

Cannabiskonsum in Deutschland:

Verbreitung, Hilfebedarf und Interventionen

Peter Tossmann



Cannabis hat unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Die meisten Cannabiskonsumisten stellen ihren eher experimentellen gelegentlichen Konsum nach einiger Zeit wieder ein. Etwa 10-15% aller Konsumenten von Cannabis weisen eine spezifische Drogenabhängigkeit auf. Angesichts dieser Entwicklung sind in den letzten Jahren erste Anstrengungen unternommen worden, zielgruppenspezifische Maßnahmen der Prävention, der Beratung und der Therapie zu entwickeln.

Verbreitung des Cannabiskonsums

Seit mehr als 30 Jahren ist Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Droge in allen Ländern Westeuropas. Berücksichtigt man die Verbreitung des Cannabiskonsums innerhalb der vergangenen Jahre, so kann sogar festgestellt werden, dass die Zahl der Cannabiskonsumisten in Deutschland noch nie so hoch war wie zur Zeit (Kraus, Augustin, Orth, 2005). Nach den Ergebnissen der zuletzt durchgeführten Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen (Kraus, Augustin, Orth, 2005) haben in Deutschland 18,3% aller Frauen und 30,5% aller Männer im Alter zwischen 18 und 59 Jahren zumindest einmal Erfah-

rung mit dem Konsum von Cannabis gemacht. Für die Altersgruppe der Jugendlichen zeigt die repräsentative Untersuchung der Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, 2004), dass 35% der männlichen und 27% der weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren Cannabiserfahrungen aufweisen.

		12-14	15-17	18-20	21-23	24-26	27-29	30 und älter
Kraus et al., 2005	gesamt			40,5	46,5	40,5	37,1	19,7
(N=7.957)	M			44,8	50,2	47,0	46,9	25,6
	W			36,0	42,5	33,6	26,9	13,5
BZgA, 2004	gesamt	3,8	25,9	40,4	46,1	41,7		
(N=3.032)	M	4,5	31,1	43,9	49,6	49,2		
	W	3,0	20,4	36,8	42,4	34,0		

Tabelle 1: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in Abhängigkeit vom Lebensalter (Angaben in %)

Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Schülerbefragung, die in 30 Ländern Europas⁽¹⁾ durchgeführt wurde (Kraus, Heppekausen, Barrera, Orth, 2004). Hier gaben 34,3% der Schüler und 27,2% der Schülerinnen der 9. und 10. Klassenstufe an, zumindest einmal Cannabis konsumiert zu haben. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, ist der Konsum von Haschisch oder Marihuana unter Männern in allen Altersstufen deutlich weiter verbreitet als unter Frauen.

1) In Deutschland beteiligten sich die Bundesländer Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen an der Untersuchung.

Der Indikator, der die aktuelle Situation des Cannabiskonsums in Deutschland relativ zutreffend wiedergibt, ist die 12-Monats-Prävalenz. Nach der Drogenaffinitätsstudie der BZgA aus dem Jahr 2004 hat etwa jeder 8. Jugendliche (13%) im Alter zwischen 12 und 25 Jahren in den zurückliegenden 12 Monaten Cannabis konsumiert. Eine Differenzierung nach Altersgruppen zeigt jedoch, dass bis zum 15. Lebensjahr vergleichsweise wenige Jugendliche Drogen zu sich nehmen. In den darauf folgenden Altersgruppen jedoch steigt die Prävalenz des aktuellen Konsums deutlich an. So betreiben 16,8% der 15- bis 17-jährigen und 18,3% der 18- bis 20-jährigen Jugendlichen aktuell einen Konsum von Cannabis (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, 2004). Ein etwas höherer Anteil aktueller Cannabiskonsumisten in der Bevölkerungsgruppe der 18- bis 24-jährigen wurde im Rahmen der Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoak-

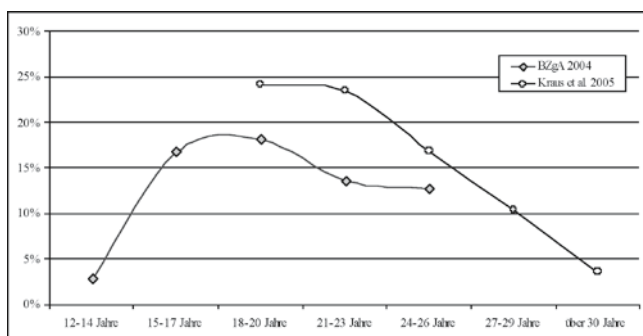


Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums in Abhängigkeit vom Lebensalter

tiver Substanzen bei Erwachsenen ermittelt (Kraus et al., 2005). Danach betreiben 24,2% der Bundesbürger im Alter zwischen 18 und 20 Jahren und 23,5% der Altersgruppe der 21 bis 23-Jährigen einen aktuellen Cannabiskonsum (siehe Abbildung 1). Die vorliegenden bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungen zeigen aber auch, dass die aktuelle Konsumprävalenz von Cannabis in Abhängigkeit vom Lebensalter nicht nur steigt, sondern auch fällt (BZgA, 2004, Kraus et al., 2005). So nimmt die Wahrscheinlichkeit des aktuellen Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung (etwa) nach dem 23. Lebensjahr wieder ab. Obgleich Daten aus Repräsentativstudien die Prävalenz des aktuellen Cannabiskonsums - insbesondere in den höheren Altersgruppen - etwas unterschätzen dürften, kann davon ausgegangen werden, dass der Konsum von Cannabis primär als ein Verhalten betrachtet werden kann, das eng mit dem Jugendalter und dem frühen Erwachsenenalter verknüpft ist und im Übergang zum Erwachsenenalter von der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung wieder eingestellt wird.

Konsummuster von Cannabis

Seit Jahren wird die Fachdiskussion zu den gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums kontrovers geführt. Offenkundig ist jedoch, dass Gesundheitsrisiken des Substanzkonsums in aller Regel in Abhängigkeit vom individuellen Konsummuster einzuschätzen sind (vgl. auch Tossman et al., 1993). Welche Parameter sind nun geeignet, Konsummuster von Cannabis zu beschreiben? In der internationalen Forschungsliteratur wird vor allem das Maß der Konsumfrequenz (Kosviner & Hawks, 1977, Kandel et al., 1992, Perkonig et al., 1999) erfasst, um Konsummuster von Cannabiskonsumisten zu beschreiben.

Legt man die Daten der aktuellen Repräsentativstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen zugrunde (Kraus et al., 2005), so kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl aller aktuellen Cannabiskonsumisten einen eher gelegentlichen Konsum und etwa jeder vierte (aktuelle) Cannabiskonsumist einen (fast) täglichen Konsum betreibt.

Konsumtage im letzten Monat	Anteil der Konsumenten n=371; Angaben in %*
1	26,3
2-5	31,1
6-9	3,6
10-19	13,8
20-30	22,9

Tabelle 2: Konsumfrequenz von Cannabis unter Konsumenten, die in den zurückliegenden 30 Tagen konsumiert haben (Kraus, Augustin, Orth, 2005). Von 2,4% der Befragten liegen hierzu keine Angaben vor.

Eine geschlechtsspezifische Differenzierung zeigt, dass konsumierende Frauen mit durchschnittlich 7,3 Tagen pro Monat eine niedrigere Konsumfrequenz von Cannabis aufweisen als Männer, die im Mittel an 10,5 Tagen pro Monat Cannabis konsumieren.

Hilfebedarf bei problematischem Cannabiskonsum

Im Rahmen der aktuellen bundesweiten Repräsentativstudie (Kraus et al., 2005) wurde die Abhängigkeit von Cannabis mit Hilfe der Severity of Dependence Skala (Gossop et al., 1995) erfasst. Danach kann davon ausgegangen werden, dass etwa jede zehnte aktuelle Cannabiskonsumistin (9,7%) und knapp jeder fünfte Konsument (18,7%) eine spezifische Abhängigkeitsproblematik nach DSM-IV⁽²⁾ aufweisen. Zusammenfassend lässt sich über den aktuellen Stand der epidemiologischen Forschung zum Cannabiskonsum festhalten, dass eine große Zahl Jugendlicher in Kontakt mit Cannabisprodukten kommt, wobei die überwiegende



Mehrzahl aller Konsumenten einen eher gelegentlichen Cannabiskonsum betreibt und keine anderen illegalen Substanzen konsumiert. Aufgrund der vorliegenden Daten kann angenommen werden, dass etwa jeder fünfte Konsument einen (fast) täglichen Cannabiskonsum betreibt und etwa 10-15% aller aktuellen Konsumenten, eine Drogenabhängigkeit von Cannabis aufweisen. Einer großen bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung aus den USA zufolge ist das Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung³⁾ ein zentrales Merkmal der Cannabisabhängigkeit (Grant, Pickering 1998). Auch andere Arbeiten zeigten, dass die Komorbidität von Cannabisabhängigen als hoch einzuschätzen ist. Die Mehrzahl aller Cannabisabhängigen leidet an Persönlichkeits-, Verhaltens- oder affektiven Störungen. In Fallanalysen konnte illustriert werden, wie der Konsum von Cannabis zur Bewältigung unterschiedlicher komorbider Störungsbilder eingesetzt wird (Hendin et al., 1987, Tossmann, 1993, Tossmann & Gantner, 1993). Der abhängige Cannabiskonsum – so lässt sich der aktuelle Forschungsstand über den Zusammenhang von Cannabiskonsum einerseits und psychischen Störungen andererseits zusammenfassen - kann als Copingstrategie⁴⁾ bei unzureichenden Ressourcen zur Bewältigung alltäglicher Stressoren interpretiert werden.

Inanspruchnahme suchtsspezifischer Hilfen

Angesichts der vergleichsweise weiten Verbreitung problematischer Konsummuster von Cannabis muss die Frage gestellt werden, ob und in welchem Umfang Cannabisabhängige Hilfeangebote in Anspruch nehmen. Entsprechend der Deutschen Suchthilfestatistik (Sonntag & Welsch, 2004), in die die Daten von 707 ambulanten Einrichtungen eingegangen sind, liegt der Anteil der Ratsuchenden mit einer Cannabisproblematik (Hauptdiagnose) derzeit bei 9,5% aller Beratungsfälle. Obgleich dieser Anteil mehr als doppelt so hoch ist wie im Jahr 1998 (Simon & Palazetti, 1999) und man eine deutliche Zunahme der Behandlungsnachfrage feststellen kann (Simon et al., 2004), muss davon ausgegangen werden, dass die überwiegende Mehrzahl aller Cannabisabhängigen keine suchtsspezifischen Hilfen in Anspruch nimmt. Weshalb die überwiegende Mehrzahl der Cannabisabhängigen entsprechende Hilfen nicht nutzt, wird von den Konsumenten vor allem

mit vergleichsweise kleinen subjektiven Belastungen durch suchtsspezifische Problemlagen begründet (Tossmann, 2004). Die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme der bestehenden suchtsspezifischen Infrastruktur durch Cannabis Konsumenten mag jedoch auch andere Gründe haben: Suchtberatungsstellen, die aus der Perspektive von Cannabis Konsumenten den Charakter einer Behörde oder einer Kontaktstelle für Alkoholranke oder Heroinabhängige haben, stellen oft eine zu hohe Zugangsschwelle dar und versprechen kein attraktives, zielgruppennahes Angebot. Darüber hinaus ist auch unklar, welche Hilfen Cannabisabhängige in Suchtberatungsstellen tatsächlich erhalten. Evaluierete Programme zur Beratung und Behandlung Cannabisabhängiger gibt es in Deutschland derzeit noch nicht. Empirisch überprüfte Konzepte zur psychotherapeutischen Behandlung Cannabisabhängiger liegen aus Australien und den USA vor (Übersicht siehe Zimmermann et al., 2004). Dabei zeigen sich insbesondere verhaltenstherapeutische Ansätze (Lang et al., 2000, Copeland et al., 2001), Social-Support-Gruppen und ein Rückfallpräventionsprogramm (Stephens et al., 1994) als wirkungsvoll. Im deutschsprachigen Raum wurde in den vergangenen Jahren damit begonnen, zielgruppenspezifische Beratungs- und Therapiekonzepte für Cannabis Konsumenten zu entwickeln. Abschließend soll auf jeweils zwei Beratungs- und Therapieprogramme kurz eingegangen werden, die derzeit wissenschaftlich überprüft werden.

Zukünftig gilt es, diese Erfahrungen auszuwerten und die Konzepte der Sucht- und Drogenhilfe ebenso wie die der Jugendhilfe und der Schule weiter zu entwickeln.

- ▶ Im Rahmen des binationalen Projekts „realize it“, das vom Bundesamt für Gesundheit (Bern) und dem Bundesministerium für Gesundheit (Berlin) gefördert wird, bieten dreizehn Beratungsstellen in Südbaden und der Schweiz Cannabis Konsumenten eine auf fünf Beratungssitzungen begrenzte Intervention an, die durch ein Begleitbuch für Konsumenten unterstützt wird. (siehe Beitrag S. 13)
- ▶ Mit einem ähnlichen konzeptionellen Hintergrund wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA seit dem Herbst 2004 das internetbasierte Ausstiegsprogramm „quit the shit“ als Bestandteil von www.drugcom.de umgesetzt. Im Rahmen eines 50-Tage-Programms haben Cannabis Konsumenten hier über das Medium Internet und

2) DSM-IV ist die Abkürzung für die vierte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen). Das DSM 4 ist im Gegensatz zum ICD 10 ein nationales Klassifikationssystem.

3) Komorbidität: Vorliegen mindestens einer weiteren Krankheitsdiagnose

4) Copingstrategie: „Bewältigungsstrategie“, Begriff aus der Stressforschung

unterstützt durch eine professionelle Chatberatung, ein elektronisches Tagebuch und entsprechende Informationen und Ratschläge die Möglichkeit, ihren Cannabiskonsum zu reduzieren oder ganz einzustellen (siehe Betrag S. 16 in diesem Heft).

- ▶ Seit Januar 2006 bietet das Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden das kognitiv-verhaltenstherapeutische Entwöhnungsprogramm für Cannabisabhängige „CANDIS“ an. Das Projekt wird von ausgebildeten Psychotherapeuten in zehn Sitzungen innerhalb von 2-3 Monaten umgesetzt. Es wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.
- ▶ Das internationale Therapieforschungsprojekt „INCANT“ wird seit dem Herbst 2006 in fünf Ländern Europas (Belgien, Frankreich, Niederlande, Schweiz und Deutschland) durchgeführt. In Deutschland wird die Behandlungsstudie im THERAPIELADEN in Berlin durchgeführt, einer Einrichtung, die schon mehr als 20 Jahre Erfahrung in der Therapie von Cannabiskonsumenten hat. Spezifische Zielgruppe des multizentrischen Vorhabens sind cannabisabhängige Jugendliche im Alter zwischen 13 und 18 Jahren. Mit der Studie soll überprüft werden, ob eine in den USA erfolgreiche und bewährte familientherapeutische Methode (MDFT) wirkungsvoller ist, als bisherige ambulante Therapieprogramme.

Quellen:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2004). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Illegale Drogen*. Köln.
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R.A., Stephens R.S. (2001). A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treatment* 21, 55-64.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90 (5), 607-614.
- Grant, B.F., Pickering, R. (1999) *The relationship between cannabis use and DSM-IV cannabis abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*. *J Subst Abuse* 10, 255-264.
- Hendin, H., Haas, A.P., Singer, P., Eller, M. and Ullman, R. (1987) *Living High: Daily Marijuana Use Among Adults*. New York: Human Sciences Press
- Kandel, D. B. / Davies, M. (1992). *Progression to Marijuana involvement*. In: M. D. Glantz, R. W. Pickens (Eds.): *Vulnerability to drug abuse*. American Psychological Association Washington, DC.
- Kosviner, A. & Hawks, D. (1977). *Cannabis use amongst British university students: Patterns of use and attitudes to use*. *British Journal of Addiction* 72 (1), 41-57.
- Kraus, L., Augustin, R., Orth, B. (2005). *Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003*. *Sucht* 51 (Sonderheft 1), 19-28.
- Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A., Orth, B. (2004). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (IFT-Berichte Bd. 141)*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Lang, E., Engelder, M., Brooke, T. (2000). *Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users*. *J Subst Abuse Treatment* 19, 111-116.
- Oliva, H., Tossmann, P., Baumeister, S., Görgen, W., Hartmann, R. (2003). *Drogenkonsum im Freistaat Sachsen. Untersuchung ausgewählter Konsumentengruppen und Hilfeinrichtungen. Abschlussbericht*. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie.
- Perkonig, A., Pfister, H., Lieb, R., Bühringer, G., Wittchen, H.-U. (2004) *Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungsangebote in einer Region*. *Suchtmed* 6 (1), 22-31.
- Simon, R., Sonntag, D., Bühringer, G., Kraus, L. (2004). *Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland*. München: Institut für Therapieforschung IFT.
- Simon, R., Palazzetti, M. (1999). *Jahresstatistik 1998 der ambulanten und Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland*. *Sucht* 45, (Sonderheft 1).
- Sonntag, D., Welsch, K. (2004). *Deutsche Suchthilfestatistik 2003 für ambulante Einrichtungen*. *Sucht* 50, (Sonderheft 1), 6-31.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A., Simpson, E.E. (1994). *Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 92-99.
- Tossmann, H.P. (1993). *Haschisch. Lebensprobleme und Drogenabhängigkeit*. Weinheim: Beltz.
- Tossmann, H.P., Gantner, A. (1993). *Differentielle Aspekte der Haschischabhängigkeit*. *Sucht* 39 (4), 276-281.
- Tossmann, H.P., Kleiber, D., Soellner, R. (1993). *Cannabis – Konsummuster und Gefährdungspotential*. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Jahrbuch Sucht* 94. Neuland, Geesthacht. 143-159.
- Tossmann, H.P. (2004). *Konsum von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen – gibt es einen suchtspezifischen Hilfebedarf?* *Sucht* 50 (3), 164-171.
- Wittchen, H.-U., Perkonig, A., Reed, V. (1996). *Comorbidity of mental disorders and substance use disorders*. *European Addiction Research*, 2 (1), 36-47.
- Zimmermann, P., Mühlhig, S., Sonntag, D., Bühringer, G., Wittchen, H.-U. (2004). *Review of psychotherapeutic interventions for cannabis disorders*. *Sucht* 50 (5), 334-342.