

INFORMATIONSBLATT

Cannabis

Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
Chausseestraße 128/129 | 10115 Berlin
Tel.: 030-29 35 26 15 | Fax: 030-29 35 26 16 | info@berlin-suchtpraevention.de
www.berlin-suchtpraevention.de | www.kompetent-gesund.de

Therpieladen e.V.
Potsdamer Straße 131 | 10783 Berlin
Tel.: 030-23 60 77 90 | Fax: 030-23 60 77 929
E-Mail: info@therpieladen.de | www.therpieladen.de

Mit freundlicher Unterstützung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

INFORMATIONSBLATT Cannabis

IMPRESSUM

5., überarbeitete Auflage | April 2018

Herausgeber: Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin
Tel.: 030 - 29 35 26 15 | Fax: 030 - 29 35 26 16
info@berlin-suchtpraevention.de
www.berlin-suchtpraevention.de
www.kompetent-gesund.de
Die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin ist ein Projekt
der Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH.

V.i.S.d.P.: Kerstin Jüngling,
Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH

Redaktion: Anke Schmidt,
Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
Andreas Gantner,
Therapieladen e.V.

Gestaltung: Martina Jacob

Auflage: 500

Bildlizenzierung und Druck:
Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH

Bilder Titel: Yellowj/Fotolia; Sublimages/Fotolia;
Jeremy Nathan/Fotolia; Alco81/Fotolia

INHALT

Verbreitung des Cannabiskonsums	3
Die Substanz und ihre Wirkung	3
Risikoeinschätzung des Cannabiskonsums	5
Konsummuster	5
Motive für den Cannabiskonsum und seine Funktionen	5
Gesundheitliche und psychosoziale Auswirkungen des Cannabiskonsums	6
Gesetzliche Regelungen	6
Die Regulierungsdebatte	7
Beratungs- und Hilfeangebote	7
Prävention	8

Die Cannabis-Pflanze gehört zur botanischen Gattung der Hanfgewächse (Cannabaceae) und enthält psychoaktive Wirkstoffe.



CANNABISPFLANZE

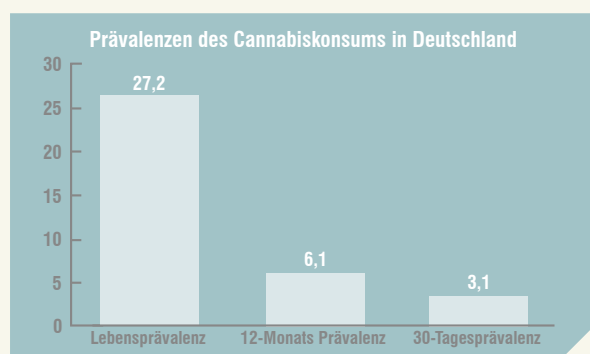
BILD: FOTOLIA/YELLOWJ

Cannabis ist nicht nur ein Rauschmittel, sondern gehört zu den ältesten bekannten Nutzpflanzen. In China wurde Hanf bereits im frühen 3. Jahrtausend v. Chr. angebaut und für die Herstellung von Kleidern und Seilen verwendet. Etwa seit 2000 v. Chr. wird es auch als Heilmittel eingesetzt. Als Rauschmittel hat sich Cannabis zunächst in Indien etabliert, als Bestandteil kultischer Handlungen. In Europa wurde die Rauschwirkung von Cannabis erst im 19. Jahrhundert bekannt. In Deutschland

und vielen anderen westlichen Industrienationen hat sich Cannabis seit den 1970er Jahren nach Alkohol zu der am häufigsten konsumierten Rauschdroge entwickelt.

Verbreitung des Cannabiskonsums

Cannabis ist weltweit die am häufigsten konsumierte illegale Droge. 26,3% (87,7 Millionen) der europäischen Erwachsenen haben schon mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis probiert.¹



QUELLE: EPIDEMIOLOGISCHE SUCHTSURVEY 2015

Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015 zeigt, dass der Cannabiskonsum in Deutschland weit verbreitet ist, wenngleich ein großer Unterschied zwischen Lebenszeitprävalenz und aktuellem Konsum besteht.²

1 Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2017): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklung. Luxemburg: Amt für Veröffentlichung der Europäischen Union. S.15.

2 Piontek, D. et al. (2016). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf klinisch relevanten Drogenkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. München: IFT Institut für Therapieforchung.

Insbesondere auch unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Konsum von Cannabis weit verbreitet: 8,8% der 12-17-Jährigen und 35,5% der 18-25-Jährigen haben schon mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert, 6,6% bzw. 16,3% konsumierten innerhalb der letzten 12 Monate und 2,2% bzw. 6,3% innerhalb der vergangenen 30 Tage. Im Vergleich mit den vergangenen Jahren bewegen sich sowohl Lebenszeitprävalenz als auch aktueller und regelmäßiger Konsum auf einem eher konstanten Niveau.³

Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum von Cannabis ist in den vergangenen Jahren leicht gesunken und lag zuletzt bei den 18-20-jährigen Konsument*innen bei 16,4 Jahren.⁴

Bei der Mehrheit der Konsumierenden ist der Gebrauch von Cannabis ein vorübergehendes Phänomen. Allerdings entwickeln sich bei einem Teil der Konsumierenden problematische Konsummuster. Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015 stellte bei 20,3% der Menschen, die innerhalb der letzten 12 Monate konsumiert haben und bei 1,2% der Gesamtstichprobe einen klinisch relevanten Cannabiskonsum fest.⁵

Die Substanz und ihre Wirkung

Die Cannabispflanze enthält mindestens 60 unterschiedliche Cannabinoide von denen einige psychoaktiv wirken. Hinsichtlich der Wirkungen von Cannabis muss grundsätzlich zwischen der Nutzung von „Cannabis als Medizin“ und „Cannabis als Rauschdroge“ unterschieden werden. Bei der medizinischen Anwendung steht das CBD (Cannabidiol) im Vordergrund. Es wirkt kaum psychoaktiv, dafür werden dem CBD u.a. neuroprotektive Eigenschaften zugeschrieben. Daneben wirkt es vor allem entkrampfend, sedierend, entzündungshemmend und gegen Übelkeit, weshalb Cannabis zunehmend unter medizinischen Aspekten verwendet und beforscht wird.

Der stärkste psychoaktive Wirkstoff ist das THC (Tetrahydrocannabinol). Nur die weibliche Form der Gattung „cannabis sativa“ enthält genügend THC, um einen Rausch zu erzeugen.

Cannabis wird meist in Form von Marihuana (getrocknete Blüten und Blätter) oder Haschisch (Harz der Blütenstände), selten als

3 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2016): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

4 Piontek, D. et al., a. a. O.

5 Piontek, D. et al., a. a. O.

INFORMATIONSBLATT Cannabis

Im Fokus dieses Informationsblattes steht die Verwendung von Cannabis als Rauschdroge. **INFO**

Haschischöl (konzentrierter Auszug des Harzes) konsumiert. Am häufigsten wird es geraucht. Neu auf dem Markt sind sogenannte Vaporizer (Verdampfer). Sie gelten als weniger gesundheitsschädlich, da die Wirkstoffe ohne Verbrennungsreaktion aus dem Cannabis gelöst werden. Cannabis wird aber auch Lebensmitteln zugefügt, z.B. in Tee aufgelöst oder in Keksen verbacken.



MARIHUANA
BILD: FOTOLIA/JEREMYNATHAN

Beim Rauchen und Verdampfen setzt die Wirkung sofort ein, erreicht ihren Höhepunkt nach etwa 15 Minuten, klingt nach 30 bis 60 Minuten langsam ab und ist nach 2 bis 3 Stunden meist kaum noch spürbar. Werden die Cannabisprodukte gegessen oder getrunken, setzt die Wirkung später und häufig auch sehr plötzlich ein. In ihrer Stärke ist sie daher unvorhersehbarer.

Zusätzliche Risiken entstehen durch Verunreinigungen und Streckmittel, wie z.B. Schimmel, Chemikalien und Blei.

Seit einigen Jahren sind auch in Laboren hergestellte, synthetische Cannabinoide, die z.T. (noch) nicht dem Betäubungsmittelrecht unterliegen, erhältlich. Diese werden in sogenannten Räuchermischungen insbesondere über Online-Shops vertrieben. Die Wirkungen sind z.T. stärker als die von Cannabis und die Gefahren dieser Produkte sind weitgehend unerforscht und für die Konsumierenden nicht abschätzbar, zumal permanent neue psychoaktive Substanzen (NPS) „designt“ werden.



SPICE – DIE SOGENANNTEN „KRÄUTER-MISCHUNG“ BILD: WIKIPEDIA/SCHORLE

Die Rauschwirkung von Cannabis ist sehr komplex und verbindet euphorisierende, entspannende, beruhigende und halluzinogene Effekte.

Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die die Rauschwirkung von Cannabis beeinflussen. Die wichtigsten sind:

- die Höhe der THC-Dosis
- die Konsumweise
- die momentane Stimmungslage

- die Erwartungshaltung und Erfahrung
- die psychische Stabilität der konsumierenden Person
- der Einfluss der Umwelt und Umgebung während des Konsums

Berichtet wird deshalb nicht nur von Euphorie, Entspannung und Wohlbefinden, sondern auch von Unruhe, Angst und Verwirrtheit bis hin zu Panikreaktionen und paranoiden Wahnvorstellungen.

Veränderung des Wirkstoffgehaltes

Seit Jahren wird immer wieder in den Medien über eine dramatische Steigerung der Wirkstoffkonzentration in Cannabisprodukten berichtet. Nach aktuellem Kenntnisstand sind Steigerungen des Wirkstoffgehaltes im Wesentlichen auf Marihuanaprodukte (insbesondere reine Cannabisblüten) beschränkt, die durch Kreuzungen und verbesserte Züchtungsmethoden heute durchschnittlich einen 1,5 bis 2 fachen höheren THC-Gehalt aufweisen als in den vergangenen Jahrzehnten. Zugleich ist der Konsum von Marihuana gestiegen und der von Haschisch gesunken. Es ist derzeit nicht belegt, ob der gestiegene Wirkstoffanteil zu einer Steigerung der Gesamtdosis an THC-Wirkstoff führt, oder eine Anpassung der Konsumierenden je nach Höhe der THC-Dosis erfolgt.

Wie bei allen illegalen Drogen gibt es auch bei Cannabis starke Schwankungen in der Qualität und im Wirkstoffgehalt, die die Berechenbarkeit der Dosierung erschweren und zusätzliche Risiken für die Konsumierenden darstellen.

Nachweisbarkeit

Die Nachweisbarkeit von Cannabiskonsum ist abhängig von Konsummenge, Konsumhäufigkeit und vergangener Zeit zwischen letztem Konsum und Drogentest sowie von der individuellen körperlichen Verfassung der Konsumierenden. Cannabinoide besitzen eine hohe Fettlöslichkeit. Die Abbauprodukte von Cannabinoiden lagern sich im Fettgewebe ab, der Konsum ist deshalb länger im Körper nachweisbar als bei anderen Drogen. Insbesondere ein regelmäßiger und intensiver Konsum kann noch bis zu 12 Wochen im Urin nachgewiesen werden. Der Nachweis durch eine Blutprobe ist bei vereinzelt Konsum nur einige Stunden nach der Einnahme, bei regelmäßigem Konsum auch länger möglich. Durch Haaranalysen ist Cannabis (und auch andere Drogen) noch mehrere Monate nach dem Konsum nachweisbar. Die Aussagekraft von Haarproben ist umstritten, da das THC auch von außen, also zum Beispiel über Rauch und Hände, an die Haare gelangt. Somit kann nicht zweifelsfrei eine Substanzaufnahme nachgewiesen werden.

Risikoeinschätzung des Cannabiskonsums

Die Frage, wie gefährlich Cannabiskonsum ist, ist nicht einfach zu beantworten, weil die Risiken des Konsums von einer Vielzahl von Faktoren abhängig sind. Einfache Wahrheiten über die Risiken von Cannabis sind grundsätzlich kritisch zu bewerten, weil sie einseitige Erfahrungen oder Ergebnisse darstellen.

Für eine differenzierte und sachliche Risikoeinschätzung des Cannabiskonsums sind Informationen über unterschiedliche Zusammenhänge erforderlich.

Die wichtigsten Fragen für eine angemessene Risikoabschätzung sind:

- Welche Konsummuster werden praktiziert?
- Was sind die Motive für den Konsum und welche Funktionen erfüllt er?
- Wie sieht der persönliche und soziale Hintergrund der konsumierenden Person aus?

Konsummuster

Mit dem Begriff Konsummuster wird der praktizierte Konsum beschrieben. Hierzu zählen die Einzeldosis, die Konsumfrequenz, weitere Drogen, die zusammen oder im Wechsel mit Cannabis konsumiert werden sowie die Situationen, in denen konsumiert wird. Die Klärung des individuellen Konsummusters hat eine große Bedeutung, um Risiken des Konsums einzuschätzen. Fachleute unterscheiden heute nicht mehr „harte“ und „weiche“ Drogen, sondern sprechen von „harten“ und „weichen“ Konsummustern.

Als Faustregel gilt (wie bei allen psychoaktiven Substanzen): Je früher der Einstieg, je höher die Dosis, je regelmäßiger der Konsum, je mehr andere Drogen zusätzlich konsumiert werden und je unangemessener die Situation des Konsums ist (zum Beispiel vor dem Schulunterricht), desto problematischer ist der Konsum einzuschätzen.

Motive für den Cannabiskonsum und seine Funktionen

Die meisten Menschen, die im Laufe ihres Lebens Cannabis konsumieren, machen diese Erfahrungen im Alter zwischen 14 und 20 Jahren. Dies zeigt, 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 verschwindet. Die Gründe für den Konsum von Cannabis, aber auch von Drogen im Allgemeinen, können sehr unterschiedlich sein.



KONSUMSITUATION

BILD: SHUTTERSTOCK/JOSHUA RESNICK

Grob lassen sich jugendtypische und problemausweichende Funktionen unterscheiden:

Jugendtypische Funktionen

Neugier, Experimentierverhalten/Selbsterfahrung, Spaß, Gemeinschaftsgefühl und gemeinsamer Lebensstil in der Clique sind typische Motive und Funktionen des Cannabiskonsums im Jugendalter. Die Anerkennung dieses subjektiv positiven Erlebens ist ein wichtiger Aspekt im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen.

Problemausweichende Funktionen

Der Konsum ist vor allem für sehr junge Konsumierende und für Personen mit psychischen Problemen mit hohen Risiken verbunden.

Besonders problematisch ist es, wenn Cannabis längerfristig oder dauerhaft zur Lebensbewältigung eingesetzt wird, zum Beispiel:

- zur Entspannung und zum Stressabbau
- zur Flucht vor anstehenden Aufgaben
- zur Vermeidung von Konflikten
- zur Regulierung von Gefühlen und starken Impulsen
- als Mittel zur „Selbstheilung“ bei psychischen Problemen, wie z.B. Depressionen, Ängsten, Aufmerksamkeitsstörungen/Hyperaktivität, Psychosen

Steht der Cannabiskonsum dauerhaft im Dienst dieser „problembeiwältigenden“ Motive, besteht ein deutliches Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit oder die Verschlechterung der psychischen Gesundheit. Generell lässt sich feststellen, dass insbesondere Kinder und Jugendliche, die im frühen Jugendalter (12–15 Jahre) mit dem Cannabiskonsum beginnen und diesen regelmäßig fortsetzen, als besonders gefährdet gelten. Mit der Entwicklung eines frühen Cannabismisbrauchs werden wichtige Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz nicht bewältigt, was u.a. die schulische Entwicklung gefährdet.

INFORMATIONSBLATT Cannabis



BERLINER JDH-STUDIE
„JUGEND-DROGEN-HINTERGRÜNDE“

Darüber hinaus zeigt die Berliner JDH-Studie, dass insbesondere die 18- bis 20-Jährigen häufig Bewältigungsmotive für ihren Substanzkonsum angeben. Die meisten problematisch Konsumierenden in dieser Altersgruppe konsumieren regelmäßig Cannabis, seltener andere Substanzen. Diese jungen Erwachsenen müssen ebenfalls als gefährdet angesehen werden. Es ist zu befürchten, dass sie so den Übergang aus Schule und Elternhaus in Ausbildung und Beruf nicht angemessen meistern können.⁶

Gesundheitliche und psychosoziale Auswirkungen des Cannabiskonsums

In einem aktuellen Überblicksartikel von 2014 fasst Wayne Hall, einer der international führenden Cannabisforscher, den aktuellen internationalen Forschungsstand zu den gesundheitlichen Auswirkungen von längerfristigem regelmäßigem Konsum von Cannabis als Rauschdroge zusammen. Er kommt zu folgenden Ergebnissen:

Körperliche Beeinträchtigungen

- Akuter Cannabiskonsum belastet das Herz- und Kreislaufsystem und kann das Herzinfarktrisiko erhöhen.
- Beim Rauchen kann Cannabis Lunge und Atemwege schädigen.

Beeinträchtigung des Lernens, der Konzentration und der Aufmerksamkeit

Akuter Cannabiskonsum führt zu

- einer Verringerung der Aufmerksamkeit,
- einer Beeinträchtigung des Lernens und des Gedächtnisses,
- einer Verlängerung der Reaktionszeit,
- deutlich verminderten Fahrleistungen beim Autofahren, erhöhtem Unfallrisiko.

Langfristiger, regelmäßiger und intensiver Konsum

- kann die kognitiven Leistungen nachhaltig schädigen und
- birgt insbesondere bei jungen Menschen das Risiko für anhaltende Hirnveränderungen.

Psychische und psychosoziale Beeinträchtigungen

Früher Einstieg in den Cannabiskonsum

- kann zu Störungen der psychosozialen Entwicklung und der seelischen Gesundheit führen,
- geht häufig mit dem gleichzeitigen oder späteren Konsum anderer Drogen einher,
- erhöht das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung.

Bei intensivem Cannabiskonsum können Abhängigkeits-symptome entstehen, z.B. Toleranzentwicklung und körperliche Entzugssymptome. Cannabiskonsum erhöht bei vulnerablen Menschen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer schizophrenen Symptomatik.^{7, 8}

Gesetzliche Regelungen

In Deutschland fällt Cannabis unter das Betäubungsmittelgesetz. Laut §29 BtMG sind Anbau, Handel, Besitz und Erwerb verboten. Beim Besitz von sogenannten geringen Mengen zum Eigenkonsum hat die Staatsanwaltschaft gemäß §31a BtMG die Möglichkeit, ein Ermittlungsverfahren einzustellen, wenn keine Gefährdung Anderer besteht. Zur Definition der geringen Menge gelten in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Regelungen. Während in vielen Bundesländern (u.a. in Brandenburg) die „geringe Menge“ auf 6 Gramm begrenzt ist können in Berlin bis zu 15 Gramm Haschisch oder Marihuana als geringe Menge angesehen werden.

Die Polizei leitet jedoch in allen Fällen ein Ermittlungsverfahren ein und es erfolgt eine Meldung an die Führerscheinstelle. Dies kann zur Folge haben, dass den Betroffenen der Führerschein entzogen wird bzw. es Probleme gibt, wenn später ein Führerschein beantragt wird.

Die Staatsanwaltschaft darf das Verfahren auch bei geringen Mengen nicht einstellen, wenn das öffentliche Interesse die Strafverfolgung gebietet. Das ist dann der Fall, wenn:

- Handel betrieben wurde oder
- Betäubungsmittel in einer Weise konsumiert werden, die eine Verführungswirkung auf Kinder oder Jugendliche hat bzw. vor oder in von ihnen genutzten Einrichtungen (Schulen, Jugendfreizeitanstalten), auf Spielplätzen oder auch auf Jugendreisen usw. konsumiert wird.

6 Vgl. Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH (2014): Berliner JDH-Studie. JUGEND – DROGEN – HINTERGRÜNDE. Ergebnisse einer Befragung junger Menschen in Berlin zu Einstellungen und Haltungen zu Drogenkonsum. Berlin.

7 Verletzlich, verwundbar. Gemeint sind Menschen, die z.B. durch genetische Veranlagung eher gefährdet sind, eine Psychose zu entwickeln.

8 Vgl. Hall, W. & Degenhardt, L. (2013): The adverse health effects of chronic cannabis use. In: Drug Testing and Analysis 6 (2014). S. 39–45.

Zur Veranschaulichung ein Beispiel:

Jugendliche über 14 Jahre (also strafmündig) rauchen gemeinsam während der Öffnungszeiten vor der Tür einer Jugendfreizeiteinrichtung (oder einer Schule, einer Jugendwohngemeinschaft, eines Schwimmbades usw.) einen Joint. Kommt es zur Anzeige, wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet. Allein die Tatsache, dass es sich um eine Einrichtung handelt, die von anderen Kindern und Jugendlichen genutzt wird, schließt die Einstellung des Verfahrens aus, da Jugendliche, die noch keine Erfahrungen mit dieser Droge gemacht haben, durch das Cannabisrauchen der anderen verleitet werden könnten, dies ebenfalls zu probieren.

Cannabis als Medizin

Seit 10. März 2017 ist Cannabis als Medikament für Schwerkranke auf Rezept erhältlich. Patient*innen müssen nun keine Ausnahmeerlaubnis mehr beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) einholen, außerdem kommen die Krankenkassen für die Kosten des Medikamentes auf. Dies wurde durch eine Änderung des § 19 BtmG möglich. Etablierte Indikationen für eine Cannabis-gestützte Therapie sind z.B. chronische und neuropathische Schmerzen, Spastiken bei Multipler Sklerose (MS) sowie Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen im Rahmen einer Krebsbehandlung. Die medizinische Verwendung von Cannabis und deren Wirksamkeit ist teilweise noch wenig erforscht und wird durch das neue Gesetz Auftrieb bekommen. So begrüßenswert und hilfreich die Möglichkeit der medizinischen Verschreibung von Cannabis für Patienten ist, sollten die Themen Cannabis als Medizin und Cannabis als Genuss- und Rauschmittel nicht durcheinander gebracht werden.

Die Regulierungsdebatte

In den letzten Jahren ist es international in mehreren Ländern (z.B. USA, Uruguay, Portugal) zu Veränderungen der Rechtslage bezüglich Cannabis gekommen. Generell ist ein Trend zu beobachten, von einer prohibitiven Drogenpolitik (Verbot und Strafe) hin zu Regulierungsmodellen, bei denen Cannabis unter staatlich kontrollierten Bedingungen straffrei erworben werden kann. Die Cannabisdebatte wird nun auch in Deutschland wieder aktiv geführt und durch politische und fachliche Initiativen begleitet. Befürworter*innen der Regulierung bezweifeln, dass das Verbot sich einschränkend auf den Konsum auswirkt und argumentieren darüber hinaus u.a. mit den hohen Kosten der Strafverfolgung und der Stigmatisierung der Konsumierenden. Darüber hinaus birgt ein Erwerb von Cannabis über den Schwarzmarkt zusätzliche Konsumrisiken aufgrund gesundheitsschädlicher Beimengungen und offene gesundheitsbezogene Aufklärung wird durch ein generelles Drogenverbot erschwert.

Auf der anderen Seite steht vor allem die Befürchtung, dass insbesondere Kinder und Jugendliche eine legal erhältliche Substanz für ungefährlich halten könnten und der Konsum von Cannabis noch weiter ansteigen würde.

Es zeigt sich, dass in dieser Debatte zahlreiche Aspekte zu berücksichtigen sind und eine pragmatische und fachlich fundierte Diskussion notwendig ist. Auch braucht es Zeit, Fragen und Problemstellungen, die mit einer Regulierung in Zusammenhang stünden, im Vorfeld zu klären (z.B. Woher würde das zu verkaufende Cannabis bezogen? Wer dürfte unter welchen Bedingungen welche Mengen erwerben?) sowie die gesellschaftliche Akzeptanz für solch eine Gesetzesänderung zu fördern.

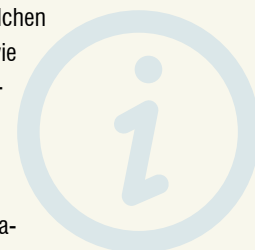
Beratungs- und Hilfeangebote

Die Anzahl der Klient*innen, die wegen eines Cannabisproblems Angebote der ambulanten Suchthilfe aufsuchen, ist seit Erhebungsbeginn 1992 kontinuierlich angestiegen und hat sich in den letzten 10 Jahren nahezu verdreifacht. Der Anteil der Hilfesuchenden in der ambulanten Berliner Suchthilfe mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose lag 2013 mit 19% an dritter Stelle – nach Klient*innen mit alkoholbezogenen (42%) und opiatbezogenen (25%) Diagnosen. Mit einem Verhältnis von 4:1 begeben sich Männer deutlich häufiger in Behandlung als Frauen. Bei rund einem Drittel dieser Hilfesuchenden ist aufgrund der bestehenden Probleme von einem längerfristigen therapeutischen Behandlungsbedarf auszugehen.⁹ Dabei ist die Zunahme der Hilfesuchenden wegen Cannabis in der Suchthilfe weniger mit einer generellen Zunahme von Cannabisproblemen zu erklären, sondern eher mit einem verbesserten Versorgungsangebot für Cannabisklient*innen in der Berliner Suchthilfe, welches sich in den letzten 10 Jahren weiterentwickelt hat, sowie einer gestiegenen Sensibilität in der Bevölkerung.¹⁰

Im Rahmen des Berliner „Netzwerks Frühintervention“ werden Cannabiskonsument*innen mit speziellen Programmen (z.B. „FreD“, „Realize it“, „Quit the shit“) gezielt angesprochen, um sie möglichst früh zu erreichen. Ausgehend von diesen Beratungsangeboten werden Konsumierende mit Abhängigkeitsproblemen in längerfristige ambulante oder stationäre Entwöhnungsan-

9 Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2014): Suchthilfe-statistik 2013. Jahresbericht zur aktuellen Situation der Suchthilfe in Berlin. Berlin.

10 Vgl. Kraus, L. et al. (2014): Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin. München: Institut für Therapieforchung.



gebote vermittelt. Ebenso finden heute im Vorfeld von Entwöhnungsbehandlungen mehr stationäre Entzugsbehandlungen statt als noch in den 90er Jahren. In Berlin hat sich das Miteinander von spezialisierten Therapieangeboten für Cannabisabhängige (z.B. im Therapieladen e.V.) als auch von suchtmittelübergreifenden Therapieangeboten bewährt.

Cannabisabhängigkeit steht oft im (wechselseitigen) Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen (komorbiden Störungen). Dieser Aspekt findet zunehmend Berücksichtigung in den therapeutischen Behandlungskonzepten im Sinne einer integrativen störungsspezifischen Behandlung sowohl im Rahmen von Entwöhnungsbehandlung (z.B. „Double Trouble“) als auch im Kontext psychiatrischer Behandlung, wie z.B. im Projekt: „FRITZ“ am Urban des Vivantes Klinikum in Kreuzberg oder im Kooperationsprojekt Drug Stop (Karuna e.V.) mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie Vivantes Klinikum in Friedrichshain.

Insgesamt werden minderjährige Cannabisklient*innen vom Suchthilfesystem noch zu wenig bzw. zu spät erreicht, denn zwischen Störungs- und Betreuungsbeginn liegen ca. 8 Jahre.¹¹ Dies steht auch im Zusammenhang mit Zuständigkeitsfragen in der Versorgung (Jugendhilfe/Suchthilfe). Im therapeutischen Umgang mit Cannabis konsumierenden Jugendlichen besteht noch ein deutlicher Verbesserungsbedarf. Die Zugänge von minderjährigen Jugendlichen in Beratungs- und Therapieangebote erfordern eine intensive, multidisziplinäre Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfesystemen. Hier sind insbesondere Jugendhilfe, Suchthilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule gefragt.

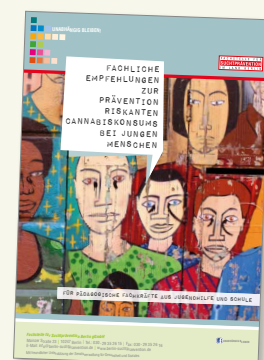
Eine weitere Herausforderung besteht in der Notwendigkeit eines systematischen und aktiven Einbezuges von Eltern oder anderer Bezugspersonen in Beratung und Behandlung, will man Jugendliche mit Cannabisproblemen effektiv unterstützen und behandeln. Hierfür muss sowohl die strukturelle Zusammenarbeit verschiedener Hilfesysteme verbessert werden als auch eine stärker familienorientierte Ausrichtung von Konzepten etabliert werden,

da diese international als „Best Practice“ Methoden die höchste Wirksamkeit haben.¹²

Die Drogenberatungsstellen informieren und beraten zu den verschiedensten therapeutischen Angeboten (ambulant und stationär) in Berlin und darüber hinaus. Eine aktuelle Adressliste der Berliner Sucht- und Drogenberatungsstellen finden Sie unter dem Menüpunkt „Informationen“ bei „Unterstützung und Hilfe“ auf www.berlin-suchtpraevention.de. Nähere Informationen zu den Frühinterventionsangeboten finden Sie auf www.netzwerk-fruehintervention.de.

Prävention

Angesichts der bevölkerungsrelevanten Verbreitung von Cannabis und der beschriebenen Konsumrisiken ist der Prävention eine besondere Wichtigkeit beizumessen. Die Auseinandersetzung mit jungen Menschen und die Förderung von Rausch- und Risikokompetenz gelingt nur mit einem Maßnahmenbündel, dass in den Settings und Lebenswelten regelhaft verortet sein muss. Zur Prävention von riskantem Cannabiskonsum gibt es zahlreiche Informationsmaterialien (auch online), interaktive Methoden und Angebote, wie z.B. Mitmach-Parcours für Jugendliche, Elternkurse und Fachkräfteschulungen. Diese sind übersichtlich und zielgruppenspezifisch in den „Fachlichen Empfehlungen zur Prävention riskanten Cannabiskonsums bei jungen Menschen“ der Fachstelle für Suchtprävention Berlin veröffentlicht.



FACHLICHE EMPFEHLUNGEN ZUR PRÄVENTION RISKANTEN CANNABISKONSUMS BEI JUNGEN MENSCHEN

Gerne können Sie sich persönlich an uns wenden.

Fachstelle für Suchtprävention Berlin

Chausseestraße 128/129 | 10115 Berlin

Tel.: 030-29 35 26 15 | Fax: 030-29 35 26 16

Email info@berlin-suchtpraevention.de | www.berlin-suchtpraevention.de

¹¹ Brand, H. et al. (2016): Cannabisbezogene Störungen in der Suchthilfe: Inanspruchnahme, Klientel und Behandlungserfolg. In: Sucht 62 (1). S. 9–11.

¹² Vgl. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2014): Multidimensional family therapy for adolescent drug users. a systematic review. Luxembourg: Publications office of the European Union.