

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Otto Fricke, Christian Dürr, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/10264 –

Effektive Behandlung von Minderjährigen und jungen Erwachsenen mit Cannabis-Suchterkrankung

Vorbemerkung der Fragesteller

Im Oktober 2018 veröffentlichte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ihren aktuellen Drogen- und Suchtbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Darin weist sie unter anderem auf Verbreitung, Symptome sowie medizinische, psychosoziale und volkswirtschaftliche Folgen von Cannabis-Suchterkrankungen hin. Darüber hinaus benennt sie verfügbare Behandlungsmöglichkeiten. Hinsichtlich der Verbreitung von Cannabiskonsum und -Suchterkrankungen betont die Drogenbeauftragte in diesem Zusammenhang, dass Cannabiskonsumierende mit Suchterkrankungen, die sich in medizinische Behandlung begeben, die im Durchschnitt jüngsten aller behandelten Klienten mit Suchterkrankungen seien. Unter ihnen sei ein hoher Anteil von Personen, die sich noch in schulischer oder beruflicher Ausbildung befänden (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, 2018). So gaben im Jahr 2016 laut Alkoholsurvey der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 8,3 Prozent der Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren an, bereits mindestens ein Mal Cannabis konsumiert zu haben. 6,9 Prozent der Jugendlichen in dieser Altersgruppe hatten nach eigener Auskunft in den letzten zwölf Monaten und 3,1 Prozent in den letzten 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt Cannabis konsumiert. 1,4 Prozent dieser besonders jungen Altersgruppe gaben sogar an, regelmäßig Cannabis zu sich zu nehmen. Unter jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren fielen die Anteile derjenigen, die bereits Konsumerfahrungen mit Cannabis hatten, im Alkoholsurvey noch deutlich höher aus. So gaben 33,8 Prozent der Befragten in dieser Altersgruppe an, Cannabis bereits ein Mal zu sich genommen zu haben, 16,8 Prozent hatten dies in den letzten zwölf Monaten und 6,6 Prozent in den letzten 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt getan. 4 Prozent der jungen Erwachsenen gaben sogar an, regelmäßig Cannabis zu konsumieren (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, 2018).

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 31. Mai 2019 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Die politische Diskussion über neue Bestimmungen für eine kontrollierte Freigabe von Cannabis als Genussmittel für Erwachsene hat sich in den letzten Jahren intensiviert. So schlossen sich bis November 2015 deutschlandweit 123 Strafrechtsprofessoren einer Resolution an die Mitglieder des Deutschen Bundestages an, in der eine Überprüfung der Wirksamkeit des bestehenden Betäubungsmittelgesetzes gefordert wurde (<http://schildower-kreis.de/resolution-deutscher-strafrechtsprofessorinnen-und-professoren-an-die-abgeordneten-des-deutschen-bundestages/>). Allein im letzten Jahr setzten sich die Fraktionen der FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE. im Deutschen Bundestag mit jeweils unterschiedlichen Initiativen für eine Neuregulierung des Umgangs mit Cannabis für Erwachsene ein. Während die Fraktion der FDP Cannabis-Modellprojekte ermöglichen wollte (Bundestagsdrucksache 19/515), legte die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Entwurf für ein Cannabiskontrollgesetz vor (Bundestagsdrucksache 19/819) und auch die Fraktion DIE LINKE. forderte in einem Entschließungsantrag (Bundestagsdrucksache 19/832) einen progressiveren Umgang mit Cannabis. Die drei Fraktionen waren sich dabei weitgehend einig, dass eine regulierte Freigabe von Cannabis als Genussmittel für Erwachsene bei angemessener Umsetzung zu einer Verbesserung des Jugendschutzes beitragen könne und mit erhöhten Anstrengungen zu Suchtprävention und Suchtbehandlung einhergehen müsse – insbesondere bei und von Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen. Schließlich ist und bleibt Cannabis eine Droge, die nach dem Konsum Einfluss auf Kognition, Emotion und Motivation eines Konsumenten haben kann. Chronischer Konsum kann zudem zu verminderten Hirn- und Gedächtnisleistungen, psychischen Störungen und körperlicher sowie psychischer Abhängigkeit führen. Laut Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung (2018) ist davon auszugehen, dass 17 Prozent der Cannabiskonsumenten, die bereits im Jugendalter mit dem Konsum begonnen haben, eine Abhängigkeit entwickeln. Wird Cannabis täglich konsumiert, steigt der Anteil der Abhängigen sogar – je nach Studie – auf 25 bis 50 Prozent der Konsumenten (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, 2018). Tatsächlich ist der Anteil der Menschen mit einer cannabisbezogenen Störung an der Gesamtbevölkerung sehr gering. In der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen bei etwa 1 Prozent (0,5 Prozent Cannabis-Missbrauch, 0,5 Prozent Cannabis-Abhängigkeit; Kurzbericht Cannabis: Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis), 2017).

Gerade bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen sind häufiger Cannabiskonsum und eine ausgeprägte Cannabisabhängigkeit – nicht unbedingt in jedem Einzelfall, aber auf gesamtgesellschaftlicher Ebene – nachweislich mit psychosozialen und volkswirtschaftlichen Folgen verbunden. So brechen junge Menschen, die häufig Cannabis konsumieren, eher die Schule ab, schaffen seltener den Sprung an die Hochschule und erlangen mit geringerer Wahrscheinlichkeit einen akademischen Abschluss. Diese negativen Folgen sind vor allem bei Jugendlichen zu erkennen, die über Jahre hinweg viel Cannabis konsumieren und mit dem Konsum bereits vor dem 15. Lebensjahr begonnen haben. Insgesamt beziffert die Bundesregierung den durch Cannabiskonsum verursachten ökonomischen Schaden auf etwa 975 Mio. Euro pro Jahr. Dabei nicht berücksichtigt sind weitere Zusatzkosten etwa durch Tabakkonsum, die medizinische Behandlung von Cannabiskonsumenten und deren verringerte Produktivität (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, 2018).

In der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung (2012) forderte das FDP-geführte Bundesministerium für Gesundheit, dass Ratsuchende und Drogenabhängige einen Anspruch auf maßgeschneiderte Hilfsangebote haben müssen. Nach Ansicht der Fragesteller sollte dies insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene gelten, die regelmäßig Cannabis konsumieren oder bereits eine cannabisbezogene Störung haben – und gerade dann, wenn sie von sich aus soziale oder medizinische Hilfestellung suchen. Nicht zuletzt deshalb hat sich auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. anlässlich der anhaltenden politischen Debatte über eine kontrollierte Freigabe

von Cannabis als Genussmittel für Erwachsene erst kürzlich in einem Positionspapier zur Cannabispolitik in besonderer Weise mit dem Schutz Minderjähriger befasst (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2017).

Vorbemerkung der Bundesregierung:

Die Bundesregierung stellt die negativen gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen, die der regelmäßige Cannabiskonsum insbesondere für Jugendliche und Heranwachsende haben kann, immer wieder in den Mittelpunkt ihrer Argumentation. Zuletzt hat die durch die Bundesregierung geförderte CaPRis-Studie die möglichen Risiken, die mit dem Konsum von Cannabis gerade in jungen Jahren einhergehen, umfassend aufgearbeitet. Entsprechend verfolgt die Bundesregierung das Ziel, mit ihrer Drogen- und Suchtpolitik insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene vom Cannabiskonsum abzuhalten, den Einstieg hinauszuzögern, bereits konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene über die Risiken aufzuklären, den Konsum zu reduzieren und frühzeitig in Beratung bzw. Behandlung zu vermitteln.

Das Informationsportal www.drugcom.de sowie das darauf verlinkte Reduktions- und Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verfolgen das Anliegen, über die Wirkung und Risiken des Cannabiskonsums zu informieren, (selbst-)kritische Einstellungen gegenüber dem Konsum zu fördern und den problematischen Konsum zu senken. Zur Intensivierung der cannabisbezogenen Präventionsmaßnahmen stehen seit 2018 im Bundeshaushalt für die BZgA weitere Mittel zur Verfügung. Ergänzend dazu nutzt die Bundesregierung die Mittel der Ressortforschung, um cannabispezifische Projekte und Programme für die deutsche Versorgungslandschaft zu adaptieren oder neu zu entwickeln und anschließend zu implementieren. Damit hat die Bundesregierung in der Vergangenheit zur Bereitstellung der Grundlagen zur Beratung und zur frühzeitigen Intervention bei riskantem Cannabiskonsum sowie zur Behandlung cannabisbezogener Störungen beigetragen. Diese Angebote, zu denen unter anderem FreD, CAN Stop, Realize-it oder INCANT gehören, haben sich deutschlandweit in der Suchthilfe etabliert – insbesondere auch, um die besonderen Bedarfe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu decken. Personen, die wegen einer eigenen cannabisbezogenen Störung oder wegen der eines Angehörigen Hilfe suchen, können über die Einrichtungssuche der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen deutschlandweit wohnortnahe Beratungs- und Behandlungsangebote finden: <https://www.dhs.de/einrichtungssuche.html>.

1. Wie hoch schätzt die Bundesregierung aktuell die Zahl der minderjährigen Cannabiskonsumierenden in Deutschland, und wie hat sich deren Anzahl jährlich seit 2009 entwickelt?

Nach den Befunden des Alkoholsurveys 2016, den zurzeit aktuellsten vorliegenden Zahlen, kann der Prozentsatz Cannabis konsumierender 12- bis 17-Jähriger auf 6,9 Prozent geschätzt werden (95%-Konfidenzintervall: 5,9 bis 8,1 Prozent). Als Konsument bzw. Konsumentin werden dabei diejenigen eingestuft, die in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal Cannabis konsumiert haben (12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums). Hochgerechnet auf die 12- bis 17-jährige Bevölkerung in Deutschland ergibt das für das Jahr 2016 rund 324 000 Konsumierende im Alter von 12 bis 17 Jahren (95 Prozent-Konfidenzintervall: 275 000 bis 381 000).

Nachfolgende Tabelle gibt einen detaillierten Überblick über die Prävalenzschätzungen (12-Monats-Prävalenz) und Hochrechnungen aller BZgA-Studien zum Cannabiskonsum Jugendlicher im Zeitraum 2008 bis 2016:

Studie	Prävalenzschätzung	Hochrechnung
	Prozent (95%-Konfidenzintervall)	Anzahl (95%-Konfidenzintervall)
Drogenaffinitätsstudie 2008	6,6 (5,4 - 8,2)	336.457 (272.284 - 414.450)
Alkoholsurvey 2010	5,0 (4,1 - 6,0)	241.195 (198.710 - 292.194)
Drogenaffinitätsstudie 2011	4,6 (3,7 - 5,5)	219.260 (180.378 - 266.043)
Alkoholsurvey 2012	5,6 (4,6 - 6,8)	265.983 (219.253 - 321.964)
Alkoholsurvey 2014	7,7 (6,6 - 9,1)	366.192 (311.617 - 429.396)
Drogenaffinitätsstudie 2015	6,6 (5,5 - 7,8)	308.664 (259.510 - 366.358)
Alkoholsurvey 2016	6,9 (5,9 - 8,1)	323.875 (274.701 - 381.093)

2. Welche Präventionsmaßnahmen bietet die Bundesregierung für Minderjährige im Bereich Cannabis und Cannabismissbrauch, und welche Erfolge kann sie in der Reduzierung des Cannabiskonsums bei Minderjährigen vorweisen?

Seit 2001 bietet die BZgA mit dem Internetportal www.drugcom.de umfassende und qualitätsgesicherte Informationen zu legalen und illegalen Substanzen, u. a. zu Cannabis. Für Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre, die gelegentlich oder regelmäßig Drogen konsumieren, bietet www.drugcom.de den Selbsttest „Cannabis Check“, mit dem das eigene Konsumverhalten für Cannabis überprüft werden kann. Ziel ist, zu einer kritischen Reflexion des Konsums anzuregen und im zweiten Schritt zu einer Verhaltensänderung zu motivieren.

Seit 2004 ist das Online-Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ in die Internetplattform www.drugcom.de integriert. Teilnehmende können sich hier unkompliziert und anonym anmelden und werden von professionellen und geschulten Beraterinnen und Beratern bei der Reduzierung oder dem Ausstieg aus dem Cannabiskonsum unterstützt. Zentrales Ziel ist, dass die Nutzenden ihren Cannabis-Konsum innerhalb von 50 Tagen signifikant reduzieren. Seit Beginn haben mehr als 7 000 Personen von diesem Angebot profitiert. Das Ausstiegsprogramm wird seit 2006 in Kooperation mit regionalen Drogenberatungsstellen durchgeführt. Mit einer Kontrollgruppenstudie (2006 bis 2008) wurde untersucht, welche Effekte „Quit the Shit“ erzielt. Der abschließende Ergebnisbericht zeigt, dass eine komplette Programmnutzung von mindestens 45 Tagen mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert ist, den Cannabiskonsum zu senken. Seit 2017 ist es möglich, an einem verkürzten 28 Tage-Programm mit der Option einer 14-tägigen Verlängerung teilzunehmen und auf den persönlichen Aufnahmechat mit Beratern zu verzichten. In einer weiteren Kontrollgruppenstudie (2014 bis 2016) konnte gezeigt werden, dass diese Änderungen die Wirksamkeit des Programms nicht beeinträchtigen.

Mit mehr als 150 000 Besuchenden pro Monat gehört www.drugcom.de in Deutschland zu den am häufigsten besuchten Internetseiten im Bereich der Suchtprävention. Anfang 2018 wurde www.drugcom.de um einen YouTube-Kanal ergänzt, auf dem sich kurze Erklärvideos befinden, u. a. auch zur Cannabisprävention.

Neben den suchtpreventiven Angeboten der BZgA auf www.drugcom.de und dem Online-Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ können sich Betroffene an die örtlichen Sucht- und Drogenberatungsstellen wenden. Diese sind über die Website der BZgA zu finden.

Darüber hinaus sind diverse Printmedien zum Thema Cannabis über die BZgA verfügbar:

- Schule und Cannabis – Leitfaden für Schulen und Lehrkräfte (BZgA, 2018)
- Der Cannabiskonsum von Jugendlichen als Herausforderung für die pädagogische Arbeit (BZgA, 2016)
- Cannabis. Basisinformationen. (DHS, 2017)
- Kiffen ist riskant. Ein Heft in leichter Sprache. (DHS, 2017)
- Cannabis. Die Sucht und ihre Stoffe. (DHS, 2017)

Die Strategie zur Cannabisprävention im Jugendalter wird im Austausch mit bundesweiten Ansprechpartnern kontinuierlich weiterentwickelt. Aktuell liegt der Fokus auf dem Ausbau der schulischen Cannabisprävention. In einer wissenschaftlichen Bestandsaufnahme der Cannabisprävention an Schulen durch die Ludwig-Maximilians-Universität München im Auftrag der Bundesregierung wurde festgestellt, dass in Deutschland, aber auch international, ein Mangel an evidenzbasierten schulischen Präventionsprogrammen zum Thema „Cannabis“ besteht. Vor diesem Hintergrund werden ab Juli 2019 zwei bislang regional implementierte Präventionsprogramme – der „Stark statt breit“-Methodenkoffer aus Nordrhein-Westfalen und der Parcours „Cannabis - Quo vadis“ aus Baden-Württemberg – mit einer Zuwendung der BZgA auf Wirksamkeit, Optimierungspotential und eine bundesweite Transferfähigkeit evaluiert.

3. Wie hoch schätzt die Bundesregierung aktuell die Zahl der minderjährigen Jugendlichen mit Cannabissucherkrankung in Deutschland (bitte nach Alter und Geschlecht differenzieren)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

4. Wie hoch schätzt die Bundesregierung aktuell die Zahl der jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissuchterkrankung in Deutschland (bitte nach Alter und Geschlecht differenzieren)?

Die Zahl der jungen Erwachsenen mit einer Cannabis-Suchterkrankung kann auf Basis der Angaben im Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2012 und der Bevölkerungsstatistik für das Jahr 2012 wie folgt geschätzt werden:

ESA 2012	Altersgruppen	
	18-20	21-24
Gesamt		
Missbrauch	38.775 (1,5 %)	92.637 (2,3 %)
Abhängigkeit	35.632 (1,3 %)	57.403 (1,4 %)
Männer		
Missbrauch	31.018 (2,3 %)	72.968 (3,5 %)
Abhängigkeit	24.102 (1,8 %)	35.196 (1,7 %)
Frauen		
Missbrauch	7.757 (0,6 %)	19.669 (1,0 %)
Abhängigkeit	11.530 (0,9 %)	22.207 (1,1 %)

5. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung bezüglich der alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenz- und Inzidenzraten von Cannabissuchterkrankung in Deutschland vor?
- Wie hoch sind die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenz- und Inzidenzraten von Cannabissuchterkrankung bei minderjährigen Jugendlichen?
 - Wie hoch sind die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenz- und Inzidenzraten von Cannabissuchterkrankung bei jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr?

Für minderjährige Jugendliche liegen der Bundesregierung keine Daten zur Prävalenz oder Inzidenz von Cannabis-Suchterkrankungen vor.

Der Bundesregierung liegen keine Daten zu den Inzidenzen von Cannabis-Suchterkrankungen bei jungen Erwachsenen vor. Für die Prävalenzdaten wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

6. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich der geographischen Verteilung von Cannabissuchterkrankung bei minderjährigen Jugendlichen in Deutschland vor?
- In welchen Bundesländern gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung die jeweils höchsten und niedrigsten Prävalenz- und Inzidenzraten für minderjährige Jugendliche mit Cannabissuchterkrankung?
 - In welchen Städten und/oder Kommunen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung die jeweils höchsten und niedrigsten Prävalenz- und Inzidenzraten für minderjährige Jugendliche mit Cannabissuchterkrankung?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

7. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich der geographischen Verteilung von Cannabissucherkrankung bei jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr in Deutschland vor?
- In welchen Bundesländern gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung die jeweils höchsten und niedrigsten Prävalenz- und Inzidenzraten für junge Erwachsene bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissucherkrankung?
 - In welchen Städten und/oder Kommunen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung die jeweils höchsten und niedrigsten Prävalenz- und Inzidenzraten für junge Erwachsene bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissucherkrankung?

Daten zur Prävalenz liegen der Bundesregierung nur aus den wenigen Bundesländern vor, die für ihr Land einen ESA-Länderbericht in Auftrag gegeben und veröffentlicht haben. Somit ist kein bundesweiter Vergleich möglich. Die zur Verfügung stehenden Länderberichte können der Webseite www.esa-survey.de entnommen werden.

8. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich Anzahl von und Anteil an minderjährigen Jugendlichen mit Cannabissucherkrankung vor, die sich diesbezüglich derzeit in Behandlung befinden oder sich innerhalb der letzten zwei Jahre in Behandlung befunden haben, und wie hat sich deren Anzahl jeweils seit 2009 entwickelt?
- Wie hoch waren dabei Anzahl und Anteil ambulanter Behandlungen?

Hierzu liegen der Bundesregierung Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) sowie seitens der Deutschen Rentenversicherung (DRV) vor. Die Daten beziehen sich auf Minderjährige, die sich im jeweiligen Jahr aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide-bezogene Störung (F12-Diagnose) in ambulanter Behandlung befanden:

Berichtsjahr	DSHS		DRV	
	Anzahl	Anteil an allen ambulanten Behandlungen aufgrund der Hauptdiagnose F12 in %	Anzahl	Anteil an allen ambulanten Behandlungen aufgrund der Hauptdiagnose F12 in %
2009	2.658	13,0	k. A.	k. A.
2010	2.842	13,5	0	0
2011	2.839	13,8	0	0
2012	3.441	14,9	0	0
2013	4.630	18,0	0	0
2014	5.318	19,1	0	0
2015	5.453	18,6	0	0
2016	5.513	18,5	0	0
2017*	5.490	19,3	0	0

* Seit 2017 erfolgt die Dokumentation in der DSHS mit dem neuen KDS 3.0 (Kerndatensatz) – dadurch ist dieses Jahr nicht direkt mit den Vorjahren vergleichbar.

b) Wie hoch waren dabei Anzahl und Anteil stationärer Behandlungen?

Hierzu liegen der Bundesregierung Daten aus der Krankenhausdiagnosestatistik (KHStat), der DSHS sowie seitens der DRV vor. Die Daten beziehen sich auf Minderjährige, die sich im jeweiligen Jahr aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide-bezogene Störung (F12-Diagnose) in stationärer Behandlung befanden:

Berichts- jahr	KHStat		DSHS		DRV	
	Anzahl	Anteil an allen stationären Behandlungen aufgrund der Hauptdiagnose F12 in %	Anzahl	Anteil an allen stationären Behandlungen aufgrund der Hauptdiagnose F12 in %	Anzahl	Anteil an allen stationären Behandlungen aufgrund der Hauptdiagnose F12 in %
2009	1138	15,7	36	2,0	k. A.	k. A.
2010	1256	15,4	45	2,0	2	0,0
2011	1409	15,5	47	2,2	5	0,1
2012	1810	17,8	47	1,8	11	0,2
2013	1990	17,0	70	2,4	4	0,1
2014	2706	17,9	77	2,3	18	0,3
2015	2901	16,9	89	2,3	18	0,3
2016	2485	14,2	66	1,7	7	0,1
2017*	2601	13,9	71	2,5	14	0,2

* Seit 2017 erfolgt die Dokumentation in der DSHS mit dem neuen KDS 3.0 (Kerndatensatz) – dadurch ist dieses Jahr nicht direkt mit den Vorjahren vergleichbar.

c) Wie hoch waren dabei Anzahl und Anteil stationärer Behandlungen, denen eine ambulante Behandlung vorausging?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

9. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich Anzahl von und Anteil an jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabis-suchterkrankung vor, die sich diesbezüglich derzeit in Behandlung befinden oder sich innerhalb der letzten zwei Jahre in Behandlung befunden haben?

a) Wie hoch waren dabei Anzahl und Anteil ambulanter Behandlungen?

Hierzu liegen der Bundesregierung Daten aus der DSHS sowie seitens der DRV vor. Die Daten beziehen sich auf 18 bis 24-Jährige bzw. 18 bis 25-Jährige für die DRV-Angaben, die sich im jeweiligen Jahr aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide-bezogene Störung (F12-Diagnose) in ambulanter Behandlung befanden:

Berichtsjahr	DSHS		DRV	
	Anzahl	Anteil an allen Behandlungen in %	Anzahl	Anteil an allen Behandlungen in %
2009	10.375	50,6	k. A.	k. A.
2010	10.091	48,0	12	4,7
2011	9.306	45,3	18	6,3
2012	9.973	43,2	18	5,5
2013	10.573	41,1	18	5,5
2014	11.118	39,8	20	6,5
2015	11.553	39,5	23	5,8
2016	11.526	38,7	32	5,7
2017*	10.885	38,3	55	6,7

* Seit 2017 erfolgt die Dokumentation in der DSHS mit dem neuen KDS 3.0 (Kerndatensatz) – dadurch ist dieses Jahr nicht direkt mit den Vorjahren vergleichbar.

b) Wie hoch waren dabei Anzahl und Anteil stationärer Behandlungen?

Hierzu liegen der Bundesregierung Daten aus der KHStat, der DSHS sowie seitens der DRV vor. Die Daten beziehen sich auf 18 bis 24-Jährige bzw. 18 bis 25-Jährige für die DRV-Angaben, die sich im jeweiligen Jahr aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide-bezogene Störung (F12-Diagnose) in stationärer Behandlung befanden:

Berichtsjahr	KHStat		DSHS		DRV	
	Anzahl	Anteil an allen Behandlungen in %	Anzahl	Anteil an allen Behandlungen in %	Anzahl	Anteil an allen Behandlungen in %
2009	3484	48,0	892	49,3	k. A.	k. A.
2010	3924	48,2	1.064	47,6	784	17,6
2011	4278	47,0	948	44,8	947	18,0
2012	4313	42,5	1.087	42,7	952	16,3
2013	4836	41,3	1.156	39,5	815	14,0
2014	5929	39,1	1.350	40,1	782	12,3
2015	6504	37,9	1.457	37,4	733	11,6
2016	6730	38,5	1.294	33,2	675	11,0
2017*	7156	38,2	1.060	36,6	720	11,4

* Seit 2017 erfolgt die Dokumentation in der DSHS mit dem neuen KDS 3.0 (Kerndatensatz) – dadurch ist dieses Jahr nicht direkt mit den Vorjahren vergleichbar.

c) Wie hoch waren dabei Anzahl und Anteil stationärer Behandlungen, denen eine ambulante Behandlung vorausging?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

10. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich der Anzahl der in den letzten zwei Jahren erfolgreich abgeschlossenen Behandlungen wegen Cannabissucherkrankung bei minderjährigen Jugendlichen vor, und wie hoch ist demnach der Anteil der in den letzten zwei Jahren erfolgreich abgeschlossenen Behandlungen wegen Cannabissucherkrankung bei minderjährigen Jugendlichen an allen in den letzten zwei Jahren begonnenen Behandlungen wegen Cannabissucherkrankung bei minderjährigen Jugendlichen?
- Wie fallen die entsprechenden Angaben für ambulante Behandlungen aus?
 - Wie fallen die entsprechenden Angaben für stationäre Behandlungen aus?
 - Wie fallen die entsprechenden Angaben für stationäre Behandlungen aus, denen eine ambulante Behandlung vorausging?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

11. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich der Anzahl der in den letzten zwei Jahren erfolgreich abgeschlossenen Behandlungen wegen Cannabissucherkrankung bei jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr vor, und wie hoch ist demnach der Anteil der in den letzten zwei Jahren erfolgreich abgeschlossenen Behandlungen wegen Cannabissucherkrankung bei jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr an allen in den letzten zwei Jahren begonnenen Behandlungen wegen Cannabissucherkrankung bei jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr?
- Wie fallen die entsprechenden Angaben für ambulante Behandlungen aus?
 - Wie fallen die entsprechenden Angaben für stationäre Behandlungen aus?
 - Wie fallen die entsprechenden Angaben für stationäre Behandlungen aus, denen eine ambulante Behandlung vorausging?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

12. Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung hinsichtlich der föderalen und regionalen Versorgungssituation im Zusammenhang mit spezifischen Angeboten zur Behandlung von Cannabissucherkrankung bei minderjährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr?
- In welchen Bundesländern gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung und bezogen auf die Anzahl minderjähriger Jugendlicher mit Cannabissucherkrankung die wenigsten bzw. die meisten zielgruppenspezifischen Behandlungsangebote?
 - In welchen Bundesländern gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung und bezogen auf die Anzahl junger Erwachsener bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissucherkrankung die wenigsten bzw. die meisten zielgruppenspezifischen Behandlungsangebote?
 - In welchen Bundesländern gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung und bezogen auf den Anteil der erfolgreich behandelten minderjährigen Jugendlichen mit Cannabissucherkrankung die erfolgreichsten zielgruppenspezifischen Behandlungsangebote?
 - In welchen Bundesländern gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung und bezogen auf den Anteil der erfolgreich behandelten jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissucherkrankung die erfolgreichsten zielgruppenspezifischen Behandlungsangebote?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

13. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die durchschnittliche Länge der Wartezeit vor, die minderjährige Jugendliche mit Cannabissucherkrankung, die eine Behandlung beginnen möchten, auf sich nehmen müssen, und wie hoch ist der Anteil derjenigen minderjährigen Jugendlichen mit Cannabissucherkrankung, die nach Ende der Wartezeit bzw. zum möglichen Behandlungsbeginn die Bereitschaft zur Aufnahme einer Behandlung verloren haben?
- Wie gestaltet sich dies hinsichtlich ambulanter Behandlungsangebote?
 - Wie gestaltet sich dies hinsichtlich stationärer Behandlungsangebote?
 - Wie gestaltet sich dies im Hinblick auf stationäre Behandlungsangebote, denen eine ambulante Behandlung vorausging?
 - Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung im Hinblick auf die durchschnittliche Wartezeit für die Aufnahme einer ambulanten und/oder stationären Behandlung von minderjährigen Jugendlichen mit Cannabissucherkrankung seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen bestimmte Vorlaufs- oder Wartefristen, und wenn ja, warum?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

14. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die durchschnittliche Länge der Wartezeit vor, die junge Erwachsene bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissucherkrankung, die eine Behandlung beginnen möchten, auf sich nehmen müssen, und wie hoch ist der Anteil derjenigen jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissucherkrankung, die nach Ende der Wartezeit bzw. zum möglichen Behandlungsbeginn die Bereitschaft zur Aufnahme einer Behandlung verloren haben?
- Wie gestaltet sich dies hinsichtlich ambulanter Behandlungsangebote?
 - Wie gestaltet sich dies hinsichtlich stationärer Behandlungsangebote?
 - Wie gestaltet sich dies im Hinblick auf stationäre Behandlungsangebote, denen eine ambulante Behandlung vorausging?
 - Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung im Hinblick auf die durchschnittliche Wartezeit für die Aufnahme einer ambulanten und/oder stationären Behandlung von jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissucherkrankung seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen bestimmte Vorlaufs- oder Wartefristen, und wenn ja, warum?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

15. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Vor- und Nachteile ambulanter und stationärer Behandlung minderjähriger Jugendlicher mit Cannabissucherkrankung vor, und wie beurteilt sie vor diesem Hintergrund die zu den vorherigen Fragen genannten empirischen Daten zu begonnenen und erfolgreich abgeschlossenen ambulanten und stationären Behandlungen aus gesundheitspolitischer Perspektive?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

16. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Vor- und Nachteile ambulanter und stationärer Behandlung junger Erwachsener bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissucherkrankung vor, und wie beurteilt sie vor diesem Hintergrund die zu den vorherigen Fragen genannten empirischen Daten zu begonnenen und erfolgreich abgeschlossenen ambulanten und stationären Behandlungen aus gesundheitspolitischer Perspektive?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

17. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob die jeweils behandelnden Ärzte und Therapeuten eine stationäre Behandlung minderjähriger Jugendlicher mit Cannabissucherkrankung aus medizinischer Sicht gegenüber einer ambulanten Behandlung bevorzugen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

18. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob die jeweils behandelnden Ärzte und Therapeuten eine stationäre Behandlung junger Erwachsener bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissucherkrankung aus medizinischer Sicht gegenüber einer ambulanten Behandlung bevorzugen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

19. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob die gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen eine ambulante Behandlung minderjähriger Jugendlicher mit Cannabissucherkrankung aus gesundheitspolitischer Sicht gegenüber einer stationären Behandlung bevorzugen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

20. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob die gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen eine ambulante Behandlung junger Erwachsener bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissucherkrankung aus gesundheitspolitischer Sicht gegenüber einer stationären Behandlung bevorzugen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

21. Bei welcher Anzahl der Cannabissuchtbehandlungen von Minderjährigen haben nach Kenntnis der Bundesregierung die Kostenträger aus welchen Gründen die Kostenübernahme jeweils in den Jahren 2008 bis 2018 verweigert?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

22. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen entgegen der medizinischen Empfehlung der behandelnden Ärzte die Kostenübernahme für beantragte, verordnete oder sogar bereits durchgeführte stationäre Behandlungen minderjähriger Jugendlicher mit Cannabissüchterkrankung im Vorfeld oder sogar im Nachhinein ablehnen bzw. abgelehnt haben?
- Wie viele derartige Fälle sind der Bundesregierung bekannt?
 - Wie viele derartige Fälle sind der Bundesregierung bekannt, in denen es zu einem Rechtsstreit zwischen dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Klinik und der gesetzlichen Krankenkasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen gekommen ist?
 - Wie viele derartige Fälle sind der Bundesregierung bekannt, in denen es zu einem Rechtsstreit zwischen dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Klinik und der gesetzlichen Krankenkasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen gekommen ist und in denen das Gericht der Behandlungsempfehlung des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Klinik gefolgt ist?
 - Wie bewertet die Bundesregierung diese Erkenntnisse aus gesundheits-, drogen- und jugendschutzpolitischer Perspektive?
23. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen entgegen der medizinischen Empfehlung der behandelnden Ärzte die Kostenübernahme für beantragte, verordnete oder sogar bereits durchgeführte stationäre Behandlungen junger Erwachsener bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissüchterkrankung im Vorfeld oder sogar im Nachhinein ablehnen bzw. abgelehnt haben?
- Wie viele derartige Fälle sind der Bundesregierung bekannt?
 - Wie viele derartige Fälle sind der Bundesregierung bekannt, in denen es zu einem Rechtsstreit zwischen dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Klinik und der gesetzlichen Krankenkasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen gekommen ist?
 - Wie viele derartige Fälle sind der Bundesregierung bekannt, in denen es zu einem Rechtsstreit zwischen dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Klinik und der gesetzlichen Krankenkasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen gekommen ist und in denen das Gericht der Behandlungsempfehlung des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Klinik gefolgt ist?
 - Wie bewertet die Bundesregierung diese Erkenntnisse aus gesundheits- und drogenpolitischer Perspektive?

Die Fragen 22 und 23 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zur Ablehnung stationärer Behandlungen minderjähriger Jugendlicher oder junger Erwachsener mit Cannabis-Süchterkrankungen entgegen der medizinischen Empfehlung der behandelnden Ärztinnen oder Ärzte liegen der Bundesregierung auch nach Nachfragen beim GKV-Spitzenverband und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen keine belastbaren Erkenntnisse vor.

24. Haben sich in den letzten fünf Jahren Ärzte oder Kliniken, die minderjährige Jugendliche oder junge Erwachsene bis zum 25. Lebensjahr mit Cannabissüchterkrankung behandeln, an die Bundesregierung gewandt, um darauf aufmerksam zu machen, dass die gesetzlichen Krankenkassen bzw. der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen entgegen ihrer medizinischen Empfehlung die Kostenübernahme für eine verordnete stationäre Behandlung der Cannabissüchterkrankung im Vorfeld oder sogar im Nachhinein abgelehnt haben, und wie hat sich die Bundesregierung hierzu positioniert?

Entsprechende Eingaben sind der Bundesregierung nicht bekannt.

25. Wie bewertet die Bundesregierung im Hinblick auf die Behandlung von Cannabissüchterkrankung bei minderjährigen Jugendlichen die Aussage „ambulante Behandlung vor stationärer Behandlung“?
26. Wie bewertet die Bundesregierung im Hinblick auf die Behandlung von Cannabissüchterkrankung bei jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr die Aussage „ambulante Behandlung vor stationärer Behandlung“?

Die Fragen 25 und 26 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Mit der Einführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker bzw. der Schaffung der Möglichkeit zur Kombinationsbehandlung von stationärer und ambulanter Rehabilitation war das Ziel verknüpft, individueller und bedarfsorientierter auf die jeweiligen Belange der Rehabilitanden eingehen zu können. Flexible Behandlungsmöglichkeiten sind nach Auffassung der Bundesregierung notwendig, um die Behandlung den Erfordernissen des Einzelfalls mit all seinen physischen, psychischen und sozialen Aspekten anzupassen. Entsprechend gilt gerade auch für Jugendliche und junge Erwachsene mit cannabisbezogenen Störungen die Notwendigkeit, die Wahl der Behandlung auf die Erfordernisse des Einzelfalls abzustimmen.

27. Welche generelle Strategie verfolgt die Bundesregierung, um im gesamten Bundesgebiet möglichst flächendeckende und zugleich möglichst erfolgreiche Angebote zur Behandlung minderjähriger Jugendlicher mit Cannabissüchterkrankung zu gewährleisten, und welche Reform- bzw. Veränderungsnotwendigkeiten sieht sie in diesem Zusammenhang?
28. Welche generelle Strategie verfolgt die Bundesregierung, um im gesamten Bundesgebiet möglichst flächendeckende und zugleich möglichst erfolgreiche Angebote zur Behandlung junger Erwachsener bis zu 25. Lebensjahr mit Cannabissüchterkrankung zu gewährleisten, und welche Reform- bzw. Veränderungsnotwendigkeiten sieht sie in diesem Zusammenhang?

Die Fragen 27 und 28 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung befürwortet, dass differenzierte und unterschiedlich abgestufte Beratungs- und Behandlungskonzepte zur Behandlung cannabisbezogener Störungen zur Verfügung stehen.

Sie hat daher in der Vergangenheit mehrere Projekte zur Entwicklung und Implementierung zur Beratung und Frühintervention bei und Behandlung von riskant Cannabiskonsumierenden bzw. -abhängigen gefördert und damit den Grundstein gelegt für die bundesweite Verfügbarkeit von Angeboten für Jugendliche und junge Erwachsene mit cannabisbezogenen Störungen. Die Ergebnisse stehen auf

der Internetseite des BMG zum Abruf bereit und wurden darüber hinaus in der Suchthilfelandtschaft verbreitet. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

29. Welche Maßnahmen unternimmt die Bundesregierung, um die Behandlung von Minderjährigen mit einer Cannabissüchterkrankung zu verbessern?

Mit der Förderung des Projektes INCANT durch die Bundesregierung, einem Therapieprogramm für Cannabisabhängige im Alter von 15 bis 20 Jahren, das den systemischen Familientherapieansatz verfolgt, wurde eine Behandlungsalternative für junge Cannabisabhängige positiv evaluiert und damit zur Anwendung zur Verfügung gestellt. Gerade bei jüngeren Jugendlichen mit komplexen Therapiebedarfen stellt die Studie diese Behandlung in der Praxis als vorteilhaft dar.

Zudem hat die Bundesregierung mit einer Förderung zur Entwicklung, Erprobung und Implementierung des ersten verhaltenstherapeutisch orientierten Entwöhnungsprogramms CANDIS, das auch speziell für Jugendliche und junge Erwachsene mit problematischem Cannabiskonsum anwendbar ist, beigetragen.

30. Was unternimmt die Bundesregierung gegen die steigenden Tetrahydrocannabinol-Werte (THC-Werte) im Schwarzmarkt-Cannabis?

Für die Strafverfolgungsbehörden stehen die Angebotsreduzierung und damit die Eindämmung aller verfügbaren illegalen Drogen im Fokus polizeilichen Handelns. Dabei werden im Rahmen der lagebedingten Betrachtung der Sicherstellungen von Cannabis sowohl die Preisentwicklungen als auch die Konzentration des Wirkstoffgehaltes mittels kriminaltechnischer Untersuchungen von Bund und Ländern beobachtet.

31. Wie bewertet die Bundesregierung den gesundheitspolitischen Stellenwert möglichst flächendeckender und möglichst erfolgreicher Angebote zur Behandlung von Cannabissüchterkrankung bei minderjährigen Jugendlichen vor dem Hintergrund, dass sich der in Cannabis enthaltene Tetrahydrocannabinol-Gehalt (THC) in den letzten 20 Jahren laut Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung verdreifacht habe?
32. Wie bewertet die Bundesregierung den gesundheitspolitischen Stellenwert möglichst flächendeckender und möglichst erfolgreicher Angebote zur Behandlung von Cannabissüchterkrankung bei jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr vor dem Hintergrund, dass sich der in Cannabis enthaltene Tetrahydrocannabinol-Gehalt (THC) in den letzten 20 Jahren laut Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung verdreifacht habe?

Die Fragen 31 und 32 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung ist daran gelegen, dass für alle Cannabisabhängigen flächendeckend effektive Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung stehen, insbesondere jedoch auch Angebote, die die besonderen Bedarfe von jungen Menschen decken. Daher hat sie mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln der Projektförderung dazu beigetragen, dass entsprechende Behandlungen entwickelt und implementiert werden. Auf die Antwort zu Frage 29 wird verwiesen.

33. Welche Kosten sind jeweils in den Jahren von 2008 bis 2018 für die Behandlung von Cannabissüchterkrankungen bei Minderjährigen an welcher Stelle bzw. in welchem Bereich der Sozialversicherungen nach Kenntnis der Bundesregierung angefallen?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über die Kosten, die zur Behandlung von cannabisbezogenen Störungen bei Minderjährigen angefallen sind, vor.

34. Wann wird die Bundesregierung den Drogen- und Suchtbericht 2019 veröffentlichen?

Der Drogen- und Suchtbericht 2019 erscheint voraussichtlich im Herbst 2019.