



DOKUMENTATION DER 32. NIEDERSÄCHSISCHEN SUCHTKONFERENZ 11|2022

CANNABIS LEGALISIEREN

Und dann?

Berichte zur Suchtkrankenhilfe



Niedersachsen. Klar.

CANNABIS LEGALISIEREN

Und dann?

In eigener Sache

Auch wenn die Suchtkonferenz nun schon einige Zeit zurück liegt, ist das Thema Cannabislegalisierung ist aktueller denn je. Im April wurde vom Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach ein Zwei-Säulen-Modell zum zukünftigen Umgang mit Cannabis vorgeschlagen. Zurzeit erarbeitet das Bundesministerium für Gesundheit einen Gesetzesentwurf zur Umsetzung dieser Pläne.

Diese Dokumentation bietet Interessierten hierzu einen weiterhin aktuellen Überblick über den Cannabisgebrauch in Deutschland sowie bestehende internationale Regelungsmodelle und zeigt zudem Lösungsansätze für die Bereiche Prävention und Frühintervention auf.

Impressum

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.
Schillerstraße 32
30159 Hannover

Redaktion:
Thomas Altgeld
Martin Schumacher

Layoutkonzept und Gestaltung:
hgb – Homann Güner Blum,
Visuelle Kommunikation,
Hannover

Erschienen im August 2023

Druck:
Unidruck, Hannover

VORWORT

BÄRBEL LÖRCHER-STRASSBURG Sucht- und Drogenbeauftragte des Landes Niedersachsen	Cannabis legalisieren. Und dann?	6
--	---	---

VORTRÄGE

PROF. DR. DERIK HERMANN	Cannabisgebrauch in Deutschland aus klinischer und epidemiologischer Sicht	8
PROF. DR. STEPHAN MÜHLIG	Modelle des Umgangs mit Cannabis im internationalen Vergleich	14
RICARDA HENZE	Cannabisprävention heute – bestehende Programme und Ansätze ... und was brauchen wir zukünftig?	22
ANDREAS GANTNER	Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz (FriDA)	28
DR. SÖREN KUITUNEN-PAUL PAULA KUTZNER PD DR. YULIA GOLUB	DELTA – Dresdner Multimodale Therapie für Jugendliche mit chronischem Suchtmittelkonsum	33

ANHANG

Themen bisheriger Suchtdokumentationen Verzeichnis der Referent*innen	41
--	----

Cannabis legalisieren Und dann?

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich möchte Sie heute früh sehr herzlich zu unserer 32. Niedersächsischen Suchtkonferenz begrüßen und Ihnen herzliche Grüße von unserer Ministerin Frau Daniela Behrens* überbringen.

Als wir im letzten Jahr überlegt haben, welche Themen für die Suchtkonferenzen 2022 anstehen, hatten wir die Themenschwerpunkte

- » Substitutionsversorgung und
- » Cannabis-Legalisierung.

Zur Substitutionsversorgung haben wir eine Suchtkonferenz an einem der heißesten Tage des Jahres am 20. Juli durchgeführt – in meinem Büro waren 38 Grad.

Heute ist die Temperatur etwas niedriger, aber das Thema ist heiß.

Genau vor einer Woche hat Herr Gesundheitsminister Lauterbach die vom Bundeskabinett beschlossenen Eckpunkte zur „kontrollierten Abgabe von Cannabis zu Genusszwecken für Erwachsene“ vorgestellt. Dieses Eckpunktepapier wurde auf der Basis einer Vielzahl von Anhörungen, Stellungnahmen und Diskussionsformaten erarbeitet. Ich werde jetzt nicht näher darauf eingehen, sondern freue mich auf

den Beitrag von Frau Dr. Kappert-Gonther, die sicherlich näher darauf eingehen wird. Auch wir Länder haben als AG Sucht der Obersten Gesundheitsbehörden ein Positionspapier verfasst.

Aus unserer Sicht geht es in erster Linie darum, sofort und nachhaltig damit zu beginnen, den Jugend- und Gesundheitsschutz zu konkretisieren und zu verstärken und vor allem zu bezahlen!

Gezielte Informations- und Präventionskampagnen dürfen nicht erst starten, wenn das Gesetz in Kraft tritt.

Wir brauchen eine Cannabisinformations- und präventionsstrategie, die

- » systematisch ist
 - » zielgruppenorientiert
- und die niedrigschwellige, kostenlose Beratungs- und Interventionsangebote damit verknüpft.

Wir schlagen als Länder vor, dass ein Expertengremium eingesetzt wird, dass diese Strategie entwickelt und vor allem mit den Präventionsakteuren vor Ort abstimmt und die regionalen Angebote anschlussfähig

macht. Zudem schlagen wir eine Finanzierung durch den Bund vor. Zur Refinanzierung gibt es nach dem Inkrafttreten des Gesetzes bereits Rechenmodelle, die von hohen Steuer- und Lizenzeinnahmen ausgehen, von denen ein Teil verbindlich für die Prävention zur Verfügung gestellt werden sollte.

Zudem ist nach Auffassung der Sucht- und Drogenfachleute der Länder die Informations- und Kommunikationsstrategie der entscheidende Punkt, um erfolgreich präventiv zu wirken.

Das Probieren von und Experimentieren mit Cannabis ist in erster Linie ein Jugendphänomen.

Die Hauptgruppe der Nutzenden sind die 18–25 Jährigen (12-Monatsprävalenz 24,3%) und die 12–17 Jährigen jungen Menschen (12-Monatsprävalenz 7,6%).

Insbesondere Teenager haben ein erhöhtes Risiko für Schädigungen. Cannabiskonsum kann für diese Altersgruppe erhebliche negative Auswirkungen (Hirnreifung) sowohl auf die physische als auch psychische Entwicklung haben.

* Ministerin bis Januar 2023

Daher sind sowohl Informations- als auch Präventionsbotschaften schon vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zu stärken und durch den Bund zu finanzieren.

Wir haben folglich die nicht ganz einfache Aufgabe, der Hauptkonsumentengruppe, also jungen Leuten klarzumachen, dass der Konsum für sie besonders schädlich ist und Cannabis nicht frei gegeben wird, weil die Substanz harmlos ist, sondern weil das Verbot zu viele negative Konsequenzen hatte.

Vielleicht ergeben sich aus den Modellen, die andere Länder zum Umgang mit Cannabis entwickelt haben weitere Ideen und Anregungen. Diese wird Herr Prof. Mühlig uns in seinem Beitrag vorstellen. Danach erläutert uns Frau Henze die schon bestehenden Ansätze der Cannabisprävention. Die Liste der bestehenden Cannabispräventionsprogramme, die wir als AG Sucht der Länder zusammengestellt haben, ist eindrucksvoll und zeigt, dass es sehr gute und wirksame Programme und Ansätze gibt.

Der Wermutstropfen ist die nachhaltige Umsetzung dieser Programme in die Praxis aufgrund fehlender Ressourcen.

Ich habe es eingangs schon erwähnt: Gute Prävention braucht Menschen, die Zeit und Ressourcen haben, sich um die Themen zu kümmern und insbesondere Zielgruppen anzusprechen, die schwerer erreichbar sind ... Und diese müssen finanziert werden.

Immerhin ist Cannabis nach Alkohol die Substanz, die den häufigsten Grund für eine Suchtbehandlung in Deutschland darstellt.

In der Cannabisprävention brauchen wir unterschiedliche, vernetzte Zugangswege insbesondere zu gefährdeten Zielgruppen, wie zum Beispiel junge Menschen, die wenig psychosoziale Ressourcen haben und sozial nicht gut integriert sind. Diese Gruppen erfordern eine gute Vernetzung vor Ort, persönliche Kontakte und Fachkräfte, die sich auch um die Familien kümmern.

Im aktuellen Suchtpräventionskonzept des Landes haben wir uns intensiv damit auseinandergesetzt, wie Prävention vor Ort verstärkt werden kann und wie es gelingen kann, Menschen gut zu erreichen.

Wir haben die Suchtprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe beschrieben, an der viele Akteure mitwirken. Ob die Cannabisprävention gestärkt werden kann und es uns gelingen wird, den Jugendschutz im Kontext der Freigabe zu verbessern, hängt meines Erachtens erheblich davon ab, wie die Kommunikationsstrategie erfolgt und ob es uns gelingt, gut erreichbare Hilfe- und Interventionsangebote auch für Angehörige auszubauen.

Nun freue ich mich sehr auf die Beiträge unserer Referentinnen und Referenten im ersten Teil der Veranstaltung.

Nach der Mittagspause bin ich schon gespannt auf Ihre Diskussionsbeiträge, ihre Anregungen und ihre Meinung zum heutigen Thema.

Am Nachmittag haben wir vier spannende Workshops für Sie vorbereitet und freuen uns auf unsere Referentinnen und Referenten, die konkrete Präventions- und Interventionsansätze vorstellen.

Nun wünsche ich Ihnen eine anregende, spannende Veranstaltung!

Bärbel Lörcher-Straßburg,
Sucht- und Drogenbeauftragte des
Landes Niedersachsen

Cannabisgebrauch in Deutschland

aus klinischer und epidemiologischer Sicht

Nachdem die Bundesregierung eine Legalisierung von Cannabis mit einem staatlich regulierten und kontrollierten Verkauf anstrebt, stellt sich die wichtige Frage, wie diese Legalisierung konkret ausgestaltet werden soll. Bedeutet das eine Freigabe von Cannabis für jeden? Nein, völlig klar ist, dass Kinder kein Cannabis konsumieren sollen. Auch für Schwangere oder Patienten mit Psychosen sollte Cannabis tabu sein. Fehler im Umgang mit Suchtstoffen in der Vergangenheit sollen nicht wiederholt werden, z.B. die ständige Verfügbarkeit von Tabak durch Zigarettenautomaten.

Gesundheitlichen Risiken von Cannabis

Was sind die gesundheitlichen Risiken von Cannabis? In der CaPRis-Studie (Cannabis: Potential und Risiko: eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme) wurden im Jahr 2018 aktuelle Studien zu Cannabis mit hoher wissenschaftlicher Evidenz, die meist aus Metaanalysen stammten, zusammengefasst.

Als körperliche Folgen des Cannabiskonsums wurden Erkrankungen der Atemwege wie Husten, keuchen der Atem, Sputumproduktion und Engegefühl in der Brust identifiziert, wenn Cannabis geraucht wurde. Des Weiteren ist Cannabiskonsum

mit einem erhöhten Hodenkrebsrisiko verbunden. Es wurden einzelne Hinweise, aber keine ausreichende Evidenz für kardiovaskuläre Effekte und andere Krebserkrankungen durch Cannabiskonsum gefunden. Der Konsum von Cannabis birgt also deutlich weniger gesundheitliche Risiken im Vergleich zum Alkohol. Durch Alkohol sterben etwa 74.000 Personen pro Jahr (DHS), durch Cannabis gibt es keine Todesfälle. Die lange Liste von Krankheiten die durch Alkohol ausgelöst werden beinhaltet u.a. Herzerkrankungen, Herzrhythmusstörung, Leberzirrhose, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Diabetes mellitus, Gastritis, gastrointestinale Blutungen, Knochenmarksdepression, Psoriasis, Karzinome, Suizide, Polyneuropathie, Abhängigkeit und Unfälle. Hierdurch entstanden in Jahr 2019 etwa 272.000 Krankenhausbehandlungen durch Alkohol in Relation zu ca. 20.000 Krankenhausbehandlungen wegen Cannabis. Das Risiko für Autounfälle steigt durch Alkoholkonsum um den Faktor 6 bis 10 und durch Cannabiskonsum um den Faktor 2.

Bezüglich psychischer Erkrankungen zeigt die CaPRis-Studie, dass die Häufigkeit psychotischer Störungen um den Faktor 1,4 bis 2,0 steigt, bei hohem Cannabiskonsum sogar um den Faktor 2,0 bis 3,4. Die psychotische Ersterkrankung tritt etwa 2,7

Jahre früher auf, als bei Personen, die kein Cannabis konsumieren. Wenn Cannabis konsumiert wird, nimmt die Psychose einen ungünstigeren Verlauf, mit einer erhöhten Rückfallquote in psychotisches Erleben, einer längeren Krankenhaus Verweildauer und einer stärkeren Ausprägung der Positivsymptomatik wie Halluzinationen und Wahn.

Die Entwicklung einer Abhängigkeit von Cannabis betrifft etwa 9% der Konsumenten, im Vergleich dazu sind etwa 32% der Nikotinkonsumenten abhängig, 23% der Heroinkonsumenten, 17% der Konsumenten von Kokain, 15% der Konsumenten von Alkohol und 11% bei Stimulanzien Konsum. Die Prävalenz der Cannabis-Abhängigkeit in Deutschland beträgt etwa 0,6% der 18 bis 64-Jährigen (epidemiologischer Suchtsurvey 2018, Atzendorf et al. 2019). Wird bereits im Alter von 11 bis 17 Jahren begonnen, Cannabis zu konsumieren, steigt das Abhängigkeitsrisiko um das 12- bis 18-fache (Silins et al. 2014). Anders als andere Drogen ist Cannabis nicht mit einer erhöhten Mortalität durch akute Intoxikationen verbunden. Speziell für die Behandlung der Cannabis-Abhängigkeit wurden mehrere wissenschaftlich evaluierte Therapieansätze in Deutschland etabliert, z.B. CANDIS (Hoch et al. 2014), Quit the shit und mehrdimensionale Familien-

therapie (MDFT). Die Gründe für die Entwicklung einer Cannabis-Abhängigkeit sind selten rein hedonistischen Ursprungs, sondern stellen oft einen Selbstbehandlungsversuch bei psychischen Problemen, Depression und Ängsten dar. In einer eigenen Studie (Gerhardt et al. 2022) wurde anhand des Childhood Trauma Questionnaire untersucht, wie häufig Suchtpatienten (n = 655) einen moderaten oder starken Kindesmissbrauch als Kind erlebt hatten. Im Vergleich zu einer Bevölkerungsstichprobe ohne Suchterkrankungen war die Rate für emotionalen, körperlichen und sexuellen Missbrauch und Vernachlässigung bei Suchtpatienten zweieinhalb bis fünf Mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Die Cannabiskonsumanten wiesen den höchsten Anteil von erlebtem Kindesmissbrauch auf. Dies kann dazu beitragen, dass Angsterkrankungen bei Cannabiskonsumanten um 30 bis 70% häufiger vorkommen, bei frühem Konsumbeginn sogar 3,2-fach häufiger, und dass Cannabiskonsum mit einem um 30 bis 60% erhöhten Risiko für die Entwicklung von Depressionen assoziiert ist. Das Risiko für Suizidgedanken ist geringfügig erhöht, dies konnte aber nicht in allen Einzelstudien nachgewiesen werden.

Wird mit dem Cannabiskonsum bereits vor dem 15. Lebensjahr begonnen, zeigt sich im späteren Leben ein geringer Bildungserfolg. Die CaPRis-Studie kam zu dem Schluss, dass „bezüglich Cannabisassoziierter Auffälligkeiten im Sozialverhalten, der Straffälligkeit sowie der familiären, beruflichen und wirtschaftlichen Entwicklung zu wenige und inkonsistente empirische Daten vorliegen“ – das

heißt, dass es fraglich ist, ob in diesen Bereichen Defizite durch Cannabis entstehen.

Akut konsumierte Cannabinoide führen zu vielfältigen kognitiven Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeit und Psychomotorik. Nach einer Abstinenzzeit von mindestens einem Monat bilden sich aber die meisten Defizite zurück. Weiter bestehende Defizite fanden sich vor allem bei Personen, die bereits als Jugendliche mit Cannabis begonnen hatten. In Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei langjährigen Cannabiskonsumanten zeigten sich leichte Veränderungen der Gehirnregionen Hippocampus und Amygdala, aber keine anderen schwerwiegenden Veränderungen des Gehirns.

Beides, Cannabis und prekäre soziale Lebensumstände, erhöhen das Risiko für Psychosen

Bei der Bewertung der genannten Studien muss beachtet werden, dass es gemeinsame psychosoziale Risikofaktoren für Psychosen und für Cannabiskonsum gibt. Psychosen treten bei prekären Lebensverhältnissen häufiger auf, und auch Cannabis wird häufiger und in höherer Dosis konsumiert. Risikofaktoren durch prekäre Lebensverhältnisse sind niedrige Bildung, niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit, fehlende Ausbildung, hoher Mediengebrauch, wenig Sport, körperliche und psychische Erkrankungen, Gewalterfahrungen, psychische Traumata in der Kindheit, Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen. Bei dieser Konstellation besteht ein

höheres Risiko, Cannabis zu konsumieren, aber unabhängig davon auch ein höheres Risiko für die Entwicklung von Psychosen. Daher hat das Thema Cannabis eine hohe Anfälligkeit für politisch intendierte Verzerrungen. Von der konservativen Seite wird die Ursache für Psychosen bei Cannabiskonsumanten im Cannabiskonsum gesehen und prekäre Lebensumstände weniger stark gewertet, während liberal eingestellte Personen die Ursache für Psychosen eher in den prekären sozialen Verhältnissen sehen und zweifeln, ob Cannabis ebenfalls zur Psychose-Entwicklung beiträgt. Die Wissenschaft ist diesem Problem nachgegangen, indem z.B. in einem systematischen Review 60 potentielle soziale Einflussfaktoren kontrolliert wurden (Moore et al. 2007). Als Ergebnis wurde ein niedrigerer Zusammenhang von Cannabis und Psychose von 41% (1,41-fach) erhöhtem Risiko berichtet, während Metaanalysen eine Risikoerhöhung von 1,4 bis 3,4 ergaben. Trotz Korrektur der psychosozialen Faktoren, blieb der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Entwicklung einer Psychose bestehen, auch wenn er weniger stark ausgeprägt ist, als ohne Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren.

Genetische Prädisposition für die Auslösung von Psychosen durch Cannabiskonsum wurde bestätigt

Aktuelle Studien haben die Hypothese bestätigt, dass Cannabiskonsum vor allem bei einer genetischen Prädisposition zu Psychosen führt. Eine spezielle Genvariante im AKT-1-Gen ist mit einem siebenfach erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Psychose assoziiert, wenn täglich Cannabis konsumiert wird (van Winkel et al. 2011, Di Forti et al. 2012).

In Analysen zur genetischen Ursache von Schizophrenie wurden 110 Genvarianten in einem polygenen Risikoscore für Schizophrenie zusammengefasst. Personen mit einem hohen polygenen Risikoscore für Schizophrenie konsumierten häufiger und mehr Cannabis, als bei einem niedrigen polygenen Risikoscore für Schizophrenie. Das bedeutet, dass nicht nur der Zusammenhang gilt, dass Cannabiskonsum zu einer Psychose führen kann sondern auch, dass ein erhöhtes genetisches Psychose-Risiko zu einem erhöhten Cannabiskonsum führen kann (Power et al. 2014, Verweil et al. 2017). Da bereits aktuell Cannabis in Deutschland fast überall leicht verfügbar ist, kann man davon ausgehen, dass die meisten Personen mit einer genetischen Prädisposition für Psychosen bereits jetzt Cannabis konsumieren. Daher ist zu erwarten, dass die Psychose-Rate unter Neukonsumenten, z.B. nach einer Cannabis-Legalisierung, wahrscheinlich geringer ist, als bei den bisherigen Konsumenten.

Schlussfolgerung zu den gesundheitlichen Folgen von Cannabis

Die wichtigste Schlussfolgerung zu den gesundheitlichen Folgen von Cannabis ist, dass Cannabiskonsum nicht harmlos ist. Es gibt keinen Cannabiskonsum ohne Risiken. Der einzig sichere Weg, Risiken komplett zu vermeiden, ist kein Cannabis zu konsumieren. Aufgrund der gesundheitlichen Folgen von Cannabis ist das Ziel, den Cannabiskonsum so gering wie möglich zu halten. Ein zweites Ziel ist, dass wenn doch Cannabis konsumiert wird, der Konsum möglichst wenig gesundheitsschädlich gestaltet werden soll. Hier stellt sich die Frage, ob diese Ziele besser durch ein Verbot oder durch einen legalen, aber kontrollierten Zugang zu Cannabis erreicht werden. Auch wenn der erste Gedanke sein mag, dass ein Verbot den Konsum am stärksten einschränkt, weisen die Daten in eine andere Richtung.

Epidemiologie des Cannabiskonsums in Deutschland

In Deutschland hat die cannabisbezogene Rauschgiftkriminalität seit 2012 um etwa 50% zugenommen 2012 gab es etwa 150.000 Strafanzeigen wegen Cannabis, die bis 2019 auf 225.000 anstiegen. 90% der Cannabis-Delikte werden von männlichen Personen begangen, 16% im Alter zwischen 14 und 18, 21% zwischen 18 und 21 und 20% zwischen 21 und 25 Jahren. Mehr als 50% der

Anzeigen erfolgen also gegen unter 25-jährige. Ca 80% der Cannabisdelikte sind konsumnahe Delikte und 16% Handel mit Cannabis. Die Verwaltung dieser Anzeigen bindet einen großen Anteil der Arbeit von Polizei, Gerichten und Justizvollzugsanstalten.

Bei einem so deutlichen Anstieg der Strafverfolgung ist zu erwarten, dass der Konsum von Cannabis deutlich zurückgeht, falls die Annahme zutrifft, dass eine erhöhte Strafe auch eine abschreckende Wirkung entfaltet. In der Realität ist aber der Cannabiskonsum bei Männern von 2012 bis 2018 von 6,7 % auf 10,7% (12-Monats-Prävalenz) angestiegen, bei Frauen von 3,4% auf 6,8%. Ist es nur in Deutschland so, dass eine verschärfte Strafverfolgung bezüglich Cannabis, den Konsum nicht reduziert? Nein, verschiedene Daten aus der EMCDDA zeigen auch für andere Länder wie Italien, UK, Dänemark, Griechenland und Portugal, dass trotz einer Verschärfung der Strafverfolgung der Cannabiskonsum nicht zurückging, bzw. bei einer Verminderung der Strafverfolgung nicht anstieg. Daten aus dem Eurobarometer 2014 zeigen, dass mehr als 50% der 15 bis 24-Jährigen die Verfügbarkeit von Cannabis als leicht oder sehr leicht einschätzen, während dies nur 10% für Heroin angeben. Auch in dem Ziel, die Verfügbarkeit von Cannabis zu reduzieren, hat das Verbot von Cannabis seinen Zweck verfehlt.

Argumente für einen kontrollierten legalen Verkauf kleiner Mengen Cannabis in Deutschland

Das Verbot von Cannabis verschärft zusätzlich die gesundheitlichen Risiken durch Cannabiskonsum. Der Anteil des berauschenden THCs in Cannabis-Produkten stieg durch eine gezielte Züchtung in den letzten 30 Jahren kontinuierlich an. Gleichzeitig wurde Cannabidiol (CBD) herausgezüchtet, das die Wirkung von THC blockiert, gegen Angsterkrankungen hilft, beruhigend wirkt und gegen Psychosen eingesetzt wird. Dadurch erhöht sich das gesundheitliche Risiko von Cannabis ähnlich wie im Vergleich von Bier zu Wodka. Das Aufkommen von Spice-Produkten mit synthetischen Cannabinoiden kann als direkte Folge des Verbots von Cannabis angesehen werden. Synthetische Cannabinoide, deren Konzentration in den Spice-Produkten nicht bekannt ist, führen zu deutlich stärkeren gesundheitlichen Problemen (Psychosen, epileptische Anfälle, Hyperthermie, etc., auch Todesfälle). Des Weiteren werden teilweise gesundheitsschädliche Substanzen wie Blei oder Haarspray eingesetzt, um auf dem Schwarzmarkt durch höheres Gewicht höhere Erlöse zu erzielen. Schimmelbefall, Pestizide und Düngemittelrückstände im Schwarzmarkt-Cannabis werden nicht kontrolliert.

Jugendliche sind durch Cannabiskonsum besonders gefährdet

Jugendliche sind durch Cannabiskonsum besonders gefährdet, weil der Umbau des Gehirns während der Pubertät durch körpereigene Cannabinoide (Endocannabinoide) gesteuert wird. Wenn in dieser Phase Cannabis konsumiert wird, wird dieser fein gesteuerte Umbauprozess gestört. Neurone werden dann nicht an der richtigen Stelle im Netzwerk eingebaut und falsch vernetzt. Diese Veränderungen können teilweise nicht mehr rückgängig gemacht werden und verursachen eine dauerhafte Beeinträchtigung der kognitiven Leistung.

Erfahrungen aus den USA zeigen aber, dass eine Cannabis-Legalisierung nicht mit einem Anstieg des Cannabiskonsums von unter 18-Jährigen verbunden ist. Bei Highschool-Schülern der 9. bis 12. Klasse zeigte sich entweder ein leichter Rückgang der Cannabiskonsumten (jeglicher Cannabiskonsum im letzten Jahr; Anderson et al. 2019), eine leichte Erhöhung um 2 Prozentpunkte in der 8. Klasse bzw. um 4 Prozentpunkte in der 10. Klasse (Cerde et al. 2017) oder ein leichter Rückgang im Bundesstaat Washington bei Schülern der 8. und 10. Klasse (Dilley et al. 2019). Besonders wichtig ist dabei, dass ein von Legalisierungsgegnern befürchteter massiver Anstieg des Cannabiskonsums ganz klar ausgeblieben ist. Nach der Cannabis-Legalisierung in Kanada erhöhte sich das Alter des Erstkonsums von Cannabis von 18,9 Jahre im Jahr 2018 auf 20,4 Jahre

im Jahr 2021. In Kanada hat sich der Cannabiskonsum von Schülern der 7. bis 12. Klasse nach der Legalisierung nicht erhöht.

Die größte Gruppe mit Anstieg des Cannabiskonsums waren Männer zwischen 45 und 64 Jahren, die keiner gesundheitlichen Risikogruppe angehören. Eine Umfrage der Wochenzeitschrift die Zeit vom 30.12.2021 ergab, dass 69% der Deutschen selbst dann keinen Joint probieren wollen, wenn Cannabis legalisiert wird. Nur 22% möchten nach einer Legalisierung Cannabis ausprobieren. Das bestätigt, dass nicht mit einer massiven Ausweitung des Konsums zu rechnen ist.

Durch Informationskampagnen und verstärkte Präventionsbemühungen können langfristige Einstellungen und die Risikobewertung von Cannabis verbessert werden

Bei der Cannabis-Legalisierung in Kanada wurde großer Wert auf eine begleitende Informationskampagne und verstärkte Präventionsbemühungen gesetzt. Im Rahmen des Canadian Cannabis Survey wurde vor der Legalisierung und jährlich nach der Legalisierung die Einstellung zu Cannabis in der Bevölkerung erhoben. Drei Jahre nach der Legalisierung gaben 76% der Bevölkerung an, dass Cannabis schädlich ist. 65% stimmten zu, dass (fast) täglicher Konsum das Risiko für psychische Erkrankungen erhöht und 82% stimmten zu,

dass Teenager ein höheres Risiko für Schäden haben. Dieser hohen Werte zeigen, dass es gelungen ist, die Risiken von Cannabis auf breiter Bevölkerungsbasis bekannt zu machen und Cannabis nicht verharmlost wird.

Dass Cannabiskonsum die Verkehrstüchtigkeit einschränkt, gaben 2018 61% an und 2021 78%. Selbst unter Cannabis-Einfluss Auto gefahren waren 2018 27% und 2021 nur noch 16%. Als Beifahrer bei einem Fahrer mitzufahren, der Cannabis konsumiert hat, gaben 2018 13 % an und 2021 nur noch 7%. 87% der Befragten stimmten zu, dass Cannabis nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit konsumiert werden sollte, unter den Cannabiskonsumenten waren dies 83%. Weniger als 1% gaben an, mindestens einmal in der Woche Cannabis vor Arbeitsbeginn zu konsumieren, unter Schülern und Studenten waren dies 1,75%.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des Canadian Cannabis Survey eine deutliche und rasche Einstellungsänderung bezüglich Cannabis und ein besseres Faktenwissen. Dies unterstreicht, dass die Kommunikation entscheidend und wichtig ist für den Erfolg einer Cannabis-Legalisierung. Wir brauchen eine Informationskampagne, nur so können Einstellungen zu Cannabis dauerhaft verändert werden.

Zusammenfassung

Das Ziel muss sein, den Cannabiskonsum so gering wie möglich zu halten. Der Versuch, den Cannabiskonsum durch Verbote zu reduzieren, ist gescheitert. In Ländern, die den Cannabiskonsum legalisiert haben, kam es nicht zu dem befürchteten starken Anstieg des Cannabiskonsums. Cannabiskonsum ist schädlich für Jugendliche, deshalb muss dafür gesorgt werden, dass unter 18-Jährige möglichst wenig Cannabis konsumieren. Aktuell verkaufen Dealer völlig unkontrolliert Cannabis an Jugendliche. Zusammen mit der Einführung eines kontrollierten und legalen Verkaufs von Cannabis muss die Botschaft vermittelt werden, dass Cannabis bei Minderjährigen die Gehirnentwicklung beeinträchtigt und deshalb die Volljährigkeit als Altersgrenze eingeführt wird. Wichtig ist zu betonen, dass eine kontrollierte Legalisierung nicht Freigabe bedeutet, da der Besitz großer Mengen und der Handel weiter strafrechtlich sanktioniert werden. Für die Akzeptanz der Legalisierung sollte beachtet werden, dass die Mehrheit der Bevölkerung kein Cannabis konsumieren will und durch andere Cannabiskonsumenten nicht gestört werden möchte. Daher erscheint es berechtigt, den Konsum von Cannabis nicht überall, sondern nur an geeigneten Orten zu erlauben. Mit dem Ziel, den Cannabiskonsum möglichst gering zu halten ist Werbung für Cannabis nicht vereinbar. Daher sollte Werbung für Cannabis komplett verboten werden.

Literatur

- Anderson, D. M., Hansen, B., Rees, D. I. and Sabia, J. J. (2019), 'ASSOCIATION OF MARIJUANA LAWS WITH TEEN MARIJUANA USE: NEW ESTIMATES FROM THE YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEYS', *JAMA Pediatrics* 173(9), pp. 879–881.
- Atzendorf J, Rauschert C, Seitz NN, Lochbühler K, Kraus L, GEBRAUCH VON ALKOHOL, TABAK, ILLEGALEN DROGEN UND MEDIKAMENTEN. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 577–84
- Bundeskriminalamt: POLIZEILICHE KRIMINAL-STATISTIK, Jahrbuch 2019, Band 4
- CaPRis: CANNABIS. POTENZIAL UND RISIKEN. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/cannabis-potenzial-und-risiken-capris.html>
- Cerdá, M., Wall, M., Feng, T., Keyes, K. M., Sarvet, A., Schulenberg, J., O'Malley, P. M. et al. (2017), 'ASSOCIATION OF STATE RECREATIONAL MARIJUANA LAWS WITH ADOLESCENT MARIJUANA USE', *JAMA Pediatrics* 171, pp. 142–149.
- Di Forti M, Iyegbe C, Sallis H, Koliakou A, Falcone MA, Paparelli A, Sirianni M, La Cascia C, Stilo SA, Marques TR, Handley R, Mondelli V, Dazzan P, Pariante C, David AS, Morgan C, Powell J, Murray RM. CONFIRMATION THAT THE AKT1 (RS2494732) GENOTYPE INFLUENCES THE RISK OF PSYCHOSIS IN CANNABIS USERS. *Biol Psychiatry*. 2012 Nov 15;72(10):811–6.
- Dilley, J. A., Richardson, S. M., Kilmer, B., Pacula, R. L., Segawa, M. B. and Cerdá, M. (2019), 'PREVALENCE OF CANNABIS USE IN YOUTHS AFTER LEGALIZATION IN WASHINGTON STATE', *JAMA Pediatrics* 173, pp. 192–193.
- Eurobarometer. YOUNG PEOPLE AND DRUGS, August 2014. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2029>
- EPIDEMIOLOGISCHER SUCHTSURVEY, 2018 <https://www.esa-survey.de/>
- Gerhardt S, Eidenmueller K, Hoffmann S, Bekier NK, Bach P, Hermann D, Koopmann A, Sommer WH, Kiefer F, Vollstädt-Klein S. A HISTORY OF CHILDHOOD MALTREATMENT HAS SUBSTANCE- AND SEX-SPECIFIC EFFECTS ON CRAVING DURING TREATMENT FOR SUBSTANCE USE DISORDERS. *Front Psychiatry*. 2022 Apr 14;13:866019.
- Hoch E, Bühringer G, Pixa A, Dittmer K, Henker J, Seifert A, Wittchen HU. CANDIS TREATMENT PROGRAM FOR CANNABIS USE DISORDERS: FINDINGS FROM A RANDOMIZED MULTI-SITE TRANSLATIONAL TRIAL. *Drug Alcohol Depend*. 2014 Jan 1;134:185–193.
- Power RA, Verweij KJ, Zuhair M, Montgomery GW, Henders AK, Heath AC, Madden PA, Medland SE, Wray NR, Martin NG. GENETIC PREDISPOSITION TO SCHIZOPHRENIA ASSOCIATED WITH INCREASED USE OF CANNABIS. *Mol Psychiatry*. 2014 Nov;19(11):1201–4.
- Seitz, Nicki-Nils; Lochbühler, Kirsten; Atzendorf, Josefine; Rauschert, Christian; Tim; Pfeiffer-Gerschel; Kraus, Ludwig. TRENDS DES SUBSTANZKONSUMS UND SUBSTANZBEZOGENER STÖRUNGEN. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116(35-36): 585–91.
- Silins E, Horwood LJ, Patton GC, Fergusson DM, Olsson CA, Hutchinson DM, Spry E, Toumbourou JW, Degenhardt L, Swift W, Coffey C, Tait RJ, Letcher P, Copeland J, Mattick RP; CANNABIS COHORTS RESEARCH CONSORTIUM. YOUNG ADULT SEQUELAE OF ADOLESCENT CANNABIS USE: an integrative analysis. *Lancet Psychiatry*. 2014 Sep;1(4):286–93.
- van Winkel R, van Beveren NJ, Simons C; GENETIC RISK AND OUTCOME OF PSYCHOSIS (GROUP) INVESTIGATORS. AKT1 moderation of cannabis-induced cognitive alterations in psychotic disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2011 Nov;36(12):2529–37.
- Verweij KJ, Abdellaoui A, Nivard MG, Sainz Cort A, Ligthart L, Draisma HH, Minic CC; International Cannabis Consortium, Gillespie NA, Willemsen G, Hottenga JJ, Boomsma DI, Vink JM. SHORT COMMUNICATION: GENETIC ASSOCIATION BETWEEN SCHIZOPHRENIA AND CANNABIS USE. *Drug Alcohol Depend*. 2017 Feb 1;171:117–121.

Modelle des Umgangs mit Cannabis im internationalen Vergleich

Obwohl in den meisten Ländern der Besitz und Verkauf von Cannabisprodukten verboten bleibt, ist weltweit der (illegale) Konsum von Cannabis in der Gesamtbevölkerung weit verbreitet (wahre Konsumprävalenz). Eine vollständige Freigabe von Cannabis zu Konsumzwecken, die sich auf Besitz, Konsum, Anbau sowie den Verkauf bezieht, wurde bislang nur in einigen wenigen Ländern umgesetzt: Kanada, einigen US-Bundesstaaten, Uruguay und Thailand. Vor dem Hintergrund der im Koalitionsvertrag vereinbarten Cannabis-Freigabe und der aktuellen gesundheitspolitischen Kontroverse in Deutschland soll folgende Frage adressiert werden: Was sagt die Evidenz: Welche Risiken sind mit Cannabiskonsum verbunden, und welche Veränderungen treten durch die Freigabe tatsächlich ein?

Wahre Prävalenz: Cannabiskonsum in Europa und Deutschland

In der EU wird laut Europäischem Drogenbericht (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht – EBDD, 2021) für EinwohnerInnen zwischen 15 und 64 Jahren aus 26 EU-Ländern eine wahre Jahreskonsumprävalenz von 7,7% sowie eine Lebenszeitkonsumprävalenz von 27,2%

geschätzt. In jüngeren Altersgruppen ist in den letzten Jahren ein Anstieg der Jahreskonsumprävalenz zu verzeichnen (15,4% bei 15–34-Jährigen und 19,2% bei 15–24-Jährigen). In Deutschland liegt die aktuelle Jahreskonsumprävalenz derzeit bei etwa 10%, wobei der Konsum seit 30 Jahren kontinuierlich ansteigt und bei Männern etwa doppelt so hoch ausfällt (Seitz et al., 2019).

Der Diskurs über die Freigabe: Pros und Cons der Freigabe von Cannabis

Der aktuell kontrovers geführte mediale und wissenschaftliche Diskurs über die Vor- und Nachteile einer (mögliche) Freigabe von Cannabis in Deutschland beinhaltet folgende Kernargumente:

Pro Argumente:

» Die faktisch anhaltend hohe Konsumprävalenz sowie die hohen Zustimmungswerte in der Bevölkerung in demoskopischen Befragungen sprechen für eine relativ hohe gesellschaftliche Akzeptanz einer Legalisierung von Cannabisprodukten für Freizeitwecke.

- » Die daraus resultierenden Risiken sind insofern überschaubar, als im Vergleich zur bereits legalen Droge Alkohol, Cannabis eher geringere gesundheitliche und soziale Risiken sowie ein geringeres Abhängigkeitspotenzial aufweist.
- » Das aktuell realexistierende Problem des verbreiteten Konsums könnte potenziell besser unter Kontrolle gebracht werden, indem es aus der Illegalität in ein geregeltes System staatlich kontrollierten Prozessen der Herstellung, Verbreitung, des Vertriebs und des Konsums überführt würde. Dabei könnte eine Entkopplung der Cannabisbeschaffung vom illegalen Schwarzmarkt und damit vom Risiko des ungeplanten Kontaktes mit „harten“ Drogen erreicht werden.
- » Die staatlich kontrollierte Abgabe würde eine ausreichende Substanzqualität gewährleisten, indem eine Verringerung des Wirkstoffgehalts sowie eine Reduktion des Risikos von Kontaminierung und Beimengung anderer Substanzen umgesetzt werden könnte.
- » Eine staatlich überwachte Abgabe könnte positive Effekte auf die Bekämpfung organisierter krimineller Strukturen haben und damit eine Entlastung von Polizei und Justiz mit sich bringen.

- » Nicht zuletzt könnten zusätzliche Steuereinnahmen auf legalen Verkauf als zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten für bestehende und zukünftige Präventionsmaßnahmen genutzt werden und Versorgungsangebote für Personen mit schädlichem Gebrauch oder Abhängigkeit geschaffen werden.

Contra-Argumente:

- » Eine völlige Freigabe könnte zu einer unkontrollierbaren Zunahme der Konsumprävalenz, -menge und -häufigkeit von Cannabis sowie daraus resultierende Konsumfolgeproblemen führen.
- » Vor allem bei chronischem Gebrauch von Cannabis ist eine Zunahme von deutlichen Leistungs- und Funktionsbeeinträchtigungen wie beispielsweise das amotivationale Syndrom oder neurokognitive Einbußen zu befürchten.
- » Dabei besteht eine besondere Gefährdung für jugendliche und junge Nutzer, da der Konsum insbesondere bis zum Alter von ca. 25 Jahren mit signifikanten Gesundheitsschäden inklusive der Beeinträchtigungen in der Hirnentwicklung einhergehen.
- » Häufigerer Cannabiskonsum könnte zu einer steigenden Anzahl rauschmittelbezogener Verkehrsunfälle führen, die zudem auch Nicht-Nutzer*innen gefährdeten.
- » Bei einer Cannabis-Freigabe würde die Organisierte Kriminalität versuchen, ihre extremen Profitraten zu erhalten, indem sie a) verstärkt

auf Zielgruppen fokussiert, die von der Freigabe ausgeschlossen sind (Minderjährige) und/oder b) „konkurrenzfähigere“ Produkte entwickelt (wirksamere Züchtungen bzw. Beimischung hochpotenter Stoffe wie synthetischer Cannabinoide oder Fentanyl), wodurch am Ende noch viel gefährlichere Drogenvarianten auf den Schwarzmarkt gelangten.

Für eine Versachlichung der Debatte soll zunächst die empirische Befundlage zu folgenden Fragen zusammengefasst werden: Wie gefährlich ist Cannabis für die Nutzenden selbst? Welche Risiken bringt der Konsum mit sich, und wie hoch ist das Abhängigkeitspotenzial im Vergleich zu anderen Substanzen?

Abhängigkeitspotenzial und problematischer Konsum

Die klinische Abhängigkeit von Cannabis umfasst nach DSM-5 elf Kriterien, welche sich unter anderem auf Kontrollverlust, Entzugssymptomatik und soziale Probleme beziehen. Die Quote klinischer Cannabis-Abhängigkeit unter regelmäßigen Cannabis-KonsumentInnen wird in epidemiologischen Studien aus EU-Ländern und Deutschland auf ca. 15–20% geschätzt. Dabei wird allerdings die psychische und soziale Problematik über die Diagnosekriterien nur unzureichend erfasst, sodass die Anzahl von Betroffenen mit problematischem Konsum und Hilfebedarf deutlich höher ausfallen könnte als die Zahlen zur Abhängigkeitsprävalenz

allein suggerieren. In den letzten Jahren wird es zudem immer schwieriger, die Risiken und das Abhängigkeitspotenzial von Cannabis valide einzuschätzen, da sich aus der stetigen Erhöhung des THC-Gehalts in modernen Cannabiszüchtungen, der fortwährenden Neu- und Weiterentwicklung von Cannabis-Produkten sowie den verschiedenen Applikationsformen der Substanz Probleme der zuverlässigen Bestimmung und verallgemeinerbarer Aussagen zu Wirkeffekten und Folgerisiken ergeben. Neuere neurokognitive psychologische Experimentalstudien weisen daraufhin, dass sich bei chronischen Cannabiskonsumierenden ein langfristig stabiles Reaktionsmuster im Gehirn („Suchtgedächtnis“) etabliert, das die (Craving-)Reaktion auf drogenassoziierte Reize massiv und damit die Rückfallgefahr nach einer Entwöhnung erhöht.

Insbesondere bei männlichen und täglich Konsumierenden ist in den letzten Jahren EU-weit eine steigende Behandlungsinzidenz in der Suchtversorgung zu verzeichnen, die auf eine steigende Rate von Problemkonsum sowie damit assoziierten Konsumfolgenstörungen (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2021) hinweist. Der Anteil der Männer unter Konsumierenden von Cannabis als Primärdroge, die eine erstmalige Behandlung aufgrund ihres Konsums aufsuchten, lag bei 84%, das Durchschnittsalter bei erstmaliger Behandlungsaufnahme bei 25 Jahren und das mittlere Alter des durchschnittlichen Erstkonsums bei 17 Jahren. Konsumierende berichteten bei Behandlungsaufnahme einen

durchschnittlichen Konsum an über 5 Tagen pro Woche, wobei 49% Cannabis täglich und 22% an 2–6 Tagen pro Woche konsumierten.

Nutt et al. (2007) untersuchten die komparativen Schadensrisiken von Drogen und erstellten für verschiedene Substanzen eine Schadensmatrix bestehend aus den Oberkategorien „Körperliche Schäden“, „Abhängigkeitspotenzial“ sowie „Soziale Auswirkungen“, mithilfe derer unabhängige ExpertInnen legale Missbrauchsdrogen (z. B. Alkohol & Tabak) sowie illegale Drogen (z. B. Kokain, Ecstasy) in einem Ranking einstuften. Cannabis wurde bezogen auf seine Gesamt-Schädlichkeit im Vergleich mit allen anderen Substanzen in der Rangfolge etwa im Mittelfeld eingeordnet. In der Kategorie „Körperliche Schäden“ wurde Cannabis vergleichsweise niedrig eingestuft, dafür höher in Bezug auf das Abhängigkeitspotenzial sowie assoziierte Schäden für Familie und Gemeinschaft.

Regelmäßiger Langzeitkonsum – Gefahren und Hilfebedarfe

Der regelmäßige Langzeitkonsum von Cannabis birgt ein erhebliches Risikopotenzial. Zwar ist er im Vergleich zu anderen psychotropen Substanzen (inkl. Alkohol) mit geringerer akuter und langfristiger Toxizität, geringerer Mortalität und organischen Folgeschäden sowie moderatem klinischen Abhängigkeitspotenzial assoziiert. Allerdings ist Cannabisnutzung dennoch mit substanziellen Gefahren verbunden: Der langfristige häufige Konsum ist nachgewiesenermaßen assoziiert mit teilweise irreversiblen neuroanatomischen Gehirnveränderungen sowie neurokognitiven Veränderungen und anhaltend veränderten Reaktionsmustern im Gehirn. Das Risiko der Ausbildung psychischer Folgestörungen (wie akute Psychosen, Angstzuständen und Depressionen, Auslösen einer Schizophrenie bei prädisponierten Personen) ist signifikant erhöht. Ähnliches gilt für somatische Folgeerkrankungen, wie beispielsweise Krebserkrankungen (v. a. in Kombination mit Tabak), Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Beeinträchtigungen bei Mutter und Kind durch Konsum in der Schwangerschaft. Nicht zuletzt stellt das Risiko einer beeinträchtigten psychosozialen Funktionsfähigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein gravierendes Problem dar.

Was ändert sich durch eine vollständige Cannabis-Freigabe?

Internationale Erkenntnisse über die Effekte von Regulationsmodellen

Die Legalisierung von Cannabis zu Rauschzwecken begann in den USA im Jahr 2012 in Bundesstaat Colorado. Derzeit (Stand 2023) ist Cannabis in 22 Bundesstaaten zu Konsumzwecken frei gegeben, jedoch mit lokal unterschiedlichen Bestimmungen bezüglich Altersgrenzen, Abgabestellen, (straffreier) Besitzmengen, Regelungen zum Eigenanbau und Weitergabe. In Kanada ist Cannabis seit 2018 für erwachsene Personen ab 19 Jahren freigegeben.

Die Cannabis-Freigabe in Thailand stellt einen Sonderfall dar:

- a)** Da die Freigabe hier ohne vorangegangenen gesellschaftlichen Diskurs und ohne verbreitete Konsumtradition durch einen überraschenden Regierungsbeschluss erfolgte und auf eine weitgehend Cannabis-unerfahrene Bevölkerung traf, lassen sich keine Prä-Post-Vergleiche heranziehen.
- b)** Dadurch resultieren besondere Problemlagen und Risiken, die sich mit der Situation in westlichen Ländern nicht vergleichen lassen.
- c)** Da der Prozess der Freigabe nicht mit einer systematischen Datenerhebung begleitet wurde, liegen keine belastbaren Befunde vor. Aus diesem Grund soll Thailand in der weiteren Analyse nicht berücksichtigt werden.

Nimmt die Anzahl der Konsumierenden bzw. die Konsumintensität nach der Freigabe zu?

Seit der Legalisierung ist neben der rechtlichen auch eine erleichterte materielle Zugänglichkeit zu verzeichnen durch a) einen starken Preisrückgang (–22%) und b) eine Steigerung der Cannabisqualität mit höherer THC-Wirkstoffkonzentration. Dennoch ist seit Beginn der Legalisierung in den betreffenden US-Bundesstaaten insgesamt lediglich ein leichter Anstieg der wahren Konsumprävalenz um < 2% festzustellen. Auch in Kanada stieg die Konsumprävalenz landesweit insgesamt lediglich um 2%, wobei in einer Hälfte Kanadas keine Veränderung beobachtet werden konnten, während in der anderen Hälfte ein Anstieg von 2–5% zu verzeichnen war (National Cannabis Survey, 2020). Ähnlich sieht die Situation in Uruguay aus, wo ebenfalls insgesamt ein leichter Anstieg der Konsumentenprävalenz beobachtet wurde, der unter den 19–44-Jährigen überproportional ausfiel.

Eine gemeinsame Betrachtung Kanadas und der USA ermöglicht derweil die International Cannabis Policy Study (ICPS) (Hammond et al., 2020), im Rahmen derer nationale Bevölkerungsstichproben im Alter von 16 bis 65 Jahren prospektiv untersucht werden. Die erste Untersuchungswelle im Jahr 2018 begann kurz vor der Legalisierung von Cannabis in Kanada und schloss bereits rund 27.000 Teilnehmende ein. Dies ermöglicht den Vergleich zwischen Kohorten, die in Regionen leben, in denen Cannabis bereits

legalisiert wurde (ca. 10.000 Teilnehmende aus Kanada und 7.400 Teilnehmende aus den USA) und Kohorten, für die Cannabis (für nichtmedizinische Zwecke) bislang nicht freigegeben wurde (9.700 Teilnehmende aus den USA). Die ICPS-Auswertung zeigte bereits 2018 erhebliche Unterschiede im Cannabiskonsum zwischen Ländern und Regionen mit unterschiedlichen rechtlichen bzw. regulatorischen Rahmenordnungen für den Besitz und Konsum von Cannabis: Im direkten Vergleich von Staaten mit versus ohne Freigabe zeigte sich ein niedrigerer Konsum über die Lebensspanne für Staaten ohne Freigabe: Die Rate der Never-User lag in den nicht-freigebenden US-Staaten deutlich über (US ill: 45,8%) der in den legalisierten US-Staaten und Kanada (C: 43,5%; US leg: 38,5%). Die Staaten mit Legalisierung wiesen zudem eine höhere 12-Monats-Prävalenz (C: 8,6%; US leg: 9,4% vs. US ill: 7,0%) und eine niedrigere Rate täglichen Konsums (C: 8,9%; US leg: 11,3% vs. US ill.: 7,4%) auf.

Nimmt die Anzahl der Erstkonsumierenden nach der Freigabe zu?

Die Zahl der Neukonsumierenden bzw. Wiedereinsteigenden in den betreffenden US-Bundesstaaten stieg nach der Legalisierung stark an, vor allem in der Gruppe der über 45-Jährigen. In Kanada war ein vergleichbares Muster zu beobachten: Insgesamt ein starker Anstieg bei Neukonsumierenden bzw. Wiedereinsteigenden nach der Freigabe und ebenfalls eine überproportionale Zunahme bei 45+Jährigen, während bei den

24–44-Jährigen die Konsumprävalenz nur leicht zunahm. Für jüngste Kohorte besteht eine ungenügende Datenlage.

Wie verändern sich die Konsummuster nach der Freigabe?

Bei Neukonsumierenden fand sich in den US-Bundesstaaten nur ein moderater Anteil häufigen Konsums, während sich bei bereits konsumierenden Personen kein Hinweis auf eine Konsumsteigerung zeigte. In Kanada nahm die Konsumprävalenz illegaler Produkte nach der Legalisierung von Cannabis nur leicht ab und die Prävalenz legaler Produkte bzw. ausschließlich legaler Produkte (inkl. Medikamente) ohne Beikonsum von Schwarzmarkt-Cannabis stark zu.

Auswirkungen auf die Konsumprävalenz bei Jugendlichen

Mögliche Veränderungen der Konsumprävalenz bei Jugendlichen nach einer Freigabe von Cannabis sind von besonderer Bedeutung.

In Kanada ließen sich nach der Legalisierung bislang keine belastbaren Hinweise auf einen deutlichen Anstieg des Cannabiskonsums bei Jugendlichen finden. So gaben 18% der SchülerInnen der Klassenstufen 7–12 in den Jahren 2016–2017 ebenso wie in den Jahren 2018–2019 an, im Vorjahr der Umfrage Cannabis konsumiert zu haben. Darüber hinaus blieb der Konsum im Jahr nach der Legalisierung in allen Klassenstufen unverändert, ein leichter Anstieg war jedoch bei jüngeren Jugendlichen (aus den Klassenstufen 7–9) von 6% auf 7% zu verzeichnen (Canadian

Student Tobacco Alcohol and Drug Use Survey, 2018–2019). Bei täglichen KonsumentInnen konnte eine leichte Abnahme unter den 18–24-Jährigen bzw. eine Stagnation bei den über 25-Jährigen beobachtet werden.

Die COMPASS-Studie an einer Kohorte kanadischer Jugendlicher im High-School-Alter fand ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede in der 12-Monats-Konsumprävalenz nach der Freigabe (Zuckermann et al., 2021). Daten des kanadischen National Cannabis Survey (2020) weisen darauf hin, dass jüngere Menschen zwar nach wie vor insgesamt häufiger Cannabis konsumieren, die Bevölkerungsgruppe mit den größten Zunahmen des täglichen Konsums seit der Legalisierung aber Menschen mittleren und höheren Alters (45–64 J. und älter) sind.

Auch in einer Meta-Analyse zu Cannabiskonsum von Jugendlichen von Melchior et al. (2019), die insgesamt 41 Berichte bzw. Studien aus verschiedenen Ländern umfasst, gibt der Großteil der Studien keine Hinweise auf statistisch signifikante Veränderungen der Konsummuster nach Freigabe der Substanz. In diesem Zusammenhang scheint die in den USA umfassend evaluierte Legalisierung des Cannabiskonsums zu medizinischen Zwecken bei Jugendlichen keine signifikanten Auswirkungen zu haben: Während sechs Studien keine Veränderung des Cannabiskonsums bei Jugendlichen fanden, beobachteten drei Studien einen Rückgang und vier Studien einen Anstieg. Bezogen auf die Legalisierung für Freizeitzwecke, die in sechs Studien mit sehr

niedrigem oder niedrigem risk of bias untersucht wurde, ist lediglich ein leichter Anstieg der Konsumprävalenz nach der Freigabe zu verzeichnen.

Insgesamt scheint die Legalisierung von Cannabis demnach nur wenig Einfluss auf die tatsächlichen Konsummuster von jungen Menschen zu haben. Der Gebrauch zu Freizeitzwecken muss jedoch noch eingehender untersucht werden. Zudem ist anzumerken, dass bisherige Studien zu den Auswirkungen der Freigabe zu ebenjenem Freizeitgebrauch überwiegend aus den Vereinigten Staaten stammen, in denen die Prävalenz des Substanzkonsums grundsätzlich hoch und die Gesetze zur Liberalisierung des Konsums eher marktorientiert sind.

Auswirkungen auf den Straßenverkehr

Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang mit der Legalisierung von Cannabis überprüft werden muss, ist die mögliche Auswirkung auf den Straßenverkehr. In den USA fand nach der Freigabe insgesamt ein Rückgang der Positivtestungen im Straßenverkehr statt, wobei unklar ist, ob dies lediglich auf veränderte Kontrollstrategien zurückzuführen ist. Langfristig wurde eine Zunahme tödlicher Verkehrsunfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis festgestellt. Im US-Bundesstaat Colorado hingegen wurde insgesamt ein starker Anstieg der Positivtestungen um ca. 16% sowie eine Verdopplung tödlicher Verkehrsunfälle unter Cannabis von 55 auf 99 verzeichnet, bei denen allerdings

bei 42% zusätzlich Alkohol eine Rolle spielte (Wadsworth & Hammond, 2018). In Kanada blieb die Quote der Verkehrsteilnehmer unter Cannabiseinfluss unverändert. Die Quote der Mitfahrer bei Personen, die unter Cannabiseinfluss Auto fahren, sank nach der Legalisierung (National Cannabis Survey, 2020).

Auswirkungen auf den Schwarzmarkt

Daten aus Kanada belegen eine Verschiebung der Bezugsquellen nach der Legalisierung: Konsumierende gaben in Befragungsstudien an, nach der Freigabe mehr Cannabis aus legalen Quellen zu beziehen als vorher. Die Quote der Beziehenden aus legalen Quellen stieg damit von 23% auf 52%. Gleichzeitig sank die Quote derjenigen, die Cannabis aus illegalen Quellen bezogen von 52% auf 40%. Auch die Quote derjenigen, die Cannabis (bisher) von Freunden und Familie bezogen, sank mit der Legalisierung von 49% auf 38% (National Cannabis Survey, 2020).

Die Veränderungen, die diese Verschiebung für Schwarzmarkt und organisierte Kriminalität mit sich bringt, müssen eingehend beobachtet werden. So birgt beispielsweise die Nutzung synthetischer Cannabinoide sowie das Versetzen von Cannabis mit Fentanyl erhebliche Gefahren für Nutzende und bietet gleichzeitig einen höheren Anreiz für diejenigen, die einen stärkeren Rausch suchen.

Fazit: Veränderungen des Cannabiskonsums nach der Freigabe

Die möglichen Auswirkungen einer vollständigen Freigabe von Cannabis zu Freizeitwecken sind komplex und vielschichtig. Wie bisherige Befunde aus den USA und Kanada zeigen, geht die Legalisierung mit insgesamt geringeren Auswirkungen einher als vorab erwartet bzw. befürchtet. Neben fallenden (Schwarz-)Marktpreisen wurde eine (leicht bis moderat) gestiegene Konsumprävalenz bei Erwachsenen (insbesondere 45-64-jährige) sowie eine im Verlauf (leicht) rückläufige Konsumprävalenz nach anfänglichem Peak verzeichnet. Eine höhere Anzahl an Erstkonsumierenden – insbesondere von legalem Cannabis – deutet auf Probiertkonsumphänomene hin. Insgesamt ist nur ein leichter Anstieg in der Konsummenge abbildbar, bei leichtem bis mittlerem Rückgang des Bezugs aus illegalen Quellen. Dies hat möglicherweise Anpassungsprozesse bei der organisierten Kriminalität zur Folge, die zur Sicherung ihrer Marktanteile den Anreizwert ihrer illegalen Produkte damit zu erhöhen versucht, dass sie zunehmend wirk- und suchtpotentere und damit gefährlichere Schwarzmarktprodukte entwickelt und vertreibt.

Daraus resultiert folgendes Dilemma: Minderjährige, für die der Zugang zu legalem Cannabis aus guten Gründen ausgeschlossen werden muss, weichen gezwungenermaßen auf den Schwarzmarkt aus und versorgen sich dort auch nach der Freigabe überproportional häufig weiter mit ebenjenen Produkten, vor denen

sie durch die Gesetzesänderung besonders geschützt werden sollten. Gerade diese besonders vulnerable Gruppe mit hohem Gefährdungspotenzial wird durch die Legalisierung nicht ausreichend erreicht. Aus diesem Grund sollten nach der Freigabe die Präventionsanstrengungen für Kinder und Jugendliche, insbesondere der selektiven und indizierten Prävention, mit der Freigabe noch einmal intensiviert werden.

Die noch rudimentäre Datenlage zu klinischen und kriminologischen Effekten nach der Legalisierung in den USA weist auf eine Zunahme der Hospitalisierungen im Kontext von (zumeist oralem) Cannabiskonsum hin. Es wird eine Zunahme der Inanspruchnahmen medizinischer Hilfen aufgrund von Intoxikationen und psychischen Störungen berichtet, wie eine Zunahme von Vergiftungsunfällen bei Kindern. Die Effekte auf die Abhängigkeitsrate sind bislang unklar.

Polizei und Justiz verzeichnen erheblich weniger Verhaftungen und Justizverfahren, jedoch nicht bei Jugendlichen. Legale Käufe von Cannabis nahmen nach der Freigabe absolut und relativ zu. Gerade regelmäßige KonsumentInnen nutzen aufgrund gestiegener Preise in der Folge vermehrt den Schwarzmarkt, der sich mit der Legalisierung zunehmend auf andere US-Bundesstaaten verschiebt und neue, potente Cannabis-Produkte mit höherem THC-Gehalt entwickelt. Volkswirtschaftlich waren zwar erhebliche Steuereinnahmen zu verzeichnen, jedoch weniger als zunächst prognostiziert.

Anregungen zur Verhältnisprävention

Erste Anregungen, Vorschläge und Regelungen zur Verhältnisprävention auf Basis empirischer Erfahrungen liefern die genannten Länder, in denen Cannabis legalisiert wurde. So schlagen zum Beispiel Matheson und Le Foll (2020) zur Minimierung akuter und langfristiger Schäden eine frühzeitige Einschränkung von Cannabis-Lebensmitteln und hochwirksamen Produkten ebenso wie eine klare und einheitliche Kennzeichnung der Produkte in Bezug auf Dosis, Portionsgröße und Gesundheitsrisiken vor. Weiterhin wird die Implementierung robuster Dokumentationssysteme zur Überwachung möglicher Schäden nahegelegt, die unter anderem eine Aufschlüsselung nach Produkttyp und Verbrauchermerkmalen ermöglichen soll. Freeman und Lorenzetti (2020) schlagen die Einführung standardisierter THC-Einheiten für alle Cannabisprodukte sowie Verabreichungsformen vor, um Konsumierenden ebenso wie Expert*innen eine Orientierungshilfe zu bieten, um aktuellen und vorangegangenen Konsum zu erfassen.

In Kanada ist das Mindestalter für den Zugang zu Cannabis auf Bundesebene auf 18 Jahre festgelegt, wobei in den meisten Provinzen ein Zugang mit 18 bzw. 19 Jahren analog zu Alkohol und Tabak möglich ist. Allein in der Provinz in Quebec wurde das Zugangsalter 2019 auf 21 Jahre angehoben. Insgesamt haben alle kanadischen Regierungsebenen den Auftrag, die Öffentlichkeit für die Gesetze und Verordnungen zu Verkauf und Konsum von Cannabis zu sensibilisieren und

die Bevölkerung – einschließlich der von der Freigabe ausgeschlossenen Jugend – über die potenziellen Gesundheitsrisiken und Richtlinien für einen sicheren Cannabiskonsum aufzuklären (Watson & Erickson, 2019). Kommunalbehörden sind zudem für die Regulierung von Einzelhandelslizenzen und die Festlegung von Schutzmaßnahmen verantwortlich, u.a. die Nähe von Cannabisgeschäften zu Schulen und Kindertagesstätten sowie die Beschränkung des öffentlichen Konsums in gemeinsam genutzten öffentlichen Räumen, wie Parks oder Stränden.

Aus Kanada und den USA lassen sich Anregungen bilanzieren, die eine Freigabe von Cannabis kontrollierter und sicherer gestalten können: So ist die Abgabe ausschließlich an Erwachsene, mit bestimmten Mengenbegrenzungen und nur über spezielle Abgabestellen indiziert.

Spezielle Lizenzen für Herstellung, Weiterverarbeitung und Vertrieb sind notwendig, ebenso wie regelmäßige Produkt- und Qualitätskontrollen. Der private Anbau ist in diesem Zusammenhang nicht erlaubt, eine Begrenzung für den Straßenverkehr notwendig. Warnhinweise und Werbeverbote sind – analog zu Tabak – ebenso notwendig. Steuereinnahmen auf Verkaufspreise sollten zweckgebunden für Präventionsmaßnahmen und den Versorgungsbereich verwendet werden.

Eine (mögliche) Freigabe von Cannabis erfordert in jedem Fall ein enges Zusammenarbeiten aller beteiligter Akteure auf allen Ebenen sowie eine gute Vernetzung von Wissenschaft und Praxis, um mögliche Auswirkungen zu antizipieren und zeitnah zu erkennen, um bei Bedarf intervenieren zu können.

Literatur

- CANADIAN STUDENT TOBACCO ALCOHOL AND DRUG USE SURVEY. (2018–2019). Summary of results for the Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey 2018–19 – Canada.ca. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-student-tobacco-alcohol-drugs-survey/2018-2019-summary.html>
- Cousijn, J., Goudriaan, A. E. & Wiers, R. W. (2011). REACHING OUT TOWARDS CANNABIS: APPROACH-BIAS IN HEAVY CANNABIS USERS PREDICTS CHANGES IN CANNABIS USE. *Addiction* (Abingdon, England), 106(9), 1667–1674. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03475.x>
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2021). EUROPÄISCHER DROGENBERICHT 2021: TRENDS UND ENTWICKLUNGEN. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Freeman, T. P. & Lorenzetti, V. (2020). 'STANDARD THC UNITS': A PROPOSAL TO STANDARDIZE DOSE ACROSS ALL CANNABIS PRODUCTS AND METHODS OF ADMINISTRATION. *Addiction* (Abingdon, England), 115(7), 1207–1216. <https://doi.org/10.1111/add.14842>
- Hammond, D., Goodman, S., Wadsworth, E., Rynard, V., Boudreau, C. & Hall, W. (2020). EVALUATING THE IMPACTS OF CANNABIS LEGALIZATION: THE INTERNATIONAL CANNABIS POLICY STUDY. *The International journal on drug policy*, 77, 102698. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102698>
- Matheson, J. & Le Foll, B. (2020). CANNABIS LEGALIZATION AND ACUTE HARM FROM HIGH POTENCY CANNABIS PRODUCTS: A NARRATIVE REVIEW AND RECOMMENDATIONS FOR PUBLIC HEALTH. *Frontiers in psychiatry*, 11, 591979. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.591979>
- Melchior, M., Nakamura, A., Bolze, C., Hausfater, F., El Khoury, F., Mary-Krause, M. & Da Azevedo Silva, M. (2019). DOES LIBERALISATION OF CANNABIS POLICY INFLUENCE LEVELS OF USE IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS? A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. *BMJ open*, 9(7), e025880. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025880>
- National Cannabis Survey. (2020). CANADIAN CANNABIS SURVEY 2020: SUMMARY – Canada.ca. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/research-data/canadian-cannabis-survey-2020-summary.html>
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W. & Blakemore, C. (2007). DEVELOPMENT OF A RATIONAL SCALE TO ASSESS THE HARM OF DRUGS OF POTENTIAL MISUSE. *Lancet* (London, England), 369(9566), 1047–1053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60464-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60464-4)
- Preuss, U. W., Huestis, M. A., Schneider, M., Hermann, D., Lutz, B., Hasan, A., Kambeitz, J., Wong, J. W. M. & Hoch, E. (2021). CANNABIS USE AND CAR CRASHES: A REVIEW. *Frontiers in psychiatry*, 12, 643315. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643315>
- Seitz, N.-N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T. & Kraus, L. (2019). TRENDS IN SUBSTANCE USE AND RELATED DISORDERS: ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SURVEY OF SUBSTANCE ABUSE 1995 TO 2018. *Deutsches Ärzteblatt international*, 116(35-36), 585–591. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0585>
- Wadsworth, E. & Hammond, D. (2018). DIFFERENCES IN PATTERNS OF CANNABIS USE AMONG YOUTH: PREVALENCE, PERCEPTIONS OF HARM AND DRIVING UNDER THE INFLUENCE IN THE USA WHERE NON-MEDICAL CANNABIS MARKETS HAVE BEEN ESTABLISHED, PROPOSED AND PROHIBITED. *Drug and alcohol review*, 37(7), 903–911. <https://doi.org/10.1111/dar.12842>
- Watson, T. M. & Erickson, P. G. (2019). CANNABIS LEGALIZATION IN CANADA: HOW MIGHT 'STRICT' REGULATION IMPACT YOUTH? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(1), 1–5. <https://doi.org/10.1080/09687637.2018.1482258>
- Zuckermann, A. M. E., Battista, K. V., Bélanger, R. E., Haddad, S., Butler, A., Costello, M. J. & Leatherdale, S. T. (2021). TRENDS IN YOUTH CANNABIS USE ACROSS CANNABIS LEGALIZATION: DATA FROM THE COMPASS PROSPECTIVE COHORT STUDY. *Preventive Medicine Reports*, 22, 101351. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101351>

Cannabisprävention heute

Bestehende Programme und Ansätze ...

Und was brauchen wir zukünftig?

Die Strukturen der Suchtprävention sind in Deutschland sehr unterschiedlich, was vor allem in der primären Zuständigkeit der Kommunen liegt. Die Bundesländer unterstützen die Arbeit, indem sie z. B. Strukturen sowie Projekte fördern und Landeskonzepte formulieren und der Bund fördert u.a. die Entwicklung, Erprobung und Erforschung neuer Ansätze und Programme. Gute Vernetzungsstrukturen tragen zur Qualitätssicherung bei.

In Niedersachsen wird Suchtprävention vor allem durch Akteure in Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, die teilweise zusätzliche landesgeförderte Fachkräfte für Suchtprävention beschäftigen, sowie durch den Jugendschutz, die Polizei, die kommunalen Präventionsräte, der Landespräventionsrat, die Suchtselbsthilfe, Jugendämter, Frühe Hilfen und Betriebe durchgeführt beziehungsweise angeboten.¹

Suchtprävention wird zwar häufig als Querschnittsaufgabe gesehen, ist aber nicht verpflichtend festgelegt, so dass die Initiierung und Durchführung von suchtpreventiven Angeboten in unterschiedlichen Lebenswelten sowie die Umsetzung verhältnispräventiver Ansätze auf die Initiative und Bereitschaft einzelner sog. Lebensweltverantwortlicher vor Ort angewiesen sind.

Dieser Beitrag greift vorwiegend die Perspektive des niedersächsischen Suchtpräventions- und Suchthilfesystems der freien Wohlfahrtspflege auf. Hier gibt es zurzeit 27 Fachstellen für Suchtprävention in 24 Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie zusätzliche Fachkräfte beschäftigen, die ausschließlich für die Suchtprävention tätig sind. Hinzu kommen 24 HaLT²-Standorte in Niedersachsen sowie 24 Fachstellen mit einer Fachkraft für Glücksspielsuchtprävention und -beratung. Insgesamt gibt es in Niedersachsen 75 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention mit 43 Nebenstellen und auch Fachstellen ohne zusätzliche Fachkräfte sind aufgefordert, präventive Angebote zu machen.

Ein Blick zurück

Die Geschichte der Entwicklung und Ausrichtung der Suchtprävention seit Ende der 1960er Jahre zeigen String & Blum³ im Überblick auf: Sie begann mit dem kriminalpolitisch orientierten „Kampf gegen Drogen“ und ging ab Anfang der 1980er Jahre von der Drogen- zur Suchtprävention über. Es erfolgte der Einbezug legaler Drogen und ein Perspektivwechsel auf die Persönlichkeit und ihre Entwick-

lungsanforderungen; „in der Fachdiskussion hat sich die so genannte ‚Trias der Suchtursachen‘ durchgesetzt.“⁴ Im weiteren Verlauf wurde die Suchtprävention vom Konzept der Gesundheitsförderung stark beeinflusst. Hier ging es zunächst um den Einbezug des Risiko- und Schutzfaktorenmodells, eine neue „positive“ Prävention und Lebenskompetenzförderungsansätze sowie den Einbezug substanzunabhängiger Süchte. Ab den 2000er Jahren gab es verschiedene Entwicklungen und Diskussionen, die die Suchtprävention in Deutschland maßgeblich beeinflusste. Hier sind entwicklungsbezogene pädagogische Ansätze wie z.B. Risikokompetenzförderung, ziel- und risikogruppenspezifische Ansätze der Suchtprävention, der Einbezug von verhältnispräventiven Maßnahmen und die Forderung nach einer Policy-Mix-Strategie zu nennen.

Die systematische Auseinandersetzung mit Wirkfaktoren in der Suchtprävention⁵ und die wissenschaftliche Begleitung bei der Entwicklung von Präventionsprogrammen sind weitere wichtige Faktoren, die die Suchtprävention heute auszeichnen.

Bestandsaufnahme: Bestehende Projekte und Programme in der Cannabisprävention

Universelle Suchtprävention

Bei den Cannabis-Präventionsprogrammen geht es darum, mit interaktiven Methoden Informationen zu vermitteln, soziale Normen zu beeinflussen, Risikokompetenzen zu trainieren, aber auch um Alternativen zum Konsum, Schutzfaktoren und Hilfemöglichkeiten. Seit einigen Jahren verzeichnen wir eine deutliche Zunahme an Präventionsanfragen durch Schulen ab ca. 8./9. Jahrgangsstufe, da hier Probleme mit Cannabiskonsum im Zusammenhang mit der Schule vermehrt wahrgenommen werden. Für diese Zielgruppe gibt es zurzeit drei cannabispezifische Präventionsprogramme:

- » Cannabis – quo vadis?⁶ Interaktiver Workshop für 8.–10. Jahrgänge empfohlen, Schwerpunkte Information und Risikokompetenz; erste Evaluation hat stattgefunden und wird zurzeit im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in einem randomisiert-kontrollierten Design bis Ende 2023 evaluiert.
- » Methodenkoffer ‚Stark statt breit‘⁷ Unterschiedliche Methoden werden beschrieben und sind mit entsprechendem Material ausgestattet. Die Umsetzung erfolgt mit einem Multiplikator*innenansatz. Der Methodenkoffer wurde im Auftrag der BZgA in einem randomisiert-kontrollierten Design bis Ende 2022 evaluiert.

- » HöhenRausch – Kletterevent und Cannabisprävention⁸

Modellprojekt zur niedrigschwelligen Cannabisprävention für Jugendliche in schwierige(re)n sozialen Lagen. Das Angebot an Jugendhilfe- und Jugendfreizeiteinrichtungen umfasst eine Klettereinheit mit einem risikokompetenzfördernden Ansatz und drei cannabispezifische Lern-Stationen. Förderung des Projekts und der randomisiert-kontrollierten Evaluation bis Ende 2023 durch die BZgA.

Die wissenschaftliche Bestandsaufnahme „Cannabisprävention an Schulen“ von Hoch et al.⁹ fragte nach vorhandenen cannabisbezogenen Präventionsprogrammen, deren Evaluation und Wirkungsnachweis. Im Rahmen einer Internet- und Datenbankrecherche konnten vier Programme identifiziert werden. Die Programme Rebound – meine Entscheidung und Unplugged richten sich beide an Schüler*innen der 7. und 8. Klasse und werden von FINDER angeboten. Bei Rebound werden „am Beispiel des Themas Alkohol und andere Drogen (.) Jugendliche ab 14 Jahren zur Entwicklung wichtiger Sozial- und Selbstkompetenzen angeregt und an ein Leben in Achtsamkeit und Verantwortung herangeführt“¹⁰, wobei das Programm als Multiplikator*innenansatz umgesetzt wird.¹¹

Unabhängig von der Substanz Cannabis geht es häufig in der universellen Suchtpräventionsarbeit auch um substanzunabhängige Aspekte wie z.B. Informationen über Suchtentstehung, Suchtverlauf, Strategien zur Vermeidung von riskanten Konsummustern sowie Lebens- und Risikokompetenzförderung. Darüber hinaus

werden in verschiedenen universellen Präventionsprogrammen Beispiele mit Substanzen bzw. Verhaltensweisen gewählt, die in den Lebenswelten vieler junger Menschen eine Rolle spielen (z. B. Alkohol-, Cannabis- und Medienkonsum im Prev@WORK®-Programm).

Indizierte Suchtprävention

Im Rahmen der indizierten Suchtprävention, die sich an Konsument*innen mit einem riskanten Konsumprofil ohne Suchterkrankung richtet, haben sich vielfältige Programme in der letzten Dekade etabliert. Die Programme unterscheiden sich v.a. in der Adressatengruppe¹² und im Durchführungsformat. Viele Programme haben einen Wirkungsnachweis erbracht und sind auf der Grünen Liste Prävention¹³ aufgeführt.

- » FreD – Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten (www.lwl-fred.de)
- » FriDA – Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz (www.therapieladen.de)
- » CAN Stop – Gruppenprogramm für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum (www.uke.de)
- » SKOLL – Selbstkontrolltraining (www.skoll.de)
- » Quit the Shit – Onlineprogramm zur Konsumreduktion bzw. Abstinenz der BZgA (www.quit-the-shit.net)
- » Realize it! Beratung bei Drogenkonsum (www.realize-it.org)

Und schließlich gibt die allgemeine Suchtberatung Ratsuchenden und Angehörigen niedrigschwellig und unabhängig von Programmen die Möglichkeit, sich in Beratungsgesprächen mit dem eigenen Konsum auseinanderzusetzen und sich bei einer Verhaltensveränderung unterstützen zu lassen.

Verhältnisprävention

Die Verhältnisprävention will die Lebensbedingungen und Lebenswelten der Menschen suchtpreventiv resp. gesundheitsförderlich gestalten. Insbesondere für den schulischen Bereich gibt es hier Konzepte, die darauf abzielen, gemeinsame Regeln zu entwickeln und zu etablieren sowie die pädagogischen Mitarbeiter*innen zu befähigen, möglichst früh, systematisch und konsequent auf Regelverstöße zu reagieren. Ziele sind, die Schulgemeinschaft zu schützen und den/die einzelne Betroffene dabei zu unterstützen, das gewünschte Verhalten zu zeigen und riskante Konsummuster aufzugeben. Besonders hervorzuheben sind der Leitfaden der BZgA¹⁴, der u.a. den Prozess der Regelentwicklung in der Schule beschreibt, und (für Niedersachsen) die Handreichung „Umgang mit Cannabiskonsum im Lebensraum Schule“ der NLS¹⁵, die die einzelne Lehrkraft und Schulsozialarbeiter*in dabei unterstützen will, cannabisbezogene Auffälligkeiten zu erkennen und früh und angemessen zu reagieren.

Wirkungsorientierte Cannabisprävention

Seit 2006 hat die BZgA drei Expertisen zur Suchtprävention herausgegeben. Die letzte Expertise 2020 beruht auf der Analyse von 62 Übersichtsarbeiten, darunter 40 Metaanalysen, die ganz überwiegend aus dem anglo-amerikanischen Raum stammen. Ziel war, „die Wirksamkeit existierender suchtpreventiver Ansätze anhand von hochwertigen wissenschaftlichen Studien zu beurteilen. Wirksamkeit wird dabei definiert als Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Konsums“¹⁶ unter anderem von Cannabis.

Während in Deutschland viele universelle Präventionsangebote sich an Jugendliche richten und sie hier auch einen Wirkungsnachweis in Einzelstudien gezeigt haben, ist es ein scheinbar widersprüchliches Ergebnis der Expertise, dass „bei Jugendlichen der 8. und 9. Klassenstufe verhaltensbezogene Angebote keine Effekte auf den Konsum von illegalen Drogen“ zeigen.¹⁷ Die Expertise zeigt, mit welche Altersgruppen und Ansätzen eine Wirkung nachgewiesen werden konnte.

» In der Schule wirken „universelle Angebote, wenn sie sich an jüngere Klassenstufen richten und verhaltens- und verhältnisbezogen vorgehen. Als theoretische Grundlage eignet sich die soziale Kompetenzförderung, kombiniert mit der Sensibilisierung für soziale Einflussnahme.“¹⁸ Auch hier stehen in Deutschland verschiedene, i.d.R. evaluierte Suchtpräventionsprogramme für die Grundschule zur Verfügung, z. B. 1000 Schätze, Klas-

se 2000, Klasse Klasse, Eigenständig werden, FREUNDE und Ich bin stark. Für Kinder bzw. Jugendliche der 5. und 6. Jahrgangsstufen gibt es u.a. folgende Programme: BASS – Bausteinprogramm Schulische Suchtprävention, Erwachsen werden, IPSY, Eigenständig werden und Fit for Life.¹⁹ Die Nachfrage nach Suchtprävention steigt allerdings proportional mit den Konsumprävalenzen der (Kinder und) Jugendlichen, so dass wir von einem breiten Einsatz von lebenskompetenzstärkenden Suchtpräventionsprogrammen in Grundschulen weit entfernt sind.

- » Bei älteren konsumerfahrenen Schüler*innen zeigen motivierende Kurzinterventionen und Aufklärung eine konsumreduzierende Wirkung, wie z.B. die Evaluationsergebnisse des Programmes MOVE zeigen. Das Programm MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen, welches evaluiert und in Deutschland verbreitet ist, befähigt Pädagog*innen, mithilfe einer bestimmten Gesprächstechnik mit den Jugendlichen ins Gespräch zu kommen und die Motivation für eine Verhaltensänderung zu steigern.
- » Als ebenfalls wirksam erweisen sich familienorientierte Angebote, wobei universelle Angebote stärker wirken als selektive. Im Rahmen der Suchtprävention gibt es das Kursangebot für Eltern Hilfe, mein Kind pubertiert. Ansonsten werden Eltern vorwiegend mit (Online-) Elternabenden, Informations- und Beratungsangeboten angesprochen, da sie in der Suchtprävention eine

wichtige Rolle spielen, wenngleich es schwer ist, Eltern systematisch zu erreichen.

- » Ein weiterer wirkungsvoller Ansatz sind kommunale Ansätze, in denen mehrere kommunale Handlungsfelder koordiniert ihre Angebote machen. Hier gibt es zurzeit keine kommunalen cannabisbezogenen Projekte, es gibt allerdings sehr gute Erfahrungen mit kommunalen Präventionsstrategien im Rahmen des HaLT – Hart am Limit-Programms (Alkoholprävention), dass sich seit ca. 15 Jahren in ca. 160 Kommunen in Deutschland etabliert hat.

Zwischenfazit

Es sind Präventionsprogramme verfügbar, die einen Wirkungsnachweis in Bezug auf Cannabisprävention erbracht haben. Deren Anzahl und Verbreitungsgrad ist aber gering. Vor allem im Bereich selektiver Angebote für Risikogruppen bestehen Lücken. Darüber hinaus gibt es eine Fülle an Präventionsprogrammen, -projekten und -angeboten, die häufig wirkungsorientierten Präventionsansätzen entsprechen. Ebenso sind eine Vielzahl an cannabisbezogenen Beratungs- und (Früh-)Interventionskonzepten in der Praxis etabliert. Wenn auch die meisten Präventions- und Interventionsangebote evaluiert sind, bleibt der Wirkungsnachweis vor allem universeller Angebote in Bezug auf Cannabis häufig noch unklar. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Für die Umsetzung von kommunalen und familienbezogenen Cannabis-Präventionsstrategien fehlen zurzeit noch konkrete Konzepte und Ressourcen.

Eine weitere Herausforderung ist die Vielfalt der Akteure im Feld. Ihre Arbeit wird nicht systematisch gesteuert und Lücken in den Angebotsstrukturen können lokal sehr unterschiedlich ausfallen. Hier fehlt ein systematischer Überblick.

Was brauchen wir zukünftig in der Cannabisprävention?

Die NLS hat im September 2022 ein Positionspapier mit dem Titel „Prävention jetzt – Gesundheit geht vor!“ veröffentlicht.²⁰ In der Suchthilfe und Suchtprävention gibt es unterschiedliche Positionen zur geplanten Neuregulierung. Wenn es zu einer straffreien Abgabe von Cannabis an Erwachsene kommen soll, um vor allem den Gesundheits- und Jugendschutz zu stärken, dann sehen wir die Verpflichtung bei der Politik, den Paradigmenwechsel mit einen modernen, umfassenden und evidenzbasierten Public Health-Ansatz zu flankieren. (Neue) suchtpreventive Strategien sind aufs engste mit der Diskussion und Umsetzung des Vorhabens zu verbinden. Insofern hat unser Positionspapier eine präventionsbezogene Ausrichtung. Einige Aspekte werden hier detaillierter vorgestellt.

Der Gesundheits- und Jugendschutz müssen das leitende Motiv der Neuregulierung sein. Andere Interessen – vor allem wirtschaftliche – müssen diesem Ziel untergeordnet werden. Dabei sollten wir aus den bisherigen Erfahrungen lernen: die eher liberale Politik für Anbieter von Tabak, Alkohol, Glücksspiel und digitalen Medien, deren primäres Ziel es ist,

mit ihren Produkten Umsatz und Profit zu machen, konterkariert in der Regel Präventionsbemühungen. Der Jugendschutz wird leidlich eingehalten, hinzu kommen Probleme beim Vollzug des Jugendschutzes, so dass wir in vielen Bereichen relativ hohe Prävalenzzahlen zu verzeichnen haben. Solange die Anbieter sich immer wieder neue Adressatengruppen und Absatzwege erschließen, läuft die Prävention diesen Strategien immer hinterher. Ein nicht-profitorientiertes Abgabesystem könnte den Widerspruch zwischen suchtpreventiven Zielen und Profitinteresse auflösen. Käufer*innen könnten ergebnisoffen beraten werden und die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes wäre einfacher. Auch eine mögliche Veränderung von Abgabestrategien sowie die Einbindung in die kommunale Präventionsstrategie wäre einfacher und glaubwürdiger.

In den anzuwendenden Präventionsstrategien sollten alle Präventionsarten – universell, selektiv, indiziert und strukturell bzw. auf die Verhältnisse bezogen – genutzt und sinnvoll kombiniert werden (Policy-Mix). Dabei ist darauf zu achten, dass die unterschiedlichen Konsument*innengruppen und Konsummotive systematisch berücksichtigt werden, denn die erwachsenen Gelegenheitskonsument*innen mit sog. Genussmotiven, die mit dem Vorhaben angesprochen werden, sind nicht die Gruppe, die der Suchtprävention die größten Herausforderungen stellt. Das sind vielmehr Jugendliche und junge Erwachsene, für die der Konsum von Cannabis aufgrund der biologischen Entwicklung des Gehirns größere Risiken birgt, vulnerable

Gruppen mit (zum Beispiel aufgrund von Vorerkrankungen) oder auch Menschen mit riskanten Konsummustern.

Damit eine Präventionsstrategie wirken kann, muss sie bei den Menschen ankommen – und zwar Deutschlandweit! Wir fordern die Einrichtung von ‚Kommunalen Cannabiszentren‘, die mit ausreichend Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen im Verhältnis zur Einwohnerzahl langfristig ausgestattet und etabliert werden. Sie können suchtpreventive Angebote z.B. in Schulen selber durchführen, aber vor allem Multiplikator*innen schulen, Eltern beraten, Konsumierende informieren und neue Zugangswege, Ansprachen und Settings entwickeln. Des Weiteren würden sie das lokale Netzwerk mit weiteren Akteuren in der Cannabisprävention steuern und die cannabispräventive Arbeit vor Ort dokumentieren und sich an der Umsetzung der Evaluation der Neuregulierung beteiligen. Unbedingt erforderlich sind landes- und bundesweite Vernetzungs- und Koordinierungsstrukturen, um das Feld gemeinsam evidenz- und zielorientiert weiterzuentwickeln.

Eine Herausforderung ist, dass man die Cannabisprävention nicht isoliert betrachten und aus der allgemeinen Suchtprävention „herausschneiden“ kann. Ein starker Ausbau der Cannabispräventionsstrukturen stünde im Ungleichgewicht zur allgemeinen Suchtprävention. In Niedersachsen hat noch nicht einmal jeder Landkreis und kreisfreie Stadt eine Fachkraft für Suchtprävention. Des Weiteren haben wir gesehen, dass gerade in der universellen Prävention lebens-

kompetenzstärkende und nicht cannabispezifische Ansätze bei Kindern und jungen Jugendlichen Wirksamkeitsnachweise erbringen.

Weitere Herausforderungen sind u.a.

- » die flächendeckende Versorgungsstruktur mit Präventions- und Frühinterventionsangeboten auch in strukturschwächeren Regionen,
- » die Finanzierung des Aufbaus und Erhalts der Präventions- und Frühinterventionsstrukturen unter Beachtung der föderalistischen Zuständigkeiten,
- » das Setzen und Einhalten von Qualitätsstandards von Präventionsangeboten,
- » der Umgang mit dem Fachkräftemangel und Qualifizierung neuer Fachkräfte,
- » die frühzeitige Einführung der verstärkten Suchtprävention, da der Präventionsbedarf bereits vor und mit der Diskussion um die Regulierung gestiegen ist,
- » die präventive Erreichung der Gruppe der jungen Erwachsenen, die legal Cannabis konsumieren dürfen, obwohl der Konsum mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen assoziiert sein kann und
- » die verstärkte Ansprache von Eltern, um sie im Umgang mit der neuen rechtlichen Situation zu unterstützen, da sie einen erheblichen Einfluss auf das Konsumverhalten ihrer Kinder haben.

Fazit

Die Regulierung der Abgabe von Cannabis an Erwachsene bietet Chancen und Herausforderungen. Die Chancen können nur genutzt werden, wenn sie mit einer umfassenden Suchtpräventions-, Jugend- und Gesundheitsschutzstrategie umgesetzt wird. Die vorhandenen Strukturen der Suchtprävention müssen hierfür systematisch weiterentwickelt sowie ausreichend und verbindlich auf- und ausgebaut werden. Da dies ein komplexes Vorhaben ist, bietet es sich an, hierfür ein Expert*innengremium aus Politik, Praxis und Wissenschaft einzuberufen, das realistische, evidenzbasierte und nachhaltige Strategien (weiter-)entwickelt. Dies muss bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes passieren.

Und auch, wenn es nicht zu einer Regulierung der Abgabe von Cannabis kommen sollte: Die Prävention sollte gerade dann besonders im Blick bleiben und weiter ausgebaut werden, da der Befund, dass die jetzige Situation in Hinblick auf den Jugend- und Gesundheitsschutz präventives Handeln erfordert, nach wie vor Bestand hat!

Ricarda Henze
Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen

Anmerkungen

- 1 Rehbein, F.; Weber, J.; Staudt, A. (2017): Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen. Erster Forschungsbericht für das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. (KFN-Forschungsberichte No. 132). Hannover: KFN.
- 2 HaLT – Hart am Limit ist ein bundesweites evaluiertes Programm zur kommunalen und indizierten Alkoholprävention für Kinder, Jugendliche und jungen Erwachsenen. Weitere Informationen unter www.halt.de und www.halt-in-niedersachsen.de.
- 3 String, S., Blum, C. (2003): Soziale Arbeit in der Suchtprävention. Reinhardt UTB, S. 21.
- 4 ebd., S. 16.
- 5 Bühler, A., Kröger, C. (2006): Expertise zur Suchtprävention. BZgA (Hrsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 29. Neuauflagen 2013 (Bühler, A. & Thrl, J.; Band 46) und 2020 (Bühler, A., Thrl, J. und Gomes de Matos, E., Band 52).
- 6 Programmentwickler: Villa Schöpfli – Zentrum für Suchtprävention, Lörrach. <https://www.villa-schoepfli.de/cannabis-quo-vadis.html> (Zugriff: 9.12.2022)
- 7 Programmentwickler: ginko Stiftung für Prävention, Mülheim/Ruhr. <https://www.starkstattbreit.nrw.de/Methodenkoffer-Cannabis-Praevention> (Zugriff: 9.12.2022)
- 8 Programmentwickler: Fachstelle für Suchtprävention Berlin. <https://www.kompetent-gesund.de/projekte/hoehenrausch/> (Zugriff: 9.12.2022)
- 9 Hoch, E., Lauffer, P., Wink, C. und Pogarell, O. (2017): Cannabisprävention an Schulen – Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit (IIA5-2513DSM201). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_Cannabispraevention_an_Schulen_2017.pdf (Zugriff: 9.12.2022)
- 10 <https://finder-akademie.de/rebound/> (Zugriff: 9.12.2022)
- 11 Die anderen beiden Programme „Xktps.com“ und „The Cannabis Show“ sind nicht verbreitet.
- 12 Einige Angebote sind ausschließlich für cannabiskonsumierende Menschen (Quit he Shit, Can Stop, Realize it!), andere sprechen Personen mit Problemen mit illegalen Drogen allgemein an (FreD und FriDA) und wieder andere sind substanzübergreifend angelegt (SKOLL).
- 13 <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information> (Zugriff: 9.12.2022)
- 14 BZgA (Hrsg.) (2018): Schule und Cannabis - Regeln, Maßnahmen, Frühintervention. Ein Leitfaden für Schulen und Lehrkräfte. Reihe: Gesundheit und Schule (G+S).
- 15 NLS (Hrsg.) (2020): Umgang mit Cannabiskonsum im Lebensraum Schule. Handreichung zum Hinsehen und Handeln. Hannover.
- 16 NLS (Hrsg.) (2020): Umgang mit Cannabiskonsum im Lebensraum Schule. Handreichung zum Hinsehen und Handeln. Hannover.
- 17 Bühler, A., Kuttler, H. (2020): Wirkungsorientierte Prävention des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen – Factsheet zur BZgA-Expertise Suchtprävention 2020. Hrsg. von der BZgA.
- 18 ebd.
- 19 Recherchegrundlage: Bundesweite Programme lt. Dot.sys, nds. Programme lt. Dot.sys, BZgA/GKV-Bündnis für Gesundheit: Auswahl von Lebenskompetenzprogrammen in Deutschland.
- 20 vgl. https://nls-online.de/home16/images/nls/NLS_Positionspapier_zur_Neuregulierung_von_Cannabis_final.pdf

FriDA

Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz

Einleitung

Im Berliner Therapieladen e.V. werden Jugendliche und Erwachsene mit Cannabisproblemen seit 1985 ambulant therapeutisch unterstützt. Die Einrichtung hatte sich zum Ziel gesetzt, mit einem spezifischen Angebot Cannabiskonsumierende, die Hilfe benötigen, besser und früher zu erreichen. Erwachsene Cannabisklient:innen mit Suchtproblemen werden im Rahmen der Ambulanten Reha-Sucht behandelt, während Minderjährige ambulant-therapeutische Angebote im Rahmen von SGB VIII KJHG-Therapieleistungen angeboten werden. Neben den therapeutischen Regelleistungen wurden in den vergangenen Jahren verschiedene therapeutische Konzepte erprobt und evaluiert. Das größte Projekt war ab 2005 die transnationale INCANT-Studie in der die Multidimensionale Familientherapie evaluiert wurde. Das im Folgenden beschriebene FriDA-Projekt basiert auf diesem systemisch-familientherapeutischen Ansatz.

Seit Mitte der 90er Jahre ist die Prävalenz des Cannabiskonsums gestiegen und hat sich als „illegale Alltagsdroge“ in der Gesellschaft etabliert. Menschen mit einer Hauptdiagnose Cannabis sind seit 2014 in der deutschen Sucht-

hilfestatistik an die Spitze der Betreuungsfälle gerückt. Auch Krankenhauseinweisungen in Folge einer cannabisbezogenen Störung sind in Deutschland in den vergangenen 20 Jahren um das 5-fache deutlich gestiegen.

Ein Blick in die Statistik der Suchtkrankenhilfe zeigt, dass Cannabisklient:innen einerseits zwar mehr als früher erreicht werden, andererseits kommen die Klient:innen durchschnittlich erst im Alter von 25 Jahren an, Tendenz steigend.

Wenn wir das Thema „Jugendschutz“ und Vermeidung von bzw. Sensibilisierung für Suchtentwicklung ernst nehmen, stehen wir hier vor einer der größten Herausforderungen, Wie können wir die vulnerable Gruppe von Jugendlichen Problemkonsument:innen früher erreichen?

Zunächst ist davon auszugehen, dass ca. 80–85% der jugendlichen Cannabiserfahrenen über gute persönliche und soziale Ressourcen verfügen und im Kontext von Entwicklungsaufgaben den kompetenten Umgang mit Cannabis und ggfls. anderen psychoaktiven Substanzen erlernen. Eingebettet in positive

familiäre und soziale Unterstützungssysteme machen sie in der Adoleszenz ihre Lern- und Grenzerfahrungen mit Substanzen und integrieren in aller Regel den Konsum in ihre Alltagspraxis, oder stellen den Konsum wieder ein, wenn die Nachteile des Konsums überwiegen.

Das Erlernen von Risikokompetenz, bzw. Konsumkompetenz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, welche von Familie, Schule und anderen Akteuren suchthpräventiv unterstützt werden kann. Ein weites Feld für die universelle und selektive Suchthprävention!

Uns interessiert aber nun die jugendliche Gruppe mit weniger vorhandenen und entwickelten psychosozialen Ressourcen. Die Wahrscheinlichkeit einer Suchtentwicklung mit Cannabis ist hier deutlich erhöht: früher Konsumeinstieg, regelmäßiger Konsum, das Entdecken selbstmedikativer Funktionen des Kiffens, die Drift in eine sehr drogenbezogene peer group, zeigen sich bereits in der mittleren Adoleszenz (14–16 Jahren). Hier werden dann die Weichen für die weitere psychosoziale Entwicklungen gestellt werden.

Ein Blick in die Ergebnisse der Cannabisinterventionsprojekte zeigt, dass die Klient:innen in aller Regel frühestens zum 18. Lebensjahr (z.B. FreD) erreicht werden, oder deutlich später ab dem 25. Lebensjahr (realize it/Quit the shit, Candis). Lediglich mit dem Angebot der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) konnten Jugendliche mit starken Cannabisproblemen im 16. Lebensjahr deutlich früher erreicht werden. Es ist offensichtlich, dass wir mit rein individuumszentrierten Konzepten der Frühintervention, welche „nur“ das Konsumverhalten der Jugendlichen im Blick haben und beeinflussen wollen, nicht ausreichend wirksam sind.

Das in der Suchthilfe und in den spezifischen Cannabisprojekten etablierte Beratungskonzept der Motivierenden Gesprächsführung, benötigt für Minderjährige eine Ergänzung von systemisch orientierten Beratungskonzepten für Eltern, Angehörige und professionelle Helfer:innen in der Jugendhilfe.

Unsere langjährigen therapeutischen Praxiserfahrung mit cannabis konsumierenden Jugendlichen in der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe zeigen, dass Eltern selbst viel zu wenig Unterstützung erhalten und in ihren Ressourcen zu wenig Beachtung finden und gestärkt werden.

Dabei wäre aus unserer Sicht ein wesentlicher Aspekt eines guten „Jugendschutzes“, Eltern in ihrer Kompetenz zu stärken, wenn Unsicherheiten in der Adoleszenzphase erlebt werden. Die betroffenen Eltern und Angehörige mit ihrer erlebten

Hilfslosigkeit und Orientierungslosigkeit zu unterstützen und wieder mehr Selbstwirksamkeit und „gute Autorität“ als Eltern erfahren zu lassen, sind wesentliche Ziele unseres Beratungs- oder Therapieprozesse für Jugendliche mit Suchtproblemen.

Während die Wirksamkeit der systemischen Konzepte, insbesondere die MDFT, längst nachgewiesen ist, steht deren Umsetzung in der Versorgungspraxis noch aus.

Vor dem Hintergrund dieses Mangels an guten familienorientierten Hilfen ist es durchaus zu verstehen, wenn betroffene Eltern (beispielsweise aus den organisierten Elternselbsthilfekreisen) der geplanten Cannabislegalisierung eher kritisch bis ablehnend gegenüberstehen, machen sie doch oft genug die Erfahrung von der Jugendhilfe oder Suchthilfe nicht schnell genug unterstützt zu werden, oder mit gut gemeinten Erziehungsratschlägen konfrontiert zu werden, die an der konkreten Lebensrealität der Familien oft vorbeizielen.

Das Projekt FriDA

Das FriDA-Projekt wurde im Auftrag der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung im Jahr 2019 im Rahmen des Berliner Netzwerk Frühintervention konzipiert und erprobt. Dabei wurden bisher insgesamt acht Berliner Drogenberatungsstellen mit je zwei Mitarbeiter:innen geschult. Die Ergebnisse zeigten eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer:innen mit dem FriDA-Schulungsprogramm: Das auf die Anforderungen in

Suchtberatungsstellen zugeschnittene systemische Beratungskonzept wurde als sehr hilfreich und wirksam, insbesondere in der Arbeit mit Eltern und in Familiensitzungen erlebt.

Auf der Basis des in Berlin erprobten FriDA-Projekts wurde ab 2021 in einem vom BMG geförderten Projekt ein bundesweiter Transfer in weiteren 12 Beratungsstellen umgesetzt. Ergebnisse der Evaluation werden im März 2023 erwartet. Mit dem systemisch-familienorientierten Beratungsansatz sollen Drogen- und Suchtprobleme im Jugendalter möglichst früh erkannt und positiv beeinflusst werden. Neben der Beratung von Jugendlichen geht es um die gezielte Unterstützung von Eltern und anderen Familienangehörigen, denn Jugendliche unter 18 Jahren nehmen kaum von sich aus Hilfe in Anspruch. Mit dem familienorientierten Ansatz sollen auch die Schnittstellen und Vernetzung von Suchthilfe, Jugendhilfe und Schule längerfristig gestärkt werden.

Zielgruppe des Angebotes

Die Zielgruppe des Angebotes sind Familien, in denen jugendlicher Substanzkonsum und assoziierte Verhaltensweisen als Problem wahrgenommen werden. FriDA richtet sich vor allem auf die Altersgruppe der 12 bis 18-Jährigen, wobei auch 18 bis 21-Jährige bzw. deren Eltern beraten werden können, wenn diese jungen Erwachsenen noch bei den Eltern wohnen. Eltern und andere familiäre Bezugspersonen sind in der Regel die Rat- und Hilfesuchenden und werden auch ohne Teilnahme ihrer Kinder unterstützt.

Methodischer Ansatz

FriDA orientiert sich am systemischen Konzept der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT). Die in zahlreichen Therapiestudien beforschte MDFT erreicht Minderjährige mit Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit über den aktiven motivierenden Einbezug der Eltern, anderer Familienangehöriger und Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Familie. Der Beratungsprozess sowie die diagnostische Einschätzung erfolgt anhand vier paralleler Interventionsebenen: Der Fokus richtet sich zum einen auf das Verhalten und Erleben des bzw. der Jugendliche/n, zum anderen auf die Ebene der Eltern im Hinblick auf Erziehungspraxis, Belastungen und Selbstfürsorge. Der Fokus Familie richtet sich auf die Gestaltung von Kommunikation und Beziehung. Das soziale Umfeld ist hinsichtlich Risiko- und Schutzfaktoren für den Entwicklungsverlauf und die aktuelle Situation der Familie im Blick.

Im FriDA-Konzept wurden die Grundprinzipien, Haltungen und Ziele des MDFT-Ansatzes auf ein Beratungskonzept im Leistungsspektrum von Sucht- und Drogenberatungsstellen übertragen.

Kontaktgestaltung

Ressourcenorientierte, motivierende Beratung wird je nach Bedarf in verschiedenen Subsystemen und Settings angeboten, es werden jedoch Eltern als Ratsuchende im Mittelpunkt stehen. Die Berater*innen sind prinzipiell bereit, mit allen Familienmitgliedern und außerfamiliären Bezugspersonen Kontakt aufzunehmen, die zu einem günstigen Entwicklungsverlauf beitragen können. Sie arbeiten (mindestens) in einem Tandemteam mit kurzfristig möglichem kollegialem Austausch.

Beratungshaltung

Grundlage der Beratungshaltung ist die Allparteilichkeit dem familiären System gegenüber. Die Berater*innen verbinden sich nach Möglichkeiten mit allen Teilnehmenden des familiären Systems und behalten zugleich eine Außenperspektive. Dadurch ermöglichen sie auch innerhalb des Systems den Wechsel von Perspektiven.

In der beratenden Arbeit mit den Eltern werden diese in ihrer „Not“ gehört und verstanden, d.h. sie werden als Klient*innen mit eigenem Hilfebedarf anerkannt. Bedeutsam ist die Vermittlung von Respekt und Wertschätzung für das Elternengagement. Die (subjektiv oft nicht mehr wahrgenommene) Wirksamkeit soll hervorgehoben und der noch bestehende Elterneinfluss erlebbar gemacht und verstärkt werden.

In der beratenden Arbeit mit Jugendlichen orientieren sich die Berater:innen am Konzept der Motivierenden Gesprächsführung. Die Sichtweise des Jugendlichen wird ernst genommen, dabei berücksichtigt die Gesprächsführung das jeweilige Alter und den Entwicklungsstand des/r Jugendlichen. Motivationslosigkeit und Nichtveränderungshaltung können von den Berater:innen akzeptiert und gewürdigt werden, da die Verantwortung für den Entwicklungsverlauf des Jugendlichen bei den Eltern belassen wird.

Im außerfamiliären System werden bei Bedarf Kooperationspartner*innen mit eigenen Interessen und Aufträgen einbezogen. Professionelle Ressourcen sollen genutzt bzw. der Einbezug verfügbarer Hilfen, insbesondere der Jugendhilfe gebahnt bzw. gefördert werden.

Ziele und Prozess der FriDA-Beratung

Grundlegende übergeordnete Ziele jeder FriDA-Beratung sind:

- » Eltern in Bezug auf das wahrgenommene Problemverhalten der Jugendlichen zu orientieren und in ihrer Erziehungs- bzw. Elternkompetenz stärken
- » Konsum- und Risikoverhalten bei Jugendlichen einzuschätzen und zu mindern
- » Selbstverantwortung (mit Fokus Konsumverantwortung) des/der Jugendlichen zu stärken
- » Lösungen und praktische Empfehlungen für die spezifische familiäre Problemstellung zu erarbeiten.

Der FriDA-Beratungsprozess verläuft zielorientiert und strukturiert, jedoch eng an den Anliegen und Problemlagen der jeweiligen Familie ausgerichtet. Zur handlungsleitenden Orientierung werden Leitfäden und Dokumente zur Verfügung gestellt: Klient*innenbogen, Planungsbogen, Beratungskontakt, Risiko- und Ressourcenbogen und Beratungsskripte.

Der Prozess wird strukturiert anhand der

- » Settingauswahl (zunächst wie angefragt, andere Settings werden angeregt)
- » Formulierung von Beratungszielen (Einheit von Diagnostik und Intervention)
- » Umsetzung in Fragen/ Interventionen
- » Ergebnisse und Empfehlungen

In jedem Beratungsprozess soll eine diagnostische Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren erfolgen im Hinblick auf

- » das Konsumverhalten des Jugendlichen
- » das psychosoziale Problemverhalten
- » die familiäre Situation
- » die elterlichen Kompetenzen
- » den sozialen Kontext (Schule/ Ausbildung/Peer/etc.).

Diese Einschätzung erfolgt strukturiert durch einen fallspezifischen Risiko- und Ressourcenbogen und ist die Grundlage für die Ableitung weiterer Beratungsziele und Interventionen nach dem Erstkontakt. Im weiteren Beratungsverlauf werden je nach Anliegen, Problemausprägung und

Ergebnissen der vorherigen Sitzung weitere Beratungsziele bestimmt.

Zur Einschätzung des Beratungsprozesses können zwei Leitfragen als Orientierung nützlich sein:

- » Welche kurzfristigen Ziele können innerhalb des Beratungsprozess erreicht werden?
- » Welche Ziele können/sollen mit weiterführenden Hilfen angestrebt werden?

Eine idealtypische Kategorisierung von Beratungsprozessen zur Orientierung:

Typ A: Beratung für ressourcenstarke Familien/Jugendliche:

Hier kann innerhalb von ein bis drei Beratungskontakten mit Informationen, Aufklärung und Bestärkung vorhandener Ressourcen erfolgreich beraten werden.

Typ B: Beratung bei Suchtgefährdung und deutlichen Problemen im familiären System

Hier benötigt die Familie einen intensiveren Beratungsprozess, um Verhaltensänderungen in unterschiedlichen Dimensionen fokussieren bzw. erreichen zu können (5–10 Beratungskontakte). Der Beratungsprozess braucht entsprechend mehr Zeit und findet eventuell in Intervallen statt. Er beinhaltet die Option der Vermittlung in zusätzliche begleitende oder anschließende Hilfen.

Typ C: Beratung bei gravierenden psychischen-/Suchtproblemen bei Jugendlichen bzw. im familiären System

Hier ist die Initiierung einer längerfristigen Therapie erforderlich (stationär oder ambulant unter bestimmten Bedingungen). Auch die Vermittlung in Entzug und/oder Therapie benötigt mittelfristige beratende Begleitung. Die Arbeit an den Schnittstellen im Hilfesystem mit dem Ziel der Vernetzung von Hilfen ist dabei sehr wichtig.

Ausblick

Klinische Studien und die praktische Erfahrung zeigen, dass frühe Probleme mit Cannabis immer im Kontext von anderen psychischen und sozialen Problembereichen stehen. Im Sinne der „Frühintervention“ sollte es die Aufgabe sein, Jugendliche mit Cannabiskonsumstörungen problemadäquate beratende bzw. therapeutische Angebote zu machen. Hier sind in Deutschland noch erhebliche Defizite zu verzeichnen. Es fehlt sowohl an ambulanten als auch stationären Plätzen, vor allem aber ist die oft mangelnde Abstimmung in den Hilfenetzwerken zu beklagen. Insbesondere ist die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe bzw. dem Jugendamt deutlich zu verbessern, in dem auch das Jugendamt selbst noch mehr in die Pflicht für eine gemeinsamen Hilfeplanung für Jugendliche mit Suchtproblemen genommen wird. Festzuhalten ist: Es braucht Beratungskonzepte, die nachweislich wirksam die

jugendliche Zielgruppe (unter 18) erreichen. Die bisherigen Ergebnisse des Berliner FriDA-Projekts zeigen auf beeindruckende Weise, dass es gelungen ist, sehr junge Klient:innen in einem frühen Stadium des Konsums zu erreichen und Eltern intensiv miteinzubeziehen. Für manche/n Berater:in geht damit eine grundlegende Perspektiverweiterung und ein Haltungswechsel im Umgang mit Eltern bzw. der Familie einher.

Der systemische „Paradigmenwechsel“ ist jedoch nur eine der notwendigen Voraussetzungen für die angestrebte Veränderung. Für eine mittel- und langfristige und in die Breite wirksame Umsetzung des Angebotes muss die einzelne Beratungseinrichtung die konzeptionelle Veränderung inhaltlich mittragen und die entsprechenden Voraussetzungen und Ressourcen (räumlich und zeitlich) zur Verfügung stellen.

Literatur

DBBD, Reitox Report 2015

Gantner A. (2014) NATIONALER TRANSFER DER IN DER INCANT STUDIE EVALUIERTEN MDFT ALS FAMILIENBASIERTER FRÜHINTERVENTION IN DIE JUGENDSUCHTHILFE. Sachbericht. Bundesministerium für Gesundheit.

Gantner 2012, AMBULANTE THERAPIE BEI JUGENDLICHE MIT SUCHTPROBLEMEN. Impulse aus einer systemischen Perspektive. PID 4/2012 · 13. Jahrgang

Gantner, Spohr, Bobbink (2021) FriDA. DAS BERATUNGSMANUAL. Therapieladen, Berlin

Gantner (2021) PROJEKTBERICHT FriDA. Therapieladen, Berlin

Tossmann & Gantner (2016) FRÜHINTERVENTION, BERATUNG UND BEHANDLUNG BEI CANNABISSTÖRUNGEN. In: Suchttherapie 2016.17; 1–5

Tossmann HP, Jonas B, Rigter H et al. MULTIDIMENSIONALE FAMILIENTHERAPIE (MDFT) BEI CANNABISBEZOGENEN STÖRUNGEN. SUCHT 2012; 58 (3): 157–166.

DELTA Dresdner Multimodale Therapie für Jugendliche mit chronischem Suchtmittelkonsum

Im Rahmen des 75-minütigen Workshops wurde das kürzlich entwickelte und veröffentlichte Behandlungsmanual „DELTA – Dresdner Multimodale Therapie für Jugendliche mit chronischem Suchtmittelkonsum“ (Golub et al., 2021) vorgestellt und Anpassungen zur Anwendung in der vollstationären Jugendhilfe im Rahmen des laufenden DELTA-JU Projektes diskutiert (Kuitunen-Paul et al., eingereicht). Den zweiten Schwerpunkt bildete der interdisziplinäre Austausch über Anwendungsmöglichkeiten einer strukturierten Behandlung im Bereich Akuttherapie (vor stationärem Entzug), Recovery (nach dem Entzug) und in der Suchtberatung.

Schwerpunkt 1 (DELTA Evaluationsstudie): Entwicklungsgrundlagen und Anwendungserfahrungen zum Manual für die ambulante Behandlung

Im ersten Teil des Workshops wurde schwerpunktartig auf die Entstehungsgeschichte zum DELTA-Manual (Golub et al., 2021) eingegangen und die Umsetzung der damit einhergehenden Gruppen zum Thema Suchterkrankung im Jugendalter in der Spezialambulanz für Suchterkrankungen im Jugendalter des Universitätsklinikums Dresden vorgestellt. Neben einer ersten Darstellung der Abläufe innerhalb der Suchtambulanz, um das Entstehungssetting des Manuals besser nachvollziehen zu können, wurde detaillierter auf verschiedene Themen und Inhalte des DELTA-Manuals (Golub et al., 2021) eingegangen. Ein Schwerpunkt lag dabei besonders auf einer praxisnahen Vorstellung des Manuals und seiner Anwendung.

Das DELTA-Manual (Golub et al., 2021) wurde in der Spezialambulanz für Suchterkrankungen im Jugendalter des Universitätsklinikums Carl-Gustav-Carus unter der Leitung von PD Dr. Dr. habil. Yulia Golub entwickelt. Programmentwicklung

und Weiterentwicklung wurden gefördert durch das Sächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur bzw. Sächsische Aufbaubank –Förderbank– (Förderkennzeichen 100362999), die Roland-Ernst-Stiftung (Förderkennzeichen DELTA-JU 6/21) und die Heidehof-Stiftung (Förderkennzeichen 59119.01.1/1.22).

Prozesse und Patient:innen der Suchtambulanz des Universitätsklinikums Dresden

Im Rahmen der Behandlung von suchtgefährdeten bzw. suchterkrankten Jugendlichen bildet der interdisziplinäre Austausch einen wichtigen Grundstein und ermöglicht so eine breite Perspektive auf die Suchterkrankung durch den Einbezug von ärztlichen, psychologischen, sozialpädagogischen sowie wissenschaftlichen Perspektiven. Neben den regulären Neuvorstellungen finden ebenso Notfall-Vorstellungen sowie auch Fallkonferenzen statt, in denen die weitere Versorgung der Klient:innen besprochen wird. Die Jugendlichen kommen dabei aufgrund ihrer Minderjährigkeit in Begleitung mindestens eines Sorgeberechtigten oder gesetzlichen

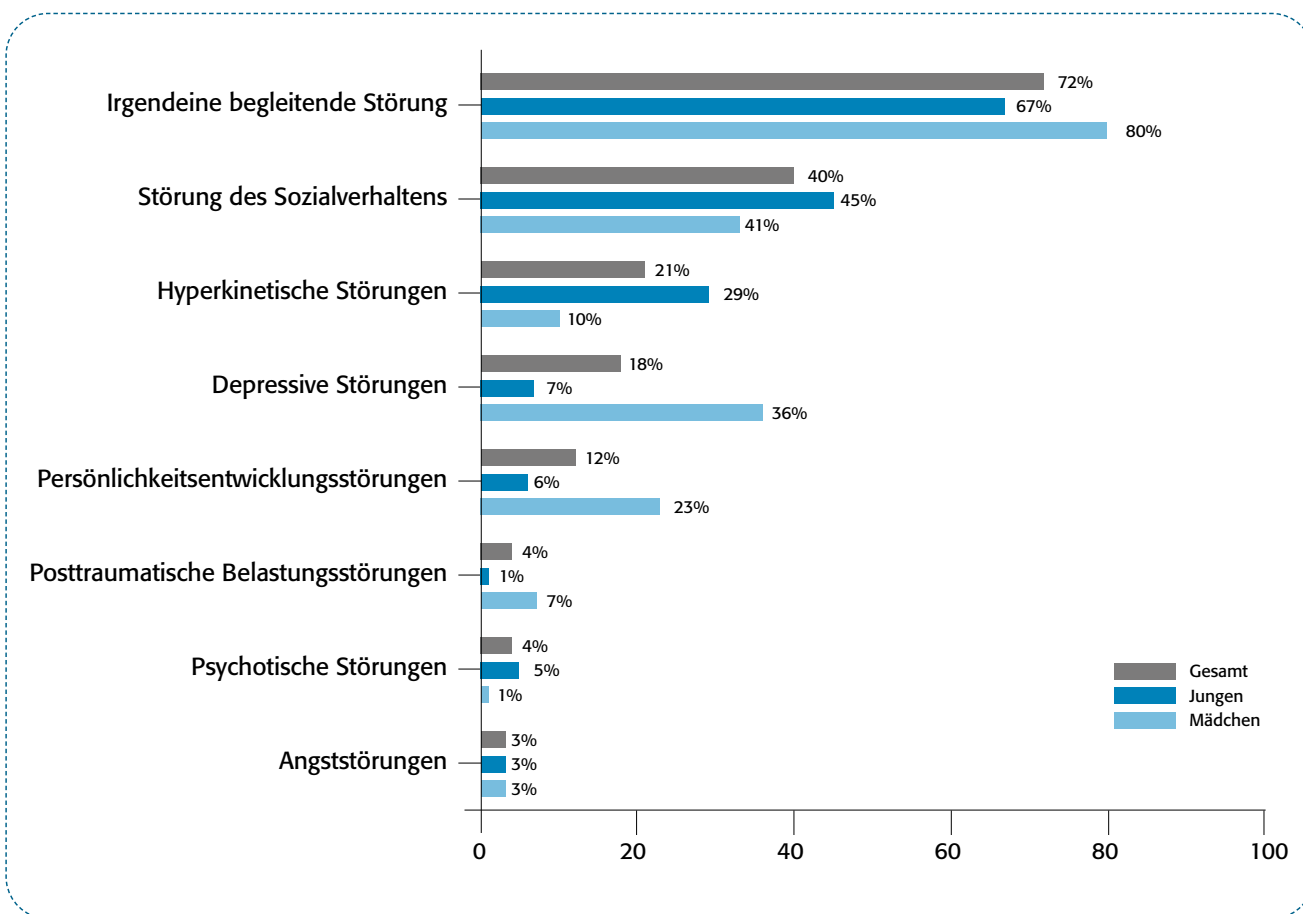


Abbildung 1: Verteilung begleitender psychischer Störungen nach ICD-10 (n=196 ambulante Patient:innen mit Substanzkonsumstörung), adaptiert nach Wiedmann, Atzendorf, et al., 2022

Vormundes. Insgesamt finden ca. 90–100 Neuvorstellungen im Jahr in der Suchtambulanz des Universitätsklinikums Dresden statt. Dabei zeigt sich ein leichter Überhang von Jungen (61%). Im Durchschnitt sind die vorstellig werdenden Jugendlichen 16 Jahre alt, wobei die Jungen häufig ein wenig älter als die Mädchen sind (durchschnittliches Alter Jungen = 16,2, durchschnittliches Alter Mädchen = 15,6) (Wiedmann, Atzendorf, et al., 2022). Eine Vorstellung in der Suchtambulanz findet häufig aufgrund unterschiedlichen Substanzkonsums statt. Zu einer der präsentesten Substanzen zählt dabei Cannabis. Circa 84% aller vorstellig werdenden Jugendlichen kommen aufgrund von Problemen in Bezug auf diese Substanz, also

infolge einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs (Wiedmann, Atzendorf, et al., 2022). Wichtig ist jedoch hierbei, dass sich der Konsum nicht immer auf eine bestimmte Substanz begrenzen lässt und in einem Großteil der Fälle beispielsweise diverser (Probe)konsum berichtet wurde. Dabei gilt als oberstes Ziel im Rahmen der Behandlung der suchtmittelabhängigen Jugendlichen zunächst eine Reduzierung des Suchtmittelkonsums anzustreben, wobei nach und nach suchtmittelfreie Phase aufgebaut und damit der Weg in eine dauerhafte Abstinenz geebnet werden soll.

Außerdem bestehen neben der vordergründig auftretenden Ab-

hängigkeitserkrankung bei fast drei Vierteln (72%) der in der Suchtambulanz vorstellig werdenden Jugendlichen ebenso komorbide Störungen, wie beispielsweise Störungen des Sozialverhaltens, hyperkinetische Störungen oder depressive Störungen (Wiedmann, Atzendorf, et al., 2022), siehe Abbildung 1. Erschwerend kommt hinzu, dass jede:r Vierte suizidale Gedanken im letzten Monat (26%) berichtete oder bereits mindestens einen Suizidversuch in der Vorgeschichte hatte, besonders Mädchen (37% vgl. mit 17% der Jungen). Jede:r Dritte (39%) berichtete darüber hinaus von Selbstverletzungen ohne suizidale Absicht (69% der Mädchen, 15% der Jungen; Wiedmann, Atzendorf, et al., 2022).

Umsetzung und Organisation

Um diese Ziele lebens- und alltagsnah für die Jugendlichen planen und umsetzen zu können, bietet das DELTA-Programm verschiedene Ansatzpunkte und Themen, die im Rahmen dieser Gruppentherapie bearbeitet werden. Das DELTA-Programm besteht zum einen aus einer Jugendgruppe. Diese beinhaltet 16 Sitzungen, wobei eine Sitzung pro Woche stattfindet und entsprechend eines der 16 verschiedenen Themen pro Woche behandelt wird. Die Gruppe findet ab vier Teilnehmenden statt, wobei sich herausgestellt hat, dass eine maximale Teilnehmendenzahl von acht am besten umzusetzen ist. Bei lediglich ein bis zwei Jugendlichen ist eine Gruppenarbeit nicht möglich, ab acht Jugendlichen kann es zu chaotisch werden. Überschreitet die Gruppe eine Größe von sechs Jugendlichen, empfiehlt es sich zudem, die Sitzungen mit zwei Therapeut:innen durchzuführen. Die Teilnahme setzt neben einer (Teil)abstinenz ebenfalls ein gewisses Maß an Motivation voraus. Dies ist ein Aspekt, welcher besonders unter anderem in der ersten Gruppensitzung bearbeitet und besprochen wird, um die Eigenmotivation und somit die Teilnahme an der Gruppe zu stärken. Durch verschiedene Materialien, wie die Gruppenregeln und Selbstverpflichtung im Rahmen eines Therapievertrages, werden die Jugendlichen motivational unterstützt.

Behandlungsansätze

Insgesamt basiert der therapeutische Ansatz des DELTA-Manuals auf verschiedenen therapeutischen Techniken und Methoden, wie zum Beispiel der kognitiven Verhaltenstherapie, dem Motivational Interviewing, aber auch systemischen Elementen sowie achtsamkeitsbasierten Elementen. Inhaltlich wird neben den Themen „Trigger“ und „Skills“ auch ein Fokus auf affektive Themen gelegt, indem unter anderem das Erkennen und Verändern von Gefühlen adressiert wird. Dabei wird mitunter das Störungsbild der Depression genauer behandelt und in diesem Zusammenhang über komorbide Störungen gesprochen und geklärt, dass diese häufig mit einer Suchterkrankung einhergehen können. Wie bereits eingangs beschrieben, wurden in der Suchtambulanz der Uniklinik Dresden bei 72% aller vorstellig werdenden Jugendlichen ebenfalls komorbide Störungen festgestellt (Wiedmann, Atzendorf, et al., 2022), was dies zu einem relevanten Thema im Zusammenhang mit der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen macht. Ein weiterer Aspekt, der in diesem Kontext an Bedeutung gewinnt, ist die Thematik der traumatischen Erfahrungen. In einer Untersuchung unserer Arbeitsgruppe konnte gezeigt werden, dass ein nicht unwesentlicher Teil unserer Patient:innen traumatische Erfahrungen oder PTSD aufwiesen (Basedow et al., 2022). Dies unterstreicht die Bedeutung, im Rahmen dieser Gruppentherapie die individuellen Störungsbilder zu

explorieren, zu verstehen und neben dem gegenseitigen Austausch individuell darauf einzugehen. Eine Möglichkeit der individuellen Behandlung der jeweiligen Jugendlichen bieten die im Zusammenhang mit der DELTA-Gruppe durchgeführten Einzelgespräche. Neben den 16 wöchentlichen Gruppensitzungen werden zusätzlich Einzelgespräche im Umgang von acht Sitzungen, also ca. alle zwei Wochen, angeboten. Diese ermöglichen neben einer weiteren Eruiierung des individuellen Konsummusters der teilnehmenden Jugendlichen auch Rücksprachen zu Inhalten aus den Gruppensitzungen oder die Besprechung von Rückfällen und auch komorbiden Störungen.

Einbeziehung der Sorgeberechtigten

Parallel zu der Jugendgruppe beinhaltet das DELTA-Programm die Gestaltung einer Elterngruppe, welche aus acht wöchentlichen Sitzungen mit einer Dauer von jeweils ca. einer Stunde besteht. Ein wichtiger Teil dieser Gruppe ist die Schaffung eines Raumes für den Austausch von Eltern und Angehörigen suchterkrankter Kinder. Nachdem in den ersten Sitzungen zunächst Inhalte zum Thema Sucht, wie zum Beispiel der Abhängigkeitsprozess, Substanzkunde und Familien in der Genesung, vermittelt werden, regen die nachfolgenden Sitzungen zum Austausch an und dienen vorrangig der eigenen Verortung in dem Gefüge Sucht und Suchterkrankung. Dabei werden unter anderem die Frage „Und wer denkt an mich?“ sowie Möglichkeiten der Kommunikation untersucht und

genauer betrachtet. Auch hier gilt: Je mehr Teilnehmende die Elterngruppe wahrnehmen, desto eher bietet es sich an, die Gruppe mit zwei Gruppenleitungen durchzuführen. Aktuell fällt es in der Suchtambulanz des Uniklinikums Dresden schwer, die Elterngruppe umzusetzen, da es vielen nicht möglich ist, über acht Wochen hinweg die Termine einzuhalten. Dies kann vielfältige Gründe haben, im Vordergrund stehen dabei jedoch häufig die beruflichen Verpflichtungen.

Ausweitung auf das Setting der suchtspezifischen vollstationären Jugendhilfeangebote (DELTA-JU Studie)

Die Besonderheit dieses Manuals besteht in seiner Anwendbarkeit in einem ambulanten Setting, insbesondere im Post-Entzugsbereich ist eine Umsetzung der Inhalte angedacht. Allerdings muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass viele Fälle nach einer Einschätzung durch die Therapeut:innen der Suchtambulanz weitervermittelt werden. Dies schließt einerseits die Überweisung in den Entzug bei besonders schweren Fällen oder aber die Vermittlung in einer Beratungsstelle bei leichteren Fällen mit ein. Voraussetzungen für eine ambulante Therapie in der DELTA-Gruppe ist das Vorliegen eines schädlichen Gebrauchs bei den Jugendlichen. Die Gruppe bietet sich zudem besonders im Rahmen einer Nachsorge an, wenn beispielsweise bereits eine stationäre Therapie und/oder Jugendhilfe er-

folgt ist. Einen Vorteil bietet dabei das Verbleiben in den vertrauten sozialen Bezügen, also dem Familien- und Freundeskreis, der sich unterstützend auswirken kann. Dabei können die aktuelle Lebenssituation, Angehörige und auch Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess einbezogen und therapeutische Schritte im Lebensalltag konkret übertragen und unmittelbar überprüft werden. So wird unter anderem ebenfalls ein Schulbesuch und eine Ausbildung möglich und kann neben der Therapie weiter fortgeführt werden.

Da es erste Hinweise auf eine Wirksamkeit des DELTA-Programmes gibt (Basedow*, Kuitunen-Paul* et al., eingereicht), wird aktuell in einer fortführenden Untersuchung, der sogenannten DELTA-JU Studie (Kuitunen-Paul et al., eingereicht), die Anwendbarkeit und Implementierung der vorgestellten Inhalte im Kontext von stationären, suchtspezifischen Jugendwohngruppen untersucht, umgesetzt und angepasst.

Wie arbeiten suchtspezifische Jugendwohneinrichtungen?

In Sachsen existiert nur eine Handvoll von vollstationären Jugendwohneinrichtungen, die schwerpunktmäßig oder ausschließlich Jugendlichen mit Suchterkrankungen offenstehen. Sie arbeiten nach §34 SGB VIII („Heimerziehung“ als „Hilfe zur Erziehung“) bzw. § 35a SGB VIII („Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer

Behinderung oder drohender seelischer Behinderung“). Jugendliche werden in der Regel erst nach erreichter Abstinenz aufgenommen und von einem multiprofessionellen nicht-medizinischen Team betreut. Je nach Einrichtungskonzept kann eine hausinterne Beschulung stattfinden. Mitunter ist auch sozialtherapeutisches oder psychologisches Fachpersonal angestellt, ohne dass eine 24-Stunden-Betreuung durch diese Fachkräfte möglich wäre. Eine medizinische, psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung findet in fast allen Fällen bisher nur außerhalb der Einrichtung statt.

Anpassung des DELTA-Manuals

Im Rahmen der Pilotierung des DELTA-Manuals für die ambulante Anwendung in der Suchtambulanz des Universitätsklinikums Dresden wurden die Gruppensitzungen auch in drei dieser Jugendwohneinrichtungen durchgeführt, um die zukünftige Anwendbarkeit („Feasibility“) zu untersuchen. Dabei sind mehrere zentrale Unterschiede zur ambulanten Anwendung noch konsumierender Jugendlicher erkannt worden, die eine Manualanpassung nötig gemacht haben und im Workshopbeitrag vorgestellt wurden: Erstens nahmen Themen zur Konsumbeendigung einschließlich der Abstinenzverankerung zur achten Sitzung einen geringeren Stellenwert ein, während die Einbeziehung komorbider psychischer Störungen und psychischer Belastungen wichtiger scheint. Zweitens sind die erzieherischen Ansprechpersonen und Alltagsbegleiter:innen der Jugend-

lichen nunmehr angestellte Betreuende mit gänzlich anderem Weiterbildungsbedarf im Vergleich zu den Sorgeberechtigten bzw. Vormündern ambulant behandelter Jugendlicher. Mit Mitteln der sächsischen Roland-Ernst-Stiftung für Gesundheitswesen wurde daher 2022 die DELTA-JU Studie gestartet (Kuitunen-Paul et al., eingereicht). Hierzu wurden zahlreiche Anpassungen vorgenommen, um dem Setting gerecht zu werden:

- » Bearbeitung aller Sitzungen des DELTA-Manuals in unterschiedlichem Ausmaß
- » Anpassung einiger therapeutischer Hausaufgaben („Challenges“) an die bearbeiteten Sitzungen
- » Ergänzung jugendgerechter Illustrationen
- » Ergänzung von Aspekten aus der ressourcenorientierten und systemischen Beratung bzw. Psychotherapie
- » stärkere didaktische Schwerpunktsetzung auf Gruppenarbeit statt auf Arbeitsblätter

Weiterhin wird eine Betreuendenweiterbildung samt Materialien konzipiert, in die Wünsche und Bedürfnisse von Betreuenden eingehen. Dazu sind Anfang 2022 zehn Betreuende aus entsprechenden Jugendhilfeeinrichtungen interviewt worden und die folgenden Weiterbildungsschwerpunkte identifiziert worden (Rohde, 2022):

- » Fachwissen zu suchtspezifischen und komorbiditätsspezifischen Hintergründen
- » Methodenwissen zu Beziehungsgestaltung durch Kommunikationsmethoden wie Motivational Interviewing
- » Praxisbeispiele für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen der Jugendlichen

Mithilfe der Anpassung in DELTA-JU sollte auch die Sucht- und Drogenberatung und ihre Arbeit in der Rückfallprävention zwei weitere Werkzeuge erhalten in Form der Weiterbildung für Jugendhilfe-Fachkräfte und in Form des angepassten DELTA-Manuals. Einzelne Beratungsstellen in Sachsen setzen DELTA bereits individualisiert ein.

Über die Anpassungen in DELTA-JU hinaus wird derzeit eine Ergänzung des Manuals um digitale kognitive Übungen vorbereitet und die darauf aufbauende DELTA-TRAIN Studie durch die Heidehof-Stiftung gefördert. Damit soll den spezifischen Einschränkungen entgegen gewirkt werden, die jugendliche und junge erwachsene Patient:innen mit u.a. Cannabisabhängigkeit zeigen in Hinblick auf Gedächtnisfunktionen wie verbales Lernen (Basedow et al., 2021; Wiedmann, Kuitunen-Paul, et al., 2022), aber auch exekutive Kontrolle (Cohen & Weinstein, 2018).

Schwerpunkt 2: Austausch zu Behandlungsbedingungen in der niedersächsischen Behandlungs- und Beratungslandschaft

Einen weiteren Schwerpunkt des Workshops bildete der Austausch mit den Teilnehmenden zu den Bedingungen, unter denen in der Praxis Suchtberatung und psychotherapeutische Behandlung stattfindet. Im Rahmen dieses Dialoges wurde in der Gruppe Folgendes festgestellt: Trotz der insgesamt vielfältigen Zugangswege zum Hilfesystem der Suchtbehandlung „rutschen“ viele Klient:innen auch heute noch durch das Raster und erhalten so nicht die Behandlung, die sie benötigen.

Abwägung zwischen Notwendigkeit und Angemessenheit

Insbesondere im Rahmen der Behandlung suchterkrankter Jugendlicher sind dabei einige Aspekte und Besonderheiten zu beachten, in denen sie sich von Erwachsenen unterscheiden. Womit bereits ein Punkt angesprochen wird: Jugendliche sind keine „jungen Erwachsenen“. Sie bringen oft ganz eigene Bedürfnisse und Anforderungen an eine Behandlung mit, wobei sicher eines nicht vergessen werden darf – nämlich eine altersgerechte Herangehensweise. Eine besondere Herausforderung stellt dabei sicherlich eine Behandlung unter erschwerten Bedingungen dar, wie zum Beispiel eine Behandlung unter gesetzlichen Auflagen, die bspw. Therapie an-

stelle von Strafe vorsehen. Auch eine Behandlung gegen den Willen eines Jugendlichen beziehungsweise eine zwangsweise Unterbringung nach § 1613b BGB gehören dazu, ebenso wie die kritisch diskutierten Bedingungen einer Urinabgabe unter Sichtkontakt.

Herausforderungen in der „Elternarbeit“

Neben der Arbeit mit den Jugendlichen selbst kommt der Arbeit mit den Eltern zusätzlich eine wichtige Rolle zu, um den systemischen Aspekten einer Behandlung Rechnung zu tragen. Die Eltern haben häufig andere Erwartungen und Bedürfnisse als jugendliche Betroffene, die es ebenfalls in die Behandlung zu integrieren gilt. Dabei sind die Eltern betroffener Jugendlicher häufig selbst belastet und teilweise auch selbst erkrankt. Ein wichtiger Punkt, welcher im Rahmen der Diskussion in der Gruppe angemerkt wurde, waren schwer erfüllbare Erwartungshaltungen auf allen Seiten. So wurden z.B. einzelne Eltern beschrieben, die gerne eine Auszeit von der anstrengenden Erziehung wünschen und gleichzeitig hoffen, das Kind komme „repariert“ zurück. Hier gelte also zunächst eine realistische Erwartungshaltung bei den Eltern zu etablieren, wobei besonders betont werden muss, dass eine Behandlung viel Zeit und Reflektion benötigt. Erfolge treten meist in „Mini-Schritten“ ein, große Sprünge innerhalb von kurzer Zeit dürfen nicht erwartet oder ganz und gar vorausgesetzt werden.

Sozialräumliche Unterschiede innerhalb Niedersachsens

Auch der räumliche Kontext der Suchtbehandlung wurde im Rahmen der Diskussion der Workshop-Teilnehmenden thematisiert. Dabei wurden insbesondere Schwierigkeiten in der Umsetzung von Suchtgruppen, also Eltern- und auch Jugendgruppen, im ländlichen Raum erwähnt. Hier wurde besonders darauf eingegangen, dass sich die Aufrechterhaltung einer Gruppe im ländlichen Raum über einen längeren Zeitraum hinweg schwierig gestaltet, da vor allem entsprechende Anbindungsmöglichkeiten häufig kaum gegeben sind und die Teilnehmenden aus ganz unterschiedlichen Regionen stammen.

Fazit aus Sicht der Vortragenden

Der Workshop bot keine vereinfachten Behandlungstipps oder Lösungen für Leerstellen in der Behandlungslandschaft. Vielmehr entstand aufbauend auf den gemeinsam reflektierten Praxiserfahrungen aus Suchtberatung, Suchttherapie und Rückfallprophylaxe ein Austausch, in dem voneinander gelernt werden konnte. Die lebhaften Beiträge, Einwürfe, Ideen und Gegenreden haben den Eindruck erwecken können, dass nicht nur eine Teilnahme stattfand, sondern eine Begegnung ohne Scheuklappen. Beeindruckend war die humorvolle und herzliche Art, mit der auch die – leider viel zu zahlreichen – Probleme

und Unkontrollierbarkeiten des Arbeitsalltages von den Teilnehmenden thematisiert und kommentiert wurden. Dahinter, so hoffen wir, steht der immer wieder neu zu entfachte Enthusiasmus, in einem wichtigen gesellschaftlichen Teilgebiet tätig zu sein. Dieses Gefühl – gemeinsam auf ein Ziel hinzuarbeiten – wird uns weiter begleiten. Das DELTA-Manual einschließlich seiner Erweiterungen kann dafür Werkzeuge bereitstellen.

Dr. Sören Kuitunen-Paul,
Paula Kutzner,
PD Dr. Yulia Golub,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden

Literatur

- Basedow, L. A., Kuitunen-Paul, S., Wiedmann, M. F., Ehrlich, S., Roessner, V., & Golub, Y. (2021). Verbal learning impairment in adolescents with methamphetamine use disorder: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03169-3>
- Basedow, L. A., Kuitunen-Paul, S., Wiedmann, M., Roessner, V., & Golub, Y. (eingereicht). Pragmatic evaluation of the DELTA- manual.
- Basedow, L. A., Wiedmann, M. F., Roessner, V., Golub, Y., & Kuitunen-Paul, S. (2022). Coping motives mediate the relationship between PTSD and MDMA use in adolescents with substance use disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 17(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13722-022-00329-y>
- Cohen, K., & Weinstein, A. (2018). The Effects of Cannabinoids on Executive Functions: Evidence from Cannabis and Synthetic Cannabinoids—A Systematic Review. *Brain Sciences*, 8(3), Art. 3. <https://doi.org/10.3390/brainsci8030040>
- Golub, Y., Basedow, L. A., Meiron Zwipp, J., Kuitunen-Paul, S., & Roessner, V. (2021). DELTA - Dresdner Multimodale Therapie für Jugendliche mit chronischem Suchtmittelkonsum.
- Kuitunen-Paul, S., Basedow, L. A., Roessner, V., & Golub, Y. (eingereicht). Study protocol: The pragmatic, cluster-randomized DELTA-JU trial of the group-based multimodal DELTA intervention for adolescents with substance use disorders living in youth welfare institutions.
- Rohde, Z. (2022). Bedarfserhebung für die Entwicklung einer Weiterbildung zu Substanzabhängigkeit für Betreuende in vollstationären Jugendhilfeeinrichtungen. Unveröffentlichte Masterarbeit; Fakultät für Erziehungswissenschaften an der Technischen Universität Dresden.
- Wiedmann, M., Atzendorf, J., Basedow, L. A., Roessner, V., Golub, Y., & Kuitunen-Paul, S. (2022). Substanzkonsum, Störungen durch Substanzkonsum und begleitende psychische Störungen bei Jugendlichen: Zahlen aus einer Spezialambulanz für Suchterkrankungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 50. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000846>
- Wiedmann, M., Kuitunen-Paul, S., Basedow, L. A., Wolff, M., DiDonato, N., Franzen, J., Wagner, W., Roessner, V., & Golub, Y. (2022). DNA methylation changes associated with cannabis use and verbal learning performance in adolescents: An exploratory whole genome methylation study. *Translational Psychiatry*, 12(1), 317. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02025-6>

Themen bisheriger Suchtdokumentationen

- 2021 **Verbote vs. Freigaben** – Welche Art der Verhältnisprävention brauchen wir?
- 2020 **Update.** Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen
- 2019 **Wenn es für Jugendliche schwierig wird ... Suchthilfe und Prävention bei Jugendlichen** – eine transdisziplinäre Herausforderung
- 2018 **Luft nach oben** – Zugänge erleichtern durch Prävention, Frühintervention und zielgruppengerechte Hilfen?
- 2017 **Traumata und Sucht** – Sicherheit finden – Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata
- 2016 **Zum Wohl? – Von wegen!** – Neue Perspektiven auf die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit
- 2015 **Schöne neue Drogenwelt** – Aktuelle Trends und Herausforderungen für Prävention und Hilfesysteme
- 2014 **Im Dickicht der Hilfesysteme?** – Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie
- 2013 **Verloren in der virtuellen Welt?** – Stoffungebundene Süchte als Herausforderung für Prävention und Hilfesysteme
- 2012 **Sucht zuhause?** Familien und Sucht – Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten
- 2011 **Tüchtig und / oder Süchtig?** – Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt
- 2010 **Sucht und Gewalt** – Zwei Seiten einer Medaille?
- 2009 **Lebensabend Sucht?** – Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe
- 2008 **Geschlechtergerechte Ansätze** in Suchtarbeit und -prävention
- 2007 **Neue Drogenkonsummuster** im Jugendalter?

Die Dokumentationen sind als PDF-Version unter folgendem Link verfügbar
<https://www.ms.niedersachsen.de/> => Gesundheit und Pflege => Drogen & Sucht

BÄRBEL LÖRCHER-STRASSBURG

Sucht- und Drogenbeauftragte des Landes Niedersachsen, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, Hannah-Ahrendt-Platz 2, 30159 Hannover
 baerbel.loercher-strassburg@ms.niedersachsen.de

PROF. DR. DERIK HERMANN

Therapieverbund Ludwigsmühle gGmbH, Alfred-Nobel-Platz 1, 76829 Landau
 derik.hermann@ludwigsmuehle.de

PROF. DR. STEPHAN MÜHLIG

Technische Universität Chemnitz, Klinische Psychologie und Psychotherapie,
 Wilhelm-Raabe-Straße 43, 09120 Chemnitz

RICARDA HENZE

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Landesfacharbeitsgemeinschaft der LAG der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen e. V., Grupenstraße 4, 30159 Hannover
 henze@nls-online.de

ANDREAS GANTNER

Therapieladen, Verein zur sozialen und psychotherapeutischen Betreuung Suchtmittelgefährdeter e. V., Potsdamer Straße 131, 10783 Berlin
 a.gantner@therapieladen.de

DR. SÖREN KUITUNEN-PAUL

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
 Technische Universität Chemnitz, Professur für Klinische Psychologie, Wilhelm-Raabe-Straße 43, 09120 Chemnitz
 soeren.kuitunen-paul@psychologie.tu-chemnitz.de

PAULA KUTZNER

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
 paula.kutzner@uniklinikum-dresden.de

PD DR. YULIA GOLUB

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
 yulia.golub@uniklinikum-dresden.de

Bitte beachten Sie, dass die Daten den allgemeinen Datenschutzbestimmungen unterliegen und ohne Einverständnis der betreffenden Personen nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen.



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung



Niedersachsen Bremen e. V.

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.
Schillerstraße 32
30159 Hannover

Erschienen im August 2023

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung,
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.