

Cannabis – Mythen und Fakten

Online-Impulsvortrag für die Hochschule Darmstadt
16.05.2024

Patrick Burkard, Psychologischer Psychotherapeut
Bereichsleiter Medizin/Therapie/Psychologie am SRH Berufsbildungswerk Neckargemünd

SRH Berufsbildungswerk Neckargemünd



Das **SRH Berufsbildungswerk Neckargemünd (BBWN)** bietet jungen Menschen mit speziellem Förderbedarf eine kompetenzorientierte Berufsausbildung in über 40 verschiedenen Berufen.

Auf dem Weg zu ihrem Bildungsziel werden die aktuell über 1000 Auszubildenden dabei von einem interdisziplinären Expertenteam unterstützt und zu einem professionellen Umgang mit ihren persönlichen Herausforderungen befähigt. Die **SRH (Stiftung Rehabilitation Heidelberg)** ist ein gemeinnütziger Konzern mit ca. 17500 Mitarbeitern an über 35 Standorten in ganz Deutschland, aufgeteilt in die 3 Sparten Gesundheit, Bildung, Higher Education und einem Jahresumsatz ca. 1,3 Mrd. Euro.



Patrick Burkard

Diplom-Psychologe

Psychologischer Psychotherapeut

Kognitive VT, Systemische Therapie,

Klinische Hypnose, EMDR

Bereichsleiter Medizin/Therapie/Psychologie
im BBWN (seit 2019)

Leitender Psychologe, Teamleiter, Bezugstherapeut
MEDIAN Fachklinik Thommener Höhe (1999 – 2018)

Inhalt

- Geschichte
- Pflanze
- Produktarten und Konsumformen
- Prävalenzen Cannabiskonsum
- Cannabisrausch
- Pharmakologie
- Nachweisbarkeit
- Rauschwirkung
- Risiken und Abhängigkeit
- Amotivationales Syndrom
- Cannabiskonsum und Psychose
- Cannabiskonsum und Gehirn
- Cannabis in der Medizin
- Legalisierung
- Cannabis und Alkohol im Vergleich
- Hilfe bei Problemen mit Cannabiskonsum



TRIGGERWARNUNG – Szenen mit verstörenden Inhalten und suizidalen Handlungen

Die Hanfpflanze

- Krautartige Pflanze, älteste Nutzpflanze
- 2 Theorien: eine oder drei Arten
 - Cannabis sativa L.
 - Indischer Hanf, Ruderalhanf, Nutzhanf
- Cannabis als Rauschdroge wird aus indischem oder Nutzhanf gewonnen
- Indischer Hanf: 1-2 Meter, Nutzhanf: 5 Meter
- Cannabis aus weiblicher Pflanze gewonnen
- Formen: Marihuana, Haschisch, Cannabisöl
- In Deutschland bis 31.03.2024 verboten
- Erlaubt waren: Hanfsorten mit weniger als 0,2% THC-Wirkstoffgehalt



Scherbaum, N. (2024). Das Drogentaschenbuch. Stuttgart: Thieme.

Getrocknete weibliche Cannabisblütendolden, die zusammen mit den getrockneten Blättern zerkleinert und zu Cannabiskraut (Marihuana) verarbeitet werden

Geschichte des Cannabis



- Seit prähistorischer Zeit von Menschen genutzt
- Zentralasien → China → Indien → Persien, Assyrien (heutiger Irak)
- China: als Heilpflanze eingesetzt (Rauch der Hanfpflanze inhaliert)
- Araber: verbreiten Cannabispflanze und Gebrauch als Rauschmittel über Eroberungen (8. Jhd. n. Chr.) über Vorderer Orient u. Nordafrika
- Weitere Ausbreitung nach Mittelafrika (Nigeria)
- Islam: Alkohol verboten, Cannabis als Rauschdroge toleriert
- Spanische Eroberer → Cannabis nach Südamerika
- Hanfpflanze heute weit verbreitet
- Vielseitige Verwendbarkeit: Hanfsamen als Nahrungsmittel, Stängel zur Produktion von Fasern (Papier, Taue)
- Medikament, Rauschdroge, auch im Kontext kultischer Praktiken in Indien
- In Europa Nutzung von Hanf als Droge lange unbekannt, erst seit 19. Jhdt. bekannt, seit 70er Jahren nach Alkohol häufigste Rauschdroge

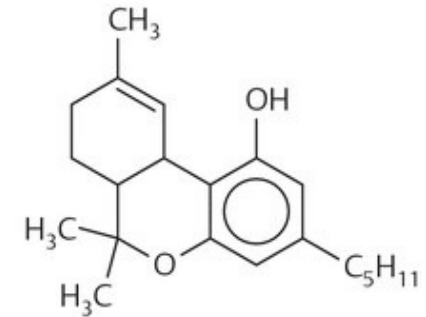


Wirksubstanz des Cannabis

- Bis zu 1000 Stoffe identifiziert, 500 verschiedene Chemikalien (nicht psychoaktiv)
- Ca. 140 verschiedene Cannabinoide, einige wirken psychoaktiv
- Tetrahydrocannabinol (THC), Cannabidiol (CBD)
- Nur weibliche Pflanzenform enthält genügend THC, um Rausch zu erzeugen
- **Marihuana** (Gras, Weed, Pot, Mary Jane, Reefer): Getrocknete Blüten und Blätter der Cannabispflanze, 7-11%, max. 20%+ THC Gehalt
- **Haschisch** (Hasch, Shit, Dope, Piece): Harz der Blütenstände, 11-19%, max. 30%
- **Haschischöl** (selten): konzentrierter Auszug des Cannabis-Harzes), teils >70%

Cannabis

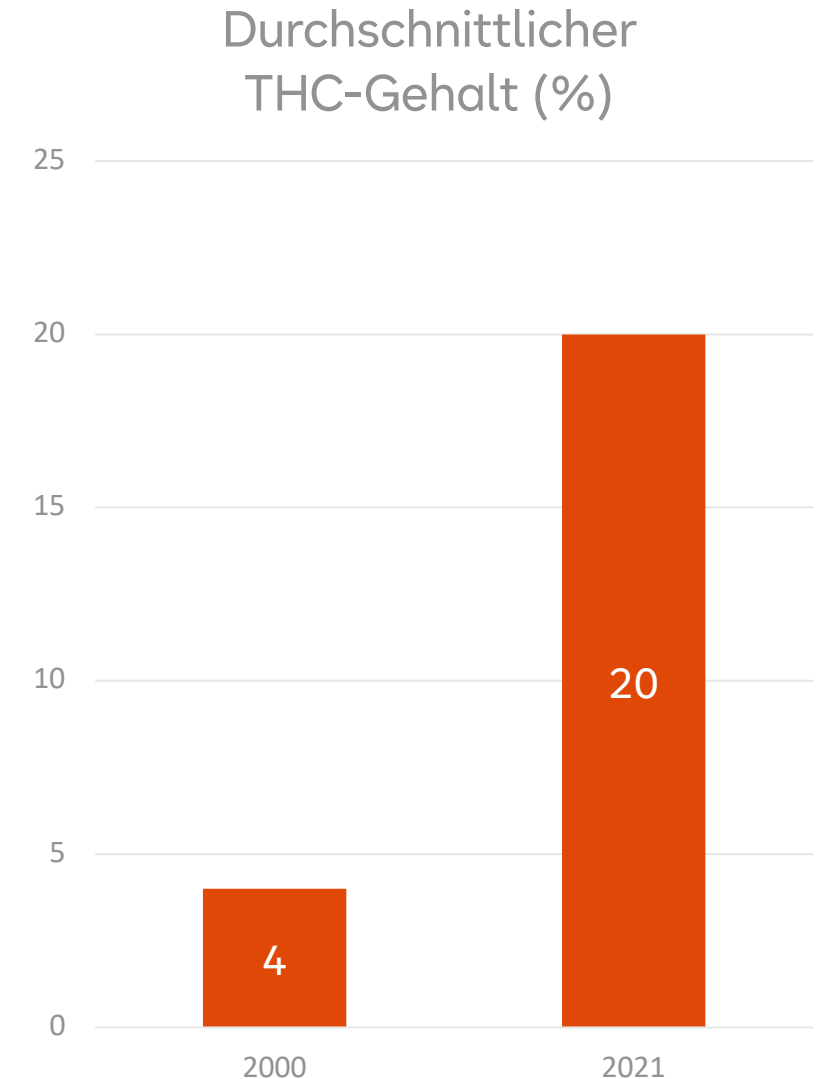
Strukturformel



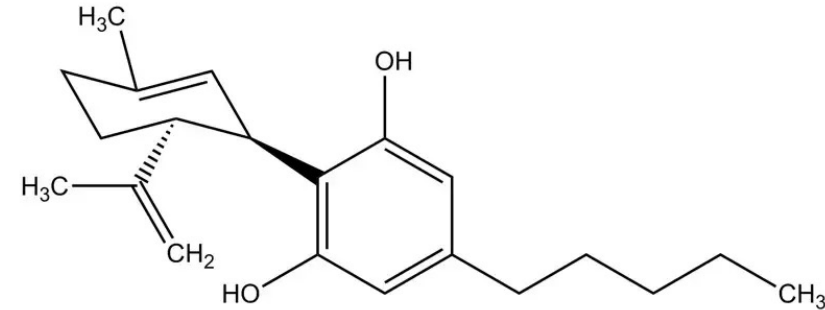
Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC)

Steigender Wirkgehalt des Cannabis

- Vor 2000: THC-Konzentration im „Straßen-Cannabis“ bei 4%
- 2021: Durchschnittlicher THC-Gehalt von Cannabisharz 20%, Cannabiskraut 9,5%
- USA: Hochpotente Produkte wie „Dabs“, „Vape-Pens“ mit THC-Gehalt von bis zu 80%, häufig verunreinigt mit Pestiziden oder Lösungsmitteln
- Trend: Zunehmend schädlichere Cannabis-Produkte
- Einführung von „Cannabis-Potenzüberwachungsprogrammen“ in USA, Niederlande, UK, Frankreich, Italien



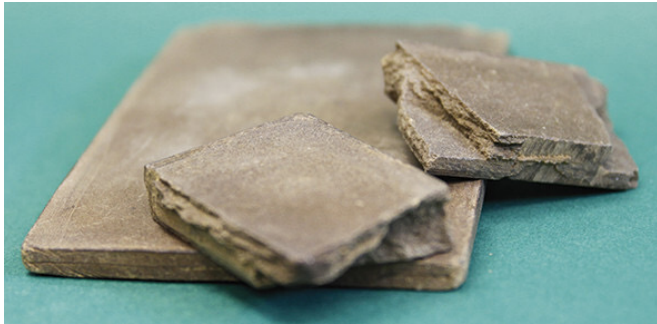
Wirksamkeit von Cannabidiol (CBD)



- Keine berauschende und belohnende Wirkung, nicht abhängigkeiterzeugend
- Wird i. d. R. gut vertragen, aber: Belastung der Leber möglich, da über Leber verstoffwechselt
- Bei sehr hohen Dosen Vergiftungserscheinungen möglich (Intoxikation)
- Fruchtschädigende Wirkung nicht abschließend geklärt
- Zugeschriebene Eigenschaften: angstlösend, entzündungshemmend, neuroprotektiv, antidepressiv, hungerhemmend, antipsychotisch, fördere Konzentration und Wahrnehmung
- Wirksamkeitsbelege fehlen weitgehend
- International testen viele laufende Studien die Wirksamkeit von CBD



Cannabiserwerb



Minderwertige Haschischplatten mit hohem Pflanzenanteil



„Schwarzer Afghane“: Je dunkler die Farbe, desto höher ist der Wirkstoffgehalt (Harzgehalt, Anteil an psychotropen Substanzen)



Kugelähnlich geformte Haschischstücke (Verkaufsportionen)

Einzelne Krümel werden mit Tabak gemischt und geraucht.



Cannabisöl (selten verwendet)



Joint

Konsumformen

- Rauchen von **Joints** („Kiffen“): Zerbröseltes Haschisch oder Marihuana wird mit Tabak vermengt und zu einer Zigarette gedreht
- Rauchen über verschiedene Sorten von **Pfeifen**: Pur- und Wasserpfeifen (Intensivierung des Rauscherlebnisses)
- **Bong**: Spezielle Wasserpfeife
- **Orale** Einnahme: Cannabis in Tee auflösen und trinken, in Keksen („Spacecakes“) verbacken und essen

Anwendungsarten



Rauchen



Gebäck

Handelsübliche Formen



Pflanzenteile

Synonyme

Dope, Gras, Marihuana, Hanf, Kiff, Joint etc.

srh



Scherbaum, N. (2024). Das Drogentaschenbuch. Stuttgart: Thieme.

Verbreitung Cannabiskonsum



- Dritthäufigste konsumierte Substanz nach Alkohol und Tabak
- Ca. 220 Mio. Menschen haben weltweit in 2021 Cannabis konsumiert
- Europa: 8% der älteren Jugendlichen, 22,6 Mio. im Alter von 15-64 Jahre haben im letzten Jahr Cannabis konsumiert
- 1,3% (3,7 Mio.) sind intensive Nutzer (tägliches Gebrauch)
- Mittleres Einstiegsalter 15-16 Jahre
- Deutschland: 8,8% aller Erwachsenen haben im letzten Jahr Cannabis geraucht (4,5 Mio. Menschen)
- Davon: 10,7% Männer, 6,8% Frauen
- Konsum vor 18. Lj. assoziiert mit: erhöhtes Risiko Autounfälle, antisoziales Verhalten, polyvalenter Drogenkonsum, Einbußen, Bildungserfolg
- Frühes Einstiegsalter durch genetische Faktoren bedingt

Prävalenzen Cannabiskonsum



TABELLE 7: Lebenszeitprävalenz des Konsums verschiedener illegaler Drogen bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen 2019

	12- bis 17-Jährige			18- bis 25-Jährige		
	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich
Irgendeine illegale Droge	10,6	13,4*	7,6	47,2	54,0*	39,7
Cannabis	10,4	13,1*	7,5	46,4	52,7*	39,4
Eine illegale Droge außer Cannabis	1,7	2,0	1,3	12,0	16,7*	6,9
Ecstasy	0,6	0,5	0,7	7,8	10,8*	4,4
LSD	0,3	0,3	0,2	3,2	5,6*	0,6
Amphetamin	0,5	0,5	0,6	6,8	9,3*	4,1
Crystal Meth	0,2	0,3	0,1	0,6	0,7	0,6
Kokain	0,3	0,3	0,4	4,7	6,9*	2,3
Crack ^a	0,0	0,1	0,0	0,2	0,4*	0,0
Heroin ^a	0,0	0,1	0,0	0,3	0,5	0,2
Neue psychoaktive Stoffe	0,1	0,2	0,1	2,1	3,5*	0,5
Schnüffelstoffe	0,3	0,4	0,2	0,6	0,9*	0,1
Psychoaktive Pflanzen	0,4	0,5	0,3	5,4	7,8*	2,7

Angaben in Prozent. Ergebnisse der Dual-Frame-Stichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht, Alter und Bildung.

^{a)} Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$ (binär logistische Regressionsmodelle mit den Kovariaten Geschlecht, Alter, Schultyp/Schulabschluss und Migrationshintergrund).

^{a)} Kein Test zu Geschlechtsunterschieden 12- bis 17-Jähriger, da Prävalenz in einer Gruppe 0,0 %.

TABELLE 8: 12-Monats-Prävalenz des Konsums verschiedener illegaler Drogen bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen 2019

	12- bis 17-Jährige			18- bis 25-Jährige		
	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich
Irgendeine illegale Droge	8,3	11,0*	5,4	24,8	29,5*	19,5
Cannabis	8,1	10,8*	5,3	24,1	28,7*	19,0
Eine illegale Droge außer Cannabis	1,1	1,1	1,0	6,2	8,3*	3,7
Ecstasy	0,5	0,4	0,5	3,6	4,8*	2,2
LSD	0,2	0,2	0,1	1,5	2,6*	0,3
Amphetamin	0,3	0,4	0,2	2,8	3,9*	1,6
Crystal Meth ^a	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2	0,4
Kokain	0,2	0,1	0,4	2,9	4,1*	1,6
Crack ^a	0,0	0,1	0,0	0,2	0,3	0,0
Heroin ^{a, b}	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0
Neue psychoaktive Stoffe	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2
Schnüffelstoffe ^{a, b}	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0
Psychoaktive Pflanzen	0,3	0,4	0,2	1,5	2,3*	0,7

Angaben in Prozent. Ergebnisse der Dual-Frame-Stichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht, Alter und Bildung.

^{a)} Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$ (binär logistische Regressionsmodelle mit den Kovariaten Geschlecht, Alter, Schultyp/Schulabschluss und Migrationshintergrund).

^{a)} Kein Test zu Geschlechtsunterschieden 12- bis 17-Jähriger, da Prävalenz in einer Gruppe 0,0 %. ^{b)} Kein Test zu Geschlechtsunterschieden 18- bis 25-Jähriger, da Prävalenz in einer Gruppe 0,0 %.

Prävalenzen Cannabiskonsum

Soziodemographische Merkmale

Jugendliche:

- Anteil männlicher Konsumenten deutlich höher als Anteil weiblicher
- 16 Jahre ist kritisches Alter
- Konsumenten haben eher höheren Bildungsgrad
- Migrationshintergrund spielt keine wesentliche Rolle

Junge Erwachsene:

- Anteil weiblicher Konsumenten steigt im Verhältnis stärker (Faktor 5), regelmäßiger Konsum bei Frauen statistisch unbedeutend
- Ab 18 Jahren steigt Anteil der Konsumenten noch weiter an, Höhepunkt zwischen 22 und 23 Jahren
- Schulabschluss hat keine wesentliche Rolle
- Migrationshintergrund spielt keine wesentliche Rolle
- Jeder 4. junge Erwachsene hat im letzten Jahr konsumiert, jeder 10. junge Erwachsene im letzten Monat konsumiert

TABELLE 9: Cannabiskonsum nach Geschlecht, Alter, Bildung und Migrationshintergrund 2019

		Lebenszeit-Prävalenz	12-Monats-Prävalenz	30-Tage-Prävalenz	Regelmäßiger Konsum
12- bis 17-jährige Jugendliche					
Insgesamt		10,4	8,1	3,8	2,0
Geschlecht	Männlich	13,1*	10,8*	5,0*	2,8*
	weiblich ^a	7,5	5,3	2,6	1,1
Alter	12 und 13 Jahre	1,2*	0,9*	0,5*	0,2*
	14 und 15 Jahre	5,0*	4,3*	2,4*	0,6*
	16 und 17 Jahre ^a	24,0	18,5	8,3	4,9
Schultyp	Gymnasium ^a	11,6	9,6	4,3	2,1
	Sonstige	9,6	7,1	3,5	1,9
Migrationshintergrund	Keiner ^a	10,4	8,0	3,7	1,7
	Westeuropa	10,5	9,7	4,8	3,4
	Osteuropa	7,9	6,7	3,1	3,0
	Türkei/Asien	10,2	8,1	4,3	0,8
	Sonstige	15,9	14,2*	9,2*	6,5*
18- bis 25-jährige Erwachsene					
Insgesamt		46,4	24,1	11,5	8,0
Geschlecht	Männlich	52,7*	28,7*	14,6*	12,3*
	weiblich ^a	39,4	19,0	8,0	3,3
Alter	18 und 19 Jahre	36,7*	25,3	10,2	6,6
	20 und 21 Jahre	44,5	25,7	11,5	9,4
	22 und 23 Jahre	52,1	22,8	13,1	7,0
	24 und 25 Jahre ^a	51,4	22,6	11,0	9,0
Schulabschluss	(Fach-) Hochschulreife ^a	48,1	25,7	12,0	7,6
	Mittlere Reife	44,3	24,8	11,6	9,2
	Sonstige	43,7	17,5*	9,5	7,5
Migrationshintergrund	Keiner ^a	44,7	24,7	12,1	8,1
	Westeuropa	54,0	19,3	9,6	6,9
	Osteuropa	54,9*	21,3	12,0	6,9
	Türkei/Asien	47,2	20,0	2,4*	7,7
	Sonstige	60,7*	29,8	17,4	11,6

Angaben in Prozent. Ergebnisse der Dual-Frame-Stichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht, Alter und Bildung.

* Statistisch signifikanter Unterschied zur jeweiligen Referenzgruppe mit $p < 0,05$ (binär logistische Regressionsmodelle mit den Kovariaten Geschlecht, Alter, Schultyp/Schulabschluss und Migrationshintergrund).

^a Referenzgruppe im Regressionsmodell.



Cannabisrausch



THC-Dosis (Inhalation)

- 3-5 mg: Wirkung spürbar
- 10-20 mg: mittelgradiger Rauschzustand
- > 20 mg: zunehmend psychoseartige Erlebnisweisen

Cannabisrausch

- Unterschiedlicher THC-Gehalt verschiedener Cannabissorten
- Cannabisrausch tritt nach dem Rauchen von Marihuana/Haschisch sofort ein
- Höhepunkt nach 30min, Dauer ca. 3 h
- Oral aufgenommenes Cannabis:
Wirkt nach 0,5 bis 2 Stunden, Rausch wellenartig, Dauer bis zu 10-12 h

3 Phasen des Cannabisrausches

1. Anfängliche Unruhe
2. Hochstimmung (Euphorie)
3. Entspannte, ausgeglichene und gelassene Stimmung, Antriebsminderung, körperliches Wohlbefinden

Akute psychische Wirkung von Cannabis



Subjektiv positiv:

- Rausch wird in der Regel als angenehm erlebt
- Verlust des Zeitgefühls, Verminderung spontaner Aktivität
- Reizoffenheit und gesteigerte Sensualität
- Evidenzerlebnisse (mystische Eingebungen, Visionen ...)
- Formale Denkstörungen, Verminderung von Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit

Aber auch:

- Unangenehme und überwältigende Rauscherlebnisse
- Grundsätzlich: beim Konsumenten vorherrschende Stimmung wird verstärkt
- unangenehme (depressive) Stimmungen werden ebenfalls verstärkt
- Psychotisches Erleben/Wahn/Ich-Störungen/Zustände plötzlicher Anspannung oder Angst/Wahnerleben möglich („bad trip“)
- Einflussfaktoren: Erwartungen an Wirkung, aktuelle Stimmungslage, Umgebungsfaktoren

Akute körperliche Folgen des Cannabisrausches



- Augenrötung mit leichter Verengung der Pupillen (Miosis)
- Herzrasen (Tachykardie), Mundtrockenheit, Übelkeit, Störung der Gangsicherheit, gesteigertes Hungergefühl
- Angenehme Müdigkeit mit schlafanstoßender Wirkung
- Manchmal auch Unruhe und Rastlosigkeit
- Keine schwerwiegende Bedrohung der körperlichen Gesundheit (außer: Synthetische Cannabinoide)
- Gefährdungen durch situationsunangemessenes Verhalten oder Fehlhandlungen (psychotisches Erleben)
- Wirkungsverstärkung durch Mehrfachkonsum (Medikamente)

Pharmakologie und Nachweisbarkeit von Cannabis



Pharmakologie

- Noch nicht vollständig aufgeklärt, erst 1988: Entdeckung körpereigener Cannabinoid-Rezeptoren in Gehirn (CB1 und in Körperperipherie (CB2))
- Cannabis wirkt überwiegend an den Rezeptoren und bewirkt Dopamin-Ausschüttung
- Schnelle Verstoffwechslung von THC (im Blut nur wenige Stunden nachweisbar)
- Cannabis-Abbauprodukt ist hoch fettlöslich (lipophil) und lagert sich im Fettgewebe an, daher langsamer Abbau (Halbwertszeiten von bis zu 7 Tagen)

Nachweisbarkeit

- Endprodukt THC-Carbonsäure durchschn. 30 Tage nach letztem Konsum bis mehrere Wochen nachweisbar (bei Diäten unter Umständen noch nach Monaten nachweisbar)

Weiterhin abhängig von:

- Menge/Häufigkeit des konsumierten Cannabis
- Zeitlicher Abstand zwischen Konsum und Drogentest
- Nachweisgrenzen des Testverfahrens
- Individuelle Verstoffwechslung im Körper
- Allgemeine körperliche Verfassung

Konsummuster von Cannabis



**eher weiches
Konsummuster**



**eher hartes
Konsummuster**

Probier- oder Gelegenheitskonsum

Konsummuster

Gewohnheitskonsum

einmal pro Jahr bis 2-3 mal im Monat

Konsumhäufigkeit

(fast) täglicher Konsum, mehrmals täglich

kleine Dosis

Konsumintensität

hohe Dosis

im Joint geraucht

Konsumform

in der Purpfeife, im Bong (oder ähnlichem Gerät) geraucht

keine besondere Bedeutung von Cannabis, keine größeren Investitionen zeitlicher oder finanzieller Art

**subjektive
Bedeutung
des Konsums**

Konsum ist fester Alltagsbestandteil

kein Konsum anderer Drogen, kein Mischkonsum

**Konsum weiterer
Drogen**

aktueller Konsum anderer Drogen, auch Mischkonsum mit Alkohol oder anderen Drogen

Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für Abhängigkeit von Cannabis



Risikofaktoren

- Labile psychische Gesundheit/Verfassung
- Ausschließlich/überwiegend drogenkonsumierende Freunde
- Frühzeitiger Beginn des Cannabiskonsums (unter 16 Jahren)
- Mangelnde soziale Unterstützung (Familie, Freunde)
- Allgemeine soziale Perspektivlosigkeit (z. B. Arbeitslosigkeit)
- Kritische Lebensereignisse (Verlassenwerden von Partner)

Schutzfaktoren

- Gesundes Selbstwertgefühl und positives Selbstbild
- Freundeskreis ohne Konsum illegaler Drogen
- Eltern, die selbst verantwortungsvoll mit Rauschmitteln umgehen
- Problemlösekompetenz
- Vielseitiges Freizeitverhalten

Merkmale von Missbrauch/Abhängigkeit von Cannabis



- Weniger auffällig, versteckter, uneindeutiger
- Schwierigkeiten in sozialen Kontakten (Unsicherheit, Schüchternheit)
- Depressive Stimmungstiefs
- Schwierige Alltagssituationen, unangenehme Gefühle oder Gedanken werden durch Kiffen ausgeblendet
- Je länger die Konsumdauer, umso schwieriger für Konsumenten, sich Leben ohne Kiffen vorzustellen
- Körperliche Symptomatik milder ausgeprägt als bei anderen Drogen
- Keine "Gateway-drug"

Allg. Merkmale von Abhängigkeit



1. Fortgesetzter Cannabiskonsum, obwohl wichtige Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause wegen des Konsums nicht mehr erfüllt werden können
2. Wiederholter Cannabiskonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. Wiederholter Cannabiskonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung, die gekennzeichnet ist durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
5. Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum
6. Cannabiskonsum in größeren Mengen oder länger als geplant
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche den Cannabiskonsum zu kontrollieren
8. Hoher Zeitaufwand für die Beschaffung, den Konsum und die Erholen von der Wirkung
9. Aufgabe oder Reduzierung wichtiger Aktivitäten zugunsten des Cannabiskonsums
10. Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen
11. Craving, also das starke Verlangen oder der Drang, Cannabis zu konsumieren

Treffen **mindestens zwei der genannten Merkmale innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten** zu, so gilt die Substanzgebrauchsstörung als erfüllt. Ab vier und mehr Kriterien kann von einer schwerwiegenden Problematik gesprochen werden.

Gibt es das Amotivationale Syndrom?



- Dauerhafte Cannabiskonsumen wirken teilnahmslos, passiv und allgemein antriebsgemindert
- Sie zeigen sich gegenüber Alltagsanforderungen gleichgültig (Täschner & Wanke, 1985):
„Die Konsumenten fühlen sich allmählich den Anforderungen der Leistungsgesellschaft, immer weniger verpflichtet, aber auch immer weniger gewachsen.“

Cannabiskonsum als Ursache für den Verlust der Motivation?

- Hypothese der Verwechslung von Ursache und Wirkung: Personen, die wenig motiviert sind und Leistung Anforderungen gegenüber kritisch, neigen eher dazu, Cannabis zu konsumieren. (Kleiber und Kovar, 1998).
- Studie: Cannabis erfahrene Konsumenten unterscheiden sich in ihrer Leistungsmotivation, nicht bedeutsam vom Durchschnitt der Bevölkerung.
- Wissenschaftlich betrachtet, lassen sich keine Rückschlüsse im Sinne der Ausbildung eines so genannten Amotivationalen Syndroms in Folge von Langzeitkonsums von Cannabis ziehen. (Täschner, 1986 & 1994)

Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Psychose



- Psychotische Symptome (z. B. infolge Überdosierung) verschwinden meist nach Abklingen der Wirkung wieder.
- Weniger als erhöhter THC-Gehalt wirkt sich Reduktion des CBD-Anteils aus
- ... trotz vieler Studien noch nicht abschließend geklärt (Ursache-Wirkung)
- Erklärungsmodelle:
 1. Cannabiskonsum als Ursache für Auftreten einer Psychose (Cannabispsychose)
 2. Cannabiskonsum löst Psychose bei Psychose-anfälligen Personen aus
 3. Psychosegefährdete Personen haben ein Faible fürs Kiffen
- Aktuelle Studien (auch Langzeit) sprechen für die Trigger-Hypothese (2.)
- In Fällen, bei denen sich dauerhafte Psychose zeigt, eher von Schizophrenie auszugehen
- Cannabiskonsumierende haben ein um 41% höheres Risiko für Ausbruch einer Psychose
- Je höher der Konsum, desto höher das Risiko
- Dopamin wird durch Cannabis beeinflusst, Cannabinoidrezeptoren auch bei Schizophrenie beteiligt

Sicher: Wer anfällig ist für eine Psychose, erhöht durch Kiffen das Risiko für den Ausbruch einer Psychose.

Auswirkungen von Cannabiskonsum im Gehirn



- Es geht um sog. neurokognitive Effekte auf das Gehirn bei Langzeitkonsumenten
- Untersucht wurden in bisherigen Studien Reaktionszeit, Lernvermögen, Gedächtnis und Aufmerksamkeit
- **Ergebnisse:**
 - Keine substantiellen Einbußen in den kognitiven Hirnfunktionen
 - Leichte Einbußen in den Bereichen Lernvermögen und Gedächtnis
 - Effekte sind nicht mit 100%iger Sicherheit dem Cannabis zuzuordnen
 - Ergebnisse gelten nur für Erwachsene
- Das Gehirn von Jugendlichen ist jedoch noch in der Entwicklung. Das Endocannabinoidsystem ist daran beteiligt.
- **Hypothese:** Cannabis könnte das Gehirn junger Menschen in der Entwicklung schädigen und schlechtere Gehirnleistungen zur Folge haben.
Befunde:
 - Bei konsumierenden Jugendlichen wurden strukturelle Unterschiede gefunden (kleinerer Hippocampus) aber: Henne und Ei
 - **Cannabiskonsumierende beenden Schule häufiger ohne Abschluss und haben schlechtere Noten als abstinente Jugendliche.**
 - Täglicher Cannabiskonsum wirkt sich ungünstig auf kognitive Leistungen aus.
- **ABER: Geistige Leistungsfähigkeit erholt sich**, wenn Konsum dauerhaft wieder eingestellt wird: Volumen Hippocampus vergrößert sich, Gedächtnis und Intelligenzleistung erholen sich

- **Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung** haben seit März 2017 unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Cannabis.
- Vor der Legalisierung waren Cannabiszubereitungen verkehrs- und verschreibungsfähig und haben dem BTMG unterlegen, jetzt Verordnung auf normalem Rezept (außer: Nabilon)
- Alle Ärzte (außer Zahnärzten und Tierärzten) dürfen Cannabis verschreiben
- Die **Krankenkassen übernehmen im Regelfall die Kosten** für die Therapie.
- Nur die Erstverschreibung muss von KK genehmigt werden
- Seit 2020 wird dazu auch in Deutschland angebautes Cannabis verwendet.
- **Zugelassene Arzneimittel** sind: Sativex (Mundspray) und Canemes (Kapseln oder Tropfen, enthält Nabilon), Dronabinol-Tropfen; weiterhin Cannabisextrakte (orale Einnahme) und Cannabisblüten (Verdampfer/Vaporisateur, Tee)
- **Kriterien der Verschreibung:**
 - Schwerwiegende Erkrankung
 - keine Alternative zur Behandlung mit Cannabisarzneimitteln oder im Einzelfall nicht anwendbar
 - Aussicht auf spürbar positive Beeinflussung d. Krankheitsverlaufs oder der Symptome
 - Teilnahme d. Patienten an Begleitforschung

Hinweise auf Wirksamkeit:

- Chronische Schmerzen, Spastizität, Epilepsie, Chemotherapie, HIV/AIDS
- Angststörungen, Schlafstörungen, Tourette-Syndrom, ADHS

Keine Hinweise auf Wirksamkeit:

- Depressionen, Psychosen, Demenz, Glaukom, Darmerkrankungen

Legalisierung von Cannabis



- Seit 01.04.2024 kann Cannabis in Deutschland als Genussmittel legal erworben, angebaut und konsumiert werden
- Ab 18 Jahren ist Besitz von 25 Gramm Cannabis erlaubt
- Im Eigenanbau Besitz von bis 50 Gramm Cannabis und drei Pflanzen erlaubt
- Weitergabe: 25 Gr./Tag und 50 Gr./Monat an Erwachsene, 25 Gr./Tag und 30 Gr./Monat an Heranwachsende (max. 10% THC-Gehalt)
- Strafbarkeit greift ab 60 Gramm (privater Raum) und 30 Gramm (öffentlicher Raum)
- Konsumverbot in Nähe von Schulen und ähnlichen Einrichtungen im Abstand von min. 100m
- Besitz und Konsum für Jugendliche unter 18 Jahren bleibt verboten
- Cannabis-Anbauvereinigungen zum gemeinsamen Anbau ab 01.07.2024
- Experten schlagen Grenzwert für THC im Straßenverkehr vor: 3,5 ng/ml THC im Blutserum (konservativ, vergleichbar mit 0,2 Promille Blutalkoholkonzentration)

Legalisierung von Cannabis



»Alkohol gehört im Gegensatz zu Cannabis zu unserer Kultur.«

— Marlene Mortler (CSU) | Ex-Bundesdrogenschutzbeauftragte

Cannabis und Alkohol im Vergleich



„Untersuchungen aus Ländern wie dem Vereinigten Königreich und Neuseeland haben Schadensskalen für Suchtdrogen verwendet, die unter anderem Todesfälle, Gesundheitsschäden, Funktionseinschränkungen, Abhängigkeit, Unfälle, Verbrechen, soziale Schäden und finanzielle Schäden durch den Konsum berücksichtigen. Die **Skalenwerte durch Alkohol sind etwa dreifach höher als durch Cannabis**.

Fraglos ist das Risiko für eine akute Überdosierung mit direkter oder indirekter Todesfolge bei Alkohol sehr viel höher als bei Cannabis, auch wenn das nicht das wesentliche Risiko eines Konsums darstellt. Bei Alkohol führen der Kontrollverlust und die mit dem Suchtcharakter des Konsums sowie der Schädigung des Gehirns verbundenen Verhaltensänderungen vor allem bei höherem Konsum oft zu schweren Beeinträchtigungen des sozialen Umfelds. Bei Cannabiskonsum*innen stehen ebenfalls Verhaltensänderungen im Vordergrund, die aber eher sie selbst beeinträchtigen und im Extremfall mit Psychosen verbunden sind, die vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auftreten.

Alkohol und Cannabis sind demnach beides gefährliche Suchtmittel, die eine wohl überlegte Handhabung durch den Einzelnen und durch die Gesellschaft brauchen.

Wenn man alle Faktoren abwägt, ist Alkohol jedoch gefährlicher.

Alkohol: 15000 Todesfälle/Jahr <- -> Cannabis: 0 Todesfälle pro Jahr

Sinnvoll wäre eine Rationalisierung der Debatte!

Hilfe bei Cannabiskonsumproblemen



<https://www.drugcom.de>

<https://www.quit-the-shit.net/qts/>

FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten

MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen

CANDIS – gezielte Therapie für Cannabisstörungen

Sucht- und Drogenhotline: Tel. 01805 313031, 24 Stunden täglich

Örtliche Suchtberatungsstellen

Literaturangaben

(sofern nicht im Text erwähnt)



<https://www.drugcom.de> (abgerufen am 15.05.2024)

<https://www.youtube.com/watch?v=yXtumnTN6zg> (Trailer „Reefer Madness“) (abgerufen am 15.05.2024)

<https://www.statista.de> (abgerufen am 15.05.2024)

<https://www.kbv.de> (abgerufen am 15.05.2024)

Dilling, H. & Freyberger, H. (2019). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.

Hoch, E. & Preuss, U. (2024). Cannabis – Konsum, Gefahr, Mythen, Nutzen. München: LMV

Kleiber, D. und Kovar, K.A. (1998). Auswirkungen des Cannabiskonsums. Tübingen: WVG.

Scherbaum, N. (2024). Das Drogentaschenbuch. Stuttgart: Thieme.

Täschner, K.L. (1986). Das Cannabis-Problem: Haschisch und seine Wirkungen. Stuttgart: Trias.

Täschner, K.L. (1994). Drogen, Rausch und Sucht. Stuttgart: Enke.

Täschner, K.L. & Wanke, K. (1985): Rauschmittel. Drogen - Medikamente – Alkohol. Stuttgart: Enke.

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Kontakt:

SRH Berufsbildungswerk Neckargemünd GmbH
Bereich Medizin | Therapie | Psychologie
Im Spitzerfeld 25
69151 Neckargemünd
T +49 6223 89 1082
patrick.burkard@srh.de
[www.bb w-neckargemuend.de](http://www bbw-neckargemuend.de)

Fragen?!