

Prävalenz von Cannabiskonsum und Profil der Klientel mit Hauptproblem Cannabis in Suchtberatung und -behandlung in den Jahren 2006 bis 2012

Cannabis ist nach wie vor ein gesundheitspolitisches Thema. In diesem Artikel wird anhand der act-info Daten aufgezeigt, wie hoch der Anteil an Personen mit Hauptproblem Cannabis in Suchtbehandlung im Zeitraum 2006-2012 war, mit welcher Häufigkeit diese Personen Cannabis konsumierten, welche soziodemographischen Merkmale diese Personen auszeichneten und über welche Wege sie in die Behandlung gelangten. Zudem wird der Anteil an Personen mit anderen Hauptproblemsubstanzen, die zusätzlich Probleme mit Cannabis haben, aufgezeigt. Die Ergebnisse weisen auf eine steigende Nachfrage für primäre cannabisbezogene Probleme und auf eine leichte Verjüngung dieser Klientel. Eine mögliche Erklärung für diese Tendenzen könnte in einer erhöhten Sensibilisierung der Bevölkerung für die Risiken, die mit dem Cannabiskonsum einhergehen, liegen.

1. Einleitung und Fragestellung

1.1 Zur Aktualität des Themas Cannabis

Politischer Kontext

Politisch brisant. Cannabis ist in der Schweiz ein hochaktuelles Thema. Auf politischer Ebene hält die Diskussion um die Entkriminalisierung von CannabiskonsumentInnen auch nach der Ablehnung einer Volksinitiative zur Legalisierung von Besitz, Anbau und Konsum von Cannabis Ende 2008 weiterhin an. In Genf beispielsweise setzt sich eine parteiübergreifende Arbeitsgruppe für eine probeweise Einführung von Cannabis Social Clubs für ein erwachsenes Publikum ein. Dabei handelt es sich um gemeinnützige Vereine, in welchen Cannabisprodukte unter kontrollierten Bedingungen hergestellt, verkauft und konsumiert werden können (Zobel & Marthaler, 2014). Die Idee stösst auch in anderen Schweizer Städten wie Basel, Bern und Zürich auf Interesse.

Staatliche Regulierung intensiv diskutiert. Die NAS – nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik – regt mit ihrer kürzlich veröffentlichten Grundposition zur Marktregulierung in der Drogenpolitik eine breite Diskussion an, wie eine zukunftsfähige Schweizer Suchtpolitik gestaltet werden könnte (NAS-CPA, 2014). Die NAS empfiehlt, dass sich die Schweizer Suchtpolitik tendenziell von Verbotmodellen weg hin in Richtung Entkriminalisierungs- oder Reglementierungsmodellen entwickeln solle. Bezüglich Cannabis empfiehlt die NAS, den privaten Konsum und Anbau von Cannabis für den Eigenbedarf zu entkriminalisieren oder zu legalisieren. Die Einrichtung von Cannabis Social Clubs stünde gemäss der NAS im Einklang mit der bestehenden Rechtslage. Die NAS führt als weitere

Option auf dem Kontinuum der Marktregulierung den Verkauf von Cannabis in staatlichen Geschäften oder privaten Geschäften mit staatlicher Lizenz aus, wie dies beispielsweise in Colorado umgesetzt wurde. Auch für die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen ist das aktuell geltende umfassende Verbot von Cannabis nicht zufriedenstellend.¹

Als bereits wirksame gesetzliche Konsequenz der Debatte um die Strafverfolgung von Cannabis-konsumierenden kommen seit Oktober 2013 anstelle von Strafverfahren Ordnungsbussen zur Anwendung. So werden erwachsene Personen, die mit maximal 10 Gramm Cannabis angehalten werden, mit einer Ordnungsbusse von 100 Franken bestraft. Von einer Strafverfolgung wird in der Regel abgesehen, es sei denn, die Person sei unter 18 Jahre alt oder führe eine grössere Menge Cannabis mit sich.²

Konsum in der Schweizer Bevölkerung

Verbreiteter Lebenszeitkonsum. Verschiedene repräsentative Befragungen dokumentieren das Konsumverhalten in der Schweizer Bevölkerung. Cannabis ist gemäss dem Suchtmonitoring Schweiz die mit Abstand meistkonsumierte illegale Substanz in der Schweiz.³ Der Lebenszeitkonsum von Cannabis in der Allgemeinbevölkerung ab 15 Jahren ist relativ weit verbreitet: So gaben im Jahr 2013 gemäss der CoRoIAR-Studie (Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks), welche im Rahmen des Suchtmonitorings durchgeführt wird, 29.0% der Befragten an, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben. Dabei berichteten 5.1% aller Befragten, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert zu haben. Wurde der Zeitraum auf die letzten 30 Tage eingeschränkt, gaben 2.7% aller Befragten Cannabiskonsum an.

Kein eindeutiger Trend des aktuellen Konsums. Die gegenwärtige Datenlage lässt laut dem Suchtmonitoring Schweiz nur bedingt Aussagen über den aktuellen Trend des Cannabiskonsums in der Schweiz zu.⁴ Die CoRoIAR-Befragung zeigte zwischen 2011 und 2013 Schwankungen in der Prävalenz des aktuellen Cannabiskonsums zwischen 2.7% (2011 und 2013) und 3.2% (2012) (Gmel, Kuendig, Notari, & Gmel, 2014), definiert als Konsum innerhalb der vorangegangenen 30 Tage. Eine andere Entwicklung zeigt sich in einer Stichprobe der HBSC-Befragung von 14-15-jährigen Jugendlichen: Während 2006 noch 9.8% der Befragten angaben, aktuell (d.h. in den vorangegangenen 30 Tagen) Cannabis zu konsumieren, belief sich dieser Anteil 2010 auf 11.5% (unpublizierte Berechnungen von Sucht Schweiz). Die Resultate aus dem Jahr 2014, welche noch nicht veröffentlicht sind, werden zeigen, ob sich dieser Trend fortgesetzt hat.

Alters- und Geschlechtsunterschiede. Cannabis wird vor allem von Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumiert: Gemäss der CoRoIAR-Befragung 2013 gaben 9.0% der 15-19-Jährigen an, im vorangehenden Monat Cannabis konsumiert zu haben. In dieser Altersgruppe und in der Altersgruppe der 20-24-Jährigen (8.9%) erreichte die Konsumprävalenz ihren Höhepunkt, um danach stark abzunehmen (z.B. 35-44-Jährige: 1.7%). Mehr Männer als Frauen konsumieren Cannabis: Der Anteil Frauen, welche noch nie Cannabis konsumiert hatten, betrug gemäss der CoRoIAR-Befragung 2013 76.4%, während dieser Anteil bei den Männern bei 65.3% lag (Gmel et al., 2014). Ein ähnlicher Unterschied zeigt sich in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 (82.7% resp. 71.2%; Notari et al., 2014). Zudem konsumieren Männer Cannabis auch häufiger als Frauen: In der Gruppe der

¹ www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=52412, Stand 05.09.2014

² www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=49053, Stand 22.09.2014

³ www.suchtmonitoring.ch/de/4.html?, Stand 27.10.2014

⁴ www.suchtmonitoring.ch/de/4.html, Stand 27.10.2014

Cannabiskonsumierenden (Monatsprävalenz) der CoRoIAR-Befragung 2013 gaben 63.5% der Männer an, im vorangehenden Monat häufiger als an drei Tagen Cannabis konsumiert zu haben, während sich dieser Anteil bei den Frauen auf 42.9% belief (Gmel et al. 2014).

Häufig risikoreich konsumiert. Neben Probierkonsum oder gelegentlichem Konsum ist aus gesundheitlicher Perspektive v.a. der *risikoreiche Cannabiskonsum* von Interesse, der oft mittels des Screening-Instrumentes CUDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test) bestimmt wird (Adamson & Sellman, 2003). Bei einer Unterstichprobe der CoRoIAR-Befragung von 15-29-Jährigen im Jahr 2012 wiesen nach CUDIT 5.1% einen risikoreichen Konsum auf, was im Vergleich zu den Ergebnissen des Cannabismonitorings 2004 (4.7%) ähnlich hoch ausfällt (Marmet, Notari, & Gmel, 2013). In der Altersgruppe der 20-24-Jährigen ist die Prävalenz des risikoreichen Konsums am höchsten: 5.5% der Befragten weisen einen entsprechenden Konsum auf. Bei den 15-19-jährigen sind es 3.7%. Die geschlechtsbezogenen Tendenzen in der Allgemeinbevölkerung ab 15 Jahren akzentuieren sich beim risikoreichen Konsum: So wiesen 2012 2.5% der männlichen und 0.2% der weiblichen Befragten einen risikoreichen Konsum nach CUDIT auf.

1.2 Fragestellung

Die oben erwähnten gesamtschweizerischen repräsentativen Befragungen basieren auf Angaben der Allgemeinbevölkerung. In der vorliegenden Brennpunkt-Auswertung sollen diese Angaben durch Erkenntnisse aus dem *Bereich Suchtberatung und -behandlung* ergänzt werden.

Folgende Fragen sollen in der vorliegenden Datenanalyse beantwortet werden:

1. Wie hat sich die Inanspruchnahme von Suchthilfe durch KlientInnen, die wegen des Hauptproblems Cannabis zwischen 2006 und 2012 in ambulante oder stationäre Suchtbehandlung eingetreten sind, entwickelt? Wie häufig konsumieren diese Personen Cannabis?
2. Hat sich das Profil der KlientInnen, welche wegen des Hauptproblems Cannabis eine Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen, in der Zeitspanne 2006 - 2012 verändert?
3. Wie hat sich die Prävalenz von Cannabiskonsum als zusätzliche Problemsubstanz bei KlientInnen mit einer anderen Hauptproblemsubstanz als Cannabis zwischen 2006 und 2012 entwickelt?

1.3 Datenbasis und Methode

Die verwendeten Daten 2006 - 2012 beziehen sich hauptsächlich auf die *act-info*-Teilstatistiken der Bereiche der ambulanten psychosozialen Suchthilfe (SAMBAD) sowie der stationären Suchttherapie für Alkoholkrankung (*act-info-Residalc*) und für Drogenabhängigkeit (*act-info-FOS*). Daten der Heroin gestützten Behandlung und der Nationalen Methadonstatistik fliessen nur teilweise in die Auswertung ein, da die Hauptproblemsubstanz bei KlientInnen dieser beiden Behandlungssektoren per definitionem Opiate sind. An SAMBAD nahmen 2012 77 von schweizweit 196 ambulanten Suchthilfestellen teil (39%), an *act-info-Residalc* 16 von schweizweit 20 spezialisierten Kliniken oder Rehabilitationszentren (80%) und an *act-info-FOS* 46 von schweizweit 58 stationären Suchthilfeeinrichtungen (illegale Drogen) (79%). Da die Teilnahme an der KlientInnendokumentation für Behandlungseinrichtungen mit Ausnahme der HeGeBe freiwillig war, kann die derzeitige Teilnahmebereitschaft als relativ hoch bezeichnet werden.

Das nationale Monitoringsystem *act-info* umfasst fünf Behandlungssektoren, die in Teilstatistiken zusammengefasst sind: ambulante psychosoziale Suchthilfe (SAMBAD), stationäre Behandlung von Alkoholabhängigkeit (*act-info-Residalc*), stationäre Therapie von Drogenabhängigkeit (*act-info-FOS*), Heroin gestützte Behandlung (HeGeBe) und nationale Methadonstatistik. Das modulare Klientenmonitoringsystem mit gemeinsamen Kernfragen erfasst Charakteristika und Lebenssituation von KlientInnen bei Ein- und Austritt. Mit der neuen Verordnung 188 „Statistik der Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz“, die per 15. Januar 2014 in Kraft getreten ist, wurde die rechtliche Grundlage für eine obligatorische Datenerhebung im Bereich der illegalen Drogen geschaffen⁵. Dies dürfte in nächster Zukunft zu einer weiteren Erhöhung des Deckungsgrades und somit zu einer solideren Wissensgrundlage führen. Auf gesamtschweizerischer Ebene liegen umfassende *act-info*-Daten seit 2004 vor. (siehe www.act-info.ch)

Die vorliegenden Auswertungen beziehen sich mehrheitlich auf die Daten aller KlientInnen, welche mit dem Hauptproblem *Cannabis* im Zeitraum 2006-2012 eine spezifische Beratung oder Behandlung begonnen haben und im Monitoringsystem *act-info* erfasst wurden. Für die erste Fragestellung sowie für die Auswertungen zu *Cannabis* als Nebenproblemsubstanz wurden Daten von KlientInnen mit verschiedenen Hauptproblemsubstanzen verwendet.

Um die Schwankungen hinsichtlich der Teilnahmebereitschaft der behandelnden Institutionen in Bezug auf die Trendaussagen mindestens teilweise zu kontrollieren, sind nur die Daten jener Einrichtungen in die Auswertung eingeflossen, welche seit 2006 konstant Daten geliefert haben.

⁵ Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (Statistikerhebungsverordnung) vom 30. Juni 1993 (Stand am 15. Januar 2014) (SR 431.012.1): www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19930224/index.html

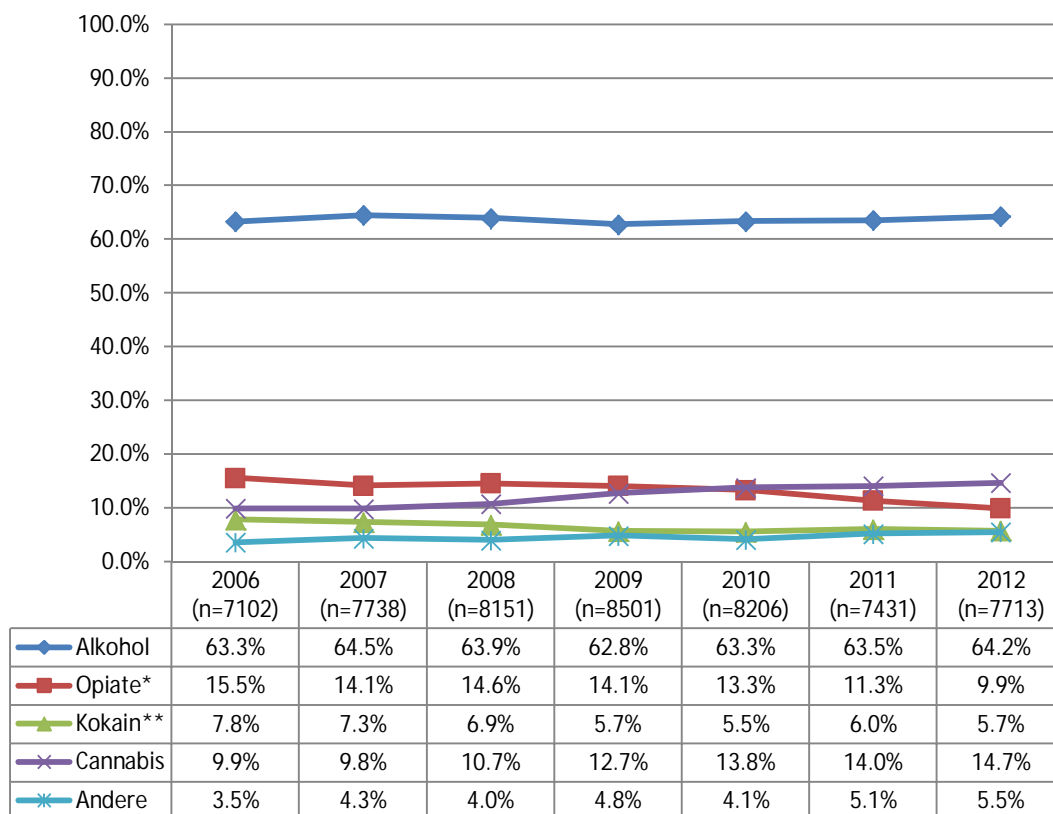
2. Ergebnisse: Entwicklung der Inanspruchnahme von Suchtberatung und -behandlung durch Cannabis-KlientInnen und Veränderung der KlientInnenprofile

2.1 Inanspruchnahme von ambulanter und stationärer Suchthilfe wegen Hauptproblem Cannabis 2006-2012

1. Wie hat sich die Inanspruchnahme von Suchthilfe durch KlientInnen, die wegen des Hauptproblems Cannabis zwischen 2006 und 2012 in ambulante oder stationäre Suchtbehandlung eingetreten sind, entwickelt? Wie häufig konsumieren diese Personen Cannabis?

Anstieg in der Inanspruchnahme. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung des Anteils Hilfesuchender, die in den Jahren 2006-2012 mit dem Hauptproblem Cannabis ambulante oder stationäre Suchthilfe in Anspruch genommen haben, verglichen mit Hilfesuchenden, die hauptsächlich wegen anderer Problemsubstanzen Unterstützung aufsuchten. Dabei ist ein Anstieg von 4,8 Prozentpunkten beim Anteil der KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis erkennbar. Dies bedeutet eine relative Zunahme von ca. 50% im Zeitraum von sieben Jahren. Auch die *Anzahl* der KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis hat zugenommen, sodass die Ergebnisse auf eine effektive Zunahme der Inanspruchnahme hindeuten.

Abb. 1: Entwicklung der Inanspruchnahme bei act-info registrierten KlientInnen, nach Hauptproblemsubstanz und Betriebsjahr (nur Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung)

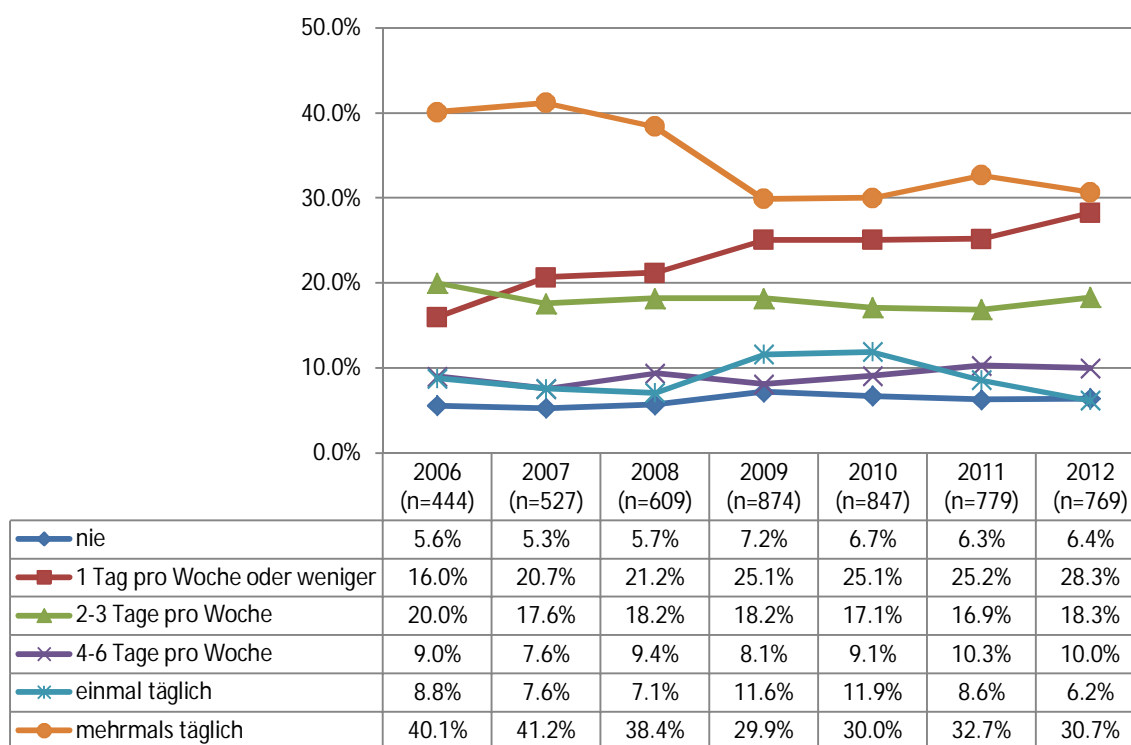


Anmerkungen: *Opiate = Heroin, Methadon und andere Opiate (z.B. Morphin oder Codein) sowie Cocktails (Heroin und Kokain)
 **Kokain = Kokain, Crack, Freebase

2.2 Konsumhäufigkeit bei KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis 2006-2012

Weniger häufig konsumiert. Der Abbildung 2 lässt sich die Häufigkeit des Cannabiskonsums der Klientel mit Hauptproblem Cannabis *in den letzten sechs Monaten vor Eintritt* entnehmen. Dabei zeigt sich, dass die durchschnittliche Häufigkeit vor Behandlungsbeginn über die Jahre abgenommen hat: Waren es 2006 noch 40.1%, welche während den sechs Monaten vor der Befragung mehrmals täglich Cannabis konsumiert hatten, waren es 2012 nur noch 30.7%. Diese Abnahme fand allerdings nicht kontinuierlich statt, sondern unterlag kleineren Schwankungen. Gleichzeitig nahm der Anteil von Hilfesuchenden, welche in den sechs Monaten vor der Befragung höchstens einmal in der Woche oder gar kein Cannabis konsumierten, von 21.6% auf 34.7% zu (ebenfalls mit Schwankungen).

Abb. 2: Entwicklung der Häufigkeit von Cannabiskonsum in den letzten sechs Monaten vor Eintritt bei act-info registrierten KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis, nach Betriebsjahr (nur Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung)



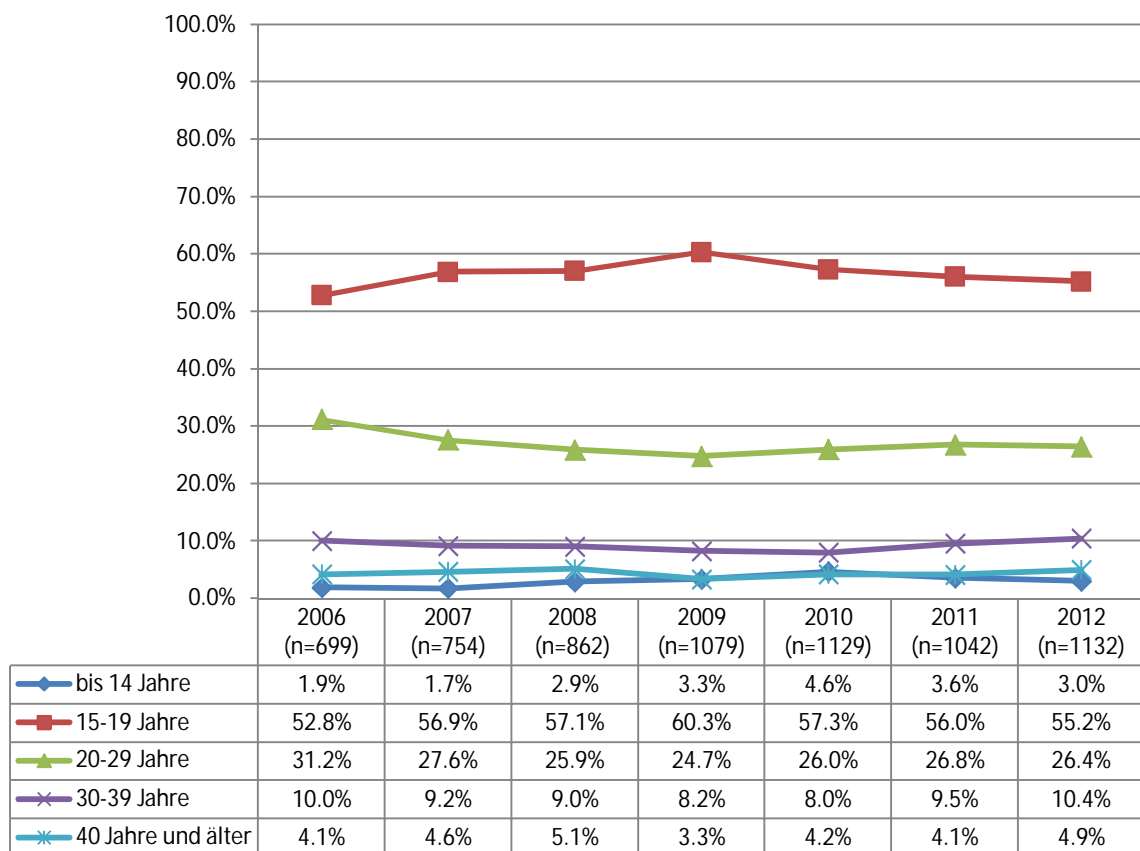
2.3 Soziodemografische Merkmale der KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis 2006-2012

2. Hat sich das Profil der KlientInnen, welche wegen des Hauptproblems Cannabis eine Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen, in der Zeitspanne 2006-2012 verändert?

Geschlecht und Nationalität. Bezüglich des Merkmals „Geschlecht“ ist im Zeitraum von 2006 bis 2012 festzustellen, dass durchgehend etwa viermal so viele Männer wie Frauen mit Hauptproblem Cannabis verzeichnet wurden [Bsp. 2012: 80.4% Männer (n = 910) vs. 19.6% Frauen (n = 222)]. Zwischenzeitlich akzentuierte sich dieser Unterschied gar [Bsp. 2010: 84.6% (n = 955) Männer vs. 15.4% (n = 174) Frauen)]. Bezüglich der Staatsangehörigkeit ist eine Abnahme des Anteils an Schweizer KlientInnen um 5 Prozentpunkte festzustellen [2006: 89.4% (n = 551); 2012: 84.0% (n = 819)].

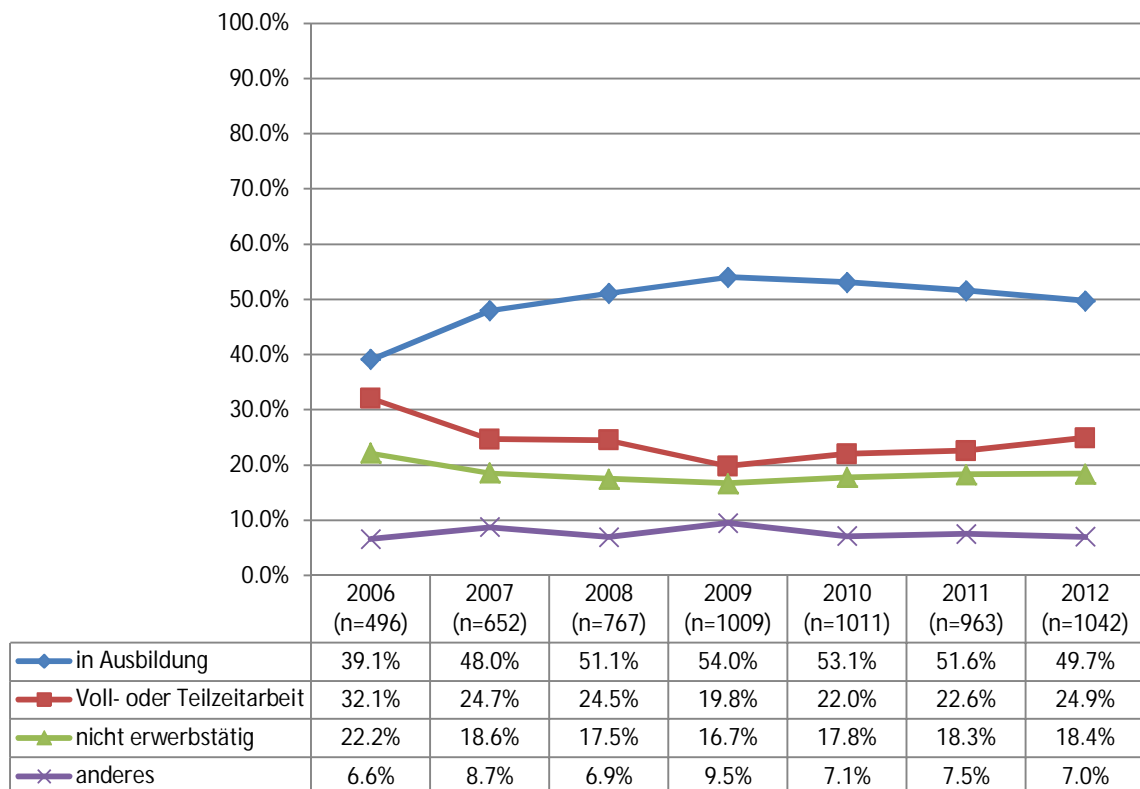
Jung in Behandlung. Wie bereits in der Gesamtbevölkerung ist auch unter Cannabis-KlientInnen die am stärksten vertretene Altersklasse die Gruppe der 15-19-Jährigen, welche jeweils mehr als die Hälfte der KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis darstellt (Abbildung 3). Über die Zeitspanne hinweg kann eine leichte und nicht konstante Zunahme an jugendlichen KlientInnen in Beratung und Behandlung festgestellt werden. In der Altersklasse der unter 15-Jährigen zeigt sich zwischen 2006 und 2012 eine Zunahme um 1.1 Prozentpunkte, bei der Altersgruppe der 15-19-Jährigen um 2.4 Prozentpunkte. Im Jahr 2009 befanden sich fast 15% mehr Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahre in Behandlung als 2006, später schrumpfte der Anteil dieser Altersklasse wieder geringfügig.

Abb. 3: Entwicklung des Alters bei Eintritt bei act-info registrierten KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis, nach Betriebsjahr (nur Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung)



Von 2007 bis 2012 gab zwischen einem Fünftel und einem Viertel der Hilfesuchenden mit Cannabis als Hauptproblem bei Behandlungsbeginn an, Voll- oder Teilzeit zu arbeiten, während dies 2006 noch bei 32.1% der Fall war (Abbildung 4). Parallel dazu ist der Anteil an Personen, welche angaben, zum Zeitpunkt des Behandlungseintritts in Ausbildung zu stehen, im Zeitraum von 2006 bis 2012 über 10 Prozentpunkte angestiegen (2012: 49.7%). Der Anteil an nicht Erwerbstätigen nahm über die Zeitspanne um 3.8 Prozentpunkte ab.

Abb. 4: Entwicklung des Erwerbsstatus bei Eintritt bei act-info registrierten KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis, nach Betriebsjahr (nur Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung)

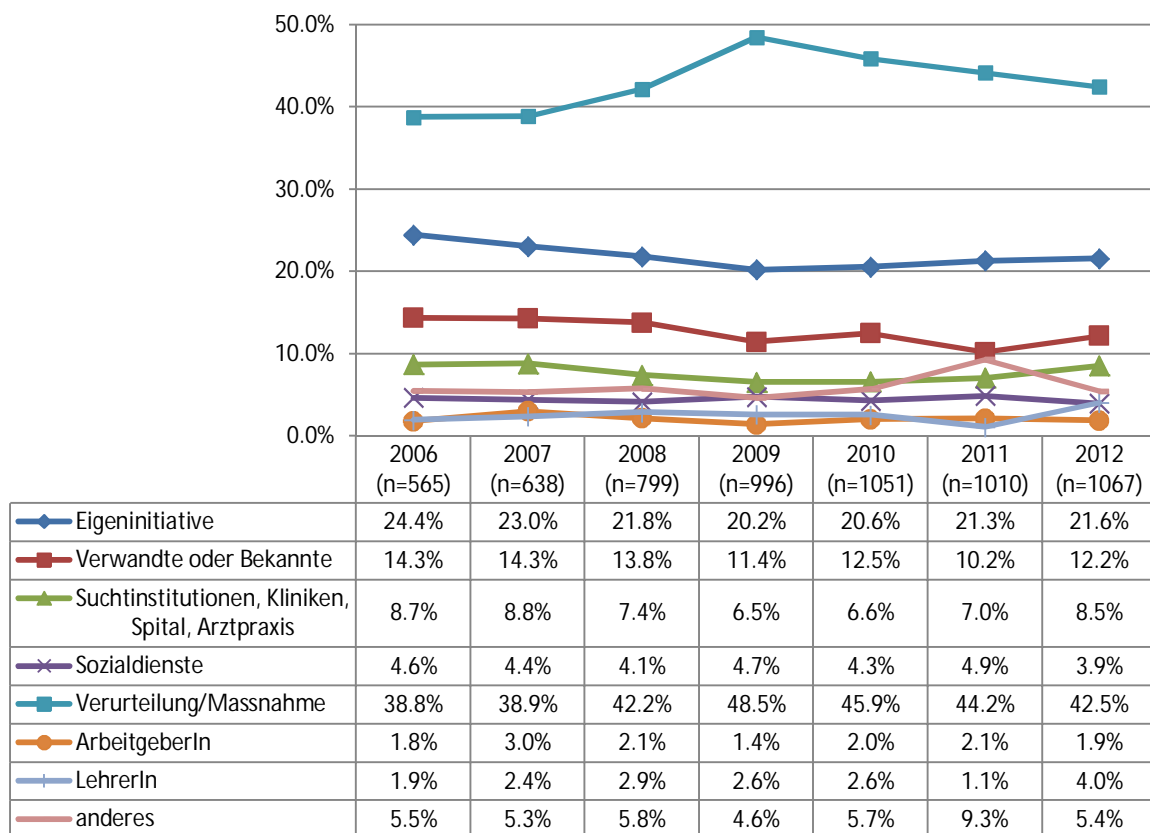


Mehrheitlich keine abgeschlossene Ausbildung oder nur obligatorische Schule. Der Anteil an KlientInnen, welche bei Behandlungsbeginn ausser der obligatorischen Schule (noch) keine weitere Ausbildung abgeschlossen haben, liegt über die Jahre hinweg bei ungefähr 50% [Min (2010) = 48.6% (n = 384); Max (2011) = 54.6% (n = 489)]. Der Anteil von Personen, welche zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns über keine abgeschlossene Ausbildung verfügen (auch keinen Abschluss der obligatorischen Schule), schwankt seit 2008 um 20% [Bsp. 2011: 19.8% (n = 177); 2012: 21.4% (n = 192)]. Diese Befunde stimmen mit der schiefen Altersverteilung der KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis überein. KlientInnen, welche nach der obligatorischen Schule eine weiterführende Schule oder höhere Ausbildung (z.B. Berufslehre, Maturität, Universität) besuchten, waren im Jahr 2012 [27.7% (n = 249)] seltener vertreten als 2006 [38.1% (n = 184)].

Mehrheitlich Erstbehandlung. Der Anteil an KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis, welche vor der aktuellen Behandlung eine andere Suchtbehandlung in Anspruch genommen hatten, bewegte sich im untersuchten Zeitraum zwischen 24.5% (2009; n = 225) und 27.4% (2006; n = 154).

Weniger Eigeninitiative. Im Jahr 2012 gaben leicht weniger Befragte als 2006 an, die Behandlung oder Beratung aus Eigeninitiative aufgesucht zu haben (2012: 21.6%, 2006: 24.4%; Abbildung 5). Hingegen stieg der Anteil registrierter Behandlungen oder Beratungen aufgrund von Verurteilungen und Massnahmen von 38.8% (2006) um fast 4 Prozentpunkte an (2012: 42.5%). Im Jahr 2009 erreichte dieser Anteil einen Höhepunkt von 48.5%. Die KlientInnen suchten zudem im Jahr 2012 häufiger als in allen Vorjahren auf Anregung einer Lehrperson hin ein Suchthilfeangebot auf (2012: 4.0%).

Abb. 5: Entwicklung der Angaben zur hauptsächlich zuweisenden Instanz oder Fachperson bei act-info registrierten KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis, nach Betriebsjahr (nur Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung)



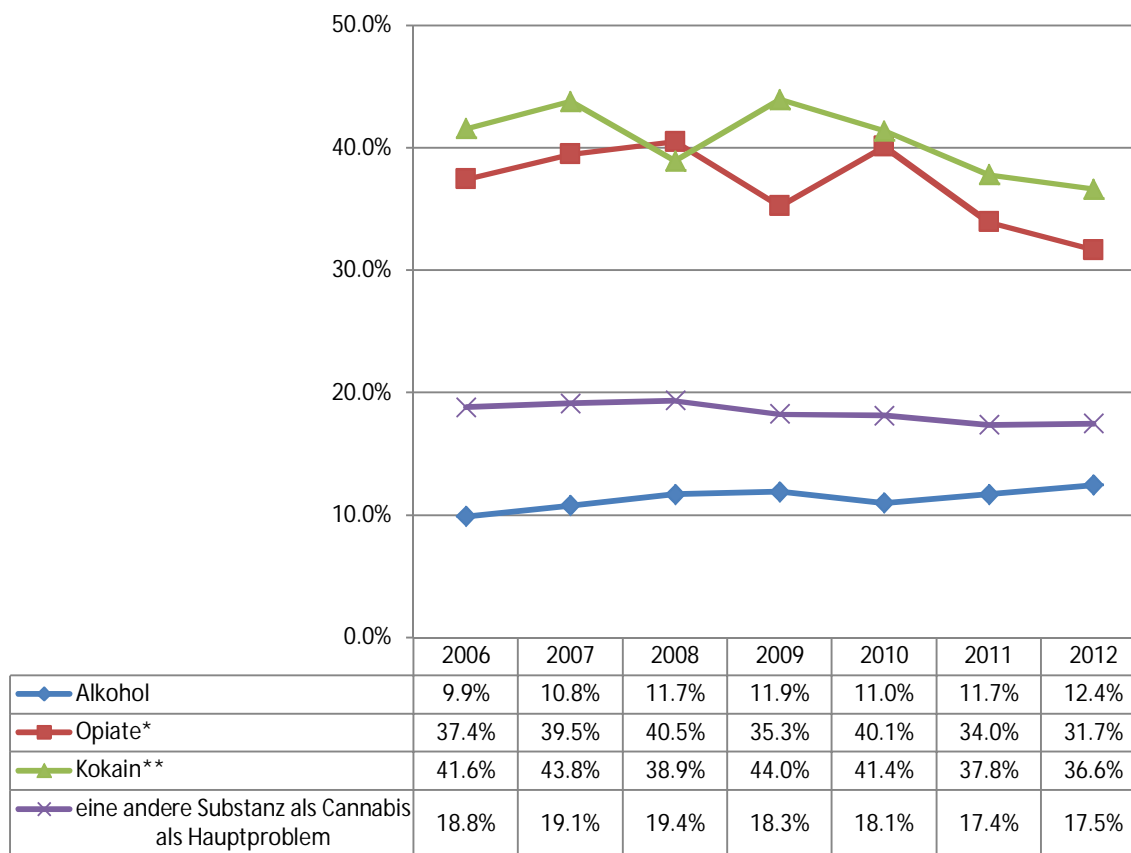
2.4 Cannabis als Nebenkonsumsubstanz

3. Wie hat sich die Prävalenz von Cannabis als zusätzliche Problemsubstanz bei KlientInnen mit einer anderen Hauptproblemsubstanz als Cannabis zwischen 2006 und 2012 entwickelt?

Abbildung 6 zeigt, dass sich der Anteil KlientInnen, bei welchen Cannabis nicht die Haupt-, sondern eine Nebenproblemsubstanz ist (violette Linie), über die Zeitspanne von 2006 bis 2012 kaum verändert hat. Der tiefste Anteil ist im Jahr 2011 (17.4%), der höchste im Jahr 2008 (19.4%) festzustellen.

Wird dieser KlientInnenanteil nach Hauptproblemsubstanz betrachtet, so wird ersichtlich, dass der Anteil KlientInnen mit Nebenproblemsubstanz „Cannabis“ über die Jahre hinweg ca. drei- bis viermal höher bei den KlientInnen mit Hauptproblem „Opiate“ bzw. „Kokain“ ausfällt als bei den KlientInnen mit Hauptproblem „Alkohol“. Bei dieser letztgenannten Gruppe nahm der Anteil von 9.9% (2006) auf 12.4% (2012) tendenziell zu, während er bei den KlientInnen mit Hauptproblem „Opiate“ bzw. „Kokain“ zwischen 31.7% (2012) und 40.5% (2008) bzw. zwischen 36.6% (2012) und 44.0% (2009) schwankte.

Abb. 6: Entwicklung des Anteils KlientInnen mit Nebenproblemsubstanz Cannabis, nach Hauptproblemsubstanz und nach Betriebsjahr (nur Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung)



Anmerkungen: *Opiate = Heroin, Methadon und andere Opiate (z.B. Morphin oder Codein) sowie Cocktails (Heroin und Kokain)

**Kokain = Kokain, Crack, Freebase

Alkohol: n min= 290 (2006), n max= 444 (2012)

Opiate: n min= 190 (2012), n max= 342 (2008)

Kokain: n min= 137 (2010, 2012), n max= 202 (2007)

Andere Hauptsubstanz: n min= 808 (2006), n max= 989 (2008)

3. Diskussion

Cannabis ist ein gesundheitspolitisch aktuelles Thema. Verschiedene Modelle zur Marktregulierung von Besitz und Konsum von Cannabis werden derzeit intensiv diskutiert. Cannabis wird mehrheitlich von Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumiert. Die gegenwärtige Datenlage zum Cannabiskonsum in der Schweizer Bevölkerung weist nicht darauf hin, dass die Prävalenz des aktuellen Cannabiskonsums längerfristig im Anstieg begriffen ist.

Die Analyse der Daten aus der nationalen *Behandlungsstatistik act-info* bringt interessante Ergebnisse zu Tage: Der Anteil KlientInnen, die sich wegen des Hauptproblems Cannabis in ambulante oder stationäre Suchthilfe begaben, nahm in den Jahren 2006-2012 um fast fünf Prozentpunkte auf 14.7% zu. Parallel dazu hat der Anteil Personen, die vor Behandlungsbeginn mehrmals täglich Cannabis konsumierten, abgenommen (- 9.4 Prozentpunkte). Somit sind sowohl der Anteil und auch die Anzahl KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis gestiegen, während der Cannabiskonsum dieser KlientInnen – zumindest im Hinblick auf die Konsumhäufigkeit – weniger gravierend erscheint. Dieser Befund könnte auf eine im Rahmen unseres Beobachtungszeitraums steigende Sensibilisierung für mögliche Risiken des Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung hinweisen, welche sich in einer immer früheren Inanspruchnahme von Beratung und Behandlung

äussert. Einer der Aspekte, die zu diesem möglichen Sensibilisierungsprozess haben beitragen können, ist zunächst die steigende Zahl an internationalen Publikationen, die auf eine höhere Gefährdung durch Cannabis aufgrund neuer Herstellungsverfahren und einem daraus resultierenden höheren THC-Gehalt in Cannabisprodukten hinweisen (EMCDDA, 2008, 2014). Des Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass die Problematik in Schulen zunehmend mit Hilfe von Best Practice Empfehlungen angegangen wurde (beispielweise anhand der Broschüre „Schule und Cannabis. Regeln, Massnahmen, Früherfassung. Leitfaden für Schulen und Lehrpersonen.“ aus dem Jahr 2004).⁶ Der 2012 doppelt so häufig wie in früheren Jahren genannte Verweisweg der Lehrperson scheint jedenfalls zu bestätigen, dass die Bestrebungen zur Früherkennung im schulischen Umfeld zunehmend umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang sei auch auf spezifische Angebote wie das seit 2006 bestehende Programm „Früherkennung + Frühintervention“ (F+F) des Bundesamts für Gesundheit verwiesen.

Die Analyse des KlientInnenprofils zeigt, dass die Klientel mit Hauptproblem Cannabis vorwiegend männlich ist. Diese Feststellung deckt sich mit zahlreichen Befunden zu behandelten Populationen sowie zur Allgemeinbevölkerung und hinsichtlich verschiedener Hauptproblemsubstanzen (www.suchtmmonitoring.ch). Zudem handelt es sich bei den KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis mehrheitlich um eine junge Klientel bis 19 Jahre. Dabei weisen unsere Ergebnisse auf eine leichte Zunahme der Inanspruchnahme von ambulanter und stationärer Suchthilfe durch jüngere Cannabis-KlientInnen hin, besonders zwischen 2006 und 2009. Dieser Befund deckt sich mit der gemäss der HBSC-Studie unter den 14- und 15-jährigen SchülerInnen festgestellten leichten Zunahme von Cannabiskonsum bei Jugendlichen im Zeitraum von 2006 bis 2010. Ferner könnten niederschwellige Hilfsangebote für Jugendliche z.B. in Form von online-Plattformen wie www.feel-ok.ch, www.tschau.ch und ciao.ch ebenfalls zu einem Anstieg der Behandlungsnachfrage beitragen. Gemäss unseren Befunden hat zudem der Anteil Behandlungen oder Beratungen aufgrund von Verurteilungen und Massnahmen zugenommen, was ebenfalls auf die jünger werdende Klientel mit Hauptproblem Cannabis zurückzuführen sein könnte. Es bleibt zu prüfen, ob und inwiefern Suchtbehandlungen aufgrund von Massnahmen bei sehr jungen KlientInnen wirksam sein können.

Der Anteil an Voll- oder Teilzeit arbeitenden KlientInnen hat über die Jahre abgenommen, während der Anteil an KlientInnen, welche bei Beratungs- oder Behandlungseintritt in Ausbildung standen, um über 10 Prozentpunkte zugenommen hat. Zudem hat die Hälfte der *act-info* KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis zwar die obligatorische Schule, jedoch keine weitere Ausbildung abgeschlossen; ein substantieller Anteil der Klientel (um 20%) hat die obligatorische Schule (noch) nicht abgeschlossen. Diese beiden Befunde stimmen mit der festgestellten Tendenz zu einer jüngeren Klientel in Beratung oder Behandlung überein. Die Jahre der (nach-)obligatorischen Schule stellen eine wesentliche Phase der Weichenstellung für das zukünftige Berufsleben Jugendlicher und junger Erwachsener dar. Regelmässiger Cannabiskonsum bedeutet ein potenzielles Risiko für diese entscheidende Entwicklungsphase (Hall, 2014) und auch für die längerfristige Zukunft der Betroffenen auf dem Arbeitsmarkt (Silins et al., 2014). Demnach scheint die Früherkennung von Cannabisproblemen gerade bei Jugendlichen vor Schulabschluss besonders wichtig zu sein.

Hinsichtlich des Anteils an KlientInnen mit Cannabis als Nebenproblemsubstanz ist über die Zeitspanne 2006-2012 keine eindeutige Tendenz festzustellen; ihr Anteil liegt bei rund 18%. Der Anteil an KlientInnen mit Cannabis als Nebenkonsumsubstanz war in der Klientengruppe mit Hauptproblem „Kokain“ bzw. „Opiate“ im Jahr 2012 ca. dreimal höher als in der Klientengruppe mit

⁶ www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/schule_cannabis.pdf, Stand 01.10.2014

Hauptproblem „Alkohol“. Der seltenere Beikonsum von Cannabis bei Personen mit Hauptproblem Alkohol ist möglicherweise durch unterschiedliche soziodemographische und Lebensstilmerkmale (Alter, Besuch der Partyszene, Zugang zum illegalen Substanzenmarkt) zu erklären: So sind Personen mit Hauptproblem Alkohol durchschnittlich älter als Personen mit Hauptproblem Opiate oder Kokain (Maffli, Delgrande Jordan, Schaaf, Dickson-Spillmann & Künzi, 2013). Eine Erklärung für die häufigere Kombination von Opiaten und Kokain u.a. mit Cannabis könnte in der Illegalität der Substanzen liegen. Für Personen mit Hauptproblem Alkohol liegt die Schwelle zum Gebrauch einer illegalen Substanz wie Cannabis möglicherweise höher als für Personen, die bereits eine illegale Substanz konsumieren und zudem oft auch ein polytoxikomanes Konsummuster aufweisen. Für Kokain- und OpiatklientInnen, die bereits Zugang zum illegalen Substanzenmarkt haben, ist es einfach, sich zusätzliche Substanzen zu beschaffen. Da unsere Daten keinen Aufschluss über die konkreten Konsummuster bei *allen* psychotropen Substanzen geben, können wir keine Aussage darüber machen, ob die KlientInnen mit Hauptproblem Kokain oder Opiate durch die Einnahme von Cannabis einen Interaktionseffekt anstreben oder ob die Einnahme der beiden Substanzen weitgehend unabhängig voneinander geschieht.

Limitationen. Eine Limitation unserer Studie ist, dass nicht alle in der Schweiz existierenden Institutionen ihre Daten den Teilstatistiken SAMBAD, act-info-Residalc und act-info-FOS zur Verfügung stellen. Daher sind unsere Ergebnisse möglicherweise nicht für alle KlientInnen in ambulanter Suchtbehandlung und stationärer Alkohol- und Drogentherapie repräsentativ.

4. Schlussfolgerungen

Unsere Resultate zeigen, dass über den Zeitraum 2006-2012 einerseits KlientInnen mit immer weniger intensivem Cannabiskonsum und andererseits etwas häufiger jüngere KlientInnen eine ambulante oder stationäre Behandlung aufsuchten. Gemäss dem oft jungen Alter der KlientInnen mit Hauptproblem Cannabis verfügen die behandelten Personen immer öfters über keinen oder lediglich den obligatorischen Schulabschluss und werden öfter durch Lehrpersonen in die Behandlung geschickt. Diese Resultate weisen auf eine mögliche zunehmende allgemeine Sensibilisierung für das Thema „Cannabis“ hin. Zudem lassen sie vermuten, dass die Früherkennung von Cannabisproblemen besonders im schulischen Umfeld immer effektiver umgesetzt wird.

Eine zukünftige wichtige Aufgabe wird es sein, die aktuell bestehende Sensibilisierung gegenüber Cannabiskonsum und dessen Risiken bei Jugendlichen aufrecht zu erhalten. In den letzten Jahren sind vielversprechende Projekte entstanden, welche mittels modernen sms- oder internet-basierten Angeboten und Interventionen Zugang zur Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen finden. Neben Prävention und Cannabis-Selbsttests zur Einschätzung des eigenen Konsumverhaltens teilweise in drei Landessprachen (z.B. feel-ok.ch, checken.ch, coraggio.ch, ciao.ch, tschau.ch, stop-cannabis.ch) gibt es auch eine Reihe von webbasierten Beratungsangeboten für Cannabiskonsumierende wie z.B. safezone.ch (Online-Beratung zu Suchtfragen) oder die anonyme Plattform für den Kurs CANreduce für Personen mit problematischem Cannabiskonsum, die ihren Konsum reduzieren möchten (Schaub et al., 2013). Gerade bei Jugendlichen sind Prävention und Intervention mittels digitalen Medien vielversprechend. Diese Plattformen stellen eine Ergänzung zum bestehenden ambulanten Beratungsangebot dar, da diese niederschweligen Hilfestellungen – im Vergleich zu einer persönlichen Kontaktaufnahme mit einer Fachstelle – anonym und ohne Einbindung beansprucht werden können. Email-Beratung wird zudem bereits heute von vielen ambulanten Suchthilfestellen angeboten. Es bleibt abzuwarten, inwiefern die niederschwellige anonyme webbasierte Beratung von CannabiskonsumentInnen möglicherweise zur

Inanspruchnahme von weiterführender ambulanter Therapie führt und ob die online-Beratungen durch PsychotherapeutInnen Eingang in die gesamtschweizerische Behandlungsstatistik *act-info* finden (solle).

5. Literatur

Adamson, S., & Sellman, J. D. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*.

EMCDDA. (2008). *A cannabis reader: global issues and local experiences. Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EMCDDA. (2014). *Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. doi:10.2810/3103

Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, C. (2014). *Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2013*. Lausanne: Sucht Schweiz.

Hall, W. (2014). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*. doi:10.1111/add.12703

Maffli, E., Delgrande Jordan, M., Schaaf, S., Dickson-Spillmann, M., & Künzi, U. (2013). *act-info Jahresbericht. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz Ergebnisse des Monitoringsystems*. Bern.

Marmet, S., Notari, L., & Gmel, G. (2013). *Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabisgebrauch in der Schweiz im Jahr 2012*. Lausanne: Sucht Schweiz.

NAS-CPA. (2014). *Marktregulierung in der Drogenpolitik. Grundposition der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik NAS-CPA*. Retrieved from www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/grundpositionen/NAS_Grundlagenpapier_ueberarbeitet.pdf

Notari, L., Le Mével, L., Delgrande Jordan, M., & Maffli, E. (2014). *Zusammenfassende Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 2012, 2007, 2002, 1997 und 1992 hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen (Forschungsbericht Nr. 70)*: Sucht Schweiz.

Schaub, M. P., Haug, S., Wenger, A., Berg, O., Sullivan, R., Beck, T., & Stark, L. (2013). Can reduce--the effects of chat-counseling and web-based self-help, web-based self-help alone and a waiting list control program on cannabis use in problematic cannabis users: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 305. doi:10.1186/1471-244X-13-305

Silins, E., Horwood, L. J., Patton, G. C., Fergusson, D. M., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., ... Mattick, R. P. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(4), 286–293. doi:10.1016/S2215-0366(14)70307-4

Zobel, F., & Marthaler, M. (2014). *Von den Rocky Mountains bis zu den Alpen: Regulierung des Cannabismarktes – neue Entwicklungen*. Lausanne. Retrieved from www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Bericht_RegulierungCannabis_Sucht_Schweiz_2014.pdf