



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of  
the drugs problem in the European Union and  
Norway*

## Ausgewähltes Thema 2

# Cannabisprobleme im Kontext – zur Zunahme der Behandlungsnachfrage in Europa

### Einleitung

Mit dem Begriff „Cannabis“ werden verschiedene Produkte bezeichnet, die von der Cannabis- oder Hanfpflanze (*Cannabis sativa* L.) stammen, einer einjährigen in Zentralasien beheimateten Pflanze, die mittlerweile auch in vielen gemäßigten und tropischen Klimazonen der Welt wächst. Die zahlreichen Arten von *Cannabis sativa* weisen eine entsprechend breite Palette verschiedener biologischer und chemischer Merkmale auf. Auf dem europäischen Drogenmarkt sind drei Formen von illegalem Cannabis verbreitet: das „Cannabiskraut“, das aus getrockneten Blüten, Stielen und Blättern der Pflanze besteht, das „Cannabisharz“, aus getrockneten braunen oder schwarzen Harzabsonderungen der Blüten, das im Allgemeinen in Form komprimierter Blöcke verkauft wird, aber manchmal auch als Pulver vorkommt, und das am wenigsten verbreitete „Cannabisöl“, eine klebrige, zähflüssige Masse.

Cannabis wird schon lange vom Menschen genutzt und wurde von verschiedenen Gesellschaften zur Herstellung von Stoffen und Seilfasern, bei religiösen Ritualen sowie als Kräutermedizin und Rauschmittel verwendet. Heute ist Cannabis weltweit die am häufigsten hergestellte, gehandelte und konsumierte illegale Droge (UNODC, 2003a). Trotz seines langjährigen Nutzens für den Menschen und seiner gegenwärtigen Beliebtheit ist unser Wissen über die Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die öffentliche Gesundheit noch immer begrenzt. In letzter Zeit häufen sich die Beweise für einen potenziellen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum, insbesondere intensivem Cannabiskonsum, und einer Reihe von gesundheitlichen und sozialen Problemen. Immer mehr Besorgnis erregt auch die offensichtlich steigende Zahl der Cannabiskonsumenden, die die Hilfe von speziellen Drogendiensten in Anspruch nehmen. Dennoch bleiben Ausmaß und Art der Probleme der Cannabiskonsumenden in Europa weiterhin unklar. Ferner ist unklar, inwieweit statistische Daten über die zunehmende Behandlungsnachfrage auf veränderte Melde- und Überweisungspraktiken zurückgehen und nicht Ausdruck einer größeren Zahl Hilfesuchender sind. Um diese Fragen beantworten zu können, müssen wir die Behandlungsnachfrage wegen Cannabisabhängigkeit im breiteren Kontext der sich wandelnden Konsummuster in Europa, der Herausbildung und Weiterentwicklung von Meldesystemen und sogar des sich wandelnden Charakters der Droge selbst betrachten. In diesem ausgewählten Thema

zu Cannabisproblemen im Kontext werden diese Fragen behandelt, um eine sachkundigere Debatte über die potenziellen Auswirkungen dieser am weitesten verbreiteten Form des illegalen Drogenkonsums auf die öffentliche Gesundheit zu ermöglichen.

### Im Kontext der Gesetzgebung: der Rechtsstatus von Cannabis in Europa

Die strafrechtliche Verfolgung des Cannabiskonsums wird in der EU nach wie vor kontrovers diskutiert <sup>(151)</sup>, und die Mitgliedstaaten weichen in ihrem Herangehen an diese Frage erheblich voneinander ab.

Nach Schedule I und IV des Einheitsübereinkommens der Vereinten Nationen über Suchtstoffe <sup>(152)</sup> von 1961 sind Cannabisextrakte Suchtstoffe. Das Übereinkommen fordert die Verabschiedung von Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass ein breites Spektrum an Aktivitäten – einschließlich des Besitzes von Betäubungsmitteln – strafbar ist. Den Mitgliedstaaten obliegt es, das Übereinkommen unter Berücksichtigung ihrer eigenen Gegebenheiten zu interpretieren und anzuwenden. Artikel 36.1.b sieht alternative oder zusätzliche Maßnahmen wie Behandlung, Aufklärung, Nachbetreuung, Rehabilitation und soziale Reintegration vor.

Dies bedeutet in der Praxis, dass mit Cannabisdelikten EU-weit unterschiedlich umgegangen wird. Einige Länder haben Richtlinien zur Strafverfolgung oder Rechtsvorschriften erlassen, in denen festgelegt ist, wie mit bestimmten Arten von Cannabisdelikten zu verfahren ist, wobei oft verschiedene Rechtswege je nach Schwere des Vergehens empfohlen werden. In einigen Ländern zeichnet sich die Tendenz ab, im Falle des Konsums oder Besitzes geringfügiger Mengen von Drogen ohne erschwerende Umstände therapeutische Maßnahmen als Alternative zur Strafverfolgung anzuordnen. Darüber hinaus können Strafgesetze in Bezug auf den problematischen Konsum (nach Ermessen oder zwingend) die Aussetzung der Strafverfolgung unter der Voraussetzung vorsehen, dass sich der Straftäter einer Beratung oder Behandlung unterzieht. Obwohl diese Alternativen in der Regel für alle Drogenkonsumenten gelten, werden problematische Cannabiskonsumenden in den Gesetzes- und Richtlinienveränderungen des letzten Jahres in Belgien und

<sup>(151)</sup> Siehe die Website der European Legal Database on Drugs (ELDD) ([http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends\\_cannabis.shtml](http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml)).

<sup>(152)</sup> Siehe: <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

im Vereinigten Königreich besonders erwähnt, damit sie einer Unterstützung zugeführt werden können.

## Physische, psychische und Entwicklungsprobleme im Zusammenhang mit Cannabiskonsum (<sup>153</sup>)

Aus den Nationalen Berichten der Mitgliedstaaten geht hervor, dass die Behandlungsnachfrage wegen Cannabisabhängigkeit vermutlich auf eine Zunahme von Problemen, insbesondere im Zusammenhang mit intensivem Cannabiskonsum, zurückzuführen ist. Es sollte jedoch darauf hingewiesen werden, dass systematische und vergleichbare Daten über die Probleme von Cannabiskonsumenten weitgehend fehlen. Die wissenschaftliche Wissensbasis auf diesem Gebiet ist noch in der Entwicklungsphase, liefert aber zunehmend überzeugende Beweise für einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und einer Reihe von Problemen, obwohl die Art des Kausalzusammenhangs nicht immer klar ist. Eine Literaturübersicht zu den Problemen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum ist online verfügbar (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

Es muss zwischen den akuten (kurzfristigen) Auswirkungen des Cannabiskonsums und der langfristigen, chronischen Wirkung der Droge unterschieden werden. Über einige positive und negative akute Auswirkungen liegen Berichte vor. Zu den negativen Auswirkungen gehören Aufmerksamkeitsdefizite und Konzentrationsschwierigkeiten, Beeinträchtigung der motorischen Fähigkeiten (Reflexe, Koordination), Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis, Angst- und Panikattacken und Depressionen. Positive Auswirkungen sind Euphorie, Entspannung und Kontaktfreude. Die akuten Auswirkungen der Drogen, die äußerst Besorgnis erregend sind, umfassen kurzfristige, drogeninduzierte Psychosen oder schwere Panikattacken, ein erhöhtes Unfallrisiko, insbesondere am Steuer oder in einer risikoreichen Arbeitsumgebung, sowie bei Jugendlichen negative Auswirkungen auf die schulische Leistung (Hall et al., 2001).

Problematischer ist es, die chronischen Auswirkungen des Cannabiskonsums zu erkennen, nicht zuletzt deshalb, weil die Auswirkungen des Cannabiskonsums von den Auswirkungen eines chronischen Konsums anderer illegaler Drogen und von Tabak und Alkohol nur schwer zu unterscheiden sind. Zu den Folgen, die den größten Anlass zur Sorge geben, gehören jedoch ein erhöhtes Risiko für Lungenkrebs und andere Atemwegserkrankungen und ein Zusammenhang mit langfristigen, psychischen Gesundheitsproblemen, wie depressive Krankheiten, Psychosen und Schizophrenie. Eine weitere Sorge

hinsichtlich des chronischen Konsums ist die Gefahr, dass sich ein Abhängigkeitsverhalten herausbilden kann. Die Frage, inwiefern das Evidenzmaterial vermuten lässt, dass Cannabiskonsum einen Risikofaktor oder einen Kausalfaktor darstellt oder vielschichtiger mit diesen Problemen in Zusammenhang steht, wird in einer online zur Verfügung stehenden Studie untersucht.

In den meisten Mitgliedstaaten ist Cannabis die am häufigsten involvierte illegale Droge in Berichten über Drogendelikte, was nicht weiter überrascht, da sie auch die am meisten konsumierte Droge ist (<sup>154</sup>). Im Gegensatz zu anderen Drogen, wie beispielsweise Heroin, scheint es jedoch keinen engen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und anderen Arten von Delikten zu geben.

## Cannabiskonsum und Messung von Problemen

Obwohl die international vereinbarten diagnostischen Kriterien eine wertvolle Orientierungshilfe bei der Definition von schädlichem Drogenkonsum, Drogenmissbrauch und Suchtkonsum darstellen, treten Probleme auf, wenn Cannabis in Zusammenhang mit dem in Europa vorhandenen Evidenzmaterial betrachtet wird (<sup>155</sup>). Erhebliche Unterschiede gibt es vor allem, was wichtige Fragen der Messung des Konsums angeht. Zum Beispiel herrscht kaum Konsens über die Definition von Begriffen wie „intensiver Konsum“, „regelmäßiger Konsum“ und „problematischer Konsum“, was den Vergleich der Ergebnisse verschiedener Studien erschwert. Außerdem wurde hauptsächlich im Rahmen von Umfragen versucht, „Sucht“ und „Missbrauch“ nach den ICD- und DSM-Definitionen auf Bevölkerungsebene zu messen; auch dafür fehlen derzeit standardisierte Werkzeuge, die einen überzeugenden Vergleich von Daten aus verschiedenen Studien oder Bevölkerungen erlauben.

Daran wird jedoch gegenwärtig gearbeitet. So wird zurzeit eine französische Studie mit dem Ziel durchgeführt, den problematischen Konsum besser zu definieren und spezielle Instrumente zur Messung der Konsumhäufigkeit, des wahrgenommenen Risikos und der psychischen und physischen Auswirkungen zu entwickeln (Beck, 2003).

Die bisher gebräuchlichste Methode zur Messung der Konsumhäufigkeit besteht darin, die Tage, an denen die Droge konsumiert wurde, über einen festgelegten Zeitraum zu zählen. Täglicher oder nahezu täglicher Konsum von Cannabis ist im Allgemeinen ein Indikator für „intensiven Konsum“. Obwohl täglicher Cannabiskonsum nicht unbedingt eine Abhängigkeit bedeuten muss, würde vermutlich ein Großteil der täglichen Konsumenten nach

(<sup>153</sup>) Eine Monografie über den Cannabiskonsum und damit in Zusammenhang stehende Probleme wird in der ersten Hälfte des Jahres 2005 veröffentlicht. Spezielle Informationen über gesundheitliche und physische Auswirkungen sind auf der Website der EBDD zu finden.

(<sup>154</sup>) Siehe Tabelle 5: Drogenbedingte Kriminalität im *Statistical Bulletin* 2004.

(<sup>155</sup>) Zu einer Definition von „Sucht“ und „schädlicher Konsum“ siehe „Internationale Klassifikation der Krankheiten“, 10. Auflage (ICD-10; Weltgesundheitsorganisation), Codes F10 bis F19: psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Auch das *Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen – 4. Ausgabe – DSM-IV* (American Psychiatric Association), das die Begriffe „Sucht“ und „Missbrauch“ verwendet, wird häufig herangezogen.

den standardisierten diagnostischen Kriterien (ICD-10, DSM-IV) in die Kategorie Sucht oder Missbrauch fallen. Da die Konsumhäufigkeit relativ leicht gemessen und in Fragebögen harmonisiert werden kann, wurde diese Maßnahme in die EBDD-Leitlinien für den Europäischen Musterfragebogen aufgenommen. Gegenwärtig legen neun Länder Daten über die Häufigkeit des Cannabiskonsums in dieser Form <sup>(156)</sup> vor.

## Tendenzen bei der Behandlungsnachfrage wegen Cannabisproblemen

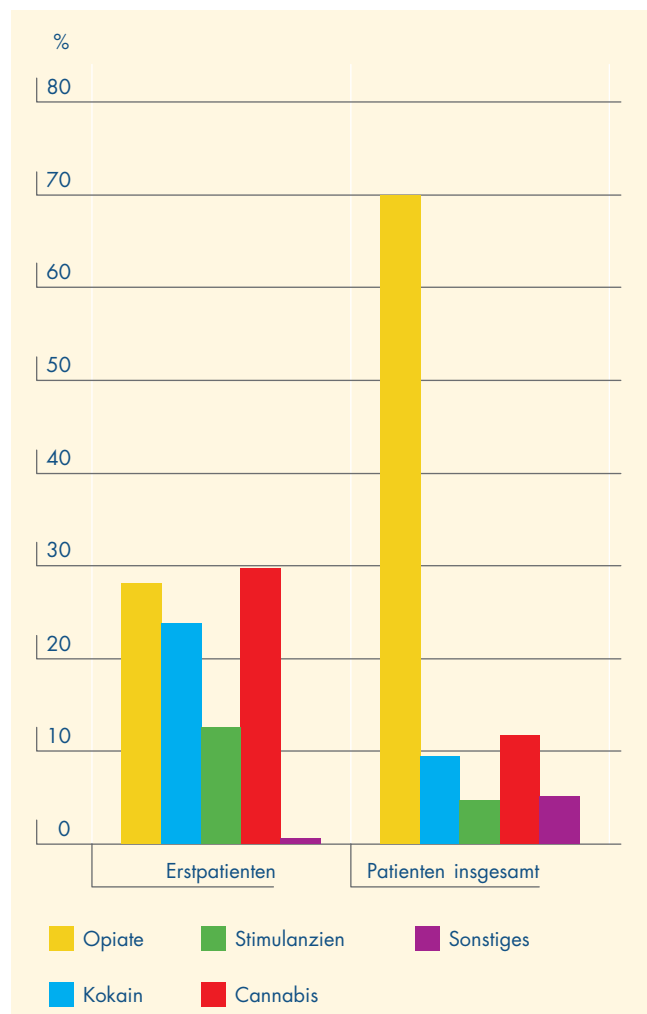
Cannabis ist die am meisten konsumierte illegale Droge in Europa, aber nur wenige Konsumenten begeben sich in Behandlung. Dennoch ist Cannabis in vielen Ländern inzwischen die am zweithäufigsten gemeldete Primärdroge, wegen der sich Konsumenten einer speziellen Drogenbehandlung unterziehen. Den Daten des Indikators Behandlungsnachfrage (TDI) (siehe S. 65) zufolge, die von sämtlichen Arten spezialisierter Behandlungsdienste stammen, haben ca. 12 % aller Patienten und 30 % der Erstpatienten ein primäres Cannabisproblem (Abbildung 26).

Der Anteil neuer Patienten (d. h. der Patienten ohne eine vorangegangene Behandlungsgeschichte), die sich einer Therapie wegen Cannabisabhängigkeit unterziehen, ist von Land zu Land sehr unterschiedlich und reicht von nahezu Null in Litauen zu knapp der Hälfte (48 %) in Deutschland, im Allgemeinen liegt er jedoch bei über einem Fünftel (20 %) (Abbildung 27).

Daten über neue Behandlungsnachfragen können jedoch nicht von allen Ländern bereitgestellt werden, und Cannabisprobleme gehen aus den allgemeinen Daten in Bezug auf die Behandlungsnachfrage weniger klar hervor.

Zwischen 1996 und 2002 ist die Zahl der Erstpatienten, die eine Behandlung aufgrund von Cannabis als Primärdroge in Anspruch nehmen, laut TDI-Daten der Länder, für die Trenddaten vorliegen, von 3 713 auf 12 493 gestiegen. Anhand der aus elf Ländern vorliegenden Daten betrug der durchschnittliche Anteil dieser Patienten an den Erstpatienten im Jahr 2002 insgesamt 29 %, gegenüber 9 % im Jahr 1996 (zu den Datenquellen siehe Abbildung 20). Obwohl alle diese Länder, mit Ausnahme von Griechenland und dem Vereinigten Königreich <sup>(157)</sup>, über eine Zunahme des Anteils der neuen Cannabispatienten an der Gesamtzahl aller neuen Patienten berichten, schwankt das Ausmaß dieser Zunahme zwischen 6 % in den Niederlanden und 31 % in Deutschland. Die aus den Nationalen Reitox-Berichten hervorgehenden Informationen lassen vermuten, dass sich die Zahl der Personen, die eine Behandlung aufgrund von primärem Cannabiskonsum in Anspruch nehmen, auch in einigen der neuen Mitgliedstaaten erhöht hat (Abbildung 28). Eine kürzlich vom niederländischen National Alcohol and Drugs

**Abbildung 26:** Genannte Primärdroge unter Erstpatienten und allen Patienten in Drogenbehandlung, 2002



Anmerkungen: n = 42 568 (Erstpatienten), 351 372 (Patienten insgesamt).  
Länder, aus denen Daten vorliegen (Erstpatienten): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.  
Länder, aus denen Daten vorliegen (Patienten insgesamt): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.  
Gewichtet nach der Zahl der Patienten nach Land.  
Quelle: Nationale Reitox-Berichte 2003.

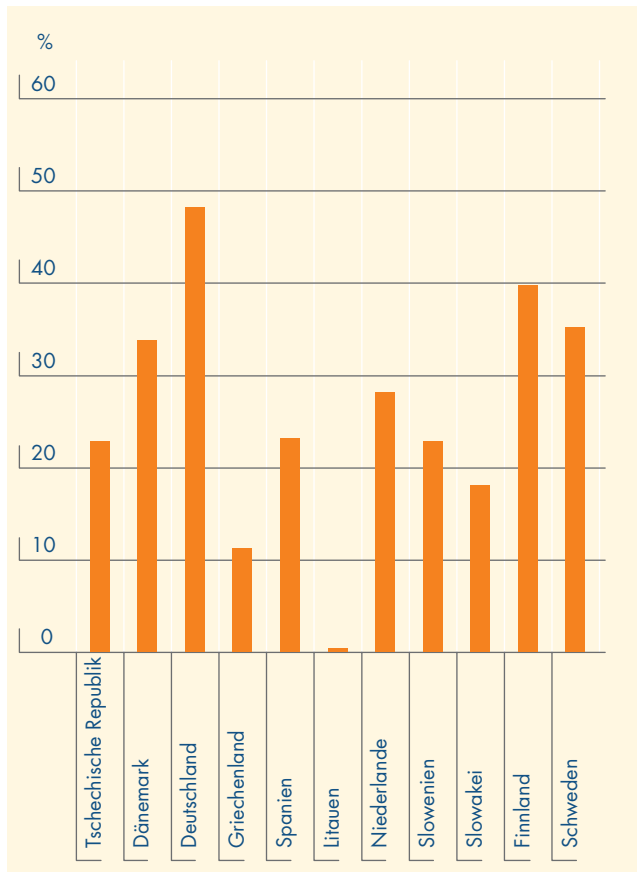
Information System (LADIS) durchgeführte Untersuchung der Behandlungsnachfrage wegen Cannabisabhängigkeit ergab, dass 29 % der neuen Patienten, die im Jahr 2002 eine Therapie aufgenommen haben, wegen Cannabisproblemen behandelt werden, und dass Cannabispatienten einen kleinen, aber jährlich steigenden Anteil ausmachen. Aus der Untersuchung ging auch hervor, dass der Anteil derer, die sich in Behandlung begeben, zwar steigt, aber angesichts des Ausmaßes des Cannabiskonsums in den Niederlanden relativ gering ist.

Bei verallgemeinernden Schlussfolgerungen aus dem konsolidierten europäischen Datensatz ist Vorsicht geboten.

<sup>(156)</sup> Griechenland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Lettland, die Niederlande und Portugal. Daten für Finnland liegen aufgrund der aus einer Umfrage hervorgegangenen geringen Zahl von Konsumenten, die die Droge im letzten Monat genommen haben (35), nicht vor. Die Zahl der Fälle und der Anteil für die einzelnen Länder sind der Tabelle 7: Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung im *Statistical Bulletin 2004* zu entnehmen.

<sup>(157)</sup> Für das Vereinigte Königreich liegen keine Daten über neue Patienten vor, die Informationen sind den Nationalen Berichten zu entnehmen.

**Abbildung 27:** Cannabis als genannte Primärdroge unter Erstpazienten in Behandlung, 2002



Anmerkungen: Fälle insgesamt: 42 421.  
Quelle: Nationale Reitox-Berichte 2003.

Längsschnittdaten über neue Behandlungsnachfragen liegen lediglich von elf Ländern vor. Hier sollte auch darauf hingewiesen werden, dass die laut TDI-Daten steigende Behandlungsnachfrage von Cannabiskonsumenten in hohem Maße von Daten aus Spanien und Deutschland beeinflusst wird, wo die Zahl der Meldungen über primäre Cannabisprobleme besonders stark angestiegen ist. Darüber hinaus entfallen ca. 50 % aller gemeldeten Behandlungsnachfragen auf Spanien.

Nicht nur in Europa steigt die Behandlungsnachfrage wegen Cannabiskonsums. In den USA, wo ein anderes Registrierungssystem für die Drogenbehandlung benutzt wird <sup>(158)</sup>, stiegen die Behandlungsaufnahmen für Marihuanakonsumenten von 20 000 im Jahr 1992 auf fast 90 000 im Jahr 2000 (SAMHSA, 2001; EBDD, 2003d).

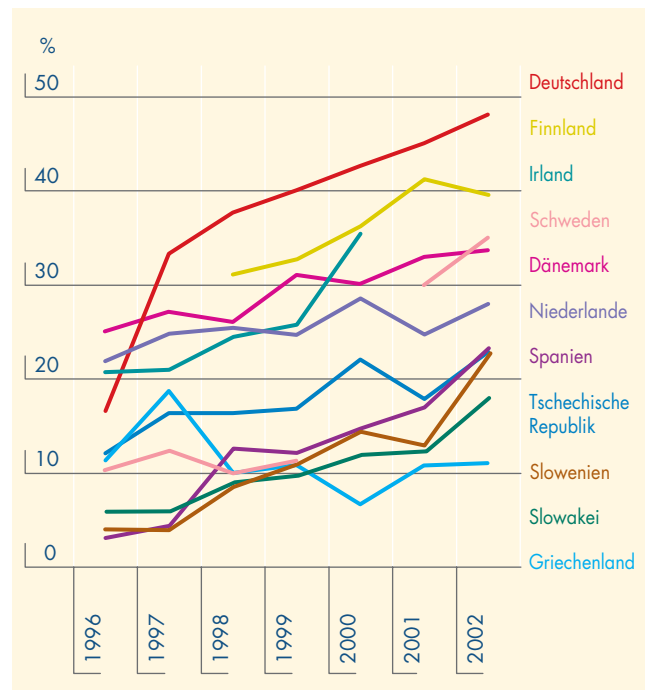
Angeichts der Implikationen der gestiegenen Behandlungsnachfrage Cannabiskonsumenten ergeben sich folgende Schlüsselfragen:

- Bedeuten die Ergebnisse, dass die Zahl der Personen mit cannabisbedingten physischen und psychischen Problemen steigt? Wenn ja:

- Ist dies die Folge des Anstiegs eines regelmäßigen, intensiven Cannabiskonsums?
- Ist dies Ausdruck anderer Faktoren, wie eines potenziellen Anstiegs der Cannabisstärke?
- Lässt sich dieser Anstieg durch andere Faktoren als eine erhöhte Hilfsbedürftigkeit erklären, wie beispielsweise:
  - bessere Erfassung der Behandlung durch das Meldesystem;
  - Erweiterung der vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere der speziellen Behandlungsdienste für Jugendliche und junge Erwachsene (Nationale Reitox-Berichte, 2003);
  - Veränderungen im Umgang des Strafvollzugssystems, der Schulen oder Einrichtungen, die mit jungen Menschen arbeiten, mit dem Problem des Cannabiskonsums, und ein daraus resultierender Anstieg der Überweisung zur Behandlung von Personen, die sonst spontan keine Hilfe in Anspruch genommen hätten.

Es ist wichtig zu wissen, inwieweit jeder einzelne dieser Faktoren die Teilnahme an der Behandlung beeinflusst. Ein

**Abbildung 28:** Tendenzen bei Cannabis als genannte Primärdroge unter Erstpazienten in Behandlung: 1996–2002



Anmerkungen: Behandlungen insgesamt (% alter Patienten).  
Durchschnitt der Tendenzen (%) innerhalb der Länder.  
In Schweden beziehen sich die Daten für den Zeitraum zwischen 1996 und 1999 auf Krankenhausbehandlung; Deshalb ist die Zahl der Cannabisfälle im Vergleich zu anderen Jahren relativ gering.  
Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003.

<sup>(158)</sup> In den USA werden die Behandlungsaufnahmen und nicht die Personen registriert. Ferner zählt Alkohol, anders als in Europa, zu den Missbrauchssubstanzen. Siehe die Website von SAMHSA (<http://www.samhsa.gov>). Es ist zu beachten, dass in den USA, Kanada und Australien die Bezeichnung „Haschisch“ (Cannabisharz) nicht geläufig ist und stattdessen die Bezeichnung „Marihuana“ verwendet wird.

erster Schritt besteht darin, die Merkmale derer zu analysieren, die sich in Behandlung begeben und die nachweislich ein primäres Cannabisproblem haben. Diese Analyse basiert auf Patienten in ambulanten Behandlungseinrichtungen.

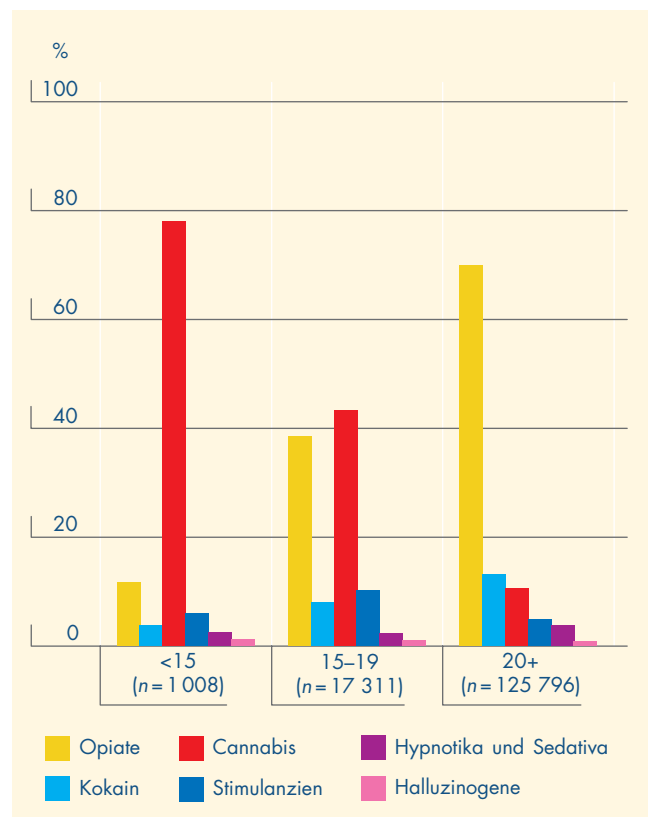
### Cannabispatienten: Merkmale und Konsummuster

Zur Feststellung der Überweisungsquelle für Drogenkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, steht eine Reihe von Standardoptionen zur Verfügung. Dabei wird unterschieden zwischen den Drogenkonsumenten, die sich von selbst in Behandlung begeben und denen, die von anderen Stellen wie Sozialdiensten oder Strafvollzugsanstalten überwiesen werden. Die meisten Cannabispatienten werden von Familie und Freunden, Sozialdiensten oder Strafvollzugsanstalten überwiesen. Im Vergleich zu Konsumenten anderer Drogen begibt sich ein kleinerer Teil der Cannabispatienten von selbst in Behandlung<sup>(159)</sup>. Ein ähnliches Bild bietet sich in den USA und in Kanada, wo die Behandlungsnachfrage für Konsumenten von Marihuana als primärer Substanz ebenfalls in den seltensten Fällen selbst-initiiert ist (EBDD, 2003d).

Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen den Überweisungswegen besteht darin, dass die von der Familie, von Freunden oder Sozialdiensten (oft Schulen) überwiesenen Klienten in der Regel jünger sind, weniger dazu tendieren, andere Drogen neben Cannabis zu konsumieren und sozial besser integriert sind, während Klienten, die von Justizbehörden überwiesen werden oder als Selbstüberweisung eingestuft werden, im Allgemeinen älter sind und neben Cannabis häufig noch andere Drogen konsumieren (Nationale Reitox-Berichte, 2003). In Deutschland und Finnland, die den höchsten Anteil an primären Cannabispatienten verzeichnen, spielen Justizbehörden und Schulen eine wichtige Rolle bei der Überweisung von Cannabispatienten.

Cannabispatienten, die sich zum ersten Mal in Behandlung befinden, sind vorrangig jung, männlich (83 %), mit einem Durchschnittsalter von 22 bis 23 Jahren, während bei anderen Drogen der Anteil der männlichen Patienten geringfügig niedriger und das Durchschnittsalter höher ist. Bei fast 80 % der Erstpazienten, die als „sehr jung“ (unter 15 Jahren) eingestuft werden und von denen 40 % im Alter zwischen 15 und 19 Jahren sind, ist Cannabis die Primärdroge, wegen der sie eine Behandlung aufgenommen haben (Abbildung 29)<sup>(160)</sup>. In dieser Gruppe überwiegen nach wie vor die Männer, jedoch ist der Frauenanteil größer als in der Gesamtgruppe der Patienten. Die Unterschiede bei der Verteilung nach Alter und Geschlecht in den einzelnen Ländern spiegeln im Großen und Ganzen die gleichen Muster wider, die bei allen Patienten zu beobachten sind.

**Abbildung 29:** Aufschlüsselung der genannten Primärdroge nach Patienten in ambulanter Behandlung und nach Altersgruppen: 2002



Anmerkungen: Patienten insgesamt. Länder, von denen Daten vorliegen: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK.

Männer aus Dänemark und aus dem Vereinigten Königreich stellen 56 % aller unter 20-Jährigen dar, die sich in Cannabisbehandlung befinden, wobei weitere 17 % auf Spanien entfallen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003; ambulante TDI-Behandlungszentren.

Das jugendliche Alter der Cannabispatienten spiegelt die Tatsache wieder, dass sich ein großer Teil von ihnen, d. h. 45 %, noch in der Ausbildung befindet, gegenüber lediglich 4 bis 8 % der Patienten, die sich wegen Problemen mit anderen Drogen einer Behandlung unterziehen. Weitere 24 % der wegen Cannabisproblemen behandelten Patienten gehen einer regelmäßigen Beschäftigung nach, genauso viele sind arbeitslos<sup>(161)</sup>, was in krassem Gegensatz zu den Patienten steht, die andere Drogen, wie beispielsweise Heroin, konsumieren. Des Weiteren geben Cannabispatienten häufiger als Patienten, die wegen Problemen mit anderen Drogen behandelt werden, an<sup>(162)</sup>, in sicheren Wohnverhältnissen zu leben, was damit zusammenhängt, dass es sich bei vielen von ihnen um Jugendliche, Schüler und Studenten handelt, die noch bei ihren Eltern leben.

Die Konsummuster von Patienten, die an einer ambulanten Behandlung wegen primären Cannabiskonsums teilnehmen, unterscheiden sich erheblich von den Konsummustern im

<sup>(159)</sup> Siehe Abbildung 22 OL: Überweisungsquelle aller Patienten: für alle Drogen und für Cannabis.

<sup>(160)</sup> Siehe auch Tabelle 4 TDI im *Statistical Bulletin* 2004.

<sup>(161)</sup> Siehe Abbildung 23 OL: Beschäftigungsstatus der Cannabispatienten und aller Patienten.

<sup>(162)</sup> Siehe Abbildung 24 OL: Lebensbedingungen der Cannabispatienten und aller Patienten

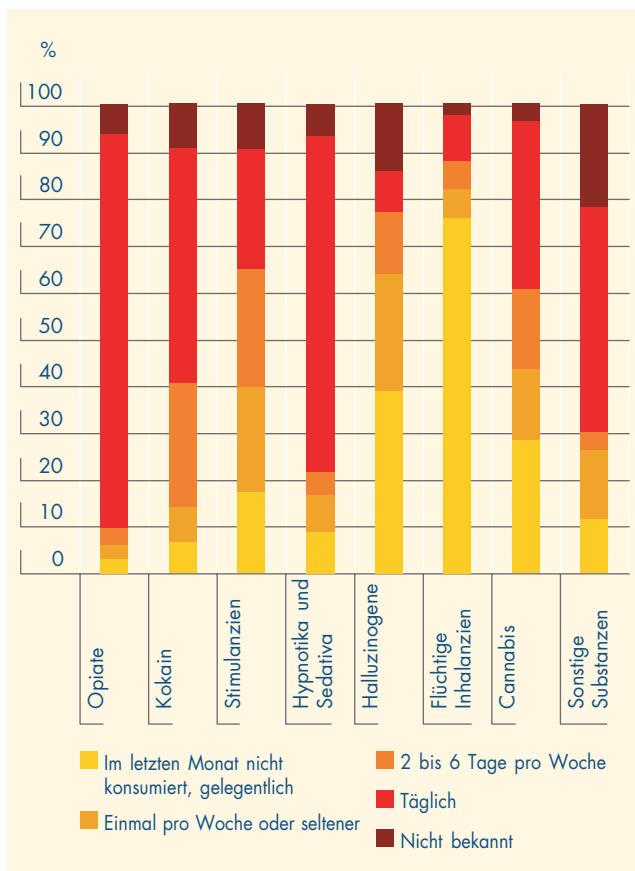


Zusammenhang mit anderen Drogen, insbesondere Opiaten (Abbildung 30). Von den Patienten, die sich 2002 wegen primären Cannabiskonsums in Behandlung befanden, konsumierten nur 36 % die Droge täglich und lediglich 17 % öfter als einmal wöchentlich (zwei- bis sechsmal wöchentlich); 15 % konsumierten Cannabis einmal pro Woche oder seltener, und 28 % waren Gelegenheitskonsumenten oder hatten im letzten Monat überhaupt kein Cannabis genommen. Im Vergleich dazu konsumieren 84 % der in Behandlung befindlichen Opiatkonsumenten täglich.

Der Anteil der ambulanten Patienten, die täglich Cannabis konsumieren, ist von Land zu Land unterschiedlich. Der höchste Prozentsatz täglicher Cannabiskonsumanten wird aus den Niederlanden (80 %) und Dänemark (76 %) gemeldet, während der Anteil der Gelegenheitskonsumenten in Deutschland am höchsten ist (41 %) <sup>(163)</sup>.

Je jünger die Erstkonsumenten von Cannabis sind, desto größer ist die Gefahr, dass sie später ein Drogenproblem

**Abbildung 30:** Aufschlüsselung der Konsumhäufigkeit der genannten Primärdroge nach Patienten in ambulanter Behandlung, 2002



Anmerkungen: n = 109 699 (Patienten insgesamt). Länder, von denen Daten vorliegen: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – alle Arten von Behandlungszentren).

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003; ambulante TDI-Behandlungszentren.

entwickeln (Kraus et al., 2003). In Europa begannen 28 % aller im Jahr 2002 in Behandlung befindlichen Cannabispatienten mit dem Konsum der Droge in einem Alter unter 15 Jahren, und die meisten (80 %) in einem Alter unter 20 Jahren. Die entsprechenden Zahlen für Opiatkonsumenten liegen bei 9 % und 42,8 % und für Kokainkonsumenten bei 6 % und 26,5 %.

Die meisten Länder berichten, dass die in Behandlung befindlichen Patienten mit primären Cannabisproblemen oft das Muster eines polyvalenten Drogenkonsums aufweisen. Dies kann auf ein Meldeartefakt hinweisen, wenn beispielsweise Patienten mit polyvalenten Drogenproblemen der Einfachheit halber als primäre Cannabiskonsumanten eingestuft werden. Quantitative Daten über den Anteil polyvalenter Drogenkonsumenten unter den Patienten insgesamt liegen jedoch nicht vor. Es gibt Unterschiede zwischen den Patienten, die nur Cannabis konsumieren, und denen, die Cannabis zusammen mit einer anderen Droge konsumieren (Nationale Reitox-Berichte, 2003): Erstere sind in der Regel jünger und sozial besser integriert als letztere (die Wahrscheinlichkeit ist größer, dass sie einer Beschäftigung nachgehen und über ein höheres Bildungsniveau verfügen, sie weisen einen geringeren Anteil an Schulabbrechern auf). Die am häufigsten gemeldeten Sekundärschubstanzen, die von primären Cannabispatienten konsumiert werden, sind Alkohol (32,9 %) und Stimulanzien (25 %) <sup>(164)</sup>, obwohl die Verteilung von Land zu Land unterschiedlich ist.

Einige in Behandlung befindliche Cannabispatienten geben auch zu, andere Drogen zu injizieren, und manche berichten von einer Lebenszeiterfahrung mit injizierendem Drogenkonsum, obwohl sie gegenwärtig außer Cannabis keine andere Droge konsumieren. Beispielsweise berichteten in Griechenland im Jahr 2002 25,4 % aller Cannabis konsumierenden Patienten, einmal im Leben eine andere Substanz injiziert zu haben, obwohl 14,7 % der Cannabispatienten mit nachweislichem Sekundärdrogenkonsum in den vergangenen 30 Tagen injiziert hatten (griechischer Nationaler Bericht, 2003). Ähnlich verhält es sich in der Tschechischen Republik (Nationaler Bericht), wo Informationen zufolge in einigen Behandlungseinrichtungen bis zu 50 % der Cannabispatienten auch injizieren.

### Tendenzen der Behandlungsnachfrage: sich ändernde Faktoren

Die zunehmende Nachfrage nach der Behandlung primärer Cannabisprobleme ist im Kontext der Veränderungen bei den Merkmalen und Konsummustern zu sehen. Zwischen 2000 und 2002 hat sich die Gesamtzahl der Überweisungen durch Justizbehörden, Familie, Freunde und Sozialdienste in den Ländern, von denen Daten vorliegen, außerordentlich stark erhöht, und zwar um 103 %, 81 % bzw. 136 % <sup>(165)</sup>. Zwischen den Ländern gab es keine relevanten Unterschiede, mit Ausnahme von Deutschland,

<sup>(163)</sup> Siehe Abbildung 25 OL: Häufigkeit des Cannabiskonsums nach Ländern.

<sup>(164)</sup> Siehe Abbildung 26 OL: Meistkonsumierte Sekundärdroge unter allen Cannabispatienten nach Ländern und Tabelle 9 TDI im *Statistical Bulletin 2004*.

<sup>(165)</sup> Siehe Abbildung 27 OL: Überweisungsquellen aller Patienten, 2000–2002.

wo die Überweisungen der Strafvollzugsanstalten ebenfalls angestiegen sind (von 21,7 auf 26,7 %).

Es liegen keine konkreten Daten über Tendenzen bei den soziodemografischen Merkmalen von Cannabispatienten vor, obwohl aus einigen Nationalen Berichten (Tschechische Republik, Frankreich und Luxemburg) hervorgeht, dass die Zahl der Patienten mit Bildungsproblemen sowie sozialen und psychischen Problemen zugenommen hat. Von 2001 bis 2002 ist der Anteil täglicher Konsumenten unter Cannabispatienten von 31,7 auf 39,2 % gestiegen <sup>(166)</sup>; einige Länder melden, dass tägliche Konsumenten einen höheren Anteil an älteren Patienten (> 20 Jahre) aufweisen.

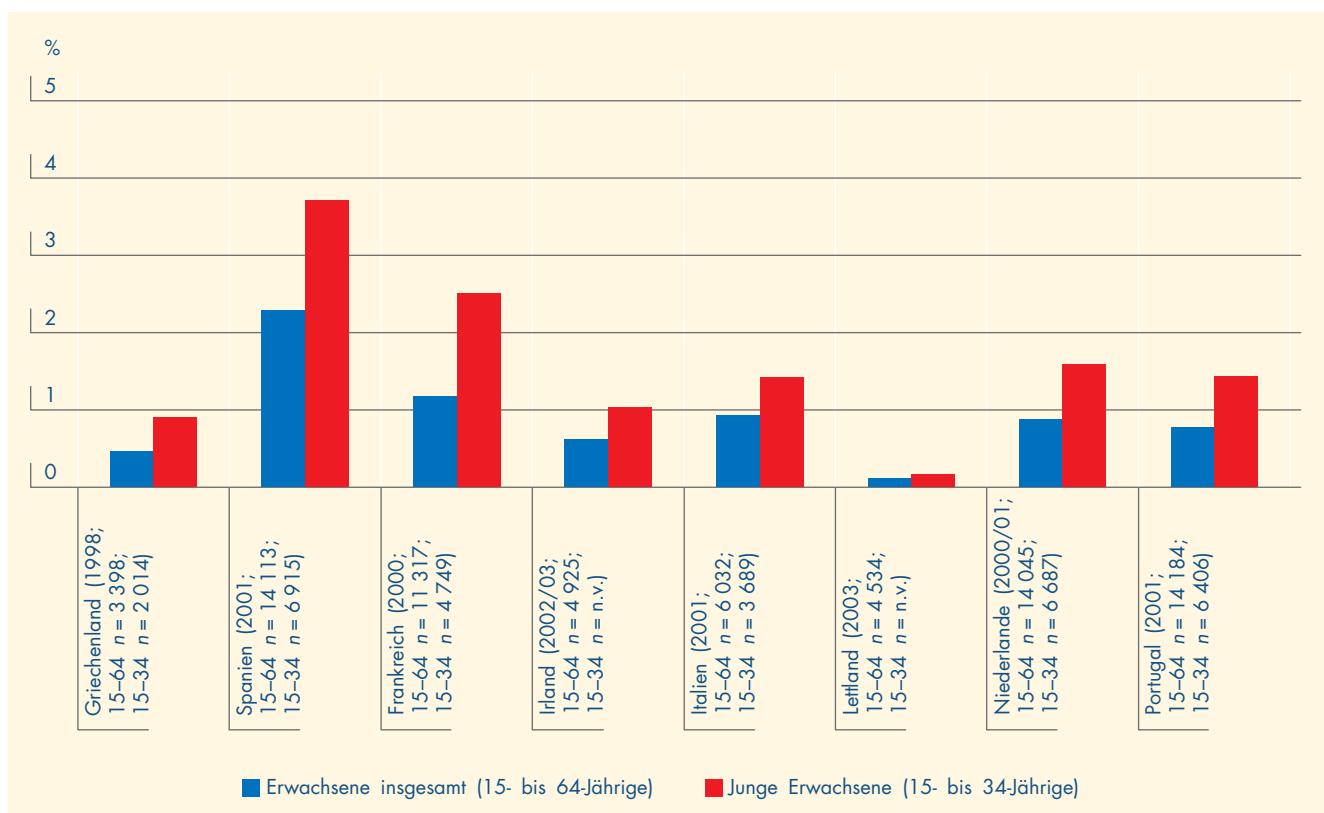
## Cannabis in der Allgemeinbevölkerung: vom experimentellen zum täglichen Konsum

Wie oben dargelegt, ist der Cannabiskonsum in den 90er Jahren in fast allen Ländern deutlich angestiegen. Obwohl Cannabis die am häufigsten konsumierte Droge ist, wird sie weiterhin vor allem gelegentlich oder kurzfristig konsumiert. Vermutlich haben die Personen, die die Droge am

intensivsten konsumieren, das höchste Risiko, ein Drogenproblem zu entwickeln oder süchtig zu werden, aber gerade auf diesem Gebiet liegen nicht genügend Informationen vor, obwohl bekannt ist, dass Konsumenten, die Cannabis erst in der jüngsten Vergangenheit konsumiert haben (in den letzten 30 Tagen), meistens junge Männer in städtischen Gebieten sind.

„Konsum in den vergangenen 30 Tagen“ ist ein Indikator für aktuellen Konsum, der auch diejenigen einschließt, die die Droge intensiv konsumieren. Aus neueren Umfragen geht hervor, dass 1 bis 7 % aller Erwachsenen und 3 bis 12 % der jungen Erwachsenen die Droge in den vergangenen 30 Tagen konsumiert haben, rechnet man Schweden nicht mit, wo der Anteil 0,1 % beträgt. Es gibt jedoch Unterschiede zwischen den Ländern, und der aktuelle Konsum ist in der Tschechischen Republik, in Spanien, Frankreich, Irland und im Vereinigten Königreich am weitesten verbreitet. In den Ländern, in denen Tendenzen des jüngsten Konsums im Zeitverlauf analysiert werden können, lässt sich ein Anstieg feststellen, der jedoch nicht dramatisch ist.

**Abbildung 31:** Anteil der täglichen oder fast täglichen Cannabiskonsumanten unter allen Erwachsenen und jungen Erwachsenen in einigen EU-Ländern, anhand nationaler demografischer Erhebungen



Anmerkungen: Tägliche oder fast tägliche Konsumenten = Konsum an 20 oder mehr Tagen während des Monats vor der Befragung.

Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen demografischen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen.

Die Altersspanne für alle Erwachsenen beträgt 15 bis 64 Jahre (Italien 44 Jahre) und für junge Erwachsene 15 bis 34 Jahre. Abweichungen bei der Altersspanne können zu geringfügigen Differenzen zwischen den Ländern führen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003, auf der Grundlage von Berichten über Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Epidemiologische Standardtabellen im *Statistical Bulletin* 2004.

<sup>(166)</sup> Siehe Abbildung 28 OL: Konsumhäufigkeit unter allen Cannabispatienten und Tabelle 8 TDI im *Statistical Bulletin* 2004.



Daten, anhand derer sich die Häufigkeit des Cannabiskonsums in den vergangenen 30 Tagen genau bestimmen lässt, liegen von neun Ländern vor – Griechenland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Lettland, Niederlande, Portugal und Finnland (nicht veröffentlicht). Mit einer Ausnahme (Lettland) konsumierte ungefähr ein Viertel (19–33 %) derer, die Cannabis während des vergangenen Monats konsumiert hatten, die Droge täglich oder fast täglich<sup>(167)</sup> <sup>(168)</sup>. In diesen Ländern machen die<sup>(169)</sup> und 0,9 bis 3,7 % der jungen Erwachsenen aus (Abbildung 31). Die meisten Personen (76–92 %), die zugaben, im letzten Monat Cannabis konsumiert haben, waren 15 bis 34 Jahre alt, demzufolge gehörten auch die täglichen Konsumenten zu dieser Altersklasse. Außerdem sind die täglichen Konsumenten vorwiegend männlich, allerdings schwankt der Anteil zwischen 62 % in den Niederlanden und 92 % in Griechenland.

Aus diesen Angaben lässt sich die Zahl der intensiven Cannabiskonsumenten in Europa grob abschätzen. Wenn davon ausgegangen wird, dass ca. 1 % der Bevölkerung eines Landes täglich Cannabis konsumiert (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren), wären dies bei 25 Millionen Einwohnern 250 000 tägliche Cannabiskonsumenten. In der ganzen EU mit einer Gesamtbevölkerung von 302 Millionen Menschen läge die Prävalenz damit bei ungefähr 3 Millionen.

Sogar unter jungen Erwachsenen schwankt der intensive Cannabiskonsum je nach Alterskohorte und ist unter jüngeren Gruppen allgemein höher. Aus einer im Jahr 2002 durchgeführten Schulumfrage in Spanien ging hervor, dass 3,6 % der 14- bis 18-jährigen Schüler täglich oder fast täglich konsumieren (damit liegen sie in der Altersklasse der 15- bis 34-Jährigen an der Spitze). In Frankreich war, der jährlichen Umfrage unter 17- bis 19-Jährigen (ESCAPAD) zufolge, der tägliche Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen mit 9,2 % bei den Jungen und 3,3 % bei den Mädchen sogar noch höher (Beck und Legleye, 2003).

Die Auswirkungen einer Cannabissucht oder eines Cannabismisbrauchs sind offenbar weniger schwerwiegend als die anderer Drogen. Die meisten intensiven Cannabiskonsumenten scheinen relativ gut integrierte junge Erwachsene zu sein, die anfälliger für andere soziale Probleme (Autounfälle, Ausbildungsabbruch, familiäre Probleme) als für kriminelle Aktivitäten sind; dies ist zu berücksichtigen, will man weitere Probleme oder Ausgrenzung vermeiden.

## Stärke und Dosierung von Cannabis

Es wird vermutet, dass die wachsenden Probleme und demzufolge auch die größere Zahl der Behandlungsaufnahmen zum Teil auf einen höheren

Wirkstoffgehalt von Cannabis zurückzuführen sind. Die Auseinandersetzung mit Faktoren wie Stärke von Cannabis, individuelle Dosierung und die wahrscheinlichen Auswirkungen auf akute und chronische Probleme wirft eine Reihe komplexer Fragen auf. Zur Auswertung der Forschungsergebnisse in Bezug auf die Stärke von Cannabis hat die EBDD eine spezielle Studie durchgeführt, deren wichtigste Ergebnisse Seite 90 vorgestellt werden.

Die Stärke von Cannabis ist nur ein Faktor bei der Berechnung der Dosis, die ein Konsument über einen bestimmten Zeitraum zu sich nimmt (Hall et al., 2001). Applikationsform, Art und Weise des Rauchens, die Menge des pro Sitzung konsumierten Cannabis und die Zahl der Sitzungen, an denen der Konsument teilnimmt, sind ebenso wichtige Faktoren, die vielleicht sogar eine noch größere Rolle bei der Berechnung der individuellen Toleranzbereiche spielen. Starkes Cannabis war immer bis zu einem gewissen Grad verfügbar, und die Sorge darüber ist nicht neu. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass nicht bekannt ist, ob Cannabiskonsumenten ihr Verhalten ändern, um die gewünschte Wirkung einer Dosis zu erzielen. Deshalb ist genauer zu untersuchen, inwieweit starkes Cannabis notwendigerweise auch zu höheren Dosen führt.

## Berücksichtigung der Bedürfnisse von Cannabiskonsumenten

Um effektive Verfahrensweisen entwickeln zu können, muss man die Bedürfnisse derer verstehen, die Hilfe bei der Lösung ihrer Cannabisprobleme suchen. Die Analyse des Behandlungsbedarfs und andere Indikatordaten legen nahe, dass sowohl Cannabiskonsumenten, die zur Behandlung überwiesen wurden, als auch die Konsumenten insgesamt eine heterogene Gruppe mit heterogenen Bedürfnissen darstellen. Daher ist ein Kontinuum von Maßnahmen erforderlich, das sich von der Prävention und der Risikominimierung bis zu formalen Behandlungsprogrammen erstreckt. Dabei wird die Frage laut, ob Jugendliche, die nur gelegentlich Cannabis konsumieren, an spezialisierte Drogenhilfszentren überwiesen werden sollen. Die Antwort hängt weitgehend davon ab, wie die Hilfsdienste angelegt sind und inwieweit die Patienten mit chronischen Konsumenten anderer Substanzen in Kontakt kommen. Dennoch ist die Ermittlung geeigneter Überweisungswege für Konsumenten mit unterschiedlichen Mustern des Cannabiskonsums nach wie vor ein wichtiges Diskussionsthema.

Was die Prävention betrifft, so wurden kaum Initiativen entwickelt, die speziell auf den ansteigenden Cannabiskonsum unter Jugendlichen eingehen, da Prävention selten substanzspezifisch ist. Einige Mitgliedstaaten berichten jedoch inzwischen von neuen Entwicklungen auf diesem Gebiet. Dabei werden zwei

<sup>(167)</sup> In diesem Abschnitt beziehen sich die Angaben auf den „Konsum an 20 oder mehr Tagen in den vergangenen 30 Tagen“, auch als „täglicher oder fast täglicher Konsum“ bezeichnet. Anhand des Europäischen Musterfragebogens soll die genaue Zahl der Konsumtage erfasst werden. Bei den nationalen Angaben wurde die Konsumhäufigkeit in vier diskrete Kategorien eingeteilt, wobei die höchste „20 und mehr Tage“ ist.

<sup>(168)</sup> Siehe Abbildung 29 OL: Anteil der täglichen (oder fast täglichen) erwachsenen Konsumenten (15–64 Jahre), die Cannabis im Vormonat konsumiert haben.

<sup>(169)</sup> Anteil der „Konsumenten, die die Droge im letzten Monat konsumiert haben“ multipliziert mit der Zahl der „täglichen und fast täglichen Konsumenten“, d. h. 6 % (Vormonatsprävalenz) x 25 % (Anteil derer, die die Droge „mindestens zwanzigmal“ konsumiert haben) = 1,5 %.

### Die Stärke von Cannabis (1)

1. Die EU-Länder lassen sich in zwei Gruppen einteilen, je nachdem ob Cannabiskraut oder Cannabisharz am häufigsten konsumiert wird. Unter den Ländern, für die Daten vorlagen, überwogen der Konsum von Cannabisharz in Deutschland, Irland, Portugal und im Vereinigten Königreich und der Konsum von Cannabiskraut in Belgien, der Tschechischen Republik, in Estland, in den Niederlanden und Österreich.
2. Langfristig war keine markante Erhöhung der Stärke von nach Europa importiertem Cannabiskraut oder Cannabisharz zu beobachten. In allen EU-Ländern, möglicherweise mit Ausnahme von den Niederlanden, wurde das konsumierte Cannabis größtenteils importiert, allerdings liegen noch keine systematischen Daten zur Verfügbarkeit von selbst angebautem Cannabiskraut vor.
3. Der Innenanbau von Cannabis findet in gewissem Maße in allen europäischen Ländern statt. In den Niederlanden jedoch macht dieses Produkt schätzungsweise über die Hälfte des konsumierten Cannabis aus. In den meisten Ländern wird jedoch der Großteil der Produkte importiert.
4. Cannabiskraut, das im Innenanbau unter Verwendung intensiver Methoden (z. B. Bewässerungssysteme mit Kunstlicht, Wachstumsbeschleunigung durch Beschneidung und Kontrolle der Tageslänge) kultiviert wird, weist in der Regel einen höheren THC-Gehalt auf als importiertes Cannabis. Obwohl sich der Stärkebereich von im Innenanbau kultiviertem Cannabiskraut vermutlich mit der Stärke von importiertem Cannabis überschneidet, kann die durchschnittliche Stärke von selbst angebautem Cannabis zwei- bis dreimal höher sein als die von importiertem Cannabis.
5. Die insgesamt höhere Stärke von Cannabis, wie sie von einigen Ländern gemeldet wurde, kann beinahe gänzlich dem steigenden Anteil an konsumiertem, lokal angebautem Cannabis zugeschrieben werden.
6. In Anbetracht des Marktanteils verschiedener Cannabisprodukte ist die effektive Stärke in fast allen Ländern seit vielen Jahren relativ stabil und liegt ungefähr zwischen 6 und 8 %. Einzige Ausnahme sind die Niederlande, wo sie im Jahr 2001 einen Wert von 16 % erreichte.
7. In den Niederlanden ist der THC-Wert von lokal angebautem Cannabisharz besonders hoch, allerdings ist dieses Produkt dort noch kaum verbreitet und in anderen Ländern nahezu unbekannt.
8. Die in den Massenmedien verbreiteten Behauptungen, dass sich die Cannabisstärke in den letzten Jahrzehnten um das Zehnfache oder mehr erhöht hat, werden durch die beschränkt vorliegenden Daten aus den USA oder Europa nicht bestätigt. Langfristig hat sich die Stärke in den USA offenbar geändert, allerdings muss berücksichtigt werden, dass vor 1980 die Cannabisstärke in den USA im Vergleich zum europäischen Maßstab gering war.
9. Das Fazit der Studie lautet, dass es in einigen Ländern bescheidene Veränderungen des THC-Gehalts gab, die auf das seit kurzem vorhandene Marktangebot an intensiv kultiviertem, innerhalb der EU angebautem Cannabis zurückzuführen sind. Des Weiteren wird festgestellt, dass der THC-Gehalt von Cannabisprodukten erheblich variieren kann. Es sind eindeutig Informationen nötig, um Beobachtungssysteme zu entwickeln, die eine Bewertung der Marktanteile verschiedener Cannabisprodukte und die Beobachtung von Veränderungen über längere Zeiträume ermöglichen. Zurzeit sind hierzu kaum Informationen vorhanden.
10. Die Studie hebt eine Reihe wichtiger Bereiche hervor, die der Aufmerksamkeit bedürfen, um die Probleme im Zusammenhang mit der Cannabisstärke beurteilen zu können. Hierzu gehören: ein Konsens zur Nomenklatur der Cannabisprodukte, verbesserte Beobachtung der Marktinformationen, Verbesserung der Standards der Laboranalysen sowie der Datenerhebung und -präsentation auf europäischer Ebene, Studien in Europa zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Rauchverhalten, Stärke und THC-Spiegel im Blut/Stoffwechsel, und die Notwendigkeit der Untersuchung, inwieweit sehr starkes Cannabis zu einer Erhöhung der Dosierung und in der Folge zu Gesundheitsproblemen führt. Es wird darauf hingewiesen, dass Kosten und Nutzen eines unterschiedlichen Umgangs mit den verschiedenen Cannabisprodukten abgewogen werden sollten.

(1) Siehe EBDD, 2004c.

Hauptstrategien verfolgt: (1) die Warnung vor der Gefahr, dass junge Cannabiskonsumenten mit dem Strafvollzugssystem in Berührung kommen; und (2) der Versuch, der sozialen Wahrnehmung des Cannabiskonsums als ein normatives Verhalten mit Hilfe von Massenkampagnen oder zielgruppenspezifischen Kampagnen in den Medien entgegenzuwirken.

In Deutschland, Griechenland, Irland, Finnland und im Vereinigten Königreich wurden Maßnahmen ergriffen, um die psychosozialen Folgen für im Zusammenhang mit Cannabiskonsum verurteilte jugendliche Erststraftäter zu reduzieren. Ein aktuelles Beispiel dafür (ab 2000) ist das FRED-Programm in Deutschland, das mittlerweile in acht Ländern umgesetzt wird und jungen Drogenkonsumenten

frühzeitige, kurzfristige Interventionen auf freiwilliger Basis anbietet<sup>(170)</sup>. Im Vereinigten Königreich arbeiten die Youth Offending Teams auf ähnliche Art und Weise. Nach Veränderung einiger Aspekte des Umgangs mit dem Cannabiskonsum durch das Strafvollzugssystem und einer Neuklassifizierung der Droge (von Klasse B zu Klasse C) ist der Drogenbesitz und nicht der Drogenkonsum das Strafdelikt; bei Drogenbesitz erfolgt eine Verwarnung. Für die formelle Verwarnung junger Menschen (z. B. der unter 18-Jährigen) gilt ein bestimmtes Verfahren. Auch das Vereinigte Königreich hat eine Massenmedienkampagne gestartet, um auf die negativen Folgen und den illegalen Status von Cannabis hinzuweisen.

Eine weitere, kürzlich ins Leben gerufene Initiative konzentriert sich auf die Durchführung von Präventionskampagnen in „Koffieshops“, wo kleine Mengen Cannabis angeboten werden. Dies geschieht in Form eines Kurses und eines Handbuchs für Koffieshopbesitzer, um drogenbedingte Probleme in diesen Einrichtungen zu verhindern. Das Handbuch bietet Informationen über Cannabis, die Drogengesetzgebung, psychische Störungen, erste Hilfe, Unternehmertegeist und Aufklärungsarbeit. In den Niederlanden werden traditionsgemäß individuell zugeschnittene und direkte Ansätze in Bezug auf den Cannabiskonsum verfolgt, wie die Hash and Weed Week<sup>(171)</sup> zeigt. Dabei halten starke Cannabiskonsumanten Gruppensitzungen ab, bei denen über die Folgen des intensiven Konsums und mögliche Verhaltensveränderungen diskutiert wird.

In gewisser Hinsicht umfassen diese Ansätze sowohl Schadensminimierung als auch Prävention. Obwohl der Zusammenhang zwischen Rauchen und Atemwegserkrankungen bekannt ist und die Sorge über die negativen Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die Gesundheit wächst, sind die Interventionen zur Minimierung von cannabisbedingten Schäden im Vergleich zu den Interventionen, die auf die Konsumenten anderer Drogen abzielen, nach wie vor unzureichend.

Die meisten Behandlungsmöglichkeiten für Konsumenten mit Cannabisproblemen werden von Behandlungszentren angeboten, die Patienten betreuen, die von legalen oder illegalen Drogen abhängig sind oder andere Arten eines Abhängigkeitsverhaltens zeigen. Einige Länder (Dänemark, Deutschland, Griechenland, Frankreich, die Niederlande, Österreich, Schweden und Norwegen) melden, dass Dienste für Cannabiskonsumanten eingerichtet wurden, aber im Allgemeinen scheint diese Art der speziellen Betreuung äußerst begrenzt zu sein. In vielen Ländern sind die Behandlungsdienste für problematische Cannabiskonsumanten in Einrichtungen zur Behandlung allgemeiner Drogenprobleme integriert (Belgien, Tschechische Republik, Dänemark, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Luxemburg, die Niederlande, Österreich, Portugal, Slowenien und Norwegen).

In den meisten Fällen werden Patienten mit cannabisbedingten Drogenproblemen zusammen mit Patienten behandelt, die sich wegen des problematischen Konsums anderer illegaler Drogen, meistens Opioiden, einer Therapie unterziehen. Da viele dieser spezialisierten Drogenbehandlungszentren auf die Bedürfnisse einer oft chaotischen und ausgegrenzten Gruppe zugeschnitten sind, ist fraglich, inwieweit sie für Patienten mit weniger akuten Bedürfnissen, wie es die meisten Cannabiskonsumanten sind, geeignet sind. Die Behandlungsdienste der Mitgliedstaaten sind sich dieser Problematik bewusst. Einige Länder wiesen in ihren Nationalen Reitox-Berichten darauf hin, dass es kontraproduktiv und nachteilig sein könnte, problematische Cannabiskonsumanten gemeinsam mit problematischen Heroinkonsumenten oder polyvalenten Drogenkonsumenten zu behandeln, und führten dies als ein Argument dafür auf, Cannabiskonsumanten nicht stationär zu behandeln. Unproblematischer ist es, spezielle Programme für Cannabiskonsumanten auf ambulanter Ebene zu entwickeln. Dem österreichischen Nationalen Bericht zufolge sollte eine stationäre Behandlung gegebenenfalls eher in einer allgemeinen psychiatrischen Abteilung für Jugendliche als in einer speziellen Drogeneinrichtung durchgeführt werden. Zu den neuesten Entwicklungen, die die Bedürfnisse von Cannabiskonsumanten berücksichtigen, gehören ein in Schweden verfasstes „kognitives Handbuch“ der Behandlung von chronischen Cannabiskonsumanten, eine in den Niederlanden erstellte Internetseite zur Selbsthilfe für problematische Cannabiskonsumanten und die Einführung einer Akupunkturbehandlung in Finnland.

## Schlussbemerkung

Mit diesem Überblick soll der beobachtete Anstieg der gemeldeten Behandlungsnachfrage von Cannabiskonsumanten in einen breiteren analytischen Kontext gestellt werden. Dabei ist offensichtlich, dass viele wichtige Fragen, die die Grundlage für eine sachkundige politische Debatte über dieses kontroverse Thema bilden, unbeantwortet bleiben. Ebenso offensichtlich ist, dass das Evidenzmaterial weder Anlass zur Panik, noch Grund zur Selbstzufriedenheit ist.

Personen mit cannabisbedingten Problemen stellen in einigen Ländern einen nicht geringen Anteil bei der Nachfrage nach Behandlungen in spezialisierten Einrichtungen dar und bilden eine wichtige Untergruppe innerhalb der breiteren Patientengruppe. Größtenteils handelt es sich um junge Männer, im Allgemeinen im Alter von ungefähr 20 Jahren, und die meisten haben mit dem Drogenkonsum im Alter zwischen 16 und 17 Jahren begonnen.

Cannabispatienten weisen nicht dieselben Drogenkonsummuster wie Konsumenten anderer Substanzen auf; und darüber hinaus gibt es andere wichtige Unterschiede zwischen Cannabispatienten. Die Profile der

<sup>(170)</sup> Weitere Informationen über dieses und andere Präventionsprogramme sind der EDDRA-Datenbank der EBDD zu entnehmen ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2091](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091)).

<sup>(171)</sup> [http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=385](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385).

verschiedenen Untergruppen der in Behandlung befindlichen Cannabiskonsumenten spielen eine große Rolle, wenn man ihre Bedürfnisse verstehen und angemessene Lösungen anbieten will. Wichtige Aspekte dabei sind die Konsumhäufigkeit, der aktuelle und frühere Konsum anderer Drogen und die Überweisungsquelle. Im Großen und Ganzen zeichnen sich in den Nationalen Berichten und in den TDI-Daten zwei deutliche Patientenprofile ab:

- junge Konsumenten, häufig Schüler, die von der Familie oder der Schule an Behandlungsdienste überwiesen werden und Cannabis allein oder manchmal zusammen mit Alkohol oder Stimulanzien konsumieren;
- polyvalente Drogenkonsumenten, die im Allgemeinen älter und sozial weniger gut integriert sind und größtenteils von Justizbehörden oder Gesundheits- und Sozialdiensten zur Behandlung überwiesen werden und sich mit der Gruppe der chronischen Drogenkonsumenten überschneiden.

Daneben gibt es Hinweise auf eine weitere, von den Justizbehörden zur Behandlung überwiesene Gruppe, die keine anderen Drogen konsumiert und anscheinend nur gelegentlich zu Cannabis greift.

Die vorhandenen Informationen spiegeln die im Laufe der Zeit eingetretenen Veränderungen der Merkmale hinsichtlich der Behandlungsnachfrage wegen primären Cannabiskonsums wider und lassen Folgendes erkennen:

- Zunahme der Überweisungen durch das Strafvollzugssystem in einigen Ländern;
- mehr Überweisungen durch die Familie und andere soziale Unterstützungsnetze (Familie, Freund oder Freundin, Sozialdienste, Schule);
- steigender intensiver (täglicher) Cannabiskonsum, obwohl tägliche Konsumenten in der Minderheit bleiben;
- verstärktes Auftreten von Sozial- und Bildungsproblemen in einigen Ländern, obgleich die diesbezügliche Datenlage schwach ist.

Betrachtet man die steigende Behandlungsnachfrage, so scheint es, dass Veränderungen bei der Überweisungspraxis überwiegen und die überwiesenen Patienten größtenteils keine intensiven Drogenkonsumenten sind. Dennoch geht zumindest in einigen Ländern ein bedeutender Teil der Behandlungsnachfrage auf intensive Drogenkonsumenten zurück. Die Probleme dieser Gruppe werden nach wie vor nur unzureichend verstanden, und es besteht ein dringender Forschungsbedarf auf diesem Gebiet. Die Beobachtung,

dass es mehrheitlich sehr junge Menschen sind, die wegen Cannabisproblemen um eine Behandlung ersuchen, legt nahe, dass die Bedürfnisse, Überweisungswege und Reaktionen dieser Gruppe besonders berücksichtigt werden müssen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Behandlungsnachfrage kein direkter Indikator für das Ausmaß und die Art der Cannabisprobleme ist. Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung lassen darauf schließen, dass der intensive Cannabiskonsum im Vergleich zum Gelegenheitskonsum relativ selten ist. Die große Verbreitung des Cannabiskonsums bedeutet jedoch, dass eine erhebliche Zahl von Konsumenten die Droge auch intensiv konsumiert – zumindest in einer Phase ihres Lebens.

Schätzungen gehen davon aus, dass der intensive Drogenkonsum bei 0,5 bis 2 % der erwachsenen Bevölkerung und bei 1 bis 3 % der jungen Erwachsenen liegt. Die Prävalenz unter jungen Männern ist vermutlich wesentlich höher. Es ist schwierig, anhand des Datenmaterials der Erhebung eine klare Vorstellung von der Zahl der Konsumenten zu bekommen, die Cannabisprobleme entwickeln oder von Cannabis abhängig werden. Obwohl die Auswirkungen einer Cannabisabhängigkeit oder eines Cannabismissbrauchs weniger schwerwiegend sind als die anderer Drogen, können sie aufgrund des Ausmaßes des Konsums und der Tatsache, dass viele der am stärksten betroffenen Konsumenten jung sind und die Droge in wichtigen Entwicklungsstadien, oder wenn sie besonders gefährdet sind, eventuell intensiv konsumieren, beträchtliche Folgen für die öffentliche Gesundheit haben. In sozial benachteiligten Familien oder Gemeinden kann sich eine Cannabisabhängigkeit oder ein Cannabismissbrauch negativ auf die Ausbildung oder die Beschäftigungsmöglichkeiten auswirken und somit die Probleme der Betroffenen noch verstärken.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass weiterhin ein dringender Forschungsbedarf besteht, um die Beziehung zwischen unterschiedlichen Mustern des Cannabiskonsums und der Entstehung von Problemen zu verstehen. Das Ausmaß und die Art der Probleme, mit denen Cannabiskonsumenten zu kämpfen haben, sind noch immer zu wenig bekannt. Für die Bewertung der Probleme müssen methodische Werkzeuge auf Bevölkerungsebene entwickelt werden. Diese Informationen sind für die Entwicklung, Ausrichtung und Umsetzung effektiver Maßnahmen des Gesundheitswesens hinsichtlich des Cannabiskonsums in Europa unerlässlich.