

Cannabis legal: Neue Herausforderungen für die Diagnostik und Behandlung von Cannabiskonsumstörungen



Dipl. Psych. Andreas Gantner

11.12.2025 QZ Suchtrehabilitation Berlin

Praxishintergrund Therapieladen e.V.

- Kostenträger: **Sen-Ges/Drogenreferat (IGPP Projekt) seit 1985**
Ambulante Sucht-Reha (DRV/Kassen/SGB VI) seit 1994
Ambulante KJHG-Therapie (Jugendämter/SGB VIII) seit 2000
- Evaluierte evidenzbasierte **cannabisspezifische Therapieprogramme**
 - **MDFT** (Multidimensionale Familientherapie)
(RCT-Studie BMG/Erasmus/delphi)
 - **CANDIS** (Kognitiv-Verhaltenstherapeutisches Manual)
 - **Transfer** (RCT-Studie(BMG/ TU Dresden))
 - **QUIT THE SHIT** (*Onlinebasierte Intervention*)
Transfer (RCT-Studie/ BZGA/delphi)
 - **DOUBLE TROUBLE** (*Edukatives Gruppenprogramm
Psychose und Sucht*)
(intern/ FU Berlin)

Gliederung des Vortrages

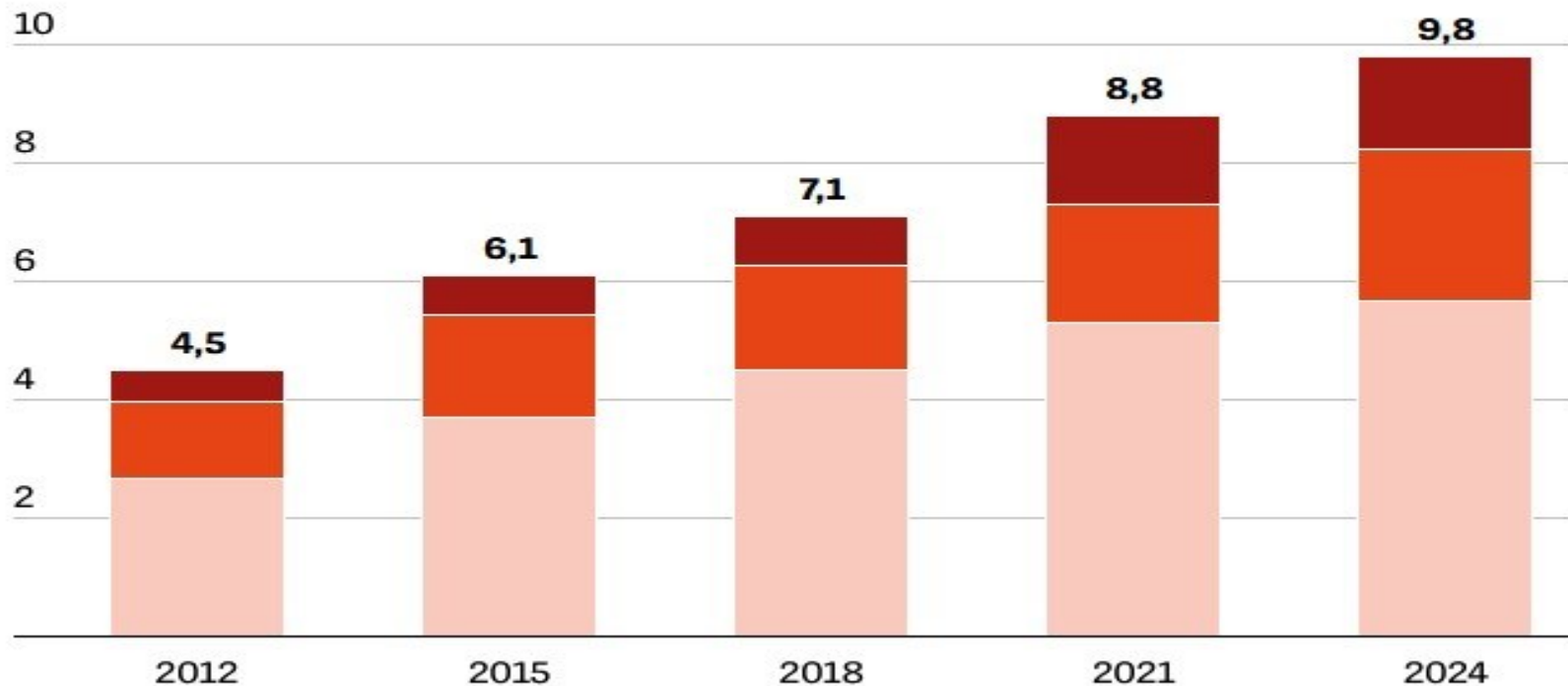
1. Epidemiologische Entwicklung
2. Diagnostische Aspekte
3. Wissenschaftliche Evidenz zu Risiken
4. Cannabisregulierung
5. Präventions- und Behandlungsaspkete

Langfristige Trends des Cannabiskonsums - Erwachsene

Wir kiffen

Anteil der Cannabisnutzer in Deutschland, nach Häufigkeit des Konsums, in %

- starker Konsum
- regelmäßiger Konsum
- gelegentlicher Konsum



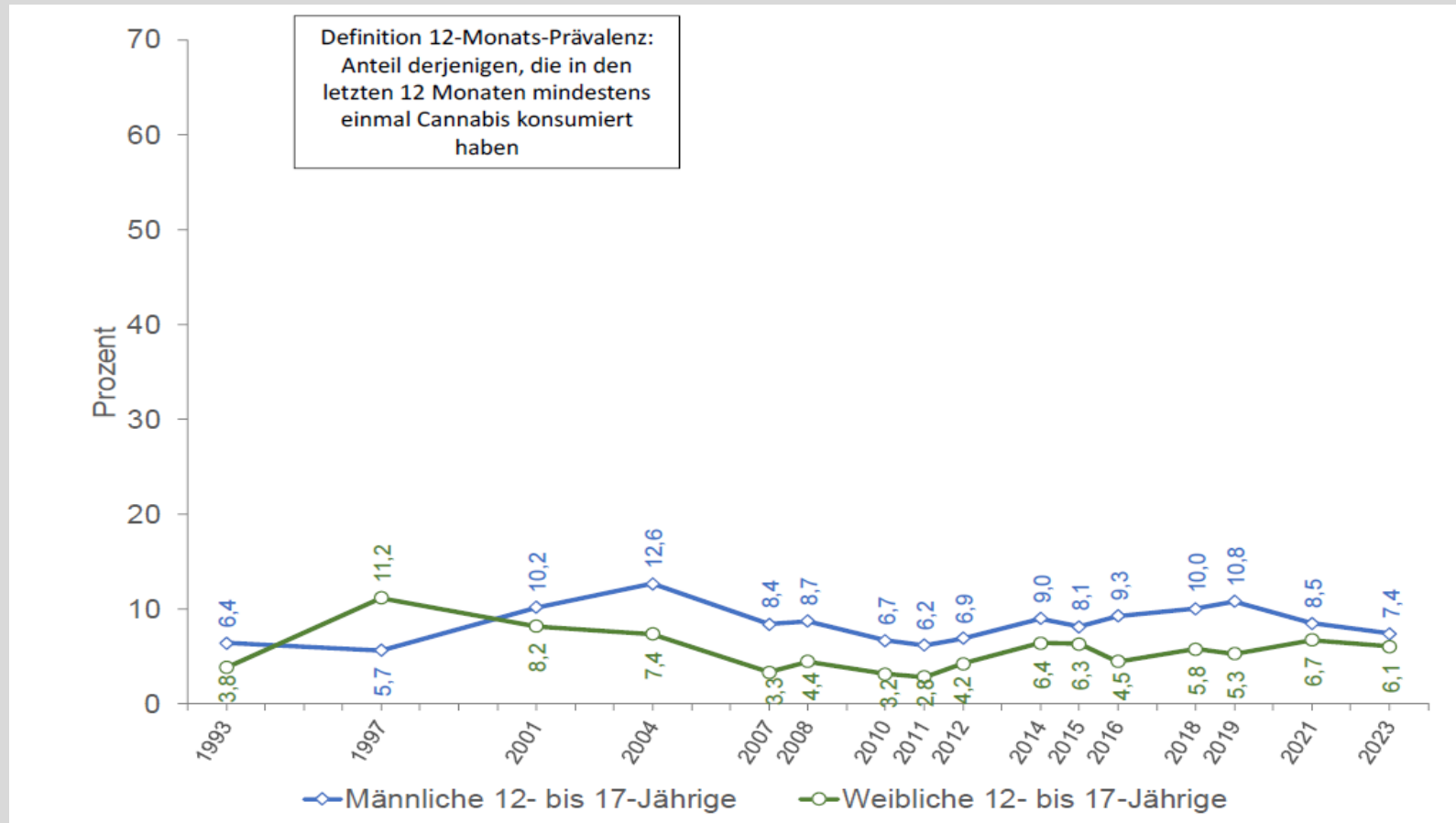
starker Konsum: mindestens 200-mal in den zwölf Monaten vor der Befragung, **regelmäßiger Konsum:** 10- bis 199-mal, **gelegentlicher Konsum:** 1- bis 9-mal

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA), Befragungen von Cannabiskonsumenten in Deutschland, 505 bis 1004 Befragte zwischen 18 und 64 Jahren

Langfristige Trends des Cannabiskonsums - Jugendliche

12-Monats-Konsumprävalenz unter 12-17-Jährigen (BIÖG):

Seit langem relativ konstant, zuletzt leichter Rückgang



Quellen:

Olderbak 2023: 10.1111/add.16356

https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_DAS_2023_Cannabis_20240626_FINAL.pdf

Konsummotive

High werden

Gründe für Cannabiskonsum nach Nutzergruppen 2024, in %

■ alle Konsumierenden

■ gelegentlich Konsumierende

■ regelmäßig/stark Konsumierende

um high zu werden/aus Spaß



um Stress abzubauen/zur Entspannung



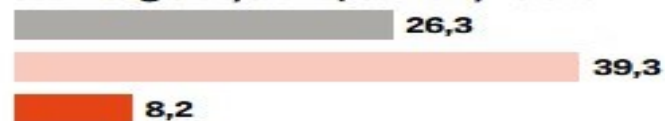
um besser schlafen zu können



aus sozialen Gründen



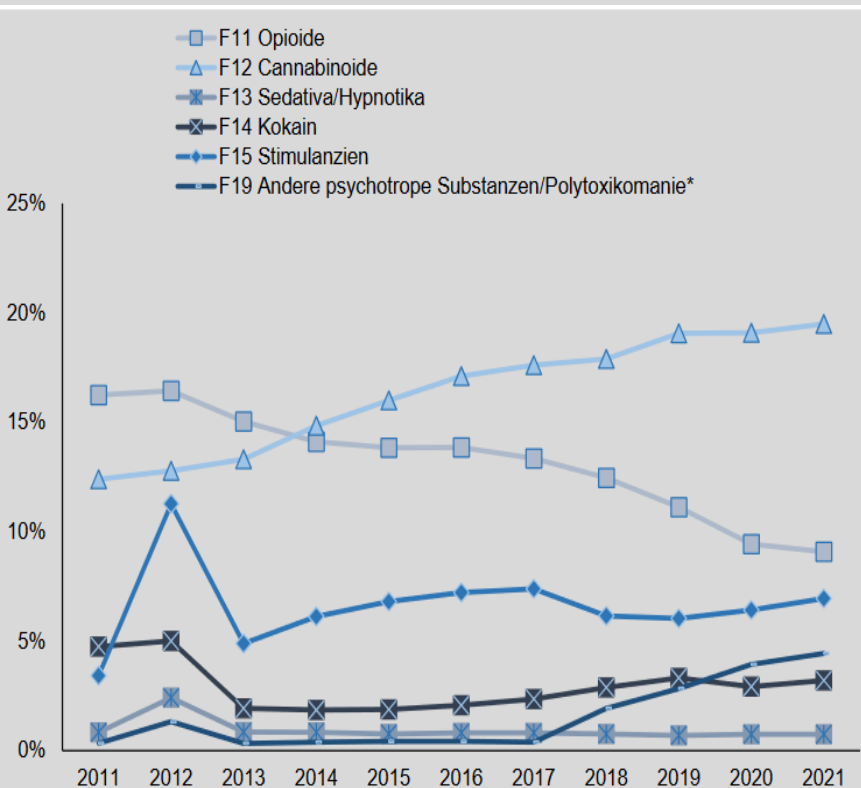
aus Neugierde/als Experiment/Versuch



um Depressionen/Ängste zu behandeln



Starker Anstieg der Behandlungsfälle in Suchthilfe und Arztpraxen/Krankenhäuser



Krankenkassen-Auswertung

Ärztliche Behandlungen wegen Cannabis haben sich in den letzten zehn Jahren verdreifacht

Im Jahr 2012 registrierte die Kaufmännische Krankenkasse noch 1300 Behandlungsfälle nach Problemen aufgrund von Cannabinoiden - zehn Jahre später waren es 4000. Verdoppelt haben sich die Fälle bei Jugendlichen.

Veröffentlicht: 10.04.2024, 11:18 Uhr

Tabelle 8 **Hauptdiagnosen der Behandelten in Prozent im ambulanten und stationären Setting**

Hauptdiagnose	Stationär	Ambulant
F11 Opioide	11,2 %	21,5 %
F12 Cannabinoide	29,6 %	42,6 %
F13 Sedativa/Hypnotika	2,5 %	2,2 %
F14 Kokain	10,8 %	9,0 %
F15 Stimulanzien	17,9 %	13,4 %
F16 Halluzinogene	*	0,2 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	*	*
F19 Andere / Polytoxikomanie	27,7 %	11,1 %
Anzahl Gesamt (N)	10.642	60.190

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023 a; 2023 b, T3.01)

* Aufgrund der sehr geringen Fallzahl ($n = < 30$) ist keine aussagekräftige Darstellung möglich.

Epidemiologische Daten aus Deutschland

Aktuelle Cannabiskonsument:innen

ca. 5 Millionen

Anteil von cannabisbezogenen Störungen
Oder gemessen mit SDS Scale

ca. 750.000 (15%)
ca. 1,3 Mio (31%)

Anteil von Ca-Klient:innen in Suchthilfe

ca. 30.000 (5%)

Durchschnittsalter beim Erstkonsum von Cannabis

14,7 Jahre



Durchschnittsalter von Cannabisklient*innen bei
Betreuungsbeginn

26 Jahre

Erklärungen des Anstieges von Betreuungsfällen mit Hauptdiagnose Cannabis ?

- Insgesamte Steigerung der Cannabisprävalenz seit 2000
- Aber kein prozentualer Anstieg von Cannabiskonsumstörungen
- Steigender THC-Gehalt in den letzten 15 Jahren
- Beimengungen von synthetischen Cannabinoiden
- Verbesserte Zugänge im Suchthilfesystem und gesteigerte Sensibilität in Bezug auf cannabisassoziierte Probleme.
- **Zwischenfazit:**
- ***Steigerung des Konsums und Zunahme von Problemen sind schon lange vorhanden, trotz Prohibition:***

Wissenschaftliche Evidenz zu Risiken des Cannabiskonsums

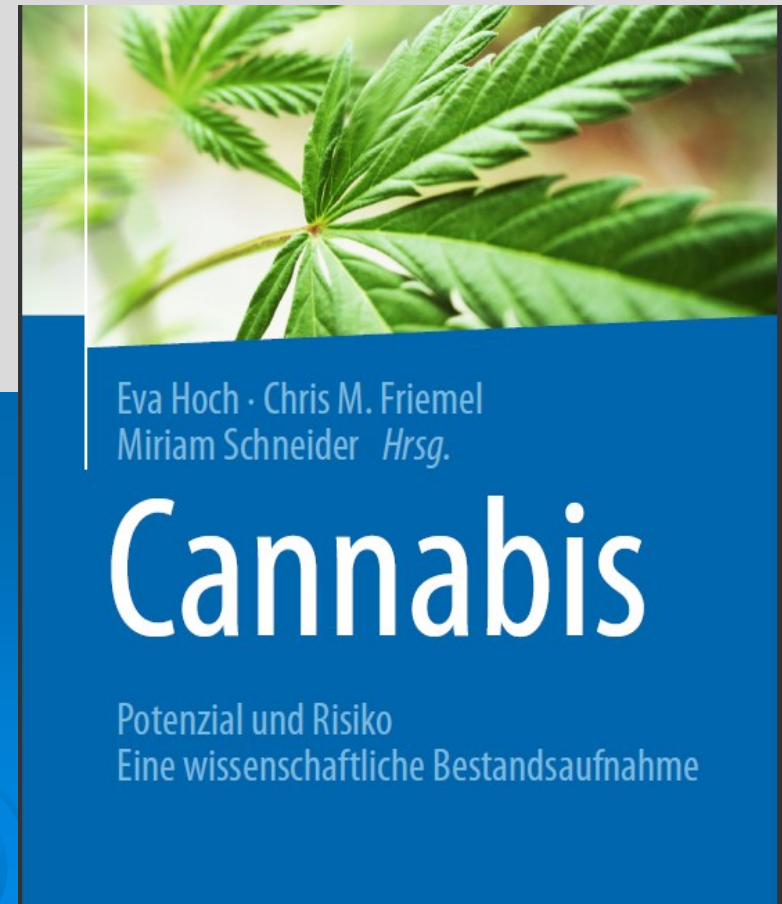
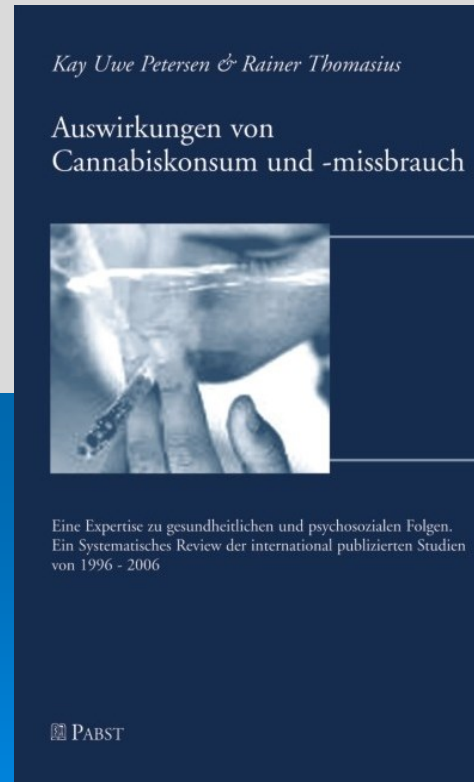
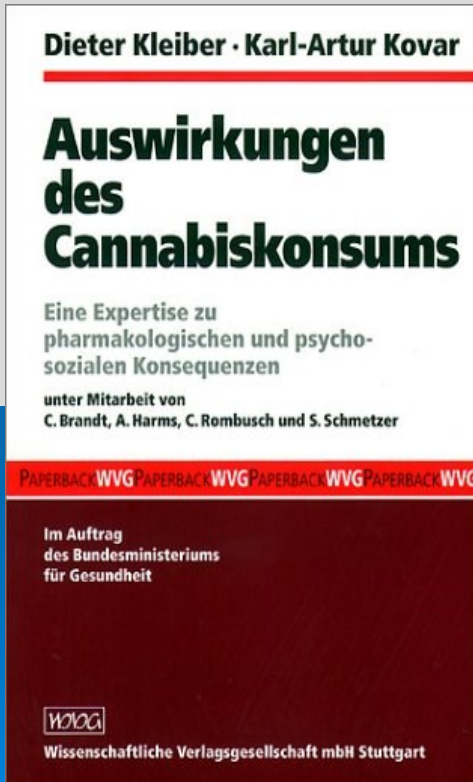
Cannabisforschung

CAPRIS Studie 2017

1997

2007

Systematisches Review
von bisherigen systematischen
Reviews zur Cannabisforschung



Organische Risiken

- Chronischer Cannabiskonsum erhöht das Risiko für Atemwegenerkrankungen.
- Die aktuelle Evidenz weist eher auf keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Krebserkrankungen des Kopf- und Halsbereichs sowie der Lunge hin, insbesondere wenn in den Studien auch die schädlichen Effekte von gleichzeitig konsumiertem Tabak oder Alkohol berücksichtigt wurden.
- Es besteht ein Hodenkrebsrisiko
- Bezüglich Herz- und Gefäßerkrankungen liegen keine ausreichenden Daten für die Auswirkungen eines chronischen Cannabiskonsums vor.
- Cannabiskonsum während der Schwangerschaft kann Risiken für Mutter und Kind bergen.

Gedächtnis /Kognition

- Regelmäßiger und häufiger Cannabiskonsum führt zu Defiziten der Kognition, insbesondere der Gedächtnisleistung
-
- Hinweise auf kognitive Einschränkungen, die auch noch nach längerer Abstinenz von Cannabis vorliegen (> 1 Monat) finden sich nur in Einzelstudien (z.B. bei Probanden mit frühem Konsumbeginn in der Adoleszenz)
- Ein Einfluss des Einstiegsalters für den Cannabiskonsum auf langfristige Kognitionsstörungen konnte nicht abschließend geklärt werden

Affektive Störungen/Angststörungen

- Früher Konsumbeginn (< 16 Jahre), langjähriger, wöchentlicher Cannabisgebrauch und aktuelle Cannabisabhängigkeit erhöhen das Risiko für Angststörungen (Faktor 3,2)
- Das Risiko für Depressivität erhöht sich durch Cannabiskonsum leicht, in Abhängigkeit von der Intensität des Konsums (Faktor 1,3 bis 1,6)
- Ein Neuauftreten bipolarer (d.h. manisch-depressiver) Symptome wird durch Cannabiskonsum um den Faktor 3 erhöht. Die Inzidenz von bipolaren Störungen durch Cannabiskonsum erhöht sich um den Faktor 1,4 (bei wöchentlichem Konsum) bzw. 2,5 (bei nahezu täglichem Konsum).

Cannabis und Abhängigkeit

- In Deutschland geht man davon aus, dass bei 1% der 18-64-jährigen Bevölkerung eine cannabisbezogene Störung (d.h. Cannabismissbrauch: 0,5% und Cannabisabhängigkeit: 0,5%)
- Es wird geschätzt, dass etwa 9% aller Menschen, die einmal Cannabis probiert haben, eine cannabisbezogene Störung entwickeln. Dieser Anteil steigt auf 17% an, wenn der Cannabiskonsum in der Adoleszenz begann und auf 25 bis 50%, wenn Cannabis täglich gebraucht wird
- Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeitsentwicklung im Vergleich:

Cannabis 9%	Kokain 17%
Nikotin 32%	Alkohol 15%
Heroin 23 %	Stimulantien 11%

Cannabisabhängigkeit

Cannabisabhängigkeit (F12.2)

- Innerhalb eines Jahres sind 3 oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt:
- ☐ Craving (starker Wunsch/Zwang zu konsumieren)
- ☐ Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums
- ☐ Körperliches Entzugssyndrom; Konsum mit dem Ziel Entzugssymptome zu mildern
- ☐ Toleranz
- ☐ Vernachlässigung anderer Aktivitäten oder Interessen
- ☐ Anhaltender Konsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen
- ☐ Eingeeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz (charakteristisch)

Schädlicher Gebrauch von Cannabis (F12.1)

Wenn der Konsum zu einer Gesundheitsschädigung (körperliche oder psychische Störung, z.B. depressiven Episode) führt.

Cannabisstörungen

Cannabisentzugssyndrom (F12.3)

- **Bei wiederholtem Cannabiskonsum über längere Zeit in hoher Dosis können nach dem Konsumstopp in einem Zeitraum von 7 – 21 Tagen folgende Symptome auftreten.**
- ☐ Craving, Appetitminderung, Schlafstörungen, Schwitzen
- ☐ Affektlabilität, Angst, Hyperalgesie, allgemeine Irritabilität und Reizbarkeit, Aggressivität, innere Unruhe, merkwürdige Träume

➤ **Amotivationales Syndrom (F12.72)**

- **Im Zusammenhang mit langjährigem und intensiven Cannabiskonsum zeigen sich folgende Symptome**
- ☐ Lethargie
- ☐ Passivität
- ☐ Verflachter Affekt
- ☐ Mangelndes Interesse

Es konnte bislang nicht nachgewiesen werden, dass die Symptome spezifisch für Cannabis sind. Eventuell beschreibt das Syndrom chronische Intoxikationszustände, Defektzustände von Schizophrenien (Negativsymptomatik) oder Symptome depressiver Erkrankungen.



Siehe CaPRIs Studie von Eva Hoch!!

Cannabisinduzierte Psychose

- eigenständige Diagnose (**Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide Psychotische Störung F12.5**)
- schnelle Remission ohne Restzustand bei Drogenabstinenz (Dauer: bis 6 Monate)
- Neuer Ausbruch nur nach erneutem Cannabiskonsum
- Nicht zu verwechseln mit der Beteiligung von Cannabis an der Entwicklung einer Schizophrenie (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)

Psychotische Störungen

- Cannabiskonsum kann das Risiko für psychotische Störungen (z.B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen) erhöhen.
- Große Meta-Analysen zeigten, dass bei gelegentlichem Cannabiskonsum die Häufigkeit des Auftretens psychotischer Störungen um das 1,4 bis 2,0 fache, bei hoher Konsumintensität um das 2,0 bis 3,4-fache erhöht ist.
- Cannabisgebrauch ist mit ungünstigen Verläufen der psychotischen Störungen (Rückfallquote, Verweildauer, stärkere Ausprägung der Positivsymptomatik) assoziiert.
- Es besteht eine Dosisabhängigkeit von THC/CBD Anteilen

Psychosoziale Folgen

- Früher Beginn (< 15. Lebensjahr) und häufiger Cannabiskonsum in der frühen Adoleszenz sind mit geringerem Bildungserfolg assoziiert.
- Menschen die intensiv Cannabis konsumieren, brechen statistisch häufiger die Schule ab, besuchen seltener eine Universität und haben seltener akademische Abschlüsse als ihre Altersgenossen. Der geringere Bildungserfolg zeigt sich vor allem, wenn Jugendliche über Jahre hinweg viel Cannabis konsumieren und schon vor dem 15. Lebensjahr damit begonnen haben.

Chancen des medizinischen Cannabisgebrauchs

- Potentiell großes Wirkungsspektrum für Cannabismedikamente
- Wirksamkeit bei Spastizität und chronischen Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen, HIV und Tourette Syndrom nachgewiesen (moderate Evidenz)
- Insgesamt noch wenig gesicherte gute Evidenzen. Robuste RCT notwendig um erwünschte oder unerwünschte Effekte zu belegen, insbesondere bei Indikationsgebiet psychischer Störungen (depressive Störungen/ADHS/PTSB, Abhängigkeit/ Psychose)

Medizinalcannabis: Gesetzeslage

2017: Gesetz „Cannabis als Medizin“

- Erlaubt die medizinische Verschreibung von Cannabisblüten (als BtM)
- Kostenerstattung durch GKV auf Antrag
- Keine Indikationsliste – Verschreibung liegt im Ermessen der Behandelnden

2024: Cannabisgesetz, darin enthalten: Medizinalcannabisgesetz

- Streicht Cannabis aus dem Betäubungsmittelgesetz
- Stark vereinfachte Verschreibung, z. B. mittels Telemedizin

In der Praxis:

- (1) Ausfüllen online Formular mit Angabe von Beschwerden (z. B. Schlafstörung)
- (2) Prüfen der Beschwerden durch Arzt/Ärztin
- (3) Ausstellen eines e-Rezepts gegen Zahlung einer Gebühr
- (4) Bestellen von Medizinalcannabisblüten in online Apotheke
- (5) Postalische Lieferung (unklare Jugendschutzbestimmungen)

Neue Herausforderung für das Hilfesystem



Cannabis + Rezept einfach, schnell & günstig erhalten*

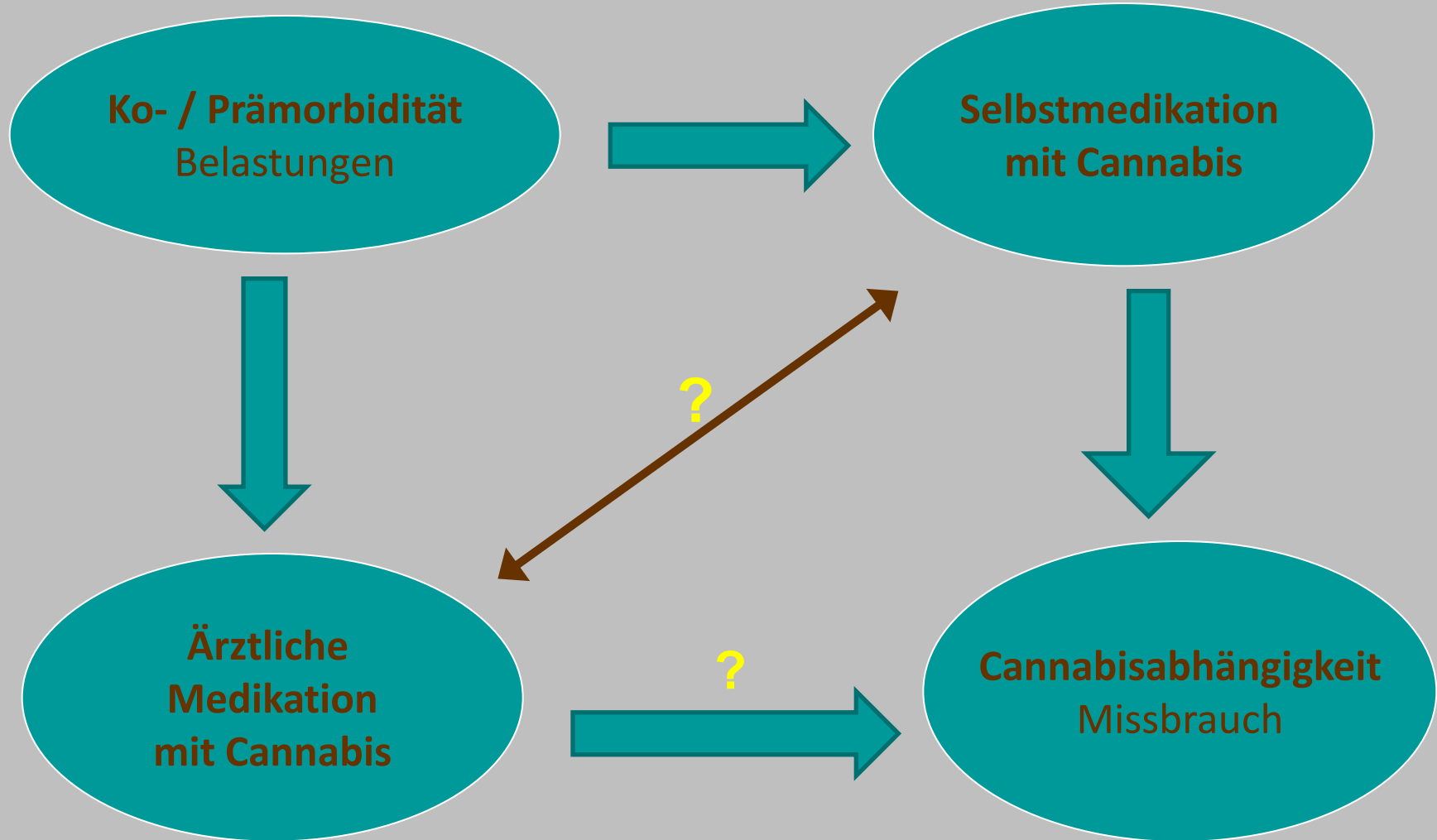
- ✔ Nutze die Kraft der Natur jetzt legal
- ✔ Gegen Stress, Schmerzen, Schlafstörung u.v.m.
- ✔ Alles online: von Blüten-Auswahl bis -Lieferung

Blüten + Folgerezept online (bald)

Blüten + Folgerezept (direkt zum Shop, bald)

Update: Wir pausieren bis mind. 17.05., um den Service zu optimieren.
FAQ-Fragerunde mit Cannabis-Arzt & Dr. jur. Can Ansay am 25.5. um 18h Live auf [TikTok](#).

Medikation und Selbstmedikation von Cannabis



Drogenpolitischer Paradigmenwechsel bei Cannabis

Neue Wege in der Cannabispolitik

Positionen von freien Trägern der Berliner Suchthilfe

1. Cannabis ist in der Gesellschaft etabliert

Cannabis ist mit großem Abstand die am häufigsten konsumierte illegale Substanz in der Bevölkerung. Dieser Trend zeigt sich europaweit und ist ein Hinweis dafür, dass die Drogenprohibition in ihrer generalpräventiven Absicht den Konsum zu verhindern, bzw. einzudämmen bei Cannabis fehlgeschlagen ist.

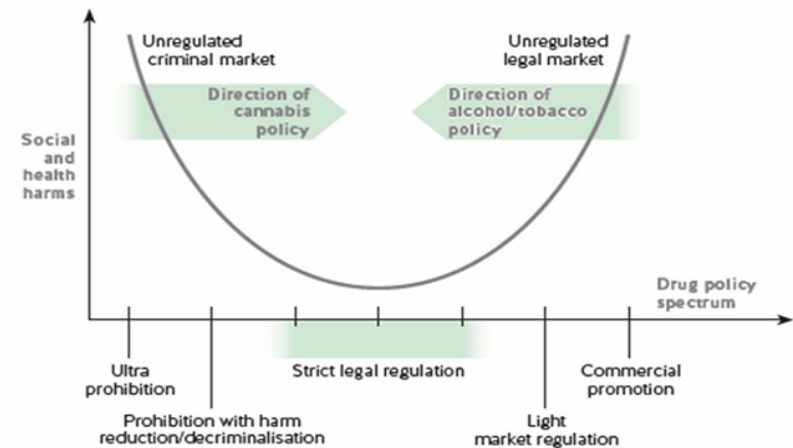
Berlin, 15. Juni 2015



ALICE RAP Policy Paper Series

Policy Brief 5.

CANNABIS – FROM PROHIBITION TO REGULATION “When the music changes so does the dance”



Cannabis policies and social/health harm: A conceptual model

(Transform, 2013; Marks, 2008)

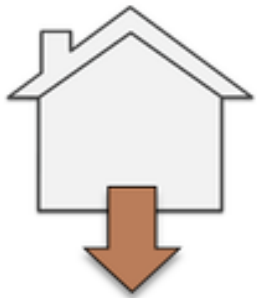


Wichtigste Regelungen zum Besitz von Cannabis



Achtung: Grundsätzlich ist es weiter **verboten**, Cannabis u.a. zu besitzen, anzubauen, herzustellen oder zu erwerben oder entgegenzunehmen (§ 2 Abs. 1).

Von diesem generellen Verbot gibt es folgende Ausnahmen für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:



am Wohnsitz/
gewöhnlicher
Aufenthalt



unterwegs/draußen

bei Freunden etc.



Besitz von
bis zu 3
Pflanzen

Nur
Erwachsene
(ab 18 Jahre)
Besitz zum
Eigenkonsum



Besitz bis zu
25 Gramm



und
bis zu
50 Gramm

[Startseite](#)[Aktuelles](#)[Projektbeschreibung](#)[Team](#)[Aktuelle Daten](#)[Presse und Termine](#)[Veröffentlichungen](#)

Auswirkungen des Konsumcannabisgesetzes: Forschungsprojekt EKOCAN

Das Ziel des Forschungsprojekts EKOCAN ist die Untersuchung der Auswirkungen des Konsumcannabisgesetzes (KCanG) auf

- den Kinder- und Jugendschutz
- den allgemeinen Gesundheitsschutz und
- die cannabisbezogene Kriminalität.

<https://www.fdr.uni-hamburg.de/record/17993>

Zusammenfassung und Fazit bisheriger Auswirkungen des CanG

Folie: Dr. Jakob Manthey (ZIS)

Der Zugang zu Cannabis verändert sich langsam

- Mit der Zeit vermutlich zunehmend Cannabis aus Eigenanbau, Anbauvereinigungen und/oder Apotheken bezogen
 - *Legales Cannabis ist in der Regel billiger und potenter!*

Veränderungen im Zusammenhang mit KCanG:

- Keine (deutlichen) Veränderungen hinsichtlich Konsumprävalenz und Verkehrssicherheit
- Eventueller Rückgang von Suchtberatungen bei Jugendlichen
 - *Fehlende justiziellen Auflagen?*
- Eventueller Anstieg von Hospitalisierungen bei Erwachsenen
 - *Akute Probleme durch Cannabis mit hohem THC-Gehalt?*
- Starker Rückgang in registrierten Delikten im Zusammenhang mit Cannabis

Erster Zwischenbericht: Oktober 2025

Endbericht: April 2028

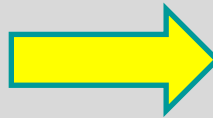


Angebote der Prävention Frühintervention und Therapie

Cannabis-Prävention

zwischen Verbot und Risikokompetenzentwicklung

Abstinenzorientierte Drogenprävention wird zunehmend ergänzt von Konzepten der Gesundheitsförderung, Risikokompetenz und Harm Reduction



Risikoarmer Gebrauch

Risiko- Kontexte:

- Konsumalter
- Motive /Funktionen
- Persönliche Ressourcen/Kompetenzen
- THC Dosierung (8% /14% /“20%)
- Stoffkontrolle? (THC/CBD Anteil)
- Konsumfrequenz
- Mischkonsum
- Situativer Kontext
- Konsumform (Joint/Bong)
- z.B. Vaporizer

**Regeln
zum Risiko
mindernden
Gebrauch**

- ➔ Wenn, dann nimm Cannabis, wenn Du gut drauf bist – ein Joint löst keine Probleme!
- ➔ Sorge für gute Bedingungen, und suche Dir gut aus, mit wem Du kiffst!
- ➔ Sprich mit anderen über Deine Motive/Erfahrungen – auch die schlechten!
- ➔ Sei grundsätzlich vorsichtig mit der Dosierung, vor allem, wenn Du etwas für Dich Fremdes ausprobierst. Kombiniere Cannabis nicht mit anderen Drogen wie Alkohol oder Partydrogen!
- ➔ Nimm keine synthetischen Cannabinoide (Kräuter-mischungen) – die Wirkung ist unberechenbar!
- ➔ Stell das Kiffen nicht in den Mittelpunkt Deines Lebens, es gibt wichtigere Dinge!
- ➔ Weniger ist mehr! Rausch ist nur, wenn er was Besonderes bleibt. Risikoarmer Konsum ist nicht mehr als einmal die Woche oder am Wochenende!
- ➔ Cannabis verändert Deine Konzentrationsfähigkeit und Wahrnehmung. Kiffe daher nicht im Straßenverkehr oder tagsüber bei der Arbeit oder in der Schule!
- ➔ Nimm auf keinen Fall Cannabis, wenn Du schwanger bist oder eine Neigung zu Psychosen oder anderen psychischen Problemen hast oder welche in deiner Familie vorhanden sind!
- ➔ Je später Du mit dem Konsum von Cannabis anfängst, desto geringer ist Dein Risiko! Triff bewusst Deine Entscheidungen, Du trägst die Verantwortung!

Und Heute: Evidenzbasierte Safer-use Regeln



Jakob Manthey et.al. **Riskanter Cannabiskonsum: Vorschlag einer Arbeitsdefinition**

In: „Suchttherapie“ 2025;
26(02): 77 - 84

Behalte deine Gesundheit im Blick

Es ist entscheidend, bei Cannabiskonsum auf deine Gesundheit zu achten. Hier sind einige Ratschläge, die dir helfen können, mögliche Risiken zu verringern.



Lower-Risk Cannabis Use Guidelines:

Fischer B, Russell C, Sabioni P, van den Brink W, Le Foll B, Hall W, Rehm J, Room R.; Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG): A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations. Am J Public Health. 2017

- 1. Abstinenz ist die beste Möglichkeit Risiken zu vermeiden. Ein fortgesetzter Konsum sollte berücksichtigen, dass die Risikowahrscheinlichkeit und ihr Schweregrad von individuellen Umständen, Konsummustern, und der Qualität des konsumierten Produktes abhängen und dass Risiken zwischen Konsument*innen und Konsumepisoden schwanken können. [Evidence Grade: None required.]
- 2. Je später junge Menschen mit dem Konsum von Cannabis anfangen, desto geringer ist das Risiko für Einschränkungen in Gesundheit und Wohlergehen im weiteren Lebensverlauf. [Evidence Grade: Substantial.]
- 3. Konsument*innen sollten die Zusammensetzung der psychoaktiven Inhaltsstoffe von Cannabisprodukten kennen. Produkte mit geringen THC-Gehalt und hohem Verhältnis von Cannabidiol zu THC sollten bevorzugt konsumiert werden. [Evidence Grade: Substantial]
- 4. Der Konsum von Produkten mit synthetischen Cannabinoiden sollte vermieden werden. [Evidence Grade: Limited.]
- 5. Das Rauchen von Cannabis sollte vermieden und durch weniger schädliche Konsumtechniken wie oralem Konsum und Verdampfen ersetzt werden. Durch oralen Konsum besteht kein Risiko von Atemwegsschädigungen, jedoch können negative Folgen durch nicht-beabsichtigte Einnahme höherer Dosen entstehen, wenn das verzögerte Einsetzen der Wirkung nicht berücksichtigt wird. [Evidence Grade: Substantial.]

Lower-Risk Cannabis Use Guidelines

- 6. Beim Rauchen von Cannabis sollte darauf verzichtet werden, den Rauch besonders tief einzusatmen oder ihn verlängert in der Lunge zu behalten. Des Weiteren ist auch der Druckausgleich mittels Ausatmen bei geschlossenen Nasen und Mundöffnungen (auch bekannt als ‚Valsalva-Manöver‘) nach dem Einatmen des Rauches zu vermeiden. [Evidence Grade: Limited.]
- 7. Häufiger Konsum (täglich oder fast-täglich) geht einher mit einem erhöhten Risiko für das Erleben gesundheitlicher und sozialer Folgen. Es sollte daher angestrebt werden den eigenen Konsum und den von Freund*innen auf wenige Gelegenheiten (z.B. nur an einem Tag pro Woche, nur am Wochenende) zu begrenzen. [Evidence Grade: Substantial.]
- 8. Nach dem Konsum von Cannabis sollte mindestens 6 Stunden vor dem Führen eines Fahrzeugs (Maschinen, Werkzeuge) gewartet werden. Eine längere Wartezeit kann jedoch bei bestimmten Konsument*innen und spezifischen Cannabisprodukten notwendig sein. Laut der gegenwärtigen Gesetzgebung sollten Konsument*innen in Deutschland gänzlich auf das Führen eines Fahrzeuges verzichten. Des Weiteren besteht ein bedeutend höheres Unfallrisiko nach dem Mischkonsum von Cannabis und Alkohol, weshalb in dieser Situation das Führen eines Fahrzeugs grundsätzlich zu vermeiden ist. [Evidence Grade: Substantial.]
- 9. Bei Personen mit einer eigenen Neigung zu Psychosen und Substanzkonsumstörungen, Personen bei denen Psychosen oder Substanzkonsumstörungen im ersten Verwandtschaftsgrad auftraten, und bei Schwangeren bestehen erhöhte Risiken für negative Folgen von Cannabiskonsum. Diese Personengruppen sollten grundsätzlich kein Cannabis konsumieren. [Evidence Grade: Substantial.]

Evaluierte Cannabisprogramme im Überblick

	Frühintervention / Beratung				Behandlung	
	FreD 	CAN Stop 	Realize-it 	Quit The Shit 	CANDIS 	MDFT 
Zielgruppe	14-21 Jahre Erstauffällige Drogenkonsumenten Ø 17,7 Jahre	14-21 Jahre Junge Cannabiskonsumenten in verschiedenen Hilfesystemen Ø 18,6 Jahre	15-30 Jährige Cannabissmissbraucher/ -abhängige Ø 24 Jahre	15-30 Jährige Jugendliche und Erwachsene Cannabissmissbraucher /abhängige Ø 25,6 Jahre	18-30 Jahre Cannabisabhängige Ø 26,2 Jahre	13-18 Jährige Jugendliche mit Cannabisstörungen und Eltern Ø 16,2 Jahre
Programmmerkmale	Information Motivierende Gesprächsführung 1 In-Take-Gespräch 1. Gruppensitzung 8 Std. in 1-2 Tagen	Psychoedukation Rückfallprävention Motivierende Gesprächsführung 8 Gruppensitzungen 4-8 Wochen	Selbstregulation Motivierende Gesprächsführung Lösungsorientierte Kurzzeittherapie Tagebuch 10 Wochen 5 Einzelberatungen 1 Gruppensitzung	Online – Beratungsprogramm Motivierende Gesprächsführung Lösungsorientierte Kurzzeittherapie 50 -Tageprogramm Einstiegs- und Abschlusschat	Einzelpsychotherapie Kognitive-behaviorale Therapie. Problemlösetraining Einzelsetting 10 Sitzungen	Multidimensionale Familientherapie Flexible Settings 4-9 Monate 2-4 Kontakte wöchentlich
Evaluation	Görgen, Hartmann & Oliva, 2003	Weymann, Baldus, Miranda et al., 2010	Tossmann & Kasten, 2010	Tossmann, Jonas, Tensil Lang & Strüber, 2011	Hoch, Zimmermann, Henker et al., 2007	Tossmann, Jonas, Rigter & Gantner, 2012

S3-Leitlinie

Behandlung cannabisbezogener Störungen

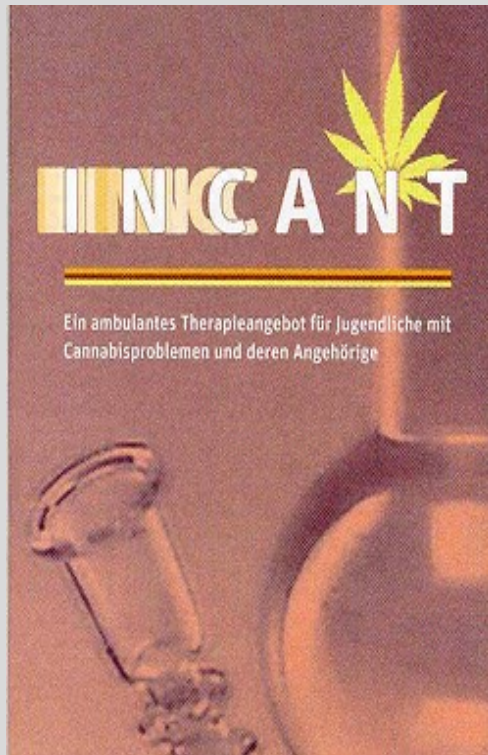
Konsultationsfassung Version 1.0

Langversion | Stand 10.06.2025

AWMF-Register-Nr. 076-005

Tabelle 1: Empfehlung 1.4.1: „Motivational Enhancement Therapy“ (MET).....	13
Tabelle 2: Empfehlung 1.4.2: „Motivational Enhancement Therapy“ (MET) in Kombination mit Psychoedukation und kognitiver Verhaltenstherapie (KVT)	16
Tabelle 3: Empfehlung 1.4.3: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	20
Tabelle 4: Empfehlung 1.4.4: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) in Kombination mit Familientherapie bzw. -unterstützung	23
Tabelle 5: Empfehlung 1.4.5: Kontingenzmanagement zusätzlich zur „Motivational Enhancement Therapy“ (MET) / kognitiver Verhaltenstherapie (KVT)	25
Tabelle 6: Empfehlung 1.4.6: Multidimensionale Familientherapie (MDFT)	28
Tabelle 7: Statement 1.4.7: Multisystemische Familientherapie (MST)	33
Tabelle 8: Empfehlung 1.4.8: „Functional Family Therapy“ (FFT).....	35
Tabelle 9: Empfehlung 1.5.1: Einbezug von Familienangehörigen	37
Tabelle 10: Empfehlung 1.5.2: Stationäre Therapien	40
Tabelle 11: Empfehlung 1.5.3: Psychosoziale Interventionen und Erziehungshilfe	43
Tabelle 12: Empfehlung 1.5.4: Klinikschulbesuch	47
Tabelle 13: Empfehlung 1.5.5: Wahl des Settings	49
Tabelle 14: Empfehlung 1.5.6: Individuelle Therapiepläne	52
Tabelle 15: Empfehlung 2.4.1: „Motivational Enhancement Therapy“ (MET)	67
Tabelle 16: Empfehlung 2.4.2: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	70
Tabelle 17: Empfehlung 2.4.3: Kontingenzmanagement zusätzlich zu MET/KVT	73
Tabelle 18: Empfehlung 2.5.1.1: CANDIS-Programm	77
Tabelle 19: Empfehlung 2.5.2: Wahl des Behandlungssettings	81
Tabelle 20: Empfehlung 2.5.3: Einbezug von Familienangehörigen	82
Tabelle 21: Empfehlung 3.4.1: Digitale Interventionen mit Wirksamkeitsnachweis, die MET, KVT und Kontingenzmanagement verwenden	91
Tabelle 22: Empfehlung 3.5.1: Online-Beratungsprogramm „Quit the Shit“ (QTS)	94

Transfer evidenzbasierter Therapie für Jugendliche und Familien in die Alltagspraxis



Systemische Erweiterung in der Frühintervention



Elternberatung bei
Suchtgefährdung und
Abhängigkeit von Kindern und
Jugendlichen

FriDA Projektphasen

- www.frida-beratung.de

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/frida-fruehintervention-bei-drogenmissbrauch.html>

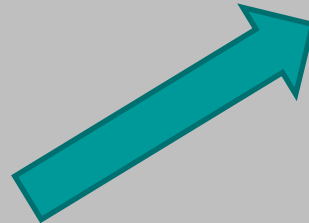
- **2019-2021** Berliner FriDA Entwicklung und Transfer in **8 Suchtberatungsstellen**
(Förderung Land Berlin, SenGes)
- **2021-2022** Bundesweiter FriDA-Transfer in **12 Suchtberatungsstellen**
 - Förderung Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- **2024- 2027** Fortsetzung des bundesweiten FriDA-Transfers in **60 Beratungsstellen**
 - Förderung Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
- **Seit 2025** Mitwirkung der **Elternselbsthilfe/Projekt fragEltern** (Christiane Erbel/Sabine Hinze)

Versorgungsangebote und systemische Zuständigkeiten für Personen mit Cannabiskonsumstörungen

Ambulante Grundversorgung
Suchtberatung

Indikation und Zuweisung nach:

- **Alter**
- **Schwergrad der Abhängigkeit**
- **Angebotsmöglichkeit**



Jugendhilfe
therapeutische Leistungen
Hilfe zur Erziehung

SGB VIII
Familienhilfe
Einzeltherapie/Familientherapie



Ambulante Psychotherapie

SGB V
Richtlinien Kassenleistung
VT/TP/ST
Abstinenz nach 24 Sitzungen!!



Suchthilfe
Ambulante Suchtrehabilitation
6 Monate-18 Monate
Oder:
Stationäre Suchtrehabilitation
3- 6 Monate

SGB VI (DRV)

Etablierung ambulanter Suchttherapie für Cannabisklient:innen auf gesetzlicher Grundlage

1994

Anerkennung als Rehabilitationsträger



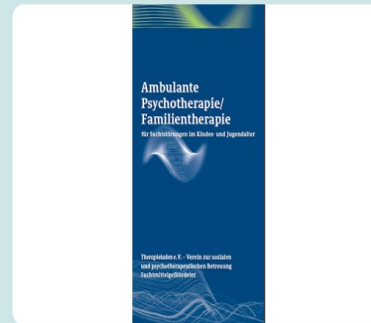
Der Verein wird zum ambulanten Rehabilitationsträger für Abhängigkeitserkrankte und schließt Verträge mit der LVA Berlin und den Krankenkassen ab. Die DRV-Bund lehnt eine Anerkennung des Therapieladens als Rehabilitationseinrichtung ab.

ARS-Leistungen seit 1991 im SGBVI

- „Medizinisches“ Reha-konzept Arzt, Psych./Soz.-Päd. arbeiten zusammen
- 6 Monate-18 Monate Behandlung Einzel-Gruppe/Bezugspersonen
- Pauschale Reha-entgelte pro Sitzung
- Zuwendungsfinanzierung oder Querfinanzierung notwendig
- Kooperation mit Berliner ambulanten Sucht-beratungsstellen

1999

Beginn der ambulanten Therapie nach dem KJHG



Trägervertrag mit dem Landesjugendamt Berlin zur Durchführung ambulanter Psychotherapie und Familientherapie für jugendliche Drogenmissbrauchenden auf Basis des KJHG. Kooperation mit zwölf Jugendämtern und Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten.

KJHG-Therapie, eine Berliner Errungenschaft!

SGB VIII Leistung nach
§27,3 oder 35a

Kooperation mit KJPD und Jugendämter aller Bezirke

Unikatsvertrag des Therapieladen
seit 2024 integriert
Psychotherapie und
Familientherapie:

„Ambulante multidimensionale-
familienorientierte Therapie für
Jugendliche mit Suchtstörungen“

Cannabisregulierung und die Folgen

Ausblick

- Größere Akzeptanz und weitere „Normalisierung“ des Cannabiskonsums in der Gesellschaft
- Aber auch Risiko der Veränderung in der Risikowahrnehmung des Konsums? (s. Alkohol)
- Weniger Tabu und Stigmatisierung für Cannabiskonsumierende
- Gelingt Erkennen und Differenzierung von Risiko und Kontextfaktoren für vulnerable Zielgruppen?
- Chance für Berater*innen und Psychotherapeut:innen und Ärzte sich noch aktiver dem Bereich der „Cannabis Use Disorders“ zuzuwenden
- Wird das auch gemacht und um evtl. notwendige Reduktion oder Abstinenz (wenn ein problematischer Konsum vorliegt) gerungen?