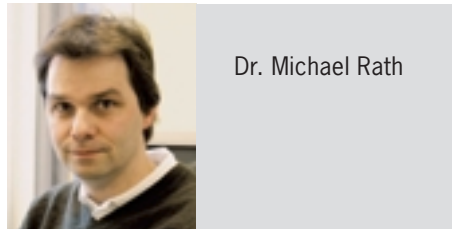


Cannabis – illegale Basisdroge der Jugend der Gegenwart?

Privatdozent Dr. Dr. Dr. Felix Tretter, Dr. Michael Rath



Privatdozent Dr. Dr. Dr. Felix Tretter



Dr. Michael Rath

Die gesellschaftliche Debatte um Cannabis flackert immer wieder auf, wenn ein Prominenter wie Ulrich Wickert oder ein Politiker der Grünen den Medien gegenüber „gesteht“, einmal (oder mehrmals) einen Joint geraucht zu haben. Über die potentielle „disinhibitorische“ Wirkung solcher Aussagen für die Jugend wird in politischen Lagern heftig diskutiert. Eine derartige Wirkung hatte aber vermutlich das so genannte Cannabis-Urteil des Bundesverfassungsgerichts 1994, mit der daran anknüpfenden Diskussion um das „Recht auf Rausch“. Es gibt Pro-Cannabis-Vereine, die die „Entdämonisierung“ des Cannabis proklamieren und die nicht müde werden, auf Heilwirkungen hinzuweisen; Adressen findet man im Internet. Der therapeutische Nutzen wurde zuletzt im Herbst 2001 in Berlin auf einer internationalen schmerzmedizinischen Tagung der Charité diskutiert. Zur Diskussion stehen Erfolge bei Krankheiten bzw. Störungen wie Glaukom, Asthma, Morbus Parkinson, Schmerzsyndromen, Erbrechen, Übelkeit, Muskelspastik und dergleichen (vgl. Grotenhermen 2000).

Die Bewertung von Cannabis in den westlichen Zivilisationen oszilliert somit über 30 Jahre hin zwischen einer anfänglichen breit angelegten Dämonisierung und einer gegenwärtigen breiten Bagatelisierung.

Die bereits beachtliche weite gesellschaftliche Verbreitung des Cannabiskonsums kann der Besucher von Städten wie Düsseldorf und anderen Städten in der Nähe zur holländischen Grenze gut erkennen, in denen er eine große Anzahl von „Head Shops“ findet, mit Pfeifchen und anderen Utensilien, die für das Haschischrauchen erforderlich und nützlich sind. Die Coffeeshops in Holland und die Cannabisangebote in Kristiana in Kopenhagen sind ein weiteres Merkmal, dass sich der Cannabiskonsum als gewisse Selbstverständlichkeit in bestimmten Kreisen in Europa eingebürgert hat (vgl. EBDD 1999). Kritiker und Warner in Hinblick auf die Gesundheitsgefahren gelten als nicht mehr auf der Höhe der Zeit.

Neuere wissenschaftliche Untersuchungen haben nun tatsächlich gezeigt, dass Cannabis keine „Teufelsdroge“ ist und dass es als weniger schädlich anzusehen ist, als zunächst vermutet wurde. Das Schadensprofil sei bei Alkohol und bei Nikotin jeweils deutlich höher (Kleiber und Kovar 1997). Dabei muss man allerdings bedenken, dass erst bei einer 70- bis 80-prozentigen Verbreitung des Cannabiskonsums das tatsächliche epidemiologische Risiko im Vergleich etwa zu Alkohol geklärt werden kann, wenn nämlich auch andere Personengruppen davon erfasst sind.

Epidemiologie

Cannabis ist nach Alkohol und Nikotin die weltweit verbreitetste Droge, unter den illegalen Drogen steht sie an erster Stelle. Die Anzahl der Cannabis-Konsumenten hat in den letzten Jahren in den jüngeren Altersgruppen deutlich zugenommen. Verschiedene Studien zeigen diesen Trend:

- Eine neuere umfassende Studie von Kraus und Bauernfeind (1998) zeigt, dass die 18- bis 39-Jährigen in Westdeutschland 1990 eine Lebenszeitprävalenz von 16,7 % hatten, 1997 waren es bereits 20,1 % dieser Altersgruppe. Die Quote derer, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert hatte, war 1990 4,9 %, sie betrug für 1997 7,8 %. Für Ostdeutschland ergab die Lebenszeitprävalenz für 1990 1 %, 1997 waren es bereits 7,8 %. Die Zwölf-Monate-Prävalenz betrug für 1990 0,7 % und für 1997 4,5 %.
- Dieser Trend lässt sich auch für 12- bis 24-Jährige finden, die seit 1990 zunächst stark zunehmend, dann leicht abfallend auf etwa 25 % Lebenszeitprävalenz kommen (Kraus 2001).

- Der Gesundheitssurvey bei Jugendlichen in Bayern zeigt, dass im Jahr 2000 von den 14 % der 12- bis 21-Jährigen, die jeweils Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht haben, 83 % davon aktuell Cannabis rauchten. Vor allem Mädchen sind hier zunehmend vertreten (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz 2001).

Auf den Umfang dieser Bevölkerungsgruppen bezogen und unter der Annahme, dass eine Zwölf-Monate-Prävalenz zu einem guten Teil die regelmäßig Konsumierenden abbildet, kann daher von etwa zwei Millionen regelmäßiger Konsumenten ausgegangen werden (Simon et al 1997, Seite 226).

Für Holland ist bekannt, dass die Lebenszeitprävalenz bei jungen Erwachsenen bei 25 %, in Deutschland jedoch bei 20 % liegt (EBDD 1999), sodass anzunehmen ist, dass eine liberale Cannabispolitik die epidemiologischen Verhältnisse sicher erhöht, aber beispielsweise nicht zur Verdoppelung der Konsumenten führen muss (limitierender Faktor ist unter anderem auch die Raucherquote in der Bevölkerung).

Wirkprofil

Die Aufnahme durch das Rauchen von ca. 5 bis 10 mg Δ -9-Tetrahydrocannabinol (THC), dem Wirkstoff des Cannabis, führt zu einer deutlichen Bewusstseinsveränderung, die oft mit dem Ausmaß der Veränderung nach dem Konsum von etwa einem Liter Bier gleichgesetzt wird, wenngleich die erlebten Wirkungen qualitativ anders geartet sind (siehe Tabelle). Die Rausch-Wirkungen von

Tabelle: Psychotrope Effekte von Cannabis (Set- und Setting-abhängig).

- Intensivierung der Wahrnehmung bis zu Halluzinationen.
- Steigerung der Denkabläufe.
- Qualitative Änderung der Denkinhalte bis zu Wahnvorstellungen.
- Sedierung.
- Minderung des Antriebs.
- Einschränkung der Motorik (zum Beispiel Fahr simulatoren).
- Aggressionsminderung.

Cannabis sind kurz gesagt vor allem sedierend und wahrnehmungsverändernd mit haluzinogenem Potenzial (vgl. Täschner 1986). Eine Stunde nach dem Rauchen von 10 mg THC bei einer Plasmakonzentration von etwa 7 ng/ml sind die automatisierten Bewegungen, etwa beim Autofahren (Kuppeln, Blinker betätigen usw.) beeinträchtigt, sie können allerdings offensichtlich kompensiert werden. Bei höheren Dosen, also etwa bei 20 mg THC, sind die Leistungsdefizite deutlicher (siehe Abbildung, Berghaus 2000, Krüger und Vollrath 2000). Das Rauchen verhindert im Gegensatz zu anderen Applikationsformen schwere Vergiftungen – wer „zu“ ist, kann nicht mehr weiter rauchen. THC im Magen-Darm-Trakt entfaltet hingegen eine Eigendynamik.

Literarische Rauschbeschreibungen sind bei Rimbaud und vor allem bei Baudelaire zu finden, die eindeutig zeigen, dass es sich nicht nur um Enthemmungen oder Modifikationen des Antriebs handelt, sondern um qualitative Veränderungen des Bewusstseins (vgl. Tretter et al. 1989).

Die Qualität des in ruhiger Verfassung und Situation aufkommenden Cannabisrausches lässt eine Nähe zum Opiatrauch erkennen, was grob gesagt einer Art „klassisch-orientalischem Rauschmuster“ entspricht, das durch die ausgeprägte Introversion gekennzeichnet ist (vgl. Gelpke 1975). Damit ist in der Tat, durch die Art des Rausches bedingt, ein gewisses Risiko des Überstiegs zum Konsum der harten Droge Heroin gegeben.

Allerdings ist hier grundsätzlich anzumerken, dass die Rauschqualität stark vom Zustand (Set) und der Situation (Setting) des Konsumenten abhängig ist. Gegenwärtig wird am Wochenende von Jugendlichen gern Alkohol mit „Red Bull“ und Cannabis konsumiert, dann Ecstasy dazu genommen und schließlich wird der Zustand wieder mit Cannabis gedämpft.

Das Problematische bei Cannabis im Hinblick auf die objektive Untersuchbarkeit ist einerseits die lange über die Wirkung hinausreichende Nachweisbarkeit von Cannabinoiden im Urin, die Probierer als chronische Konsumenten erscheinen lässt, keine enge Dosis-Wirkungs-Relation (zum Beispiel Echoräusche nach längerer Zeit der Abstinenz) und die schwache Plasmakonzentrations-Wirkungs-Relation mit nach 60 min im Plasma nur mehr niedrigem THC-Spiegel, obwohl die Wirkung bis zur vierten Stunde noch zunehmen kann (vgl. Täschner 1986).

Risikopotenzial von Cannabis

Psychoseerisiko

Die meisten Autoren sind sich einig, dass Cannabis ein gewisses, aber quantitativ schwer bestimmbares psychoseinduzierendes Potenzial aufweist. Allerdings kann man nicht sicher differenzieren, ob eine Cannabispsychose eher an der subklinischen psychotischen Prädisposition der betroffenen Person liegt, ob es sich um eine Art „Selbstmedikation“ handelt oder ob es an einem „intrinsischen“ Psychosepotenzial von Cannabis liegt (Hall und Degenhardt 2000). Dieses wäre durch Spezifika der Rezeptoraffinität und der hypothetischen psychotogenen Interaktion mit verschiedenen Transmittersystemen (zum Beispiel Dopamin-Agonismus, Serotonin-Agonismus, Glutamat-Antagonismus) neurobiologisch begründet. Allerdings hat Cannabis eine Affinität zum Cannabis-Rezeptor, der in den Basalganglien, dem Kleinhirn, im Hippokampus und im Frontalhirn anzutreffen ist und über G-Proteine die Aktionsbereitschaft der betreffenden Zelle dämpft. Genau betrachtet, hat man daher noch keine klare Vorstellung von der neurobiologischen Basis der Rauscheffekte von Cannabis (vgl. Krausz und Lambert 2000).

Einstiegsdroge für harte Drogen

Die meisten Autoren sehen keinen Zusammenhang zwischen dem Heroinkonsum und einem zuvor vorkommenden Cannabiskonsum. Es ist aber so, dass eine Art Einstiegstreppe in den Konsum harter Drogen nachweisbar ist (zum Beispiel Kindermann et al 1989), bei der zwar die legalen Drogen Alkohol und Nikotin im Alter von etwa zwölf Jahren bereits erstmals konsumiert wurden, dann aber Cannabis etwa im 14. Lebensjahr und wenig später Benzodiazepine und He-

roinersatzstoffe und schließlich Heroin und Kokain. Nimmt man die Zahl der Heroinabhängigen in Deutschland mit etwa 100 000 Personen an und berücksichtigt, dass davon vor allem die jüngeren Altersgruppen zu etwa 88 % Cannabis konsumieren (96 % Nikotin; vgl. Hirsch und Tretter 2000), dann ist diese Rate deutlich höher als jene bei der Durchschnittsbevölkerung mit etwa 5 %. Das bedeutet, dass ein spezifisches erhöhtes Risiko besteht. Bezieht man diese 100 000 opiatabhängigen Personen auf alle etwa zwei Millionen Cannabiskonsumenten, dann sind es kumulativ immerhin etwa 5 % aller Cannabiskonsumenten, die auf Heroin einsteigen.

Geht man von einer Latenzzeit von etwa fünf Jahren aus, bis Heroin konsumiert wird, dann sind dies etwa 1 % Cannabiskonsumenten pro Jahr, die auch auf Heroin einsteigen. Das ist sehr wenig, aber trotzdem bedenklich, da der Ausstieg von Heroin erfahrungsgemäß sehr schwer fällt.

Die Ursachen für den Überstieg liegen zum einem in der erwähnten sedierend-illusionären Rauschqualität des Cannabis, die dem Opiatrauch sehr ähnlich ist und darüber hinaus in der Illegalität, die über den Dealer auch Zugang zu anderen illegalen Drogen erlaubt (ebenso zu Waffen, Mädchen, usw.). Es wurde daher, um die Märkte von „weichen“ und „harten“ Drogen zu trennen, in Norddeutschland wohlmeinend das „Apotheken-Abgabe-Modell“ vorgeschlagen (vgl. Raschke und Kalke 1997), das allerdings im Detail mehrere Praxisprobleme mit sich bringt (vgl. Tretter 1997).

Was übrigens die THC-Tabletten zu Therapiezwecken betrifft, so wäre es naiv zu glauben, dass kein Missbrauch auftreten wird. Gerade die orale Applikation von THC kann auch zu gefährlichen Intoxikationen führen.

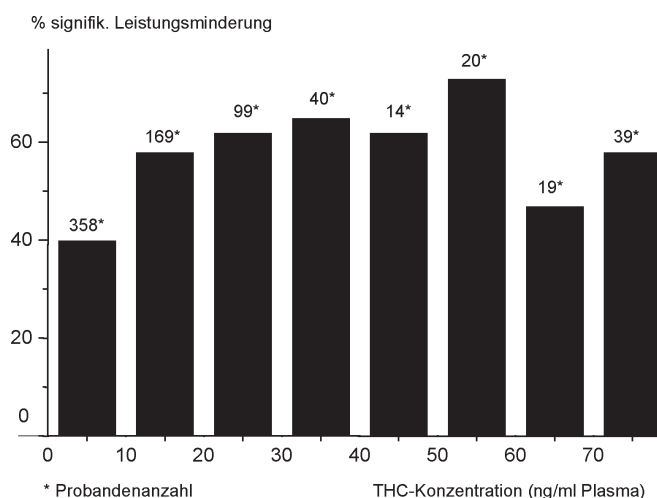


Abbildung: Leistungsminderung bei Tests nach THC-Konsum mit unterschiedlichen Plasmaspiegeln als Dosis-Wirkungskurve (nach Berghaus 2000, Seite 95). Anm.: Niedrige Einbußen bei hohen Dosen beruhen vermutlich auf Cannabisgewöhnung der betreffenden Probanden.

Suchtpotenzial

Es besteht kein Zweifel am Abhängigkeitspotenzial von Cannabis. Das wird auch in Holland attestiert. Hierbei spielt die psychische Charakteristik (psychiatrische Komorbidität, Persönlichkeit, Coping-Kompetenzen, usw.) eine entscheidende Rolle. Auch soziokulturelle Faktoren wie der Lebensstil, der Lebensentwurf und die Lebensphase („individuelle Ökologie“) sind hier relevant.

Bei vielen Konsumenten tritt der Cannabiskonsum gewissermaßen als Symptom in einer Entwicklungsphase auf, man weiß jedoch nicht, wer „hängen“ bleiben wird und wer nicht!

Ein gut brauchbares Vergleichsmaß für das Suchtpotenzial von Drogen ist die Anzahl derer, die jemals die betreffende Droge konsumiert haben (Lebenszeitprävalenz) und denen, die davon abhängig sind. So ergibt sich bei Cannabis nach O'Brian (1998) eine Rate von etwa 10 %, bei Alkohol sind es etwa 8 %, bei Nikotin sind es allerdings ca. 33 % (Heroin: 27 %). Bei täglichem Konsum wird das Suchtrisiko auf etwa 40 % geschätzt (WHO 1997).

Risiko des amotivationalen Syndroms

Die Beobachtung, dass ein „amotivationales Syndrom“ (eine Art „apathisches Null-Bock-Syndrom“) durch chronischen Cannabiskonsum auftreten kann, wurde in der Literatur bisher eher zwiespältig betrachtet (Täschner 1986, Seite 154, Krausz und Lambert 2000)). In der Szene gilt allerdings auch der Spruch „Cannabis macht gleichgültig – ist doch mir egal“. Jedoch ist unklar, mit welcher Häufigkeit dieses Syndrom auftritt. Auch ist die Differenzialdiagnose zu einer Hebephrenie schwierig zu stellen und daher methodisch die Ursache eines solchen Syndroms nicht sicher identifizierbar.

Lungenschädigungen

Generell wird davon ausgegangen, dass mit fünf Joints pro Tag sovieler Karzinogene (insbesondere Benz-a-pyrene) eingenommen werden wie mit 20 Zigaretten. Damit besteht ein hohes Risiko für Larynx-, Pharynx- und Lungenkarzinome. Ebenso ist das Risiko für chronische Bronchitiden erhöht.

Schädigung anderer Organe und Funktionen

Zu Langzeitschäden liegen noch zu wenige Daten vor. Afrikanische Studien sind methodisch nicht belastbar. Es wird auch über eine Beeinträchtigung der Fertilität berichtet. Cannabis in der Schwangerschaft kann zu Fehlbildungen führen.

Prävention und drogenpolitische Folgerungen

Grundsätzlich ist die Sorge wegen negativer Cannabis-Effekte berechtigt. Sie ist Grund genug, im medizinischen Bereich von einer kritischen Haltung nicht abzuweichen. Dies vor allem, weil generell die Gesundheitsförderung die Meidung von Suchtstoffen anstrebt. Auch die Reduktion des Rauchens ist eines der Hauptziele der Prävention und Gesundheitsförderung. In dieser Hinsicht wäre es inkonsistent, Cannabiskonsum zu erleichtern.

Daher ist Risikoinformation zu Cannabis weiterhin angesagt. Diese sollte auch von Ärzten an die potenziellen Konsumenten herangetragen werden.

Es stellt sich allerdings gesamtgesellschaftlich die Frage, wie die negativen Effekte der juristischen Stigmatisierung der Eigensinnigen, die Cannabis trotzdem probieren oder weiter konsumieren, zu bewerten sind. Ob Cannabis weiterhin strafrechtlich bewehrt sein soll, ist zu hinterfragen. Es ist andererseits sicher, dass strafrechtliche Konsequenzen viele Menschen am Konsum hindern, für andere ist dies weniger relevant. Hier müssten genauere empirische Studien angestrebt werden.

Fazit

Das Schadenspotenzial von Cannabis ist deutlich. Das begründet weiterhin aus medizinischer Perspektive eine ablehnende Haltung gegenüber dem Cannabiskonsum. Das musste auch die rot-grüne Bundesregierung konstatieren, die keinen Anreiz für eine Aufhebung der Strafbewehrung des Cannabiskonsums bzw. -besitzes erkennen und Cannabis keine „Unbedenklichkeitsbescheinigung“ ausstellen konnte (Bundesministerium für Gesundheit 2001).

Man muss andererseits anerkennen, dass Cannabis Heileffekte haben kann. Das kann aber nicht als Grund argumentativ missbraucht werden, den Konsum von Cannabis zu propagieren.

Literatur bei den Verfassern.

Anschrift der Verfasser:
Privatdozent Dr. Dr. Dr. Felix Tretter,
Chefarzt der Suchtabteilung,
Dr. Michael Rath, Oberarzt,
Bezirkskrankenhaus Haar,
Vockestraße 72, 85540 Haar

Suchtmedizin

Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis

Eine zunehmende Zahl von Drogenopfern und eine bislang eher hilflose Drogenpolitik verdeutlichen die Notwendigkeit einer wissenschaftlich fundierten und gleichzeitig praxisnahen Suchtmedizin. Die Herausforderung für den behandelnden Arzt liegt sowohl in der zunehmenden Fülle von verschiedenen Suchtmitteln und Suchterscheinungsformen, als auch in der (zeit)aufwendigen somatischen und psychosozialen Betreuung der Suchtkranken. Diesem Buch gelingt eine praxisnahe Darstellung dieses komplexen, aber auch faszinierenden Fachgebietes, auf dem der Autor langjährige Erfahrung hat.

Ein Grundlagenkapitel stellt verschiedene Modelle zur Suchtentwicklung vor, gibt dem Leser aber – bei aller gebotenen Vielfalt – Orientierungshilfen auf seiner Suche nach den individuellen und kollektiven Wurzeln der Sucht. Suchthilfesysteme werden vorgestellt, ebenso die klinischen Grundlagen vor allem der Entzugstherapie und der Entwöhnungstherapie. Die häufigsten Suchtarten, also Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit i. e. S., werden eigens ausführlich erläutert. Tabellen, Algorithmen und Abbildungen wecken Interesse, schaffen Übersicht und ermöglichen den schnellen, sicheren Wissenszugriff in der täglichen Praxis.

Sinnvolle Anhänge mit Ausblicken in die Grundlagenforschung und Epidemiologie runden dieses Buch in idealer Weise ab: die spezielle Notfalltherapie der Sucht, ein Glossar der Drogensprache und kompakte Übersichtstabellen zu Medikamenten, Drogen und Suchthilfeeinrichtungen machen es zu einem wertvollen Begleiter für alle, die sich engagiert mit der Therapie von Suchtkranken befassen wollen.

Tretter F. Suchtmedizin – Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis. 424 Seiten, 108 Abbildungen, 195 Tabellen, geb., 50,95 €, ISBN 3-7945-1996-5. Schattauer Verlag, Stuttgart.

