. regulierte Abgabe von Substanzen gibt es zum Beispiel bei Alkohol und Tabak.

7.5. Legalisierung

„Die Aufhebung eines Verbots in Bezug auf eine Handlung [(z. B.: Konsum, Besitz, Produktion und Verkauf von Cannabis)]“ (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2016, S. 2). Das Verhalten wird weder strafrechtlich noch verwaltungsrechtlich sanktioniert, kann aber durch Vorschriften eingeschränkt werden.

8. Gründe für eine Regulierung

Bereits in der Vergangenheit hat Österreich wichtige Schritte weg von einem reinen Bestrafungssystem hin zu einem Hilfesystem für Konsument*innen und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gesetzt. So haben wir heute mit §12 und §13 des SMG ein wichtiges Instrument – ganz im Sinne des Ansatzes von „Helfen statt Strafen“.

Trotz dieser Bemühungen stehen Präventions- und Hilfesysteme, Konsument*innen und Menschen mit Abhängigkeitserkrankung immer wieder vor Schwierigkeiten und kämpfen mit langfristigen Konsequenzen (z. B. mit ungerechtfertigten Sanktionen in der Schule/an der Lehrstelle, mit Verdacht gegen Unschuldige im Straßenverkehr oder mit fehlenden „Safer Use“-Strategien).

Immer mehr nationale und internationale Expert*innen der Suchtprävention und Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sprechen sich, genauso wie Professionist*innen im Gesundheitswesen und Sozialbereich, für eine spezifische Regulierung von Cannabis aus. Folgende Gründe sind hierbei die relevantesten:

8.1. Mangelnde generalpräventive Wirksamkeit des Verbots

Das Argument einer vermeintlich generalpräventiven Wirkung des Verbots von Cannabis ist nur marginal gültig. Trotz Jahrzehnten der Untersagung zeigt sich sowohl in der Forschung als auch in der Praxis, dass ein Drittel bis die Hälfte der Bevölkerung Konsumerfahrungen macht (Strizek et al., 2021a).

Bei den letzten österreichischen Befragungen zu Substanzgebrauch zeigte sich, dass die legale Verfügbarkeit von Cannabis für den „Freizeitkonsum“ von einem immer größeren Teil der Bevölkerung befürwortet wird: 8 % (2016: 11 %) der Bevölkerung fordern einen straffreien, 56 % (2016: 42 %) einen streng regulierten und 8% (2016: 5 %) einen dem Alkohol gleichgesetzten Zugang zu Cannabis. Gegen eine regulierte Abgabe sprechen sich lediglich 28 % (2016: 42 %) der Bevölkerung aus (Strizek et al., 2021a; Strizek & Uhl, 2016).

8.2. Stigmatisierung und De-facto-Kriminalisierung

Auch wenn das österreichische Suchtmittelrecht seit den 1990er-Jahren von „Therapie statt Strafe“ ausgeht und seit der SMG-Novelle 2016 bei vielen Verstößen nicht mehr die Justiz, sondern die Gesundheitsbehörde zuständig ist, kann die potenzielle Kriminalisierung aufgrund

von Cannabiskonsum nach wie vor zu wesentlichen Einschränkungen in der gesellschaftlichen Teilhabe bzw. zu Einschnitten in der Biografie führen – speziell bei Jugendlichen. Nach dem Gesetz muss die Polizei immer reagieren. Das heißt, es kommt zu einer Anzeige und einem Verfahren, selbst wenn die Anzeige später wieder zurückgestellt wird.

Selbst in Fällen, in denen es nicht zur Anklage kommt, sondern erfolgreich die Paragraphen 11 bis 14 SMG („Helfen statt Strafen“²⁷) umgesetzt werden, kommt es häufig zu Stigmatisierungen durch das soziale Umfeld Betroffener – beispielsweise durch Ausschlüsse aus Sportvereinen, Probleme in der Schule oder verschärfte Konflikte in der Familie.

Bei der Umsetzung des Suchtmittelrechts zeigen sich laut Epidemiologiebericht 2020 große bundeslandspezifische Unterschiede, welche eine Unsicherheit bezüglich der Einladung zur amtsärztlichen Begutachtung (§35 SMG)²⁸ und in weiterer Folge der Verordnung der Art der Maßnahmen nach §11 SMG vermuten lassen (Anzenberger et al., 2020, S. 14 & 16, Tabelle 21 & 26).

8.3. Verringerung des Ressourceneinsatzes bei Exekutive und Justiz

Wie aus den Zahlen der Anzeigen ersichtlich wird, bindet die Verfolgung von Verstößen gegen das Suchtmittelgesetz im Zusammenhang mit Cannabis beträchtliche Ressourcen bei Exekutive und Justiz. Im Jahr 2018 betrafen etwa 77 % aller Anzeigen gemäß dem Suchtmittelgesetz Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Substanzen, welche im SMG geregelt sind (Horvath et al., 2019, S. 215). Dies stellt einen erheblichen Aufwand und hohe Kosten für die Exekutive und Justiz dar – ohne erheblichen Nutzen für Gesundheitsförderung oder Kriminalprävention. Dass eine negative Generalprävention (durch das Mittel der Abschreckung) keinen positiven Effekt hat, belegen auch die Berichte des Bundeskriminalamts, welche eine stetig steigende Suchtmittelkriminalität aufzeigen (*Lagebericht Suchtmittelkriminalität*, 2020).

Infolge des Verbots von Cannabis und der ungebrochenen Nachfrage nach der Substanz bildete sich ein internationales illegales Versorgungssystem, welches an wichtigen Knotenpunkten durch organisierte kriminelle Organisationen kontrolliert wird. Die Bekämpfung dieser Organisationen, inklusive der Maßnahmen gegen Folgedelikte, wie z. B. Geldwäsche, binden international große Ressourcen der Strafverfolgung (Lessmann, 2017). Auch in Österreich zeigte sich 2019, dass bei der Bekämpfung des illegalen Drogenhandels Cannabis das „am häufigsten konsumierte, gehandelte, erzeugte und eingeführte illegale Suchtmittel“ war (*Lagebericht Suchtmittelkriminalität*, 2020, S. 30).

²⁷ Abschnitt 2 des Suchtmittelgesetzes regelt die gesundheitsbezogenen Maßnahmen bei „Suchtgiftmissbrauch“. Es gibt jedoch noch weitere Paragraphen, die den Umgang im Sinne von „Therapie statt Strafe“ regeln (z. B. §39 zum Aufschub des Strafvollzugs bei Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach §11 SMG) (Birklbauer & Machac, 2019).

²⁸ Bei Anwendung des §35 Abs. 4 SMG kann die Gesundheitsbehörde von der Vorladung zur amtsärztlichen Begutachtung von erwachsenen Personen absehen. Zusätzlich kann der Gegenwartsbezug (Konsum in den letzten 4 Monaten) gegeben sein (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017, S. 19–20).

8.4. Florierender Schwarz- und Graumarkt²⁹ sowie deren Folgen

Bereits vor zehn Jahren zeigte sich, dass die größten internationalen Einzelhandelsumsätze im Bereich des illegalen Substanzhandels mit dem Verkauf von Cannabiskräutern erzielt wurden (Sinn, 2018, S. 57). Das Verbot von Cannabis begünstigt das Florieren des Schwarzmarktes auch in Österreich, was naturgemäß mit einem Verlust von staatlichen Kontrollmöglichkeiten und von Steuereinnahmen einhergeht. Dies hat weitgehende Konsequenzen:

8.4.1. Produktunsicherheit bei Cannabiskraut und -harz:

Konsument*innen haben bei illegal erstandenem Cannabis keine Sicherheit über den tatsächlichen THC- bzw. CBD-Gehalt (und den Gehalt an anderen Cannabinoiden), Verunreinigungen (z. B. Schimmelpilze, Rückstände von Düngemitteln, Beimengungen), Schadstoffen (z. B. Blei oder Plastik, um das Gewicht des Produkts zu erhöhen) oder Gefahrenstoffen (z. B. synthetische Cannabinoide) (Schmid, 2019).

Durch klar definierte Kriterien für Produktion (Anbau, Düngemittel), Erzeugung (Inhaltsstoffe, Zusätze etc.), Vertrieb, Verkauf etc. können Gesundheitsrisiken und Schäden bei Konsument*innen vermieden werden.

8.4.2. Produktunsicherheit bei Cannabisextrakten (z. B. bei CBD-Ölen)

Die Zusammensetzung von im Verkauf angebotenen CBD-Öle weicht teilweise erheblich von den angegebenen Inhaltsstoffen ab. Konsument*innen haben daher keine Sicherheit darüber, welche Inhaltsstoffe in welcher Menge tatsächlich enthalten sind (Bonn-Miller et al., 2017; Hazekamp, 2018). Auch THC-haltige Extrakte ohne genaue Inhaltsangaben und Qualitätsstandards werden online vertrieben.³⁰ Hier braucht es folglich eine klare Regelung für Produktion, Zusammensetzung, Darbietungsformen sowie Abgabe der Produkte.

8.4.3. Anwendungsunsicherheit

Viele Konsument*innen informieren sich online oder bei Freund*innen und Bekannten über die Anwendungsgebiete von Cannabis. Kompetente Beratung über Einsatz, Dosierung und Risiken kann unter den gegebenen Bedingungen nicht oder nur unzulänglich stattfinden. So gibt es weltweit eine steigende Anzahl an Personen, die Cannabis oder Cannabisprodukte zur Behandlung bzw. Komplementärbehandlung von medizinischen oder psychischen Leiden konsumieren, ohne dies vorab mit Fachpersonal abgesprochen zu haben. Dies trifft sowohl auf Cannabis zu, welches dann z. B. gegen Schwangerschaftsübelkeit (Young-Wolff et al., 2019) eingenommen wird, als auch auf CBD-Produkte, welche vor allem medial als Heilmittel beworben werden (CBDNOL GmbH, 2019; Jahn, 2019; Weekend online, 2020).

²⁹ Graumarkt: Handel, welcher in einem Graubereich stattfindet, z. B. Verkauf von CBD-Ölen als Lufterfrischer.

³⁰ Internationale Websites im Internet (nicht: Darknet) mit weltweitem Versand (auch nach Österreich). [An dieser Stelle wird bewusst auf eine genaue Quellenangabe verzichtet.]

8.4.4. Zugang zu unkontrollierten Substanzen

Durch das Angebot am Schwarzmarkt kommen Konsument*innen – und vor allem jene mit einem wenig problematischen Konsum – aktuell mit illegalen, unkontrollierten Substanzen in Kontakt. Eine Regulierung würde zur Trennung des Marktes für Cannabis von dem für Substanzen führen, die ein potenziell gefährlicheres Wirkprofil haben.

8.5. Angemessene Handhabung von Tabak, Alkohol und Cannabis

Tabak, Alkohol und Cannabis sind drei Substanzen mit jeweils eigenständigem Wirk- und Schadenspotenzial für Konsument*innen selbst und andere bzw. für das soziale Umfeld. Die teils unverhältnismäßige gesetzliche Handhabung der Substanzen wird seit Langem kritisiert. Eine sinnvolle Regulierung von Cannabis verbessert die Nachvollziehbarkeit der gesetzlichen Einstufung der drei Substanzen auf Basis des Schadenspotenzials.

8.6. Klarheit, Transparenz und Bewusstheit schaffen

Die derzeitigen Regelungen von Cannabis und Cannabisprodukten sind sehr komplex, unübersichtlich und missverständlich. Beispielsweise führen die aktuellen Richtlinien zu CBD und CBD-Produkten bei allen Akteur*innen am Markt zu Verunsicherung. Das schließt sowohl Anbieter*innen, Exekutive, Sozialarbeiter*innen sowie Professionist*innen der Suchtprävention und -behandlung als auch Betroffene, Angehörige, Pädagog*innen oder Arbeitgeber*innen mit ein.

Cannabis betreffend herrscht in der Bevölkerung teils Unsicherheit, teils Unkenntnis, und es kursieren Fehlannahmen. So hält sich hartnäckig das Gerücht von einer erlaubten geringen Menge Cannabis, welche man besitzen darf, oder die Vorstellung, dass der Konsum von Cannabis nicht abhängig mache.

Durch eine klare Regulierung und die damit notwendigerweise einhergehende gesellschaftliche Diskussion können Klarheit und Bewusstsein für den gesetzeskonformen Umgang mit Cannabis geschaffen werden. Und auch eine offene Diskussion über die Risiken des Konsums wird damit möglich.

8.7. Förderung evidenzbasierter, wirksamer Suchtprävention

Das Verbot von Cannabis erschwert die Arbeit der Suchtprävention: Durch die Illegalisierung der Substanz Cannabis ist es im Vergleich zu legalisierten Substanzen wie Alkohol und Tabak viel schwieriger, offen über das Thema zu sprechen. Wenn Cannabis von Jugendlichen thematisiert wird, stehen oft Ängste, Unsicherheiten und Fragen zur gesetzlichen Regelung im Vordergrund sowie der häufig für sie nicht nachvollziehbare Unterschied in der rechtlichen Handhabung von Alkohol, Tabak und Cannabis. Für die Professionist*innen der Suchtprävention ist es schwer, diesen Widerspruch auszugleichen und objektiv zu argumentieren.

Eine offene, sachliche und angstfreie Auseinandersetzung mit Vor- und Nachteilen des risikoarmen und risikoreichen Konsums, wie sie bei Alkohol stattfindet und im Sinne der Förderung der Risiko- und Konsumkompetenz angebracht und nötig ist, unterbleibt aufgrund des Risikos eines Vorwurfs der Förderung von illegalem Verhalten. Pädagog*innen sind im Schulkontext verpflichtet, bei begründetem Verdacht auf Konsum von Cannabis durch Schüler*innen (meist Jugendliche) eine Meldung an die Direktion zu machen. Um etwaige Meldepflichten und einen Gesichtsverlust der Schule zu vermeiden, wird das Thema von Lehrer*innen daher mitunter vermieden. Gegenüber Polizist*innen (bzw. Präventions-Beamte*innen) schweigen Jugendliche oft, da die Beamte*innen dem Legalitätsprinzip unterliegen. Folglich werden Fragen nicht gestellt und bleiben daher unbeantwortet. Ängste, Unsicherheiten und Missverständnisse werden nicht ausgesprochen und können somit auch nicht adäquat und seriös adressiert werden.

Letztlich findet sinnvolle Cannabisprävention, wenn überhaupt, unter schwierigen Umständen statt und Jugendliche verschaffen sich häufig Halbwissen aus unseriösen Quellen, von unreflektierten Konsumierenden oder von Dealern selbst. Nicht nur aus pädagogischer und suchtpreventiver Sicht ergibt sich daraus ein untragbarer und unverantwortbarer Zustand.

9. Abgabensysteme (Regulationsformen) und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Gesellschaft

Bei Alkohol, Tabak und Glücksspiel bestehen für Österreich bereits Regulierungsmodelle. Im Unterschied zu diesen drei Themen existiert beim Thema Cannabis bisher primär ein Verbot. Der ARGE Suchtprävention geht es darum, die existierenden Regeln des „erlaubten Konsums“ bzw. des „erlaubten Verhaltens“ zu verbessern. Aus diesem Grund ist es wichtig, die diversen Auswirkungen der gesetzlichen Möglichkeiten auf die Gesundheit und die Gesellschaft eines Landes zu betrachten.

Bereits 1984 beschrieb John Marks das Spannungsfeld von Prohibition und freier Marktwirtschaft und zeichnete ein Konzept, das – angepasst und erweitert – nach wie vor Gültigkeit hat (Abbildung 1):

Abbildung 1: Spektrum der Regulation

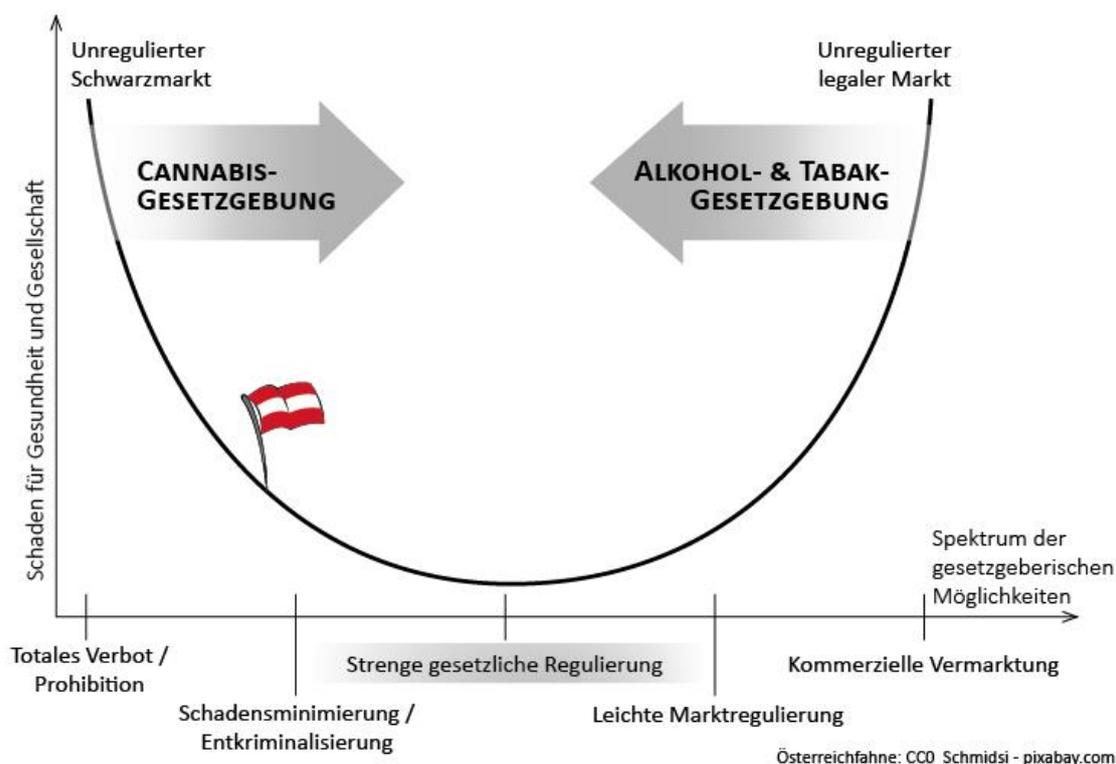


Abbildung 1. Vergleichende Darstellung der Regulationsoptionen und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit und Gesellschaft im Spektrum der gesetzgeberischen Möglichkeiten. Zusätzlich werden die diametralen Entwicklungsrichtungen der Cannabisgesetzgebung und der Alkohol- und Tabakgesetzgebungen dargestellt. Auf dem dargestellten Spektrum steht Österreich in Bezug auf Cannabis aktuell bei „Schadensminimierung/Entkriminalisierung“. Grafik adaptiert nach: Marks, J. (1987); Transform Drug Policy Foundation (2016)

Die Grafik stellt die Auswirkungen der gesetzlichen Möglichkeiten auf Gesundheit und Gesellschaft dar. Die schädlichen Auswirkungen sind bei einer strengen gesetzlichen Regulierung am niedrigsten und steigen sowohl bei einer Entkriminalisierung als auch bei einer leichten Marktregulierung an. Am schwersten wiegen die negativen Effekte im Falle der Prohibition und der kommerziellen Vermarktung. Das „Paradox der Prohibition“, also der Anstieg des Schadens im

Falle eines totalen Verbots, erklärt sich unter anderem durch das am unregulierten Schwarzmarkt praktizierte Schneeballsystem³¹ (Original: „Pyramid selling“) (Marks, J. 1987).

9.1. Das Spektrum der Regulation – internationale Beispiele

9.1.1. Prohibition

In vielen südwestasiatischen Ländern gelten bis heute die strengsten Regelungen, was den Umgang mit Cannabis und anderen Substanzen betrifft. Eines der strengsten Gesetze ist der in Malaysia gültige „Dangerous Drug Act (1952)³²“, der bis heute Anwendung findet (Leechai-anan & Longmire, 2013).

So wird beispielsweise der Besitz von Cannabis mit einer Freiheitsstrafe von bis zu 5 Jahren und/oder einer Geldstrafe von 20.000 Ringgit (etwa 4.070 Euro) bestraft. Für den Anbau von Cannabis sowie das zur Verfügungstellen von Land zum Zwecke des Cannabisanbaus werden eine lebenslange Haft und sechs Peitschenhiebe als Strafe verhängt. Weiters wird ab einer Menge von 200 g Cannabis von Drogenhandel ausgegangen, was durch die Todesstrafe geahndet werden kann. Dies gilt auch für ausländische Tourist*innen.

Im Jahr 1983 wurde der „Drug Dependants (Treatment and Rehabilitation) Act“³³ verabschiedet. Dieser legt fest, dass Personen, welche der Substanzabhängigkeit verdächtigt werden, verhaftet und einer medizinischen Testung unterzogen werden können, bei der der Sachverhalt geprüft wird. Bestätigt sich der Verdacht, kann die Person für zwei Jahre in ein Rehabilitationszentrum eingewiesen werden und wird anschließend noch zwei weitere Jahre ambulant betreut (The Commissioner of Law Revision, 2006).

9.1.2. Quasi-Entkriminalisierung (Beispiel Österreich)

In Österreich fällt Cannabis mit einem THC-Wert von über 0,3 % unter das Suchtmittelgesetz (SMG). Österreich setzt mit dem Suchtmittelgesetz einerseits auf strenge Regelungen bei Erwerb, Besitz, Anbau, Beförderung, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen oder Weitergabe von Cannabis, andererseits bietet es mit der Entkriminalisierung des Konsums Konsument*innen die Möglichkeit des straffreien Zugangs zu einem Hilfesystem (siehe Kap. 6)

³¹ System, bei dem Konsument*innen selbst zu Verkäufer*innen werden und weitere Konsument*innen anwerben

³² Laws of Malaysia Act 234: An Act to make further and better provision for the regulating of the importation, exportation, manufacture, sale, and use of opium and of certain other dangerous drugs and substances, to make special provision relating to the jurisdiction of courts in respect of offences thereunder and their trial, and for purposes connected therewith (The Dangerous Drugs Act 1952). 554/52 idgF

³³ Laws of Malaysia Act 283: An Act to provide for the treatment and rehabilitation of drug dependants and for matters connected therewith (Drug Dependants [Treatment and Rehabilitation] Act 1983), Act. 190/83 idgF

9.1.3. Reale Entkriminalisierung

In Tschechien wird der Umgang mit Cannabis und anderen illegalen Substanzen durch den „Criminal Code“ (Act No 40/2009), den „Act on Violations“ (Act No 200/21990) sowie den „Addictive Substances Act“ (Act No 67/1998) geregelt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2019).

Besitz und Anbau von kleinen Mengen Cannabis (max. 5 g Harz/15 g Kraut/5 Pflanzen) werden nicht als Straftat gewertet, sondern ziehen eine Verwaltungsstrafe mit einer Strafzahlung von bis zu CZK 15.000,- (EUR 555,-) nach sich. Werden die festgesetzten Grenzen überschritten, droht eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu einem Jahr.

Der Verkauf bzw. die Verbreitung von Cannabis bleibt in Tschechien weiter illegal und wird je nach Art und Schwere des Verbrechens mit bis zu 18 Jahren Haft geahndet (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2010, 2019).

9.1.4. Strenge gesetzliche Regulierung

In Uruguay ist der Konsum von Cannabis für Personen ab 18 Jahren legal. Gleichzeitig mit der Legalisierung wurde ein strenges Regulierungssystem etabliert. So ist der Konsum im öffentlichen Raum untersagt und jede*r Konsument*in muss sich im Register des staatlichen Instituts für die Regulierung und Kontrolle von Cannabis (IRCCA) registrieren. Die Substanz kann nur aus einer von drei regulären Quellen (Selbstanbau, Social Club oder Apotheke) bezogen werden. Außerdem wurde eine wöchentliche bzw. monatliche Höchstmenge von 10 bzw. 40 Gramm Cannabis pro Person festgelegt (Zobel & Marthaler, 2016).

9.1.5. Leichte Marktregulierung

Das in Kanada gültige Regulierungsmodell erlaubt seinen Provinzen eine individuelle Regelung in einem vorgegebenen gesetzlichen Rahmen. So liegt beispielsweise das Mindestalter für Konsument*innen zwischen 18 Jahren (Alberta) und 21 Jahren (Quebec). Auch das Verkaufssystem und Einschränkungen des Konsums unterscheiden sich je nach Gebiet.

Der Verkauf, Erwerb, Anbau und Konsum von Cannabis sind in Kanada legal, unterliegen jedoch strengen Richtlinien, welche im Cannabis Act (Bill C-45)³⁴ festgehalten wurden. Um den einzelnen Provinzen eine individuelle Regelung zu ermöglichen, wurden „Mindeststandards“ festgelegt. So liegt das Mindestalter bei 18 Jahren, kann aber je nach Provinz auch höher angesetzt werden. Der Verkauf hat jedenfalls durch eine lizenzierte Verkaufsstelle zu erfolgen. Deren Anzahl steht den Regierungen der Provinzen frei, ebenso wie die Entscheidung, ob es sich dabei um private oder staatliche Stellen handeln soll. Geregelt wurde auch, welche Produkte genau verkauft werden dürfen. Der Konsum dieser Produkte ist erlaubt, kann aber je nach Gebiet gewissen Restriktionen unterliegen. Der Eigenanbau ist in manchen Teilen

³⁴ Statutes of Canada. Chapter 16. An Act respecting cannabis and to amend the Controlled Drugs and Substances Act, the Criminal Code and other Acts (Cannabis Act). First Session, Forty-second Parliament, 64-65-66-67 Elizabeth II, 2015-2016-2017-2018 (Bill C-45) June 21, 2018

verboten (Quebec), in anderen Teilen mit gewissen Einschränkungen (max. 4 Pflanzen) erlaubt (Alberta) (Boyd, 2018; Fischer, Russell, et al., 2020).

Der Cannabis Act regelt auch andere Aspekte des Umgangs mit Cannabis wie beispielsweise Werbemaßnahmen und Promotion. So ist etwa das Sponsoring von Sportveranstaltungen verboten; Werbung an Orten, wo sich keine Personen unter 18 aufhalten, ist erlaubt. Außerdem legt der Cannabis Act die zulässige Verpackung fest (Branding ist erlaubt, Edibles³⁵ müssen kindersicher verpackt werden) (Parliament of Canada, 2018).

9.1.6. Kommerzielle Vermarktung

In Teilen der USA kommt, neben dem Verkauf von medizinischem Cannabis, das Modell der kommerziellen Vermarktung zum Tragen. Prinzipiell gilt in den USA der Federal Controlled Substance Act³⁶, welcher sowohl Cannabis als auch Cannabisprodukte (Anbau, Verarbeitung, Verkauf und Gebrauch) verbietet. Einzelne Bundesstaaten (z. B. Colorado, Alaska oder Washington State) haben jedoch ein kommerzielles Modell eingefügt. Das ermöglicht Personen über 21 Jahre Cannabis zum Freizeitgebrauch zu erwerben, zu besitzen und zu konsumieren. Da Cannabis jedoch auf Bundesebene verboten bleibt, gibt es in diesen Bundesstaaten Einschränkungen (Einnahmen durch den Verkauf dürfen nicht ins Banksystem der USA fließen, Transporte in andere Staaten sind verboten etc.). Neben der kommerziellen Vermarktung gibt es in einzelnen Staaten auch andere Modelle, z. B. Eigenanbau im District of Columbia (Pardo, 2020).

Aber die kommerziellen Regelungen der einzelnen Staaten unterscheiden sich teilweise stark, weshalb an dieser Stelle das kommerzielle Modell des Bundesstaats Colorado als Beispiel herangezogen werden soll:

Sowohl Cannabis als auch Cannabisprodukte können in Colorado am freien Markt erstanden werden. Der Verkauf erfolgt an Personen über 21 Jahre und ist für die Einwohner Colorados auf eine Unze (28,5 g Blüten, 8 g Extrakte oder 800 mg THC in Edibles) beschränkt. Personen aus anderen Staaten dürfen lediglich eine Viertelunze (7 g) erwerben. Grenzmengen für den THC-Gehalt gibt es dabei lediglich für Edibles (100 mg/Packung oder 10 mg/Portion), jedoch muss der THC-Gehalt bei allen Produkten angegeben werden. Erlaubt ist außerdem der Besitz von 6 Pflanzen, von denen maximal 3 gleichzeitig in Blüte stehen dürfen (Philibert & Zobel, 2019).

Für Anbau und Produktion, Aufbereitung und Vertrieb sowie den Verkauf werden vom Staat Lizenzen vergeben. Diese können von Bewerber*innen unter Einhaltung bestimmter Regeln bzw. Kriterien für jeweils ein Jahr erworben werden. Eine vertikale Trennung der verschiedenen Sektoren sowie eine Beschränkung gibt es in Colorado nicht (State of Colorado, 2019). Quantität und Zahl der aktiven Lizenzen wurden nicht beschränkt und unterliegen den Regeln der freien Marktwirtschaft (Subritzky et al., 2020). Auf Staatenebene gibt es keine

³⁵ Lebensmittel, welche THC enthalten, z. B. Brownies, Kekse o. Ä.

³⁶ An Act to amend the Public Health Service Act and other laws to provide increased research into, and prevention of, drug abuse and drug dependence; to provide for treatment and rehabilitation of drug abusers and drug dependent persons; and to strengthen existing law enforcement authority in the field of drug abuse (Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970). Public Law 91-513- Oct. 27, 1970 idgF

Beschränkungen, was den Standort der Verkaufsstellen (z. B. im Umkreis von Schulen) betrifft, jedoch können betroffene Gemeinden selbstständig lokale Verbote beschließen. Die Produkte dürfen mit gewissen Einschränkungen medial beworben werden (Pardo, 2020; State of Colorado, 2019; Zobel & Marthaler, 2016).

International beobachtet man einen eindeutigen Trend weg von der Prohibition hin zu offenen Regulierungsmodellen. So stimmte der Senat von Mexiko im November 2020 für eine Legalisierung von Cannabis. Auch Luxemburg, Nordmazedonien und Israel planen Schritte in Richtung Entkriminalisierung und/oder staatliche Regulierung von Cannabis.

Die internationalen Erkenntnisse und Erfahrungen bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation der Regulierungsmodelle in Ländern wie beispielsweise Uruguay und Kanada oder in Teilen der USA können die österreichische Diskussion bereichern und für die Gestaltung eines nationalen Modells herangezogen werden.

9.2. Exkurs: Auswirkungen der kommerziellen Abgabe in den USA

Durch die Kommerzialisierung in den USA haben sich die Verfügbarkeit, die Produktvielfalt (z. B. diverse Edibles wie Schokolade, Gummibärchen u. Ä.) und die Potenz von Cannabis drastisch erhöht. Der vereinfachte Verkauf und die legalen Anbaumöglichkeiten sowie die daraus resultierende Industrialisierung führen zusätzlich zu einem deutlich reduzierten Verkaufspreis. Der erhöhte THC-Gehalt der Produkte erhöht die von Konsument*innen erwünschte Wirkung, fördert jedoch auch das Abhängigkeitspotenzial. Die Besteuerung erfolgt derzeit mit Bezug auf den Verkaufspreis statt des THC-Gehalts.

Weitere Auswirkungen der Kommerzialisierung sind die damit einhergehende Werbung, der offene Konsum sowie die soziale Akzeptanz und die erhöhte Präsenz von Cannabis im öffentlichen Raum und damit die normative Wahrnehmung von Cannabis und dessen Konsum (Hall & Lynskey, 2020).

Aufgrund dieser Entwicklungen hat sich laut aktuellen Studien die Konsumprävalenz bei der erwachsenen Bevölkerung erhöht, während sie bei Jugendlichen zumeist gleich geblieben ist. Eine deutliche Veränderung ist auch bei den Hospitalisierungen im Zusammenhang mit Cannabis zu verzeichnen. Gründe hierfür sind die erhöhte Inzidenz von Cannabiskonsumstörungen, eine erhöhte häusliche Unfallrate (Verbrennungen, Stürze), eine Zunahme an Überdosiserscheinungen (Übelkeit und psychische Ausnahmezustände) und zum Teil die erhöhte Anzahl von Verkehrsunfällen. Zudem hat sich die Fallzahl in den Notaufnahmen aufgrund von psychischen Erkrankungen mit cannabisassoziierter Zusatzdiagnose erhöht. Hervorzuheben ist auch die erhöhte Rate an Vergiftungsunfällen bei Kindern, welche unbeaufsichtigt Edibles konsumierten (Hall & Lynskey, 2020).

Diese Ergebnisse gelten jedoch zunächst als vorläufige Ergebnisse einer kommerzialisierten Regulierung. Andere Autoren weisen darauf hin, dass eine Vielzahl an konfundierenden Variablen nicht auszuschließen ist. Diese sind unter anderem Mangel an repräsentativen Studien, Stigmatisierung, Veränderung der gesellschaftlichen Wahrnehmung, verändertes Antwortverhalten bei Umfragen und vor allem fehlende Informationen über verwendete Dosierungen

und Produkte (Rehm & Manthey, 2020). Weitere Ergebnisse aus anderen Regulierungsansätzen sind abzuwarten und zu berücksichtigen.

Ein im Sinne der Gesundheitsförderung und Suchtprävention ausgeführter Regulierungsansatz sollte sowohl oben geschilderte negative Public-Health-Folgen einer unzureichenden Regulierung als auch bestehende negative soziale Auswirkungen und Folgen des kriminalisierten Konsums (z. B. fehlende Qualitätskontrolle) minimieren (Fischer, Bullen, et al., 2020).

10. Regulierungs- bzw. Abgabemodelle

Wie bereits bei den Begriffsdefinitionen beschrieben, bedeutet „Regulierung“ das Aufstellen von gesetzlichen Bedingungen und Regelungen. Diese klären Erzeugung, Vertrieb, Besitz, Konsum und Qualität von Cannabis und Cannabisprodukten sowie deren Bewerbung. Bisher gewonnene Erkenntnisse aus anderen Bereichen (z. B. Alkohol, Tabak) müssen dabei Berücksichtigung finden.

Beobachtet man die weltweiten Entwicklungen, lassen sich bisher 3 Grundmodelle unterscheiden (vgl. Zobel et al., 2019; Zobel & Marthaler, 2016):

- Das kommerzielle Modell
- Das Selbstversorgungsmodell
- Das (Quasi-)Monopol des Staates

10.1. Das kommerzielle Modell

In kommerziellen Modellen arbeiten Produktion, Vertrieb und Verkauf marktwirtschaftlich, und Cannabis wird genauso wie andere Konsumgüter behandelt. Der Staat greift hier in erster Linie nur ein, um den Markt selbst zu regulieren. So können (durchaus strenge) Marktbeschränkungen, was z. B. Mindestalter, Mengen- und Inhaltsbeschränkungen, Steuern, Lizenzen oder Werbung betrifft, geltend gemacht werden. Der größte Teil der US-amerikanischen Bundesstaaten nutzt diese Regulationsform, aber auch der Umgang mit Cannabis in anderen Ländern wie z. B. in Kanada oder den Niederlanden weist Aspekte dieser Form der Regulierung auf.

Wie bei anderen kommerziellen Konsumgütern steht der Gewinn der Akteure (durch Verkauf, am Kapitalmarkt) im Vordergrund, und damit das Ziel, möglichst viele Konsument*innen anzusprechen. Dies kann durch unterschiedliche Maßnahmen im jeweiligen Regulierungsmodell erreicht werden, z. B. durch eine Vielzahl an Produkten, einladende Verpackungen, Werbung, Quasi-Monopole, Börsengänge und internationale Geschäftstätigkeiten (Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik [NAS-CPA] et al., 2015; Philibert & Zobel, 2019; Zobel et al., 2019).

Modelle, die durch die freie Marktwirtschaft reguliert werden, führen auch zu erheblichen Spannungen zwischen dem Kommerz [Original: commercialism] und dem Gesundheitswesen, wie es z. B. in Colorado der Fall ist (Subritzky et al., 2020).

10.2. Das Selbstversorgungsmodell

Das Selbstversorgungsmodell zeichnet sich dadurch aus, dass Cannabis unter Einhaltung bestimmter Regeln zum Eigenverbrauch angebaut werden darf. Grundlegend werden hier zwei Ansätze unterschieden: der individuelle Heimanbau durch die konsumierende Person selbst und die gemeinschaftliche Organisation des Anbaus über Konsumentenvereine. Der Eigenanbau wird dabei meist in andere Regulierungsmodelle integriert. So kombiniert beispielsweise der Bundesstaat Colorado das kommerzielle Modell mit dem Eigenanbau von bis zu sechs Pflanzen, wovon nur drei gleichzeitig blühen dürfen. Die gewonnenen Blüten dürfen nicht an dritte Personen weitergegeben oder verkauft werden (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2016).

Unter Einhaltung ähnlicher Voraussetzungen ist der Eigenanbau in vielen Teilen der Welt mit reduzierten Strafen verbunden (z. B. Kolumbien), entkriminalisiert (z. B. Tschechien) oder legal (z. B. Antigua und Barbuda) (Belackova et al., 2020).

Bei den „Cannabis Social Clubs“ Spaniens handelt es sich um Nonprofitvereine, welche für ihre erwachsenen Mitglieder Cannabis produzieren. Sowohl die Vereine als auch die Mitglieder müssen sich an strenge Regeln halten. Auf Vereinsebene betreffen diese sowohl die Organisation nach außen (z. B. Eintragung in einem nationalen Register, Offenlegung des Vereinszwecks) als auch nach innen (z. B. jährliche Generalversammlung, Regeln für die Produktion und den Verkauf von Cannabis). Für die Mitglieder gelten ein Mindestalter von 18 oder auch von 21 Jahren sowie eine festgelegte Bezugsmenge von Cannabis und ein Weitergabe- bzw. Verkaufsverbot (Arana & Pares, 2020; Zobel & Marthaler, 2016). Neben der offiziellen Gesetzgebung wurden zusätzliche Regeln bzw. ein Verhaltenskodex formuliert (Alonso, 2011; ENCOD, 2013).

10.3. Das (Quasi-)Monopol des Staates

Das Modell sieht eine sehr starke staatliche Präsenz bei der Marktregulierung vor. Der Staat legt strenge Regeln für die Produktion, den Vertrieb und den Konsum fest. Der Staat kann auf den verschiedenen Ebenen beispielsweise die maximale Verkaufsmenge pro Person festlegen oder bestimmen, welche Arten von Cannabis zu welchem Preis in Abgabestellen verkauft werden dürfen, sowie ein Werbeverbot erlassen.

Bei diesem Modell stehen die öffentlichen Interessen wie beispielsweise die öffentliche Gesundheit im Vordergrund, weshalb es das von vielen Expert*innen bevorzugte Modell ist (Zobel & Marthaler, 2016). In Uruguay wird dieses Modell bereits teilweise umgesetzt (vgl. Kap. 9.1.4)

Laut Zobel und Marthaler (2016) stehen Monopole im Widerspruch zum Zeitgeist und können bei Konsument*innen Widerstand hervorrufen. Außerdem besteht auch bei diesem Modell ein Interesse an den Erträgen, z. B. durch Lizenzen oder Steuereinnahmen, da staatliche Einrichtungen von diesen Einnahmen abhängig werden. Die Gefahr besteht, dass „politische Bestrebungen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit in Konflikt mit dem finanziellen Interesse geraten“ (Zobel & Marthaler, 2016, S. 37).

Neben diesen drei Grundmodellen gibt es noch weitere Optionen, welche Teile dieser Modelle kombinieren und/oder diese ergänzen (Caulkins & Kilmer, 2016; Zobel et al., 2019). Aufgrund der Vielzahl der sich dadurch ergebenden Möglichkeiten werden an dieser Stelle Hybridmodelle nicht weiter behandelt.

11. Präventive Zielsetzungen

Aus gesundheitspolitischer sowie aus suchtpreventiver Sicht ergeben sich für den Umgang mit Cannabis ähnliche Prinzipien und Ziele wie bei anderen Suchtmitteln oder -verhalten. Neben den sich aus dem Kapitel 8 abzuleitenden präventiven Bestrebungen lassen sich weitere Ziele für den Konsum von Cannabis und Cannabisprodukten formulieren (vgl. DHS, 2018):

- **Verhinderung der Erkrankung** an den im „Internationalen statistischen Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme Revision 11“ (ICD-11) formulierten Störungen durch Cannabiskonsum. Darunter fallen laut WHO beispielsweise die Cannabisabhängigkeit, der Cannabisentzug und die cannabisinduzierte psychotische Störung (WHO, 2018).
- Jene Personen, welche nicht konsumieren möchten, sollen in ihrer Entscheidung **bestärkt** werden.
- Der erste Konsum soll möglichst **spät** bzw. nach der vulnerablen Phase der Gehirnentwicklung stattfinden.
- Personen, welche sich entscheiden zu konsumieren, sollen dies möglichst **risikoarm**³⁷ tun.
- Bei Problemen aufgrund des Konsums sollen **rasch und niederschwellig zugängliche Hilfen** zur Vermeidung von Risiken und Schäden zur Verfügung gestellt werden.
- Personen, welche den Konsum beenden möchten, sollen in ihrer Entscheidung **unterstützt** werden und **niederschweligen Zugang** zu Beratung, Behandlung und Rehabilitation erhalten.
- Sozialer **Schaden** und **Stigmatisierung** im Zusammenhang mit Cannabiskonsum (Kriminalisierung, Schulverweis, Jobverlust etc.) sollen **minimiert** werden.
- Die **persönlichen Fähigkeiten** im Umgang mit belastenden Situationen und Emotionen sollen **gefördert** werden, um alternative Handlungsmöglichkeiten zum Cannabiskonsum zu erlernen. Damit wird das Risiko für das Anwenden maladaptiver Lösungsstrategien reduziert.

³⁷ Das betrifft riskante Konsummuster genauso wie Situationen oder Bedingungen, die das Risiko noch zusätzlich erhöhen würden. Betroffene sollen im Sinne des Safer-Use-Ansatzes in ihrer Risiko- und Konsumkompetenz gefördert werden, um ein integriertes Konsummuster zu entwickeln.

Alle oben beschriebenen Ziele müssen auf Basis der jeweils aktuellen wissenschaftlichen Standards gewährleistet und auf individueller wie auch auf gesellschaftlicher Ebene erreicht werden.

Bei der Umsetzung muss auf Zielebene zwischen Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Erwachsenen differenziert werden, deren spezifische Lebensbedingungen, Risikofaktoren, Vulnerabilitäten und Ressourcen müssen berücksichtigt werden. Dadurch können Schäden durch den Konsum von Cannabis verhindert bzw. reduziert werden.

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 Evaluierung 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.

Zur Erreichung dieser Ziele müssen verbindliche Eckpunkte gewährleistet sein, die im Folgenden beschrieben werden.

13. Eckpunkte einer suchtpreventiven Cannabisregulierung

13.1. Prävention und Beratung

Eine Cannabisregulierung sollte erst dann umgesetzt werden, wenn ausreichende Präventionsangebote auf mehreren Ebenen vorhanden sind. Die genauen Maßnahmen orientieren sich am Regulationsmodell, müssen aber folgende Kernpunkte der Prävention abdecken:

- Die Bevölkerung und speziell die zu fokussierenden Gruppen (insbesondere Jugendliche, junge Erwachsene und Schwangere) benötigen sachliche Informationen zu Cannabis (im Allgemeinen, bzgl. Jugendschutz, zu Wirkungen und Risiken etc.).
- Die Bevölkerung und speziell die zu fokussierenden Gruppen und Menschen müssen in ihrer Konsumkompetenz gestärkt werden (etwa zu den Themen risikoarmer Konsum, Punktnüchternheit, Safer Use etc.)
- Suchtpreventive Maßnahmen und Angebote der universellen und der selektiven Ebene sind auszubauen und in passender Weise für unterschiedliche Zielgruppen auszuführen.
- Auch für Personen aus Risikogruppen müssen spezifische Informationen und Interventionen bereitgestellt werden. Zu den Risikogruppen gehören vor allem Personen mit komorbiden psychischen Erkrankungen, Personen mit traumatischen Erfahrungen (z. B. Gewalt, Unfälle, sexuelle Übergriffe) und Kinder von Eltern, welche die ICD-10- bzw. ICD-11-Kriterien eines Abhängigkeitssyndroms³⁸ erfüllen.
- Es sind Maßnahmen sicherzustellen, welche die Früherkennung riskanter Konsummuster (z. B. Konsum in riskanten Situationen), die Sensibilisierung in Bezug auf Risikoeinschätzung und die Schulung von Bezugspersonen (z. B. Eltern, Lehrpersonen, Hausärzt*innen, Jugendarbeiter*innen) sowie Rückfallsprävention, Reduktions- und Ausstiegshilfen gewährleisten.
- Riskant bzw. problematisch Konsumierende müssen gesondert mit Informationen versorgt werden und sollen leichter Zugang zum Beratungs- und Hilfesystem erhalten (z. B. durch den Ausbau von niederschweligen Online-Angeboten, qualifizierte Dolmetscher*innen bzw. mehrsprachige Berater*innen für Konsumierende mit Migrationserfahrung etc.)

³⁸ Diagnose: F1x.2 nach ICD-10 bzw. 6C4x.2 nach ICD-11 (nach Implementierung in Österreich), wobei das „x“ für die zu kodierende Substanz steht. Für genauere Informationen siehe <https://icd.who.int/en>.

- Die relevanten Professionist*innen (z. B. aus den Bereichen Medizin, klinische Psychologie, Exekutive, Sozialarbeit etc.) müssen bezüglich der Regelungen, Safer-Use-Strategien, Risiken etc. geschult werden.

13.2. Jugendschutz

Der Schutz von Jugendlichen ist bei der Gestaltung eines Regulierungsmodells besonders in den Fokus zu stellen. Vorab ist für den Bezug von Cannabis ein Mindestalter zu definieren, welches sich einerseits an der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz und andererseits an der Lebensrealität der Betroffenen orientiert:

- Die Kindheit und Jugend gelten als besonders vulnerable Phasen der Gehirnentwicklung. Ein zu niedriges Mindestalter kann zu unerwünschten Effekten auf diese Entwicklung und in weiterer Folge zu gesundheitlichen Problemen führen.
- In Anbetracht der erhöhten Wahrscheinlichkeit psychischer Folgen, wie z. B. der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung bei frühem Erstkonsum, sind junge Menschen besonders zu schützen (vgl. Kap. 5.3)
- Ein zu hohes Mindestalter kann sich nachteilig auf die gewünschte Eindämmung des Schwarzmarktes auswirken. Junge Konsument*innen greifen in diesem Fall weiterhin auf illegale Beschaffungswege zurück, um Cannabis zu beziehen.
- Die besonders vulnerable Gruppe der jungen Konsument*innen wird mit den oben beschriebenen Risiken des Schwarzmarktes konfrontiert (z. B. mangelnde Qualitätssicherung, möglicher Kontakt mit riskanten Substanzen) (vgl. Kap. 8)

Nach Festlegung eines Mindestalters müssen bei der Formulierung eines Regulierungsmodells folgende Kernpunkte des Jugendschutzes abgedeckt werden:

- Erwachsene, welche Cannabis an Personen unter dem Mindestalter abgeben, sind mit strengen Strafen zu belangen.
- Ein Betretungsverbot von Personen unter dem Mindestalter für Verkaufs- und Abgabestellen bzw. gegebenenfalls „Social Clubs“ ist vorzusehen.
- Sofern die Regulierung den Selbstanbau beinhaltet, ist sicherzustellen, dass Personen unter dem Mindestalter keinen Zugriff auf THC-haltige Pflanzen erhalten.
- Die Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen seitens der Anbieter*innen und der Verkaufsstellen ist durch regelmäßige Prüfungen und durch Testkäufe sicherzustellen. Gesetzesübertretungen sind ggf. mit dem Entzug der Lizenz oder Gewerbeberechtigung zu ahnden.
- Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu setzen:
 - Altersgerechte Sensibilisierung und Wissensvermittlung zum Thema Cannabis
 - Umsetzung von Lebenskompetenzprogrammen im Kindes- und Jugendalter

- Stärkung von Eltern und Erwachsenen in ihrer Vorbildrolle
 - Thematisierung und Etablierung einer verantwortungsvollen Cannabiskonsumkultur
 - Etablierung von Punktnüchternheit bei bestimmten Personengruppen (z. B. Schwangeren), in bestimmten Situationen (z. B. im Straßenverkehr) und in bestimmten Lebensräumen (z. B. am Arbeitsplatz)
 - Forcieren von Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien und Fortbildungen für das professionelle Bezugssystem
 - Schulung von Mitarbeiter*innen von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in Früherkennung, motivierender Kurzintervention und Traumafolgenprävention
- Konsument*innen, welche das Mindestalter noch nicht erreicht haben, dürfen nicht kriminalisiert werden.
 - Für Konsument*innen, welche das Mindestalter noch nicht erreicht haben, müssen (neue) niederschwellige Interventionen entwickelt werden, um riskante Konsummuster und unerwünschte Langzeitfolgen zu vermeiden (vgl. Kap. 11).

13.3. Herstellung und Qualitätssicherung

Die Versorgung der Abgabestellen sowie der Konsument*innen muss durch offizielle Produzent*innen, Verarbeiter*innen bzw. Abgabestellen gesichert sein. Der Anbau von Cannabis sowie die Produktion und Abgabe von Cannabisprodukten dürfen nur nach strengen Vorgaben erfolgen:

- Die Qualität der Produkte muss gesichert sein. Dies betrifft beispielsweise Reinheit, THC-Gehalt, Verhältnis THC/CBD, Pestizide, Fungizide, Streckmittel.
- Neue Produkte müssen vor Markteinführung auf ihre Sicherheit und Qualität geprüft und freigegeben werden.
- Produkte, welche sich von ihrer Gestaltung und Aufmachung her an Jugendliche und Kinder richten, dürfen nicht als Cannabisprodukte produziert werden (z. B. CBD-Gummibärchen, THC-Schlecker).
- Das Verhältnis der Cannabinoide zueinander – vor allem THC/CBD – muss reguliert werden und eine Höchstgrenze für den THC-Gehalt ist zu definieren.
- Inhaltsstoffe müssen vollständig und klar angegeben werden.
- Sofern Produzent*innen mit der Gewinnung von Cannabis beauftragt werden, müssen diese von einer weisungsungebundenen Stelle kontrolliert werden.

13.4. Abgabe

Abgabestellen von Cannabis müssen der staatlichen Kontrolle unterliegen und Maßnahmen der Qualitätssicherung gewährleisten:

- Das Personal muss zu den Themen Jugendschutz, Früherkennung und Harm Reduction geschult werden.
- In den Abgabestellen muss ein Informationsangebot für Konsument*innen zur Verfügung stehen (z. B. Infobroschüren zu den Themen Jugendschutz, risikoarmer Konsum, Teilnahme am Straßenverkehr, Hilfsangebote etc.).
- Beratung bezüglich der medizinischen Anwendung von Cannabis und Cannabisprodukten muss Mediziner*innen und Apotheker*innen vorbehalten bleiben.
- Die Produkte müssen in einer Art und Weise verpackt und abgegeben werden, dass Kindern der Zugang verwehrt ist – beispielsweise durch einen kindersicheren Verschluss (Drück- und Drehverschluss o. Ä.), das ist besonders bei Edibles wichtig.
- Die Produktverpackungen müssen Warnhinweise aufweisen (z. B. kein Konsum in der Schwangerschaft, bei Medikamenteneinnahme, im Straßenverkehr etc.).
- Die Abgabemenge pro Person muss limitiert sein.
- Mitarbeiter*innen von Abgabestellen müssen an der Früherkennung problematisch konsumierender mitwirken, um sie frühzeitig mit dem Hilfesystem in Kontakt zu bringen.
- Die Verfügbarkeit von Cannabis bzw. die Anzahl von Abgabestellen muss ausreichend hoch sein, die lokale Verteilung der Abgabestellen muss adäquat sein. Damit wird verhindert, dass sich aufgrund der Nichtverfügbarkeit oder des Nichtvorhandenseins offizieller Abgabestellen Nischen für den Schwarzmarkt bilden.
- Abgabestellen müssen sich in einem ausreichenden Mindestabstand zu Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Gesundheitseinrichtungen und ähnlichen Institutionen mit vulnerablen Personen befinden.
- Die Abgabe muss sich auf die Wohnbevölkerung eines Landes beschränken, sodass ein THC-Cannabis-Tourismus unterbunden wird.
- Maßnahmen für die Abgabe von THC-Cannabis an Tourist*innen und der Umgang mit diesen müssen überlegt werden (Hudak et al., 2018).
- Die Preise der angebotenen Produkte müssen derart gestaltet sein, dass der Schwarzmarkt eine unattraktive Alternative darstellt.
- Warnhinweise müssen dem Produkt entsprechend und insbesondere bei Edibles leicht verständlich formuliert werden.

- Ein Hinweis zu Hilfseinrichtungen (z. B. Beratungsstellen, Beratungstelefon) ist auf allen Produkten anzubringen.
- Zusätzlich ist die Abgabe von risikoreduzierten Produkten zu prüfen und entsprechend den Ergebnissen zu forcieren (z. B. nikotinfreie Joints, Produkte für Vaporizer, definierte Edibles etc.).
- Die Nutzung von Bankinstituten bzw. der legale Zugang zu solchen zwecks Verwaltung der Verkaufseinnahmen und Ausgaben muss für die Abgabestellen gesichert sein (Hudak et al., 2018).

13.5. Werbung

Auch die Werbung betreffend müssen strenge Richtlinien festgesetzt und eingehalten werden:

- Um den Jugendschutz bestmöglich zu gewährleisten und den Zielsetzungen der Prävention zu entsprechen, ist jegliche Werbung (Printmedien, Social Media, Hörfunk, Plakate, online etc.) zu verbieten.
- Das Werbeverbot erstreckt sich auch auf
 - alle Bereiche des „Below the line“-Marketings wie z. B. Ambient Media (Feuerzeuge, Sonnenschirme etc.), Sponsoring (Sportvereine etc.), Gewinnspiele, Brand-Stretching etc.
 - Influencer-Marketing (Snapchat, Youtube, Instagram, Tik Tok etc.)
 - Sponsoring-Veranstaltungen (Reisen, Umzugsfirmen etc.)
 - Werbung an Außenflächen von, in und um Verkaufsstellen
- Die kostenlose Verteilung von Cannabis und Cannabisprodukten durch Händler*innen (Sampling etc.), zur Promotion (bei Events, Messen, Veranstaltungen) oder bei Markteinführungen etc. ist nicht zulässig.
- Verkaufsaktionen zu Werbezwecken wie z. B. 1+1 gratis, Angebote, Sales sind unzulässig.
- Die Verpackungen von Cannabis und Cannabisprodukten sind im Sinne von Plain Packaging neutral bzw. standardisiert auszuführen.

13.6. Konsumbeschränkungen

Im Sinne des Jugendschutzes und zum Schutz der Allgemeinbevölkerung muss der Konsum von Cannabis und Cannabisprodukten klar geregelt werden:

- Cannabis-Raucherzeugnisse (Joints, Vaporizer etc.) dürfen in Analogie zum Tabak- und Nichtraucher*innenschutzgesetz nur an den gesetzlich genannten Orten konsumiert werden.
- Der Konsum von Cannabisprodukten im Straßenverkehr ist zu untersagen. Beeinträchtigung durch Cannabis im Straßenverkehr ist mittels Grenzmengen zu regeln und muss mittels geeigneter Kontrollinstrumente³⁹ der Exekutive festgestellt werden können. Übertretungen sind zu sanktionieren (vgl. Empfehlungen für THC-Grenzwerte im Straßenverkehr Varianten 1–3 mit 2,1–4,3 % ng/mL im Vollblut (Bucher et al., 2020, S. 35–37).
- Der Konsum von Cannabisprodukten im Rahmen beruflicher Tätigkeit ist in Analogie zu Alkohol und Nikotin durch das Arbeitnehmer*innen-Schutzgesetz etc. zu regeln und in kritischen Tätigkeitsbereichen gänzlich zu untersagen.
- Anmerkung: Nicht berauschende Produkte (Hanfsamen-Schokolade, CBD-Öl etc.) sind von diesen Regelungen nicht betroffen (siehe Kap. 6.2).

13.7. Eigenanbau

Der Eigenanbau ist für die Deckung des Eigenbedarfs unter Einhaltung von Auflagen zulässig:

- Es dürfen nur Cannabissorten angebaut werden, welche in einem Katalog definiert sind. Die Vielfalt ist dabei eine wesentlich größere als jene in Abgabestellen. Die Sorten sind nach ihrem CBD/THC-Verhältnis und dem THC-Gehalt beschränkt.
- Es darf nur eine definierte Menge an Pflanzen im privaten Bereich gezogen werden.
- Von diesen dürfen sich maximal 50 % aktuell in Blüte befinden.
- Die Pflanzen dürfen für andere Personen als die Besitzer*innen nicht frei zugänglich sein.
- Der Verkauf und die Weitergabe des gewonnenen Cannabis oder der Cannabisprodukte (z. B. Harz, Extrakte, Edibles) an Dritte sind verboten.
- Im Falle einer gemeinschaftlichen Organisation des Anbaus via Vereine (z. B. „Cannabis Social Clubs“) müssen diese Organisationen strenge Richtlinien bezüglich des Zugangs, des Umfangs und der Art der Pflanzen, der Werbung und anderer gesundheitspolitisch relevanter Bereiche einhalten. Der Verein muss gemeinnützig sein und darf nicht gewinnorientiert organisiert werden. Die Regelungen gelten sowohl für den Verein selbst als auch für die einzelnen Mitglieder.

³⁹ Besonders zu beachten ist, dass eine genaue Unterscheidung von CBD und THC vorgenommen wird. Nach aktuellem Stand der Wissenschaft verursacht CBD keine cannabistypischen psychischen Wirkungen (Grotenhermen, 2018) und beeinträchtigt damit die Verkehrssicherheit nicht.

13.8. Strafverfolgung

Der illegale Anbau, die illegale Erzeugung von Cannabisprodukten sowie der illegale Handel (Verkauf, Ein- und Ausfuhr) werden strafrechtlich verfolgt.

13.9. Einführung mit Pilotphase und Evaluation

Der Einführung einer Regulierung sind eine Pilotphase bzw. Pilotprojekte voranzustellen. Pilotphase bzw. Pilotprojekte sind in einem zuvor festgelegten Zeitrahmen begleitend und umfassend zu evaluieren (in Hinblick auf Veränderung von Konsumraten in der Bevölkerung, Wirkungen, unerwünschte Wirkungen, Ergebnisse aus anderen Ländern etc.). Die Ergebnisse der breit angelegten Bevölkerungsstudie müssen ggf. zu Verbesserungen bzw. Anpassungen des Regulierungsmodells führen.

14. Schlussfolgerung

Trotz des Verbots von Cannabis als Suchtmittel weisen wissenschaftliche Studien eine erhebliche Gruppe an Cannabiskonsument*innen in Österreich aus. Dabei wird in unterschiedlichen Formen – mit geringem bis hin zu hohem Risiko – konsumiert. Risiken liegen etwa in der möglichen Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung oder anderer psychischer Erkrankungen, in der Qualität des konsumierten Cannabis (Schimmel, toxische Beimengungen, Streckmittel wie z.B. synthetische Cannabinoide), in der Stigmatisierung von Konsument*innen, aber auch von Personen mit bloßem Verdacht auf Konsum.

Weiters drohen finanzielle Schädigungen (Arbeitsplatzverlust, Schulverweis) sowie Verunsicherung und strafrechtliche Folgen durch den Konsum von legalen CBD-Produkten.

Die generelle Einstufung von Cannabis als „harte Droge“ ist undifferenziert und obsolet. Wesentliche Institutionen wie die UN oder die WHO bestätigen das und weltweit passen viele Staaten ihre Cannabispolitik dem wissenschaftlichen Kenntnisstand an.

Es steht an, auch in Österreich neue Regelungen für den Umgang mit Cannabis zu definieren. Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung artikuliert die Notwendigkeit der Schaffung eines dem wissenschaftlichen Kenntnisstand entsprechenden Regulierungsmodells zum Freizeitgebrauch von Cannabis mit dem Fokus auf suchtpreventiven und gesundheitspolitischen Zielsetzungen.

Internationale Studien zeigen, dass unter anderem Länder mit der strengsten Drogenpolitik die höchsten Prävalenzraten haben, während Länder mit einem liberaleren Zugang die niedrigsten Prävalenzraten aufweisen (Eastwood et al., 2016).

Studien und Erfahrungsberichte aus anderen Ländern zeigen, dass eine verantwortungsvolle Liberalisierung der Drogenpolitik nicht zu einem exponentiellen Anstieg des Substanzkonsums führt. So wurde beispielsweise in Belgien ein Rückgang der Prävalenzraten festgestellt. Der in den Niederlanden festgestellte Anstieg der Konsumraten wurde von Expert*innen auf die „Ausweitung der kommerziellen Werbung hinsichtlich des Cannabiskonsums in Coffeeshops

(Deutscher Bundestag WD, 2019, S. 9)“ zurückgeführt. Zugleich kam es zu einem deutlichen Rückgang der Anzahl der Konsument*innen harter Drogen (Deutscher Bundestag WD, 2019).

Da Kanada den Konsum erst in jüngster Vergangenheit legalisiert hat, konnten bisher nur kurzfristige Effekte untersucht werden. Untersuchungen zu langfristigen Entwicklungen und Veränderungen der Konsumraten sind ausständig. Es konnte jedoch beobachtet werden, dass es im ersten Quartal nach der Liberalisierung 2019 zu einem deutlichen Anstieg der Zahl an älteren Cannabiskonsument*innen (45 Jahre und älter) kam. Die Konsumzahlen von Personen unter 25 Jahren blieben jedoch stabil (Deutscher Bundestag WD, 2019; Eastwood et al., 2016).

Da ältere Personen ihren Cannabiskonsum aufgrund der gesellschaftlichen Akzeptanz häufig nicht angeben (Strizek et al., 2021a), kann es nach einer rechtlichen Änderung zu einer Änderung des Antwortverhaltens und damit zu statistischen Verzerrungen bzw. Berichtigungen kommen. Es ist daher nicht auszuschließen, dass ein Teil des Anstiegs der Konsumraten auf ein verändertes Antwortverhalten zurückzuführen ist (Deutscher Bundestag WD, 2019).

Zielsetzung einer Cannabisregulierung sind die Verringerung des derzeitigen Schadenspotenzials, die Verbesserung der suchtpreventiven Handlungsmöglichkeiten sowie die Verbesserung der gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen für Konsumierende. Dabei stehen der Schutz junger Menschen und der von Risikogruppen im Fokus.

In Anbetracht der Auswirkungen spricht sich die ARGE Suchtvorbeugung klar gegen die Etablierung eines marktwirtschaftlichen, kommerziellen Modells aus. Ein kommerzielles Modell hätte stets den Profit und dessen Steigerung im Fokus und würde somit suchtpreventiven und gesundheitspolitischen Zielsetzungen entgegenstehen.

Insofern ist ein staatlich kontrolliertes Modell bzw. eine Mischform unter Ergänzung von Selbstversorgungsvarianten zu präferieren. Oben genannte Risiken können dadurch vermieden bzw. verringert und Schutzmaßnahmen für gefährdete Risikogruppen bestmöglich umgesetzt werden.

Die im vorliegenden Positionspapier beschriebenen Inhalte stellen die Grundlage für die Erarbeitung eines Regulierungsmodells dar, das einen verantwortungsvollen Umgang mit Cannabis fördert. Bei der Entwicklung, aber auch der Umsetzung und Evaluierung dieses Modells braucht es politischen Mut, fachliche Expertise sowie die entsprechenden finanziellen und zeitlichen Ressourcen.

Die Erarbeitung und Definition eines Regulierungsmodells müssen federführend durch Expert*innen mit gesundheitspolitischer und suchtpreventiver Fokussierung erfolgen.

Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung ist davon überzeugt, dass durch die Umsetzung eines gesundheitspolitisch orientierten Regulierungsmodells ein wesentlicher Beitrag zur Gesundheitsförderung der österreichischen Bevölkerung geleistet werden kann.

Quellennachweis Rechtsnormen

International:

Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG), BGBl. I Nr. 112/1997 idF I 254/2021.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011040>

Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, NPSG), BGBl. I Nr. 146/2011 idF I 37/2018

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007605>

Bundesgesetz über Sicherheitsanforderungen und weitere Anforderungen an Lebensmittel, Gebrauchsgegenstände und kosmetische Mittel zum Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher (Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz – LMSVG), BGBl. I Nr. 13/2006 idF I 256/2021

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004546>

Bundesgesetz über das Herstellen und Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse und den Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutz (Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz – TNRS), BGBl. Nr. 431/1995 idF. I 66/2019

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010907>

Bundesgesetz vom 2. März 1983 über die Herstellung und das Inverkehrbringen von Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG), BGBl. Nr. 185/1983 idF I 23/2020

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010441>

Bundesgesetz über die Saatgutenerkennung, die Saatgutzulassung und das Inverkehrbringen von Saatgut sowie die Sortenzulassung (Saatgutgesetz 1997 – SaatG 1997), BGBl. I Nr. 72/1997 idF I 104/2019

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011033>

Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebahrung mit Suchtgiften (Suchtgiftverordnung – SV), BGBl. II Nr. 374/1997 idF II 596/2021.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011053>

Europäische Union:

Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. November 2009 über kosmetische Mittel (Neufassung).

<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:342:0059:0209:de:PDF>

Verordnung (EU) 2015/2283 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. November 2015 über neuartige Lebensmittel, zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 1169/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 258/97 des Europäischen Parlaments und des Rates und der Verordnung (EG) Nr. 1852/2001 der Kommission

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32015R2283>

Richtlinie 2002/53/EG des Rates vom 13. Juni 2002 über einen gemeinsamen Sortenkatalog für landwirtschaftliche Pflanzenarten OJ L 193, 20.7.2002 ABI. Nr. L 193/2002 idF 18.04.2004

<https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2002/53/2004-04-18>

International:

Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol (United Nations, Treaty Series, vol. 976, No.14152).

Convention on Psychotropic Substances of 1971 (Ibid. vol. 1019, No. 14956)

United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988: with final acts and resolutions Ibid., vol. No. 27627)

https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf

Laws of Malaysia Act 234

An Act to make further and better provision for the regulating of the importation, exportation, manufacture, sale, and use of opium and of certain other dangerous drugs and substances, to make special provision relating to the jurisdiction of courts in respect of offences thereunder and their trial, and for purposes connected therewith (The Dangerous Drugs Act 1952). 554/52 idF 234/80

https://www.pharmacy.gov.my/v2/sites/default/files/document-upload/dangerous-drugs-act-1952-act-234_0.pdf

Laws of Malaysia Act 283

An Act to provide for the treatment and rehabilitation of drug dependants and for matters connected therewith (Drug Dependants (Treatment and Rehabilitation) Act 1983) Act. 190/83

https://www.mindbank.info/download_file/4218/Obb4470cb96e16ef7bae1ca0fc8df257ac15a715

Statutes of Canada. Chapter 16. An Act respecting cannabis and to amend the Controlled Drugs and Substances Act, the Criminal Code and other Acts (Cannabis Act). First Session, Forty-second Parliament, 64-65-66-67 Elizabeth II, 2015-2016-2017-2018 (Bill C-45) June 21, 2018

<https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/c-45/royal-assent#enH861>

An Act to amend the Public Health Service Act and other laws to provide increased research into, and prevention of, drug abuse and drug dependence; to provide for treatment and rehabilitation of drug abusers and drug dependent persons; and to strengthen existing law enforcement authority in the field of drug abuse (Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970). Public Law 91-513- Oct. 27, 1970

<https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-84/pdf/STATUTE-84-Pg1236.pdf>

Anmerkung:

Die im Text genannten Rechtsnormen der Tschechischen Republik, „Criminal Code (Act No 40/2009)“, „Act on Violations (Act No 200(1990)“ und „Addictive Substances Act (Act No 67/1998)“ wurden aufgrund mangelnder Kenntnisse der tschechischen Sprache ohne Überprüfung aus der Sekundärquelle „European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2019). Czechia Country Drug Report 2019. National Monitoring Centre for Drugs and Addiction“ übernommen. (Siehe Literaturverzeichnis)

Literaturverzeichnis

- Alonso, P. M. B. (2011). *Cannabis Social Clubs en Espagne: Une alternative de normalisation en voie de réalisation* (Nr. 9; Série sur la Réforme Législative des Politiques des Drogues). Transnational Institute. <https://www.tni.org/files/download/briefing9.pdf>
- Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Grabenhofer-Eggerth, A., Klein, C., Schmutterer, I., Schwarz, T., & Strizek, J. (2020). *Epidemiologiebericht Sucht 2020: Illegale Drogen, Alkohol und Tabak: Annex*. Gesundheit Österreich.
- Arana, X., & Pares, O. (2020). Cannabis social clubs in Spain. Recent legal developments. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Hrsg.), *Legalizing cannabis experiences, lessons and scenarios* (S. 307–322). Routledge.
- Barsch, G. (2008). *Lehrbuch Suchtprävention: Von der Drogennaivität zur Drogenmündigkeit*. Neu-land-Verlagsgesellschaft.
- Behrendt, S., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Lieb, R., & Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? *Drug and Alcohol Dependence*, *99*(1), 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.06.014>
- Belackova, V., Van de Ven, K., & Roubalova (Stefunkova), 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 (Hrsg.), *Legalizing cannabis experiences, lessons and scenarios* (S. 154–179). Routledge.
- Berthel, T., Gallego, S., & Krebs, M. (2020). Wir müssen weiterdenken! *Sucht Magazin*, *03*(46), 11–14.
- Birklbauer, A., & Machac, A. (2019). *Suchtmittelrecht für die Praxis*. MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH.
- Blest-Hopley, G., Colizzi, M., Giampietro, V., & Bhattacharyya, S. (2020). Is the Adolescent Brain at Greater Vulnerability to the Effects of Cannabis? A Narrative Review of the Evidence. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00859>
- Boisselier, R. L., Alexandre, J., Lelong-Boulouard, V., & Debruyne, D. (2017). Focus on cannabinoids and synthetic cannabinoids. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, *101*(2), 220–229. <https://doi.org/10.1002/cpt.563>
- Bonn-Miller, M. O., Loflin, M. J. E., Thomas, B. F., Marcu, J. P., Hyke, T., & Vandrey, R. (2017). Labeling Accuracy of Cannabidiol Extracts Sold Online. *JAMA*, *318*(17), 1708–1709. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.11909>
- Bonomo, Y., Norman, A., Biondo, S., Bruno, R., Daglish, M., Dawe, S., Egerton-Warburton, D., Karro, J., Kim, C., Lenton, S., Lubman, D. I., Pastor, A., Rundle, J., Ryan, J., Gordon, P., Sharry, P., Nutt, D., & Castle, D. (2019). The Australian drug harms ranking study. *Journal of Psychopharmacology*, *33*(7), 759–768. <https://doi.org/10.1177/0269881119841569>
- Borodovsky, J. T., & Budney, A. J. (2018). Cannabis regulatory science: Risk–benefit considerations for mental disorders. *International Review of Psychiatry*, *30*(3), 183–202. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1454406>

- Boyd, N. (2018). Cannabis-Legalisierung in Kanada: „Bill C-45“—Chancen und Probleme. In B. Werse (Übers.), *5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018* (S. 59–66). Pabst Science Publishers.
- Boys, A. (2001). Understanding reasons for drug use amongst young people: A functional perspective. *Health Education Research*, *16*(4), 457–469. <https://doi.org/10.1093/her/16.4.457>
- Bucher, B., Gerlach, K., Frei, P., Knöpfli, K., & Scheurer, E. (2020). *Bericht THC-Grenzwerte im Strassenverkehr*. Institut für Rechtsmedizin. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-cannabis/bericht_thc-grenzwerte_strassenverkehr.pdf.download.pdf/Bericht_THC-Grenzwerte_Strassenverkehr.pdf
- Büge, M. (2017). *Cannabiskonsum und psychische Störungen* (1. Auflage). Psychiatrie Verlag.
- Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG), 112 BGBl I (1997). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011040>
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.). (2017). *Handbuch für die Vollziehung des §12 Suchtmittelgesetz. Leitlinie für Gesundheitsbehörden*. (2. Auflage).
- Bundesministerium für Inneres (BMI) (Hrsg.). (2020). *Lagebericht Suchtmittelkriminalität*. https://www.bundeskriminalamt.at/bmi_documents/2506.pdf
- Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., & Wirl, C. (2013). *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013*. Gesundheit Österreich GmbH.
- Caulkins, J. P., & Kilmer, B. (2016). Considering marijuana legalization carefully: Insights for other jurisdictions from analysis for Vermont: Considering marijuana legalization carefully. *Addiction*, *111*(12), 2082–2089. <https://doi.org/10.1111/add.13289>
- CBDNOL GmbH. (2019, Juni 16). CBD beim Sport: Die wichtigsten Infos für Sportler | CBDNOL®. [cbnol.com](https://www.cbdnol.com/blogs/cbdnol-blog/cbd-beim-sport). <https://www.cbdnol.com/blogs/cbdnol-blog/cbd-beim-sport>
- Checkit! (2021, April 16). *Warnung: Synthetische Cannabinoide in Cannabis nachgewiesen – checkit!* <https://checkit.wien/aktuelles/warnung-synthetische-cannabinoide-in-cannabis-nachgewiesen/>
- Cornel, H. & Alice-Salomon-Hochschule (Berlin). (2014). *Berliner JDH-Studie Jugend- Drogen – Hintergründe: Ergebnisse einer Befragung junger Menschen in Berlin zu Einstellungen und Haltungen zum Drogenkonsum* (Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, Hrsg.). Fachstelle für Suchtprävention Berlin Selbstverl.
- Corsi, D. J., Walsh, L., Weiss, D., Hsu, H., El-Chaar, D., Hawken, S., Fell, D. B., & Walker, M. (2019). Association Between Self-reported Prenatal Cannabis Use and Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes. *JAMA*, *322*(2), 145–152. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8734>
- Der Grazer. (2018, Juli 29). *Drogen an Grazer Schule: Polizei ermittelt und Schüler wurde suspendiert*. <http://grazer.at/de/lv8dnAkS/drogen-an-grazer-schule-polizei-ermittelt-und/>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). (2018). *Cannabispolitik. Maßnahmen zur Befähigung, zum Schutz und Hilfen für junge Menschen*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2018_PositionspapierCannabis.pdf
- Deutscher Bundestag WD. (2019). *Sachstand WD 9—3000—072/19. Legalisierung von Cannabis. Auswirkungen auf die Zahl der Konsumenten in ausgewählten Ländern*.

- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2021, April 28). *Gefährliche Entwicklungen auf dem Rauschgiftmarkt — Warnung vor Gannabisprodukten mit synthetischen Cannabinoiden*. <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/detail/gefaehrliche-entwicklungen-auf-dem-rauschgiftmarkt-warnung-vor-cannabisprodukten-mit-synthetischen-cannabinoiden/>
- Eastwood, N., Fox, E., & Rosmarin, A. (2016). *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Across The Globe*. <https://www.release.org.uk/sites/default/files/pdf/publications/A%20Quiet%20Revolu-tion%20-%20Decriminalisation%20Across%20the%20Globe.pdf>
- El Marroun, H., Brown, Q. L., Lund, I. O., Coleman-Cowger, V. H., Loree, A. M., Chawla, D., & Washio, Y. (2018). An epidemiological, developmental and clinical overview of cannabis use during pregnancy. *Preventive Medicine, 116*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.08.036>
- ENCOD. (2013, Mai 8). Verhaltenskodex für europäische Cannabis Social Clubs. *ENCOD*. <https://encod.org/de/cannabis-social-club-deutsch-de/verhaltenskodex-fur-europaische-cannabis-social-clubs/>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2010). *Drugnet Europe. Newsletter of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 69*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/525/176513_DrugnetEurope_EN_web_200895.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2016). *Modelle für die legale Versorgung mit Cannabis — Aktuelle Entwicklungen (Drogenperspektiven)*. EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2720/Legal%20supply%20canna-bis_2016_DE.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2019a). *Czechia Country Drug Report 2019*. National Monitoring Centre for Drugs and Addiction. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11339/czechia-cdr-2019_0.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2019b). *Developments in the European cannabis market*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/769499>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)]. (2021). *Drug-related deaths and mortality in Europe: Update from the EMCDDA expert network : May 2021*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/777564>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2021). *Europäischer Drogenbericht: 2021: Trends und Entwicklungen*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_DE0906.pdf
- Falkai, P., & Wittchen, H. U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe.
- Fischer, B., Bullen, C., Elder, H., & Fidalgo, T. M. (2020). Considering the health and social welfare impacts of non-medical cannabis legalization. *World Psychiatry, 19*(2), 187–188. <https://doi.org/10.1002/wps.20736>
- Fischer, B., Russell, C., & Boyd, N. (2020). A century of cannabis control in Canada. A brief overview of history, context and policy frameworks from prohibition to legalization. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Hrsg.), *Legalizing cannabis experiences, lessons and scenarios* (S. 89–115).
- Freeman, T. P., Craft, S., Wilson, J., Stylianou, S., ElSohly, M., Forti, M. D., & Lynskey, M. T. (2020). Changes in delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) concentrations in cannabis

- over time: Systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 1000–1010.
<https://doi.org/10.1111/add.15253>
- Fried, P., Watkinson, B., & Gray, R. (2005). Neurocognitive consequences of marihuana—A comparison with pre-drug performance. *Neurotoxicology and Teratology*, 27(2), 231–239.
<https://doi.org/10.1016/j.ntt.2004.11.003>
- Grotenhermen, F. (2018). Phytocannabinoide. In M. von Heyden, H. Jungaberle, & T. Majić (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 659–667). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55125-3_4055125-3_40
- Grotenhermen, F., Häußermann, K., & Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart. (2019). *Cannabis Verordnungshilfe für Ärzte* (3. Aufl.). Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Grzeskowiak, L. E., Grieger, J. A., Andraweera, P., Knight, E. J., Leemaqz, S., Poston, L., McCowan, L., Kenny, L., Myers, J., Walker, J. J., Dekker, G. A., & Roberts, C. T. (2020). The deleterious effects of cannabis during pregnancy on neonatal outcomes. *Medical Journal of Australia*, 212(11), 519–524.
<https://doi.org/10.5694/mja2.50624>
- Gunn, J. K. L., Rosales, C. B., Center, K. E., Nuñez, A., Gibson, S. J., Christ, C., & Ehiri, J. E. (2016). Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 6(4), e009986. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009986>
- Hall, W., & Lynskey, M. (2020). Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use: The US experience. *World Psychiatry*, 19(2), 179–186. <https://doi.org/10.1002/wps.20735>
- Hartogsohn, I. (2017). Constructing drug effects: A history of set and setting. *Drug Science, Policy and Law*, 3(0), 1–17. <https://doi.org/10.1177/2050324516683325>
- Hazekamp, A. (2018). The Trouble with CBD Oil. *Medical Cannabis and Cannabinoids*, 1(1), 65–72.
<https://doi.org/10.1159/000489287>
- Hjorthøj, C., Posselt, C. M., & Nordentoft, M. (2021). Development Over Time of the Population-Attributable Risk Fraction for Cannabis Use Disorder in Schizophrenia in Denmark. *JAMA Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1471>
- Hoch, E., Friemel, C. M., & Schneider, M. (Hrsg.). (2019). *Cannabis: Potenzial und Risiko: Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-57291-7>
- Hojni, M., Delcour, J., Strizek, J., & Uhl, A. (2019a). *ESPAD Österreich 2019. Ergebnisbericht*. Gesundheit Österreich.
- Hojni, M., Delcour, J., Strizek, J., & Uhl, A. (2019b). *ESPAD Österreich 2019. Tabellenanhang*. Gesundheit Österreich.
- Hölblinger, B. (2021, Juni 10). *Checkit! Meets Checkpoint. Entwicklungen am Partydrogenmarkt — Harm Reduction, Safer use* [Online-Vortrag].
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Schmutterer, I., & Schwarz, T. (2020). *Bericht zur Drogensituation 2020*. Gesundheit Österreich.
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Schmutterer, I., Tanios, A., & Weigl, M. (2019). *Bericht zur Drogensituation 2019*. Gesundheit Österreich.

- Hudak, J., Ramsey, G., & Walsh, J. (2018). *Uruguay's cannabis law: Pioneering a new paradigm*. Center for Effective Public Management. https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2018/03/gs_032118_uruguaye28099s-cannabis-law_final.pdf
- Humphreys, K., & Shover, C. L. (2020). Recreational cannabis legalization presents an opportunity to reduce the harms of the US medical cannabis industry. *World Psychiatry, 19*(2), 191–192. <https://doi.org/10.1002/wps.20739>
- Irner, T. B. (2012). Substance exposure in utero and developmental consequences in adolescence: A systematic review. *Child Neuropsychology, 18*(6), 521–549. <https://doi.org/10.1080/09297049.2011.628309>
- Jahn, M. (2019, Juli 1). Kann Hanföl tatsächlich bei Regelschmerzen helfen? *woman Gesundheit*. <https://www.woman.at/a/hanf%C3%B6le-wundermittel-menstruationsschmerzen>
- Kapusta, N. D., Plener, P. L., Schmid, R., Thau, K., Walter, H., & Lesch, O. M. (2007). Multiple substance use among young males. *Adolescents, drug abuse and mental disorders, 86*(2), 306–311. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2006.10.007>
- Ksir, C., & Hart, C. L. (2016). Cannabis and Psychosis: A Critical Overview of the Relationship. *Current Psychiatry Reports, 18*(2), 12. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0657-y>
- Küfner, H. (2019). Psychologische Grundlagen der Sucht. In M. Soyka, A. Batra, A. Heinz, F. Moggi, & M. Walter (Hrsg.), *Suchtmedizin* (1. Aufl., S. 35–66). Elsevier. https://shop.elsevier.de/media/blfa_files/23021-9_Soyka_Suchtmedizin.pdf
- Lander, N., Ben-Zvi, Z., Mechoulam, R., Martin, B., Nordqvist, M., & Agurell, S. (1976). Total Syntheses of Cannabidiol and Δ^9 -Tetrahydrocannabinol Metabolites. *Journal of the Chemical Society, Perkin Transactions 1*, 8–16. <https://doi.org/10.1039/P19760000008>
- Lee, C. M., Neighbors, C., & Woods, B. A. (2007). Marijuana motives: Young adults' reasons for using marijuana. *Addictive Behaviors, 32*(7), 1384–1394. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.010>
- Leechaianan, Y., & Longmire, D. (2013). The Use of the Death Penalty for Drug Trafficking in the United States, Singapore, Malaysia, Indonesia and Thailand: A Comparative Legal Analysis. *Laws, 2*(2), 115–149. <https://doi.org/10.3390/laws2020115>
- Lesch, O. (2019, Oktober 13). *Ätiologie der Sucht: Einstiegsdroge Cannabis?* Cultiva Hanfkongress, Vösendorf. http://hanfkongress.at/images/2019/Presentations/CCC2019_ProfDrLesch.pdf
- Lessmann, R. (2017). *Internationale Drogenpolitik: Herausforderungen und Reformdebatten*. Springer.
- Marks, J. (1987). The Paradox of Prohibition. *Mersey Drugs Journal, 1*, 6–7. https://pbs.twimg.com/media/D_eamzqXoAAI9Fa?format=jpg&name=4096x4096
- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S. E., McDonald, K., Ward, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 109*(40), E2657. <https://doi.org/10.1073/pnas.1206820109>
- Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (NAS-CPA), Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS), & Städtische Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen (SKBS). (2015). *Zentrale Aspekte der Cannabisregulierung. Gründe, Ziele und mögliche Massnahmen*.

https://fachverbandsucht.ch/download/237/Grundposition_NAS_Zentrale_Aspekte_der_Cannabisregulierung.pdf

Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG), BGBl. I, Nr.146/2011 (2011).

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007605>

Noble, M. J., Hedberg, K., & Hendrickson, R. G. (2019). Acute cannabis toxicity. *Clinical Toxicology*, 57(8), 735–742. <https://doi.org/10.1080/15563650.2018.1548708>

Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369(9566), 1047–1053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60464-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60464-4)

Nutt, D., King, L., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)

Olson, J. A., Suissa-Rochelleau, L., Lifshitz, M., Raz, A., & Veissière, S. P. L. (2020). Tripping on nothing: Placebo psychedelics and contextual factors. *Psychopharmacology*, 237(5), 1371–1382. <https://doi.org/10.1007/s00213-020-05464-5>

Orr, C., Spechler, P., Cao, Z., Albaugh, M., Charani, B., Mackey, S., D’Souza, D., Allgaier, N., Banaschewski, T., Bokde, A. L. W., Bromberg, U., Büchel, C., Quinlan, E. B., Conrod, P., Desrivières, S., Flor, H., Frouin, V., Gowland, P., Heinz, A., ... Garavan, H. (2019). Grey Matter Volume Differences Associated with Extremely Low Levels of Cannabis Use in Adolescence. *Journal of Neuroscience*, 39(10), 1817–1827. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3375-17.2018>

Pardo, B. (2020). The uneven repeal of cannabis prohibition in the United States. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Hrsg.), *Legalizing cannabis experiences, lessons and scenarios* (S. 11–38). Routledge.

Parliament of Canada. (2018). *Government Bill (House of Commons) C-45 (42-1)—Royal Assent—Cannabis Act—Parliament of Canada*. <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-45/royal-assent#enH861>

Patrick, M. E., Bray, B. C., & Berglund, P. A. (2016). Reasons for Marijuana Use Among Young Adults and Long-Term Associations With Marijuana Use and Problems. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(6), 881–888. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.881>

Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*, 103(3), 439–449. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02064.x>

Perkonig, A., Lieb, R., Hofler, M., Schuster, P., Sonntag, H., & Wittchen, H.-U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: Incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, 94(11), 1663–1678. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.941116635.x>

Peters, E. N., Budney, A. J., & Carroll, K. M. (2012). Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: A systematic review: Cannabis-tobacco clinical correlates. *Addiction*, 107(8), 1404–1417. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03843.x>

Philibert, A., & Zobel, F. (2019). *Revue internationale des modèles de régulation du cannabis*. Université Genève.

- Pinquart, M., & Silbereisen, R. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Auflage, S. 89–100). Hogrefe. <http://doi.org/10.1024/85590-000>
- Rehm, J., & Manthey, J. (2020). Cannabis and public health: A global experiment without control. *World Psychiatry, 19*(2), 192–194. <https://doi.org/10.1002/wps.20740>
- Scherbaum, N. (2017). *Das Drogentaschenbuch* (5. Auflage). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-0303-125768>
- Schmid, R. (2019, Oktober 12). *THC & CBD – ein gegensätzliches Paar (?)*. Cultiva Hanfkongress, Vösendorf. http://hanfkongress.at/images/2019/Presentations/CCC2019_ProfSchmid.pdf
- Schneider, M., Friemel, C. M., von Keller, R., Adorjan, K., Bonnet, U., Hasan, A., Hermann, D., Kambeitz, J., Koethe, D., Kraus, L., Leweke, F. M., Lutz, B., Paul, L., Pogarell, O., Preuss, U., Schäfer, M., Schmieder, S., Simon, R., Storr, M., & Hoch, E. (2019). Cannabiskonsum zum Freizeitgebrauch. In E. Hoch, C. M. Friemel, & M. Schneider (Hrsg.), *Cannabis: Potenzial und Risiko* (S. 65–264). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57291-7_3
- Schoeler, T., Monk, A., Sami, M. B., Klamerus, E., Foglia, E., Brown, R., Camuri, G., Altamura, A. C., Murray, R., & Bhattacharyya, S. (2016). Continued versus discontinued cannabis use in patients with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(3), 215–225. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00363-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00363-6)
- Schori, D. (2020). *Synthetische Cannabinoide: Ergebnisse aus dem Drug-Checking der Stadt Zürich, Januar bis August 2020: Informationen für Fachpersonen im Bereich rogen und Schadensminde-rung*. Drogeninformationszentrum DIZ. https://www.saferparty.ch/tl_files/images/download/file/aktuelles%202020/Synthetische%20Cannabinoide%20Auswertung%20August%202020.pdf
- Sinn, A. (2018). *Wirtschaftsmacht organisierte Kriminalität: Illegale Märkte und illegaler Handel*. Springer.
- State of Colorado. (2019). *Retail marijuana licensees*. <https://www.colorado.gov/pacific/marijuana/retail-marijuana-licensees>
- Strizek, J., Busch, M., Puhm, A., Schwarz, T., & Uhl, A. (2021a). *Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial*. Gesundheit Österreich.
- Strizek, J., Busch, M., Puhm, A., Schwarz, T., & Uhl, A. (2021b). *Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial: Tabellenanhang*. Gesundheit Österreich.
- Strizek, J., & Uhl, A. (2016). *Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015: Band 1: Forschungsbericht*. Gesundheit Österreich.
- Subritzky, T., Lenton, S., & Pettigrew, S. (2020). Practical lessons learned from the first years of the regulated recreational cannabis market in Colorado. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Hrsg.), *Legalizing cannabis experiences, lessons and scenarios* (S. 116–130). Routledge.
- Suchthilfe Wien. (2018). *Synthetische Cannabinoide — Checkit!* <https://checkit.wien/substanzen/synthetische-cannabinoide/>
- The Commissioner of Law Revision. (2006). *Laws of Malaysia. Reprint. Act 283. Drug Dependants (Treatment and Rehabilitation) Act 1983. Incorporating all amendments up to 1 January 2006*.

- Thornton, L. K., Baker, A. L., Lewin, T. J., Kay-Lambkin, F. J., Kavanagh, D., Richmond, R., Kelly, B., & Johnson, M. P. (2012). Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addictive Behaviors, 37*(4), 427–434. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.039>
- Transform Drug Policy Foundation. (2016). *How to regulate cannabis: A practical guide* (2. Aufl.). Transform Drug Policy Foundation.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Schmutterer, I., & Strizek, J. (2020). *Handbuch Alkohol — Österreich: Band 2: Gesetzliche Grundlagen 2020*. Gesundheit Österreich. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:66383b9d-b78e-42e8-b4d0-14421a0359b8/Handbuch%20Alkohol%20%C3%96sterreich%20%20Band%202_2020.pdf
- United Nations. (2013). *The International Drug Control Conventions*. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf
- United Nations Commission On Narcotic Drugs (CND). (2020, Dezember 2). *Press Statement: CND votes on recommendations for cannabis and cannabis-related substances*. <https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2020/December/cnd-votes-on-recommendations-for-cannabis-and-cannabis-related-substances.html>
- van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L., & van den Brink, W. (2015). European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology, 29*(6), 655–660. <https://doi.org/10.1177/0269881115581980>
- van der Steur, S. J., Batalla, A., & Bossong, M. G. (2020). Factors Moderating the Association between Cannabis Use and Psychosis Risk: A Systematic Review. *Brain Sciences, 10*(2), 97. <https://doi.org/10.3390/brainsci10020097>
- Vo, K. T., Horng, H., Li, K., Ho, R. Y., Wu, A. H. B., Lynch, K. L., & Smollin, C. G. (2018). Cannabis Intoxication Case Series: The Dangers of Edibles Containing Tetrahydrocannabinol. *Annals of Emergency Medicine, 71*(3), 306–313. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.008>
- Weekend online. (2020). 7 Fragen. CBD Öl gegen Depressionen. *weekend.at*. <http://weekend.at/entertainment/cbd-oel-depressionen/69.836.332> [offline]
- Werse, B., Müller, O., & Bernard, C. (2009). *Spice, Smoke, Sence & Co: Cannabinoidhaltige Räuchermischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung*. Centre for Drug Research - Goethe-Universität.
- WHO. (2018). *ICD-11—Mortality and Morbidity Statistics*. 6C41.2 Cannabis dependence. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wilson, J., Freeman, T. P., & Mackie, C. J. (2019). Effects of increasing cannabis potency on adolescent health. *The Lancet Child & Adolescent Health, 3*(2), 121–128. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30342-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30342-0)
- Winstock, A., Barrat, M., Maier, L., Aldridge, A., Zuhparris, A., Davies, E., Hughes, C., Johnson, M., Kowalski, M., & Ferris, J. (2019). *Global Drug Survey (GDS)*. https://issuu.com/globaldrugsurvey/docs/gds2019_key_findings_report_may_16_
- Wittchen, H.-U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., Lieb, R., & Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence, 88*, S60–S70. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.013>

- World Health Organization. (2019). *WHO Expert Committee on Drug Dependence: Forty-first report*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325073>
- Young-Wolff, K. C., Sarovar, V., Tucker, L.-Y., Avalos, L. A., Alexeeff, S., Conway, A., Armstrong, M. A., Weisner, C., Campbell, C. I., & Goler, N. (2019). Trends in marijuana use among pregnant women with and without nausea and vomiting in pregnancy, 2009-2016. *Drug and Alcohol Dependence*, *196*, 66–70. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.009>
- Zammit, S., Moore, T. H. M., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R. E., Jones, P. B., Burke, M., & Lewis, G. (2008). Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *193*(5), 357–363. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.046375>
- Zobel, F., Hasselgård-Rowe, J., & Broers, B. (2019). *Synthesebericht «Cannabis» der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen (EKSF)*. Bundesamt für Gesundheit.
- Zobel, F., & Marthaler, M. (2016). *Neue Entwicklungen in der Regulierung des Cannabismarktes: Von A (Anchorage) bis Z (Zürich)*. (3. Aufl.). Sucht Schweiz.