

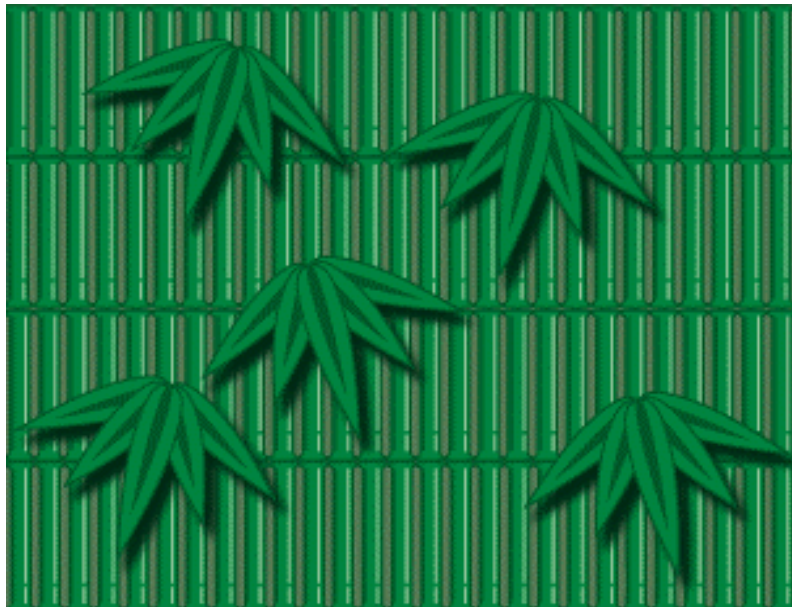
Landkreis Waldshut
Kommunaler Suchtbeauftragter

Informationsbroschüre zu

Cannabis

Haschisch

Marihuana



**Schriftenreihe
des Kommunalen Suchtbeauftragten im Landkreis Waldshut
Heft 1
Herbst 1999**

Der Text wurde teilweise übernommen aus den Broschüren:
Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
und
Landesarbeitsgemeinschaft Suchtvorbeugung Nord-Rhein-Westfalen
Autor: Rudi Kappeler

Inhalt

Einleitung	3
Was ist Cannabis?	3
Zur Geschichte des Cannabis	4
Aktuelle medizinische Bedeutung von Cannabis	5
Ist Cannabis eine "Einstiegsdroge"?	5
Die Wirkung von Cannabis	6
Welche Neben- und Nachwirkungen treten beim Gebrauch von Cannabis auf?	7
Welche gesundheitlichen Risiken birgt der Konsum von Cannabis?	7
Die psychischen unerwünschten Wirkungen	8
Konsummuster von CannabiskonsumentInnen	8
Macht Cannabiskonsum abhängig?	9
Wer und wie viele Menschen konsumieren Cannabis?	10
Rechtliche Aspekte des Cannabiskonsums	10
Wie wird der Cannabiskonsum im Straßenverkehr gewertet?	12
Ist der Anbau von THC - armen Cannabispflanzen gestattet?	13
Gibt es den typischen Cannabiskonsumenten?	13
Wie lange wird in der Regel Cannabis konsumiert?	14
Warum ist der Cannabiskonsum gerade in der Adoleszenzphase (Pubertätszeit) so verbreitet?	14
Zum Umgang mit dem Cannabiskonsum von Jugendlichen	15
Literatur:	16

Einleitung

Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge in der Bundesrepublik Deutschland. Etwa 25 % aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 14 und 25 Jahren haben Erfahrungen mit dem Konsum von Cannabis. Trotz dieser großen Verbreitung fehlen in der Bevölkerung ausreichende Informationen, die es ermöglichen, sich jenseits von Panik oder Verharmlosung ein genaues Bild über diese Substanz zu verschaffen. Unzureichende und widersprüchliche Informationen sorgen außerdem für eine Verunsicherung und Hilflosigkeit gerade bei den Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen.

Diese Broschüre gibt in komprimierter Form einen aktuellen Überblick über die unterschiedlichen Aspekte des Cannabiskonsums. Die Informationen sollen helfen, Wissensdefizite abzubauen und ein objektiveres Bild über Cannabis zu zeichnen.

Thematisiert werden Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken ebenso wie die historischen Hintergründe und rechtlichen Aspekte. Abschließend setzt sich die Broschüre mit den Gründen des Konsums von Cannabis auseinander und gibt Hinweise für den Umgang mit Konsumierenden.

Die Broschüre richtet sich an alle, die sich über Cannabis informieren wollen oder Fragen zum Thema haben. Angesprochen sind sowohl Eltern, Verwandte und Freunde von Konsumierenden, als auch LehrerInnen und Fachkräfte in der Sozialarbeit, die mit jungen Menschen zu tun haben.

Was ist Cannabis?

Cannabis ist der botanische Gattungsname für die Hanfpflanze. Es gehört zur Pflanzenfamilie der Cannabaceae und breitete sich vor mehreren tausend Jahren von Zentralasien über Europa bis nach Nord- und Südamerika aus. Cannabis wächst in fast allen Klimazonen der Erde, darf aufgrund der nationalen Verbote in vielen Ländern heute aber nicht mehr angebaut werden.

Im Bereich der Rauschmittel bildet Cannabis den Oberbegriff für die Drogen Haschisch und Marihuana, welche auf unterschiedliche Weise aus der weiblichen Cannabispflanze gewonnen werden. Für die Verwendung als Rauschmittel ist das Harz der Cannabispflanze wichtig, da in ihm das psychoaktiv wirksame Delta-9-Tetrahydrocannabinol - auch THC genannt - enthalten ist.

Folgende Rauschmittel werden aus der Cannabispflanze gewonnen:

Marihuana (Grass) besteht aus den Teilen der getrockneten, weiblichen Cannabispflanze, die besonders THC-haltig sind. Meist sind dies die Blüten, Blätter und Stengelspitzen. Der THC-Gehalt beträgt in der Regel 1-7%. Niederländische Treibhauszüchtungen („Skunk“) können dagegen bis zu 15 % THC-Gehalt erreichen.

Haschisch (Dope, Shit) ist das zu Platten oder Klumpen gepreßte Harz der weiblichen Cannabispflanze. Es wird häufig mit unterschiedlichen Substanzen gestreckt. Der THC-Gehalt beträgt 5 -12.

Haschischöl ist eine ölige Lösung mit hoher THC-Konzentration. Sie wird durch einweichen, filtern und eindampfen von mit Haschisch oder Marihuana versetzten Lösungsmitteln hergestellt. Der THC-Gehalt liegt bei 12-60 %.

Marihuana, Haschisch und Haschischöl unterscheiden sich somit vor allem durch verschieden hohe Wirkstoffkonzentrationen.

Haschisch und Marihuana werden meist auf die gleiche Weise konsumiert. Die häufigste Form des Konsums ist das Rauchen von Cannabis vermischt mit Tabak in einem 'Joint' oder 'Stick'. Seltener ist die Zugabe zu Getränken (z.B. Tee) und Speisen (z.B. Keksen oder Kuchen) oder das Rauchen in speziellen Pfeifen (Wasserpfeifen, Eimer usw.). Der Preis für ein Gramm Haschisch oder Marihuana liegt, je nach Qualität und Herkunft, zwischen DM 8.- und 15.-.

Haschischöl wird meist auf eine Zigarette geträufelt oder Speisen oder Getränken zugefügt. Es wird heute eher selten gebraucht.

Die Cannabispflanze hat ein sehr hohes Nutzungspotential und läßt sich hervorragend zur Herstellung verschiedenster Produkte, wie z.B. Papier, Baumaterial, Schmierstoffe, Lacke, Farben, Textilien, Seile, Garne, Reinigungs-, Nahrungs-, Arzneimittel usw. verwenden.

Seit 1996 ist der Anbau von Nutzhanf in Deutschland wieder zugelassen. Wie in anderen Ländern der Europäischen Union wurden die THC-Gehalte von landwirtschaftlich angebautem Hanf auf eine Konzentration

von 0,3 Prozent in den Blättern des oberen Pflanzendrittels beschränkt, um mögliche pharmakologische Effekte auszuschließen.

Zur Geschichte des Cannabis

Die ältesten Hanffunde in Asien datieren auf etwa 10.000 vor Christi. Die Cannabispflanze hat in der Folge der Nutzung eine lange Tradition als Heil- und Rauschmittel. Erstmals erwähnt wurde Cannabis bereits 2737 v. Chr. in einem chinesischen Lehrbuch. Lange Zeit galt es in Gebieten wie China, Indien, Tibet, Arabien, Griechenland und Europa als Medizin gegen eine Vielzahl von Krankheiten und Leiden wie Gicht, Malaria, Schlaflosigkeit und Rheumatismus. Ebenso wurde es als potentes Rauschmittel geschätzt und häufig für religiöse und spirituelle Zwecke genutzt. In China konsumierte man Cannabis beispielsweise, um körperliche Schwerelosigkeit und seelische Ekstase zu erlangen und so mit der Geisterwelt besser in Verbindung treten zu können.

In Deutschland wurde Cannabis erstmals im 12. Jahrhundert nach Chr. in einem heilkundlichen Werk der Äbtissin Hildegard von Bingen erwähnt. In den folgenden Jahrhunderten fand Cannabis als Arzneimittel eine breite Anwendung und wurde ebenso wie in der fernöstlichen Medizin als Mittel für die unterschiedlichsten Krankheiten empfohlen. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts fand Hanf Eingang in die moderne westliche Medizin. Ein Beispiel hierfür ist die 1843 von Brockhaus verlegte 'Encyclopädie der Volksmedizin'. In diesem medizinischen Standardwerk wird eine Anwendung von Hanfprodukten '...bei Husten, Erkältung, Harnverhaltungen, Schmerzen und Krämpfen von Erwachsenen und Kindern, aber auch zur Vertreibung von Gemütsverstimnungen und zur Stimulation von Fröhlichkeit und sexueller Lust' empfohlen. Es entstand eine Vielzahl medizinischer Abhandlungen über die Verwendung des indischen Hanfes bei Schmerzzuständen, Epilepsie, Tetanus, Asthma, Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit, um nur einige Indikationen zu nennen. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts war die medizinische Verwendung von Cannabis, bedingt durch die Erfindung wirksamerer Präparate wie Aspirin oder Opiaten, dann wieder rückläufig.

Als Rauschmittel wurde Cannabis in Deutschland vor allem seit Beginn des 18. Jahrhunderts verwandt. Das Angebot reichte von sog. "Damacenerpillen", über "Orienttabak"- Mischungen bis zu Cannabistinkturen, die vor allem in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Apotheken verkauft wurden.

Auch zahlreiche Künstler wie z. B. Charles Baudelaire, Edgar Allen Poe oder Hermann Hesse nutzten Cannabis als Rausch- und Genußmittel, um zu neuen Erkenntnissen und Inspirationen zu gelangen.

Anfang des 20. Jahrhunderts veränderte sich in den USA und Europa die politische und gesellschaftliche Bewertung von Cannabis radikal. Die Gründe für diese Wende sind vor allem in den USA zu finden: der religiös bedingte Puritanismus dieser Zeit und der Rassismus gegenüber der schwarzen Bevölkerungsschicht, in der viel Cannabis konsumiert wurde, waren für diesen Wandel ebenso verantwortlich wie wirtschaftliche Interessen der Papier- und Textilindustrie, die ihre Produktion auf den Rohstoff Baumwolle ausgerichtet hatte.

Auf der Zweiten Internationalen Opiumkonferenz in Genf 1925 setzten die USA ein internationales Verbot aller Cannabisprodukte durch. Cannabisdrogen sollten hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit fortan wie Opiate bewertet werden.

Das Deutsche Reich übernahm 1929 die Beschlüsse der Opiumkonferenz in das Reichsopiumgesetz. Allerdings wurde dieses Gesetz lange Zeit nicht umgesetzt und heimischer Cannabisanbau sowie zurückhaltender Cannabiskonsum fast nie polizeilich verfolgt.

Erst Ende der 60er Jahre begann eine konsequentere Verfolgung und Bestrafung des Cannabiskonsums aufgrund der stärkeren Verbreitung in der meist antistaatlich eingestellten Studenten- und Jugendbewegung, der sog. 68er Generation.

1971 verabschiedete der Deutsche Bundestag ein neues Betäubungsmittelgesetz (BtMG), wonach der Umgang mit Cannabisdrogen aller Art unter erhöhte Strafe gestellt wurde. 1981 wurde durch eine Novellierung des BTMG das Strafmaß nochmals erhöht.

Seitdem gab es einige Versuche, das Verbot von Cannabis in einigen Bereichen wieder zu lockern.

Aktuelle medizinische Bedeutung von Cannabis

Die oben beschriebenen überlieferten Anwendungen sind zum Teil noch heute aktuell, zum Teil halten sie jedoch einer modernen sachlichen Überprüfung nicht Stand oder haben ihre Bedeutung durch die Entwicklung moderner spezifischer Medikamente verloren. Der Einsatz von Cannabisprodukten ist vor allem bei Erkrankungen von Interesse, bei denen die bekannten Therapieverfahren und Medikamente gelegentlich versagen oder eventuell starke unerwünschte Nebenwirkungen hervorrufen.

Dazu zählen vor allem die appetitanregenden und übelkeitsvermindernden Eigenschaften, die bei Krebs, AIDS und Hepatitis C genutzt werden können, die muskelentspannenden Effekte, die bei hyperkinetischen Syndromen wie dem Tourette-Syndrom oder bei Dystonien, die durch langsame, anhaltende Muskelkontraktionen gekennzeichnet sind, eingesetzt werden können, die Schmerzlinderung bei Migräne, Neuralgien und allen Schmerzerkrankungen, bei denen eine Entspannung der Muskulatur vorteilhaft wirkt, wie etwa Menstruationsschmerzen, Bauchschmerzen bei der chronischen Darmerkrankung Colitis ulcerosa, antiepileptische Eigenschaften, Senkung des Augeninnendrucks beim Glaukom (grüner Star).

Weitere mögliche Einsatzmöglichkeiten sind Asthma, da THC bronchienerweiternd wirkt, Depressionen sowie Entzugssymptome bei Opiat- Benzodiazepin- und Alkoholabstinenz.

Seit 1998 ist THC, das im Zusammenhang mit der ärztlichen Verwendung meistens Dronabinol genannt wird, in Deutschland auf einem Betäubungsmittelrezept von jedem Arzt verschreibungsfähig. Über eine internationale Apotheke kann das in den USA als Medikament zugelassene Dronabinol-Präparat Marinol aus dem Ausland importiert werden. Seit Anfang 1999 wird Dronabinol in Lizenz von einer kleinen deutschen Pharmafirma hergestellt für die arzneiliche Anwendung.

Ist Cannabis eine "Einstiegsdroge"?

Die Zahl von jährlich etwa 20.000 polizeilich auffällig gewordenen ErstkonsumentInnen "harter" Drogen verleiht der weitverbreiteten Hypothese, Cannabis sei als eine Einstiegsdroge zu werten, immer wieder neue Nahrung. Tatsache aber ist, dass von der Gesamtheit der Haschisch- und MarihuanakonsumentInnen nur ein sehr geringer Prozentsatz zu einem regelmäßigen Gebrauch von Heroin und Kokain wechselt. Keine der bislang in der Suchtforschung bekannten Untersuchungen konnte bisher einen eindeutigen kausalen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und späteren Heroin-Kokainkonsum ermitteln. Die These von der cannabisinduzierten Schrittmacherfunktion wird meist mit rückblickend erhobenen Daten bei Opiatabhängigen begründet. Demnach zeigt sich häufig bei der Analyse von Drogengebrauchsbiographien, dass die Mehrheit der befragten Heroinabhängigen mit dem Konsum von Cannabisprodukten begonnen hatten. Hier offenbart sich jedoch ein Methodenproblem. Diejenigen, die hauptsächlich nur Cannabis konsumieren, wurden und werden nicht befragt. Zudem ist ein chronologischer Zusammenhang zweier Phänomene noch kein ursächlicher. Der Umkehrschluß, dass Cannabiskonsum zwangsläufig zum Heroin greifen, ist insofern unzulässig. Wissenschaftlich ist es zudem nicht haltbar, statistisch von der Ausnahme auf die Regel zu schließen. Bei einer Orientierung nur auf das Phänomen des illegalen Drogengebrauchs wird weiterhin meist übersehen, dass der Einstieg in problematische Konsummuster in der Regel mit legalen Drogen wie Nikotin, Alkohol und Medikamenten beginnt.

Die Entwicklung vom ersten Cannabiskonsum bis hin zum möglichen Gebrauch "härterer" Substanzen verläuft nie geradlinig und zwangsläufig. Sie ist schon gar nicht eine Folge der pharmakologischen Potenz der Hanfdroge. Auch epidemiologisch orientierte Forschungen bestätigen dies: in einer Repräsentativerhebung des Bundesministeriums für Gesundheit gaben 97,5% der cannabiserfahrenen Personen an, niemals andere illegale Drogen konsumiert zu haben.

Die Aufnahme und Beibehaltung des illegalen wie auch legalen Drogengebrauchs steht immer im Zusammenhang mit sozialpsychologischen Faktoren (insbesondere der psychosozialen Bedeutung des jeweiligen Drogengebrauchs) und spezifischen Sozialisationsprozessen. Die Motive zur Aufnahme des Gebrauchs "harter" Drogen sind durch situationsspezifische Anreizbedingungen wie eine sich zufällig ergebende Konsumgelegenheit zu kennzeichnen. Ferner konnten diffuse Neugier bezüglich der Wirkungsweise und die Darstellung eines "anderen" Lebensstils (Gebrauch u.a. als Zugangserleichterung zu drogengebrauchenden Gruppierungen) sowie der Einfluß von "Vertrauenspersonen" als bedeutsam Einstiegsmotive ermittelt werden. .

Neuere Forschungsergebnisse zum Phänomen eines langjährigen Cannabiskonsums zeigen, dass die Illegalität der Hanfdrogen für die KonsumentInne selbst ein nur sehr geringes Problem darstellt. Sie empfinden den Cannabisegebrauch auch nicht mehr als ein "abweichendes Verhalten". Dies führt zu der These, dass der Gebrauch von Haschisch und Marihuana inzwischen eine endemisch (kulturell integrierte) gebrauchte Droge ist. CannabiskonsumentInnen finden sich quer durch die ganze Bevölkerung. Ihr Lebensstil ist so unterschiedlich wie der der meisten Menschen. Zusammenfassend kann festgehalten werden: Die Annahme eines automatischen Durchschreitens bestimmter Drogensequenzen bis hin zu einem mehr oder weniger unaufhebbaren körperlichen und psychischen Abhängigkeitsstatus kann heute nicht mehr glaubhaft vertreten werden.

Die Wirkung von Cannabis

Wie ist das Wirkungsspektrum von Cannabis?

Wenn auch die Wirkungen auf die Psyche im Vordergrund stehen, so wirken Cannabis bzw. THC jedoch sehr unspezifisch auf eine Vielzahl von Organsystemen. Betroffen sind neben Psyche und Wahrnehmung, Denkfähigkeit und psychomotorische Leistungsfähigkeit, das Nervensystem mit einer Anzahl organischer Effekte wie etwa einer Entspannung der Muskulatur, das Herz-Kreislaufsystem, die Augen, das Atmungssystem, das Immunsystem, das hormonelle System und die Fortpflanzung. Die Pulsbeschleunigung und die Weitung der Bronchien können zum Teil auf eine Aktivierung des sympathischen Nervensystems zurückgeführt werden.

Wie lange wirkt Cannabis und wie ist der Wirkungsverlauf?

Die Dauer der Cannabiswirkung ist abhängig von der Art der Aufnahme (inhalativ, oral), der Menge des aufgenommenen THC und dem betrachteten Effekt. Beispielsweise kann der muskelentspannende Effekt länger gemessen werden als der bronchienerweiterende.

Nach dem Rauchen bzw. Inhalieren von Cannabis tritt die berauschende Wirkung nach wenigen Sekunden bis Minuten auf, erreicht nach etwa 20 bis 30 Minuten ihr Maximum, um dann innerhalb von 2 bis 3 Stunden zu verschwinden. Nach der oralen Aufnahme (Essen, Trinken) wird die berauschende Wirkung verzögert nach 30 Minuten bis 1,5 Stunden beobachtet, erreicht nach 2 bis 3 Stunden ihr Maximum, um danach stetig innerhalb von einigen Stunden zu verschwinden. Da oral sehr große Mengen aufgenommen werden können, kann die Dauer der Wirkung bei 6 bis 8 Stunden aber eventuell auch bei 12 Stunden oder darüber liegen. Die Grenze für eine psychische Wirkung liegt für inhaliertes Cannabis bei etwa 5 Milligramm THC, für oral aufgenommenes Cannabis dagegen bei etwa 10 bis 15 Milligramm THC. Einige medizinisch gewünschte Wirkungen, wie etwa die Anregung des Appetits oder die Muskelentspannung können bereits unterhalb dieser psychotropen Schwelle eintreten.

Die psychische Wirkung von Cannabis kann sehr unterschiedlich sein und folgt keinem bestimmten Wirkungsmuster. Generell kann man sagen, dass Cannabis die bereits vorhandenen Gefühle und Stimmungen - sowohl positive als auch negative - verstärkt.

Es gibt eine Vielzahl von Einflußfaktoren, die die Wirkung von Cannabis bestimmen. Wichtig sind hier vor allem das 'Set', d.h. die momentane Stimmungslage und Erwartungshaltung des Konsumierenden sowie das 'Setting', also der Einfluß der Umwelt und Umgebung während des Konsums. Auch die Konsumhäufigkeit, die Menge und das Körpergewicht sind wichtige Einflußfaktoren.

Cannabiskonsumierende berichten über folgende akute Wirkungen: Häufig treten Gefühle der Entspannung, der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit auf. Oft werden auch Wirkungen wie Heiterkeit und bessere Kommunikationsfähigkeit, gesteigertes sexuelles Empfinden und veränderte Zeitwahrnehmung genannt. Gelegentlich führt der Gebrauch zur Intensivierung akustischer und visueller Wahrnehmungen, zu größerer Kreativität, Verstärkung von Durst und Hungergefühlen und gelegentlich leicht halluzinogenen Wirkungen.

Bei negativem Einfluß von 'Set' und 'Setting' sowie hohen THC-Dosen (diese können individuell sehr unterschiedlich sein) ist das Auftreten unerwünschter akuter Wirkungen möglich. Besonders Angst, Panik, Orientierungsverlust, Furcht vor Verselbständigung der Gedanken und alptraumartige halluzinationsähnliche Erlebnisse sind möglich.

Bei der oralen Aufnahme von Cannabis, z.B. durch Kekse, wirkt die Droge frühestens eine halbe Stunde nach dem Gebrauch. Die Wirkung tritt hier allerdings nicht plötzlich ein, sondern baut sich langsam auf. Die Dosierung ist daher schwieriger.

Welche Neben- und Nachwirkungen treten beim Gebrauch von Cannabis auf?

Unerwünschte akute Wirkungen betreffen vor allem Psyche und Psychomotorik sowie das Herzkreislaufsystem. Vor allem bei Unerfahrenen und nach hohen oralen Dosen können Angst und Panik bis zur Todesangst auftreten. Diese Symptome verschwinden im Allgemeinen mit Abklingen der psychischen Cannabiswirkungen. Man sollte den Betroffenen an einen ruhigen Ort bringen und durch Zuspruch beruhigen. Es ist hier wichtig zu wissen, dass noch niemals ein Todesfall nach Cannabiskonsum beschrieben wurde. Die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen und Fahrzeugen ist eingeschränkt, allerdings führt Cannabiskonsum im Gegensatz zum Alkoholkonsum nicht zu einer Überschätzung etwa des eigenen fahrerischen Könnens, sondern eher zu einer übertriebenen Vorsicht. Besonders bedenklich ist in diesem Zusammenhang allerdings die gleichzeitige Aufnahme von Cannabis und Alkohol.

Das Herzkreislaufsystem reagiert akut mit einem beschleunigten Herzschlag und einer Erweiterung der Blutgefäße. Im Stehen kann ein Abfall des Blutdrucks mit Schwindelgefühl auftreten, im Liegen kann der Blutdruck ansteigen. Diese Effekte unterliegen einer raschen Toleranzentwicklung. Am Auge werden eine Rötung der Augenbindehaut, eine Verminderung des Tränenflusses und eine Herabsetzung des Augeninnendrucks beobachtet. Aufgrund einer verminderten Speichelsekretion entsteht ein trockener Mund. Es wurden in experimentellen Untersuchungen verschiedene Effekte im Bereich des Immunsystems (Entzündungshemmung, Immunsuppression), der Hormone und der Fruchtbarkeit beschrieben, deren klinische Bedeutung für die Gesundheit jedoch vermutlich gering ist. Cannabiskonsum während der Schwangerschaft führt nicht zu kindlichen Fehlbildungen, jedoch ist ein ungünstiger Effekt auf die kindliche Hirnentwicklung und die Entwicklung der Denkfunktionen nicht auszuschließen.

Hinsichtlich der chronischen Wirkungen auf Psyche und Denkfähigkeit werden eine dezente Einschränkung der kognitiven Funktionen und bei Dauerkonsum eine Abnahme der Motivation diskutiert. Bei Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko kann möglicherweise eine Psychose ausgelöst werden, bei bekannten schweren psychiatrischen Störungen kann der Krankheitsverlauf ungünstig beeinflusst werden.

Bei der Verbrennung von Cannabis entstehen, wie beim Verbrennen von anderen zellulosehaltigen Stoffen wie Tabak und Kräutern, krebserregende Substanzen (Benzopyrene, Benzanthrazene, Nitrosamine), die beim Rauchen inhaliert werden und die Schleimhäute des oberen Verdauungstraktes und der Atmungsorgane schädigen können. Es werden pro Gewichtseinheit im Vergleich zum Tabakrauch zwei- bis viermal so viel krebserregende Stoffe aufgenommen, allerdings werden von Cannabiskonsumern insgesamt meistens weniger dieser Stoffe aufgenommen, da im Allgemeinen wesentlich weniger Marihuanazigaretten ("Joints") als Tabakzigaretten konsumiert werden.

Welche gesundheitlichen Risiken birgt der Konsum von Cannabis?

Die Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die seelische und körperliche Verfassung des Konsumenten sind von verschiedenen Faktoren abhängig und individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Wirkung einer psychotropen Substanz - sowohl einer legalen als auch einer illegalen Droge - von verschiedenen Bedingungen abhängig ist, insbesondere von

- der seelischen und körperlichen Verfassung der Person, welche die Substanz nimmt,
- den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die sich auf die Herstellung, die Produktion und Qualitätskontrolle, die Möglichkeit des Erwerbs, den Preis und
- die Verfügbarkeit auswirken sowie
- den Wirkstoff der Drogen selbst und dessen Dosierung .

Die körperlichen unerwünschten Wirkungen des Cannabiskonsums lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Pulsbeschleunigung
- Blutgefäßerweiterung (Vasodilatation)
- Abfall des Blutdrucks
- Mundtrockenheit
- Bindehautreizung
- Placentagängigkeit und in der Muttermilch enthalten
- bisweilen Übelkeit und Erbrechen, z.T. verstopfend wirkend
- bei Inhalation z.B. durch Marihuana-Zigaretten: Schädigung des Respirationstraktes (Atmungsorgane) durch Rauch und Teer, der krebserregendes Benzpyren enthält, ähnlich Tabak-Zigaretten.

Die Bedeutung der beschriebenen körperlichen Wirkungen für den einzelnen Konsumenten ist unterschiedlich. Je nach Art und Ausmaß z.B. einer Vorschädigung des Herzens kann sich ein Blutdruckabfall und eine Pulsfrequenzbeschleunigung negativ auswirken. Bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit ist aufgrund des gefäßerweiternden Affektes jedoch auch ein positiver Effekt möglich.

Wenn Frauen während der Schwangerschaft Cannabis konsumieren, treten die Cannabisinhaltsstoffe auch in den Kreislauf des Embryo bzw. Fetus über. Dieser, auch bei einer Vielzahl von Medikamenten beobachtbare Effekt, ist generell unerwünscht und als potentiell riskant zu bewerten. Es liegen jedoch keine verlässlichen Hinweise vor, die auf Entwicklungsstörungen beim Embryo oder Fetus schließen lassen .

Die psychischen unerwünschten Wirkungen

betreffen

- Personen, die in erhöhtem Maße gefährdet sind an einer Psychose zu erkranken bzw. mit erhöhtem Risiko psychotisch zu dekompensieren sowie
- Personen mit bekannter Psychose in der Vorgeschichte und mit erhöhtem Risiko für das Wiederauftreten dieser Erkrankung.

Konsummuster von CannabiskonsumtInnen

Die Risiken des Cannabiskonsums lassen sich nicht pauschal darstellen, sondern sind vor allem vom Konsummuster und der Konsummotivation abhängig. Neben den quantitativen Aspekten des Konsumverhaltens, wie z.B. Beginn, Dauer und Häufigkeit sowie Dosierung des Konsums, sind in qualitativer Hinsicht vor allem die Funktion und Bedeutung des Konsums für den Einzelnen entscheidend für eine Risikoeinschätzung. Jugendliche mit persönlichen und sozialen Defiziten sind in besonderem Maß gefährdet, Cannabis als Bewältigungsmittel für vorhandene und psychosoziale Probleme einzusetzen. Fachleute unterscheiden deshalb heute nicht mehr 'harte' und 'weiche Drogen', sondern eher 'harte' und 'weiche Konsummuster'.

Als 'weiche Konsummuster' werden der Probier- und Gelegenheitskonsum eingestuft. Hierunter fallen 90-95 % aller Cannabiskonsumierenden. Ein Schweizer Expertengutachten von Kielholz, Ladewig und Uchtenhagen zur Frage der Gesundheitsschädlichkeit von Cannabis kam 1979 zu dem Schluß, '...dass der sporadische Konsum kein erhebliches Gesundheitsrisiko nach sich zieht.' Dieses bestätigen auch andere Untersuchungen.

Ein hartes Konsummuster liegt vor, wenn Cannabis dauerhaft oder gewohnheitsmäßig über einen langen Zeitraum gebraucht wird.

Macht Cannabiskonsum abhängig?

Bei der Beurteilung des Abhängigkeitspotentials einer psychotropen Substanz wird unterschieden zwischen einer physischen, also körperlich meßbaren Abhängigkeit und einer psychischen (seelischen) Abhängigkeit. Merkmale physischer Abhängigkeit sind Symptome, die nach Absetzen der psychotropen Substanz auftreten und eindeutig als Folge des Absetzens dieser Substanz zu verstehen sind. Bezüglich Cannabis ist umstritten, inwiefern der Konsum dieser Substanz überhaupt zu körperlichen Entzugssymptomen nach Absetzen führen kann. Bei Dauerkonsumenten sind Schlafstörungen, innere Unruhe und erhöhte Reizbarkeit, Schwitzen, Zittern, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall sowie Appetitlosigkeit festzustellen. Diese Symptome können nach Dauerkonsum auftreten, sind jedoch nur mit erheblichen Einschränkungen als Entzugssymptome infolge körperlicher Abhängigkeit zu interpretieren. Innere Unruhe, Ruhelosigkeit, Schlafstörungen, erhöhte Reizbarkeit sind auch als Ausdruck seelischer Unausgeglichenheit, infolge eines Verzichts auf den fortgesetzten Konsum von Cannabis bei bestehender ausgeprägter innerer Fixierung auf die Einnahme dieser Substanz, zu verstehen. Übelkeit und Erbrechen können sowohl als unerwünschte Nebenwirkung beim Cannabiskonsum als auch nach Absetzen auftreten.

Die Möglichkeit, von Cannabis psychisch abhängig zu werden, ist unstrittig. Psychische Abhängigkeit zeichnet sich aus durch erhebliche seelische Fixierung auf den Konsum der Droge, das untrennbare Verbinden bestimmter Stimmungszustände mit dem Konsum eben dieser Droge, Angst vor dem Verzicht auf die Droge und Ausrichtung des eigenen Lebensgefühls und u.U. auch -stils auf den Konsum der Droge.

Die beschriebenen Aspekte sind grundsätzlich unabhängig von der jeweils konsumierten Substanz. Wird etwa der Konsum einer Droge wie z.B. Cannabis beim Konsumenten in dessen Vorstellung mit dem Erreichen eines als angenehm empfundenen seelischen Zustandes - also z.B. mit Entspannung, Überwindung von Streß etc. - verbunden, so kann sich ein starkes Bestreben entwickeln, diese erwünschte seelische Stimmung gezielt durch den Konsum dieser Droge zu erreichen.

Wenn dieses starke Bestreben sich zu einem massiven inneren Drang entwickelt, der dem Betroffenen subjektiv fast oder gänzlich unwiderstehlich erscheint, dann sprechen wir von psychischer, also seelischer Abhängigkeit.

Psychotropen Substanzen, denen eine bestimmte psychische Wirkung in besonderer Weise zugeschrieben wird, wird dementsprechend ein hohes Potential zur Erzeugung psychischer Abhängigkeit zugeschrieben. Diese Zuordnung ist insofern problematisch, als die Wirkung einer psychotropen Substanz von verschiedenen Faktoren abhängt, wie

- der seelischen und körperlichen Verfassung und inneren Einstellung des Konsumenten,
- den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und
- dem Wirkstoff der Droge selbst und dessen Dosierung.

Dementsprechend sind manche Personen im hohen Maße gefährdet, auf den Konsum psychotroper Substanzen mit der Entwicklung psychischer Abhängigkeit zu reagieren, andere hingegen kaum.

Unstrittig ist Cannabis eine psychotrope Substanz, die von manchen Personen auch abhängig konsumiert wird im Sinne einer Cannabisabhängigkeit. Das Problem der psychischen Abhängigkeit von einer psychotrop wirkenden Substanz ist jedoch nicht cannabisspezifisch, sondern gilt für alle Substanzen mit psychotroper Wirkung. Allgemein ist festzuhalten, dass bei abhängigem Konsummuster das Risiko zu vergleichbarem Konsum auch anderer psychotroper Substanzen erhöht ist. Dies geschieht wiederum in Abhängigkeit von:

- der konkreten körperlich und seelischen Situation des Einzelnen,
- seiner inneren Erwartungshaltung,
- seinem sozialen Umfeld und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie
- der jeweiligen psychotropen Substanz selbst

und ist damit individuell sehr unterschiedlich. Einen einfachen Kausalzusammenhang in dem Sinne, dass Cannabiskonsum regelhaft zu Cannabisabhängigkeit und Cannabisabhängigkeit dementsprechend zu Opiat- oder Mehrfachabhängigkeit führt, gibt es nicht.

Wer und wie viele Menschen konsumieren Cannabis?

Seit den 70er Jahren werden in der Bundesrepublik bevölkerungsrepräsentativ angelegte Umfragen zum Konsum von bzw. Einstellungen zu verschiedenen legalen und illegalen Substanzen durchgeführt. Mit gewissen Einschränkungen (der Konsum illegaler Drogen dürfte z.B. aus Angst vor Entdeckung nicht von allen korrekt berichtet werden; Konsumenten illegaler Drogen dürften gehäuft zu denjenigen gehören, die polizeilich nicht gemeldet sind und deshalb nicht erreicht werden können) geben sie ein jeweils aktuelles Bild von der Verbreitung des legalen und illegalen Substanzmittelkonsums in der Gesellschaft insgesamt und in ihren Teilgruppen. Ein Vergleich der Ergebnisse von Repräsentativbefragungen, die zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt worden sind, erlaubt Aufschlüsse über Entwicklungstrends (epidemiologische Trends) und erlaubt die Analyse von Einflußfaktoren.

Der Konsum von Haschisch oder Marihuana signalisierte ähnlich wie auch Musik, Kleidung oder die Haartracht in den späten 60er Jahren eine gesellschaftskritische und nonkonformistische Grundhaltung. "Kiffen" galt zunächst noch als eine Art Geheimtip und wurde im Zuge der Verbreitung der Hippie-Bewegung bzw. ihrer Präsenz in der Presse immer populärer. Entsprechend stieg der Konsum von Cannabisprodukten Ende der 60er Jahre sprunghaft an. REUBAND (1988) berichtet, dass Ende der 60er Jahre bis zu Beginn der 70er Jahre die Verbreitung des Konsums epidemisch angestiegen sei um ihren Höhepunkt etwa 1970/1971 zu erreichen. Damals besaßen 6 % der 14jährigen Schüler, 17% der 16jährigen, 25% der 17jährigen sowie 30% der 18jährigen Schüler Erfahrung mit illegalen Drogen (zumeist allerdings ausschließlich mit Cannabis). In den folgenden Jahren sank - so REUBAND - die Prävalenzrate dann in allen Altersgruppen wieder und blieb seit Mitte der 70er Jahre stabil. So hatten 1975 z.B. nur noch 1 % aller 14jährigen und 10% aller 18jährigen Schüler Erfahrungen mit Drogen gemacht.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1994), die seit Anfang der 70er Jahre repräsentative Umfragen zur Drogenaffinität Jugendlicher vom Institut für Jugendforschung (München) durchführen läßt (Drogenaffinitätsstudien), kommt zwar bezüglich der Prävalenzraten zu etwas höheren Werten, im Zeitverlauf bestätigt sich aber der von REUBAND (1988) skizzierte Trend: Seit 1973 blieb der Anteil 14 bis 25jähriger Jugendlicher bzw. junger Erwachsener, die schon einmal illegale Drogen konsumiert haben, relativ stabil (mit zyklischen Schwankungen) bei etwa 19.5%. Zwischen 1990 und 1993 ist jedoch der Konsum wieder leicht angestiegen.

Die jüngsten Untersuchungen zeigen für 1997 eine Cannabis-Lebenszeitprävalenz (dies ist die bis zu diesem Alter festgestellte Konsumhäufigkeit) bei 18 bis 24jährigen von 24%. Zwei Jahre vorher war sogar noch eine etwas höhere Prävalenzrate von 24,9% ermittelt worden. Mithin ist festzuhalten, dass derzeit fast ein Viertel aller 18 bis 24jährigen zumindest einmal in ihrem bisherigen Leben Cannabisprodukte probiert haben. Der Frauenanteil liegt bei etwa 30%. Der Anteil derjenigen, die Erfahrungen mit anderen illegalen Substanzen (Ecstasy, Kokain, Amphetamine oder Opiate) gemacht haben, lag nur 1995 über 5%. Seither ist die Konsumhäufigkeit illegaler Substanzen generell rückläufig.

Der Erstkonsum von Haschisch findet überwiegend während des Jugendalters statt (das Durchschnittsalter liegt bei 17,3 Jahren). Ein Drittel der Cannabisverwöhnten konsumierte jedoch schon vor dem 17. Lebensjahr zum ersten Mal

Rechtliche Aspekte des Cannabiskonsums

Wie sieht die aktuelle Rechtslage (Herbst 1999) in bezug auf Cannabis in Deutschland aus? Ist der Konsum von Cannabis strafbar?

1992 legte der Vorsitzende Richter am Landgericht Lübeck, Wolfgang Neskovic, dem Bundesverfassungsgericht die Frage vor, ob die Strafvorschriften des Betäubungsmittelgesetzes, die sich gegen die Abgabe von Cannabisprodukten richten, verfassungsgemäß sind. Im Vorlagebeschluß wurden u.a. der Begriff "Recht auf Rausch" geprägt und die Frage gestellt, ob nicht der Gleichheitsgrundsatz, vom Gefährdungspotential der Cannabisprodukte her, eine Gleichbehandlung mit den legalen Drogen Alkohol und Nikotin gebiete.

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluß vom 09.03.1994 das "Recht auf Rausch" und die Straffreiheit rund um den Haschischkonsum nicht befürwortet.

Für Verwirrung sorgte jedoch die Interpretation des sogenannten "Haschisch-Urteils" durch die Medien. Grundsätzlich gilt, dass der ausschließliche Konsum von Cannabisprodukten gemäß § 29 Betäubungsmittelgesetz nicht strafbar ist, wohl aber die Vorgänge, die den Konsum erst ermöglichen, wie unerlaubter Anbau, Herstellung, Handel, Weitergabe und Besitz von Cannabisprodukten. Dadurch werden nicht nur die im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes unerlaubt handelnden Hersteller und Händler von Cannabisprodukten kriminalisiert; auch die Konsumenten, die Cannabisprodukte prinzipiell erwerben und besitzen müssen, um sie konsumieren zu können, machen sich strafbar.

Dies bedeutet konkret, dass Zoll und Polizei im Rahmen des Strafverfolgungszwanges (Legalitätsprinzip) nach wie vor u.a. den Kauf und Besitz von Cannabisprodukten als Straftat zur Anzeige bringen müssen.

1992 wurde das Betäubungsmittelgesetz durch den § 31 a ergänzt. Dieser Paragraph gibt der Staatsanwaltschaft die Möglichkeit, ohne Zustimmung der Gerichte von einer Strafverfolgung abzusehen, wenn

1. die Schuld des Täters als gering anzusehen ist,
2. kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht,
3. der Täter die Cannabisprodukte lediglich für den Eigenverbrauch und
4. in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt.

Die oben genannten Voraussetzungen sind zwar in der Bestimmung des Betäubungsmittelgesetzes genannt, aber inhaltlich nicht näher definiert und bedürfen daher einer näheren Erläuterung.

Der Grenzwert der geringen Menge für Cannabisprodukte wurde von den jeweiligen Landesregierungen unterschiedlich festgelegt. Es existiert keine bundeseinheitliche Regelung. In Baden-Württemberg ist die geringe Menge zum Eigenkonsum in bezug auf Marihuana und Haschisch mit 6 Gramm definiert. Der Wirkstoffgehalt des THC wird für Haschischöl so hoch angesehen, dass es nicht unter die Definition der geringen Menge fällt.

Beim oben genannten Eigenkonsum kommt es neben der geringen Menge noch auf die besonderen persönlichen Umstände des Betroffenen an. Insbesondere dürfen die Cannabisprodukte nicht zur Abgabe an andere Personen oder zum Verkauf bzw. Handel bestimmt sein.

Ein öffentliches Interesse an einer weitergehenden Strafverfolgung liegt immer dann vor, wenn der Konsum in der Öffentlichkeit stattfindet oder andere zum "mitmachen" aufgefordert werden. Auch in Verbindung mit dem Straßenverkehr und in besonders schützenswerten Bereichen (Schulhöfe, Spiel- und Sportplätzen, Jugendfreizeiteinrichtungen usw.) ist öffentliches Interesse gegeben, wenn in diesem Zusammenhang bzw. Umfeld Cannabisprodukte konsumiert werden.

Bei der Frage der geringen Schuld müssen nochmals alle Umstände des Einzelfalles und der betroffenen Person geprüft werden, wie z.B. Tatmotiv, persönliche Lebensumstände, andere bisher vorliegende Strafverfahren. Bei einem Ersttäter wird die geringe Schuld oftmals anerkannt, während bei einem wiederholten Antreffen mit Cannabisprodukten nur noch im Einzelfall eine geringe Schuld bejaht werden kann.

Wenn alle vier Voraussetzungen erfüllt sind, handelt es sich um ein sogenanntes "Bagatelldelikt", bei dem die Staatsanwaltschaft das Verfahren nach der Auslegung des Bundesverfassungsgerichtes einstellen soll.

Grundsätzlich gilt:

Cannabisprodukte sind nach wie vor illegale Drogen. Somit ist der Umgang mit ihnen weiterhin strafbar. Gegen Personen, die mit Cannabisprodukten angetroffen werden, wird ein Verfahren eingeleitet. Vom Grundsatz her wird die Staatsanwaltschaft unter den o.g. Voraussetzungen das Verfahren einstellen. Jedoch ist die Rechtslage nach wie vor kompliziert und nicht bundeseinheitlich, so dass die Folgen eines Verstoßes nicht kalkulierbar sind.

Wie wird der Cannabiskonsum im Straßenverkehr gewertet?

Grundsätzlich muß eine Person zum Führen eines Kfz geeignet sein. Fahreignung bedeutet, es muß eine körperliche, geistige und charakterliche Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen vorliegen. Mangelnde Fahreignung ist bei einem regelmäßigen Konsum und bei Abhängigkeit von Drogen und Medikamenten gegeben. In diesem Fall wird die Fahrerlaubnis von der Straßenverkehrsbehörde entzogen.

Anhaltspunkte für Zweifel an der Eignung ergeben sich für die Straßenverkehrsbehörde insbesondere aus den Ermittlungen und Mitteilungen der Polizei.

Zur Klärung von Zweifeln kann die Straßenverkehrsbehörde eine Eignungsbegutachtung (Facharzt, medizinisch-psychologische Untersuchung) auf Kosten des Betroffenen anordnen. Kommt der Betroffene dieser Anordnung nicht nach, wird ihm der Führerschein ebenfalls entzogen (§ 4 Straßenverkehrsgesetz und § 15b Straßenverkehrszulassungsordnung).

Die o.g. Anhaltspunkte für Zweifel an der Fahreignung ergeben sich aus Verstößen/Vergehen gegen folgende Rechtsvorschriften:

1. § 24 a Straßenverkehrsgesetz

"Ordnungswidrig handelt, wer unter der Wirkung eines in der Anlage genannten berauschenden Mittels im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug fährt. Eine Wirkung liegt vor, wenn eine in Anlage 2 genannte Substanz im Blut nachgewiesen wird. Satz 1 gilt nicht, wenn die Substanz aus der bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt."

In der Anlage 2 sind folgende berauschende Mittel und nachzuweisende Substanzen geführt:

Cannabis, Heroin, Morphin, Kokain, Amphetamine oder Designer-Amphetamine (Speed und Ecstasy)" (Aktuelle Vorschrift vom 01.08.1998)

Ein solcher Verstoß wird mit einer Geldbuße und/oder mit Führerscheinentzug geahndet. Für die Erfüllung des § 24 a Straßenverkehrsgesetz genügt allein die Tatsache, dass einer Person THC oder sein wirksames Stoffwechselprodukt im Blut nachgewiesen werden kann. Auf die konsumierte Menge kommt es nicht an. Ausfallerscheinungen sind für eine Ahndung nicht gefordert.

2. §§ 315c und § 316 Strafgesetzbuch

Weitere Sachverhalte regeln die o.g. Bestimmungen des Strafgesetzbuches. Es muß zur Verwirklichung einer Straftat nach diesen Paragraphen anhand der festgestellten Ausfallerscheinungen im konkreten Einzelfall nachgewiesen werden, dass der betreffende Führer eines Fahrzeuges nicht mehr in der Lage war, dieses sicher zu führen. Zur Beurteilung der Fahruntüchtigkeit gibt es, anders als beim Alkoholkonsum, hinsichtlich des Drogenmißbrauchs jedoch keine gesetzlich festgelegten Grenzwerte.

Das bedeutet für den Cannabiskonsum, dass dem betroffenen Fahrzeugführer THC oder sein wirksames Stoffwechselprodukt im Blut nachgewiesen werden kann und bei ihm erkennbare Ausfallerscheinungen festgestellt werden.

Bei einer Verurteilung nach § 316 Strafgesetzbuch droht dem Fahrzeugführer eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr, eine Geldstrafe und/oder der Führerscheinentzug.

Gefährdet oder schädigt der Fahrzeugführer durch seine Rauschfahrt Leib oder Leben eines anderen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert, kann es zu einer Verurteilung nach § 315c Strafgesetzbuch kommen und es droht ihm eine Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren, eine Geldstrafe und/oder der Führerscheinentzug.

Grundsätzlich gilt:

Derjenige der unter Cannabiseinfluß ein Fahrzeug fährt, muß mit hohen Geldstrafen, Freiheitsstrafen sowie Führerscheinentzug rechnen.

Ist der Anbau von THC - armen Cannabispflanzen gestattet?

Der Anbau von Hanf war 1982, unabhängig von der Höhe des Gehaltes an THC, nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten worden, weil damals auch bei THC-armen Hanfsorten grundsätzlich die Möglichkeit des Mißbrauchs angenommen wurde und die wirtschaftliche Bedeutung des Hanfanbaus in der Bundesrepublik Deutschland bereits in den 50er Jahren bedeutungslos geworden war. Aufgrund eines Anfang bis Mitte der 90er Jahre vorgetragenen Wirtschaftsinteresses am Hanfanbau in Deutschland wurden 1995 die Verbotgründe für den Anbau von Hanfpflanzen erneut überprüft.

Im Ergebnis wurde festgestellt, dass ein Mißbrauch THC-armer Hanfsorten heutzutage nicht zu erwarten ist, weil deren Verwendung weder für Drogenhändler profitabel noch für Mißbraucher geeignet ist.

Vor dem Hintergrund des potentiellen ökologischen und ökonomischen Nutzens für die Landwirtschaft wurde der kontrollierte Anbau von Nutzhanf mit einem THC-Gehalt von 0,3 %, wie bereits aufgeführt, unter bestimmten Auflagen durch den Gesetzgeber 1996 wieder erlaubt. Dies bedeutet konkret, dass der Anbau von Nutzhanf nur bestimmten landwirtschaftlichen Betrieben gestattet ist. Für den Anbau ist ausschließlich zertifiziertes Saatgut zu verwenden. Es besteht eine Anzeigepflicht im Falle der landwirtschaftlichen Nutzung.

Gibt es den typischen Cannabiskonsumenten?

Der Konsum von Cannabis ist überwiegend ein jugendtypisches Verhalten, das in zwei von drei Fällen den Charakter eines übergangsweise beobachtbaren Probier- bzw. Experimentierverhaltens hat und es gibt bei den Konsumenten keine einheitlichen Konsummuster. Im Gegenteil, Cannabiskonsum ist ein Verhalten, das in sehr verschiedenen Facetten vorkommt. Hier muß allerdings die anders definierte Grundgesamtheit (Jugendliche und Erwachsene im Alter zwischen 14 und 25 Jahre) berücksichtigt werden. 1

Zumindest vier verschiedene Konsummuster, mit denen unterschiedliche Gefährdungsgrade eines abhängigen Konsums einhergehen, können empirisch differenziert werden: Zunächst ist dabei zwischen Probier- und Gelegenheitskonsumenten auf der einen Seite und verschiedenen Gruppen von Gewohnheitskonsumenten zu unterscheiden. Letztere lassen sich bezüglich der Art und Weise wie, wo und mit wem Cannabis konsumiert wird, in drei weitere sinnvoll differenzierbare Untergruppen aufteilen .

So ergibt sich der Typ des Individualkonsumenten, der zumeist alleine und zuhause konsumiert, der Typ des Freizeitkonsumenten, der ausschließlich in Freizeitkontexten und überwiegend in Gesellschaft konsumiert und zuletzt der Dauerkonsument, dessen Konsum auch in arbeitsbezogenen Kontexten stattfindet und der sich besonders durch die Wahl extremerer Konsumformen auszeichnet.

GelegenheitskonsumentInnen nehmen Cannabis in der Regel weniger als einmal pro Woche fast ausschließlich mit Freunden und bei Freunden oder auf Parties. Mit einem Durchschnittsalter von 24,5 Jahren bilden sie die zweitjüngste der gefundenen Gruppen. Die Erfahrung mit anderen illegalen Substanzen ist in dieser Gruppe vergleichsweise niedrig. Wichtigste Konsumgründe sind lustbezogene Motive. Über negative Begleiteffekte im Zusammenhang mit dem Konsum wird vergleichsweise selten berichtet.

Die zweite der zu beschreibenden Gruppe bilden sogenannte Individualkonsumenten; sie konsumierten der Studie von KLEIBER/SOELLNER (1998) zufolge gewohnheitsmäßig an ungefähr zwei von drei Tagen im Monat. Überwiegender Konsumort ist die eigene Wohnung, in der fast immer alleine konsumiert wird. Individualkonsumenten sind die mit Abstand älteste Teilgruppe der Cannabiskonsumenten (Durchschnittsalter = 30.9 Jahre).

Die Konsumenten einer weiteren Teilgruppe von Gewohnheitskonsumenten, die gewohnheitsmäßigen Freizeitkonsumenten/innen gaben an, in sehr unterschiedlichen Zusammenhängen und sozialen Situationen in mittlerer Häufigkeit Cannabis zu konsumieren; dies allerdings nie in arbeits-, universitäts- oder schulbezogenen Situationen. Es wird hauptsächlich mit Freunden, aber auch mit Fremden oder alleine konsumiert.

Die Konsumentengruppe mit der höchsten Konsumhäufigkeit bilden sogenannte Dauerkonsumenten. Im Mittel haben sie zu vier unterschiedlichen Tageszeiten an fast sechs Tagen pro Woche konsumiert. Auch hier findet der

Konsum überwiegend mit Freunden, Zuhause oder auf Parties statt. Charakteristisch für diese Gruppe ist der Konsum auch in arbeitsbezogenem Kontexten. Extremere Konsumformen, die mit einer stärkeren und gleichzeitig geringer kalkulierbaren Wirkung einhergehen, werden in dieser Gruppe weitaus häufiger angewandt als in den anderen Gruppen. Dauerkonsumenten sind überproportional Männer. Sie bilden ganz wider erwarten mit durchschnittlich 23.5 Jahren die vergleichsweise jüngste Konsumentengruppe und haben i.d.R. früher als Angehörige der anderen Konsumentengruppen mit dem Konsum von Cannabis begonnen. Auffällig ist auch, dass Dauerkonsumenten mit dem Konsum von Cannabis ihre Stimmungen regulieren wollen. Entsprechend treten in dieser Teilgruppe abhängige Konsumformen und starke konsumbezogene Begleiterscheinungen gehäuft auf.

Als am stärksten gefährdet bezüglich negativer Folgen und der Entwicklung einer Abhängigkeitsdiagnose erwiesen sich diejenigen, * die besonders früh mit dem Konsum begonnen haben,

- die dabei weniger aus sozialen Motiven Cannabis erstmalig konsumierten, sondern um eigene Stimmungen zu regulieren,
- die meinten, unter Cannabiseinfluß besser funktionieren zu können, und
- die daher auch dazu geneigt waren, Cannabis in arbeitsbezogenen Kontexten zu konsumieren.

Wie lange wird in der Regel Cannabis konsumiert?

Bis zum 18. Lebensjahr steigt der prozentuale Anteil der jährlichen Neueinsteiger. Nach dem 18. Lebensjahr scheint jedoch die Wahrscheinlichkeit, Cannabis erstmalig zu konsumieren, beträchtlich abzunehmen. Etwa 90% aller aktuellen Cannabiskonsumenten hatten bereits vor oder im 20. Lebensjahr mit dem Konsum von Cannabis begonnen. Cannabiskonsum ist mithin als primär jugendtypisches Verhalten zu klassifizieren, das zumeist als vorübergehende Phase zu werten ist. Etwa 90 bis 95% aller Cannabiskonsumenten stellen den Konsum nach einer Probierphase bzw. nach gelegentlichem Konsum wieder ein.

Der Anteil Drogenerfahrener ist in der Gruppe der 25 bis 29jährigen am höchsten (ca. 22%), gefolgt von den 18 bis 20jährigen (ca. 21 %). Der Anteil aktueller Drogenkonsumenten, der über den Konsum von Cannabis in den letzten 12 Monaten (Jahresprävalenz) ermittelt wurde, beträgt je nach Altersstufe zwischen 0 % (50 bis 59jährige) und knapp 10 % (18 bis 20jährige). Für die Häufigkeit des Cannabiskonsums läßt sich feststellen, dass die Mehrheit aller Konsumenten (67%) nicht häufiger als fünf Mal im Leben konsumiert hat. Dies dürfte auch für eine Bewertung der gesundheitlichen Folgen des Cannabiskonsums bedeutsam sein. Unter gesundheitsbezogenen Aspekten wird möglicherweise zu differenzieren sein zwischen transitorischem (vorübergehendem) Probier- und Gelegenheitskonsum und den Folgen regelmäßigen, ggf. chronischen Dauerkonsums.

Warum ist der Cannabiskonsum gerade in der Adoleszenzphase (Pubertätszeit) so verbreitet?

In keinem anderen Abschnitt des menschlichen Lebens sind Neugierde und Experimentierfreudigkeit, die Neigung zu Grenzerfahrungen und das Infragestellen vorherrschender Werte und Normen so ausgeprägt wie in der Adoleszenzphase. Jugendliche haben in dieser Zeit eine Fülle von Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, deren 'Lösung' die Abkehr von Bisherigem, eine Neuorientierung und das Überwinden von bisherigen Grenzen geradezu notwendig macht. Von ihnen wird geradezu erwartet,

- dass sie in dieser Phase erste partnerschaftliche Beziehungen aufnehmen,
- dass sie ihre ersten sexuellen Erfahrungen machen,
- dass sie eine sexuelle Identität aufbauen sowie
- entsprechende geschlechtsspezifische Rollenerwartungen erfüllen.

Gleichzeitig stellen der Übergang von der Schülerrolle zur Berufsrolle, die Ablösung vom Elternhaus und das Herantasten an die zukünftige Erwachsenenrolle Aufgaben, die es zu lösen gilt. In ganz verschiedenen Lebenskontexten sehen sich Jugendliche deshalb veranlaßt, eingeübte Verhaltensweisen in Frage zu stellen und 'sich zu riskieren'.

Dass dabei auch Entwicklungsprobleme mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten, als in anderen Lebensphasen, ist eine logische Folge, die übergangsweise bei vielen Jugendlichen mit der Ausübung problematischen Risikoverhaltens einhergeht, das seinerseits eine Beeinträchtigung der körperlichen sowie psychosozialen Gesundheit bedeuten kann. Vor allem dann, wenn sich die von der sozialen Umwelt (z.B. Elternhaus und Schule) erwarteten Verhaltensmuster nicht mit den individuellen Bedürfnissen und Erwartungen des jeweiligen Jugendlichen in Einklang bringen lassen, werden Risikoverhaltensweisen wahrscheinlich (ENGEL & HURRELMANN, 1993). Unter riskanten Verhaltensweisen werden dabei z.B. aggressive Handlungen, risikofreudiges Verkehrsverhalten, verfrühter Sexualverkehr, aber auch der übermäßige Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen gefaßt.

Drogenkonsum und insbesondere Cannabiskonsum im Probier- bzw. Experimentierstadium muß vor diesem Hintergrund als aktiver Versuch verstanden werden, solche alterstypischen Entwicklungsaufgaben und -probleme zu bewältigen, nicht aber als krankhafte Reaktion auf entwicklungsbedingte psychische Defizite und Konfliktlagen, die zwangsläufig problemverschärfende Konsequenzen nach sich ziehen würde. Drogenkonsum kann sogar eine selbstwertsteigernde Funktion zukommen: SHEDLER u. BLOCK (1991) haben z.B. in einer sorgfältig durchgeführten, längsschnittlich angelegten Untersuchung zeigen können, dass Jugendliche, die im Alter von 18 Jahren hinsichtlich ihres Konsums 'weicher' Drogen als 'zeitweilige Experimentierer' zu klassifizieren waren, im Vergleich zu Jugendlichen, die entweder 'dauerhafte Abstinenzler' waren oder zwischenzeitlich zu 'regelmäßigen Usern' geworden sind, sowohl aktuell als auch in der bisherigen Entwicklung vergleichsweise besonders guter psychosozialer Gesundheit erfreuen und dass sie vergleichsweise sozial integrierter und erfolgreicher waren als die Mitglieder der beiden anderen Gruppen.

Die meisten Menschen, die jemals mit Cannabis zu tun hatten, machten diese Erfahrung im Alter zwischen 16 und 19 Jahren. Dieses läßt vermuten, dass der Cannabiskonsum vor allem eine entwicklungstypische Erscheinung unter Jugendlichen ist, die mit zunehmendem Alter bei der überwiegenden Mehrheit der Konsumierenden wieder in den Hintergrund tritt oder ganz beendet wird.

Der Konsum von Drogen kann aber grundsätzlich problemausweichendes Verhalten darstellen. Alltagsprobleme wie Streß oder Frustration, aber auch psychische Schwierigkeiten wie ein geringes Selbstwertgefühl werden durch den verstärkten Konsum von Drogen vermeintlich kompensiert. Erwachsene, die in entsprechenden Situationen legale Drogen wie z.B. Alkohol konsumieren, haben hier Vorbildfunktion.

Zum Umgang mit dem Cannabiskonsum von Jugendlichen

Wenn Eltern, Freunde oder Verwandte den Konsum von Cannabis bemerken, sind sie oft verunsichert und wissen nicht, wie sie reagieren sollen. Bei einigen ist das Bild von Cannabis durch Gleichsetzung mit Drogen wie Heroin in der Vergangenheit geprägt, andere haben durch die neue öffentliche Diskussion um Cannabis den Eindruck gewonnen, die Droge sei völlig ungefährlich.

Dabei ist es weder sinnvoll, Cannabis generell zu verteufeln noch die Risiken zu verharmlosen. Vielmehr sollte der Umgang mit dem Cannabiskonsum in einer den Risiken angemessenen Weise erfolgen. Wichtig hierbei ist, zunächst die Motive und Funktionen des Cannabiskonsums in Erfahrung zu bringen. Sowohl positive als auch negative Seiten des Cannabiskonsums sollten angesprochen werden, um ein möglichst vollständiges Bild über die Bedeutung des Konsumverhaltens zu bekommen.

Dieses heißt vor allem:

- Überreaktionen vermeiden. Gelegentlicher Cannabiskonsum führt zwangsläufig weder zur Abhängigkeit noch zum Konsum anderer Drogen. Denken Sie über Ihren eigenen Konsumerfahrungen nach.
- Sich informieren. Verschaffen Sie sich ein objektives Bild über Cannabis, z.B. durch diese Broschüre, entsprechende Literatur oder Beratungsgespräche in Hilfeeinrichtungen.
- Gespräche führen und Vertrauen schaffen. Schildern Sie Ihre Bedenken gegenüber dem Cannabiskonsum, aber bleiben Sie gesprächsbereit. Seien Sie ehrlich und versuchen Sie, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Dieses gelingt am ehesten, wenn Sie sich selbst nicht als unfehlbar darstellen und auf die Argumente Ihres Gegenüber eingehen.
- Förderung des oder der Betroffenen. Versuchen Sie herauszufinden, ob Probleme bestehen, die mit dem Cannabiskonsum in Zusammenhang stehen. Diese können zum Beispiel im psychischen, körperlichen oder sozialen Bereich liegen. Suchen Sie gemeinsam Lösungsmöglichkeiten, die an den Bedürfnissen des oder der Jugendlichen orientiert sind. Hilfe, z.B. bei einer Drogenberatungsstelle suchen. Scheuen Sie sich nicht,

bei offenen Fragen und/oder starker Verunsicherung frühzeitig Kontakt zu einer Drogenberatungsstelle aufzunehmen. Dort erhalten Sie Rat und Unterstützung für die weitere Vorgehensweise mit dem Cannabisproblem.

Literatur:

Aderjan R, in: Bergbaus G, Krüger H P: Cannabis im Straßenverkehr. Gustav-Fischer, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm 1998

AIDS-Forum D.A.H. Cannabis als Medizin (Sonderband). Deutsche AidsHilfe e.V. Berlin 1996

Arbeitsgruppe Hanf & Fuß: Unser gutes Kraut. Das Portrait der Hanfkultur. Solothurn 1994

Bock, Th., Weigand, H., Hand-Werks-Buch Psychiatrie, 4. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1998

British Medical Association: Therapeutic uses of cannabis. Harwood Academic Publishers. Amsterdam 1997.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln 1994

Ciampi, L.: Die Philosophie der Sozialpsychiatrie im Rahmen eines psychosozio-biologischen Verstehensmodells der Psyche. In: Bock, Th. u.a.: Abschied von Babylon - Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. Bonn 1995

Diekmann/Visser: Verhinderung von Ausgrenzung in stationären

Einrichtungen - Arbeit mit drogenbenutzenden Jugendlichen, in: Wegehaupt, H./ Wieland, N. (Hg.): In Kontakt bleiben. Dokumentation des 1. Europäischen Drogenkongresses in Münster. Münster 1996

Drogenberatungsstelle Hannover (Hrsg.): Haschisch. Gute Seiten, Schlechte Seiten, Broschüre, DROBS Hannover, Odeonstr. 14, 30159 Hannover, 1995

Engel, U., Hurrelmann, K.: Was Jugendliche wagen. Weinheim 1993

Erdelyi, P.: Suchtprävention als eine Aufgabe der Jugendhilfe, in: Forum Erziehungshilfe 5/1998

ElSohly, M. A., Ross, S. A., Mehmedic, Z., Arafat, R., Bao, Y., Banahan, B.: Delta-9-THC and other cannabinoids content of confiscated marijuana: potency trends, 1980-1997. 1998 Symposium on the Cannabinoids, International Cannabinoid Research Society, Burlington, Vermont 1998

Feuerlein, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, Thieme Verlag Stuttgart-New York, 4. überarbeitete Auflage 1989

Furian, M.: Kaufbar: Sicherheit und Glück. Gefährdung durch Konsumideologie. Flucht in den Konsum und Irrationalität im Konsumbereich. In: Furian, M. (Hrsg.): Gefährdete Jugend: Zwischen Zweifel, Resignation und Hoffnung, Heidelberg 1980

Gass, H. J.: Rauschmittel an Schulen ... was tun? 10 Antworten zur Sekundärprävention. Faltblatt - Herausgegeben vom GINKO - Mülheim a. d. Ruhr 1998

Grinspoon, L., Bakalar, J. B.: Marihuana - Die verbotene Medizin. Übersetzung aus dem Amerikanischen. Zweitausendeins, Frankfurt am Main 1994 (1. Aufl.), 1998 (vollständig überarbeitete Aufl.)

Grotenhermen, F., Huppertz, R.: Hanf als Medizin. Die Wiederentdeckung einer Heilpflanze. Haug-Verlag, Heidelberg 1997.

Grotenhermen, F.: Cannabis als Medizin, Altes Heilmittel neu entdeckt. Westfälisches Ärzteblatt, Januar 1998, S. 11, 12.

Grotenhermen, F.: Hanf und Hanfprodukte in der Medizin. Internistische Praxis, 1999 im Druck.

Hadorn, P.: Hanf. Einblick in die soziale Lebenswelt langjähriger Hanfkonsumenten. Könitz 1996

Hallmann, H.-J.: Theorie und Praxis pädagogischer Suchtprävention in Schule und Jugendarbeit. 2. Auflage, Moers 1995

Herer J, Bröckers, M. Die Wiederentdeckung der Nutzpflanze Hanf, Cannabis, Marihuana. Frankfurt 1995 (Nur zu beziehen über Versand Zweitausendeins Verlag, Postfach D-60381 Frankfurt a. M.)

Huppertz R., Karus M., Grotenhermen. E: Hanfsamen und Hanföl - Ernährungsphysiologischer und therapeutischer Wert. Eine Verbraucher- und Patientenbroschüre. 1. Auflage, nova-Institut, Hürth bei Köln 1997

ItT - Institut für Therapieforschung: Expertise zur Liberalisierung des Umgangs mit illegalen Drogen. IfT-Bericht, Bd.65, München 1993

Kandel. D.B., Logan, J.A.: Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: 1. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. American Journal of Public Health, 74, 7, 1984, S.660-666.

Kielholz, P.; Ladewig, D.: Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen, Lehmann, München 1972

Kleiber, D., Soellner, R.: Cannabis. In: Gros, H.(Hg.): Rausch und Realität. Eine Kulturgeschichte der Drogen. Stuttgart 1998a

Kleiber, D., Soellner, R.: Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Weinheim 1998b

Kleiber, D., Kovar K.-A.: Auswirkungen des Cannabiskonsums. Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1998c

Konegen, N.: Stand der Cannabisforschung. Gutachten im Auftrag der Landesregierung NRW. Institut für Sozialmedizinische Forschung. BOSO-

FO e.V. Herne 1992

Kuhlmann, Th., Harm reduction - Zum Paradigmenwechsel in der Drogenhilfe. Psychiatrische Praxis 4/96, Thieme-Verlag Stuttgart.

Kuhlmann, Th., Morjan, A.: Schizophrenie - zum Verständnis der Krankheit und der Erkrankten, Psych. Pflege 4/96, Thieme Verlag Stuttgart

Labouvie, E.W. (1990). Personality, alcohol and marijuana use: Patterns of convergence in young adulthood. International Journal of the Addictions, 25 (3), 1990, S.237-252.

Lensing, B.: Drogenkonsum und pädagogisches Selbstverständnis des Betreuer/innenteams. Ein Praxisbericht, in: Forum Erziehungshilfe 5/1998

Mathre, M. L. (ed.): Cannabis in medical practice: a legal, historical and pharmacological overview of the therapeutic use of marijuana. McFarland & Co., Jefferson/NC 1997.

Meyer-Abich, K., Birnbacher, D.: Was braucht der Mensch um glücklich zu sein. Bedürfnisforschung und Konsumkritik, München 1979

Münder, J.: Drogen in Einrichtungen der Jugendhilfe sch um glücklich zu sein. BNova-Institut (Hrsg.): Cannabis als Heilmittel. Ein medizinischer Ratgeber. Werkstatt-Verlag. Göttingen 1998.

Raschke, P. / Kalke, J.: Cannabis in Apotheken. Freiburg 1997

Rätsch, Ch.: Hanf als Heilmittel. Eine ethnobiologische Bestandsaufnahme. Der grüne Zweig 154, Nachtschatten-Verlag, Ch-Solothurn 1992:

Reuband, K.H.: Drogenkonsum und Drogenpolitik in Westeuropa. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, H. 9, S. 22-31

Reuband, K.-H.: Drogenkonsum im Wandel. Eine retrospektive Prävalenzmessung der Drogenerfahrung Jugendlicher in den Jahren 1967 bis 1987. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 8, 1988, S. 54-68.

Schmidtbauer, W.E., vom Scheidt, J.: Handbuch der Rauschdrogen. FischerVerlag Frankfurt a.M. 1989

Schneider, W.: Risiko Cannabis? Bedingungen und Auswirkungen eines kontrollierten, sozial-integrierten Gebrauchs von Haschisch und Marihuana. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1995 (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 5)

Shedler, J. & Block, J.: Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. American Psychologist, 45 (5), 1990, S. 612-630.

Silbereisen, R.K. & Reitzle, M.: Selbstwertgefühl, Freizeitpräferenzen und Drogengebrauch im Jugendalter. In H.P. Frey & K. Haüßer (Hrsg.), Identität (S. 125-138). Stuttgart 1987

Turner, C. E., Elsohly, M. A., Boeren, E. G.: Constituents of Cannabis sativa L. XVII. A review of the natural constituents. J. Nat. Prod. 43:169-234 (1980).

Wolffersdorff-Ehlert, C. von: Die Cannabis-Szenen.. In S. Scheerer & I. Vogt (Hrsg.), Drogen und Drogenpolitik - Ein Handbuch (S. 373-378). Frankfurt a. M. 1989

Zimmer, L., Morgan, J.P.: Marijuana Myths, Marijuana Facts. The Lindesmith Center. New York 1997.