

## **Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) für die geplante Cannabis-Abgabe an Erwachsene: Prävention und Jugendschutz als Handlungsmaxime – ausreichende Behandlungskapazität und Monitoring als Handlungsnotwendigkeit**

Die Kinder- und JugendpsychiaterInnen und -psychotherapeutInnen und die Kinder- und JugendärztInnen in Deutschland haben in einem gemeinsamen Statement der Fachgesellschaften und Verbände vor den möglichen Risiken einer Cannabislegalisierung gewarnt und appelliert, etwaige Legalisierungsbestrebungen nicht auf dem Rücken von Kindern und Jugendlichen auszutragen ([www.dgkjp.de/cannabislegalisierung/](http://www.dgkjp.de/cannabislegalisierung/)). Alle Vorsätze, die Legalisierung mit einem bestmöglichen Jugendschutz zu verbinden, haben sich in vielen Legalisierungsländern als Illusion erwiesen. An diesem Appell hält die DGKJP auch in Anbetracht der folgenden Empfehlungen zur Definition der Altersgrenze für eine Cannabis-Abgabe an Erwachsene, zu notwendigen Verbesserungen in der Behandlung und Rehabilitation riskant Cannabis konsumierender und cannabisabhängiger Kinder und Jugendlicher sowie des zugehörigen Monitorings fest.

### **1. Die DGKJP empfiehlt, bei der geplanten Cannabis-Abgabe an Erwachsene die untere Altersgrenze auf 21 Jahre und idealerweise auf 25 Jahre festzulegen.**

Begründung:

- a) Das Gehirn ist aufgrund der bis zum Alter von 25 Jahren stattfindenden Reifungsprozesse hochgradig vulnerabel. Eine Altersgrenze bei 25 Jahren stellt die Fürsorgefunktion des Staates in den Vordergrund und setzt ein deutliches Signal für den Schutz vor Gesundheitsgefahren junger Menschen durch Drogengebrauch.
- b) Je später der Einstieg in regelmäßige Konsummuster erfolgt, umso geringer ist die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung mitsamt deren psychischen, somatischen und sozialen Langzeitfolgen (siehe DGKJP et al. 2022).
- c) Die Risikowahrnehmung junger Menschen dürfte angesichts einer Altersgrenze für die Cannabis-Abgabe bei 25 Jahren und eines begründeten gesetzlichen Verbots der Weitergabe legal erworbener Produkte an Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren adäquat hoch bleiben. Die Risikowahrnehmung nahm in den USA nach Berichten der UN im Zusammenhang mit deutlich niedrigeren Altersgrenzen für die Cannabisabgabe stark ab. Der Anteil der Jugendlichen, die Cannabis als schädlich empfinden sank in den USA um 40 Prozent (UNODC 2022). In den USA liegt in den 19 Bundesstaaten, die Cannabis legalisiert haben, die untere Altersgrenze bei 21 Jahren (<https://marijuana.procon.org/legal-recreational-marijuana-states-and-dc/>); in Kanada liegt sie bei 19 Jahren.
- d) Jugendgerichte sind auch für Heranwachsende bis zum Alter von 21 Jahren zuständig und verurteilen bei Entwicklungsverzögerungen unabhängig vom Delikt

nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG). Nachweislich sind Therapieauflagen gemäß § 10 JGG (die dann auch von der Jugendgerichtshilfe begleitet werden können) ein wirksames Mittel zur Förderung der Therapieadhärenz im Falle einer notwendigen Behandlung und Rehabilitation. Auch bei erwachsenen Betroffenen erfolgen – trotz höherer statistischer Risiken und Benachteiligungen – seltener Abbrüche durch die Betroffenen mit Therapieauflage. Bei jugendlichen PatientInnen wird durch Therapieauflagen eine längere Rehabilitationsbehandlung erreicht und die Behandlung öfter wieder aufgenommen als bei PatientInnen ohne diese Auflagen (Künzel et al. 2012; Nützel et al 2012)

- e) Einzelne Jugend-Suchtschwerpunkte in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (z.B. am ZfP Südwürttemberg, pers. Mitteilung) haben mit den Krankenversicherungen aus o.g. Gründen vereinbart, bei vorliegenden Entwicklungsrückständen die von Suchtmitteln abhängigen und abhängigkeitsgefährdeten 18- bis 21-Jährigen behandeln zu dürfen. Dieses ist auch im OPS 9-694 entsprechend festgelegt worden und gilt generell ebenso für die niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen. Seitens des stationären Segments wird diese Möglichkeit aber nur selten (bei Wiederaufnahmen) wahrgenommen, da die Kapazitäten derzeit bereits für die unter 18-jährigen PatientInnen nicht ausreichen.

**2. Sollten politische Entscheidungen dazu führen, die untere Altersgrenze für eine Cannabisabgabe an Erwachsene auf 18 Jahre zu legen, sind aus Sicht der DGKJP folgende Empfehlungen unabdingbar:**

- a) Bis zum Alter von 25 Jahren muss sich die Abgabe in den Verkaufsstellen auf niedrig dosierte THC-Produkte beschränken und eine Begrenzung der Abgabemenge pro Woche berücksichtigen, so dass idealiter jeder junge Volljährige nur für den Eigenbedarf einkauft. Nachweislich fördern höhere Konzentrationen und häufigerer Konsum u. a. die Gefahr von Entwicklungsstörungen des Gehirns sowie psychotischer Erkrankungen bei prädisponierten jungen Menschen (siehe DGKJP et al. 2022).
- b) Die DGKJP empfiehlt die Einführung eines „THC-Führerscheins“. Derartige verpflichtende Beratungen sind auch in anderen Kontexten geregelt, bzw. will der Gesetzgeber z.B. bei der Frage der Personenstandsänderung bei Minderjährigen die verpflichtende Beratung einführen. Da diese Altersgruppe sehr selten regelhaft in medizinischer Behandlung ist, besteht die Gefahr einer unerkannten Abhängigkeitsentwicklung. Eine regelhafte Vorsorgeuntersuchung (ähnlich wie z.B. betriebsärztliche Untersuchungen) einschließlich fachkundiger Beratung könnte zumindest einen Teil der jungen Erwachsenen mit einem beginnenden riskanten Konsum oder psychischer Komorbidität (inkl. psychotischer Frühsymptome) identifizieren und zur Drogenabstinenz motivieren. Im Rahmen

der Fachberatung sollten die folgenden Inhalte thematisiert werden: Kombination des Cannabiskonsums mit anderen legalen oder illegalen Drogen und Arzneimitteln und der daraus resultierenden Gefahren, Gefahren des Konsums von Schwarzmarktprodukten, Aufklärung über das Verbot der Weitergabe sowie der Sanktionen bei Konsum im Straßenverkehr bzw. der Gefahren des Fahrens unter THC-Einfluss, Aufklärung über die Gefahren des Konsums in der Schwangerschaft, Aufklärung über die Wirkdauer je nach Konsumform und der möglichen Langzeitauswirkungen, Warnhinweis bezüglich der Verwendung von Cannabisprodukten zur persönlichen Problemlösung.

- c) Die DGKJP empfiehlt die Einführung einer „Bewährungszeit“ in Analogie zum Kfz-Führerschein, verpflichtender Beratung und deren Überprüfung (siehe Projekt der indizierten Prävention FRED) bei Verstößen gegen das Weitergabeverbot sowie nach Drogenotfällen; möglicher Entzug der Einkaufslizenz bzw. des THC-Führerscheins als Konsequenz bei wiederholter Zuwiderhandlung und Fremdgefährdung; Therapieauflagen bei Komplikationen.
- d) Die DGKJP empfiehlt die Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl an Behandlungsplätzen für diejenigen KonsumentInnen, die trotz dieser Maßnahmen intensive Konsummuster und eine Cannabisabhängigkeit mit psychischen, körperlichen und sozialen Folgeschäden entwickeln – sowohl im akutpsychiatrischen als auch im Reha-Bereich (detaillierte Ausführungen zur Ausgestaltung siehe 3.).
- e) Die DGKJP empfiehlt die Schaffung spezialisierter Jugend-Suchtberatungsstellen, mindestens aber Qualifizierung der Beratungsstellen für den Umgang mit jungen Menschen in empfohlener und verpflichtender Beratung; aufsuchende Beratung am Intensivbett bei Drogenotfällen; Qualifikation für den Einbezug der Aufenthalts- bzw. Herkunftsfamilien in die Beratung.
- f) Es müssen die wirksame Kontrolle und Sanktionierung des Verbots der Weitergabe an Minderjährige sowie weitere adäquate Maßnahmen des Jugendschutzes sichergestellt werden.
- g) Es muss ein vollständiges Werbeverbot für THC-Produkte in Medien, Kanälen und Einrichtungen, die junge Erwachsene gern zum Feiern besuchen, umgesetzt werden.
- h) Geregelte Öffnungszeiten der Abgabestellen sollen ein „Nachladen“ erschweren.

### **3. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie der medizinischen Rehabilitation müssen für behandlungsbedürftige junge Cannabiskonsumierende aus Sicht der DGKJP erhebliche Verbesserungen umgesetzt werden.**

Im Einzelnen handelt es sich um die im Folgenden genannten Maßnahmen:

- a) Schaffung ausreichender, spezialisierter Behandlungsplätze mit speziellem therapeutischem Milieu und Konzept in jedem Bundesland (in OPS bereits für die

Auslösung des Kodes 9-694 entsprechend festgelegt) mit Qualifikation für die Behandlung der häufigen Komorbidität und integrierter Beschulungsmöglichkeit durch eine Schule für Kranke (nicht in allen Bundesländern vorhanden, jedoch aufgrund häufiger Schulabbrüche und der Notwendigkeit einer Reintegration in das Bildungswesen erforderlich). Konkrete Empfehlungen dazu siehe auch Leitlinie Qualifizierte Entzugsbehandlung für Kinder und Jugendliche der Suchtkommission der DGKJP (Thomasius et al. 2016).

- b) Festlegung, dass bereits ein schädlicher Cannabisgebrauch (ICD 10: F12.1) bei psychiatrischer Komorbidität eine Aufnahmeindikation darstellt (wird teilweise seitens der Medizinischen Dienste bestritten). Ermöglichung mehrerer Behandlungsanläufe und -abbrüche (jugendtypische Muster).
- c) Verbesserung der Zuweisungsbedingungen im Vorfeld durch Stärkung der Suchtcompetenz (Schulungen) der MitarbeiterInnen in Jugendhilfeeinrichtungen, Schulen sowie Kinderarzt- und Primärarztpraxen; verbindliche Vorstellung der PatientInnen nach Drogennotfällen in Suchtberatungsstellen durch Vermittlung der Intensivstationen in Pädiatrie und internistischer Intensivmedizin mittels aufsuchender SuchtberaterInnen am Krankenbett (vgl. Projekt HaLT); Überlegungen zu einer diesbezüglichen Definition von „Kindeswohlgefährdung“ gegenüber dem Jugendamt ab der zweiten erforderlichen Behandlung aufgrund einer Intoxikation.
- d) Integration der Jugendlichen, bei denen eine Rehabilitationsbehandlung indiziert ist (etwa 10-20% der auf Akutstationen behandelten Jugendlichen, siehe Reha-Statement der Gemeinsamen Suchtkommission der KJPP-Fachverbände und DGKJP, Holtmann et al. 2016) in das Leistungsspektrum der DRV, auch wenn keine eigenen Versicherungszeiten vorliegen. Ziel der Reha-Behandlung ist die Herstellung der späteren Arbeitsfähigkeit. Festlegung eines Rehabilitations-Satzes, der die nötige Personalkapazität für Weiterbehandlung der Komorbiditäten, Aufsichtspflicht, pädagogische Tagesstrukturierung, Spektrum alternativer Freizeitgestaltung anbieten kann; Festlegung einer Gruppengröße analog zu den Festlegungen für Jugendhilfeeinrichtungen; Kinderschutzkonzept. Anschluss an ein Angebot für Schulunterricht, das mindestens einen Hauptschulabschluss ermöglicht (Schule für Kranke oder SBBZ emotionale Entwicklung) und Berufsvorbereitung. Ermöglichung des Einbezugs der Herkunftsfamilien mit Fahrkostenerstattung (Familientherapie, Familienseminare). Verbindliches Entlassmanagement (mit Überleitung in Suchtberatung, Jugendhilfe, Schule, Berufsvorbereitung, Ausbildung etc.) und eingeplanten Belastungserprobungen im Herkunftsmilieu. Auch in diesen Fällen müssen mehrere Anläufe und Abbrüche der Behandlung eingeräumt werden.

#### **4. Prävention ausbauen, neugestalten und ein umfassendes Suchtpräventionskonzept für Jugendliche und Familien entwickeln und implementieren**

Präventive Maßnahmen müssen bei einer Legalisierung von Cannabis deutlich verstärkt werden, um einem Anstieg der Konsumprävalenzen durch eine mutmaßlich steigende Verfügbarkeit der Substanz entgegenzuwirken. Das generelle Präventionsdilemma in Deutschland, dass insbesondere verhaltensbezogene präventive Maßnahmen Risikogruppen nicht in ausreichendem Maße erreichen, muss in diesem Fall aufgrund der besonderen konsumbezogenen Risiken für Heranwachsende exemplarisch überwunden werden. Es müssen „community“-basierte sowie risikogruppenadaptierte und zugleich evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen entwickelt, implementiert und monitoriert werden. Dies ist eine kurz-, mittel- und langfristige Aufgabe, die einer kontinuierlichen Evaluation bedarf. Für die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung geeigneter Maßnahmen zur Prävention und Frühintervention sind ggfs. finanzielle Mittel aus den Einnahmen der Cannabisabgabe an Erwachsene zu verwenden.

Die geplante regulierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene ist an verschiedener Stelle als „window of opportunity“ für weitere Verbesserungen in der Drogenpolitik benannt worden. Dies gilt neben der Stärkung zielgruppenspezifischer Präventionsangebote sowie verbesserten Maßnahmen zur Umsetzung des Jugendschutzes und weiteren verhältnispräventiven Maßnahmen (s.o. Empfehlungen zu Altersgrenzen, Werbeverböten etc.) ebenso wie für ein verbessertes und empirisch veranlagtes Monitoring der Versorgungslage (Inanspruchnahme, Bedarfsplanung und Versorgungskapazitäten) in Deutschland.

Daher ist aus Sicht der DGKJP zudem erforderlich:

#### **5. Eine epidemiologische Beobachtung problematischer Gebrauchsformen sowie ein Monitoring der in den spezialisierten jugendpsychiatrischen Zentren akutpsychiatrisch behandelten jungen Suchtpatienten muss jetzt eingerichtet werden**

Zum Schutz der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen müssen die Auswirkungen der diskutierten regulatorischen Änderungen im Bereich der Cannabispolitik sorgfältig überwacht werden. Während Konsumtrends psychoaktiver Substanzen auch im Zeitverlauf bei Kindern und Jugendlichen gut abgebildet werden (durch die regelmäßigen querschnittlichen Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA), gibt es derzeit keine Beobachtungsmöglichkeit im Bereich problematischer Gebrauchsformen und der damit verbundenen gesundheitlichen Probleme und Behandlungsbedarfe für diese Altersgruppe. Eine kontinuierliche Beobachtung und gesundheitspolitische Bewertung der im Abgabe-regulierten Kontext potenziell ansteigenden und veränderten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsnachfrage ist ohne den Aufbau entsprechender Monitoringsysteme nicht möglich. Die Datenlage zur

Verbreitung problematischer Konsumformen sowie die Inanspruchnahme von ambulanter und stationärer Behandlung in der Suchthilfe hinkt bei Kindern und Jugendlichen derjenigen für Erwachsene weit hinterher. Orientierende internationale Studien im Kontext der Cannabislegalisierung liegen für Kinder und Jugendliche zwar vor, sind aber aufgrund oftmals deutlicher Unterschiedlichkeiten in den jeweiligen Versorgungssystemen und Regulationsmodellen nicht direkt bzw. nur sehr bedingt auf hiesige Verhältnisse übertragbar.

Über ein bundesweites Monitoring könnten mögliche Veränderungen (z.B. hinsichtlich des Ausmaßes klinisch relevanter Konsumformen und konsumbezogener Schäden, Behandlungsbedarf, Zuweisungspraxis, Bezugsquellen der Substanzen etc.) infolge veränderter Gesetzgebung besser erkannt und geeignete Maßnahmen zur Minimierung substanzbezogener Probleme geplant werden. Um auf mögliche veränderte Versorgungsbedarfe reagieren zu können und damit einen Schaden für die besonders vulnerable Gruppe der Kinder und Jugendlichen zu verringern, sollten entsprechende Vorhaben daher bereits jetzt bzw. vor Inkrafttreten von gesetzlichen Änderungen gestartet werden.

Die Gemeinsame Suchtkommission der deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaft (BAG KJPP, BKJPP, DGKJP) vertritt die in Deutschland vorhandenen spezialisierten Suchtschwerpunkte in kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Kliniken, in denen die Akutbehandlung von jungen Menschen mit Suchtstörungen sichergestellt wird. Dieses Gremium bietet einen geeigneten Rahmen für die Entwicklung, Umsetzung und fortlaufende Auswertung wirksamer Maßnahmen zum Monitoring cannabisbezogener Entwicklungen in der medizinischen Versorgung.

Eine erste Datengrundlage kann der Datensatz nach §21 KHG bieten, der die Versorgungsdaten aus den Krankenhäusern abbildet. Das InEK ist dem Geschäftsbereich des BMG zugeordnet. Die ambulanten Daten wären über die KV-Abrechnungsdaten ebenfalls verfügbar. Eine entsprechende kontinuierliche Auswertung wäre einzuführen. Ein entsprechender Beirat zur Datenauswertung und -bewertung sollte gebildet werden.

Renate Schepker, Michael Kölch, Nicolas Arnaud, Rainer Thomasius

**Berlin, im August 2022**

## **Literatur:**

Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack PM, Lammers K, Kammerahl S, Thomasius R. Nachhaltiger Transfer des Gesundheitsnetz Alkohol im Jugendalter: Eine Kooperation aus Forschung, Praxis und Politik. *Psychiatrische Praxis* 2015; 42:35-8.

Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack PM, Daubmann A, Thomasius R. (2017). Short- to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial. *Acad Emerg Med* 2017; 24: 186-200.

DGKJP, BAG KJPP, BKJPP, DAKJ. Gesundheitliche Risiken einer Cannabislegalisierung für Kinder und Jugendliche. Appell der kinder- und jugendpsychiatrischen und kinder- und jugendmedizinischen Fachgesellschaften und Verbände in Deutschland. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2022; 50:162-4.

Holtmann M, Thomasius R, Melchers P, Klein M, Schimansky G, Krtömer T, Reis O. Anforderungen an die stationäre medizinische Rehabilitation für Jugendliche mit substanzbedingten Erkrankungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2016; 46:173–81.

Thomasius R, Thoms E, Melchers P, Roosen-Runge G, Schimansky G, Bilke-Hentsch O, Reis O. Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. *Sucht* 2016; 62: 107-11.

Künzel J, Steppan M, Pfeiffer-Gerschel T Ambulante Behandlung und Beratung von Patienten mit einer Therapieauflage nach § 35 BtMG. DSHS Kurzbericht Nr 2/2011- Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Verfügbar unter [https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user\\_upload/dshs/05/publikationen/Kurzberichte/DSHS\\_Kurzbericht\\_2011\\_2\\_BtMG.pdf](https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload/dshs/05/publikationen/Kurzberichte/DSHS_Kurzbericht_2011_2_BtMG.pdf)

Nützel J, Benz R, Michel V, Stuhler S, Schraivogel F, Schmid P, Keller F, Schepker R. Evaluation der Hilfeverläufe im Projekt JUST (Jugend-Sucht-Therapie). Deutsche Rentenversicherung, 2012