

PARTNERschaftlich

Infodienst 02/16

Gesamtverband
für Suchthilfe e.V.
Fachverband der
Diakonie Deutschland



... gemeinsam stark
im Verbund!



Die Cannabispolitik auf dem Prüfstand
Reformen einleiten UND Verantwortung wahrnehmen

Inhalt

- 3 Editorial**
- 4 Das Thema**
Positionspapier des Gesamtverbands für Suchthilfe e.V. zur Cannabispolitik in Deutschland
Expertengruppe des GVS
- 6 Verbreitung von Cannabiskonsum – aktuelle Trends über die Landesgrenzen hinaus**
Loretta Schulte und Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel
- 8 Cannabispolitik in Deutschland**
Peter Raiser
- 11 Cannabis ist kein Spaß! – Zum Konsum Jugendlicher und junger Erwachsener**
Marlene Mortler
- 11 Die suchtpolitischen Sprecherinnen und Sprecher nehmen Stellung: Legalisierung von Cannabis – Für und Wider**
Interview mit Emmi Zeulner (CDU/CSU), Burkhard Blienert (SPD), Frank Tempel (DIE LINKE) & Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
- 14 Behandlung der Cannabisabhängigkeit in Zeiten der Legalisierungsdebatte**
Dr. Darius Chahmoradi Tabatabai
- 16 Therapie der Cannabisabhängigkeit – Langsam wieder auf die Beine**
Günter Förtsch
- 18 Junge chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke in der Sozialtherapie – eine besondere Herausforderung in der therapeutischen Arbeit**
Sabine Jakob
- 20 Cannabis in der Prävention**
Michèle Falch und Sina Klotter
- 22 Auf der Suche nach einer Balance**
Amon Barth
- 24 Was Drogen überflüssig machen kann**
Dr. Bodo Karsten Unkelbach
- 25 Cannabinoide in der (Schmerz-)Medizin**
Prof. Dr. Matthias Karst
- 27 Der Einsatz von Cannabis aus Sicht eines Mediziners**
Dr. Knud Gastmeier
- 29 Mitglieder News**
- 33 Veranstaltungskalender**

Partnerschaftlich 02/2016

Herausgeber

Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS)
Fachverband der Diakonie Deutschland
Invalidenstr. 29
10115 Berlin
Tel. 030 83001 500
Fax 030 83001 505
gvs@sucht.org
www.sucht.org

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Dr. Theo Wessel
Geschäftsführer

Redaktion

Corinna Mäder-Linke
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit
und Weiterbildung GVS
maeder-linke@sucht.org

Layout (angelehnt an)

Sara Zitzmann
SZ Gestaltung, Detmold
sz@sz-gestaltung.de
www.sz-gestaltung.de

Bildnachweise

Titelfoto: Fotolia.com
S. 19: Bild „Junge und ältere Bewohner der Sozialtherapeutischen Wohnstätte“/©Jakob;
S. 29: Grafik „Chat“/©FKBV;
S. 29: Bild „Mitgliederversammlung Freundeskreis“/©Breuninger;
S. 31: Bild „Rehazentrum Donnersberg“/©evh/stepan;
S. 32: Grafik & Logo/©BKD;
S. 32: Bild „Kurzfilm helfex2“/©Fast;

Portraitbilder sind nach dem Muster ©“Namen“ gekennzeichnet und verweisen jeweils auf die Rechte des zur Verfügungstellenden

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

fast ein Jahr lang beschäftigte sich eine Expertengruppe des Gesamtverbands für Suchthilfe e.V. (GVS) mit dem Für und Wider einer gesetzlich kontrollierten Abgabe von Cannabis. Ziel war, für die in der Suchthilfe tätigen Menschen einen Positionsvorschlag zu erarbeiten. Aus der Fülle der nun vorliegenden Ergebnisse, über die in diesem Heft unter anderem berichtet wird, möchte ich bereits hier einige nennen:

Die Experten finden es dringend geboten, das Betäubungsmittelgesetz zum Zwecke einer Entkriminalisierung von Cannabiskonsumenten zu verändern. Der Ausbau medizinischer Anwendungsmöglichkeiten mit Kostenübernahme der Krankenkassen wird empfohlen. Für Menschen ab dem 21. Lebensjahr sind staatlich kontrollierte Abgabestellen für Cannabis mit deklariertem THC-Gehalt angedacht. Dabei soll nicht dem mangelhaften Muster des Alkoholverkaufs in Tankstellen und Supermärkten gefolgt werden.

Prävalenzzahlen anderer Länder mit liberaler Cannabis-Politik lassen eine vorsichtige Schätzung für Deutschland zu: Eine kontrollierte Abgabe von Cannabis wird vermutlich keine Zunahme der Suchtfälle verursachen. Der Anstieg von Cannabissüchtigen in Deutschland hingegen ist trotz des Verbots Fakt. Will man diesem Trend tatsächlich etwas entgegensetzen, müsste die Suchtprävention deutlich ausgebaut werden.

Da das Psychose-Risiko und die Gefahr, Kiffen zur Emotionsregulierung einzusetzen, insbesondere bei den Menschen besteht, die unter ungünstigen Entwicklungsbedingungen aufwachsen, muss die Präventionsarbeit für das Kinder- und Jugendalter ausgebaut werden. Flächendeckend! Dabei wird empfohlen, Eltern, Lehrpersonal und KiTa-Mitarbeitende noch stärker als bisher miteinzubeziehen. Dem finanziellen Mehraufwand dafür stehen im Falle einer Entkriminalisierung die Einsparungen gegenüber, die bei Polizei und Justiz erzielt werden könnten.

Das tatsächliche Suchtpotential von Cannabis, unabhängig von der im Vergleich zu Alkohol relativen Unschädlichkeit des Stoffes für den Körper ist noch nicht ausreichend untersucht. Die Arbeitsgruppe des GVS befürwortet von daher eine wissenschaftliche Begleitung aller Auswirkungen der vorgeschlagenen gesetzlichen Umstellung und schließt sich damit der Forderung an, eine Enquete-Kommission einzusetzen.



Mitarbeitende der Suchtberatung, die täglich sehr jungen Menschen mit Cannabis-Abhängigkeit begegnen, beschäftigen jedoch noch ganz andere Sorgen, zum Beispiel die, dass es derzeit nur wenige gute Rehabilitationseinrichtungen für genau diese Klientel gibt. Da sind dringend innovative Konzepte gefragt!

Eine interessante Lektüre dieses Heftes wünscht

Gabriele Fock

Leiterin der Suchtberatung
Diakonisches Werk Waldeck-Frankenberg
Prof.-Bier-Str. 2A
34497 Korbach

Tel. 05631 - 506 99 48
fock.suchtberatung.dwwf@ekkw.de

Hinweis: Die männliche Schreibweise im gesamten Heft wurde ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit gewählt.

Hinweis: In dieser Kurzversion des Positionspapiers sind die Kernaussagen und -forderungen zusammengestellt. Das vollständige Positionspapier mit allen Erläuterungen und der Darstellung von Hintergründen steht unter www.sucht.org/cannabispapier als Download bereit.

Die gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Cannabis – vom Anbau, über die Weitergabe bis hin zum Konsum – sind regelmäßig Gegenstand von Debatten in der Öffentlichkeit, der Politik und unter Fachleuten, insbesondere von in der Drogenhilfe praktisch Tätigen in Beratung und Therapie. Kaum ein anderes Thema der Drogen- und Suchtpolitik wird derart häufig öffentlich angesprochen und kaum ein anderes Thema wird derart kontrovers diskutiert. Aufgrund der im Vergleich zu anderen illegalen Drogen hohen Verbreitung des Cannabis-Konsums in der Bevölkerung werden diese Debatten mit großer Aufmerksamkeit von allen Beteiligten verfolgt. Die gesetzlichen Bestimmungen betreffen direkt und indirekt viele Millionen Menschen in Deutschland.

Für den Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS) bilden die Auswirkungen der Cannabispolitik auf die Lebenswelten der Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis den wichtigsten Aspekt in der aktuellen Debatte. Vor diesem Hintergrund betont eine Expertengruppe des GVS die Bedeutung von Prävention, Jugendschutz, Schadensminderung, Frühintervention, Beratung und Behandlung.

In der aktuellen Diskussion zur Cannabispolitik wird die angebotsreduzierende Wirkung des geltenden Cannabisverbots vielfach in Frage gestellt. Diverse Diskussionsbeiträge aus Verbänden und Forschungseinrichtungen weisen auf unerwünschte negative Folgen durch das Verbot selbst hin. Auch viele in Drogenberatung und -therapie praktisch Tätige berichten über diese sich nachteilig auswirkenden Konsequenzen, insbesondere über die damit verbundenen Einschränkungen an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Ausbildung, Beruf, Mobilität). Es entstehen durch das Verbot Risiken für Konsumenten, die über das gesundheitliche Risiko hinausgehen und alle Konsumenten, ungeachtet tatsächlicher Risiken oder Gesundheitsschäden, betreffen. Darüber hinaus gibt es aus der Praxis der im GVS tätigen Fachkräfte zahlreiche Hinweise darauf, dass die derzeitige rechtliche Situation die Anstrengungen in anderen Arbeitsfeldern untergräbt (Suchtprävention, Frühintervention und Schadensminderung).

Eine Alternative zu den derzeit gültigen Bestimmungen zu Cannabis im Betäubungsmittelrecht ist erforderlich geworden.

Die sechs Forderungen des GVS

1. Die Expertengruppe des GVS geht davon aus, dass eine Enquete-Kommission Cannabis eingesetzt wird, sie schließt sich so der Forderung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) an. (Quelle: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/Cannabispolitik_in_Deutschland.pdf (Zugriff 15.07.2016)).

2. In Ergänzung der bereits vorliegenden Positionspapiere hat die Expertengruppe detaillierte Überlegungen aufgestellt, die in der aktuellen Cannabisdiskussion aufgegriffen werden sollten: zur Fahrtauglichkeit und zur Berufs- und Arbeitsfähigkeit, zum Gebrauch für medizinische Zwecke (Spezialfall ADHS), zum Jugendschutz, zur Prävention und zu den Hilfen für Menschen mit Cannabisproblemen.
3. Die Expertengruppe spricht sich für die Entkriminalisierung und die staatliche Regulierung bei Anbau und Verkauf von Cannabis aus, lehnt aber eine vollständige Legalisierung ab.
4. Bürgerinnen und Bürgern ab 21 Jahren soll der freie Zugang zum Cannabiskauf ermöglicht werden, auch mit den damit verbundenen Risiken, die sich mit Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit einstellen können. Die mit dem Cannabiskonsum verbundenen Risiken sind mit denen vergleichbar, die der Konsum von Alkohol und Tabak mit sich bringen können.
5. Daraus ergibt sich zwangsläufig ein besonderes Augenmerk auf Jugendschutz und Prävention – beides muss weiterentwickelt und ausgebaut werden.
6. Es sollte überprüft werden, ob die Vorschläge der Expertengruppe des GVS auch auf den Umgang mit Alkohol übertragen werden können.

Eine Expertengruppe des GVS, deren Mitglieder in Suchtberatung und Suchttherapie praktisch tätig sind, hat die folgenden Aspekte in vier Projektgruppentreffen vom 03.06.2015 bis 19.01.2016 ausgearbeitet.

Entkriminalisierung

Eine notwendige präventive, beratende und therapeutische Bearbeitung problematischer Cannabiskonsummuster kann durch den Wegfall drohender strafrechtlicher Maßnahmen verbessert werden, weil das Risiko der Strafverfolgung und die damit verbundene Tendenz der Konsumgeheimhaltung wegfällt. Vor allem Früherkennung und Frühinterventionen würden so verstärkt wahrgenommen werden können. Es gibt zur Zeit keine fundierten Hinweise darauf, dass durch eine staatlich regulierte, kontrollierte Abgabe von Cannabisprodukten an Erwachsene ein dauerhaft starker Anstieg des Konsums, insbesondere des problematischen Cannabiskonsums, zu erwarten wäre. Erste Schritte der Entkriminalisierung von Cannabiskonsumern sind in Deutschland dadurch erfolgt, dass einige Bundesländer sogenannte „geringe Mengen“ von Cannabis eingeführt haben, bei denen in der Regel von Strafverfolgung abgesehen wird.

Staatlich regulierter Anbau sowie Verkauf und Verbraucherschutz

Die Expertengruppe des GVS fordert:

- Der Anbau von Cannabis sollte grundsätzlich staatlich lizenziert werden und gewisse Auflagen erfüllen.
- Qualitätskontrollen sollten die Reinheit des Cannabis garantieren.
- Die Cannabisprodukte sollten mit Gütesiegeln versehen werden.
- Der Verkauf von Cannabis sollte staatlich kontrolliert in speziellen Läden (sogenannten Drugstores) stattfinden. Dort sollte es ausschließlich Cannabis und keine anderen Suchtmittel wie z.B. Alkohol geben.
- Diese Läden sollten in einer gewissen Entfernung (z.B. 2 km) von Schulen, Kindergärten oder sonstigen Orten, an denen sich regelmäßig Kinder und Jugendliche aufhalten, verortet sein.
- Das Verkaufspersonal in diesen Läden muss hinsichtlich Früh- und Risikoerkennung regelmäßig geschult werden.
- Ab dem vollendeten 21. Lebensjahr darf Cannabis gekauft und konsumiert werden.
- Es sollte keine Höchstmenge für den Verkauf und die private Lagerung geben – jedoch empfohlene Richtwerte. Der Verkauf von Cannabis sollte (im Gegensatz zu Colorado/USA) NICHT gewinnorientiert sein. Striktes Werbeverbot für Cannabisprodukte sollte überall gelten, auch im Internet.
- Der Internethandel von Cannabis soll verboten sein.

Fahrtauglichkeit / Berufseinstieg und Berufs- und Arbeitsfähigkeit

Die Grenzwerte bei Cannabiskonsum (1 ng), die aktuell in Bezug auf die Fahrtauglichkeit angewandt werden, sind nicht nachvollziehbar.

Hier werden dringend wissenschaftlich fundierte Grenzwerte benötigt

1. für den akuten Cannabisrausch und
2. den THC-COOH Wert (das THC-Abbauprodukt), der Hinweis auf gelegentlichen Konsum, Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit gibt.

Folglich sollten die Testverfahren zur Unterscheidung von Einschränkungen der Fahrtauglichkeit verbessert werden. Der nach wissenschaftlichen Kriterien neu festgelegte THC-COOH Grenzwert, der einen gelegentlichen Cannabiskonsum belegt, sollte in diesen Testverfahren nicht mehr angezeigt werden. In Bezug auf Fahrtauglichkeitsüberprüfungen kann der Test somit der Entkriminalisierung dienen. Im betrieblichen Kontext, in dem diese Testverfahren ebenfalls angewandt werden, soll es auch den Menschen mit gelegentlichem Cannabiskonsum die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen.

Cannabis zu medizinischen Zwecken, insbesondere der Spezialfall ADHS

Ausgehend vom Spezialfall „ADHS und Cannabis zu medizinischen Zwecken“ und weiteren Befunden zum medizinischen

Gebrauch fordert die Expertengruppe des GVS die grundsätzliche Möglichkeit des Einsatzes von Cannabis in der medizinischen Behandlung mit Übernahme der Behandlungskosten durch die gesetzlichen Krankenkassen. Weiterhin fordert sie, dass weitere Forschung zur Wirksamkeit von Cannabispräparaten durchgeführt wird

Jugendschutz, Prävention und Hilfen

Ziele einer erfolgreichen Suchtpolitik – nicht nur im Hinblick auf Cannabis – sollten sein, dass erstens langfristig die Zahl der Konsumierenden abnimmt. Zweitens sollte durch eine hohe Suchtmittelkompetenz (z.B. durch flächendeckende Prävention und Aufklärung) sowie durch saubere Substanzen das Risiko und die Folgen des Konsums minimiert werden. Drittens sollte denjenigen, welche es nicht schaffen risikoarm zu konsumieren, ein effizienter und niedrigschwelliger Zugang zum Hilfesystem ermöglicht werden. Von daher darf sich der Jugendschutz nicht auf die Durchsetzung gesetzlich verankerter Vorschriften mit polizeilichen und juristischen Mitteln beschränken. Die Förderung und der Erhalt der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit, wie in der UN-Kinderrechtskonvention gefordert, sollte oberstes Ziel sein (Quelle: <https://www.unicef.de/informieren/infothek/-/was-ist-die-un-kinderrechtskonvention-/17708> (Zugriff 15.07.2016)).

Von daher vertritt der GVS – ähnlich wie eine Schweizer Arbeitsgruppe (Quelle: http://www.fachverbandsucht.ch/downloads/1033_Jugendschutz_Cannabismarkt.pdf (Zugriff 15.07.2016)) – die Auffassung, dass ein nachhaltiger Jugendschutz neben dem gesetzlichen Jugendschutz auch die Prävention sowie Hilfsmaßnahmen beinhalten sollte.

Umgang mit Alkohol

Bei der Auseinandersetzung mit dem Entwurf des Cannabiskontrollgesetzes fällt auf, dass mit dem – in vielerlei Hinsicht – schädlicherem Suchtmittel Alkohol, nicht nur vonseiten des Gesetzgebers, viel zu nachlässig umgegangen wird. Von daher fordert die Expertengruppe des GVS:

- Werbeverbot für alkoholhaltige Getränke aller Art
- Abgabe alkoholischer Getränke jeglicher Art erst ab dem 18. Lebensjahr
- Konsequenterer Umsetzung des Jugendschutzes
- Flächendeckende Prävention

Der Position, wie sie die DHS im Jahr 2015 in ihren Grundsatzpapier „Kein Alkohol unter 18 Jahren“ veröffentlicht hat, schließt sich die Expertengruppe des GVS an (Quelle: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/KeinAlkoholUnter18.pdf (Zugriff 15.07.2016)).

Expertengruppe des GVS
(berufen durch GVS-Vorstandsbeschluss vom 24.10.2014):

Barbara Beckmann, Kassel
Gabriele Fock, Korbach
Rainer Mann, Darmstadt
Harald Spörl, Frankfurt
Magrit Stoll, Kiel
Dr. Theo Wessel, Berlin

Verbreitung von Cannabiskonsum – aktuelle Trends über die Landesgrenzen hinaus

Von Loretta Schulte und Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel

Cannabis ist sowohl unter Erwachsenen als auch unter Jugendlichen nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland, Europa und vielen weiteren Ländern der Welt. Etwa jeder zehnte junge Erwachsene zwischen 18 und 39 Jahren in Deutschland hat innerhalb der letzten zwölf Monate mindestens einmal Cannabis konsumiert (Tabelle 1). Mit Prävalenzwerten von unter einem Prozent war der Konsum aller anderen untersuchten illegalen Drogen weit weniger verbreitet (Kraus et al., 2014b). Mehr als ein Drittel dieser jüngeren erwachsenen Bevölkerung hat bereits im Laufe des Lebens Konsumerfahrungen mit Cannabis gemacht, die aber unter Umständen schon lange zurückliegen können. Beim überwiegenden Teil dieser Konsumenten bleibt es beim vorübergehenden, so genannten passageren oder experimentellen Konsum innerhalb umschriebener Lebensphasen. Dies wird dadurch ersichtlich, dass die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums über die letzten 20 Jahre stetig ansteigt, der 30-Tage-Konsum dagegen zeitweise gesunken ist (Tabelle 1). Anlass zur Sorge bereitet die Tatsache, dass sich die Verbreitung des regelmäßigen Konsums (30 Tage Prävalenz) insbesondere unter jungen Erwachsenen über die Jahre praktisch kaum verändert hat. Diese Beobachtung unterstützt die Vermutung, dass Veränderungen im Probierkonsum der Allgemeinbevölkerung keinen Rückschluss auf die Konsumgewohnheiten erfahrener oder intensiver Konsumenten erlauben und diese auch von den zahlreichen Unterstützungs- und Hilfsangeboten nach wie vor nur ungenügend erreicht werden.

| Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39-Jährigen in Gesamtdeutschland, 1990 - 2012 (in % von Gesamtstichprobe) | | 1990 | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 | 2009 | 2012 |
|---|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Irgendeine Droge | Lebenszeit | 14,6* | 19* | 18,9* | 27,7* | 33,8* | 34,7* | 37,6* | 36,2 |
| | 12 Monate | 4,3* | 8,3* | 7,9* | 10,8 | 12,2 | 9,6 | 9,9 | 9,9 |
| | 30 Tage | | 5,6 | 5,3 | 5,9 | 6,4 | 4,9 | 5 | 5,1 |
| Cannabis | Lebenszeit | 14* | 18,2* | 17,6* | 27,2* | 33,1* | 33,9* | 36,6 | 35,8 |
| | 12 Monate | 4,1* | 7,8* | 7,2* | 10,4 | 11,8 | 9,2 | 9,3 | 9,5 |
| | 30 Tage | | 4,9 | 4,8 | 5,7 | 6 | 4,4 | 4,5 | 4,5 |

* p < .05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2012
Tabelle 1 – Quelle: Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014a). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter 1980-2012. München: IFT Institut für Therapieforchung.

Geschlechterunterschiede zeigen sich in erster Linie darin, dass weibliche Cannabiskonsumanten in allen Altersgruppen geringere Prävalenzen aufweisen. Bei der 30-Tage und 12-Monatsprävalenz kommen Männer im Vergleich zu Frauen im Durchschnitt auf doppelt so hohe Anteile derjenigen, die Cannabis konsumiert haben (Tabelle 2).

Neben Geschlechterunterschieden fallen auch Diskrepanzen beim Konsum in verschiedenen Altersgruppen auf. So entspricht der Anteil derjenigen 18- bis 20-Jährigen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Cannabis konsumierten,

16,2 %, wohingegen dies bei weniger als einem Prozent der über 50-Jährigen der Fall ist (Kraus et al., 2014b). Bei verschiedenen Altersgruppen der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Orth, 2016) zeigt sich, dass die 18- bis 25-Jährigen dreifach so häufig Cannabiskonsumerfahrungen gemacht haben wie die 12- bis 17-Jährigen (Tabelle 2).

| Prävalenzen in verschiedenen deutschen Zielgruppen (%) | | | | | |
|--|----------|-------|--------|--------|--------|
| | Studie | Alter | Gesamt | Männer | Frauen |
| Lebenszeit | ESA 2012 | 18-64 | 23,2 | 27,5 | 18,6 |
| | DAS 2015 | 12-17 | 9,7 | 10,4 | 7,2 |
| | | 18-25 | 34,5 | 41,9 | 28,7 |
| 12 Monate | ESA 2012 | 18-64 | 4,5 | 6,0 | 3,0 |
| | DAS 2015 | 12-17 | 7,3 | 8,1 | 5,0 |
| | | 18-25 | 15,3 | 21,0 | 11,2 |
| 30 Tage | ESA 2012 | 18-64 | 2,3 | 3,3 | 1,2 |
| | DAS 2015 | 12-17 | 2,2 | 2,7 | 1,6 |
| | | 18-25 | 6,3 | 7,9 | 4,5 |

Tabelle 2 – Quelle: Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Behandlungsdaten

Der intensive Cannabiskonsum im Jugendalter kann die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine cannabisbezogene Substanzstörung zu entwickeln (Wittchen et al., 2008). Bei einem durchschnittlichen Erstkonsum- bzw. Einstiegsalter von knapp über 15 Jahren und einem im Durchschnitt etwa sieben Jahre später diagnostizierten Störungsbeginn suchen Cannabiskonsumanten im Vergleich zu Patienten mit anderen substanzbezogenen Hauptdiagnosen (durchschnittlicher Erstkonsum 19,3 Jahre, Behandlungsbeginn 33,8 Jahre) mit 24,5 Jahren noch in relativ jungen Jahren Hilfe in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Brand et al., 2016).

Auch wenn die meisten Behandlungen im ambulanten Raum stattfinden, ist der Anteil derjenigen, die primär aufgrund einer cannabisbezogenen Störung eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in Anspruch nahmen, in den letzten Jahren ebenfalls gestiegen (Tabelle 3).

| | Anteile Hauptdiagnose (HD) Cannabis in deutschen Suchthilfeeinrichtungen | | | |
|---|--|-------|----------|-------|
| | Stationär | | Ambulant | |
| | 2000 | 2013 | 2000 | 2013 |
| HD Cannabis (N) | 72 | 2930 | 3303 | 25859 |
| Anteil HD Cannabis an Gesamt | 1,1% | 7,1% | 6,4% | 15,4% |
| Anteil HD Cannabis an Gesamt illegalen* | 5,5% | 29,4% | 25,9% | 39,5% |

*HD illegal: Summe der Hauptdiagnosen Opioide, Cannabis, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene, Flüchtige Lösungsmittel und andere psychotrope Substanzen

Tabelle 3 – Quelle: Brand et al. (2016). Cannabisbezogene Störungen in der Suchthilfe: Inanspruchnahme, Klientel und Behandlungserfolg. Sucht, 62 (1), 9-21.

Verglichen mit anderen illegalen Substanzdiagnosen hat sich dieser Anteil im stationären Bereich mehr als verfünffacht (Brand et al., 2016). Der Anstieg von Patienten mit Hauptdiagnose Cannabis in deutschen Suchthilfeeinrichtungen ist einerseits ein Beleg für die Akzeptanz der angebotenen Interventionen, andererseits zeigt diese Entwicklung auch, dass intensiver Cannabiskonsum zu schwerwiegenden Folgen führen kann bzw. häufig in Kombination mit anderen Faktoren (z.B. Konsum anderer psychoaktiver Substanzen, andere psychische und soziale Probleme) auftritt, die eine insgesamt erhebliche Problemlast für das Individuum darstellen und eine professionelle Unterstützung erfordern.

Europäischer Kontext

Auch europaweit ist Cannabis über alle Altersgruppen hinweg die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. 16,6 Millionen Europäer im Alter zwischen 15 und 34 Jahren (13,3 % dieser Altersgruppe) konsumierten basierend auf Bevölkerungsbefragungen in den Mitgliedsstaaten der EU im vergangenen Jahr Cannabis. Mitgliedsstaaten mit hohen Prävalenzen wie Deutschland, Spanien und das Vereinigte Königreich weisen über die vergangene Dekade nur wenig Veränderung der Prävalenzen oder zum Teil sogar rückläufige Konsumdaten auf. Länder mit vergleichsweise niedrigeren Prävalenzen zeigen einen Trend der Anpassung an den europäischen Durchschnitt (Europäischer Drogenbericht, 2016).

Europaweit konsumierten nach neuesten Daten des Europäischen Drogenberichts 2016 ca. 1 % der Erwachsenen täglich oder fast täglich (mind. 20 Tage im letzten Monat) Cannabis. Etwa 60 % dieser Gruppe ist zwischen 15 und 34 Jahre alt, weniger als ein Viertel davon weiblich. Der Europäische Drogenbericht kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass auch in anderen Mitgliedsstaaten, vergleichbar zu Deutschland, ein Anstieg von Erstbehandlungen mit der Hauptdiagnose Cannabis festgestellt wird, wobei kritisch anzumerken ist, dass in dem Bericht nicht darauf eingegangen wird, inwiefern sich Charakteristika der jeweiligen Stichproben verändert haben könnten. Die Ursachen dieser Behandlungshäufungen in Europa sind demnach nicht gänzlich klar. Eine Erklärung stellt der Anstieg des Anteils von Menschen mit intensiven Konsummustern dar. Der Anteil der täglichen Konsumenten in Behandlung stieg von 46 % in 2006 auf aktuelle 54 % (Europäischer Drogenbericht, 2016). Hinzu kommt eine vermehrte Verfügbarkeit von Cannabis mit immer höherem Wirkstoffgehalt, der sich auch in Deutschland in einer langfristigen Steigerung des Wirkstoffgehalts von Blütenständen und Harz beobachten lässt (Pfeiffer-Gerschel et al., 2015). Durch verbesserte Produktionstechniken und in die EU importierte Ware aus Marokko sowie die Zunahme an verfügbaren Hilf- und Behandlungsangeboten, kann der Anstieg der Erstbehandlungen für cannabisbezogene Störungen zumindest teilweise erklärt werden.

Synthetische Cannabinoide

Neben dem herkömmlichen Cannabiskraut und -harz wächst in den letzten Jahren der Marktanteil synthetischer Cannabinoide stetig. 2015 wurden 24 bislang unbekannte synthetische Cannabinoide auf dem europäischen Markt entdeckt. Damit steigt die Anzahl der bisher dokumentierten

synthetischen Cannabinoide auf 160. 2014 machten 30.000 Sicherstellungen mit insgesamt 1,3 Tonnen synthetischer Cannabinoide 61 % aller Sicherstellungen und 35 % der beschlagnahmten Gesamtmenge neuer psychoaktiver Substanzen in Europa aus (Europäischer Drogenbericht 2016).

Die von den teilweise noch unbekannteren neuen Substanzen ausgehende Gefahr wurde 2015 in Polen deutlich, als in knapp einer Woche über 200 klinische Notfälle in Verbindung mit synthetischen Cannabinoiden registriert wurden. Fast jeder zehnte Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren in Europa gab an, schon einmal „neue Substanzen, die die Wirkung illegaler Drogen nachahmen“ konsumiert zu haben (Flash Eurobarometer zitiert nach Europäischem Drogenbericht 2016). Es bleibt abzuwarten, wie sich diese Zahlen in Deutschland entwickeln werden. Bisher werden in mehreren Statistiken und Umfragen synthetische Cannabinoide nicht separat abgefragt, was zu einer Verzerrung des angenommenen Anstiegs der Cannabisbehandlungsdaten führen könnte. Die Deutsche Suchthilfe Statistik (DSHS) arbeitet derzeit an einer neuen Version des Kerndatensatzes, der erstmals eine separate Erhebung der sich in Behandlung befindenden Konsumenten synthetischer Cannabinoide ermöglichen wird.

Literatur:

- Brand, H., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T., & Braun, B. (2016). Cannabisbezogene Störungen in der Suchthilfe: Inanspruchnahme, Klientel und Behandlungserfolg. *Sucht* 62 (1) 9-21.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2016). *Europäischer Drogenbericht 2016: Trends und Entwicklungen*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014a). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter 1980-2012*. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014b). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012*. München: IFT Institut für Therapieforchung.



©Schulte



©Pfeiffer-Gerschel

Loretta Schulte
Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel
IFT Institut für
Therapieforchung
Parzivalstraße 25
80804 München
Tel. 089 - 360804-40
schulte@ift.de
pfeiffer-gerschel@ift.de

Cannabispolitik in Deutschland

Von Peter Raiser

Zum Hintergrund: Risiken des Cannabiskonsums und die rechtliche Ausgangslage

Cannabis ist auch in Deutschland die am meisten konsumierte illegale Droge. Etwa jeder vierte Erwachsene hat mindestens einmal in seinem Leben Cannabis konsumiert. Innerhalb der letzten 12 Monate konsumierten 4,5 % (hochgerechnet über 2,3 Millionen Personen) der Erwachsenen Cannabis und innerhalb des letzten Monats 2,3 % (ca. 1,2 Millionen Personen). Für Jugendliche unter 18 Jahren weisen die Statistiken keine höheren Werte im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung aus. Es finden sich jedoch insbesondere in den Altersgruppen von 18 bis 29 Jahren erhöhte Werte für kürzer zurückliegenden Konsum (12-Monats-Prävalenz für Altersgruppen 18 - 20: 16,2 %; 21 - 24: 13,7 %; 25 - 29: 9,8 %) (Quelle 1). Im Gegensatz zu den epidemiologischen Daten liegen im Einzelnen keine gesicherten Daten zu Konsummustern wie Konsumfrequenzen und -mengen vor.

Der Konsum von Cannabis ist mit gesundheitlichen Risiken verbunden. Es gibt Hinweise auf ein erhöhtes Psychoserisiko sowie besondere Risiken für vulnerable Personen und in besonderen Lebenslagen (z.B. Schwangere, Personen mit bestimmten Erkrankungen), insbesondere für Kinder und Jugendliche mit negativen Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung (Quelle 2). Weiterhin gibt es situative Kontexte, in denen der Konsum mit erhöhten Risiken verbunden ist, vor allem bei der Teilnahme am Straßenverkehr und bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten (Quelle 3).

Das Risiko einer Abhängigkeit tritt für ca. 9 % der regelmäßig Konsumierenden ein (Quelle 4). Bei dem Übergang von Probierkonsum und Gelegenheitskonsum in problematische Konsumformen (regelmäßig, schädlich, abhängig) sind individuelle Vulnerabilitäts-, Schutz- und Risikofaktoren ausschlaggebend. Hierzu zählen Konsumalter (Kinder/Jugendliche), soziale Integration (Einkommen, Bildung, Arbeit, sozialer Status, Schichtzugehörigkeit, Verfügbarkeit) und Belastung durch Komorbidität (Konsum anderer Drogen, psychische Erkrankungen). Entsprechend unterschiedlich sind die gesundheitlichen, juristischen und gesellschaftlichen Risiken, was bei der gegenwärtigen Diskussion zu bedenken ist.

Die derzeit geltenden Grundlagen und Bestimmungen der Cannabispolitik sind vom Betäubungsmittelgesetz geprägt. Die aktuelle Regelung definiert, dass Anbau, Herstellung, Handel, Einfuhr, Ausfuhr, Abgabe, Veräußerung, sonstiges Inverkehrbringen, Erwerb und Besitz von Cannabis strafbar sind (Quelle 5). Diese Rechtslage geht auf das internationale „Einheits-Übereinkommen vom 30. März 1961 über Suchtstoffe“ (Quelle 6) zurück. Grundlegendes Ziel dieser Gesetzgebung war die Verhinderung von Suchterkrankungen und deren Folgen für den Einzelnen und die Gesellschaft.

Eine nüchterne Feststellung der Fakten über die Verbreitung des Konsums und die rechtliche Situation zeigt allerdings: Es ist von einem großen illegalen Markt auszugehen, der von breiten Gesellschaftsschichten genutzt wird. Die Gruppe der

Konsumenten ist sehr heterogen und es lassen sich keine gemeinsamen Merkmale beschreiben, die einen „typischen Cannabiskonsumenden“ charakterisieren. Der illegale Markt steht in seiner jetzigen Form auch jenen Personengruppen uneingeschränkt zur Verfügung, die das höchste Risiko von Folgeschäden tragen: Kindern und Jugendlichen.

Ziele der Suchtpolitik

Die bereits in dem erwähnten Einheits-Übereinkommen über Suchtstoffe festgehaltenen Ziele sind in der modernen Suchtpolitik weiterentwickelt und konkretisiert worden. Es ist heutzutage unbestrittener Konsens, dass die Verhinderung und Reduzierung von Schäden durch Suchtmittelkonsum sowie die Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe erklärte Grundprinzipien zielorientierter Suchtpolitik sind. Daraus ergeben sich folgende Ziele, sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene:

1. Möglichst wenige Menschen konsumieren Suchtmittel. Alle Menschen, die nicht konsumieren, werden in ihrer Entscheidung bestärkt, keine Suchtmittel zu sich zu nehmen.
2. Menschen, die Suchtmittel konsumieren, beginnen den Konsum möglichst spät, weisen möglichst risikoarme Konsummuster auf und konsumieren nur in Situationen und unter Bedingungen, in denen Risiken nicht zusätzlich erhöht werden.
3. Konsumierende, deren Suchtmittelkonsum zu Problemen führt, erhalten möglichst früh effektive Hilfen zur Reduzierung der mit dem Konsum verbundenen Risiken und Schäden.
4. Konsumierende, die ihren Konsum beenden möchten, erhalten uneingeschränkten Zugang zu Beratung, Behandlung und Rehabilitation nach den jeweils aktuellen wissenschaftlichen Standards.

Das Vier-Säulen-Modell moderner Suchtpolitik

In der aktuellen Suchtpolitik werden Maßnahmen und Aktivitäten anhand eines Säulenmodells eingeteilt: Moderne Suchtpolitik wird von den vier Säulen Prävention, Schadensminderung, Beratung und Behandlung und Repression getragen (Quelle 7). Die konkrete Ausgestaltung der Maßnahmen, Gesetze und Aktivitäten im Bereich der Suchtpolitik müssen sich an den genannten Zielen orientieren und ihre Wirksamkeit muss sich an der Erreichung dieser Ziele messen lassen.

Im Konkreten hieße das zu überprüfen, wie Maßnahmen der Prävention / Schadensminderung / Behandlung / Repression nachweislich dazu beitragen, dass möglichst wenige Menschen Cannabis konsumieren, dass Cannabiskonsum möglichst wenige unerwünschte Folgen verursacht, dass Menschen mit Konsumproblemen möglichst frühe Hilfen zur Schadensminderung und dass Konsumierende Zugang zu Beratung, Behandlung und Rehabilitation erhalten. Eine solche Überprüfung von offizieller Seite ist aus Sicht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) überfällig.

Darum braucht die Cannabispolitik in Deutschland eine Enquete-Kommission

In Anbetracht des Ausmaßes des illegalen Marktes und der hohen Verbreitung von Cannabiskonsum wird die angebotsreduzierende Wirkung des geltenden Cannabisverbots aktuell vielfach in Frage gestellt. In den letzten Jahren mehren sich Debattenbeiträge aus Verbänden und Forschungseinrichtungen, die unerwünschte negative Folgen durch das Verbot selbst aufzeigen. Diese Aussagen stehen im Einklang mit zahlreichen Berichten von Suchthelferinnen und Suchthelfern aus der Praxis. Es entstehen durch das Verbot Risiken für Konsumenten, die über das gesundheitliche Risiko hinausgehen, und die alle Konsumenten ungeachtet tatsächlich eingetretener Risiken oder Gesundheitsschäden betreffen. Darüber hinaus gibt es aus der Praxis zahlreiche Hinweise, dass die derzeitige rechtliche Situation die Anstrengungen in anderen Arbeitsfeldern untergräbt (Prävention, Frühintervention und Schadensminderung).

Ein sehr bedeutender Teil der Sachverständigen aus Praxis und Forschung, Organisationen und Verbänden kommt aufgrund dieser problembehafteten Ausgangslage zu der Feststellung, dass eine Alternative zu den derzeit gültigen Bestimmungen zu Cannabis im Betäubungsmittelrecht erforderlich geworden ist. So schreibt Roland Simon, Leiter der Abteilung „Konsequenzen, Interventionen und Best Practice“ bei der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in der aktuellen Ausgabe der Zeitschrift SUCHT, für eine Modernisierung des Cannabisrechts sollten unterschiedliche Modelle einer sorgfältigen Bewertung unterzogen werden. „Nicht zu handeln ist dabei allerdings keine sinnvolle Option [...]“ (Quelle 8). Ähnliche Aussagen, die die Strafverfolgung von Konsumenten als ungeeignet bewerten und zu einer Veränderung auffordern, finden sich in den Stellungnahmen und Positionspapieren bedeutender Organisationen wie der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (Quelle 9), der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) (Quelle 10), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Quelle 11), der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS) (Quelle 12), der Freien Träger der Berliner Suchthilfe (Quelle 13) und auch der Initiative Deutscher Strafrechtsprofessoren (Quelle 14), die Unterstützung von der Neuen Richtervereinigung und dem Bund Deutscher Kriminalbeamter findet (Quellen 15 und 16). Die Forderungen sind dabei teilweise sehr unterschiedlich begründet und werfen ein großes Spektrum neuer Fragen auf, über deren Beantwortung noch keine Einigkeit auszumachen ist.

Ob die derzeit geltenden Bestimmungen des Betäubungsmittelrechts die Erreichung der oben genannten Ziele der Sucht- und insbesondere Cannabispolitik unterstützen, ist bis heute nicht belegt. Die DHS fordert daher die Einsetzung einer Enquete-Kommission, die die derzeit geltenden Bestimmungen der Cannabispolitik auf ihre erwünschten und unerwünschten Folgen einer umfänglichen Überprüfung unterzieht und konkrete Vorschläge für Alternativen erarbeitet. Die genannten Grundprinzipien der Schadensverhinderung und Teilhabe sowie die oben genannten Ziele der Suchtpolitik sind dabei zu berücksichtigen. Wie für die geltenden Bestimmungen, als auch für mögliche Alternativen ist zu prüfen, inwiefern sie zur Zielerreichung beitragen.

Aus Sicht der DHS müssen alternative Modelle zur derzeitigen Praxis in der Lage sein, Problemlagen aufzulösen, die trotz oder wegen der aktuell geltenden Gesetzeslage entstehen. Folgende Anforderungen an eine Neuregelung des Umgangs mit Cannabis sind aus Sicht der DHS unverzichtbar:

- Bei einer Neufassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist vor allem ein wirksamer Jugendschutz zu konzipieren. Die Ausgestaltung effektiver Jugendschutzmaßnahmen muss insbesondere Mindestpreise, die wirksame Sanktionierung bei Abgabe an Minderjährige und umfassende Werbeverbote enthalten. All das lässt der Jugendschutz zum Alkohol bislang vermissen, weshalb er nicht effektiv ist.
- Ein regulierter Markt muss die Risiken durch Produktunsicherheiten ausschließen, die derzeit im illegalen Markt bestehen. Verbraucher- und Gesundheitsschutz müssen gewährleistet werden. Der Produktion und dem Handel sind dadurch enge Grenzen gesteckt, die dem Schutz der Konsumenten dienen.
- Es bedarf klarer Konzepte für die Vermeidung von Suchtmittelkonsum im Straßenverkehr, genauso wie dem Umgang mit Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz. Gleichzeitig dürfen auch in einem regulierten Markt Folgen des entkriminalisierten Konsums nicht auf anderen Wegen weiter zu Behinderung der Teilhabe führen (nicht anlassbezogener Verlust der Fahrerlaubnis oder des Arbeitsplatzes).
- Zudem gilt es, eine größere Kohärenz der vier Säulen in der Suchtpolitik (Prävention / Schadensminderung und Frühintervention / Beratung und Behandlung / Repression) zu schaffen. Viel stärker als bisher müssen die Maßnahmen der einzelnen Säulen in einer Gesamtstrategie aufeinander abgestimmt werden. Sinnvollerweise sollte die vierte Säule der Suchtpolitik „Regulierung und Angebotsreduzierung“ integrierter Bestandteil sein und nicht wie bisher als „Repression“ zu manchen Bereichen konträr wirken.
- Bei einer Beurteilung von Kosten und Nutzen müssen alle Faktoren berücksichtigt werden. Das betrifft einen verringerten Ressourcenaufwand für die Strafverfolgung und mögliche Steuereinnahmen ebenso wie erhöhte Kosten im Bürokratiebereich und Kontrolle des regulierten Marktes. Etwaige Mehreinnahmen aus dem Steueraufkommen sind zweckgebunden für Prävention, Schadensminderung sowie Beratung und Behandlung einzusetzen.

Auf Ebene von Kommunen und Städten sind in den letzten Jahren Initiativen entstanden, die eine zeitlich begrenzte und regulierte Abgabe von Cannabis in Modellversuchen anstreben. Die DHS spricht sich in ihrem Positionspapier „Cannabispolitik in Deutschland – Maßnahmen überprüfen, Ziele erreichen“ (Quelle 17) dafür aus, dass solche wissenschaftlich begleiteten Modellversuche von den zuständigen Behörden ermöglicht werden. Auch an diese regulierte Abgabe sind aus Sicht der DHS die erwähnten Anforderungen zu stellen.

Fazit

Wie können die unterschiedlichen Bewertungen in Politik, Verbänden und Bevölkerung überbrückt werden, um zu einer einvernehmlichen Haltung in Fragen der Suchtpolitik zu kommen und Widersprüche innerhalb der der Cannabispolitik in Deutschland aufzulösen? Mit Beschluss vom 14.09.2015 forderte der Vorstand der DHS in dem Positionspapier „Cannabispolitik in Deutschland – Maßnahmen überprüfen, Ziele erreichen“ (Quelle 18) die Einsetzung einer Enquete-Kommission durch den Deutschen Bundestag. Zu den zahlreichen Gründen, die für die Einsetzung einer solchen Kommission sprechen, zählt, dass sie eine Chance darstellt, zu einem möglichst breiten Konsens in Politik, Wissenschaft und Gesellschaft zu gelangen. Das Positionspapier stellt fest, der politische Stillstand, der durch die stark polarisierte Diskussion für oder gegen „Legalisierung“ bzw. für oder gegen „Freigabe“ des Umgangs mit Cannabis Lösungsansätze be- und verhindert, könne und solle durch eine solche Enquete-Kommission beenden werden.

Literatur:

- (1) Kraus, Ludwig; Piontek, Daniela (Gasthrsg.) (2013): *Epidemiologischer Suchtsurvey 2012*. Sucht, 59(6); Orth, Boris; Piontek, Daniela; Kraus, Ludwig (2015): *Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2015*. Lengerich: Pabst. 127-139; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Kurzbericht zu einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln.
- (2) Kleiber, Dieter; Soellner, Renate (2004): *Psychosoziale Risiken des Cannabis-Konsums*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; Gaßmann, Raphael (Hrsg.): *Cannabis. Neue Beiträge zu einer alten Diskussion*. Freiburg i.Br.: Lambertus-Verlag. 20-54; Petersen, Kay Uwe; Thomasius, Rainer (2007): *Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch. Eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen. Ein Systematisches Review der international publizierten Studien von 1996 – 2006*. Lengerich: Pabst.
- (3) Schulze, Horst et al. (2012): *„Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicines“ (DRUID) Final Report: Work performed, main results and recommendations*. Bergisch Gladbach.
- (4) Hoch, E. et al. (2015): *Risks associated with the non-medical use of cannabis*. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(16), 271–278.
- (5) *Betäubungsmittelgesetz - BtMG in Verbindung mit der Anlage 1 in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Mai 2015 (BGBl. I S. 725) geändert worden ist*.
- (6) *Gesetz zum Einheits-Übereinkommen vom 30. März 1961 über Suchtstoffe vom 4. September 1973. Bundesgesetzblatt, Teil II, 1973, Nr. 50, 1353-1400*.
- (7) *Mitunter findet sich in der Literatur auch eine abweichende Bezeichnung der Säulen. So wird Behandlung mitunter als Therapie benannt und Repression auch als Angebotsreduzierung. Maßnahmen der Frühintervention werden, je nach Autor, mal der Säule Prävention, mal der Behandlung zugeordnet*.
- (8) Simon, Roland (2016): *Prohibition, Legalisierung, Dekriminalisierung: Diskussion einer Neugestaltung des Cannabisrechts*. *Sucht* 62 (1), 43-50
- (9) *Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (2015): Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums*.
- (10) *Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS). (2015): Warum das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aus suchtmmedizinischer Sicht auf den Prüfstand gehört*.
- (11) *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2015): Zur Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums. Positionspapier vom 7. Dezember 2015*.
- (12) *Deutsche Gesellschaft für soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS) (2015): Stellungnahme vom 23. Februar 2015. „Erfahrungen in der Frühintervention bei jugendlichen Cannabiskonsumern“. Darin auch: „Mögliche Auswirkungen des öffentlichen Diskurses über die Lockerung des Cannabisverbotes auf Konsumbeginn und Konsumbereitschaft“*.
- (13) *Freie Träger der Berliner Suchthilfe (2015): Neue Wege in der Cannabispolitik. Positionen von freien Trägern der Berliner Suchthilfe*.
- (14) *Schildower Kreis (2013): Resolution deutscher Strafrechtsprofessorinnen und -professoren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages*. Berlin.
- (15) *Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK) (2014): Drogenpolitik: BDK unterstützt Forderung nach Einsetzung einer Enquete-Kommission. Kommentar vom 20.04.2014*.
- (16) *Für eine Übersicht der Positionen siehe: Raiser, Peter; Kreider, Christine (2016): Illegale Drogen: Positionen in der Debatte um eine Cannabis-Freigabe zum nicht-medizinischen Gebrauch. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2016*.
- (17) *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2015): Cannabispolitik in Deutschland – Maßnahmen überprüfen, Ziele erreichen*. Hamm. Online: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/Cannabispolitik_in_Deutschland.pdf.
- (18) *Ebenda. Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2016*.



©Raiser

Peter Raiser
Referent für Projekte und Internationales
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm
Tel. 02381 - 9015-21
raiser@dhs.de

Wir sind dabei – Mitglied werden!

Der Gesamtverband für Suchthilfe e.V. setzt sich seit 60 Jahren für die Anliegen suchtkranker Menschen und ihrer Angehörigen ein. Unsere Mitglieder kommen aus den Bereichen ambulante und (teil-) stationäre Einrichtungen, Beratungsstellen, niedrigschwellige Versorgung, Eingliederungs- und Wohnhilfen für Suchtkranke, Suchtselbsthilfe und Bildung. Denn nur gemeinsam können wir:

- ... politische Ziele erreichen
- ... Wissen austauschen – Kompetenz erweitern
- ... regionale Verbände in der Suchthilfe ausbauen
- ... die Marke „diakonische Suchthilfe“ stärken

Ausführliche Beratung bei Dr. Theo Wessel, 030/ 83001- 500 • wessel@sucht.org • www.sucht.org



Cannabis ist kein Spaß!

Zum Konsum Jugendlicher und junger Erwachsener

Von Marlene Mortler

Was wir auf internationalem Parkett fordern, das gilt auch bei uns zuhause: Im Mittelpunkt der Drogenpolitik der Bundesregierung stehen der Mensch und seine Gesundheit!

Der klare Fokus auf Gesundheit ist der Dreh- und Angelpunkt unserer Cannabispolitik. Eben deshalb habe ich mich seit Beginn meiner Amtszeit als Drogenbeauftragte dafür eingesetzt, dass in Zukunft deutlich mehr Menschen einen Zugang zu Cannabis als Medizin erhalten – nicht per Eigenanbau, sondern wie bei anderen Arzneimitteln auch nach ärztlicher Verschreibung, in geprüfter und gesicherter Qualität und erstattungsfähig durch die Krankenkassen. Letzteres ist gerade für schwerkranke Patientinnen und Patienten von elementarer Bedeutung.

Den Menschen und seine Gesundheit in den Mittelpunkt zu stellen, heißt aber auch, „nein“ zum Freizeitkonsum von Cannabis zu sagen. Es gibt keinen Grund, der Freizeitdroge Cannabis die Absolution zu erteilen – weder, dass trotz Verbotes viele Menschen zum Joint greifen, noch, dass auch Tabak und Alkohol zu massiven gesundheitlichen Belastungen führen. Im Gegenteil: Dass wir unserem Körper bereits andere schädliche Substanzen zuführen, ist ein Grund mehr für einen wachsameren Umgang mit Cannabis! Genau den brauchen wir, und zwar gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Heranwachsende sind es, denen diese Droge am meisten Schaden zufügen kann. Das ist auch das Ergebnis einer kürzlich veröffentlichten Metastudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation unter dem Titel „Gesundheits- und Sozialeffekte des nichtmedizinischen Gebrauchs von Cannabis“: Ein Rückzug aus dem alltäglichen Leben, Depressionen, Psychosen und andere Erkrankungen werden gerade bei Heranwachsenden besonders häufig durch einen regelmäßigen Cannabiskonsum ausgelöst. Der Grund ist klar: Psychoaktive



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Substanzen wirken besonders zerstörerisch, wenn die Entwicklung von Hirn und Psyche noch voll im Gange ist.

Deshalb kann ich nur davor warnen, mit allgemeinen Debatten über eine Legalisierung die Gefahren, die von der Droge gerade für junge Menschen ausgehen, zu verharmlosen. Die aktuellen Prävalenzzahlen sind kein Grund zur Entwarnung: 2015 haben bei den 12- bis 17-jährigen 2,5 Prozent von einem aktuellen Konsum berichtet. Mehr als das Doppelte, nämlich 7 Prozent, waren es nach den Zahlen der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bei den 18- bis 25-jährigen.

Ganz ehrlich: Mehr sollten es nicht werden!



Quelle: L. Chapelon

Marlene Mortler

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
im Bundesministerium für Gesundheit

Tel. 030 - 18441-1452

drogenbeauftragte@bmg.bund.de

Die suchtpolitischen Sprecherinnen und Sprecher nehmen Stellung: Legalisierung von Cannabis – Für und Wider

In der aktuellen breit geführten Diskussion zur Cannabispolitik wird die angebotsreduzierende Wirkung des geltenden Cannabisverbots einerseits in Frage gestellt. Andererseits werden die Rufe nach Cannabislegalisierung als unverantwortlich deklariert. Der GVS trat mit vier Fragen an die suchtpolitischen Sprecherinnen und Sprecher heran und bat darum, die Position ihrer Partei darzulegen.

1. Legalisierung von Cannabis – Für oder wider?

EMMI ZEULNER, CDU/CSU: Als Gesundheitspolitikerin und Berichterstatterin der CDU/CSU-Fraktion für das Thema Drogen und Suchtmittel bin ich gegen eine Legalisierung von Cannabis. Insbesondere gegenüber Kindern und Jugendlichen würden wir mit einer Legalisierung das fatale Signal senden, bei Cannabis handle es sich um ein harmloses Genussmittel.

FRANK TEMPEL, DIE LINKE: Die aktuelle auf Verfolgung und Bestrafung setzende Drogenpolitik von Drogenkonsum-

menten ist schon längst gescheitert. Sie führt weder zum Absinken der Konsumzahlen, noch zum gesundheitlichen Schutz der Konsumierenden. Im Gegenteil: Das Verbot wirkt als Anti-aufklärung, überlässt die Substanz dem Schwarzmarkt und der Staat verzichtet auf wichtige Qualitätsvorgaben. Die Verbotspolitik ist nichts anderes als eine gänzliche Unregulierung von Cannabis. Andere Staaten wie Uruguay haben das erkannt und neue Wege in der Drogenpolitik eingeschlagen, insbesondere was die Regulierung von Cannabis betrifft. Hierzulande gewinnt die Position der Cannabislegalisierung immer mehr Zuspruch, woran die politische Arbeit der LINKEN einen

Anteil hat. Wir setzen uns für eine regulierte Abgabe von Cannabis ein. Hierzu präferieren wir das Modell der Cannabis-Clubs, in denen volljährige Mitglieder zum Eigenbedarf zu nichtkommerziellen Zwecken Cannabis anbauen können. Für Gelegenheitskonsumierende, die kein Clubmitglied werden möchten, muss es die Möglichkeit eines kommerziellen Erwerbs von Cannabis, etwa in der Apotheke, geben. Die Kombination aus genossenschaftlichem und kommerziellem Erwerb von Cannabis folgt dem Regulierungsmodell Uruguays. Hierdurch können die mit dem Schwarzmarkt verbundenen Probleme – Anbindung der Konsumierenden an die Kriminalität, fehlende Qualitätskontrollen, die Gefahr von Streckmitteln – gesenkt werden. Zugleich kann das Ziel einer Drogenpolitik nach sozialen und gesundheitlichen Prämissen durch die staatlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich der Kontrolle von Anbau bis Konsum verwirklicht werden.

HARALD TERPE, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Die Verbotspolitik ist gescheitert. Das Betäubungsmittelgesetz hat sein Ziel verfehlt und hat weder das Angebot noch die Nachfrage von Cannabis reduziert. Stattdessen ist ein florierender Schwarzmarkt entstanden, der in den Händen der organisierten Kriminalität liegt. Cannabis ist überall und für jeden leicht zu erwerben. Der Dealer fragt nicht nach dem Personalausweis, verkauft gestreckten, verunreinigten Cannabis und klärt nicht über Konsum- und Suchtrisiken auf. Auf dem Schwarzmarkt existieren weder Jugend- noch Verbraucherschutz, geschweige denn Suchtprävention. Die Bundesregierung verweigert sich einer neutralen Evaluation des Betäubungsmittelrechts wie von deutschen Strafrechtsprofessoren und der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin gefordert. Es ist Zeit, auch in Deutschland einen anderen Weg einzuschlagen. Das grüne Cannabiskontrollgesetz ist eine Alternative zur sinnlosen Repressionspolitik, die Konsumentinnen und Konsumenten kriminalisiert sowie Polizei und Justiz Unmengen an Geld und Personal kosten. Die Strafverfolgung hat keine abschreckende Wirkung und ist zugleich ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Freiheit der Konsumentinnen und Konsumenten. Bei Cannabis gilt, genauso wie bei Alkohol, dass Konsumentinnen und Konsumenten über einen verantwortungsvollen Konsum aufgeklärt werden müssen. Nur so können sie Risiken abwägen und sich bewusst für oder gegen einen Konsum entscheiden. Menschen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, brauchen Hilfe. Eine Kriminalisierung löst Probleme nicht, sondern hindert einen offenen Umgang mit dem Drogenkonsum, der Abhängigkeit und erschwert den Zugang zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten.

BURKHARD BLIENERT, SPD: Für mich steht fest, dass die Verbotspolitik im Bereich von Cannabis gescheitert ist. Es wäre daher wichtig, endlich neue Wege in der Drogenpolitik zu beschreiten. Hierbei befürworte ich kein „Recht auf Rausch“, sondern trete für eine regulierte Abgabe von Cannabis an volljährige Konsumenten ein. Die Kriminalisierung der Konsumenten muss beendet werden. Zeitgleich müssen die Präventionsangebote ausgebaut und die Aufklärung über Gesundheitsgefahren durch Cannabiskonsum vorangetrieben werden.

2. Welche positiven Auswirkungen sehen Sie in einer Legalisierung von Cannabis?

EMMI ZEULNER, CDU/CSU: Ich kann keine positiven Auswirkungen einer Legalisierung von Cannabis erkennen.

Selbstverständlich könnte man argumentieren, dass eine Entkriminalisierung Einsparungen bei der Strafverfolgung mit sich bringen würde. Dieses Argument ließe sich jedoch auf alle Bereiche des Strafrechts anwenden. Ich halte es jedoch für ungeeignet: Erwägungen des Gesundheitsschutzes müssen Vorrang haben vor wirtschaftspolitischen Argumenten.

FRANK TEMPEL, DIE LINKE: Durch eine kontrollierte Abgabe von Cannabis kann der Staat besser Anbau, Produktion, Verkauf und Konsum von Cannabis regulieren. Er kann Vorgaben zum THC-Wirkstoffgehalt machen und Verunreinigungen durch Streckmittel rechtlich sanktionieren. Außerdem sind ohne ein Cannabisverbot Konsumierende mit problematischen Konsummustern besser zu erreichen, weil diese bisher aus Sorge vor einer eventuellen Strafverfolgung Suchtprogramme relativ spät kontaktieren. Zudem ist Cannabis die meistkonsumierte illegalisierte Droge in Deutschland und in Europa. EU-weit werden schätzungsweise rund 6,3 Milliarden Euro jährlich durch Cannabis umgesetzt. Dies macht ein Drittel aller Profite durch den Verkauf illegalisierter Drogen aus. Durch eine regulierte Abgabe könnten also der organisierten Kriminalität rund ein Drittel der Einnahmen auf einem Schlag entzogen werden. Zudem kostet die Drogenrepression Deutschland jährlich schätzungsweise 5 Milliarden Euro. Durch die Regulierung von Cannabis könnten Ressourcen, die bisher für Strafverfolgung verwendet werden in die Präventions- und Aufklärungsarbeit fließen. Viele Konsumierende von neuen psychoaktiven Substanzen (kurz: NPS), auch bekannt als Legal Highs, greifen auf die zumeist synthetisch hergestellten Cannabinoide zurück, um das Cannabisverbot zu umgehen. Diese Substanzen sind gänzlich unerforscht und sind verbunden mit zuweilen beträchtlichen gesundheitlichen Risiken. So gab es im Jahr 2015 39 Tote durch NPS. Wäre Cannabis mit seinen bekannten Rauschwirkungen und Gefahren legal und in kontrollierter Qualität erhältlich, würden sich wohl nur wenige Menschen für den erwünschten Rausch unbekanntem Gesundheitsrisiken aussetzen.

HARALD TERPE, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Ein staatlich regulierter Markt für Cannabis, wie in dem grünen Cannabiskontrollgesetz vorgeschlagen, ermöglicht – im Gegensatz zum derzeitigen Schwarzmarkt – Sicherheit und Kontrolle. Der gesamte Wirtschaftsverkehr für Cannabis, vom Anbau über die Produktion bis hin zum Handel und der Abgabe, würde gesetzlich reguliert und unter Genehmigungsvorhalt gestellt werden. Alle beteiligten Akteure würden strengen personellen und organisatorischen Vorgaben, Dokumentations- und Meldepflichten sowie hohe Sicherheitsauflagen unterliegen. Wirksamer Jugend- und Verbraucherschutz sowie glaubhafte Suchtprävention können endlich etabliert werden. Die unverhältnismäßige Kriminalisierung von Konsumentinnen und Konsumenten würde endlich beendet werden. Privatpersonen wäre der Besitz von bis zu 30 g Cannabis oder der Anbau von bis zu drei Cannabispflanzen für den Eigenbedarf erlaubt. Erwachsene werden auf die Möglichkeit des legalen Erwerbs zurückgreifen. Der Organisierten Kriminalität würde eine große Einnahmequelle entzogen und der Schwarzmarkt ausgetrocknet. Ein Schwarzmarkt nur für Jugendliche wäre nicht ertragreich genug. So konnte nach Beenden der Alkoholprohibition in den USA kein illegaler Markt für Minderjährige bestehen bleiben.

BURKHARD BLIENERT, SPD: Die regulierte Abgabe von Cannabis würde gleich mehrere Dinge positiv beeinflussen:

- Die Kriminalisierung und Stigmatisierung von Konsumenten entfielen.
- Der Verbraucherschutz für Konsumenten würde erhöht werden, da nur kontrollierte Substanzen abgegeben werden.
- Der Schwarzmarkt würde geschwächt werden; der Staat bekommt wieder die Kontrollfunktion, die ihm in dieser Frage zusteht.

3. Welche Risiken würden Sie befürchten, wenn Cannabis frei zugänglich wäre und warum wäre es gut, wenn Cannabis auch zukünftig nicht frei erhältlich wäre?

EMMI ZEULNER, CDU/CSU: Cannabis ist alles andere als ein harmloses Genussmittel, die Fakten sprechen eine andere Sprache. Laut dem aktuellen REITOX-Bericht steigt der Anteil der Behandlungen aufgrund von Cannabis seit 2007 in Deutschland kontinuierlich. Sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich ist Cannabis die illegale Droge, aufgrund derer sich Konsumenten am häufigsten in ambulante oder stationäre Behandlung begeben. Der Konsum von Cannabis wird mit der Entwicklung von Psychosen, einem erhöhten Risiko von Atemwegserkrankungen und der Gefahr eines Abhängigkeitssyndroms in Verbindung gebracht. Insbesondere bei Jugendlichen weisen Experten auf die gesundheits-schädlichen Folgen hin, da die neurologische Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Vor diesem Hintergrund halte ich es für gefährlich, Cannabis zum freien Verkauf anzubieten, denn damit könnte die Zahl der Konsumenten weiter ansteigen. Stattdessen sollten wir unsere Anstrengungen im Bereich Prävention und Therapie weiter fortsetzen und ausbauen.

FRANK TEMPEL, DIE LINKE: Eine kontrollierte Abgabe von Cannabis ist nicht gleichbedeutend mit einem unregulierten Verkauf in jedem Supermarkt. Eine unkontrollierte Freigabe von Cannabis unterstütze ich nicht. Dies wird aber von keiner politischen Kraft in Deutschland diskutiert. Die regulierte Abgabe von Cannabis nach den oben beschriebenen Modellen muss in Verbindung mit besseren präventiven Aufklärungsmaßnahmen und Programmen zur Schadensminimierung stattfinden. Bisher werden die finanziellen Mittel in der Drogenpolitik im Bereich Strafverfolgung und Prävention, Aufklärung und Suchtberatung im Verhältnis von 8 zu 1 eingesetzt. Die durch eine regulierte Abgabe von Cannabis freigesetzten Ressourcen aus der Strafverfolgung können dann in die Säule der Prävention, Aufklärung und Suchtberatung fließen.

HARALD TERPE, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN: Cannabis ist nicht harmlos. Das Verbot richtet jedoch mehr Schäden an als es nutzt. Die Entkriminalisierung der Konsumentinnen und Konsumenten sowie die Regulierung des Cannabismarktes bedeutet keinesfalls eine Freigabe nach dem Motto „Hanf für alle“ – im Gegenteil. Die Regelungen im grünen Gesetzentwurf sind wesentlich strenger als für die Abgabe von Alkohol. Um Konsumententwicklungen, Verbraucherschutzaspekte und Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit zu erfassen, sieht der Gesetzentwurf eine regelmäßige Evaluation vor. Die Bundesregierung wäre verpflichtet, dem Bundestag alle vier Jahre einen Bericht vorzulegen. Möglichen Fehlentwicklungen könn-

ten so rechtzeitig erkannt und entgegengewirkt werden. Daten der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zeigen, dass es keinen erkennbaren Zusammenhang zwischen der nationalen Rechtslage und dem jeweiligen Cannabiskonsum gibt. In Italien ist beispielsweise die Konsumrate nach einer Strafverschärfung angestiegen, in Griechenland trotz einer Lockerung der Strafvorschriften gesunken. Vielmehr sind offenbar kulturelle und andere Faktoren für die Entwicklung der Konsumraten ursächlich. Anhand der Erfahrungen mit ähnlichen Liberalisierungen von Cannabis in Ländern wie Portugal, Schweiz, den Niederlanden oder Tschechien ist davon auszugehen, dass auch die kontrollierte Abgabe in Deutschland nicht zu einer Ausweitung des Konsums führen wird.

BURKHARD BLIENERT, SPD: Nur bei einer gänzlichen Freigabe, ohne gesetzgeberische Leitplanken, würde ich Gefahren sehen, diese steht aber auch nicht zur Diskussion. Jugendliche sollten auch weiterhin keinen Zugang zu Cannabis erhalten. Auch einen Eigenanbau sehe ich kritisch, da hierbei beispielsweise nicht der THC-Gehalt eindeutig für den Konsumenten abschätzbar ist.

4. Welche Maßnahmen wären Ihrer Meinung im Sinne eines Jugend- und Verbraucherschutzes im Falle einer Legalisierung von Cannabis angeraten? Wo und wie müsste der Jugend- und Verbraucherschutz in einer (zukünftigen) Gesetzgebung verankert sein?

EMMI ZEULNER, CDU/CSU: Ich bin gegen die Legalisierung von Cannabis zum Freizeitkonsum, deswegen stellt sich diese Frage nicht.

FRANK TEMPEL, DIE LINKE: Eine kontrollierte Abgabe von Cannabis nach dem uruguayischen Modell bietet viele Möglichkeiten zur Umsetzung eines angemessenen Jugend- und Verbraucherschutzes. Cannabiskonsumierende eines Cannabis-Clubs müssen volljährig sein und sich registrieren lassen. Der Anbau muss bestimmte sicherheitsrelevante und hygienische Vorschriften erfüllen, um den Zugriff Unbefugter zu verhindern. Ein Cannabis-Club muss ein qualifiziertes Mitglied mit einer entsprechenden Lizenz zur Betreuung des Anbaus vorweisen. Durch den Club-Effekt kann auch der problematische Konsum von Cannabis durch das qualifizierte Mitglied im Notfall thematisiert werden, ohne belehrend oder bedrohend auf den Abhängigen zu wirken. Cannabis-Clubs müssen eine Lizenz erhalten und Vorschriften erfüllen, etwa zur maximalen Mitgliederzahl und den angebauten Pflanzen (in Uruguay maximal 99 Pflanzen bei maximal 45 Mitgliedern bei maximal 30 Gramm monatlichen Anbau für ein Mitglied). Zuständige Ordnungsämter oder eine eigens eingerichtete Agentur könnten die Vorgaben überwachen. Die Weitergabe von Cannabis an Unbefugte, insbesondere an Minderjährige, wird sanktioniert. Für Cannabis-Clubs und Cannabisprodukte soll ein striktes Werbeverbot gelten.

HARALD TERPE, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN: Der grüne Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes sieht strenge Regeln für die Abgabe von Cannabis vor. Der Verkauf von Cannabis und cannabishaltigen Produkten würde ausschließlich in lizenzierten Cannabisfachgeschäften erfolgen. Ausweiskontrollen am Geschäftseingang sichern, dass Kinder und Jugendliche das Geschäft nicht betreten. Die Abgabe von Cannabis oder

Das Thema ■■■

cannabishaltigen Produkten an Minderjährige ist im Cannabis-kontrollgesetz vollständig untersagt und unter Strafe gestellt. Des Weiteren müssen die Fachgeschäfte einen Mindestabstand zu Kinder- und Jugendeinrichtungen einhalten. Die Produkte müssen hohen Qualitätsanforderungen entsprechen. Verunreinigungen durch Pflanzenschutzmittel sowie Beimengungen von Alkohol oder Tabak sind verboten. Die Reinheit der Substanz, aber auch die Transparenz des THC-Gehalts, wird gesichert, denn Verbraucherinnen und Verbraucher wollen wissen, was sie konsumieren. Sämtliche Produkte müssen eine Packungsbeilage mit Hinweisen zu Dosierung und Wirkung, möglichen Wechselwirkungen, Vorsichts- und Notfallmaßnahmen enthalten sowie zusätzlich aufgebrachte Warnhinweise unter anderem zum Jugendschutz und zu Suchtgefahren. Der Verkauf über den Versandhandel, an Automaten oder Werbung für Cannabis wären nicht zugelassen. Ein verantwortungsvoller Konsum kann über Information und Aufklärung vermittelt werden. Daher muss das Personal in Fachgeschäften eine Schulung zur Suchtprävention erfolgreich absolviert haben und sich regelmäßig fortbilden. Die Aufklärung von Kundinnen und Kunden über Konsumrisiken, Suchtgefahren, schadensmindernde Maßnahmen sowie Beratungs- und Therapieangebote wäre verpflichtend.

BURKHARD BLIENERT, SPD: Es muss sichergestellt werden, dass Cannabis nicht an Minderjährige verkauft wird; weder an Verkaufsstellen vor Ort, noch durch Automaten oder den Internetversand. Zudem bedarf es klarer Leitplanken zur Stoffreinheit und Abgabemengen.

Der GVS dankt herzlich für die Interviews:

Emmi Zeulner, MdB, CDU/CSU
Tel. 030 - 227-75436
emmi.zeulner@bundestag.de

Burkhard Blienert, MdB, SPD
Tel. 030 - 227-78499
burkhard.blienert@bundestag.de

Frank Tempel, MdB, DIE LINKE
Tel. 030 - 227-74343
frank.tempel@bundestag.de

Dr. Harald Terpe MdB, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN
Tel. 030 - 227-74534
harald.terpe@bundestag.de

Behandlung der Cannabisabhängigkeit in Zeiten der Legalisierungsdebatte

Von Dr. Darius Chahmoradi Tabatabai

Einleitende Worte

Die Diskussion um die Legalisierung von Cannabis erhitzt in Deutschland die Gemüter. Dabei halten sich die pro/contra-Argumente offenbar die Balance. Die Befürworter der Legalisierung erhoffen sich die Entkriminalisierung eines Teils der Konsumenten sowie eine kontrollierte Abgabe an die User. Dies soll mehr Sicherheit im Umgang mit dem Stoff zur Folge haben. Die Legalisierungsgegner verweisen auf Erfahrungen aus dem US-Bundesstaat Colorado (Dr. George Woody Suchttherapie 2016; 17), der neben den erhofften Vorteilen auch eine Zunahme von medizinischen Notfällen durch Cannabiskonsum im Rahmen der Legalisierung beklagt.

Prävalenz der Cannabisabhängigkeit im Vergleich

Bemerkenswert ist hinsichtlich der großen Aufmerksamkeit für die Öffentlichkeitsdiskussion die Tatsache, dass die Cannabisabhängigkeit bzw. der schädliche Gebrauch eine recht niedrige Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) in Deutschland aufweisen:

12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV bei Erwachsenen von 18 bis 64 Jahren*

| | Gesamt % | Männer % | Frauen % |
|--------------|----------|----------|----------|
| Missbrauch | 0,5 | 0,8 | 0,2 |
| Abhängigkeit | 0,5 | 0,8 | 0,2 |

* ungewichtete Anzahl der Fälle mit validen Angaben auf mindestens einer Diagnose, 12-Monats-Prävalenz bezogen auf die Gesamtstichprobe
Quelle: Pabst, Alexander et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), 321-331.

Im Vergleich dazu sind die Zahlen beim Konsum von Alkohol dramatischer: 7,4 Millionen Deutsche konsumieren Alkohol in riskanter Weise, 1,6 Millionen konsumieren in schädigender Weise, 1,77 Millionen sind abhängig von Alkohol. Im Jahr 2013 wurden 1.002 Rauschgifttote (+6 %) registriert. Der Altersdurchschnitt der Drogentoten betrug 38 Jahre. Im Vergleich sterben mindestens 14.500 Menschen jährlich an den Folgen von Alkohol (sowie 74.000 Todesfälle bedingt durch die Kombination von Alkohol und Tabak).

Warum wird die Debatte zur Legalisierung von Cannabis dennoch so kontrovers und sehr emotional geführt?

Eine Antwort darauf könnte sein, dass die Konsumenten als Gruppe sehr heterogen sind und sich nach einer Legalisierung von Cannabis sehr unterschiedlich verhalten werden. So ist zu befürchten, dass bei einer Legalisierung von Cannabis die notwendigen Regularien (z.B. Abgabemengen, Altersbeschränkung, keine Abgabe an Schwangere) einen illegalen Markt aufrechterhalten und damit das Argument der Entkriminalisierung geschwächt wird. Also verbleiben gerade die minderjährigen Konsumenten im illegalen Markt, denen die legale Abgabe verwehrt werden muss aufgrund der Risiken, die vom Cannabis ausgehen:

- Regelmäßiger Cannabiskonsum führt zu einem mindestens verdoppelten Risiko für das Auftreten einer Schizophrenie.
- Gehäuft treten weitere Psychosen, Panikattacken, mnestiche Störungen, Impulskontrollstörungen, Affektregulationsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen und Motivationsdefizite auf.

- Andauernder Cannabiskonsum kann die Hirnreifung von Kindern und Jugendlichen ungünstig beeinflussen.
- Es finden sich Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines metabolischen Syndroms (Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörung).

Strafrechtler wie Dr. Helmut Pollähne (Suchtherapie 2016; 17) sehen jedoch ein Überwiegen der Vorteile der Legalisierung als gegeben an und verweisen auf die langen negativen Erfahrungen mit der Prohibition.

Eine weitere „Vitalisierung“ erfährt die Diskussion durch die wachsende Bedeutung von Cannabis als Medikament bei verschiedenen Erkrankungen. Stehen künftig Patienten in der Praxis, die eine „passende Diagnose“ für die iatrogene Aufrechterhaltung einer Cannabisabhängigkeit mitbringen? Diese Frage ist kein Zynismus, sondern Antizipation eines Szenario, mit dem sich die Suchtmedizin differenziert und ohne moralische Wertung auseinandersetzen muss, um sinnvolle Antworten geben zu können. Möglicherweise werden wir uns in Deutschland für eine kontrollierte Abgabe von Cannabis entscheiden, um zumindest einen großen Teil der Konsumenten zu entkriminalisieren und damit wertvolle Ressourcen des Staates (vorwiegend die Rechtsprechung und den Polizeiapparat betreffend) frei zu setzen. Der Staat könnte sich dann in der Folge mit den gewonnenen Ressourcen besser um präventive Fragen kümmern. Aus humanistischer aber auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive vielleicht eine künftige Erfolgsgeschichte.

Behandlung der Cannabisabhängigkeit

Für die Behandlung der manifesten Cannabisabhängigkeit werden sich daraus keine wesentlichen neuen Aspekte ergeben, was den Standard von Entzugsbehandlung (>28 Tage bei schweren Verlaufsformen – Holzbach et al Suchtmed 8 (1)

2006) und Entwöhnungsbehandlung (Postakutbehandlung mit einer Dauer von 6 Monaten) betrifft. Aufgrund der gravierenden Komorbiditäten und den negativen Auswirkungen auf die soziale und berufliche Teilhabe der Betroffenen muss primäre und sekundäre Prävention weiterentwickelt werden. Die sekundäre Prävention steht und fällt mit den Zugangswegen zu den benannten Akut- und Postakutbehandlungen. Besorgniserregend ist in diesem Zusammenhang der unverändert restriktive Umgang der gesetzlichen Krankenkassen mit der Dauer der qualifizierten Entzugsbehandlung. Die zum Teil deutlich zu kurz bemessenen Behandlungen verunmöglichen den in den meisten Fällen notwendigen nahtlosen Übergang in die Entwöhnungstherapie (Postakutbehandlung). Dies dokumentiert sich bei den deutschen Rentenversicherungen (DRV) anhand seit mehreren Jahren zurückgehender Antragszahlen für die Entwöhnungstherapien.

Kritisch zu hinterfragen ist, ob eine Legalisierung zu einer Bagatellisierung der Abhängigkeit von Cannabis führt, wie sie häufig bei der Alkoholabhängigkeit beobachtet werden kann. Und laut DGPPN (1-2016) halten immer noch 36% der deutschen Bevölkerung Sucht für eine selbstverschuldete Krankheit. Folgerichtig hat die Bundesrepublik Deutschland in 2015 „Alkoholkonsum zu reduzieren“ zum nationalen Gesundheitsziel (<http://gesundheitsziele.de>) ausgerufen. Dies darf auch als Ruf nach Aufmerksamkeit gegenüber den anderen stoffgebundenen Süchten verstanden werden.

Es bleibt daher eine Aufgabe des Gesundheitssystems, die Aufklärung über diese Risiken flächendeckend zu betreiben und die in den letzten 15 Jahren entwickelten Interventionsprogramme hinsichtlich von Prävention und Behandlung weiter zu etablieren. Tossmann und Gantner geben in Suchttherapie 2016 einen sehr guten Überblick über die evaluierten Cannabisprogramme in Deutschland:

Tab. 1 Evaluierte Cannabisprogramme im Überblick.

| | Frühintervention/Beratung | | | Behandlung | | |
|------------------|--|---|--|---|--|---|
| | FreD | CAN Stop | Realize-it | Quit The Shit | Candis | MDFT |
| Zielgruppe | 14–21 Jahre Erstauffällige Drogenkonsumenten | 14–21 Jahre Junge Cannabiskonsumanten in verschiedenen Hilfesystemen | 15–30 Jährige Cannabismisstraucher/-abhängige | 15–30 Jährige Jugendliche und Erwachsene Cannabismisstraucher/abhängige | 18–30 Jahre Cannabisabhängige | 13–18 Jährige Jugendliche mit Cannabisstörungen und Eltern |
| Programmmerkmale | Information Motivierende Gesprächsführung 1 In-Take-Gespräch 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 | Baldus, Thomasius & Reis, 2011 | Tossmann & Kasten, 2010 | Tossmann, Jonas, Tensil, Lang & Strüber, 2011 | Hoch, Zimmermann, Henker et al., 2007 | Tossmann, Jonas, Rígter & Gantner, 2012 |

Tossmann P, Gantner A. Frühintervention, Beratung und Behandlung ... Suchtherapie 2016; 17: 85-89

Es bestehen demzufolge gut differenzierte Angebote für die sehr heterogene Gruppe der Cannabisklienten. Dennoch werden in Deutschland nur rund 5% der Konsumenten mit Cannabisstörung erreicht (Vergleich Alkoholbezogene Störungen: 16%). Es müssen also Anstrengungen unternommen werden, diesen Erreichungsgrad deutlich zu verbessern. Dies betrifft

sowohl die vorhandenen Programme, als auch die Notwendigkeit zu einer Versorgungsforschung, die sich mit einer Weiterentwicklung der vorhandenen Programme kritisch auseinandersetzt. Eine spannende Option sind dabei auch Online-Interventionsprogramme zur Reduzierung des Cannabiskonsums aufgrund ihrer hervorragenden Reichweite. Tossmann

et al liefern in der aktuellen Ausgabe der Zeitschrift Sucht (2016, 62 (2), S. 95-106) einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand, der bislang aber noch recht wenig Auskunft über die Effektstärke dieser Interventionsprogramme aussagt. Zumindest die Evaluation der Programme „Reduce your Use“ (Rooke et al, 2013) und „Quit the Shit“ (Tossmann et al, 2011) zeigten eine mittelfristige Wirkung, so dass die Fortsetzung der Forschungsaktivitäten gerechtfertigt erscheint.

Fazit

Der Konsum von Cannabis birgt zahlreiche Risiken in sich, die bei einer möglichen Legalisierung nach wie vor beachtet werden müssen. Insbesondere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit un abgeschlossener Hirnreife sind gefährdet. Durch Intensivierung der Präventions- und Interventionsprogramme darf man sich eine Verbesserung des bislang schlechten Erreichungsgrades bei den vom Cannabiskonsum Betroffenen erhoffen. Intensive Fortsetzung der Versorgungsforschung ist erforderlich, um gut wirksame Präventionsprogramme zu identifizieren. Die vorhandenen Maßnahmen zur Akutbehandlung (Qualifizierte Entzugsbehandlung mit einer Dauer von 28 Tagen und mehr) und Postakutbehandlung

(Entwöhnungstherapie mit einer Dauer von 6 Monaten und in vielen Fällen sich anschließenden Leistungen zur Teilhabe) sind gut ausdifferenziert, werden aber aktuell noch zu wenig in Anspruch genommen.



Dr. Darius Chahmoradi Tabatabai, MBA
Chefarzt der Hartmut-Spittler-Fachklinik
Tel. 030 - 13020-8601
darius.chahmoraditabatabai@vivantes.de

Therapie der Cannabisabhängigkeit

– Langsam wieder auf die Beine kommen und aktiv am Leben teilnehmen

Von Günter Förtsch

„Als ich auf dem Schild den Name des Ortes las, in dem die Klinik liegt, in der ich aufgenommen werden sollte, wusste ich, jetzt gibt es kein Zurück mehr, meine letzten Drogen habe ich noch unterwegs aus dem Fenster geschmissen. Mit großen Zweifeln, ob es wirklich die richtige Entscheidung gewesen ist, herzukommen, betrat ich gemeinsam mit meiner Freundin die Klinik“, erinnert sich ein 26 Jahre alter cannabisabhängiger Patient, der zur stationären Entwöhnungsbehandlung in die Rehabilitationsklinik für Suchtkranke gekommen war.

Diese Äußerungen veranschaulichen die innere Unsicherheit und Ambivalenz vieler cannabisabhängiger Patienten, die sich für eine stationäre Suchttherapie entscheiden. So sind für einen Großteil der Betroffenen Fragen wie „Bin ich abhängig?“ und „Muss, will oder kann ich ohne Cannabis leben?“ gerade mal gestellt aber höchstens in Ansätzen beantwortet.

Zunehmend fragen Cannabiskonsumenten auch Beratungen und Behandlungen nach. In der Klinik Fredeburg beispielsweise wiesen in 2015 bereits 322 (34 %) eine cannabisbezogene Störung auf – 2012 waren es noch 26 %, was bereits einer Verdopplung gegenüber 2004 entsprach. Fühlten sich cannabisabhängige Patienten früher in stationären Einrichtungen als kleine Minderheit und in ihrer spezifischen Problematik nicht gesehen, entfällt dieses Problem zunehmend.

Nicht unerwähnt soll dabei bleiben, dass nur der kleinere Teil der Patienten ausschließlich das Problem einer Abhängigkeit von Cannabis in die stationäre Behandlung mitbringt. So wie-

sen immerhin knapp 55 % der 2015 in der Fachklinik Fredeburg behandelten cannabisabhängigen Patienten zusätzlich eine Abhängigkeit von Alkohol, 41 % eine Abhängigkeit von Amphetaminen oder Ecstasy auf und 93,5 % waren Raucher. Weitere häufige nicht substanzbezogene Diagnosen bei Patienten mit cannabisbezogenen Störungen waren affektive Störungen (15,5 %), schizophrene Störungen (7,8 %), posttraumatische Belastungsstörungen (10,6 %), emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (11,2 %) sowie pathologische Glücksspiel (9,6 %).

Bei Cannabisabhängigen, die zur stationären Rehabilitationsbehandlung kommen, handelt es sich um eine junge Patientengruppe, mehr als die Hälfte der Betroffenen sind unter 30 Jahre alt. Auch findet sich in Untersuchungen immer wieder ein sehr niedriges Einstiegsalter. In diesem Zusammenhang ist auch die hohe Quote an Erwerbslosigkeit sowie die im Vergleich zu anderen Suchtpatienten große Anzahl an Patienten ohne Schulabschluss zu sehen. Die Phase der Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit fällt nämlich häufig mit der Adoleszenz zusammen – mit erheblichen negativen Auswirkungen für die Betroffenen. Die Betroffenen leiden unter wiederholtem Scheitern insbesondere im schulischen und beruflichen Bereich aber auch privat. Als Ursachen für diese Kette an Misserfolgen sind unter anderem die durch den Cannabiskonsum hervorgerufene oder verstärkte Gleichgültigkeit und Antriebslosigkeit (auch bekannt als amotivationales Syndrom), die Beeinträchtigung der Konzentrations- und/oder Merkfähigkeit oder sogar die Auslösung oder Verstärkung schwerer psychischer Erkrankungen (z.B. Psychosen, Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen) zu sehen.

Ein junger cannabisabhängiger Patient bringt es folgendermaßen auf den Punkt: „Während der Therapie wurde mir immer bewusster, dass ich die letzten zehn Jahre meines Lebens nur noch für die Droge gelebt habe, was zwangsläufig auch bedeutet, dass ich in anderen Bereichen Lebensbereichen einen riesigen Nachholbedarf habe. Diese Tatsache machte mich sehr traurig und es war schön zu wissen, dass ich mich mit all meinen Gefühlen zeigen konnte und auch ernst genommen wurde. Sowohl von den Therapeuten als auch von der Gruppe. ... Die letzten Wochen nutzte ich, um mir neben meiner Suchterkrankung auch darüber bewusst zu werden, dass ich an noch einer durch den Konsum von Drogen induzierten psychischen Erkrankungen leide, die mir das Leben nicht leichter machen wird. Diese Tatsache macht es für mich zeitweise sehr schwierig, optimistisch in die Zukunft zu blicken, allerdings hat sie auch etwas Positives, nämlich hilft sie mir in meinem Bestreben ein abstinentes Leben zu leben, da ein weiterer Rückfall diese Erkrankung jederzeit wieder verstärken kann, was ich auf keinen Fall möchte.“

Die deutlich negativen Folgen stehen nicht selten im Kontrast zu dem oben berichteten, eher zwiespältigen Problembewusstsein der Betroffenen. So sind die Patienten häufig in Verleugnung oder Herunterspielen der Suchterkrankung und ihrer Folgen verfangen. Dazu trägt neben vielen anderen Faktoren die unter Cannabiskonsumenten aber auch gesellschaftlich immer noch verbreitete Bagatellisierung des Cannabiskonsums bei. Von daher spielen in der Behandlung zunächst motivationale und stabilisierende Therapieformen eine zentrale Rolle. Die Erhebung und auch das emotionale Erfassen der Konsumfolgen gemeinsam mit dem Patienten, die Unterstützung des Patienten bei der Entwicklung eines individuellen Krankheitsverständnisses und einer tiefer verankerten Krankheitseinsicht nehmen einen großen Raum in der Behandlung ein.

Dabei sind im Behandlungsverlauf natürlich die Risiko- und Belastungsfaktoren, denen viele betroffene Patienten in Kindheit und Adoleszenz in zahlreicher oder intensiver Form ausgesetzt waren, zu berücksichtigen. So ist es unumgänglich, die häufig tief verankerten Folgen von emotionalem, körperlichem oder sexuellem Missbrauch, von emotionaler und körperlicher Vernachlässigung oder von Verwöhnung (z.B. in Form mangelnder Grenzsetzung oder materieller Überversorgung) zu behandeln, um eine positive Prognose nicht nur bezüglich der Abstinenz zu erreichen.

Parallel dazu findet die spezifische Behandlung der vorhandenen Konsumfolgen statt. Zu nennen sind hier insbesondere das Training von Konzentrations- und Merkfähigkeit, die verbesserte Freizeitgestaltung aber auch die Steigerung lebenspraktischer Fähigkeiten. Wichtige Lernschritte sind die hauswirtschaftliche Selbstversorgung oder die Einhaltung eines strukturierten Tagesablaufs, der vor der Therapie weitgehend von Suchtmittelbeschaffung, Konsum und Erholung vom Konsum bestimmt war.

Natürlich spielt auch die Behandlung der oft genug stark belasteten Beziehungen der cannabisabhängigen Patienten eine zentrale Rolle. Hier kann es dann zu gleichzeitig schmerzhaften wie entlastenden und für die Zeit nach der Behandlung wegweisenden Erfahrungen kommen.

Ein Patient beschreibt rückblickend auf das im letzten Behandlungsdrittel stattfindende Angehörigenseminar: „Es kamen während des Seminars Dinge zur Sprache, die ich nicht wusste bzw. anders wahrgenommen habe und es sind auch viele Tränen geflossen. Allerdings hat es unserer Beziehung auch eine neue Qualität gegeben, weswegen ich es nicht bereue.“

Wie bereits erwähnt machen viele Cannabisabhängige wiederholt die Erfahrung, schulisch oder beruflich zu scheitern. In der Behandlung findet eine schrittweise Heranführung an die Arbeitswelt statt, bei der der Patient nach und nach Erfolgserlebnisse sammeln kann. Deshalb sind schon während der Rehabilitation Berufsberatung sowie Arbeits- und Beschäftigungstherapie und ggf. Praktika obligatorisch.

Um die erzielten Fortschritte zu sichern und auszuweiten sind nicht selten im Anschluss weitere ambulante manchmal aber auch stationäre Hilfen notwendig oder wie es der bereits zitierte Patient ausdrückt:

„Um meine Abstinenz zu festigen und wieder in die Arbeitswelt integriert zu werden, habe ich mich dann entschlossen im Anschluss an die Behandlung in eine Adaptionseinrichtung zu gehen. Hier werden die Patienten behutsam wieder in das Arbeitsleben integriert und außerdem auch noch therapeutisch begleitet.“

Am Ende einer erfolgreichen Behandlung steht für cannabisabhängige Patienten oft das Erleben im Vordergrund, sich nach zahlreichen Brüchen und Tiefphasen in den letzten Jahren eine Grundlage geschaffen zu haben, auf die sich auch längerfristig aufbauen lässt.

„In der Therapie konnte ich langsam wieder auf die Beine kommen und feststellen, wie stark der Einfluss der Drogen auf mein Erleben und meine Gefühlswelt war. ... Heute an meinem letzten Tag in der Fachklinik sitze ich hier und schreibe diesen Text und bin sehr stolz darauf, durchgehalten zu haben und ab morgen wieder aktiv am Leben teilzunehmen.“



Günter Förtsch

Fachklinik Fredeburg
Zu den drei Buchen 1
57392 Schmallenberg - Bad Fredeburg
Tel. 02974 - 72-3600

guenter.foertsch@fachklinik-fredeburg.de

Junge chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke in der Sozialtherapie – eine besondere Herausforderung in der therapeutischen Arbeit

Von Sabine Jakob

Vorbemerkung

Nach einem über 25-jährigen Bestehen kann der Verein „come back e.V.“ ein gestaffeltes System von sozialen Betreuungseinrichtungen für suchtkranke Menschen anbieten. Hierzu gehören neben der Sozialtherapeutischen Wohnstätte für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke einschließlich ihrer Außenwohngruppen mit anschließender Möglichkeit des Ambulant Betreuten Wohnens verschiedene ambulante Angebote wie Suchtberatungs- und Behandlungsstelle (einschließlich ambulanter Rehabilitation), Beschäftigungs- und Tagesstruktureinrichtung, Möglichkeiten für Freizeit und Begegnung sowie Förderung der Selbsthilfe.

Durch differenzierte bedarfsgerechte Angebote soll ein möglichst breites Spektrum suchtgefährdeter und von Sucht betroffener Menschen – eingeschlossen ihrer Angehörigen - erreicht werden, um ihnen die Gesundung ihrer Gesamtpersönlichkeit, ihre Resozialisierung und damit Teilhabe am Leben zu ermöglichen.

Diese differenzierte Wohn- und Betreuungsstruktur für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke ermöglicht nachgewiesenermaßen kurze Verweildauern und eine zügige soziale Wiedereingliederung. Bislang war das Konzept der Wohnstätte allerdings überwiegend auf alkoholranke Männer ausgerichtet.

Eine „neue“ Zielgruppe innerhalb der Sozialtherapie – Versuch einer Definition

In den letzten Jahren war eine deutliche Steigerung in den Anmeldezahlen bei unter 35-jährigen Bewerbern für die Aufnahme in unsere Sozialtherapeutische Wohnstätte zu verzeichnen. Der in den vergangenen Jahren massiv gestiegene Hilfebedarf im Zusammenhang mit illegalen Drogenbezogenen Suchtproblemen ist mit erheblichen Herausforderungen für das gesamte System der Suchtkrankenhilfe verbunden.

Bisher konnten diese Personen entweder nicht versorgt werden oder sie befinden sich deplatziert in sozialtherapeutischen Wohnstätten für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke, für chronisch psychisch kranke Menschen oder in intensivpädagogischen Wohnstrukturen der Eingliederungshilfe.

Bei diesen jungen Menschen ist eine durch die Renten- bzw. Krankenversicherung finanzierte Entwöhnungsbehandlung mit anschließender Nachsorge oft nicht ausreichend und auch Ambulant Betreutes Wohnen im Anschluss zunächst nicht zielführend und problemlösend. Bei der hier genannten Zielgruppe geht es um Personen, die aufgrund ihrer suchtbedingten somato-psycho-sozialen Mehrfachschädigung von einer Chronifizierung dieser bedroht sind bzw. sich bereits in einem frühen Stadium dieser befinden. Im Frühstadium der Chronifizierung bestehen bei gezielten Interventionen erfahrungsgemäß noch Chancen für eine spätere gesellschaftliche Wiedereingliederung und die Vermeidung langjähriger Betreuungs-

formen. Somit sehen wir uns zunehmend herausgefordert, dieser Situation zu begegnen und therapeutische Konzepte speziell für diese Personengruppe zu entwickeln.

Was soll Sozialtherapie bei dieser Zielgruppe (nun konkret) leisten?

Warum wir die Arbeit mit jungen chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken als eine besondere Herausforderung betrachten, soll in der folgenden Tabelle nochmals verdeutlicht werden. Sie stellt beispielhaft gegenüber, welche Unterschiede zwischen beiden Personengruppen bestehen:

| junge chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke |
|--|
| 25 Jahre Lebensalter (15 Jahre „Reifegrad“), hoher Nachreifungsbedarf („Nacheltern“) |
| meist keine Ausbildung, kein Schulabschluss |
| selten sozial integriert (keine eigene Wohnung, kaum Strukturen, keine vorgelebten Werte und Normen) |
| Notwendigkeit beruflicher Integration mit hoher Priorität |
| Beziehungsgestaltung/Partnerschaft neu gestalten lernen/ erstmalig gestalten |
| „Auspowern“- Aufbau körperlicher Fähigkeiten |
| körperliche Regeneration besser möglich |
| Lern- und Veränderungsfähigkeit besser aktivierbar |

| ältere chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke mit Alkoholabhängigkeit |
|--|
| ca. 50 Jahre Durchschnittsalter |
| i. d. R. Schulabschluss, Berufsleben |
| mindestens teilweise Sozialisation vorhanden (Wohnung, Tagesstruktur, Normen, Werte, Leben nach Regeln etc.) |
| i. d. R. EU-Rente, soziale Integration im Vordergrund |
| Wiederaufnahme von familiären Beziehungen |
| Erhalt körperlicher Fähigkeiten |
| körperliche Regeneration eher gering |
| eher kleine Veränderungen möglich, Veränderungsfähigkeit schwächer |

In den letzten Jahren gelang es uns immer wieder erfolgreich, auch die unter 35-jährigen Bewohner in unsere Wohnstätte zu integrieren. Mittlerweile leben derzeit 9 Personen dieser Altersgruppe bei uns, davon ein erheblicher Anteil mit der Hauptdiagnose einer Drogenabhängigkeit bzw. Polytoxikomanie. Im positiven Sinne können unsere älteren Bewohner manchmal eine väterliche Rolle gegenüber den jüngeren Bewohnern einnehmen und diese in ihrer Entwicklung unterstützen.

Langfristig gesehen ist die bisherige Wohnstätte für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke aus unserer Sicht jedoch nicht die geeignete sozialtherapeutische Intervention.



Ein gutes Team. Junge und ältere Bewohner der Sozialtherapeutischen Wohnstätte

Folgende Schwerpunkte sind für eine erfolgreiche Sozialtherapie mit jungen chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken zu sehen:

Stabilisierung/Sicherung der Abstinenz: Ohne Abstinenz sind die Ziele der sozialen Wiedereingliederung nicht zu erreichen, deshalb steht dieser Schwerpunkt obenan. Abstinenz ist entscheidend für die neurobiologische Regeneration. Abstinenz ist auch notwendig für die Minderung möglicher psychischen Komorbiditäten. Die ersten zwei „cleanen“ Jahre sind auch die kritischsten hinsichtlich einer Rückfallgefahr. Die Sicherung der Abstinenz dient natürlich auch der Sicherung der Behandlungserfolge der therapeutischen Maßnahmen, z.B. der Drogenentwöhnungsbehandlung.

Nachreifung/„Nacheltern“ ermöglichen: Die Nachreifung der Persönlichkeit ist von entscheidender Bedeutung, die jungen Drogenabhängigen sind oft durch die Sucht emotional und intellektuell auf dem Entwicklungsstand eines Teenagers stehen geblieben, brauchen also ein „Nacheltern“, um den Herausforderungen der Adoleszenz begegnen zu können.

Psychoziale Stabilisierung – Halt geben: Die jungen chronisch mehrfach beeinträchtigten Drogenabhängigen sollen die Gestaltung sozialer Beziehungen erlernen können und verlässliche kontinuierliche Begleitung erfahren.

Zeit geben – zum „Leben lernen“: Die Grundlagen eines selbstständigen Lebens sollen vermittelt und Möglichkeiten des Erprobens im Rahmen der Sozialtherapie geboten werden.

Lebensperspektive erarbeiten: Ein Lebensperspektive zu erarbeiten ist grundlegend, um Halt im Leben zu finden und wichtig für eine eigenständige Lebensplanung und Lebensgestaltung der jungen chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken.

Befähigung für Schulabschluss und Berufsausbildung erlangen: Es sind die notwendigen psychosozialen Voraussetzungen zu schaffen, damit im Rahmen der Verselbstständigung dann auch Schul- bzw. Berufsausbildung noch möglich werden.

Soziale Integration: Gelerntes soll im Alltag erprobt werden. Die jungen Drogenabhängigen müssen auf selbstständigeres Wohnen, die Sicherung einer geeigneten Tagesstruktur und Beschäftigung, den Aufbau eines persönlichen sozialen Netzwerkes für die Zeit nach der Sozialtherapie vorbereitet werden.

Eine neue sozialtherapeutische Wohnstätte für junge chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke mit Drogenabhängigkeit

Aufgrund der bisher benannten Besonderheiten in der Arbeit mit den jungen chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken und der zu bewältigenden Herausforderung, dass vermehrt nach Plätzen in der Sozialtherapie für Personen unter 35 Jahren nachgefragt wurde, gab es seitens des „come back e.V.“ seit ca. 2014 das Bestreben, eine neue Einrichtung für diese Personengruppe aufzubauen.

Die fachliche Notwendigkeit wurde inzwischen belegt und seitens der sozialpolitischen Entscheidungsträger, Fachgremien und potentiellen Kostenträger positiv beschieden. Im sächsischen Doppelhaushalt 2015/2016 wurden für den Aufbau solcher Wohnstätten finanzielle Mittel vorgesehen. Nunmehr sollen an insgesamt drei Standorten, unter anderem in Olbersdorf bei Zittau, Einrichtungen für junge chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke entstehen.

In Olbersdorf sind 18 Plätze in der neuen Sozialtherapeutischen Wohnstätte vorgesehen, weitere Plätze in zwei Außenwohngruppen im näheren Umfeld.

In einer sehr intensiven Vorbereitungs- und Antragsstellungsphase erarbeiteten wir die konzeptionellen Voraussetzungen für die neu aufzubauende Einrichtung.

Das Leitziel unserer Arbeit definieren wir in der Schaffung von Voraussetzungen für eine gelingende soziale Eingliederung der jungen chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken in eine möglichst weitgehend eigenständige Wohnform und gelingende berufliche Integration. Wir sind uns der Herausforderung dieser hoch gesteckten Ziele dabei durchaus bewusst.

Betreuungsschwerpunkte für junge chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke

- feste Tagesstruktur bieten durch einen differenzierten und verbindlichen Wochenplan
- besondere Förderung im lebenspraktischen Bereich und hinsichtlich sozialer Kompetenzen (Konfliktlösestrategien, Pünktlichkeit, Ordnung, Ausdauer)
- Beschäftigung/arbeitstherapeutisches Training/Praktika, ggf. Beschulung/Ausbildung, die perspektivische Integration in ein reguläres Arbeitsverhältnis wird dabei angestrebt
- intensive sozialtherapeutische Einzel- und Gruppenarbeit: Indikationsgruppen (z.B. Deeskalationstraining, Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Problemlösestraining), Hausgruppen, Sucht-Gruppen, Rückfallaufarbeitung, Einzelgespräche
- Rückfallprophylaxe
- intensive und sinnvolle Freizeitgestaltung, sportliche und erlebnispädagogische Angebote

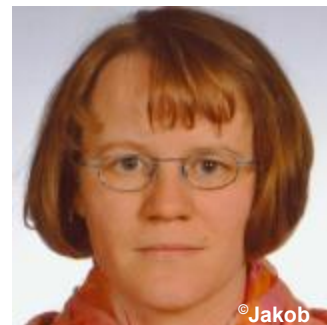
Das Thema ■■■

Aus unserer Sicht liegt der höhere Betreuungsaufwand gegenüber den bisher bestehenden Einrichtungen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke insbesondere in folgenden Schwerpunkten begründet:

- enormer Nachreifungsbedarf der jungen CMA ist vorhanden und stellt besondere Herausforderungen an die fachliche und therapeutische Arbeit
- notwendiges Trainieren wichtiger lebenspraktischer Skills ist erforderlich
- Aufbau einer stabilen und für den Erfolg der Sozialtherapie unabdingbaren therapeutischen Beziehung (Bezugsbetreuersystem)
- multipler sozialarbeiterischer Interventionsbedarf, z.B. auch mit Blick auf Umgang mit Geld, Schuldenbewältigung etc.
- Begleitung und Durchführung der wichtigen sinnstiftenden Beschäftigung für die jungen Bewohner sowie notwendiger Schulungs- oder Ausbildungsmaßnahmen, intensive Berufsfeldorientierung und Vermittlung in Praktika
- intensiver und stark strukturierter Tagesablauf an Wochentagen, aber auch am Wochenende
- Kontrolle/Sicherung der täglichen Abläufe
- Aushandlung und Sicherstellung von festen Regeln und Konsequenzen auf der Verhaltensebene
- intensive pädagogische und therapeutische Arbeit in kleineren Gruppen (6 Bewohner)
- Vermittlung und Kontaktgestaltung zu wichtigen Bezugspersonen (z.B. Herkunftsfamilie, eigene Kinder, Betreuer etc.)

- angeleitete Freizeit- und Sportaktivitäten wesentlich intensiver als in Wohnstätten für ältere Bewohner
- angestrebte kurze Verweildauer in der Einrichtung und Übergang in selbstständigere Wohnformen (Aufenthaltsdauer von ca. 2 Jahren in der Wohnstätte ist vorgesehen)

Durch den zusätzlichen Aufbau von Außenwohngruppenplätzen hoffen wir, den jungen chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken ein ähnlich differenziertes Betreuungs- und Integrationsangebot bieten zu können wie wir dies auch bereits für ältere vorhalten.



Sabine Jakob

come back e.V.

Sozialtherapeutische Wohnstätte für CMA

Friedensstr. 35b

02763 Zittau

Tel. 03583 - 683915

therapie@verein-comeback.de

Cannabis in der Prävention

Von Michèle Falch und Sina Klotter

Vorbemerkung

Seit 1994 existiert die Jugend- und Drogenberatung des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv) in Kehl und Offenburg. Einzugsgebiet ist der nördliche Ortenaukreis, der flächengrößte Baden-Württembergs. Es handelt sich um eine eher ländliche Gegend mit vier großen Kreisstädten und der Grenze zu Frankreich mit Straßburg als Großstadt, die lediglich durch den Rhein von der Stadt Kehl getrennt ist.

Seit Beginn unserer Arbeit stieg die Zahl derjenigen Klienten, die als Hauptproblem Cannabis angaben, kontinuierlich an. Mit inzwischen 31 % bilden die Cannabiskonsumenten die zweitgrößte Klientengruppe. Die betroffenen Angehörigen nahmen entsprechend zu.



Die momentan wieder aufgeflamte Legalisierungs- bzw. Entkriminalisierungsdebatte hat in Baden-Württemberg noch keinerlei Auswirkungen hinsichtlich der Auferlegung gerichtlicher Auflagen, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Seit Beginn sind wir in der Prävention tätig, die sich in den letzten Jahren parallel zur generellen Entwicklung der Prävention immer mehr strukturiert und differenziert hat. Aufgrund unserer akzeptierenden Haltung und den niederschweligen Zugängen und Angeboten der Beratungsstellen war uns auch immer der Bereich der Sekundärprävention ein besonderes Anliegen.

Inzwischen haben sich folgende vier evaluierte und strukturierte Programme in der Cannabis Prävention unserer Beratungsstellen etabliert:

„Cannabis – Quo Vadis“ – Primärprävention

Bei dem interaktiven Präventionsparcour „Cannabis – Quo Vadis“ werden den Jugendlichen fachlich fundierte Informationen zum Thema Cannabis vermittelt. Bestehende Mythen und Fehlinformationen wie zum Beispiel die Annahme, dass Cannabis rauchen weniger gesundheitsschädlich sei als

Zigaretten, werden besprochen und korrigiert. Während des zweistündigen Besuchs setzen sich die Schülerinnen und Schüler auch mit ihrer eigenen Biografie und ihrem Suchtmittelkonsum auseinander. Auch Situationen zu Hause und in der Schule werden durchgespielt und diskutiert, ein Perspektivenwechsel mit Eltern und Lehrerinnen und Lehrern wird angeregt. Ein weiteres Ziel des Parcours ist es, die Jugendlichen über die Angebote der Beratungsstellen im Ortenaukreis zu informieren (vergleiche Villa Schöpflin, 2016).

„Realize It“ – Sekundärprävention

Das Programm „Realize it – xtra“ richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene, die Probleme mit dem Konsum von Cannabis haben. Der Kurs dauert etwa zwei Monate und setzt sich aus zwei Beratungsgesprächen und drei Gruppentreffen zusammen. Pro Jahr finden etwa vier Kurse statt.

Ziel des Kurses ist, neben der Reduktion oder Beendigung des Cannabiskonsums, die Klärung von Problemen, die häufig in Zusammenhang damit entstehen. Das Angebot setzt auf die Eigenverantwortung und die Fähigkeit der Jugendlichen, Schwierigkeiten in Schule oder Ausbildung anzugehen und mit Unterstützung auch finanzielle Probleme oder Ärger in der Familie, Partnerschaft oder Freundeskreis zu lösen.

Die teilnehmenden Jugendlichen definieren zu Beginn des Programms ihr persönliches Programmziel und einzelne Teilschritte auf dem Weg dorthin. Erfolge und hilfreiche Strategien werden auch in der Gruppe diskutiert, wo der Einzelne von den Erfahrungen und der Unterstützung durch die anderen Jugendlichen profitiert.

Die „Realize it x-tra“-Kurse werden in der Jugend- und Drogenberatungsstelle Kehl/Offenburg (bwlv) durchgeführt. Obwohl der Großteil der teilnehmenden Jugendlichen einen gewissen Druck seitens der Justiz, Eltern, Arbeitgeber oder Schule hat, gehen die meisten selbständiger und gestärkt aus dem Kurs heraus. Dies liegt daran, dass die Jugendlichen durch Erfolgserlebnisse, z.B. konsumfreie Tage in Schule und Beruf, das Abschieken einer Bewerbung oder eine realistische Geldeinteilung das Gefühl zurück bekommen, selbst etwas bewirken zu können. Dies kann der entscheidende erste Schritt sein, um die wichtigen Dinge im Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen.

„Feelok.de“ – Suchtprävention mal anders

Interaktiv, multithematisch, modern – die Gesundheitsplattform www.feelok.de ist ein ansprechendes, abwechslungsreiches Suchtpräventionsangebot für Jugendliche und pädagogische Fachkräfte. Träger des Projekts ist der bwlv.

Mit wissenschaftlich fundiertem und jugendgerechtem Einsatz der digitalen Medien strebt feelok.de an, Jugendliche zu unterstützen, ihren Lebensstil aktiv und bewusst gesundheitsfördernd zu gestalten. Gleichzeitig bietet das feelok.de Handbuch bewährte Ideen, Themen der Suchtprävention im Unterricht interaktiv anzugehen. Die Präventionsfachkräfte der Fachstellen Sucht des bwlv unterstützen dabei regional. Der bwlv koordiniert und generiert die Themeninhalte. Aktuelle Themen aus

den Feldern der Prävention und Gesundheitsförderung werden für die oben genannten Zielgruppen aufbereitet. Zu den Themen wie Rauchen, Selbstvertrauen, Alkohol und Cannabis werden Informationen vermittelt. Selbsttests, Videoclips, Quiz und Arbeitsblätter stehen als Unterrichtsmaterial zur Verfügung. Im Bereich Beratung erhalten Jugendliche und Eltern Informationen zu Beratungsangeboten und weiterführenden Programmen und Links. Die Anwendung von „feelok.de“ ist kostenlos und das Angebot frei von kommerzieller Werbung.

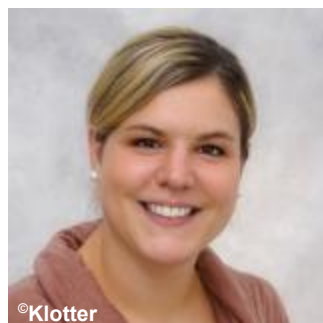
Die Idee und langjährige positive Erfahrung in der Anwendung von „Feel-ok“ kommen aus der Schweiz. „Feel-ok“ ist ein Netzwerk, das aus zahlreichen Institutionen in der Schweiz, in Österreich und in Deutschland besteht. Um ein nachhaltiges und wirksames Angebot zu etablieren, orientieren sich das Konzept und die Vorgehensweise an international anerkannten Standards und Qualitätskriterien. 21 wissenschaftliche Studien belegen den Effekt.

„Quit the Shit“

„Quit the Shit“ wurde von Professor Tossmann 2004 in Berlin entwickelt, evaluiert und wird von der BZgA gefördert. Seit 2010 beteiligt sich der bwlv daran mit den Beratungsstellen in Tübingen und Kehl/Offenburg. Dabei handelt es sich um ein hoch strukturiertes Programm für Cannabis Konsumenten, die für die Zeitspanne von 50 Tagen ihren Konsum reduzieren oder einstellen wollen. Neben Chats zu Beginn, Mitte und Ende des Programms nimmt der User täglich einen Tagebucheintrag vor und erhält hierzu wöchentlich eine schriftliche Rückmeldung von seinem Drogenberater.

Ambulante Behandlung bei Cannabis Abhängigkeit

Last but not least sind die Cannabis Abhängigen auch die größte Gruppe der Klienten, die eine ambulante Rehabilitation bei uns durchlaufen. Die Rückfallprophylaxe ist als Tertiärprävention zu verstehen.



Michèle Falch
Sina Klotter
Jugend- und
Drogenberatung
Bankstraße 5
77694 Kehl

Tel. 07851 - 994779-0
michele.falch@bw-lv.de
sina.klotter@bw-lv.de

Auf der Suche nach einer Balance

Von Amon Barth

Amon Barth erzählt in seinem Buch „Breit – Mein Leben als Kiffer“ die Geschichte seiner Jugend, die sich zwischen dem 13. und 19. Lebensjahr vor allem um eines drehte: Cannabis. Sein Erfahrungs- und Leidensbericht aus seiner Zeit als exzessiver Kiffer verkaufte sich bisher über 20.000 Mal. Der 20-Jährige Abiturient Amon Barth hat die vergangenen vier Jahre seines Lebens keinen Tag verbracht, ohne zu kiffen. In diesem Buch beschreibt er seinen allmählichen Absturz und den Verlust seiner Jugend. Ohne die Sucht zu verteufeln, ohne sie zu verherrlichen – er erzählt einfach, wie es ist. Das ist dramatisch genug. Und es ist die Geschichte eines jungen Menschen, wie sie sich massenhaft in unserer Gegenwart abspielt. „Ich bereue nicht die Erfahrungen, die ich gemacht habe, sondern dass ich meine Jugend versäumt und viele Erfahrungen nicht gemacht habe.“ (Amon Barth)

Mein Leben – als Kiffer

Seit im Jahre 2005 mein Buch „Breit – mein Leben als Kiffer“ erschienen ist, wurde ich unzählige Male in Jugendzentren oder Schulen eingeladen, um daraus zu lesen und anschließend mit jungen Menschen über das Thema Sucht bzw. Cannabis zu diskutieren. Im Folgenden möchte ich gerne einige Gedanken mit Ihnen teilen, die ich mir im Laufe der Jahre zum Thema Sucht bzw. Suchtprävention gemacht habe.



Ich kann mich noch gut an meine erste Lesung erinnern. Meinen Kopf versteckte ich hinter meinem Buch und Fragen beantwortete ich anfangs nur zögerlich. Natürlich war es ein großer Schritt für mich, eine so persönliche Geschichte öffentlich zu machen und dann auch noch in so direkten Kontakt mit Schülern und Lehrern zu treten, die gelegentlich sehr persönliche Nachfragen stellten. Inzwischen bin ich jedoch sehr glücklich darüber. Im Moment, während ich diesen Text schreibe, sitze ich auch gerade wieder im ICE auf dem Weg zurück von einer Lesung nach Hamburg. Ich wohne erst seit kurzem wieder in Hamburg, nachdem ich nun 6 Jahre in Ludwigsburg bei Stuttgart an der Filmakademie Baden-Württemberg „Dokumentarfilm Regie“ studiert habe. Dort habe ich auch meine Frau kennen gelernt, die Filmmusikerin ist und mit der ich eine drei Jahre alte Tochter habe, die hier in Hamburg gerade ihren fünften Kindergarten tag erlebt.

Obwohl ich schon seit 2005 kein Cannabis mehr konsumiert habe, ist Sucht insofern noch heute ein Thema bei mir, dass ich noch immer die Tendenz habe, mich zu sehr von einer Sache, die mir besonders gefällt, fesseln zu lassen und darüber den Rest meines Lebens zu vergessen.

Anders als früher bin ich mir aber heute darüber bewusst, dass ich nur glücklich sein kann, wenn in meinem Leben eine gewisse Balance herrscht. Allein schon die Gewissheit darüber und der Versuch mein Leben eben in dieser Balance zu halten, machen mich zuversichtlich und zufrieden, auch wenn manchmal wieder eine gewisse Suchttendenz entsteht. Gegenwärtig z.B. muss ich aufpassen, dass ich nicht zu viel Zeit und Energie in mein geliebtes Hobby, das „Go“ Spiel (altes asiatisches Brettspiel) stecke. Die inzwischen schon langjährige Beschäftigung mit „Go“ hat mir in meinem Leben bisher zwar viel Po-

sitives gebracht und mir sehr geholfen, ähnlich wie die Lesungen, mich weiterzuentwickeln. Wenn ich das „Go“ jedoch benutze, um vor den weniger schönen Herausforderungen in meinem Leben wegzurennen, wird es zur Sucht. Klar eigentlich.

Interessanterweise geht es auch beim „Go“ viel um die Balance auf dem ganzen Brett. Man mag vielleicht in einem Teil des Bretts, in einer Schlacht, sehr erfolgreich sein, wenn man jedoch darüber die anderen Teile des Bretts außeracht lässt, hat man die eine Schlacht vielleicht gewonnen, aber den Krieg verloren. Man muss auch genug Mut haben, um sich dem „ganzen Brett“ mit all seinen Herausforderungen stellen zu können. Wenn das eigene Leben zu wenig Ressourcen bietet, die einen motivieren den eingeschlagenen Weg weiter zu gehen, wird man vielleicht lieber die Flucht ergreifen und etwas wie Computer spielen, Alkohol oder Cannabis versuchen – als „Notausgang“.

Als ich 13 war, war ich an vielen Fronten einfach vollkommen überfordert und zu sehr mit meinen Problemen und Sorgen auf mich allein gestellt. Materielle Ressourcen hatte ich bei weitem mehr als genug, ich bin in einem ziemlich wohlhabenden Haushalt aufgewachsen. Für fast jedes Hobby der Welt war theoretisch genug Geld vorhanden. Meine Mutter war oft bis 18 oder auch 20 Uhr als Journalistin beim Spiegel beschäftigt, meinen Vater, der Schweizer ist, traf ich nur gelegentlich in den Ferien. Essen kochte mir manchmal meine Großmutter und manchmal eine Haushälterin. Ich war sehr oft nachmittags ganz auf mich alleine gestellt. Meine Mutter traute mir immer viel zu und glaubte mit ihrer sehr liberalen Haltung fest daran, dass sie mir nur genug Freiraum lassen müsste und ich dann meinen eigenen Weg finden werde.

Ich mache meiner Mutter dabei keinerlei Vorwurf, sie musste Geld verdienen und hat für mich immer ihr Bestes gegeben. Für meine Tochter wünsche ich mir, dass ich sie in ihrer Entwicklung nachhaltiger werden begleiten können, denn ich war überfordert, ich wusste nicht, welche Hobbys wirklich zu mir passten und konnte mich auch nicht ganz alleine kontinuierlich motivieren, dabei zu bleiben. Ich hatte Angst vor einigen Fächern in der Schule, wie Latein, Physik und Mathe. Ich musste sehr früh sehr selbständig sein und wurde schon sehr früh wie ein kleiner Erwachsener behandelt.

Ich wollte nicht allein sein, wollte unbedingt Teil dieser einen Clique von „coolen“ Hip-Hop-Fans sein, die in meiner Klasse sozusagen das Sagen hatte. Diese spätere Kifferclique, der ich mich schon in der 5. Klasse anschloss und deren Einfluss

ich mich bis zum Ende der Schulzeit nicht mehr entziehen konnte, fungierte zwar als eine verschworene Kiffergemeinschaft. Aber die Mitglieder beleidigten sich. Sie beklauten, bedrohten und verprügelten sich, wenn es um den Stoff und die Geldbeschaffung dafür ging. Bekiffen hörten wir einander nicht zu, waren kaum zur Kommunikation und Solidarität untereinander in der Lage.

Die Schule wurde zur Nebensache. Der Schulabschluss geriet in Gefahr. Wenn ich breit war, konnte ich einfach nicht gut lernen und auch nicht lesen, weil ich ständig in der Zeile verrutschte und oft endlos an einer Stelle hänge blieb. Der Berg unerledigter Dinge, den es abzutragen galt, wurde immer größer. Ich setzte Schule, Gesundheit und Verstand aufs Spiel.

Von den faszinierenden entlastenden Konsumerfahrungen der ersten Joints angetan, entwickelte ich mich zum Gelegenheitskiffer. Der gelegentliche Konsum von Cannabis wurde immer unverzichtbarer und steigerte sich zum regelmäßigen, täglichen und immer exzessiveren Gebrauch. Meine Tage waren vom Rausch geprägt. Immer tiefer glitt ich hinein in meine innere Traumwelt. Es frustrierte mich, von der Droge abhängig zu sein und nichts dagegen tun zu können, außer weiter zu kiffen. Die Droge hatte mich irgendwann unter Kontrolle und nicht ich sie. Es war Teufelskreis, der in der Sucht und schließlich in einer Psychose endete.

Worum geht es mir bei Suchtprävention?

Bei meinen ersten Besuchen in Schulklassen, dachte ich, es würde sich hauptsächlich um die Droge an sich drehen und um ihr Suchtpotential. Man kann dann auch stundenlang diskutieren, warum denn nun Alkohol legal und Cannabis illegal ist, dass Alkohol mit jährlich vielen 10.000 Toten sehr viel gefährlicher ist. Wenn es bei „Suchtprävention“ hauptsächlich um die Drogen geht, kann man sich alles sehr einfach machen: die Jugendlichen sind ausgeglichene fleißige Schüler, die nur weil sie mal ausprobieren wollten, sofort, gegen ihren Willen von einer übermächtigen Droge „süchtig gemacht“ werden. Sie werden lachen, aber dieser Denkweise bin ich tatsächlich bei einigen (wenigen) Eltern und Lehrern begegnet.

Ich finde bei der Suchtprävention sollte es darum gehen, die Jugendlichen zu sensibilisieren, diese Grenze zwischen harmlosem Konsum (oder Ausprobieren) und Sucht zu erkennen. Suchtprävention sollte mehr nach Hobbys, Zukunftsperspektiven, Träumen, Wünschen, ... nach den schönen Dingen im Leben fragen, nach all dem, was ein Leben auch ohne Drogen ganz und gar lebenswert macht. Für mich ist das ein Schlüssel zum Verständnis von Drogenmissbrauch und Sucht, nicht Drogen machen süchtig, sondern Traurigkeit.

Inzwischen versuche ich also demzufolge bei meinen Lesungen nicht so viel über Cannabis oder Alkohol im Speziellen zu sprechen, sondern deutlich zu machen, dass ein Verständnis der wirklichen Suchtursachen, dem Weglaufen wollen vor dem eigenen Leben in seiner Ganzheit, das Entscheidende ist.

Des Weiteren erwähne ich meistens zum Ende der Diskussion noch etwas sehr Einfaches aber Entscheidendes. Wir leben in einer Gesellschaft, in der jungen Menschen sehr stark vorgelebt wird, dass man sich „Glück“ kaufen kann. Beziehungsweise wird „Glück“ gleichgesetzt mit Freude oder Spaß, und eben den kann man bekanntlich kaufen. Wie genau die „Freude“ oder der „Spaß“ entsteht, ist dabei oft unbedeutend, Hauptsache Spaß.

Ich selbst denke, dass es für Jugendliche wichtig ist, die Qualität von Freude unterscheiden zu lernen. Dass es tatsächlich, auch wenn es die Werbung nicht so suggerieren mag, einen gewaltigen Unterschied macht, ob man Spaß hat, weil z.B. Alkohol eine chemische Reaktion in unserem Organismus auslöst, oder ob wir etwas aus uns selbst heraus erschaffen, ob wir eine Erfahrung erleben an der wir mit dem kreativen Teil unserer Persönlichkeit beteiligt sind. Klar, ein Glas Rotwein ist nichts schlechtes, aber wenn dieses „künstlich“ erzeugte „Glück“ vom Einzelnen als ebenbürtig oder sogar besser als das sozusagen unter Einfluss unserer Kreativität entstandene bewertet wird, kann leicht eine Drogensucht entstehen.

Überhaupt „Glück“ würde ich sagen, ist nicht gleichbedeutend mit Freude, es entsteht erst mit diesem Blick über das „ganze Brett“, wenn man sein Leben, oder die Lebensphase in der man sich befindet als Ganzes betrachtet, und die einzelnen Teile eine Balance ergeben, auch wenn nicht immer alles nur voller Freude ist.



Amon Barth
Hamburg
mail@amonbarth.de

Menschen motivieren, sich zu verändern

GVS-Inhouse-Schulung „Motivational Interviewing“

Miller & Rollnick haben das „Motivational Interviewing“ (MI) mit dem Ziel entwickelt, die Änderungsbereitschaft bei Menschen, insbesondere mit Sucht- und psychischen Problemen, zu fördern und zu stärken. Diese Methode betont die persönliche Entscheidungsfähigkeit und geht davon aus, dass Menschen gegenüber Veränderungsanforderungen nicht unmotiviert oder uneinsichtig sind, sondern ambivalent.

Das klientenzentrierte und direkte Vorgehen im MI ermöglicht es, ambivalente Gefühle der Klienten offenzulegen; es stützt so die Entwicklung von Eigenmotivation. Eine große Anzahl von Studien belegt die Wirksamkeit dieser gesprächs- und kommunikationspsychologischen Methode.

Die GVS-Inhouse-Schulung wird in Absprache mit Trägern und/oder Einrichtungen vor Ort mit dem erfahrenen MI-Trainer Dr. Theo Wessel (Mitglied MINT Inc.) durchgeführt. Neben der Wissensvermittlung wird in der Schulung viel Wert auf Übungen und Rollenspiele gelegt.

Die Teilnehmer/innen können Basishaltungen und spezifische MI-Gesprächstechniken ausprobieren, um mehr Sicherheit im eigenen Vorgehen zu erlangen. Auch der konstruktive Umgang mit Gesprächsblockaden und Defensivstrategien (z.B. Bagatellisierung) wird erlernt.

Ziel des Kurses ist es, die Teilnehmer/innen zu befähigen, MI selbst anzuwenden. Dazu erhalten sie ein differenziertes und persönliches Feedback, indem ein in der Alltagspraxis durchgeführtes Beratungsgespräch im MI-Stil mit Hilfe eines dafür entwickelten Auswertungsinstrumentes (z.B. MITI) ausgewertet wird. Auf dieser Grundlage können sie das Zertifikat „MI-Praktiker/in“ erwerben.

Theo Wessel

Information/Anmeldung: GVS Fort- und Weiterbildung
Kerstin Thorith, Tel. 030 – 83001-503, thorith@sucht.org

Was Drogen überflüssig machen kann

Von Dr. med. Bodo Karsten Unkelbach

Ziele in der Behandlung Cannabisabhängiger

„Ich will keine Drogen mehr nehmen“, meint Jan, den ich nach seinen Zielen gefragt habe. Klar, eine passende Aussage für jemanden, der sich gerade in einer stationären Entzugsbehandlung wegen Cannabisabhängigkeit befindet. Keine Suchtmittel mehr nehmen zu wollen ist da immer eine sichere Antwort.

Ich weiß, dass Jan Konfrontation ertragen kann. Deshalb entgegen ich: „Keine Drogen mehr zu nehmen ist kein Ziel.“ – Ein fragender Blick bei Jan. Ich erläutere: „Wenn ich zu einem Freund sage, dass ich heute Abend nicht ins Kino gehe, wird er dann wissen, was ich vorhabe?“ Zweifellos nicht.

Das Ziel suchtmittelfrei zu leben ist bei genauerer Betrachtung kein Ziel. Es ist die Voraussetzung, um Ziele erreichen zu können. Suchtkranke haben in der Regel vier große Baustellen: Partnerschaft und Familie, Arbeit, Gesundheit und Führerschein. Wenn sie ihre Arbeit, ihre Gesundheit und ihre Partnerschaft aufrechterhalten wollen, ist immer zwingende Voraussetzung, dass sie sich von Suchtmitteln endgültig verabschieden.

Die Fokussierung auf diese Ziele macht Suchtkranke wieder zu Menschen, die ein vielschichtiges Leben führen. Die Abhängigkeit engt das Bewusstsein des Betroffenen auf die Droge ein. Aufgabe der Therapie ist es, dem Patienten zu helfen, den Wert von tragfähigen Beziehungen, Arbeit und körperlicher Gesundheit wiederzuentdecken. Dieser Weg benötigt seine Zeit, aber er ist möglich.

Selbstbestimmung als Ziel

Aus meiner Sicht lässt sich das Ziel der Suchttherapie in einem Wort zusammenfassen: Selbstbestimmung. Nicht mehr das Suchtmittel entscheidet, was in meinem Leben passiert, sondern ich halte wieder selbst das Ruder in der Hand. Nicht mehr der Rausch, das Ausnüchtern oder das Beschaffen steuert meinen Alltag, sondern ich strukturiere meinen Tag, entscheide, was ich tue und was ich lasse, wessen Gesellschaft ich suche und wen ich meide. Ich tue, was mir gut tut.

Was macht Menschen stark?

Die Resilienzforschung beschäftigt sich mit dem Thema: Was macht Menschen stark? Warum zerbrechen die einen an Lebenskrisen während andere an ihnen wachsen? Es konnten einige Faktoren identifiziert werden, die Resilienz, also seelische Widerstandskraft, erzeugen: Resiliente Menschen nehmen sich selbst wahr und haben eine realistische Einschätzung davon, wie sie wahrgenommen werden. Sie kennen ihre Schwächen und Stärken und trauen sich etwas zu.



Das Buch des Autors zum Thema ist im Juli 2016 erschienen!

Sie wissen, wie sie Einfluss auf ihre Stimmung nehmen können. Sie sind sozial kompetent, beziehungsfähig und holen sich Hilfe, wenn sie selbst nicht wissen, wie ein Problem gelöst werden kann. Sie sind in der Lage, Spannungen auszuhalten, weil sie ihre Stärken kennen und darauf vertrauen, dass die Bedrohlichkeit einer Situation wieder nachlassen wird.

Es leuchtet ein, dass diese Faktoren helfen, drogenfrei zu leben. Wer über diese Fähigkeiten verfügt, benötigt kein Suchtmittel, um sein seelisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten, sondern er sorgt aus eigener Kraft dafür. Kurzfristig ist das anstrengend, im Gegensatz zur Drogenwirkung aber auf Dauer tragfähig.

Liebe und Selbstliebe

Die Frage, wie man kranken Menschen helfen kann, Resilienz zu entwickeln, hat zu dem Konzept der Selbstliebe geführt. Viele Drogenabhängige haben in Kindheit und Jugend einen gravierenden Mangel an Liebe erleben müssen. Oder die Liebe der Eltern ist, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der passenden Form bei ihren Kindern angekommen.

Was sollen aber nun unsere Patienten tun, die diese Liebe allenfalls bruchstückhaft erlebt haben? Liebe, die wohlwollend und fürsorglich ist, die aufbaut, ermutigt, Selbstvertrauen und Selbstwert schenkt, die Entwicklungsschritte fördert, die Mut macht, in die Welt hinauszugehen und sich ein eigenes, gelingendes Leben aufzubauen.

Sollen Menschen, die das vermissen, sich selbst in den Arm nehmen und lieb haben? So komisch es klingen mag, aber genau darum geht es. Egal, welche Aufgabe wir uns vornehmen, wir werden sie nur erfüllen können, wenn wir uns selbst etwas zutrauen, uns achten und für uns sorgen. Wir brauchen eine stabile Basis, egal welches Ziel wir erreichen wollen.

Die gute Nachricht ist: Selbstliebe kann man lernen. Voraussetzung ist die Entscheidung, ein selbstbestimmtes Leben führen zu wollen und Eigenverantwortung zu übernehmen.

Dem unten beschriebenen Kreislauf der Selbstliebe ist eine Anleitung zu entnehmen, was man konkret Schritt für Schritt tun kann, um Selbstliebe aufzubauen. Dabei ist es zunächst nicht von Bedeutung, ob man die Liebe zu sich spürt. Es verhält sich umgekehrt. Über unseren Verstand können wir unser Handeln steuern. Liebevolleres Handeln führt später, oft bedarf es Wochen, bis man es spürt, zu einem Gefühl der Liebe.

Der erste Schritt: Selbstachtsamkeit.

Er besteht darin, eine achtsame Haltung sich selbst gegenüber einzunehmen. Dafür sollte man alle elektronischen Medien ausschalten, sich einen Ort der Stille und Geborgenheit suchen und sich für sich selbst öffnen. Wer völlige Stille schlecht aushalten kann, dem ist ein einsamer Waldspaziergang zu empfehlen.

Das Thema ■■■

Der zweite Schritt: Selbstwahrnehmung.

Er schließt unmittelbar an. Wir nehmen bedingungslos wahr, was in uns aufsteigt. Es wird nicht moralisiert, nichts bewertet. Alles an Gedanken und Gefühlen wird betrachtet. Wir beschreiben es sachlich, wie ein Nachrichtensprecher.

Der dritte Schritt: Selbstrespekt.

Zu respektieren heißt, anzuerkennen, dass etwas da ist. Egal, ob es sich um angenehme oder unangenehme Gefühle und Gedanken handelt, alles wird respektiert. Wir wollen nichts ungeschehen machen oder so tun, als wäre es nicht da.

Der vierte Schritt: Selbstannahme.

Alles was wir in uns entdecken ist ein Teil von uns. Auch die dunklen Seiten. Traurige, aggressive oder unzufriedene Anteile nehmen wir als ein Stück von uns an. Wir erkennen alles, was wir in uns finden, als Teil unserer Person an.

Der fünfte Schritt: Selbstwert.

Wir sind wertvolle Menschen. Einfach weil wir sind, weil wir da sind, weil wir existieren. Wie ein Neugeborenes, das aufgrund seiner puren Existenz über alles geliebt wird. Das unsere vorteilhaften Seiten dazu dienen, unser Selbstwerterleben zu stärken, versteht sich von allein. Aber unsere dunklen Seiten, unsere Ecken und Kanten? Ja, gerade auch die. Weil sie uns zu Menschen machen. Und weil Unzufriedenheit immer ein Antrieb ist, etwas zum Positiven zu verändern.

Der sechste Schritt: Selbstvertrauen.

Je besser wir uns wahrnehmen und verstehen, desto realistischer können wir einschätzen, was wir können und wo unsere Schwächen liegen. Wir lehnen Aufgaben ab, die uns überfordern und wir setzen uns Ziele, die für uns überschaubar und erreichbar sind. Wir vertrauen uns und unseren Fähigkeiten.

Der siebte Schritt: Selbstsicherheit.

Die intensive Auseinandersetzung mit uns selbst gibt uns Selbstsicherheit. Wir können mit mehr Selbstsicherheit auftreten. Wir wissen, wer wir sind. Unsere Ziele sind klar. Da wir

über uns nachgedacht haben, sind wir weniger angreifbar geworden. Wenn Kritikpunkte kommen, wissen wir, worum es geht und können gelassen darauf reagieren. Das gibt uns die Kraft, etwas zu verändern, unser Leben ein Stück zu verbessern, Neues zu wagen und unnützen Ballast abzustoßen.

Haben wir den siebten Schritt durchlaufen, kehren wir wieder zum ersten zurück und durchschreiten den Kreislauf von Neuem, aber auf einem etwas höheren Niveau. Wir haben dazu gelernt und haben jetzt die Möglichkeit, uns wieder ein Stückchen weiter zu entwickeln.

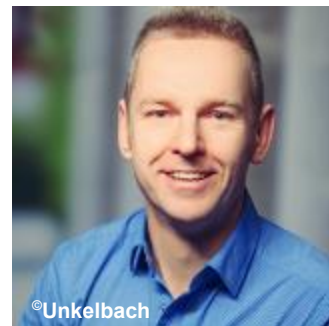
Sie und ich, wir sind wunderbare Menschen. Keiner hat es verdient, dass er schlecht mit sich umgeht. Wir sind wertvoll, wir sind liebenswürdig. Wir können an jedem Ort und zu jeder Zeit entscheiden, uns selbst zu lieben.

Literatur:

Berndt, Christina: *Resilienz – Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft*, 4. Auflage, dtv 2015.

Fröhlich-Gildhoff, Gabriele: *Resilienz – das Immunsystem der Seele stärken*, *Erfahrungsheilkunde* 2015;64:324-327.

Unkelbach, Bodo Karsten: *Heute liebe ich mich selbst! In 7 Schritten zur Resilienz*, Claudius Verlag 2016.



Dr. med. Bodo Karsten Unkelbach

Chefarzt der Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie
im Zentrum für Seelische Gesundheit Marienheide

Leppestraße 65

51709 Marienheide

Tel. 02264 - 24-143

bodokarsten.unkelbach@klinikum-oberberg.de

Cannabinoide in der (Schmerz-)Medizin

Von Prof. Dr. Matthias Karst

Einleitung

Seit tausenden Jahren nutzen Menschen Hanf als Nahrung, Rohstofflieferant, Heil- und Genussmittel und spirituelles Rauschmittel. In Deutschland war noch in der im 19. Jahrhundert weit verbreiteten und sehr einflussreichen „Encyklopädie der gesamten Volksmedizin“ eine Vielzahl von Heilmitteln auf Hanfbasis aufgeführt. Aus mehr als 66 verschiedenen Cannabinoiden, welche aus Hanf isoliert wurden, gelang in den 60iger Jahren des letzten Jahrhunderts die Isolierung und chemische Charakterisierung von Delta9-Tetrahydrocannabinol

(THC) als die psychoaktivste Substanz der Hanfpflanze und von Cannabidiol (CBD) als nicht-psychoaktives Cannabinoid.

Das Endocannabinoidsystem

Mit der Entdeckung des Endocannabinoidsystems (ECS) Anfang der 90iger Jahre des letzten Jahrhunderts bekam die Cannabinoidforschung, die durch die problematische Gesetzgebung jahrzehntelang behindert wurde, einen neuen Anstoß. Das ECS besteht aus Cannabinoidrezeptoren (CB), die sich im Zentralnervensystem (ZNS) und im peripheren Nervensystem

tem finden lassen. Vom Körper selbst hergestellte Substanzen (so genannte Endocannabinoide (EC)) binden an diesen Rezeptoren und führen zu einer Feinststeuerung von Aufgaben, die mit Wahrnehmung, Bewegung, Erinnern und Konzentration sowie antientzündlichen, zell- und neuroprotektiven Effekten zu tun haben. Über ein schnell arbeitendes Enzymsystem werden die EC hergestellt, transportiert und abgebaut. Damit wird der so genannte Endocannabinoidtonus (EC-Tonus) reguliert. Es wird postuliert, dass dieser EC-Tonus bei verschiedenen Krankheiten gestört sein kann.

Cannabinoide in der (Schmerz-)Medizin

In klinischen Studien wurden bei mehr als 3000 Personen in mehr als 50 randomisierten und kontrollierten Studien (RCT) der schmerzlindernde Effekt von Cannabinoiden untersucht.

Wurden Cannabinoide zur Behandlung von akuten Schmerzen eingesetzt, zeigte sich zwar in mittleren Dosen ein geringer Schmerz lindernder Effekt, aber in höheren Dosen konnte keine Schmerzlinderung erreicht werden. Teilweise wurden sogar Schmerz verstärkende Effekte beobachtet. Umfassende Untersuchungen deuten darauf hin, dass Endocannabinoidmechanismen auf spinaler Ebene bei akuten Stimuli auch Sensibilisierungsaufgaben haben, die zwar nicht die Schmerzintensität erhöhen, aber eine Zone der erhöhten Schmerzempfindlichkeit erzeugen helfen.

Bei chronischen Schmerzen zeigte sich eine gewisse Wirksamkeit von Cannabinoiden insbesondere bei Nervenschmerzen und bei Spastik bedingten Schmerzen sowie bei Personen, die stark (durch die Schmerzen oder andere Faktoren) gestresst waren. Die Kombination mit Opioiden scheint die Wirksamkeit zu erhöhen und hilft möglicherweise, die Entwicklung von Toleranz gegenüber Opioiden aufzuhalten bzw. abzuschwächen. Diese Erkenntnisse haben dazu geführt, dass die THC/CBD-Kombination in Form eines oromucosalen Sprays (Sativex®) zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen bei MS und von Tumorschmerzen, die unzureichend mit Opioiden behandelt werden können, in Kanada und zur Behandlung von Spastik bei MS in Großbritannien und Spanien zugelassen wurde. Seit Juli 2011 ist die THC/CBD-Kombination auch in Deutschland zur Behandlung von Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik zugelassen, die mangelhaft auf andere Anti-Spastik-Medikamente angesprochen haben.

Weniger gut belegt ist, dass Cannabinoide bei Chemotherapie bedingter Übelkeit und Erbrechen, zur Gewichtszunahme bei HIV-Infektion, bei Schlafstörungen und bei Tourette-Syndrom (eine Tic-Erkrankung) wirksam sein können.

Typische Nebenwirkungen von Cannabinoiden sind insbesondere Schwindel, Benommenheit, Denkstörungen, Depression/Ängstlichkeit, Mundtrockenheit und niedriger Blutdruck, Störwirkungen, welche insbesondere ab einer Tagesdosis von 15 mg auftraten, wobei die maximalen Tagesdosen für THC in den Studien in der Regel bei 30 mg lagen. Die therapeutische Breite (Trennung zwischen Wirkung und Nebenwirkungen) ist gering. Der kombinierte Einsatz von THC/CBD auf oromucosalem Weg oder die Inhalation von Cannabisrauch kann die therapeutische Breite nur geringfügig verbessern. Bei dem oromucosalen Spray werden auch Schleimhautschäden im Mundbereich beobachtet, welche auf den Lösungsvermittler

(Alkohol) zurückgeführt wird. Nach abruptem Absetzen können Absetzphänomene auftreten, wurden aber in einer Studie, die diese explizit erfragt hatte, bei weniger als der Hälfte der teilnehmenden Personen beobachtet und als mild und nicht konsistent mit einem Entzugssyndrom gewertet.

Anwendbarkeit von Cannabinoiden in Deutschland

Eine ärztlich überwachte Therapie mit Cannabinoiden außerhalb der oben genannten Indikation kann in Deutschland gegenwärtig auf zwei verschiedenen Wegen erfolgen: Einerseits können mittels Betäubungsmittel-Rezept der Cannabiswirkstoff Dronabinol als Rezepturarzneimittel oder das oromucosale Spray Sativex® rezeptiert werden. Andererseits kann eine medizinische Verwendung von Cannabis in Form von Cannabiskraut erfolgen. Dies bedarf allerdings einer Ausnahmegenehmigung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 3 Absatz 2 des Betäubungsmittelgesetzes. In allen diesen genannten Fällen ist die Frage der Kostenübernahme zu klären.

Ausblick

Die genannten Einschränkungen im Einsatz von THC führen dazu, dass Anstrengungen gemacht werden, eine Cannabinoidbasierte Therapie mit besserer Verträglichkeit zu entwickeln.

Dabei werden unterschiedliche Strategien verfolgt:

- Entwicklung von synthetischen Cannabinoiden, die nur periphere CB-Rezeptor-Aktivität aufweisen
- Einsatz von (Phyto-)Cannabinoiden
- Beeinflussung des ECS über Inhibitoren der entsprechenden Enzyme
- Lokale Applikation von Cannabinoiden

Dabei sind auch weitere Indikationen denkbar, die mit Schmerzen einhergehen können, wie die Behandlung von entzündlichen Erkrankungen (z.B. Kollagenosen) und den Stoffwechsel beeinflussende Störungen (z.B. postmenopausale Osteoporose).



Prof. Dr. Matthias Karst
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Interdisziplinäre Schmerzambulanz
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Tel. 0511 - 532-3108
karst.matthias@mh-hannover.de

Einsatz von Cannabis aus Sicht eines Mediziners

Von Dr. Knud Gastmeier

Cannabis als Kulturpflanze

Die Hanfpflanze, aus der Cannabis (*Cannabis sativa*) erzeugt werden kann, gehört zu den ältesten Kulturpflanzen und Heilkräutern der Menschheit. Produkte dieser Krautpflanze dienen vor allem als Viehfutter, die Fasern zur Herstellung von Stoffen und Seilen, die Samen zur Gewinnung von wertvollen Ölen, auch zur Gewinnung von Heilmitteln. Sie wurde aber auch zur Herstellung von berauschenden Getränken, Rauch- und Kaumitteln eingesetzt.

Ein wesentlicher Grund, dass Cannabis Anfang des 20. Jahrhunderts im abendländischen Kulturkreis ein extrem negatives Ansehen bekam, liegt in der Geschichte der USA begründet. Cannabis wurde „zum Symbol einer durch Rassismus polarisierten Gesellschaft“ (Fenffe, 2016) und ist eng mit dem Namen Harry Anslinger verbunden. Unterstützt wurde der Kampf gegen den Naturrohstoff der Hanffaser durch den Chemie-Konzern DuPont, der seit 1935 die Polyamid-Faser Nylon produzierte.

„Bis zum heutigen Tag ist das irrationale Element der mit extremer Härte geführten Anti-Hanf-Kampagne im amerikanischen und europäischen Denken spürbar. Aus dieser Geschichte der Hanf-Diffamierung lässt sich auch die Protestkultur der 68er-Bewegung erklären, die durch den Konsum von Cannabis ihrer Haltung gegen bestehende politische Verhältnisse Ausdruck verleihen wollte.“ (Fenffe, 2016)

Die Entdeckung von Cannabinoid Rezeptoren

Vor etwa 20 Jahren sind Cannabinoid Rezeptoren (CB-R) im menschlichen Körper entdeckt worden. Die CB1-Rezeptoren befinden sich insbesondere im Gehirn, Rückenmark, in der Leber, in den Blutgefäßen und im Fettgewebe. CB2-Rezeptoren kommen insbesondere in den Immunzellen und in Zellen vor, die am Knochenaufbau und -abbau beteiligt sind. Das Gehirn produziert eigene sogenannte Endocannabinoide, die an diesen Rezeptoren wirken. Diese werden auch durch das Rauchen oder die orale Aufnahme von Cannabis stimuliert. Allerdings sind die Aufgaben, die die Endocannabinoide im menschlichen Körper haben, nicht schlussendlich geklärt.

Im Vordergrund der medizinischen Wirkungen von Cannabis stehen Schmerzlinderung, Muskelentspannung, Steigerung des Appetits sowie Hemmung von Übelkeit und Erbrechen, darüber hinaus werden Entzündungshemmung, Senkung des Augendruckes, Erweiterung der Bronchien, Stimmungsaufhellung und eine Anzahl weiterer, oft noch wenig erforschter Effekte dem Cannabis zugeschrieben. (Grotenhermen, 2006). So könnte ein Mangel an Endocannabinoiden auch für epileptische Anfälle verantwortlich sein.

Die imponierende Bedeutung des körpereigenen Endocannabinoidsystems ist die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Homöostase, das heißt der gesunden Balance vieler Körperfunktionen. Daher eignen sich Cannabinode beim Einsatz von Krankheiten, die durch eine Überreaktion des Körpers verursacht sind.

Betrachtungen des Einsatzes von Cannabis in der Medizin

Derzeit ist nur Sativex® (Kombinationspräparat: THC und Cannabinoid) für Patienten mit Multipler Sklerose (MS), die unter unkontrollierten Spastiken leiden, zugelassen und auf Rezept verschreibbar – bei gleichzeitiger Kostenübernahme durch die Krankenkassen.

Sollte ein Arzt eine weitere Indikation für Cannabis sehen, so kann er Dronabinol, Nabilon oder Sativex® verschreiben. Die Kosten dafür übernehmen aber im Regelfall die Krankenkassen nicht. Auch eine spezifische Anfrage mit der Begründung eines Verzichts auf einen sonstigen Schaden wird von den Krankenkassen meistens negativ beschieden und verursacht weitreichende bürokratische Nachfragen bei den entsprechenden Ärzten.

Darüber hinaus ist vielen Ärzten die Option der „Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz zum Erwerb von Cannabis zur Anwendung im Rahmen einer medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie“ nicht bekannt. Prinzipiell ist es bei jeder Erkrankung möglich, eine Ausnahme genehmigung zu erhalten. Diese basiert auf der wissenschaftlichen Literatur. Auch eine dokumentierte „Verbesserung des subjektiven Befindens“ kann einen medizinischen Nutzen darstellen, der Cannabis rechtfertigt.

Weitere Voraussetzungen für die Ausnahme genehmigung sind ein aussagekräftiger Arztbericht mit Angabe der Diagnose(n), sowie Angaben zu den aktuell bestehenden Symptomen und zum Verlauf der bisherigen Therapieversuche. Der Nachweis, dass schulmedizinische Therapien unwirksam bzw. mit unzumutbaren Nebenwirkungen behaftet waren oder Kontraindikationen für diese Therapie bestanden, wäre ebenfalls ein Rechtfertigungsgrund für den Einsatz von Cannabinoiden.

Eine Ablehnung des zuvor gestellten Antrages auf Kostenübernahme ist eine weitere Voraussetzung für die Erteilung einer Ausnahme genehmigung, ebenso die Betreuung bzw. die Begleitung durch einen Arzt. Der Antragsteller muss zusätzlich noch erklären, wie er das Cannabismedikament diebstahlsicher in seiner Wohnung aufbewahrt.

Mit dem bereits verabschiedeten „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ soll künftig nach ärztlicher Indikation Cannabis in pharmazeutischer Qualität auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherungen in den Apotheken rezeptierbar sein (Allerdings erst ab April 2017). *„Weil aber der Gebrauch von Cannabisblüten oder -extrakten keine genaue Dosierung der medizinisch wirksamen Komponenten erlaubt, lehnen Bundesärztekammer und Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft diese Vorgaben des Gesetzentwurfes ab. Für ihren Einsatz fehle es zudem an wissenschaftlicher Evidenz, ...“ (Büring, 2016)*

Da auch künftig die Kostenübernahme für Cannabispräparate durch die Krankenkassen bestätigt werden muss, wird ein nicht unerheblicher bürokratischer Arbeitsaufwand in der Arzt-

Das Thema ■■■

praxis entstehen. Auch der Nachweis, dass alle krankheitsbezogenen Standardtherapien erfolglos waren, gestaltet sich langwierig und aufwändig, sowohl für die Patienten als auch für die Ärzte.

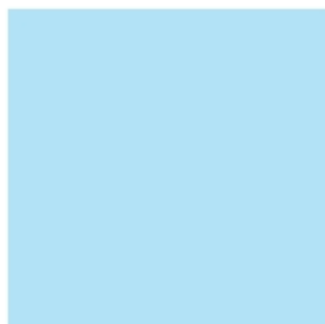
Weiterhin gibt es deutschlandweit kaum dem Patienten ausreichend leicht zugängliche Therapieangebote (z.B. geringe Anzahl von Schmerztherapeuten). Bei der Nutzen-Risiko-Bewertung für den Patienten könnte die eingeforderte Standardtherapie mit höheren Risiken verbunden sein als die indizierte Cannabistherapie.

Wie ist dies im Arzt-Patienten-Verhältnis lösbar? Wenn die Cannabispräparate zusätzlich in das Praxisbudget des Arztes fallen, wird man insgesamt weiterhin künftig von einer sehr zurückhaltenden Cannabisverschreibung ausgehen müssen.

Obwohl sich Cannabinoide in der (oft illegalen) Selbstmedikation bewährt haben und vielfach Patienten in palliativen aber auch kurativen Situationen vom Einsatz von Cannabinoide profitieren könnten, werden Cannabinoide wegen fehlender Studien und Evidenz als nicht verordenbar eingestuft. Dies betrifft aber im wesentlichen Patienten, denen es finanziell nicht möglich ist, Cannabisprodukte legal oder illegal kaufen zu können oder die keinen engagierte Arzt finden, der sich mit der Cannabisproblematik auseinandersetzt und die dann folgenden bürokratischen Hürden auf sich nimmt.

Die mangelnde Studienlage (wer ist dafür verantwortlich?) und die daraus gewonnenen Ergebnisse widersprechen den Therapieerfolgen der Selbstmedikation bei verschiedensten Erkrankungen und bei unterschiedlichen Patienten (Alter, Begleiterkrankungen, Begleitmedikation...). Mit und ohne Placeboeffekt gibt es eine gute Chance, Patienten in Leidenssituationen mit vertretbarem Nutzen-Risiko-Verhältnis zu helfen.

Trotz alledem sind die Cannabinoide keine Wundermittel und oft alleine nicht wirksam. Sie müssen immer Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes sein.



Dr. Knud Gastmeier
FA für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin
Karl-Marx-Str. 42
14482 Potsdam
Tel. 0331 - 743070
aoz-potsdam@t-online.de



Die salus klinik ist eine Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik mit 264 Betten in Friedrichsdorf/Taunus. Sie liegt im S-Bahn-Bereich (S5) von Frankfurt am Main.

Zum 01.07.2016 suchen wir für unsere Fachambulanz

Diplom-Sozialarbeiter/-pädagoge w/m oder Bachelor Soziale Arbeit w/m

Hauptaufgaben sind Prävention und Beratung für Jugendliche und Erwachsene im Bereich Missbrauch und Sucht von Alkohol und Drogen sowie bei Verhaltenssüchten (Internet / Computerspiele / Glücksspiel).

Einen guten Zugang zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen und einen versierten Umgang mit Kooperationspartnern setzen wir voraus. Erfahrungen im Suchtbereich und eine sozialtherapeutische Zusatzqualifikation sind von Vorteil.

Sie arbeiten gerne im Team und verfügen über PC-Grundkenntnisse? Dann erwartet Sie ein interessantes Aufgabengebiet. Die Teilnahme an Fortbildungen und Fachtagungen wird von uns gefördert.

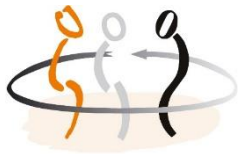
Haben Ihr Interesse geweckt? Dann senden Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen an:

salus klinik
Landgrafenplatz 1
61381 Friedrichsdorf
mail@salus-friedrichsdorf.de
www.salus-friedrichsdorf.de



salus klinik
Friedrichsdorf

Aufstehen helfen durch Vorbild und Ermutigung – 160 Freundeskreiser blicken bei der Mitgliederversammlung in die Zukunft



**Freundeskreise
für Suchtkrankenhilfe**
Landesverband Württemberg e.V.

(Laichingen, 23.03.2016) Wer kennt das nicht: Man will mutig sein, getroffene Vorsätze einhalten, Rückgrat zeigen und sich zur Wahrheit bekennen. Aber dann geht es doch irgendwie nicht. Im Normalfall sorgt ein solches Verhalten für ein schlechtes Gefühl. Wenn eine alkoholranke

Person noch am Beginn ihres Veränderungs- und Reha-Prozesses steht, wenn sie ihre abstinenten Lebensweise noch nicht gefestigt hat, kann es im schlimmsten Fall zu einem Rückfall mit furchtbaren Folgen führen. Schön, wenn es dann Menschen gibt, die trotzdem zu einem stehen: Ohne Wenn und ohne Aber. Menschen, welche die Tiefen des Lebens selbst durchschritten haben und die durch Tränen und Leid hindurch begleiten können. Die da sind und ihr Gegenüber nicht auf die Fehler der Vergangenheit festlegen. Menschen, die bei einem Neuanfang helfen.

„In den Freundeskreisen dürfen Betroffene nach dem Fallen neu anfangen. Wir ermutigen beim Aufstehen und geben den gemeinsamen Kampf um Stabilität nicht auf“, sagte Rainer Breuninger, Geschäftsführer der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Landesverband Württemberg e.V. im Rahmen der Mitgliederversammlung vor gut 160 Teilnehmern aus ganz Württemberg.

Vorsitzende Hildegard Arnold bemerkte in ihrer Ansprache, die örtlichen Selbsthilfegruppen seien das Fundament für den Landesverband. Auf diesem Fundament baue alles auf. Freundeskreisarbeit bedeute sehr viel Aktion, deren Ergebnis jedoch oft nicht umgehend sichtbar werde. Freundeskreisarbeit bedeute offene Fragen mit zunächst keinen Antworten, sie bedeute Treue zu den Wurzeln und dem Auftrag. „Tief drinnen ist alles, was uns ausmacht, ist alles verwirbelt und aufgemischt. Tief drinnen ist alles Risiko, kann alles zerbrechen. Tief drinnen sind aber auch Reichtum und aller Wert zu finden. Doch manchmal ist es ganz schön schwierig, dahin durchzudringen.“

Das Leben sei nicht zu bewältigen, wenn man nur von weitem zusehen wolle wie vom Fernsehsessel aus, meinte Breuninger in seinem Geschäftsbericht. Die eigenen Grenzen erkennen und den Mut, diese Grenzen mit Unterstützung anderer in Angriff zu nehmen, lernten Betroffene auch im Rahmen der Mitarbeiterschulungen, die der Landesverband anbietet. Bei einem Outdoorseminar bemerkte Bergführer Martin B. erstaunt: „Seltsam – ein Haufen in die Jahre gekommener Alkoholiker meistert manche Aufgabe spielender als so manche Gruppe aufgedrehter, halbstarker Jugendlicher.“



Die Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Landesverband Württemberg e.V., bestehen aus 102 Freundeskreisen. Rund 500 ehrenamtliche Mitarbeiter engagieren sich in 213 Gesprächsgruppen für über 3.000 Gruppenteilnehmer. Gemeinsames Ziel ist eine zufriedene und suchtmittelfreie Lebensgestaltung. Grundlage und Motivation der Arbeit ist die christliche Nächstenliebe. Im Verbund der Suchtkrankenhilfe übernehmen die Freundeskreise die Nachsorge für suchtkranke Menschen sowie deren Angehörige und stabilisieren so die Behandlungserfolge von Suchtberatungsstellen und Fachkliniken.

Mitteilung von:
Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe
Landesverband Württemberg e.V.
Hindenburgstr. 19a, 89150 Laichingen
Tel. 07333 - 3778

info@freundeskreise-sucht-wuerttemberg.de
www.freundeskreise-sucht-wuerttemberg.de

Wir chatten über Sucht!

Die Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe nutzen das Medium Internet in Form eines Chatrooms für die Kontaktaufnahme mit Abhängigen, Angehörigen und Interessierten, um die Sucht-Selbsthilfe und die Angebote der Freundeskreise näherzubringen. Trotz aller Bedenken – denn das Internet bietet auch Suchtpotenzial.

Jedoch hat es auch seine guten Seiten und bietet Kommunikation über alle Grenzen auf einfache Art und Weise. Das Angebot eines betreuten Chatrooms (Kommunikation in einem geschützten Raum) soll sich an die Menschen richten, die ihre Probleme zunächst anonym ansprechen möchten. Der betreute Chat soll Kommunikation ohne Ängste und Hemmschwellen bieten und die Teilnehmer dort abholen, wo sie gerade stehen.

Wir reden hier über uns und unsere Probleme.

Hallo, was macht ihr hier?

Wir helfen und motivieren uns mit der Sucht aufzuhören.

Suchst du Hilfe und jemanden dem du etwas anvertrauen kannst?

Wir chatten über Sucht!

©FKBV

Ziel ist die Anbindung an örtliche Freundeskreisgruppen oder andere Selbsthilfegruppen zu fördern. Der Chat arbeitet nach dem Leitbild und den Gesprächsregeln der Freundeskreise.

In der heutigen Zeit kommt man an dem Medium Internet für die Kontaktaufnahme und Kommunikation nicht mehr vorbei. Wir wollen mit dieser Plattform eine weitere Möglichkeit schaffen, mit Menschen in Kontakt zu treten.

Unser Chatroom www.chat.freundeskreise-sucht-baden.de wird täglich (außer Sa.) in der Zeit von 19 bis 21 Uhr von Freundeskreismitgliedern betreut.

Mitteilung von:
**Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe
Bundesverband e.V.**
Untere Königsstr. 86, 34117 Kassel
Tel. 0561 - 780413
mail@freundeskreise-sucht.de
www.freundeskreise-sucht.de

„Sucht inklusive – Geistige Behinderung und Sucht“

Fachtagung am 26. und 27.09.2016 in Kassel

Untersuchungen zum Ausmaß von Suchtproblemen, insbesondere von Alkoholproblemen, zeigen schon in den 90er Jahren eine aktuelle Prävalenz von 3-4% aller in Institutionen betreuter Menschen mit Behinderung. Dies belegen auch Studien aus den letzten 10 Jahren, z.B. aus Westfalen mit 25% Prävalenz, aus Rheinland-Pfalz (11% Prävalenz insgesamt, davon in WfbMs 18%, in Wohnheimen 15%, in betreuten Wohngruppen 10%), aus Sachsen-Anhalt 11% Prävalenz.

Der zunehmend häufigere Gebrauch und Missbrauch von Suchtmitteln, insbesondere von Alkohol, spielt bei Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden (siehe Anmerkung) eine erhebliche Rolle, das zeigen die Zahlen zur institutionellen Prävalenz. Sie reichen allerdings nicht aus, um die Fragen zu beantworten, ob das Problemausmaß niedriger oder gleich ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung oder ob das Ausmaß insgesamt zunimmt. Im Bereich der Suchthilfen wird das Problem geistige Behinderung und Sucht nur peripher wahrgenommen (Suchtberatungsstellen, Suchtselbsthilfe und Suchtbehandlungseinrichtungen). In wenigen Fachkliniken zur Suchtentwöhnung haben sich indikative Angebote entwickelt.

Vor diesem Hintergrund hatten die Vorstände von BeB und GVS 2011 eine gemeinsame Arbeitsgruppe eingesetzt, die folgende Aufgaben bearbeiten sollte:

- Bestandsaufnahme (qualitativer und quantitativer Problemaufriss)
- Beschreibung der Schnittstellen zwischen Behindertenhilfe und Suchthilfe
- Formulierungshilfen für die Vermittlung des Problems in der Öffentlichkeit
- Formulierung einer Handlungsanleitung für die Praxis: Wie kann die Praxis für das Problem sensibilisiert und wie das Problem in der Praxis aufgegriffen und bearbeitet werden

Ende 2014 konnte diese umfangreiche Aufgabe abgeschlossen und die Ergebnisse in der Fachexpertise „Geistige Behinderung und Sucht – Ergebnisse einer verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe“ im Januar 2015 veröffentlicht werden (Die Fachexpertise steht unter www.beb-ev.de/inhalt/fachexpertise-geistige-behinderung-und-sucht als Download zur Verfügung).

Diese Veröffentlichung war aber nur ein Teil des Arbeitsauftrages. Im nächsten Schritt galt es, nicht nur die Ergebnisse, sondern vor allem das Thema an sich einer breiten Fachöffentlichkeit nahe zu bringen, für das Problem zu sensibilisieren und auch den politischen Dialog zu „geistiger Behinderung und Sucht“ zu eröffnen.

Mit der Kooperationsfachtagung „**Sucht inklusive – Geistige Behinderung und Sucht**“ am 26. und 27.09.2016 in Kassel wird dieses Vorhaben konsequent umgesetzt.

Mit grundlegenden inhaltlichen Beiträgen wird die Fachtagung eröffnet. Fünf Workshops, die zweimal nacheinander angeboten werden, steigen in Einzelthematiken ein und werden durch weitere Fachvorträge ergänzt. Praxisbeispiele spielen dabei eine wichtige Rolle.

Die Fachtagung richtet sich an die beiden Arbeitsfelder Sucht und Behindertenhilfe: an mittlere und obere Leitungsebenen, an fachliche Leitungen, Fachkräfte und Multiplikatoren, insbesondere auch aus ambulanten Fachstellen für Suchtberatung und Suchtbehandlung.

Nähere Informationen, den Veranstaltungsflyer sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie unter www.beb-ev.de/veranstaltung/sucht-inklusive-geistige-behinderung-und-sucht.

Anmerkung: Der Begriff geistige Behinderung (in medizinischen Kreisen auch „mentale Retardierung“) bezeichnet einen andauernden Zustand deutlich unterschiedlicher kognitiver Fähigkeiten eines Menschen sowie damit verbundene Einschränkungen seines affektiven Verhaltens. Eine eindeutige und allgemein akzeptierte Definition ist jedoch schwierig. Medizinisch orientierte Diagnostik spricht von „Minderung oder Herabsetzung der maximal erreichbaren Intelligenz“, wie z. B. in der ICD-10, F70.7.

Mitteilung von:
Gesamtverband für Suchthilfe e. V.
Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
Tel. 030 - 83001-500
gvs@sucht.org
www.sucht.org

Individuelles Konzept und neue Angebote

Rehabilitationszentrum am Donnersberg nimmt bei der Suchtrehabilitation neue Zielgruppen in den Blick

Anfang des Jahres hat die Evangelische Heimstiftung Pfalz ihre Fachkliniken Michaelshof und Donnersberghaus im nordpfälzischen Kirchheimbolanden zum Rehabilitationszentrum am Donnersberg verschmolzen.

Dabei ging es nicht nur darum, Synergieeffekte zwischen den beiden Häusern zu optimieren, die ohnehin auf demselben Gelände liegen und bisher schon viele Bereiche wie Arztabteilung, Hauswirtschaft und Verwaltung gemeinsam geführt hatten. Auch das Rehabilitationskonzept sollte erneuert und um neue Angebote erweitert werden.

Seit April ist Dr. Uwe Reinert für die Gesamtleitung der Einrichtung verantwortlich. Der 55-jährige Facharzt für Psychiatrie hatte zuvor 20 Jahre an der Rheinhausen-Fachklinik in Alzey gearbeitet hatte und war dort zuletzt Chefarzt der Akutpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

„Bisher basierte die Entscheidung, welche Reha jemand bekam, vor allem auf dem Suchtmittel“, erklärt der ärztliche Leiter des Rehabilitationszentrums am Donnersberg, Herbert Lenhart. So wurden im Michaelshof junge alkohol-, cannabis- oder medikamentenabhängige Männer aufgenommen, im Donnersberghaus Konsumenten von sogenannten „harten Drogen“ wie Kokain oder Heroin. „Jetzt fragen wir nicht mehr nur nach dem Suchtmittel, sondern nach der konkreten Lebenssituation, mit der ein Rehabilitand zu uns kommt: an welchen Punkten braucht er Unterstützung, um Perspektiven für ein suchtmittelfreies Leben zu entwickeln?“ Bei jüngeren Rehabilitanden gehe es oft darum, Schule oder Ausbildung abzuschließen und den Einstieg in das Berufsleben zu ebnen. Bei älteren Abhängigen spiele die Behandlung körperlicher Gebrechen, die durch langjährigen Suchtmittelkonsum entstanden sind, eine wichtige Rolle. Hier gelte es oft eher, für den Betroffenen die soziale und berufliche Reintegration so zu gestalten, dass sie seiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit angemessen sind.

„Wir versuchen, für jeden Rehabilitanden ein individuelles Angebot zu gestalten, das den vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten genauso gerecht wird wie dem Ausmaß der Abhängigkeit, welches er mitbringt,“ betont Lenhart. Deshalb setze man im Rehabilitationszentrum auf eine möglichst umfassende und genaue Eingangsdagnostik. Alle Rehabilitanden kommen dazu während der ersten drei bis vier Wochen in die sogenannte Aufnahmegruppe. „Das ermöglicht ihnen außerdem einen geschützten Anfang in einer Gruppe, die auf Unsicherheiten zu Beginn einer Rehabilitation eingeht und die Motivation zur Veränderung stärkt“, so der ärztliche Leiter.

Neu im Konzept des Rehabilitationszentrums ist ein eigenes Angebot für bis zu 16 Rehabilitanden, die neben ihrer Suchterkrankung auch unter einer Psychose leiden. „Diese Patienten mit Doppeldiagnose fallen in der klassischen Psychiatrie und den meisten Suchtkliniken durchs Raster“, sieht Lenhart hier einen besonderen Bedarf. Eine eigene Gruppe böte ihnen die Möglichkeit, am Beispiel von Mitpatienten und der eigenen Lebensgeschichte zu erkennen, dass ihr Suchtmittelkonsum die wesentliche Ursache für den schlechten Verlauf der psychischen Erkrankung sei. Therapiezeiten von bis zu einem halben Jahr würden außerdem helfen, die medikamentöse Einstellung zu optimieren. Bei diesem Angebot will das Rehabilitationszentrum eng mit den psychiatrischen Kliniken in Rheinland-Pfalz kooperieren und speziell solche Patienten aufnehmen, denen die übliche psychiatrische Behandlung nicht gerecht werden kann.



Ebenfalls neu sind vier Reha-Plätze für Menschen mit Opiatabhängigkeit, die sich in der Substitution befinden und den Wunsch haben, diese zu beenden. „Die Reha schafft hier einen ausreichend langen Zeitrahmen, um die Ersatzdroge langsam auszuschleichen und neue berufliche und private Perspektiven zu eröffnen“, erklärt Lenhart dazu. Voraussetzung für eine Aufnahme sei, dass die Substituierten die letzten drei Monate beikonsumfrei gelebt haben. Durch die Unterbringung in zwei eigenen Appartements sei ein geschützter Rahmen für die Substitution gewährleistet.

Neu gestaltet wurde das schon viele Jahre existierende Angebot für Spielsüchtige und Medienabhängige. „Wir haben bei der Gruppentherapie jetzt eine eigene Gruppe für nichtstoffgebundene Süchte eingerichtet. Spiel- und Mediensüchtige haben oft andere Probleme als Menschen mit stoffgebundenen Abhängigkeiten, auf die wir dadurch noch besser eingehen können“, beschreibt der ärztliche Leiter.

Er legt außerdem Wert darauf, dass weiterhin alle Rehabilitanden an den Klinikaufenthalt eine Adaption von bis zu elf Wochen anschließen können, wenn dies für eine erfolgreiche Wiedereingliederung nützlich und notwendig ist. Dazu ziehen sie in ein Wohnhaus in der Stadt, absolvieren ein Berufspraktikum und werden weiter von ihrem Bezugstherapeuten aus der Klinik betreut.

„Die Adaption bietet die Chance, die eigene Leistungsfähigkeit besser einzuschätzen und sich im beruflichen Umfeld Erfahrungen anzueignen“, so Lenhart. „Gelingt die Eingliederung in Arbeit und Gesellschaft, ist das die beste Voraussetzung für eine suchtmittelfreie Zukunft.“

Insgesamt verfügt das Rehabilitationszentrum am Donnersberg über 72 Plätze, verteilt auf 54 Einzel- und neun Doppelzimmer, alle mit eigenem Bad. Davon befinden sich acht Plätze im Adaptionshaus DomiZIEL. Den Rehabilitanden stehen auf dem Gelände der Einrichtung eine Sporthalle, eine Kreativwerkstatt, ein Beachvolleyballfeld, ein Wellnessbereich sowie ein Krafraum zur Verfügung.

Mitteilung von:

Rehabilitationszentrum am Donnersberg
Dannenfeser Str. 42, 67292 Kirchheimbolanden

Tel. 06352 - 7536-0

rehazentrum-donnnersberg@evh-pfalz.de

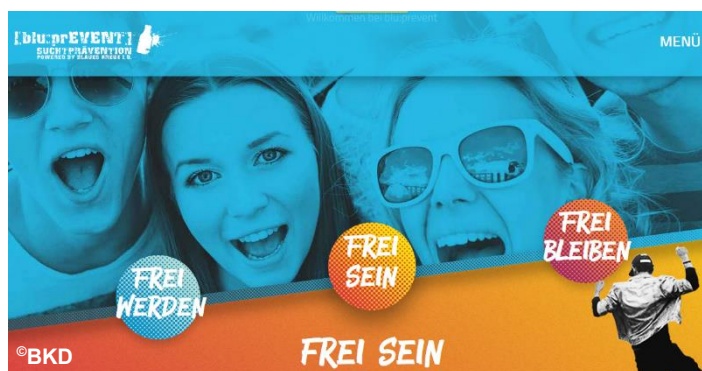
www.rehazentrum-donnnersberg.de

Neue Homepage für blu:prevent

Präventionsarbeit des Blauen Kreuzes startet mit neuer Homepage unter dem Motto „Frei sein – Frei werden – Frei bleiben“ durch

Seit dem 13. Juni ist sie online, die neue Homepage von blu:prevent, der Suchtpräventionsarbeit des Blauen Kreuzes, die mit freundlicher Unterstützung des AOK-Bundesverbandes verwirklicht werden konnte.

Modern und innovativ kommt die blu:prevent-Homepage unter www.blueprevent.de daher und ist durch ihren Aufbau im Responsive Webdesign nun auch problemlos mit dem Smartphone oder Tablet nutzbar.



Erstmalig findet der Nutzer das außergewöhnlich breite Spektrum der Suchtpräventionsangebote des Blauen Kreuzes gebündelt auf einer Seite und kann sich schnell einen Überblick über die bundesweiten Angebote verschaffen.

Neben Streetwork-Projekten, Beratungsstellen, Jugendbegegnungsstätten und der Prävention an Schulen haben auch das Filmprojekt „Zoey“, die ehrenamtlichen Kinder- und Jugendaktivitäten, die Präventionsworkshops für ehrenamtlich Mitarbeitende und die Arbeit mit unbegleiteten Flüchtlingen ihren festen Platz auf der Homepage. Darüber hinaus ist nun auch der Rauschbrillenverleih direkt bei blu:prevent angeschlossen.

Damit sich vor allem Jugendliche angesprochen fühlen, wurde der Auftritt besonders jugendlich gestaltet. Filmtrailer, regelmäßig aktualisierte YouTube-Clips und die Verlinkung der News zu Facebook sind ein Anreiz für den häufigen Besuch. Konkret können Jugendliche, aber auch die breite Öffentlichkeit, Informationen zum Thema Sucht und zu den einzelnen Angeboten finden und direkt Kontakt aufnehmen.



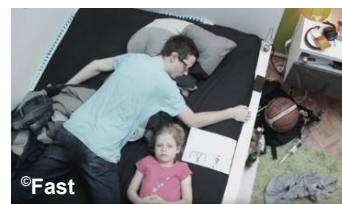
„In Zeiten, in denen ein virtuelles Aushängeschild von sehr großer Bedeutung ist, freue ich mich ganz besonders über den Start der neuen Seite. Das Blaue Kreuz verfügt über eine sehr große und interessante Infrastruktur von Angeboten, Mitarbeitenden und Einrich-

tungen. Sie für Jugendliche richtig „zu verpacken“ und zugänglich zu machen, war eine Herausforderung. Nun bin ich voller Zuversicht, dass dies gelingen wird und Jugendliche über ihr Smartphone spontan ein paar Minuten oder länger auf der Website verbringen werden“, sagt Benjamin Becker, Leiter von blu:prevent.

blu:prevent konnte mittlerweile viele Partner in den Bereichen Suchtprävention, Kinder- und Jugendprojekte und Beratungsstellen gewinnen und somit ein größeres Netzwerk aufbauen. Das Motto der neuen Seite lautet „Frei sein – Frei werden – Frei bleiben“. Dafür steht blu:prevent und in diese Richtung möchten die Mitarbeiter des Teams motivieren und begleiten.

„Wir helfen!“ – helfenx2-Film neu aufgelegt

Mit einem Kurzfilm hat das Blaue Kreuz vor rund zwei Jahren für die Spendenverdoppelungsaktion „helfenx2“ geworben. Der berührende Clip, der sich um ein Geschwisterpaar dreht und gut einsetzbar in der Suchtpräventionsarbeit ist, kann mit neuem Ende heruntergeladen und nun auch über die Aktion hinaus verwendet werden. Wir möchten Kinder und Jugendliche stärken für ein Leben ohne Sucht. Helfen Sie mit!



Anzusehen ist er auf Youtube unter:

<https://www.youtube.com/watch?v=WgAC4qdNpoo>

Heruntergeladen werden kann der Clip auf der Homepage des Blauen Kreuzes unter:

<http://www.blaues-kreuz.de/bundeszentrale/material/filme-und-clips.html>

Mitteilung von:

Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
Schubertstraße 41, 42289 Wuppertal
Tel. 0202 - 62003-42
redaktion@blaues-kreuz.de
www.blaues-kreuz.de

www.eltern-sucht.de
Information und Vernetzung
für Betroffene und Fachkräfte

Veranstaltungen

Fachtagung

„Sucht inklusive – Geistige Behinderung und Sucht“

Datum: 26.09. - 27.09.2016

Ort: Kassel-Wilhelmshöhe, Haus der Kirche

3. ALUMNI-Seminar (Postgraduiertenseminar) – Fortbildung für Suchttherapeutinnen und Suchttherapeuten psychoanalytisch

Datum: 07.10. - 08.10.2016

Ort: Berlin

Informationsabend zur Weiterbildung zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten:

Datum: 03.11.2016, 17.00 - 19.00 Uhr

Ort: Berlin

Fachtagung „Katamnese“

Datum: 15.11.2016

Ort: Frankfurt am Main

12. Berliner Suchtgespräch

Datum: 24.11.2016

Ort: Berlin

GVS Weiterbildungen zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten

Verhaltenstherapeutisch (VT) orientierte Kurse:

Gruppe 71/VT: Start ab September 2016, Rummelsberg

Gruppe 72/VT: ab Januar 2017, München

Gruppe 73/VT: ab September 2017, München

Gruppe 74/VT: ab 1. Halbjahr 2017, Berlin

Gruppe 75/VT: ab 2. Halbjahr 2017, Berlin

Psychoanalytisch (PA) orientierte Kurse:

Gruppe 28/BLN: Start ab Dezember 2016, Berlin

Gruppe 3/West: ab 2. Halbjahr 2017, Bad Essen

Informationen und Anmeldung:

GVS Fort- und Weiterbildung

Kerstin Thorith und Corinna Mäder-Linke

Tel. 030 - 83001-503 / Fax 030 - 83001-505

thorith@sucht.org

corinna.maeder-linke@sucht.org

www.suchttherapeut.sucht.org

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung!

Diakonie

Diakonische Bezirksstelle Freudenstadt

Die Diakonische Bezirksstelle Freudenstadt sucht ab 1.10.2016 mit insgesamt 100% Beschäftigungsumfang

eine/n engagierte/n

Sozialarbeiter/in, Sozialpädagoge/in

mit 50 % Beschäftigungsumfang für die psychosoziale Grund- und Basisversorgung (Beratung, Motivation, Vermittlung, Behandlung und Nachsorge) Suchtgefährdeter und Suchtkranker und

mit 50 % Beschäftigungsumfang für die Mobile Jugendarbeit/Straßensozialarbeit in Freudenstadt.

Wir erwarten selbstständiges Arbeiten, Kreativität und die Bereitschaft zu flexiblen Arbeitszeiten.

Wir bieten kollegiale Zusammenarbeit, regelmäßige Supervision und Fortbildungsmöglichkeiten.

Die Stelle ist unbefristet.

Die Vergütung erfolgt nach der KAO/ TVöD.

Mitgliedschaft in einer der ACK-Kirchen ist wünschenswert.

Ihre aussagefähige Bewerbung mit den üblichen Unterlagen erbitten wir bis zum **30.7.2016** an die **Diakonische Bezirksstelle, z.Hd. Renate Braun-Schmid, Herrenfelder Str. 26, 72250 Freudenstadt.**

Mail: braun-schmid@diakonie-fds.de

Weitere Auskünfte erhalten Sie gerne telefonisch von Frau Braun-Schmid (07441-884012).



Serrahner Diakoniewerk gemeinnützige GmbH

Wir sind eine Rehabilitationsklinik, primär für alkoholabhängige Patienten, auch mit Gebrauch von illegalen Drogen. Ein Großteil der Patienten leidet unter zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen. Die Klinik hat 36 Betten und liegt im landschaftlich reizvollen Mecklenburg-Vorpommern. Die Universitätsstadt Rostock ist 50 km entfernt. Das Serrahner Diakoniewerk (SDW) bildet die gesamte Therapiekette ab. Die Behandlung ist psychiatrisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt zur Übernahme der Bezugstherapeutenfunktion

einen approbierten **PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN (m/w)** oder

einen **PSYCHOLOGEN (m/w)** bzw. **SOZIALARBEITER/SOZIALPÄDAGOGEN (m/w)**

mit anerkannter suchttherapeutischer Zusatzqualifikation.

Die Vergütung erfolgt entsprechend AVR und beinhaltet eine Zusatz-Altersversorgung.

Wenn Sie Einsatzbereitschaft und Teamfähigkeit mitbringen und gewillt sind, auch Ihnen bisher unbekannt Aufgaben zu übernehmen, dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung - gerne auch per E-Mail - an:

Serrahner Diakoniewerk gGmbH

Geschäftsführer Peter Grosch

Am Pfarrhof 1

18292 Kuchelmiß/Serrahn

Tel. 038456-62515

E-Mail: info@serrahner-dw.de

www.rehaklinik-serrahn.de