

Cannabiskonsum in der EU : ein Überblick

Autor(en): **Simon, Roland / Hughes, Brendan / Klempova, Danica**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **34 (2008)**

Heft 5

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800677>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Cannabiskonsum in der EU – Ein Überblick

Auf der Grundlage der Informationen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht EBDD wird Ausmass und Umfeld des Cannabiskonsums in Europa betrachtet. Daneben wird eine Übersicht über die politischen Massnahmen gegeben, die hierzu auf nationaler und internationaler Ebene getroffen wurden. Rechtlichen Aspekten wird dabei besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

ROLAND SIMON*
BRENDAN HUGHES**
DANICA KLEMPOVA***

Cannabis ist heute die am weitesten verbreitete illegale Droge in Europa. Die Substanz ist seit den 60er Jahren in vielen Teilen der Welt auf dem Vormarsch und hat in Europa in den letzten 10 bis

15 Jahren auch die breite Bevölkerung erreicht.¹ Aus einer Randerscheinung der Gesellschaft wurde ein Phänomen, das vielen Europäern alltäglich wurde und Costes sprach 2007 etwas provokativ von einer «Normalisierung» des Cannabiskonsums in Frankreich.² Trotz oder vielleicht auch gerade wegen dieser weiten Verbreitung scheiden sich immer noch die Geister an der Frage, wie mit dieser Substanz umgegangen werden soll: Soll der Konsum für Erwachsene straffrei sein? Welche gesundheitlichen Folgeschäden sind zu befürchten? Welche Hilfen sind für CannabiskonsumInnen notwendig? Gesellschaft und Politik sind gefordert, hierzu Antworten zu finden.

Der vorliegende Artikel gibt auf der Grundlage der Informationen und Berichte der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht*, EBDD³ einen Überblick über die epidemiologische Lage, die rechtliche Situation und aktuelle politische Tendenzen im Umgang mit Cannabis in Europa.⁴ Aktuelle Daten finden sich im *Statistical Bulletin*,⁵ Informationen zur Rechtslage in der Europäischen Datenbank zum Drogenrecht.⁶ Die Aussagen basieren im Wesentlichen auf den Informationen aus den Europäischen Mitgliedsstaaten und Norwegen, die in der EBDD vertreten sind. Obwohl ein grosser Teil der politischen Aktivitäten im Umgang mit Drogen die kommunale Ebene betreffen, konzentriert sich dieser Artikel aus Gründen der Übersichtlichkeit und der Datenlage darauf, ein nationales Bild zu vermitteln.

Cannabiskonsum

Erfahrung mit Cannabis (Konsum im Lebenszeitraum) haben rund 70 Millionen EuropäerInnen (aus den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und Norwegen) im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, was einem Bevölkerungs-

anteil von 22% entspricht. Allerdings variiert die Situation zwischen den Mitgliedsstaaten erheblich. Während Bevölkerungsumfragen für Rumänien, Malta oder Bulgarien Werte unter 5% berichten, haben in Grossbritannien, Frankreich und Dänemark etwa 30% dieser Altersgruppe Erfahrungen mit Cannabis. In den meisten Ländern liegt der Anteil zwischen 10 und 25%. Der Anteil der Cannabiserfahrenen in der Altersgruppe von 15 bis 34 Jahren liegt in Europa bei rund 30%. Die meisten Länder weisen Werte zwischen 20 und 40% auf, die höchste Prävalenz liegt bei knapp 50%.

Während der Konsum im Lebenszeitraum die Verbreitung von Cannabis in der Bevölkerung zeigt, ist dieser Indikator nicht zur Beschreibung der aktuellen Konsumsituation geeignet, da der letzte Konsum vor allem bei älteren Befragten ja schon Jahre zurück liegen kann. Besser geeignet ist hierzu die Prävalenz des (aktuellen) Konsums in den letzten 12 Monaten. Etwa 7% der EuropäerInnen von 15 bis 64 haben in diesem Zeitraum Cannabis konsumiert, was einer Zahl von 23 Millionen Menschen entspricht. Die Variationsbreite zwischen den Ländern ist auch hier erheblich. Während Malta, Bulgarien oder Griechenland nur Werte um 1% berichten, liegt der Anteil im Vereinigten Königreich, Tschechien, Spanien und Italien bei 9% und mehr. In den meisten Ländern liegt dieser Wert zwischen 4 und 9%. Im Vergleich zu den Prävalenzen in den Vereinigten Staaten (10%), Canada (14%) oder Australien (11%) sind die europäischen Werte insgesamt niedriger, wobei einzelne Länder (zum Beispiel Italien, Spanien oder Tschechien) jedoch gleich hohe oder höhere Prävalenzen aufweisen.

In der Altersgruppe von 15 bis 34 liegt der Anteil aktueller KonsumentInnen bei 13%. Damit gehören 18 Millionen der genannten Gesamtzahl

* Roland Simon, Head of Unit Intervention, Law and Policies, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht EBDD, Rua da Cruz de Santa Apollonia 23-25, 1149-045 Lissabon, E-Mail: roland.simon@emcdda.europa.eu.

** Brendan Hughes, LLM; Senior Scientific Analyst – National Legislation, EBDD, E-Mail: brendan.hughes@emcdda.europa.eu.

*** Danica Klempova, Scientific Analyst – Intensive, problem, and polydrug use, EBDD, E-Mail: danica.klempova@emcdda.europa.eu.

von 23 Millionen aktuellen CannabiskonsumentInnen in Europa dieser Altersgruppe an. Im Vergleich zu 22% (Vereinigte Staaten), 20% (Australien) und 28% (Canada) liegt auch hier der europäische Durchschnitt zwar vergleichsweise etwas niedriger. Dies gilt jedoch nicht für einzelne Länder wie Tschechien, Frankreich, Spanien oder Grossbritannien, wo aktueller Cannabiskonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen etwa ebenso verbreitet ist wie in Australien, Canada oder den USA. Aktuelle Daten für die Schweiz stellt Hermann Fahrenkrug in dieser Ausgabe vor.

Die kontinuierliche Zunahme der Prävalenz des aktuellen Cannabiskonsums, die während der letzten Jahrzehnte in praktisch allen Staaten Europas festgestellt wurde, hat sich allerdings in den letzten Jahren verlangsamt. In einigen Fällen ist der Cannabiskonsum in den jüngsten erfassten Alterskohorten sogar erstmalig niedriger ausgefallen als in den Jahren zuvor. Damit zeichnet sich an einigen Stellen möglicherweise eine Trendwende ab, die allerdings auf einem hohen Niveau stattfindet.

Intensiver und problematischer Konsum von Cannabis

Gemessen an der Zahl aktueller KonsumentInnen ist die Zahl der Personen,

die wegen eines primären Cannabisproblems spezialisierte Hilfe in Beratungsstellen suchen, relativ gering. Legt man europäische Daten zu Grunde, so nehmen pro Jahr weniger als 5% dieser Personen die professionelle Hilfe ambulanter Beratungsstellen wahr, während mehr als ein Drittel aller Opiatabhängigen in Betreuung sind. Dies macht deutlich, dass bei Cannabis noch stärker als bei anderen Substanzen gilt, dass Konsum nicht automatisch Behandlung nach sich zieht. Dabei spielt einerseits eine Rolle, dass CannabiskonsumentInnen ihren Konsum nicht als problematisch erleben, andererseits können aber auch die Behandlungsangebote als ungeeignet wahrgenommen werden.

Während in den 80er und 90er Jahren Cannabis auch von Suchtfachleuten häufig nicht als ein Problem eingeschätzt wurde, findet sich heute oft eine kritischere Sichtweise. Grundlegende Erkenntnisse der Neuroanatomie, die spezielle Cannabisrezeptoren im Gehirn fand,⁷ ebenso wie der Nachweis von Abhängigkeit als Folge des Cannabiskonsums spielten dabei eine wichtige Rolle. In den letzten 10 Jahren sind hierzu eine Reihe von ausgezeichneten Übersichtsarbeiten erschienen.⁸ Die EBDD hat kürzlich einen Reader zum Thema Cannabis herausgebracht.⁹ Durchgängig wird dabei auf die Bedeutung von Konsumintensität, Dauer,

Alter bei Konsumbeginn, Beikonsum anderer legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen und das Vorliegen weiterer psychischer Probleme hingewiesen, wenn es um die Entwicklung negativer Folgen des Konsums geht.¹⁰ Die Beobachtung des Konsumverhaltens hat sich parallel zu dieser Diskussion weiter entwickelt. Umfragen haben in den letzten Jahren Begriffe wie «regelmässig», «intensiv», «wiederholt» verwendet, um problematischere Formen des Konsums und damit gezielter Risikogruppen zu beschreiben.¹¹ Da diese Parameter bisher jedoch nicht vereinheitlicht sind, fehlt ein europäischer Kennwert. Stattdessen berichten wir im Folgenden über Einzelergebnisse aus verschiedenen Studien, die Anhaltspunkte für problematischere Formen des Konsums liefern können.

Intensiver Konsum

Konsum an 20 oder mehr Tagen innerhalb der letzten 30 Tage wird als ein Indikator des intensiven Konsums von Cannabis verwendet, der hoch mit der klinischen Diagnose von Cannabisabhängigkeit korreliert.¹² Allerdings wird dieser Parameter nicht in allen Umfragen erhoben, so dass man hier auf eine etwas ältere Studie zurückgreifen muss.¹³ In dieser berichteten acht Länder, dass rund ein Drittel der



Personen, die im letzten Monat Cannabis konsumiert hatten, dies täglich oder fast täglich taten. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung entspricht dies einer Prävalenz von 1% der erwachsenen EU-Bevölkerung, was für die EU insgesamt rund 3 Millionen Personen entspricht. In den einzelnen Ländern liegt der Anteil dabei zwischen 0,5 und 2,3%, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15-34 Jahre) zwischen 0,9 und 3,7%. Obwohl es eine deutliche positive Korrelation zwischen Konsummusterintensität und -dauer und der Entwicklung einer Abhängigkeit gibt, ist auch täglicher Konsum nicht automatisch gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer klinischen Störung im Sinne von ICD oder DSM.

Abhängiger Konsum

Grundsätzlich können Daten aus Umfragen zur Schätzung des Umfangs von Cannabisstörungen verwendet werden.¹⁴ Im Detail sind jedoch eine Vielzahl von Einschränkungen bei der Interpretation nötig, da es sich dabei im Prinzip um klinische Konzepte handelt. Zudem gibt es möglicherweise tendenziell eine Überschätzung der Prävalenz in der jüngeren Altersgruppe bei der Verwendung der gleichen Instrumente zur Messung von Abhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen.¹⁵

Umfragen, die in den Mitgliedsstaaten der EU in den Jahren 1990 bis 2002 durchgeführt wurden, fanden Anzeichen für das Vorliegen einer Cannabisabhängigkeit in den letzten 12 Monaten bei 0,3 bis 2,9% der erwachsenen Bevölkerung und gleich grosse bzw. grössere Anteile von Menschen mit Missbrauch oder schädlichem Gebrauch der Substanz. Die höchsten Schätzungen ergaben sich dabei in der Altersgruppe 18 bis 25 Jahre.¹⁶

Vergleichszahlen aus den Vereinigten Staaten können dem gegenübergestellt werden, ohne allerdings einen direkten Vergleich anzustellen. Hier erfüllten 1,8% der Personen im Alter von 12 und mehr Jahren innerhalb der letzten 12 Monate die Kriterien einer Abhängigkeit bzw. eines Missbrauchs von Cannabis.¹⁷ Der Anteil in der Altersgruppe von 18 bis 25 Jahren lag bei 5,9%. In dieser Studie erfüllten knapp 17% der aktuellen Cannabiskonsumenden die Kriterien einer Abhängigkeit bzw. eines Missbrauchs.

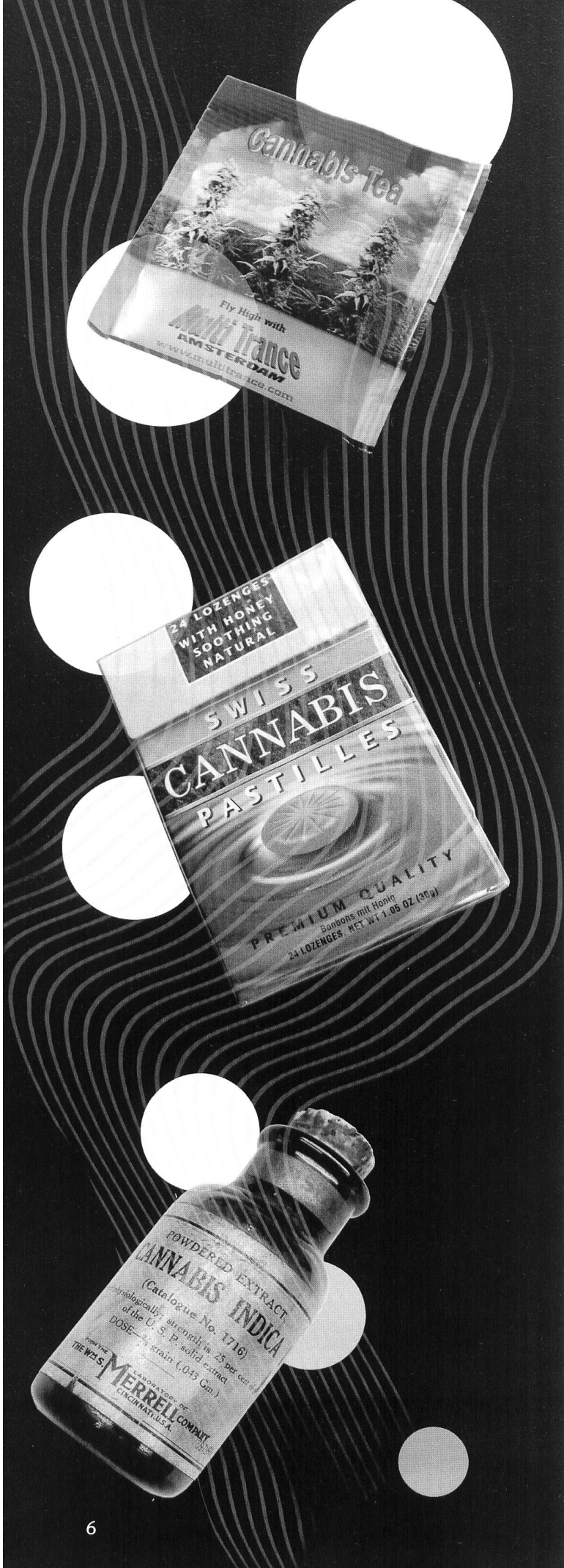
Polyvalenter Konsum

Der Cannabiskonsum ist in der Bevölkerung erheblich weiter verbreitet als der Konsum jeder anderen illegalen Substanz. Entsprechend hoch ist der Anteil der Cannabiskonsumenden, die keine weitere illegale Substanz ge-

brauchen. Auf der anderen Seite tritt Cannabis bei praktisch allen KonsumentInnen anderer illegaler Stoffe von Amphetaminen bis Heroin im Beikonsum auf und wird häufig nach Konsum stimulierender Substanzen zur Regulierung des psychischen Zustandes (Entspannung, Schlafinduktion) verwendet. Während das Risikoprofil bei Cannabiskonsumenden mit steigender Zahl zusätzlich verwendeter Drogen generell problematischer wird, erhöht Cannabis im Beikonsum zu Heroin oder Kokain die akuten Risiken offensichtlich nicht wesentlich. Bei Personen, die wegen eines primären Cannabisproblems in ambulanter Behandlung sind, steht neben einer reinen Cannabisproblematik jedoch eine Kombination mit Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit an zweiter Stelle.¹⁸

Drogenpolitik muss im Umgang mit Cannabisproblemen also recht verschieden geartete und unterschiedlich grosse Personengruppen berücksichtigen: europaweit 70 Millionen Menschen, die irgendwann einmal Erfahrungen mit der Substanz gemacht haben; 23 Millionen, die dies im letzten Jahr getan haben; 3 Millionen täglich Konsumierende und eine Zahl von Personen mit Cannabisstörungen im engeren Sinn in etwa der gleichen Grössenordnung. Während die Absolutzahlen aus den genannten Gründen nicht als exakte





Messwerte betrachtet werden können, sind die Relationen zwischen diesen verschiedenen Zielgruppen politischer Ansätze dennoch von grosser Bedeutung.

Politische Ansätze im Umgang mit Cannabis

Drogenpolitik umfasst im Sinne des heute in Europa vorherrschenden ausgewogenen Ansatzes Prävention, Behandlung, Schadensminimierung und Strafverfolgung. Die aktuelle EU-Drogenstrategie und der EU-Drogenaktionsplan machen dies deutlich. Sie äussern sich in Programmen und Aktionsplänen, in der finanziellen Förderung von Projekten und Massnahmen sowie in gesetzgeberischen Massnahmen, die im Rahmen der bestehenden internationalen Konventionen vor allem auf der nationalen Ebene stattfinden.

Die politische Diskussion der 80er und 90er Jahre betrachtete Cannabis vor allem unter den Aspekten der Nutzung als Medikament und der Legalisierung bzw. Entkriminalisierung. In den Jahren nach 2000 änderte sich jedoch dieser Trend. Gesetzesvorschläge für die Legalisierung von Cannabis, die in Belgien, Dänemark und einigen Stadträten der Niederlande vorgelegt wurden, stiessen auf heftigen öffentlichen Widerstand der meisten Parlamentsmitglieder und MinisterInnen. In Frankreich wurde ein Vorschlag, Drogenkonsum statt mit Gefängnisstrafen mit Geldbussen zu ahnden, fallen gelassen, da man «einen erneuten Anstieg des Konsums und ein sinkendes Einstiegsalter» befürchtete.¹⁹

In den letzten Jahren hat, wie sich in diesen Beispielen zeigt, offensichtlich eine Veränderung in der politischen Bewertung von Cannabis stattgefunden. Bisher steht eine fundierte wissenschaftliche Analyse dieses Phänomens aus. Im Folgenden sollen aber einige Fakten dargestellt werden, die Trends in relevanten Teilaspekten abbilden und somit Hinweise zu diesem Thema liefern können. An Hand von Programmen, Projekten und der Entwicklung des nationalen Rechts wird beschrieben, wie sich die Drogenpolitik in Bezug auf Cannabis entwickelt hat. Diese deskriptive Darstellung erhebt jedoch nicht den Anspruch, ein vollständiges Bild der Bemühungen und Veränderungen in den Mitgliedsstaaten zu zeichnen. Insbesondere sind zahlreiche regionale und lokale Aktivitäten aus einer europäischen Perspektive bisher kaum erfasst.

Programme und Aktionspläne

Spezielle politische Programme zum Umgang mit Cannabis sind in Europa kaum zu finden. Vielmehr ist Cannabis, ebenso wie andere Substanzen, Gegenstand der bestehenden Aktionspläne und Strategien, welche inzwischen fast alle Mitgliedsstaaten besitzen. Punkte dieser Programme, die Cannabis in besonderer Weise betreffen, sind die Entwicklung von Massnahmen zur Frühintervention, zur Differenzierung von Behandlungsmassnahmen für unterschiedliche Personengruppen sowie zur Differenzierung strafrechtlicher Massnahmen entsprechend der Risiken des Konsums für den Konsumenten oder die Konsumentin selbst und für andere. Die europäische Drogenstrategie und der Aktionsplan, auf welche sich die meisten nationalen Strategien beziehen, enthalten diese Elemente ebenfalls.

Projekte und Massnahmen

Neubewertung der Risiken

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Physiologie des Cannabiskonsums²⁰ und die in vielen Ländern steigende Zahl von KlientInnen mit primären Cannabisproblemen in Suchtberatungen gingen Ende der 90er Jahre einher mit einer grösseren Aufmerksamkeit von Öffentlichkeit und Politik für Cannabis und seine Risiken. Während in den 25 Jahren von 1972 bis 1997 nur zwei Regierungen weltweit Übersichtsarbeiten zur Cannabiskontrolle in Auftrag gegeben hatten, wurden in den darauf folgenden Jahren von 1998 bis 2005 acht solcher Berichte im Auftrag von sechs Ländern herausgegeben.²¹ Eine internationale Arbeit im Auftrag von Belgien, Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz erschien im Jahr 2002.²² Cannabis wurde dabei durchgängig als «nicht harmlos» eingestuft, ohne dass die Gefahren dramatisiert wurden. Ein – methodisch allerdings problematischer – Versuch, Cannabis im Vergleich zu anderen psychoaktiven Substanzen einzustufen, ergab im Expertenurteile ein Risikopotential, das ähnlich hoch wie für Alkohol eingeschätzt wurde.²³

DrogenpolitikerInnen reagierten auf diese Ergebnisse und die öffentliche Diskussion, indem sie in vielen Ländern Cannabis zum Thema von Präventionsmassnahmen, ExpertInnentagungen und Studien machten. Eine zentrale Frage war dabei, welche Hilfeangebote sinnvoll und notwendig wären und inwiefern die vorhandenen Angebote dem Bedarf entsprachen. Parallel zur Einsschätzung der Risiken veränderte sich aber auch die rechtliche Bewertung von Cannabis.

Entwicklung von Hilfeangeboten

Die Behandlung von Menschen, bei denen Cannabis im Vordergrund ihrer Drogenproblematik steht, war relativ lange kein sonderlich beachtetes Thema in Wissenschaft und Praxis. Mit der Neubewertung der Risiken und dem deutlichen Anstieg der Behandlungsnachfrage hat sich das geändert. Zu den neuen CannabisklientInnen, die im Mittel im Alter von etwa Anfang 20 in die Beratungsstellen kamen, passten die ambulanten Beratungsstellen, die sich in Westeuropa seit 1970 zunehmend auf Opiatabhängige spezia-

liert hatten, nicht perfekt. Nationalen Berichten zufolge gab es 2006 in nur 13 Mitgliedstaaten spezialisierte Behandlungseinrichtungen für problematische CannabiskonsumentInnen.²⁴ Neben anderen Ländern reagierte auch Frankreich auf diesen Mangel und bietet seit dem Jahr 2005 in 250 Cannabisberatungszentren spezialisierte Dienstleistungen für diese Klientel an, die gegenwärtig jeden Monat von schätzungsweise 2900 PatientInnen aufgesucht werden.²⁵

Neben einer Neuorganisation der Angebote (getrennte Einrichtungen für OpiatklientInnen und CannabisklientInnen, andere Öffnungszeiten), wurden in einigen Ländern Mittel zur Verfügung gestellt, um Behandlungsprogramme speziell für diese Klientengruppe zu entwickeln.

Im Projekt INCANT arbeiten mit Förderung durch die nationalen Regierungen von Belgien, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz Einrichtungen und ForscherInnen zusammen, um ein amerikanisches Behandlungskonzept der multidimensionalen Familientherapie MDFT für CannabiskonsumentInnen an europäische Bedürfnisse anzupassen.²⁶ Nach einer positiven Evaluierung der Pilotphase²⁷ wurde das Projekt zu einer multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie ausgeweitet und befindet sich derzeit in der Hauptphase. In Deutschland wurde mit öffentlicher Finanzierung das Project «CANDIS» für Menschen mit Cannabisproblemen im Alter von Anfang 20+ entwickelt, das derzeit evaluiert wird.²⁸

Öffentliche Mittel wurden auch zur Förderung innovativer Projekte verwendet, um CannabiskonsumentInnen besser zu erreichen. Internetbasierte Angebote ermöglichen es, den aktuellen Konsum zu bewerten und eine Selbsteinschätzung vorzunehmen. Im deutschen Projekt «Quit the Shit» wird direkt im Anschluss daran eine internetbasierte Beratung angeboten.²⁹ Das dänische Projekt SMASH zielt darauf ab, die schädlichen Auswirkungen des Cannabiskonsums einzudämmen, Informationen zu vermitteln und junge Menschen beim Ausstieg aus dem Cannabiskonsum zu unterstützen. Es basiert auf der Bestellung von zwei SMS-Paketen. Weitere Projekte aus diesem Bereich wurden in den Niederlanden gefördert und befinden sich zurzeit im Aufbau.

Rechtslage

Die Betäubungsmittelgesetze in der Europäischen Union haben ihren Ursprung in den drei Konventionen der Vereinten Nationen von 1961, 1971 und 1988, welche Betäubungsmittel nach ihrer Gefährlichkeit klassifizieren. Bei der Umsetzung der Abkommen bestehen jedoch deutliche nationale Unterschiede in den verwendeten Klassifikationssystemen und rechtlichen Normen. Neben den gesundheitlichen Aspekten ist in den letzten Jahren auch Cannabis im Strassenverkehr thematisiert worden, was eine Änderung der Gesetze zur Folge hatte. Alle EU Mitgliedsstaaten gehören zu den Unterzeichnern der drei Konventionen.

Internationales Recht

Unter dem 1961 eingeführten System wurde Cannabis in der Tabelle IV aufgenommen und ist damit eine von 15 Substanzen, die in dem jährlichen Bericht von der Internationalen Drogenkontrollbehörde der UNO INCB³⁰ als besonders riskant in Hinblick auf Missbrauch und schädliche Wirkungen eingestuft wurden. Diese Klassifizierung erlaubt den Unterzeichnerstaaten alle Kontrollmassnahmen einschliesslich eines Nutzungsverbots. Die Länder besitzen dennoch gewisse Ermessensfreiheit bei der Umsetzung des Abkommens in nationales Recht. So gilt ein Vorbehalt der verfassungsrechtlichen Bestimmungen (Artikel 36.1, 1961 «Single Convention on narcotic drugs») und ein Vorbehalt der Grundzüge nationaler Rechtsordnung (Artikel 3, Absatz 2, 1988 UN «Convention against illicit trafficking in narcotic drugs and psychotropic substances»). Aus diesem Grund empfiehlt das Einheitsabkommen von 1961 zwar, die strengsten Kontrollsysteme in Bezug auf Cannabis anzuwenden, es lässt aber eine gewisse Flexibilität bei der Auslegung der Notwendigkeit und Form solcher Kontrollen.

In der «Convention on psychotropic substances» von 1971 wird Tetrahydrocannabinol THC, der psychoaktive Hauptwirkstoff von Cannabis, in der ersten von vier Tabellen aufgelistet. Damit ist sein Gebrauch abgesehen von wissenschaftlichen und sehr beschränkten medizinischen Anwendungen verboten. Delta-9-THC, der aktive Hauptbestandteil von Cannabis (Dronabinol), wird in der Tabelle II aufge-

listet; auch hier wird das Risiko für die öffentliche Gesundheit als «erheblich» betrachtet.

Das Expertenkomitee der Weltgesundheitsorganisation hat im Jahre 2003 eine Umstufung von Delta-9-THC in die Klasse IV der Konvention von 1971 empfohlen. Nachdem keine weiteren Massnahmen ergriffen wurden, empfahl die gleiche Kommission 2006 eine Umstufung in die Klasse III, da Dronabinol vom Risiko her unterschiedlich zu Cannabis bewertet wurde und über einen moderaten therapeutischen Nutzen verfügt. Eine Umstufung des aktiven Grundbestandteils könnte wichtige Folgen für die allgemeine Klassifizierung von Cannabis und für Kontrollanforderungen bezüglich Cannabis weltweit haben. Im März 2007 haben die Mitglieder der Betäubungsmittelkommission der UNO CND eine solche Entscheidung verschoben, bis schlüssigere Beweise vorliegen.

Nationales Recht

Die Bandbreite der Gesetze und Richtlinien, die in der EU zur Klassifikation von Cannabis verwendet werden, spiegelt sowohl die strikten Anforderungen der UN-Konventionen wider wie auch den Handlungsspielraum bei der Umsetzung. Es finden sich vier Ansät-

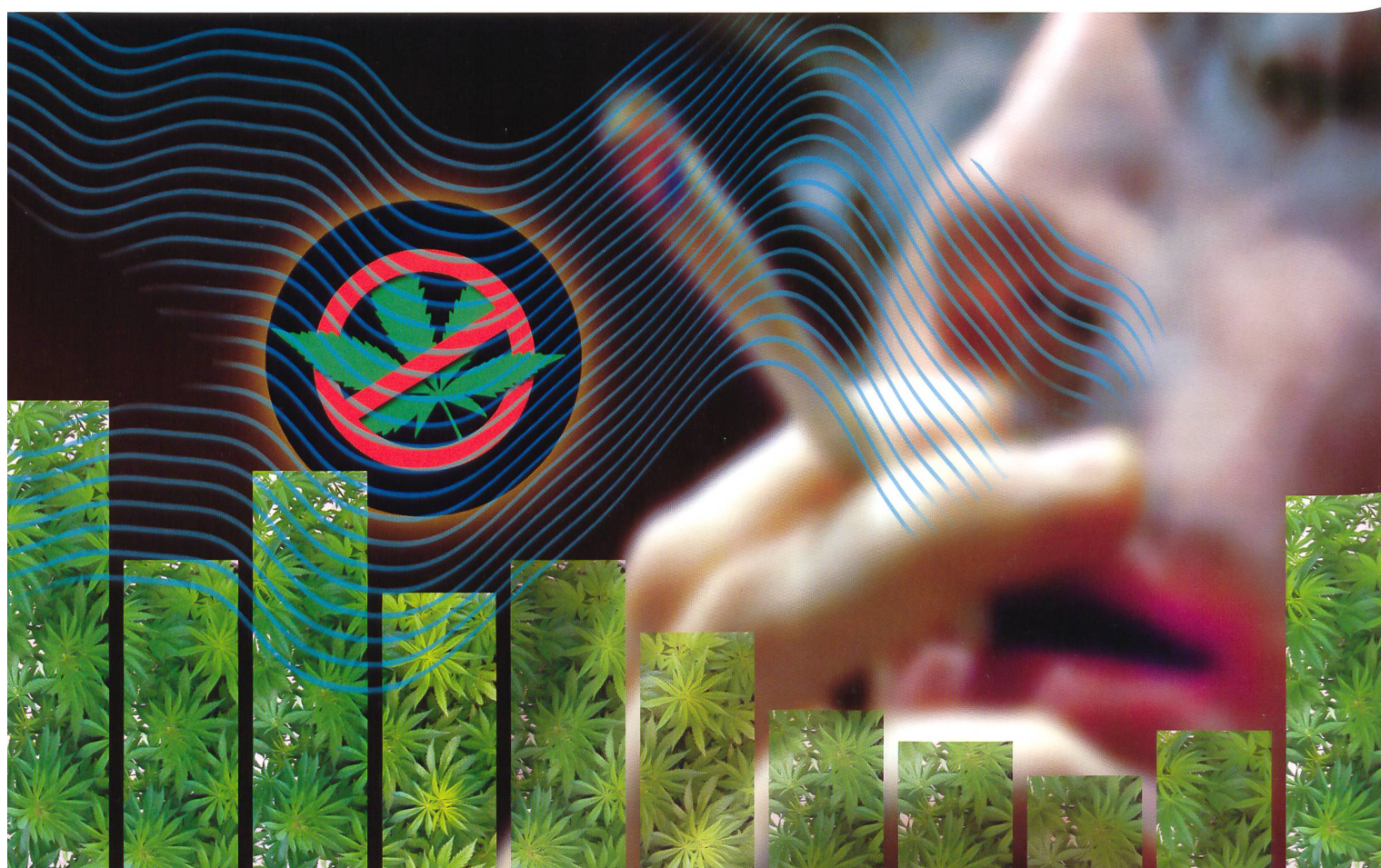
ze in den einzelnen Ländern, Cannabis rechtlich in besonderer Weise zu handhaben.

- **Drogenlisten in Gesetzen bestimmen unterschiedliche Strafmassnahmen.** In einigen Ländern wird Cannabis unter den Drogen aufgeführt, für die *nicht* die strengsten Strafen gefordert werden. Dies gilt z. B. in Zypern, den Niederlanden, Rumänien und im Vereinigten Königreich. Keine andere der Substanzen, die in der Klasse IV der Konvention von 1961 erhalten sind, erfährt diese Sonderbehandlung.
- **Spezielle Ausnahmeregelungen** für eine weniger strenge Strafverfolgungen von Cannabisverstössen gibt es zum Beispiel in Irland, Belgien und Luxemburg.
- **Richtlinien zur Strafverfolgung oder juristische Präzedenzfälle** legen bei der Strafverfolgung nahe, weniger strikte Massnahmen bei Cannabisbesitz zum Eigenverbrauch zu treffen. Dies findet sich zum Beispiel in Deutschland.
- **Generelles Ermessen der Strafverfolgungsbehörde oder des Richters** erlaubt es in der Regel, die Art der Substanz (ebenso wie die Menge, Vorstrafen und andere Umstände) zu berücksichtigen.

Ingesamt zeigt sich, dass trotz der Klassifizierung von Cannabis als eine der gefährlichsten Substanzen und der Empfehlung entsprechend strenger Kontrollen im internationalen Recht, diese Forderung von den nationalen Strafjustizsysteme «de jure» oder «de facto» nicht immer in dieser Weise umgesetzt wird. Das dürfte auch unterschiedliche politische Bewertungen von Cannabis widerspiegeln.

Besitz kleiner Mengen

In vielen europäischen Ländern ist der Besitz von kleinen Mengen Cannabis zum Eigengebrauch – soweit keine erschwerende Umstände hinzukommen – eine Straftat, die mit Bussgeld oder dem Entzug bestimmter Rechte (z. B. Führerschein) verbunden ist, ohne zu einer Gefängnisstrafe zu führen. Viele Drogenpolitiken tendieren dazu, der Strafverfolgung in solchen Fällen die niedrigste Priorität einzuräumen.³¹ Neuere Beispiele hierzu finden sich in einer Reihe von Ländern: Abschaffung der Gefängnisstrafe für nicht problematischen Eigenverbrauch von Cannabis und Cannabisbesitz in Luxemburg im Jahre 2001, einfache Polizeimeldung mit Geldstrafe für solchen Besitz in Belgien 2003, Neuordnung von Cannabi-



bis von Klasse B zur (weniger riskanten) Klasse C im Vereinigten Königreich im Jahre 2004. Wenn es sich bei den KonsumentInnen um Jugendliche oder junge Erwachsene handelt, fordern Verfolgungs- und Polizeirichtlinien in Belgien und im Vereinigten Königreich jedoch spezielle Massnahmen. Gleiches gilt, wenn Cannabis an öffentlichen Orten oder in der Nähe von Schulen oder Kindern geraucht wird, so dass eine Gefährdung Dritter nicht ausgeschlossen werden kann.

Allerdings weisen diese Entwicklungen nicht überall in die gleiche Richtung und es finden sich auch Warnungen vor einem zu nachsichtigen Umgang mit Cannabis. So wurden im Jahr 2004 in Dänemark die AnklägerInnen in einer Richtlinie darauf hingewiesen, dass im Normalfall bei Cannabisbesitz für Eigenverbrauch Bussgeld verhängt, nicht – wie zuvor – nur eine Verwarnung ausgesprochen werden sollte. In Italien hat ein Gesetz von 2006 die rechtliche Unterscheidung zwischen Cannabis und anderen Drogen im Gesetz abgeschafft und damit die Einschätzung unterstrichen, dass alle Drogen gefährlich sind. 2005 hat die Regierung in Frankreich den Vorschlag, Geldbussen statt Strafmassnahmen für Cannabiskonsum einzuführen, mit der Begründung abgelehnt, dass dies als Anerkennung der «schwachen Gefährlichkeit» von Cannabis interpretiert werden könnte. 2008 hat der britische Innenminister angekündigt, dass Cannabis angesichts des wachsenden THC-Gehalts und der Bedenken bezüglich der psychischen Gesundheit wieder in die Klasse B gestuft werden soll.

Trends in der Strafverfolgung von Cannabisdelikten

Obwohl in Strategien und Aktionsplänen häufig der Schwerpunkt der Strafverfolgung auf Handel und Schmuggel gelegt wird, zeigt sich in den Statistiken der Strafverfolgung diese Prioritätensetzung nur bedingt. Insgesamt ist die Gesamtzahl der Cannabisdelikte von 2001 bis 2006 um 34% gestiegen und auch der Anteil der Konsumdelikte ist wider Erwarten nicht gesunken. Die Intensität der Massnahmen der Strafverfolgungsbehörden bleibt dabei aber oft unklar und Statistiken über die Einstellung von Strafverfahren sind nur begrenzt verfügbar.³² Aktuelle Datenerhebungen in den nationalen Knotenpunkten der

EBDD werden hierzu im nächsten Jahr voraussichtlich mehr Details liefern.

Weitere Aspekte

Eine Unterscheidung zwischen problematischem und nicht problematischem Cannabiskonsum wird nur in wenigen Gesetzen der EU-Länder gemacht. Das belgische Gesetz von 2003 sieht vor, dass in Fällen von Eigengebrauch mit Anzeichen eines «problematischen» Konsums neben der Meldung bei der Polizei dem Straftäter oder der Straftäterin auch ein Case Manager beigeordnet werden soll. Im Falle von erschwerenden Umständen ist eine Gefängnisstrafe möglich. Das Gesetz wurde im November 2004 vom Schiedsgerichtshof annulliert, der das Konzept des «problematischen Konsums» nicht klar genug definiert fand.

Grössere Beachtung in den letzten Jahren fand das Thema Autofahren unter Cannabiseinfluss. Mit Ausnahme von Spanien und einigen Ländern Skandinaviens ist Cannabis die psychoaktive Substanz, die im Strassenverkehr neben Alkohol und Benzodiazepinen am häufigsten festgestellt wird. Da der Konsum von Cannabis zu einer Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit führen kann, wurden entsprechende Vorschriften teilweise verschärft und speziell auf junge Leute abgestimmte Präventionsmassnahmen verstärkt. Alkohol steht allerdings weiterhin im Mittelpunkt der Probleme und rechtlichen Ansätze und Massnahmen. Regelmässige Drogenkontrollen im Strassenverkehr sind bisher jedoch in den meisten EU-Mitgliedsstaaten durch rechtliche Rahmenbedingungen und das Fehlen zuverlässiger Schnelltests eingeschränkt. Bei den Bemühungen, für Cannabis – ähnlich wie für Alkohol – Grenzwerte für Fahrtüchtigkeit festzulegen, gibt es Fortschritte. Wirkungsuntersuchungen von kombiniertem Cannabis- und Alkoholkonsum zeigen allerdings einen Multiplikationseffekt, der die Festlegung solcher Grenzwerte weiter erschwert.

In einigen Ländern (z.B. Tschechien, Vereinigtes Königreich) wurde der Einsatz von Drogentests als Kontrollmassnahme zum Beispiel in Schulen diskutiert. Die Haltung hierzu ist aber in der Regel zurückhaltend und es wird die Einwilligung von Eltern und teilweise SchülerInnen gefordert. Die Durchführung von Tests in der Schule wird zu-

dem nur als sinnvoll angesehen, wenn geeignete Hilfeangebote vorhanden sind, mit denen gegebenenfalls auf einen festgestellten Konsum reagiert werden kann. In dieser Ausgabe beschäftigt sich Ueli Simmel mit der Revision des schweizerischen Betäubungsmittelgesetzes.

Diskussion

Der Konsum von Cannabis ist heute in Europa wie in vielen anderen Teilen der Welt weit verbreitet und überlagert zunehmend auch den Gebrauch legaler psychoaktiver Substanzen, vor allem von Alkohol. Ergebnisse der Epidemiologie wie der Grundlagenforschung zeichnen, was das Risikoprofil der Substanz und die Gruppe der betroffenen KonsumentInnen angeht, ein differenziertes Bild. Drogenpolitik muss deshalb sowohl die grosse Gruppe der offensichtlich relativ unproblematisch Konsumierenden ebenso berücksichtigen, wie die nicht unerhebliche Gruppe von intensiven, problematischen KonsumentInnen. Auf nationaler wie europäischer Ebene spiegeln die politischen Entwicklungen der letzten Jahre die Veränderungen in der Risikobewertung wider. Die nationale Ausgestaltung und Umsetzung internationaler Rechtsnormen bemüht sich, speziell durch die Differenzierung zwischen Eigenkonsum und Gefährdung anderer Personen im Strafrecht um eine Balance zwischen Toleranz und Gesundheitsschutz. Die Positionen in den einzelnen Ländern sind dabei im Detail und in der Gewichtung unterschiedlich. Die grundlegenden Fragen sind jedoch offensichtlich die gleichen: wo muss der Staat eingreifen, um seine Bürger zu schützen? Wo sind Risiken so gering, dass sie intensive Massnahmen insbesondere der Strafverfolgung nicht rechtfertigen? Wie kann nationales Recht auf der Grundlage der Internationalen Konventionen weiterentwickelt werden? Wie stark soll die rechtliche Bewertung von Cannabis und Alkohol angenähert werden? Die kommenden Jahre werden sicher eine Reihe interessanter Entwicklungen in diesem Bereich in den EU Mitgliedsstaaten, aber auch in anderen Ländern zeigen. Die Schweiz, in der Drogenthemen in der Vergangenheit oft früher und intensiver als in anderen Ländern diskutiert und vorangetrieben wurden, kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. ■

Literatur

- **Ballotta, D./Bergeron, H./Hughes, B. (2008):** Cannabis control in Europe. In: EMCDDA (Hrsg.) A cannabis reader: Global issues and local experiences. Monograph series 8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- **Beck, F. & Legleye, S. (2008):** Measuring cannabis-related problems and dependence at the population level. In: EMCDDA (Hrsg.). A cannabis reader: Global issues and local experiences. Monograph series 8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007):** Transfer von «quit the shit» – Bericht zur Umsetzung und Qualitätssicherung des Modellvorhabens. BzGA. Köln.
- **Chen, C.-Y./Anthony, J.C. (2003):** Possible age-associated bias in reporting of clinical features of drug dependence: epidemiological evidence on adolescent-onset marijuana use, *Addiction*, 98, 71–82.
- **Costes, J.-M. (ed.) (2007):** Cannabis, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- **EMCDDA (2002):** Prosecution of drug users in Europe, Technical Report. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- **EMCDDA (2004):** Annual report 2004: The state of the drugs problem in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- **EMCDDA (2005):** Annual report 2005: The state of the drugs problem in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- **EMCDDA (2006):** Annual report 2006: The state of the drugs problem in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- **EMCDDA (2007):** Annual report 2007: The state of the drugs problem in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- **EMCDDA (2008):** A cannabis reader: Global issues and local experiences. Monograph series 8, 2 volumes. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- **Hall, W./Degehard, L./Lynskey, M. (2001):** The Health and Psychological Effects of Cannabis – 2nd edition. National Drug Strategy. Monograph No 44. Commonwealth of Australia. Canberra.
- **Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (2001):** Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé? INSERM. Paris.
- **Matsuda, L. A./Bonner, T. I./Lolait, S. J. (1992):** Cannabinoid receptors: which cells, where, how, and why? *NIDA Res Monogr.*, 126, 48-56.
- **Ministry of Public Health in Belgium (2002):** Cannabis 2002 Report: Technical report of the international scientific conference. Brussels. Belgium.
- **Nutt, D./King, L. A./Saulsbury, W./Blakemore, C. (2007):** Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369,1047-53.
- **Rehm, J./Room, R./van den Brink, W./Kraus, L. (2005):** Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: An overview of the epidemiology. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 389-397.
- **Rigter, H. (2005):** Report on the INCANT pilot study. The feasibility of Multidimensional Family Therapy in European context as a treatment for troubled adolescents misusing cannabis and possibly other substances. Erasmus MC. Rotterdam.
- **SAMSHA (2004a):** Office of applied studies, national survey on drug use and health, 2003 survey. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Washington, <http://oas.samhsa.gov>
- **SAMSHA (2004b):** Office of applied studies, national survey on drug use and health, 2002 and 2003. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Washington, <http://oas.samhsa.gov>
- **Simon, R./Sonntag, D./Bühringer, G./Kraus, L. (2004):** Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland (Forschungsbericht 138). Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Bonn.
- **United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2007):** World Drug Report 2007 <http://www.unodc.org>

Endnoten

- ¹ UNODC 2007.
- ² Costes 2007.
- ³ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index.EN.html>
- ⁴ EMCDDA 2004, 2005, 2006, 2007.
- ⁵ <http://www.emcdda.europa.eu/stats08>
- ⁶ <http://eldd.emcdda.europa.eu>
- ⁷ Matsuda, Bonner & Lolait 1992.
- ⁸ z. B. Hall, Degehard & Lynskey 2001, INSERM 2001.
- ⁹ EMCDDA 2008.
- ¹⁰ Rudolf Stohler beschäftigt sich in dieser Ausgabe des SuchtMagazin mit den Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch.
- ¹¹ Beck & Legleye 2008.
- ¹² z. B. Simon et al. 2004.
- ¹³ EMCDDA 2004.
- ¹⁴ Beck & Legleye 2008.
- ¹⁵ Chen & Anthony 2003.
- ¹⁶ Rehm et al. 2005.
- ¹⁷ SAMSHA 2004a, b.
- ¹⁸ Simon et al. 2004.
- ¹⁹ EMCDDA 2005.
- ²⁰ Matsuda, Bonner & Lolait 1992.
- ²¹ Ballotta, Bergeron & Hughes 2008.
- ²² Ministry of Public Health Belgium.
- ²³ Nutt et al. 2007.
- ²⁴ EMCDDA 2007.
- ²⁵ ebd.
- ²⁶ <http://www.incant.de>
- ²⁷ Rigter 2005.
- ²⁸ <http://candis-projekt.de>
- ²⁹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007.
- ³⁰ <http://www.incb.org>
- ³¹ EMCDDA 2002.
- ³² vgl. dazu auch den Artikel von Sheron Baumann in dieser Ausgabe des SuchtMagazin. Er untersucht dieses Phänomen am Beispiel der Schweiz.

