

Gutachten der Staatsanwaltschaft Lübeck über einen Vergleich zwischen Cannabis und Alkohol

Jz.

- 713 Js 16817/90 StA Luebeck -

- 2 Ns (Kl. 167/90) -

Alkohol und Nikotin sind sowohl fuer den Einzelnen als auch gesamtgesellschaftlich evident gefaehrlicher als Cannabisprodukte. Aus Gruenden der Vereinfachung beziehen sich die nachfolgenden Ausfuehrungen nur auf das Verhaeltnis des Genusses von Alkohol und Cannabisprodukten. Sie gelten aber auch entsprechend fuer das Verhaeltnis von Cannabisprodukten zum Nikotin.

a) Diese Auffassung der Kammer beruht auf den ueberzeugenden Darlegungen der Sachverstaendigen deren Meinungen sich die Kammer angeschlossen hat. Die Kammer hat die Sachverstaendigen Herrn Dr. Barchewitz und Herrn Prof. Dr. Dominiak gehoert.

Herr Dr. Barchewitz ist Facharzt fuer Psychiatrie und seit 15 Jahren im Therapiebereich taetig. Zwei Drittel seiner fachlichen Taetigkeit hat er in Suchtkliniken zugebracht. Er hat auch fuef Jahre im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gearbeitet. Seit 1986 ist er Leiter der Fachklinik fuer Suchtkrankheiten (Holstein-Klinik in Luebeck). Dort befinden sich ueberwiegend alkohol- und medikamentenabhaengige aber auch anderweit drogensuechtige Personen. Herr Dr. Barchewitz verfuegt auch ueber erhebliche Erfahrungen mit Drogenabhaengigen. Diese gruenden sich auf seine Erfahrungen waehrend seiner gesamten beruflichen Taetigkeit.

Der Sachverstaendige Prof. Dr. Dominiak ist Facharzt fuer Pharmakologie und Toxikologie sowie fuer klinische Pharmakologie. Er ist Direktor des Instituts fuer Pharmakologie der Medizinischen Universitaet zu Luebeck und hat sich insbesondere in juengster Zeit intensiv mit Wirkungen von Rauschgiften auseinandergesetzt und beschaeftigt. Er hat im Dezember 1991 auf einem Fachkongress von Rechtsmedizinern in Luebeck ein umfassendes ‚Referat zu den toxischen und pharmakologischen Wirkungsweisen von Drogen (auch der Cannabisprodukte) gehalten und dabei die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse auf diesem Gebiet analysiert und aufgearbeitet.

b) Aufgrund der Ausfuehrungen der Sachverstaendigen und unter Beruecksichtigung vielfaeltiger, allgemein zugaenglicher Literatur, die mit den Sachverstaendigen und den Prozessbeteiligten im Termin eroertert worden ist, ist die Kammer zusammenfassend zur Frage der Gefaehrlichkeit von Alkohol und Cannabisprodukten zu folgenden

Feststellungen gekommen:

- Die koerperlichen Auswirkungen uebermaessigen Alkoholkonsums erreichen fast alle Organe und Organsysteme und koennen diese schwer schaedigen oder sogar zerstoeren, waehrend Cannabisprodukte nur geringfuegige koerperliche Wirkungen herbeifuehren.
- Nach dem Absetzen von Alkohol treten bei Alkoholabhaengigen schwere koerperliche Entzugserscheinungen auf, waehrend bei Cannabisprodukten praktisch keine koerperlichen Entzugserscheinungen beobachtet werden.
- uebermaessiger Alkoholkonsum kann schwere psychische Schaeden bewirken, waehrend bei Cannabisprodukten keine gravierenden psychischen Stoerungen zu erwarten sind und allenfalls mit einer geringfuegigen psychischen Abhaengigkeit gerechnet werden muss.
- In der Bundesrepublik gibt es eine Vielzahl von Verbaenden, speziellen Krankenhaeusern und speziellen Therapien, die sich mit Alkohol-erkrankungen und Alkoholabhaengigkeiten beschaeftigen, waehrend es weder eine spezielle Therapie fuer Cannabiskonsumenten noch spezielle Krankenhaeuser oder Verbaende gibt, die sich um Cannabiskonsumenten kuemmern.
- In der Bundesrepublik einschliesslich der neuen Bundeslaender wird die Anzahl der Alkoholtoten auf 40.000 im Jahr geschaetzt, waehrend kein Fall (auch weltweit) bekannt ist. bei dem der Tod einer Person auf uebermaessigen Konsum von Haschisch zurueckzufuehren ist. Es gibt keine letale Dosis fuer Haschisch.
- Die wirtschaftlichen Folgekosten aufgrund des Alkoholkonsums werden in der Bundesrepublik auf jaehrlich 50 Milliarden DM geschaetzt, waehrend bei Cannabisprodukten entsprechende Zahlen nicht existieren.
- Der Alkoholkonsum hat erhebliche Auswirkungen auf den Arbeitsplatz (Arbeitsunfaelle Kuendigungen, Krankheitsfaelle, Einstellungen von Suchtberatern), waehrend bei Cannabisprodukten entsprechende Beobachtungen und Schaetzungen nicht existieren.
- Der Anteil von toedlichen Unfaellen, die im Zusammenhang mit Alkohol stehen, wird in der Bundesrepublik auf 50 % geschaetzt und die Zahl der Verkehrsunfaelle unter Alkoholeinfluss mit Personenschaeden auf gut 30.000 pro

Jahr, während
bei Cannabisprodukten auf keine entsprechenden Beobachtungen oder Schätzungen zurückge-

- Nach der polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes aus dem Jahre 1990 wurden in diesem Zeitraum mehr als 140.000 Tatverdächtige (knapp 10 % aller Tatverdächtigen) registriert, die nach polizeilichem Erkenntnisstand bei der Tatausführung unter Alkoholeinfluss standen. Im Bereich der Gewaltdelikte (z.B. Totschlag, Vergewaltigung, Sexualmord) liegt der Anteil der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss über 36 %, während bei Cannabisprodukten entsprechende statistische Erhebungen nicht durchgeführt werden.

Im einzelnen ist hierzu folgendes auszuführen:

(1) Wirkungsweisen des Alkohols:

(a) Körperliche und psychische Auswirkungen

aa.)

Alkoholintoxikationen reichen von leichter Gehstörung, starker Gehstörung, Reflexlosigkeit bis zur Bewusstlosigkeit und Kreislaufinsuffizienz,

bb.)

Leichte Alkoholrausche (0,5 - 1,5) sind gekennzeichnet durch Herabsetzung der psychomotorischen Leistungsfähigkeit, allgemeine Enthemmung, Beeinträchtigung der Fähigkeit kritischer Selbstkontrolle; mittelgradige Rausche (1,5 - 2,5) durch euphorische Glückstimmung oder aggressive Gereiztheit, Verminderung der Selbstkritik, Enthemmung, Benommenheit, Psychomotorischer Unsicherheit, unreflektierter Bestrebung, triebhafte Bedürfnisse zu befriedigen, Fehlen zielgerichteter Konstanz und Bereitschaft zu primitiven, vorwiegend explosiven Reaktionsweisen; schwere Rauschzustände (über 2,5) durch Bewusstseinsstörungen und Verlust realen Situationsbezuges, Desorientiertheit, illusionäre situative Verknennung, motivlose Angst, Gleichgewichtsstörungen hin bis zur Ataxie, Dysarthrie und Schwindel, Schädel-Hirn-Trauma, evtl. mit komplizierender intrakranieller Blutung.

cc.)

Die neuere Alkoholforschung lässt zehn psychopathologische Syndrome erkennen, die einzeln oder in verschiedenen Verbindungen auftreten (Störungen des Bewusstseins und der Motorik, Störungen der Orientierung, paranoid-halluzinatorisches Syndrom, manisches, gereizt-aggressives, depressives Syndrom, Angstsyndrom, Suizidalität, sexuelle Erregung, amnestisches Syndrom).

dd.)

Das Alkoholentzugssyndrom wirkt sich internistisch, vegetativ, neurologisch und psychisch aus.

ee.)

Es gibt kaum ein Organsystem, an dem nicht Syndrome oder Krankheiten gefunden wurden, die nicht mit dem Alkoholismus ursächlich in Verbindung zu bringen sind: z.B. Fettleber, chronische Lungenerkrankung, Traumata, Bluthochdruck, Mangelernährung, Anaemie, Gastritis, Knochenbrüche, Hiatushernie, Leberzirrhose, Magen-Darm-Geschwüre, chronischer Hirnschaden, Fettsucht, Herzkrankheiten, gastrointestinale Blutung, epileptische Anfälle, Diabetes, Harnwegsinfekt.

ff.)

Die alkoholische Leberzirrhose ist eine relativ häufige Erkrankung bei fortgeschrittenem Alkoholmissbrauch. 30-50 % aller Leberzirrhosen sind auf den Missbrauch zurückzuführen. Beschwerden sind Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Depressivität. Es kommt gelegentlich zu Hautveränderungen. Die Haut ist pergamentpapierartig verdünnt und zeigt weiße Flecken. Körperbehaarung und Schambehaarung lässt nach. Potenz und Libido vermindern sich. Der schwere, alkoholbedingte Leberschaden führt über tiefere Bewusstseinsstörung zum Koma.

gg.)

Alkoholiker neigen zu mehr Infektionen der Luftwege.

hh.)

Die akute Alkoholintoxikation, besonders bei chronischen Alkoholikern, löst typische Knochenmarksveränderungen aus und stört somit das Immunsystem.

ii.)

Alkohol wirkt auf die Muskeln in der Weise, dass die Muskulatur schwillt, stark druckempfindlich und krampfanfällig ist.

jj.)

Alkoholismus verändert das Gehirn morphologisch und funktionell mit der weiteren Folge psychischer Veränderungen. 3 - 5 % der Alkoholiker werden vom sogenannten Wernicke-Korsakow-Syndrom befallen, das durch folgende Störungen gekennzeichnet ist:

- Verlust des Altgedächtnisses, regelmäßig verbunden mit der Unfähigkeit, sich neue Gedächtnisinhalte einzuprägen;
- verminderte Fähigkeit der Reproduktion von Gedächtnisinhalten;
- eindeutige Verschlechterung der Auffassungsfähigkeit;

- Verminderung der Spontanität und Initiative;
- Störungen der Konzentrationsfähigkeit, der räumlichen Organisation und der visuellen und verbalen Abstraktion.

kk.)

20 - 40 % aller Alkoholiker leiden an Polyneuropathie, die mit schmerzhaften Missempfindungen, Kribbelparaesthesien und Taubheitsgefühl beginnt. Danach kommt es zu ziehenden, brennenden und stechenden Muskelschmerzen mit Krämpfen und Muskelschwäche.

ll.)

Tremorererscheinungen sind bei Alkoholikern sehr häufig. Sie sind anfangs reversibel, später nicht. Das Leiden beginnt als feinschlägiger Tremor. Er setzt an den Händen ein, die sich später ausbreiten auf Zunge, Lippen, Augenlider, Kopf und Füße.

mm.)

Es gibt eine sogenannte Alkoholepilepsie bei chronischen Alkoholikern, die früher keine latente Krampfbereitschaft aufgewiesen haben.

nn.)

Das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, ist bei Männern mit einem hohen Alkoholkonsum um mehr als das Vierfache höher als bei Abstinenzern oder bei geringem Konsum.

oo.)

Das sogenannte Alkoholdelir ist gekennzeichnet von Desorientiertheit in örtlicher, zeitlicher und situativer Hinsicht. Es bestehen Auffassungsstörungen und illusionäre Verkennungen. Die Wahrnehmungsstörungen können zu einer gesteigerten Suggestibilität und Konfabulationen führen. Die Stimmung ist schwankend, gekennzeichnet durch Angst, Reizbarkeit und durch eine gewisse Euphorie. Typisch ist psychomotorische Unruhe mit nestelnden Bewegungen und Bettfluchtigkeit.

pp.)

Beim Alkoholiker gibt es verstärkt Eifersuchtsideen und Eifersuchtswahn.

qq.)

Alkoholmissbrauch vor und während der Schwangerschaft kann schwere Schädigungen des Embryos verursachen. Für die Bundesrepublik wird eine jährliche Rate der Alkoholembryopathie von 1800 geschätzt. Deren wichtigsten Symptome sind Wachstumsdefizit, Minderwuchs, Untergewicht, statomotorische und geistige Retardierung, Hyperaktivität, Muskelhypotonie, verkürzter Nasenrücken, schmale Lippen, auch Missbildungen.

(b) Gesellschaftliche Auswirkungen

aa.) Anzahl der Alkoholabhängigen

Die Anzahl der Alkoholabhaengigen wird in der Bundesrepublik bei einer Geschlechterrelation von 1 (weiblich) zu 2 (maennlich) auf 2,5 Millionen geschaezt.

bb.) Wirtschaftliche Folgekosten

Die gesamtwirtschaftlichen Folgekosten des Alkoholkonsums werden mit ca. 50 Mrd. DM angegeben (vgl. H.H. Kornhuber, in Sonderdruck "Deutsches Aerzteblatt" - aerztliche Mitteilungen, Heft 19 Seite 1347 bis 1362 vom 12. Mai 1988, im Sonderdruck Seite 2).

cc.) Auswirkungen auf dem Arbeitsplatz

25 % aller Arbeitsunfaelle in der Bundesrepublik sind auf Alkohol zurueckzufuehren. Bei jeder 6. Kue ndigung geht es um Alkohol, Alkoholranke sind 2,5 mal haeufiger krank als andere Mitarbeiter. In ueber 800 Betrieben und Behoerden werden schon Suchtberater eingesetzt (vgl. Jahrbuch der Sucht 1991, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Seite 29).

dd.) Auswirkungen im Strassenverkehr

Unter Beruecksichtigung von Dunkelzifferrelationen wird der Anteil von toedlichen Unfaellen, die im Zusammenhang mit Alkohol stehen, auf 50 % geschaezt (vgl. Stephan in Jahrbuch der Sucht 1991, a.a.O., Seite 106, 107). Die Zahl der Verkehrsunfaelle unter Alkoholeinfluss mit Personenschaden wird auf gut 30.000 pro Jahr geschaezt.

ee.) Alkoholtoten

Die Zahl der Alkoholtoten wird in Deutschland einschliesslich der neuen Bundeslaender mit ca. 40.000 jaehrlich angegeben.

ff.) Auswirkungen auf strafbare Handlungen

Nach der polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes aus dem Jahre 1990 wurden in diesem Zeitraum 141.180 Tatverdaechtige (= 9,8 % aller Tatverdaechtigen) registriert, die nach polizeilichem Erkenntnisstand bei der Tatausfuehrung unter Alkoholeinfluss standen (vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes 1990, Seite 85). Die Wirkung des Alkohols, die Gewaltbereitschaft zu erhoehen, wird besonders deutlich, wenn der Anteil der Tatverdaechtigen unter Alkoholeinfluss in bestimmten von Gewalt geprae gten Deliktgruppen untersucht wird. So betrug der Anteil der Tatverdaechtigen unter Alkoholeinfluss bei "Widerstand gegen die Staatsgewalt" 63,3 %. Bei anderen Gewaltdelikten ergeben sich folgende Zahlen:

- Totschlag: 47,4 %
 - Koerperverletzung mit toedlichem Ausgang: 41,4 %
 - Vergewaltigung: 36,6 %
 - Vergewaltigung ueberfallartig durch Gruppen: 50 %
 - gefaehrliche und schwere Koerperverletzung: 33,9 %
 - Mord: 29,1 %
 - Sexualmord: 46,7 %
 - vorsaeztliche Brandstiftung: 29,1 %
 - sexuelle Noetigung: 28 %
- (vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik, a.a.O., Seite 85).

Diesen katastrophalen und verheerenden Wirkungen individueller und gesamtgesellschaftlicher Art stehen folgende Wirkungen des Haschischkonsums gegenueber:

(2) Wirkungsweisen der Cannabisprodukte:

(a) Allgemeine Wirkungen

Zu den allgemeinen Eigenschaften der Droge hat die Kammer folgende Feststellungen getroffen:

Der Hauptwirkstoff der Cannabisprodukte ist das THC, genauer das Tetrahydrocannabinol. Das THC wird im natuerlichen Cannabis durch eine Fuelle weiterer Wirk- und Duftstoffe ergaenzt. Unter den 60 weiteren Cannabinoiden ragen hervor das Cannabidiol (CBD), das beruhigend (sedativ) wirkt, gelegentlich auch fuer Kopfschmerzen sorgen, aber auch die THC-Wirkung verlaengern soll, sowie das Cannabinol (CBN), ein Abbauprodukt des THC (vgl. Quensel in: "Drogen und Drogenpolitik", Ein Handbuch, herausgegeben von Sebastian Scheerer u. Irmgard Vogt, Campus 1989, Seite 380 m.w.N.).

Cannabis wird bei uns ueblicherweise geraucht und zwar meist zusammen mit Tabak als "Joint" oder aber in der Pfeife. Neben der in der Forschung haeufigeren Injektion und dem Einatmen von Cannabisdampf, kann man Cannabis auch als "Tee" trinken oder aufgeloeset im Tee, als Gewuerz im Essen, aber auch als Gebaeck zu sich nehmen (vgl. Quensel, Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 380). Das THC wird ueber die Schleimhaeute aufgenommen und im Koerper zu "Metaboliten" verwandelt. Seine Wirkung tritt beim Rauchen so rasch ein, dass die Dosishoehe meist relativ einfach zu regulieren ist; beim Essen und Trinken verzoegert der Umweg ueber die Leber die Wirkung mitunter ueber eine Stunde, weswegen Anfaenger aus Ungeduld leicht zu hohe Dosen einnehmen. Mit einer THC-Dosis von 2-10 mg beim Rauchen und etwa der dreifachen Menge beim Essen und Trinken, das ist nach THC-Gehalt etwa 0,5 bis 1 Gramm Haschisch, erreicht man eine Wirkungsdauer von etwa 1 - 4 Stunden (vgl. Quensel, Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 381).

Die kurz- wie langfristige Wirkung des Cannabis

hängt -wie bei vielen anderen Drogen- ebenso davon ab, wieviel und wie häufig man es konsumiert, wie auch davon, in welchem "Sitz und Setting" dies geschieht, wobei alle Faktoren von einander abhängig sind. Dabei hängen Art und Weise des Erlebens von Cannabisprodukten in besonderer Weise vom "Sitz und Setting" ab, also von der Situation, in der man Cannabis einnimmt, vom eigenen persönlichen Zustand wie von der sozialen Umgebung, von den eigenen Ängsten und Hoffnungen und den in der Gruppe wie in der umfassenderen Kultur mit diesem Genuss verbundenen Erwartungen (vgl. hierzu Quensel, Drogenelend, Campus 1982, Seite 76). Die Effekte, die mit der Einnahme von Cannabisprodukten verbunden sind, lassen sich sozial erlernen, wobei die Erwartungshaltung eine grosse Rolle spielt (vgl. Quensel, Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 381). Bei stärkerer Dosis, also insbesondere beim Trinken oder Essen oder bei der Verwendung von Haschisch, sind eindeutiger halluzinogene Effekte zu erwarten (vgl. Quensel, Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 382). Nicht nur das Ausmass der Dosis -etwa die Art und Weise, wie man einen "Joint" füllt- und Inhalte des Erlebens sind soziokulturell erlernt, sondern auch die Häufigkeit des Konsums, was als leichter bzw. schwerer Gebrauch gilt, zu welcher Gelegenheit man Cannabis konsumiert und wann man damit aufhören soll (vgl. Quensel, Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 382).

Die psychischen Wirkungen beschreibt Binder (Haschisch und Marihuana, Deutsches Ärzteblatt 1981, Seite 120) wie folgt:

"Nach dem Rauchen von 1 Gramm Marihuana entsteht ein etwa drei Stunden dauernder Rauschzustand, der durch ein Gefühl von Losgelöstheit charakterisiert ist, das eine meditative Versenkung oder eine Hingabe an sensorische Stimuli erlaubt. Der Zustand ist im allgemeinen frei von optischen und akustischen Halluzinationen, die beim vier- bis fünffachen dieser Dosis auftreten können. Subjektiv gesteigert wird die Gefühlsintensität beim Hören von Musik, beim Betrachten von Bildern, bei Essen und Trinken und bei sexueller Aktivität. Der Rausch ist zweiphasig und geht nach der Anregungsphase in eine milde Sedierung über. Bei der genannten Dosierung dominiert eine passive euphorische Bewusstseinslage, bei höherer Dosierung kann es zu paranoiden Vorstellungen und Dysphorie kommen.... Die Droge führt kaum zu Toleranzbildung und die Konsumenten kommen über Jahre ohne Dosissteigerung aus."

Cannabis besass bis in dieses Jahrhundert auch bei uns eine medizinische Bedeutung. Weltweit galt es stets als wichtiger Bestandteil der Volksmedizin (vgl. Quensel, Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 382 m.w.N.). In neuerer Zeit untersucht man die Wirkungen von Cannabis bei Glaukomen zur

Verminderung des Augeninnendrucks, bei spastischen Krämpfen und Epilepsie sowie bei Asthma und Anorexia nervosa. Eine ganz besondere Bedeutung gewann es als Mittel gegen den Brechreiz bei Anti-Krebs-Mitteln. In den USA hat man deshalb 500 Krankenhäusern THC zur Bekämpfung dieses Erbrechens praktisch freigegeben und in 23 Staaten diese Behandlung dem Ermessen jedes Arztes ueberlassen (vgl. Ouensel, Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 382 m.w.N.).

Ein Blick auf Umfragedaten belegt, dass vornehmlich juengere Menschen Cannabis konsumieren. Sie tun dies, um ihre Stimmung zu heben (34 %), um den Alltag zu vergessen (28 %), weil man sich entspannt (25 %), Hemmungen ueberwindet (24 %), intensiver hoert und sieht (19 %), und weil man leichter Kontakt zueinander bekommt (17 %) (vgl. Quensel, Drogenelend, a.a.O., Seite 76 m.w.N.).

(Fortsetzung)

(b) Koerperliche und psychische Auswirkungen

aa.) Koerperliche Auswirkungen

Die koerperlichen Auswirkungen des Cannabisgebrauches sind relativ gering. Herz und Kreislauf werden nicht beeinträchtigt, wenn auch der Puls aktiviert wird. Aus diesem Grunde besteht bei Personen mit Kreislaufschäden Anlass, mit dem Gebrauch von Cannabis vorsichtig umzugehen. Wissenschaftliche Beweise dafür, dass der Konsum von Cannabis sowohl bei der Fortpflanzung als auch im Immunsystem Schäden hervorruft, sind bislang nicht vorgelegt worden. Der Sachverständige Prof. Dr. Dominiak hat darauf verwiesen, dass es zwar in Tierversuchen Hinweise fuer solche Wirkungen gebe, er hat jedoch eine uebertragung der im Tierversuch gewonnenen Erkenntnisse auf den menschlichen Organismus abgelehnt. Zur Begrueundung hat er angefuehrt dass der tierische Organismus haeufig in ganz anderer Weise reagiere als der Mensch. Darueber hinaus werde gerade bei den typischen kleinen Saeugetieren mit Dosen gearbeitet, die knapp unterhalb der bei Menschen praktisch nicht erreichbaren Todesdosis liegen. Schliesslich fehle bei den Labor- wie Tierversuchen der Blindversuch, nachdem der Auswertende nicht wissen darf, welches Objekt Cannabis erhielt und welches nicht (vgl. hierzu Quensel, Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., S. 385).

Darueber hinaus kann das Rauchen von Cannabis zu Lungenschäden fuehren. Dieser moegliche Schaden ist jedoch im Vergleich mit dem Schaden, der durch das Rauchen selbst verursacht wird, eher zweitrangig. Da Haschisch aber auch in anderer Form konsumiert

werden kann (durch Trinken im Tee; durch Essen im Kuchen) ist diese mögliche Schädigung der Lunge kein spezifisches Risiko des Cannabiskonsums,

bb.) Psychologische Auswirkungen

Es gibt derzeit keinen Beweis für den Abbau zerebraler Funktionen und Intelligenzleistungen durch chronischen Cannabisgebrauch. Jedoch ist die zur Intelligenzleistung notwendige Funktion des Kurzzeitgedächtnisses unter Einfluss von Cannabis reduziert (vgl. Schoenhoefer, Die Pharmakologie der Cannabis-Wirkstoffe, in Arzneimittelforschung 23, 1973, Seite 55).

Es gibt auch keinen medizinischen Hinweis, dass der Cannabiskonsum originaler Psychosen hervorruft. Der Sachverständige Dr. Barchewitz hat ausgeführt, dass der Cannabiskonsum allenfalls eine bereits vorhandene Psychose zum Ausbruch bringen kann. Diese lediglich auslösende Funktion können auch andere Rauschmittel oder entsprechende Medikamente hervorrufen. Die eigentliche Schädigung in der Psyche hat nach den Angaben des Sachverständigen jedoch bereits vorher stattgefunden. Zu diesen Angaben des Sachverständigen passt auch die bei Quensel (vgl. Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 387) getroffene Feststellung: "Zur Zeit gibt es keine zureichenden Gründe, die dafür sprechen, dass eine Cannabis-Psychose als besonderer klinischer Befund existiert". Der Sachverständige Dr. Barchewitz hat auf entsprechenden Vorhalt diese Aussage bestätigt.

Die Beweisaufnahme hat auch ergeben, dass das sogenannte "amotivationale Syndrom" keine spezifische Folge des Cannabis-Konsums ist. Bei dem amotivationalen Syndrom" handelt es sich um ein durch Apathie, Passivität und Euphorie gekennzeichnetes Zustandsbild". Der Sachverständige hat in Übereinstimmung mit Schoenhoefer (vgl. a.a.O., Seite 55) ausgeführt, dass es nicht möglich sei, eine kausale Beziehung zwischen dem Cannabisgebrauch und dem amotivationalen Syndrom" herzustellen. Schoenhoefer hält hier vielmehr einen Umkehrschluss für zulässig. Nach seiner Meinung machen die Elemente des amotivationalen Syndroms" erst das Rauscherlebnis des Cannabiskonsums interessant und bedingen somit diesen Konsum (vgl. Schoenhoefer, a.a.O., S. 55). Auf diese Zusammenhänge hat auch der Sachverständige Dr. Barchewitz auf entsprechenden Vorhalt hingewiesen. Dies entspricht auch den Untersuchungen, auf die Quensel (Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 388) verweist. In empirischen Untersuchungen ist nachgewiesen worden, dass Cannabiskonsumern "weniger sorgfältig, weniger diszipliniert und nicht so strebsam" sind wie eine Kontrollgruppe, "was sich auch darin zeigt, dass sie signifikant

weniger nach Erfolg strebt". Jedoch seien auch potentielle Konsumenten, die nicht strikt gegen Cannabis eingestellt gewesen seien, aber noch kein Cannabis konsumiert haetten, ssignifikant weniger karriere-orientiert... als die Antikonsumenten". Ouensel kommt daher zu der Auffassung, dass Cannabis eingebunden in einen groesseren Lebensstil sei, der schon vor dem Konsum vorhanden gewesen sei und deswegen allenfalls als Symptom, jedoch nicht als dessen Ursache zu begreifen sei.

Zusammenfassend lassen sich deswegen die Befunde zum psychischen Bereich wie folgt beschreiben:

Nach derzeitigem Wissensstand sind keine gravierenden Stoerungen zu erwarten, wenn auch Personen mit Neigungen zu psychischen Stoerungen ebenso auf Cannabis verzichten sollten wie diejenigen, die sich damit sozial unertraeglichen Situationen entziehen wollen.

cc.) Koerperliche Abhaengigkeit

Koerperliche Entzugserscheinungen sind bei Cannabis -anders als bei Alkohol und harten Drogen- praktisch nicht zu beobachten. Der Sachverstaendige Prof. Dr. Dominiak hat hierzu ausgefuehrt, dass allenfalls -vergleichbar wie beim Absetzen der taeglichen Kaffeedosis- leichte Schlafstoerungen, Irritierbarkeit und innere Unruhe auftreten koennen. Auch seien Dosissteigerungen aus physiologischen Gruenden nicht festzustellen. Vielfach ist sogar beobachtet worden, dass erfahrene Konsumenten weniger Cannabis brauchen, um "high" zu werden als Anfaenger (vgl. Quensel, Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 389 m.w.N.).

Die Sachverstaendigen haben darueber hinaus ausgefuehrt, dass allenfalls eine leichte psychische Abhaengigkeit vorhanden sei. Diese sei aber nicht anders einzustufen, als die, die beim taeglichen Kaffeetrinken entstehe. Quensel (Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 389) fuehrt hierzu folgendes aus: "Eine Vorstellung von diesen Schwierigkeiten kann man gewinnen, wenn man an das eigene abendliche Glas Bier denkt, an den ueblichen Morgenkaffee oder an die Leere, die entsteht, wenn man das Rauchen aufgibt -dieselbe Leere ueberfaellt uns, wenn der Fernseher repariert werden muss, die Tageszeitung wegen Streiks fehlt, die Pruefung bestanden ist oder bei Arbeitslosigkeit oder Verrentung der alltaegliche Arbeitstrott ausfaellt."

dd.) Toedliche Dosis

Bei dem Cannabiskonsum gibt es im Gegensatz ,zum Alkohol, Nikotin und harten Drogenkonsum keine wissenschaftlich ermittelte letale (= toedliche) Dosis. Todesfaelle die auf exzessiven Konsum zurueckzufuehren sind, sind bei Haschisch nicht bekannt.

(c) Gesellschaftliche Auswirkungen

aa.) Anzahl der Haschischkonsumenten

Die Gesamtzahl der Konsumenten ist nicht bekannt. Die Angaben hierueber schwanken. Koerner geht in seinem Kommentar zum Betaeubungsmittelgesetz unter Berufung auf die Zeitschrift Suchtreport 1988, Heft 2 von ca. 3 bis 4 Mio Cannabisabhaengigen aus (vgl. Koerner a.a.O., Einleitung Seite 9). In der Auskunft des Bundesgesundheitsamtes vom 21. Dezember 1990 wird eine Zahl von mehreren Hunderttausend und 1 bis 2 Mio angegeben. Der Drogenexperte Berndt Georg Thamm schaezt in seinem Buch "Drogenfreigabe-Kapitulation oder Ausweg ?" (Verlag Deutsche Polizeiliteratur GmbH, 1989) fuer die Bundesrepublik eine Anzahl von ueber 2 Mio. Konsumenten von Cannabisprodukten (vgl. Thamm, a.a.O., Seite 232).

bb.) Haschischtherapie

Es gibt keine spezielle Haschischtherapie und auch keine therapeutische Einrichtung fuer Haschischkonsumenten. Dort wo Haschischkonsumenten einer psychologischen oder psychiatrischen Behandlung beduerfen, ist nach den Darlegungen des Sachverstaendigen Dr. Barchewitz der Haschischkonsum nicht die Ursache. Vielmehr steckt dahinter ein persoenliches Problem. Ist dies behoben, dann schwindet auch das Beduerfnis zum Konsum, da dieser koerperlich nicht bedingt ist.

cc.) Auswirkungen auf strafbare Handlungen

Im Gegensatz zum Alkohol und zu den sogenannten harten Drogen wird die polizeiliche Kriminalstatistik nicht unter dem Gesichtspunkt gefuehrt, ob der Tatverdaechtige die Tat unter dem Einwirken von Cannabiskonsum begangen hat. Es gibt in der polizeilichen Kriminalstatistik hierzu keine statistischen Erhebungen. Daraus laesst sich entnehmen, dass dies fuer die Begehung von Straftaten kein relevanter Faktor ist. Dies verdient besondere Hervorhebung im Verhaeltnis zum Alkohol, weil der Alkohol haeufig eine stimulierende Wirkung hat, die insbesondere die Bereitschaft zu Gewalttaetigkeiten foerdert. Haschisch hat eine im Grundsatz umgekehrte Wirkungsweise. Der Konsum von Haschisch fuehrt zu einer Hinwendung nach innen und begleitend dazu zu einem Rueckzug von der aeusseren sozialen Realitaet. Dabei hat die Einnahme von Haschisch nach den Ausfuehrungen der Sachverstaendigen regelmaessig eine mehr beruhigende und einschlaefende Wirkung. Allerdings sei davon auszugehen, dass sich insbesondere diese Eigenschaften im Strassenverkehr nachteilig bemerkbar machen koennten.

ff.) Einstiegsdroge

Im Gegensatz zu den Motiven des Gesetzgebers bei der Neufassung des Betaeubungsmittelgesetzes im Jahre 1971 steht zur ueberzeugung der Kammer nach den Ausfuehrungen der Sachverstaendigen und der

dabei erörterten und vorgehaltenen Literatur fest, dass Haschisch keine "Einstiegsdroge" fuer haertere Drogen ist und auch keine Schrittmacherfunktion entfaltet.

Die Sachverstaendigen haben in uebereinstimmung mit der Auskunft des Bundesgesundheitsamtes zunaechst festgestellt, dass es keinen medizinischen und bio-

logischen Ausloeser fuer die Behauptung gibt, dass

Konsumenten sogenannter weicher Drogen auf harte Drogen umsteigen.

Das Schweizer Bundesgericht hat sich in seinem Entscheid vom 29. August 1991 (vgl. Strafverteidiger, 1992, Seite 18 ff.) mit der angeblichen Gefaehrlichkeit von Cannabisprodukten auseinandergesetzt und dabei auch zur Einstiegstheorie bzw. zur Umsteigegefahr Stellung genommen. Dabei hat es den Sachverstaendigen Prof. Kind zitiert, der dargelegt hat, dass diese Behauptung (Einstiegsdroge) heute eindeutig widerlegt sei. Abschliessend heisst es in der Entscheidung des Schweizer Bundesgerichts:

"Der Gebrauch von Cannabis fuehrt ferner keineswegs zwangslaefig zu jenem gefaehrlicheren Stoffe; nach neuesten Schaetzungen greifen insgesamt etwa 5 % aller Jugendlichen, die Erfahrung mit Cannabis haben, zu haerteren Drogen (Geschwinde, a.a.O., Seite 44 N 166)."

Auch Koerner lehnt in seinem Kommentar zum Betaeubungsmittelgesetz die Theorie von Haschisch als Einstiegsdroge ab. Es heisst dort (a.a.O., Anhang C 1, Seite 1070):

Die Theorie von Haschisch als Einstiegsdroge ist kein ueberzeugendes Argument, weil der Weg zum Heroin ebenso haeufig ueber Alkohol und Tablettenkonsum verlauft, ohne dass deshalb ein Verbot von Alkohol oder Tabletten zu fordern waere."

Die Kammer lehnt daher in uebereinstimmung mit den Sachverstaendigen und den vorstehenden zitierten Autoren die Theorie von der "Einstiegsdroge" ab.

Die Theorie von der sogenannten Einstiegsdroge wird von der (unzutreffenden) Denkschablone getragen, dass aus der Verwendung der Droge ein Drang nach Dosissteigerung logisch folge und dieser von der leichten zur starken Dosis fuehren muesse (vgl. hierzu Quensel, Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., Seite 391). Dabei wird uebersehen und unberuecksichtigt gelassen, ob die Drogen in ihrer Wirkung miteinander vergleichbar sind und dass dann doch der leichte und beliebig steigerbare Alkoholkonsum als Alternative viel naeher liegt (vgl. Quensel, Drogen und Drogenpolitik, a.a.O., S. 391).

Es wurde bereits darauf verwiesen, dass der Cannabiskonsum in seiner Zielrichtung eine mehr, beruhigende und sedierende Wirkung hat, während zum Beispiel die Drogen Kokain und Heroin stark euphorisierende Auswirkungen haben. Diese Drogen stellen daher von ihrer Wirkungsweise keine Steigerung der Cannabisprodukte dar, sondern haben eine vielmehr entgegengesetzte, dem Alkohol ähnliche Wirkung. Deshalb fehlt es schon an einer den Umstieg tragenden subjektiven Zielvorstellung, die darauf angelegt ist, die Wirkungsweise des bisherigen Rauschmittels zu steigern. Darüber hinaus führt gerade der Konsum von Haschisch -wie bereits dargelegt- nicht zu einer Toleranzausbildung, die nach immer stärkeren Dosen drängt. Im Gegenteil: haschischgewohnte Konsumenten werden regelmäßig mit einer niedrigeren Dosis "high" als Anfänger (vgl. oben S. 30).

Darüber hinaus wird der Versuch unternommen, die Umstiegstheorie statistisch wie folgt zu begründen (vgl. dazu Taeschner, Das Cannabis-Problem 1979, Seite 169; zitiert nach Kreuzer, NJW 1982, Seite 1311):

untersucht man andererseits aber klinisch-stationär behandelte Drogenabhängige, meist Heroinsüchtige oder Polytoxikomane, so stellt man fest, dass sie ihre Drogenkarriere zu 98 bis 100 % mit Haschisch begonnen hatten."

Kreuzer verweist in seinem Aufsatz auf Untersuchungen von Prof. Keub, wonach diese Theorie in den USA schon längst tot war, als -scl. bei uns- die Drogenwelle 1968 begann". Kreuzer führt weiterhin aus, dass Prof. Keub in einer Studie nachgewiesen habe, dass Alkohol die Haupteinstiegsdroge sei und dass bei einem Drogenkongress in Wien alle anwesenden Experten verschiedener Disziplinen die Einstiegstheorie verworfen hätten (vgl. Kreuzer, a.a.O., Seite 1311 Fussnote 9). Kreuzer führt in seinem Aufsatz auch weitere Untersuchungen an, die für deutsche Verhältnisse die Unhaltbarkeit der Einstiegstheorie ergeben hätten (vgl. Kreuzer, a.a.O., Seite 1311 Fussnote 10).

Darüber hinaus lässt sich die Einstiegstheorie auch anhand der statistischen Zahlen über die geschätzten Drogenabhängigen widerlegen. Der Pharmakologe Schoenhoefer hat in seinem Aufsatz (a.a.O., Seite 54) die Umstiegstheorie an Zahlen, die für Amerika gelten, überprüft. Wörtlich heisst es: "Der Direktor des "National Institute of Mental Health" schätzte in einem Hearing vor dem subcommittee to Investigate Juvenile Delinquency" am 17. September 1969 die Zahl der Jugendlichen Marihuana-Konsumenten in USA auf 8 bis 12 Mio. Im Mai und Oktober des gleichen Jahres veröffentlichte die "Washington Post" Gallup-Um-

fragen, die die Zahl der Marihuana-Konsumenten mit rund 10 Mio angaben. Nach der hier in der Bundesrepublik ueblichen Umsteigertheorie muessten also heute rund 30 % dieser Menschen, mithin also 3 Millionen Heroinsuechtige sein. Das ist nicht der Fall. Die Zahl der Heroinsuechtigen in den USA liegt bei 200.000 mit einer geschaetzten Dunkelziffer gleicher Groesse, also insgesamt bei 400.000. Das sind zwischen zwei bis vier, rund also hoechstens 5 % der Marihuana-Konsumenten."

Diese Zahlen belegen, dass ein Umstieg nur in geringem Umfange stattfindet. Sie entsprechen den Zahlen, die das Schweizer Bundesgericht zugrunde gelegt hat, und die auch auf die Bundesrepublik zutreffen. Nach den Ausfuehrungen des Sachverstaendigen Dr. Barchewitz ist davon auszugehen, dass es in der Bundesrepublik ca. 100.000 Drogenabhaengige gibt, die sogenannte harte Drogen konsumieren. Die Zahl der Haschischkonsumenten liegt -wie bereits dargelegt- zwischen 2 und 4 Mio.. Dieses krasse Missverhaeltnis von Cannabiskonsumenten zu Konsumenten "harter" Drogen beweist, dass offensichtlich kein kausaler Umsteigeeffekt vorhanden ist.

Dies haben auch die von der Kammer gehoerten Sachverstaendigen ausdruuecklich bestaetigt. Sie haben vielmehr darauf verwiesen, dass eine Suchtkarriere, die einmal beim Heroin ende, typischerweise vom fruehen Gebrauch von Nikotin oder Alkohol gepraegt sei. Sie meinen daher, dass der Gebrauch dieser bei uns ueblichen Konsumdrogen viel eher einen Einstiegseffekt aufweise. Darueber hinaus haben die Sachverstaendigen darauf hingewiesen, dass ein Umsteigeeffekt allenfalls durch den gemeinsamen illegalen Drogenmarkt erfolge. Sie haben hierzu ausgefuehrt, dass der Haschischkonsument die Droge vom gleichen Dealer bekomme, der auch ueber "harte" Drogen verfuege. Aus diesem ssozialen Kontakt" ergebe sich eine sehr viel groessere Gefahr des Umsteigens als aus dem Konsum und den damit verbundenen Wirkungen (so auch Binder, a.a.O., Seite 125).

Die Kammer weiss aus einem Referat des Amsterdamer Strafrechtsprofessors Dr. Rueter, das auch insoweit in der Hauptverhandlung eroertert worden ist, dass gerade aus diesen Gruenden die niederlaendische Drogenpolitik eine Trennung der Maerkte von "weichen" und "harten" Drogen anstrebt. Die Einrichtung von sogenannten "Coffee-Shops", in denen Cannabis-Produkte zum Konsum frei verkaeuftlich erworben werden koennen, ohne dass strafrechtliche Verfolgung zu befuerchten ist, hat zum Ziel, den ssozialen Kontakt" des Konsumenten "weicher" Drogen zu "harten" Drogen beim Ankauf zu unterbinden. Deswegen muessen die Inhaber von "Coffee-Shops" mit Bestrafungen und Schliessung ihrer Geschaefte rechnen, wenn sie "harte" Drogen verkaufen. Durch diese Trennung der Maerkte wird

nach Auffassung der Niederländer der mögliche Umsteigeeffekt, der durch den sozialen Kontakt mit dem gleichen Dealer bewirkt werden kann, erheblich reduziert.

- c) Zusammenfassend kann daher festgestellt werden, dass die individuellen und gesamtgesellschaftlichen Wirkungen von Haschisch denkbar gering sind.

- (1) Das Schweizerische Bundesgericht hat in seiner Entscheidung vom 29. August 1991 (a.a.O., Seite 19) hierzu folgendes festgestellt:

"Nach dem gegenwärtigen Stand der Erkenntnisse lässt sich somit nicht sagen, dass Cannabis geeignet sei, die körperliche und seelische Gesundheit vieler Menschen in eine naheliegende und ernstliche Gefahr zu bringen."

- (2) Der Sachverständige Prof. Dr. Dominiak hat erklärt, dass Cannabis nach seiner Kenntnis das Rauschmittel mit den geringsten individuellen und gesamtgesellschaftlichen Wirkungen sei, das es zur Zeit auf der Welt gebe. Binder hat in seinem Aufsatz im Deutschen Ärzteblatt (a.a.O., Seite 124) ausgeführt:

"Medizinisch gesehen, dürfte der Genuss von ein bis zwei Joints Marihuana (ein bis zwei Gramm Marihuana, resorbierte THC-Menge 8-16 mg) pro Tag unschädlich sein, zumindest aber weniger schädlich sein, als der tägliche Konsum von Alkohol oder von 20 Zigaretten. Für alle drei Drogen gilt das Prinzip *ssola dosis facit venenum*" und somit wäre gegen den gelegentlichen Konsum von Marihuana im Grunde genau so wenig einzuwenden wie gegen das gelegentliche Glas Wein oder die gelegentliche Zigarette, Jede Droge im Übermass genossen, ist schädlich."

- (3) Soweit der exzessive Gebrauch von Cannabisprodukten bei bestimmten Risikogruppen zu bestimmten -nicht ernstlichen- Schädigungen führen kann, ist darauf hinzuweisen; dass dies grundsätzlich für fast alle Substanzen gilt, die der Mensch zu sich nimmt (Zum Problem der fehlenden Relation zwischen Extrem- und Normalkonsum aus sozialwissenschaftlicher Sicht vgl. Kreuzer, a.a.O., S. 1312). Auch der exzessive Gebrauch von Zucker kann zu Schädigungen führen. Darüber hinaus haben zahlreiche rezeptpflichtige Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel bei langandauernden, übermässigen Konsum Sucht und schwere gesundheitliche Schäden mit teils tödlichem Ausgang zur Folge. Entzugstherapien bei Medikamentenabhängigkeit sind aufwendig. Medikamentenmissbrauch kann auch Psychosen auslösen. Auch nicht rezeptpflichtige Schmerzmittel und sogar Vitamine können bei übermässiger Dosierung zu schweren Gesundheitsschäden führen, Bei Aspirin drohen z.B. Magengeschwüre z.B., wie sie durch die Einnahme von mehr als drei Multivitamin-Tabletten geschehe, überschreitet bei

einer Leibesfrucht den Grenzwert und kann zu Fruchtschäden führen.