



**FACHTAGUNG
Cannabis.
Alles bleibt
Anders!**

40 Jahre Prävention und Therapie für Cannabiskonsumierende.

Bilanz und neue Perspektiven nach einem Jahr Legalisierung.

Datum: 11.07.2025
Zeit: 9:00-17:15
Ort: Berlin, Rathaus
Schöneberg

Tagung gefördert von:



Cannabis und Co.: Suchthilfe 2040 – Entwicklungsaufgaben und Innovationsperspektiven

Michael Klein, Köln

11. Juli 2025

www.addiction.de

Vortrag: **Suchthilfe 2040 – Perspektiven und Entwicklungsaufgaben**

Die Suchthilfe steht unter **dauerhaftem Weiterentwicklungsdruck**, den sie mit **gezielten Qualitätssicherungsmaßnahmen und Innovationen** beantworten sollte.

Nur wer sich ändert und flexibel sein kann, meistert die Zukunft. Die wichtigsten **Entwicklungsaufgaben** liegen in der **Digitalisierung, Integration neuer Lebens- und Arbeitswelten, Reduktion sozialer Spaltung, Entstigmatisierung, Integration neuer Suchtkonzeptionen, Diversifizierung der Behandlungsziele und Begleitung von Sucht- und Veränderungszyklen.**

Es bedarf zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben **hoher Professionalität, vernetzter Kooperationsstrukturen, kontinuierlicher Forschung und Weiterbildung, Innovationsfreundlichkeit sowie praktizierter Interdisziplinarität.**

<https://www.addiction.de/suchthilfe-in-deutschland-2040/>

40 Jahre sind ein guter Anlass für „Alles bleibt anders“.
Nichts kann bleiben, wie es ist. Stillstand ist Rückschritt. Innovation ist Motor der Veränderung.



Das Suchthilfesystem in Deutschland – Ausgangslage, Stärken und Schwächen

Die Suchthilfe ist in Deutschland im internationalen Vergleich **sehr gut ausgebaut**. Etwa **1.300 Suchtberatungsstellen** bundesweit beraten und behandeln jährlich etwas mehr als **400.000 suchtkranke und suchtgefährdete Menschen und deren Angehörige**. Hinzu kommen ca. **13.000 Plätze für Entzug und Entwöhnung (stationär) und vielfältige weitere Angebote**. Dennoch ist sie in der Öffentlichkeit kaum sichtbar. Dies liegt nicht nur am schlechten Image des Suchtbegriffs und der starken Abwehr und Tabuisierung des Themas, sondern auch an der Vernachlässigung effizienter **Öffentlichkeitsarbeit**. Die Effizienz der stationären Suchtrehabilitation ist gut 50 Jahre nach ihrer Wiedereinführung (im Unterschied zur ambulanten Suchtberatung) gut belegt. Durch **Differenzierung der Therapieziele** („Abstinenz“ vs. „Konsumreduktion“) könnte sie vermutlich noch höher sein.

Die Kooperationsbeziehungen zu Schulen, Psychiatrie und Sozialhilfe sind für Suchtprävention und –therapie von höchster Bedeutung.

<https://www.addiction.de/suchtberatung-in-deutschland-der-weite-weg-von-der-konfession-zur-profession/>

Das Versorgungssystem für Suchtkranke und Suchtgefährdete

- Deutsches Suchthilfesystem gilt generell als qualitativ hochwertig ¹
- 5 zentrale Defizite des Versorgungssystems für Menschen mit Alkoholproblemen ²
 - es ist auf Teilpopulationen fokussiert
 - es ist zu stark auf das Ziel Abstinenz fixiert (v.a. im Alkoholbereich)
 - es erreicht Betroffene zu spät
 - es agiert „versäult“ und erzeugt dadurch überflüssige Schnittstellen
 - es ist nicht ausreichend evidenzbasiert
- „...das therapeutische Ziel der Abstinenz (...) ist nur durch eine Kombination von Maßnahmen zu erreichen.“ ³

8 Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in Deutschland für das zweite Quartal im 21. Jahrhundert

**Es kann nichts bleiben, wie es ist! In dynamischen Systemen bedeutet Stillstand Rückschritt
Aber wie soll es werden? - Suchthilfe in Deutschland**

1. Abbau der Stigmatisierung der Sucht(kranken) und der Versäulung der Suchthilfen durch bessere Integration

Argument: Das deutsche Suchthilfesystem ist hochselektiv, erreicht Betroffene zu selten und zu spät, schließt Klientengruppen aus, erschwert so die Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Sektoren, ist also insgesamt zu **unflexibel und rigide**. Dadurch werden einzelne Klientengruppen mit Bedarf exkludiert und z.T. auch gar nicht erst erkannt. Grund für die **starke Versäulung** sind vor allem die gesetzlichen und politischen Vorgaben in den Sozialgesetzbüchern, die im Wesentlichen **seit dem Ende des 19. Jahrhunderts** so bestehen. Es braucht **eine Flexibilisierung zwischen den Säulen und einen Abbau überflüssiger Schnittstellen**.

Die Teillegalisierung als Baustein zur weiteren Entstigmatisierung.

Formen und Folgen von Stigmatisierung

- (1) Öffentliche Stigmatisierung
- (2) Strukturelle Stigmatisierung
- (3) Zwischenmenschliche Stigmatisierung
- (4) Selbststigmatisierung

- (1) - Hilfevermeidung
- (2) - Chronifizierung der Erkrankung
- (3) - Soziale Isolation
- (4) - Psychische Komorbidität

Aktuelle und künftige Veränderungen im Hilfesystem:

Wie verändert sich das (cannabisbezogene) Hilfesystem, wenn der Strafverfolgungsdruck (ganz oder teilweise) verschwindet?

Lässt Stigmatisierung der Cannabiskonsumierenden und Abhängigen künftig nach?

Welche Motivationsstrategien sind erfolgreich?

Wird die „Cannabisabhängigkeit“ zu einer „normalen Sucht“?

Den Familien, den Schulen bzw. der Arbeitswelt kommt noch mehr Bedeutung als bislang zu.

Fremdmotivation ist der Regelfall, nicht die Ausnahme

Motivierungsbereiche (bei Alkohol- und
Drogenstörungen), 8 F:

Finanzen

Firma

Familie

Führerschein

Fitness (Gesundheit)

Freiheit (BtmG/StGB, aber auch „Sklaverei“)

Freunde

Freizeit

<https://www.addiction.de/die-8f-der-suchttherapie/>

„Veränderung beginnt mit F“

Schwarzkopf et al.,
(2024). DSHS, 2023,
ambulant

CANNABINOIDE ambulant

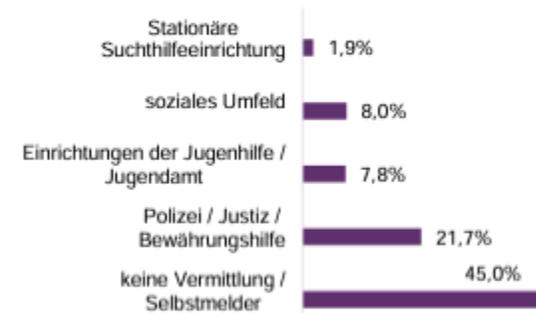
Anzahl **26.633**



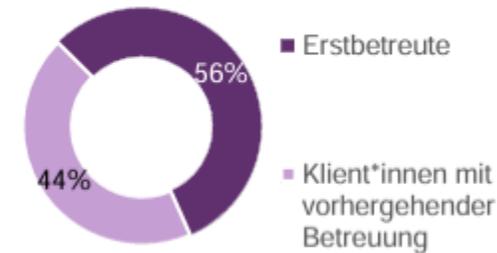
Durchschnittlich **27 Jahre** alt

34 % leben in Partnerschaft

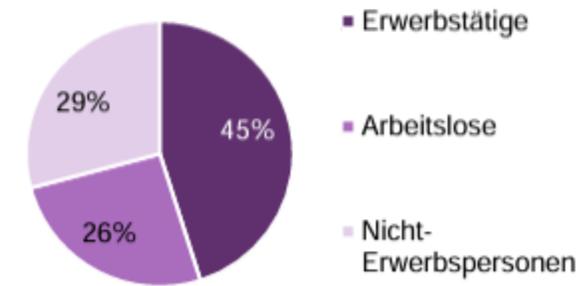
Vermittlung durch



Betreuung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Tabak **22 %**
Alkohol **21 %**
Stimulanzien **17 %**
Kokain **9 %**
Opioide **3 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **21,5** Tagen im Monat

Betreuungsabschluss

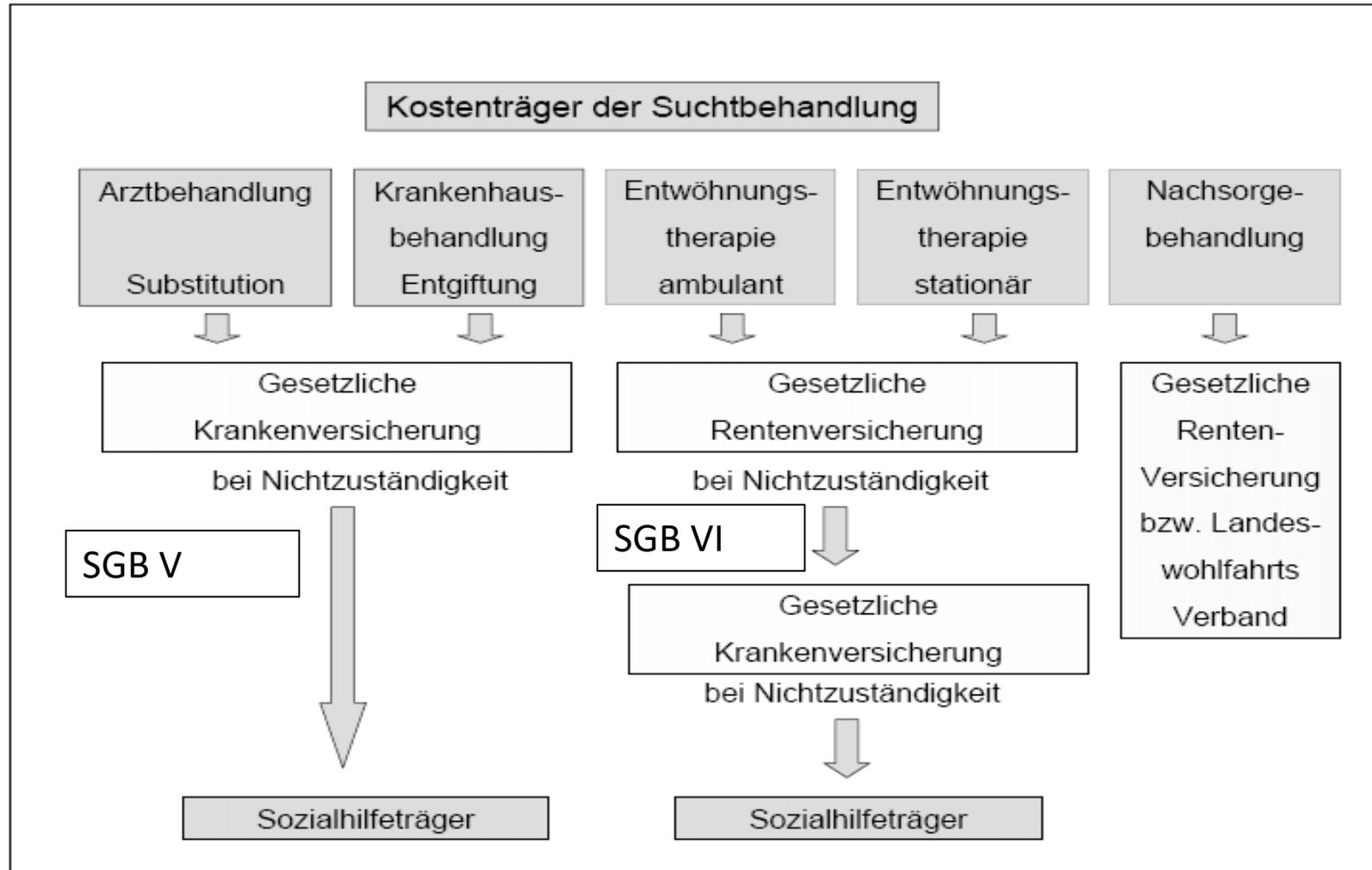
Durchschnittlich nach **183** Tagen

Später Zugang, fehlende Früherkennung

Cannabisabhängige treten häufig erst bei massiven Krisen ins Hilfesystem ein – etwa bei Psychosen, Delinquenz oder Bildungsabbrüchen. Ein systematisches Screening oder Frühintervention in Schule, Jugendhilfe oder medizinischer Regelversorgung findet kaum statt. Dabei zeigen Programme wie *"Quit the Shit"* oder *"FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten"*, dass niederschwellige Angebote wirksam sein können (BZgA, 2023).

Quelle: BZgA (2023): Frühintervention und Beratung

Sozial- und gesundheitsrechtliche Grundlagen der Suchtbehandlung



Änderungen sind möglich und nötig.

Beispiele und Ziele:

- (1) **Übergang von ambulanten zu stationären Hilfen und zurück muss flexibler werden** (bundesweit!) → Kombi- und Intervallbehandlungen
- (2) **Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen weitgehend barrierefrei und aus einer Hand** (Nahtlosbehandlung).
- (3) **Schule, Suchthilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie** brauchen enge Kooperationsformen zur Frühintervention bei Cannabiskonsumproblemen
- (4) **Hilfen für Substanz- und Verhaltensüchtige noch besser integrieren** (Suchtverlagerungen und -ausweitungen!); ebenso für psychisch Komorbide (z.B. Sucht und Affektive Störungen)
- (5) **Mehr Frühintervention bei zieloffenen Behandlungsstrategien.**
- (6) **Versorgungsnachteile für definierbare Subgruppen abbauen.**

Daraus ergeben sich konkret Probleme an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Hilfen.

Folgende Schnittstellenprobleme in der Suchthilfe sind typisch:

Von der Lebenswelt zum Erstkontakt

Vom Hausarzt zum Suchtspezialisten

Vom Entzug zur Entwöhnung

Von der Entwöhnung in die Nachsorge, Psychotherapie und Selbsthilfe.

An jeder dieser Schnittstellen können Klienten den Kontakt verlieren und nicht über die nächste Hürde gelangen.

Memorandum

SUCHT (2017), 63 (3), 169–174



Lübecker Memorandum zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung

Hans-Jürgen Rumpf¹, Gallus Bischof¹, Anja Bischof¹, Eva Hoch² und
die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Lübecker Zukunftswerkstatt³

¹ Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

² Ludwig-Maximilian-Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

³ Siehe Liste am Ende des Memorandums

Exemplarische Inhalte

5. Prävention und Frühintervention stärken

Suchthilfe darf nicht erst bei schwerer Abhängigkeit greifen.

Frühzeitige, zielgruppenspezifische und niedrigschwellige Angebote z. B. für Jugendliche, Geflüchtete, psychisch Erkrankte.

6. Datengrundlage und Forschung verbessern

Systematische Evaluation der Versorgungsrealität und Outcome-Forschung fördern.

Verstärkter Fokus auf **Behandeltenperspektive**, deren **Lebensqualität und Wohlbefinden**.

Memorandum

Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden

Georg Schomerus¹, Alexandra Bauch¹, Bernice Elger^{2,3}, Sara Evans-Lacko⁴, Ulrich Frischknecht⁵, Harald Klingemann⁶, Ludwig Kraus^{7,8}, Regina Kostrzewa⁹, Jakob Rheinländer¹⁰, Christina Rummel¹¹, Wiebke Schneider¹², Sven Speerforck¹, Susanne Stolzenburg¹, Elke Sylvester¹³, Michael Tremmel¹⁴, Irmgard Vogt¹⁵, Laura Williamson¹⁶, Annemarie Heberlein¹⁷, Hans-Jürgen Rumpf^{18,19}

Das Memorandum „**Das Stigma von Suchterkrankung überwinden**“ wurde im **Oktober 2021** veröffentlicht.

Es wurde unter anderem von der **Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)**, der **Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)** und weiteren Fachgesellschaften und Einrichtungen mitgetragen.

Das Memorandum versteht sich als **fachlicher Appell und ethischer Leitfaden**, um auf die gesellschaftliche Verantwortung bei der Entstigmatisierung von Suchterkrankungen hinzuweisen – insbesondere in Versorgung, Politik und öffentlicher Kommunikation.

Auszüge:

2. Stigmatisierung ist gesundheitsgefährdend

Stigmatisierung erschwert den Zugang zu Hilfe, fördert Chronifizierung und soziale Ausgrenzung.

Diskriminierungserfahrungen verstärken psychische Belastungen und führen zu **Selbststigmatisierung**.

3. Sprache verändert Haltung

Sprache prägt Bilder: Begriffe wie „Süchtiger“, „Trinker“, „Abhängiger“ entmenschlichen.

Empfehlung: **person-zentrierte Sprache**, z. B. „Mensch mit Alkoholabhängigkeit“, „Person mit Substanzgebrauchsstörung“.

2. Die transgenerationalen Grenzen müssen durchlässiger werden

Argument: Suchtstörungen verlaufen mit einem hohen transgenerationalen Risiko. **Kinder suchtkranker Eltern entwickeln zu ca. 33% (bei alkoholabhängigen Eltern) und zu ca. 55% (bei drogenabhängigen Eltern) eine Suchtstörung.**

Daher ist die Berücksichtigung des familialen Umfelds relevant. Auch die **S3-Leitlinien** (Alkohol, Metamphetamin, Cannabis) zeigen bessere Wirksamkeit bei Berücksichtigung des familialen Umfelds und empfehlen daher die Einbeziehung von Partnern und Kinder. Bei Cannabisabhängigkeit sind Elternrolle und Schwangerschaft vernachlässigte Themen. Die Rolle der suchtkranken Mütter ist dabei besonders wichtig. Mutter-Kind-Behandlung sollte Regelfall und nicht Ausnahme sein.

2. Familie und soziales Umfeld als Zugang zu Jugendlichen mit Cannabisproblemen

Für cannabisbezogene Störungen (durchschn. Einstiegsalter: 16 Jahre) bedeutet dies, dass das soziale Umfeld (v.a. Familie) noch stärker als Erstzugang zur Verhaltensveränderung genutzt werden muss, z.B. im Rahmen von CRAFT u.ä.

Relative Erkrankungsrisiken (OR) für Jugendliche in alkoholbelasteten Familien [Lachner & Wittchen, 1997; Lachner et al., 2006]

Elternteil mit Alkoholdiagnose	Diagnose Jugendliche (N = 3021)	Odds ratio
Nur Vater	Drogenabhängigkeit	4.13
Nur Mutter		7.79
Beide		16.68
Nur Vater	Essstörung	2.12
Nur Mutter		2.95
Beide		2.87

DSHS 2019 (ambulant)

[Dauber et al, 2021, S. 18]

Für 2019 sind insgesamt 324.874 Betreuungen in ambulanten Einrichtungen dokumentiert. Davon wurden 7,9% mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen durchgeführt.

DSHS 2023 (ambulant)

[Schwarzkopf et al., 2024]

Für 2023 wurden 11.8% aller Betreuungen für Klienten mit Cannabinoiden als Erstdroge durchgeführt.

Das Thema der pränatalen Cannabiseffekte ist noch nicht abgedeckt.

KIGGS 2017

[Kuntz & Starker, 2021]

Passivrauchen: 40% der Kinder und Jugendlichen leben mit einem rauchenden Elternteil zusammen, davon 14% mit zwei.

Beispiele und Ziele:

Berücksichtigung der Kinder bei allen Hilfemaßnahmen von der Beratung, über den Entzug, die Entwöhnung bis zu Suchtselbsthilfe.

Therapie der Eltern sollte routinemäßig die Entscheidung, ob Prävention oder Therapie der Kinder notwendig ist, umfassen und dann ggf. umsetzen. Hilfen für suchtkranke Eltern in ihrer Elternschaft. Abbau der Individuumsfixierung in den Hilfesystemen.

Die gesetzlichen Regelungen (SGB V, SGB VI, SGB VIII, SGB IX) müssen sich den Suchtkranken und den Angehörigen flexibel anpassen und nicht umgekehrt. Die seit über 120 Jahren vorherrschende **Individuumsfixierung** in den Sozialgesetzbüchern muss aufgegeben und stattdessen durch eine systemische, transgenerationale Perspektive substituiert werden.

3. Nikotin und Cannabis: Zwillingsproblem für die Suchttherapie

Argument: Suchtstörungen treten sehr häufig **komorbid mit anderen Suchtstörungen oder zeitversetzt als Suchtverlagerungen (interne Komorbidität) oder mit anderen psychischen Störungen (externe Komorbidität)** auf. Dies sollte bei Prävention und in Behandlungsprogrammen **von vornherein** mitberücksichtigt werden. **Die simultane Behandlung von Komorbiditäten muss zum Regelfall, die Nicht-Mitbehandlung zum Ausnahmefall werden.** Die internen Komorbiditäten (*Tabakabhängigkeit und einzelne Verhaltenssüchte*) sollten unbedingt (mit-)behandelt werden. Die längerfristige Zyklik von Suchterkrankungen – einschl. Suchtverlagerungen - über die Lebensspanne muss insgesamt und individuell gesehen und berücksichtigt werden. Dies gehört zum umfassenden, notwendigen Blick auf Suchtkrankheiten.

Beispiele:

„Reine“ **Nikotinabhängigkeit** sollte vom Suchthilfesystem regelhaft behandelt werden. Hier besteht **die höchste Letalität aller Suchterkrankungen**. Die **hohe Komorbidität mit Cannabismissbrauch** ist eine nachdrückliche Bedarfsanzeige.

Für Suchtkranke mit **zyklisch auftretenden Rückfällen** sollten spezielle Behandlungsangebote geschaffen werden.

Suchtverlagerungen und -ausweitungen über die Lebensspanne („Zyklus“) hinweg betrachten und präventiv in die Behandlungsprogramme einbauen.

Substanz- und Verhaltensüchte standardmäßig in integrierten Programmen behandeln.

Early- und Late-Onset Verläufe beachten, insbesondere im Kontext biographischer Verläufe und Lebenskrisen und deren Auswirkungen.

Action needed: Cannabis und Nikotin

Cannabis und Nikotin sind „**ziemlich beste Freunde**“. Verschieden, aber häufig zusammen anzutreffen. Wer Cannabis konsumiert, nimmt oft auch Nikotin zu sich. Manchmal gleichzeitig, manchmal separat. [Kiffen und Tabakrauchen können eine enge Verbindung](#) eingehen.

[...]

Besonders **das Rauchen von Cannabis, also das Kiffen, scheint den Nikotinkonsum aufrechtzuerhalten**. Aber auch Cannabis zu vaperen oder zu essen war mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für fortgesetzten Nikotinkonsum verbunden. Nur der Gebrauch von CBD-Produkten hatte keinen Einfluss auf den Nikotinkonsum. Zwischen Cannabis und Nikotin scheint es offenbar immer noch eine feste Bande zu geben, sofern der Cannabis-Wirkstoff THC enthalten ist.

[...]

Han und sein Team haben zeigen können, dass es weiterhin **eine starke Verbindung gibt zwischen Nikotin und Cannabis** gibt. Allerdings scheinen, zumindest unter US-amerikanischen Jugendlichen, Nikotin-Vapes das Tabakrauchen abzulösen. Frühere Studien haben auch zeigen können, dass der Ausstieg aus dem Konsum von Cannabis oder Nikotin erschwert sein kann, da jede Substanz das Risiko von Rückfällen in den Konsum der jeweils anderen Substanz erhöht.

Quelle:

Han, D.-H., Harlow, A. F., Bae, D., Cho, H., Eckel, S. P., McConnell, R., Barrington-Trimis, J. L., Audrain-McGovern, J. E. & Leventhal, A. M. (2024). Association between cannabis use and nicotine use persistence among adolescents. Addictive Behaviors, 158, 108106, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108106>

aus: <https://www.drugcom.de/news/sind-cannabis-und-nikotin-immer-noch-freunde/>

Raucherentwöhnung als Aufgabe der ambulanten und stationären Suchthilfe

Nur 1% der Suchtberatungsstellen bieten bislang ein Raucherentwöhnungsprogramm an (DSHS, 2024).

4. Sucht- und Drogenhilfe muss evidenzbasiert alle Präventions-, Hilfe- und Beratungsthemen abdecken; dies umfasst auch und besonders psychische Komorbiditäten

Argument: Substanzkonsumenten und Suchtkranke weisen ein großes Spektrum möglicher Bedürfnisse und hilferrelevanter Themen auf. Viele Suchterkrankungen sind sekundär zu einer vorher bestehenden psychischen Problematik bzw. Störungen.

Von Fragen zu den Substanzwirkungen und –risiken, über psychosoziale und medizinische Anliegen, Überlebens- und Alltagshilfen bis hin zu veränderungsbezogenen Themen. Diese sollten **personenzentriert und zieloffen** aufgenommen und mit den Klienten bearbeitet werden. Die ambulante Suchtberatung in Deutschland verfügt nach wie vor nicht über ein routinemäßiges **Wirksamkeitsmonitoring**, was gut 40 Jahre nach dem Aufbau dieses Systems verwunderlich ist (siehe auch „[Suchtberatung in Deutschland – Der weite Weg von der Konfession zur Profession](#)“). Lediglich im Bereich der **stationären und ambulanten Rehabilitation** werden regelmäßig Katamnesen und Qualitätsstudien veröffentlicht. Diese zeigen überwiegend sehr gute Ergebnisse. Aber dadurch werden auch suboptimale Effizienzgruppen deutlich.

4. Sucht- und Drogenhilfe muss evidenzbasiert alle Präventions-, Hilfe- und Beratungsthemen abdecken

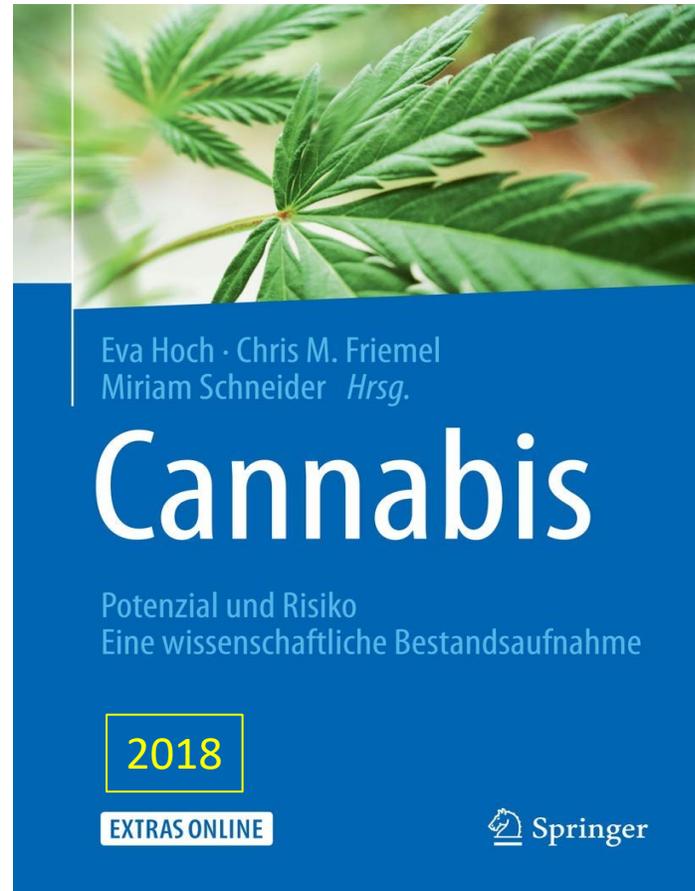
Situation Cannabisabhängigkeit:

Vergleichsweise günstig durch hohe Forschungs-

und Praxisinvestitionen.

Implementierungsproblem

in der Fläche.



Was ist CANDIS? – Überblick (Hoch et al., 2011)

Zielgruppe: Menschen mit schädlichem oder abhängigem Konsum von **Cannabis**.

Struktur: 10 Sitzungen (Einzeltherapie, inzwischen auch Gruppentherapie), kombiniert verhaltenstherapeutisch, motivierend und psychoedukativ.

Kerninhalte:

Motivationsförderung

Konsummuster analysieren

Rückfallprophylaxe

Emotionsregulation

Risikosituationen erkennen und bewältigen

Aufbau alternativer Verhaltensweisen

Es basiert auf Methoden der **kognitiven Verhaltenstherapie (CBT)** und der **motivierenden Gesprächsführung (MI)**.

Ergänzungen einer KI-basierten Begleitung

- **Tagebuchfunktion** (Stimmung, Craving, Konsum)
- **Verlaufstracking** (grafisch, motivierend)
- **Emotionserkennung** (z. B. via Sprache, Text oder Mimik bei Video-Coaching)
- **Verknüpfung mit echten Therapiefachkräften:** KI als Ergänzung, nicht Ersatz.

<https://www.drugcom.de/newsuebersicht/topthemen/dauerkiffen-und-psychische-erkrankungen-wie-haengt-beides-zusammen/>

Fazit

Viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung konsumieren früh Cannabis. Studien legen den Schluss nahe, dass insbesondere starker Cannabiskonsum ursächlich das Risiko für psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen erhöhen kann. Gleichzeitig sind psychische Erkrankungen selbst ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit. Betroffene konsumieren Cannabis, um sich Linderung zu verschaffen. Langfristig verschlimmern sie damit allerdings nur ihr Leiden. Drogeninduzierte Störungen kommen längerfristig hinzu.

Quellen:

Brownlie, E., Beitchman, J. H., Chaim, G., Wolfe, D. A., Rush, B. & Henderson, J. (2018). Early Adolescent Substance Use and Mental Health Problems and Service Utilisation in a School-based Sample. [The Canadian Journal of Psychiatry, 64\(2\), 116-125.](#)

Hapke, U., Cohrdes, C. & Nübel, J. (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. [Journal of Health Monitoring, 4\(4\), DOI 10.25646/6221.](#)

Lowe, D. J. E., Sasiadek, J. D., Coles, A. S. & George, T. P. (2018) Cannabis and mental illness: a review. [European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 269, 107-120.](#)

Reece, A. S. & Hulse, G. H. (2020). Co-occurrence across time and space of drug- and cannabinoid- exposure and adverse mental health outcomes in the National Survey of Drug Use and Health: combined geotemporospatial and causal inference analysis. [BMC Public Health, 20, 1655.](#)

Schneider, M., Friemel, C. M., von Keller, R., Adorjan, K., Bonnet, U., Hasan, A., Hermann, D., Kambeitz, J., Koethe, D., Kraus, L., Leweke, F. M., Lutz, B., Paul, L., Pogarell, O., Preuss, U., Schäfer, M., Schmieder, S., Simon, R., Storr, M. & Hoch, E. (2019). Cannabiskonsum zum Freizeitgebrauch. In E. Hoch, C. M. Friemel, M. Schneider (Hrsg.), Cannabis. Potenzial und Risiko. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme (S. 65-264). Berlin: Springer.

Jugendalter, Adoleszenz und Erwachsenenalter:

Bei cannabisbezogenen Hilfen sollte von Anfang an **die hohe Komorbidität** mit anderen psychischen Problemlagen und Störungen **berücksichtigt und mitbehandelt** werden (vgl. S3-Leitlinien Cannabisbezogene Störungen, 2025). Dazu gehören vor allem: **Traumafolgestörungen (kPTBS, PTBS), Depression, Angststörungen, ADHS.**

Lieb, H. (1989): Was der Patient vereint, soll der Therapeut nicht trennen - oder: Sucht und Psychosomatik – Die Interaktion zweier Krankheitsbilder. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 6, 98-106.



S3-Leitlinie

Behandlung cannabisbezogener Störungen

Konsultationsfassung Version 1.0

Langversion | Stand 10.06.2025

AWMF-Register-Nr. 076-005

(1) Motivational Interviewing (MI/MET)

(2) Kontingenzmanagement (CRA/CRAFT)

(3) Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

(4) Systemische Therapie (MDFT/MST/FFT): höhere Wirksamkeit bei stärkerer Cannabisproblematik

(5) Online-Interventionen: QST (quit-the-shit)

Einzelne Wirksamkeitsbelege vorhanden, z.T. auch in Kombination verschiedener dieser Verfahren!

Und dennoch...: Cannabisbezogene Hilfen werden „normal“

Die Sonderstellung von Cannabis in der Suchthilfe (Prävention und Therapie) wird nach und nach nachlassen.

Cannabis wird zur legalen Droge einer relevanten Subgruppe. Mit allen Bedarfen, Eigenheiten und Gemeinsamkeiten.

Starke Rolle bei adoleszenter Selbstmedikation (frühe Komorbiditäten).

Beispiele:

Sucht- und Drogenberatung sollten **Ausstiegs-, Reduktions- und Konsumberatung** umfassen und nicht nur abstinenzorientiert arbeiten. Nur so können sie auf umfassende Akzeptanz bei Klienten stoßen. Dies gilt für Cannabis in besonderem Maße.

Es sollten **flächendeckend zieloffene Hilfen und Beratungsangebote** vorhanden sein.

Das (partiell) schlechte Image von Sucht- und Drogenberatungsstellen und die geringe Erreichungsquote von Suchtkranken resultiert auch aus der **Engführung auf Abstinenz- bzw. Ausstiegsorientierung**. Durch die (Teil-)Legalisierung von **Cannabis** wird die Erreichungsquote weiter sinken.

5. Digitalisierung und Hybridstrukturen müssen weiterentwickelt werden

Argument: Die Digitalisierung des Gesundheitswesens im Allgemeinen und der Suchthilfe im Besonderen bietet Chancen und Risiken zugleich. Die Chancen sollten mutig und proaktiv ergriffen, die Risiken minimiert werden. **Digitale und hybride Interventionen und Programme in Prävention, Behandlung, Rückfallprophylaxe und Nachsorge bieten Chancen zur Verbesserung der bestehenden Hilfen. Optimierte, vor allem hybride, Interventionen sollten dringend erforscht, evaluiert und implementiert werden.** Die Corona-Krise hat diese Entwicklung beschleunigt und intensiviert, weist dabei auf die übermäßig starke **Beharrungstendenz im Praxisfeld der Suchthilfe** hin.

DIGITAL handeln = Zukunft gestalten

ESSENER LEITGEDANKEN ZUR DIGITALEN TRANSFORMATION IN DER SUCHTHILFE



März 2020

Die kurz vor dem Eintritt der Corona-Pandemie verabschiedeten „[Essener Leitgedanken zur digitalen Transformation in der Suchthilfe](#)“ (März 2020) bilden eine Grundlage zur Koordination der notwendigen Innovationen.

Anfang 2021 wurde von Dr. Peter Tossmann und Fabian Leuschner (Berlin) eine [Konzeption einer trägerübergreifenden digitalen Beratungsplattform für kommunale Suchtberatungsstellen](#) vorgelegt. Es bleibt zu hoffen, dass die hier beschriebenen digitalen Strategien bald flächendeckend Umsetzung finden.

Digitale Suchtberatung

Konzeption einer trägerübergreifenden
digitalen Beratungsplattform für
die kommunale Suchtberatung

*Zusammenfassung der Ergebnisse
des DigiSucht Projektes*

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Stand: 01/2021

Dr. Peter Tossmann
Fabian Leuschner



Weitergehende Beispiele:

Digitalisierte Suchthilfe ist mehr als Zoom-Konferenzen und Online-Beratung. **VR (virtual reality), EMA (ecological momentary assessment), DCET (digitalized cue exposure therapy), KI (Konzepte, Lösungen, Recherchen, Videos)** und andere digitalisierte Verfahren müssen in die Suchttherapie (insbes. Rückfallprävention) integriert werden und zu hybriden Hilfestrukturen führen. Frauen- und männerspezifische Angebote sind nötig.

Suchtkranke in **benachteiligten ländlichen Regionen** sollten durch digitalisierte Hilfen eine verbesserte Versorgung erhalten. Dieser Aspekt kommt bislang in fast allen Bemühungen zur Verbesserung der Versorgung Suchtkranker zu kurz und sollte in postpandemischen Zeiten mit den Chancen hybrider Interventionen endlich gelöst werden.

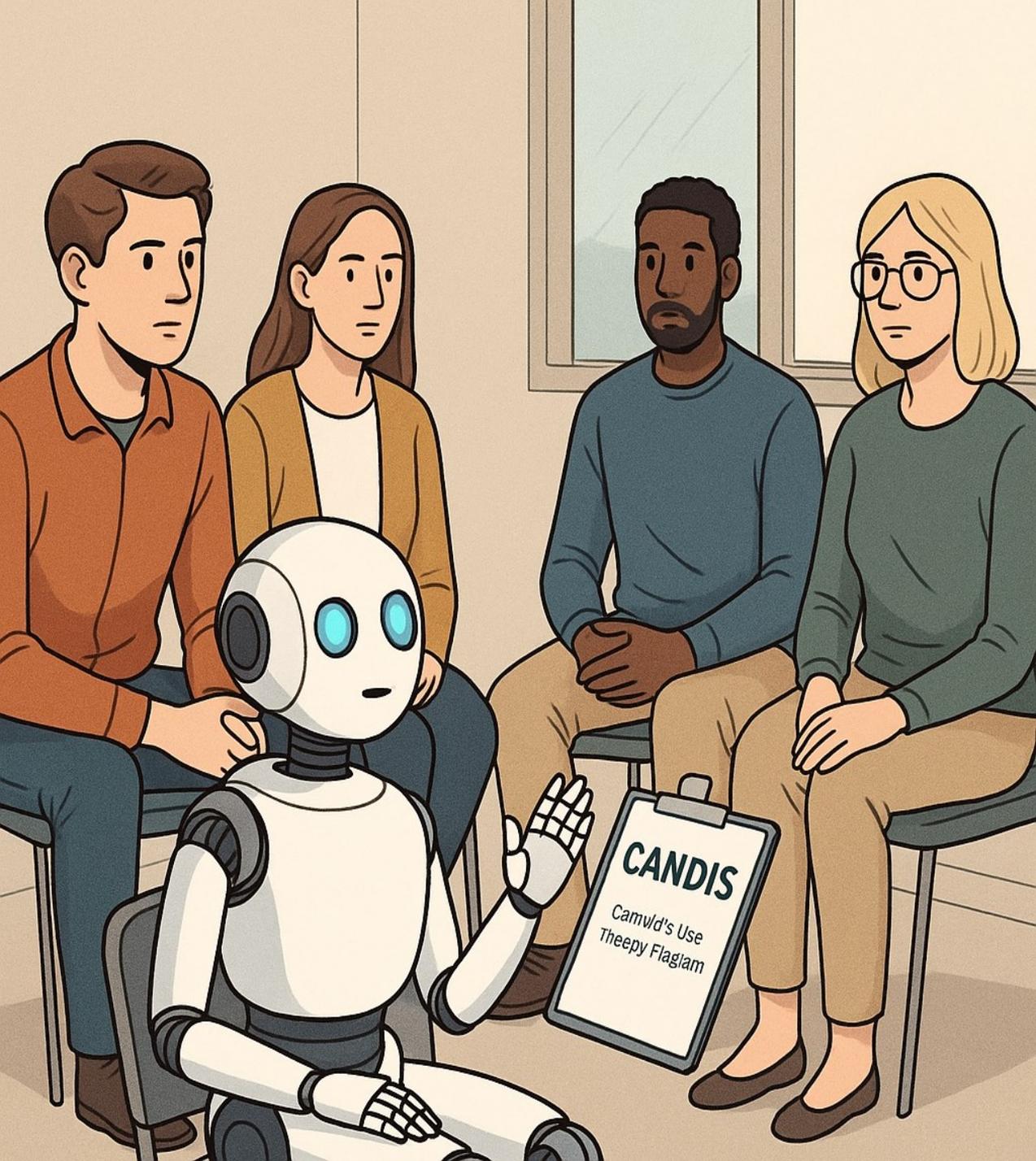
KI-begleiteter Einsatz von Behandlungsmanualen

Therapiemanuale
(wie CANDIS,
CAN-STOP, MDFT usw.)
eignen sich besonders
für den KI-basierten
Einsatz in der Praxis.



CANDIS – Struktur und Kernelemente (Hoch et al., 2011)

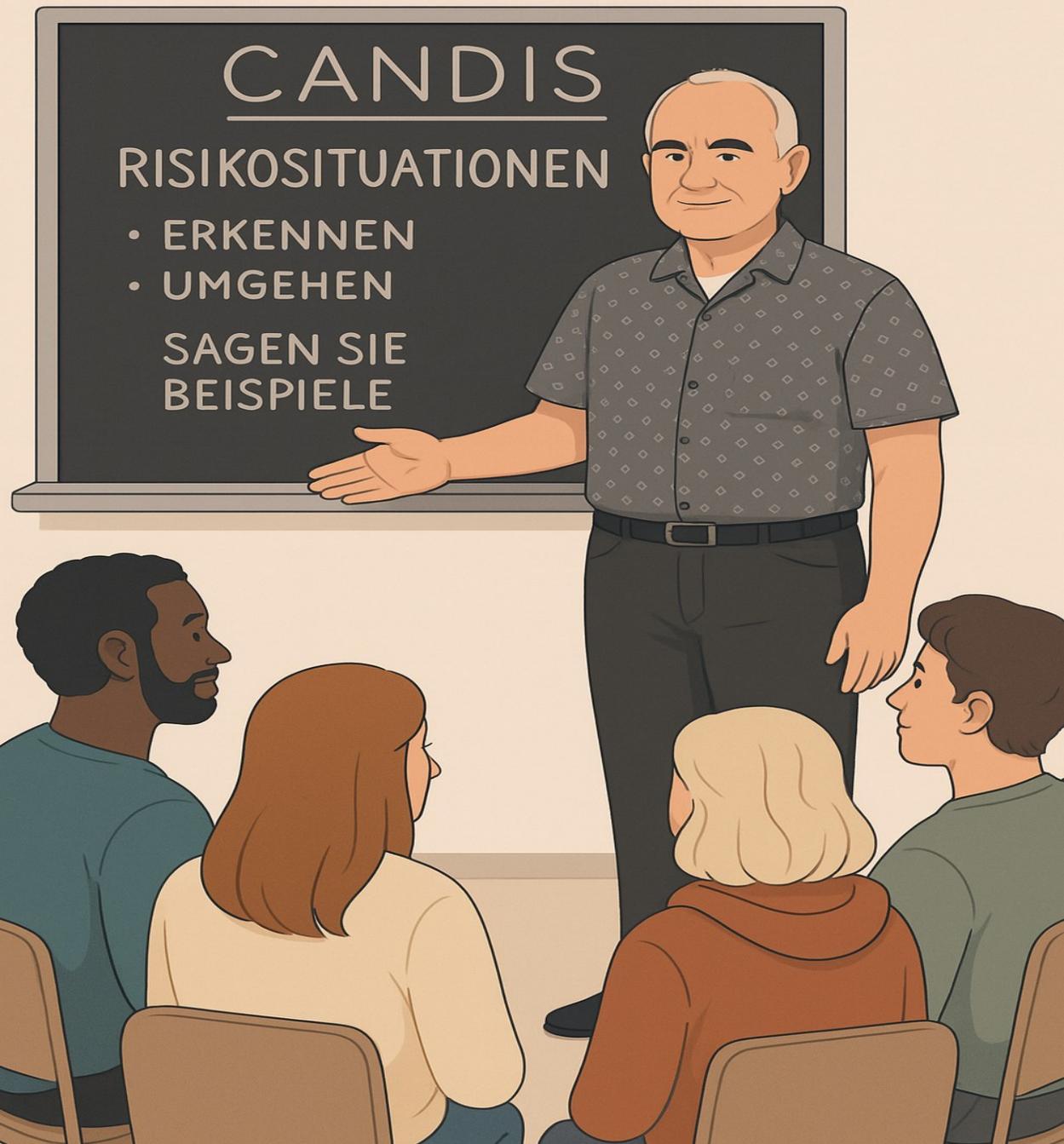
- ✓ Manualisiertes Programm: 10 Sitzungen à 90 Minuten
- ✓ Zielgruppe: Jugendliche und Erwachsene mit Cannabis-Use-Disorder
- ✓ Methoden: MI (Motivational Interviewing), KVT, Problemlösungstraining
- ✓ Inhalte: Konsumprofil, Craving-Management, Rückfallprophylaxe, soziale Kompetenzen
- ✓ Ziele: Konsumkontrolle, Abstinenz, Selbstwirksamkeit
- ✓ Evidenz: ~50 % Abstinenzrate nach Therapie, hohe Retention





CANDIS

- Motivationsförderung
- Kognitive Verhaltens-therapie
- Psychoedukation



CANDIS

RISIKOSITUATIONEN

- ERKENNEN
- UMGEHEN

SAGEN SIE
BEISPIELE

MDFT

- Familiäre Beziehungen
- Kommunikation
- Problemlösen



MDFT

- Familiäre Beziehungen
- Kommunikation
- Problemlösen



6. Der Mangel an Suchtforschung und Forschungsstrukturen muss überwunden werden

Die **Suchtforschung hat in Deutschland traditionell einen geringen Stellenwert** und erfährt keine adäquate öffentliche Ausstattung bzw. Förderung. Dies ist Teil der Abwehrstrategien zur Wahrnehmung des Ausmaßes des realen Suchtproblems in der Gesamtbevölkerung, vor allem in Bezug auf Alkohol, Tabak und verschiedene Verhaltenssuchte. **U.a. angesichts der Tatsache, dass Suchtstörungen bei Männern die häufigste psychische Störung darstellen, ist die Forschung zu Suchtentstehung, Suchtprävention und Suchttherapie marginal ausgestattet.** Der Umfang der Suchtforschung in Deutschland beläuft sich jährlich auf ca. 40 Mill € (geschätzt). Die beiden US-amerikanischen Forschungsagenturen im Suchtbereich (NIAAA und NIDA) verfügen im Jahr 2021 über ein Budget von 1,93 Mrd \$. Dies entspricht etwa dem **50-fachen des deutschen Budgets** bei einer vierfach größeren Bevölkerung.

Argument: Suchtforschung ist der Motor für Innovationen und Evidenzgenerierung. Sie sollte im Sinne einer personenzentrierten, individualisierten und systemischen Forschungsdisziplin („addiction science“, wie sie in USA schon lange etabliert ist) massiv ausgebaut und implementiert werden. Nur so kann sie nachhaltig einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung für Suchtgefährdete und Suchtkranken dienen. Es geht dabei um **Grundlagen- und Anwendungsforschung**, vor allem in den Bereichen **Suchtentstehung (Ätiologie), Risiken, Substanzwirkungen, Entwicklungspsychopathologie, Langzeitverläufe, Sucht- und Psychotherapiestudien, Suchthilfesystem- und Versorgungsforschung.** Ziel muss es sein, die evidenzgenerierende und –basierte Qualität und besonders Innovationsfähigkeit im Suchthilfesystem durch solide und breit aufgestellte Suchtforschung zu verbessern.

Fred-Innovationen (LWL)

FRED



FRED
Next Level



Suchtprävention
für und mit Menschen
mit Fluchthintergrund
in NRW



Problem:

Teilen der Suchthilfe fehlt **der kritische, selbstevaluative Blick**. Dieser muss für Gesundheitsdienstleistungen selbstverständlich werden. Er ist der Motor für Veränderungen und Weiterentwicklung. Kritik ist keine Beleidigung. Die Modernisierung der Suchthilfe wird nur mit einer **Abkehr von alten Mythen hin zu professioneller Evidenzorientierung** gelingen.

Es fehlt die flächendeckende Implementierung von Suchtforschung, insbes. Suchthilfeforschung, in der Suchthilfepraxis.

Fazit: Die Mentalität der permanenten Optimierung auf der Basis von Evidenzgenerierung und –basierung muss bereits im Studium und bei der Qualifikation der Fachkräfte begründet und dann im Kontext lebenslangen Lernens vertieft werden.

Beispiele:

Nach wie vor **kein nationales Suchtforschungszentrum in Deutschland**. Immer wieder punktuelle Forschungsförderungen **ohne ausreichend Nachhaltigkeit**.

Zu wenige oder keine Lehrstühle in den Bereichen Suchtmedizin, Suchtpsychologie und Suchtsoziologie.

Bei Innovationen in der Gesundheitsforschung bleibt die Suchtforschung meist außen vor, so auch derzeit fast völlig bei den im Jahr 2021 neu eingerichteten **Zentren für psychische Gesundheit**.

Zu wenig oder keine systematische wissenschaftliche Nachwuchsförderung.

Kaum **Suchthilfesystemforschung**. Kein Modernisierungsindex.

Fazit: Der Mangel an Suchtforschung verhindert den flächendeckenden **Übergang von der „moralisch-konfessionellen“ Suchthilfe zur evidenzbasierten Profession „Suchthilfe“** mit den flexiblen Sektoren Prävention, Beratung, Therapie, Nachsorge usw.

Innovation braucht Ideen, Forschung und Implementierungsstrategien

Die Wirksamkeit der „**stationären und ambulanten Reha**“ ist gut dokumentiert. Ihre evidenzbasierte Weiterentwicklung ist daher möglich. Ihre auskömmliche Finanzierung muss weiter gesichert werden.

Viele Bereiche der „**kommunalen Suchthilfe**“ sind, was die Evidenzbasierung angeht, noch am Anfang. Dies betrifft besonders die **ambulante Suchtberatung und viele niedrigschwellige Angebote**. Ihre Finanzierung ist besonders gefährdet.

Generell sollte in der Suchthilfe **ein Klima der Innovationsfreundlichkeit** und Evidenzgenerierung mit Transferstrategien in die Regel- und Dauerversorgung geschaffen werden.

7. Die Grenzen zwischen Suchtprävention und Suchttherapie müssen durchlässiger und langfristig ganz aufgelöst werden

Die Suchtprävention ist fraglos der Königsweg unter allen Interventionen im Gesundheitsbereich. Sie ist unzureichend ausgebaut und zu wenig evidenzbasiert. Besonders im Jugendbereich muss eine hohe Durchlässigkeit zwischen Suchtprävention und –therapie etabliert werden.

Argument: Dieser Königsweg wird viel zu selten beschritten. Dafür sind unzureichende Konzepte, mangelhafte Finanzierung, fehlende oder defizitäre Evaluationen verantwortlich. Evidenzbasierte Suchtprävention ist längst beschrieben und möglich. Viele hervorragende punktuelle Projekte kommen nicht in die Fläche. **Es fehlt an Transfer- und Implementierungsstrategien und –verantwortlichkeiten.** Ebenso an Qualifikationen, Berufsbild und Forschungsstrukturen.

Formen von Interventionen (Mrazek & Haggerty, 1994; IOS, 2002; WHO, 2006)

Mrazek & Haggerty, 1994

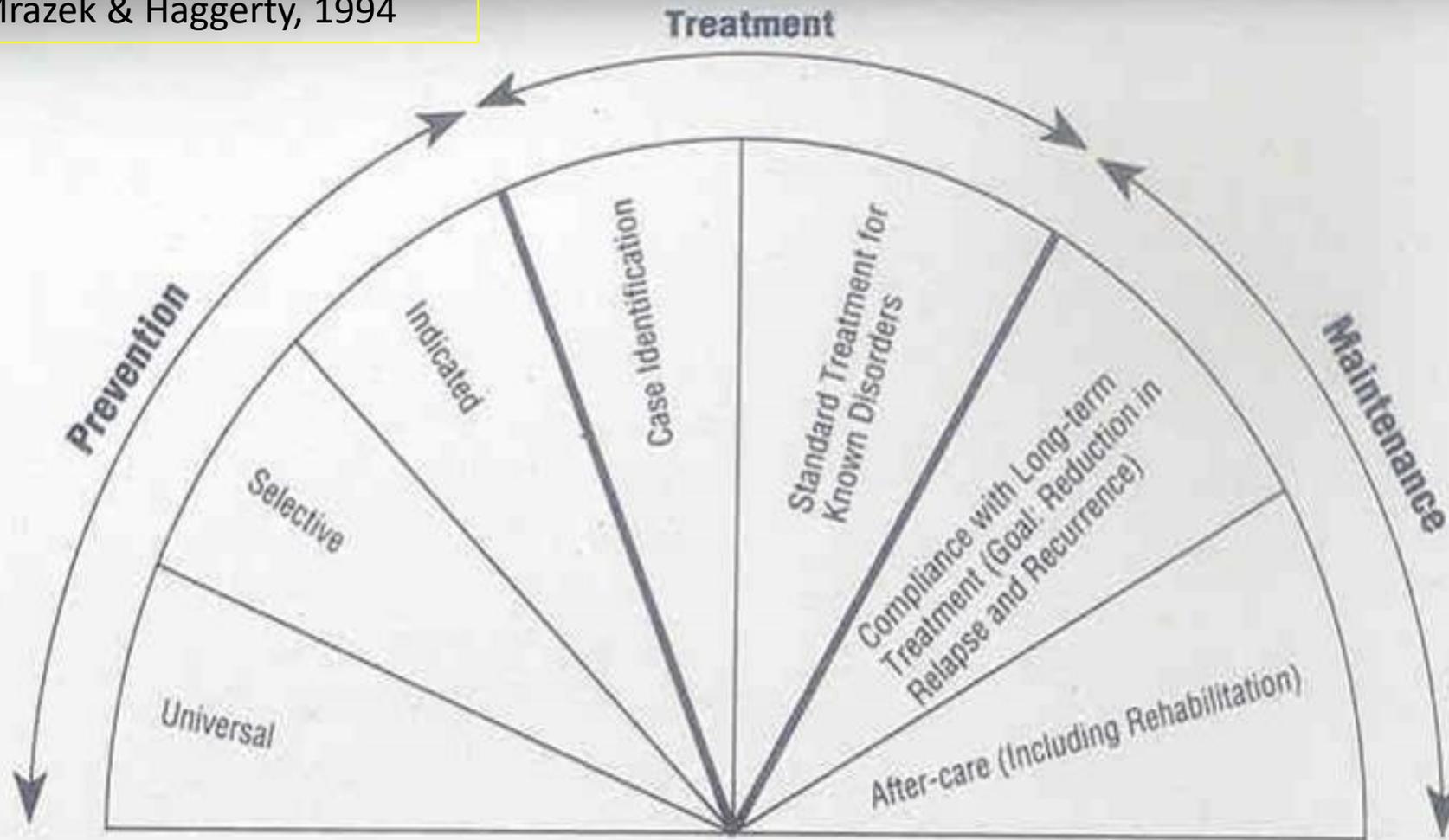


FIGURE 2.1 The mental health intervention spectrum for mental disorders.

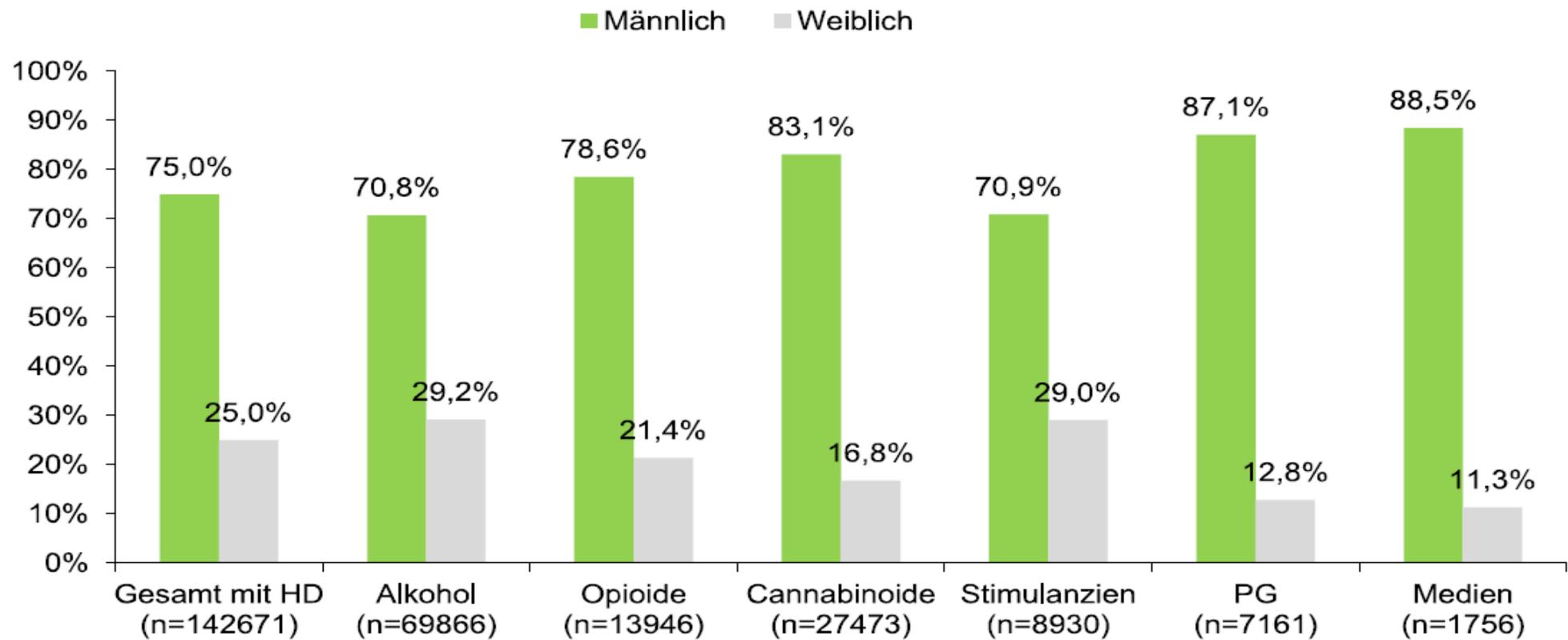
Beispiele:

1. Schon im Jahr 2014 wurde von elf Fachkräften aus Wissenschaft und Praxis das „[Kölner Memorandum zur Evidenzbasierung in der Suchtprävention](#)“ entwickelt. Darin befinden sich zahlreiche Hinweise, wie die Wirksamkeit suchtpreventiver Interventionen besser und vor allem nachhaltig abgesichert werden kann.
2. Suchtprävention muss evidenzbasiert sein oder neue Evidenzen generieren. Es braucht noch mehr nachhaltige, konzertierte, evidenzbasierte Programme, vor allem in der selektiven und indizierten Suchtprävention und in der verhältnisorientierten Suchtprävention
3. Good-Practice-Beispiele der Suchtprävention: **SKOLL, HALT, FRED, ETAPPE, CANDIS, MDFT, TRAMPOLIN** usw. → müssen zu flächendeckenden Regelangeboten werden
4. Suchtprävention ist als lebenslanges Lernen zu implementieren: Von pränatal bis Postberentung.

8. Geschlechtssensible und -reflektierte Suchthilfeangebote stärken

Argument: Es ist schon lange bekannt, dass die **Ätiologie von Suchtstörungen enge Zusammenhänge mit Geschlechts- und Gendervariablen** aufweist. Männer sind bei den meisten Suchtstörungen drei- bis viermal häufiger betroffen als Frauen. Dem müssen spezielle Ursachen im Bereich der Sozialisationsbedingungen, der Biologie und Psychologie zugrunde liegen. Diese ätiologischen Gründe müssen weiter in geschlechtsspezifischer und –differenzierender Weise beforscht und die Ergebnisse in evidenzbasierte Behandlungsprogramme (wie z.B. „**Männlichkeiten und Sucht**“, LWL) für die verschiedenen Zielgruppen umgesetzt werden. Gerade in Bezug auf suchtkranke Männer fehlen weitgehend noch Schwerpunktprogramme für ihre Lebenslagen und –phasen. Ebenso fehlen **Leitlinienaussagen** (S3 Alkohol, S3 Tabak, S3 Cannabis) **zu Männern und Sucht**.

Die **frauenspezifischen** Suchthilfeangebote müssen ebenso evidenzbasiert gestärkt und weiterentwickelt werden (vgl. Impulse von Nathalie Stüben & Prof. Falk Kiefer).



HD=Hauptdiagnose, Medien = Exzessive Mediennutzung, PG=Pathologisches Glücksspielen

Abbildung 7. Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnosen (ambulante Einrichtungen)

Beispiele:

Für Männer und Frauen geschlechtsreflektierte Beratungs- und Therapieangebote schaffen. Es fehlen nach wie vor besonders spezialisierte Angebote für **suchtkranke Männer**, obwohl diese die große Mehrheit darstellen (Ausnahme: Das Programm „Männlichkeiten und Sucht“ des LWL, Koordinationsstelle Sucht, Münster)

Sexuelle Minderheiten berücksichtigen.

Besonders die große Mehrzahl der Suchtkranken und Suchtgefährdeten (also Männer) spezifisch und empathisch in den Blick nehmen und behandeln, ohne andere Gruppen zu vergessen. 45% der Töchter alkoholabhängiger Väter heiraten einen Partner, der wiederum suchtkrank wird!

Auch mehr genderreflektierte **Suchtpräventionsangebote**, für Jungen und Mädchen schaffen! (z.B. wg. **Boy Crisis**). Der weltbekannte [Psychologe Philip Zimbardo](#) (verstorben 2024) engagierte sich seit Jahren für dieses Thema mit Projekt HERO.

Schluss, Take-Home-Messages, Ausblick 2040.

Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in Deutschland

- 1. Abbau der Stigmatisierung der Sucht und Versäulung der Suchthilfen durch bessere Integration**
- 2. Die transgenerationalen Grenzen müssen durchlässiger werden**
- 3. Suchtstoffe und Suchtprobleme müssen in ihrer Gesamtheit und über die Lebensspanne wahrgenommen werden**
- 4. Sucht- und Drogenhilfe muss evidenzbasiert alle Hilfe- und Beratungsthemen abdecken**
- 5. Digitalisierung und Hybridstrukturen müssen weiterentwickelt werden**
- 6. Der Mangel an Suchtforschung und Forschungsstrukturen muss überwunden werden**
- 7. Suchtprävention in allen Handlungsfeldern stärken**
- 8. Geschlechtsreflektierte Suchthilfeangebote stärken**
- 9. N.N.**

Take Home Messages: Kernentwicklungsaufgaben Suchthilfe

- (1) Suchthilfe muss wissenschaftlicher, evidenzorientiert und neugieriger auf sich selbst, die eigenen Wirkungen, Effekte und Innovationsbedarfe werden.**
- (2) Suchthilfe muss ihre Reichweite zur betroffenen Klientel erweitern und verbessern.** *Nicht nur abhängigkeitskranke Menschen sind Zielgruppe, sondern auch Gefährdete, Substanzmissbraucher, riskant Konsumierende und Personen, die vor einem Konsumeinstieg stehen.* **Deshalb muss Suchtprävention überall zu einem integralen Bestandteil der Suchthilfe werden.** An vielen Orten ist sie das noch nicht. Suchthilfe sollte sich außerdem nicht darauf verlassen, dass ihr dauerhaft durch das Strafverfolgungssystem Klienten zugeführt werden (z.B. über die § 35-BtmG-Regelung), sondern ihre Angebote proaktiv für Betroffene attraktiv und motivierend gestalten. Auch durch das vielerorts noch sehr strikte und rigide aufrechterhaltene Abstinenzdogma werden viele potentiell veränderungsbereite Personen nicht erreicht und abgeschreckt.
- (3) Suchthilfe muss sich neuen Entwicklungen aus der internationalen Suchtforschung grundsätzlich früher öffnen,** diese als hilfreiche Innovationen verstehen und integrieren. Die Tatsache, dass im Jahr 2025 immer noch an Abstinenz als allein möglichem Therapieziel festgehalten wird, ist unter wissenschaftlichen und ethischen Aspekten unerträglich.
- (4) Suchthilfe muss sich von fragwürdigen moralisierenden und stigmatisierenden Haltungen gegenüber Substanzkonsumierenden frei machen** und zu einem Ort des offenen Austauschs und der Beratung werden. In diesem Zuge muss sich Suchtberatung zur umfassenden Konsum- und Gesundheitsberatung weiterentwickeln.

Entwicklungsaufgaben: systemisch und versorgungspolitisch

Integration der Hilfen mit anderen Diensten, innerhalb und außerhalb der Suchthilfe → Überversäulung abbauen

Versorgungsnachteile im ländlichen Raum reduzieren

Implementierung der evidenzstarken Interventionsmethoden → Überförderalisierung („deutsche Kleinstaaterei“)

Distribution des vorhandenen Wissens und des handlungsbezogenen Wissens in Praxis und Öffentlichkeit

Belastbare Kooperationsstrukturen der Suchthilfe mit Schulen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie

[...]

Also, wie soll es werden in der deutschen Suchthilfe?

Professionelle, resilienzförderliche Weiterentwicklung in Zeiten der Krisen:

- (1) Mehr **Langzeitverläufe** einschl. **Suchtverlagerungen** in den Blick nehmen und behandeln („**Zyklus der Sucht**“)
- (2) Mehr Komorbiditäten behandeln („**Eine Sucht kommt selten alleine**“)
- (3) Mehr Interdisziplinarität (v.a. ambulant) („**bio-psycho-sozial**“ auch in den Teams!)
- (4) Mehr Geschlechtersensibilität (**Männer, als Klienten und Berater**)
- (5) Mehr Breite der Angebote und Differenzierung der Ziele, d.h. : Suchtberatung von Konsum bis Abstinenz („**Suchtberatung und -therapie: Mehr als Abstinenz! Nikotin nicht vergessen**“)
- (6) Mehr Unerreichte erreichen (**Spezialisten für „hidden groups“ werden!**)

Suchthilfe 2040 ?! ...

Die Zugänge zum Suchthilfesystem sind niedrigschwellig,
zieloffen, frühinterventiv und multiprofessionell
Das Suchthilfesystem ist familien- und
generationensensibel sowie gendersensibel
Das Durchlaufen des Suchthilfesystems ist zyklen- und
rückfallorientiert schnell und verständlich möglich
Digitale Informations-, Beratungs- und Therapieangebote
sind umfassend vorhanden
Kooperationsstrukturen sind eng und reibungslos
Beratung, Behandlung und Prävention sind eng vernetzt

Online-Quellen:

<https://www.addiction.de/suchtberatung-in-deutschland-der-weite-weg-von-der-konfession-zur-profession/>

<https://www.addiction.de/suchthilfe-in-deutschland/>

<https://www.addiction.de/suchthilfe-in-deutschland-2040/>

https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Forderungen_Suchtberatung_der_DHS.pdf



Weiterführender Hinweis

I. Entwicklungen der Sucht- und Drogenhilfe

Suchthilfe im Überblick – Geschichte und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in Deutschland

Michael Klein

**Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 7/8(4), 253 –
263, 2018.**

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.addiction.de

Referent:

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW)

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)

Wörthstraße 10

D-50668 Köln

Email: Mikle@t-online.de