

Dipl.-Psych. Roland Simon
Dipl.-Psych. Dilek Sonntag
Prof. Gerhard Bühringer
Dr. Ludwig Kraus

Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland¹

Cannabis Related Disorders (CARED): Prevalence, treatment needs and provision of services in Germany

unter Mitarbeit von

Dipl.-Päd. Natascha Hermann, M.P.H.

Dipl. Psych. Jürgen Klapper

Dr. Nina Müller

Dr. Bernd Schaal

Dipl.-Psych. Michael Strobl

Mag. Psych. Karin Welsch

München 2004

¹ Die Studie wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung finanziell unterstützt (Az DS03-4918-8/17), BMGS Nr: F 318



Cannabis ist die häufigst konsumierte illegale Droge in Deutschland. Bereits seit etwa 1985 wird eine deutliche Zunahme des Konsums beobachtet. Immer jüngere Menschen sind es, die Erfahrungen mit dem Konsum dieses Suchtmittels machen. Die gesundheitlichen Risiken, die mit dem regelmäßigen und starken Konsum von Cannabis verbunden sein können, werden von Experten und Expertinnen zunehmend als gravierend eingeschätzt. Es erstaunt daher nicht, dass die Zahl der Menschen, die sich wegen einer cannabisbezogenen gesundheitlichen Störung in eine ambulante Behandlung begeben müssen, zunimmt. Für die Bundesregierung ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, präventive Maßnahmen zur Verringerung des Konsums von Cannabis zu intensivieren und zugleich das Angebot zur Behandlung und Betreuung von Cannabispatienten zu verbessern.

Die Bundesregierung hat daher das Forschungsprojekt, dessen Ergebnisse mit diesem Band vorliegen, in Auftrag gegeben, um das Wissen über Umfang, Zunahme und Charakteristika cannabisbezogener Störungen zu verbessern und einen Überblick über Behandlungsbedarf und Behandlungsangebote zu erhalten. Der Bericht gibt in komprimierter Form den Forschungsstand zu Risiken und Folgeschäden des Cannabiskonsums wieder. Die Beobachtung einer Zunahme der Behandlungszugänge durch Personen mit primären Cannabisstörungen kann mit den vorliegenden Daten bestätigt werden. Für eine gezielte Betreuung, die sich an den unterschiedlichen Voraussetzungen der verschiedenen Klientengruppen orientiert, werden von den Autoren Vorschläge gemacht.

Die vorliegende Studie trägt zur Klärung der untersuchten Problematik erheblich bei. Die aus ihr gewonnen Erkenntnisse können die Arbeit von Praktikern in der Behandlung und Betreuung von Cannabispatienten, von Wissenschaftlern aber auch von Entscheidungsträgern auf den verschiedenen politischen Ebenen unterstützen. Ziel muss es sein, das Einstiegsalter zu senken, riskante Konsummuster abzubauen, abhängigen Menschen Ausstiegshilfen zu geben und Beratung und Behandlung weiterzuentwickeln. Die Bundesregierung stellt die Studienergebnisse daher allen Interessierten zur Verfügung. Sie wurden auch bereits in das Internet eingestellt.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	III	
Abbildungsverzeichnis	VII	
Tabellenverzeichnis	VIII	
Abkürzungsverzeichnis	X	
Danksagung	XI	
Vorwort	XIII	
<u>1</u>	<u>EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNGEN</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>METHODIK</u>	<u>6</u>
2.1	INFORMATIONSMQUELLEN	6
2.1.1	LITERATURÜBERSICHT	6
2.1.2	REANALYSE VORHANDENER DATEN	6
2.2	INSTRUMENTE	8
2.2.1	DER DEUTSCHE KERNDATENSATZ	8
2.2.2	TREATMENT DEMAND INDICATOR (TDI)	8
2.2.3	COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW (CIDI)	9
2.2.4	DAILY HASSLES	9
2.2.5	READINESS-TO-CHANGE-QUESTIONNAIRE (RCQ)	9
2.2.6	WEITERE ITEMS	10
2.2.7	MITARBEITERFRAGEBOGEN	10
2.3	STICHPROBEN	10
2.4	DATENERHEBUNG	11
2.4.1	AUSWAHL DER TEILNEHMENDEN EINRICHTUNGEN	11
2.4.2	REPRÄSENTATIVITÄT DER KLIENTENSTICHPROBEN	12
2.4.3	VERGLEICHBARKEIT DER STICHPROBEN	15
2.4.4	ÜBERBLICK ZUR DATENERHEBUNG	16
2.5	AUSWERTUNG	17
<u>3</u>	<u>FORSCHUNGSSTAND ZU RISIKEN UND FOLGESCHÄDEN DES CANNABISKONSUMS</u>	<u>18</u>
3.1	EINFÜHRUNG	18
3.2	ZUR BEGRIFFSKLÄRUNG	18
3.3	VORAUSGEHENDE FAKTOREN	19
3.3.1	DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN	19
3.3.2	FAMILIÄRER HINTERGRUND UND SOZIALE SITUATION	19
3.3.3	GEBRAUCH ANDERER PSYCHOTROPER SUBSTANZEN	20
3.3.4	PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND PROBLEME	20
3.4	AKUTE FOLGEN VON CANNABIS	21
3.4.1	ÜBERSICHT	21
3.4.2	SOMATISCHE FOLGEN	21
3.4.3	PSYCHISCHE FOLGEN	22
3.4.4	SOZIALE FOLGEN	23

3.5	LANGFRISTIGE FOLGEN VON CANNABIS	25
3.5.1	ÜBERSICHT	25
3.5.2	SOMATISCHE FOLGEN	25
3.5.3	PSYCHISCHE FOLGEN, ABHÄNGIGKEIT	27
3.5.4	SOZIALE FOLGEN	32
3.6	ZUSAMMENFASSUNG	33
4	<u>IST DIE ZUNAHME DER BEHANDLUNGSNACHFRAGE GESICHERT?</u>	36
4.1	EINFÜHRUNG	36
4.2	ENTWICKLUNG DER BEHANDLUNGSNACHFRAGE	36
4.3	ÜBERPRÜFUNG DER DIAGNOSEN DER STANDARD-DOKUMENTATION	39
4.4	ÜBERPRÜFUNG DER EINSCHÄTZUNG ALS PRIMÄRE CANNABISSTÖRUNG	41
4.4.1	DIE PRAXIS DER ERSTELLUNG DER HAUPTDIAGNOSEN IN DER EINRICHTUNG	41
4.4.2	ALTERNATIVDIAGNOSE: STÖRUNGEN DURCH ANDERE PSYCHOTROPE SUBSTANZEN	42
4.4.3	ALTERNATIVDIAGNOSE: SONSTIGE PSYCHISCHE STÖRUNGEN (INS)	44
4.5	ZUSAMMENFASSUNG	45
5	<u>WIE IST DIE ZUNAHME DER BEHANDLUNGSNACHFRAGE ZU ERKLÄREN?</u>	47
5.1	EINFÜHRUNG	47
5.2	ENTWICKLUNGEN DES CANNABISKONSUMS IN DER BEVÖLKERUNG	47
5.3	ERREICHUNGSQUOTE AMBULANTER EINRICHTUNGEN	51
5.4	ENTWICKLUNG ANDERER KLIENTENGRUPPEN IN AMBULANTER BETREUUNG	53
5.5	VERÄNDERUNGEN DER ZUGANGSWEGE ZU AMBULANTER BEHANDLUNG	54
5.6	ZUSAMMENFASSUNG	56
6	<u>WIE UNTERSCHIEDEN SICH BETREUTE CANNABISKLIENTEN VON DEN CANNABISKONSUMENTEN IN DER BEVÖLKERUNG ?</u>	57
6.1	EINFÜHRUNG	57
6.2	DEMOGRAPHISCHE MERKMALE	57
6.2.1	GESCHLECHT UND ALTER	57
6.2.2	ALTER BEIM BEGINN DES CANNABISKONSUMS	58
6.3	KONSUMBEREITSCHAFT FÜR PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN	60
6.4	ZUGANG ZU DROGEN	62
6.5	KONSUMERFAHRUNG MIT VERSCHIEDENEN PSYCHOTROPEN SUBSTANZEN	64
6.6	AKTUELLER KONSUM PSYCHOTROPER SUBSTANZEN	65
6.7	KONSUMHÄUFIGKEIT IN DEN LETZTEN 12 MONATEN	66
6.8	ZUSAMMENFASSUNG	69
7	<u>GIBT ES TEILGRUPPEN IN DER KLIENTEL?</u>	71
7.1	EINLEITUNG	71
7.2	KLIENTENGRUPPEN	71
7.3	DEMOGRAPHISCHE MERKMALE DER KLIENTENGRUPPEN	73
7.4	KONSUMPRÄFERENZEN VERSCHIEDENER ARTEN VON CANNABIS	76
7.5	EXZESSIVER KONSUM	78

7.6	SCHÄDLICHER GEBRAUCH UND ABHÄNGIGKEIT NACH KLIENTENGRUPPEN	79
7.6.1	DIAGNOSE	79
7.6.2	EINZELASPEKTE VON MISSBRÄUCLICHEM UND ABHÄNGIGEM KONSUM IN FBS	79
7.7	SOZIALER UND RÄUMLICHER KONSUMKONTEXT	81
7.8	SOZIALE RAHMENBEDINGUNGEN DES KONSUMS	84
7.9	PROBLEME IM ALLTAGSLEBEN	87
7.10	ZUSAMMENFASSUNG	89
8	<u>CHARAKTERISTIKA VON CANNABISKLIENTEN IM VERGLEICH MIT ANDEREN KLIENTENGRUPPEN</u>	92
8.1	EINFÜHRUNG	92
8.2	CHARAKTERISTIKA	92
8.3	ZUSAMMENFASSUNG	94
9	<u>ENTSPRICHT DAS BETREUUNGSANGEBOT DEM BEDARF?</u>	96
9.1	EINLEITUNG	96
9.2	MOTIVATION UND ZIELE FÜR DEN BESUCH DER BERATUNGSSTELLE	96
9.3	ÄNDERUNGSBEREITSCHAFT AUF SEITEN DER KLIENTEN	99
9.4	MAßNAHMEN UND VERLAUF DER BETREUUNG	101
9.5	ERGEBNISSE AM ENDE DER BETREUUNG	106
9.6	KLIENTENZUFRIEDENHEIT	108
9.7	ZUSAMMENFASSUNG	110
10	<u>VORSCHLÄGE ZUR VERBESSERUNG DES ANGEBOTS</u>	112
10.1	EINLEITUNG	112
10.2	EINSCHÄTZUNG DER PROBLEMATIK DURCH DIE MITARBEITER	112
10.3	DIE EIGNUNG DES BEHANDLUNGSANGEBOTS AUS MITARBEITERSICHT	113
10.4	ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE DER KLIENTEN	115
10.5	ZUSAMMENFASSUNG	116
11	<u>ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION</u>	118
11.1	FRAGESTELLUNGEN UND ALLGEMEINE METHODISCHE EINSCHRÄNKUNGEN	118
11.2	FORSCHUNGSSTAND ZU RISIKEN UND FOLGESCHÄDEN DES CANNABISKONSUMS	120
11.3	IST DIE ZUNAHME DER BEHANDLUNGSNACHFRAGE GESICHERT?	121
11.4	WIE IST DIE ZUNAHME DER BEHANDLUNGSNACHFRAGE ZU ERKLÄREN?	123
11.5	WIE UNTERSCHIEDEN SICH BETREUTE CANNABISKLIENTEN VON DEN CANNABISKONSUMENTEN IN DER BEVÖLKERUNG?	124
11.6	GIBT ES TEILGRUPPEN IN DER KLIENDEL?	126
11.7	CHARAKTERISTIKA VON CANNABISKLIENTEN IM VERGLEICH MIT ANDEREN KLIENTENGRUPPEN	127
11.8	ENTSPRICHT DAS BETREUUNGSANGEBOT DEM BEDARF?	128
11.9	VORSCHLÄGE	129
11.10	AUSBLICK	133

	<u>12</u>	<u>SUMMARY</u>
		134
12.1	INTRODUCTION AND RESEARCH QUESTIONS	134
12.2	STATE OF RESEARCH ON RISKS AND CONSEQUENCES OF CANNABIS USE	137
12.3	IS THE INCREASE IN TREATMENT DEMAND SECURED?	138
12.4	WHAT IS THE EXPLANATION OF THE INCREASE IN THE DEMAND FOR TREATMENT?	140
12.5	HOW DO CANNABIS CLIENTS IN TREATMENT DIFFER FROM CANNABIS USERS IN THE POPULATION?	141
12.6	ARE THERE CLIENT SUB-GROUPS?	142
12.7	CHARACTERISTICS OF CANNABIS CLIENTS IN COMPARISON WITH OTHER CLIENT GROUPS	143
12.8	DOES THE CARE OFFER MEET THE DEMAND?	144
12.9	SUGGESTIONS	145
12.10	OUTLOOK	148
<u>13</u>	<u>LITERATUR</u>	150

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Anzahl der Zugänge von Cannabisklienten seit 1992	38
Abbildung 2:	Entwicklung der Zahl der Klienten mit Cannabisproblem in ambulanten Einrichtungen in den Niederlanden	38
Abbildung 3:	Cannabiskonsum im Lebenszeitraum in Deutschland in verschiedenen Altersgruppen	48
Abbildung 4:	Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten in der Altersgruppe 18-29 in Deutschland	48
Abbildung 5:	Prävalenz des Konsums von Cannabis im Lebenszeitraum und des häufigen Konsums im letzten Jahr bei 17jährigen in Frankreich.....	49
Abbildung 6:	Konsum von Cannabis in den letzten 12 Monaten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Europa.....	50
Abbildung 7:	Beschlagnahmungsmengen in Ländern der EU.....	50
Abbildung 8:	Veränderung der Zahl von Cannabiskonsumenten und -klienten seit 1992	52
Abbildung 9:	Klientenzugänge in ambulante Betreuung nach Hauptdroge 1992-2002	54
Abbildung 10:	Alter beim Beginn des Cannabiskonsums bei Cannabisklienten (FbS)	59
Abbildung 11:	Anteil von Personen mit hoher Konsumbereitschaft für verschiedene Drogen bei FbS und in der Bevölkerung (BUND).....	62
Abbildung 12:	Zugang zu Cannabis für verschiedene Personengruppen.....	64
Abbildung 13:	Konsumhäufigkeit verschiedener Drogen in den letzten 12 Monaten bei Cannabisklienten (FbS) und in der Bevölkerung (BUND)	68
Abbildung 14:	Tage mit Cannabiskonsum bei ambulant betreuten Klienten mit einem primären Cannabisproblem innerhalb der letzten 30 Tage in verschiedenen Ländern.....	69
Abbildung 15:	Struktogramm zur Clusteranalyse	72

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 :	Geschlechtsverteilung in Fragebogenstichprobe (FbS), Interviewstichprobe (InS) und der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS; nur Cannabisklienten)	13
Tabelle 2 :	Altersverteilung in Fragebogenstichprobe (FbS), Interviewstichprobe (InS) und Basisdokumentation (DSHS; nur Cannabisklienten)	13
Tabelle 3 :	Konsumtage innerhalb der letzten 30 Tage in Fragebogenstichprobe (FbS), Interviewstichprobe (InS) und Basisdokumentation (DSHS; nur Cannabisklienten) ...	14
Tabelle 4 :	Zahl der Kontakte in Fragebogenstichprobe (FbS), Interviewstichprobe (InS) und Basisdokumentation (DSHS; nur Cannabisklienten)	14
Tabelle 5 :	Abweichungen der Fragebogenstichprobe (FbS) und Interviewstichprobe (InS) von der Basisdokumentation (DSHS nur Cannabisklienten)	15
Tabelle 6:	Fragebereiche bei verschiedenen Teilerhebungen	16
Tabelle 7:	Anzahl und Anteil von Cannabisklienten bei den Zugängen zu ambulanter Betreuung seit 1992 (DSHS)	37
Tabelle 8:	Übereinstimmung zwischen Basisdokumentation (DSHS) und dem Außenkriterium Fragebogen (FbS)	40
Tabelle 9:	Übereinstimmung zwischen Basisdokumentation und dem Außenkriterium klinisches Interview (InS).....	40
Tabelle 10:	Die wichtigsten Kriterien zur Entscheidung über die Hauptdiagnose „Cannabis“	41
Tabelle 11:	Weitere Diagnosen zu psychotropen Substanzen (FbS).....	42
Tabelle 12:	Weitere Diagnosen zu psychotropen Substanzen (InS).....	43
Tabelle 13:	Schädlicher Konsum oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen ohne Tabak bei Cannabisklienten	43
Tabelle 14:	Sonstige psychische Störungen nach DSM–IV (InS)	44
Tabelle 15:	Weitere psychische Störungen und Cannabisdiagnose (InS)	45
Tabelle 16:	Konsumenten und Klientenzahlen	52
Tabelle 17:	Hauptdiagnosen bei Personen mit eigener Störung seit 1999 (DSHS).....	53
Tabelle 18:	Entwicklung der Zugangswege zu ambulanter Betreuung (DSHS).....	55
Tabelle 19 :	Geschlechtsverteilung in der Fragebogenstichprobe (FbS) und in der Bevölkerung (BUND)	57
Tabelle 20 :	Altersverteilung in der Fragebogenstichprobe (FbS; Betreuungsbeginn) und in der Bevölkerung (BUND)	58
Tabelle 21:	Alter bei Konsumbeginn bei betreuten Cannabisklienten in Europa	59
Tabelle 22:	Alter bei Konsumbeginn für verschiedene Substanzen (FbS, BUND).....	60
Tabelle 23:	Konsumbereitschaft gegenüber verschiedenen Substanzen in Klientel und in der Bevölkerung (FbS, BUND)	61
Tabelle 24:	Zugriffsmöglichkeit auf Rauschmittel innerhalb von 24 Stunden für Klienten (FbS) und Konsumenten in der Bevölkerung (BUND)	63
Tabelle 25:	Lebenszeitprävalenz verschiedener Substanzen bei Cannabisklienten (FbS) und in der Bevölkerung (BUND)	65
Tabelle 26:	Prävalenz des Gebrauchs verschiedener Substanzen in den letzten 12 Monaten (FbS, BUND).....	66
Tabelle 27:	Konsumhäufigkeit verschiedener Substanzen in den letzten 12 Monaten unter Konsumenten und Bevölkerung (FbS, BUND)	67
Tabelle 28 :	Eingangsitens der Clusteranalyse und Klientengruppen (FbS).....	73
Tabelle 29 :	Geschlecht und Alter in den Klientengruppen (FbS)	74

Tabelle 30 :	Familiensituation in den Klientengruppen (FbS)	74
Tabelle 31:	Ausbildungsstand in den Klientengruppen (FbS)	75
Tabelle 32:	Erwerbstätigkeit in den Klientengruppen (FbS).....	76
Tabelle 33:	Verwendung verschiedener Cannabisarten nach Klientengruppen (FbS)	77
Tabelle 34:	Bevorzugte Konsumart in den Klientengruppen (FbS).....	77
Tabelle 35:	Exzessiver Konsum in den Klientengruppen (FbS).....	78
Tabelle 36:	Konsum von Cannabis pro Konsumtag (FbS).....	78
Tabelle 37:	ICD-10-Diagnose auf der Basis schriftlicher Selbstangaben (FbS)	79
Tabelle 38:	Häufigkeit der zutreffenden Diagnosekriterien nach M-CIDI (ICD-10/DSM-IV) für Cannabis in den letzten 12 Monaten vor der Behandlung (FbS).....	81
Tabelle 39:	Sozialer Kontext des Konsums nach Klientengruppen (FbS)	82
Tabelle 40:	Räumlicher Kontext des Konsums in den Klientengruppen (FbS)	83
Tabelle 41:	Konsumzeiten in den Klientengruppen (FbS).....	84
Tabelle 42:	Bevorzugte Wirkung bei Cannabiskonsum in den Klientengruppen (FbS)	84
Tabelle 43:	Rolle des Vaters in den Klientengruppen (FbS)	85
Tabelle 44:	Rolle der Mutter in den Klientengruppen (FbS)	86
Tabelle 45:	Drogenerfahrung im Freundeskreis in den Klientengruppen (FbS)	87
Tabelle 46:	Alltagsproblemen („daily hazzles“) in den Klientengruppen (FbS)	88
Tabelle 47:	Wohnsituation bei Cannabisklienten im Vergleich (FbS, DSHS)	92
Tabelle 48:	Schulabschluss bei Cannabisklienten im Vergleich (FbS, DSHS)	93
Tabelle 49:	Erwerbstätigkeit (FbS, DSHS)	94
Tabelle 50:	Behandlungsmotivation und –ziele (FbS) (Mehrfachnennungen).....	97
Tabelle 51:	Wichtige Gründe für den Besuch der Einrichtung (FbS)	98
Tabelle 52:	Vermittlung und Hauptdroge (FbS, DSHS).....	99
Tabelle 53:	Aufnahmegrund und Hauptdroge (FbS, DSHS)	99
Tabelle 54:	Einstellung zu Drogen (FbS)	100
Tabelle 55:	Phase der Therapiemotivation und Klientengruppe (FbS)	101
Tabelle 56:	Maßnahmen und Klientengruppe (Mehrfachnennungen) (FbS).....	102
Tabelle 57:	Therapeutische Maßnahmen und Klientengruppe (Mehrfachnennungen) (FbS).....	103
Tabelle 58:	Verlauf der Betreuung und Diagnose (FbS)	103
Tabelle 59:	Verlauf der Betreuung und Klientengruppen (FbS)	104
Tabelle 60:	Dauer der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (FbS, DSHS)	104
Tabelle 61:	Anzahl der Kontakte bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (FbS, DSHS).....	105
Tabelle 62:	Art der Beendigung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (FbS, DSHS).....	105
Tabelle 63:	Art der Beendigung und Diagnose (FbS)	106
Tabelle 64:	Ergebnisse der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (DSHS).....	107
Tabelle 65:	Häufigkeit des Konsums von verschiedenen Substanzen vor Behandlung (t1) und bei der Erhebung (t2) (FbS).....	108
Tabelle 66:	Klientenzufriedenheit von Cannabisklienten in ambulanten Beratungsstellen (FbS)	109
Tabelle 67:	Klientenzufriedenheit (Mittelwertsvergleich) (FbS).....	109
Tabelle 68:	Berücksichtigung der wichtigsten Probleme aus Mitarbeitersicht (MaS)	113
Tabelle 69:	Gute oder sehr gute Bewertung des fachlichen Angebotes und der Struktur ambulanter Einrichtungen für Cannabisklienten aus Sicht der Mitarbeiter (MaS)...	114
Tabelle 70:	Veränderungsvorschläge für die Verbesserung des ambulanten Angebots für Cannabisklienten aus Sicht der Mitarbeiter der Beratungsstellen (MaS).....	114
Tabelle 71:	Förderliche und hinderliche Therapiefaktoren aus Klientensicht (InS).....	115

Abkürzungsverzeichnis

Kürzel	Langfassung	Erläuterung
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik	Basisdokumentation in der ambulanten und stationären Suchthilfe
BUND	Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA)	Repräsentative bundesweite Erhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen (früher: Bundesstudie)
FbS	Fragebogenstichprobe	Teilgruppe der untersuchten Cannabisklienten, die sich an einer schriftlichen Erhebung beteiligten
HR	Hochrisikogruppe	Gruppe von Klienten, die sich in einer Clusteranalyse aufgrund von Umfang und Art ihres Cannabiskonsums als Hochrisikogruppe erweisen
InS	Interviewstichprobe	Teilgruppe der untersuchten Cannabisklienten, die sich an einem computergestützten klinischen Interview beteiligten
MaS	Mitarbeiterstichprobe	Mitarbeiter der ambulanten Einrichtungen, die sich an einer Befragung beteiligten
MR	Mittelrisikogruppe	Gruppe von Klienten, die sich in einer Clusteranalyse aufgrund von Umfang und Art ihres Cannabiskonsums als Mittelrisikogruppe erweisen
NR	Niedrigrisikogruppe	Gruppe von Klienten, die sich in einer Clusteranalyse aufgrund von Umfang und Art ihres Cannabiskonsums als Niedrigrisikogruppe erweisen

In den Tabellen werden die folgenden Symbole und Abkürzungen zur Darstellung der statistischen Kennwerte verwendet

Kürzel	Bedeutung
df	Zahl der Freiheitsgrade
F	Prüfwert bei Varianzanalysen
M	Mittelwert
N	Zahl der Fälle
p	Restwahrscheinlichkeit (Signifikanzwert)
post hoc	Einzelvergleiche von Gruppen bei Varianzanalysen
SD	Standardabweichung
t	Prüfwert bei T-Tests
W	Effektstärke

Danksagungen

Wir danken Frau Helas vom Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirchen Deutschlands, Herrn Hüllinghorst von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und Frau Walter-Hamann vom Deutschen Caritasverband für die Unterstützung der Studie.

Für die Mitarbeit an der Studie bedanken wir uns bei der Leitung und den Mitarbeitern der folgenden ambulanten Beratungsstellen für Suchtkranke, welche den Kontakt mit den Klienten hergestellt und diese zur Teilnahme motiviert haben:

Psychosoziale Beratungsstelle Suchtberatung Altenburg
 Fachambulanz für Suchtkranke im Landkreis Altötting Altötting
 Psychosoziale Beratungsstelle Annaberg-Buchholz
 Psychosoziale Beratungsstelle Aschaffenburg
 Suchtberatungsstelle Diakonie Auerbach
 Psychosoziale Beratung Caritas Backnang
 Caritas Suchthilfe - Kontaktstelle Drogen / Betreutes Wohnen Bergisch-Gladbach
 Suchtberatung Diakonisches Werk Bernburg
 Suchtberatungszentrum Advent-Wohlfahrtswerk Chemnitz
 Suchtberatung Diakonisches Werk Coburg
 Psychosoziale Beratung für Medikament-, Drogen- und Glücksspielprobleme Dessau
 Suchtberatungs- und Behandlungsstelle des Behindertenzentrums des Landkreises Eilenburg
 Caritas-Regionalstelle Erfurt - Suchthilfezentrum S 13 Erfurt
 Psychosoziale Beratungsstelle Freiburg
 Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Caritasverband Füssen
 Psychosoziale Beratungsstelle Caritas Germersheim
 Drogenberatungszentrum Diakonieverband Göttingen
 Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke Heidelberg
 Beratungsstelle für Suchtfragen Hildburghausen
 Suchtberatungsstelle Diakoniewerk Westsachsen Hohenstein - Ernestthal
 Help-Center Evangelische Beratungsstelle Idar-Oberstein
 Psychosoziale Beratungsstelle Marienstift Ilmenau
 Suchtberatung und -prävention Köthen
 Fachambulanz für Suchtprobleme Beratung und Behandlung Landshut
 Psychosoziale Beratungsstelle der Caritas Leinefelde
 Psychosoziale Beratungsstelle "Impuls" Leipzig
 Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke Lingen
 KoBra PSB für Drogenprobleme Müllheim
 Fachambulanz für junge Suchtkranke – Caritas München

Psychosoziale Beratungsstelle AWO Neuhaus Rwg.
Fachambulanz für Suchtkranke Caritasverband Neuss
Psychosoziale Beratungsstelle Diakonie Nordhausen
Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke Caritasverband Nürnberg
Psychosoziale Beratungsstelle im Hohenlohekreis Öhringen
Suchtberatungsstelle Ev. Diakoniewerk Oschatz
Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Caritasverband Papenburg
Suchtberatungsstelle Diakoniewerk Kloster Dobbertin Parchim
Suchtberatungsstelle Diakonie Pirna
Sucht- und Drogenberatung Arbeiterwohlfahrt Rathenow
Fachambulanz für Suchtprobleme Regensburg
Sucht- und Drogenberatungsstelle Blaues Kreuz Rochlitz
Fachambulanz Lukas-Werk Suchthilfe Salzgitter
AWO Schönebeck
VfJ Drogenberatung Verein für Jugendhilfe e.V. Sindelfingen
Suchtberatungsstelle Diakonieverband Buxtehunde-Stade Stade
Suchtberatung Arbeitersamariterbund Thale
Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und Suchtgefährdete Verden
Sucht- und Drogenberatung DRK Weißenfels
Psychosoziale Beratungsstelle Diakonisches Werk Weißwasser
Suchtberatungsstelle Wernigerode
Beratungsstelle Aktionsgemeinschaft Drogen Wiesloch
Diakonische Werke Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke Wittingen

Unser Dank gilt auch unseren Interviewern², welche die Gespräche mit den Klienten mit Sorgfalt und der notwendigen Hartnäckigkeit durchgeführt haben.

Für die Überlassung von Unterlagen zur Cannabisstudie von Kleiber, Soellner & Tossmann bedanken wir uns bei Prof. Dr. Kleiber, Prof. Dr. Soellner und Dr. Tossmann. Für die Durchsicht und kritische Kommentierung des Textes bedanken wir uns bei Herrn Dr. Kufner.

Die Autoren

München, März 2004

² Im folgenden Text wurde zur besseren Lesbarkeit auf die Verwendung der weiblichen Formen verzichtet, die jeweils unter der männlichen Form subsummiert wurden.

Vorwort

Betrachtet man die fachliche und öffentliche Wahrnehmung des Cannabiskonsums und die damit verbundene Problematik in den letzten 30 Jahren, so zeigt die jeweilige Bewertung hohe Ausschläge. Zuerst ab etwa 1970 den Opiaten und Kokain in der Gefährlichkeit gleichgestellt, wurden die Risiken des Cannabiskonsums in den späten Jahrzehnten des letzten Jahrhunderts eher als gering bewertet. Es konnte durchaus vorkommen, dass besorgte Eltern in einer Drogenberatungsstelle mit dem Hinweis nach Hause geschickt wurden, dass der Konsum ihres Kindes kein Problem darstelle. Seit etwa fünf Jahren ändert sich die Einschätzung erneut, und es bleibt zu hoffen, dass die Analyse der cannabisbezogenen Problematik in Deutschland stärker als bisher auf einer rationalen empirischen Datenbasis erfolgt. Die vorliegende Studie versucht dazu auf der Grundlage von epidemiologischen, klinisch-epidemiologischen und klinischen Teilstudien einen Beitrag zu leisten.

Zunächst ist als *erstes Ergebnis* festzuhalten, dass die in Deutschland wie auch in Europa beobachtete Zunahme der Konsumenten in der Bevölkerung und der Klienten in den Beratungsstellen tatsächlich einen Trend widerspiegelt und nicht auf Artefakten beruht. Es war zum Beispiel vermutet worden, dass die Zunahme der Behandlungsnachfrage allein durch vermehrte Polizeiaktivitäten erklärt werden könnte. Die Lebenszeitprävalenz hat demnach zwischen 1990 und 2000 in den alten Ländern von etwa 18 % auf 38 % zugenommen und die Zahl der jährlichen Behandlungszugänge hat sich von etwa 2.600 auf 15.000 fast sechsfacht.

Die von den Mitarbeitern der Beratungsstellen gestellten ICD 10 Diagnosen sind überwiegend korrekt. Dieses *zweite wichtige Ergebnis* bezieht sich auf die Vergleiche der Daten aus den Wiederholungsuntersuchungen mit denen der von den Beratungsstellen bereits diagnostizierten Cannabiskonsumern. Diese Teilstudie zeigt damit auch, dass die Qualität der Diagnosen im Rahmen des ebis-Dokumentationssystems als gut zu beurteilen ist und gibt wertvolle Hinweise für notwendige Verbesserungen der Anleitungen und Schulungskonzepte für Mitarbeiter.

Cannabiskonsumern in der Bevölkerung und Klienten mit cannabisbezogenen Störungen in der ambulanten Behandlung sind keine homogene Gruppe, sondern differieren extrem in ihrem Konsumverhalten und in der Art und Ausprägung ihrer Problematik. Dieses *dritte wichtige Ergebnis* zeigt sich z. B. darin, dass die problematischste Klientengruppe (32%) in der Untersuchung in den letzten 30 Tagen fast täglich Haschisch konsumierte, während die Gruppe mit der geringsten Problemausprägung (40%) dies im Schnitt nur an einem von 30 Tagen tat. Insgesamt sind die Absolutwerte für regelmäßige Konsumenten mit cannabisbezogenen Diagnosen mit etwa 240.000 (schädlicher Gebrauch) bzw. etwa 140.000 (Cannabisabhängigkeit; Kraus & Augustin, 2001) unter der erwachsenen Bevölkerung derart hoch, dass alle Anstrengungen notwendig sind, die damit verbundenen Störungen durch geeignete präventive Maßnahmen zu vermeiden bzw. die betroffenen Personen frühzeitig und adäquat zu behandeln.

Die Analyse der präventiven Maßnahmen war nicht Gegenstand dieser Studie. Wohl aber zeigen sich *als viertes Ergebnis* erhebliche Defizite bei der Behandlungsqualität und Behandlungskapazität, die in Zukunft durch geeignete Maßnahmen beseitigt werden müssen. Die Mitarbeiter der betroffenen Beratungsstellen schätzen selbst ein, dass das Angebot der Beratungsstellen nicht ausreichend auf die Beratung und Behandlung cannabisbezogener Störungen ausgerichtet ist. Erschwert wird eine qualitativ hochstehende Betreuung durch die hohe Varianz der Störungsprofile, so dass eine große Bandbreite von beratenden und therapeutischen Kompetenzen vorgehalten werden muss. Die therapeutischen Zielbereiche beziehen sich auf die gesamte Bandbreite von juristischen Problemen bis hin zur Cannabisabhängigkeit mit schweren komorbiden psychosozialen und psychischen Störungen. Neben der verbesserungsbedürftigen Qualität der Behandlung zeigt sich im Rahmen einer parallel durchgeführten Studie (Perkonigg et al., 2004), dass ein großer Teil der Konsumenten in der Bevölkerung nicht die Psychosozialen Beratungsstellen des Suchthilfesystems aufsucht sondern z. B. niedergelassene Psychologen oder andere Beratungsstellen. Diese Beobachtung wirft die Frage auf, ob diese Stellen außerhalb des Suchthilfesystems für die Beratung und Behandlung von cannabisbezogenen Störungen qualifiziert werden sollen, oder ob die Psychosoziale Beratungsstelle ihr Erscheinungsbild so ändern muss, dass sie aus Sicht der Klienten nicht nur eine Anlaufstelle für schwere Störungen (z. B. Heroinabhängigkeit) darstellt.

1 Einleitung und Fragestellungen

Cannabis ist in Deutschland (vgl. Kraus & Augustin, 2001; Hoch et al., 2002) ebenso wie im europäischen (EBDD, 2002) und außereuropäischen Ausland (Johnston et al., 2000) die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Nach den neuesten Studien haben in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland fast 20% Erfahrungen mit Cannabis, in der Altersgruppe 12-18 etwa 16%. Dies entspricht einer Absolutzahl von 9,2 Millionen Personen mit Cannabiserfahrung, von denen 3,4 Millionen die Substanz in den letzten 12 Monaten, 1,6 Millionen innerhalb der letzten 30 Tage konsumierten (Simon et al., 2002); 140.000 haben eine DSM-IV Diagnose „Missbrauch“, weitere 240.000 eine Abhängigkeitsdiagnose (erwachsene Bevölkerung); die Zahl der polizeilich erfassten Cannabisdelikte erreichte 2002 mit 100.779 einen erneuten Höchstwert und lag deutlich über dem Vorjahreswert von 94.633 Fällen (Bundeskriminalamt, 2002).

In der Europäischen Union zeigen sich ähnliche Werte: Ein Vergleich der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zeigt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 34 Jahren in allen Mitgliedsländern der Europäischen Union eine Prävalenz des aktuellen Cannabiskonsums (letzte 12 Monate) zwischen 10 und 20%. Im Vergleich dazu ist Kokain- oder Amphetaminkonsum in allen Ländern deutlich seltener (www.emcdda.eu.int). Neben den derzeit hohen Prävalenzwerten fällt auf, dass Cannabis die einzige psychoaktive Substanz ist, deren Gebrauch in den letzten Jahren stark zugenommen hat.

Zu Beginn der Ausbreitung des Cannabiskonsums in Europa in den 60er Jahren wurden zunächst große Risiken in Zusammenhang mit dieser Substanz gesehen. In den 90er Jahren tendierte die fachliche und öffentliche Diskussion ins Gegenteil, der Konsum wurde zunehmend als eher harmlos eingeschätzt, die Legalisierung bzw. zumindest weitere Entkriminalisierung thematisiert. In den letzten Jahren entwickelte sich eine zunehmend differenzierte Bewertung der Substanz. Aktuelle Übersichtsarbeiten haben eine große Zahl von Forschungsergebnissen zu den Effekten von Cannabis zusammengetragen (Inserm, 2001; Ministry of Public Health of Belgium, 2002) und ermöglichen damit eine umfassende Betrachtung der Risiken des Cannabiskonsums. In einigen Fällen werden diese heute niedriger eingeschätzt als früher, in anderen Bereichen wurden problematische Folgen empirisch nachgewiesen.

Die öffentliche Diskussion über Cannabis ist zurzeit stärker von seinem möglichen therapeutischen Nutzen (z.B. Stevens, 2002) als von seinen Risiken bestimmt. Daneben werden die negativen Wirkungen langjährigen Gebrauchs weiterhin analysiert (z.B. Iversen, 2000; Inserm, 2001; Kleiber & Kovar, 1997). Die Frage der Legalisierung von Cannabis, die etwa in der Schweiz im Zusammenhang mit der Neufassung des Drogenrechts in jüngerer Zeit diskutiert wurde (vgl. Medieninformation des Schweizerischen Bundesrats vom 9.3.2001), wird auch in Deutschland immer wieder aufgeworfen. Allerdings gibt es neben der Tendenz zu einem liberaleren Umgang auch gegensätzliche Entwicklungen. Die seit Jahren stetige Zunahme der Verbreitung von Cannabis in Europa (EBDD, 2002) und aktuelle Hinweise auf einen weiteren Anstieg wurden zumindest in einigen Ländern auch als Signal gesehen, mög-

liche negative Auswirkungen genauer zu prüfen und vorerst weitere Schritte zur Liberalisierung zurückzustellen. Auch in Deutschland ist diese Sorge zu beobachten, vor allem aufgrund der seit Jahren steigenden Zahl von Klienten. Vor diesem Hintergrund gibt die in den letzten Jahren in Deutschland deutlich steigende Zahl von Klienten in ambulanten Beratungsstellen, bei denen Cannabis nicht als Begleitsubstanz, sondern als zentrales Problem (Hauptdroge) bewertet wurde, Anlass zur Aufmerksamkeit (Türk & Welsch, 2001; Welsch, 2002; Welsch & Sonntag, 2003).

Der aktuelle Kenntnisstand führt zu verschiedenen Fragen, die derzeit nicht beantwortet werden können: Ist die Zunahme der Klientel mit einer primären Cannabisproblematik real oder ein Artefakt, bedingt zum Beispiel durch Mängel in der Diagnostik oder einem veränderten Nutzungs- oder Zuweisungsverhalten (u.a. erhöhte polizeiliche Ermittlungsintensität). Was sind die Gründe für eine mögliche Zunahme? Welche Störungen charakterisieren diese Klientel und sind die ambulanten Einrichtungen adäquat darauf ausgerichtet?

Die hier dargestellte Studie befasst sich mit den aufgeworfenen Fragen zu Umfang, Zunahme und Charakteristika cannabisbezogener Störungen in Deutschland, zu Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot und versucht, aus den Ergebnissen Schlussfolgerungen für das System von Beratung und Behandlung abzuleiten. Im Einzelnen wurden folgende Fragestellungen formuliert:

1. Gibt es konsistente Ergebnisse in der Literatur für cannabisbezogene Störungen? Welche Risikofaktoren für die Entwicklung solcher Störungen sind bekannt?

Die Durchsicht und Auswertung der Fachliteratur geht der Frage nach, welche Störungen nach heutigem Stand des Wissens im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis auftreten können. Diese bilden den Rahmen und definieren weitgehend die Ziele von Beratung und Behandlung. Darüber hinaus werden Risikofaktoren für den Übergang von unauffälligen zu problematischen Konsummustern ausgewertet. Solche Faktoren sind auch für die Weiterentwicklung präventiver Maßnahmen von Bedeutung, da sie Ansatzpunkte für Sekundärprävention liefern. Allgemeine Risikofaktoren für die Entwicklung eines Cannabiskonsums sind nicht Gegenstand der Untersuchung.

Zentrale Konzepte in der Diskussion negativer Folgen des Suchtmittelgebrauchs sind die Begriffe „Schädlicher Gebrauch/ Missbrauch“ und „Abhängigkeitssyndrom“ in den entsprechenden Klassifikationssystemen (DSM-IV, ICD-10). Während die Vorgaben für die Dokumentation in den ambulanten Einrichtungen sowohl durch nationale Standards (Deutscher Kern Datensatz, DHS, 2001) als auch innerhalb der einzelnen Systeme (z.B. Strobl & Türk, 2000) klar sind, liegt bisher keine Studie vor, welche die Validität der in den ambulanten Beratungsstellen tatsächlich vergebenen Suchtdiagnosen überprüft. Die vorliegende Studie sollte diese Frage durch Heranziehung zusätzlicher, unabhängiger Informationsquellen mit möglichst hoher Validität und Reliabilität für die Teilgruppe der primären Cannabisklienten nachgehen.

2. Ist eine Zunahme der Behandlungsnachfrage durch Cannabiskonsumenten in ambulanten Einrichtungen empirisch gesichert? Basiert diese auf einer Steigerung der Nachfrage auf Seiten der Klienten oder sind äußere Einflüsse dafür verantwortlich?

Will man den aktuellen und zukünftigen Bedarf an Betreuung erklären bzw. prognostizieren, so muss der starke Anstieg der Fallzahlen in den Jahren zwischen 1996 und 1999 abgesichert, untersucht und interpretiert werden. Die Zunahme ist zunächst durch die Untersuchung eines längeren Zeitraums zu untermauern. Alternative Ursachen dieser Entwicklung, die nicht direkt mit einem zunehmenden Betreuungsbedarf in der Bevölkerung zusammenhängen, müssen ausgeschlossen werden: (1) Mängel in der Diagnostik von schädlichem Konsum/ Abhängigkeit (falsch-positive Diagnosen) und (2) Fehletikettierung von anderen Problemen als primäre Cannabisstörungen.

3. Wie ist die Zunahme der Behandlungsnachfrage zu erklären?

Für die Planung von Betreuungsangeboten ist es wichtig zu wissen, in welchem Zusammenhang die Behandlungsnachfrage wegen Cannabisproblemen mit der Prävalenz des Cannabiskonsums in der Bevölkerung steht. Es ist zu klären, ob die Behandlungsnachfrage proportional zum Konsum in der Bevölkerung bleibt oder ob sich diese Relation zwischen Konsumentenzahlen und Behandlungsnachfrage verändert. Alternative Erklärungsansätze müssen geprüft werden: Zum Beispiel könnte die Zunahme der Betreuungsfälle vorrangig durch Änderungen im Vermittlungsverhalten (steigende Zahl von juristischen oder administrativen Auflagen) bedingt sein.

Bei der Analyse der Nachfrage müssen auch die Bedingungen auf Seiten der Behandlungseinrichtungen und die Rahmenbedingungen der Betreuung berücksichtigt werden. Um die Entwicklung unabhängig von diesen spezifischen Gegebenheiten beurteilen zu können, werden vergleichbare Datenquellen aus anderen europäischen Ländern herangezogen, da dort die Rahmenbedingungen und das Behandlungsangebot unabhängig von der Situation in Deutschland sind.

4. Gibt es spezifische Merkmale, in denen sich klinische Gruppen von Cannabis konsumierenden Personen in der Bevölkerung unterscheiden?

Es gibt Übergänge zwischen einem (Probier-)Konsum psychotroper Substanzen ohne beobachtbare negative Folgeerscheinungen und einem Konsum, der von negativen Folgen begleitet wird und zu langfristigen Störungen und Schäden führt. Ein Vergleich zwischen der Gesamtheit aktueller Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung und den Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen mit einer primären Cannabisproblematik hilft, die Grenze zum problematischen Cannabiskonsum besser zu verstehen. Charakteristika und konsumbezogene Verhaltensweisen, die in der Klientel im Vergleich zur konsumierenden Bevölkerung auffällig sind, können als Risikofaktoren für problematischen Cannabiskonsum betrachtet werden und zur Behandlungsplanung beitragen.

5. Lassen sich empirisch abgesicherte Konsumentengruppen nach dem Risikopotential bilden? Wie unterscheiden sie sich und wie hoch ist ihr relativer Anteil in der Klientel?

Die heutige weite Verbreitung von Cannabis in der gesamten Bevölkerung legt die Vermutung nahe, dass Cannabiskonsum kein einheitliches Phänomen ist und dass die entsprechende Klientel auch keine homogene Gruppe bildet. Da Behandlung so spezifisch wie möglich an den Voraussetzungen und Bedürfnissen der Klienten ansetzen sollte, muss deshalb der Frage nachgegangen werden, ob sich Teilgruppen in der Klientel empirisch ableiten lassen. Für diese Gruppen wird das Konsumverhalten in seinem sozialen und räumlichen Kontext analysiert und damit die Voraussetzungen für die Behandlung differenziert beschrieben. Dies hilft, Therapieziele und vorhandene Ressourcen zu erfassen und in der Betreuung zu berücksichtigen. Darauf aufbauend ist dann die Frage nach den geeigneten Ansätzen und Formen der Betreuung für jede dieser Teilpopulationen zu prüfen.

6. Welche Charakteristika von Cannabisklienten müssen im Vergleich zu anderen Klientengruppen bei einer ambulanten Behandlung berücksichtigt werden?

Der Cannabiskonsum findet eingebettet in die Lebenssituation und den Alltag der Klienten statt. Die Lebensumstände und Rahmenbedingungen müssen beachtet werden, um eine Behandlung effektiv und effizient durchführen zu können. Die wichtigsten behandlungsrelevanten Charakteristika werden aus diesem Grunde zusammengestellt und analysiert. Der Vergleich mit den beiden großen Klientengruppen in ambulanter Betreuung – den Alkohol- und den Opiatabhängigen – soll die spezifischen Bedingungen der Cannabisklienten deutlich machen.

7. Entspricht das Betreuungsangebot in seiner Qualität dem Behandlungsbedarf?

Die Frage, ob die vorhandenen ambulanten Angebote in ihrer Qualität dem Bedarf entsprechen, stellt die Verbindung zwischen dem Behandlungsbedarf und dem Angebot der Beratungsstellen her. Die objektive Seite des Bedarfs wird in der Beschreibung der Klientencharakteristika und ihres Konsumverhaltens dargestellt. Der subjektive Behandlungsbedarf äußert sich in den Motiven und den Zugangswegen zur Behandlung.

Ein zentraler Punkt der Fachdiskussion über die Behandlung primärer Cannabisklienten bezieht sich auf die Rolle extrinsischer und intrinsischer Motive des Klienten bei der Aufnahme der Betreuung. Neben den objektiven Maßstäben der klinischen Diagnostik stellt sich die Frage, was der Klient als „Kunde“ in der ambulanten Beratungsstelle sucht. Insbesondere ist zu klären, ob er aus eigener Motivation Hilfe sucht oder einem sozialen oder juristischen Druck von außen nachkommt. Der Aspekt der Patientenzufriedenheit, der in der somatischen Medizin inzwischen einen recht großen Stellenwert einnimmt, steht hinter diesen Betrachtungen. Basisdaten zu Verlauf und Hinweise auf die Ergebnisse der ambulanten Betreuung werden ebenfalls ausgewertet. Eine quantitative Abschätzung notwendiger Behandlungsplätze ist nicht Gegenstand der Untersuchung.

8. Gibt es Vorschläge für die Verbesserung des Hilfeangebots?

Klienten und Mitarbeiter der ambulanten Einrichtungen haben die intensivsten Erfahrungen und die genaueste Einsicht in die aktuelle Betreuung von Cannabisklienten in ambulanten Beratungsstellen. Eine bewertende Beschreibung des Betreuungsangebotes aus Sicht der Beteiligten soll die Stärken und Schwächen des jetzigen Angebots klären. Die speziellen Schwerpunkte der Betreuung dieser Klientengruppe ebenso wie die Bewertung der eigenen Kompetenz der Einrichtungsmitarbeiter sollen untersucht werden, um den aktuellen Status der Betreuungsangebote zu bewerten und Verbesserungsvorschläge abzuleiten.

Auf der Grundlage einer Literaturübersicht wurden empirische Ergebnisse über mögliche cannabisbedingte Sekundärfolgen und Schäden zusammengestellt. Zur Beantwortung der Fragestellungen werden (1) Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik und (2) der Bevölkerungsumfrage 2000 zum Konsum psychotroper Substanzen zu einer Reanalyse herangezogen. Bei den Klienten einer Stichprobe von ambulanten Beratungsstellen, die wegen primärer Cannabisprobleme in Betreuung waren und diese abgeschlossen hatten, wurde (3) eine schriftliche Erhebung durchgeführt. In einer weiteren Teiluntersuchung (4) wurden Klienten in aktueller Betreuung in den gleichen Einrichtungen mit computergestützten diagnostischen Interviews befragt. Ergänzend hierzu wurde (5) eine Befragung der therapeutischen Mitarbeiter in diesen Einrichtungen durchgeführt. Details zur Methodik finden sich in Kapitel 2.

2 Methodik

2.1 Informationsquellen

2.1.1 Literaturübersicht

Die Literaturrecherche erfolgte zu den Aspekten Prävalenz, Risiken und Folgen von Cannabis unter Nutzung aktueller Reviews (Hall & Room, 1995; Hall, Degenhardt & Lynsky, 2001; Inserm, 2001; Kleiber & Kovar, 1998; Ministry of Public Health of Belgium, 2002) für die Jahre 1995 bis 2003. Ergänzend wurde zu den genannten Themenbereichen im Internet unter Nutzung von wissenschaftlichen Datenbanken (DIMDI, Medline) sowie speziellen Informationsangeboten zum Thema Cannabis recherchiert. Als Suchbegriffe wurden „Cannabis“, „Marihuana“, „Marijuana“ und „Haschisch“ verwendet. Die Ergebnisse der in die Literaturübersicht einbezogenen Studien werden thematisch gegliedert in narratives Form dargestellt.

2.1.2 Reanalyse vorhandener Daten

In dem vorliegenden Bericht wird auf eine Reihe vorhandener epidemiologischer Datenquellen zurückgegriffen. Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik stehen für eine große Zahl ambulanter Einrichtungen zur Verfügung und können damit Untersuchungsergebnisse komplementär ergänzen. Die Angaben aus dem nationalen Suchtsurvey liefern einen Vergleichsmaßstab bei der Interpretation der Charakteristik von Klienten mit Cannabisproblemen im Vergleich zu Cannabiskonsumenten außerhalb von Behandlungseinrichtungen.

Daten aus Bevölkerungsumfragen in Deutschland

Die wichtigste Quelle für die Einschätzung der epidemiologischen Situation des Konsums von Cannabis in Deutschland bei Erwachsenen ist der bundesweite epidemiologische Suchtsurvey (BUND) über den Gebrauch und Missbrauch psychotroper Substanzen in der deutschen Bevölkerung. Es wird die Altersgruppe 18-59 Jahre betrachtet. Der Schwerpunkt des Suchtsurveys liegt auf dem Konsum dieser Substanzen und seinen Folgen. Eine detaillierte Darstellung der Methodik findet sich bei Kraus, Bauernfeind und Bühringer (1998), die wichtigsten Ergebnisse der letzten Erhebung im Jahr 2000 wurden von Kraus und Augustin (2001) publiziert.

Für Jugendliche und junge Erwachsene ist die Drogenaffinitätsstudie zu nennen, eine früher persönliche, seit 2001 telefonische Befragung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Altersgruppe 12-25. Die Erhebung wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Grundlage ihrer präventiven Aktivitäten seit 1973 im Abstand von jeweils 3-4 Jahren durchgeführt. Hier geht es weniger um den Konsum einzelner Substanzen und die jeweiligen Konsummuster, sondern um Drogennähe, Einstellungen zu Substanzen und Erwartungen in dieser jüngeren Altersgruppe. Die Ergebnisse der neuesten Studie findet sich in BZgA (2001).

Wegen der detaillierten Informationen zu einzelnen Substanzen und zu Konsummustern wird in dieser Untersuchung zu Vergleichszwecken auf den im Jahr 2000 durchgeführten deut-

schen Suchtsurvey zurückgegriffen. Es wurden alle Fälle verwendet, bei denen ein Cannabiskonsum innerhalb der letzten 12 Monate vorlag (N=486), wobei eine Gewichtung nach Geschlecht, Alter und Region durchgeführt wurde.

An der Europäischen Schülerbefragung zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) (Hibell et al., 1999) beteiligten sich im Jahr 2003 erstmalig sechs deutsche Bundesländern. Ergebnisse hieraus lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor. Resultate der Münchner EDSP-Studie (Wittchen et al., 1998) werden an verschiedenen Stellen des Berichts zu Vergleichszwecken und zur Kommentierung herangezogen.

Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik

Ambulante Beratungsstellen für Suchtkranke sind die erste suchtspezifische Anlaufstelle für Personen, die Probleme im Umgang mit Cannabis haben. Aus diesen Einrichtungen werden im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik Daten gesammelt. Grundlage dieser Auswertung für das Berichtsjahr 2001 sind Daten aus insgesamt 368 ambulanten Einrichtungen (Welsch, 2002). Es stehen für alle Einrichtungen die Daten des Deutschen Kerndatensatzes zur Verfügung.

Damit werden 38% der insgesamt 944 von den Ländern finanziell unterstützten Einrichtungen in die Dokumentation einbezogen (Länderkurzbericht, 2001). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht mit 1.350 ambulanten Beratungsstellen von einer deutlich größeren Gesamtzahl von Einrichtungen aus, bezieht dabei aber auch eine Vielzahl kleiner (häufig nicht selbständiger) Beratungsstellen ein (Leune, 2001). Eine Studie in ambulanten Einrichtungen ergab eine Zahl von 1.313 Einrichtungen für das Jahr 1999 (Simon et al., 2003). Die Berechnung der Erreichungsquote auf dieser Basis ergibt einen Wert von 28%. Legt man bei der Berechnung der Erreichungsquote ambulanter Einrichtungen durch vorhandene Dokumentationssysteme nicht die Zahl der Einrichtungen, sondern die Gesamtzahl der Mitarbeiter dieser Stellen zu Grunde, so ergibt sich eine Quote von 58% (Welsch, 2002). Der höhere Wert ist darauf zurückzuführen, dass die Einrichtungen, die sich an der statistischen Erhebung beteiligten, im Mittel über eine größere Zahl von Mitarbeitern verfügen.

Da die Daten der Suchthilfestatistik national nur in aggregierter Form vorliegen, ist die Möglichkeit einer weitergehenden Analyse beschränkt. Daten aus dieser Quelle werden vor allem komplementär zu den vertieften Informationen aus den Untersuchungsstichproben analysiert. Ein Vergleich mit den Gruppen der Opiatabhängigen und der Alkoholabhängigen wird vorgenommen. Beide Gruppen repräsentieren zahlenmäßig einen erheblichen Teil der Klientel und sind in vielen Studien intensiv untersucht worden.

Daneben werden die Daten für die Analyse der Repräsentativität der Untersuchungsstichproben und die Überprüfung der Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtheit ambulant behandelter Cannabisfälle verwendet.

Daten aus dem europäischen Umfeld

Parallel zu den Informationen über die Situation in Deutschland finden sich eine Reihe von Daten, die sich auf Europa bzw. die Mitgliedsländer der EU beziehen. Im Rahmen der Entwicklung der sogenannten Kernindikatoren hat die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) mit Hilfe nationaler Experten bereits eine deutlich bessere Vergleichbarkeit der nationalen Daten erreicht. Die Besonderheiten der nationalen Versorgungssysteme, ihre unterschiedliche Rechtssituation sowie die noch nicht vollständig vollzogene Harmonisierung einzelner Erhebungsverfahren erlaubt jedoch immer noch keinen einfachen Vergleich. Es wird dabei vor allem auf den Behandlungsindikator (Treatment Demand Indicator TDI) sowie auf den Indikator der Bevölkerungsumfragen zurückgegriffen. Grundlage sind die nationalen REITOX-Berichte sowie der europäische Drogenbericht der EBDD (EMCDDA, 2002). Zusätzlich wurden nationale Daten aus anderen europäischen Ländern verwendet, z.B. aus dem niederländischen „National Drugs Monitor“ von 2001 und 2002. Nach Möglichkeit wurde auf das Berichtsjahr 2001 Bezug genommen.

2.2 Instrumente

Die Themenbereiche der Erhebung wurden zwischen der schriftlichen Umfrage im Rahmen der Fragebogenstudie (FbS) und den Erhebungen im Rahmen der Interviewstudie (InS) aufgeteilt. Insbesondere Fragen zur Diagnostik psychischer Störungen wurden auf Grund der zu erwartenden höheren Genauigkeit der Aussagen von klinisch geschulten Interviewern mündlich erfasst. Bei der Auswahl der Instrumente wurde darauf geachtet, die behandelte Klientel mit den Probanden der Suchtsurvey vergleichen zu können.

2.2.1 Der Deutsche Kerndatensatz

Die Datensammlung im Bereich der Suchtkrankenhilfe erfolgt – vor allem im nicht medizinischen Sektor – auf der Grundlage des Deutschen Kerndatensatzes. Diese Zusammenstellung von grundlegenden Items wurde von einer Arbeitsgruppe der DHS vorgelegt und wird heute als gemeinsame Basis in vielen Einrichtungen eingesetzt. Verschiedene breiter angelegte Datensätze werden in verschiedenen Systemen bzw. Regionen genutzt. Bei der Datenzusammenführung sind alle diese Systeme grundsätzlich in der Lage, die Daten des Deutschen Kerndatensatzes zur Verfügung zu stellen. Grundlegende Informationen zum Deutschen Kerndatensatz wurden an anderer Stelle bereits veröffentlicht (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 2001). Das aktuelle Manual ist im Internet erhältlich unter www.dbdd.de/download/manual.pdf. Da die Daten für die Suchthilfestatistik in aggregierter Form vorliegen, ist die Möglichkeit einer weitergehenden Analyse beschränkt.

2.2.2 Treatment Demand Indicator (TDI)

Der Europäische Kerndatensatz für die Dokumentation von Personen mit Drogenproblemen in spezialisierter Behandlung wurde von einer Arbeitsgruppe der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht entwickelt (EBDD). Der „Treatment Demand Indicator“ (TDI) erfasst Lebensumstände und Konsumsituation der behandelten Klienten mit 20

Items. Diese sind im Deutschen Kerndatensatz enthalten und wurden dort teilweise den nationalen Gegebenheiten angepasst. Negative Folgend des Konsums werden nicht erfasst. Der Vergleich der Angaben mit Informationen aus dem europäischen Ausland erfolgt für den Beratungsbereich auf der Grundlage dieses gemeinsamen Standards.

2.2.3 Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

Es gibt eine Reihe von Instrumenten zur Erfassung klinischer Diagnosen von Störungen durch psychotrope Substanzen. Aufgrund der guten Validierung des computergestützten Interviews auf der Basis von CIDI (Wittchen & Semmler, 1990) wurde zur Erfassung der diagnostischen Informationen DIA-X (Wittchen & Pfister, 1997) eingesetzt. Dieses Computerprogramm basiert auf den Standards der Klassifikationssysteme ICD-10 (Dilling et al., 1999) und DSM-IV (APA, 1994) und kann Diagnosen beider Systeme aus den erfassten Interviewdaten ableiten. Die Interviews werden dabei computergestützt von Interviewern durchgeführt, welche die Angaben der Probanden direkt im Computer eingeben. Da Erfassungsfehler weitgehend ausgeschlossen sind und eine Reihe von internen Prüfverfahren die Reliabilität der Angaben sichert, wurde das Verfahren der schriftlichen Vorgehensweise vorgezogen.

Um eine durchschnittliche Dauer von 60-90 Minuten pro Interview nicht zu überschreiten, musste darauf verzichtet werden, alle Themenbereiche des DIA-X in allen zeitlichen Ausprägungen zu erfassen. Es wurde auf der Grundlage früherer Befunde über korrelative Zusammenhänge zwischen den substanzbezogenen und anderen psychischen Störungen (z.B. Höfler & Lieb, 1999) eine Auswahl von Sektionen getroffen, die von besonderer Bedeutung für die Probanden mit Cannabisproblemen sein dürften. Es sind dies die Sektionen A (Demographie), B (Tabak), D (Angst), E (Depression), G (Psychosen), I (Alkohol), L (Medikamente und Drogen). Nicht eingesetzt wurden die Sektionen C (Somatoforme Störungen), F (Manie), H (Essstörungen), K (Zwangsstörungen), M (Organisch bedingte Störungen) und N (Posttraumatische Belastungsstörungen). Da die Beschreibung der aktuellen Situation des Klienten bei Betreuungsbeginn im Vordergrund steht, wurde die „Querschnitts“-Fassung des Instruments eingesetzt, die das Verhalten innerhalb der letzten 12 Monate erfasst.

2.2.4 Daily Hassles

Zur Beschreibung der Alltagssituation der Probanden bei Aufnahme ihrer ambulanten Betreuung wurde der Fragebogen „Daily Hassles“ eingesetzt. Dieses Verfahren bildet eine breite Palette unterschiedlicher Lebensbereiche ab, in denen Stress, aber auch positive Aspekte der aktuellen Lebensführung sichtbar werden (Lieb, Isensee, von Sydow & Wittchen, 2000). Die Items wurden dem Social Interview Schedule (SIS) entnommen und zur Messung von sozialer Anpassung von Clare und Clairns (1978) entwickelt. 1985 wurden die „Daily Hassles“ für den deutschen Sprachraum evaluiert (Faltermaier et al., 1985).

2.2.5 Readiness-to-Change-Questionnaire (RCQ)

Der Fragebogen zur Veränderungsbereitschaft (Readiness to change) wurde von Rollnick und Kollegen (Rollnick, Heather, Gold & Hall, 1992) in Anlehnung an das Modell der Veränderungsphasen von Prochaska und DiClemente (1986) entwickelt. Das Modell geht zunächst

für Alkoholabhängige von typischen Phasen aus, die ein Abhängiger auf dem Wege in und durch die Suchtbehandlung durchläuft. Die Phasen der Vorüberlegung (Precontemplation), Überlegung (Contemplation), Handlung (Action) und Aufrechterhaltung (Maintenance) werden nacheinander durchlaufen. Bei Rückfällen kann diese Abfolge mehrfach auftreten. Der RCQ-Fragebogen misst den aktuellen Status des Patienten in Bezug auf die ersten drei beschriebenen Phasen. Die verwendete Version wurde von Kufner ins Deutsche übersetzt (Kufner et al., 2000).

2.2.6 Weitere Items

Fragen zum Konsumverhalten, dem Freundeskreis und zur Akzeptanz des Konsums in der Familie wurden aus der Berliner Cannabisstudie von Kleiber, Soelner und Tossmann übernommen (Kleiber & Soellner, 1998). Damit wurde die Möglichkeit geschaffen, das Konsumverhalten in diesen unterschiedlichen Gruppen von Cannabiskonsumenten mit einem zeitlichen Abstand von mehr als fünf Jahren zu vergleichen.

In einer Reihe von offenen Fragen wurden die Probanden gebeten, die wichtigsten Gründe für den Besuch der Beratungsstelle zu nennen. In gleicher Weise wurden hilfreiche bzw. problematische Aspekte des Betreuungsverlaufs erfragt. Die Antworten wurden post hoc kategorisiert und gingen in dieser Form in die Auswertung ein.

2.2.7 Mitarbeiterfragebogen

Der Mitarbeiterfragebogen enthält Fragen zur persönlichen Einschätzung des therapeutischen Mitarbeiters in Hinblick auf Trends und Veränderungen bei der Betreuung von Cannabisfällen in den Einrichtungen. Daneben wird nach der Tauglichkeit der strukturellen Bedingungen und Problemen bei der Betreuung der Zielgruppe gefragt. Kategorielle Antworten können durch eine Reihe von Freitextfeldern inhaltlich ergänzt werden. Die offenen Fragen wurden bei der Analyse kategorisiert und als ergänzende Informationen zu den quantitativen Angaben verwendet.

2.3 Stichproben

Bei allen Klienten, welche die beteiligten Einrichtungen im Jahr 2001 besucht hatten und die Kriterien eines „Cannabisklienten“ erfüllten, wurde eine schriftliche Nacherhebung durchgeführt. Einschlusskriterien waren (1) die Diagnose „schädlicher Konsum“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ von Cannabis nach ICD-10 im Rahmen der Basisdokumentation für die Deutsche Suchthilfestatistik sowie (2) die Vorrangigkeit von Cannabis als betreuungsleitende Hauptdroge im Falle von Mehrfachdiagnosen. Die teilnehmenden Probanden bilden die *Fragebogenstichprobe FbS*.

Klienten, welche die Kriterien (1) und (2) erfüllten und in den beteiligten Einrichtungen zwischen Dezember 2002 und Oktober 2003 betreut wurden, wurden in klinischen, computer-gestützten Interviews befragt. Sie bilden die *Interviewstichprobe InS*.

Die therapeutischen Mitarbeiter der Einrichtungen bilden die *Mitarbeiterstichprobe MaS*.

2.4 Datenerhebung

2.4.1 Auswahl der teilnehmenden Einrichtungen

Von den 471 in 2001 an EBIS – dem größten Informationssystem im Rahmen der DSHS – teilnehmenden Einrichtungen wurden 200 für die Studie zufällig ausgewählt und angeschrieben. Neben einem Unterstützungsschreiben wurden Informationen zu Hintergrund, Ziel, Ablauf und Arbeitsaufwand der Studie beigelegt. Insgesamt erklärten sich 52 Einrichtungen mit Cannabisklienten bereit, sich an der Studie zu beteiligen. Bei 23 Einrichtungen ist der Träger die Diakonie, bei 15 die Caritas, bei 13 die DHS. Bei einer Einrichtung ist der Träger nicht bekannt. Die Einrichtungen sind über ganz Deutschland verteilt. Es ergeben sich jedoch aufgrund der Verteilung der EBIS-Teilnahme Schwerpunkte in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Einrichtungen mit einer Spezialisierung auf Cannabisklienten wurden nicht berücksichtigt, um eine Verzerrung der Stichprobe zu vermeiden.

Die Klientenstichprobe der Fragebogenstudie (FbS)

Aufgrund der Ergebnisse der Suchthilfestatistik des Jahres 2000 (Welsch, 2001) wurde die durchschnittliche Zahl von Klienten mit einer primären cannabisbezogenen Störung pro Einrichtung und Jahr auf neun Fälle geschätzt. Die Schätzungen der Einrichtungsmitarbeiter selbst lagen im Mittel mit rund 29 Klienten für das Jahr 2001 wesentlich höher.

Zur Wahrung des Datenschutzes wurden die Probanden von den Einrichtungen selbst ausgewählt und angeschrieben. Um Selektionsfehler auszuschließen und den Arbeitsaufwand für die Einrichtungen möglichst gering zu halten, wurde jeder Beratungsstelle zu Beginn der Feldarbeit eine Diskette mit einem am IFT entwickelten Programm zur Auswahl der Probanden, der Erstellung eines entsprechenden Serienbriefes und der Dokumentation der Weitergabe zugeschickt. Mit dem Anschreiben erhielten die ausgewählten Probanden einen Klientenfragebogen, eine Einwilligungserklärung und 5 Euro als „Dankeschön“ für die Teilnahme. Für Fragen und Probleme im Zusammenhang mit dem Programm stand den Einrichtungen telefonisch die EBIS-Hotline zur Verfügung. Zur Erhöhung des Rücklaufs wurde eine zweite Versandaktion durchgeführt. Die Daten lagen Ende Oktober 2002 vollständig vor. Nach Vorliegen der Fragebögen wurden alle EBIS-Datensätze zu den genannten Klienten eingeholt. In einigen Fällen standen aus technischen Gründen (verlorene Datenbestände, Computerprobleme in den Einrichtungen) einzelne Datensätze nicht zur Verfügung.

Eine Datenbankrecherche in den beteiligten Einrichtungen ergab insgesamt 870 Fälle, die den Kriterien (Hauptdroge Cannabis, Betreuungsende in 2001) entsprachen. Allerdings fehlten von 228 der 870 Fälle die Adressangaben, bei weiteren 75 war die angegebene Adresse ungültig. In 14 Fällen lehnten die Therapeuten aufgrund des Therapieverlaufs ab, einen Kontakt herzustellen. Unter Abzug dieser qualitätsneutralen Ausfälle ergab sich eine Netto-stichprobe von 553 Probanden. Von diesen 553 kontaktierten Klienten konnten 223 für eine Mitarbeit in dieser Phase gewonnen werden, was einer Ausschöpfung von 40,3% entspricht. Von 136 Personen dieser 223 Personen lagen für die Auswertungen EBIS-Daten vor, das

sind 61% der Gesamtgruppe. In den übrigen Fällen lag keine Erlaubnis des Klienten für die Datenweitergabe vor oder es gab technische Probleme, die den Datenzugriff verhinderten.

Die Klientenstichprobe der Interviewstudie (InS)

Alle Einrichtungen, die in der FbS beteiligt waren, wurden um die Teilnahme an der zweiten Phase des Projekts gebeten, in der klinische Interviews mit Klienten der Einrichtungen mit primären Cannabisproblemen durchgeführt werden sollten. Die Mitarbeiter wurden während des Erhebungszeitraums von Dezember 2002 bis einschließlich Oktober 2003 aufgefordert, alle Klienten in aktueller Betreuung mit einer primären cannabisbezogenen Störung anzusprechen und zur Mitarbeit zu gewinnen. Die Einrichtung sollte die Einverständniserklärung des Klienten und eine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme an die Koordination weiterleiten.

Vier Personen mit klinischen Erfahrungen führten die Interviews durch. Sie wurden durch Mitarbeiter des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie und Mitarbeiter der Studie in der Durchführung des computergestützten Interviews geschult. Einige der Interviewer, die für eine bestimmte Region zuständig waren, mussten im Verlauf der Studie ersetzt werden, da sie zeitlich nur begrenzt zur Verfügung standen.

Von Dezember 2002 bis einschließlich Oktober 2003 wurden insgesamt 51 Klienten interviewt. Bei weiteren 10 Personen waren Interviews vereinbart, die aber nicht zustande kamen, weil sich die genannten Telefonnummern als falsch herausstellten oder die Klienten von ihrer Bereitschaft zum Interview zurücktraten. Für diese 51 Klienten wurden mit deren Zustimmung die Daten aus der Basisdokumentation von den Ambulanzen angefordert. Die Einrichtungen hatten die Vorgabe, alle in diesem Zeitraum angesprochenen Klienten in einer Liste zu erfassen, um die Ausschöpfungsquote der teilnehmenden Probanden bestimmen zu können. Trotz wiederholter Hinweise durch die Studienleiter stand am Ende der Erhebung in keiner Einrichtung eine entsprechende vollständige Liste zur Verfügung, so dass die Ausschöpfungsquote nicht berechnet werden konnte. Etwa 40 weitere Interviews wurden nach Abschluss der Studie durchgeführt. Die Ergebnisse der erweiterten Datenbasis sollen zu einem späteren Zeitpunkt publiziert werden.

Die Fragebogenerhebung bei den Mitarbeitern (MaS)

Die Mitarbeiter (N=183) wurden auf einer 5-Punkte Skala (1=gar nicht; 5=sehr gut) nach Ihrer Zustimmung zu einer Reihe von Statements gefragt. Neben der standardisierten Fragebogenerhebung wurden zur Vertiefung und Ergänzung der quantitativen Ergebnisse auch offene Fragen gestellt, die anschließend von den Auswertern zu Kategorien zusammengefasst wurden. Bei der Darstellung wurden die Antworten in der Regel auf die Zahl der Personen, in gekennzeichneten Einzelfällen auch auf die Gesamtzahl der Aussagen bezogen.

2.4.2 Repräsentativität der Klientenstichproben

Zur Prüfung ihrer Repräsentativität wurden die beiden Stichproben der Gesamtheit der Klienten mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose gegenüber gestellt, die im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) für ambulante Einrichtungen erfasst werden. Die Häufigkeiten aus den entsprechenden Tabellen des Erweiterten Berichts für das Jahr 2001

(Strobl et al., 2002) wurden dabei für die Berechnungen jeweils um die Häufigkeiten der Stichproben FbS und InS reduziert, da diese in den Gesamtzahlen enthalten sind. Zum Vergleich wurden Geschlechts- und Altersverteilung, die Konsumtage in den letzten 30 Tagen sowie die Zahl der Kontakte herangezogen. Der Vergleich erfolgte mit Hilfe von χ^2 Tests sowie – in Anbetracht der großen Fallzahlen und der damit verbunden niedrigen Grenzwahrscheinlichkeit für Signifikanzen – zusätzlich durch die Berechnung der Effektstärke w . Beide Stichproben zeigen mit knapp 87% bzw. 84% einen hohen Anteil männlicher Klienten, der sich nicht signifikant von der Geschlechterverteilung in DSHS unterscheidet (Tabelle 1).

Tabelle 1 : Geschlechtsverteilung in Fragebogenstichprobe (FbS), Interviewstichprobe (InS) und der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS; nur Cannabisklienten)

	FbS		InS		DSHS	
	N	%	N	%	N	%
Männlich	190	86,8	37	84,1	3121	84,4
Weiblich	29	13,2	7	15,9	579	15,6
Gesamt	223	100	51	100	3700	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Das durchschnittliche Alter der primären Cannabisklienten bei Therapiebeginn, das in der Gesamtheit der Einrichtungen bei 21,8 Jahre liegt, beträgt in der Fragebogenstichprobe 24,9 Jahre (SD:7,1), in der Interviewstichprobe 22,0 Jahre (SD:5,0) (Tabelle 2). Die Altersverteilung weicht für FbS signifikant ab, was sich in den entsprechenden χ^2 Statistiken deutlich zeigt (df=7; $\chi^2=65,1$; $p=0,00$; Zellen mit erwarteten Häufigkeiten unter 5 wurden mit Nachbarzellen zusammengelegt). Die Effektstärke w liegt mit 0,13 allerdings im unteren Bereich, so dass die Abweichung als schwacher Effekt zu bewerten ist. Die Altersverteilung für der Interviewstichprobe (InS) zeigt keinen signifikanten Unterschied zur Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) auf.

Tabelle 2 : Altersverteilung in Fragebogenstichprobe (FbS), Interviewstichprobe (InS) und Basisdokumentation (DSHS; nur Cannabisklienten)

Alter	FbS		InS		DSHS	
	N	%	N	%	N	%
-14					84	2,3
15-17	15	7,0	8	17,8%	793	21,5
18-19	32	14,9	8	17,8%	761	20,7
20-24	89	41,4	18	40,0%	1257	34,1
25-29	33	15,3	7	15,6%	362	9,8
30-34	19	8,8	2	4,4%	204	5,5
35-39	15	7,0	2	4,4%	111	3,0
40-44	8	3,7			57	1,5
45-49	3	1,4			29	0,8
50-54					15	0,4
55-59	1	0,5			4	0,1
60-64					3	0,1
64-					1	0,0
Gesamt	223	100	51	100	3700	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Die Zahl der Tage mit Cannabiskonsum innerhalb der letzten 30 Tage wurde als Merkmal für die Intensität des Konsumverhaltens zwischen den Stichproben und der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) verglichen. Der Vergleich zwischen der Fragebogenstichprobe (FbS) und der DSHS ergab einen signifikanten Effekt ($df=4$; $\chi^2=14,6$; $p=0,01$), die entsprechende Effektstärke ($w=0,04$) weist den Zusammenhang allerdings als nicht bedeutsam aus. Der Vergleich zwischen der Interviewstichprobe (InS) und DSHS ergab keine Signifikanz der Unterschiede. Der Anteil der täglich bzw. fast täglichen Konsumenten liegt mit 36,1% in der Fragebogenstichprobe (FbS) höher als in der Gesamtstatistik (DSHS), dagegen ist der Prozentsatz der Personen ohne Konsum in den letzten 30 Tagen mit 21,3% deutlich niedriger als in der Gesamtheit der Cannabisklienten, wo dieser Wert 36,6% erreicht. Die Interviewstichprobe (InS) ähnelt der Verteilung in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) stärker (Tabelle 3).

Tabelle 3 : Konsumtage innerhalb der letzten 30 Tage in Fragebogenstichprobe (FbS), Interviewstichprobe (InS) und Basisdokumentation (DSHS; nur Cannabisklienten)

Konsumtage	FbS		InS		DSHS	
	N	%	N	%	N	%
0	23	21,3	18	39,1%	3498	36,6
1	6	5,6	0	0,0%	350	3,6
2-7	17	15,7	4	8,7%	1526	15,9
8-24	23	21,3	10	21,7%	1907	19,9
(fast) täglich	39	36,1	14	30,4%	2311	24,0
Gesamt	223	100	51	100	9592	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Die Zahl der Kontakte wurde als Merkmal der Behandlungsintensität ebenfalls zur Überprüfung der Repräsentativität der Stichprobe verwendet. Im Mittel fanden in der Fragebogenstichprobe (FbS) 13,5 Kontakte gegenüber 8,8 in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) statt. Es zeigt sich damit eine signifikante Abweichung ($df=3$; $\chi^2=24,1$; $p=0,00$). Die Berechnung der Effektstärke w ergab jedoch keinen statistischen Effekt (0,098). Für die Interviewstichprobe (InS) ergab sich ebenfalls eine signifikante Abweichung der Verteilungen in der χ^2 Statistik ($df=3$; $\chi^2=23,2$; $p=0,004$), die allerdings aufgrund der niedrigen Effektstärke ($w=0,075$) nicht als bedeutsam angesehen wird (Tabelle 4). Tabelle 5 stellt die Abweichungen zusammenfassend dar.

Tabelle 4 : Zahl der Kontakte in Fragebogenstichprobe (FbS), Interviewstichprobe (InS) und Basisdokumentation (DSHS; nur Cannabisklienten)

Kontaktzahl	FbS		InS		DSHS	
	N (M:13,5)	%	N (M: 12,8)	%	N (M:8,8)	%
2-5	48	37,2	9	25,7%	1332	54,2
6-10	34	26,4	10	28,6%	557	22,7
11-29	33	25,6	13	37,1%	459	18,7
30+	14	10,9	3	8,6%	110	4,5
Gesamt	223	100	51	100	2562	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Tabelle 5 : Abweichungen der Fragebogenstichprobe (FbS) und Interviewstichprobe (InS) von der Basisdokumentation (DSHS nur Cannabisklienten)

	FbS vs DSHS		InS vs DSHS	
	χ^2	W	χ^2	W
Geschlecht	ns	--	ns	--
Alter	0,00	0,134	ns	--
Konsumtage in den letzten 30 Tagen	0,01	0,039	ns	--
Zahl der Kontakte	0,00	0,098	0,004	0,075

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

2.4.3 Vergleichbarkeit der Stichproben

Es fanden sich beim Vergleich zwischen Fragebogenstichprobe (FbS), Interviewstichprobe (InS) und den Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) deutliche Abweichungen in den Merkmalen der erfassten Fälle. Mehrere Faktoren dürften dafür verantwortlich sein, dass die untersuchten Stichproben ein etwas höheres Alter aufweisen: obwohl aus den schriftlichen Rückmeldungen nicht zu erkennen, liegen anekdotische Berichte aus den Einrichtungen vor, dass Eltern ihren Kindern von der Teilnahme an der Studie abgeraten haben, um deren Drogenkonsum möglichst wenig öffentlich bekannt zu machen. Die Datenschutzvorkehrungen haben nicht ausgereicht, diese Bedenken zu zerstreuen. Des Weiteren finden sich bei dieser Altersgruppe besonders in den östlichen Bundesländern gehäuft Personen, die wegen einer Berufsausbildung kurzfristig umziehen und für die Beratungsstelle damit nicht mehr erreichbar sind.

Die etwas erhöhte Zahl von Kontakten dürfte sich aus der besseren Anbindung von Klienten mit entsprechend langen Betreuungszeiten erklären, die wiederum mit einem verbesserten Antwortverhalten korreliert. Der Ansatz dieser Untersuchung, den Zugang zu den Klienten aus Gründen des Datenschutzes über die Beratungsstellen zu suchen, macht ein anderes Vorgehen nicht möglich.

Die im Mittel erhöhte Zahl von Konsumtagen in den Untersuchungsstichproben könnte die mangelnde Bereitschaft der Personen zur Mitarbeit zur Ursache haben, bei denen trotz geringem oder fehlendem Konsum der Besuch der Einrichtung durch Gericht oder öffentliche Verwaltung zur Auflage gemacht wurde. Dagegen dürfte mit der Zahl der Konsumtage auch die Wahrscheinlichkeit steigen, dass dieser Konsum von der Klienten selbst als problematisch wahrgenommen wird, was wiederum eine größere Bereitschaft zur Unterstützung der Studie erwarten lässt.

In Anbetracht der signifikanten Abweichungen der untersuchten Stichproben (FbS, InS) von der Gesamtheit der betreuten Cannabisklienten der Deutschen Suchthilfestatistik ist bei Rückschlüssen auf die Gesamtheit der behandelten Fälle Vorsicht geboten. Soweit als möglich wird deshalb bei der Analyse auf die Daten aus der DSHS direkt zurückgegriffen. Die Informationen aus der Cannabisstudie werden gezielt zur Vertiefung eingesetzt.

2.4.4 Überblick zur Datenerhebung

Tabelle 6 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Themenbereiche, die durch die einzelnen Datenquellen bzw. Datenerhebungen abgedeckt werden.

Tabelle 6: Fragebereiche bei verschiedenen Teilerhebungen

		Mitarbeiter- stichprobe, MaS (1)	Klienten Fragebogen- stichprobe FbS (2)	Klienten Interview- stichprobe InS (3)	Deutsche Suchthilfe- statistik, DSHS	Deutscher Suchtsurvey BUND
MA- FB	Einschätzung zu Trends und Struktur	x				
Klienten Fragebogen / Klienten Interview	Soziodemographie		x	x	x	x
	Jobsituation		x	x	x	
	Alltagsprobleme (daily hassles)		x			
	Konsumbereitschaft Drogen		x	x		x
	Drogenkonsum		x	x		x
	Medikamentmissbrauch		x			
	i.v. Konsum		x		x	
	Drogenmissbrauch /-abhängigkeit		x	x	x	x
	Konsumhäufigkeit		x	x	x	x
	Einschränkungen		x			
	Konsummuster Cannabi- s		x	x		
	Soziales Umfeld		x	x		
	Selbstbewertung Kon- sum		x	x		
	Konsum bei Erhebung		x			
	Behandlungsmotivation		x	x		
Hilfreiche Faktoren				x		
Störende Faktoren				x		

In einer Stichprobe ambulanter Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland wurden folgende Erhebungen durchgeführt:

- 1) Die therapeutischen Mitarbeiter der Einrichtungen wurden gebeten, in einem Fragebogen ihre Einschätzung zur Cannabisproblematik, Behandlungsnachfrage und zum Betreuungsangebot ab zu geben (Mitarbeiterstichprobe MaS).
- 2) Alle Klienten, die im Jahr 2001 ihre Betreuung in diesen Einrichtungen beendet hatten und bei denen eine cannabisbezogene Hauptdiagnose (schädlicher Konsum oder Abhängigkeit im Sinne von ICD-10) vorlag, wurden per Fragebogen zu Details ihrer Situation und der Betreuung befragt (Fragebogenstichprobe FbS).
- 3) Aktuelle Klienten der gleichen ambulanten Einrichtungen wurden von Ende 2002 bis Oktober 2003 mit einem Interview zu ihrer Situation befragt sowie mit einem computergestützten klinischen Interview in Bezug auf eine Reihe psychiatrischer Störungen einer Diagnose unterzogen (Interviewstichprobe InS).

2.5 Auswertung

Mit dem Statistikprogramm SPSS Version 10 wurden alle Klienten- und Mitarbeiterfragebogen bzgl. Häufigkeiten und Mittelwerten ausgewertet. Zur Vermeidung artifizieller Signifikanzen durch die sehr hohen Fallzahlen in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) wurden neben χ^2 Statistiken auch Effektstärken berechnet. Es wurde dabei für Kontingenztafeln der Kennwert w berechnet, dessen Ausprägungen 0,1/ 0,3/ 0,5 in der Literatur als kleiner/ mittlerer bzw. großer Effekt klassifiziert werden (Bortz & Döring, 1995; Cohen, 1988). Mit diesem Verfahren wurde versucht, die klinische Relevanz der Unterschiede stärker zu berücksichtigen als dies bei Anwendung der χ^2 Statistiken möglich war.

Bei der Durchführung der χ^2 -Tests wurden Zellen, deren erwartete Häufigkeiten unter fünf lag, bei kategoriellen Informationen nach Möglichkeit durch Zusammenlegung mit Nachbarzellen aufgelöst. In anderen Fällen wurde der McNemar Test verwendet. Ein Hinweis im Text erfolgt lediglich in den Fällen, wo dies nicht möglich war.

Um die Zahl der Cluster festzulegen, wurde zunächst eine hierarchische Clusteranalyse der z-transformierten Eingangsmerkmale durchgeführt. Nach Ableitung der Zahl von Clustern mit Hilfe des Distanzkoeffizienten wurde eine Clusterzentrenanalyse durchgeführt (KMEANS), in der bei fehlenden Angaben zu einzelnen Merkmalen mit dem paarweisen Ausschluss von Fällen gearbeitet wurde.

Die gebildeten Clustergruppen wurden mit einfaktoriellen Varianzanalysen verglichen. Bei vorliegender Signifikanz wurden post hoc Tests durchgeführt. Da in einer Reihe von Fällen die Voraussetzung der Varianzhomogenität der Gruppen verletzt war, wurde als post hoc Test Tamhane's T2 verwendet.

Zu den statistischen Symbolen und Abkürzungen, die insbesondere in den Tabellen verwendet wurden, finden sich die Erläuterungen im Abkürzungsverzeichnis auf Seite IX.

3 Forschungsstand zu Risiken und Folgeschäden des Cannabiskonsums

3.1 Einführung

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, ob sich aus den vorliegenden Studien konsistente Ergebnisse im Hinblick auf *cannabisbezogene Störungen* ableiten lassen. Zweiter Schwerpunkt der narrativen Literaturanalyse sind *Risikofaktoren* für die Entwicklung problematischer Konsummuster. Von den daraus gewonnenen Erkenntnissen werden Hinweise für den Interventionsbedarf im Rahmen der Sekundärprävention und Behandlung erwartet.

Im Folgenden wird eine Trennung zwischen vorausgehenden Faktoren, die Konsum verursachen oder zumindest begünstigen und negativen Konsequenzen eines fortgesetzten Konsums vorgenommen – auch wenn diese oft nur bedingt möglich ist. Schwierige familiäre Bedingungen oder Schulprobleme, die ein Cannabisproblem (mit-) verursacht haben, werden in der Folge eher noch problematischer werden.

Wegen der nahezu unübersehbaren Zahl von Einzelstudien werden vor allem die Ergebnisse von vorliegenden Übersichtsarbeiten referiert; aktuelle Einzelstudien werden nur an einigen Stellen zur Ergänzung der Reviews ausgewertet. Eine umfassende und immer noch aktuelle Übersicht über die Folgen des Cannabiskonsums findet sich bei Kleiber und Kovar (1997), die Gesundheitsaspekte werden besonders in Hollister (1986; 1998) dargestellt, psychische Wirkungen stehen bei Fischer et al. (2001) im Vordergrund. Von der Vielzahl von Übersichtsarbeiten über Cannabis sind vor allem zwei aus neuerer Zeit zu nennen: Inserm (2001) stellt den aktuellen Stand der Forschung zu den Folgen von Cannabis auf der Basis einer sehr breit angelegten Literaturanalyse dar, während Ministry of Public Health of Belgium (2002) einen konzentrierten Überblick über Konsum, Risiken und Folgen vermittelt. Eine sehr kenntnisreiche und detaillierte Beschreibung vor allem akuter Wirkungen aus Sicht des Konsumenten findet sich bei Berke und Hernton (1974).

3.2 Zur Begriffsklärung

Ein definitorisches – aber auch inhaltliches – Problem liegt in diesem Zusammenhang in der Differenzierung der Konsummuster nach der Ausprägung der beobachteten Problematik, von „unauffällig“ bis „störungsbehaftet“ als den beiden extremen Polen eines Kontinuums. Die meisten Studien beziehen sich auf ein spezifisches Konsummuster auf diesem Kontinuum. Es wird damit in der Regel ein Konsum bezeichnet, der negative Folgen hervorruft oder ein erhebliches Risiko für solch eine Entwicklung darstellt. Eine einheitliche Operationalisierung des Begriffs besteht nicht. Vielmehr wird er in verschiedenen Studien in unterschiedlicher Weise gebraucht, um zwischen Konsum ohne und mit negativen Folgen zu unterscheiden. Die Gruppen werden dabei zum Beispiel anhand der Konsumhäufigkeit, des Beikonsums anderer Substanzen oder des Vorliegens psychiatrischer Diagnosen unterschieden.

Der Begriff „Betreuung“ wird im vorliegenden Text zur sprachlichen Vereinfachung als Oberbegriff für alle Hilfen verwendet, die von professioneller Seite durch Sozialarbeiter, Sozialpä-

dagogen, Psychologen oder Mediziner im Umgang mit Personen eingesetzt werden, die diese wegen negativer cannabisbezogener Folgen (einschließlich sozialer Reaktionen wie z.B. Schulverweis oder Führerscheinverlust) benötigen. Die Begriffe „Therapie“, „Behandlung“, „Beratung“ sind darunter subsummiert. Da insbesondere „Beratung“ und „Behandlung“ kaum exakt abzugrenzen sind und zudem rechtliche und berufsständische Fragen die Ausübung von „Behandlung“ weitgehend nur für Mediziner und Psychologen vorsehen, werden die einzelnen Kategorien nur verwendet, wenn es sich im Zusammenhang des Textes um stehende Begriffe handelt oder bewusst eine Differenzierung beabsichtigt ist.

Unter dem Kürzel „Cannabisklienten“ sind im vorliegenden Text Personen zu verstehen, die wegen einer Diagnose „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeitssyndrom“ (ICD-10) für Cannabis in ambulanter Betreuung sind und die Substanz im Vordergrund der Betreuung steht (Hauptdroge bzw. Hauptdiagnose im Sinne des Deutschen Kerndatensatzes).

Unter dem Kürzel „Cannabiskonsumenten“ werden die Personen verstanden, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Cannabis konsumiert haben. Der Konsum weiterer psychotroper Substanzen ist dabei nicht ausgeschlossen. Er ist aber im Spektrum der Konsummuster dem Cannabis nachgeordnet.

3.3 Vorausgehende Faktoren

Forschungsergebnisse aus Europa und den USA, in den letzten Jahren auch besonders aus Australien und Neuseeland, haben eine Reihe von Risikofaktoren gefunden, die mit dem Auftreten problematischen Cannabiskonsums korrelieren. Dennoch ist festzuhalten, dass die vorliegende Liste möglicher Risikofaktoren vorläufig sein muss (Höfler et al., 1999) und die Zusammenhänge höchst komplex sind. Kufner et al. (1999) haben diverse prädiktive Faktoren in einem Gesamtmodell zusammengefasst. Bei vielen Merkmalen, die zunächst in korrelativem Zusammenhang mit problematischem Cannabiskonsum stehen, gehen die Effekte deutlich zurück, sobald Kovariaten berücksichtigt werden, welche die soziale oder familiäre Situation der Herkunftsfamilie oder den sozioökonomischen Status erfassen (Inserm, 2001).

3.3.1 Demographische Faktoren

Insgesamt sind Männer wie bei den meisten anderen psychoaktiven Substanzen stärker gefährdet, problematische Konsummuster zu entwickeln (Höfler et al., 1999). In einer Schweizerischen Umfrage steigt zwar mit dem Bildungsstand die Cannabiserfahrung, betrachtet man die Konsumhäufigkeit als einen Indikator problematischen Konsums, kehrt sich das Bild jedoch um: Der Anteil der Täglichenkonsumenten ist bei niedrigem Bildungsstand mit 12,9% fast drei Mal so hoch wie bei hohem Bildungsstand (Fahrenkrug, Müller & Müller, 2001).

3.3.2 Familiärer Hintergrund und soziale Situation

Familiäre Einflüsse spielen eine wichtige Rolle (Inserm, 2001). Negative Effekte eines Substanzkonsums (Kleiber & Soellner, 1998) sowie einer Alkoholproblematik der Mutter (Duwe, Schumann & Kufner, 2001) wurden nachgewiesen. Gleichaltrige und Freunde (Peers) sind insbesondere im Jugendalter von großem Einfluss auf das Verhalten. Dies gilt auch für den

Konsum von Cannabis (Inserm, 2001). Peergruppen scheinen das Konsumverhalten ihrer Mitglieder tatsächlich zu beeinflussen und sich nicht nur aufgrund von a priori übereinstimmenden Interessen an bestimmten Substanzen zu bilden (Wills & Cleary, 1999). Deutlich geringer ist allerdings deren Einfluss bei der Entstehung eines *problematischen Konsums* (Shedler & Block, 1990; Höfler et al., 1999). Bei der Diskussion der Rolle der Peers ist zudem zu beachten, dass sie nicht zufällig gewählt werden und „Cliques“ nicht zufällig entstehen, sondern dass sich Jugendliche aufgrund bestimmter Charakteristika, Ziele und Werthaltungen zusammen schließen. Sie wählen somit in einem gewissen Rahmen die Einflüsse selbst aus, denen sie sich aussetzen.

In besonderen Settings, etwa in Jugendheimen, ist der Anteil der problematischen Konsumenten deutlich erhöht (Brandstetter & Kuntsche, 2001). Dabei handelt es sich um ein selektives, teilweise hoch deviantes Klientel, das sich in einer Reihe von Merkmalen von der Durchschnittspopulation abhebt. Eine erhöhte Belastung mit problematischem Konsum erklärt sich damit zumindest zum Teil schon aus diesen Belastungsfaktoren.

3.3.3 Gebrauch anderer psychotroper Substanzen

Der Gebrauch, insbesondere aber der problematische Gebrauch von Cannabis, steht im Zusammenhang mit dem Gebrauch legaler psychotroper Substanzen. Der Konsum von Alkohol und Tabak vor dem 14. Lebensjahr (Duwe, Schumann & Kufner, 2001), der erste Rausch im Alter von unter 14 (Duwe, Schumann & Kufner, 2001) sind Prädiktoren für die Entwicklung problematischen Cannabiskonsums zu einem späteren Zeitpunkt. Höfler et al. (1999) weisen darauf hin, dass auch die Nikotinabhängigkeit als Risikofaktor betrachtet werden muss. Nicht biosoziale Indikatoren werden in dieser Studie als Prädiktoren für besonders aussagekräftig angesehen, sondern der Konsum bzw. die Abhängigkeit von legalen Suchstoffen.

In der Regel wird Cannabis als erste – häufig als einzige – illegale Droge konsumiert. In den Fällen, in denen zusätzlich andere Drogen verwendet werden, steigt das Risiko einer Abhängigkeit (Kleiber & Soellner, 1998), und es findet sich häufiger ein Konsumtyp, der über den gelegentlichen oder experimentellen Gebrauch der Substanz hinausgeht (Kleiber & Soellner, 1998). Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Verfügbarkeit dieser Drogen, die zu Beginn häufig über Freunde und gleichaltrige Peers gegeben ist (Höfler et al., 1999).

3.3.4 Psychische Störungen und Probleme

Während das bloße Experimentieren mit Cannabis bei Jugendlichen mit einem hohen Grad von (positiver) sozialer Anpassung korreliert, findet sich der intensive, problematische Gebrauch verstärkt bei solchen Jugendlichen mit Störungen im Bereich der Persönlichkeit und des Sozialverhaltens (Shedler & Block, 1990). Psychopathologische Erscheinungen sind dabei häufig schon vor Beginn des Drogenkonsums festzustellen (Kessler et al., 2001). Abweichendes Verhalten im Kindesalter, z. B. Diebstahl, Schuleschwänzen oder Unterschriftfälschen (Duwe, Schumann & Kufner, 2001) hat insbesondere bei weiblichen Konsumenten prädiktiven Wert für späteren Drogenkonsum.

Während affektive Störungen in der Vorgeschichte nicht gehäuft auftreten, erhöht sich mit ADHD das Risiko eines späteren problematischen Cannabiskonsums (Höfler et al., 1999; White et al., 2001). Kessler et al. 2001 zeigen, dass frühe psychische Störungen zwar keine guten Vorhersagen für den ersten Drogengebrauch erlauben, wohl aber für den problematischen oder abhängigen Gebrauch. Allerdings bezieht sich diese Studie nicht speziell auf Cannabis, sondern auf jeglichen Gebrauch von Drogen.

White et al. (2001) fanden einen höheren Cannabiskonsum bei Jugendlichen, bei denen zu einem früheren Zeitpunkt ihrer Entwicklung Verhaltensauffälligkeiten und Gewalttätigkeit aufgetreten waren.

3.4 Akute Folgen von Cannabis

3.4.1 Übersicht

Die akute Wirkung von Cannabis variiert inter- und intraindividuell erheblich. Bei unerfahrenen Konsumenten zeigt sich zu Beginn oft nur eine schwache Wirkung, die allerdings nur selten als unangenehm erlebt wird (Schumann et al., 2000). Johnson (1990) weist darauf hin, dass sich die erlebte Wirkung in einem komplexen Wechselspiel aus konsumierter Menge, Reinheit bzw. Wirkstoffgehalt, Konsumform (Rauchen oder Essen), individuellen Erwartungen und sozialer Situation entfaltet. Die Trias aus Droge, Set und Setting (Zinberg, 1984) ist also auch hier wirksam. Es wirkt neben der chemischen Substanz die Gesamtheit der Erwartungen des Konsumenten (Set) ebenso wie die Umgebung, in welcher der Konsum stattfindet (Setting). Auffällig ist an vielen Stellen, dass nicht nur die Intensität, sondern auch die Richtung der Wirkung variieren kann. So kann Cannabis, das in der Mehrzahl der Fälle entspannend und angstlösend wirkt, bei der gleichen Person auch Angst- und Panikattacken hervorrufen. Effekte auf den Blutdruck können ebenfalls – abhängig von der Körperposition, sitzend oder liegend – in Richtung von Senkung und Erhöhung gehen.

3.4.2 Somatische Folgen

Toxizität

Die Toxizität von Cannabis und seinem wichtigsten Inhaltsstoff THC ist niedrig, Todesfälle in Zusammenhang mit einer Überdosierung von Cannabis wurden bisher nicht nachgewiesen (Kleiber & Kovar, 1997; van Laar et al., 2003). Einen Anhaltspunkt für die Häufigkeit somatischer Akutbeschwerden durch Cannabis liefert die Statistik der Notfälle in Amsterdam für das Jahr 2001. Es wurden insgesamt 243 Personen als Notfälle aufgenommen, was in Anbetracht der großen Verbreitung von Cannabiskonsum gerade in Amsterdam ein relativ geringer Wert ist.

Herz-Kreislaufsystem

THC, der zentrale psychotrope Inhaltsstoff des Cannabis, beeinflusst Herzschlag und Blutdruck. Häufiger kommt es nach dem Konsum zu einer Tachykardie, der Blutdruck kann – je nach sitzender oder stehender Position und Toleranz – sinken oder steigen. Intensive Schwindelgefühle sind teilweise die Folge (Hall & Solowij, 1998; Kleiber & Kovar, 1997).

Adams und Martin (1996) finden Brachycardie und Hypertension auch im Tiermodell. Hall und Room (1995) weisen darauf hin, dass der Konsum von Cannabis deshalb bei Herz-Kreislaufkranken problematisch sein kann. Hollister 1998 sieht vor allem ältere, vorgeschädigte Personen als Risikogruppe an.

Psychomotorik

Cannabis beeinflusst die Leistungsfähigkeit in den Bereichen Kurzzeitgedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit und psychomotorische Koordination. Hall und Solowij (1998) berichten in Laborversuchen Effekte, die der Intoxikation in Höhe von etwa 0,7-1 ‰ Alkohol entsprechen. Das Ausmaß des Effekts kann allerdings erheblich variieren, die Auswirkungen werden unter der Rubrik Autounfälle im Detail diskutiert.

Sonstige Effekte

Der Konsum von Cannabis kann zu Übelkeit führen (Berke & Hernton, 1974), typisch ist jedoch im weiteren Verlauf des Cannabisrausches gesteigerter Appetit. Weitere häufigere Begleiterscheinungen sind Augen- und Mundtrockenheit, Husten und Gleichgewichtsstörungen (Kleiber & Soellner, 1998).

3.4.3 Psychische Folgen

Die am häufigsten genannten psychischen Effekte beim Gebrauch von Cannabis sind Euphorie und Wohlfühl, die im Verlauf bzw. mit der Höhe der Dosis verstärkt durch sedierende Effekte abgelöst werden. Es zeigen sich Veränderungen in der Wahrnehmung (Farben, Zeit, Raum) bis hin zu Halluzinationen (Hollister 1986). Da an dieser Stelle Risiken des Konsums Gegenstand sind, wird im Folgenden vor allem auf negative Effekte eingegangen.

Toxische Psychosen

„Flashbacks“ sind unvermittelt auftretende Zustände ohne direkt vorausgehenden Konsum von Cannabis, die einer akuten Intoxikation ähneln. Diese wurden zwar im Einzelfall berichtet, sind allerdings weder phänomenologisch klar beschrieben noch liegen verlässliche Zahlen über die Häufigkeit dieser Erscheinung bei Cannabiskonsum vor. Insgesamt scheinen derartige Effekte bei Halluzinogenen häufiger zu sein. Erklärungsansätze gehen zum Beispiel davon aus, dass im Körper eingelagerte Wirkstoffe freigesetzt werden oder das konditionierte Reaktionsmuster durch sekundäre Auslöser angestoßen werden, ohne dass der Wirkstoff selbst vorhanden sein muss. Die Zustände sind in jedem Falle vorübergehend (Tennent & Groesbeck, 1972).

Psychotische Zustände im Verlauf der Intoxikation können bei Cannabiskonsumenten auftreten, sind allerdings häufig mit sehr hohen Konsumdosen verbunden (Tennent & Groesbeck, 1972). Eine Beobachtung bei Rekruten der Bundeswehr zeigt über die Jahre 1988 bis 1992 eine Verdoppelung der entsprechenden Fallzahlen unter den vorzeitig aus dem Wehrdienst entlassenen Personen (Wimmer & Mahlberg, 1996). Ähnliche Entwicklungen zeigten sich unter amerikanischen Soldaten in Deutschland. Auch hier fand sich eine Zunahme akuter schizophrener Reaktionen als zeitliche Folge eines deutlichen Anstiegs des Drogen-

konsums. Allerdings lag hier teilweise erheblicher Mischkonsum vor, so dass die Effekte nicht auf Cannabis allein bezogen werden können (Tennent & Groesbeck, 1972). Auf den Begriff „Cannabispsychose“ wurde in den letzten Jahren zunehmend verzichtet, da die Symptomatik in der „toxischen Psychose“ ausreichend wiedergegeben wird. Diese Zustände werden meist durch den Konsum mittlerer bis hoher Dosen von Cannabis verursacht (Thorncroft, 1990).

Dysphorie, Angst, Panik

Die anxiolytischen und sedierenden Effekte, die Cannabis in der Regel zukommen, können auch ins Gegenteil umschlagen. Selbstberichte von Cannabiskonsumenten in Neuseeland zeigten, dass 14% der Männer und 30% der Frauen Panikattacken in Folge von Cannabis-Konsum erlebt haben (Thomas, 1996). Negative Effekte auf die Stimmung wurden in Form von Dysphorie (Berke & Hernton, 1974; Hall & Solowij, 1998; Hall & Room, 1995) bis hin zu akuten Panikattacken berichtet (Berke & Hernton, 1974; Hall & Solowij, 1998). Das Ausmaß der Affektschwankungen korreliert in einer Stichprobe amerikanischer Studenten mit dem Umfang cannabisassoziierter Probleme (Simons & Carey, 2002). Zwar scheinen erfahrene Konsumenten mit diesen negativen Effekten besser umgehen zu können (Berke & Hernton, 1974; Hall & Room, 1995), das Risiko bleibt dennoch bestehen. Frauen sind von diesen negativen Erscheinungen häufiger betroffen als Männer (Thomas, 1996). Täglicher Cannabis-Konsum war in einer australischen Längsschnittstudie unter 1601 Schülern bei den Mädchen mit einer vierfach höheren Auftretswahrscheinlichkeit von Depressionen oder Angststörungen in der Folge verbunden. Ein signifikanter Effekt vorhergehender Depressionen oder Angststörungen auf einen späteren täglichen Cannabis-Konsum zeigte sich nicht. Für die männlichen Schüler ergab sich keine wesentliche Erhöhung der entsprechenden Risiken (Patton et al., 2002).

3.4.4 Soziale Folgen

Autounfälle

Cannabis beeinträchtigt verschiedene Leistungsbereiche, die für die Führung von Maschinen wie Kraftfahrzeugen notwendig sind. Konzentration, Kurzzeitgedächtnis, Reaktionsgeschwindigkeit und Urteilsvermögen sind während der Intoxikation deutlich eingeschränkt (Kleiber & Kovar, 1997). Bei einem Cannabis-Spiegel von 7-15ng/ml, was einem Joint mit 10-15 mg THC entspricht, finden sich kritische Effekte auf die Fahrleistung etwa eine Stunde nach dem Konsum. Gemessen wurden hierbei Einzelleistungstests (Schulz et al. 1998). Diese akuten Effekte sind spätestens nach 24 Stunden abgeklungen (Kleiber & Kovar, 1997). Der Konsum von Cannabis begründet also vor allem dann einen Entzug des Führerscheins, wenn er zeitnah vor dem Führen eines Fahrzeugs liegt. Ein genereller Entzug des Führerscheins bei Feststellung von Cannabis-Konsum auch unabhängig vom Führen eines Kraftfahrzeuges wird jedoch nach neuester Rechtsprechung nicht mehr als angemessen angesehen (Der Spiegel 2002b; BVG Urteil: 1 BvR 2062/96. 1 BvR 2428/95).

Das Ausmaß und die Dauer der Auswirkungen des Cannabis-Konsums auf die Fahrtüchtigkeit sind in der Realität nicht ganz klar. Effekte auf die Flugtauglichkeit von Piloten wurden bis zu

24 Stunden nach Konsum nachgewiesen (Hollister, 1998), wobei eine Übersichtsarbeit relevante negative Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit schon nach einem Joint feststellte. Eine Einschätzung des Effekts im Einzelfall ist jedoch schwierig, da Substanz, Einnahmeart und individuelle Reaktion deutlich variieren können (Schulz et al., 1998). Es gibt zudem die Feststellung, dass Cannabiskonsumenten ihren „high“-Zustand oft überschätzen und in der Realsituation einen Teil der Einschränkungen ihrer Fahrtüchtigkeit durch langsames Fahren und Vorsicht kompensieren. Anders als bei Personen unter Alkoholeinfluss wird der Fahrstil nicht aggressiver, sondern defensiver (Adams & Martin, 1996). Eine Arbeit von Vollrath et al. (2001) kommt sogar zu dem Schluss, dass der „akute Konsum von Cannabis allein“, das „Fahrverhalten nicht (verändert)“ habe. Allerdings wurde der Befund mittels Testverfahren am Fahrsimulator erhoben, wobei den Probanden die Testsituation deutlich war.

Statistische Daten über Unfälle und Unfallverursacher zeigen, dass die negativen Folgen, die von durch Cannabis intoxikierte Autofahrer verursacht werden, vergleichsweise niedriger ausfallen als die durch andere psychotrope Substanzen einschließlich Alkohol verursachten Folgen (Inserm, 2001). In einer „Roadside survey“ im normalen Straßenverkehr, in der eine repräsentative Stichprobe von Autofahrern auf verschiedene Substanzen hin getestet wurden, war bei 0,57% der überprüften Fahrer Cannabis, in 5,48% der Fälle Alkohol nachweisbar. Die Vergleichswerte für Opiate lagen bei 0.15–0.62% (Heroin, Codein). Nur eine von 2017 Proben wies Cannabis tatsächlich in Mengen (>40 ng/ml) auf, die mit einer akuten Leistungseinschränkung in Zusammenhang gebracht wurde (Krüger, Schulz & Magerl, 1998). Der typische Effekt von Cannabis wird mit der von 0,5-1‰ Blutalkoholgehalt verglichen (Hall & Room 1995). Die Risiken steigen deutlich, wenn Cannabiskonsum mit Alkoholkonsum kombiniert wird (Inserm, 2001; Vollrath et al., 2001).

Sonstiges

Gewaltkriminalität unter Cannabiseinfluss tritt sehr selten auf. Der sedierende Effekt, der nach relativ kurzer Zeit in Folge des Konsums auftritt, wirkt aggressiven Verhaltensweisen eher entgegen, als sie zu verstärken oder auszulösen. Das Wirkungsspektrum von Cannabis erhöht damit – anders als Kokain, Crack oder Alkohol – nicht das Gewaltpotential in verschiedenen Situationen (Berke & Hernton, 1974).

Es muss davon ausgegangen werden, dass im Zustand fortgesetzter Intoxikation viele Tätigkeiten in Schule und Beruf nicht adäquat ausgeführt werden können. Sowohl Arbeitstempo wie die Qualität der Arbeitsergebnisse ist durch die reduzierte Leistungsfähigkeit des Konsumenten mit hoher Wahrscheinlichkeit verringert. Als chronische Cannabiskonsumenten sozial unauffällig und integriert in die Arbeitsgesellschaft zu leben, wie dies frühe Studien in Griechenland (Stefanis, 1977) und Jamaika (Rubin, 1975) zeigten, ist heute in Europa mit seinen anders gearteten Lebens- und Arbeitsbedingungen sicher schwieriger. Ein Verlust an Produktivität ist in diesem Zusammenhang zu vermuten, auch wenn keine entsprechenden Studien oder Schätzungen hierzu vorliegen (Hall & Room, 1995).

3.5 Langfristige Folgen von Cannabis

3.5.1 Übersicht

Langfristige Effekte des Cannabisgebrauchs sind schwierig zu erfassen. Es liegt hierzu eine Reihe von Tiermodellen vor, welche Hinweise auf mögliche Risiken geben können (Adams & Martin, 1996). In vielen Fällen fehlen Humanstudien oder der Cannabiskonsum ist in seinen Effekten kaum zu trennen von denen anderer Drogen – insbesondere von Tabak. Da Cannabis in der Regel mit Tabak vermischt geraucht wird, sind immer auch die bekannten negativen Effekte des Tabakrauchens involviert. Im Folgenden werden vor allem die Folgen dargestellt, bei denen nach aktuellem Wissen ein Zusammenhang mit Cannabis gegeben oder hoch wahrscheinlich ist. Auf Themenbereiche, bei denen noch deutliche Wissenslücken vorliegen, wird hingewiesen. Für eine Gesamtübersicht der Forschungsergebnisse stehen insbesondere Kleiber und Kovar (1997) und Inserm (2001) zur Verfügung. Obwohl Cannabiskonsumern einige negative Abweichungen und zusätzliche Gesundheitsrisiken im Vergleich zur übrigen Bevölkerung aufweisen, beanspruchen sie das Gesundheitssystem nur geringfügig stärker als diese (Hollister, 1998).

3.5.2 Somatische Folgen

Mortalität

In einer schwedischen Studie, die bei Wehrpflichtigen mit einem erhöhten Cannabiskonsum beim Musterungstermin zu einem späteren Zeitpunkt eine erhöhte Mortalität fand, reduzierten sich diese Zusammenhänge weitgehend, wenn eine Reihe von Hintergrundmerkmalen berücksichtigt wurde: ein späterer massiver Drogenkonsum, vermehrte Polizeikontakte, erhöhter Alkoholkonsum und frühe Diagnosen über psychische Störungen. Diese Merkmale standen zum einen im Zusammenhang mit erhöhtem Cannabiskonsum, zum anderen mit einer erhöhten Mortalität zu einem späteren Zeitpunkt (Andréasson & Allebeck, 1990). In anderen Studien stand eine erhöhte Mortalität im Zusammenhang mit HIV und AIDS (Hall & Solowij, 1998). Bei Korrektur für Moderatorvariablen aus dem Bereich Risikoverhalten und Homosexualität als Risikofaktor für HIV-Infektionen verschwindet dieser Zusammenhang ebenfalls (Sidney et al., 1997).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Cannabis als Substanz die Mortalität wahrscheinlich nicht erhöht. Cannabiskonsum ist jedoch mit Verhaltensweisen assoziiert, welche ihrerseits mit einer erhöhten Mortalität korrelieren.

Lunge und Atmungstrakt

Einer der wichtigsten Risikoaspekte sind Schäden an Lunge und Atmungstrakt (Hall & Room, 1995), die sich akut etwa in Heiserkeit äußern. Die Effekte von Cannabis auf die Atmung stellen akute Risiken für Asthmatiker dar (Hall & Room, 1995). Eine chronische Schädigung der Bronchien ist mit Cannabisgebrauch assoziiert, ebenso wie eine reduzierte Lungenfunktion (Hall & Solowij, 1998; Inserm, 2001). Im Tierversuch sind cancerogene Effekte des Cannabisrauchs nachgewiesen, bei Menschen ist die klinische Relevanz dieser Befunde aber noch nicht geklärt (Hall & Solowij, 1998).

Vergleicht man die Zusammensetzung des Tabak- und des Cannabisrauchs, so sind ähnliche Effekte insbesondere in Bezug auf die Entwicklung von Lungen- und Speiseröhrenkrebs zu erwarten (Hall & Solowij, 1998). Für ein gegenüber dem alleinigen Tabakkonsum erhöhtes Risiko spricht, dass Cannabis bei höheren Temperaturen verbrennt sowie tiefer inhaliert wird als Tabak (Hall & Solowij, 1998). Wu et al. (1988) stellten fest, dass im Vergleich zu Tabak fünfmal so viel Carboxyhemoglobin im Blut ist und dreimal so viel Teer inhaliert wird. Ein Drittel mehr Teer bleibt durch tieferes Einatmen und längeres Inhalieren im Atmungstrakt. Allerdings liegt die Zahl konsumierter Joints in der Regel deutlich unter den Konsummengen regelmäßiger oder starker Tabakraucher, was das Risiko pro Konsumvorgang in seiner Gesamtwirkung wieder relativiert. Der eigentliche psychotrope Inhaltsstoff THC hat dabei keinen wesentlichen Einfluss auf diese negativen Effekte. Es handelt sich vielmehr ausschließlich um die Folgen der Verbrennung der zusätzlichen Substanzen, die in Cannabis oder Marihuana enthalten sind.

Reproduktion

Negative Effekte im Reproduktionsapparat sind bisher nur im Tierversuch nachgewiesen worden (Hall & Room 1995). Frühe Befunde zur Einschränkung der Spermienzahl bei Männern wurden nicht bestätigt (Fischer et al. 2001).

Kinder von Cannabis konsumierenden Müttern weisen ein leicht reduziertes Geburtsgewicht auf (Hall & Room 1995). Hollister 1998 zitiert hierzu Zuckerman et al. 1989, die ebenfalls fanden, dass Kinder von Marihuana rauchenden Müttern kleiner und leichter geboren wurden und kleinere Kopfumfänge hatten.

Es besteht die Möglichkeit, dass Kinder von Cannabis konsumierenden Müttern kognitive Einschränkungen aufweisen. Allerdings sprechen Hall und Solowij (1998) nur von einer vorübergehenden Einschränkung in der frühen Kindheit. Im Rahmen der Ottawa Prenatal Prospective Study (Fried, 1993) wurde gezeigt, dass beim Ausschluss konfundierender Variablen bei den Kindern dieser Mütter im Alter von 1 Jahr ebenso wie von 5-6 Jahren keine Unterschiede zu einer Vergleichsgruppe auftraten. Lediglich bei einem Messzeitpunkt im Alter von etwa 4 Jahren zeigten diese Kinder in Gedächtnis- und Verbalisierungsleistungen etwas schlechtere Ergebnisse. Auch an dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass eine Reihe von Zusammenhängen korrelativer Natur zwischen Cannabiskonsum der Mutter und kindlichen Merkmalen durch dritte Merkmale zumindest mit beeinflusst werden können. So kann hier etwa ein geringeres elterliches Engagement der Mutter (Fischer et al., 2001), aber auch der Konsum anderer psychotroper Substanzen, eine Rolle als vermittelnde Variable spielen (vgl. Weitkunat, 2003)

Sonstiges

Einschränkungen der Funktion des Immunsystems durch THC sind zwar im Tiermodell nachgewiesen, im Humanbereich liegen jedoch keine fundierten Erkenntnisse in dieser Richtung vor (Hall & Room, 1995). Neurologische Schäden durch Cannabis wurden in einer frühen Studie gefunden (Campbell, 1971), das Ergebnis wurde aber nie repliziert.

3.5.3 Psychische Folgen, Abhängigkeit

Wiederholte psychische Probleme im Zusammenhang mit chronischem Cannabiskonsum berichten mehr als 20% der Konsumenten (Fergusson & Horwood, 1987; Kleiber & Soellner, 1998). Hollister (1998) und Hall und Solowij (1997) stellen verschiedene Aspekte psychischer Gesundheit und die mit Cannabis verbundenen Risiken dar. Neben den psychischen Basisfähigkeiten, die durch den Cannabiskonsum beeinträchtigt werden können, sind insbesondere Abhängigkeit und schädlicher Konsum von besonderer Relevanz. Der Aspekt der Toleranzentwicklung, der eigentlich zum somatischen Bereich zählt, wurde aus Gründen der Systematik (Zuordnung zum Themenbereich Sucht und Abhängigkeit) bei den psychischen Folgen dargestellt.

Kognition

Akute leistungsmindernde Effekte von Cannabis, die sich im Kurzzeitgedächtnis, der Denkfähigkeit und der Konzentrationsfähigkeit auswirken, sind gut dokumentiert (Tennent & Groesbeck, 1972; Hall & Room, 1995; Hall & Solowij, 1998). Die Frage nach der Dauerhaftigkeit dieser Effekte ist jedoch noch ungeklärt. Im Tiermodell fanden sich nach Cannabisgabe Leistungseinschränkungen, die bis zu drei Wochen wirksam waren, sowie EEG Veränderungen bei Langzeitkonsum (Adams & Martin, 1996). Verschiedene Studien gehen davon aus, dass bisher keine hinreichenden Beweise dafür vorliegen, dass der Konsum von Cannabis kognitive Leistungen dauerhaft beeinträchtigt. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass subtile Beeinträchtigungen entstehen können, die nur mit geeigneten Verfahren zu messen wären (Hollister, 1998). Die Beurteilung dieser Effekte wird dadurch erschwert, dass einerseits ein deutlicher Zusammenhang zwischen Konsumintensität und akuter Wirkung auf kognitive Leistungen besteht, zum anderen Nachwirkungen über bis zu 24 Stunden auftreten können. Bei einigen Studien kann deshalb nicht sicher davon ausgegangen werden, dass die zum Vergleich herangezogenen Phasen ohne Drogenauswirkungen sicher frei von längerfristigen Effekten sind.

In diesem Zusammenhang ist das Ergebnis einer amerikanischen Studentenumfrage in 140 Colleges von Interesse. Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen (schlechteren) Noten und Cannabiskonsum. Allerdings wiesen die Konsumentengruppe auch ein höheres Interesse an Rauschtrinken („binge drinking“), Tabakrauchen und wechselnde Sexualpartner auf, was auch auf Unterschiede in der Leistungsmotivation hindeutet. Auch hier kann Cannabis kaum als Ursache der Mängel nachgewiesen werden (Bell, Wechsler & Johnston 1997).

Tennent und Groesbeck (1972) fanden in einer Studie, die bei amerikanischen Soldaten in Deutschland durchgeführt wurde, dass bei Konsummengen von bis zu 12 Gramm pro Monat kaum negative Effekte auftraten. Bei intensivem, längerfristigem Konsum oder bei gleichzeitigem Gebrauch von Alkohol stellte er jedoch Störung in den Bereichen Konzentration, Gedächtnis und Urteilsvermögen fest.

Bolla et al. (2002) fanden in verschiedenen kognitiven Tests reduzierte Leistungen bei Cannabiskonsumenten, die im Ausmaß von der Konsumintensität abhingen. Die Effekte waren bis zu 28 Tagen nach Cannabiskonsum festzustellen.

Eine vor kurzem fertiggestellte Metaanalyse von Grant et al. (2003) weist darauf hin, dass entsprechende Effekte nicht mehr signifikant sind, wenn die kognitive Leistung der Cannabis-konsumenten nach einer Abstinenzphase von drei Wochen gemessen und mit Nichtkonsumenten verglichen wird.

Psychosoziale Entwicklung im Jugendalter

Unter Jugendlichen ist der Gebrauch von Cannabis besonders verbreitet. Viele Personen gebrauchen die Substanz tatsächlich nur im Jugendalter und beenden den Konsum im frühen Erwachsenenalter wieder (von Sydow et al., 2001). Diese Altersstufe spielt in der persönlichen Entwicklung jedes Einzelnen eine ganz besondere Rolle. Sie ist gekennzeichnet durch Probieren, Experimentieren, Versuch und Irrtum und das Austesten der individuellen Grenzen. Der Konsum von Drogen – insbesondere von Cannabis – ist ein Aspekt dieses Risikoverhaltens. Die Ergebnisse von Shedler und Block (1990) weisen darauf hin, dass das Experimentieren mit Cannabis in diesem Alter eher ein Zeichen von psychischer Gesundheit ist. Intensive Konsumenten ebenso wie Abstinente erreichten bei diesen Bewertungen signifikant schlechtere Werte.

Intensiver Konsum bei Jugendlichen über längere Zeit kann Probleme verursachen oder verschärfen. Hall und Solowij (1998) weisen darauf hin, dass Cannabiskonsum mit einer erhöhten Rate von Schulabbrüchen sowie mit dem Einstieg des Konsumenten ins Drogenmilieu assoziiert ist (Lynsky, 2003). Allerdings gibt es einen starken Einfluss konfundierender Variablen, so dass Hall und Solowij (1997) keinen unabhängigen Effekt von Cannabis in Richtung einer problematischeren psychosozialen Entwicklung bestätigen wollen. Der Konsum ist dabei nicht so sehr die Ursache für eine Reihe von Problemen, sondern wirkt als Verstärker. Durch Gruppenbildung mit anderen Cannabiskonsumenten kann es zu einer Verstärkung der vorhandenen Nonkonformität kommen. Vorausgehende Bedingungen wie abweichendes Verhalten im Kindesalter oder früher Konsum legaler psychotroper Substanzen können durch die Wahl einer entsprechenden peer-group die Problemsituation verschärfen und die Persönlichkeitsentwicklung behindern (Hall & Room, 1995; Brandstetter & Kuntsche, 2001).

Jessor und Jessor (1977) sehen den Gebrauch von Drogen als eines von mehreren abweichenden Verhaltensweisen von Jugendlichen an, welche gemeinsam ein Verhaltenssyndrom unter normalen Jugendlichen darstellen. Farrell, Danish und Howard (1992) fanden eine empirische Bestätigung für diese Konzeption in der von ihnen untersuchten nordamerikanischen Großstadtpopulation.

Depression und Suizid

Es findet sich ein erhöhtes Risiko depressiver Verstimmungen im Zusammenhang mit Cannabisgebrauch. Inerm (2001) weist auf ein erhöhtes Suizidrisiko unter den Cannabiskonsumenten hin. Dies kann allerdings nicht ursächlich auf die Substanz bezogen werden. Vielmehr korreliert der Konsum von Cannabis mit einer Reihe von nachfolgenden Verhaltensweisen (Konsum harter Drogen, intravenöser Drogengebrauch), die das Suizidrisiko erhöhen. Patton und Kollegen (2002) fanden in einer Längsschnittstudie in einer australischen Kohorte von Schülern in Sekundarschulen, dass bei einem Cannabiskonsum mindestens

einmal pro Woche das Risiko zur Entwicklung von Depressionen oder Angststörungen nach 6 Jahren etwa doppelt so hoch war wie bei einer Vergleichsgruppe. Bei Mädchen und täglichem Konsum war der Effekt noch wesentlich stärker (Patton et al., 2002).

In der Baltimore Epidemiological Catchment Area (ECA) Studie wurde die Kausalverbindung zwischen Cannabismissbrauch und Depression untersucht. Während das Risiko depressiver Symptome im Follow-up nach Cannabismissbrauch viermal höher lag als in der Vergleichsgruppe, fand sich kein signifikanter Effekt früherer depressiver Zustände auf den Cannabis-konsum. Dies spricht für eine Verursachung der depressiven Symptomatik eher als für die These, Cannabis würde als Selbstmedikation bei einer primären depressiven Erkrankungen eingesetzt (Bovasso, 2001).

Toleranz, schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

Die Entwicklung von Toleranz gegenüber THC ist bei intensivem, längerfristigem Konsum von Cannabis bei Tieren wie bei Menschen nachgewiesen (Adams & Martin 1996), jedoch schwach ausgeprägt. Dem entspricht die Tatsache, dass Cannabis im Tiermodell nur begrenzt als Verstärker eingesetzt werden kann und der Entzug deutlich weniger medizinische Hilfe erfordert als etwa der bei Heroin. Die Symptome eines Cannabisentzugs dauern etwa 14 Tage und sind in Stärke und Ablauf ähnlich zu anderen Entzugssyndromen (Budney, Moore, Bandrey & Hughes 2003).

In einer repräsentativen epidemiologischen Studie, in der 14-24-Jährige befragt wurden, fand sich für *Cannabis-Missbrauch* (DSM-IV) eine Lebenszeit-Prävalenz von 5,5% (Lieb et al., 2000; von Sydow et al., 2001). Bei dieser Gruppe zeigte sich in der Beobachtung im Längsschnitt über 4 Jahre ein recht stabiles Konsumverhalten. Eine Längsschnittstudie in Neuseeland fand eine Lebenszeitprävalenz von Cannabismissbrauch (DSM-IV) von 7,3% für die Altersgruppe 16-18 (Fergusson & Horwood, 1997).

Hall und Room (1995) bezeichnen die *Abhängigkeit von Cannabis* als eine der häufigsten Abhängigkeiten in westlichen Gesellschaften. Im Laufe ihres Lebens werden nach Schätzungen in den Vereinigten Staaten rund 10% der schweren Cannabiskonsumenten abhängig. Die Vergleichszahlen für Alkohol (15%), Nikotin (32%) and Opiate (23%) weisen auf ein vergleichsweise niedriges Abhängigkeitspotential von Cannabis hin (Hall & Solowij 1998). In Deutschland zeigt sich in der Altersgruppe 14-24 eine Lifetime-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit von 2,2% (von Sydow et al. 2001). Eine Studie in Neuseeland zeigt 4,3% für die Altersgruppe 16-18 Jahre. In den USA wird für die Altersgruppe 12-17 eine Rate von 2,6%, in der Altersgruppe 18-25 von 3,5% berichtet (Dennis et al. 2002), in Neuseeland erfüllten 4,3% die Kriterien einer Abhängigkeit im Alter zwischen 16 und 18 (Fergusson & Horwood, 1997).

Die Entzugssymptomatik sowie der Wunsch, den Konsum zu reduzieren bzw. zu kontrollieren, sind die am häufigst genannten DSM-IV Kriterien (Kleiber & Soellner 1998). Es besteht ein deutlicher positiver Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und hoher Konsumintensität. Die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit steigt jedoch nicht mit der Konsumdauer (Kleiber & Soellner, 1998). Das subjektive Erleben von Abhängigkeit durch den Konsum-

menten korreliert mit der Bewertung nach DSM-IV. Es liegt teilweise auch dann vor, wenn die objektiven Kriterien der klinischen Diagnostik nicht erfüllt sind.

Einen kritischen Wert von 3 von 7 Kriterien für eine Abhängigkeit überschritten in einer amerikanischen Studie 28% der aktuellen Konsumenten von Cannabis. Die verwendeten Items waren dabei ähnlich ICD-10. Personen von 12-17 Jahren waren mit 43% deutlich stärker betroffen als Personen über 25 Jahren mit 18% (Dennis et al., 2002). Negative Empfindungen nach Cannabiskonsum, die im Alter von unter 16 Jahren auftreten, reduzieren die Wahrscheinlichkeit einer späteren Abhängigkeit. Als Risikofaktoren beim Übergang vom Cannabiskonsum zur Abhängigkeit identifizierte eine deutsche Studie (von Sydow et al., 2002) familiäre Bedingungen sowie Erfahrungen mit legalen Substanzen.

Cannabis wird nicht immer als einzige Droge konsumiert, wie Ergebnisse aus der Münchner EDSP Studie zeigen. Rund 80% der Befragten Cannabiskonsumern im Alter von 14-24 sind Monokonsumenten, 18% konsumierten auch Amphetamine, 11,7% auch Kokain. Die übrigen Drogen spielen zahlenmäßig eine kleinere Rolle (Perkonig, Lieb & Wittchen, 1998).

Schizophrenie und psychotische Störungen

Einer der zentralen Punkte der Risikodiskussion zu Cannabis ist die Frage nach psychotischen und schizophrenen Störungen als mögliche Folgen des Gebrauchs dieser Substanz. Eine epidemiologische Längsschnittstudie an schwedischen Wehrpflichtigen zeigte in einem Zeitraum von 15 Jahren ein erhöhtes Auftreten von schizophrenen Störungen bei Personen, die zum früheren Zeitpunkt der Musterung Cannabis konsumiert hatten (Andréasson et al., 1987; Allebeck, Adamsson & Engström, 1993). Das relative Risiko liegt bei 6.0 für die Personen, die Cannabis mehr als fünfzig Mal gebraucht hatten. Zwar lagen keine früheren Diagnosen zu psychischen Störungen vor dem Beginn des Cannabiskonsums vor, dennoch ist nicht auszuschließen, dass die Substanz bei einer sich anbahnenden Schizophrenie als Selbstmedikation benutzt wird. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Konsum von Cannabis und der späteren Störung ist damit nicht erwiesen. Eine aktualisierte Analyse, die Daten über schizophrene Erkrankungen aus dem schwedischen Register bis zum Jahr 1996 nutzen konnte, ergab ein relatives Risiko von 6,7. Wurden Fälle ausgeschlossen, die innerhalb von 5 Jahren nach der Tauglichkeitsuntersuchung auftraten, um die zeitliche Abfolge zwischen Cannabiskonsum und psychiatrischer Störung in jedem Falle zu gewährleisten, ergaben sich ähnliche Ergebnisse (Zammit et al., 2002).

Während die familiäre Belastung mit schizophrenen Störungen bei Cannabiskonsumern und bei Nichtkonsumenten vergleichbar hoch lag, waren negative soziale Bedingungen häufiger bei Konsumenten zu finden. Johnson, Smith und Taylor (1988) haben an dieser Studie kritisiert, dass neben Cannabis auch häufig Amphetamine konsumiert wurde, dessen schizophrene Wirkung bekannt sei. Die entstehenden toxischen Psychosen seien dann als Schizophrenien falsch diagnostiziert worden.

Eine Längsschnittstudie jüngerer Datums (Arseneault et al., 2002) konnte in einer relativ kleinen Population zeigen, dass Cannabiskonsum im Alter von 15 bzw. 18 Jahren die Wahrscheinlichkeit einer schizophrenen Störung im Alter von 26 auch dann erhöht, wenn das Vorliegen einer Psychose zu einem früheren Zeitpunkt kontrolliert wird. Früherer Konsum hatte

deutlichere Effekte. Der Zusammenhang gilt nicht für Depressionen, die in dieser Studie ebenfalls untersucht wurden.

Dixon und Kollegen (1990) weisen darauf hin, dass das Wirkungsspektrum von Cannabis für Menschen mit schizophrenen Störungen interessant zur Dämpfung unangenehmer Empfindungen ist. Die antidepressiven und anxiolytischen Effekte führten dazu, dass diese Substanz Alkohol, Kokain oder Opiaten vorgezogen wird (Schneier & Siris, 1987). Der „socialising effect“, der die Distanz zur sozialen Umwelt zu überbrücken hilft, wird ebenfalls positiv empfunden (Dixon et al., 1990).

Bei der Analyse klinischer Populationen von schizophrenen Patienten wurde bei Cannabiskonsumenten ein früherer Ausbruch, jedoch kein Unterschied in Hinblick auf Familienanamnese, prämorbid Sozialentwicklung, Ausgang (Eikmeiner et al. 1991) sowie neurokognitive Effekte (Cleghorn 1991) festgestellt. Andere Studien fanden nur wenige Unterschiede zwischen Cannabiskonsumenten und Nichtkonsumenten in einer klinischen Population (z.B. Peralta & Cuesta 1992).

Es stellt sich die Frage, ob Cannabis schizophrene Schübe verursacht oder lediglich als Auslöser auf der Basis einer vorhandenen Vulnerabilität wirksam wird. Hall und Room (1995) gehen eher vom zweiten Fall aus und stellen ebenfalls eine Verschlechterung des Verlaufs nach Ausbruch in Folge des Konsums von Cannabis fest. Selbst wenn Cannabis Schizophrenien auslösen oder positive Symptomatik verstärken sollte, muss die Gesamtwirkung doch relativ klein sein. Im anderem Falle hätte die starke Zunahme des Cannabiskonsums in den westlichen Gesellschaften in den letzten Jahrzehnten eine sichtbare Zunahme der Prävalenz von Psychosen hervorrufen müssen. Während solche Zunahmen – allerdings nicht spezifisch für einzelne Drogen – von einer Untersuchung in der US Armee in Deutschland parallel zu deutlich steigendem Drogenkonsum in dieser kleinen Spezialpopulation gezeigt werden (Tennent & Groesbeck, 1972), ist eine solche Zunahme in der Gesamtbevölkerung bisher nicht aufgetreten (Hall & Solowij, 1997). Kay (1992) weist allerdings darauf hin, dass Personen aus der Dominikanischen Republik mit Wohnort in Großbritannien ebenso wie in ihrer Heimat Raten für Schizophrenien aufweisen die mit 11.8/1000 bei etwa dem 6-8-fachen der Gesamtbevölkerung in Großbritannien liegen. In den afrikanischen Herkunftsländern findet sich beim gleichen Genotyp keine vergleichbar hohe Rate. Der massive Cannabiskonsum dieser Population könnte eine mögliche Ursache für die erhöhte Rate von Schizophrenien in dieser Bevölkerungsgruppe sein.

Die Substanz kann negative Effekte auf den Zustand des schizophrenen Konsumenten haben. Sie verstärkt teilweise die Symptomatik bei Psychosen (Hall & Solowij, 1998) und der langfristige Gebrauch ist mit schlechterer Anpassung und mehr familiären Suchtproblemen assoziiert (Caspari, 1998). Linszen, Dingemans und Lenior (1994) stellten in einer prospektiven Studie mit Kohorten von schizophrenen Klienten mit und ohne Cannabiskonsum fest, dass Rückfälle in psychotische Zustände bei Cannabisgebern häufiger und früher passieren. Dieser Zusammenhang blieb auch bei Einbeziehung diverser Kovariaten signifikant. Häfner und Kollegen (Häfner et al., 2002) fanden in einer Gruppe von Personen mit erstmaligen schizophrenen Krankheitsepisoden in der zeitlichen Abfolge von Konsum und schizo-

phrenen Symptomen eher Hinweise darauf, dass Cannabis als untauglicher Versuch einer Selbstmedikation denn als Auslöser zu betrachten ist.

Ein Kausalzusammenhang zwischen Cannabiskonsum und schizophrenen Störungen wird über die zeitliche Abfolge der beiden Ereignisse untersucht. Als konfundierende Variablen müssen zumindest Alter und Geschlecht beachtet werden. Die diagnostische Abgrenzung zu toxischen Psychosen ist von besonderer Bedeutung (Hambrecht & Häfner, 1996). Phillips et al. (2002) fanden bei einer „Ultra“-Hochrisikogruppe keine Erhöhung des Risikos zur Entwicklung von Psychosen durch Cannabiskonsum.

In einer kanadischen Studie fand sich in einer Stichprobe der erwachsenen Bevölkerung aus 2144 Haushalten eine Lifetimeprävalenz von 8,0% Missbrauch oder Abhängigkeit von Drogen und von 0,7% für Schizophrenien. Die Lifetimeprävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit lag in dieser Gruppe bei 50,8% und damit etwa beim 6-fachen der Gesamtbevölkerung. Auch wenn diese Studie nicht explizit Cannabis sondern alle Drogen erfasst, lässt die große Verbreitung von Cannabis ebenso wie die hohe Affinität schizophrener Menschen zum Wirkungsspektrum dieser Substanz vermuten, dass es sich dabei weitgehend um Cannabis gehandelt hat (Bland, Newman & Orn, 1986).

Cannabiskonsum korreliert in einem holländischen Bevölkerungssurvey mit einer deutlichen Erhöhung psychotischer Symptome und einer entsprechenden Behandlungsbedürftigkeit drei Jahre später. Die Ergebnisse bestätigen die These, dass Cannabis psychotische Effekte sowohl hervorrufen als auch – bei vorliegender Prädisposition – verschlechtern kann (van Os et al., 2002).

Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2004 (Arseneault et al.) kommt nach Auswertung von fünf methodisch überzeugenden Arbeiten zu dem Ergebnis, dass Cannabiskonsum als Risikofaktor für die Entwicklung psychotischer Störungen insbesondere bei vulnerablen Jugendlichen zu betrachten ist. Sowohl individuell als auch auf Bevölkerungsebene könnte nach Einschätzung dieser Autoren die Inzidenz von Schizophrenie deutlich gesenkt werden, wenn Cannabiskonsum ausgeschlossen würde.

3.5.4 Soziale Folgen

Deutlich ist der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und sozialen Anpassungsproblemen, Arbeits- und Schulschwierigkeiten (Fergusson & Horwood, 1997), Schulleistungen (Inserm, 2001; Kandel & Davies, 1996), Leistung am Arbeitsplatz (Kandel & Davies, 1996; Thomas, 1996) und allgemeinen sozialen Problemen (Thomas, 1996). Bei Cannabiskonsumern finden sich mehr Familienprobleme und ein schlechterer Gesundheitsstatus (Kandel & Davies, 1996). Während kleine Konsummengen in der Studie von Shedler und Block (1990) kaum Zusammenhänge zeigen, ist intensiver Konsum von Cannabis mit einer deutlichen Verschlechterung der interpersonellen Beziehungen des Konsumenten sowie seines subjektiven Stresswahrnehmung verbunden.

Der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und sozialen Folgen wird deutlich schwächer, wenn andere Faktoren bei der Analyse berücksichtigt werden (Kleiber & Soellner, 1998). Hall & Solowij (1997) weisen darauf hin, dass ein früher Kontakt mit Cannabis ein

höheres Risiko nach sich zieht, später auch in den Konsum von Heroin oder Kokain einzusteigen. Dennoch sollte das nicht die Stepping-stone-Theorie neu auflegen (Hall & Solowij, 1998), sondern die korrelativen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Substanzen klar machen.

Eine jüngere Studie (Lynskey et al., 2003) unterstreicht diesen Zusammenhang. In einer Zwillingsstudie zeigte sich, dass der Kontakt mit Cannabis im Alter unter 17 Jahren mit späterem Konsum von Drogen oder anderen psychotropen Substanzen, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit assoziiert ist. Dieser Zusammenhang kann durch gemeinsame genetische oder Erziehungs- und Erfahrungselemente, frühen Konsum von Alkohol oder Tabak, Depression und Ängste nicht erklärt werden.

3.6 Zusammenfassung

Eine Vielzahl von Studien und Übersichtsarbeiten zu den Risiken von Cannabis erlaubt heute in vielen Bereichen eine bessere Abschätzung seiner akuten und chronischen Folgen als dies noch vor ein paar Jahren möglich war. Eine gute und recht aktuelle Übersicht bietet zum Beispiel Geschwinde (2003). Zur weiteren Analyse der Bedingungsfaktoren bzw. der langfristigen Konsequenzen sind vor allem Längsschnittstudien notwendig, die bisher nur in begrenztem Umfang vorliegen.

Somatische Störungen

Von den somatischen Folgen des Cannabiskonsums sind akute Effekte auf Herz und Kreislauf festzuhalten, die bei entsprechender Vorschädigung problematisch sein können. Diese Personengruppe sollte Cannabis in jedem Falle meiden. Effekte auf Merkfähigkeit und andere kognitive Leistungen sind akut deutlich vorhanden und machen den mit Cannabis Intoxikierten als Autofahrer wie zur Bedienung komplizierter Geräten untauglich. Nach aktuellem Wissenstand sind diese Einschränkungen allerdings wahrscheinlich nicht dauerhaft.

Akute Leistungseinschränkungen nach einem Joint entsprechen dem Zustand bei einem Blutalkoholgehalt von 0,5-1,0 Promille. Wegen der hohen intra- und interindividuellen Varianz der Effekte ist eine direkte Beziehung zwischen Konsummenge und Leistungseinschränkungen schwer herzustellen. Problematisch für die Festlegung von Abstinenzfristen zwischen Konsumende und der Teilnahme am Straßenverkehr, der Bedienung von Maschinen oder der Ausübung gefährlicher Sportarten ist die ungeklärte Frage, wie lange Nachwirkungen bei den Wahrnehmungs-, Reaktions- und Leistungseinschränkungen wirksam sind. Die Fristen liegen in der Regel bei 24 Stunden (nach einmaligem Konsum), können aber bei intensiven Konsumenten bis zu vier Wochen betragen.

Kritisch ist die Rolle des Cannabiskonsums in Bezug auf Lungenfunktion und Krebsrisiko zu sehen. Cannabis weist wahrscheinlich ein höheres Krebsrisiko pro Konsumvorgang als Tabak auf, so dass vor allem bei intensiven Konsumenten ein erhebliches Gesundheitsrisiko besteht. Bisher wirken sich diese Risiken noch nicht in epidemiologisch messbaren Zunahmen aus, was auch mit vergleichsweise geringen Konsumhäufigkeiten im Vergleich zu Zigaretten zusammenhängen dürfte. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die Zunahme des

Cannabiskonsums erst mit einer Verzögerung von Jahrzehnten – ähnlich dem Tabakkonsum – in dieser Art von Folgen sichtbar wird.

Psychische Störungen

Der Zusammenhang zwischen Cannabis und psychischen Störungen ist bei akuten Zuständen deutlich, aber auch längerfristige Effekte sind nachgewiesen. Panikattacken, Angstzustände und depressive Verstimmungen treten relativ häufig nach dem Konsum auf. Noch intensivere negative Erlebnisse sind mit akuten toxischen Psychosen verbunden, über die ebenfalls berichtet wurde. Diese stehen allerdings vor allem im Zusammenhang mit hohen Konsumdosen und/oder häufigem Konsum.

Cannabis tritt gehäuft zusammen mit schizophrenen Störungen auf, möglicherweise auch als Verursacher solcher Erkrankungen. Hier sind die Ergebnisse bisher nicht eindeutig und eine kausale Beziehung sehr schwer abzusichern. Die zu beobachtende Zunahme der Zahl der Konsumenten in den letzten Jahren birgt in Verbindung mit dem zeitlich verzögerten Auftritt von Schizophrenien das Risiko in sich, in den nächsten Jahrzehnten ein deutlich steigende Zahl dieser Störungen vorzufinden. Die Verwendung von Cannabis zur Milderung der Symptome durch Schizophrene als Selbstmeditation verschlechtert die Situation des Patienten tendenziell.

Cannabis kann Abhängigkeit erzeugen, die – bei intensivem Konsum – mit Toleranz ebenso wie mit Entzugserscheinungen beim Absetzen verbunden ist. Die Intensität der Abhängigkeit ist jedoch geringer als bei einer Reihe anderer Suchtmittel, hat aber gravierende Auswirkungen bei der emotionalen Entwicklung von Jugendlichen.

Soziale Folgen

Enge Beziehungen finden sich zwischen Cannabis und einer Reihe von Merkmalen, die mit Entwicklung, Reifung und sozialer Anpassung zu tun haben. Ohne die Frage nach der Ursache tatsächlich beantworten zu können, zeigt sich, dass vor allem der problematische Konsum von Cannabis einerseits häufiger auftritt, wenn problematische familiäre, soziale oder persönliche Bedingungen vorliegen. Andererseits verstärkt die Substanz bzw. die Rahmenbedingungen des Konsums – Gruppe, Musikszene, Illegalität des Marktes – die negativen Vorzeichen weiter und wirkt einer positiven Lösung der Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen und jungen Erwachsenen entgegen.

Gerade im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter werden wichtige Weichen in Bezug auf die persönliche und soziale Entwicklung gestellt. Eine gute Schul- und Berufsausbildung, Leistungsbereitschaft und -fähigkeit im Beruf stehen im Widerspruch zu den intoxicierenden Effekten der Droge. Cannabis kann hier als ein Verstärker von Problemen wirken, deren Lösung er vorspiegelt.

Cannabis ist in der Regel nicht der erste Schritt in eine hoch problematische Drogenkarriere, sondern nach Alkohol und Nikotin die dritte psychotrope Substanz, mit der heute viele Personen in den westlichen Ländern Erfahrungen machen. Mit jeder dieser Substanzen steigt die Wahrscheinlichkeit des Konsums härterer Substanzen bzw. Konsumformen, vor allem

bei frühzeitigem Konsumbeginn. Bei jedem Übergang kann Prävention oder Sekundärprävention ansetzen, um eine weitere Verschlechterung bzw. zusätzliche Gesundheitsrisiken zu vermeiden.

Risikofaktoren: Probierkonsum, regelmäßiger Konsum und riskanter Konsum

Viele Einzelergebnissen sprechen für einen Zusammenhang zwischen Konsummenge und der Entwicklung negativer Folgen. Weiterhin spielt die Häufigkeit des Konsums und die zeitliche Dichte des Konsums eine wichtige Rolle. Das Risiko einer Abhängigkeit steigt mit der Konsumhäufigkeit stark an. Viele der akuten leistungseinschränkenden Folgen sind bei intensivem, fortgesetztem Konsum besonders problematisch. Auch soziale Probleme nehmen mit dem Ausmaß des Konsums deutlich zu. Besonders bei den massiven akuten Folgen, etwa toxischen Psychosen, sind in der Regel sehr hohe Dosen im Spiel.

Riskanter Konsum lässt sich unter anderem durch hohe Intensität, zeitliche Dichte und Beikonsum anderer Substanzen kennzeichnen. Risikofaktoren für die Entwicklung von Problemkonsum sind dabei nicht identisch mit Merkmalen, welche einen (Probier-)Konsum insgesamt vorhersagen können. Die meisten negativen psychischen und somatischen Folgen sind für Personengruppen mit problematischem Konsum nachgewiesen worden. Während Jugendliche mit einem experimentellen, zeitlich und mengenmäßig befristeten Konsum im Durchschnitt und auf lange Sicht in der Regel eine höchst normale und gut angepasste psychosoziale Entwicklung aufweisen, finden sich bei intensiveren und dauerhaften Konsummustern mit höherer Wahrscheinlichkeit deutlich kritischere Lebensentwicklungen mit schweren Entwicklungsstörungen bis hin zu konsumbedingten Diagnosen. Experimenteller Konsum und intensiver, problematischer Konsum sollten deshalb bei der Diskussion von Cannabis noch stärker als bisher differenziert werden.

4 Ist die Zunahme der Behandlungsnachfrage gesichert?

4.1 Einführung

Kapitel 4 untersucht, ob sich eine Zunahme der Behandlungsnachfrage durch Personen mit primären Cannabisproblemen (Cannabisklienten³) in ambulanten Einrichtungen tatsächlich empirisch nachweisen lässt und prüft, ob diese Zunahme durch Erhebungsmängel erklärbar ist. Der darauf folgende Abschnitt geht der Frage nach, ob Mängel in der Diagnostik der cannabispezifischen Diagnosen eines schädlichen Konsums oder einer Abhängigkeit vorliegen. Weiterhin wird untersucht, ob möglicherweise eine Fehletikettierung als primäres Cannabisproblem besteht und Störungen durch andere psychotrope Substanzen oder andere psychisch Störungen im Vordergrund der Problematik stehen.

Als Datengrundlage dient die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS). Die Fragebogenstichprobe (FbS) und die Interviewstichprobe (InS) werden zur Überprüfung der Diagnosen eingesetzt. Einzelne Angaben zum Prozess der Diagnoseerstellung stammen aus der Mitarbeiterbefragung (MaS).

4.2 Entwicklung der Behandlungsnachfrage

Deutschland

Informationen über die Betreuung von Klienten mit primären Cannabisproblemen in ambulanten Suchtberatungsstellen liegen seit dem Referenzjahr 2000 im Rahmen der deutschen Suchthilfestatistik vor (Türk & Welsch, 2001; Welsch, 2002). Vergleichszahlen aus den Jahren 1992 bis 1999 liefert die EBIS-Statistik (z.B. Türk & Welsch, 2000). Weiter zurückliegende Daten werden nicht herangezogen, da zum einen die Systematik bei der Erfassung der Substanzen ab 1992 geändert wurde, zum anderen erst ab 1992 Ost- und Westdeutschland in der Statistik berücksichtigt wurden. Die Vergleichbarkeit der früheren Zahlen ist damit nicht gegeben.

Die statistischen Erhebungen von 1992 bis 2002 beziehen sich weitgehend auf den gleichen Pool von ambulanten Einrichtungen in West- und Ostdeutschland. Fluktuationen in der Zahl berichtender Einrichtungen werden bei den Betrachtungen im Folgenden ausgeglichen, indem die gemeldeten Fallzahlen auf eine einheitliche Zahl von Einrichtungen bezogen werden. Anderenfalls wäre ein Vergleich der Klientenzugänge zur Beschreibung der Behandlungsnachfrage über die Jahre nicht sinnvoll. Während des Zeitraums von 1992 bis 2002 hat sich die Zahl der ambulanten Einrichtungen nach Einschätzung der Autoren nur geringfügig verändert, so dass das Behandlungssystem insgesamt als stabil angesehen werden kann. Da auch nur annähernd vollständige Statistiken mit beschreibenden Merkmalen für ambulan-

³ Zur Definition der Begriffe „problematischer Konsum“, „Cannabisklient“, „Cannabiskonsumt“ siehe Abschnitt 3.2, die Kürzel sind im Abkürzungsverzeichnis auf Seite IX zu finden.

te Einrichtungen für diesen Zeitraum nicht zur Verfügung stehen, ist eine weitergehende Standardisierung der Vergleichszahlen nicht möglich.

Zielgruppe der Betrachtung sind Personen, die von den Mitarbeitern in den ambulanten Suchtberatungsstellen nach ICD-10 (Dilling et al., 1999) die Diagnosen „schädlicher Gebrauch“ (F12.1) bzw. „Abhängigkeitssyndrom“ (F12.2) von Cannabis erhalten haben. Diese Diagnose ist dabei Hauptdiagnose. Cannabisgebrauch ist also das primäre Problem. Personen mit Mehrfachdiagnosen werden nur dann in die Betrachtungen einbezogen, wenn Cannabis vorrangig ist.

Im Jahr 2002 wurden aus 454 Einrichtungen Angaben zu insgesamt 95.468 Personen gemacht (Welsch & Sonntag, 2003). Damit wurden 44,6% von den bestehenden 1.017 ambulanten Einrichtungen in Deutschland erfasst. Von den betreuten Personen liegen Informationen zur Hauptdroge für 73.897 Klienten vor, von denen 6.368 (8,6%) eine primäre Cannabisstörung aufweisen. Sie stellen damit nach Alkohol (67,0%) und Opiaten (14,4%) die drittgrößte Gruppe in ambulanter Betreuung dar.

Man kann die Fallzahlen für Klienten mit primären Cannabisproblemen bis ins Jahr 1992 zurückverfolgen. Es zeigt sich in der Absolutzahl wie im Anteil an der Klientel eine stetige Zunahme dieser Klientengruppe seit diesem Zeitpunkt. Die Absolutzahl hat sich in diesem Zeitraum mehr als verzehnfacht, der Anteil der Cannabis Klienten etwa vervierfacht (Tabelle 7).

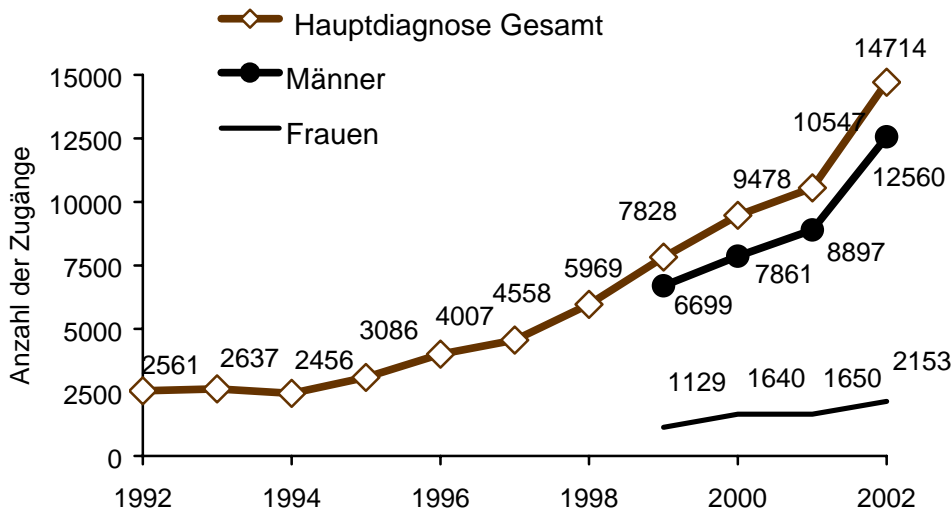
Tabelle 7: Anzahl und Anteil von Cannabis Klienten bei den Zugängen zu ambulanter Betreuung seit 1992 (DSHS)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Cannabis-											
klienten %	2,1	2,1	2,1	2,4	2,2	3,4	4,1	5,1	6,3	7,1	8,6
N	415	709	1.028	1.368	1.281	1.977	2.623	3.343	3.625	3.700	6.368
Gesamt											
Klienten N	19.980	34.344	49.577	57.712	57.252	58.642	64.201	65.910	57.621	51.842	73.897
Einrich-											
tungen N	170	282	396	459	432	435	461	446	401	368	454

Quelle: EBIS Berichte 1994-2001 (Simon et al., Türk & Welsch); Deutsche Suchthilfestatistik (Welsch & Sonntag 2003)

Um die Schwankungen in der Beteiligung der Einrichtungen auszugleichen, wird Bezug auf die Gesamtzahl ambulanter Einrichtungen in Deutschland genommen. Als Referenzwert werden dabei die Angaben der Länderkurzberichte der Bundesländer verwendet (Bundesministerium für Gesundheit, 2002).

Die so errechneten Zahlen weisen für die jährlich neu aufgenommenen Cannabis Klienten in ambulanter Betreuung von 1992 (N=2.561) nach 2002 (N=14.714) ebenfalls einen deutlichen Anstieg auf etwa das Sechsfache des Ausgangswertes auf. Für die Jahre 1999 bis 2002 stehen die Informationen auch für Männer und Frauen getrennt zur Verfügung. Zwar stieg die Zahl weiblicher Klienten prozentual etwas stärker an als die der männlichen Klienten. Dennoch liegt der Frauenanteil in der behandelten Gruppe immer noch unter 20%, so dass im Jahr 2002 2.153 weibliche Klienten insgesamt 12.560 männliche gegenüberstehen (Abbildung 1).

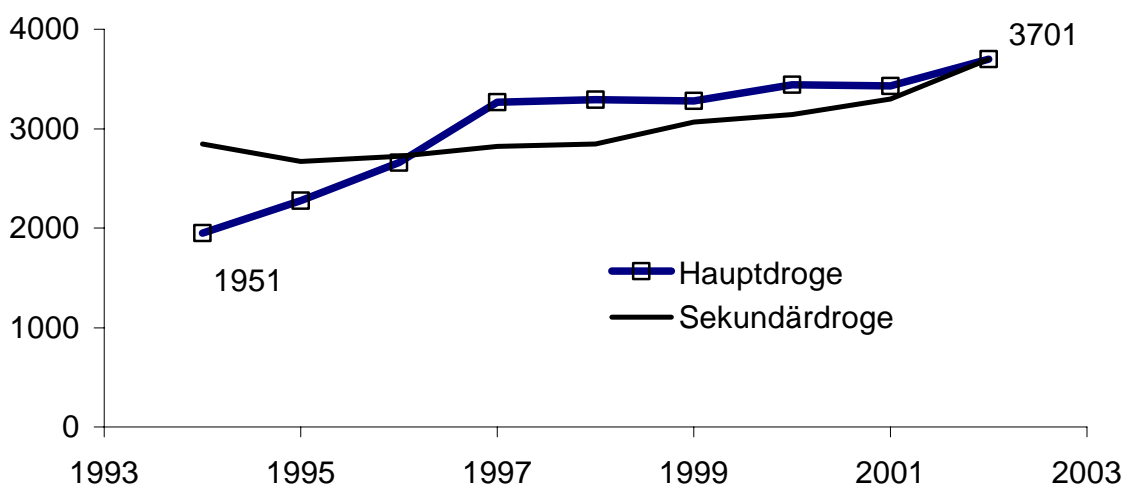


Hinweis: Die Werte wurden zur besseren Vergleichbarkeit auf die Gesamtzahl ambulanter Einrichtungen in 2001 standardisiert.; Quelle: EBIS Berichte 1994-2001 (Simon et al., Türk & Welsch); Deutsche Suchthilfestatistik (Welsch & Sonntag 2003)

Abbildung 1: Anzahl der Zugänge von Cannabisklienten seit 1992

Europa

Ein Anstieg der Zahl betreuter Cannabisklienten sowie eine Änderung des Anteils dieser Klienten an der Gesamtklientel findet sich auch in den Niederlanden. Der Jahresbericht für 2002 (van Laar et al., o.J.) zeigt, dass sich der Anteil der Cannabisfälle in ambulanten Einrichtungen in den Niederlanden von 1990 bis 2000 auf 11% etwa verdoppelt. Die Zahl dieser Fälle hat sich von 1994 nach 2002 ebenfalls etwa verdoppelt. Zwischen 1994 und 1997 war dabei ein besonders starker Anstieg festzustellen. Von 2001 nach 2002 sind die Zahlen nach einer relativ stabilen Phase wieder etwas angestiegen (Abbildung 2).



Quelle: Bureau NDM, 2003

Abbildung 2: Entwicklung der Zahl der Klienten mit Cannabisproblem in ambulanten Einrichtungen in den Niederlanden

4.3 Überprüfung der Diagnosen der Standarddokumentation

Die Qualität von Diagnostik ist in der alltäglichen Routine schwerer sicherzustellen als in wissenschaftlichen Untersuchungen. Bei der Bewertung der Fallzahlen primärer Cannabisklienten in ambulanten Beratungsstellen kommt der Qualität ihrer Diagnosen aber erhebliche Bedeutung zu. Eine unzureichende Diagnostik, die insbesondere Fälle als Abhängigkeit oder schädlichen Gebrauch klassifiziert, welche nicht die entsprechenden Kriterien erfüllen („falsch positive“), könnte die Fallzahlen in der Basisdokumentation beeinflussen. Ein Vergleich der Diagnosen, die im Rahmen der Basisdokumentation vergeben wurden mit Diagnosen, die auf der Basis der schriftlichen Erhebung bzw. klinischer Interviews vergeben werden, ist aus diesem Grunde von besonderem Interesse.

Da die Auswahl der Klienten für diese Stichprobe auf der Grundlage der Diagnose in der Basisdokumentation (DSHS) erfolgt ist, liegt für jeden Fall eine solche Diagnose vor. „Falsch negative“ Fälle, bei denen trotz gegebener Voraussetzungen eine Cannabisstörung nicht diagnostiziert wurde, können aufgrund des Studiendesigns nicht berücksichtigt werden. Aus diesem Grunde wird auf die Berechnung von Interraterkorrelationen und ähnliche Maße verzichtet. Die Fragestellung betrifft ausschließlich die Frage, ob und in welchem Ausmaß die Zahlen der Basisdokumentation eine Überschätzung der tatsächlichen Fallzahlen darstellen.

Zunächst ist festzuhalten, dass auf der Basis der Fragebogendaten nur ein relativ kleiner Prozentsatz der als Cannabisklienten klassifizierten Fälle keine vergleichbare Einschätzung erfahren hat: 69,6% aller Klienten, die an Hand des Deutschen Kerndatensatzes in der DSHS als Personen mit schädlichem Konsum oder Abhängigkeit diagnostiziert wurden, erhielt im Fragebogen eine Abhängigkeit, weitere 16,3% einen Missbrauch diagnostiziert. Nur in 14,1% wurde auf der Grundlage der Angaben im Fragebogen keine Diagnose abgeleitet. Der Unterschied ist dabei zudem nicht automatisch als Fehler des einen oder anderen Verfahrens zu betrachten, sondern kann zumindest teilweise die unterschiedliche Auffassung von Therapeut und Klient widerspiegeln.

Die Differenzierung zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit in den beiden Verfahren zeigt deutlich weniger Übereinstimmung. Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen diesen beiden Items durch einen Kontingenzkoeffizient ergab keinen signifikanten Zusammenhang ($C=0,055$; $df=135$; $P=0,813$) (Tabelle 8).

Tabelle 8: Übereinstimmung zwischen Basisdokumentation (DSHS) und dem Außenkriterium Fragebogen (FbS)

		Diagnose Fragebogen (FbS)						Gesamt	
		keine		Schädlicher Gebrauch ICD-10		Abhängigkeits-syndrom ICD-10			
Ursprungsdiagnose		N	%	N	%	N	%	N	%
DSHS	Schädlicher Gebrauch ICD-10	6	11,8	9	17,6	36	70,6	51	37,5
	Abhängigkeit ICD-10	13	15,5	13	15,5	58	69,0	84	62,2
	Gesamt	19	14,1	23	16,3	94	69,6	136	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Die Diagnostik auf der Basis der klinischen Interviews erweist sich als konservativer als die Diagnose auf der Grundlage des Fragebogens. Von den Cannabisfällen, die in der Basisdokumentation erfasst wurden, werden mit 59,0% etwas weniger in ihrer Zuordnung zur Kategorie „Abhängigkeit“ bestätigt. Weitere 15,4% werden im klinischen Interview als schädlicher Gebrauch eingestuft. Insgesamt wird damit in etwa drei von vier Fällen die klinische Relevanz der Problematik bestätigt. In 25,4% der Fälle wird keine Diagnose gegeben. Die Differenzierung zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit in der Basisdokumentation stimmt mit den Ergebnissen der klinischen Interviews besser überein als mit den Ergebnissen der schriftlichen Erhebungen (Tabelle 9).

Tabelle 9: Übereinstimmung zwischen Basisdokumentation und dem Außenkriterium klinisches Interview (InS)

		Diagnose Interview (InS)						Gesamt	
		Keine		Schädlicher Gebrauch ICD-10		Abhängigkeits-syndrom ICD-10			
Ursprungsdiagnose		N	%	N	%	N	%	N	%
DSHS	Schädlicher Gebrauch ICD-10	3	42,9	1	14,3	3	42,9	7	37,5
	Abhängigkeit ICD-10	7	21,9	5	15,6	20	62,5	32	62,2
	Gesamt	10	25,6	6	15,4	23	59,0	39	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

4.4 Überprüfung der Einschätzung als primäre Cannabisstörung

4.4.1 Die Praxis der Erstellung der Hauptdiagnosen in der Einrichtung

In den folgenden Tabellen sind die Antworten der therapeutischen Mitarbeiter zu der Frage dargestellt, nach welchen Kriterien sie die Hauptdiagnose „Cannabisabhängigkeit“ bzw. „schädlicher Gebrauch von Cannabis“ vergeben. Eine Hauptdiagnose bezeichnet – bei Vorliegen mehrerer Diagnosen für eine Person – die Störung, die am meisten Probleme verursacht und die behandlungsleitend ist (Strobl & Türk, 2000).

Von den 172 Mitarbeitern, die hierzu Angaben machten, geben fast 60% an, dass das Konsummuster bei der Erstellung der Hauptdiagnose für sie ein wichtiges Kriterium darstellt. In mehr als einem Drittel der Fälle ist dies auch das wichtigste genannte Kriterium. Die Konsumhäufigkeit wird mit rund 41% etwas seltener als Kriterium für die Hauptdiagnose genannt, ist jedoch mit knapp 27% ebenfalls häufig das wichtigste Kriterium bei der Diagnosestellung. Deutlich seltener wird die Einschätzung der Klienten genannt. Insgesamt stehen die Folgen im Vordergrund. Das vorliegende Ausmaß der sozialen, psychischen und körperlichen Folgen der Substanz Cannabis hat damit in den betrachteten Fällen dazu geführt, diese Substanz als die Hauptdroge einzustufen. Die wesentlichen Kriterien der Diagnostik auf der Basis von ICD-10 werden dabei explizit genannt: Intensität, Folgen, Konsum, Interesseneinengung. Die Selbsteinschätzung des Klienten geht in knapp 30% der Fälle als Kriterium mit ein (Tabelle 10).

Tabelle 10: Die wichtigsten Kriterien zur Entscheidung über die Hauptdiagnose „Cannabis“

Kriterien	Reihenfolge			Gesamt	
	Rang 1 %	Rang 2 %	Rang 3 %	N	%
Konsummuster	35,5	59,3	19,9	102	59,3
Konsumhäufigkeit	26,7	41,3	16,5	71	41,3
Selbsteinschätzung des Klienten	14,0	29,6	12,6	51	29,7
ICD-10 Diagnose	12,8	20,3	6,0	35	20,3
Soziale, psychische und körperliche Folgen	10,5	65,7	58,5	113	65,7
Gesamt	172	151	94	172	100,0

Missing values: 11; die Antworten von einem Mitarbeiter können zu verschiedenen Kategorien zusammengefasst werden, so dass die Gesamt-N nicht gleich der Summe der Einzel-Ns sein muß bzw. Einzelaussagen, die nicht in Hauptkategorien zusammengefasst werden können, wurden nicht berücksichtigt.

Die Entscheidung des Mitarbeiters, Cannabis als Hauptdroge zu bewerten und den Klienten damit im Sinne der Untersuchung als „Cannabisklient“ zu klassifizieren, ist nachvollziehbar und folgt der Logik des Deutschen Kerndatensatzes.

4.4.2 Alternativdiagnose: Störungen durch andere psychotrope Substanzen

Unabhängig von der Auskunft des Mitarbeiters können die Ergebnisse der schriftlichen Erhebung in der Fragebogenstichprobe (FbS) sowie der klinischen Interviews in der Interviewstichprobe (InS) genutzt werden, um die Plausibilität der Klassifikation der Cannabisstörung als primäres Problem zu prüfen.

In der Fragebogenstichprobe FbS liegt in vielen Fällen keine reine Cannabisproblematik vor sondern es finden sich Diagnosen auch zu anderen psychotropen Substanzen. Am häufigsten ist darunter Tabak zu finden. Da hierfür die schwächere Problemausprägung des „schädlichen Konsums“ von den Klassifikationssystemen nicht vorgesehen ist, ist der Anteil der Personen ohne Diagnose vergleichsweise hoch. Die Raucherquote in dieser Gruppe liegt jedoch bei fast 100%. Etwa jeder dritte Klient hat eine Alkoholdiagnose, jeder vierte eine Diagnose im Bereich der Stimulantien. Opiate und Kokain werden weniger häufig genannt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Weitere Diagnosen zu psychotropen Substanzen (FbS)

Substanz	Code	N	Diagnose auf der Basis schriftlicher Selbstangaben		
			Keine %	Schädlicher Gebrauch %	Abhängigkeit %
Alkohol	F10	211	57,8	6,6	35,5
Opiate	F11	206	90,3		9,7
Kokain	F14	221	76,9	3,2	19,9
Amphetamine	F15	223	69,5	4,5	26,0
Ecstasy	F15	207	69,1	4,5	26,0
Tabak	F17	212	49,1	--	50,9
Gesamt		223			-

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Die Diagnosen der Interviewstichprobe (InS) weisen in eine ähnliche Richtung. Allerdings ist der Anteil der zusätzlichen Diagnosen erheblich niedriger als bei der schriftlichen Erhebung. Zudem liegt der Schwerpunkt der Diagnosen beim schädlichen Gebrauch. Da diese Diagnosen durch ein computergestütztes Verfahren (Wittchen & Pfister, 1997) automatisiert erstellt werden, ist neben den Unterschieden in der Erhebung – FbS basiert auf schriftlichen Selbstangaben des Klienten, InS auf einem klinischen Interview – zu berücksichtigen, dass in der computerisierten Version eine Reihe zusätzlicher Prüffragen eingesetzt werden, um Alternativdiagnosen auszuschließen und den Zeitraum von 12 Monaten für alle relevanten Merkmale exakt abzufragen. Da so weitgehende Prüfmöglichkeiten bei der Analyse der Antworten in der schriftlichen Erhebung (FbS) nicht gegeben sind, ergibt sich eine tendenziell konservativere Bewertung der Angaben in der Interviewstichprobe (InS). Trotz der deutlichen Unterschiede in der Größenordnung dieser zusätzlichen Diagnosen, steht auch hier Alkohol und insbesondere Tabak im Vordergrund. Daneben liegen für etwa jeden zehnten Klienten Diagnosen im Bereich der Amphetamine vor. Für Kokain, Opiode und Halluzinogene wurden nur einzelne Fälle diagnostiziert (Tabelle 12).

Tabelle 12: Weitere Diagnosen zu psychotropen Substanzen (InS)

Substanz	Code	N	Diagnose auf der Basis klinischer Interviews		
			Keine Diagnose	Schädlicher Konsum (ICD)	Abhängigkeit (ICD)
			%	%	%
Alkohol	F10	46	76,1	13,0	10,9
Opioide	F11	46	97,8	2,2	
Sedativa/Hypnotika	F13	46	100,0		
Kokain	F14	46	97,8	2,2	
Amphetamine	F15	46	91,3	6,5	2,2
Halluzinogene	F16	46	97,8	2,2	
Tabak	F17	46	32,6	--	67,4
Inhalantien	F18	46	100,0		-
		51			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Die größte Einzelgruppe stellen in beiden Stichproben die Personen, die ausschließlich eine Cannabisdiagnose aufweisen. Ihr Anteil liegt bei den Diagnosen auf der Grundlage der schriftlichen Erhebung (FbS) bei etwa einem Drittel, bei den Diagnosen auf der Basis des klinischen Interviews fast doppelt so hoch. In beiden Stichproben zeigt sich, dass daneben vor allem die Kombination von Cannabis mit Alkohol mit oder ohne zusätzlichen Gebrauch von Amphetamin bzw. dessen Derivaten relativ häufig ist (Tabelle 13).

Tabelle 13: Schädlicher Konsum oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen ohne Tabak bei Cannabisklienten

Substanz	Fragebogenstichprobe (FbS)		Interviewstichprobe (InS)	
	N	%	N	%
Cannabis (allein)	62	33,7	21	63,6
+ Alkohol	28	15,2	7	21,2
+ Amphetamine / Ecstasy	22	12,0	2	6,1
+ Kokain	7	3,8	0	0
+ Alkohol	14	7,6	2	6,1
+ Amphetamine/ Ecstasy				
+ Alkohol + Kokain	4	2,2	1	3,0
+ Alkohol	15	8,2	0	0
+ Amphetamine/Ecstasy				
+ Kokain				
Sonstige Kombinationen	32	17,4	0	0

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Insgesamt ist festzustellen, dass keine andere psychotrope Substanz als Leitsubstanz dieser Klientengruppe betrachtet werden kann. Legt man den strengeren Maßstab des klinischen Interviews an, so weisen fast zwei Drittel der Cannabisklienten ausschließlich eine Cannabisdiagnose auf. Häufige Mehrfachdiagnosen betreffen vor allem Alkohol sowie Amphetamine und Amphetaminderivate. Während im Einzelfall die Entscheidung nicht immer einfach sein mag, Cannabis oder andere Substanzen als Hauptdroge zu wählen, lassen die vorliegenden Daten auf dem Hintergrund der Erläuterungen der Mitarbeiter über den Prozess der Diagnoseerstellung die Entscheidung für Cannabis als Hauptdroge plausibel erscheinen.

4.4.3 Alternativdiagnose: Sonstige psychische Störungen (InS)

Das klinische Interview, welches mit den 51 Probanden der Interviewstichprobe (InS) durchgeführt wurde, erlaubt es, Diagnosen zu einer Reihe psychischer Störungen abzuleiten, die mit dem Konsum von Cannabis in Verbindung gebracht werden. Die Codierung basiert auf DSM-IV in der Operationalisierung von DIA-X (Wittchen & Pfister 1997) und bezieht sich auf die Situation des Klienten in der letzten 12 Monaten vor dem Interview. Die Cannabis-klienten, die in der Interviewstichprobe untersucht wurden, weisen eine Reihe von klinisch bedeutsamen Störungen auf. Bei knapp 40% von ihnen liegt eine Affektstörung vor, mit 17,3% ist die Diagnose „Dysthymie“ darunter bei weitem am häufigsten zu finden. Mehr als ein Drittel aller Klienten weist eine Diagnose im Bereich der Phobien, etwa jeder achte im Bereich der Angststörungen auf. Der hohe Anteil sozialer Phobien (17,3%) unterstreicht die Probleme, die ein Teil der Klienten mit seiner sozialen Umgebung hat. Etwa jeder zehnte Klient leidet unter psychotischen Störungen (Tabelle 14).

Tabelle 14: Sonstige psychische Störungen nach DSM-IV (InS)

Störungs- gruppen	Codes	Diagnosen		N	%	N valid
			Beschreibung			
Psychotische Störungen	F06.0		Psychotische Störungen mit Halluzinationen	2	4,3	46
	F06.2		Psychotische Störungen mit Wahnvorstellungen	4	7,8	
	F23		Kurze psychotische Störungen	1	2,2	
Affektstörungen, Depressionen				18	39,1	46
	F06.32		Affektstörung mit depressiven Merkmalen	5	10,9	
	F32.x		MDD, Einzelepisode	2	4,4	
	F33.x		MDD, wiederholtes Auftreten	6	13,0	
	F34.1		Dysthymie	8	17,3	
Angststörungen				7	15,2	46
	F06.4		Angststörung	2	4,3	
	F06.42		Panikattacken	5	10,9	
	F41.0		Panikattacken ohne Agoraphobie	1	2,2	
	F41.1		Generalisierte Angststörung			
Phobien				17	37,0	46
	F40.0		Agoraphobie ohne Panikattacken	5	10,9	
	F40.01		Panikstörungen mit Agoraphobie	6	13,0	
	F40.1		Soziale Phobien	8	17,3	
	F40.21		Tierphobie	3	6,5	
	F40.22		Umweltphobie	3	6,5	
	F40.23		Blutphobie	3	6,5	
	F40.24		Spezifische Phobie	2	4,3	
F40.21		Tierphobie	3	6,5		
				51		

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Die Diagnosen F06.X beziehen sich auf Störungen, die ausschließlich auf organische Faktoren im weitesten Sinne – insbesondere auf akute Drogenwirkung – zurückzuführen sind (Wittchen & Pfister, 1997). Die Mehrzahl der erfassten psychotischen Störungen und etwa ein Drittel der Angststörungen und Affektstörungen sind damit eher an den Drogenkonsum gebunden und möglicherweise nur kurzfristig. Diese Einschätzung wird dadurch gestützt, dass solche Störungen mit einer Ausnahme nur bei Klienten auftreten, bei denen schädlicher Konsum oder Abhängigkeit von Cannabis vorlag.

Die Zahl der klinisch relevanten Störungen, die in der Cannabisgruppe festgestellt wurden, ist erheblich wenn man bedenkt, dass nur aktuelle Probleme erfasst werden. Der Zeitraum, auf den sich die entsprechenden Diagnosen beziehen, sind die letzten 12 Monate vor dem Zeitpunkt des Interviews. Mit Ausnahme der psychotischen Störungen besteht für alle beobachteten Typen psychischer Störungen ein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Cannabisdiagnose. Mit Ausnahme der Phobien, die auch die relativ weit verbreiteten Tierphobien (z.B. „Spinnenangst“) beinhalten, finden sich diese Diagnosen fast ausschließlich bei Klienten mit den Diagnosen „schädlicher Konsum“ oder „Abhängigkeit“ von Cannabis (Tabelle 15). Selbst wenn im Einzelfall die Affektstörung oder Phobie aus therapeutischer Sicht vorrangig zu betrachten wäre, liegt in den meisten Fällen dennoch eine klar diagnostizierte Cannabisproblematik vor. Eine Fehletikettierung im eigentlichen Sinne ist damit nicht gegeben.

Tabelle 15: Weitere psychische Störungen und Cannabisdiagnose (InS)

Störungen DSM-IV	Gesamt		Cannabisdiagnose		χ^2	df	p
	N	%	Keine %	Schädlicher Gebrauch ICD-10 %			
Psychotische Störungen	5	10,9		16,7	14,8	1)	0,11
Affektstörungen	18	39,1	7,7	33,3	55,6	1)	0,00
Angststörungen	7	15,2			25,9	1)	0,00
Phobien	17	37,0	23,1		51,9	1)	0,02
Gesamt	46		13	6	27	46	46

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

1) da die Voraussetzungen des χ^2 Tests nicht erfüllt sind wurde Kendall Tau eingesetzt

4.5 Zusammenfassung

Untersucht wurde, ob eine Zunahme der Behandlungsnachfrage durch Personen mit primären Cannabisstörungen empirisch bestätigt werden kann und ob Fehlereinflüsse zu diesem Ergebnis geführt haben können. Als Datengrundlage dienten die Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik, die mit Hilfe der schriftlichen Angaben aus der Fragebogenstichprobe (FbS) und der Interviews der Interviewstichprobe (InS) überprüft wurden. Hierzu wurden auch Angaben der Mitarbeiter (MaS) zur Diagnoseerstellung herangezogen.

Die Zunahme der Klientenzugänge mit einer primären Cannabisstörung ist sowohl in den Absolutzahlen als auch im Anteil der betreuten Fälle von 1992 nach 2002 deutlich festzustellen. Wird die schwankende Zahl der berichtenden Einrichtungen auf die Einrichtungszahl des Jahres 2001 standardisiert, so ergibt sich eine Zunahme der jährlichen Zugänge primärer Cannabisklienten auf fast das Sechsfache von 2.561 Fällen in 1992 auf 14.714 Fälle in 2001. Eine vergleichbare Zunahme in Zahl und Anteil findet sich im gleichen Zeitraum auch in den Niederlanden, was für einen gesellschaftlichen Trend eher als für spezifische Entwicklungen des Angebots oder der Rahmenbedingungen in Deutschland spricht.

Die externe Überprüfung ergab anhand der schriftlichen Befragung (FbS) einen Anteil von 14%, anhand der klinischen Interviews (InS) einen Anteil von 26% der ausgewiesenen Cannabisdiagnosen (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeitssyndrom), bei denen die Diagnose extern nicht verifiziert werden konnte. Bei der Diagnose „Abhängigkeit“ in der Basisdokumentation fand sich häufiger eine solche Bestätigung (FbS:84,5%; InS: 78,1%). Nur wenig Übereinstimmung zeigte sich für die Differenzierung zwischen „schädlichem Gebrauch“ und „Abhängigkeit“ bei den verschiedenen Vorgehensweisen.

Damit erfüllt maximal etwa ein Viertel der Cannabisklienten nicht die Voraussetzungen für eine klinische Diagnose. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Klienten keine Probleme mit Cannabis aufwiesen. Vielmehr erfüllten diese lediglich nicht die diagnostischen Kriterien (vgl. Diskussion in Kapitel 11).

Die Angaben der Mitarbeiter zum Prozess der Diagnoseerstellung und insbesondere zur Erstellung der Hauptdiagnose in Fällen multipler Drogendiagnosen ebenso wie die Diagnosen zu allgemeinen psychischen Störungen weisen bei einer Reihe von Klienten auf multiple Probleme hin. Da die Cannabisproblematik jedoch in der Regel deutlich ausgeprägt vorliegt, liegt keine Fehletikettierung der Fälle vor. In Einzelfällen kann dennoch der Schwerpunkt der Problematik möglicherweise in anderen Feldern – etwa Affektstörungen – oder bei anderen Substanzen liegen. Keine der gefundenen Diagnosen ist jedoch so häufig, dass man sie als das „eigentliche“ Problem der hier untersuchten Klientengruppe betrachten könnte.

5 Wie ist die Zunahme der Behandlungsnachfrage zu erklären?

5.1 Einführung

Kapitel 5 untersucht die möglichen Ursachen der Zunahme der Behandlungsnachfrage durch Personen mit primären Cannabisproblemen (Cannabisklienten⁴) in ambulanten Einrichtungen. Mehrere mögliche Einflussgrößen können damit in Verbindung gebracht werden.

Folgt man der Argumentation von Edwards (1997) für Alkohol in analoger Weise, so ist bei einem Anstieg der Verbreitung des Konsums vom Cannabis in der Bevölkerung ein Anstieg der problematischen Fälle zu erwarten, was wiederum die Betreuungsnachfrage erhöht. Die Entwicklung des Cannabiskonsums in Deutschland und Europa seit 1990 wird untersucht. Die Relation zwischen Betreuungsnachfrage und Konsum über diesen Zeitraum gibt zum einen Hinweise auf das Risikopotential von Cannabis. Andererseits bildet sich auch die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Betreuung in diesen Zahlen ab. Es wird analysiert, in wieweit die Zunahme der Cannabisfälle durch eine Veränderung der Rahmenbedingungen – etwa durch intensivere Vermittlungstätigkeit von Polizei oder Gerichten – erklärbar ist. Veränderungen im Anteil verschiedener Vermittlungswege zeigen mögliche Ursachen für die Entwicklung der Fallzahlen auf.

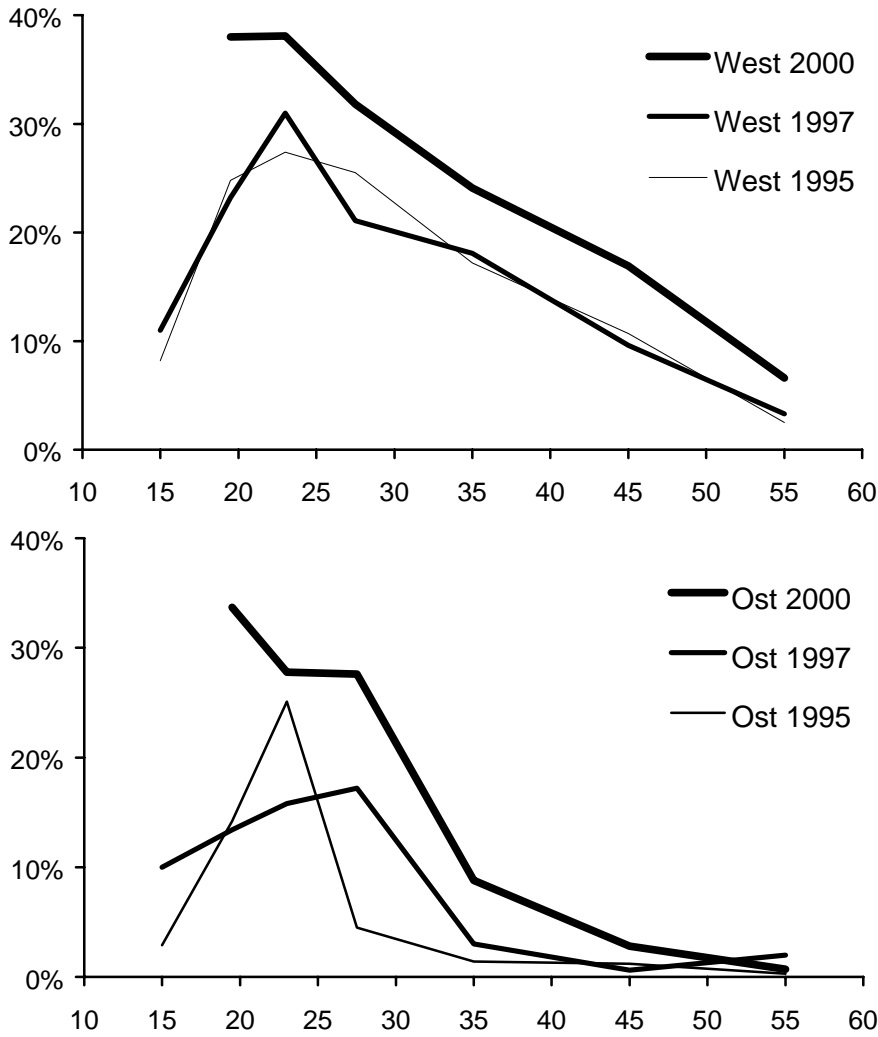
Als Datengrundlage für die Entwicklungen auf Seiten der Klienten werden die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik verwendet. Die Entwicklung des Konsumverhaltens in der Bevölkerung wird auf der Basis des Suchtsurveys gezeichnet. Europäische Vergleichszahlen stammen von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.

5.2 Entwicklungen des Cannabiskonsums in der Bevölkerung

Deutschland

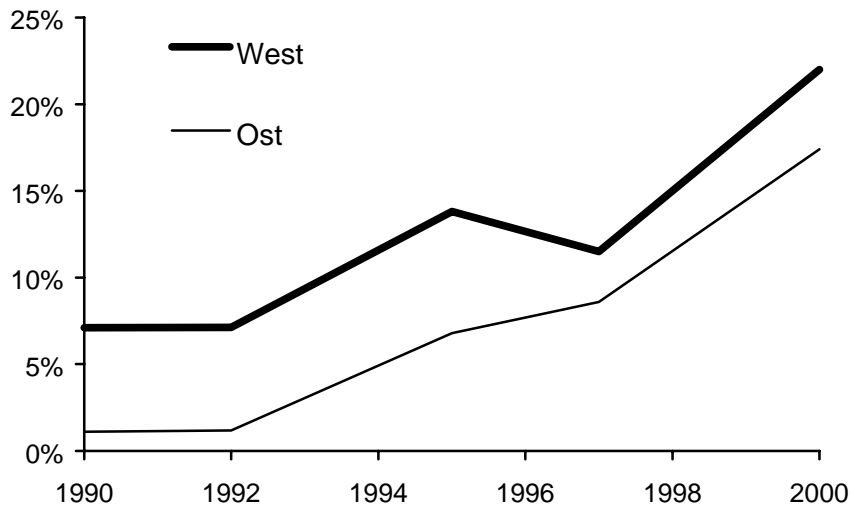
Insgesamt zeigt sich beim Vergleich zwischen 1995 und 2000 ein deutlicher Anstieg in der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums. Während zwischen 1995 und 1997 die Situation stabil blieb, hat sich der Anteil der Personen mit Cannabiserfahrung zwischen den Jahren 1997 und 2000 in den alten wie in den neuen Bundesländern deutlich erhöht. Der stärkste Anstieg zeigt sich in der Altersgruppe von 18 bis 25 Jahren. Zwischen 40 und 50% aller Personen dieser Altersgruppe haben heute Erfahrungen mit Cannabis; in den neuen Bundesländern liegt dieser Wert mit rund 35% noch etwa niedriger. Auch der Konsum in den letzten 12 Monaten hat zwischen 1990 und 2000 in Deutschland deutlich zugenommen. Mehr als 5% der 18-59-Jährigen gaben im Jahr 2000 an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Dieser Wert liegt für 18-29-Jährige bei rund 20% und hat sich für diese Altersgruppe zwischen 1997 und 2000 verdoppelt (Abbildungen 3 und 4).

⁴ Zur Definition der Begriffe „problematischer Konsum“, „Cannabisklient“, „Cannabiskonsument“ siehe Abschnitt 3.2, die Kürzel sind im Abkürzungsverzeichnis auf Seite IX zu finden.



Quelle: Kraus & Augustin 2001

Abbildung 3: Cannabiskonsum im Lebenszeitraum in Deutschland in verschiedenen Altersgruppen

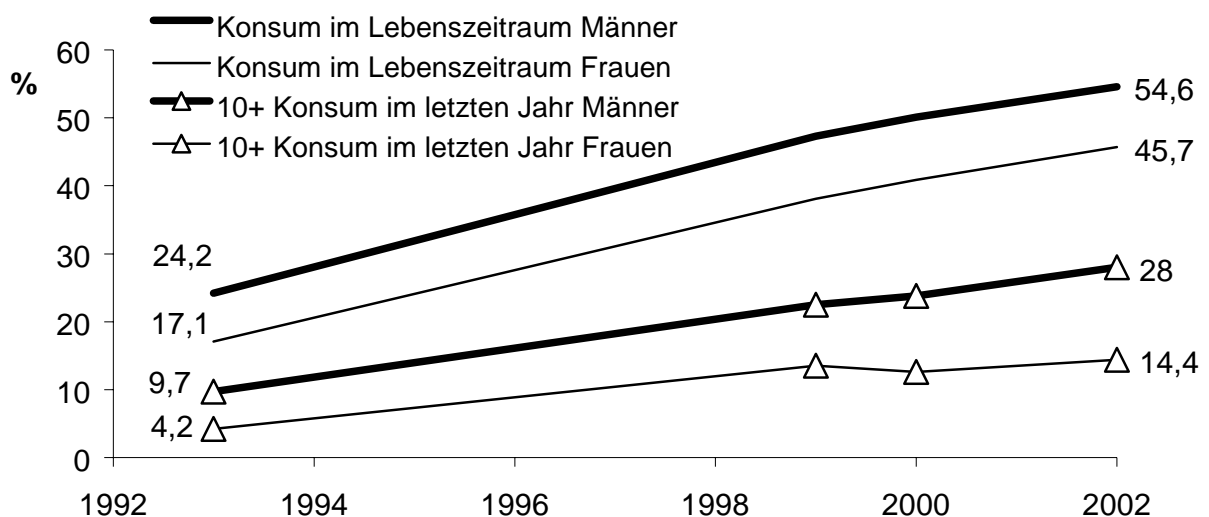


Quelle: Kraus & Augustin 2001

Abbildung 4: Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten in der Altersgruppe 18-29 in Deutschland

Bevölkerungsumfragen zum Konsum von Cannabis haben in den Niederlanden, Dänemark und Frankreich ähnliche Ergebnisse erbracht wie in Deutschland. Sowohl für den aktuellen Konsum wie für den Konsum im Lebenszeitraum finden sich die höchsten Prävalenzen in der Altersgruppe 18-25, also den Geburtskohorten 1976-1983. Etwa 40% dieser Personen haben Erfahrungen mit Cannabis, 15-20% haben die Droge innerhalb der letzten 12 Monate konsumiert. Perkonig et al. (2004) fanden in der EDSP-Studie in München 1998/99 bei 14-28-Jährigen Cannabiserfahrung bei 46,6% und eine Lifetimeprävalenz von Cannabisabhängigkeit von 2,3%.

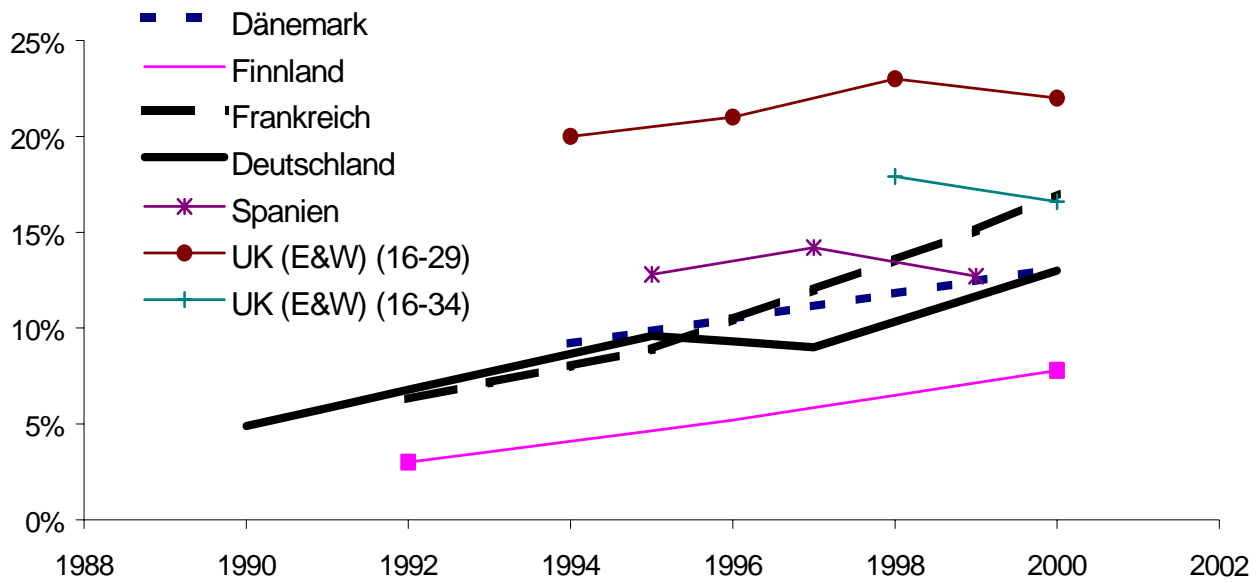
Beck & Legleye (2003) berichten in der derzeit aktuellsten Studie im europäischen Umfeld für das Erhebungsjahr 2002, dass 47% der befragten 17-19-jährigen Franzosen innerhalb der letzten 12 Monate Cannabis konsumiert haben. Der Vergleich der epidemiologischen Studien aus Frankreich für die Jahre 1993 bis 2002 zeigt einen deutlichen Anstieg nicht nur der Erfahrung mit Cannabis im Lebenszeitraum, sondern auch eine Zunahme der Prävalenz des mindestens 10-maligen Konsums im letzten Jahr. Die Zunahme findet sich bei männlichen wie bei weiblichen Probanden. Die Prävalenzen für die männlichen Konsumenten sind jedoch durchgängig deutlich höher (Abbildung 5).



Quelle: Beck & Legleye, 2003

Abbildung 5: Prävalenz des Konsums von Cannabis im Lebenszeitraum und des häufigen Konsums im letzten Jahr bei 17-jährigen in Frankreich

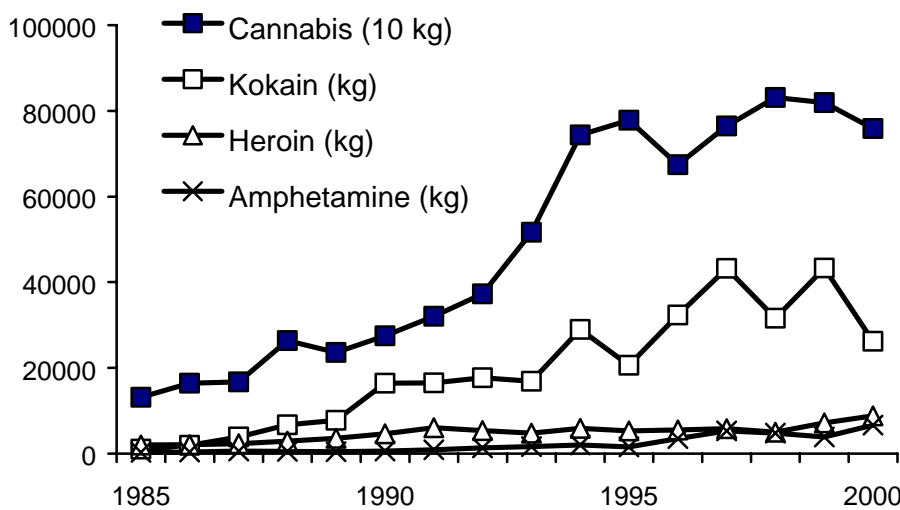
Die deutliche Zunahme des aktuellen Konsums von Cannabis vor allem in der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigt sich im Verlauf der neunziger Jahre in fast allen Ländern Westeuropas. Lediglich in Ländern, die bereits Mitte der 90er Jahre einen relativ weit verbreiteten aktuellen Konsum aufwiesen, finden sich zwischen 1995 und 2000 stabile bis leicht rückläufige Prävalenzen (England und Wales, Spanien). In allen anderen Staaten haben laut einer Übersicht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht die Prävalenzen zugenommen und schwanken mit Ausnahme von Finnland um einen Wert von rund 15% (Abbildung 6).



Quelle: EBDD 2002, Berichte der nationalen Knotenpunkte

Abbildung 6: Konsum von Cannabis in den letzten 12 Monaten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Europa

Die dargestellten Veränderungen in der Prävalenz des Cannabiskonsums laufen parallel zum Volumen des illegalen Marktes. Geht man von etwa stabilen Beschlagnahmungsquoten über die Jahre hinweg aus, so bildet die Beschlagnahmungsmenge von Cannabis einen Indikator für den Umfang des Angebots auf dem illegalen Markt. Die Angaben von Polizei und Zoll in den Ländern der Europäischen Union wurden hierfür als Basis genutzt. Nach einem starken Anstieg der Beschlagnahmungsmengen zwischen 1985 und 1994 sind die Zahlen seitdem etwa gleich hoch geblieben (Abbildung 7).



Quelle: EBDD 2002, Berichte der nationalen Knotenpunkte

Abbildung 7: Beschlagnahmungsmengen in Ländern der EU

Mit Ausnahme der skandinavischen Länder, in denen traditionell Amphetamine eine große Rolle spielen, stehen in allen berichtenden Ländern außer Italien mehr als 50% aller Drogendelikte in Verbindung mit Cannabis.

5.3 Erreichungsquote ambulanter Einrichtungen

Zum Vergleich zwischen Konsumentenzahlen und Klientenzahlen werden für die Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren die 12-Monatsprävalenzen für die Umfragen von 1990 bis 2000 herangezogen. Während in späteren Wiederholungsstudien die Altersgruppe im Suchtsurvey (BUND) bis zu 59 Jahren erhöht wurde und frühere Studien auch jüngere Altersjahrgänge mit eingeschlossen haben, stehen für die gewählte Altersauswahl in allen Erhebungen Daten zur Verfügung. Dies ist für den Vergleich der Zahlen über den genannten 10-Jahreszeitraum notwendig. Da zudem 65% der Cannabisklienten in 2001 zu dieser Altersgruppe gehören, erscheint die Gegenüberstellung der beiden Gruppen trotz leicht abweichender Altersstruktur gerechtfertigt. Auf die Einbeziehung von Konsumentenzahlen aus der Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2001) für die Altersstufen unter 18 wurde verzichtet, da die Altersgruppen teilweise überlappen, dort nicht immer Informationen zu Cannabis als Einzelsubstanz vorliegen und zudem methodische Unterschiede bei der Datenerhebung (Interview vs. schriftliche vs. telefonische Erhebung) den Vergleich der Zahlen über die Jahre innerhalb der Drogenaffinitätsstudie sowie zwischen dieser und der Suchtsurvey problematisch machen.

Auf der Basis der jeweiligen Bevölkerungszahlen des Statistischen Jahrbuchs (Statistisches Bundesamt 2004) wurde die Zahl der Cannabiskonsumenten in der entsprechenden Altersgruppe errechnet und mit der Zahl von Personen verglichen, die in dem jeweiligen Jahr eine ambulante Behandlung aufgenommen haben. Zum einen wurde das Verhältnis zwischen diesen beiden Werten berechnet, also die Zahl der Zugänge von Cannabisklienten pro 1000 aktueller Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung. Zum anderen wurde die Entwicklung dieser beiden Indikatoren ab dem Jahr 1992 verfolgt und gegenübergestellt, wobei das Jahr 1992 als Indexjahr zu 100% gesetzt wurde. Da für Westdeutschland keine Umfragedaten für 1992 vorliegen, wurden ersatzweise die Ergebnisse der Umfrage aus dem Jahr 1990 für die Analyse verwendet.

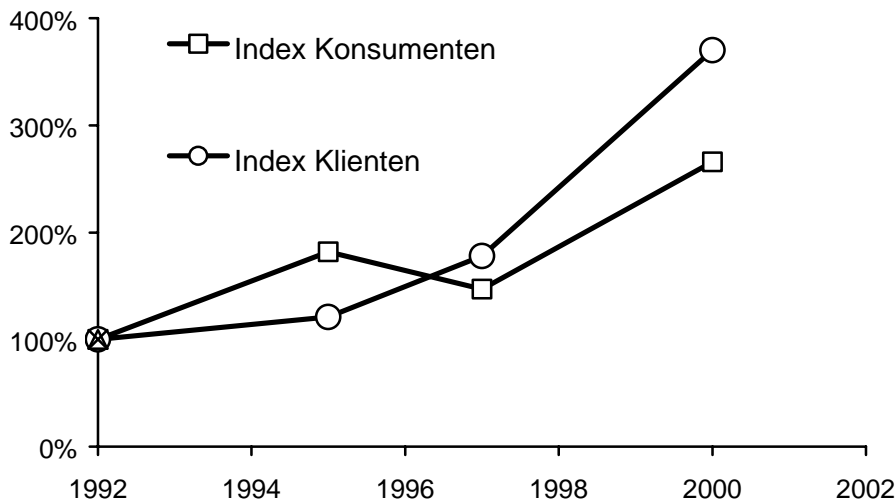
Die Zahl der Personen in der genannten Altersgruppe, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben, hat sich von 1992 mit 920.000 Fällen auf fast 2,5 Millionen Personen in 2000 erhöht. Im gleichen Zeitraum hat der Zugang primärer Cannabisklienten zu ambulanter Betreuung von 2.561 auf 9.478 zugenommen. Die Relation zwischen diesen beiden Größen hat sich dabei erhöht. Während 1992 2,8 Klienten pro 1000 Konsumenten betreut wurden, sind dies im Jahr 2000 3,9 pro 1000. Der Anstieg dieser Zahl ist dabei seit 1995 stetig zu verfolgen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Konsumenten und Klientenzahlen

	1992	1995	1997	2000
Zahl von Cannabiskonsumenten in den letzten 12 Monaten in der Bevölkerung (18-29 Jahre)	920.000	1.670.000	1.350.000	2.440.000
Zahl primärer Cannabisklienten	2.561	3.086	4.558	9.478
Relation Klienten/ 1000 Konsumenten	2,8	1,8	3,4	3,9

Quelle: DBDD Berichte (Spegel et al. 2003) EBIS Berichte 1994-2001 (Simon et al., Türk & Welsch); Deutsche Suchthilfestatistik (Welsch 2002); Strobl et al. 2003

Betrachtet man die Veränderungen der Konsumentenzahlen und der Klientenzahlen nach einer Indexierung auf das Jahr 1992, so findet man einen Anstieg der Klientenzahlen auf das 3,7-fache gegenüber einem Anstieg der Konsumentenzahlen auf das 2,7-fache. Die Veränderung über die Zeit lässt sich aufgrund der wenigen Datenpunkte – insbesondere liegen nur 4 Umfragen während dieses Zeitraums vor – statistisch nicht absichern (Abbildung 8).



Quelle: EBIS und DSHS Berichte 1994-2001 (Simon et al., Türk & Welsch; Welsch 2002); Strobl et al. 2003); Statistisches Bundesamt (www-genesis.destatis.de); Kraus & Bauernfeind 2001

Abbildung 8: Veränderung der Zahl von Cannabiskonsumenten und -klienten seit 1992

Die Zahl der Klienten hat damit stärker zugenommen als die Zahl der Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung. Dies kann einerseits auf eine verbesserte Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Betreuung zurückzuführen sein. Auf der anderen Seite wäre auch denkbar, dass sich durch geänderte Konsummuster oder den erhöhten Wirkstoffgehalt der Substanzen Konsumrisiken erhöht haben.

Da die durchschnittliche Vorlaufzeit zwischen Konsumbeginn und Therapieaufnahme bei etwa 6 Jahren liegt, wäre ein zeitlich versetzter Vergleich zwischen der Entwicklung der Konsumentenzahlen und der Klientenzahlen noch aussagekräftiger.

5.4 Entwicklung anderer Klientengruppen in ambulanter Betreuung

Sollte eine generell bessere Erreichbarkeit oder ein verbessertes Angebot der Einrichtungen wesentlich zur Erhöhung der Klientenzahlen beitragen haben, so müssten sich ähnliche Entwicklungen auch für andere Klientengruppen zeigen, soweit kein Ausbau speziell der Angebote für Cannabisklienten stattgefunden hat.

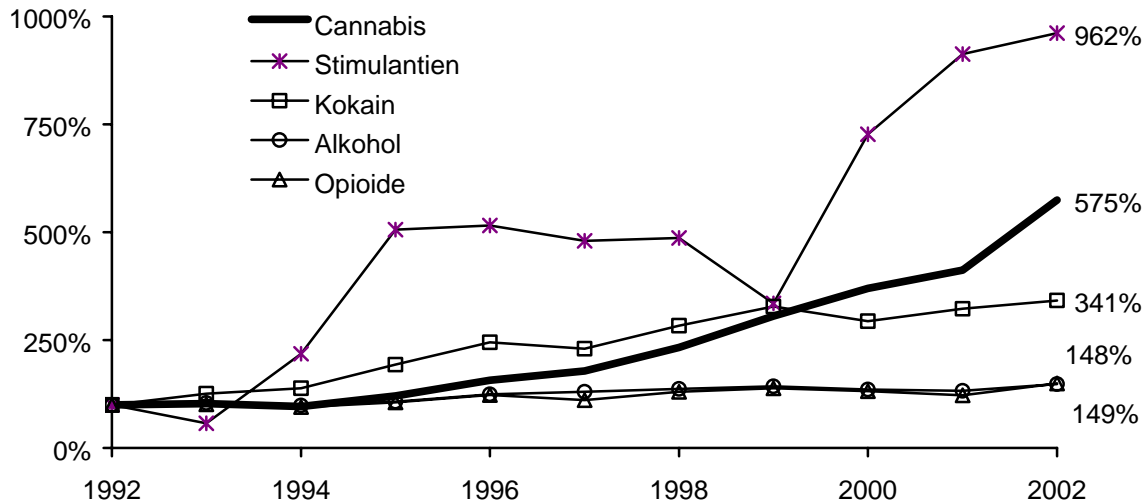
Der Anteil der Cannabisklienten hat sich in den letzten 3 Jahren kontinuierlich erhöht (1999: 5,1%; 2000: 6,3%; 2001:7,1; 2002: 8,6%), während die Anteile der Alkohol- bzw. Opiatklienten rückläufig bzw. stabil waren. Die übrigen Substanzen sind über die Jahre 1999 bis 2002 aufgeführt, um zu zeigen, dass die Zunahme der Fallzahlen in diesem Zeitraum durchaus nicht für alle Substanzen festzustellen ist. Die schwankende Zahl der berichtenden Einrichtungen in der Deutschen Suchthilfestatistik muss bei der Betrachtung der Absolutzahlen betreuter Klienten berücksichtigt werden (Tabelle 17).

Tabelle 17: Hauptdiagnosen bei Personen mit eigener Störung seit 1999 (DSHS)

Hauptdiagnose	1999		2000		2001		2002	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Alkohol	71,5	47.093	69,5	40.054	69,2	35.863	67,0	49.515
Opioide	14,8	9.742	14,4	8.278	13,6	7.038	14,4	10.637
Cannabinoide	5,1	3.343	6,3	3.632	7,1	3.700	8,6	6.368
Sedativa/ Hypnotika	0,9	621	0,9	526	0,9	462	0,8	626
Kokain	1,8	1.167	1,6	935	1,8	942	1,7	1.231
Stimulantien	0,8	530	1,8	1.029	2,3	1.185	2,1	1.541
Halluzinogene	0,3	192	0,2	124	0,2	114	0,1	87
Tabak	0,5	321	0,4	242	0,5	257	0,6	423
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	12	0,0	8	0,0	11	0,0	13
Andere psychotrope Substanzen	0,3	195	0,7	415	0,3	155	0,5	386
Klienten N		65.910		57.621		51.842		73.897
Einrichtungen N		446		401		368		454

Quelle: EBIS Berichte 1994-2001 (Simon et al., Türk& Welsch); Deutsche Suchthilfestatistik (Welsch & Sonntag 2003)

Die prozentuale Veränderung zeigt über einen Zeitraum von 10 Jahren eine Versechsfachung der Zahl von Zugängen in ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe, bei denen Cannabis Hauptdroge ist. Lediglich die Zahl von Klienten mit einem primären Problem mit Stimulantien hat noch stärker zugenommen. Diese machen im Jahr 2002 jedoch immer noch nur etwa ein Viertel der Fallzahlen der Cannabisklienten aus. Die beiden größten Klientengruppen – Personen mit Heroin bzw. Alkoholproblemen – zeigen im gleichen Zeitraum einen Zuwachs von nur etwa 50%. In den letzten Jahren zeigt sich tatsächlich eher eine Stabilisierung, im Falle der Opiate sogar ein Rückgang der Nennungen (Abbildung 9).



Quelle: EBIS Berichte 1994-2001 (Simon et al., Türk & Welsch); Deutsche Suchthilfestatistik (Welsch & Sonntag 2003)

Abbildung 9: Klientenzugänge in ambulante Betreuung nach Hauptdroge 1992-2002 (1992 = 100%)

Es handelt sich damit nicht um einen generellen massiven Anstieg von Klientenzahlen in Behandlung. Nach Stimulantien steht Cannabis an zweiter Stelle bei den Steigerungsraten ambulanter Klienten seit 1992. Die klassischen Problemstoffen Heroin und Alkohol, die die Arbeit der Einrichtungen in diesem Zeitraum auch inhaltlich stark dominiert haben, weisen mit einer Zunahme von knapp 50% im gleichen Zeitraum weitgehend stabile Verhältnisse auf. Die steigende Betreuungsnachfrage ist also offensichtlich spezifisch für Cannabis und nicht auf Änderungen der Rahmenbedingungen zurückzuführen.

5.5 Veränderungen der Zugangswege zu ambulanter Behandlung

Ein wichtiger Aspekt der Rahmenbedingungen, unter denen Betreuung stattfindet, sind die Zugangswege zur ambulanten Beratungsstelle. Das Gewicht der unterschiedlichen vermittelnden Stellen weist auf die Wirksamkeit externer Instanzen hin, die auf Motivation, aber auch auf Sanktionen beruhen kann. Veränderungen dieser Vermittlungstätigkeit können eine wesentliche Ursache für eine Änderung der Klientenzahlen darstellen. Für den Zeitraum 1998 bis 2002 stehen vergleichbare Angaben zur Vermittlung in ambulante Betreuung zur Verfügung, die zur Analyse genutzt wurden.

Wie Tabelle 18 zeigt, kommen mehr als 70% aller Klienten über drei Vermittlungswege in die Ambulanzen: 20% aus eigenem Antrieb, 25% durch Vermittlung von Freunden oder Verwandten und 27% durch Vermittlung durch Justiz oder Behörden.

Die Zahl der Klienten, die ohne Vermittlung in die Beratungsstelle kamen, hat von 1998 nach 2002 mit rund 60% unterdurchschnittlich zugenommen. Der Zugang über Justiz oder Polizei hat sich etwa verdoppelt. Der Anteil der Klienten, die über andere Beratungsdienste in die ambulante Einrichtung gekommen sind, hat sich innerhalb von 4 Jahren mehr als verfünffacht. Auch „sonstige Vermittlungswege“ haben stark zugenommen, sind jedoch insgesamt nur für knapp 5% der Klienten relevant gewesen.

Die Hypothese, dass die Zunahme der Klientenzahlen vor allem auf einen stärkeren Druck durch Justiz und Institutionen der sozialen Verwaltung zurückzuführen sei, wird durch diese Zahlen nicht bestätigt. Vielmehr nimmt die Zahl der Klienten über viele unterschiedliche Zugangswege in etwa dem gleichen Maße zu. Das spricht eher für eine stärkere Nachfrage auf der Konsumentenseite als für die spezifische Wirkung externer Motivation bzw. Repression. Die starke Zunahme bei der Vermittlung durch andere Beratungsdienste spricht dafür, dass die Erreichbarkeit ambulanter Betreuung für Cannabisklienten durch eine intensivere Kooperation mit solchen Diensten verbessert wurde. Politische Maßnahmen haben sich insbesondere mit einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Drogenhilfe beschäftigt (www.dialog-jugendhilfe-drogenhilfe.de), deren Wirkung sich hier möglicherweise entfaltet hat (Tabelle 18).

Tabelle 18: Entwicklung der Zugangswege zu ambulanter Betreuung (DSHS)

Vermittlungswege	2000 vs 1998 1998=100%	2001 vs 1998 1998=100%	2002 vs 1998 1998=100%	Anteile der Ver- mittlungen in 2002 in %
ohne Vermittlung	129	141	161	19,7
Angehörige / Freunde / Bekannte	141	153	178	24,8
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	118	151	175	5,8
Niedergelass. Arzt/Psychotherapeut	127	158	195	3,7
Krankenhaus	158	182	240	1,9
stationäre Suchteinrichtung	141	86	166	1,5
Suchtberatung	149	137	239	1,1
andere Beratungsdienste	296	412	514	9,7
Justizbehörde / Soziale Verwal- tung	105	114	196	27,4
Sonstige	161	207	275	4,4
Gesamt	159	177	247	

Quelle: EBIS Berichte 1994-2001 (Simon et al., Türk & Welsch); Deutsche Suchthilfestatistik ((Welsch & Sonntag 2003)

5.6 Zusammenfassung

Unter Nutzung der Daten der Deutschen Suchthilfestatistik wurden mögliche Erklärungen für die Zunahme der Behandlungszugänge primärer Cannabisklienten in ambulanter Betreuung nachgegangen. Insbesondere wurden drei mögliche Ursachen untersucht:

- 1) Zunehmenden Verbreitung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung
- 2) Verbesserung der Betreuungsangebote
- 3) Zunahme des justiziellen und administrativen Drucks auf Konsumenten

Zunahme der Klientenzahlen in Folge der Verbreitung des Konsums

Die Zahl der Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung ist seit 1990 in Deutschland wie in vielen europäischen Ländern deutlich gestiegen. Dies betrifft den Konsum im Lebenszeitraum und innerhalb der letzten 12 Monate. Folgt man der Argumentation von Edwards (1997), so steigt die Zahl problematischer Fälle parallel zum Konsum in einer Population, was – vermutlich mit einer gewissen Zeitverzögerung – zu einer Zunahme der Betreuungsnachfrage führt.

Die Zahl der Klienten, die wegen einer primären Cannabisproblematik eine ambulante Beratungsstelle aufsuchen, hat sich parallel dazu ebenfalls erheblich vergrößert. Ihr prozentualer Anstieg von 1992 nach 2000 liegt mit 370% über dem Anstieg der Konsumentenzahlen mit 266%. Die Relation zwischen der Zahl der Zugänge zu ambulanter Behandlung und den Konsumentenzahlen tendiert ebenfalls nach oben. Dies bedeutet einen im Vergleich zur Konsumentenzahl überproportionalen Anstieg der Zugänge.

Zunahme der Klientenzahlen durch verbesserte Betreuungsangebote

Die Zunahme der Klientenzahlen für primäre Cannabisfälle ist im Vergleich zu den meisten anderen Klientengruppen weit überdurchschnittlich. Lediglich Klienten mit einem primären Amphetaminproblem haben zahlenmäßig stärker zugenommen, bilden jedoch immer noch eine wesentlich kleinere Gruppe. Die Zunahme ist damit spezifisch für Cannabis und keine Folge eines allgemein verbesserten Betreuungsangebotes. Die finanzielle und personelle Ausstattung der Einrichtungen (vgl. Welsch & Sonntag, 2003) hat sich in diesem Zeitraum überdies nur geringfügig verbessert, Cannabisklienten waren insgesamt kein besonderer Schwerpunkt der Fachdiskussion und der Betreuung.

Zunahme der Klientenzahlen durch verstärkten Druck der Strafverfolgung

Die Hypothese, dass vor allem erhöhter juristischer oder administrativer Druck die zunehmenden Fallzahlen erklärt, wird von der Entwicklung der Zugänge über unterschiedliche Vermittlungswege nicht bestätigt. Zwar spielen gerichtliche Auflagen eine wichtige Rolle, doch der Zuwachs der so vermittelten Klienten liegt noch unter der durchschnittlichen Zunahme der Fallzahlen. Die deutlichste Veränderung – ein starker Zuwachs der Vermittlungen aus anderen Beratungseinrichtungen – spricht dafür, dass ein verbesserter Zugang zu spezifischen Diensten im Rahmen einer zunehmenden Arbeitsteilung eine wichtige Rolle spielt.

6 Wie unterscheiden sich betreute Cannabisklienten von den Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung ?

6.1 Einführung

Das folgende Kapitel untersucht, ob es spezifische Merkmale gibt, in denen sich die ambulant betreuten Cannabisklienten⁵ von den Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung unterscheiden. Die Unterschiede können als Hinweise auf riskante Konsummuster oder Konsumentenmerkmale interpretiert werden. Zudem können sie genutzt werden, um Ansätze für präventive oder therapeutische Interventionen zu entwickeln.

Neben demographischen Faktoren wie Alter zu Konsumbeginn und Betreuungsbeginn und Geschlecht wird eine Reihe von Aspekten des Umgangs mit Drogen betrachtet. Die Konsumbereitschaft für verschiedene Substanzen, die Zugänglichkeit von Drogen und die Konsumerfahrung mit anderen Substanzen wird bei den Cannabiskonsumenten und den Cannabisklienten einander gegenüber gestellt.

Die Situation der Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung wird auf der Basis des aktuellen bundesweiten Suchtsurveys (BUND) zum Konsum psychotroper Substanzen in Deutschland beschrieben (Kraus & Augustin, 2001). Es wurde die Teilgruppe aus der Stichprobe extrahiert, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal Cannabis konsumiert hat. Zur Beschreibung der Klienten werden Daten der Fragebogenstichprobe (FbS) genutzt, in der teilweise die gleichen Fragen erhoben wurden wie im Suchtsurvey.

6.2 Demographische Merkmale

6.2.1 Geschlecht und Alter

Die beiden Stichproben werden in den Tabellen 19 und 20 in Bezug auf Geschlecht und Alter bei Betreuungsbeginn verglichen.

Der Anteil von Männern unter den Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung liegt mit 64,5% deutlich unter dem Männeranteil in der behandelten Gruppe der Fragebogenstichprobe (FbS) von 86,8%. Der Unterschied ist signifikant ($\chi^2=35,5$; $df=1$; $p=0,00$) (Tabelle 19).

Tabelle 19 : Geschlechtsverteilung in der Fragebogenstichprobe (FbS) und in der Bevölkerung (BUND)

Geschlecht	FbS		BUND	
	N	%	N	%
Männlich	190	86,8	313	64,5
Weiblich	29	13,2	172	35,5
Gesamt	223	100	486	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

⁵ Zur Definition der Begriffe „problematischer Konsum“, „Cannabisklient“, „Cannabiskonsument“ siehe Abschnitt 3.2, die Kürzel sind im Abkürzungsverzeichnis auf Seite X zu finden.

Da in der Bevölkerungsumfrage nur Erwachsene zwischen 18 und 59 befragt wurden, ergeben sich designbedingte Lücken in den Vergleichszahlen. Da jedoch – außer der Einschränkung des Altersbereichs der Repräsentativerhebung auf die Gruppe von 18-59 – keine Zensurierung der Altersgruppen vorliegt, ist der Vergleich inhaltlich zu interpretieren.

Die Altersgruppen unterscheiden sich jedoch auch bei dem Vergleich der Altersgruppen 18-59 signifikant ($\chi^2=30,0$; $df=6$; $p=0,00$). Die Cannabisklienten sind verstärkt unter den jungen Konsumenten zu finden (Tabelle 20).

Tabelle 20 : Altersverteilung in der Fragebogenstichprobe (FbS; Betreuungsbeginn) und in der Bevölkerung (BUND)

Alter	FbS		BUND	
	N	%	N	%
bis 14	0	0,0	--	--
15-17	15	7,0	--	--
18-19	32	14,9	68	14,0
20-24	89	41,4	157	32,4
25-29	33	15,3	111	22,9
30-34	19	8,8	68	14,1
35-39	15	7,0	50	10,2
40-44	8	3,7	15	3,1
45-49	3	1,4	10	2,1
50-54	0	0,0	6	1,2
55-59	1	0,5	0	0
60-64	0	0	0	0
64 und älter	0	0	0	0
Gesamt	223	100	486	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

6.2.2 Alter beim Beginn des Cannabiskonsums

Deutschland

Abbildung 10 zeigt, dass bei den betreuten Cannabisklienten der Konsum von Cannabis in den meisten Fällen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren begonnen hat. Die Unterschiede zwischen Haschisch und Marihuana bei der Altersverteilung sind nur geringfügig.

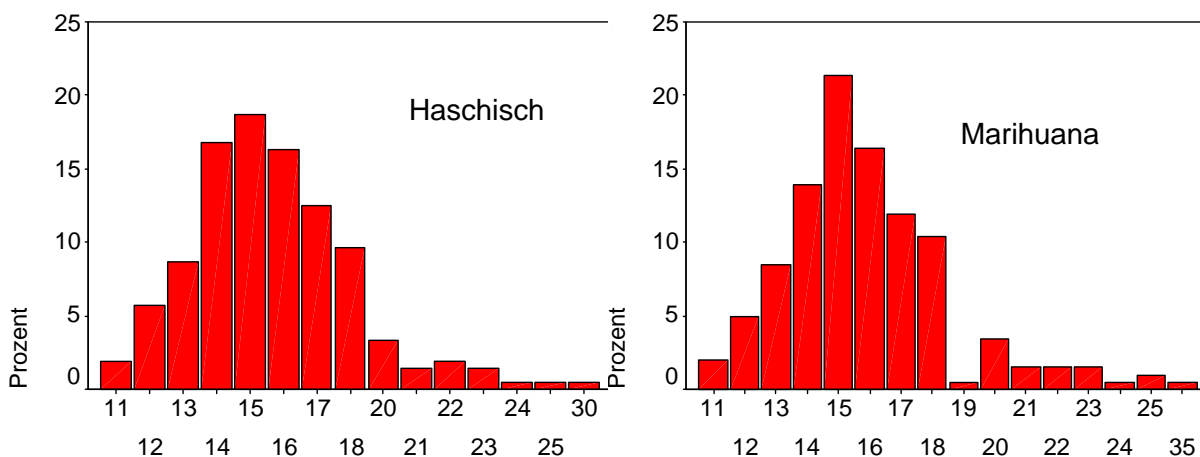


Abbildung 10: Alter beim Beginn des Cannabiskonsums bei Cannabisklienten (FbS)

Europa

Der Konsumbeginn für Cannabisklienten liegt in ganz Europa ähnlich früh. Die Angaben für die Gesamtheit der Cannabisklienten für Deutschland, stimmen mit der Verteilung in der Fragebogenstudie (FbS) recht gut überein. Zwischen 25 und 40% haben den Konsum von Cannabis vor dem 15. Lebensjahr begonnen, 40-60% im Alter zwischen 15 und 19 Jahren. Belgien und Griechenland zeigen hiervon leichte Abweichungen, die in Anbetracht der sehr geringen Fallzahlen nicht überbewertet werden sollten, da Zufallsschwankungen nicht auszuschließen sind (Tabelle 21).

Tabelle 21: Alter bei Konsumbeginn bei betreuten Cannabisklienten in Europa

Land	<15 %	-19 %	-24 %	-29 %	-34 %	-39 %	-44 %	-49 %	-54 %	-59 %	-64 %	>=65 %	N
Belgien	53	40	4	2	1								159
Dänemark		46	48	3	2	1	<1						348
Deutschland (DSHS)	35	56	6	2	1	<1	<1						8,223
England	41	48	7	2	1	1	<1	<1	<1				1,349
Finnland	37	56	6	1	<1		<1						432
Griechenland	73	27											65
Irland	35	55	7	2	<1	<1	<1						464
Spanien	25	58	13	2	1	<1	<1	<1					2,073

Quelle: EBDD Bericht, auf valid cases umgerechnet; Strobl et al. (2002)

Stellt man den Konsumbeginn für Cannabis in Zusammenhang mit dem Konsum anderer psychotroper Substanzen, so zeigt sich im Gruppenmittelwert eine deutliche Reihenfolge der Substanzen. Der früheste Konsumbeginn liegt für Alkohol vor, der im Alter von durchschnittlich etwa 13 Jahren das erste Mal konsumiert wird. Etwa gleichzeitig beginnt der Konsum von Tabak. Mit knapp 16 Jahren folgt Haschisch und Marihuana. Damit ist der Konsumbeginn für diese Substanzen in der Klientel nicht auffällig früh. In der Diskussion um Risikofaktoren für problematische Konsummuster wird eher ein Konsumbeginn vor dem 15. Lebensjahr genannt (Duwe, Schumann, Kufner 2001). Der Konsum von Amphetaminen, Ecstasy, Pilzen und Kokain beginnt im Mittel zwischen 17 und etwa 19 Jahren. Der Konsum von

Opiaten und Crack beginnt nach dem zwanzigsten Lebensjahr. Bei der Betrachtung dieser Zahlen muss beachtet werden, dass es sich um Gruppenmittelwerte handelt und dass vor allem Crack und Opiate nur von einem kleinen Teil der Gruppe von Cannabisklienten überhaupt je gebraucht wurde. Der Altersdurchschnitt bezieht sich auf diese Teilgruppe.

Konsumbeginn bei Cannabisklienten und in der Bevölkerung

Der Konsumbeginn liegt für alle Substanzen bei den Cannabisklienten in der Fragebogenstichprobe (FbS) früher als in der Gruppe der Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung. Mit fast 3 Jahren Abstand ist dieser Unterschied besonders deutlich bei Cannabis und bei Ecstasy. Signifikanz erreicht die Differenz für Cannabis, Tabak, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Kokain und halluzinogene Pilze. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss jedoch die signifikant unterschiedliche Altersstruktur der beiden Personengruppen beachtet werden (vgl. Tabelle 2). Der größere Anteil älterer Personen in der Bevölkerungsstichprobe erhöht die Auftrittswahrscheinlichkeit eines späteren Konsumbeginns im Vergleich zu den Cannabisklienten, die zu mehr als 60% jünger als 20 Jahre sind. Daneben sind auch unterschiedliche Vergessenseffekte der verschiedenen Altersgruppen zu berücksichtigen. Beides erklärt zumindest einen Teil der Altersunterschiede, die hier dargestellt werden (Tabelle 22).

Tabelle 22: Alter bei Konsumbeginn für verschiedene Substanzen (FbS, BUND)

Substanz	FbS				BUND				t	df	p
	N	M	SD	Rang	N	M	SD	Rang			
Haschisch	208	15,8	2,73	2	486	18,7	4,74	4	-10,12	692	0,00
Marihuana	201	15,9	2,93	--	--	--	--	--	--	--	--
Alkohol	204	13,4	2,02	--	--	--	--	--	--	--	--
Tabak, Zigaretten	201	13,4	2,38	1	406	15,6	2,81	1	-10,08	605	0,00
Amphetamine	112	17,8	3,68	4	85	20,2	3,89	7	-4,39	195	0,00
Ecstasy	133	18,0	3,45	5	72	21,4	4,82	10	-5,30	203	0,00
LSD	107	18,4	3,50	7	73	20,0	5,15	6	-2,31	178	0,02
Heroin	52	20,0	3,79	10	16	19,0	3,58	5	0,96	66	0,34
Andere Opiate	34	19,8	2,95	9	25	20,8	5,12	8	-0,88	57	0,38
Methadon	9	23,3	4,72	12	5	21,8	3,89	11	0,64	12	0,53
Kokain	128	19,2	3,67	8	99	22,5	5,03	12	-5,49	225	0,00
Crack	15	22,9	7,24	11	2	17,6	0,65	3	2,75	15	0,01
Schnüffelstoffe	32	16,8	3,85	3	21	17,3	5,57	2	-0,36	51	0,72
Pilze	131	18,3	3,79	6	95	21,0	5,3	9	-4,24	224	0,00

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
Die Mittelwerte sind nicht exakt vergleichbar, da sie sich Personengruppen mit unterschiedlichen Altersverteilungen beziehen

6.3 Konsumbereitschaft für psychoaktive Substanzen

Um eine Einschätzung der Affinität zu verschiedenen Substanzen zu bekommen, wurden die Klienten der Fragebogenstudie (FbS) gefragt, welche Substanzen sie zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns genommen hätten, wenn ihnen diese angeboten worden wären.

Drei Viertel der befragten Klienten hätten Haschisch oder Marihuana sicher, 12-13% vielleicht, weitere 13% nicht konsumiert. Die letzte Gruppe findet sich in etwa gleichem Umfang in der Fragebogenstichprobe (FbS) wie in der Bevölkerungsstichprobe. Dies weist darauf hin, dass ein Teil der Betreuten trotz des Selektionskriteriums einer primären Cannabisproblematik nur experimentelle oder sporadische Nutzer von Cannabis ist oder aber den Konsum inzwischen eingestellt hat. In Bezug auf andere Substanzen ergibt sich folgendes Bild: 37,4% hätten Ecstasy und Kokain, ein Drittel Amphetamine, 40,9% Pilze und 23,7% LSD konsumiert. Heroin spielt in dieser Gruppe eine untergeordnete Rolle. Für alle Drogen ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Klienten der ambulanten Beratungsstellen (FbS) und den Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung. Der Anteil der konsumbereiten Personen ist bei den Klienten teilweise zehnmal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.

Es zeigt sich eine relativ große Affinität zu den Drogen der Jugendszene – insbesondere zu Amphetaminen und Ecstasy. Gegenüber den Drogen der klassischen Heroinszene ist man ablehnend. Die Bereitschaft zum Probierkonsum von Kokain findet sich bei fast 40%. Eine besondere Rolle spielen auch die psilocybinhaltigen Pilze, deren Konsum sich nahezu zwei Drittel der Cannabisklienten vorstellen können (Tabelle 23).

**Tabelle 23: Konsumbereitschaft gegenüber verschiedenen Substanzen
in Klientel und in der Bevölkerung (FbS, BUND)**

Angebotene Substanz	Bezug	N	Konsumbereitschaft			χ^2	df	p
			Ja %	Vielleicht %	Nein %			
Haschisch	FbS	214	74,3	12,6	13,1	59,5	2	0,00
	BUND	480	46,2	41,6	12,2			
Marihuana	FbS	216	75,0	11,6	13,4	--	--	--
	BUND	--	--	--	--			
Amphetamine	FbS	209	32,1	17,7	50,2	109,8	2	0,00
	BUND	474	4,7	11,5	83,8			
Ecstasy	FbS	206	37,4	14,1	48,5	148,7	2	0,00
	BUND	477	3,6	10,1	86,2			
LSD	FbS	207	23,7	19,3	57,0	207,8	2	0,00
	BUND	477	3,2	7,4	89,4			
Heroin	FbS	200	6,5	7,0	86,5	35,0	2	0,00
	BUND	476	1,8	0,6	97,7			
Andere Opiate	FbS	202	8,9	14,4	76,7	38,7	2	0,00
	BUND	476	1,9	4,8	93,3			
Methadon	FbS	197	1,5	7,1	91,4	18,8	2	0,00
	BUND	477	1,3	1,0	97,7			
Kokain	FbS	206	38,3	14,1	47,6	111,9	2	0,00
	BUND	477	6,6	12,3	81,1			
Crack	FbS	199	4,5	6,5	88,9	22,3	2	0,00
	BUND	476	0,7	1,8	97,5			
Schnüffelstoffe	FbS	199	3,5	6,0	90,5	--	--	--
	BUND	--	--	--	--			
Pilze	FbS	208	40,9	21,6	37,5	125,8	2	0,00
	BUND	478	7,1	19,3	73,6			

Missing values: Nvalids angegeben; Prozente=Valid-Prozente

Betrachtet man den Anteil von Personen, die grundsätzlich zum Konsum einer bestimmten Droge bereit sind, so zeigen die Prozentwerte für die verschiedenen Substanzen ein recht deutliches Profil für die Klienten der Fragebogenstichprobe (FbS) wie für die Cannabiskonsumumenten in der Bevölkerung (BUND). Während die Konsumbereitschaft der Klienten bei über 80% liegt, liegt ihre Bereitschaft zum Gebrauch von halluzinogenen Drogen (Pilze mit Rauschwirkung, LSD) oder aktivierenden Drogen (Kokain, Ecstasy, Amphetamine) im mittleren Bereich. Die Attraktivität von Opiaten und Crack ist für diese Gruppe vergleichsweise niedrig. Die Reihenfolge und die beiden Gruppen von Substanzen bilden sich auch bei der Drogenaffinität in der Bevölkerungsstichprobe ab. Dort ist jedoch die Bereitschaft zum Konsum vor allem von Drogen außer Cannabis wesentlich geringer ausgeprägt. Dass die Konsumbereitschaft auch für Cannabis unter 100% liegt, macht deutlich, dass Konsumerfahrung nicht automatisch Konsumbereitschaft oder einen Konsumwunsch zum Zeitpunkt der Befragung impliziert (Abbildung 11).

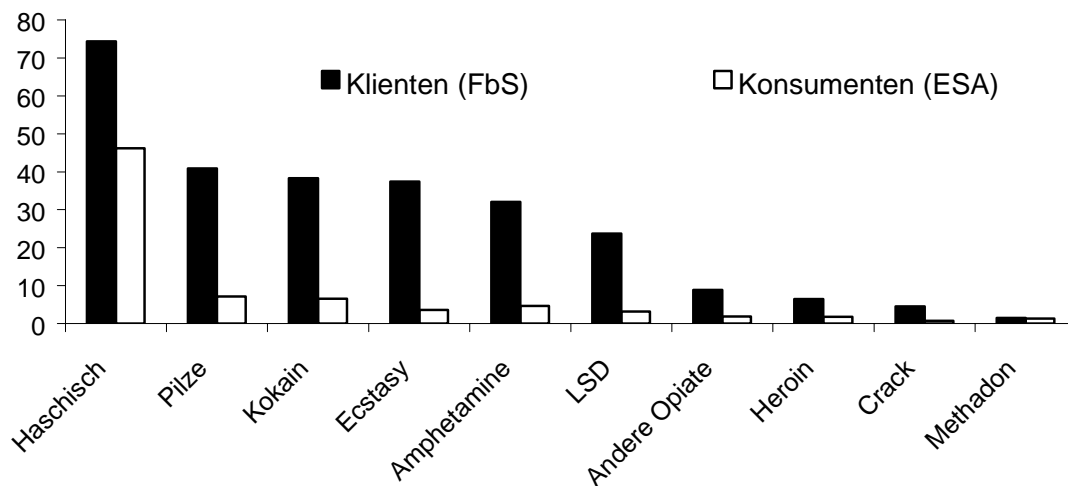


Abbildung 11: Anteil von Personen mit hoher Konsumbereitschaft für verschiedene Drogen bei FbS und in der Bevölkerung (BUND)

6.4 Zugang zu Drogen

Neben der Motivation zum Konsum von Cannabis ist der Zugang eine Voraussetzung für den Gebrauch. Eine leichtere Verfügbarkeit psychotroper Substanzen erhöht ihre Verbreitung und die Konsumintensität (Edwards 1997). An dieser Stelle wurde die Einschätzung der Probanden erfragt, wie leicht die Substanz für sie innerhalb von 24 Stunden zu erlangen sei. 71,8% der Klienten in der Fragebogenstichprobe (FbS) geben an, innerhalb von 24 Stunden „sehr leicht“ und 22,2% „leicht“ Haschisch bekommen zu können. Auf der anderen Seite sehen rund 5% dies als „schwer“, „sehr schwer“ oder unmöglich an. Marihuana ist im Vergleich zu Haschisch etwas schwieriger zu bekommen. Knapp 10% sind der Meinung, sie hätten damit Schwierigkeiten bzw. es sei ihnen unmöglich. Psychogene Pilze sind für die Mehrheit der Cannabisklienten sehr oder ziemlich leicht zugänglich. Mehr als 30% geben an, zu Amphetaminen und Ecstasy leichten Zugang zu haben. Kokain ist für diese Gruppe ebenso leicht zu besorgen, die anderen Substanzen scheinen schwieriger zugänglich zu sein (Tabelle 24).

Für die Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung ist der Zugang zu allen genannten Substanzen deutlich schwerer. Bereits der Zugang zu Cannabis ist für sie signifikant schwieriger. Das bezieht sich aber vor allem auf die Differenzierung zwischen „sehr leichtem“ und „ziemlich leichtem“ Zugang. Die deutlichsten Unterschiede in den Zugriffsmöglichkeiten zeigen sich bei den Substanzen, für die bei den Cannabisklienten in Betreuung eine hohe Konsumbereitschaft besteht. So liegt in der Bevölkerungsstichprobe der Anteil der Personen, die keinen Zugang zu Amphetaminen haben, etwa drei Mal so hoch wie bei den Cannabisklienten. Der Zugang zu Opiaten ist für beide Gruppen vergleichsweise schwieriger. Mehr als die Hälfte aller Personen in beiden Gruppen können diese Substanzen in dem genannten Zeitraum nur sehr schwer oder gar nicht bekommen (Tabelle 24).

Tabelle 24: Zugriffsmöglichkeit auf Rauschmittel innerhalb von 24 Stunden für Klienten (FbS) und Konsumenten in der Bevölkerung (BUND)

Substanz	Bezug	N	Zugang zu Rauschmittel					χ^2	df	p
			sehr leicht %	ziemlich leicht %	ziemlich schwer %	sehr schwer %	nicht möglich %			
Haschisch	FbS	216	71,8	22,2	3,2	1,9	0,0	37,1	4	0,00
	BUND ¹⁾	480	47,5	38,2	9,2	2,3	2,9			
Marihuana	FbS	215	64,7	26,0	5,6	2,8	0,9	--	--	--
	BUND	--	--	--	--	--	--			
Amphetamine	FbS	208	32,2	27,9	18,8	11,5	9,6	82,6	4	0,00
	BUND	475	9,8	19,3	18,7	20,8	31,5			
Ecstasy	FbS	206	31,1	34,0	15,0	11,7	8,3	74,1	4	0,00
	BUND	473	11,7	20,3	21,3	19,5	27,2			
LSD	FbS	205	17,6	17,6	25,4	25,9	13,7	38,7	4	0,00
	BUND	475	8,7	12,4	20,4	22,7	35,7			
Heroin	FbS	199	18,1	16,6	13,6	20,1	31,7	46,0	4	0,00
	BUND	473	5,2	8,6	12,9	23,9	49,4			
Andere Opiate	FbS	202	8,9	10,9	19,3	24,3	36,6	19,7	4	0,00
	BUND	475	3,0	8,9	13,9	23,8	50,4			
Methadon	FbS	195	6,7	7,2	16,4	23,1	46,7	9,6	4	0,05
	BUND	473	4,1	6,0	9,8	25,6	54,5			
Kokain	FbS	211	25,1	29,9	19,0	11,4	14,7	79,5	4	0,00
	BUND	475	7,8	16,0	18,0	20,0	38,2			
Crack	FbS	199	9,0	12,1	14,1	20,6	44,2	20,0	4	0,00
	BUND	474	2,8	6,7	13,1	25,5	52,0			
Schnüffelstoffe	FbS	202	56,4	17,3	3,5	5,0	17,8	--	--	--
	BUND	--	--	--	--	--	--			
Pilze	FbS	209	31,1	26,8	23,0	7,7	11,5	--	--	--
	BUND	--	--	--	--	--	--			

Missing values: Nvalids angegeben; Prozente=Valid-Prozente, 1) In BUND wurde bei dieser Frage nicht zwischen Haschisch und Marihuana unterschieden. Hier wurde die Mischvariable mit Haschisch als der häufiger zu findenden Substanz verglichen.

Der direkte Vergleich der betrachteten Gruppen macht deutlich, dass der Zugang zu Cannabis für die Cannabisklienten der Fragebogenstichprobe (FbS) ausgesprochen einfach ist. Haschisch scheint dabei noch etwas leichter verfügbar zu sein als Marihuana. Die Vergleichswerte für die Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung (in der Erhebung wurde bei diesen keine Unterscheidung zwischen Haschisch und Marihuana gemacht) liegen in ähnlichen Größenordnungen. Weniger als 20% der Personen findet den Zugang schwierig. Damit muss festgestellt werden, dass das Verbot von Cannabis dessen Verfügbarkeit zumindest für die hier betrachteten Personengruppen nicht ernsthaft einschränkt (Abbildung 12).

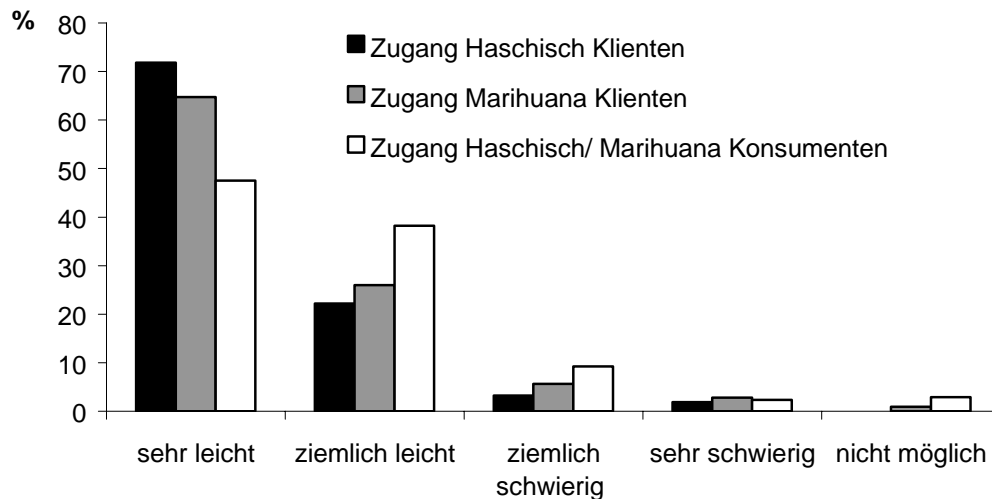


Abbildung 12: Zugang zu Cannabis für verschiedene Personengruppen

6.5 Konsumerfahrung mit verschiedenen psychotropen Substanzen

Erwartungsgemäß haben alle Probanden in ihrem Leben schon einmal Haschisch oder Marihuana, Alkohol und/oder Tabak konsumiert. Für diese Prävalenzen nahe 100% wurde auf einen Vergleich zwischen Cannabisklienten der Fragebogenstichprobe (FbS) und Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung (BUND) verzichtet. Bei den Einzelfällen, in denen in der betrachteten Gruppe kein Konsum von Cannabis angegeben wurde, kann es sich entweder um Leugnung bzw. falsche Antworten durch die Befragten handeln oder aber um Fälle, in denen durch Vermittlung von Eltern oder Gericht Probanden in Beratung kamen, bei denen man fälschlicherweise von einem Cannabiskonsum ausging.

Über 60% der Cannabisklienten haben mindestens einmal in ihrem Leben Ecstasy, Kokain oder Pilze konsumiert, etwa die Hälfte hat schon einmal Aufputschmittel bzw. LSD probiert, jeder Vierte Heroin. Andere Opiate, Methadon oder Crack werden vergleichsweise wenig genannt. Der Vergleich zwischen Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung und Cannabisklienten zeigt eine erheblich höhere Erfahrung mit Drogen außer Cannabis bei den Klienten. Das Odds Ratio liegt für die meisten Substanzen zwischen 4 und 7, für Crack erreicht es – allerdings auf der Basis sehr kleiner Fallzahlen – den Faktor 15,7 (Tabelle 25).

Tabelle 25: Lebenszeitprävalenz verschiedener Substanzen bei Cannabisklienten (FbS) und in der Bevölkerung (BUND)

Substanz	FbS %	BUND %	Odds Ratio
Haschisch	98,6	99,7	-- --
Marihuana	96,7	--	-- --
Alkohol	98,6	99,6	-- --
Tabak, Zigaretten	98,1	--	-- --
Amphetamine	54,8	17,6	5,7¹⁾ (4,0-8,1)
Ecstasy	66,0	15,3	10,6¹⁾ (7,3-15,5)
LSD	50,5	15,0	5,8¹⁾ (4,0-8,3)
Heroin	26,6	3,2	10,6¹⁾ (5,9-19,1)
Andere Opiate	18,4	5,3	4,0¹⁾ (2,3-6,7)
Methadon	5,3	1,3	4,5¹⁾ (1,6-12,3)
Kokain	62,6	20,2	6,6¹⁾ (4,6-9,4)
Crack	8,9	0,7	15,7¹⁾ (4,6-53,9)
Schnüffelstoffe	16,5	4,9	3,8¹⁾ (2,2-6,6)
Pilze	65,7	20,3	2,0¹⁾ (1,4-2,9)
Gesamt	223	486	

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

1) Signifikant auf dem 5% Niveau (χ^2 -Test, df=1)

6.6 Aktueller Konsum psychotroper Substanzen

Innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung haben jeweils mehr als 90% der Klienten der Fragebogenstichprobe Haschisch bzw. Marihuana konsumiert. Die Prävalenz des Gebrauchs von Alkohol und Tabakwaren liegt in der gleichen Größenordnung. Da im Suchtsurvey die Konsumangaben zu den letzten 12 Monaten als Auswahlkriterium für die hier verwendete Vergleichsgruppe genutzt wurde, liegt die Prävalenz des Cannabiskonsums bei 100%. Die Angaben zu Alkohol und Tabakwaren in der nationalen Umfrage sind, da sie Konsumverhalten wesentlich detaillierter erfragen, nicht direkt vergleichbar.

Auch beim Konsum in den letzten 12 Monaten in diesem Merkmal zeigt spielen neben Cannabis insbesondere Amphetamine, Ecstasy, Kokain und Pilze eine wichtige Rolle. Etwa die Hälfte der Cannabisklienten hat diese Stoffe im letzten Jahr jeweils mindestens einmal benutzt. Andere illegale Drogen sind vergleichsweise deutlich seltener. Für alle Substanzen zeigen die Odds Ratios den signifikant höheren Anteil von Konsumenten in den letzten 12 Monaten in der behandelten Gruppe im Vergleich zur Bevölkerung an (Tabelle 26).

Tabelle 26: Prävalenz des Gebrauchs verschiedener Substanzen in den letzten 12 Monaten (FbS, BUND)

Substanz	FbS %	BUND %	Odds Ratio
Haschisch	91,0	100,0%	-- --
Marihuana	90,1	--	-- --
Alkohol	92,5	--	-- --
Tabak, Zigaretten	96,7	--	-- --
Amphetamine	46,2	9,0	8,7¹⁾ (5,7-13,2)
Ecstasy	54,1	9,8	10,9¹⁾ (7,2-16,4)
LSD	36,3	2,1	26,0¹⁾ (13,0-51,7)
Heroin	16,4	1,7	11,2¹⁾ (5,1-24,8)
Andere Opiate	12,5	1,5	9,4¹⁾ (4,0-22,1)
Methadon	3,6	1,1	3,4¹⁾ (1,1-11,0)
Kokain	50,2	9,8	9,3¹⁾ (6,2-14,0)
Crack	5,1	0,4	12,4¹⁾ (2,7-57,3)
Schnüffelstoffe	13,6	1,5	10,4¹⁾ (4,5-24,4)
Pilze	50,5	7,9	11,8¹⁾ (7,7-18,2)
Gesamt	223	486	

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

1) Signifikant auf dem 5% Niveau

6.7 Konsumhäufigkeit in den letzten 12 Monaten

In Tabelle 27 sind Konsumhäufigkeiten für verschiedene Substanzen sowohl für betreute Cannabisklienten in der Fragebogenstichprobe (FbS) als auch für Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung (BUND) dargestellt.

42% der Personen in Betreuung haben in den 12 Monaten vor Behandlungsbeginn mehr als 200mal Haschisch oder Marihuana konsumiert. Im gleichen Zeitraum haben 9% diese Substanzen gar nicht und etwa 5% weniger als 10mal konsumiert, d.h. umgerechnet weniger als einmal pro Monat.

Beachtenswert ist auch der Konsum anderer Substanzen. Tabak wird von fast allen Probanden konsumiert. Mit 78% wird diese Substanz von sehr viel mehr Personen über 200mal gebraucht als Cannabis. Ebenfalls sehr weit verbreitet ist Alkoholkonsum, der von 15% der Befragten über 200mal in 12 Monaten konsumiert wurde. Mehr als ein Viertel der Klienten haben Aufputzmittel oder Ecstasy mindestens 10mal benutzt. Kokain wurde etwas seltener verwendet (Tabelle 27).

Tabelle 27: Konsumhäufigkeit verschiedener Substanzen in den letzten 12 Monaten unter Konsumenten und Bevölkerung (FbS, BUND)

Substanz	Bezug	N	Konsumhäufigkeit in den letzten 12 Monaten									χ^2	df	p																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
			0	1	2-5	6-9	10-19	20-59	60-99	100-199	200-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
			%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Cannabis	FbS	211	9,0	0,9	2,8	1,4	5,7	7,1	15,6	17,5	39,8	190,6	7	0,00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	484	0,2	16,5	30,5	8,1	11,9	12,8	4,9	5,6	9,7				Alkohol	FbS	213	7,5	3,8	6,6	6,6	11,7	19,2	18,8	10,8	15,0	--	--	--	BUND	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	Tabak	FbS	213	--	--	0,9	1,9	1,9	2,8	3,3	7,5	78,4	--	--	--	BUND	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	Amphetamine	FbS	208	53,8	2,4	4,3	7,2	5,3	6,7	10,1	6,7	3,4	156,1	6	0,00	BUND	467	91,2	1,7	3,2	1,5	0,6	1,3	--	0,2	0,2	Ecstasy	FbS	205	45,9	5,9	8,3	8,3	8,3	10,2	7,3	2,9	2,9	176,4	6	0,00	BUND	470	90,2	3,2	2,3	1,3	0,6	1,9	--	--	0,4	LSD	FbS	204	63,7	8,8	11,3	4,4	5,4	2,5	1,5	1,0	1,5	--	--	--	BUND	467	97,6	0,6	0,9	0,2	--	0,4	--	--	0,2	Heroin	FbS	201	83,6	4,0	4,0	0,5	1,5	1,0	1,0	-	4,5	--	--	--	BUND	467	98,1	0,6	--	--	0,2	--	0,2	--	0,9	Andere Opiate	FbS	200	87,5	3,0	3,5	2,5	1,0	-	0,5	1,0	1,0	--	--	--	BUND	466	98,7	0,6	0,2	--	--	--	0,2	0,2	--	Methadon	FbS	196	96,4	1,0	1,0	0,5	-	-	-	-	1,0	--	--	--	BUND	467	98,9	--	--	--	--	--	0,2	--	0,9	Kokain	FbS	205	49,8	4,9	15,6	3,9	10,2	6,8	4,9	2,0	2,0	130,4	5	0,00	BUND	470	88,1	2,6	5,1	1,5	1,5	0,2	0,4	0,4	0,2	Crack	FbS	197	94,9	1,0	3,0	-	0,5	-	-	-	0,5	--	--	--	BUND	467	99,6	--	0,2	0,2	--	--	--	--	--	Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--	Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6
Alkohol	FbS	213	7,5	3,8	6,6	6,6	11,7	19,2	18,8	10,8	15,0	--	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--				Tabak	FbS	213	--	--	0,9	1,9	1,9	2,8	3,3	7,5	78,4	--	--	--	BUND	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	Amphetamine	FbS	208	53,8	2,4	4,3	7,2	5,3	6,7	10,1	6,7	3,4	156,1	6	0,00	BUND	467	91,2	1,7	3,2	1,5	0,6	1,3	--	0,2	0,2	Ecstasy	FbS	205	45,9	5,9	8,3	8,3	8,3	10,2	7,3	2,9	2,9	176,4	6	0,00	BUND	470	90,2	3,2	2,3	1,3	0,6	1,9	--	--	0,4	LSD	FbS	204	63,7	8,8	11,3	4,4	5,4	2,5	1,5	1,0	1,5	--	--	--	BUND	467	97,6	0,6	0,9	0,2	--	0,4	--	--	0,2	Heroin	FbS	201	83,6	4,0	4,0	0,5	1,5	1,0	1,0	-	4,5	--	--	--	BUND	467	98,1	0,6	--	--	0,2	--	0,2	--	0,9	Andere Opiate	FbS	200	87,5	3,0	3,5	2,5	1,0	-	0,5	1,0	1,0	--	--	--	BUND	466	98,7	0,6	0,2	--	--	--	0,2	0,2	--	Methadon	FbS	196	96,4	1,0	1,0	0,5	-	-	-	-	1,0	--	--	--	BUND	467	98,9	--	--	--	--	--	0,2	--	0,9	Kokain	FbS	205	49,8	4,9	15,6	3,9	10,2	6,8	4,9	2,0	2,0	130,4	5	0,00	BUND	470	88,1	2,6	5,1	1,5	1,5	0,2	0,4	0,4	0,2	Crack	FbS	197	94,9	1,0	3,0	-	0,5	-	-	-	0,5	--	--	--	BUND	467	99,6	--	0,2	0,2	--	--	--	--	--	Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--	Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																						
Tabak	FbS	213	--	--	0,9	1,9	1,9	2,8	3,3	7,5	78,4	--	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--				Amphetamine	FbS	208	53,8	2,4	4,3	7,2	5,3	6,7	10,1	6,7	3,4	156,1	6	0,00	BUND	467	91,2	1,7	3,2	1,5	0,6	1,3	--	0,2	0,2	Ecstasy	FbS	205	45,9	5,9	8,3	8,3	8,3	10,2	7,3	2,9	2,9	176,4	6	0,00	BUND	470	90,2	3,2	2,3	1,3	0,6	1,9	--	--	0,4	LSD	FbS	204	63,7	8,8	11,3	4,4	5,4	2,5	1,5	1,0	1,5	--	--	--	BUND	467	97,6	0,6	0,9	0,2	--	0,4	--	--	0,2	Heroin	FbS	201	83,6	4,0	4,0	0,5	1,5	1,0	1,0	-	4,5	--	--	--	BUND	467	98,1	0,6	--	--	0,2	--	0,2	--	0,9	Andere Opiate	FbS	200	87,5	3,0	3,5	2,5	1,0	-	0,5	1,0	1,0	--	--	--	BUND	466	98,7	0,6	0,2	--	--	--	0,2	0,2	--	Methadon	FbS	196	96,4	1,0	1,0	0,5	-	-	-	-	1,0	--	--	--	BUND	467	98,9	--	--	--	--	--	0,2	--	0,9	Kokain	FbS	205	49,8	4,9	15,6	3,9	10,2	6,8	4,9	2,0	2,0	130,4	5	0,00	BUND	470	88,1	2,6	5,1	1,5	1,5	0,2	0,4	0,4	0,2	Crack	FbS	197	94,9	1,0	3,0	-	0,5	-	-	-	0,5	--	--	--	BUND	467	99,6	--	0,2	0,2	--	--	--	--	--	Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--	Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																																																
Amphetamine	FbS	208	53,8	2,4	4,3	7,2	5,3	6,7	10,1	6,7	3,4	156,1	6	0,00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	467	91,2	1,7	3,2	1,5	0,6	1,3	--	0,2	0,2				Ecstasy	FbS	205	45,9	5,9	8,3	8,3	8,3	10,2	7,3	2,9	2,9	176,4	6	0,00	BUND	470	90,2	3,2	2,3	1,3	0,6	1,9	--	--	0,4	LSD	FbS	204	63,7	8,8	11,3	4,4	5,4	2,5	1,5	1,0	1,5	--	--	--	BUND	467	97,6	0,6	0,9	0,2	--	0,4	--	--	0,2	Heroin	FbS	201	83,6	4,0	4,0	0,5	1,5	1,0	1,0	-	4,5	--	--	--	BUND	467	98,1	0,6	--	--	0,2	--	0,2	--	0,9	Andere Opiate	FbS	200	87,5	3,0	3,5	2,5	1,0	-	0,5	1,0	1,0	--	--	--	BUND	466	98,7	0,6	0,2	--	--	--	0,2	0,2	--	Methadon	FbS	196	96,4	1,0	1,0	0,5	-	-	-	-	1,0	--	--	--	BUND	467	98,9	--	--	--	--	--	0,2	--	0,9	Kokain	FbS	205	49,8	4,9	15,6	3,9	10,2	6,8	4,9	2,0	2,0	130,4	5	0,00	BUND	470	88,1	2,6	5,1	1,5	1,5	0,2	0,4	0,4	0,2	Crack	FbS	197	94,9	1,0	3,0	-	0,5	-	-	-	0,5	--	--	--	BUND	467	99,6	--	0,2	0,2	--	--	--	--	--	Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--	Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																																																																										
Ecstasy	FbS	205	45,9	5,9	8,3	8,3	8,3	10,2	7,3	2,9	2,9	176,4	6	0,00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	470	90,2	3,2	2,3	1,3	0,6	1,9	--	--	0,4				LSD	FbS	204	63,7	8,8	11,3	4,4	5,4	2,5	1,5	1,0	1,5	--	--	--	BUND	467	97,6	0,6	0,9	0,2	--	0,4	--	--	0,2	Heroin	FbS	201	83,6	4,0	4,0	0,5	1,5	1,0	1,0	-	4,5	--	--	--	BUND	467	98,1	0,6	--	--	0,2	--	0,2	--	0,9	Andere Opiate	FbS	200	87,5	3,0	3,5	2,5	1,0	-	0,5	1,0	1,0	--	--	--	BUND	466	98,7	0,6	0,2	--	--	--	0,2	0,2	--	Methadon	FbS	196	96,4	1,0	1,0	0,5	-	-	-	-	1,0	--	--	--	BUND	467	98,9	--	--	--	--	--	0,2	--	0,9	Kokain	FbS	205	49,8	4,9	15,6	3,9	10,2	6,8	4,9	2,0	2,0	130,4	5	0,00	BUND	470	88,1	2,6	5,1	1,5	1,5	0,2	0,4	0,4	0,2	Crack	FbS	197	94,9	1,0	3,0	-	0,5	-	-	-	0,5	--	--	--	BUND	467	99,6	--	0,2	0,2	--	--	--	--	--	Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--	Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																																																																																																				
LSD	FbS	204	63,7	8,8	11,3	4,4	5,4	2,5	1,5	1,0	1,5	--	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	467	97,6	0,6	0,9	0,2	--	0,4	--	--	0,2				Heroin	FbS	201	83,6	4,0	4,0	0,5	1,5	1,0	1,0	-	4,5	--	--	--	BUND	467	98,1	0,6	--	--	0,2	--	0,2	--	0,9	Andere Opiate	FbS	200	87,5	3,0	3,5	2,5	1,0	-	0,5	1,0	1,0	--	--	--	BUND	466	98,7	0,6	0,2	--	--	--	0,2	0,2	--	Methadon	FbS	196	96,4	1,0	1,0	0,5	-	-	-	-	1,0	--	--	--	BUND	467	98,9	--	--	--	--	--	0,2	--	0,9	Kokain	FbS	205	49,8	4,9	15,6	3,9	10,2	6,8	4,9	2,0	2,0	130,4	5	0,00	BUND	470	88,1	2,6	5,1	1,5	1,5	0,2	0,4	0,4	0,2	Crack	FbS	197	94,9	1,0	3,0	-	0,5	-	-	-	0,5	--	--	--	BUND	467	99,6	--	0,2	0,2	--	--	--	--	--	Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--	Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																																																																																																																														
Heroin	FbS	201	83,6	4,0	4,0	0,5	1,5	1,0	1,0	-	4,5	--	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	467	98,1	0,6	--	--	0,2	--	0,2	--	0,9				Andere Opiate	FbS	200	87,5	3,0	3,5	2,5	1,0	-	0,5	1,0	1,0	--	--	--	BUND	466	98,7	0,6	0,2	--	--	--	0,2	0,2	--	Methadon	FbS	196	96,4	1,0	1,0	0,5	-	-	-	-	1,0	--	--	--	BUND	467	98,9	--	--	--	--	--	0,2	--	0,9	Kokain	FbS	205	49,8	4,9	15,6	3,9	10,2	6,8	4,9	2,0	2,0	130,4	5	0,00	BUND	470	88,1	2,6	5,1	1,5	1,5	0,2	0,4	0,4	0,2	Crack	FbS	197	94,9	1,0	3,0	-	0,5	-	-	-	0,5	--	--	--	BUND	467	99,6	--	0,2	0,2	--	--	--	--	--	Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--	Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																																																																																																																																																								
Andere Opiate	FbS	200	87,5	3,0	3,5	2,5	1,0	-	0,5	1,0	1,0	--	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	466	98,7	0,6	0,2	--	--	--	0,2	0,2	--				Methadon	FbS	196	96,4	1,0	1,0	0,5	-	-	-	-	1,0	--	--	--	BUND	467	98,9	--	--	--	--	--	0,2	--	0,9	Kokain	FbS	205	49,8	4,9	15,6	3,9	10,2	6,8	4,9	2,0	2,0	130,4	5	0,00	BUND	470	88,1	2,6	5,1	1,5	1,5	0,2	0,4	0,4	0,2	Crack	FbS	197	94,9	1,0	3,0	-	0,5	-	-	-	0,5	--	--	--	BUND	467	99,6	--	0,2	0,2	--	--	--	--	--	Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--	Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																																																																																																																																																																																		
Methadon	FbS	196	96,4	1,0	1,0	0,5	-	-	-	-	1,0	--	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	467	98,9	--	--	--	--	--	0,2	--	0,9				Kokain	FbS	205	49,8	4,9	15,6	3,9	10,2	6,8	4,9	2,0	2,0	130,4	5	0,00	BUND	470	88,1	2,6	5,1	1,5	1,5	0,2	0,4	0,4	0,2	Crack	FbS	197	94,9	1,0	3,0	-	0,5	-	-	-	0,5	--	--	--	BUND	467	99,6	--	0,2	0,2	--	--	--	--	--	Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--	Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																																																																																																																																																																																																												
Kokain	FbS	205	49,8	4,9	15,6	3,9	10,2	6,8	4,9	2,0	2,0	130,4	5	0,00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	470	88,1	2,6	5,1	1,5	1,5	0,2	0,4	0,4	0,2				Crack	FbS	197	94,9	1,0	3,0	-	0,5	-	-	-	0,5	--	--	--	BUND	467	99,6	--	0,2	0,2	--	--	--	--	--	Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--	Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																																																																																																																																																																																																																																						
Crack	FbS	197	94,9	1,0	3,0	-	0,5	-	-	-	0,5	--	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	467	99,6	--	0,2	0,2	--	--	--	--	--				Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--	Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																
Schnüffelstoffe	FbS	198	86,4	4,0	5,1	1,0	1,0	1,5	0,5	-	0,5	--	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	470	98,5	0,2	0,6	0,2	0,4	--	--	--	--				Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Pilze	FbS	208	49,5	10,6	18,8	7,2	4,3	5,8	1,0	1,0	1,9	--	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	BUND	467	92,1	3,0	2,8	1,1	0,6	0,2	0,2	--	--																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Auch in den Fällen, in denen ein Konsum von Substanzen außer Cannabis vorliegt, ist dieser bei den Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung in den meisten Fällen wenig intensiv. Mit Ausnahme von Tabak und Alkohol, zu denen die Daten nicht in exakt vergleichbarer Weise im Suchtsurvey erhoben wurden, werden in den allermeisten Fällen weniger als zehn Konsumvorgänge für das Referenzjahr berichtet. Für Opiate und Schnüffelstoffe ist dieses Bild bei den Cannabisklienten in der Fragebogenstichprobe (FbS) das selbe. Die Konsumhäufigkeiten für Amphetamine, Ecstasy, Kokain und Pilze sind bei den Cannabisklienten jedoch deutlich höher. Abbildung 13 macht dies für die wichtigsten Substanzgruppen noch einmal graphisch deutlich. Für diese Stoffe wurde die Verteilung der Konsumfrequenzen mit Hilfe von χ^2 -Tests auf Signifikanz geprüft. Es ergab sich für alle Vergleiche ein signifikanter Unterschied. Wegen der zahlreichen unbesetzten bzw. gering besetzten Felder wurde bei den übrigen Substanzen auf diesen Vergleich verzichtet.

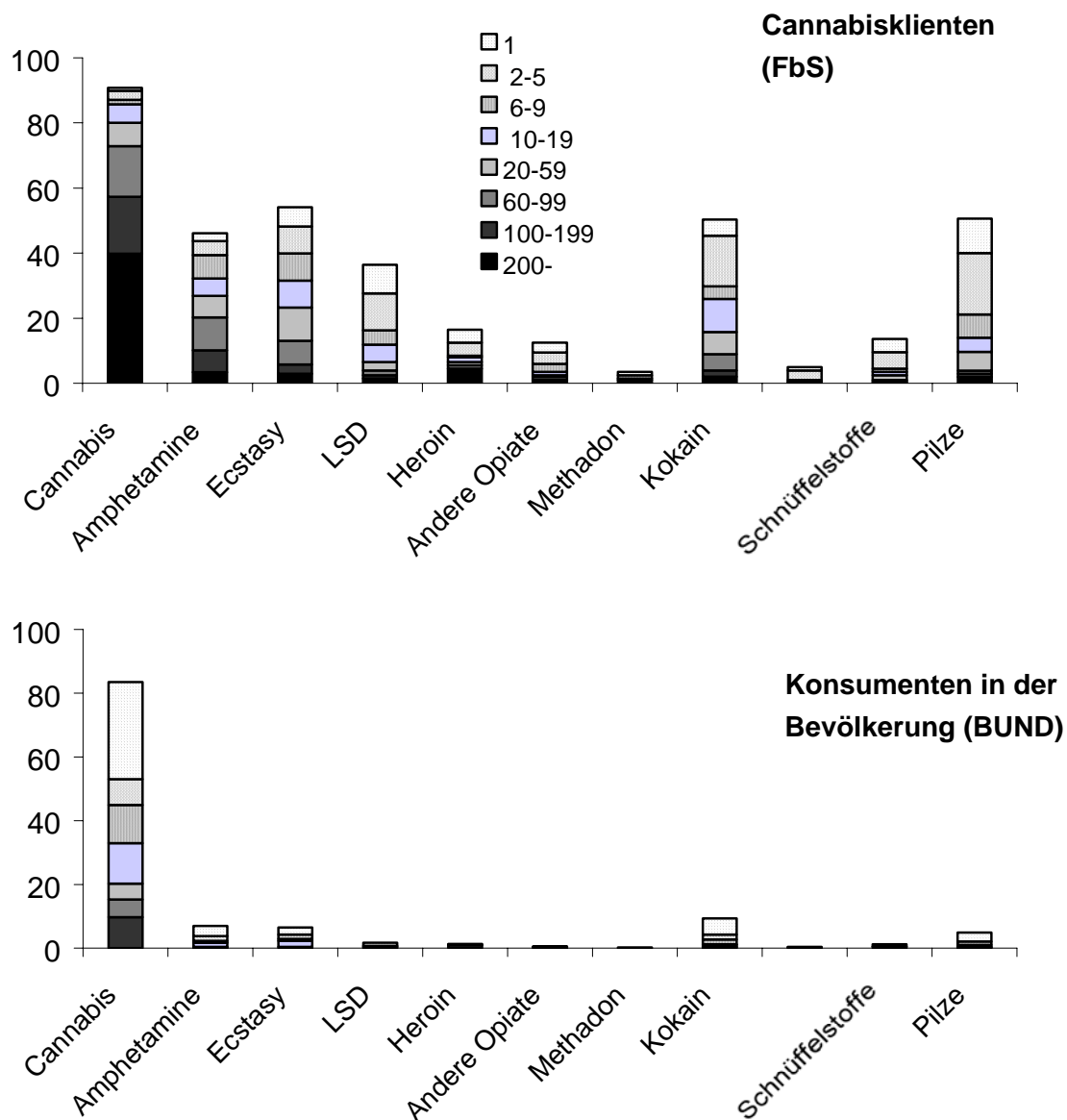
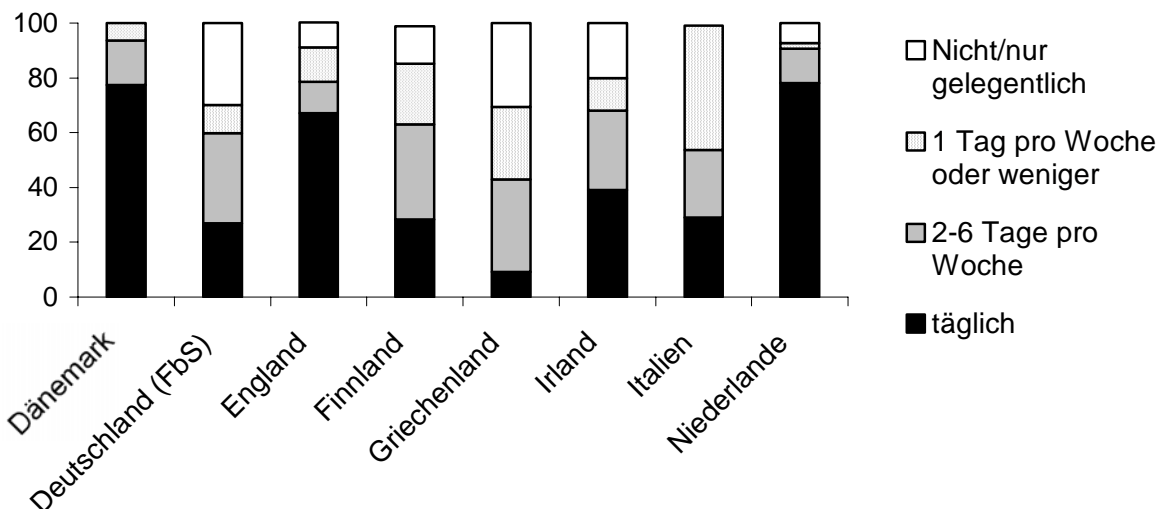


Abbildung 13: Konsumhäufigkeit verschiedener Drogen in den letzten 12 Monaten bei Cannabisklienten (FbS) und in der Bevölkerung (BUND)

Vergleicht man die Konsumtage innerhalb der letzten 30 Tage bei Cannabisklienten in verschiedenen Ländern Europas, so findet man mit rund 30% etwa ebenso viel tägliche Konsumenten in Deutschland wie in Finnland, Italien oder Irland. Der insbesondere gegenüber Dänemark, England oder den Niederlanden recht hohe Anteil von Personen mit nur gelegentlichem Konsum weist darauf hin, dass in Deutschland verstärkt Personen auch mit leichteren Konsummustern als primäre Cannabisfälle in ambulanter Betreuung sind (Abbildung 14).



Quelle: EBDD Bericht, auf valid cases umgerechnet

Abbildung 14: Tage mit Cannabiskonsum bei ambulant betreuten Klienten mit einem primären Cannabisproblem innerhalb der letzten 30 Tage in verschiedenen Ländern

6.8 Zusammenfassung

Der Vergleich von Merkmalen und Verhaltensweisen zwischen Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung und Personen, die sich wegen eines primären Cannabisproblems in ambulanter Betreuung befinden, fand auf der Grundlage der Daten aus der Bevölkerungsumfrage zum Konsum psychotroper Substanzen (BUND) und der Angaben aus der Fragebogenstichprobe (FbS) statt.

Unterschiede in demographischen Merkmale

Der Anteil der Männer in der Klientengruppe ist gegenüber den Konsumenten in der Bevölkerung signifikant erhöht. Das Durchschnittsalter der Cannabisklienten liegt im Vergleich zu den Cannabiskonsumenten der Bevölkerungsumfrage signifikant niedriger. Das mittlere Einstiegsalter zeigt den Konsumbeginn der wichtigsten psychotropen Substanzen in beiden Gruppen in der gleichen zeitlichen Reihenfolge: Alkohol vor Tabak, Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, Pilzen und Kokain.

Zwar ist der Vergleich zwischen Cannabisklienten und Bevölkerungsstichprobe durch das höhere Durchschnittsalter der letztgenannten erschwert. Da in beiden Stichproben jedoch die Altersgruppen 18-59 ohne einer Zensierung berücksichtigt werden und der Konsumbeginn für die vorhandenen Fälle von Opiat- und Crackkonsum bei den Klienten höher liegt als in der Bevölkerungsstichprobe, erscheint der Vergleich dennoch gerechtfertigt. Das niedrigere Einstiegsalter bei den Behandelten kann als ein Risikofaktor betrachtet werden, in der sich die behandlungsbedürftige Gruppe von der Gesamtheit der aktuellen Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung unterscheidet (vgl. Duwe, Schumann & Kufner, 2001).

Unterschiede im Konsumverhalten

Obwohl Cannabiserfahrung in Form von Probierkonsum heute in der Normalbevölkerung relativ weit verbreitet ist, finden sich bereits im Konsumverhalten der Personen, die wegen eines primären Cannabisproblems in ambulante Betreuung kommen („Cannabisklienten“), deutliche Unterschiede zu den Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung. Die herangezogene Vergleichsgruppe umfasst alle Probanden der Bevölkerungsumfrage (BUND) aus dem Jahr 2000, welche im Erhebungsjahr mindestens einmal Cannabis konsumiert haben.

Bei der Konsumhäufigkeit von Cannabis zeigen sich die größten Unterschiede zwischen Klienten und Konsumenten. Rund drei Viertel der Klienten gegenüber weniger als einem Viertel der Konsumenten haben Cannabis in den letzten 12 Monaten mehr als 60mal konsumiert. Die Unterschiede sind hoch signifikant. Das gleiche Bild findet sich für Amphetamine, Ecstasy und Kokain. Andererseits haben 9% der Klienten in den letzten 12 Monaten Cannabis gar nicht konsumiert. Neben Ex-Konsumenten können sich hinter dieser Zahl auch Personen verbergen, die wegen familiären Drucks oder Auflagen in die Beratungsstelle gekommen sind ohne tatsächlich ein Cannabisproblem im engeren Sinne zu haben.

Unterschiede in den Erfahrungen mit anderen Drogen

Amphetamine, Ecstasy, Pilze und Kokain sind die Drogen, mit denen – neben Cannabis – die meisten Klienten Erfahrungen im Lebenszeitraum haben bzw. die sie in den letzten 12 Monaten am häufigsten gebraucht haben. Etwa zwei von drei Klienten haben Erfahrungen mit Ecstasy, Kokain oder Pilzen, mehr als die Hälfte mit Amphetaminen. Mehr als 90% der Cannabisklienten haben in den letzten 12 Monaten Tabak geraucht oder Alkohol getrunken. Bei den Cannabiskonsumenten der Bevölkerungsstichprobe finden sich die gleichen Präferenzen. Allerdings werden die Substanzen dort deutlich seltener gebraucht. Keine der illegalen Substanzen wurde in den letzten 12 Monaten von mehr als 10% dieser Gruppe benutzt. Die Prävalenz des Drogengebrauchs in diesem Zeitraum liegt für die Klienten bis zu fünfmal so hoch (OR: 3,4-26,0) wie für die Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung. Der Konsum von Alkohol wie von Tabak ist bei den Cannabisklienten und den Cannabiskonsumenten die Norm, Abweichungen gibt es höchstens in der Intensität des Gebrauchs.

Gesamtvergleich

Cannabisklienten konsumieren mehr verschiedene Drogen, gebrauchen Cannabis intensiver und beginnen mit dem Konsum tendenziell früher als die Vergleichsgruppe aktueller Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung. Auch die höhere Konsumbereitschaft und der Zugang zu verschiedenen Drogen weist die Klienten als die kritischere Gruppe aus. Die Unterschiede sind neben Cannabis am deutlichsten in Bezug auf Amphetamine, Ecstasy, Pilze und Kokain. Mehrfachkonsum dieser Substanzen ist häufig.

7 Gibt es Teilgruppen in der Klientel?

7.1 Einleitung

Die Befunde aus der Literaturübersicht sowie Gespräche mit Einrichtungsvertretern legten bereits zu Beginn der Auswertungen die Hypothese nahe, dass die hier untersuchte Zielgruppe nicht homogen ist. Dieses Kapitel geht der Frage nach, ob sich entsprechend ihres Risikopotentials Gruppen unter den betreuten Cannabisklienten⁶ bilden lassen, die empirisch abgesichert werden können und inhaltliche Anhaltspunkte für eine differenzierte Betreuung geben können.

Nach der empirischen Herleitung und Bildung dieser Klientengruppen mit Hilfe einer Clusteranalyse werden sie hinsichtlich ihrer Ausgangslage und den Bedingungen ihrer Betreuung verglichen. Die Beschreibung der abgeleiteten Klientengruppen anhand ihrer Konsummuster, Diagnosen, der Einbindung des Cannabiskonsums in den Alltag und das soziale Umfeld zeigt die divergierenden Voraussetzungen der Betreuung dieser Gruppen.

Die Datengrundlage für die Clusterbildung ist die Fragebogenstichprobe (FbS).

7.2 Klientengruppen

Zum Zweck der Gruppenbildung wurde eine hierarchische Clusteranalyse durchgeführt. Da Konsumintensität sich in der Literaturübersicht als ein wesentlicher Risikofaktor für problematischen Cannabiskonsum gezeigt hatte (z.B. Kleiber & Soellner, 1998; Zammit et al., 2002), wurden die Items in der Clusteranalyse berücksichtigt, die dieses Konzept inhaltlich möglichst gut abbilden. Daneben wurden die Merkmale berücksichtigt, die den zentralen klinischen Diagnosen Abhängigkeit bzw. schädlicher Gebrauch zu Grunde liegen (Wittchen & Pfister, 1997). Aus Sicht des Konsumverhaltens und seiner klinischen Bewertung sollten damit Personengruppen gebildet werden, die sich in ihrer Problematik und damit ihrer Behandlungsbedürftigkeit unterscheiden.

„Konsumtage während der letzten 30 Tage“, und „Konsumhäufigkeit pro Konsumtag“ für Haschisch beschreibt die Konsumhäufigkeit. Die Intensität aus der Sicht des Klienten selbst wird durch die Items zur „Präferierten Wirkstärke“ erfasst, welche die Vorliebe für starke Konsumeffekte abfragen. Die Anzahl der örtlichen und die Anzahl der zeitlichen Konsumsituationen wird eingeführt, um das Ausmaß der Einbettung des Cannabiskonsums in den Alltag zu berücksichtigen. Die Anzahl von erfüllten DSM-IV Kriterien für Missbrauch bzw. für Abhängigkeit geht als Merkmal der klinischen Bewertung in die Analyse ein.

Clusteranalysen sollen Gruppen in einem n-dimensionalen Merkmalsraum bilden und beschreiben. Zu diesem Zweck sollten die berücksichtigten Merkmale eine ausreichende Streuung und Variationsbreite aufweisen. Die Interkorrelation der verwendeten Items liegt bei un-

⁶ Zur Definition der Begriffe „problematischer Konsum“, „Cannabisklient“, „Cannabiskonsument“ siehe Abschnitt 3.2, die Kürzel sind im Abkürzungsverzeichnis auf Seite X zu finden.

ter 0,6, in den meisten Fällen unter 0,5. Damit liegt eine ausreichend hohe Varianz vor, um Gruppen unterscheiden zu können.

Um die Zahl der Cluster festzulegen, wurde zunächst eine hierarchische Clusteranalyse der z-transformierten Eingangsmerkmale durchgeführt. Die Entwicklung des Distanzkoeffizienten mit der Zahl der Zusammenlegung der Cluster legt eine Lösung mit 3 Clustern nahe, da bei einem weiteren Agglomerationsschritt der Distanzkoeffizient deutlich anwächst (Abbildung 15). Mit dieser Vorgabe wurde dann eine Clusterzentrenanalyse durchgeführt (KMEANS), in der sich drei Gruppen bilden ließen, welche durch die zu Grunde gelegten Merkmale als „Niedrigrisikogruppe (NR)“, „Mittelrisikogruppe“ (MR) und „Hochrisikogruppe“ (HR) beschrieben werden können. Da hier bei fehlenden Angaben zu einzelnen Merkmalen auch mit dem paarweisen Ausschluss von Fällen gearbeitet werden kann, können deutlich mehr Fälle in die differenzierte Betrachtung anhand der Clusterzugehörigkeiten einbezogen werden, als dies nach der hierarchischen Clusteranalyse möglich gewesen wäre.

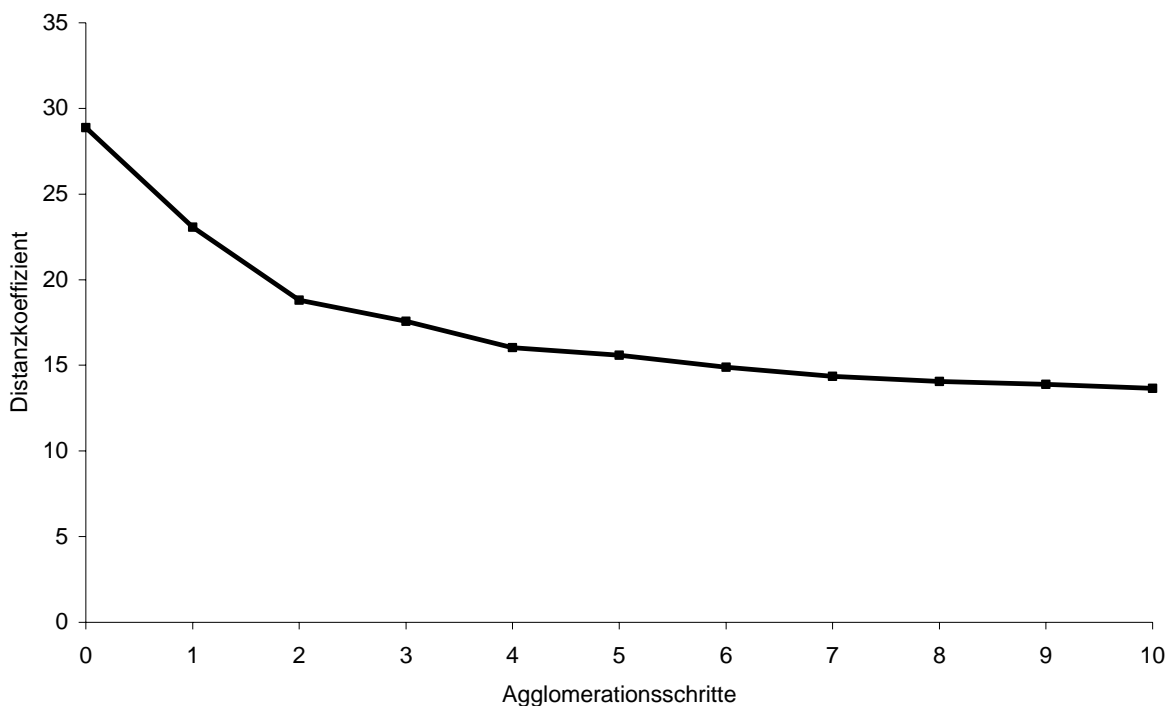


Abbildung 15: Struktogramm zur Clusteranalyse

Die Clustern, die Intensität und Problembelastung des Konsumverhaltens beschreiben, werden im Weiteren nach sozioökonomischen Merkmalen, Behandlungsmotivation, Verlauf und mit dem Ergebnis der Behandlung verglichen. Damit soll geklärt werden, ob die genannten Gruppen unterschiedliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung mitbringen.

Mit 41% ist die Gruppe der Niedrigrisikoklienten (NR) (N=90) am stärksten, während die Mittelrisikogruppe (MR) 26% (N=58) und die Hochrisikoklienten 33% (N=72) der Gesamtklientel ausmachen. Die Merkmale, die in die Clusteranalyse eingegangen sind und die damit die Grundlage für die Bildung der Niedrigrisikogruppe (NR), Mittelrisikogruppe (MR) und Hochrisikogruppe (HR) darstellen, werden in Tabelle 28 in Bezug auf die Verteilung dieser Charakteristika noch einmal verglichen. Es zeigt sich, dass die Gruppenbildung erfolgreich in dem

Sinne war, signifikant unterschiedliche Gruppen in Hinblick auf Konsumintensität und Konsumrisiko zu bilden.

Die deutlichsten Unterschiede zeigen sich bei der Gegenüberstellung in der Konsumhäufigkeit sowohl innerhalb der letzten 30 Tage wie auch pro Konsumtag. Ebenfalls hoch signifikant ist der Vergleich der Zahl erfüllter Abhängigkeitskriterien nach DSM-IV. Während der analoge Vergleich der drei Klientengruppen für die Items des Missbrauchs/ schädlichen Konsums zumindest eine Tendenz in die erwartete Richtung aufweist, finden sich keine signifikanten Unterschiede in der Zahl der örtlichen oder zeitlichen Konsumsituationen (Tabelle 28).

Tabelle 28 : Eingangsisems der Clusteranalyse und Klientengruppen (FbS)

Eingangsisems	Gesamt		Klientengruppen			ANOVA		
	N	M (SD)	NR M (SD)	MR M (SD)	HR M (SD)	F	df	p
Zahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen	204	14,1 (12,2)	1,0 (1,9)	14,1 (4,7)	28,7 (2,5)	1520,0	203	0,00
Konsumhäufigkeit pro Konsumtag	204	6,2 (6,2)	2,1 (3,3)	7,0 (5,2)	10,8 (6,2)	60,7	203	0,00
Präferenz hoher Wirkstoffintensität	213	2,4 (0,7)	2,2 (0,8)	2,4 (0,7)	2,7 (0,5)	12,7	212	0,00
Zahl örtlicher Konsumsituationen	221	2,7 (2,4)	2,5 (2,6)	2,7 (2,2)	2,8 (2,4)	0,2	220	0,80
Zahl der Konsumsituation im Tagesverlauf	221	1,2 (1,5)	1,3 (1,6)	1,1 (1,1)	1,1 (1,6)	0,7	220	0,52
Zahl der erfüllten Kriterien für Abhängigkeit nach DSM-IV (Maximum 7)	212	4,0 (2,1)	3,4 (2,3)	3,6 (1,9)	5,2 (1,5)	71,3	211	0,00
Zahl der erfüllten Kriterien für Missbrauch nach DSM-IV (Maximum: 4)	211	1,8 (1,2)	1,6 (1,3)	1,9 (1,2)	2,1 (1,2)	2,4	220	0,10
Gesamt	223		90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

7.3 Demographische Merkmale der Klientengruppen

Die soziale Situation der Cannabisklienten in der Fragebogenstichprobe (FbS) wird differenziert nach den gebildeten Clustern untersucht. Weder bei der Altersverteilung noch bei der Geschlechtsverteilung finden sich signifikante Unterschiede zwischen den drei Klientengruppen (Tabelle 29).

Tabelle 29 : Geschlecht und Alter in den Klientengruppen (FbS)

	Gesamt		Klientengruppen			χ^2	df	p
	N	%	NR %	MR %	HR %			
Geschlecht	218					0,5	2	0,79
Männlich	189	86,7	85,2	86,2	88,9			
Weiblich	29	13,3	14,8	13,8	11,1			
Alter	214					5,8	8	0,67
16-17	15	7,0	4,7	12,3	5,6			
18-19	32	15,0	15,1	15,8	14,1			
20-24	89	41,6	41,9	43,9	39,4			
25-29	33	15,0	16,3	14,0	14,1			
30-34	19	8,9	7,0	8,8	11,3			
35-39	15	7,0	9,3	1,8	8,5			
40-44	8	3,7	3,5	1,8	5,6			
45-49	3	1,4	2,3	1,8				
50+	1	0,5			1,4			
Gesamt	223		90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Fast alle Klienten haben die deutsche Staatsbürgerschaft. Nur für 2,9% (FbS) bzw. 6,4% (DSHS) trifft dies nicht zu.

Rund ein Viertel der Klienten lebt allein. In Anbetracht ihres im Mittel recht jungen Alters ist verständlich, dass noch viele von ihnen mit den Eltern zusammenleben. Etwa zwei Drittel leben mit der Mutter zusammen im gleichen Haushalt, 45,5% mit dem Vater. Der Unterschied zwischen diesen beiden Anteilen erklärt sich unter anderem durch die relativ große Zahl von Müttern in der Bevölkerung, die ihre Kinder allein oder in neuen Partnerschaften großziehen. Eigene Kinder haben nur 8% der Cannabisklienten.

Es finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den drei Klientengruppen. Der deutlichste zahlenmäßige Unterschied findet sich bei dem Prozentsatz der Klienten, die mit der Mutter zusammenleben. 75,8% der Klienten aus der Niedrigrisikogruppe (NR), aber nur 65,5% aus der Hochrisikogruppe (HR) leben in dieser Situation. Der Unterschied ist allerdings nicht statistisch signifikant (Tabelle 30).

Tabelle 30 : Familiensituation in den Klientengruppen (FbS)

	Gültig	Gesamt		Klientengruppen			χ^2	df	p
		N	%	NR %	MR %	HR %			
Alleinlebend	213	56	26,3	26,2	27,6	25,4	0,08	2	0,96
Lebt mit Mutter	162	113	69,8	75,8	66,7	65,5	1,76	2	0,41
Lebt mit Vater	162	79	48,8	43,5	60,0	45,5	3,19	2	0,20
Kein Kind	220	202	91,8	88,9	96,6	91,7	2,8	2	0,25
1-3 Kinder		18	8,2	11,1	3,4	8,3			
Gesamt	223			90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Weder im Schulabschluss noch im Ausbildungsstand unterscheiden sich die drei Klientengruppen ($p > 0,05$). Einzige Ausnahme ist die zahlenmäßig wenig relevante Restkategorie bei den Berufsabschlüssen.

26,8% der Klienten befinden sich bei Beginn der Betreuung in schulischer Ausbildung, 28,6% in einer Berufsausbildung. Der Anteil der Klienten mit Abitur bzw. Fachabitur liegt bei 4,7% und damit vergleichsweise niedrig – selbst wenn man berücksichtigt, dass ein Teil der Klienten noch in schulischer Ausbildung ist und ein entsprechender Abschluss erst später vorliegen wird.

Mehr als die Hälfte der Klienten hat noch keinen beruflichen Abschluss, etwa ein Drittel von ihnen hat eine Lehre bereits erfolgreich beendet. In eine kleineren Zahl von Fällen wurde eine Anlernausbildung bzw. eine Fachschule beendet oder es liegen andere Abschlüsse vor (Tabelle 31).

Tabelle 31: Ausbildungsstand in den Klientengruppen (FbS)

Ausbildungsstand	Gesamt		Klientengruppen			χ^2	df	p
	N	%	NR %	MR %	HR %			
Aktuelle Ausbildung	213					7,71	6	0,26
Schulbesuch	57	26,8	29,5	29,6	21,2			
In Berufsausbildung	61	28,6	21,6	38,9	29,6			
Universitätsausbildung	7	3,3	3,4	1,9	4,2			
Nichts davon	88	41,3	45,5	29,6	45,1			
Schulabschluss	127					3,78	4	0,44
Noch kein Abschluss	30	23,6	21,1	33,3	21,7			
Ohne Abschluss abgegangen	6	4,7		8,3	8,7			
Sonderschule	2	1,6	1,8		2,2			
Hauptschule	48	37,8	40,4	33,3	37,0			
Realschule	33	26,0	29,8	20,8	23,9			
(Fach-)Abitur	6	4,7	7,0		4,3			
Hochschulabschluss	2	1,6		4,2	2,2			
Berufsabschluss	218							
Noch kein Abschluss	112	51,4	49,4	54,4	51,4	0,34	2	0,84
Anlern-Ausbildung	11	5,0	5,6	3,5	5,6	¹⁾		0,95
Beruflich-betriebliche Ausbildung abgeschl.	66	30,3	31,5	26,3	31,9	0,47	2	0,79
Beruflich-schulische Ausbildung abgeschl.	12	5,5	5,6	8,8	2,8	¹⁾		0,45
Fachhochschul-/ Universitätsabschluss	6	2,8	3,4	0,0	4,2	¹⁾		0,88
Fachschule/ anderer Abschluss	8	3,7	1,1	1,8	8,3	¹⁾		0,04
Gesamt	223		90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

1) Wegen Verletzung der Voraussetzungen des χ^2 Tests wurde der McNemartest eingesetzt

Knapp 30% der Klienten ist Vollzeit erwerbstätig. Etwa jeder fünfte Klient ist Auszubildender. Der Vergleich zwischen den drei Gruppen ergibt keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Erwerbstätigkeit, Art der Beschäftigung oder Arbeitslosigkeit. Mit 23,1% ist der Anteil der Arbeitslosen bemerkenswert hoch. Mehr als die Hälfte der Klienten sind Arbeiter und Facharbeiter, andere Berufe sind relativ selten. Auch hier findet sich kein Unterschied zwischen den drei Klientengruppen (Tabelle 32).

Tabelle 32: Erwerbstätigkeit in den Klientengruppen (FbS)

	Gesamt		Klientengruppen			χ^2	df	P
	N	%	NR %	MR %	HR %			
Erwerbstätigkeit	211					2,87	6	0,83
Vollzeit	63	29,9	27,1	29,8	33,3			
Teilzeit	14	6,6	7,0	5,8	6,6			
Unter 15 Stunden	6	2,8	1,8	1,4	2,8			
Gelegentlich	15	7,1	7,0	7,2	7,1			
Auszubildende/r	45	21,3	22,8	24,6	21,4			
Nichts davon	68	32,2	31,6	27,5	32,2			
Arbeitslosigkeit	221					0,10	2	0,95
trifft zu	51	23,1	23,3	24,1	21,9			
Wie zuletzt beschäftigt	188					0,82	6	0,99
Arbeiter	56	29,8	28,8	31,4	29,7			
Facharbeiter	42	22,3	21,9	23,5	21,9			
Andere Erwerbstätige	36	19,1	17,8	17,6	21,9			
Noch nie berufstätig	54	28,7	31,5	27,5	26,6			
Gesamt	223		90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

7.4 Konsumpräferenzen verschiedener Arten von Cannabis

70% der Klienten konsumieren häufig Haschisch, 62% Marihuana und nur 3% Cannabisöl. Bei den Präferenzen steht Marihuana an erster Stelle, gefolgt von Haschisch und Cannabisöl. Dabei unterscheiden sich die Klientengruppen in ihren Vorlieben nicht signifikant voneinander. Betrachtet man den Drogenmarkt in Deutschland auf der Grundlage der Beschlagnahmungen, so wird klar, dass die Verbreitung von Marihuana in den letzten 20 Jahren im Vergleich zu Cannabisharz deutlich zugenommen hat. Beide Formen sind heute etwa gleich häufig anzutreffen und auch der mittlere THC-Gehalt ist für beide Formen ähnlich hoch.

Der Gebrauch von Haschischharz und Marihuana ist entsprechend der dargestellten Marktsituation etwa gleich häufig. Mit 3,54 bzw. 3,50 werden beide Formen fast gleich häufig verwendet. Für alle drei Cannabisarten steigt die Häufigkeit der Verwendung von der Niedrigrisikogruppe (NR) zur Hochrisikogruppe (HR) hin an, der Unterschied ist jedoch nur für Haschisch signifikant. Haschischöl wird von allen drei Gruppen wenig geschätzt (Tabelle 33).

Tabelle 33: Verwendung verschiedener Cannabisarten nach Klientengruppen (FbS)

Konsum in den letzten 12 Monaten Nie(1) ... häufig(4)	Gesamt		Klientengruppen			F	df	p	Post hoc		
	N	M	NR	MR	HR				NR	NR	MR
			M	M	M				MR	HR	HR
Haschisch	193	3,54	3,17	3,65	3,85	15,17	192	0,00	*	*	
Marihuana	191	3,50	3,33	3,57	3,62	2,96	190	0,05			
Haschischöl	102	1,36	1,28	1,40	1,41	0,67	174	0,52			
Gesamt	223		90	58	72						

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Die Frage nach der Präferenz einer der drei Stoffarten ergibt im Mittel eine Bevorzugung von Marihuana (M=1,43) gegenüber von Haschisch (M=1,92) und Öl (M=2,57), wobei sich die drei Gruppen in der Reihenfolge der Präferenz nicht unterscheiden.

Während in den frühen Zeiten der Drogenwelle in Deutschland der „Joint“ den Konsum von Cannabis in der öffentlichen Wahrnehmung prägte, konsumieren heute mit 67% deutlich mehr Personen Cannabis bevorzugt per Pfeife, während nur 30,6% dies vor allem per Joint tun. Mit im Mittel 2,5 ist die Wasserpfeife oder Purpfeife die bevorzugte Art des Konsums. Cannabis in Zigarettenform als Joint zu gebrauchen steht an zweiter Stelle der Beliebtheit bei der Klientel der Beratungsstellen. Die Benutzung von Shillums zum Rauchen oder der orale Konsum – problematisch wegen der starken Varianz bei der Aufnahme von THC durch den Körper des Konsumenten und der damit verbundenen Probleme der optimalen Dosierung – sind vergleichsweise weniger beliebt. Neben den hier genannten Konsumarten wurde von den Klienten der Gebrauch von so genannten „Eimern“, einer Variante des Prinzips der Wasserpfeife (17 Nennungen, 7,7% der Klienten), sowie der orale Konsum in Milch bzw. Kakaotränken (8 Nennungen, 3,6% der Klienten) als weitere Konsummöglichkeiten genannt.

Der Vergleich zwischen den drei Gruppen bringt einige signifikanten Unterschiede zu Tage. Je intensiver das Konsummuster, desto häufiger wird insbesondere der Konsum per Pfeife. Der problematische orale Gebrauch wird in der Niedrigrisikogruppe (NR) deutlich häufiger gemieden als in den beiden anderen Gruppen (Tabelle 34).

Tabelle 34: Bevorzugte Konsumart in den Klientengruppen (FbS)

Konsum in Form von.. nie (1) .. meistens (3)	Gesamt		Klientengruppen			F	df	p	Post hoc		
	N	M	NR	MR	HR				NR	NR	MR
			M	M	M				MR	HR	HR
Joints	208	2,18	2,12	2,33	2,15	2,23	207	0,11			
Pfeife	203	2,52	2,20	2,73	2,73	16,62	202	0,00	*	*	
Shillum	196	1,61	1,44	1,74	1,71	3,58	195	0,03			
Keks o.ä. Essbares	203	1,43	1,28	1,47	1,58	6,62	202	0,00		*	
Tee	201	1,28	1,24	1,35	1,28	0,76	200	0,47			
Sonstiges	92	1,42	1,33	1,41	1,57	0,98	91	0,38			
Gesamt	223		90	58	72						

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

7.5 Exzessiver Konsum

Bei 63% der Klienten gab es in der Vergangenheit Phasen exzessiven Cannabiskonsums. Einige der Probanden geben dazu die Zahl dieser Konsumphasen an, die im Mittel bei fast 4 liegt. Die Dauer einer solchen Phase wird durchschnittlich mit mehr als einem Jahr angegeben. Der Anteil der Klienten mit Phasen exzessiven Konsums liegt bei der Hochrisikogruppe (HR) mit fast 80% signifikant höher als bei den beiden anderen Klientengruppen (Tabelle 35).

Tabelle 35: Exzessiver Konsum in den Klientengruppen (FbS)

	Gesamt		Klientengruppen			χ^2 / F	df	p
	N		NR	MR	HR			
Exzessiver Konsum im Lebenszeitraum	218	63,3%	53,4%	59,6	78,1%	10,90	2	0,00
Zahl dieser Phasen	13	3,77	1,17	5,0	7,33	1,44	2	0,28
Dauer dieser Phasen (Monate)	109	15,7	17,4	13,9	15,2	0,24	2	0,79
Gesamt	223		90	58	72			

*Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

85% der Befragten gibt an, in den letzten 4 Wochen vor der Behandlung Cannabis konsumiert zu haben – das sind alle Klienten aus der Mittel- und Hochrisikogruppe (MR, HR) und 61,3% der Niedrigrisikogruppe NR ($F = 55,316$, $df=2$, $p=0,000$).

Dabei haben sie an einem typischen Konsumtag durchschnittlich 7,4 Mal Cannabis konsumiert. Die Konsummenge variiert dabei weit. Immerhin geben zwei Klienten an, bis zu 20 Gramm pro Tag konsumiert zu haben. Die Varianzanalyse zwischen den drei Subgruppen und die anschließenden post hoc Tests zeigen signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen, wobei die Konsumhäufigkeit von der Niedrigrisikogruppe (NR) über die Mittelrisikogruppe (MR) zur Hochrisikogruppe (HR) stetig steigt.

Die Menge Haschisch bzw. Marihuana, die dabei jeweils verwendet wird, variiert zwischen durchschnittlich 1,4 und 2,5 Gramm, ohne dass sich die Klientengruppen hierin unterscheiden. Das unterschiedliche Konsumverhalten zeigt sich damit in der Häufigkeit der Konsumvorgänge, nicht aber in der dabei jeweils zugeführten Menge von THC (Tabelle 36).

Tabelle 36: Konsum von Cannabis pro Konsumtag (FbS)

	Gesamt			Klientengruppen						F	df	p
	N	M	SD	NR		MR		HR				
				M	SD	M	SD	M	SD			
Konsumhäufigkeit pro Konsumtag	171	7,4		3,4	3,67	7,0	5,21	10,8	6,17	29,867	2	0,00
Cannabismenge pro Konsumvorgang												
Minimum	172	1,4		1,4	2,41	1,3	1,54	1,4	2,12	0,038	2	0,96
Maximum	171	2,5		2,5	3,48	2,4	2,56	2,6	3,57	0,067	2	0,94
Gesamt	223			90		58		72				

*Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

7.6 Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit nach Klientengruppen

Für die Vergabe einer Diagnose „Cannabisabhängigkeit“ müssen nach DSM-IV drei von insgesamt sieben (APA 1994), nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt 1999) drei von sechs Kriterien für Abhängigkeit erfüllt sein. Für die Diagnose eines Missbrauchs bzw. schädlichen Gebrauchs muss eines von insgesamt vier Kriterien in den letzten 12 Monaten und keine Cannabisabhängigkeit vorliegen.

7.6.1 Diagnose

Etwa 83% der Cannabisklienten in der Fragebogenstichprobe FbS haben eine Diagnose nach ICD-10. 68,8% erfüllen die Kriterien einer Abhängigkeit und 14,5% die eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis. Es wurde auch der Schweregrad der Abhängigkeit analog DSM-IV untersucht. Dabei wurde das Vorliegen von drei bis vier Kriterien als leichte, von fünf bis sechs Kriterien als mittlere und von sieben Kriterien als schwere Abhängigkeit eingestuft. 32% der Klienten fallen in die erste, 51% in die zweite sowie 17% in die dritte Kategorie.

Es zeigt sich ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Risikogruppe und Diagnose. Nur 8,2% der Hochrisikogruppe gegenüber 28,9% der Niedrigrisikogruppe weist weder eine Diagnose des schädlichen Gebrauchs noch der Abhängigkeit auf. Dagegen ist der Anteil der als abhängig diagnostizierten Klienten in der Hochrisikogruppe HR mit fast 90% am höchsten. Tendenziell steigt auch der Schweregrad der Abhängigkeit mit der Gruppe an, der Unterschied erreicht jedoch im χ^2 -Test das Signifikanzkriterium nicht ganz (Tabelle 37).

Tabelle 37: ICD-10-Diagnose auf der Basis schriftlicher Selbstangaben (FbS)

Diagnose	Gesamt		Klientengruppe			χ^2	df	p
	N	%	NR	MR	HR			
keine Diagnose	37	16,7	28,9	8,6	8,2	31,60	4	0,00
Missbrauch F12.1	32	14,5	14,4	27,6	4,1			
Abhängigkeit F12.2	152	68,8	56,7	63,8	87,7			
davon:								
leicht	49	22,2	35,3	48,6	20,3	8,97	4	0,06
mittel	77	34,8	49,0	37,8	59,4			
schwer	26	11,8	15,7	13,5	20,3			
Gesamt	223		90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente ab 3 Kriterien leicht (1), ab 5 Kriterien mittel (2), ab 7 Kriterien schwer (3). Angegeben sind gültige Prozentwerte

7.6.2 Einzelaspekte von missbräuchlichem und abhängigem Konsum in FbS

Die Analyse der Einzelitems, auf denen die Gesamtdiagnose beruht, gibt weiteren Einblick in die Situation und Problematik der Cannabisklienten. In Tabelle 38 werden die Häufigkeiten der einzelnen Diagnosekriterien dargestellt, die aufgrund der Selbstauskunft der Klienten erhoben wurde. Die Kriterien entstammen der Itemliste aus CIDI und stellen die Vereinigungsmenge der entsprechenden Items aus DSM-IV und ICD-10 dar.

Die Items gruppieren sich um mehrere Themenbereiche:

Toleranz und Entzugssyndrom

- 66% der Klienten haben die Erfahrung gemacht, dass die Drogeneffekte bei gleicher Dosis nachlassen. In der Gruppe HR steigt dieser Anteil auf 87%.
- 48% berichten von negativen Empfindungen bei Aussetzen des Konsums. Mit 66% gegenüber 32% betrifft dies Klienten der Gruppe HR sehr viel stärker als die der Gruppe NR.
- 52% haben Cannabis eingesetzt, um solche Effekte zu vermeiden. Auch hier sind die Klienten aus HR mit 70% gegenüber NR mit 37% deutlich häufiger betroffen.

Kontrollverlust

- 72% der Klienten haben die Substanz schon einmal in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt eingenommen (NR:56,5%; HR:89,6%),
- knapp die Hälfte haben zumindest einen Versuch zur Konsumreduktion hinter sich.

Konzentration auf die Substanz

- 63% haben viel Zeit und Energie auf die Droge verwendet (NR:55,2%; HR:80,6%)
- 51% haben wichtige andere Aktivitäten vernachlässigt (NR:48,2%; HR:64,2%)

Konsum trotz negativer Effekte

Trotz negativer Effekte wurde der Konsum fortgesetzt, es finden sich die folgenden Effekte

- Probleme im Bereich der Gesundheit haben 51% (NR:40,0%;HR:75,4%)
- Konflikte mit dem Partner habe 62% (NR:50,6; HR:67,2%)
- Probleme in Arbeit, Schule oder Haushalt haben 53%
- rechtliche Probleme haben 50%

Erfolgreiche Abstinenzversuche, Probleme in Arbeit, Schule oder Haushalt sowie Konsum trotz rechtlicher Probleme betreffen die drei Klientengruppen (Niedrigrisiko NR; Mittelrisiko MR; Hochrisiko HR) in gleicher Weise. Bei allen anderen Aspekten von Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch steigt der Umfang der Problematik mit der Risikoeinordnung des Klienten. Da die Zahl positiv beantworteter Items für die Diagnose Abhängigkeit in die Clusteranalyse zur Bildung der Klientengruppen NR, MR und HR eingegangen sind, spiegeln die deutlichen Unterschiede zwischen den drei Gruppen die gelungene Gruppenbildung wider (Tabelle 38).

Tabelle 38: Häufigkeit der zutreffenden Diagnosekriterien nach M-CIDI (ICD-10/DSM-IV) für Cannabis in den letzten 12 Monaten vor der Behandlung (FbS)

Diagnosekriterien	Gesamt		Klientengruppen			χ^2	df	p
	N	%	NR	MR	HR			
Abhängigkeit								
Mehr eingenommen oder über längeren Zeitraum als ursprünglich beabsichtigt	149	72,0	56,5	74,5	89,6	20,575	2	0,00
Häufiger erfolglos versucht, den Konsum zu verringern, ganz zu beenden, oder den anhaltenden Wunsch gehabt, den Konsum einzuschränken	103	48,8	47,1	46,4	52,9	0,690	2	0,71
Viel Zeit damit verbracht, eine bestimmte Droge / Substanz zu besorgen, zu konsumieren oder sich von ihrer Wirkung zu erholen	133	63,0	55,2	54,4	80,6	13,006	2	0,00
Wegen des Konsums wichtige Aktivitäten (z.B. Sport, Arbeit, Zusammensein mit Verwandten oder Freunden) eingeschränkt oder ganz aufgegeben	104	50,7	48,2	37,7	64,2	8,641	2	0,01
Trotz gesundheitlicher Probleme den Konsum fortgesetzt	103	50,7	40,0	37,7	75,4	24,303	2	0,00
Mehr einnehmen müssen, um die gleiche Wirkung zu erzielen bzw. bei gleicher Menge einen geringeren Effekt erlebt als früher	135	65,5	49,4	64,8	86,6	22,917	2	0,00
Beschwerden bei Konsum einer geringeren Menge als üblich oder gar keiner Einnahme erlebt	99	47,8	32,1	50,0	65,7	16,937	2	0,00
Substanz eingenommen, um Beschwerden zu vermeiden	108	52,2	36,9	53,6	70,1	16,568	2	0,00
Missbrauch/ Schädlichen Gebrauch								
Probleme in Arbeit, Schule oder Haushalt	109	52,7	49,4	49,1	59,7	1,973	2	0,37
Konsum trotz Verletzungsgefahr	49	23,8	21,4	16,4	32,8	4,956	2	0,08
Konsum trotz rechtlicher Probleme	103	49,8	44,7	55,4	51,5	1,652	2	0,44
Einnahme trotz Konflikte mit Partner, Familienmitglieder oder anderen Personen	129	62,0	50,6	73,2	67,2	8,448	2	0,02
Gesamt	223		90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

7.7 Sozialer und räumlicher Konsumkontext

Der Konsum von Cannabis findet häufig in einem sozialen Kontext statt. Der Durchschnittswert von 2,61 auf der Skala von 1 (nie) bis 3 (meistens) weist darauf hin, dass Konsum vor allem gemeinsam mit Freunden stattfindet. Andere Personengruppen innerhalb und außerhalb der eigenen Familie oder Partnerschaft sind deutlich seltener während des Konsums anwesend. An zweiter Stelle steht mit 2,13 der Konsum in Abwesenheit anderer.

Signifikante Unterschiede im sozialen Kontext des Cannabiskonsums finden sich zwischen den drei Klientengruppen am deutlichsten in Hinblick auf den Konsum allein und den Konsum zusammen mit Freunden. Beides tritt bei den Hochrisikoklienten (HR) signifikant häufiger auf als bei den Niedrigrisikoklienten (NR) (Tabelle 39).

Tabelle 39: Sozialer Kontext des Konsums nach Klientengruppen (FbS)

Konsum zusammen mit .. Nie(1) ... meistens(3)	Gesamt N	Klientengruppen			F	df	p	Post hoc			
		NR M	MR M	HR M				NR MR	NR HR	MR HR	
Freunden	204	2,61	2,43	2,68	2,78	6,19	203	0,00		*	
Bekannten	197	1,77	1,67	1,80	1,88	1,64	196	0,20			
Partner/Partnerin	195	1,48	1,33	1,55	1,61	2,77	194	0,07			
Geschwistern	193	1,12	1,13	1,10	1,14	0,18	192	0,84			
Unbekannten	199	1,56	1,43	1,67	1,62	3,60	198	0,03	*		
Alleine	201	2,13	1,91	2,09	2,43	11,1	200	0,00		*	*
Gesamt	223		90	58	72						

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
* Vergleiche signifikant auf 5% Niveau

Die häufigste Umgebung, in der Cannabiskonsum stattfindet, ist das private Umfeld. Mit im Mittel 2,36 findet der Konsum besonders häufig zu Hause statt. Daneben bietet die Wohnung von Freunden (2,42) oder private Parties (2,09) häufig die Gelegenheit für den Cannabiskonsum. Im öffentlichen Raum findet er vergleichsweise selten statt mit Ausnahme des Konsums im Freien (M=2,22). Nicht sehr häufig, aber dennoch nicht unproblematisch ist der Konsum im Auto (M=1,64) und am Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz (M=1,57).

Signifikante Unterschiede in der Häufigkeit, mit der Konsum in den verschiedenen Kontexten auftritt, finden sich für die drei Klientengruppen (NR, MR, HR) in den meisten Fällen. Insbesondere der Konsum im privaten und Bekanntenkreis, aber auch im Auto und im Umfeld von Arbeit nimmt mit dem Risikoverhalten zu. Die Zahl der verschiedenen Orte, an denen Konsum zumindest ab und zu stattfindet, nimmt von 4,79 (NR) nach 6,71(HR) mit dem Risikoverhalten signifikant zu (Tabelle 40).

Der Cannabiskonsum im Auto nimmt von 1,48 bei Klienten der Niedrigrisikogruppe (NR) über 1,60 in der Mittelrisikogruppe (MR) auf 1,88 in der Hochrisikogruppe (HR) zu. Der insgesamt signifikante Unterschied basiert vor allem auf der Differenz zwischen NR und HR. Die entsprechenden Werte für Cannabisgebrauch in Schule, Universität oder Betrieb erhöhen sich ebenfalls von 1,42 (NR) über 1,62 (MR) auf 1,71 für die problematischste Gruppe (HR) Mit zunehmend intensiveren Gebrauchsmustern geht also auch die „Punktnüchternheit“ in den Situationen verloren, in denen sie notwendig wäre, etwa um sicher am Straßenverkehr teilnehmen zu können bzw. seine intellektuelle Kapazität voll nutzen zu können. Die in Abschnitt 3.4.4 beschriebenen akuten Effekte des Cannabiskonsums auf die Psychomotorik ebenso wie auf die Merk- und Konzentrationsfähigkeit machen den Gebrauch der Substanz unter diesen Bedingungen besonders problematisch (Tabelle 40).

Tabelle 40: Räumlicher Kontext des Konsums in den Klientengruppen (FbS)

Konsum an folgenden Orten .. nie (1) .. meistens (3)	Gesamt N	Klientengruppen			F	df	p	Post hoc		
		NR M	MR M	HR M				NR MR	NR HR	MR HR
zu Hause	205	2,36	2,00	2,47	2,70	22,18	204	0,00	*	*
Auf privaten Parties	204	2,09	1,89	2,13	2,29	8,16	203	0,00		*
Bei Freunden	204	2,42	2,29	2,45	2,57	3,35	203	0,04		*
Im Auto	201	1,64	1,48	1,60	1,88	8,76	200	0,00		*
Raves (Open Air)	198	1,60	1,46	1,60	1,76	3,63	197	0,03		*
Disco/ Club/ Kneipe	201	1,57	1,47	1,67	1,62	1,78	200	0,17		
Konzerte/ Kino/ Theater	198	1,49	1,38	1,55	1,60	2,67	197	0,07		
Im Freien / Natur	206	2,22	2,08	2,31	2,33	3,71	205	0,03		
In Schule/ Uni/Arbeit	198	1,57	1,42	1,62	1,71	4,18	197	0,02		*
Gesamtzahl von Konsumorten	208	5,78	4,79	6,16	6,71	13,73	207	0,00		*
Gesamt	223		90	58	72					

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
* Vergleiche signifikant auf 5% Niveau

Über den Tag gesehen steigt der Anteil der Personen, die zum jeweiligen Zeitpunkt zumindest gelegentlich Cannabis konsumieren, kontinuierlich an. Am niedrigsten ist dieser Anteil direkt nach dem Aufstehen und am höchsten am Abend. Dies entspricht einerseits dem sedierenden Charakter von Cannabis, andererseits drückt sich hier wohl auch ein gewisses Maß an Selbstkontrolle im Umgang mit einer Substanz aus, welche die Tagesaktivitäten negativ beeinflussen kann.

Je später die Tageszeit, desto häufiger findet der Konsum von Cannabis statt. Mit 2,57 ist der Konsum am Abend am häufigsten zu finden, während der Gebrauch nach dem Aufstehen (1,94) bzw. am Vormittag (1,96) weniger häufig auftritt. Insbesondere in der Hochrisikogruppe (HR) hat sich dieses Konsumverhalten, das für die meisten Klienten eine adäquate Anpassung an die Anforderungen des Alltags darstellen dürfte, aber nivelliert. Konsum findet in dieser Gruppe über den Tag verteilt fast immer statt.

Für jede Tageszeit steigt der Konsum mit der Zunahme des Risikoverhaltens. Bemerkenswert ist dabei, dass die signifikanten Zunahmen fast ausschließlich aus den Unterschieden zwischen den Gruppen mit Mittelrisiko (MR) und Hochrisiko (HR) resultieren. Zwischen der Niedrigrisikogruppe (NR) und der Mittelrisikogruppe (MR) steigt lediglich der Konsum vor dem Einschlafen signifikant an. 81 Klienten gaben an, Cannabis auch noch zu anderen Zeiten zu konsumieren, die Häufigkeit dieser Nennungen steigt von NR nach HR signifikant an. Häufiger wurde dabei als Zeitpunkt „nachts“ (N=6), „immer“ (N=10) bzw. „nach Arbeit/ Schule/ Stress“ (N=6) genannt. Die Anzahl der Zeitpunkte, zu denen Konsum „ab und zu“ oder „meistens“ stattfindet, liegt für die Hochrisikogruppe mit im Mittel 4,49 deutlich höher als für die Gruppe NR mit 3,18 (Tabelle 41).

Tabelle 41: Konsumzeiten in den Klientengruppen (FbS)

Konsum zu den folgenden Zeiten .. nie (1) .. meistens (3)	Gesamt		Klientengruppen			F	df	p	Post hoc		
	N		NR	MR	HR				NR	NR	MR
			M	M	M				MR	HR	HR
Nach Aufstehen	187	1,94	1,73	1,72	2,33	14,93	186	0,00	*	*	
Vormittags	195	1,96	1,73	1,77	2,39	18,61	194	0,00	*	*	
Mittags	199	2,16	1,87	2,09	2,56	18,97	198	0,00	*	*	
Abends	205	2,75	2,57	2,78	2,93	8,23	204	0,00	*		
Vor dem Einschlafen	203	2,47	2,18	2,50	2,79	15,44	202	0,00	*	*	
Sonstige Zeiten	81	1,67	1,43	1,38	2,10	6,36	80	0,00			
Gesamtzahl von Konsumzeiten	206	3,99	3,18	4,02	4,94	25,74	205	0,00	*	*	
Gesamt	223		90	58	72						

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
* Vergleiche signifikant auf 5% Niveau

Die angestrebte Wirkung beim Konsum von Cannabis ist bei einem Mittelwert von 2,40 auf der Skala zwischen 1 (nie) und 3 (meistens) sehr häufig eine starke. Betrachtet man sich jedoch die Extremwerte, so werden die Unterschiede zwischen den verschiedenen Klientengruppen deutlich. Die Hochrisikogruppe (HR) sucht signifikant häufiger nach einem starken Effekt als die Niedrigrisikogruppe (NR). Über 50% der Cannabiskonsumanten bevorzugen meist eine starke und 37% eine mittlere Wirkung. In Hinblick auf den Wunsch nach einer starken Wirkung finden sich auch hier signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen. Während nur 38,1% in der Gruppe NR meistens eine starke Wirkung suchen, gilt dies für 75,0% der Gruppe HR. Ausdrücklich unerwünscht ist dieser Effekt umgekehrt bei 22,6% der Gruppe NR, aber nur 4,2% der Gruppe HR. Die gezielte Suche nach intensiver Wirkung ist im Zusammenhang mit den Forschungsergebnissen zur Abhängigkeit und zur Entwicklung von Toleranz von Cannabis zu sehen (Tabelle 42).

Tabelle 42: Bevorzugte Wirkung bei Cannabiskonsum in den Klientengruppen (FbS)

Gesuchte Wirkung nie (1) .. meistens (3)	Gesamt		Klientengruppen			F	df	p	Post hoc		
	N		NR	MR	HR				NR	NR	MR
			M	M	M				MR	HR	HR
Leicht	204	1,59	1,72	1,56	1,47	2,91	203	0,06			
Mittel	210	2,23	2,28	2,28	2,14	0,96	209	0,39			
Stark	213	2,40	2,15	2,37	2,71	12,66	212	0,00	*		
Gesamt	223		90	58	72						

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
* Vergleiche signifikant auf 5% Niveau

7.8 Soziale Rahmenbedingungen des Konsums

Bei 76% der Probanden weiß der Vater und bei 82% die Mutter Bescheid über den Drogenkonsum der Klienten. Allerdings wird dieser in der Regel nicht von ihnen akzeptiert. 72,5% der Väter und 59,9% der Mütter sind oder waren Raucher. 20% der Väter hatten schon ein-

mal Alkoholprobleme. Jeweils knapp 14% der Väter haben Erfahrungen mit Cannabis oder anderen Drogen. Bei den Müttern fallen die entsprechenden Anteile mit 8,3% bzw. 10,5% deutlich geringer aus. Ausgehend von der Altersverteilung der Klienten kann man bei den Eltern von einer Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahren ausgehen. Die Erfahrung mit Cannabis im Lebenszeitraum liegt in dieser Gruppe bei 16,9% (West) bzw. 2,8% (Ost), was der Größenordnung der Cannabiserfahrung unter den Eltern dieser Gruppe entspricht.

Der Vergleich zwischen den verschiedenen Klientengruppen ergibt keine signifikanten Unterschiede. Allerdings fallen einige Einzelvergleiche auf. Die Akzeptanz des Cannabiskonsums durch Mütter wie durch Väter liegt für die Hochrisikogruppe (HR) mit rund 23% am höchsten von allen Klientengruppen. Erfahrungen mit Cannabis finden sich unter den Eltern dieser Gruppe häufiger als in den beiden anderen Gruppen: 20,0% der Väter und 16,2% der Mütter weisen eine entsprechende Vorgeschichte auf. Der Effekt erreicht bei den Müttern statistische Signifikanz, bei Vätern ist zumindest ein Trend in diese Richtung festzustellen ($p=0,058$) (Tabellen 43, 44).

Tabelle 43: Rolle des Vaters in den Klientengruppen (FbS)

Status des Vaters	Gesamt		Klientengruppen			χ^2	df	p
	N	%	NR	MR	HR			
Weiß vom Cannabiskonsum des Kindes	202					2,61	4	0,63
Ja	153	75,7	72,8	73,2	81,5			
Nein	36	17,8	19,8	17,9	15,4			
Weiß nicht	13	6,4	7,4	8,9	3,1			
Akzeptiert Cannabiskonsum des Kindes	182					8,94	4	0,06
Ja	29	15,9	15,5	8,0	23,0			
Nein	135	74,2	76,1	74,0	72,1			
Weiß nicht	18	9,9	8,5	18,0	4,9			
Selbst Raucher	207					1,07	4	0,90
Ja	150	72,5	70,2	71,4	76,1			
Nein	49	23,7	26,2	25,0	19,4			
Weiß nicht	8	3,9	3,6	3,6	4,5			
Eigene Alkoholprobleme	204					2,95	4	0,57
Ja	41	20,1	24,1	13,0	20,9			
Nein	133	65,2	62,7	68,5	65,7			
Weiß nicht	30	14,7	13,3	18,5	13,4			
Eigener Cannabiskonsum	201					9,12	4	0,06
Ja	29	14,4	8,4	17,0	20,0			
Nein	138	68,7	68,7	64,2	72,3			
Weiß nicht	34	16,9	22,9	18,9	7,7			
Eigener Gebrauch anderer Drogen	204					5,22	4	0,27
Ja	28	13,7	14,5	10,9	15,2			
Nein	140	68,6	69,9	61,8	72,7			
Weiß nicht	36	17,6	15,7	27,3	32,4			
Gesamt	223		90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Tabelle 44: Rolle der Mutter in den Klientengruppen (FbS)

Status der Mutter	Gesamt		Klientengruppen			χ^2	df	p
	N	%	NR %	MR %	HR %			
Weiß vom Cannabiskonsum des Kindes	207					1,62	4	0,80
Ja	169	81,6	84,3	78,2	81,2			
Nein	29	14,0	12,0	18,2	13,0			
Weiß nicht	9	4,3	3,6	3,6	5,8			
Akzeptiert Cannabiskonsum des Kindes	193					4,98	4	0,29
Ja	31	16,1	12,8	12,2	22,7			
Nein	144	74,6	79,5	73,5	69,7			
Weiß nicht	18	9,3	7,7	14,3	7,6			
Selbst Raucher	207					4,94	4	0,29
Ja	124	59,9	61,4	54,5	62,3			
Nein	77	37,2	38,6	40,0	33,3			
Weiß nicht	6	2,9		5,5	4,3			
Eigene Alkoholprobleme	208					1,18	4	0,88
Ja	14	6,7	4,8	9,1	7,2			
Nein	180	86,5	88,1	83,6	87,0			
Weiß nicht	14	6,7	7,1	7,3	5,8			
Eigener Cannabiskonsum	206					12,05	4	0,02
Ja	17	8,3	2,4	7,5	16,2			
Nein	154	74,8	75,3	75,5	73,5			
Weiß nicht	35	17,0	22,4	17,0	10,3			
Eigener Gebrauch anderer Drogen	209					2,65	4	0,62
Ja	22	10,5	13,1	8,9	8,7			
Nein	153	73,2	71,4	69,6	78,3			
Weiß nicht	34	16,3	15,5	21,4	13,0			
Gesamt	223		90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Neben der Herkunftsfamilie spielt der Freundeskreis eine ganz besondere Rolle bei der Entwicklung von Drogenkonsum und Drogenproblemen. Die Cannabisklienten der Fragebogenstichprobe (FbS) haben mit durchschnittlich 15 Personen einen relativ großen Freundeskreis. Nur eine kleine Anzahl dieser Personen hat keinen Kontakt mit Cannabis. Durchschnittlich etwas mehr als zwei Personen im Freundeskreis haben früher Cannabis gebraucht, weitere etwa drei Personen haben es probiert. Die Zahl der Gewohnheitskonsumenten im Freundeskreis ist erheblich. 6,31 Personen im Durchschnitt konsumieren zum Erhebungszeitpunkt gewohnheitsmäßig, ohne nach Einschätzung des Klienten damit Problem zu haben. Weitere etwa 4 Personen zeigen das gleiche Konsumverhalten in Verbindung mit nicht näher spezifizierten Problemen.

Der Vergleich der drei Klientengruppen zeigt nur an einer Stelle signifikante Abweichungen: Die Zahl der problematischen Gewohnheitskonsumenten im Freundeskreis liegt bei den Klienten der Hochrisikogruppe (HR) signifikant höher als in den Vergleichsgruppen. Der deutlichste Abstand besteht zur Niedrigrisikogruppe NR, in der die Zahl dieser Freunde weniger als halb so groß ist (Tabelle 45).

Tabelle 45: Drogenerfahrung im Freundeskreis in den Klientengruppen (FbS)

Anzahl von Freunde ..	Gesamt		Klientengruppen			F	df	p	Post hoc		
	N	M	NR M	MR M	HR M				NR MR	NR HR	MR HR
Insgesamt	205	14,8	12,9	16,1	16,3	1,87	204	0,16			
.. die kein Cannabis konsumierten	195	2,34	2,05	3,73	1,58	3,01	194	0,05			
... die früher Cannabis konsumierten	194	2,27	2,18	2,72	2,00	0,52	193	0,60			
... die Cannabis probierten	190	2,81	2,74	3,96	1,98	2,80	189	0,06			
... die gelegentlich Cannabis konsumieren	197	4,27	4,35	4,85	3,72	0,63	196	0,53			
... die gewohnheitsmäßig ohne Probleme konsumieren	193	6,31	5,83	6,60	6,65	0,26	192	0,78			
... die gewohnheitsmäßig mit Problemen konsumieren	190	4,40	2,75	4,04	6,52	4,43	189	0,01			*
Gesamt	223		90	58	72						

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

* Vergleiche signifikant auf 5% Niveau

7.9 Probleme im Alltagsleben

Am häufigsten treten bei den Cannabisklienten auf einer Skale von 1 (oft) bis 4 (nie) Probleme im Zusammenhang mit Geldschwierigkeiten (M= 2,00) und Eltern (M=2,17) auf. Diese Werte variieren in aller Regel nicht mit dem Konsumrisiko der Probanden. Lediglich die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Schule und Arbeit sowie mit Partnerschaft zeigen signifikante Unterschiede zwischen den drei betrachteten Klientengruppen. Die Probleme steigen dabei mit der Intensität des Risikoverhaltens (Tabelle 46).

Tabelle 46: Alltagsproblemen („daily hazzles“) in den Klientengruppen (FbS)

traf vor Beginn der Betreuung zu oft (1) .. nie (4)	Gesamt		Klientengruppen			F	df	p	Post hoc		
	N	M	NR M	MR M	HR M				NR MR	NR HR	MR HR
Belastung durch Wohnverhältnisse	206	2,50	2,55	2,54	2,40	0,388	2	0,68			
Belastung durch Lage der Wohnung	207	2,89	2,80	3,15	2,81	2,042	2	0,13			
Spannungen mit Nachbarn	211	3,11	3,23	3,22	2,90	2,255	2	0,11			
positive Kontakte mit Nachbarn	209	2,12	2,08	2,19	2,11	0,175	2	0,84			
Belastung durch Schwierigkeiten in Schule/ Arbeit	210	2,28	2,44	2,37	2,01	3,461	2	0,03		*	
Arbeitsanforderungen gut bewältigt	208	2,27	2,20	2,31	2,31	0,341	2	0,71			
Schwierigkeiten mit Vorgesetzten/ Kollegen	208	2,40	2,55	2,41	2,21	2,031	2	0,13			
nach Schule/Arbeit erschöpft	206	2,09	2,22	2,06	1,96	1,294	2	0,28			
Belastung durch Arbeit zu Hause	208	2,67	2,75	2,72	2,55	0,816	2	0,44			
Belastung durch Geldschwierigkeiten	210	2,00	2,13	2,00	1,86	1,294	2	0,28			
positive Erlebnisse mit Geld	209	2,44	2,40	2,50	2,42	0,182	2	0,83			
positives Erleben von Freizeitaktivitäten	209	2,24	2,12	2,24	2,39	1,508	2	0,22			
Schwierigkeiten mit Freizeitgestaltung	208	2,36	2,48	2,31	2,26	0,925	2	0,40			
positives Erleben der Partnerschaft	194	2,71	2,72	2,68	2,73	0,24	2	0,98			
Probleme mit Partnerschaft	298	2,83	2,95	3,02	2,55	3,266	2	0,04			
positives Erleben von Kindern	173	3,67	3,66	3,82	3,57	1,313	2	0,27			
Probleme mit Kindern	170	3,72	3,70	3,82	3,68	0,606	2	0,55			
positives Erleben von Eltern	200	2,36	2,61	2,73	2,55	2,638	2	0,07			
Probleme mit Eltern	208	2,17	2,33	2,06	2,07	1,522	2	0,22			
positives Erleben von Geschwistern	204	2,71	2,72	2,62	2,75	0,261	2	0,77			
Probleme mit Geschwistern	206	2,92	3,06	2,81	2,84	1,313	2	0,27			
positives Erleben von Freunden	208	2,05	2,02	1,98	2,14	0,522	2	0,59			
Probleme mit Freunden	209	2,71	2,68	2,85	2,63	1,097	2	0,34			
Gesamt	223		90	58	72						

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

* Vergleiche signifikant auf 5% Niveau

7.10 Zusammenfassung

Um die Heterogenität der Klientel abzubilden wurde eine Clusteranalyse der Cannabisklienten der Fragebogenstichprobe (FbS) durchgeführt, da für diese Gruppe die größte Klientenzahl sowie eine große Zahl von Daten über unterschiedliche Teilaspekte von Konsum und Behandlung vorlag.

Die Gruppenbildung erfolgte auf der Grundlage von Merkmalen der Konsumintensität (Konsumtage während der letzten 30 Tage, Konsumvorgänge pro Konsumtag, Präferierte Wirkstoffstärken), der Einbettung des Konsums in den Alltag (Anzahl räumlicher und zeitlicher Konsumsituation) sowie der klinischen Relevanz des Cannabiskonsums (Zahl positiver Kriterien für Abhängigkeit).

Die aus einer hierarchischen Clusteranalyse abgeleitete Zahl von drei Clustern wurde in einer Clusterzentrenanalyse vorgegeben, in der sich 220 der 223 Cannabisklienten einer der drei Gruppen zuordnen ließ. Entsprechend der Merkmalsverteilung wurden die Gruppen als Niedrigrisikogruppe (NR) (N=90; 41%), Mittelrisikogruppe (MR) (N=58; 26%) und Hochrisikogruppe (HR) (N=72; 33%) bezeichnet.

Die unten dargestellten Unterschiede zwischen den Clustern sind in Bezug auf die Konsummuster, die in die Clusterbildung eingegangen sind, eine logische Folge des Verfahrens. Entsprechende Unterschiede zeigen eine gelungene Bildung von Klientenclustern an.

Demographische Merkmale

Die drei Klientengruppen unterscheiden sich in keinem der untersuchten soziodemographischen Merkmale. Unter den Klienten ist damit kein Zusammenhang zwischen Arbeits- und Bildungssituation und Risikoniveau festzustellen.

Konsumverhalten

Im Konsum selbst, aber auch seiner räumlichen, zeitlichen und sozialen Einbettung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Klientengruppen NR (Niedrigrisikogruppe), MR (Mittelrisikogruppe) und HR (Hochrisikogruppe), die sich in Ausmaß und Risikopotential ihres Konsums unterscheiden.

Der Konsum findet vor allem per Pfeife oder Cannabiszigarette statt, seltener oral in Tees, Milchgetränken oder Backwaren. In den höheren Risikogruppen ist der Gebrauch von Pfeife und Shillum häufiger. Die Entwicklung von Toleranz gegenüber dem Wirkstoff, die bei intensivem Konsum auftreten kann, verstärkt das Bedürfnis nach Zufuhr ausreichender Mengen der Substanz. Sowohl die Unterschiede in der Wahl der Applikationsweise als auch in der bevorzugten Cannabiszubereitung entsprechen dieser Motivationslage.

In der Hochrisikogruppe (HR) liegen häufiger Phasen exzessiven Konsums vor als bei den beiden anderen Gruppen. Die Konsumhäufigkeit pro Konsumtag liegt in dieser Gruppe signifikant höher und ist etwa dreimal so hoch wie in der Niedrigrisikogruppe (NR). Die Konsummengen pro Konsumvorgang unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Es zeigt sich eine mit der Intensität des Konsumverhaltens zunehmende Generalisierung des Suchtmittelkonsums im Alltag. Im Vergleich der drei Risikogruppen nimmt die Zahl der Gelegenheiten, der Orte und der sozialen Situationen von Stufe zu Stufe zu, in denen Konsum stattfindet. Konsum in Abwesenheit anderer Personen findet sich signifikant häufiger in der Hochrisikogruppe (HR). Besonders kritisch ist zu bewerten, dass „Punktnüchternheit“ in Schule und im Straßenverkehr („im Auto“) mit dem Risikoverhalten weniger häufig auftritt.

Diagnosen

Der Anteil der Abhängigkeitsdiagnosen steigt mit der Risikogruppe signifikant an, die Häufigkeit mittlerer und schwerer Abhängigkeiten zeigt eine Tendenz in die gleiche Richtung. Die Erfahrung von Entzugserscheinungen ist in der Hochrisikogruppe HR mit 65,7% doppelt so häufig wie in der Niedrigrisikogruppe mit 32,1%. Auch in den meisten anderen Teilaspekten von Abhängigkeit findet sich das gleiche Muster.

Soziale Bedingungen

Mit 75% der Väter und 82% der Mütter wissen erstaunlich viele Eltern über den Cannabis-konsum ihres Kindes in ambulanter Betreuung Bescheid. Dies gilt in gleicher Weise für Can-nabisklienten mit hohem wie niedrigem Risikoverhalten. Drei Viertel der Eltern akzeptieren den Konsum jedoch nicht. Häufig sind sie ein wichtiger Grund für die Aufnahme einer Be-handlung.

Nicht wenige Eltern haben eine eigene Vorgeschichte mit Suchtmitteln als Raucher (Mehr als 70% der Väter, 60% der Mütter). Rund 20% der Väter haben oder hatten Probleme mit Alko-hol, 14% haben selbst schon Cannabis oder andere Drogen gebraucht. Die entsprechenden Anteile für die Mütter liegen bei 7% (Alkohol), 8% (Cannabis) bzw. 11% (Andere Drogen). Nur in einem einzigen Fall weisen diese Merkmale einen signifikanten Unterschied zwischen den Klientengruppen auf: In der Hochrisikogruppe HR liegt der Anteil der Mütter mit eige-nem Cannabiskonsum mit 16% signifikant deutlich über den Werten für die Gruppe NR (2%) und MR (8%).

Während das Elternhaus die Vorbedingungen für die Entstehung von Drogenkonsum prägt, ist es häufig die Gruppe der gleichaltrigen Peers, die im kritischen Alter den Zugang zu den Drogen ermöglicht und die Motivationslage ebenso wie das Konsumverhalten massiv beein-flusst. Bei einem Freundeskreis von im Mittel knapp 15 Personen finden sich immerhin im Mittel 6,3 Personen, die Cannabis gewohnheitsmäßig *ohne* Problem konsumieren. Der Kon-sum von Cannabis ist in dem Freundeskreis der Klienten eher die Norm als die Ausnahme: nur 2,3 Personen haben noch nie Cannabis konsumiert. Die Klientengruppen weisen einen signifikanten Unterschied in der Zahl der Freunde auf, die Cannabis „gewohnheitsmäßig *mit* Problemen“ konsumieren. Diese Zahl liegt in der Hochrisikogruppe (HR) mehr als doppelt so hoch wie in der Niedrigrisikogruppe (NR).

Alltagssituation

Die Alltagssituation der Cannabisklienten beim Beginn ihrer Betreuung wurde mit Hilfe des Fragebogens zu Alltagsproblemen („daily hassles“) erfasst. Da eine adäquate Eichstichprobe für diese Items bisher noch aussteht, geht es in erster Linie darum, verschiedene Lebensbereiche vergleichend zu betrachten und die Situation der drei Klientengruppen (Niedrigrisiko NR, Mittelrisiko MR, Hochrisiko HR) zu vergleichen. Am häufigsten finden sich Belastungen in Bezug auf finanzielle Probleme, Schule und Arbeit sowie den sozialen Umgang mit Eltern, Freunden und Partnern. Die Hochrisikogruppe (HR) fühlt sich durch Arbeit und Schule signifikant stärker belastet als die Niedrigrisikogruppe NR. Partnerschaftsprobleme sind häufiger in den Gruppen MR und HR zu finden als in NR.

8 Charakteristika von Cannabisklienten im Vergleich mit anderen Klientengruppen

8.1 Einführung

Cannabiskonsum ebenso wie die Betreuung in der ambulanten Beratungsstelle findet eingebettet in die Lebenssituation der Klienten statt, die entsprechend beachtet und berücksichtigt werden muss. Ein Vergleich mit den beiden anderen großen Klientengruppen in ambulanter Betreuung – den Personen mit einer Alkohol- bzw. einer Opiatproblematik – soll die Einschätzung des Behandlungsbedarfs erleichtern. Die Datenbasis für diese Analyse sind die publizierten Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) sowie die Daten der Fragebogenstichprobe (FbS).

8.2 Charakteristika

Etwa 45% der Cannabisklienten⁷ leben selbständig in einer eigenen Wohnung – deutlich weniger als unter den Klienten mit einem Alkohol- oder Opiatproblem. Der Unterschied erklärt sich jedoch weitgehend aus dem unterschiedlichen Durchschnittsalter der beiden Personengruppen. Im Vergleich zu Klienten mit primären Problemen mit Bezug auf Alkohol ist der Anteil der Personen, die in Einrichtungen des betreuten Wohnens untergebracht sind, mit 7,2% unter den Cannabisklienten relativ groß. Knapp 5% befinden sich bei Betreuungsbeginn in einer Justizvollzugsanstalt. Aufgrund ihres jungen Alters leben viele dieser Klienten noch mit ihren Eltern zusammen – knapp ein Drittel in der Fragebogenstichprobe (FbS) und über 40% in der Gesamtheit der DSHS. Dies gilt nur für 7,8% der Alkohol Klienten und 24,3% der Opiat Klienten (Tabelle 47).

Tabelle 47: Wohnsituation bei Cannabisklienten im Vergleich (FbS, DSHS)

Wohnsituation	FbS		DSHS			
	N	%	Cannabis		Zum Vergleich	
			N	%	Alkohol	Opioide
				%	%	
selbständiges Wohnen	80	60,2	1495	45,0	85,8	53,0
bei Angehörigen/ Eltern	41	30,8	1350	40,6	7,8	24,3
betreutes Wohnen/ Heim	7	5,3	238	7,2	2,8	5,1
JVA	3	2,3	156	4,7	2,1	13,8
Sonstiges	2	1,6	85	2,6	1,5	3,8
Gesamt	223	100	3700	100	100	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
Quelle: Strobl 2003

27,2% der Cannabisklienten gehen bei Betreuungsbeginn noch zur Schule oder haben bisher keinen Schulabschluss vorzuweisen. Die Vergleichswerte liegen für Alkohol Klienten bei

⁷ Zur Definition der Begriffe „problematischer Konsum“, „Cannabisklient“, „Cannabiskonsum“ siehe Abschnitt 3.2, die Kürzel sind im Abkürzungsverzeichnis auf Seite IX zu finden.

4,1% und für Opiatklienten bei 15,6%. Der im Vergleich zur DSHS erhöhte Altersdurchschnitt in der Untersuchungsstichprobe erklärt den niedrigeren Anteil von Klienten in Schulausbildung in dieser Teilgruppe. Liegt ein Schulabschluss vor, so handelt es sich am häufigsten um einen Hauptschulabschluss (38,8%). Etwa ein Viertel der Klientel weist einen mittleren Bildungsabschluss auf, rund 5% (Fach-)Abitur. Entsprechend des unterschiedlichen Durchschnittsalters ist der Vergleich mit den Hauptdrogen Alkohol oder Opioide vor allem für die Abschlüsse sinnvoll, die im etwas jüngeren Alter und damit in der Regel vor dem Beginn der Betreuung erreicht werden (Tabelle 48).

Tabelle 48: Schulabschluss bei Cannabisklienten im Vergleich (FbS, DSHS)

Schulabschluss	FbS		DSHS			
	N	%	Zum Vergleich			
			Cannabis N	Alkohol %	Opioide %	Opioide %
in Schulausbildung	30	23,4	1495	27,2	4,1	15,6
davon in :			--	--	--	--
Hauptschule /Hauptschulzweig	2	1,6	--	--	--	--
Realschule / Realschulzweig	9	7,0	--	--	--	--
Gymnasium	5	3,9	--	--	--	--
Beruflich-betrieblicher Ausbildung (Lehre)	3	2,3	--	--	--	--
Sonstiges / keine Angaben	11	8,6	--	--	--	--
ohne Schulabschluss	6	4,7	--	--	--	--
Sonderschulabschluss	2	1,6	1350	2,3	3,1	2,8
Haupt-/ Volksschulabschluss	49	38,3	1350	38,8	49,1	59,0
Realschulabschluss/ Polytech.	33	25,8	1350	25,3	33,1	17,8
(Fach-) Abitur	6	4,7	238	4,9	5,4	3,4
Hochschulabschluss	2	1,6	156	0,9	4,6	1,0
anderer Schulabschluss	0	0,0	85	0,5	0,5	0,5
Gesamt	223	100	3700	100	100	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Etwa ein Drittel der Klienten ist bei Beginn der Betreuung erwerbstätig, 11,2% sind arbeitslos. Jeweils etwa ein Viertel von ihnen sind in beruflicher oder schulischer Ausbildung. Im Vergleich hierzu ist die Erwerbssituation bei Klienten mit einem primären Alkoholproblem deutlich anders. Mehr als zwei Drittel von ihnen sind erwerbstätig. Allerdings liegt auch die Quote der Arbeitslosen für diese Klientengruppe höher (Tabelle 49).

Tabelle 49: Erwerbstätigkeit (FbS, DSHS)

	FbS		DSHS			
	N	%	Cannabis		Alkohol	Opioide
			N	%	%	%
Erwerbstätiger	44	33,3	988	30,5	67,3	46,2
Auszubildender	31	23,5	761	23,5	1,8	5,1
Arbeitsloser	10	7,6	364	11,2	15,1	18,9
Schüler/ Student	37	28,0	791	24,4	0,9	3,1
Erwerbsloser	10	7,6	305	9,4	13,9	23,8
Sonstiges	0	0,0	28	0,9	1,0	2,9
Gesamt	223	100	3700	100	100	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
Quelle: Strobl 2003

Weitere Angaben liegen zu Klienten in der Fragebogenstichprobe (FbS) vor. Der Schwerpunkt liegt bei der beruflichen Stellung bei Arbeitern (29,6%) und Facharbeitern (22,2%), 7,3% sind Angestellte oder Beamte. Als monatliches Netto-Einkommen wird durchschnittlich knapp 600 Euro angegeben. Die hohe Variationsbreite bei diesem Wert (FbS: M=588; SD=806, N=201) macht deutlich, dass hier Taschengeld und Lehrlingsgehalt ebenso wie normale Gehälter berücksichtigt sind.

8.3 Zusammenfassung

Ein Vergleich der Cannabisklienten mit betreuten Personen, bei denen Alkohol bzw. Opiate im Vordergrund standen wurde auf der Basis der Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) und der Fragebogenstichprobe (FbS) angestellt.

Der „typische“ Cannabisklient in ambulanter Suchtbehandlung ist männlich, deutscher Staatsbürger und zwischen 20 und 25 Jahren alt. Geschlechts- wie Altersverteilung entsprechen weitgehend den Daten aus anderen europäischen Ländern. Jeweils etwa ein Viertel der Cannabisklienten befindet sich bei Betreuungsbeginn in Schul- bzw. Berufsausbildung, etwa ein Drittel ist berufstätig. Der Anteil der Arbeitslosen liegt bei mehr als 20% und damit vergleichsweise hoch.

Die wichtigsten Unterschiede zwischen Cannabisklienten und Klienten mit einem primären Alkohol- oder Opiatproblem erklären sich vor allem aus dem unterschiedlichen Alter dieser Personengruppen. Das Durchschnittsalter der Alkoholklienten liegt bei 42,2 Jahren, bei Opiatklienten bei 28,4 Jahren. Das Durchschnittsalter der Cannabisklienten in der Deutschen Suchthilfestatistik beträgt dagegen 21,8 Jahre (Welsch 2002). Entsprechend wohnen die Cannabisklienten seltener selbständig (Cannabis: 45%; Alkohol: 86%, Opiate: 53%), sind häufig noch in Schulausbildung (Cannabis: 27%; Alkohol: 4%, Opiate: 16%) und nicht erwerbstätig (Cannabis: 31%; Alkohol: 67%, Opiate: 46%) Das Durchschnittseinkommen liegt bei unter 600€, variiert jedoch stark. Dies ist darauf zurückzuführen, dass ein Teil der Klienten lediglich Taschengeld, ein anderer Teil relativ niedrige Gehälter während ihrer Ausbildung erhalten. Daneben ist ein Teil der Klienten arbeitstätig und weist einen entsprechend höheren Verdienst auf.

Im Vergleich zu den Alkohol- und Opiatklienten in ambulanter Betreuung zeichnen sich die Klienten mit primären Cannabisstörungen durch ein recht junges Alter aus. In der Konsequenz spielt die Familie, die Loslösung vom Elternhaus, aber auch schulische und berufliche Ausbildung eine sehr große Rolle. Mit der Intensität der Problematik steigen die sozialen Probleme, aber auch die Schwierigkeiten im Leistungsbereich. Insbesondere die Ausbildungsaspekte, die bei der Betreuung von Alkohol- und Opiatklienten oft nur eine untergeordnete Rolle spielen, sind in dieser Klientel von ganz besonderer Bedeutung.

9 Entspricht das Betreuungsangebot dem Bedarf?

9.1 Einleitung

Der objektiven Situation des Klienten und seinen subjektiven Bedürfnissen steht das vorhandene Betreuungsangebot gegenüber. Die Qualität des Angebots hat wichtige Auswirkungen auf die Erreichung von hilfebedürftigen Personen, auf den Therapieerfolg und die Klientenzufriedenheit. Die Übereinstimmung von Betreuungsbedarf, subjektivem Bedürfnis und Betreuungsangebot wird in diesem Kapitel geprüft.

Zur Beantwortung der Fragestellungen werden die Angaben der Klienten aus der Fragebogenstichprobe (FbS) genutzt, die an einigen Stellen durch Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) ergänzt werden. Die Bewertung der Mitarbeiter der Einrichtungen basiert auf den Angaben in der Mitarbeiterstichprobe (MaS).

9.2 Motivation und Ziele für den Besuch der Beratungsstelle

In Tabelle 50 sind die Gründe für den Besuch in der Einrichtung genannt, die der Klient in der Befragung angibt. 36% geben an, aus eigenem Antrieb, 37% wegen der Eltern und 26% wegen der Polizei die Einrichtung aufgesucht zu haben. 15% nennen als Ziel die Erfüllung von Auflagen der Straßenverkehrsbehörden und 24 % richterliche Auflagen.

Knapp ein Drittel der Klienten will Hilfe bei der Reduktion des Cannabiskonsums und knapp die Hälfte bei dem Versuch, den Konsum zu beenden. Auffällig ist der relativ hohe Anteil von Klienten, die eher drogenunspezifische Wünsche an die Betreuung haben. Bei 35,9% stehen andere Lebensprobleme im Vordergrund.

Die genannten Gründe der drei untersuchten Klientengruppen (vgl. Kapitel 7) unterscheiden sich nur an zwei Stellen signifikant voneinander: Je riskanter das Konsummuster, desto häufiger sucht der Klient Hilfe bei der Reduktion des Konsums von Cannabis bzw. im Umgang auch mit anderen Drogen (Tabelle 50).

Tabelle 50: Behandlungsmotivation und –ziele (FbS) (Mehrfachnennungen)

	Gesamt		Klientengruppen			χ^2	df	p
	%	N	NR %	MR %	HR %			
Grund für den Besuch ist ...								
Eigener Antrieb	35,7	79	35,6	29,3	41,4	1,957	2	0,38
Eltern	36,7	81	33,3	34,5	42,5	1,607	2	0,45
Partner(in)	12,7	28	8,9	12,1	17,8	2,924	2	0,23
Freunde / Bekannte	10,0	22	10,0	13,8	6,8	1,739	2	0,43
Lehrer(in) / Chef(in)	9,5	21	11,1	8,6	8,2	0,463	2	0,79
Polizei	25,8	57	24,4	29,3	24,7	0,510	2	0,78
Ziel ist ..								
Hilfe zu bekommen bei....								
Konsumreduzierung	30,9	68	21,1	31,0	43,1	9,029	2	0,01
Aufhören	47,3	104	48,9	41,4	50,0	1,117	2	0,57
anderen Drogen	28,6	63	17,8	32,8	38,9	9,378	2	0,01
Anderen Lebens- problemen	35,9	79	40,0	27,6	37,5	2,479	2	0,29
Auflagen zu erfüllen								
Straßenverkehr	15,5	34	20,0	10,3	13,9	2,717	2	0,26
durch Richter auferlegt	24,1	53	24,4	27,6	20,8	0,811	2	0,67
sonstige	11,4	25	6,7	13,8	15,3	3,406	2	0,18
Wünschen Dritter nachzukommen								
Eltern	38,6	85	34,4	37,9	44,4	1,704	2	0,43
Partner(in)	15,5	34	11,1	17,2	19,4	2,318	2	0,31
Freunde / Bekannte	10,5	23	6,7	12,1	13,9	2,448	2	0,29
Lehrer(in) / Chef(in)	7,7	17	7,8	6,9	8,3	0,094	2	0,95
Gesamt		223	90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Neben der standardisierten Erhebung der Klientenmotivation für den Besuch der Beratungsstelle wurden die Klienten auch in einer offenen Form nach ihren Motiven und dem Anlaß der Betreuung gefragt. Ihre Antworten wurden qualitativ ausgewertet und sind in Tabelle 51 aufgeführt. Von den 223 Personen in der Fragebogenstichprobe (FbS) gaben 174 einen Grund, 125 Personen zwei Gründe und 80 Personen drei Gründe für den Besuch der Beratungsstelle an. Die Aussagen wurden zu Kategorien zusammengefasst und in der Darstellung auf die gültigen Aussagen prozentual bezogen. Bei der Gesamtdarstellung sind Mehrfachnennungen enthalten.

Das Gesamtbild der Behandlungsmotive zeigt folgendes: Etwa 28% der Klienten wollen den Drogenkonsum beenden, 31% zumindest deutlich reduzieren. 47% möchten Probleme im sozialen Umfeld, 18% im Bereich Arbeit und 10% im Bereich Gesundheit lösen. Strafrechtliche Auflagen und Maßnahmen spielen bei knapp 29%, speziell der Führerschein bei 11% eine wichtige Rolle bei der Aufnahme der Behandlung.

Betrachtet man die Gründe zum Besuch der Einrichtungen (Tabelle 51), die an erster Stelle standen, so findet man eine Reihe von Detailergebnissen: Strafrechtliche Maßnahmen stehen häufig im Vordergrund. Bei mehr als jedem fünften Fall gaben sie den Anstoß für die Betreuung. Das persönliche Umfeld hat mit 17% ebenfalls einen großen Einfluss auf die Motivation des Klienten. Vorwiegend die Eltern sind der Motor für die Therapieaufnahme der eher jungen Klienten, aber auch der Wiederaufbau eines guten Verhältnisses zu Freunden und zum Lebenspartner wird oft genannt: 12% der Befragten äußern den Wunsch nach professioneller Hilfe. Die Rückgabe des Führerscheins, die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit, die Erreichung eines Schul- und Ausbildungsabschlusses, die Erlernung von Problembewältigung und der Ausbau sozialer Kompetenzen sowie die Selbstreflektion über die Ursache des Drogenkonsums sind Themen, die jeweils von relativ wenigen Klienten als die wichtigsten Gründe für den Besuch der Einrichtung genannt wurden.

An erster Stelle steht als Motiv die Einschränkung (19,0%) oder die Beendigung des Drogenkonsums oder, positiv formuliert, ein Lebensalltag ohne Drogen(16,7%). Der Wunsch, sein Leben „wieder in den Griff zu bekommen“ wird häufig geäußert (Tabelle 51).

Tabelle 51: Wichtige Gründe für den Besuch der Einrichtung (FbS)

Gründe zum Besuch der Einrichtung	Rang 1 %	Rang 2 %	Rang 3 %	Gesamt
Einschränken des Drogenkonsums	19,0	10,3	1,7	31,0
Neuanfang: Lebensalltag ohne Drogen	16,7	10,9		27,6
Pers. Umfeld: Familie, Freunde, Lebenspartner	16,7	19,0	11,5	47,1
Erlernung sozialer Kompetenz/Ressourcen Problembewältigung	4,6	2,3	3,4	10,3
Angst vor einem sozialen Abstieg	0,6	2,3	1,1	4,0
Therapie / Professionelle Beratung erwünscht	12,1	10,3	3,4	25,9
Strafrechtliche Auflagen und Maßnahmen	21,8	2,9	4,0	28,7
Führerschein	6,9	1,7	2,3	10,9
Gesundheit	6,3		4,0	10,3
Ausbildung: Schule, Lehre, Beruf	5,2	5,2	7,5	17,8
Selbsterkenntnis: „Warum nehme ich Drogen?“	4,0			4,0
Informationswunsch über Drogen-/Cannabiskonsum		6,3	4,6	10,9
Finanzielle Probleme		0,6	1,7	2,3
Gesamt				174

*Missing values: 49; die Antworten von einem Klienten können zu verschiedenen Kategorien zusammengefasst werden, so dass die Gesamt-N nicht gleich der Summe der Einzel-Ns sein muß bzw. Einzelaussagen, die nicht in Hauptkategorien zusammengefasst werden können, wurden nicht berücksichtigt.

In der Gesamtstatistik der Deutschen Suchthilfestatistik zeigt sich beim Zugang und bei den Aufnahmegründen ein ähnliches Bild. Diese Daten werden als ergänzende Information herangezogen. Bei den Vermittlungen in ambulante Betreuung steht an erster Stelle die Vermittlung durch Freunde und Angehörige. Etwa jeder Vierte kommt daneben ohne Vermittlung. Etwa gleich häufig ist die Vermittlung durch Justizbehörden und Verwaltung. Hierzu zählen auch die Straßenverkehrsbehörden, die bei der Führerscheinerteilung wegen vermutetem oder bekanntem Cannabiskonsum Auflagen gemacht haben kann (Tabelle 52).

Tabelle 52: Vermittlung und Hauptdroge (FbS, DSHS)

Vermittlung durch	DSHS		FbS	
	Alkohol %	Opiate %	Cannabis %	Cannabis %
Ohne Vermittlung	23,4	42,1	22,5	25,0
Angehörige / Freunde / Bekannte	13,4	13,3	28,0	28,7
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	5,5	1,4	6,6	10,3
Andere Beratungsdienste	7,3	4,0	10,2	5,1
Justizbehörde / Soziale Verwaltung	12,9	14,6	20,8	24,3
Sonstiges	37,5	24,6	11,9	5,8
Gesamt	30.946	6.087	3.030	134

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
Quelle: Strobl et al. 2002

Etwa drei Viertel aller Klienten kommen laut der Deutschen Suchthilfestatistik primär freiwillig wegen eines Cannabisproblems in Behandlung. Diese Prozentwerte entspricht der Situation bei Opiatklienten, während bei Klienten mit Alkoholproblemen der Anteil der Freiwilligen um rund 10 Prozentpunkte höher liegt. Während bei Opiaten jedoch vor allem das Betäubungsmittelgesetz eine wichtige Rolle bei der Aufnahme in Behandlung spielt, spielen bei Cannabis andere strafrechtliche Grundlagen eine wichtigere Rolle (Tabelle 53).

Tabelle 53: Aufnahmegrund und Hauptdroge (FbS, DSHS)

Aufnahmegrund	DSHS		FbS	
	Alkohol %	Opiate %	Cannabis %	Cannabis %
Freiwillige Behandlung	90,3	80,4	75,8	75,0
§§ 35 - 38 BtmG	0,2	10,1	5,5	4,0
Andere strafrechtliche Grundlage	3,8	5,8	11,6	16,9
Zivilrechtliche Grundlage	4,0	1,1	2,3	2,4
Sonstige Gründe	1,6	2,5	4,9	1,6
Gesamt	28.492	5.290	2.830	122

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
Quelle: Strobl et al. 2002

9.3 Änderungsbereitschaft auf Seiten der Klienten

Betreuungsangebote für substanzbezogene Störungen treffen auf Seiten des Klienten auf eine unterschiedlich ausgeprägte Bereitschaft, diese Angebote anzunehmen und entsprechend mitzuarbeiten (Prochaska, DiClemente, Norchos, 1992). Erfolgreiche Betreuung muss die unterschiedliche Motivation berücksichtigen. Das Ausmaß der Behandlungsbereitschaft wurde mittels der 12-Item-Skala von Rollnick, Heather, Gold und Hall (1992) in der deutschen Version (Hannöver, Thyrian, Rumpf, Meyer, Hapke & John, 2002) erhoben.

In Tabelle 54 sind die Ergebnisse auf Itemebene dargestellt. Die interne Konsistenz dieser Skala beträgt $\alpha=0,517$. Der Wert liegt etwas niedriger als die Vergleichszahlen, die in der Literatur diskutiert werden (Heydenreich & Hoyer 2001). Diese 12 Items lassen sich zu drei Skalen zusammenfassen. Dabei definieren Item 1,12,5,10 die Skala „Precontemplation“, die Items 3,4,8,9 die Skala „Contemplation“ sowie die Items 2,6,7 und 11 die Skala „Action“.

Entsprechend dieser Skalenbildung befinden sich 22% in der Precontemplation-, 59% in der Contemplation- und 19% in der Actionphase. Die Verteilung weist insgesamt darauf hin, dass Vorüberlegungen zu einer Therapie des Substanzgebrauchs sehr viel häufiger im Mittelpunkt des Klienteninteresses stehen als der Wunsch nach einer tatsächlichen Verhaltensänderung. Dies entspricht der Feststellung der Praktiker, dass die Behandlungsmotivation der Cannabis-klienten oft schwierig bzw. nicht ausreichend zur Durchführung einer normalen Betreuung ist. Die Aufgabe der therapeutischen Mitarbeiter müsste damit in der Mehrzahl der Fälle eher Zielfindung und Motivation als Therapie im engeren Sinne sein.

Tabelle 54: Einstellung zu Drogen (FbS)

	Inhalt	Gesamt			Klientengruppen			F	df	p
		N	M	SD	NR M	MR M	HR M			
1	nicht viel Drogen konsumiert	212	2,94	1,45	2,89	3,25	2,76	1,882	2	0,16
2	versucht Drogenkonsum zu reduzieren	212	3,23	1,46	3,20	3,16	3,31	0,199	2	0,82
3	nahm gerne Drogen	212	3,51	1,35	3,26	3,65	3,72	2,725	2	0,07
4	manchmal überlegt weniger oder keine Drogen zu nehmen	213	3,45	1,40	3,45	3,29	3,58	0,683	2	0,51
5	über Drogenkonsum nachzu-denken ist Zeitverschwendung	212	2,46	1,43	2,44	2,55	2,42	0,156	2	0,86
6	vor kurzem Drogenkonsum eingeschränkt	211	2,83	1,51	2,86	2,80	2,81	0,032	2	0,97
7	etwas unternommen gegen illegalen Drogenkonsum	210	3,11	1,51	3,20	3,07	3,03	0,277	2	0,76
8	an einem Punkt gelangt, keine oder weniger Drogen zu nehmen	213	3,69	1,44	3,50	3,61	3,97	2,234	2	0,11
9	Drogenkonsum war manchmal ein Problem	208	3,57	1,38	3,37	3,57	3,80	1,860	2	0,16
10	es ist eine Notwendigkeit über eine Änderung des Konsums nachzudenken	210	2,28	1,31	2,46	2,29	2,04	2,037	2	0,13
11	gerade dabei gewesen Konsum einzuschränken, aufzuhören	213	3,14	1,42	3,35	2,93	3,04	1,740	2	0,18
12	keinen Sinn gesehen, um den Drogenkonsum aufzugeben	212	3,58	1,40	3,59	3,39	3,70	0,778	2	0,46
	Gesamt	223			90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Die Änderungsbereitschaft unterscheidet sich zwischen den Klientengruppen (Niedrigrisikogruppe NR, Mittlerisikogruppe MR, Hochrisikogruppe HR) signifikant ($\chi^2=9,924$; $df=4$; $p=0,042$). Insbesondere ist der Anteil der Klienten in der Phase der Überlegung (Contemplation) in der Gruppe HR deutlich höher, der Anteil in der Phase der Vorüberlegung (Precontemplation) deutlich niedriger als insbesondere in der Gruppe NR. Die Klienten der Hochrisikogruppe sind damit häufiger mit konkreteren Therapieplänen befasst als die Personen der anderen beiden Teilgruppen (Tabelle 55).

Tabelle 55: Phase der Therapiemotivation und Klientengruppe (FbS)

Phasen	%	N	Klientengruppe			χ^2	df	p
			NR	MR	HR			
			%	%	%			
Precontemplation	21,7	39	31,3	22,0	11,1	9,924	4	0,04
Contemplation	58,9	106	46,3	62,0	69,8			
Action	19,4	35	22,4	16,0	19,0			
Gesamt	100	210	90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

9.4 Maßnahmen und Verlauf der Betreuung

Bei drei von vier Klienten in der Fragebogenstichprobe (FbS) wird im Rahmen der Betreuung in der Einrichtung eine Untersuchung durchgeführt, um den Hilfebedarf und die Ausgangslage exakt zu erfassen. In fast jedem Fall werden Einzelberatungen, in 60% der Fälle Partner- oder Familienberatungen durchgeführt. In der Hälfte der Fälle fanden Gruppenberatungen oder Kriseninterventionen statt. Hilfen in verschiedenen Lebensbereichen sind ein wichtiger Aspekt der Tätigkeit der Beratungsstellen im Umgang mit Cannabisklienten. In etwas mehr als jedem fünften Fall wird eine stationäre Betreuung eingeleitet und vorbereitet.

Auffällig ist, dass sich die Maßnahmen zwischen den drei Risikogruppen – bis auf eine Ausnahme (Niedrigrisikopersonen erhalten weniger Kriseninterventionen) – nicht unterscheiden (Tabelle 56).

Tabelle 56: Maßnahmen und Klientengruppe (Mehrfachnennungen) (FbS)

Maßnahmen	Gesamt		Klientengruppen			χ^2	df	P
	%	N	NR	MR	HR			
	%	N	%	%	%			
Psych./med./soz. Untersuchung	76,1	54	68,8	84,6	80,8	1,778	2	0,41
Krisenintervention	47,2	25	15,0	70,0	65,2	13,404	2	0,00
Einzelberatung	98,5	115	98,0	100,0	97,6	0,584	2	0,75
Gruppenberatung	46,7	28	50,0	46,2	40,0	0,412	2	0,81
Partner-/Familienberatung	59,3	32	50,0	90,0	55,0	4,917	2	0,09
Einzeltherapie	32,7	16	40,0	30,0	21,4	1,448	2	0,49
Gruppentherapie	16,7	7	22,7	0,0	15,4	¹⁾	--	0,44
Partner-/Familientherapie	5,0	2	5,0	12,5	0,0	¹⁾	--	0,58
Aufsuchende Betreuung	15,9	7	17,4	25,0	7,7	¹⁾	--	0,52
Seelsorge/Sterbebegleitung	2,6	1	5,3	0,0	0,0	--	--	--
Beistand vor Gericht/Polizei	18,6	8	13,6	14,3	28,6	¹⁾	--	0,31
Hilfen beim Umgang mit Behörden	49,1	26	44,0	66,7	47,4	1,394	2	0,50
Hilfen im Bereich Wohnen	22,0	9	10,5	44,4	23,1	4,115	2	0,14
Hilfen im Bereich Arbeit/Schule	34,9	15	26,3	55,6	33,3	2,323	2	0,31
Hilfen im Bereich soziale Beziehungen	27,3	12	21,1	33,3	31,3	0,665	2	0,73
Hilfen im Bereich Finanzen	7,7	3	0,0	25,0	8,3	¹⁾	--	0,15
Vermittlung in stationäre Therapie	22,2	10	19,0	25,0	25,0	¹⁾	--	0,65
Vermittlung in Entgiftung	7,9	3	5,3	0,0	16,7	¹⁾	--	0,70
Vermittlung in ambulante Beratung	32,7	16	26,1	37,5	38,9	¹⁾	--	0,93
Kombitherapie	0,0	0	0,0	0,0	0,0	--	--	--
Gesamt		223	90	58	72			

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

1) Wegen geringer Besetzung einzelner Felder wurde statt des χ^2 Tests Kendalls Tau-b verwendet

Die Maßnahmen in den Einrichtungen unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Diagnose nur in Hinblick auf zwei Maßnahmentearten signifikant: Bei abhängigen Cannabiskonsumenten werden häufiger psychologische, medizinische oder soziale Untersuchungen eingesetzt und häufiger eine Krisenintervention durchgeführt. Alle anderen Maßnahmen finden sich in den beiden Diagnosegruppen gleich häufig (Tabelle 57).

**Tabelle 57: Therapeutische Maßnahmen und Klientengruppe
(Mehrfachnennungen) (FbS)**

Maßnahmen	Gesamt		Diagnose		Abhängigkeit %	Gesamt		
	%	N	Keine % Gebrauch	Schäd. %		χ^2	df	P
Psych./med./soz. Untersuchung	76,1	54	58,3	90,0	77,6	¹⁾	--	0,03
Krisenintervention	47,2	25	11,1	20,0	59,0	¹⁾	--	0,00
Einzelberatung	98,3	115	100,0	100,0	97,6	¹⁾	--	0,16
Gruppenberatung	46,7	28	58,3	63,6	37,8	¹⁾	--	0,10
Partner-/Familienberatung	59,3	32	33,3	66,7	63,9	¹⁾	--	0,22
Einzeltherapie	32,7	16	25,0	20,0	36,1	¹⁾	--	0,39
Hilfen beim Umgang mit Behörden	49,1	26	45,5	42,9	51,4	¹⁾	--	0,65
Hilfen im Bereich Arbeit/Schule	34,9	15	37,5	0,0	40,9	¹⁾	--	0,41
Hilfen im Bereich soziale Beziehungen	27,3	21	25,0	20,0	29,0	¹⁾	--	0,71
Vermittlung in stationäre Therapie	22,2	10	22,2	0,0	25,8	¹⁾	--	0,49
Vermittlung in ambulante Behandlung	32,7	16	30,0	16,7	36,4			0,49

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

1) Wegen geringer Besetzung einzelner Felder wurde statt des χ^2 Tests Kendalls Tau-b verwendet

Die Dauer der Betreuung beträgt im Mittel – bei einer sehr hohen Varianz – knapp 45 Wochen. Die Zahl der Kontakte liegt im Durchschnitt bei 13. Keiner der Merkmale des Verlaufs weist einen statistischen Zusammenhang mit dem Risikoverhalten der Klientengruppen (Niedrigrisikogruppe NR, Mittelrisikogruppe MR, Hochrisikogruppe HR) oder der Diagnose auf (Tabellen 58, 59).

Tabelle 58: Verlauf der Betreuung und Diagnose (FbS)

	Ges			Keine			Diagnose Schädlicher Konsum			Abhängigkeit			F	p
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD		
	Dauer der Betreuung in Wochen	133	44,9	39,1	22	49,6	46,4	20	35,0	39,6	91	45,9		
Kontaktzahl	136	12,8	18,2	22	11,8	15,8	20	12,2	22,4	94	13,1	17,9	0,057	0,95

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Tabelle 59: Verlauf der Betreuung und Klientengruppen (FbS)

	Ges			Klientengruppen									F	p
	N	M	SD	NR			MR			HR				
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD		
Dauer der Betreuung in Wochen	132	44,4	39,1	60	39,4	36,1	27	40,2	37,8	45	48,9	43,2	0,482	0,62
Kontaktzahl	135	12,9	18,2	61	9,9	10,2	28	15,3	27,0	46	15,2	19,8	1,439	0,24
Gesamt	223			90			58			72				

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Die Betreuungsdauer und die Kontaktzahl liegt in den Untersuchungsstichproben FbS und InS über den Vergleichswerten aus der Basisdokumentation. Dort liegt die mittlere Betreuungsdauer für Klienten mit einem primären Cannabisproblem bei 22,3 Wochen (FbS: 44,4) und die entsprechende Kontaktzahl bei 8,8 (FbS: 12,9).

Betreuungsverlauf im Vergleich zu Klienten mit primären Alkohol- oder Opioidproblemen

Die Dauer der Betreuung ist bei Cannabisklienten relativ kurz, wie die Deutsche Suchthilfestatistik zeigt. Knapp ein Viertel der Klienten ist weniger als 4 Wochen in Betreuung, rund 50% maximal 12 Wochen. Nur etwa ein Viertel der Klienten ist mehr als 6 Monate in ambulanter Betreuung. Im Vergleich zu Klienten mit Alkohol- oder Opiatproblemen liegt die Betreuungsdauer damit deutlich niedriger. Wegen der breiteren Zahlenbasis wird für den Vergleich der drei Substanzen primär auf die Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik DSHS zurückgegriffen (Tabelle 60). Die Klienten der FbS weichen systematisch von dieser Gruppe ab, was wohl auf eine Selbstselektion der erfolgreich abgeschlossenen Betreuungsfälle in der Erhebung zurückzuführen sein dürfte. Diese Gruppe ist länger in Betreuung, weist höhere Kontaktzahlen und niedrigere Abbruchquoten auf als die Gesamtheit der Cannabisklienten in der DSHS.

Tabelle 60: Dauer der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (FbS, DSHS)

Betreuungsdauer	DSHS		FbS	
	Alkohol %	Opiate %	Cannabis %	Cannabis %
Bis 4 Wochen	13,1	13,4	22,9	9,8
Bis 8 Wochen	11,4	11,0	16,2	7,6
Bis 12 Wochen	9,8	9,7	11,3	6,8
Bis 6 Monate	22,8	23,5	23,0	21,2
Bis 12 Monate	22,3	21,0	16,5	20,5
mehr als 6 Monate	20,7	21,4	10,1	34,1
Gesamt	32.305	6.339	3.172	133

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
Quelle: Strobl et al. 2002

Die Kontaktzahl entspricht der relativ kurzen Betreuungsdauer. Mehr als 50% der Männer und fast 60% der Frauen haben nicht mehr als 5 Kontakte mit der Einrichtung. Das gleiche gilt für etwa ein Drittel der Klienten mit primärer Alkohol- oder Opiatproblematik (Tabelle 61).

Tabelle 61: Anzahl der Kontakte bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (FbS, DSHS)

Kontaktzahlen	DSHS		FbS	
	Alkohol %	Opiate %	Cannabis %	Cannabis %
2 bis 5	36,4	33,9	54,2	37,2
6 bis 10	24,6	22,5	22,7	26,4
11 bis 29	28,3	30,3	18,7	25,6
30 und mehr	10,7	13,3	4,5	10,9
Gesamt	27.874	5.236	2.458	129

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
Quelle: Strobl et al. 2002

Bei den Mittelwerten zeigen sich die folgenden Werte: Alkohol (Betreuungsdauer: 33,7 Wochen; Kontaktzahl:14,1); Opiate (Betreuungsdauer: 37,6 Wochen; Kontaktzahl: 16,0). Die Cannabisklienten in der Gesamtstatistik (DSHS) weisen im Vergleich dazu mit 22,4 Wochen Betreuungsdauer und 8,8 Kontakten im Mittel eine deutlich geringere Intensität der Betreuung auf.

Intensität und Dauer der Betreuung könnten ein Indikator für andere Bedürfnisse dieser Klientel sein. So kann Betreuung vielleicht bereits mit einer einfachen Information oder Kurzzeitintervention sinnvoll und erfolgreich sein. Allerdings zeigt auch die Einschätzung der Therapeuten am Therapieende vergleichsweise etwas schlechtere Ergebnisse für die Cannabisklienten: Zwar beendet mit etwa 40% ein etwa gleich großer Anteil die Betreuung planmäßig wie bei den Alkoholklienten. Die niedrigeren Weitervermittlungsraten gehen allerdings zu Lasten einer etwas höheren Abbruchquote: 46% der Cannabisklienten brechen die Betreuung von sich aus ab. Auch hier sind die Werte für die untersuchte Stichprobe von Cannabisklienten deutlich besser (Tabelle 62).

Tabelle 62: Art der Beendigung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (FbS, DSHS)

Art der Beendigung	DSHS		FbS	
	Alkohol %	Opiate %	Cannabis %	Cannabis %
Planmäßig	37,7	17,0	39,5	58,6
Weitervermittlung	16,0	30,6	11,4	11,1
Abbruch Einrichtung	1,7	2,2	1,3	0,0
Abbruch Klient	43,0	43,1	46,4	27,2
Strafvollzug	0,5	6,0	1,2	1,0
Sonstiges	1,1	1,1	0,2	2,0
Gesamt	30.571	5.834	2.955	99

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
Quelle: Welsch 2002

9.5 Ergebnisse am Ende der Betreuung

58,6% der Cannabisklienten werden planmäßig entlassen, das heißt die Therapieziele wurden nach Einschätzung des Einrichtungsmitarbeiters erreicht und die Betreuung einvernehmlich beendet. Etwas mehr als ein Viertel der Klientel bricht der Betreuung von sich aus ab, etwa jeder zehnte wird an eine andere Stelle weitervermittelt. Der Anteil der planmäßig Entlassenen liegt bei Personen mit schädlichem Gebrauch deutlich höher, der Test ergab signifikant unterschiedliche Ergebnisse für diese beiden Teilgruppen (Tabelle 63).

Tabelle 63: Art der Beendigung und Diagnose (FbS)

Art der Beendigung	Diagnose		Gesamt	
	Schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10) %	Abhängigkeit von Cannabis (ICD-10) %	%	N
Planmäßig	67,4	50,9	58,6	58
Weitervermittlung	4,3	17,0	11,1	11
Abbruch Einrichtung	0,0	0,0	0,0	0
Abbruch Klient	26,1	28,3	27,3	27
Strafvollzug	0,0	1,9	1,0	1
Verstorben	0,0	0,0	0,0	0
Sonstiges	2,2	1,9	2,0	2
Gesamt	88	13	100,0	99

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
Kontingenzkoeffizient=0,317; p=0, 034.

Die Beurteilung des Therapieerfolges durch den betreuenden Therapeuten kann zwar einen Hinweis auf die Situation des Klienten geben. Da ein unabhängiges und umfassendes Urteil über die Veränderungen auf Seiten des Klienten auf diese Weise nicht möglich ist, werden die Angaben lediglich zu Vergleichszwecken mit Klienten anderer Hauptdrogen herangezogen.

In der Deutschen Suchthilfestatistik zeigt sich bei etwa drei von vier Klienten nach Einschätzung des Therapeuten eine positive Entwicklung am Ende einer planmäßig abgeschlossenen Betreuung (Tabelle 64). Etwa ein Fünftel der Klienten bleibt unverändert. Dieser Anteil liegt etwas höher als der entsprechende Wert für Alkohol. Auch bei Cannabisklienten ist das Therapieergebnis bei Abbrechern deutlich schlechter. Mit mehr als 60% liegt der Anteil dieser Klienten, die unverändert aus der Behandlung herausgehen, ähnlich hoch wie bei Opiaten. In der Fragebogenstichprobe (FbS) liegt der Anteil der Klienten, bei denen die Probleme am Betreuungsende gelöst sind, bei den planmäßig beendeten Fällen mit 56,5% deutlich über dem Wert für die Gesamtheit der ambulant betreuten Fälle in der Deutschen Suchthilfestatistik. Entsprechend niedriger liegt der Anteil von Klienten mit unverändertem Zustand am Ende der Betreuung.

Tabelle 64: Ergebnisse der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (DSHS)

	DSHS			FbS	N
	Alkohol %	Opiate %	Cannabis %	%	
Planmäßig beendet					
Behoben/ abstinent	49,7	22,8	32,1	56,5	39
Gebessert	35,6	49,3	45,9	34,8	24
Unverändert	13,9	26,3	21,6	8,7	6
Verschlechtert	0,7	1,5	0,4	0,0	0
Gesamt	15.153	2.606	1.312	100,0	69
Vorzeitig beendet					
Behoben/ abstinent	12,3	3,9	4,4	10,0	3
Gebessert	28,4	22,8	30,5	26,7	8
Unverändert	52,8	63,0	61,4	56,7	17
Verschlechtert	6,5	10,3	3,8	6,7	2
Gesamt	13.752	3.017	1.447	100,0	30

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente
Quelle: Welsch 2002

In Tabelle 65 wird die durchschnittliche Zahl von Konsumtagen innerhalb der letzten 30 Tage vor der Behandlung mit der Zahl der Konsumtage innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung pro Substanzen verglichen. Die Betreuung ist in diesen Fällen immer abgeschlossen, liegt jedoch unterschiedlich lange zurück. Die Therapiedauer variiert erheblich. Dies ist bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen. Als Hinweise und konservative Schätzung möglicher Therapieeffekte sollen diese Daten dennoch genutzt werden.

Es zeigt sich für Haschisch und Marihuana eine Verringerung des Konsums von etwa 20 auf 16 bzw. von 18 auf 11 Konsumtage im Monats. Diese Differenz ist signifikant (T-test Haschisch: z-Wert: -4,1; p=0,00; Marihuana: z-Wert: -4,5; p=0,00). Dies kann als Therapieeffekt interpretiert werden. Bei Alkohol gibt es eine Zunahme des Konsums, bei Tabak keine Veränderung, bei allen anderen psychotropen Substanzen eine geringe, nicht signifikante Konsumreduktion. Positive Effekte betreffen damit gezielt und ausschließlich den Cannabiskonsum (Tabelle 65).

Tabelle 65: Häufigkeit des Konsums von verschiedenen Substanzen vor Behandlung (t1) und bei der Erhebung (t2) (FbS)

Substanz	N	30 Tage vor Behandlung			30 Tage vor Befragung			NR		MR		HR	
		M	SD		M	SD		p	t2-t1	p	t2-t1	p	t2-t1
Alkohol	136	9,59	9,05	9,77	7,94		,74						
Zigaretten	192	28,25	6,09	28,30	5,61		,91						
Haschisch	93	20,17	10,05	16,30	10,52	,00	+9,3	0,01			-8,6	0,00	
Marihuana	89	18,12	11,91	14,96	11,03	,01					-6,5	0,00	
Amphetamine	21	9,67	9,41	7,38	6,87	,18							
Ecstasy	19	8,58	9,84	5,53	5,33	,08							
LSD	6	8,00	11,37	4,00	4,69	,30							
Heroin	9	15,56	15,09	16,78	13,18	,35							
Andere Opiate	5	8,40	10,62	2,80	4,09	,23							
Methadon	3	1,67	2,89	13,67	14,84	,32							
Kokain	24	5,96	7,23	5,71	7,04	,76							
Crack	1	--	--	--	--	--							
Schnüffelstoffe	1	--	--	--	--	--							
Pilze	16	3,25	3,68	4,25	3,32	,11							
Gesamt	233							72		90		58	

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente bei NR/MR/HR nur signifikante Unterschiede dargestellt

Da die Messung von Therapieerfolgen nicht Gegenstand der Untersuchung war, wurden über die Konsumtage hinaus keine weitergehenden Informationen zu einer stärker differenzierenden Betrachtung der Konsummuster erhoben.

9.6 Klientenzufriedenheit

Die Klienten wurden in der Fragebogenstichprobe (FbS) nach ihrer Zufriedenheit mit der fachlichen Betreuung in der Beratungsstelle befragt.

44% der Klienten sind insgesamt „sehr zufrieden“. Knapp die Hälfte gibt ein positives Urteil zur zeitlichen Flexibilität der Betreuung ebenso wie zur Qualifikation der Mitarbeiter ab. Während in den übrigen Bereichen knapp 70% oder mehr Klienten „eher zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ sind, liegt dieser Anteil bei der Einschätzung der Erreichbarkeit der gesetzten Ziele und der Erlangung „wirklicher“ Hilfe durch die Berater bei etwa 60% oder niedriger. In der gleichen Größenordnung liegt auch der Anteil der Klienten, die sehr gern oder eher gern in der Beratungsstelle waren (Tabelle 66).

Tabelle 66: Klientenzufriedenheit von Cannabisklienten in ambulanten Beratungsstellen (FbS)

Bereiche	N	Zufriedenheit				
		Gar nicht %	Eher nicht %	Weder noch %	Eher ja %	Ja, sehr %
Insgesamt	211	6,6	5,2	13,3	28,4	46,4
Zeitlichen Organisationen der Termine	207	2,9	4,8	15,0	27,5	49,8
Individuelle Einstellung des Beraters auf Klienten	209	2,4	20,0	14,8	23,4	49,3
Erreichbarkeit der Ziele in Betreuung	210	11,0	9,5	19,5	26,2	33,8
Gern in Beratungsstelle	207	10,1	9,7	21,7	23,2	35,3
Wirkliche Hilfe	209	8,1	11,5	19,6	27,8	33,0
Berater kennt sich mit Problem aus	209	4,3	6,2	20,1	28,7	40,7
Gesamt	223	100	100	100	100	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

Der Mittelwertsvergleich der Klientenzufriedenheit für die drei Klientengruppen, die entsprechend ihres Risikoverhaltens als Niedrigrisikogruppe (NR), Mittlerisikogruppe (MR) und Hochrisikogruppe (HR) bezeichnet werden, zeigt in einigen Bereichen signifikante Unterschiede. Die Hochrisikogruppe, gekennzeichnet durch intensivere Konsummuster und eine höhere Wahrscheinlichkeit klinischer Diagnosen, zeigt insgesamt niedrigere Zufriedenheitswerte vor allem als die Niedrigrisikogruppe NR. Dies gilt im Detail für die Erreichbarkeit der Behandlungsziele und die Einschätzung der Kompetenz der therapeutischen Mitarbeiter. Die Erreichbarkeit der Ziele wird auch von der Gruppe MR ähnlich kritisch gesehen. Die Frage, ob man gern in die Beratungsstelle gegangen sei, wird signifikant unterschiedlich von den drei Gruppen beantwortet. Der positivste Wert findet sich für die Gruppe mit dem niedrigsten Konsumrisiko (NR) (Tabelle 67).

Tabelle 67: Klientenzufriedenheit (Mittelwertsvergleich) (FbS)

Zufriedenheit gar nicht(1) .. ja, sehr (5)	Gesamt		Klientengruppen			F	df	p	Post hoc		
	N	M	NR M	MR M	HR M				NR MR	NR HR	MR HR
Insgesamt	211	4,03	4,30	4,00	3,71	4,936	2	,01		*	
Zeitliche Organisation der Termine	207	4,16	4,27	4,13	4,06	0,830	2	,44			
Individuelle Einstellung des Mitarbeiters auf Klienten	209	4,07	4,14	4,04	4,01	,270	2	,76			
Erreichbarkeit der Ziele in Betreuung	210	3,62	4,03	3,33	3,35	7,395	2	,00	*		*
Gern in Beratungsstelle	207	3,64	3,92	3,45	3,45	3,128	2	,05			
Wirkliche Hilfe vom Mitarbeiter	209	3,66	3,90	3,56	3,44	2,692	2	,07			
Mitarbeiter kennt sich mit Problem aus	209	3,95	4,16	3,95	3,69	3,466	2	,03			*
Gesamt	223		90	58	72						

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

9.7 Zusammenfassung

Der Frage, ob das Betreuungsangebot in seiner Qualität und Vielfalt den Bedürfnissen der Klienten entspricht, wurde auf der Grundlage der Angaben aus der Fragebogenstichprobe (FbS) und der Mitarbeiterstichprobe (MaS) nachgegangen. Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) wurden zur Ergänzung und zum Vergleich mit den wichtigsten anderen Klientengruppen herangezogen.

Motivation

Der wichtigste Auslöser für den Besuch der ambulanten Beratungsstelle war bei 36% der Klienten der eigene Antrieb. Aber auch Personen im sozialen Umfeld (Eltern: 37%; Partner: 13%) oder die Polizei (26%) sind wichtige Instanzen. Das Ziel ist dabei, Hilfe und Unterstützung bei der Beendigung des Cannabiskonsums (47%), bei der Konsumreduktion von Cannabis (31%), beim Umgang mit anderen Drogen (29%) oder bei anderen Lebensproblemen zu erhalten. Richterliche Auflagen spielen in 24%, Auflagen der Straßenverkehrsbehörden in 16% eine wichtige Rolle.

Bei der Frage nach dem wichtigsten Grund für den Beginn der Betreuung nennen fast 30% der Klienten in der Fragebogenstichprobe eine Auflage oder rechtliche Anforderung. In 19% ist eine Einschränkung oder bessere Kontrolle des eigenen Cannabiskonsums, in 17% ein Neuanfang ganz ohne Drogen primäres Ziel. 17% kommen vor allem in die Einrichtung, um einem Wunsch von Personen ihrer sozialen Umgebung zu entsprechen.

Änderungsbereitschaft

Die Änderungsbereitschaft im Sinne von Prochaska und DiClementes Konzept der Motivationsphasen (Prochaska & DiClemente 1992) weist die meisten Klienten der Phase der „contemplation“ zu, die noch vor der eigentlichen Aktion steht. Zwar wurde in den meisten Fällen schon die Phase der Vorüberlegung verlassen, tatsächliche Verhaltensänderungen und Handlungen stehen aber bei der Mehrzahl der Cannabisklienten noch nicht im Vordergrund. Die nach dem Risikoverhalten differenzierten Klientengruppen NR (Niedrigrisikogruppe), MR (Mittelrisikogruppe) und HR (Hochrisikogruppe) unterscheiden sich in Hinblick auf ihre Änderungsbereitschaft signifikant. Je höher das Risikoverhalten, desto kleiner der Anteil von Personen, die sich noch in der Phase der Vorüberlegung („precontemplation“) bezüglich einer Therapie befinden. Gleichzeitig wächst der Anteil der Personen in der Überlegungsphase („contemplation“), auf die im Modell die Aktionsphase folgt.

Verlauf der Betreuung

Die wichtigsten Maßnahmen im Verlauf der Betreuung sind neben der Eingangsdiagnostik die verschiedenen Formen von Beratung, wobei Einzelberatung fast immer stattfindet. Ebenfalls häufig sind Hilfen im Umgang mit Behörden (49%), Arbeit bzw. Schule (35%) und Vermittlung in ambulante (33%) bzw. stationäre Angebote (22%).

Der Vergleich der drei Klientengruppen (NR; MR; HR) ebenso wie der Gruppen mit und ohne Abhängigkeitsdiagnose zeigt vor allem die höhere Notwendigkeit zur Durchführung von Kriseninterventionsmaßnahmen in den Gruppen mit größerer Problematik. Therapiedauer und

Kontaktzahl hingegen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Im Mittel haben die Klienten in der Fragebogenstichprobe (FbS) 13 Kontakte im Laufe von 45 Wochen gehabt.

Anders als zu erwarten, wird mit den unterschiedlich problematischen Klientengruppen wenig differenziert umgegangen, soweit sich dies an den Rahmendaten ablesen lässt. Überträgt man Befunde zum Zusammenhang zwischen Therapiedauer und -ergebnis auf diese Klientel, müsste ansonsten ein deutlicher Unterschied festzustellen sein.

Ergebnisse

Die Analyse der Betreuungsergebnisse war nicht zentrale Gegenstand der Studie. Die Rahmenbedingungen, die unterschiedlichen Zeiträume zwischen Betreuungsende und Befragung und die eingesetzten Verfahren erlauben auf dieser Grundlage keine umfassende Bewertung der Ergebnisse. Da in der Fragebogenstichprobe Klienten berücksichtigt wurden, welche im Jahr 2001 eine ambulante Betreuung beendet haben und die Erhebung selbst Ende Oktober 2002 abgeschlossen wurde, liegt ein Zeitraum von 2 bis maximal 22 Monaten zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. Die Angaben können jedoch einige Hinweise auf Behandlungsergebnisse geben.

Der Anteil der ambulant behandelten Cannabisklienten, welche ihre Betreuung planmäßig beenden, entspricht in der Gesamtstatistik (DSHS) mit knapp 40% den beiden Vergleichsgruppen der Alkohol- und Opiatklienten. Im Vergleich zu Opiatklienten finden seltener Weitervermittlung in ambulante oder stationäre Maßnahmen statt. Die Abbruchquote durch die Klienten liegt für Cannabis bei 46%. Am Ende einer planmäßig abgeschlossenen Betreuung ist nach Meinung des Einrichtungsmitarbeiters bei 32% der Klienten das Cannabisproblem gelöst, in 46% zumindest gebessert, in 22% unverändert. 61% der Klienten, welche die Betreuung vorzeitig beendet haben, verlassen die Betreuung unverändert.

Die Selbstbeschreibung der Situation der Klienten zwischen dem Beginn ihrer Betreuung und dem Zeitpunkt der Befragung zeigt zum Zeitpunkt der Befragung einen leichten Rückgang der Konsumtage pro Monat für fast alle Substanzen. Während sich der Konsum von Cannabis in der Hochrisikogruppe signifikant verringert, nimmt er in der Niedrigrisikogruppe NR in diesem Zeitraum signifikant zu. Möglicherweise wirken dabei der altersspezifische Trend zur Ausweitung und Intensivierung des Drogenkonsums den positiven Effekten der Betreuung entgegen.

Klientenzufriedenheit

Die Klienten sind weit überwiegend zufrieden mit ihrer Betreuung. Insgesamt geben sogar 44% an, „sehr zufrieden“ mit dem zu sein, was sie in der Beratungsstelle erfahren haben. Bei den offenen Fragen nach den wichtigsten positiven wie negativen Aspekten der Behandlung findet ein Drittel der Klienten ausdrücklich „keine“ hinderlichen Faktoren in der Betreuung. Die Kompetenz der Mitarbeiter steht bei der positiven Bewertung an erster Stelle, danach kommen Statements, die sich auf die Offenheit der Atmosphäre und Akzeptanz beziehen. Unter den verschiedenen Therapieelementen werden vor allem die Gespräche als hilfreich erlebt. An zweiter Stelle steht die Vermittlung von Informationen bzw. konkrete Hilfen.

10 Vorschläge zur Verbesserung des Angebots

10.1 Einleitung

Aus den Statements der Klienten in der Interviewstichprobe (FbS) und der Mitarbeiter (MaS) werden Vorschläge für eine Verbesserung des ambulanten Angebots für Klienten mit einer primären Cannabisproblematik extrahiert und zusammengestellt.

Da sich der Blickwinkel und die Maßstäbe von Betreuern und Klienten nicht immer entsprechen müssen, wurde die Bewertung des Angebots aus beiden Richtungen vorgenommen. Es ist bekannt, dass in der psychotherapeutischen Versorgung die Patientenzufriedenheit nur in geringem Umfang mit dem Behandlungsergebnis korreliert (Hannöver, Dogs & Kordy 2000). Dennoch kann dieser Aspekt auch in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung nicht mehr ignoriert werden. Die Rentenversicherungen als Träger stationärer und ambulanter Behandlungsmaßnahmen haben die entsprechenden Elemente auch in ihrem Qualitätssicherungsverfahren berücksichtigt. Die Veränderungen in der Problematik, die von den Mitarbeitern der Einrichtungen in den letzten Jahren wahrgenommen wird, sollen Hinweise geben auf die aktuelle Anforderungen und den Änderungsbedarf auf Seiten der Betreuungseinrichtungen.

10.2 Einschätzung der Problematik durch die Mitarbeiter

92% der befragten 183 Mitarbeiter sind der Meinung, Cannabis sei für ihre Tätigkeit ein relevantes Problem, 73%, dass sich die Probleme im Zusammenhang mit dieser Substanz in den letzten Jahren verändert haben. Die freien Statements, welche die Mitarbeiter zu den Anforderungen an ihre Einrichtung abgeben, zeigen eine Reihe von Übereinstimmungen bei der Einschätzung dieses Problembereichs (Zustimmungsrate unter den beteiligten Mitarbeitern in Klammern):

- die Anzahl der Cannabisklienten und die Intensität des Konsums haben gegenüber den Vorjahren deutlich zugenommen (26%)
- es herrscht kein oder wenig Problembewusstsein unter den Klienten, da viele den Konsum als normal betrachten (14%),
- Cannabis wird gleichzeitig neben Alkohol und Ecstasy konsumiert, was von den Klienten als harmlos dargestellt wird (4%),
- eine zunehmende Zahl von Eltern wendet sich an die Beratungsstellen wegen ihrer cannabiskonsumierenden Kinder, um Hilfe zu erfahren (7%),
- viele Klienten werden durch Justiz oder Straßenverkehrsbehörden in den Beratungsstellen verwiesen, was auch zu einer Zunahme der Fälle geführt hat (6%).
- Ein Drittel der Mitarbeiter gibt an, dass die Cannabiskonsumenten in Behandlung zunehmend jünger würden.

10.3 Die Eignung des Behandlungsangebots aus Mitarbeitersicht

Die Bewertung des Behandlungsangebots erfolgt zunächst auf der Grundlage der Aussagen der therapeutischen Mitarbeiter zu vorgegebenen Themenbereichen, die ihrer Meinung nach bei dieser Klientengruppe zu bearbeiten wären („Soll“) und einem Vergleich der aktuellen Situation der Beratungsarbeit („Ist“) mit dieser Zielvorstellung. Der unterschiedlich große Abstand zwischen Wunsch und Wirklichkeit wird als Hinweis auf die Bereiche angesehen, in denen die Mängel als vergleichsweise gering oder groß angesehen werden.

Fast alle Mitarbeiter halten die Themen „Schädlicher Gebrauch von Cannabis“ bzw. „Abhängigkeit“ von dieser Substanz für relevant und sind der Meinung, diese müssen in der individuellen Betreuung berücksichtigt werden. Weitere Themenbereiche, die besonders häufig als relevant eingeschätzt wurden, sind Entzugssymptomatik, atypische Rauschverläufe und cannabisinduzierte Psychosen. Vergleicht man den Abstand zwischen Anforderung („Soll“) und Realität („Ist“) so zeigen sich aus Mitarbeitersicht bei Entzugssymptomatik, atypischen Rauschverläufen und Psychosen die deutlichsten Unterschiede. Nur weniger als ein Drittel der Befragten ist der Meinung, dass diese Themen in der Betreuung stark oder sehr stark berücksichtigt werden (Tabelle 68).

Tabelle 68: Berücksichtigung der wichtigsten Probleme aus Mitarbeitersicht (MaS)

Starke oder sehr starke Berücksichtigung der folgenden vorgegebenen Themenbereiche	N	Soll %	Ist %	Differenz
Schädlicher Gebrauch	147	98,6	78,3	20,3
Cannabisabhängigkeit	150	95,3	69,1	26,6
Entzugssymptomatik	141	69,5	31,2	38,3
Atypische Rauschverläufe (z.B. „Horror“, Panikattacken, Suizidalität)	135	66,7	28,2	38,5
Cannabisinduzierte Psychosen	135	63,7	28,5	35,2
Anderes	132	90,2	88,6	1,6
Gesamt	183	100	100	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Die Angaben beziehen sich auf gültige Prozente.

In offenen Fragen konnten die Mitarbeiter zusätzlich bestimmte Problemfelder benennen, die ihnen besonders wichtig bei der Betreuung von Cannabisklienten erschienen. Am häufigsten wurden dabei soziale und strafrechtliche Folgeprobleme (8,7%), Angehörigenbetreuung und -beratung (6,6%) und die Bearbeitung psychischer Folgeprobleme (5,5%) genannt.

Neben ihrer allgemeinen Einschätzung der Situation wurden die Mitarbeiter nach ihrer individuellen Erfahrung und fachlichen Kompetenz im Umgang mit dieser speziellen Klientengruppe gefragt. Nur ein Viertel (25%) findet sich ausreichend erfahren und kompetent, um die Cannabisklienten optimal beraten und behandeln zu können.

Laut Tabelle 69 sind 72% der Befragten der Meinung, dass das Angebot und die strukturellen Bedingungen in der Beratungsstelle ausreichen, um dem Cannabisproblem gerecht zu werden. Beim Vergleich mit anderen Suchtmitteln fällt die Bewertung allerdings kritischer aus. 63% der Befragten finden das Angebot für Klienten mit Cannabisproblemen im Ver-

gleich zum Angebot für Personen mit Alkoholproblemen gut bis sehr gut, aber nur 37% geben das gleiche Urteil im Vergleich zu Klienten mit Opiatproblemen ab (Tabelle 69).

Tabelle 69: Gute oder sehr gute Bewertung des fachlichen Angebotes und der Struktur ambulanter Einrichtungen für Cannabisklienten aus Sicht der Mitarbeiters (MaS)

Gegenstand der Bewertung	N	%
Gesamteindruck	103	71,8
Eignung im Vergleich zum Angebot bei Alkoholproblemen	135	37,0
Eignung im Vergleich zum Angebot bei Opiatproblemen	123	63,4
Gesamt	183	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Die Angaben beziehen sich auf gültige Prozente.

Tabelle 70 enthält eine Übersicht über die Antworten, die in der Mitarbeitererhebung auf die Frage gegeben wurde, durch welche Maßnahmen in der Beratungsstelle die Versorgung von Cannabisklienten in den Einrichtungen weiter verbessert werden könnte. Die Frage, was in den Beratungsstellen verändert werden muss, damit die Versorgung cannabisabhängiger Klienten verbessert wird, wurde von 131 Einrichtungsmitarbeitern beantwortet, deren Aussagen zu 6 Hauptstatements gruppiert wurden. Die Ergebnisse aus der Klientenbefragung wurde bei der Strukturierung berücksichtigt.

Weit oben auf der Liste steht die Forderung nach mehr Personal. Spezifischere Vorschläge betreffen den Ausbau bestimmter Angebote. Etwa ein Fünftel der Mitarbeiter würde gern mehr gruppenspezifische Angebote machen, ein knappes Viertel niedrigschwellige Maßnahmen für die Zielgruppe verstärken oder gezielt Jugendarbeit intensivieren. Angebote für Eltern sollten nach Meinung von knapp 10% der Befragten intensiviert werden (Tabelle 70).

Tabelle 70: Veränderungsvorschläge für die Verbesserung des ambulanten Angebots für Cannabisklienten aus Sicht der Mitarbeiter der Beratungsstellen (MaS)

Vorschläge	N	%
Mehr gruppenspezifische Angebote, z.B. Selbsthilfegruppen	36	27,5
Mehr Fachkräfte, mehr Personal	33	25,2
Mehr niedrigschwellige Kontaktangebote (z.B. Freizeitangebote)	24	18,3
Mehr Jugendspezifische Angebote	21	16,0
Mehr Angebote für Eltern	13	9,9
Frühintervention und mehr Präventionen	10	7,6
Gesamt	131	100

Missing values: 52; die Antworten von einem Mitarbeiter können zu verschiedenen Kategorien zusammengefasst werden, so dass die Gesamt-N nicht gleich der Summe der Einzel-Ns sein muß bzw. Einzelaussagen, die nicht in Hauptkategorien zusammengefasst werden können, wurden nicht berücksichtigt.

10.4 Änderungsvorschläge der Klienten

In der Interviewstichprobe (ImS) wurden bei den Klienten mit offenen Fragen Faktoren erhoben, die ihnen in ihrer Betreuung „geholfen“ hatten bzw. die sie „nicht hilfreich oder störend“ fanden. Die Tabelle 71 stellt die Antworten auf diese Fragen zusammen.

Von den insgesamt 51 Klienten in der Interviewstichprobe InS liegen Angaben über förderliche Faktoren von 47 Personen vor. Die häufigsten Nennungen beziehen sich auf die Gespräche, die im Rahmen der Betreuung stattgefunden haben. Die Hälfte aller Klienten findet diese ausgesprochen förderlich. Mehr als ein Viertel führen konkrete Hilfen im Umgang mit Schule, Eltern oder aber bei der Beschaffung eines stationären Therapieplatzes an. Die wichtigsten förderlichen Rahmenbedingungen sind dabei die hohe Kompetenz der Mitarbeiter, die von einem Drittel der Cannabisklienten explizit angesprochen wird. Daneben spielen die Offenheit des Gesprächs und die positive emotionale Atmosphäre eine wichtige Rolle.

Nur 34 Klienten haben hinderliche Faktoren angeführt, von denen wiederum etwa ein Drittel angibt, keine solchen Faktoren gefunden zu haben. Es werden ansonsten Probleme mangelnder Kompetenz auf Mitarbeiterseite sowie der Wunsch nach anderen Therapieschwerpunkten bzw. besserer Organisation (meist Termingestaltung) geäußert. Ein Fünftel der kritischen Kommentare bezieht sich auf die Heterogenität der Klientengruppen, in der teilweise Heroinabhängige, teilweise Alkoholklienten zusammen mit den Cannabisklienten betreut wurden (Tabelle 71).

Tabelle 71: Förderliche und hinderliche Therapiefaktoren aus Klientensicht (InS)

Therapiefaktoren	N	%
Förderliche Faktoren	47	
Gespräche	22	46,8
Informationsvermittlung	8	17,0
Konkrete Hilfen	13	27,7
Möglichkeit zur Selbstreflexion	8	17,0
In Bezug auf Struktur und Rahmenbedingungen wurden genannt:		
Kompetenz des Beraters	15	31,9
Offenheit und Akzeptanz des Klienten	10	21,3
Positive Atmosphäre	7	14,9
Sonstiges	10	21,3
Hinderliche Faktoren	34	
Keine	11	32,4
Heterogene Klientengruppen	7	20,6
Organisatorische Mängel	5	14,7
Inkompetenz des Beraters	5	14,7
Anderer Schwerpunkt als gewünscht	5	14,7
Hilfe von Außen nicht möglich	2	5,9
Gesamt	51	100

Missing values: Je nach Auswertung unterschiedlich hoch; Nvalids angegeben, Differenz=Missings; Prozente=Valid-Prozente

10.5 Zusammenfassung

Angaben aus der Fragebogenstichprobe (FbS) und die Einschätzung der Mitarbeiter (MaS) sind die Grundlage einer Zusammenstellung von Vorschlägen für die Verbesserung der vorhandenen Betreuungsangebote.

Geänderte Anforderungen an ambulante Einrichtungen

Aus der Fragebogenerhebung unter den Mitarbeitern wird deutlich, dass sich die Anforderungen an die Einrichtungen und ihre Mitarbeiter gerade in Hinblick auf Cannabis in den letzten Jahren deutlich verändert haben. Es herrscht der Eindruck vor, dass die Konsummuster intensiver geworden sind, während die Risikoeinschätzung und das Problembewusstsein in der Klientel und ihrer sozialen Umgebung abgenommen haben.

Therapeutisches Angebot

Es werden sehr wenige spezifische Angebote für diese Klientel genannt. Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch werden immer, problematische Rauschverläufe und Cannabis induzierte Psychosen in etwa zwei Drittel der Fälle als wichtige Themen bezeichnet. Nur in etwa 80% der Fälle werden schädlicher Konsum und Abhängigkeit auch tatsächlich so intensiv bearbeitet, wie dies als notwendig erachtet wird. Die größten Differenzen zwischen der gewünschten und der tatsächlichen Berücksichtigung findet sich bei den bei problematischen Rauschverläufen und Cannabis induzierten Psychosen. Bei den Schwerpunkten der Betreuung stehen strafrechtliche und soziale Folgeprobleme im Vordergrund.

Mehr gruppenspezifischen Angeboten stehen an erster Stelle der Vorschläge der Mitarbeiter für eine Verbesserung der Versorgung dieser Klientel. Der generelle Wunsch nach einer besseren Personalausstattung wird ebenfalls von 25% der Befragten geäußert. Spezifische Angebote werden in der Schule, im Beruf und für Angehörige als notwendig erachtet. Niedrigschwellige Ansätze sollten nach Meinung der Mitarbeiter ausgebaut werden.

Nur jeder vierte Mitarbeiter fühlt sich selbst ausreichend erfahren und kompetent, um Cannabisklienten optimal zu betreuen.

Individueller Behandlungsbedarf und Angebot

Der recht differenzierten Problemlage auf Seiten der Cannabisklienten steht ein wenige differenziertes Angebot gegenüber. Weder Umfang noch Dauer der Betreuung variieren systematisch mit dem Ausmaß der Problematik bzw. den klinischen Bewertungen. Ein großer Teil der Maßnahmen wird ebenfalls weitgehend in gleichem Umfang auf die verschiedenen Klientengruppen angewandt.

Qualität der Betreuung

Die Klienten sind weit überwiegend sehr zufrieden mit ihrer Betreuung. Insgesamt geben 44% an, „sehr zufrieden“ mit dem zu sein, was sie in der Beratungsstelle erfahren haben. Bei den offenen Fragen nach den wichtigsten positiven wie negativen Aspekten der Behandlung findet ein Drittel der Klienten ausdrücklich „keine“ hinderlichen Faktoren der Betreuung. Die Kompetenz der Mitarbeiter steht bei der positiven Bewertung an erster Stelle, danach

kommen Äußerungen, die sich auf die Offenheit und Akzeptanz beziehen. Unter den verschiedenen Therapieelementen werden vor allem die Gespräche als hilfreich erlebt. An zweiter Stelle steht die Vermittlung von Informationen und konkrete Hilfen bis hin zur Vermittlung von Therapieplätzen.

Vergleichsweise kritischer wird die Erreichbarkeit der Ziele in der Behandlung und die Möglichkeit der Mitarbeiters gesehen, „wirklich“ zu helfen. Teilweise die gleichen Items zeigen ebenfalls eine unterschiedliche Einschätzung durch die Klienten mit niedrigem, mittlerem oder hohem Risikoverhalten (NR, MR, HR). Die Kompetenz der therapeutischen Mitarbeiter ebenso wie die Möglichkeiten, die Therapieziele zu verwirklichen, werden in der Hochrisikogruppe (HR) kritischer gesehen als in der Niedrigrisikogruppe (NR).

Kritisch zu berücksichtigen ist bei der insgesamt sehr positiven Rückmeldung der Klienten, dass die Ausschöpfungsquote der Studie bei rund 40% im Falle der Fragebogenstichprobe und noch darunter in der Interviewstichprobe liegt. Eine Positivauswahl der teilnehmenden Klienten in der Stichprobe ist dabei nicht auszuschließen.

11 Zusammenfassung und Diskussion

Das vorliegende Kapitel fasst die wichtigsten Ergebnisse der durchgeführten Studie zusammen, diskutiert die Ausgangsfragen der Untersuchung und beschäftigt sich mit möglichen Konsequenzen.

11.1 Fragestellungen und allgemeine methodische Einschränkungen

Die folgenden Fragestellungen waren Gegenstand der Studie:

- Forschungsstand zu Risiken und Folgeschäden des Cannabiskonsums
- Ist die Zunahme der Behandlungsnachfrage durch Personen mit primären Cannabisstörungen gesichert?
- Wie ist die Zunahme der Behandlungsnachfrage zu erklären?
- Wie unterscheiden sich die betreuten Klienten von den Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung?
- Können unterschiedliche Klientengruppen differenziert werden?
- Welche Charakteristika beschreiben Cannabisklienten im Vergleich zu anderen Klientengruppen
- Entspricht das Betreuungsangebot dem Bedarf?

Bei der Bearbeitung des Themas wurden zunächst vorhandene Datenbestände reanalysiert. Aus dem letzten vorliegenden epidemiologischen Suchtsurvey (BUND) zum Gebrauch und Missbrauch psychotroper Substanzen in Deutschland (Kraus & Augustin, 2001) wurden Datensätze von den Klienten herangezogen, die innerhalb der letzten 12 Monate Cannabis konsumiert hatten. Konsum auch anderer psychotroper Substanzen wurde nicht ausgeschlossen. Damit wurden Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung, ihr Konsumverhalten und ihre Störungen beschrieben. Über die Beschränkungen bei der Nutzung solcher Daten finden sich Hinweise bei Groves (1989).

Die Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) (Strobl et al., 2003; Welsch & Sonntag, 2003) aus den Jahren 1992 bis 2002 wurden herangezogen, um die Gesamtheit der Klienten in ambulanter Betreuung in Deutschland zu beschreiben, bei denen ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Cannabis (F12.1, F12.2 nach ICD-10) im Vordergrund der Problematik stand. In dieser nationalen Statistik sind nicht alle ambulanten Einrichtungen beteiligt, Drogenberatungsstellen und Klienten mit einer primären Opiatproblematik sind unterrepräsentiert (Simon, Kraus, Pfeiffer & Strobl 2002). Bei Hochrechnungen kann dies zu einer Unterschätzung der Fallzahlen führen. Da jedoch alle Typen von Einrichtungen in der Stichprobe vertreten sind, kann man insgesamt von einem repräsentativen Bild aller ambulanten Einrichtungen ausgehen.

Neben der Reanalyse vorhandener Datenbestände wurden drei Erhebungen in den 52 teilnehmenden ambulanten Einrichtungen durchgeführt, von denen sich zwei an Klienten und eine an Mitarbeiter richteten.

In einer schriftlichen Erhebung (Fragebogenerhebung; FbS) (N=223) wurden Klienten des Jahres 2001 mit einer primären Cannabisstörung retrospektiv zu ihrer Problemsituation bei Betreuungsbeginn, zum Betreuungsverlauf und zu ihrer Bewertung der Betreuung befragt. In einer zweiten Klientenstichprobe (N=51) unter gegenwärtig betreuten Klienten dieser Einrichtungen mit einer primären Cannabisstörung wurden klinische, computergestützte Interviews durchgeführt. In beiden Stichproben wurden ausschließlich Personen berücksichtigt, bei denen in der Basisdokumentation ein primäres Cannabisproblem (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Cannabis nach ICD-10) ohne Dominanz anderer Substanzen diagnostiziert wurde.

Fälle, in denen ein primäres Cannabisproblem in den Einrichtungen nicht als solches erkannt worden war, weil der Klient einer anderen Hauptdroge zugeschrieben oder weil keine Diagnose vergeben wurde („falsch negativ“), können mit dem gewählten Untersuchungsdesign nicht analysiert werden. Der Aufwand für eine Untersuchung einer Zufallsstichprobe unter allen Klienten der Einrichtungen wäre zu hoch gewesen. Damit wird möglicherweise der Anteil der Klienten unterschätzt, die ein primäres Cannabisproblem haben. Verzerrungen der Stichprobe können sich auch durch die relativ niedrigen Teilnahmequoten in der Studie ergeben. In der schriftlichen Erhebung (FbS) wurde eine Teilnahmequote von knapp über etwa 40% erreicht. Für die Interviewstichprobe (InS) konnte eine solche Quote nicht berechnet werden, da die Gesamtzahl möglicher Gesprächspartner von den Mitarbeitern der Einrichtungen trotz mehrfacher Aufforderung nicht systematisch erfasst wurde.

Die Untersuchungsstichproben weichen an einigen Stellen signifikant von der Gesamtheit behandelter Klienten ab (Strobl et al., 2003; Welsch & Sonntag, 2003). Klienten in der Stichprobe waren im Mittel länger in Betreuung und hatten häufigere Kontakte mit den Einrichtungen als der Durchschnitt der Cannabisklienten. Dies ist nicht überraschend, da der gute Kontakt zwischen Einrichtungsmitarbeiter und Klient wesentlich zur Teilnahmebereitschaft an der Studie beigetragen haben dürfte.

Die beschriebene Selektivität der Stichprobenteilnehmer könnte zu Verfälschungen der Ergebnisse führen. Da jedoch kein systematischer Ausfall bestimmter Kliententypen vorliegt, wird davon ausgegangen, dass die untersuchten Klientenstichproben repräsentativ für die Gesamtklientel sind.

Als dritte Erhebung fand eine Befragung der therapeutischen Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen statt. Da die Teilnahme der Einrichtungen wie der Mitarbeiter an der Studie freiwillig war, ist davon auszugehen, dass sich Personen mit einem besonderen Interesse an der Thematik häufiger beteiligt haben oder vollständigere Antworten gegeben haben. Da es sich um eine Vollerhebung aller Mitarbeiter handelt, die mit Cannabisklienten betraut sind, ist von einer systematischen Verzerrung der Antworten dennoch nicht auszugehen.

11.2 Forschungsstand zu Risiken und Folgeschäden des Cannabiskonsums

Die Literaturübersicht führte den Stand der Forschung auf der Grundlage einer Reihe von Übersichtsarbeiten zusammen und aktualisierte diese durch neuere Studien. Es ging dabei primär um die qualitative Frage, welche Folgeschäden nach aktuellem Wissensstand nachgewiesen bzw. hoch wahrscheinlich sind. Eine Abschätzung der quantitativen Aspekte dieser Risiken und Folgen, die ansatzweise für Abhängigkeitsstörungen vorliegt, war nicht Gegenstand der Analyse.

Akute Folgen

Nach aktuellem Stand sind negative akute Effekte des Konsums von Cannabis auf Wahrnehmung, Merkfähigkeit, Kognition (Bolla et al. 2002) und Verhalten (Kleiber & Kovar, 1997; van Laar et al., 2003) nachgewiesen. All diese Faktoren sind für die Leistungsfähigkeit in Schule und Beruf problematisch. Besonders gefährlich sind sie beim Führen von Kraftfahrzeugen, bei der Bedienung von Maschinen und bei der Beteiligung an gefährlichen Sportarten (Schulz et al., 1998). Die nicht seltene Kombination von Cannabis und Alkohol erhöht die Problematik (Vollrath et al., 2001). Besonders zu erwähnen ist die Schwierigkeit, Abstinenzzeiten nach Cannabiskonsum zu bestimmen, nach denen mit Sicherheit keine Beeinträchtigungen in Hinblick auf Wahrnehmung, Konzentrationsfähigkeit und Reaktion mehr zu erwarten sind. Die Fristen liegen in der Regel bei 24 Stunden, können aber bei intensiven Konsumenten bis zu 4 Wochen betragen.

Akute somatische Effekte auf Puls und Blutdruck sind möglicherweise für Personen mit Vorschädigungen im Bereich Herz/Kreislauf kritisch (Hall & Room, 1995; Hollister, 1998).

Akute psychotische Episoden in Folge von Cannabiskonsum sind nachgewiesen (Thornicroft, 1990) ebenso wie affektive Störungen und Angststörungen als kurzzeitig auftretende Begleiterscheinungen des Konsum (Berke & Hernton, 1974; Hall & Solowij, 1998). Sie gehören zu den häufiger berichteten Folgen.

Langfristige Folgen

Bei den langfristigen Effekten gibt es eine Reihe von Hinweisen auf ein erhöhtes Risiko von Krebserkrankungen der Atemwege durch Cannabiskonsum (Hall & Solowij, 1998). Akute Effekte von Cannabis in dieser Richtung, die pro Konsumvorgang erheblich stärkere negative Wirkungen als Tabakrauchen zeigen, wurden nachgewiesen (Wu et al., 1988). Allerdings ist bisher epidemiologisch keine Zunahme entsprechender Krebserkrankungen in der Bevölkerung festgestellt worden.

Cannabis wird als Auslöser oder Verursacher schizophrener Störungen diskutiert (Andréasson et al., 1987; Allebeck, Adamsson & Engström, 1993; Arseneault et al., 2002; Zammit et al., 2002). Am besten abgesichert ist die Verschlechterung einer vorhandenen Symptomatik durch Cannabiskonsum (Hall & Room, 1995). Die Frage, ob Cannabis solche lang anhaltenden Störungen auch dann verursachen kann, wenn keine entsprechende Prädisposition be-

steht, ist nach aktuellem Forschungsstand nicht abschließend zu beantworten (Arseneault et al., 2004).

Einigen Studien zeigen vor allem für weibliche Konsumenten ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung depressiver Störungen in Folge von Cannabiskonsum (Patton et al., 2002; Bovasso, 2001).

Das Auftreten von Abhängigkeit in der Folge von Cannabiskonsum ist nachgewiesen (Adams & Martin, 1996), wobei ihre Wahrscheinlichkeit mit der Intensität des Konsums deutlich steigt. Insbesondere intensiver Cannabiskonsum erhöht die Wahrscheinlichkeit eines späteren Konsums anderer Drogen (Lynskey et al., 2003).

Konsequenzen

Unabhängig von der Beantwortung der Frage nach der Dauerhaftigkeit negativer Effekte ist festzustellen, dass bereits die akuten Effekte des Cannabisgebrauchs im kognitiven Bereich die schulische und berufliche Leistungsfähigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in einem Alter einschränken, in dem die individuellen Voraussetzungen für die berufliche Zukunft gelegt werden. Auf diese Weise können die sozialen Auswirkungen des Gebrauchs durch die resultierenden Mängel bei den schulischen und beruflichen Abschlüssen auch dann langfristig sein, wenn somatische und psychische Effekte nur vorübergehender Natur waren. Problematischer Cannabiskonsum tritt nach Aussage einiger Studien gehäuft im Umfeld problematischer sozialer und familiärer Strukturen auf. Problematische individuelle und soziale Bedingungen, die den Konsum begünstigen, wirken unter Umständen verstärkend auf diesen zurück.

Der zweite wichtige Themenkomplex betrifft die negativen Auswirkungen akuten und chronischen Konsums auf die Sicherheit im Straßenverkehr, an (gefährlichen) Arbeitsplätzen und bei gefährlichen Sportarten. Die Bestimmung von Abstinenzfristen, nach denen Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens durch diese Auswirkungen ausgeschlossen werden können, ist wesentlich schwieriger als beim Konsum alkoholischer Getränke.

11.3 Ist die Zunahme der Behandlungsnachfrage gesichert?

Der Frage, ob die beobachtete Zunahme von Behandlungszugängen durch Personen mit primären Cannabisstörungen empirisch abgesichert werden kann, wurde mit Hilfe der Daten der Deutschen Suchthilfestatistik nachgegangen. Die Qualität der Diagnosen wurde mit Hilfe der beiden Untersuchungstichproben geprüft, die auf einer schriftlichen (FbS) bzw. mündlichen (InS) Erhebung basieren.

Zur Zunahme der Behandlungszugänge

Die Zunahme der Behandlungszugänge durch Personen mit primären Cannabisstörungen ist als gesichert zu betrachten. Zwischen 1992 und 2002 nahm die Absolutzahl pro Jahr – berechnet für alle ambulanten Beratungsstellen in Deutschland – von etwa 2.600 auf 14.700 fast verfünffacht. Diese Entwicklung ging einher mit einem Anstieg des Anteils der Cannabisfälle in den ambulanten Einrichtungen von 2,1% in 1992 auf 8,6% in 2002.

Die Qualität der Diagnostik und die Statusbeschreibung

Zunächst stellt sich die Frage, ob die Zahl der Behandlungsnachfragen in der dargestellten Höhe gesichert ist. Bei einem Teil der primären Cannabisklienten ambulanter Einrichtungen, die in dieser Studie untersucht wurden, erreicht das Ausmaß der Problematik nicht die Schwelle klinischer Bedeutsamkeit in der Definition der Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV). 14% (im Vergleich zur Diagnose aufgrund von Selbstangaben in einem Fragebogen) bzw. 25% (im Vergleich zum klinischen Interview) der Klienten weisen geringfügigere Problemausprägungen auf. Bei den Klienten, bei denen in der Basisdokumentation eine Abhängigkeitsdiagnose vorliegt, wurde mit 85% (bei der schriftlichen Erhebung) bzw. 78% (bei den klinischen Interviews) deutlich häufiger eine klinische Diagnose (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit) durch die externe Überprüfung bestätigt. Da die Diagnosen des schädlichen Gebrauchs besonders häufig ohne entsprechende Bestätigung blieben, handelt es sich bei den Fehlzusammenhängen nicht um einen zufälligen Effekt. Der Zahl der Behandlungsfälle, die nach ICD-10 auch entsprechend der externen Überprüfung behandlungsbedürftig sind, liegt damit maximal ein Viertel unter dem genannten Wert von 14.700 Neuzugängen im Jahr 2002.

Dabei kann nicht generell von Diagnosefehlern gesprochen werden. Vielmehr sind die Maßstäbe, die auf den Krankheitskonzepten von ICD-10 basieren, für die Beschreibung der Problematik eines Teils des Klienten möglicherweise nicht geeignet. Hierzu gehören beispielsweise: Personen, die sich Gedanken wegen ihres (Probier-)Konsums machen, ohne dass bereits negative Folgen aufgetreten sind; Konsumenten, die ausschließlich auf Bitten ihrer Eltern die Beratungsstelle aufsuchen; (Probier-)Konsumenten, bei denen allgemeine Lebensfragen und Probleme im Vordergrund stehen, bei denen Cannabis die Lösung dieser Probleme aber möglicherweise behindert. Zusammenfassend haben auch diese „falsch-positiv“ diagnostizierten Klienten Probleme im Umgang mit Cannabis und gehören damit zu den Zielgruppen ambulanter Beratungsstellen. Für sie könnte zum Beispiel Information, Beratung oder Aufklärung im Sinne von Sekundärprävention sinnvoll sein und dem Arbeitsauftrag der Stelle dabei voll entsprechen.

Obwohl in einem Teil der Fälle psychische Störungen neben der Cannabisstörung diagnostiziert wurden, besteht kein Anhaltspunkt für die Annahme, dass diese in mehr als einigen Einzelfällen die eigentliche Basisstörung sein könnten und die Cannabisstörung fälschlicherweise als relevante Störung diagnostiziert wurde. Auch in den Fällen, in denen Störungen durch weitere psychotrope Substanzen diagnostiziert wurden, ist die Bewertung von Cannabis als primäre Substanz entsprechend der Angaben der Betreuung nachvollziehbar.

Die Qualität der Diagnostik und die Trendbeschreibung

Kommt man auf die Zunahme der Betreuungsnachfrage zurück, so ist festzustellen, dass keine Hinweise dafür vorliegen, dass sich die Qualität der Diagnostik im betrachteten Zeitraum systematisch verändert hat: ICD-10 wurde als Standard bereits Ende der 80er Jahre in Deutschland eingeführt. Der Deutsche Kerndatensatz, der die bis dahin geltenden Vorgaben übernahm und nur leicht modifizierte, gilt seit 1997. Schulungsmaßnahmen in den Einrichtungen in der Handhabung von ICD-10 basierten Fragen wurden zu Beginn der Einführung

von ICD-10 bundesweit durchgeführt. Seither sind sie in unveränderter Form Bestandteil der normalen Ausbildungscurricula. Es gibt demnach keine schlüssigen Hinweise dafür, dass die Zunahme der Diagnosen ausschließlich oder auch nur teilweise durch eine veränderte „Diagnose-Kompetenz“ der Mitarbeiter zu erklären ist.

Es wird daraus geschlossen, dass die Zahl betreuungsbedürftiger Cannabisklienten in dem betrachteten Zeitraum von 1992 bis 2002 tatsächlich zugenommen hat.

Die Überprüfung der Qualität der Routinediagnosen erlaubt erstmalig eine Einschätzung der Validität der diagnostischen Daten, die im Rahmen des DSHS analog ICD-10 gesammelt werden. Während in den meisten Mitgliedsstaaten der Europäischen Union keine klinische Diagnostik in ambulanten Beratungsstellen stattfindet (was die Vergleichbarkeit der Daten sehr erschwert), ist dies in Deutschland in Bezug auf die Abhängigkeitsdiagnose seit mehr als 10 Jahren Standard. Die Überprüfung der Qualität dieser Diagnostik hat zumindest für die hier betrachtete Klientengruppe positive Ergebnisse gezeigt. Es muss aber geprüft werden, wie die diagnostischen Kenntnisse verbessert werden können, und in welcher Form Klienten in dem Dokumentationssystem erfasst werden können, deren Störungen die Schwelle einer Diagnose nicht erreichen.

11.4 Wie ist die Zunahme der Behandlungsnachfrage zu erklären?

Der Frage nach den möglichen Ursachen der in 11.3 beschriebenen Zunahme der Behandlungsnachfrage wurde mit Hilfe der Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik aus den Jahren 1992 bis 2002 nachgegangen. Das Verständnis der Ursachen ist Voraussetzung dafür, geeignete Konsequenzen auf der Seite der Behandlungsangebote zu ziehen.

Zunahme der Konsumentenzahl

Die Verbreitung von Cannabis in der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 29 Jahren hat zwischen 1992 und 2000 auf das 2,7fache zugenommen. Die Zunahme der Behandlungsnachfrage geht mit einem Anstieg auf das 3,7fache in die gleiche Richtung, ist jedoch noch ausgeprägter.

Zunahme der Erreichbarkeit von Betreuungsangeboten

Für eine verbesserte Erreichbarkeit der Angebote spricht die deutliche Zunahme der Betreuungen, die durch Beratungseinrichtungen außerhalb der Suchtkrankenhilfe vermittelt wurden. Damit gelangt ein Jugendlicher zum Beispiel über Einrichtungen der Jugendhilfe besser an die entsprechenden Hilfeangebote. Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe spielt in anbetracht des Durchschnittsalters der Cannabiskonsumenten eine besondere Rolle. Geprüft werden muss allerdings, ob Jugendliche mit leichten cannabisbezogenen Problemen nicht besser im Jugendhilfesystem betreut werden.

Keine Zunahme der Betreuungsangebote

Eine generelle Ausweitung der Betreuungsangebote als Erklärung für den Anstieg bei den Zugängen kann weitgehend ausgeschlossen werden, da in den Einrichtungen in dem betrachteten Zeitraum kein wesentlicher personeller Ausbau stattgefunden hat. Vielmehr steigt

die Zahl der Klienten pro Mitarbeiter an (Strob et al. 2003; Welsch & Sonntag 2003). Der Zunahme der Behandlungsnachfrage durch Personen mit primären Cannabisstörungen um das mehr als Fünffache steht zudem im gleichen Zeitraum ein Zuwachs bei den Alkohol- und Opiatklienten um nur rund 50% gegenüber. Damit ist weniger ein genereller Zuwachs von Klienten sondern ein spezifischer Effekt von Personen mit cannabisbedingten Störungen festzustellen.

Leichte Zunahme juristischer und polizeilicher Maßnahmen

Die in Diskussionen häufig geäußerte Hypothese, die Zunahme an Betreuungsfällen sei vorrangig auf einen verstärkten Verfolgungsdruck der Polizei oder der Justiz zurückzuführen, wird von den Zahlen nicht bestätigt. Vermittlungen aus diesem Bereich sind zwischen 1992 und 2002 lediglich unterdurchschnittlich gewachsen. Die deutlichsten Zunahmen finden sich bei den Vermittlungen aus „anderen Beratungsdiensten“ und „sonstigen“ Einrichtungen. Dies spricht dafür, dass die steigende Zahl von Zugängen nicht vorrangig als Ergebnis gezielter justizieller Drucks zu erklären ist.

Zukünftige Entwicklung

Berücksichtigt man den zeitlichen Abstand zwischen Konsumbeginn und Aufnahme der Betreuung, der in der DSHS im Mittel rund 6 Jahre beträgt, so ist vor dem Hintergrund der deutlichen Zunahme der Inzidenz des Cannabiskonsums auch in den letzten Jahren (Kraus & Augustin, 2001) mit weiteren Zuwächsen bei der Behandlungsnachfrage zu rechnen.

11.5 Wie unterscheiden sich betreute Cannabisklienten von den Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung?

Während 3,4 Millionen Personen in Deutschland Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert haben, beginnen weniger als 15.000 Personen pro Jahr eine ambulante Betreuung wegen dieser Substanz. Es wurde der Frage nachgegangen, ob sich diese Personen von der Gesamtheit von Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung unterscheiden. Als Datengrundlage dienen dabei Angaben von Probanden aus der Bevölkerungsumfrage zum Konsum und Missbrauch psychotroper Substanzen des Jahres 2000 sowie die Ergebnisse der schriftlichen und der mündlichen Untersuchungen im Rahmen dieser Studie.

Klienten konsumieren mehr

Die untersuchten Personen in ambulanter Behandlung haben Cannabis in den letzten 12 Monaten signifikant häufiger konsumiert als die Konsumenten in der Bevölkerung. Drei Viertel der erst genannten gegenüber nur einem Viertel der Konsumenten haben die Droge mehr als 60mal gebraucht. Etwa ein Viertel der Klienten konsumierte Cannabis in den letzten 30 Tagen täglich.

Klienten weisen mehr Beigebrauch anderer Drogen auf

Während ein großer Teil der Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung in den letzten 12 Monaten keine weiteren Drogen benutzt hat, findet sich bei etwa der Hälfte der Klienten Bei-

konsum von Ecstasy, Pilzen, Kokain oder Amphetaminen. Die Konsumwahrscheinlichkeit (odds ratio) liegt bei ihnen um den Faktor 3,4 (Methadon) bis 26,0 (LSD) höher als bei den Cannabiskonsumenten in der Bevölkerungsstichprobe, die Unterschiede sind für alle Stoffe signifikant. Die Konsumhäufigkeiten für die gleichen Substanzen weisen ebenfalls hoch signifikante Effekte in die gleiche Richtung auf.

Klienten beginnen früher mit dem Drogenkonsum

Der Konsum von Cannabis, Ecstasy, Pilze, Kokain und Amphetamine beginnt, – soweit diese Drogen jeweils benutzt werden – bei den Klienten um 2-3 Jahre und damit signifikant früher als bei den Konsumenten in der Allgemeinbevölkerung. Ein Teil dieses Unterschieds ist allerdings vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Klienten signifikant jünger sind als die Konsumenten in der Bevölkerung sowie auf unterschiedliche Erinnerungs- und Kohorteneffekte bei älteren und jüngeren Konsumenten. Die Tatsache, dass bei den Substanzen mit niedriger Affinität zum Cannabiskonsum (Opiate, Schnüffelstoffe) keine signifikanten Unterschiede im Einstiegsalter zwischen den Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung und der behandelten Klientel sind, sprechen für eine inhaltliche Interpretation des Altersunterschiedes. Ein früher Beginn des Drogenkonsums wird in der Literatur durchgängig mit erhöhtem Risiko problematischer Folgen und Konsummustern verknüpft.

Klienten haben besseren Zugang zu bestimmten Drogen

Die Konsumbereitschaft und die Zugriffsmöglichkeiten auf die entsprechenden Substanzen sind bei den Cannabisklienten in Behandlung im Vergleich zu den Konsumenten in der Bevölkerungsstichprobe durchgängig signifikant erhöht. Die besondere Affinität für halluzinogene Pilze, Kokain, Ecstasy und Amphetamine äußert sich auch darin, dass die Cannabisklienten Bezugsquellen hierfür kennen und in der Regel leichten Zugang zu diesen Stoffen haben. Während Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung ebenfalls einfachen Zugang zu Cannabis hat, sind die anderen genannten Stoffe für diese Gruppe deutlich schwerer zugänglich.

Gesamtsituation

Die Klienten zeigen damit durchgängig mehr Affinität zu Cannabis und zu einer Reihe anderer Substanzen, die sich in größerer Konsumbereitschaft, leichterem Zugang und intensiverem Konsum äußert. Dies betrifft Pilze, Amphetamine, Ecstasy und Kokain, nicht jedoch Opiate und Crack. Ein kleiner Teil der Klienten weist allerdings auch ausgesprochen niedrige Konsumzahlen auf. 9% von ihnen geben an, in den letzten 12 Monaten gar kein Cannabis konsumiert zu haben. Knapp 30% haben die Substanz in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn nicht oder nur gelegentlich verwendet.

11.6 Gibt es Teilgruppen in der Klientel?

Hinweise aus der Praxis und die sehr unterschiedlichen Bewertung der Problematik dieser Klienten durch Experten in der Diskussion legen die Annahme nahe, dass dieses Klientel besonders heterogen ist. Der Betreuungsbedarf muss dieser möglicherweise bestehenden Vielfalt entsprechen.

Um dieser Frage nachzugehen, wurde einer Clusteranalyse der Cannabisklienten durchgeführt. Als Datengrundlage diente die Fragebogenstichprobe (FbS), in der die meisten Detailinformationen zur Verfügung stehen. Es wurden Merkmale der Konsumintensität (Konsumtage pro Monat, Konsumvorgänge pro Konsumtag, präferierte Wirkstärke), die Einbindung des Konsums in das Alltagsleben (Anzahl örtlicher bzw. zeitlicher Konsumsituationen) sowie die Zahl erfüllter Kriterien für Abhängigkeit bzw. Missbrauch berücksichtigt. In einer hierarchischen Clusteranalyse wurde eine Dreiclusterlösung für den gegebenen Datensatz gefunden (Bortz 1984). Die Anwendung einer Clusterzentrenanalyse im Anschluss daran erlaubte es, fast alle Fälle einem der drei Cluster zuzuweisen, da bei fehlenden Daten mit dem fallweisen Ausschluss von Werten gearbeitet werden konnte. Während eine rational-logische Herleitung von Teilgruppen zu einer streng hierarchischen Gruppierung geführt hätte, war bei diesem Verfahren die gleichzeitige Berücksichtigung der genannten drei Aspekte klinischer Störungsgrad, Intensität des Konsums und Alltagseinbindung des Konsums möglich.

Die abgeleiteten Klientengruppen: Niedrigrisikogruppe (NR), Mittlerisikogruppe (MR) und Hochrisikogruppe (HR)

Die abgeleiteten Cluster zeigen, dass verschiedene Gruppen unter den Cannabisklienten differenziert werden können, die sich in Problematik und Hilfebedarf, nicht aber in ihrer sozioökonomischen Lage deutlich unterscheiden. Mit 41% ist die Gruppe der Niedrigrisikoklienten (NR) (N=90) am stärksten besetzt, während die Mittlerisikogruppe (MR) 26% (N=58) und die Hochrisikoklienten 33% (N=72) der Gesamtklientel ausmachen. Konsumintensität und Konsumverhalten (Orte, Zeitpunkte, Gelegenheiten) zeigen signifikante Unterschiede zwischen diesen Gruppen.

Die Hochrisikogruppe (HR) zeigt durchgängig problematischere Verhaltensweisen. Die Konsumfrequenz pro Konsumtag liegt etwa dreimal so hoch wie für die Niedrigrisikogruppe (NR). Mit der Risikogruppe steigt die Zahl der Konsumorte, der Konsumgelegenheiten und der Abhängigkeitsdiagnosen aufgrund der schriftlichen Klientenangaben. Erfahrungen mit Entzugserscheinungen werden in Gruppe HR mit 65,7% doppelt so oft berichtet wie in Gruppe NR.

Anforderungen der verschiedene Klientengruppen an Betreuung

Die ambulanten Beratungsstellen müssen bei ihren Betreuungsangeboten die unterschiedlichen Teilgruppen von Cannabisklienten berücksichtigen, die sich in ihrer Konsumintensität, ihrem Risikoverhalten und in der Behandlungsmotivation unterscheiden. Während der Klient der Niedrigrisikogruppe (NR) den Cannabiskonsum bereits beendet haben kann und hierfür lediglich noch Verstärkung braucht, ist für Personen aus der Gruppe HR möglicherweise eine Einschränkung oder Beendigung des Beigebrauchs anderer Substanzen ein denkbare

schenziel. Die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen implizieren nicht nur eine angepasste Festlegung von Behandlungszielen sondern auch eine hohe Flexibilität bei der Gestaltung der Betreuung, was Länge, Art und Intensität der Maßnahmen angeht.

Weitere Ergebnisse

Mehr als 75% der Väter und mehr als 80% der Mütter wissen von dem Cannabiskonsum ihrer Kinder. Die Ablehnung des Cannabiskonsums durch die Eltern überwiegt deutlich, die höchsten Akzeptanzwerte finden sich in Klientengruppe HR. Bei Mittelrisikogruppe (MR) ist am häufigsten eine ambivalente Haltung der Eltern festzustellen. Der Anteil von Müttern mit eigener Cannabiserfahrung liegt für die Gruppe HR signifikant am höchsten: 16% gegenüber 2% in der Niedrigrisikogruppe (NR) und 8% in der Mittelrisikogruppe (MR).

Die Rolle des Freundes- und Bekanntenkreises bei der Entwicklung von Drogenkonsum ist vielfach erwähnt worden. Der Vergleich der drei Klientengruppen zeigt zunächst einmal, dass in allen Gruppen nur eine Minderheit der Freunde keinen Kontakt zu Cannabis hatte. Etwa zwei von drei Freunden gebrauchen Cannabis gelegentlich oder sogar gewohnheitsmäßig. Im Vergleich zwischen den drei Klientengruppen ist die Zahl der konsumierenden Freunde mit Problemen in der Gruppe HR signifikant erhöht. Konsumprobleme treten also massiert in bestimmten Gruppen auf.

Die häufigsten Alltagsprobleme, die bei den Klienten auftreten, betreffen finanzielle Dinge, Schule und Arbeit sowie den Umgang mit Eltern, Freunden und Partnern. Die Hochrisikogruppe (HR) fühlt sich dabei in Schule und Arbeit am stärksten belastet. Der häufige Konsum und die damit verbundene häufige akute Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeiten und psychomotorischen Fähigkeiten erklären diese Belastungen zumindest zum Teil.

11.7 Charakteristika von Cannabisklienten im Vergleich mit anderen Klientengruppen

Der Vergleich einiger Basisinformationen von Cannabisklienten mit den beiden anderen großen Klientengruppen – den Alkohol- und den Opiatabhängigen – sollte die Besonderheiten der Cannabisklienten verdeutlichen. Die verwendeten Daten stammen vor allem aus der DSHS, die durch Details aus der Fragebogenstichprobe (FbS) ergänzt wurde.

Der „typische“ Cannabisklient einer ambulanten Beratungsstelle ist männlich, zwischen 18 und 24 Jahren alt, ledig und ohne festen Partner. Die Lebensumstände der Cannabisklienten sind im Vergleich zu Klienten mit primären Alkohol- oder Opiatproblemen vor allem durch das niedrigere Alter der Cannabisklienten gekennzeichnet.

Die Eltern spielen bei den Cannabisklienten noch eine wichtige Rolle. Die Mehrzahl lebt zumindest mit einem Elternteil zusammen. Nur ein relativ geringer Teil der Klienten ist schon erwerbstätig, die Mehrzahl befindet sich noch in Schul- oder Berufsausbildung. Weder in den demographischen Merkmalen noch im Schul- und Bildungsstand findet sich ein Unterschied zwischen den verschiedenen Risikogruppen in der Klientel.

Anders als bei den Klienten mit Alkohol- oder Opiatproblemen, steht das Elternhaus und Probleme der Spätadoleszenz bei den Cannabisklienten noch deutlich im Mittelpunkt. Schulische und berufliche Ausbildung sind besonders wichtige Teilziele, die in dieser Lebensphase erreicht werden sollten.

11.8 Entspricht das Betreuungsangebot dem Bedarf?

Der Heterogenität der Klientel in Hinblick auf ihr Konsumverhalten (vgl. 11.6) sollte ein maßgeschneidertes Betreuungsangebot entsprechen. Um zu überprüfen, ob tatsächlich ein angepasstes Angebot gemacht wird, wurden die Rahmendaten der Betreuung (Maßnahmenarten, Dauer) für die drei Klientengruppen verglichen. Neben diesen objektiven Anforderungen werden auch die subjektiven Betreuungswünsche und die Zufriedenheit der Klienten mit der Betreuung betrachtet. Als Datengrundlage diente die Fragebogenstichprobe (FbS).

Motivation

Berücksichtigt man auch nachgeordnete Motive, so streben rund 31% der Klienten eine Reduktion des Konsums von Cannabis an, knapp die Hälfte der Klienten möchte den Konsum von Cannabis ganz einstellen. 29% der Klienten wollen den Konsum anderer Drogen reduzieren. Mehr als ein Drittel der Klienten sucht – unabhängig vom Drogenkonsum – auch Hilfe bei der Lösung allgemeiner Lebensprobleme bzw. beim Versuch ihr Leben „wieder in den Griff“ zu bekommen.

Die Auswertung der offenen Fragen weist darauf hin, dass Cannabiskonsum in vielen Fällen Teil eines dysfunktionalen Lebensstils darstellt, den die Klienten insgesamt umstellen wollen. Es zeigen sich hier die in der Literatur beschriebene negative Synergieeffekte zwischen Cannabiskonsum und problematischen familiären, sozialen und/oder persönlichen Lebensumständen. Ein Rückgriff auf Jessor und Jessor (1977), deren Modell vor 25 Jahren Drogenkonsum als integrales Bestandteil eines Entwicklungsproblems betrachtet hat, könnte hierbei konzeptionell hilfreich sein.

Die drei Klientengruppen NR, MR und HR gleichen sich in vielen Aspekten der Behandlungsmotivation. Allerdings suchen mit 43% in der Hochrisikogruppe (HR) deutlich mehr Personen Hilfe bei der Reduzierung ihres Konsums als etwa in den Gruppen NR (21%) und MR (31%). Ebenfalls signifikant häufiger wünscht die gleiche Gruppe Hilfen beim Umgang mit anderen Drogen außer Cannabis. Der Wunsch nach Abstinenz von Cannabis, der von 47% der Gesamtklientel genannt wurde, findet sich in allen drei Gruppen etwa gleich häufig, obwohl sich die Konsumintensität deutlich zwischen ihnen unterscheidet. Auflagen oder der Wunsch Dritter sind gleichhäufig für die drei Gruppen Anlass zum Besuch der Einrichtung gewesen.

Verlauf der Betreuung

Der Verlauf der Therapie weist beim Vergleich der Klientengruppen mit niedrigem (NR), mittleren (MR) und hohem Risiko (HR) in Kontaktzahl und -qualität sowie in der Betreuungsdauer keinen signifikanten Zusammenhang mit der Problemausprägung auf. In Anbetracht der erheblichen Unterschiede in der Problemlage der Teilgruppen in der Klientel erscheint das Vorgehen in der Betreuung als zu einheitlich. Die Tatsache, dass nur drei Viertel der Klienten eine gründliche Anamnese durchlaufen und dass nur geringfügige Unterschiede bei den durchgeführten Maßnahmen für die drei verschiedenen Klientengruppen zu finden sind, weist ebenfalls auf eine unzureichende Differenzierung der Betreuung hin.

Rückmeldungen der Klienten zur Qualität der Betreuung

44% der Klienten sind sehr zufrieden mit ihrer Betreuung. Die Kompetenz der therapeutischen Mitarbeiter wird insgesamt sehr hoch eingeschätzt. Die Klienten der Gruppe HR, die durch intensive Konsummuster und erhöhte Risiken auffallen, sind insgesamt weniger zufrieden mit ihrer Behandlung. Insbesondere kritisieren sie die Ziele häufiger als nicht erreichbar, aber auch die Kompetenz der therapeutischen Mitarbeiter.

Bei dieser insgesamt recht positiven Rückmeldung muss darauf hingewiesen werden, dass nur ein Drittel der objektiv hilfebedürftigen Konsumenten professionelle Hilfe aufsucht, und nur 15% dieser Personen eine Einrichtung des Suchthilfesystems besucht (Perkonig et al., 2004). Die in der Stichprobe geäußerte verhaltene Kritik, etwa an der gleichzeitigen Betreuung von Heroinabhängigen und Cannabisklienten in Gruppenangeboten, könnte Ursachen offen legen, warum die Angebote der ambulanten Einrichtungen relativ selten wahrgenommen werden.

11.9 Vorschläge

Die Rückmeldungen der Klienten zum Verlauf und zum Ergebnis der Betreuung sind durchweg positiv. Allerdings sind die Teilnehmer an der Erhebung eine Positivauswahl der Klientel, die länger in Betreuung waren und mehr Kontakte als der Durchschnitt der Cannabisklienten hatten. Zudem ist davon auszugehen, dass ein positiver Kontakt mit der Einrichtung auch die Bereitschaft zur Beteiligung an der Studie erhöht hat. Insgesamt ist damit von einer gewisse positive Verzerrung der Rückmeldungen auszugehen.

Der zweite kritische Aspekt bei der Bewertung der Ergebnisse betrifft die geringe Erreichung der Zielgruppe durch das Angebot der ambulanten Beratungsstellen. Nur etwa ein Drittel der Personen mit Cannabisstörungen sucht professionelle Hilfe auf, etwa 15% dieser Personen bedient sich dabei der Einrichtungen des Suchthilfesystems (Perkonig et al., 2004). Vorschläge müssen sich auch mit den Ursachen dieser mangelhaften Erreichung beschäftigen, soweit hierfür Hinweise aus den Ergebnissen der Studie zu gewinnen sind.

Die folgende Vorschläge betreffen zum einen eine gezieltere Betreuung, die sich stärker als bisher an den unterschiedlichen Voraussetzungen der Klienten orientiert. Zum anderen geht es um die Weiterentwicklung von Behandlungsverfahren und Behandlungsorganisation.

Verbesserung der Erreichung der Personen mit Cannabisstörungen durch intensivere Kooperation mit anderen Einrichtungen

Das Problem mangelnder Anbindung der Cannabisklientel an die ambulanten Beratungsstellen zeigt sich in den erheblichen Problemen bei der Rekrutierung der Teilnehmer für die Studie. Anders als etwa bei Opiatabhängigen ist die Beziehung zwischen Einrichtung und Klient oft wenig intensiv und nur kurzfristig. In Gesprächen mit Mitarbeitern wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass sich die Cannabisklienten nicht „öffnen“ würden und im Vergleich zu Opiatabhängigen problematischer im therapeutischen Umgang seien. Zudem mache die Illegalität der Droge in dieser Klientengruppe oft mehr Probleme als bei „harten“ Drogenkonsumenten, da die Cannabisklienten noch „mehr zu verlieren“ hätten.

Um diese Personengruppe besser zu erreichen ist die Kooperation mit anderen Institutionen, insbesondere Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe zu intensivieren. Die deutliche Zunahme der Vermittlungen über suchtspezifische Beratungsstellen zeigt, dass dieser Ansatz Erfolg versprechend ist. Langfristig ist zu prüfen, welche Art von Betreuung durch welche Institutionen zu leisten ist und welche Rolle darin die ambulanten Suchtberatungsstellen spielen sollten. Neben der eigenen Beratungstätigkeit könnten diese auch ergänzende Angebote zu Betreuungen durch andere Stellen machen oder als die Mitarbeiter dieser Einrichtungen als „Coach“ unterstützen.

Entwicklung von Therapierverfahren für die besonders problematischen Fälle

Zur Zeit finden weltweit Aktivitäten mit dem Ziel statt, komplexe und effiziente Betreuungsverfahren für Cannabiskonsumenten zu entwickeln. Dabei wird der Heterogenität und der Frage der differentiellen Indikation besondere Aufmerksamkeit gewidmet (Steinberg et al. 2002). Es ist zu hoffen, dass die bisher vorliegenden Standards zur Behandlung von cannabisbezogenen Störungen (Bonnet et al. in Druck) in naher Zukunft ergänzt werden durch Behandlungsverfahren, welche den Bedürfnissen der entsprechenden Klientengruppe noch besser entsprechen.

Stärkere Differenzierung der Behandlungsansätze

41% der Klienten weisen eine relativ niedrige Konsumintensität auf und zeigt kaum Beikonsum und Sekundärfolgen. Der Kontakt mit ihnen kann genutzt werden, um Informationen über Konsumrisiken zu geben und ihnen dabei zu helfen, diese zu minimieren. Klienten dieser Gruppe wünschen sich häufiger als andere keine gemischte Betreuung zusammen mit Alkohol- oder Heroinklienten. Sie haben ein hohes Interesse an exakten Informationen, die Mitarbeiter der Beratungsstellen werden als hoch kompetent wahrgenommen. Diese Ausgangslage sollten in speziellen Gruppen und Angeboten genutzt werden, um Veränderungsprozesse zu initiieren und vor allem sekundärpräventiv aktiv zu werden.

Die Klientengruppe mit mittlerem Risikokonsum (MR), die 26% der Klientel umfasst, zeigt intensiveren Konsum, erste Auswirkungen des Konsums im Alltag und leicht problematischere Rahmenbedingungen. In gewisser Weise steht sie am Scheideweg zwischen weniger und stark riskanten Verhaltensweisen. Das zeigt sich beispielsweise auch in einem relativ hohen Anteil von Eltern, die gerade in dieser Klientengruppe keine klare Haltung in Bezug auf den

Cannabiskonsum ihrer Kinder haben. Eine enge Kooperation mit den Eltern wäre gerade für diese Klientengruppen zu wünschen. Zentrales Thema in dieser Gruppe von Cannabisklienten sollte die Fähigkeit zur Kontrolle des eigenen Konsumverhaltens sein und der Versuch, einer Intensivierung des Konsumverhaltens entgegen zu wirken.

Besonders schwierig erscheint die Betreuung der Gruppe der Hochrisikokonsumenten (HR), die 32% der Klientel ausmachen. Im Kontakt mit diesen Personen besteht häufiger als in den anderen Gruppen Uneinigkeit über Therapieziele. Der Therapeut wird von ihnen weniger kompetent eingeschätzt und seine Möglichkeiten der Hilfe kritischer gesehen. Hilfe zur Abstinenz oder Reduzierung des Konsums, der hier schon recht alltäglich geworden ist, kämpft mit den gleichen Schwierigkeiten wie Tabakentwöhnung, ein hochstabiles Verhaltenssystem zu modifizieren. Das möglicherweise erhöhte Krebsrisiko ist wegen des regelmäßigen und intensiven Gebrauchs von Cannabis für diese Klientengruppe besonders relevant. Zur effektiven Betreuung dieser Gruppe sind intensivere und spezifischere therapeutische Angebote notwendig, die bisher nicht in entsprechender Qualität (evaluiert und durch Manuale beschrieben) vorliegen. Solche Programme sollten neu entwickelt oder für deutsche Verhältnisse adaptiert werden, soweit sie in der Literatur zu finden sind.

Entwicklung von Screeninginstrumenten zur Unterstützung der Therapiewahl

Einfach einzusetzende und validierte Screeninginstrumente werden benötigt, um zu einem frühen Zeitpunkt der Betreuung über das passende Betreuungsangebot entscheiden zu können. Die relativ häufigen comorbiden Störungen aus dem Bereich der Depression und der Angststörungen sind dabei ebenfalls zu beachten. Unter heutigen Umständen ist weder deren Diagnose noch ihre Behandlung gewährleistet. Ein praktikables, aber dennoch verlässliches Screeninginstrument zu diesem Zweck sollte zum Einsatz in der Praxis entwickelt werden, da vorhandene klinische Verfahren zu zeitaufwändig für die alltägliche Betreuung sind.

Entwicklung der Ressourcen

Eine adäquate personelle Ausstattung der ambulanten Einrichtungen ist Voraussetzung für ein besseres Angebot für Personen mit Cannabisproblemen. Da die finanziellen Rahmenbedingungen der Kommunen und Länder zur Zeit ausgesprochen schwierig sind, ist zu prüfen, ob eine Veränderung der Schwerpunktsetzung in den ambulanten Einrichtungen und damit eine Neuverteilung der bisher eingesetzten Ressourcen notwendig ist.

Die Ausbildung der Mitarbeiter speziell im Umgang mit dieser Klientengruppe muss verbessert werden, da drei von vier Therapeuten sich als nicht ausreichend gerüstet für diese Klientel empfinden. Mehr als ein Drittel der Cannabisklienten weist depressive Störungen oder Angststörungen auf. In selteneren Fällen finden sich auch psychotische Störungen bei den Klienten. Das relativ häufige Auftreten dieser Störungen erfordert eine engere Kooperation mit Psychotherapeuten und/oder Psychiatern sowie eine hohe Kompetenz der Einrichtungsmitarbeiter in diesem Bereich. Dies ist bei der Personalpolitik und der Weiterentwicklung von Kooperationsbeziehungen noch besser als bisher zu berücksichtigen.

Überarbeitung des Deutschen Kerndatensatzes

Fehlklassifikationen von Cannabisstörungen beruhen zumindest teilweise auf der Tatsache, dass die aktuelle Fassung des Deutschen Kerndatensatzes keine Kategorie unterhalb des „schädlichen Gebrauch“ analog ICD-10 (F12.1) vorsieht. Es sollte eine Ergänzung des Deutschen Kerndatensatzes vorgenommen werden, um in Zukunft Probleme mit einer Substanz dokumentieren zu können, auch wenn diese (noch) nicht die Kriterien klinischer Diagnosen erfüllen. Da auch Personen unterhalb dieser Schwelle in die Einrichtungen kommen, würden damit bessere Voraussetzungen für eine exakte Befolgung der Diagnosekriterien vor allem für den „problematischen Gebrauch“ geschaffen werden und aller Wahrscheinlichkeit nach die Häufigkeit von Fehldiagnosen weiter verringert werden.

Neuorientierung ambulanter Beratung und Behandlung

In Anbetracht der steigenden Behandlungsnachfrage durch Cannabisklienten müssen sich die ambulanten Beratungsstellen in Zukunft noch stärker auf primäre Cannabisklienten einstellen als bisher. Eine Studie aus dem Münchner Bereich (Perkonigg et al., 2004) kommt bei der Betrachtung des Hilfesystems in dieser Region zu der Einschätzung, dass wenige stark gestörte Personen intensiv betreut werden, während eine große Zahl relativ moderater Problemfälle keine Unterstützung erhalten. Eine stärkere Ausrichtung der ambulanten Angebote an der Zielgruppe Cannabisstörungen und Cannabisprobleme würde eine Verschiebung der Arbeit in verschiedener Hinsicht bedeuten:

- **jüngere Klienten**
Schule, Konflikte mit dem Elternhaus und Entwicklungsaufgaben bilden zentrale Elemente der Probleme wie der Lösungsansätze für diese Gruppe.
- **mehr Elternarbeit**
Die starke Rolle der Eltern wird bisher in der Betreuung oft unzureichend genutzt. Sie sind in vielen Fällen räumlich nahe und wissen vom Cannabiskonsum, ohne ihn zu akzeptieren. Der Zugang über die Eltern und deren Einbindung in die Betreuung der Kinder dürfte zwar in Hinblick auf das jugendliche Alter der Konsumenten nicht einfach sein. Die Tatsache, dass die meisten Eltern aber über den Konsum Bescheid wissen und tatsächlich auch häufig etwas mit der Behandlungsmotivation zu tun haben, spricht für eine gewisse Intensität der Eltern-Kind-Beziehung, die man noch stärker nutzen könnte.
- **mehr Zugang über die Peers**
Der große cannabiskonsumierende Freundeskreis macht die Arbeit der Ambulanzen zwar sicher schwieriger. Insbesondere in der Hochrisikogruppe (HR) ließe sich jedoch auch an den relativ häufigen negativen Erfahrungen dieser Freunde im Umgang mit Cannabis anknüpfen und Behandlungsansätze eventuell auf dieses System ausrichten.

11.10 Ausblick

Die vorliegende Studie hat einen deutlichen Anstieg in der Behandlungsnachfrage durch Personen mit primären Cannabisproblemen gezeigt. Trotz gewisser Mängel in der Diagnostik wurde das Ausmaß des Problems auf der Bevölkerungsebene und die Problemsituation dieser Personen auch durch die eingesetzten Prüfverfahren in seiner Größenordnung bestätigt, ebenso die Gültigkeit der beobachteten Trends. Eine Vielzahl von Details zu der Lebenssituation und zum Umgang mit Suchtmitteln weist diese Personengruppe zum einen als hilfebedürftig aus, gibt auf der anderen Seite jedoch auch Anlass zu einem gewissen therapeutisch-pädagogischen Optimismus im Umgang mit der Problemsituation.

Ambulante Beratungsstellen sind in einer ausgezeichneten Position, die Probleme dieser Klientel direkt oder in Kooperation mit anderen Fachleuten und Einrichtungen zu bearbeiten. Auch unter den aktuellen schwierigen finanziellen Bedingungen muss diskutiert und entschieden werden, ob eine Neuausrichtung der ambulanten Arbeit notwendig ist, um den Bedürfnissen der beschriebenen Personengruppe stärker als bisher zu entsprechen und möglicherweise problematischere Spätfolgen zu vermeiden. Die erhebliche Heterogenität und die damit verbundenen Unterschiede in der Behandlungsmotivation der Klienten muss stärker als bisher beachtet werden, um die Erreichung und Anbindung der relevanten Konsumentengruppen und einen effektiven und effizienten Umgang mit ihnen zu ermöglichen.

Ein Großteil der Cannabisklienten befindet sich bei Betreuungsbeginn noch am Anfang seiner beruflichen Laufbahn bzw. in Schulausbildung. Kritisch daran ist, dass die recht gut nachgewiesenen akuten Folgen des Cannabiskonsums auf intellektuelle Leistungsfähigkeit und Merkfähigkeit (Kleiber & Kovar, 1997; Hall & Room, 1995; Grant et al., 2003) die Chancen der Klienten mindern, einen ihren Fähigkeiten entsprechenden Schul- oder Berufsabschluss zu erreichen. Positiv formuliert besteht damit aber noch die Möglichkeit, solche negative Entwicklungen zu vermeiden oder ihnen entgegen zu wirken. Anders als im Falle der Opiatabhängigen, bei denen häufig Schulabbrüche und fehlende berufliche Ausbildungen die Integration in die Gesellschaft selbst nach Lösung der eigentlichen Drogenproblematik erschweren, bietet die Lebenssituation der Cannabisklienten noch viele Möglichkeiten zur Intervention. Die Aktivitäten der ambulanten Beratungsstellen sollen die Cannabisklienten dabei unterstützen, diese Möglichkeiten zu nutzen.

12 Summary

12.1 Introduction and research questions

In Germany, as in other European (EMCDDA, 2002) and Non-European countries (Johnston et al., 2000), cannabis is the most commonly used illicit substance (cf. Kraus & Augustin, 2001; Hoch et al., 2002). According to most recent studies, nearly 20% of the adult population in Germany have had experience with cannabis, 16% in the age group 12-18 years. This corresponds to an absolute figure of 9.2 million people with cannabis experience, whereof 3.4 million used the substance in the last 12 months and 1.6 million within the last 30 days (Simon et al., 2002); 140,000 have an "misuse" diagnosis in terms of DSM-IV, further 240,000 an "dependence" diagnosis (adult population). In 2002, the number of cannabis-related offences recorded by the police reached a new peak with 100,779 cases compared to 94,633 cases in the previous year (Federal Office of Criminal Investigation, 2002).

In the European Union, similar figures are to be found: A comparison drawn by the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) shows a prevalence of current cannabis use (last 12 months) between 10% and 20% for adolescents and young adults aged 15 to 34 in the member states of the European Union. The use of cocaine or amphetamines is, by comparison, much rarer (www.emcdda.eu.int). Cannabis is currently not only having the highest prevalence figures, but is strikingly the only psychoactive substance whose use has been on a strong increase over the last few years.

Currently, the public debate over cannabis is more dominated by its potential benefit (e.g. Stevens, 2002) than by its risks. Nevertheless, negative effects of year-long cannabis use are further analyzed (e.g. Iversen, 2000; Inserm, 2001; Kleiber & Kovar, 1997). The question of legalizing cannabis as recently discussed for example in Switzerland in connection with the recast of the drug laws (cf. press release by the Swiss Executive National Council dd. 9 March, 2001), has been raised again and again also in Germany. However, there are developments running counter to the trend of a liberal approach. The increasing spread of cannabis use in Europe over the last years (EMCDDA, 2002) and current indicators pointing to further rising figures are seen at least in a few countries as a signal calling for a closer examination of possible negative effects and a deferral of further steps towards liberalization. This is also an issue of concern in Germany.

Set against this background, the clearly rising number of clients in out-patient counseling facilities in Germany having cannabis rated not as a secondary but as a main problem (main drug), has called for attention (Türk & Welsch, 2001; Welsch, 2002; Welsch & Sonntag, 2003). In this connection, the following questions were raised: Is the increase of the clients with a primary cannabis related problem real or is it an artefact created for example by diagnostic deficiencies or a change in the usage or referral behavior (among others e.g. intensified police investigation)? What are the possible reasons for the increase? Which disorders are characteristic of these clients and are out-patient facilities adequately equipped for them?

The CARED-Study (cannabis-related disorders) presented in the following, was carried out in the period from 2002 to 2004. It deals with questions on scale, increase and characteristics of cannabis-related disorders in Germany as well as on treatment needs and treatment provision, and tries to derive conclusions from the results found for the counseling and therapy system. The following questions were highlighted in the study:

1. What is the state of research on risks and consequences of cannabis use?
2. Has the increase in the treatment demand by persons with primary cannabis related disorders been validated?
3. What is the explanation for the increase of the demand?
4. How do the clients of facilities differ from cannabis users in the population?
5. Is it possible to differentiate between various client groups?
6. What are the characteristics of cannabis clients in comparison with other client groups?
7. Does the treatment offer meet the demand?

Re-analysis of existing data

At the beginning of the study, existing data sets were re-analyzed. The German Survey on addictive substances (BUND), (Kraus & Augustin, 2001), served as a data basis from which the data sets of clients who used cannabis within the previous 12 months were extracted. By-use of other psychotropic substances was not excluded. The data sets served to describe cannabis users in the population, their patterns of use and their disorders. The restrictions encountered when using such data have been referred to by Groves (1989).

The results of the German Drug Aid Statistics (Strobl et al., 2003; Welsch & Sonntag, 2003) dating from the years 1992 to 2002 were used to describe the totality of clients in out-patient treatment in Germany with harmful use or cannabis addiction being in the foreground of problems (F12.1, F12.2 in terms of ICD-10). These national statistics do not include all out-patient facilities; drug counseling facilities, and clients with primary opiate-associated problems are underrepresented (Simon, Kraus, Pfeiffer & Strobl 2002). When extrapolating, this can lead to an underestimation of the case figures. As, however, all types of facilities are represented in the sample, the overall picture given of the out-patient facilities can be regarded as representative.

Research Study

In addition to the re-analysis of existing data, three new studies were conducted in 52 out-patient facilities, two of which addressing clients and one facility staff.

(1) In one survey carried out in writing, clients of the year 2001 with a primary cannabis problem were retrospectively interviewed on their problem situation at the beginning of and during therapy as well as on their therapy assessment (questionnaire-based sample, FbS) (N=223). (2) In a second sample taken from clients currently undergoing therapy at the participating facilities with a primary cannabis problem, clinical, computer-based interviews were carried out (interview-based sample, InS) (N=51)⁸. Both random samples only included clients who had been diagnosed with a primary cannabis problem (harmful use of or addiction to cannabis according to ICD-10) in the base documentation without predominance of any other substance. (3) In the third survey, the therapeutic staff of the participating facilities was interviewed (MaS). As participation was voluntary both for facilities and staff, it is to be assumed that especially people with a particular interest in this topic have taken part giving more complete answers. However, with the survey comprising all staff members dealing with cannabis clients, a systematic distortion of the answers is improbable.

Limitations

Cases where a primary cannabis problem has not been recognized as such by the facilities because the client has been assigned to another main drug or because he/she has not been diagnosed at all ('false negative'), cannot be analyzed with the chosen method of analysis. The expenditure for an analysis of a random sample taken among all clients of the facilities would have been too high. Consequently, the portion of clients with a primary cannabis problem is probably underestimated. Distortions of the random sample can also result from the relatively low response rates. For the questionnaire based sample (FbS) the response rate was 40%. For the interview-based sample (InS), it was not possible to calculate such a rate, because the total number of possible interviewees was not systematically recorded by the facility staff despite repeated requests to do so.

In some parts, the samples diverge significantly from the totality of clients treated (Strobl et al., 2003; Welsch & Sonntag, 2003). For clients of the sample, treatment duration was, as an average, longer and contacts with the facilities were more frequent in comparison with the average of cannabis clients. This is not surprising, because the good relationship between facility staff and client might have considerably contributed to the preparedness to take part in the study. The selectivity of sample clients as described above could have lead to biased results. However, as no specific type of clients systematically fell out of the study, it can be presumed that the analyzed samples are representative of the whole of the clients.

⁸ About 40 additional interviews have been carried out after the end of the study. Analyses based on the extended data set will be published separately later.

12.2 State of research on risks and consequences of cannabis use

The literature review tried to gain an overview of the state of research on the basis of a series of reviews which were complemented and updated by more recent studies. The focus of attention was laid on the qualitative question as to which consequences can be proven or respectively are very likely to occur with the current level of knowledge. Quantitative aspects of these risks and effects and their assessment were not subject of this analysis.

Acute effects

From what is known so far, cannabis use does have an acute negative effect on perception, memory, cognition (Bolla et al. 2002) and behavior (Kleiber & Kovar, 1997; van Laar et al., 2003). All these effects are of relevance for school and job performance. They are particularly dangerous when driving a car, operating machines and doing risky sports (Schulz et al., 1998). The not uncommon combination of cannabis and alcohol represents an aggravation of the problem (Vollrath et al., 2001). The difficulty of determining abstinence periods after stopping cannabis use after which perception, concentration and reaction are no longer impaired, deserves particular mentioning. The abstinence period for cannabis is about 24 hours, but can, however, with intense use, amount to 4 weeks.

Acute somatic effects on pulse and blood pressure are possibly critical for persons suffering from previous damages of their cardiovascular system. (Hall & Room, 1995; Hollister, 1998).

Evidence of acute psychotic episodes due to cannabis use has been established (Thorncroft, 1990) as well as of affective disorders and anxiety disorders as short-term concomitant symptoms of cannabis use (Berke & Hernton, 1974; Hall & Solowij, 1998). These are among the most frequently reported effects.

Long-term effects

As for the long-term effects, there is a series of findings indicating a higher risk of contracting cancer of the respiratory system due to the use of cannabis (Hall & Solowij, 1998). Acute, risky effects of cannabis use having a considerably stronger negative effect than tobacco use have been proven (Wu et al., 1988). However, epidemiologically, no increase of the respective forms of cancer among the population were to be observed.

Cannabis is suspected to trigger off or cause schizophrenic disorders (Andréasson et al., 1987; Allebeck, Adamsson & Engström, 1993; Arseneault et al., 2002; Zammit et al., 2002). There is strong evidence for the deterioration of existing symptoms after cannabis use (Hall & Room, 1995). The question whether cannabis can cause such long-term disorders without respective predisposition cannot be conclusively answered given the current state of knowledge (Arseneault et al., 2004).

Some of the studies show, especially for female users, a significantly higher risk of developing depressive disorders due to cannabis use (Patton et al., 2002; Bovasso, 2001).

The occurrence of addiction as a result of cannabis use is proven (Adams & Martin, 1996), whereby the probability increases significantly with the intensity of use. Especially intense cannabis use also increases the probability of later use of other drugs (Lynskey et al., 2003).

Consequences

Irrespective of the question if negative effects endure, it can be stated that the acute effects of cannabis in the cognitive field alone impact school and job performance of adolescents and young adults at an age where the individual course for the future professional career is set. In this way, the social effects of cannabis use and the resulting deficiencies in school and professional life may well be of a long-term nature even though somatic and psychic effects are only temporary. A number of studies suggest that problematic cannabis use frequently occurs in problematic social and family settings. Problematic individual and social conditions favoring the use of cannabis, may under certain circumstances have an intensifying retroaction on it.

Another important complex of issues is related to the negative effects of cannabis use on safety in traffic, at the job (especially high-risk jobs) and with dangerous sports. With cannabis use, it is much more difficult to determine abstinence periods after which performance impairments can be excluded than it is for the consumption of alcoholic beverages.

12.3 Is the increase in treatment demand secured?

The question whether the observed increase of new treatment admissions with primary cannabis disorders can be empirically secured, was investigated using the data of the German Drug Aid Statistics. The quality of the diagnoses was tested by means of the two samples based on a written (FbS) and oral survey (InS).

In total, the increase of new admissions of persons with primary cannabis related disorders is to be regarded as secured. Between 1992 and 2002, the absolute figure per year – calculated for all out-patient counseling facilities in Germany – rose from about 2,600 to 14,700 corresponding to a factor of 4.7. This development was paralleled by an increase of the portion of cannabis-related cases in out-patient facilities rising from 2.1% in 1992 to 8.6% in 2002.

Diagnostic quality and status description

First of all, the question arises whether the number of treatment demands as given is secured. With a portion of primary cannabis clients of out-patient facilities who were analyzed in this study, the scale of problems does not reach the threshold of clinical relevance in terms of the definitions of the classification systems (ICD-10, DSM-IV). 14% (compared to the questionnaire-based interview) or 25% respectively (compared to the clinical interview) of the clients show minor problem forms. For the clients with an addiction diagnosis in the base documentation, a clinical diagnosis (harmful use or addiction) was considerably more often confirmed by external verification with 85% (questionnaire-based survey) and 78% respectively (clinical interviews). As the diagnoses of harmful use were frequently not confirmed, wrong assignments were not accidental. Therefore, after external verification, the number of cases requiring therapy in terms of ICD-10 lies maximally a quarter below the value of 14,700 new admissions given for the year 2002.

In this respect, it cannot be generally talked about wrong diagnoses in the German Drug Aid Statistics. It is rather the case that the standards on which the ICD-10 concepts are based, are probably not suited to describe the problems for part of the clients. Among them are for example persons who are concerned about their (experimental) use without experiencing any negative effects as well as users who approach the counseling centers exclusively on request of their parents, and (experimental) users with general problems and questions of life being in the foreground, whose cannabis use may hinder the solution of such problems. Summarizing, it can be stated that these clients with a “wrong positive” diagnosis also have problems in connection with their cannabis use and consequently form part of the target groups of out-patient counseling facilities. For them, it would be useful to be provided with information, counseling or education in the sense of secondary prevention which would truly form part of the work fields of the outpatient counseling facilities.

Although in some cases psychic disorders were diagnosed in addition to the cannabis associated disorder, there is no indication supporting the assumption that these would represent, in more than a few individual cases, the actual basic disorder and that the cannabis disorder was wrongly diagnosed as the main problem. Also in cases where disorders were diagnosed to be caused by other psychotropic substances, the assessment of cannabis as a primary substance according to the data provided by the facilities is appropriate.

Quality of diagnostics and trend description

Coming back to the increase of treatment demand, it is to be stated that there are no signs indicating a systematic change of the quality of diagnostics in the reference period: ICD-10 was already introduced as a standard in the Drug Aid Statistics in Germany at the end of the eighties. The current version of the German core data set which took over the standards effective until then with slight modifications dates back to the year 1997. At the beginning of the introduction of ICD-10, training measures were undertaken countrywide in the facilities to instruct facility staff in dealing with ICD-10 based questions, and from ever since an unchanged part of the regular training curriculum. Therefore, there are no conclusive hints that the increase of diagnoses could exclusively or even partially be attributed to a change in the ‘diagnostic competence’ of facility staff.

From that it can be concluded that the number of cannabis clients in need of treatment has indeed increased in the reference period from 1992 to 2002.

For the first time, a quality control of routine diagnoses allows for an assessment of the validity of the diagnostic data which are collected for the German Drug Aid Statistics or analogously according to the ICD-10 standard. While in most member states of the European Union no clinical diagnostics are taking place in out-patient counseling facilities (which makes the comparability of data difficult), addiction diagnoses are common standard in Germany since more than 10 years. Quality control of these diagnostics has yielded positive results at least for the group of clients referred to herein. It remains to be analyzed how diagnostic knowledge can be improved and in what form clients with disorders whose degree of severity lies below the diagnostic threshold could be included in the data collection process.

12.4 What is the explanation of the increase in the demand for treatment?

The possible reasons for the increase of treatment demands as shown above were investigated by means of the data extracted from the German Drug Aid Statistics between 1992 and 2002 in order to be able to draw the necessary conclusions as how to meet the demand.

Increase of the number of users

The prevalence of cannabis in the population in the age group from 18 to 29 years has increased by 2.7 between 1992 and 2002. With a factor of 3.7, the increase in the demand for treatment runs parallel being even somewhat stronger.

Increase of the accessibility of drug care

That the accessibility of drug care offers has improved, can be seen from the clear increase in the number of clients who have been referred to drug care facilities by non-drug-aid counseling institutions. Youth care facilities for example refer adolescents with drug problems to the respective drug care centers more often. With regard to the average age of the cannabis user, the cooperation between youth and drug care assumes a predominant role. It has to be discussed, however, if adolescents with minor cannabis related problems should not be better treated within the youth care system.

No expansion of the drug care offer

A general expansion of the drug care offer as an explanation for the increase in therapy requests can be excluded to a large extent, because the number of staff in the care facilities has not been substantially increased. There is rather an increase of clients per staff member to be observed (Strobl et al. 2003; Welsch & Sonntag 2003). While treatment demand by clients with primary cannabis disorders have more than quintupled, the increase with respect to alcohol and opiate clients was only 50% for the same period of time. Thus, there is less a general increase of clients but more a specific phenomenon relating to persons with cannabis-associated disorders to be observed.

Slight increase of juridical and police measures

The hypothesis often voiced in debates that the increase of treated cases is primarily to be attributed to a higher pressure exercised by police and justice, is not confirmed by statistics. Referrals from law enforcement organs between 1992 and 2002 increased below average. The highest increases are to be found with referrals from "other (i.e. non-drug) counseling services" and "other" facilities. This is an indication that the increasing number of admissions cannot be explained by an intensification of measures by law enforcement.

Future development

Taking into account the delay between the start of use and the start of treatment which, according to the German Drug Aid Statistics, is about 6 years, it has to be expected that treatment demands – set against the background of the significant increase of the incidence of cannabis use over the last years – will increase even further in the years to come.

12.5 How do cannabis clients in treatment differ from cannabis users in the population?

While 3.4 million people in Germany used cannabis in the last 12 months, less than 15,000 people per year started an out-patient treatment because of the substance. The question was investigated whether these clients differ from the total of cannabis users in the population. Hereby, the data collected from interviewees of the German survey on addictive substances (BUND) of the year 2000 and the results of the questionnaire- and interview-based surveys carried out as part of this study, served as a basis.

Clients of out-patient facilities have a higher use

The analyzed clients of out-patient facilities had a significantly higher use of cannabis in the last 12 months compared to the users in the population. Three quarters of the first mentioned group used the substance more than 60 times compared to only one quarter of the users in the population. About a quarter of the clients used cannabis daily in the last 30 days.

Clients do use more by-substances

While a large portion of the cannabis users in the population did not use any other substances in the last 12 months, about half of the clients of out-patient care facilities used ecstasy, mushrooms, cocaine or amphetamines. With them, the odds ratio is 3.4 (methadone) and 26.0 (LSD) higher than with the cannabis users who took part in the population survey, the differences being significant for all substances. The intensity of use for the same substances also shows highly significant effects pointing into the same direction.

Clients start earlier with drug use

The by-use of cannabis, ecstasy, mushrooms, cocaine and amphetamines starts, insofar one or more of these substances are used, significantly earlier (2 to 3 years) with clients of out-patient-drug care facilities than with the users in the general population. This difference may partially be attributed to the fact that the clients are significantly younger than the users in the general population and to different memory and cohort effects with younger and older users. The fact that with substances having a low affinity to cannabis use (opiates, volatile substances), the age of entry does not differ significantly between cannabis users in the general population and clients undergoing therapy, do however speak for a substance-specific interpretation of the age difference. Throughout literature, an early start of drug use is seen in connection with a higher risk of problematic effects and use patterns.

Clients have better access to certain drugs

The readiness to use substances and the possibilities of access to the respective drugs are generally significantly higher with cannabis clients in comparison with users of the population survey. The specific affinity to hallucinogenic mushrooms, cocaine, ecstasy and amphetamines is also shown by the fact that cannabis clients know the sources where they can get the respective substances and generally have easy access to them. While access to canna-

bis is also easy for cannabis users in the population, the other substances mentioned above are much more difficult for this group to procure.

Overall situation

Clients in treatment generally have a higher affinity to cannabis and a series of other substances which is reflected by a higher readiness to use substances, easier access and more intense use. The affinity applies to mushrooms, amphetamines, ecstasy and cocaine, but not to opiates and crack. However, there is also a minor part of the clients, who have very low use figures. 9% of them state that they did not use any cannabis at all in the last 12 months. Nearly 30% did not use the substance at all or only occasionally 30 days before the start of treatment.

12.6 Are there client sub-groups?

Practical work with clients and considerably diverging problem assessments by experts suggest the specific heterogeneity of the group of cannabis clients. In order to investigate this question, a cluster analysis of cannabis clients was carried out. The questionnaire-based sample (FbS) for which the largest amount of detailed pieces of information was available, served as a data basis. Characteristics of the intensity of use (number of days on which cannabis was used per month, frequency of use per day, preferred intensity of action), the integration of cannabis use into everyday life (number of use situations in relation to time and location) as well as the number of criteria met for the diagnosis 'addiction' or 'abuse' were taken into account. In a hierarchic cluster-analysis, a three-cluster-solution was found for the given data set (Bortz, 1984). The following cluster-center-analysis allowed for almost all cases to be assigned to one of the three clusters, while as for missing data it could be worked with a case-by-case exclusion of values. A rational-logical approach to subdivide the group of clients would have led to a strongly hierarchic grouping, this method however allowed for the three aspects – clinical degree of the disorder, intensity of use and integration into daily life – to be taken into account simultaneously.

The derived client groups: Low-risk group (NR) , medium-risk group (MR) and high-risk group (HR)

The derived clusters show that cannabis clients can be subdivided into different groups which differ considerably with regard to problem complexes and need of care, but not in respect of their socio-economic situation. With 41%, the group of the low-risk clients (NR) (N=90) is the largest, whereas the medium-risk group (MR) accounts for 26% (N=58) and the high-risk group (HR) for 33% (N=72) of the total of clients. Intensity of use and use behavior (location, time, occasions) vary significantly between these groups.

The high-risk group (HR) generally shows problematic behavior. The frequency of use per day of use is about three times higher than for the low risk group (LR). The higher the risk group, the higher the number of locations and occasions where cannabis is used and the higher the number of addiction diagnoses. With 65,7%, experiences with withdrawal symptoms are reported double as much as in the low-risk group (LR).

What are the care requirements of the different client groups?

In their treatment offers, out-patient counseling facilities have to take into account the differences which exist between the various groups with regard to intensity of use, risk behavior and treatment motivation. While the client of the low-risk group (NR) may already have stopped using cannabis and just needs reinforcement, it may be a feasible intermediate goal for the client of the high-risk-group to cut down on or to stop the by-use of other substances. The different starting conditions do not only call for a definition of tailored therapy goals but also require high flexibility in the therapy design with regard to type, duration and intensity of the measure.

Further results

More than 75% of the fathers and more than 80% of the mothers know about the cannabis use of their children in out-patient therapy. While the majority of parents reject the cannabis use of their children, the highest levels of acceptance are to be found with the parents of the high-risk group clients (HR). The medium-risk group has the largest portion of parents with an ambivalent position. The portion of mothers with own cannabis experience is significantly the highest for the high-risk group (HR): 16% compared to 2% in the low-risk group (NR) and 8% in the medium-risk group (MR).

The role friends and acquaintances play in the development of drug use has frequently been mentioned in literature. When comparing the three groups of clients, it was found first of all that in all groups only a minority of friends did not have any contact with cannabis. Two out of three friends used cannabis occasionally or even habitually. In the comparison between the three groups of clients, the portion of substance using friends with problems was significantly higher in the high-risk group. Apparently, use-related problems were quite common in this group.

The most common problems of everyday life clients have to come to terms with are related to money, school, work and relationships with parents, friends and partners. The high-risk group (HR) reports the highest stress levels at school and work. The frequent use of cannabis leading to frequent acute impairments of cognitive and psycho-motoric capabilities at least partially explain the stress situations experienced by these clients.

12.7 Characteristics of cannabis clients in comparison with other client groups

The comparison of some basic data with regard to cannabis clients and the two other large groups of clients – the alcohol and opiate addicts – was supposed to reveal the peculiarities of the group of cannabis clients. The data used were extracted from the German Drug Aid Statistics and were complemented by details of the questionnaire-based sample (FbS).

The “typical” cannabis client of an out-patient treatment center is male, aged between 18 and 24, unmarried and without a steady partner. In comparison with the clients with primary alcohol or opiate associated problems, the cannabis clients are much younger.

With cannabis clients, parents still play an important role. The majority of the clients still live with at least one parent. Only a relatively small portion of clients is gainfully employed, the majority is still at school or does vocational training. There were no differences found between the various client risk groups as to demographic features or standard of education.

Contrary to clients with alcohol- or opiate- related problems, cannabis clients are mainly faced with problems with family and late adolescence. School education or vocational training are particularly important interim goals to be reached by them at this stage of life.

12.8 Does the care offer meet the demand?

The heterogeneity of the clients in terms of their use behavior calls for tailored care measures to be offered by the facilities. In order to verify whether the offers made really meet the specific requirements of the clients, the basic care data (type of measures, duration) were compared for the three group of clients. Alongside these objective requirements, subjective care requests and the clients' satisfaction with treatment, were taken into account. The questionnaire-based sample (FbS) served as a data basis.

Motivation

Taking also into account secondary motives, about 31% of the clients would like to achieve a reduction of their cannabis use, nearly half of them want to stop using cannabis completely. 29% of the clients would like to reduce the use of other substances. Irrespective of the drug use, more than a third of clients seeks help also for general problems of everyday life, e.g. for getting their life under control again.

The evaluation of the open questions suggests that in many cases cannabis use is part of a dysfunctional life style which many clients want to change completely. This study confirms the negative synergy effects described in literature between cannabis use and problematic family and social relationships and/or personal circumstances of life. A referral to Jessor and Jessor (1977), whose model considers substance use as an integral part of a developmental problem could be conceptionally helpful in this context.

The three groups of clients – NR, MR and HR – have very similar treatment motivations. However, in the high risk group (HR), the portion of clients seeking help to reduce their substance use is with 43% significantly higher than in the groups LR (21%) and MR (31%). In the same way, significantly more HR-clients seek help for problems with other substances apart from cannabis. The wish to abstain from using cannabis which was reported by 47% of all the clients, is equal in all three groups, despite considerable differences in the intensity of use. Requests by third parties as a reason for contacting a care facility were reported equally often in all three groups of clients.

Course of treatment

The comparison between the different groups of clients with low risk (NR), medium risk (MR) and high risk (HR) in terms of number of contacts, contact quality and treatment duration, did not show any significant connection between treatment course and problem intensity. Given the considerable differences in the problem complexes of the various groups of clients, the approach adopted in the care system appears to be too uniform. The fact that only three quarters of the clients have undergone thorough anamnesis and that only insignificant differences were to be found with the measures undertaken for the three groups of clients also suggests an insufficient differentiation of care measures.

Quality assessment by the clients

44% of the clients are satisfied with the care measures they were offered. The competence of therapeutic staff is generally rated very highly. The clients of the HR-group show more intense use patterns and higher risks, are, in total, less satisfied with their treatment. In particular, they more often criticize the therapy goals as non-achievable and give lower ratings for the competence of therapeutic staff.

With this, in general, fairly positive feedback, it must be mentioned that only a third of the users who are objectively in need of care, actually do seek professional help, whereby only 15% of those users enter into contact with a drug care facility (Perkonigg et al., 2004). The contained criticism voiced in the sample as to the common treatment sessions of heroin addicts and cannabis clients as part of group offers, could disclose the reasons why the therapy offers of the out-patient facilities are relatively seldom been made use of.

12.9 Suggestions

The feedback of the clients regarding course and outcome of the therapy is generally positive. However, the participants of the survey are probably a positive selection of clients. They were undergoing treatment for a longer period of time and had more contacts with the facility than the average of cannabis clients. Furthermore it is to be assumed, that a positive contact with the facility also increased the readiness to take part in the study. Thus, it is generally to be supposed that the quality assessment of the clients got somewhat positively distorted.

The second critical aspect of the evaluation of the results is related to the low reach of the care measures offered by the facilities with respect to the target group. Only about a third of the persons with cannabis related disorders seeks professional help, about 15% of those persons makes use of the care offered by the drug aid facilities (Perkonigg et al., 2004). Consequently, suggestions must also deal with the reasons for the poor coverage of out-patient drug care insofar as indications can be gleaned from the results of the study.

The following suggestions relate, on the one hand, to a more tailored care measures which are better oriented towards the different requirements of the clients. On the other hand, they deal with the further development of treatment methods and treatment organization.

Improvement of the accessibility of persons with cannabis related disorders through an intensified cooperation with other facilities

The problem of the poor linkage between cannabis clients and out-patient counseling facilities is shown by the fact that it was extremely difficult to recruit participants for this study. The relationship between facilities and cannabis clients is, contrary to the relationship with for example opiate addicts, often less intense and of a short-term nature. In talks with staff, it was repeatedly mentioned that cannabis clients do not 'open up' and are, in comparison with opiate addicts, more problematic to deal with on a therapeutic basis. It was stated furthermore, that the illegality of the drug would cause more problems in this group of clients than with users of hard drugs, as cannabis clients would 'have more to loose'.

In order to better reach this group of persons, it is necessary to intensify the cooperation with other institutions, especially schools and youth care facilities. The clear increase of referrals through non-drug counseling centers shows that this approach is promising. For the long-term planning, it is necessary to determine what type of care could be provided by which institutions and what role should hereby be played by the out-patient drug-care facilities. Alongside their own counseling activities, they could complement the care efforts undertaken by other facilities or support the staff of these facilities through coaching measures.

Development of therapy methods for particularly problematic cases

Currently, activities are undertaken worldwide to develop complex and efficient treatment methods for cannabis users. Hereby, particular attention is given to the heterogeneity of this group of users and to the question of differential indication (Steinberg et al. 2002). It is to be hoped that the present standards for the therapy of cannabis-associated disorders (Bonnet et al., in print) will be supplemented in the near future by approaches which better meet the requirements of this specific group of clients.

Stronger differentiation of treatment approaches

41% of the clients have a relatively low intensity of use (NR), hardly ever use other substances and rarely suffer from secondary effects. The contact with this group of clients can be used to provide information on risks of use and to help them to minimize these. Clients of this group voice more often the request not to be in mixed groups together with alcohol or heroin clients. They have a high interest in exact information, give high ratings for the competence of facility staff. This favorable starting position should be made use of in specific groups and measures to initiate processes of change and provide secondary prevention.

The group of clients with medium risk use (MR), who account for 26% of the total of clients, shows more intense use, experiences first effects of cannabis use in everyday life and has a slightly problematic general setting of life. In a certain way, these clients are at the crossroads between low and high risk use behavior. This is for example also shown by the relatively high portion of parents who, especially in this group, don't assume a clear attitude with regard to the cannabis use of their children. A closer cooperation between therapists and parents would be desirable especially for this group of clients. Central issue of this group

should be the development of the capability to control use behavior and try to counteract any intensification of it.

Particularly difficult appears to be the therapy of the group of high risk users (HR) who account for 32% of the total of clients. Divergence over the therapy goals is more often to be found in this group than in the others. The therapist's competence is rated lower and his possibilities to help are seen more critical. Any help offered to abstain from or to reduce use, which in this group has become everyday routine, encounters the same difficulties as in tobacco withdrawal, to modify a complex, highly stable behavior system. The possibly increased risk of cancer is particularly relevant for this group of clients due to the regular and intense use of cannabis. An effective care for this group of clients calls for more intense and tailored therapeutic measures which are currently not available in the quality required (i.e. evaluated and described by manuals). Such programs should be newly developed or adapted for German conditions insofar as they are to be found elsewhere.

Development of screening instruments to support the choice of therapy

In order to be able to decide at an early point of time on a suitable therapeutic measure, it is necessary to have screening instruments which are validated and simple to use. Hereby, the relatively common comorbid disorders like depression and anxiety disorders need also to be taken into account. Under current circumstances, neither their diagnoses nor their therapy is ensured. As present clinical methods are too time consuming for everyday care work, a practicable and reliable screening instrument should be developed to this purpose for application in practice

Development of resources

An adequate staffing of the out-patient facilities is a precondition for the improvement of the care for persons with cannabis related problems. With the budget of municipalities and Länder currently being extremely tight, it is to be analyzed whether a shift of focus in the out-patient facilities connected with a restructuring of resources is required.

Staff training especially with regard to this group needs to be improved as three out of four therapists consider themselves as not sufficiently prepared to deal with these clients. More than a third of the cannabis clients suffer from depressive disorders and anxiety disorders. In rare cases, also psychotic disorders are to be found. The relatively frequent occurrence of the first mentioned disorders call for a closer cooperation between psychotherapists and/or psychiatrists as well as a high competence of facility staff in this area. This needs to be better taken into account than previously done with respect to staff training and the further development of cooperative relationships.

Revision of the German core data set

Wrong classifications of cannabis-associated disorders are partially attributable to the fact that the current version of the German core data set, does not provide for a category below the "harmful use" in terms of ICD-10 (F12.1). The German core data set should be complemented respectively in order to be able to document problems arising with a substance, even

if they do not (yet) meet the criteria of classical diagnoses. Given the fact that also people falling below this threshold are seeking help from care facilities, this would help to create better preconditions for a stronger compliance with the diagnostic criteria especially with regard to the 'problematic use' and most certainly also to further reduce the frequency of false diagnoses.

Re-orientation of out-patient counseling and treatment

Faced with the rising demand for drug care by cannabis clients, out-patient facilities have to orient themselves more towards the requirements of primary cannabis clients. A study carried out in the region of Munich (Perkonigg et al., 2004) analyzed the care system of this region and came to the conclusion that a few heavily disturbed people receive intense care whereas a large number of relatively moderate problem cases does not receive any support at all. A stronger orientation of out-patient care towards the requirements of the target group of clients with cannabis related disorders and problems would imply a shift of focus in various respects:

- **Younger clients**
School, conflicts with parents and developmental tasks form the central elements of the problems as well as of the solution approaches for this group.
- **More parents' work**
The strong role of the parents has so far often been insufficiently used in the care approach. In many cases, parents live side by side with their children and know about the cannabis use without accepting it. Trying to reach the clients via the parents who could be more integrated into the therapy of their children will certainly not be an easy task given the young age of the substance users. However, the fact that most of the parents know about the cannabis use of their children and often do play a role in therapy motivation, speaks for a certain intensity of the parent-child-relationship which could be made stronger use of.
- **More access over peers**
The large circle of friends using cannabis certainly makes the work of the out-patient facilities more difficult. However, especially in the high-risk group (HR), it would be feasible to refer to the relatively frequent negative experiences made by friends using cannabis and orient treatment approaches towards this system.

12.10 Outlook

The above described study has shown a clear increase in the demand for drug care by persons with primary cannabis related problems. Despite certain diagnostic deficiencies in the routine documentation, the dimension of the problem at population level and the problem situation of these people has been confirmed by the used test methods. This also applies to the trends observed. A multitude of details regarding lifestyle and use of drugs qualifies this group of persons as 'in need of help' but also gives rise to a certain therapeutic-pedagogic optimism in dealing with this problem situation.

Out-patient counseling facilities are in an excellent position to work on the problems of these clients directly or in cooperation with other experts and facilities. Under the currently difficult financial circumstances it needs to be discussed and decided whether a re-orientation of the out-patient drug care system is required in order to better able to meet the requirements of the described group of persons and possibly avoid problematic late sequelae. The strong heterogeneity and therewith linked differences in treatment motivation of the clients must be taken into account more strongly than has been the case so far, in order to improve access to the targeted user groups and their integration into the care system as well as to render care more efficient and effective.

A large portion of cannabis clients is still in school or at the beginning of their professional career when they start treatment. However, the fairly well proven acute effects of cannabis use on the intellectual performance and memory (Kleiber & Kovar, 1997; Hall & Room, 1995; Grant et al., 2003) impair the chances of these clients to fully use their resources to successfully finish school or their vocational training. However, positively formulated, there is still the possibility to counteract such negative developments. Contrary to opiate addicts, whose actual drug problem may have been solved, but whose re-integration into society remains difficult because they dropped out of school or did not finish their vocational training, the life situation of cannabis clients still offers a multitude of possibilities for intervention. The activities to be offered by out-patient facilities in the future are supposed to stronger support cannabis clients in using these possibilities.

13 Literatur

- Adams, I. & Martin, B.R. (1996). Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*, 91, 1585-1614.
- Ärzte Zeitung (2002, 27. November). Junge Europäer halten Cannabis für ungefährlich. (<www.aerztezeitung.de>).
- Agar, M. (1995). Concept Abuse in the Drug Field. *The International Journal of the Addictions*, 30(9), 1165-1168.
- Allebeck, P., Adamsson, C. & Engström, A. (1993). Cannabis and Schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm County. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 21-24.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed.. Washington: American Psychiatric Association.
- Andreasson, S. & Allebeck, P. (1990). Cannabis and mortality among young men: A longitudinal study of Swedish conscripts. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 18, 9-15.
- Andréasson, S., Allebeck, P., Engström, A. & Rydberg, U. (1987). Cannabis and Schizophrenia – a longitudinal study of Swedish conscripts. *The Lancet*, 26 (December 1987), 1483-1485.
- Andréasson, S., Allebeck, P. & Rydberg, U. (1989). Schizophrenia in users and nonusers of cannabis – a longitudinal study in Stockholm County. *Acta Psychiatrica Scand*, 79, 505-510.
- Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A. & Moffitt, T.E. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis : Longitudinal prospective study. *BMJ*, 325, 1212-1213.
- Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., & Murray, R.M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *British J. Psychiatry*, 184, 110-117,
- Atha, M.J. & Davis, S. (2003). *The Government's drug policy: follow-up. Submission of Independent Drug Monitoring Unit to House of Commons Home Affairs Select Committee*. March 6, 2003.
- Babor, T.F., Webb, C., Bureson, J.A. & Kaminer, Y. (2002). Subtypes for classifying adolescents with marijuana use disorders: construct validity and clinical implications. *Addiction*, 97 Suppl 1, 58-69.
- Bättig, K. (1970). Konsum psychoaktiver Pharmaka und illegaler Drogen bei Zürcher Hochschulstudenten. *Schweiz. med. Wschr.*, 100, 1887-1893.
- Beck, F. & Legleye, S. (2003). *Drogues et adolescence: Usage de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes. ESCAPAD 2002*. Paris : OFDT.
- Beck, F., Legleye, S. & Peterri-Watel, P. (2002). Penser les drogues: perceptions des produits et des politiques publiques. *Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002*. Paris : OFDT.
- Bell, R., Wechsler, H. & Johnston L.D. (1997). Correlates of college student marijuana use: results of a US National Survey. *Addiction*, 92(5), 571-581.
- Benson, G. & Holmberg, M. (1985). Validity of questionnaires in population studies on drug use. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 9-18.
- Berke, J. & Hernton, C. (1974). *The Cannabis Experience. An interpretative study of the effects of marijuana and hashish*. London: Peter Owen.
- Bijl, R.V. & Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76, 446-457.
- Bland, R., Newman, S. & Orn, H. (1987). Schizophrenia: Lifetime co-morbidity in community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 383-391.
- Bolla, K.I., Brown, K., Eldreth, D., Tate, K., Cadet, J.L. (2002). Dose-related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology* 59 (9), 1337-1343.
- Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, R.M., Schneider, U. & Tossman, P. (in Druck). *Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung cannabisbezogener Störungen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*.
- Bovasso, G.B. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2033-2037.

- Brandstetter, S. & Kuntsche, N. (2001). „Kiffen ist für mich Kult“ – Chancen und Schwierigkeiten der Reduzierung des Cannabiskonsums bei Jugendlichen in stationären Einrichtungen am Beispiel des Konzepts des Jugendheims Aarburg. *Abhängigkeiten*, 3, 54-62.
- Brenneisen, R. (2001). Cannabis, ein Wundermittel? – Hanf als Heilmittel und Stand der medizinischen Forschung in der Schweiz. *Abhängigkeiten*, 3, 22-28.
- Buchan, B.J., Dennis, M.L., Tims, F.M. & Diamond, G.S. (2002). Cannabis use: consistency and validity of self-report, on-site urine testing and laboratory testing. *Addiction*, 97 (Suppl. 1), 98-108.
- Budney, A.J., Moore, B.A., Vandrey, R.G. & Hughes, J.R. (2003). The time course and significance of cannabis withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 393-402.
- Bundeskriminalamt (2000). *Rauschgiftjahresbericht 1999*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Bundeskriminalamt (2002). *Rauschgiftjahresbericht 2001*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Endbericht*. Köln: BZgA.
- Bureau NDM (2003). Nationale Drugmonitor. Jaarbericht 2003. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Caspari, D. (1998). Cannabismissbrauch bei Schizophrenen – Ein Vergleich mit Patienten ohne Suchtproblematik, *Sucht*, 44, 162-168.
- Chalsma, A.L. & Boyum W. (1994). *Marijuana situation assessment. September 1994*. Washington: Office of National Drug Control Policy.
- Clare, A.W., Cairns, V.E. (1978). Design, development, and use of a standardized interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. *Psychological Medicine*, 20, 157-161.
- Clark, H.W., Horton, A.M., Dennis, M. & Barbor, T.F. (2002). Moving from research to practice just in time: the treatment of cannabis use disorders comes of age. *Addiction*, 97 (Suppl.1), 1-3.
- Cleghorn, J., Kaplan, R., Szechtman, B., Szechtman, H., Brown, G. & Franco, S.(1991). Substance abuse and schizophrenia: Effect on symptoms but not on neurocognitive function. *Journal of Clinic Psychiatry*, 52, 26-30.
- Dennis, M., Babor, T.F., Roebuck, M.C. & Donaldson, J. (2002). Changing the focus: the case for recognising and treating cannabis use disorders. *Addiction*, 97 (Suppl. 1), 4-15.
- Der, G., Gupta, S. & Murray, R.M. (1990). Is schizophrenia disappearing?, *Lancet*, 1, 513-516.
- Der Spiegel* (2002, 12. August). Kick aus der Wasserpfeife.
- Der Spiegel* (2002, 17. August). Überraschende Mehrheit gegen Strafverfolgung von Cannabis-Besitzern.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (2001): Dokumentationsstandards II für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht, Sonderheft 1*, 20-26.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (2001). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Hamm: DHS.
- Diamond, G., Godley, S.H., Liddle, H.A., Sampl, S., Webb, C., Tims, F.M. & Meyers, R. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the cannabis youth treatment interventions. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 70-83.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002). *Zum Umgang mit Cannabis nach der aktuellen Revision des schweizerischen Betäubungsmittelgesetzes. Dokumentation zur Fachkonferenz im Dreiländereck am 25.3.2002, Schloß Bruggen (Rheinfelden)*. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 3. Auflage*. Göttingen: Huber.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P., Sweeney, J. & Frances, A. (1990). Acute Effects of Drug Abuse in Schizophrenic Patients: Clinical Observations and Patient's Self-Reports. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 70-79.
- Dobler, S. (2001). Cannabis – Wie kann man mit Schülerinnen und Schülern darüber sprechen?, *Abhängigkeiten*, 3, 63-70.

- Donmall, M. (1999). UK monitoring of problem drug users: the drug misuse database - a system based on regional centres. *European Addiction Research*, 5, 185-90.
- Duwe, A., Schumann, J. & Küfner, H. (2001). Deviantes Verhalten und späterer Drogenkonsum. *suchtmed*, 3, 73-82.
- Edwards, G. (1997) (Ed.). *Alkoholkonsum und Gemeinwohl*. Stuttgart: Ehnke-Verlag.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (1999). *Cannabisbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Eikmeiner, G., Lodemann, E., Pieper, L. & Gastpar, M. (1991). Cannabiskonsum und Verlauf schizophrener Psychosen, *Sucht*, 6, 377-382.
- Engelsmann, E.L. (1989): Dutch policy on the management of drug-related problems. *British Journal of Addiction*, 84, 211-218.
- ElSohly M.A., Ross, S.A., Mehmedic, ZH., Arafat, R., Yi, B. & Banahan, B.F. (2000). Potency trends of delta9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980-1997. *Journal of Forensic Science*, 45(1), 24-30.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2000). *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union - 2000*. Luxembourg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2000b). *Complementary statistical tables to the Annual Report on the state of the drugs problem in the European Union*. (http://www.emcdda.org/publications_annrepstat_00.smhtml [2000, October 11]).
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2002). *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union - 2000*. Luxembourg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- European Opinion Research Group (EORG) (2002). *Attitudes and opinions of young people in the European Union on drugs. Eurobarometer 57.2, Special Eurobarometer 172*. Brussels: Indra (Europe).
- Fahrenkrug, H., Müller, R. & Müller, S. (2001). Cannabis in der Schweiz: Eine Droge auf der Schwelle zum legalen Rauschmittel. *Abhängigkeiten*, 1, 5-32.
- Faltermaier, T., Wittchen, H.-U., Ellmann, R., Lässle, R. (1985). The Social Interview Schedule (SIS) – content, structure, and reliability. *Social Psychiatry*, 20, 115-124.
- Fankhauser, M. (2001). Cannabis in der westlichen Medizin. *Abhängigkeiten*, 3, 11-21.
- Farrell, A.D., Danish, S.J. & Howard, C.W. (1992). Relationship between drug use and other problem behaviors in urban adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 705-712.
- Fergusson, D. & Horwood, J. (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92, 279-296.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T.G. & Madden, M.A.F. (2003). Early reactions to cannabis predict later dependence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1033-1039.
- Fischer, U.C., Jung, C., Müller, S. & Kuntsche, E.N. (2001). Die psychischen Wirkungen von Cannabis – Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Abhängigkeiten*, 3, 30-47.
- FOKUS (1998). *Moderne Drogen- und Suchtprävention. Soziologisch-empirische Studie der Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialstudien e.V.* Magdeburg: Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt.
- French M.T., Roebuck, M.C., Dennis, M.L., Diamond, G., Godley, S.H., Tims, F., Webb, C. & Herrell, J.M. (2002). The economic cost of outpatient marijuana treatment for adolescents: findings from a multi-site field experiment. *Addiction*, 97 (supp 1), 84-97.
- Fried, P. A. (1993). Prenatal exposure to tobacco and marijuana: Effects during pregnancy, infancy, and early childhood. *Clinical obstetrics and gynaecology*, 36(2), 319-337.
- Geschwinde, T. (2003). *Rauschdrogen : Marktformen und Wirkungsweisen*. Berlin: Springer, 2003.
- Gerchow, J. (1995). Rezension Günther Berghaus & Hans-Peter Krüger: Cannabis im Straßenverkehr. *Sucht*, 45, 215-216.
- Groves, R. M. (1989). *Survey Errors and Survey Costs*. New York: John Wiley & Sons.
- Gmel, G. (1998). Konsistenz des selbstberichteten Lebenszeitkonsums von Cannabis in der Schweiz: Ergebnisse einer Studie über acht Jahre. *Abhängigkeiten*, 4, 15-21.

- Grant, I., Gonzalez, R., Carey, C. L., Natarajan, L. & Wolfson, T. (2003). Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: A meta-analytic study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, 679-689.
- Hackauf, H. & Winzen, G. (1999). *On the state of young people's health in the EU*. Luxembourg: Europäische Kommission GD Health and Consumer Protection.
- Häfner, H., Bühler, B., Hambrecht, M., Löffler, W., Maurer, K., & an der Heiden, W. (2002). Vorzeitige Auslösung der Schizophrenie durch Substanzmissbrauch und Folgen für den weiteren Verlauf". *Nervenheilkunde* 4.
- Hall, W., Degenhardt, L. & Lynskey, M. (2001). The health and psychological effects of cannabis use. *Monograph series*, 44. Canberra: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Hall, W. & Room, R. (1995). *A comparative appraisal of the health and psychological consequences of alcohol, cannabis, nicotine and opiate use. Background paper prepared for the WHO project „Cannabis: a health perspective and research agenda“*. Meeting on health implications of cannabis use. Geneva: 22-24 May 1995.
- Hall, W. & Solowij, N. (1997). Long-term cannabis use and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 171, 107-108.
- Hall, W. & Solowij, N. (1998). Adverse effects of Cannabis. *The Lancet*, 352, 1611-1616.
- Hall, W., Solowij, N. & Lemon, J. (1994). The health and psychological consequences of cannabis use. *National Drug Strategy Monograph Series*, 25. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Hambrecht, M. & Häfner, H. (1996). Führen Alkohol- oder Drogenmissbrauch zu Schizophrenie?. *Nervenarzt*, 67, 36-45
- Hannöver, W., Dogs, C.P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Maß für den Behandlungserfolg?. *Psychotherapeut*, 45, 292-300.
- Hannöver, W., Thyrian, J.R., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2002). Der Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Rauchern (FÄR). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Küfner (Hrsg.). *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES), Version 2.00*, Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Heidenreich, T. & Hoyer, J. (2001). Stadien der Veränderung bei Substanzmissbrauch und –abhängigkeit: Eine methodenkritische Übersicht. *Sucht*, 47, 158-170.
- Hell, D. (1970). Der Gebrauch von Cannabis unter Jugendlichen Zürichs. *Zeitschrift für Präventivmedizin*, 15, 331-157.
- Hibell, B., Andersson B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. Stockholm: CAN.
- Hinsliff, G.: Blair "must scrap failed drug tactics". *Guardian Unlimited*, 24.3.2002.
- Hoch, E., Simon, R., Hüllinghorst, R., Nöcker, G. & Spahlinger, M. P. (2002). *Bericht zur Drogensituation. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Deutschen Bundesministeriums für Gesundheit. München: Deutsche Referenzstelle für die Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)*.
- Höfler, M., Lieb, R., Perkonigg, A., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H-U. (1999). Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction*, 94, 1679-1694.
- Hollister, L.E. (1986). Health aspects of cannabis. *Pharmacological Reviews*, 38, 2-20.
- Hollister, L.E. (1998). Health aspects of cannabis: revisited. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 1, 71-80.
- Hopkins, N (2002, 22.März): Community backs cannabis pilot scheme. *Guardian Unlimited*.
- Hurrelmann, K. & Bründel, H. (1997). Drogengebrauch, Drogenmissbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Inserm (2001). *Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ?* Paris: Les éditions Inserm.
- Institut für empirische Psychologie (1989). *Drogen Jugendforum. Eine Repräsentativbefragung von Jugendlichen*. Umfrage im Auftrag des Stern. Manuskript.
- Iversen, L.L. (2000). *The science of Marijuana*. New York: Oxford University Press.
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem Behaviour and psychosocial Development: A longitudinal study of youth*. San Diego, CA: Academic Press.

- Johnson, B. (1990). Psychopharmacological effects of cannabis. *British Journal of Hospital Medicine*, 43, 114-122.
- Johnson, B., Smith, B., & Taylor, P. (1988). Cannabis and Schizophrenia. *The Lancet*, 1988, 592-93.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. & Bachman, J.G. (Dec. 2000). "Ecstasy" use rises sharply among teens in 2000; use of many other drugs steady, but significant declines are reported for some. University of Michigan News and Information Services: Ann Arbor, MI. [Online]. (www.monitoringthefuture.org accessed 08.03.2001).
- Kalke, J. & Raschke, P. (1999). Cannabis in Apotheken – ein Modell für die Zukunft? In: Stöver, H. (Hrsg.) *Akzeptierende Drogenarbeit – Eine Zwischenbilanz*, 255-265, Freiburg i.Br.: Lambertus Verlag, 255-265.
- Kammer-Spohn, M. (2001). Cannabiskonsum bei Patienten im allgemeinspsychiatrischen Behandlungsbereich. *Abhängigkeiten*, 3, 68-70.
- Kandel, D.B. & Davies, M. (1996). High School Students Who Use Crack and Other Things. *Archives of General Psychiatry*, 52, 71-80.
- Kay, R. (1992). Prevalence and incidence of schizophrenia in Afro-Caribbeans. *British Journal of Psychiatry*, 421.
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J.J., DeWit, D.J., Kolody, B., Merikangas, K.R., Molnar, B.E., Vega, W.A., Walters, E.E., Wittchen, H.-U. & Ustun T.B. (2001). Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys (English). *Psychiatrica fennica*, 32(2),62-79.
- Keup, W. (MDMA): Das aktuelle Missbrauchsprofil – MDMA – "Ecstasy", *Medizinische Monatsheft für Pharmazeuten*, 1, 2-5.
- Killias, M. (2001). Das Experiment mit dem Recht – Juristische und politische Situation zu Anbau, Kauf, Besitz und Konsum von Hanf in der Schweiz. *Abhängigkeiten*, 3, 48-52.
- Kilmer B. (2002). Do Cannabis possession laws influence cannabis use?. *Ministry of Public Health in Belgium: Cannabis 2002 Report*. Brussels: Ministry of Public Health in Belgium.
- Kleiber, D. & Kovar, K.-A. (1997). *Auswirkungen des Cannabiskonsums*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland : *Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflussfaktoren*. Weinheim: Juventa.
- Kleiber, D., Stosberg, K., Täschner, K.-L., Tossmann, H.P. & Wiesbeck, G.A. (1992). Erfahrungen mit Cannabiskonsumern. Ergebnisse einer Umfrage bei Kliniken und Drogenberatungsstellen. *Sucht*, 38, 7-17.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44, Sonderheft 1, 3-82.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht, Sonderheft 1*.
- Krüger, H.-P., Schulz, E. & Magerl, H. (1998). Medikamenten- und Drogennachweis bei verkehrsunaufrichtigen Fahrern. Roadside Survey. *Berichte der Bundesanstalt für das Straßenwesen, Heft M60*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Küfner, H., Duwe, A., Schumann, J. & Bühringer, G. (2000). Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. *Sucht*, 46, 32-53.
- Leune, J. (2001). Zahlen, Fakten und Trends im Hilfesystem. DHS (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht 2002*. Geesthacht: Neuland-Verlag.
- Lieb, R., Isensee, B., von Sydow, K. & Wittchen, H-U. (2000). The Early Development Stages of Psychopathology Study (EDSP): A Methodological Update. *European Addiction Research*, 6, 170-182
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H. & Wittchen, H-U. (2000). Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46, 18-31.
- Lindlahr, P. (2000). Das geplante bundesdeutsche Erprobungsvorhaben zur heroingestützten Behandlung aus Sicht der teilnehmenden Städte. *Suchttherapie*, 1, 67-70.
- Liniger, B. (2001). Die Bedeutung des Hanfs in der Verkehrsmedizin – Auswirkungen des Cannabiskonsums auf Fahrfähigkeit und Fahreignung. *Abhängigkeiten*, 3, 71-74.

- Lynskey, M.T., Heath, A.C., Bucholz, K.K., Slutske, W.S., Madden, P.A., Nelson, E.C., Statham, D.J., Martin, N.G. (2003). Escalation of Drug Use in early-onset Cannabis Users vs. Co-twin Controls. *JAMA*, 289, 427-433.
- Linszen, D.H., Dingemans, P.M. & Lenior, M.E. (1994). Cannabis Abuse and the Course of Recent-Onset Schizophrenic Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 273-279.
- Metropolitan Police Authority (2002). *The Lambeth Cannabis warning pilot scheme. Report to the Commissioner*. 26. September 2002.
- Meyer, C., Rumpf, H-J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS Studie. *Nervenarzt*, 71, 535-542.
- Meyer, C., Rumpf, H-J., Hapke, U. & John, U. (o.J.). The Composite International Diagnostic Interview: feasibility and necessity of editing and interviewer training in general population surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 9.
- Miller, D., Miller, T. (1997). A test of socioeconomic status as a predictor of initial marijuana use. *Addictive Behaviors*, 22, 479-489.
- Ministry of Public Health in Belgium (2002). *Cannabis 2002 Report. A joint international effort at the initiative of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland. Technical Report of the International Scientific Conference. Brussels, Belgium, 25/2/2002*. Brussels: Ministry of Public Health in Belgium.
- MORI Social Research Institute and the Police Foundation (2002). *Policing the Possession of cannabis. Residents' views on the Lambeth experiment*. Manuskript.
- Müller, R., Meyer, M. & Gmel, G. (Hrsg.). (1997). *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Narring, G., Tschumper, A. & Michaud, P.-A. (1994). *Die Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- National Drug Monitor. *Jaarbericht 2001*. (www.trimbosnl/ndm-nl).
- Negrete, J. (1988). What's happened to the cannabis debate?. *British Journal of Addiction*, 83, 359-372.
- Negrete, J. (1989). Cannabis and Schizophrenia. *British Journal of Addiction*, 84, 349-351.
- Norton, R. & Colliver, J. (1988). Prevalence and patterns of combined alcohol and marijuana use. *Journal of Studies on Alcohol*, 49 (4), 378-380
- van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R.V., de Graaf, R. & Verdoux, H. (2002). Cannabis use and psychosis. A longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156(4), 319-326.
- Ossebaard, H.C. (1996). Netherlands' cannabis policy. *The Lancet*, 347, 767-768.
- Ouwehand, A.W & Cruys, A.A.N. (1997). *Problematisch Cannabisgebruik nader beschouwd*. Houten: IVV.
- Parnefjord, R. (2000). *Das Drogentaschenbuch. 2., aktualisierte und erw. Auflage*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Lynskey, M. & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*, 325, 1195-1198.
- Peralta, V. & Cuesta, M. (1992). Influence of cannabis abuse on schizophrenic psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 127-130.
- Perkonig, A. & Wittchen, H.-U. (1995). *Die Daily-Hassles Scale. Forschungsversion*. Max-Planck-Institut für Psychiatrie. München: Eigendruck.
- Perkonig, A., Beloch, E., Garzynski, E., Nelson, C., Pfister, H. & Wittchen, H-U. (1997). Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnosen und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 247-257,
- Perkonig, A., Lieb, R. & Wittchen, H-U. (1998). Substance Use, Abuse and Dependence in Germany – A review of Selected Epidemiological Data. *European Addiction Research*, 4, 8-17.
- Perkonig, A., Lieb, R., Höfler, M., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H-U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, 94, 1663-1678.

- Perkonig, A., Pfister, H., Liebe, R., Bühringer, G., Wittchen, H.-U. (2004). Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungsangebote in einer Region. *Sucht-med*, 6, 22-31.
- Phillips, L.J., Curry, C., Yung, A.R., Yuen, H.P., Adlard, S. & McGorry, P.D. (2002). Cannabis use is not associated with the development of psychosis in an 'ultra' high-risk group, *Aust N Z J. Psychiatry*, 36(6), 800-806.
- Pfeiffer, T. & Simon, R. (1999). *Field Trial of Implementation of a Standard Protocol to collect Information on Treatment Demand in the EU Member States. Report on behalf of the EMCDDA*. München: IFT.
- Poel, A. van der & Mheen, D. van de (1999). *Softdrugs in Midden-Holland; Een onderzoek naar de omvang en achtergronden van softdrugsgebruik*. Rotterdam/Gouda: IVO/GGD Midden-Holland.
- Polen, M.R., Sidney, S., Tekawa, I., Sadler, M. & Friedmann, G.D. (1993). Health Care Use by Frequent Marijuana Smokers Who Do Not Smoke Tobacco. *The Western Journal of Medicine*, 596-601.
- Pope, H.G., Ionescu-Pioggia, M., Aizley, H.G. & Varma, D.K. (1990). Drug Use and Life Style Among College Undergraduates in 1989: A Comparison With 1969 and 1978. *American Journal of Psychiatry*, 147, 998-1001.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1002-1114.
- Quensel, S. (2000). Medikamente brauchen, Cannabis, Rauchen: Die Rolle des Pharmakonsum bei 14-jährigen Schülerinnen und Schülern in Bremen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 23(2), 33-44.
- Reuband, K.-H. (2001). *Cannabiskonsum in Westeuropa unter dem Einfluss rechtlicher Rahmenbedingungen. Eine vergleichende Analyse epidemiologischer Befunde. Expertise für das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit*. Bern: EDMZ.
- Reusser, F. (2001). Joint-Adventure oder Tablette? Zur Kultur des Hanfgebrauchs mit seiner Tradition und heutigen Praxis in der Schweiz. *Abhängigkeiten*, 3, 5-10.
- Reuter, B. & Kufner, H. (2002). Ergebnisse der Methadonsubstitution in Deutschland - eine qualitative und quantitative Zusammenfassung. *Suchtmed*, 4(1), 31-45.
- Righter H. & van Laar, M. (2002). *Ministry of Public Health in Belgium: Cannabis 2002 Report*. Brussels: Ministry of Public Health in Belgium.
- Righter H., van Laar, M., Rigter, S. & Kilmer, B. (2002). *Cannabis. Feiten en cijfers 2003. Achtergrondstudie Nationale Drugmonitor*. Utrecht: Bureau NDM.
- Robins, L.N. (1977). Detecting predictors of rare events – Demographic, family, and personal deviance as predictors of stages in the progression toward narcotic addiction. In H.M. Babigian (Ed.). *The Origins and course of psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Rohr, M.J., Skowlund, S.W. & Martin, T.E. (1989). Withdrawal Sequelae to Cannabis Use. *The International Journal of the Addictions*, 24, 627-631.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. & Hall, W. (1992). Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87(5), 743-54.
- Ruppen, R., Müller, U., Baumann, U. & Angst, J. (1973). Zur Prüfung der Aussagegenauigkeit bei einer Befragung über Drogenkonsum. *Zeitschrift für Präventivmedizin*, 18, 173-181.
- Russell, J.M., Newman, S.C. & Bland, R.C. (1994). Drug Abuse and Dependence. *Acta Psychiatrica Scandinavia, Suppl.* 376, 54-62.
- Schmidt, M., Simmedinger, R. & Vogt, I. (2000). *Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 1999 zur Hamburger Basisdatendokumentation im ambulanten Suchthilfesystem. ISS Pontifex 5/2000*. Frankfurt: ISS Eigenverlag.
- Schneier, F. & Siris, S. (1987). A Review of Psychoactive Substance Use and Abuse in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 641-652.
- Schnelle, M., Grotenhermen, F, Reif, M. & Gorter, R.W. (1999). *Forschende Komplementärmedizin*, 6 (3), 28-36.
- Schulz E., Vollrath, M., Klimesch, C.I. & Szegedi, A. (1998). Fahruntüchtigkeit durch Cannabis, Amphetamine und Cocain. Literaturanalyse. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

- Schumann, J., Augustin, R., Duwe, A. & Küfner, H. (2000). Welchen Einfluss haben erste Erfahrungen und Begleitumstände zu Beginn des Drogenkonsums auf den weiteren Verlauf?. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8, 69-82.
- Sempach R., Lanz, A. & Scholz G. (1992). *Behandlungsanfragen von Drogenabhängigen in der Stadt Zürich*. Forschung und Dokumentation Nr. 6. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich.,
- Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent Drug Use and Psychological Health, 1990. *American Psychologist*, 612-630.
- Sidney, S., Beck J.E., Tekawa, I.S., Quesenberry, C.P. & Friedman, G.D. (1997). Marijuana Use and Mortality. *American Journal of Public Health*, 87(4), 585-590.
- Simon, R., Spegel, H., Hüllinghorst, R., Nöcker, G. & David-Spickermann, M. (2002). *Bericht des Nationalen REITOX Knotenpunkts für Deutschland an die EBDD: Drogensituation 2001*. München: DBDD.
- Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R., Kokkevi, A., Ouwehand, A.W., Stauffacher, M. & Vicente, J. (1999). The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol. A European Core Item Set for Treatment Monitoring and Reporting. *European Addiction Research*, 5, 197-207.
- Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R., Kokkevi, A., Ouwehand, A.W., Stauffacher, M. & Vicente, J. (1999). The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol. A European Core Item Set for Treatment Monitoring and Reporting. *European Addiction Research*, 5, 197-207.
- Simon, R., Kraus, L., Pfeiffer, T., Strobl, M. (2003). Monitoring von Medikamentenmissbrauch in der Klientel ambulanter Einrichtungen: Wie repräsentativ ist die Stichprobe ebis-med? *Sucht*, 49, 221-227.
- Simon, R. & Palazzetti, M. (1999). Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998. *Sucht, Sonderheft 1*.
- Simon, R., Pfeiffer, T. & Tauscher, M. (1999). *Suchtbericht 1999*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag.
- Simons, J.S. & Carey, K.B. (2002). Risk and vulnerability for marijuana use problems. The role of affect dysfunction. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16 (1), 72-75.
- Single, E. & Christie, P. (2001). *The consequences of cannabis decriminalisation in Australia and the United States. Report for the Swiss Federal Office of Public Health*. Bern: EDMZ.
- Skog, O.-J. (2000). Addicts' choice. Editorial. *Addiction*, 95(9), 1309-1314.
- Soellner, R., Kleiber, D. & Tossmann, H.P. (1995). Einmal Cannabis - immer Cannabis? Prädiktoren für fortgesetzten Cannabiskonsum. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 65-77.
- Solivetti, L.M. (2001). *Drug Use Criminalization vs. Decriminalization: An analysis in the light of the Italian experience. Report on mandata of the Federal Office of Public Health*. Bern: EDMZ.
- Spiegel online* (2002). Freie Fahrt für Gelegenheitskiffer. Dietmar Hipp, Karlsruhe. 12. Juli 2002.
- Statistisches Bundesamt (2004). *Statistisches Jahrbuch 2003 für die Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steinberg, K.L, Rebman, R.A., Carroll, K.M., Kabela, E., Kadden, R., Miller, M., Duresky, D., & The Marijuana Treatment Project Research Group (2002). Tailoring cannabis dependence treatment for a diverse population. *Addiction*, 97 (suppl.1), 135-142.
- Stephens, R.IS., Babor, T.F., Kadden, R. & Miller, M., (2002). The Marijuana Treatment Project Research Group. The Marijuana Treatment Project: rationale, design and participant characteristics. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 109-124.
- Stevens, A. (2002). Cannabis und Cannabinoide als Medizin. *Sucht*, 48 (5),329-335.
- Strang, J. (2000). Improving the quality of the cannabis debate: defining the different domains. *BMJ*, 320, 108-110.
- Strobl, M. & Türk, D. (2000). *Manual EBIS 2000. Erläuterungen zu den Erhebungsbögen und zum PC-Programm für Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe*. IFT-Manuale Bd. 32. München: IFT.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Emergency Department Trends form the Drug Abuse Warning Network (2002). *Preliminary Estimates January – June 2002. DAWN Series: D-22*. Rockville: DHHS Publication.
- Tennent, F. & Groesbeck, J. (1972). Psychiatric Effects of Hashish. *Archives of General Psychiatry*, 27, 133-136.

- Tashkin, D. P. (1991). Marihuana and the Lung. *Nahas, G.G. et al, (Eds.) Marihuana and Medicine*. Totowa: Humana Press.
- Thomas, H. (1993) Psychiatric Symptoms in Cannabis Users. *British Journal of Psychiatry*, 163, 141-149.
- Thomas, H. (1996) A community survey of adverse effects of cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence*, 42, 201-207.
- Thornicroft, G. (1990) Cannabis and Psychosis – Is there Epidemiological Evidence for an Association?. *British Journal of Psychiatry*, 157, 25-33.
- Tims, F.M., Dennis, M.L., Hamilton, N., Buchan, B.J., Diamond, G., Funk, R. & Brantley, L.B. (2002). Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis abusers in outpatient treatment. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 46-57.
- Troisi, A., Pasini, A., Sracco, M. & Spalletta, G. (1998). Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction*, 93, 487-492.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000). EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. *Sucht*, 46, Sonderheft 1, 7-52.
- Ugon, D. A. (2000) Die Bedeutung des Begriffs "geringe Menge" bei der Anwendung der Suchtmittelgesetze in Italien, Österreich und Deutschland. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 23 (1), 3-11.
- Vendetti, J., McRee, B., Miller, M., Christiansen, K. & Herrell, J. (2002). The Marijuana Treatment Project Research Group. Correlates of pre-treatment drop-out among persons with marijuana dependence. *Addiction*, 97 (Suppl 1). 125-134.
- Vollrath, M., Löbmann, R., Krüger, H.-P., Schöch, H., Widera, T. & Mettke, M. (2001). *Fahrten unter Drogeneinfluß – Einflussfaktoren und Gefährdungspotential*. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Bremerhafen: Wirtschaftsverlag NW.
- van Laar, M., Cruts, A. Rigter, H., Verdurmen, J. , Meijer, R. & van Ooyen, J. (o.J.). *National Drug Monitor. 2002 Annual Report*. Utrecht: Trimbos.
- von Sydow, Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., Sonntag, H. & Wittchen, H-U. (2001) .The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(3), 347-361.
- von Sydow, Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., Sonntag, H. & Wittchen, H-U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(3), 49-64.
- Weiler, D., Vogt, M. & Küfner, H. (2000). Anwendung des European Addiction Severity Index (Europ ASI) im Rahmen einer ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen. *Sucht*, 46, 197-208.
- Welsch, K. (2001). Jahresstatistik 2000 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. *Sucht, Sonderheft 3/2001*.
- Welsch, K. (2002). Jahresstatistik 2001 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. *Sucht, Sonderheft 1/2002*.
- Welsch, K. & Sonntag, D. (2003). Jahresstatistik 2002 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. *Sucht, Sonderheft 1/2003*.
- White, H.R., Xie, M., Thompson, W., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (2001). Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 210-218.
- Williams, J.H., Wellman, N.A. & Rawlins, J.N.P. (1996). Cannabis use correlates with schizotypy in healthy people. *Addiction*, 91, 869-877.
- Wills, R.A. & Cleary, S.,D. (1999). Peer and adolescent substance use among 6th-9th graders. Latent growths analyses of influence versus selection mechanisms. *Health psychology*, 18(5), 453-463.
- Wimmer, C. & Mahlberg, F-A. (1996). Ab und zu ein Joint – trotzdem zum oder beim Bund?. *Wehrmedizin und Wehrpharmazie*, 1, 34-38.
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (Hrsg.) (1997). *DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (DIA-X-12 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittsuntersuchung); Auswertungsprogramm*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

- Wittchen, H-U., Lieb, R. & Perkonig, A. (1999). Early Development Stages of Substance Abuse and Dependence – Examples from a Prospective Longitudinal Study, in Ladewig, D. (ed): Basic and Clinical Science of Substance Related Disorders. *Bibl. Psychiatr.* ,168, 7-22.
- Wittchen, H-U., Perkonig, A., Lachner & G., Nelson, C. (1998) Early Development Stages of Psychopathology Study (EDSP): Objectives and Design. *European Addiction Research*, 4, 18-27.
- Wittchen, H-U. & Semler, G. (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0)*. Weinheim: Betz.
- Woody, G.E., Cottler, L.B. & Cacciola, J. (1993). Severity of dependence: data from the DSM-IV field trials. *Addiction*, 88, 1573-1579.
- Wu, T-C., Tashkin, D.P., Djahed, B. & Rose, J.E. (1988). Pulmonary Hazards of Smoking Marijuana as compared with Tobacco. *The New England Journal of Medicine*, 316, 347-351.
- Young, R. (2002, 24.März). What do we do when the drugs war stops? *Guardian Unlimited*.
- Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I. & Lewis, G. (2002). Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*, 325, 199.
- Zinberg, N.E., (1984). *Drug, Set, and Setting. The Basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.

