



Cannabiskonsum bei Jugendlichen – Kritische Anmerkungen zu neueren epidemiologischen Untersuchungen

Jens Kalke

Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
(ISD, Hamburg)

Anlass für kritische Auseinandersetzung

- SPIEGEL-Story
- Drogenaffinitätsstudie 2004
- Betreuungszahlen aus Schleswig-Holstein



I. Teil: Bevölkerungsumfragen

Pressemitteilung

30. November 2004

Cannabis bei Jugendlichen hoch im Kurs

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 1973 in regelmäßigen Abständen die Repräsentativbefragung „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“ durch. Für diese Befragungen werden bundesweit etwa 3.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 25 Jahren dem Zufall nach ausgewählt und befragt. Die Ergebnisse der im Jahr 2004 durchgeführten Erhebung zum Konsum illegaler Drogen von Jugendlichen liegen nun vor:

Illegale Drogen gehören heute zu den Alltagserfahrungen junger Menschen. Ein Drittel (32 Prozent) der 12- bis 25-Jährigen hat schon einmal Drogen probiert, 1979 waren das 16



Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004

Eine Wiederholungsbefragung der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Teilband Illegale Drogen

- Repräsentative Befragung in 3- bis 4-jährigen Abständen
- ca. 3.000 12- bis 25-Jährige
- Ziele:
 - Langfristige Trends des Konsumverhaltens
 - Einstellungen, Motive, Konsumbereitschaft Jugendlicher

Probierbereitschaft von Cannabis, 12- bis 25-Jährige

„könnte man vielleicht einmal versuchen“

1997: 27%

2001: 44%

2004: 47%

Lifetime-Prävalenz von Cannabis, 12- bis 25-Jährige

1997: 23 %

2001: 27 %

2004: 32 %

(davon probierten 44% nur 1-2mal)

Tab. 1 12-Monats-Prävalenz 1997 bis 2004

in Prozent

Es haben in den letzten 12 Monaten Drogen genommen:

	Insgesamt	Männer	Frauen	12 bis 15 Jahre	16 bis 19 Jahre	20 bis 25 Jahre
1997	12	14	11	4	17	15
2001	13	15	11	4	19	14
2004	13	17	10	5	20	15

Tab. 2 Alter beim Erstkonsum illegaler Drogen 1973 bis 2004

in Jahren

	1993	1997	2001	2004
Cannabis	17,5	16,7	16,5	16,4
Ecstasy	1)	17,1	17,4	17,3
Amphetamine	17,2	17,0	17,6	17,1
LSD	17,5	17,3	17,3	17,6
Kokain	17,3	18,2	18,4	18,0
Schnüffelstoffe	15,3	14,8	15,0	16,4
Heroin	2)	2)	2)	2)
Crack	1)	1)	2)	2)
psychoaktive Pflanzen und Pilze	1)	1)	1)	17,3
andere Rauschmittel	18,3	15,5	17,4	1)

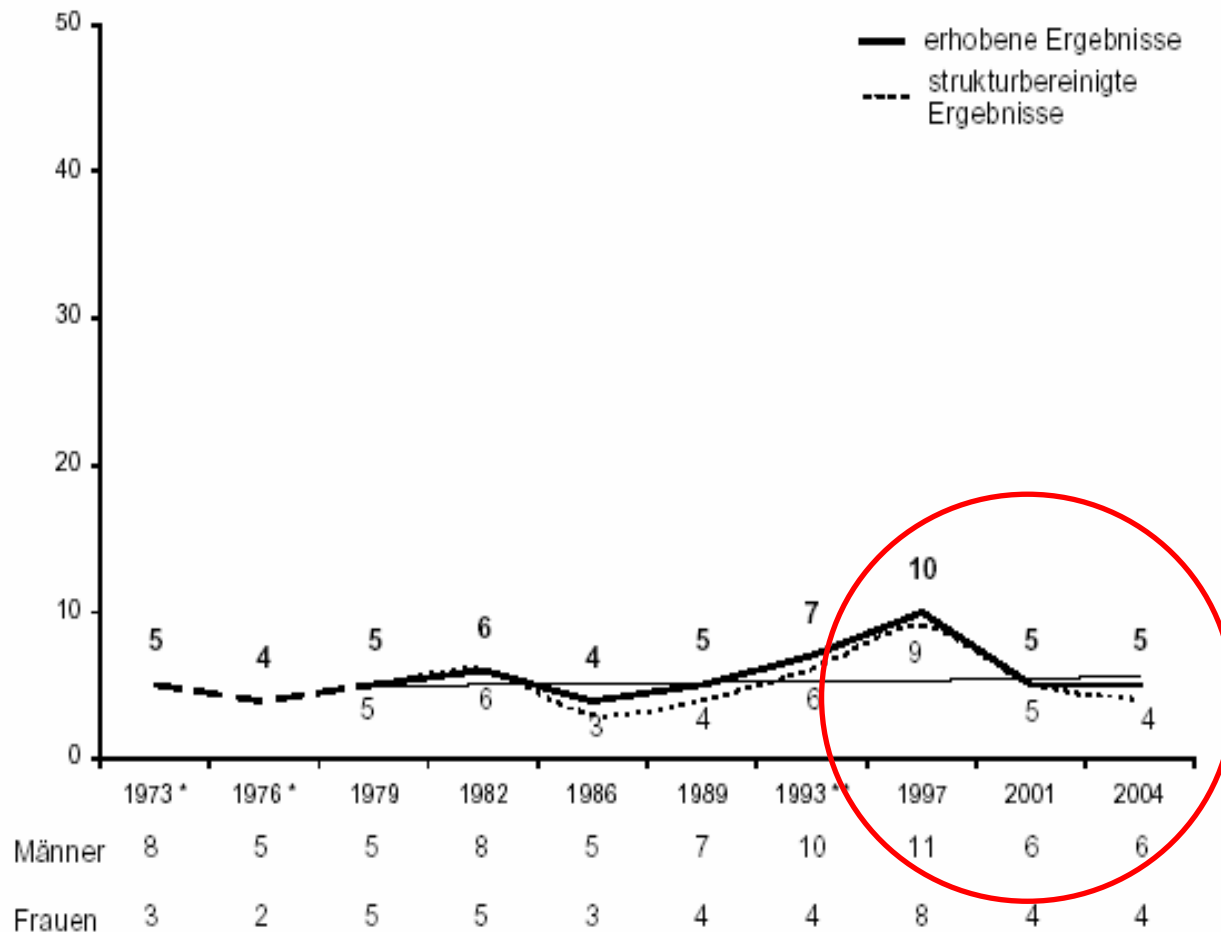
1) nicht erfragt

2) Fallzahl zu niedrig

„Generell lässt sich sagen, dass das Alter beim Erstkonsum von illegalen Drogen in den letzten Jahren ... stabil geblieben ist und sich nicht grundlegend geändert hat.“

Abb. 9 Gegenwärtiger Drogengebrauch 1973 bis 2004

in Prozent



* 14- bis 25-Jährige

** ab 1993 einschließlich neue Bundesländer

Strukturbereinigte Trendgerade

y = 4,9

n = 19.743 (ab 1979)

kein Anstieg

Häufiger („regelmäßiger“) Cannabiskonsum

Mehr als 10mal im letzten Jahr

1997: 3 %*

2001: 3 %

2004: 3 %

* Mehr als 20 mal

Ergebnis Drogenaffinitätsstudie

- Insgesamt besteht eine mehr oder weniger unveränderte Situation des Cannabisgebrauchs unter Jugendlichen in Deutschland innerhalb der letzten Jahre
- Drogenaffinitätsstudie bietet keine Grundlage für die Dramatisierung eines Cannabis-Problems
- Die überwiegende Mehrheit betreibt einen sporadischen (Probier-)Konsum
- Aber: Studie verweist auf Problemgruppe der 16- bis 19-jährigen männlichen Jugendlichen (soziale Hintergründe, Konsummotive, Unterstützungsbedarf, adäquate Hilfsangebote?)

Repräsentativerhebung 2003 (IFT)

- 12-Monats-Prävalenz, 18- bis 39-Jährige:

1997: 7% 2000: 10% 2003: 12%

- 12-Monats-Prävalenz, 18- bis 24-Jährige
(nur Westdeutschland):

1997: 13% 2000: 22% 2003: 23%

Widersprüchliche Ergebnisse zwischen zwei Bundesstudien (12-Monats-Prävalenz)

Drogen-Affinitätsstudie (BZgA):

20- bis 25-Jährige: **15 % (1997)**
15 % (2004) → stabil

Repräsentativ-Erhebung (IFT):

18- bis 24-Jährige: **13 % (1997)**
23 % (2003) → ansteigend

Repräsentativ-Erhebung Hamburg

IFT

IFT · Institut
für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
80804 München

Leiter des Instituts
Prof. Dr. Gerhard Bühringer

www.ift.de

Ludwig Kraus
Rita Augustin
Boris Orth

Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch
psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg.
Epidemiologischer Suchtsurvey 2003

2003 Epidemiological Survey on Substance Abuse

Cannabisabhängige (?)

Tabelle 3-1: 12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums

	Gesamt		Frequenz						
	N	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-59x	60-99x	100-199x	≥200x
12-Monats-Frequenz	124	24,9	22,4	8,1	8,8	14,0	3,5	1,5	16,7
30-Tage-Frequenz	N	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-30x			
	70	17,9	44,9	9,9	6,7	20,6			

Alter des Erstkonsums von Cannabis

Die empirischen Verteilungsfunktionen des Erstkonsums zeigen, dass in jedem Lebensalter der Anteil der Cannabiserfahrenen umso größer ist, je jünger die Befragten sind. Während z.B. bis zum Alter von 20 Jahren 11,0% der 50- bis 59-Jährigen Erfahrung mit Cannabis gemacht haben, waren es bei den 40- bis 49-Jährigen 30,2%, bei den 30- bis 39-Jährigen 37,6%, bei den 25- bis 29-Jährigen 46,8%, sowie bei den 18- bis 24-Jährigen 52,5% (Abbildung 3-1).

Cannabisabhängigkeit

Etwa jeder Achte gab an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Von den Cannabiskonsumern erreichten 37,5% mindestens einen Punkt und 24,5% mindestens drei Punkte in der SDS-Skala (Severity of Dependence Skala). Nimmt man einen Score von drei Punkten als Cut-off-Wert lassen sich ein Viertel der Konsumenten der letzten 12 Monate bzw. 3,0% der Befragten (WB: 31.200) nach der Definition des SDS als cannabisabhängig diagnostizieren. Der höchste Anteil cannabisbezogener Störungen findet sich mit 9% der Befragten bzw. 31% der Konsumenten bei den 18- bis 24-Jährigen.

Severity of Dependence Skala (SDS)

B. Severity of Dependence Skala (SDS): Cannabis- bzw Kokainkonsum in den letzten 12 Monaten (Gossop et al., 1995)

1. Wie häufig hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Gebrauch von Cannabis (Kokain) außerhalb Ihrer Kontrolle geraten ist?
2. Wie häufig hat Sie die Aussicht, auf den Konsum von Cannabis (Kokain) verzichten zu müssen, beängstigt oder beunruhigt?
3. Wie häufig waren Sie über Ihren Gebrauch von Cannabis (Kokain) besorgt?
4. Wie häufig haben Sie sich gewünscht, mit dem Konsum von Cannabis (Kokain) aufzuhören?
5. Wie schwierig fanden Sie es, mit dem Konsum von Cannabis (Kokain) aufzuhören oder ganz auf Cannabis (Kokain) zu verzichten?

Antwortkategorien: Item 1-4: (0) nein, niemals; (1) manchmal; (2) häufig; (3) immer

Item 5: (0) nicht schwierig; (1) etwas schwierig; (2) sehr schwierig; (3) unmöglich

Cannabisabhängig?

Beispiel für abhängige Person (nach SDS)

<i>In den letzten 12 Monaten</i>	nie	Seltener als 1mal im Monat	1-3 pro Monat	1mal pro Woche und öfter
Wie häufig hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Gebrauch von Cannabis außerhalb Ihrer Kontrolle geraten ist?				
Wie häufig hat Sie die Aussicht, auf den Konsum von Cannabis verzichten zu müssen, beängstigt oder unberuhigt?				
Wie häufig waren Sie über Ihren Gebrauch von Cannabis besorgt?				
Wie häufig haben Sie sich gewünscht, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören?				
Wie häufig haben Sie es für schwierig gehalten, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören oder ganz auf Cannabis zu verzichten?				

Re-Analyse Hamburg (1)

- 35% der als „cannabisabhängig“ klassifizierten Personen haben solch ein „weicheres“ SDS-Muster (3 oder 4 Punkte) (gewichtet: 39%)

→ Hamburger WB (gew.): -12.000 „Abhängige“ (!?)

Re-Analyse Hamburg (2)

- Darüber hinaus haben 16% der Personen mit einem SDS von 5 und mehr Punkten weniger als 60mal im letzten Jahr Cannabis konsumiert (gewichtet: 10%)
 - Hamburger WB (gew.): -3.000 „Abhängige“ (!?)
 - Insgesamt Hamburger WB: -15.000 „Abhängige“ von 31.000 (!?)

Kritik an Anwendung der SDS

- SDS wurde als dimensionales Screeninginstrument konstruiert und nicht als Instrument kategorialer Diagnostik.
- Der „Abhängigkeits-Cut-off“ für Kokain- und Amphetamine kann nicht einfach auf die anders wirkende („weiche“) Droge Cannabis übertragen werden. Im Ergebnis ist dadurch die Schwelle sehr niedrig, um eine Cannabisabhängigkeit zugeschrieben zu bekommen.
- Für Cannabiskonsumenten wurde die Übereinstimmung der SDS mit anderen diagnostischen Instrumenten bisher nicht überprüft.

Angemessene Hilfen?

- ***These:***

Die vereinfachte (oder fehlerhafte) Übertragung von Abhängigkeitskonzepten auf Cannabiskonsumern führt nicht zu einer Entwicklung von angemessenen Präventions- und Hilfekonzepten für Personen mit einem problematischen Cannabisgebrauch.

Monitoring-System Drogentrends in Frankfurt am Main (15- bis 18-jährige Schüler/innen)

12-Monats-Prävalenz: ↓

- 2002: 35 %
- 2003: 33 %
- 2004: 23 %
- 2005: 26 %

30-Tages-Prävalenz: ↓

- 2002: 21 %
- 2003: 20 %
- 2004: 12 %
- 2005: 13 %

Hamburger SchülerInnenbefragung

SCHULBUS

(15- bis 18-jährige Schüler/innen)

12-Monats-Prävalenz: =

- 2004: 31 %
- 2005: 30 %

30-Tages-Prävalenz: =

- 2004: 19 %
- 2005: 19 %

Hamburg und Schleswig-Holstein im Vergleich

18- bis 59-Jährige

Cannabis, 12 Monats-Prävalenz:

- Repräsentativ-Erhebung HH 2003 (IFT): **12,5 %**
- Repräsentativ-Erhebung SH 2004 (infratest, ISD): **4 %**
- Repräsentativ-Erhebung BRD 2003 (IFT): **7 %**

BRD und Schleswig-Holstein im Vergleich

12- bis 25-Jährige

Cannabis, 12 Monats-Prävalenz:

- Repräsentativ-Erhebung SH 2004 (infratest, ISD): **8 %**
- Drogenaffinitätsstudie BRD 2004 (BZgA): **13 %**

Niedrige Prävalenzen in Schleswig-Holstein

These: Offensichtlich führt eine vergleichsweise liberale Cannabispolitik –

*„30 Gramm-Regelung“, milderer politisches Klima,
5 von 6 Parteien für Entkriminalisierung*

– nicht zu einem erhöhten Cannabiskonsum in der Bevölkerung.

- Ein Zusammenhang zwischen Drogenpolitik (bzgl. rechtlicher Rahmenbedingungen sowie Praxis der Strafverfolgung) und Verbreitung des Cannabisgebrauchs lässt sich nicht feststellen.
(Reuband, 2005)

Senkung der Eigenbedarfsgrenze für Cannabis in Schleswig-Holstein

- Ankündigung des Justizministeriums, die so genannte Eigenbedarfsgrenze für Cannabis von 30 auf 6 Gramm zu senken.
- Begründung: Cannabiskonsum ist bei Kindern und Jugendlichen in bedenklicher Weise angestiegen und das Einstiegsalter kontinuierlich abgesunken. „Hier mussten wir dringend handeln.“ (Justizminister Uwe Döring)



Presse- mitteilung

HAUSANSCHRIFT Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11017 Berlin
TEL +49 (0)1888 527-2225
FAX +49 (0)1888 527-1245
INTERNET www.bmgs.bund.de
E-MAIL pressestelle@bmgs.bund.de

Berlin, 30. November 2004
Nr. 314

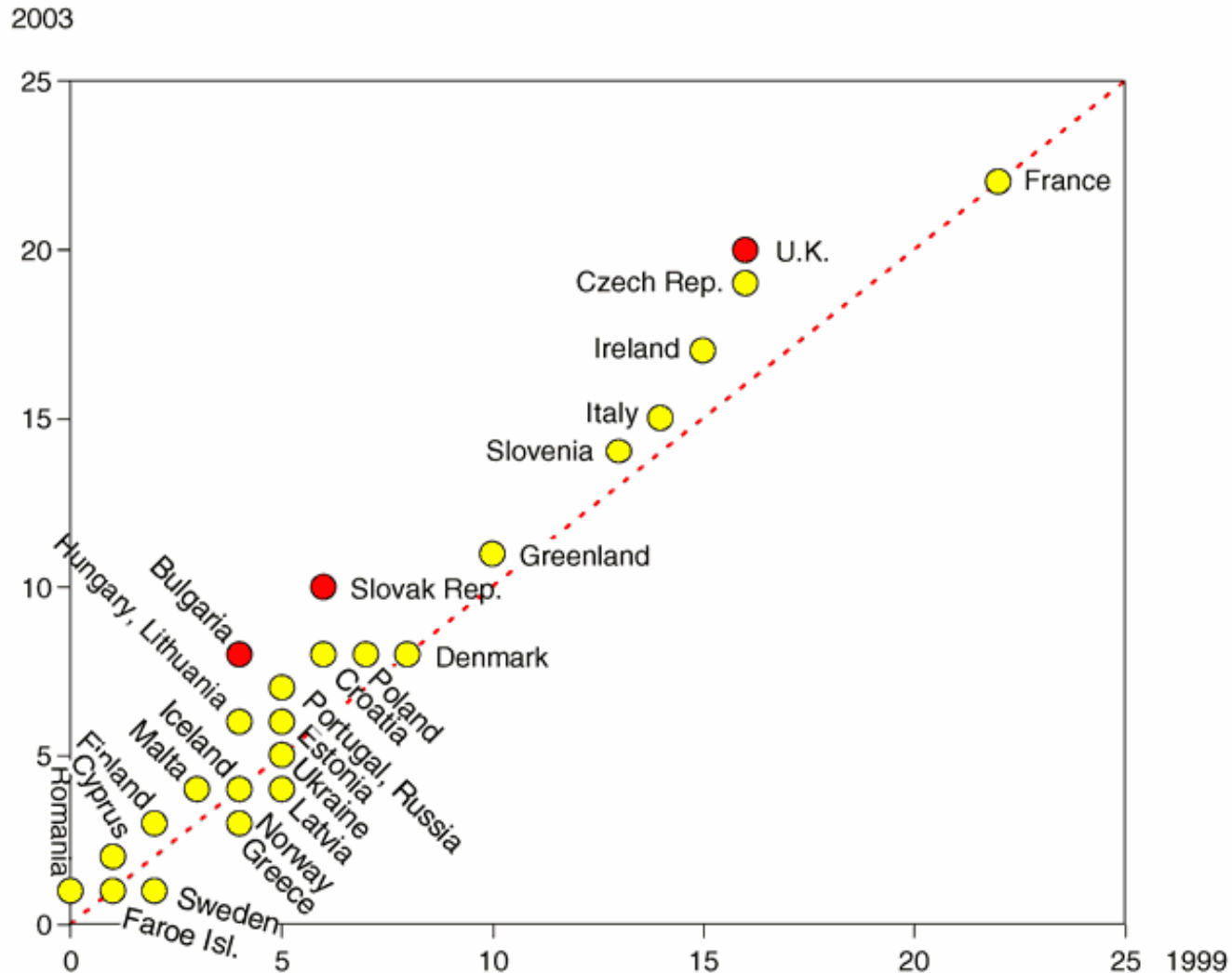
„Jugendkult“ Cannabis - Risiken werden oft verharmlost, Hilfen für riskante Konsumenten erforderlich

Unter dem Titel „Jugendkult Cannabis: Risiken und Hilfen“ ist heute die zweitägige Fachkonferenz zu Ende gegangen, zu der die Parlamentarische Staatssekretärin und Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis eingeladen hat. Ziel der Tagung war zum einen zu klären, wie sich die Konsummuster bei Cannabis in den letzten Jahren verändert haben. Zum anderen wurde diskutiert, welche Strategien der Prävention und Behandlung am geeignetesten sind, um dem problematischen Konsum vor allem unter Jugendlichen zu begegnen.

Dazu erklärt Marion Caspers-Merk: „Der Cannabiskonsum hat heute eine andere Dimension als noch zu Flower-Power-Zeiten, als am Wochenende vielleicht mal ein Joint die Runde machte. Überall in Europa nimmt der Cannabiskonsum zu. Die große Mehrheit der Konsumenten belässt es bislang bei einem bloßen ‚Probieren‘.

ESPAD-STUDIE

(15/16-jährige Schüler, 12-Monatsprävalenz)

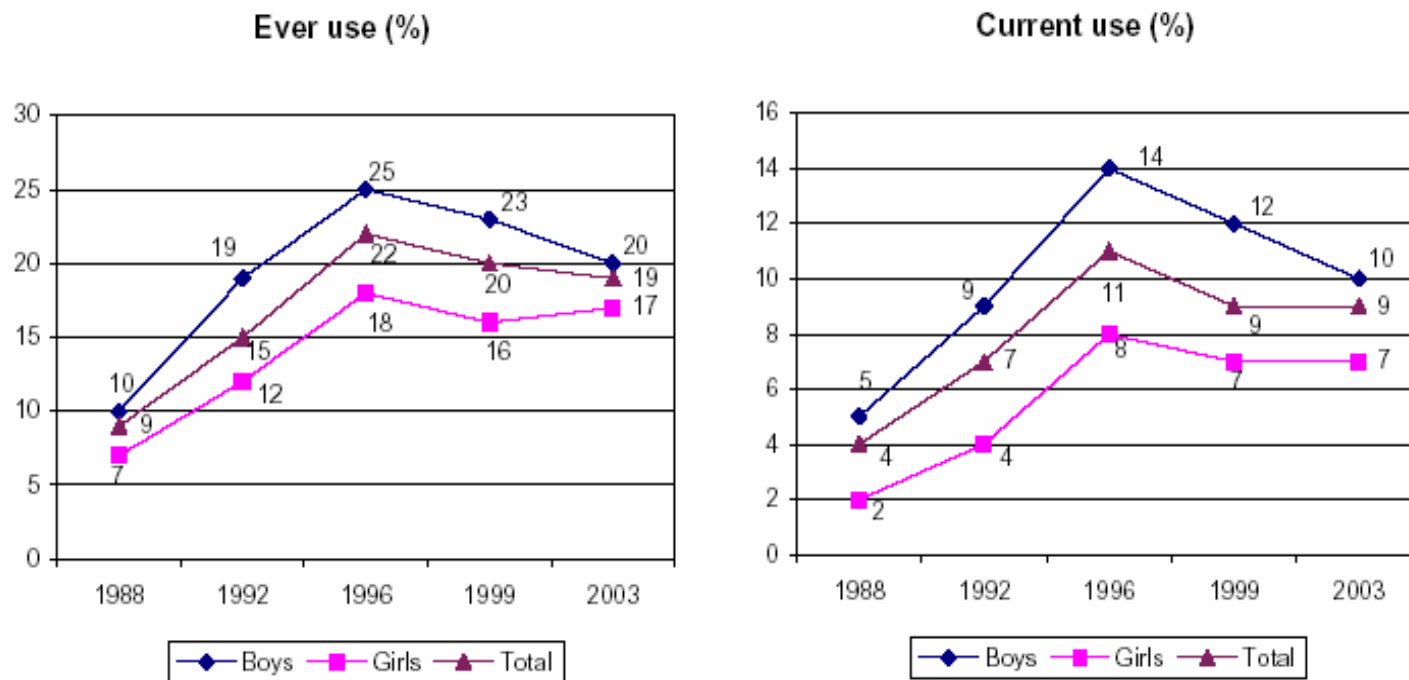


EBDD-Jahresbericht 2005

- *Cannabiskonsum im letzten Monat* (15/18 bis 34 Jahre, jeweils letzte beiden Erhebungszeiträume zwischen 1998 bis 2004):
 - Konsum ↑ : Estland, Finnland, Italien, Niederlande, Schweden, Spanien
 - Konsum = : Ungarn, Großbritannien
 - Konsum ↓ : Griechenland, Irland

Cannabisprävalenzen niederländischer Schüler/innen

Figure 2.3 Use of cannabis among school-aged youths aged 12 and over, from 1988



Percentage of ever users (on the left) and current users (on the right). Source: Dutch National School Survey, Trimbos Institute.¹⁶

II. Teil: Behandlungsstatistiken

Cannabisklienten/innen in der ambulanten Suchthilfe

Anteil bei Zugängen zu ambulanter Betreuung

Deutsche Suchthilfestatistik

- 2000: 6,3 %
- 2001: 7,1 %
- 2002: 8,6 %
- 2003: 9,5 %
- 2004: 11,3 %

Suchthilfestatistik Schleswig-Holstein

- 2001: 9 %
- 2002: 8 %
- 2003: 7 %
- 2004: 11 %

Klienten/innen mit der Hauptdiagnose Cannabis in stationären Einrichtungen (nationale Suchthilfestatistik)

- 2001: 0,9 %
- 2002: 0,7 %
- 2003: 1,2 %
- 2004: 1,7 %

Jugendliche Klienten/innen

(Nationale Suchthilfestatistik 2004)

- 15- bis 17-Jährige insgesamt:
 - Hauptdiagnose:
 - Alkohol 12 %
 - Cannabis 64 %
- 15- bis 17-Jährige Cannabis-Klienten:
 - Diagnosen nach ICD-10:
 - „Schädlicher Gebrauch“ 53 %
 - „Abhängigkeit“ 47 %

Minderjährige Cannabisabhängige?

Kriterien „Abhängigkeitssyndrom“ ICD-10 (3 oder mehr im letzten Jahr):

- Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren,
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums,
- Vorhandensein eines körperlichen Entzugssyndroms,
- Nachweis einer Toleranz,
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums,
- Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Jüngere Cannabisklientel nach Belastungsprofil und Betreuungsende (bis 26 J.)

Aus: COMBASS-Bericht, Hessen (im Druck)

	<i>Belastung stark</i>	<i>Belastung mittel</i>	<i>Belastung wenig</i>	Anzahl (N)
Betreuungsende negativ	8%	14%	6%	490 (28%)
Betreuungsende ambivalent	8%	12%	7%	484 (28%)
Betreuungsende positiv	11%	17%	16%	785 (45%)
Anzahl (N)	468 (27%)	768 (44%)	523 (30%)	1.759

Kritik an der Anwendung des ICD-10

- Nur zwei Diagnoseoptionen möglich:
„Abhängigkeit“ und „schädlicher Gebrauch“
- Nach ICD-10-Manual restriktiver Umgang mit
der Diagnosestellung, aber viele Mitarbeiter
nicht geschult
- Bis zu einem Viertel falsch vergebener
Diagnosen (Nachuntersuchung des IFT)

Angemessene Hilfen?

- ***These:***

Die vereinfachte (oder fehlerhafte) Übertragung von Abhängigkeitskonzepten auf Cannabiskonsumenten führt nicht zu einer Entwicklung von angemessenen Präventions- und Hilfekonzepten für Personen mit einem problematischen Cannabisgebrauch.

Jugendliche Klienten/innen

(Ambulante Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holstein 2002)

- 15- bis 17-Jährige insgesamt:
 - Hauptdiagnose:
 - Alkohol 16 %
 - Cannabis 57 %
- These:
Besorgte Eltern, Lehrer oder Ausbilder schicken Cannabis-Konsumenten in die Beratungsstellen, nicht weil diese abhängig sind oder einen schädlichen Gebrauch ausüben, sondern weil es Ängste gibt, die im Zusammenhang mit dem Verbot von Cannabis stehen.

Kontaktempfehlung Cannabis-Klienten/innen (nationale Suchthilfestatistik 2003)

- **25 %** Angehörige/Freunde/Bekannte
(Alkohol: 12 %, Opiate: 10%)
- **6 %** Arbeitgeber/Betrieb/Schule
(Alkohol: 5 %, Opiate: 1 %)
- **26 %** Justizbehörde/Soziale Verwaltung
(Alkohol: 11 %, Opiate: 15 %)

Zusammenhang?

Rauschgiftdelikte und ambulante Betreuungen

	2001	2002	2003	2004
Anteil Hauptdiagnose Cannabis (Suchthilfestatistik)	7,1%	8,6%	9,5%	11,3%
Cannabisbezogene Rauschgiftdelikte (PKS)	54,4%	56,4%	59,4%	63,3%
Anzahl Rauchtgiftdelikte insgesamt (PKS)	242.527	246.667	250.869	275.725
Gesetzliche Grundlage der Betreuung (Suchthilfestatistik)				
Freiwillig	76%	74%	72%	73%
Rechtliche Grundlagen	19%	23%	24%	24%
Anderes	5%	3%	4%	3%

Zahlen EBDD

Behandlungsnachfrage

Table TDI-18 part (iv). Frequency of use of primary drug among new outpatient clients in 2003. Percentage among clients with cannabis as primary drug

Country	Not used in the past month/occasional	Once a week or less	2-6 times per week	Daily	Base (known status)	Status unknown
Czech Republic	17.8	44.2	25.8	12.2	353	25
Denmark	0.0	6.1	18.2	75.8	462	132
Germany	37.7	14.6	20.2	27.5	8272	0
Greece	29.0	20.4	21.0	29.6	162	6
Cyprus	13.9	22.2	16.7	47.2	36	0
Latvia	0.0	100.0	0.0	0.0	2	1
Malta	23.3	20.0	6.7	50.0	30	23
Netherlands	8.8	2.3	8.4	80.4	1503	132
Slovenia	12.0	26.1	40.2	21.7	92	0
Slovakia	9.8	31.4	37.3	21.6	102	19
Finland	20.3	29.2	33.5	17.0	212	0
Sweden	20.8	19.0	33.0	27.1	221	10
Bulgaria	26.7	40.0	13.3	20.0	15	0
Total	30.4	14.3	19.5	35.7	11462	348

Fazit und Diskussion I

- Die Datenlage zur Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen in Deutschland ist uneinheitlich. Es gibt Indizien, dass es in der öffentlichen Berichterstattung zu einer Dramatisierung des Cannabiskonsums gekommen ist.
- Ein solches Diskussionsklima erschwert die Entwicklung von angemessenen Konzepten für wirklich behandlungsbedürftige Cannabis-Klienten/innen.

Fazit und Diskussion II

- Aus sich den sich teilweise widersprechenden Befunden ergeben sich viele methodische Fragen (Erhebungsmethode, Instrumente etc.).
- Deshalb: regelmäßige + methodenkritische Diskussionen über neue Studien und Erhebungen ► Expertentreff „epidemiologische Trends“

Fazit und Diskussion III

- Und: Durchführung von vertiefenden und vergleichenden Studien, in denen nicht nur Prävalenzen, Einstellungen und Konsummotive, sondern auch externe Bedingungen (Cannabismarkt, Präventionsangebote etc.) soziale Ursachen sowie die Folgen und Wirkungen der Verbotspolitik analysiert werden.
- Sowie: Überprüfen, ob und inwieweit die diagnostischen Instrumente zur Bestimmung von Abhängigkeit für Cannabiskonsumenten angemessen sind.

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**