

# Der präventive Ansatz »Früherkennung und Frühintervention« (F+F)<sup>1</sup>



von Carlo Fabian  
Pascal Lienert  
Andrea Zumbrunn

## Die Anfänge von F+F in der Schweiz

Der Präventionsansatz der Früherkennung und Frühintervention (F+F) hat in der Schweiz Ende der 1990er-Jahre Fuß gefasst. Ein auslösender Faktor für diesen Ansatz waren Situationen mit eskalierenden Problemen, bei denen dann beispielsweise auch in den Medien zu lesen war: »Ja, das ist bei dem oder bei der ja kein Wunder – das haben wir kommen sehen.« Aber es herrschte eine große Unsicherheit und Unwissen, wie man handeln könnte, und es fehlten die notwendigen Strukturen, Prozesse und Instrumente – und die entsprechende Haltung.

Ein erstes Projekt in der Schweiz war supra-f, ein Interventions- und Forschungsprogramm des Bundesamtes für Gesundheit BAG zur indizierten Suchtprävention bei gefährdeten Jugendlichen.<sup>2</sup> Die Hauptziele waren, schwierige Situationen von Jugendlichen in der Schule oder der Berufslehre zu stabilisieren, das psychische Befinden zu verbessern sowie den Substanzkonsum zu reduzieren.<sup>3</sup> Diese Ziele versuchte man mit diversen schulischen, sozialpädagogischen und psychologischen Interventionen zu erreichen. Mit supra-f war F+F auf Jugendliche und im Wesentlichen auf das Thema Sucht fokussiert. Der in supra-f verwendete Begriff »gefährdet« bezog sich in erster Linie auf die Entwicklung eines risikoreichen Substanzkonsums bzw. einer

Abhängigkeitsproblematik.

In der Entwicklung von F+F in der Schweiz wurden verschiedene Dokumente entwickelt, welche nun die fachliche Entwicklung des Ansatzes dokumentieren. Zwei Dokumente, die ein gemeinsames fachliches Verständnis darstellten, sind die »Oltner Charta – Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen« (Kläusler-Senn et al. 2011)<sup>4</sup>, aber auch die weiterentwickelte »Charta Früherkennung und Frühintervention« (Avenir Social et al. 2016).

## F+F heute

F+F hat sich in den letzten knapp 30 Jahren weiterentwickelt und beinhaltet mittlerweile einen deutlich breiteren thematischen Fokus (Fabian 2020; Baeriswyl & Barras Duc 2020).

Heute wird F+F mit der neuen, harmonisierten<sup>5</sup> Definition des BAG wie folgt definiert: »Früherkennung und Frühintervention (F+F) hat zum Ziel, die ersten Anzeichen eines Problems möglichst früh zu erkennen und den Handlungsbedarf abzuklären, um geeignete Massnahmen zu finden und die Betroffenen zu unterstützen. Dieser Ansatz lässt sich in jedem Lebensalter zur Bewältigung verschiedener Gesundheitsprobleme wie Risikoverhalten oder -konsum, Sucht, psychische Probleme usw. anwenden« (BAG 2022). Diese über die Jahre entwickelte thematische Öffnung ist richtig und auch fachlich notwendig. Das begründet sich dadurch, dass die Beobachtung einer auffälligen Verhaltensweise, einer Verhaltensänderung oder eine Bemerkung noch nichts zur allfällig dahinter liegenden Problematik aussagen kann. Beispielsweise lassen Beobachtungen eines regelmäßig verspäteten Arbeitsbeginns eines Mitarbeiters in einem Betrieb und einer Abnahme seiner Arbeitsqualität keine Schlüsse auf eine alkohol- oder weitere suchtmittelkonsumbezogene Problematik zu. Ebenso wenig kann gesagt werden, ob z. B. die familiäre Situation belastet ist, ob die Person zu Hause aufgrund einer Krankheit eines Familienmitglieds Betreuungs- und Pflegeaufgaben hat

übernehmen müssen, ob etwas ganz anderes vorliegt oder ob das keinen gefährdenden Grund hat und somit auch keine gesundheitliche Gefährdung vorliegt. Bei den genannten Beobachtungen kann also eine sucht- resp. eine substanzbezogene Problematik vorliegen, sie können aber genauso gut in anderen bio-psycho-sozialen gesundheitsbezogenen Aspekten einer Person begründet sein.

Nach der Implementierung des Systems F+F in einem Setting umfasst F+F vier Arbeitsschritte (vgl. für Erläuterungen dazu: BAG 2022; FS 2022):

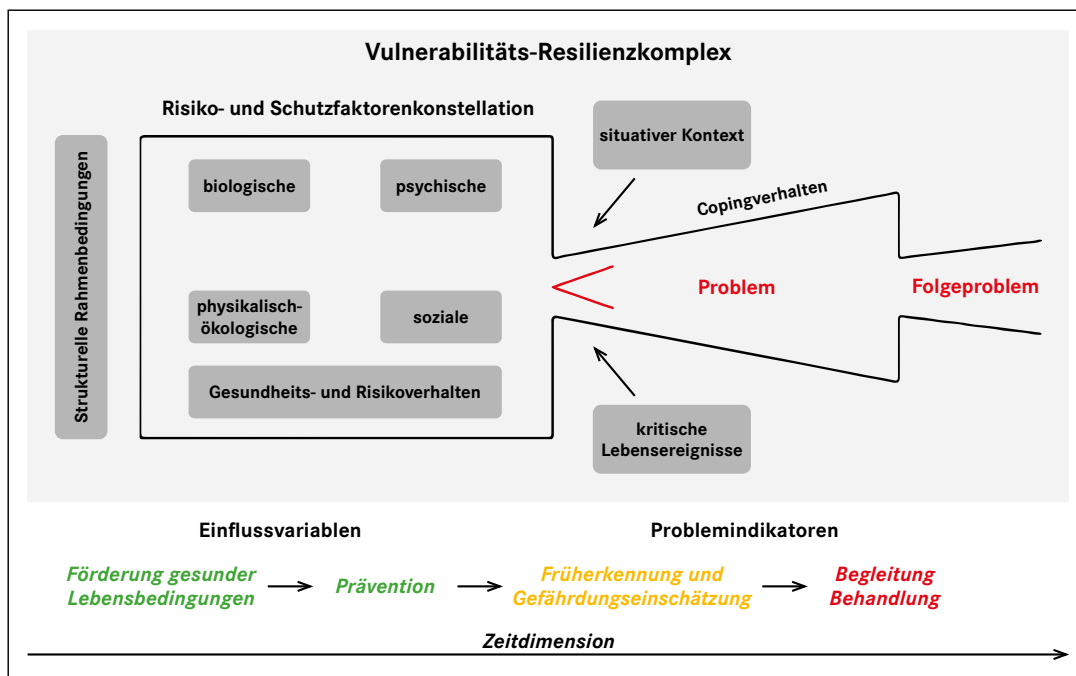
- Früherkennung
- Situationseinschätzung
- Frühintervention
- Evaluation

## Das Konzept der Gefährdung und die Entwicklung eines Gefährdungsmodells

Der Begriff »Gefährdung« ist in vielen Konzepten, Definitionen, Handreichungen etc. zu F+F als zentrales Konzept verankert (z. B. Akzent 2018; BAG 2022; FS 2022; Neuenschwander & Wilhelm 2015). Der Begriff wird aber kaum je erklärt oder operationalisiert. Ausnahmen bilden das Erklärungs- resp. Gefährdungsmodell aus dem oben genannten Programm supra-f aus den 90er-Jahren (Hüsler 2008) und die darauf basierende Weiterentwicklung des Modells durch Infodrog (2011).<sup>6</sup>

Es handelt sich um ein theoretisches Denkmodell – mit einem hohen praktischen Wert. Im Wesentlichen sind hier die Faktoren, die bei einer Früherkennung und Situationseinschätzung relevant sind, systematisch und logisch aufeinander bezogen abgebildet. Folgendes Verständnis bildet die Grundlage: »Gefährdung beschreibt das Risiko, dass eine Person aufgrund einer ungünstigen Risiko- und Schutzfaktorenkonstellation bzw. einer entsprechenden Vulnerabilität eine psychische oder physische Krankheit bzw. ein Suchtverhalten entwickelt, mit weitergehenden Risiken von Krankheitslast, Mortalität und sozialer Desintegration. Kritische stressbelastete und anforderungsreiche Lebensereignisse und Situationen können bei vulnerablen Personen oder

Abbildung 1.: Das multifaktorielle Modell F+F (Infodrog 2021)



Personengruppen ein Problem auslösen. Schutzfaktoren und Resilienz können der Problementwicklung und -ausweitung entgegenwirken« (ebd.: 7). Die Risiko- und Schutzfaktoren können dabei bei der Person als auch in deren Umwelt liegen. Mit Gefährdung ist zudem in der Regel nicht eine Selbstgefährdung gemeint, sondern die Gefährdung einer beobachteten, anderen Person oder einer Personengruppe.<sup>7</sup>

Die Beobachtungen basieren dabei auf Problemindikatoren: »Problemindikatoren (Problemanzeiger) sind Symptome, die auf die Existenz oder die Entwicklung eines Problems hinweisen. Sie sind Gegenstand der Früherkennung und müssen im Hinblick auf eine angemessene (Früh-)Intervention evaluiert werden. Die Indikatoren sind die Grundlage der Früherkennung des Problems respektive die Evaluation der bio-psycho-sozialen Situation und der daraus folgenden Indikation für eine Intervention oder weitergehende Begleitung« (Infodrog 2021: 10).

In den fallbezogenen Gesprächen und Abklärungen kann somit auf die genannten Faktoren eingegangen werden, damit ein möglichst umfassendes Bild entstehen kann. Das Modell kann für die Beratungspersonen hilfreich sein, um einerseits die richtigen Fragen zu stellen und um die relevanten Faktoren anzusprechen. Andererseits hilft es, die Informationen vernetzt und ganzheitlich zu betrachten und zu verstehen. Durch die Klärung der im Modell aufgeführten Faktoren wird auch die Grundlage für den dritten Schritt im F+F-Prozess, die Frühintervention (c) gelegt. Dieses hier

beschriebene multifaktorielle Modell ist somit eine zentrale Grundlage, um F+F-Prozesse systematisch und ganzheitlich zu gestalten. Die Frage ist, wie das in der Praxis gelingen kann.

#### Umsetzung des Gefährdungsmodells in F+F-Prozessen in der Praxis

Das multifaktorielle Modell F+F ist komplex. Jeder einzelne Faktor ist jeweils für sich wiederum komplex, vielfältig und umfassend und setzt sich aus einer Vielzahl von Variablen zusammen. Diese Komplexität kann am Beispiel des Faktors »soziale Risiko- und Schutzfaktoren« illustriert werden: Die sozialen Schutzfaktoren sind: »Gute Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson, sichere Bindung, Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen, Modelle positiver Bewältigung von Belastungen, gute sozioökonomische Partizipationsmöglichkeiten, legale Vorgaben (z. B. Beschränkung der Erhältlichkeit von psychoaktiven Substanzen)« (zit. nach Infodrog 2021), während für die sozialen Risikofaktoren folgende Aspekte genannt werden können: »unsichere oder belastende Beziehungssituation, fehlende Unterstützung, Krankheits- und Suchtproblematiken in der Familie bzw. in der Peergruppe, fehlende positive Vorbilder und Normen, niedriger sozioökonomischer Status, Missbrauchserfahrungen, Traumata, legale Vorgaben (z. B. betr. Erhältlichkeit resp. Kriminalisierung von psychoaktiven Substanzen)« (ebd.).

Das Ziel des multifaktoriellen Modells ist, die fachliche systematisierte Basis zu haben für die explorative, qualitative Annäherung an die allfällige

Gefährdung. Es geht somit um das Erkennen und Verstehen der Situation der betroffenen Person sowie eines allfälligen Handlungsbedarfs. Mit dem gewonnenen, ganzheitlichen Verständnis kann und soll kooperativ mit den betroffenen Personen geprüft werden, welche Frühinterventionsmaßnahmen hilfreich sein können. Schlussendlich geht es bei den Interventionen darum, die Schutzfaktoren zu stärken und die Risikofaktoren zu minieren.

#### Gefährdungszuschreibung und Stigmatisierung

Eine weitere Herausforderung bei F+F stellt die Gefahr der Stigmatisierung dar. Eine allfällige Stigmatisierung durch die früh erkannten Gefährdungen oder Belastungen der beobachteten Personen ist bei F+F generell nicht zu unterschätzen. Bei F+F wird immer zunächst von außen beobachtet und es wird eingeschätzt, ob diese Beobachtungen einen Zusammenhang zu einer Gefährdung oder Belastung haben können. Wenn die Einschätzung »nein« ist, dann ist der Fall abgeschlossen. Wenn die Einschätzung »ja« ist, dann startet der Prozess wie oben beschrieben. In den nächsten Schritten wird beobachtet, es erfolgt ein Austausch mit weiteren Leuten, eine Situationseinschätzung wird vorgenommen. Bei all diesen Schritten steht aber die Person (oder die Personengruppe) mit ihrem Problem, ihren Belastungen, ihren Schwierigkeiten, ihrer vermeintlichen Unfähigkeit, mit ihrer Situation umzugehen, im Fokus. Und somit bekommt die Person zumindest in gewisser Hinsicht das Label: Person mit Problem, die (momentan) nicht fähig ist,

das selbst zu lösen. Ganz unabhängig, ob dem auch so ist, denn das zeigt sich erst im Schritt der Situationseinschätzung oder gar darüber hinaus.

Für jegliche F+F-Prozesse, für die Settings, in welchen F+F stattfindet, sowie für alle Personen und Funktionen, die bei F+F involviert sind, ist es somit zentral, eine lösungsorientierte Haltung zu entwickeln. Solch eine Haltung muss umfassen, dass man bei Bedarf unterstützen will und kann, dass man Personen, die tatsächlich belastet sind, nicht sich selbst überlassen will, sowie dass die Prozesse partizipativ, kooperativ, wertschätzend und freiwillig sein müssen. Wenn diese Punkte nicht erfüllt sind, verlässt man den präventiven Ansatz von F+F und bewegt sich in Richtung Kontrolle, erzwungene Maßnahmen, Sanktionen und Ähnliches. Je nach Situation ist es ein schmaler Grat zwischen diesen beiden Ansätzen – aber entscheidend ist, diesen zu kennen und zu respektieren.

Neben dieser notwendigen Haltung gilt für die Implementierung von F+F-Systemen in Settings, dass weitere strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden müssen. Im Setting braucht es Kompetenz für die Entwicklungsprozesse im Setting (diese können im Setting gegeben sein oder können auch von extern beigezogen werden). Zudem braucht es klare Rollen, Aufgabenverteilungen und Verantwortlichkeiten für die Abklärungen, die Arbeitsschritte sowie für die allfälligen Entscheidungen in konkreten Fällen.

## Ausblick

F+F ist ein beliebter Ansatz in der Schweiz, welcher Tradition hat. Es liegen viele gute Anleitungen, Arbeitsinstrumente und Handreichungen vor.<sup>8</sup>

Was noch aussteht, sind wissenschaftliche Evaluationen zur Wirkungsweise und Wirkungsstärke von F+F. Zudem besteht noch ein großes Potenzial für die Weiterentwicklung der vorhandenen Instrumente, basierend auf dem zuvor skizzierten multifaktoriellen Modell. Namentlich würde die Integration der im Modell dargestellten Faktoren dazu beitragen, dass ein ganzheitliches Bild zur Situation der betroffenen resp. früh erkannten Personen entstehen könnte. Im Weiteren steht die Frage der Professionalisierung im Raum. Zentral sind dabei Beobachtungskompetenzen wie: Was sehe ich?

Was will ich beobachten? Was ist »auffällig«? Was ist relevant, was irrelevant? Was muss ich mit wem besprechen oder wer muss einbezogen werden? Zudem braucht es die fachliche Kompetenz, um die Beobachtungen strikt von der Diagnose resp. Ursachenbestimmung und der Situationseinschätzung trennen zu können, sowie vielfältige Kommunikations- und je nach Situation auch Beratungskompetenzen.

## Literatur

**Akzent** (2018): Frühintervention in der Schule. Leitfaden und Checklisten zum Umgang mit (sucht-)gefährdeten Kindern/Jugendlichen. Luzern: Akzent. Leitfaden\_Schule.pdf, akzent-luzern.ch, Zugriff 08.08.2023.

**Avenir Social**/Fachverband Sucht/GREA – Groupement romand d'études des addictions/Infodrog/Radix/Sucht Schweiz/VBGF – Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (2016): Charta Früherkennung und Frühintervention. Bern: BAG. Charta.d.2016.web.indd, fachverbandsucht.ch, Zugriff 08.08.2023.

**Baeriswyl, P./Barras Duc, S.** (2020): Früherkennung und Frühintervention (F+F) im Fokus der Lebensphasen. SuchtMagazin (46) 5: 38–43. <https://t1p.de/68zad>, Zugriff 12.09.2023.

**BAG – Bundesamt für Gesundheit** (2019): Früherkennung und Frühintervention (F+F) im Fokus der Lebensphasen: Ein übergreifender Ansatz. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG. <https://t1p.de/tj793>, Zugriff 29.08.2023.

**BAG – Bundesamt für Gesundheit** (2022): Früherkennung und Frühintervention. Harmonisierte Definition. Bern: BAG. F-F Harmonisierte Def\_D\_VF (3).pdf, Zugriff 08.08.2023.

**Hüsler, G.** (2008): Soziale Integration, Befinden und Substanzkonsum. Ergebnisse der supra-f Interventions- und Kohortenstudie. BAG & Infodrog (Hrsg.): 10 Jahre supra-f. Erkenntnisse und Folgerungen für die Frühintervention. Bern: BAG & Infodrog. <https://t1p.de/hyy0u>, Zugriff 08.08.2023.

**Fabian, C.** (2020): Früherkennung & Frühintervention in der Praxis: Support vs. Kontrolle. SuchtMagazin (46) 4: 25–30. <https://t1p.de/68zad>, Zugriff 12.09.2023.

**Infodrog** (2021): Das multifaktorielle Modell zur Früherkennung und Frühintervention F+F. Bericht und Glossar – überarbeitete Version 2021. Bern: Infodrog. <https://bit.ly/45VRYOC>, Zugriff 08.08.2023.

**Kläusler-Senn, C./Bachmann, A./Fabian, C.** (2011): Oltner-Charta. SuchtMagazin (37) 5: 42–43. <https://t1p.de/ywzk3>, Zugriff 12.09.2023.

**Neuenschwander, M./Wilhelm, C.** (2015): Früherkennung und Frühintervention in Schulen und Gemeinden – das Wichtigste in Kürze. Bern: RADIX. <https://bit.ly/45Cbi3f>, Zugriff 08.08.2023.

## Endnoten

<sup>1</sup> Dieser Artikel basiert auf einem kürzlich im schweizerischen SuchtMagazin publizierten Artikel: Fabian, Carlo; Lienert, Pascal & Zumbrunn, Andrea (2023). »Gefährdung« im Kontext von Früherkennung und Frühintervention. In: SuchtMagazin (5). Es ist hier eine gekürzte und angepasste Version. Die Verwendung des SuchtMagazin-Artikels erfolgt mit freundlicher Genehmigung des SuchtMagazins.

<sup>2</sup> Vgl. <https://www.infodrog.ch/de/aktivitaeten/fruehintervention/supra-f.html>, Zugriff 05.09.2023.

<sup>3</sup> Vgl. Endnote 1 zu supra-f.

<sup>4</sup> Vgl. die Oltner Charta auf der Website vom Fachverband Sucht: <https://bit.ly/3PtClrW>, Zugriff 05.09.2023.

<sup>5</sup> Harmonisiert bedeutet hier, dass in der Schweiz unter dem Begriff Früherkennung und Frühintervention Unterschiedliches verstanden wurde. Die BAG-Definition ist der Versuch, eine für die ganze Schweiz gemeinsam gültige Grundlage und ein entsprechendes Verständnis zu formulieren. Die Definition liegt in drei Landessprachen vor.

<sup>6</sup> Eine erste Version dieses Modells wurde bereits 2019 publiziert, unter dem Begriff »Multifaktorielles Gefährdungsmodell für F+F« (BAG 2019).

<sup>7</sup> Ergänzend ist im Rahmen dieser Gefährdungsdefinition kritisch zu würdigen, dass zwischen einer effektiven Gefährdung und einer Vulnerabilität, welche aufgrund einer ungünstigen Risiko- und Schutzfaktorenkonstellation vorhanden sein kann, unterschieden werden muss. Bei einer Vulnerabilität ist nicht zwingend eine professionelle Intervention notwendig, während bei einer expliziten Gefährdung eine Intervention vonseiten der Fachpersonen zwingend erfolgen muss.

<sup>8</sup> Exemplarisch können genannt werden: Früherkennung von akzent Luzern: <https://bit.ly/44yQsQQ>, Zugriff 05.09.2023. Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich: <https://bit.ly/3EsTjyy>, Zugriff 05.09.2023. Früherkennung und Frühintervention RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung: <https://bit.ly/3Z3gWZA>, Zugriff 05.09.2023.

### Carlo Fabian

Prof., Leiter Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW  
Riggenbachstrasse 16, CH-4600 Olten  
carlo.fabian@fhnw.ch  
<https://www.fhnw.ch/de/personen/carlo-fabian>

### Pascal Lienert

Dr., wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW,  
pascal.lienert@fhnw.ch, <https://www.fhnw.ch/de/personen/pascal-lienert>

### Andrea Zumbrunn

Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup>, Dozentin, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW,  
andrea.zumbrunn@fhnw.ch, <https://www.fhnw.ch/de/personen/andrea-zumbrunn>

- Cannabismanie und Cannabispsychose
- Zyklisches Hyperemesis-Syndrom
- Chronische Bronchitis
- Fertilitätsstörungen

Aber auch hier gilt: Je früher der regelmäßige Cannabiskonsum in der Individualentwicklung begonnen hat, desto schwieriger ist der Verlauf, wobei ein komplettes Verschwinden der Symptome parallel zur Dauerabstinenz nicht immer innerhalb von sechs Monaten auftritt und Residualsymptome zurückbleiben können, die aber durch normale soziale Stimulation, Bewegungstraining und Psychotherapie inklusive Stärkung des Selbst- und Stressmanagements, Lebensführung außerhalb der Drogenszene und bei kognitiven Restsymptomen durch nachhaltiges kognitives Training noch sehr positiv beeinflusst werden können. Wenn Angstsymptome, manische, depressive oder psychotische Beschwerden nach zwei bis drei Wochen der Abstinenz noch existieren und einen Leidensdruck erzeugen, können gezielt antidepressive, antimanische oder antipsychotische Medikamente eingesetzt werden. Oft werden diese jedoch schon eher eingesetzt, da der Leidensdruck der Betroffenen zu hoch für die o. g. nichtmedikamentösen Maßnahmen ist. Kontrollierte Studien, die den nachhaltigen Therapieerfolg beider Maßnahmen (nichtmedikamentöse vs. medikamentöse) miteinander verglichen hätten, existieren nicht. Die klinische Erfahrung zeigt: Wenn es auch ohne gezielte Medikation zu einem Verschwinden solcher Beschwerden kommt, liegt nahe, dass der Cannabiskonsum alleine für diese Beschwerden verantwortlich war. Entsprechend ist die Prognose bezüglich einer anhaltenden Remission unter Cannabisverzicht gut (Núñez and Gurpegu 2002, Grant et al. 2003, Hancox et al. 2015, Bonnet et al. 2016b, Ganzer et al. 2016, Preedy 2017).

## 5. Komorbiditäten

Der Cannabiskonsum gilt als ein deutlicher Risikofaktor für die Entwicklung bestimmter psychischer Erkrankungen, die in der Regel allerdings im Individuum schon vorher genetisch angelegt sind. Die meisten Belege dafür existieren für Schizophrenie (2- bis 3-fach erhöhtes Risiko) und bipolare Störung (1,5- bis 2,5-faches Risiko). Bei Angsterkrankungen und unipolaren Depressionen ist das Risiko geringer (1,3- bis 1,6-fach) (Hoch

et al. 2019, Maggu et al. 2023), wobei es auch umgekehrt durch den Cannabiskonsum durchaus zu Verbesserungen dieser Erkrankungen kommen kann, wenn diese Erkrankung schon vor dem Cannabiskonsum vorhanden war (z. B. Tic-Störungen, posttraumatische Belastungsstörung oder unipolare Depression) (Grotenhermen and Müller-Vahl 2012, Feingold et al. 2015, Walsh et al. 2017, Preedy 2017). Unklar ist bei diesen »positiven Erfahrungen« durch Cannabis oder medizinisches Cannabis, wie nachhaltig der therapeutische Effekt durch Cannabis ist und ob durch die regelmäßige Einnahme nicht im Laufe der Zeit weitere cannabisbezogene Störungen wie psychische Abhängigkeitsbeschwerden, Motivationsdefizite und weitere kognitive Störungen hinzukommen. Letzteres dürfte allerdings durch gute therapeutische Begleitung und Vermeidung von therapeutisch nicht mehr vorteilhafter THC-Dosissteigerung sofort gegenregulierbar sein, vorausgesetzt, der Patient bleibt im Kontakt mit dem Hilfesystem, was nicht die Regel ist. Therapieabbrüche und Durchmischung des medizinischen Konsums mit anderen Substanzen sowie zunehmende soziale Desintegration und Verstärkung dysfunktionaler Lebensmodelle innerhalb der konsumierenden Peer-Group verstärken die Chronifizierung der Komorbiditäten. Gerade zur Behandlung und Prävention erneuter Schübe bei Schizophrenie ist eine Einnahme der antipsychotischen Medikation entscheidend, um das Risiko für eine Chronifizierung (typischerweise Motivations- und Exekutivleistungsstörungen, sog. »Negativsymptome«) deutlich zu reduzieren. Um die Wahrscheinlichkeit einer regelmäßigen Einnahme über eine längere Zeit zu erhöhen, stehen heute Depot-Neuroleptika zur Verfügung, die z. B. nur noch monatlich oder alle drei Monate verabreicht werden. Entscheidend für die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen von Suchterkrankungen mit psychischen Komorbiditäten ist, die Leistungen des ambulanten Hilfesystems (Suchtberatungsstellen, Ärzte, Psychologen, Ergo- und Bewegungstherapeuten) und bei schwerer Kompensation auch des stationären Hilfesystems (Akut- und Rehabilitationsbehandlung) anzunehmen.

## 6. Cannabis als Einstiegsdroge?

Die meisten Konsumenten illegaler Substanzen machten ihre ersten Erfahrungen

mit Cannabis, allerdings davor auch mit Alkohol oder Tabak. Ein Zusammenhang zwischen dem Cannabiskonsum und dem Konsum anderer illegaler Drogen wurde in Längsschnitt-Studien belegt (Hall 2015). Dass der Cannabiskonsum jedoch die Ursache für den späteren Einstieg in den Konsum sog. »härter Drogen« wie Heroin, Kokain oder Methamphetamin ist (sog. »Gateway-Hypothese«), ist weiterhin nicht bewiesen. Andererseits wirkt Cannabis möglicherweise vorteilhaft gegen die posttraumatische Belastungsstörung (Walsh et al. 2017), die viele Konsumenten harter Drogen in ihrem Komorbiditäts-Muster zeigen, und könnte somit auch eine Funktion als »Ausstiegsdroge« besitzen. Hierzu fehlen allerdings hypothesengeleitete Studien.

## 7. Schlusswort

Erfahrung und Literatur zeigen bisher konsistent, dass mindestens drei Faktoren morbiditätsfördernd interagieren:

1. Einstiegsalter
2. Konsumhäufigkeit und -menge
3. Individuelle Prädisposition

Auch die psychotrope Potenz (THC-Konzentration) der konsumierten Cannabispräparate spielt zunehmend eine krankheitsfördernde Rolle, da sich die THC-Konzentration im Straßen-Cannabis in den letzten 30 Jahren von Durchschnittswerten unter 7 % mittlerweile mindestens verdoppelt hat. In speziellen Züchtungen werden auch stabil Werte um und auch knapp über 20 % erreicht, bei kaum noch vorhandenem Cannabidiol (Gegenspieler von THC bei der Psychose-Entstehung) (Chandra et al. 2019, Schoevers et al. 2020, Ziegler 2023). So gibt es mittlerweile deutliche Hinweise darauf, dass die psychotrope Potenz der konsumierten Präparate mit der Psychose-Entwicklung (Di Forti et al. 2015) und der Abhängigkeitsschwere (Freeman and Winstock 2015) zusammenhängt.

Literatur kann in der Redaktion angefragt werden.

### Prof. Dr. med. Udo Bonnet

Klinik für Seelische Gesundheit, Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel, D-44577 Castrop-Rauxel, Deutschland, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im LVR Klinikum Essen, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen, D-45147 Essen, Deutschland

Bestand ist, inklusive des Wirkstoffgehalts (THC und CBD).

### Jugendschutz

Jugendlichen unter 18 Jahren bleibt sowohl der Besitz als auch der Konsum von Cannabis weiterhin untersagt. Wenn sie jedoch beim Besitz von Cannabis erwischt werden, führt dies nicht zur Einleitung strafrechtlicher Maßnahmen, stattdessen sollen sie an Interventions- und Präventionsprogrammen teilnehmen, wenn sie von der Polizei aufgegriffen werden. Zusätzlich gilt für Personen im Alter von 18 bis 21 Jahren eine niedrigere zulässige THC-Grenze beim Erwerb von Cannabis.

### Cannabis im Straßenverkehr

Das heikle Thema Cannabis und Autofahren muss noch abschließend geklärt werden: Das Bundesverkehrsministerium soll bis Ende März einen THC-Grenzwert vorschlagen. Das bisherige absolute Verbot, unter dem Einfluss von Cannabis Auto zu fahren, soll durch eine Regelung ersetzt werden, die einen THC-Grenzwert im Blut festlegt - ähnlich der 0,5-Promille-Grenze beim Alkohol.

### Strafverfolgung

Die Strafvorschriften werden durch die

neuen Regelungen gemildert, sodass bei geringfügiger Überschreitung der Besitzgrenzen nicht sofort die volle Härte der Strafverfolgung droht. Nun sollen Mengenzwischen 25 und 30 Gramm im öffentlichen Raum und zwischen 50 und 60 Gramm im privaten Bereich lediglich als Ordnungswidrigkeit betrachtet werden. Erst bei Überschreitung dieser Mengen wird der Besitz strafbar und könnte theoretisch mit einer Gefängnisstrafe geahndet werden.

### Mögliche Konsequenzen für Österreich

Basierend auf den deutschen Erfahrungen und dem im Vorfeld stattgefundenen gesellschaftlichen Diskurs gilt: Dieser soll auch in Österreich beginnen. Am 18. Juli 2022 hat der Verfassungsgerichtshof (VfGH) zwar einen Antrag auf Aufhebung des Cannabis-Verbots in Österreich abgelehnt, daraus darf aber kein Ende des Diskussionsprozesses entstehen. Wissenschaftliche Grundlagen aus der internationalen Cannabisforschung liegen zahlreich vor, ebenso Erfahrungen in unterschiedlichen Ländern mit unterschiedlichen Gesetzesbestimmungen. Natürlich kann man argumentieren, dass eine europaweit einheitliche Gesetzgebung anzustreben absolut sinnvoll ist, aber vielleicht führt das deutsche Vorbild zumindest zu Überlegungen und dem Überdenken von

eingefahrenen Standpunkten auch bei politischen Parteien. Der im österreichischen Suchtmittelstrafrecht bereits geltende Grundsatz »Therapie statt Strafe« könnte durch die Herausnahme von Cannabis deutlich zielsicherer werden und Hilfsangebote, Jugendschutz und Prävention außerhalb der Strafgesetze massiv gestärkt werden. Es sollen auch Beratungs- und Behandlungsangebote für Menschen, die aufgrund problematischer Konsummuster oder ihrer psychischen Instabilitäten oder psychiatrischer Erkrankungen durch Cannabiskonsum psychische Folgeerscheinungen entwickeln, weiter ausgebaut werden. Die zentralen Anliegen einer Regulierung wie Jugendschutz und Qualitätskontrolle und dahingehende Konsumsicherheit können jedenfalls zu einer Abnahme ungewollter Konsumfolgen führen. Die nächsten Jahre werden dahingehend wohl auch in Österreich spannende Entwicklungen bringen.

Quellen: aerzteblatt.de; tagesschau.de; swp.de

#### Dr.med. univ. Walter North

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie

1997 Niederlassung als Facharzt

Ärztlicher Leiter des Vereins Dialog - Individuelle Suchthilfe

seit 2000 Konsiliarpsychiater beim Verein Neustart

Kontakt: walter.north@dialog-on.at



Der Konsum von Cannabis soll in Deutschland ab 1. April 2024 legalisiert werden.

auf das zentrale Nervensystem besitzt, kommt es bei Substanzen wie MDMB-4-en-PINACA zu keinem Abbremsen der Wirkung (Alves et al., 2020). Aufgrund der hohen Wirksamkeit sind die Stoffe zudem teilweise schon im Mikrogrammbereich psychoaktiv. Bei der unsachgemäßen Herstellung kommt es daher häufiger zu »Hotspots«, also der ungleichmäßigen Ansammlung der Substanz innerhalb der Räuchermischung. Die Folge sind potenziell letale Überdosierungen, die von massiver psychotischer Angst und aggressiver Agitiertheit begleitet sind. Ein User im sozialen Netzwerk Reddit berichtet dazu Folgendes:

T+0.00: Ich packe etwa die Hälfte einer Schüssel in meine Glas-Pfeife. Mischungen brennen immer sehr leicht, also wird dies in einem Zug konsumiert. Etwa 10 Sekunden, nachdem ich meinen Zug gehalten habe, fühle ich einen seltsamen Klick in meinem Kopf, der sich nicht richtig anfühlt, aber ich schiebe es als irgendeine andere seltsame Sache ab, die man beim Halten eines Zuges erleben kann.

T + 30 Sek: Während die Wirkung stärker wird, versuche ich, wie bei jeder auf diese Weise aufgebauten Energie, sie zu nutzen, um ein paar »Unbekannte« in meinem Kopf zu lösen (ich weiß, das mag schwer vorstellbar sein, aber ich kann überschüssige geistige Energien auf Dinge meiner Wahl richten, und normalerweise löst der Versuch dies mit dem Konzept von »Unbekannten« in meinem Kopf die interessantesten Reaktionen aus). Dieser Versuch scheitert kläglich auf eine Art und Weise, die ich zuvor noch nie erlebt habe, und ich werde sofort ängstlich. EXTREM ängstlich.«

Der Konsument erleidet einen Black-out; was folgt, weiß er aus Erzählungen: »Von hier aus bin ich angeblich auf den Balkon gerannt und habe laut geschrien. Das brachte sofort Nachbarn zu unserer Wohnungstür, da sie dachten, jemand würde buchstäblich ermordet. Ich erinnere mich nur schwach daran, wieder hereingekommen zu sein, alle mit entsetzlichem Schrecken anzusehen (einschließlich meines Hundes, der VÖLLIG ausflippte) und dann einen Amoklauf der Selbstzerstörung zu beginnen.

[...] Es war, als ob eine Energie in mir war, die sofort VERSCHWENDET werden musste, EGAL WAS, und das Einzige um mich herum waren andere Menschen und die allgemeinen Möbel meiner Wohnung. Ich nehme an, ein Teil von mir zwang mich dazu, niemanden zu verletzen, also entlud ich all

die Energie auf meine Umgebung und mich selbst. [...] Dann hockte ich mich neben einen Nachttisch, FEGTE alles mit einem Schwung meines Arms vom Tisch, schlug mein Gesicht auf seine Ecke und begann, mich auf den Teppich wiederholt zu übergeben. [...] Ich war hin- und hergerissen zwischen dem Schrecken, den ich in der Wohnung entfesselte, und einem schrecklichen Land der Folter in meinem Kopf. Ich stellte mir vor, wie ich alle in der Wohnung umbrachte und dann von der Polizei brutal geschlagen wurde, bis ich tot war. Wirklich tot. Ich erlebte das, als ob es physisch passierte. Dann war ich in einem kosmischen Gerichtssaal, wo alle entschieden, dass ich einfach noch nicht aufhören durfte zu leiden. Also wurde ich als Strafe Gedanke für Gedanke für Gedanke dessen verurteilt, was nur als geistige Vergewaltigung beschrieben werden kann und was anscheinend stundenlang andauerte. Nachdem ich mich übergeben hatte, wurde mir gesagt, dass ich mit verschränkten Armen um meine Knie saß, hin und her wippte und immer wieder »Was zum Teufel« wimmerte. Ich begann, wieder klar zu werden, als die Polizei und der Rettungsdienst am Haus ankamen, obwohl ich extrem geschockt war. Ich war kooperativ mit ihnen und hatte keine rechtlichen Probleme, aber nach einem CT stellte sich heraus, dass ich ein kleines subdurales Hämatom hatte (sowie Schnitte und Schürfwunden im Gesicht) und für die Nacht eingeliefert werden musste.« (Übersetzt vom Autor, Quelle: Reddit\*).

Im Gegensatz zu Cannabis endet der Konsum von synthetischen Cannabinoiden nicht selten tödlich. Verursacht werden die meisten Todesfälle durch Komplikationen im Herz-Kreislauf-System, epileptische Anfälle oder Selbstverletzungen (Groth et al., 2023).

Eine weitere Gefahr droht beim Entzug der Substanzen. Dieser ist in seiner Intensität eher dem mit Alkohol und Benzodiazepinen vergleichbar. Ähnlich wie diese geht er oft mit schweren epileptischen Anfällen einher. Weitere Folgen sind neben lang anhaltender Schlaflosigkeit oft Tage bis Wochen dauernder schwerer Brechdurchfall sowie die Unfähigkeit, Nahrung oder Flüssigkeit aufzunehmen, was insgesamt einen stationär überwachten Entzug dringend indiziert. Hierzu ein weiteres Beispiel aus Reddit. Nach zweijährigem Dauerkonsum entschließt sich ein weiterer User für eine Konsumpause, er

berichtet: »Ich hatte an diesem Abend ein Date und wollte nicht high erscheinen. Am Ende brach ich zusammen und hatte einen Krampfanfall. [...] Die Entzugerserscheinungen waren schrecklich, das Schlimmste, was ich je erlebt habe. Nach dem Absetzen und der Einnahme von Antiepileptika hatte ich zwei weitere Anfälle. Dann waren es 68 Tage ohne einen Anfall. Ich dachte, ich wäre über den Berg. Dann hatte ich plötzlich wieder einen, zerstörte mein Auto, zum Glück habe ich niemanden verletzt.« (Übersetzt vom Autor, Quelle: Reddit\*\*).

Bei der Durchsicht von sozialen Netzwerken wie Reddit fällt auf, dass synthetische Cannabinoide selbst bei ihren Konsumenten sehr unbeliebt sind. Häufig werden sie eher als minderwertige Alternative zu Cannabis gesehen. Hervorstechend ist jedoch, dass sie, trotz ihrer oftmals dysphorisch und (lebens-)bedrohlichen Wirkung, eine ungewöhnlich starke Suchtentwicklung aufweisen, was auf die hohe Intensität der sekundären Dopaminwirkung zurückzuführen ist (Fantegrossi et al., 2018; Volkow et al., 2016).

Zusammengefasst bieten die Fortschritte in der Forschung rund um das menschliche Cannabinoid-System und die Entwicklung von Medikamenten, die auf dieses System abzielen, neben dem besseren Verständnis einer Vielzahl an somatischen und psychischen Störungen Aussicht auf Behandlung einer Reihe von Erkrankungen – von chronischen Schmerzen bis hin zu neurodegenerativen Leiden. Gleichzeitig unterstreichen die beunruhigenden Berichte über die Auswirkungen des Missbrauchs synthetischer Cannabinoide die Notwendigkeit einer strengen Regulierung und kontinuierlichen Überwachung dieser Substanzen. Für eine nachhaltige Prävention der Verwendung zu Rauschgiftzwecken ist jedoch ein vielschichtiger Ansatz notwendig, der regulatorische, aber auch sozial- und gesundheitspolitische Aspekte dieses komplexen Phänomens berücksichtigt.

Literatur kann in der Redaktion angefragt werden

#### **Dr. Jürgen Fuchshuber**

klinischer Psychologe und Psychoanalytiker i. A. Als Mitarbeiter im Zentrum für Integrative Suchtforschung (CIAR) des Grünen Kreis sowie der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Med. Universität Wien publizierte er zahlreiche Forschungsarbeiten über Abhängigkeitserkrankungen, menschliche Bindung und Persönlichkeit.