

# ***Stoffgebundene Süchte im Jugendalter***

***Dr. med. Jonathan Wolf***

Klinikum Stuttgart  
Zentrum für Seelische Gesundheit  
Kinder- und Jugendpsychiatrie

**Sommersemester 2024 04.06.2024**



Klinikum Stuttgart

# Falldarstellung

16;4 Jahre

Tatvorwurf: **versuchter Totschlag**

Suchtmittel:

- 8 a Rauchen
- 10-11 a Cannabis
- 11 a erstes Gras selbst gekauft
- 11-12 a Alkohol
- 15 ½ a Ecstasy, Amphetamine, MDMA
- 16 a Kokain probiert
- ab 15 a durchgängig konsumiert

# Einleitung

- **Einstiegsalter:** jüngere Altersgruppen
- Riskantere Konsumformen
- Osten an den Westen angeglichen

## 12-24-Jährige:

- 15 % behandlungsbedürftiger Alkoholmißbrauch
- + 6 % Missbrauch von illegalen Drogen

# Schon süchtig ???

- 3 Zigaretten am Tag?
- Betrunknen am Wochenende?
- Gelegenheitskiffen?
- 1x/Monat Kokain schnupfen?
- Mehrmals im Leben Ecstasy oder Pillen probiert?

# Symptomentwicklung

Progressiver Verlauf von Tabak  
über Alkohol zu Cannabis und illegalen Drogen???

**Vom Probieren zur Sucht?**

# Gateway Hypothese

- Selten ist ein Konsum „harter Drogen“ (Heroin, Kokain) ohne vorherigen Konsum von „Gateway-Substanzen“ (Cannabis).
- Der frühe Konsum von „Gateway-Substanzen“ führt zu einer höheren Wahrscheinlichkeit später „harte Drogen“ zu konsumieren.
- Die Verbindung von frühem Konsum und späterem Konsum soll kausal sein.

Kandel, 2002, „The Gateway Hypothesis Revisited.“ Pp. 365-72, in *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*, edited by Kandel. New York: Cambridge University Press.

# Einstiegsalter

- Nikotin 13 Jahre
- Alkohol 14 Jahre
- Cannabis 15-16 Jahre
  
- bis zum Alter von 17 Jahren haben 9 % THC probiert.
- bis zum Alter von 25 Jahren haben 36 % THC probiert.

# Definition 1: akute Intoxikation

## akute Intoxikation:

- Vorübergehender Zustand, nach Aufnahme von Substanzen
- Akute Störung oder Veränderung der körperlichen, psychischen oder Verhaltensfunktionen und –reaktionen
  
- Keine längerdauernden Probleme

## Wirkung dosisabhängig:

Beispiel Alkohol: wenig: anregende Wirkung  
höher: Erregung / Aggressivität  
sehr hoch: Sedierung



# Definitionen 2: schädlicher Gebrauch

## schädlicher Gebrauch:

Konsumverhalten, dass zu einer Gesundheitsschädigung führt

## Beispiele:

körperliche Störung (Hepatitis, Fettleber, Leberzirrhose)

psychische Störung (Depression)

# Definitionen 3: Abhängigkeitssyndrom

## Abhängigkeitssyndrom:

- Konsum hat Vorrang
- oft starker Wunsch, gelegentlich übermächtiger Wunsch

## 3 oder mehr der folgenden Kriterien, aufgetreten im letzten Jahr:

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit (Beginn, Beendigung oder Menge)
3. Substanzgebrauch, um Entzugssymptome zu mildern
4. Körperliche Entzugssymptome
5. Nachweis einer Toleranz (zunehmend höhere Dosen für die gleiche Wirkung nötig)
6. Eingeengtes Verhaltensmuster (Tendenz an Werktagen wie an Wochenendtagen zu konsumieren)
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen
8. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen

# Definitionen 4: Entzugssyndrom

## Entzugssyndrom:

- Symptomkomplex unterschiedlicher Zusammensetzung
- wechselnder Schweregrad
- bei absolutem oder relativen Entzug
- Einnahme vorher über längeren Zeitraum und/oder in hoher Dosierung
- Dauer zeitlich begrenzt

## körperliche Symptome:

- substanzabhängig (C2: Schwitzen, Unruhe, Tremor, Tachykardie, eventuell Krampfanfälle, Delir)

## psychische Symptome:

- Z.B. Angst, Depression, Schlafstörungen

# Definitionen 5: Komplikationen

## Psychotische Störung:

- während oder unmittelbar nach Substanzgebrauch
- lebhafte Halluzinationen (oft mehrere Sinnesgebiete)
- Personenverkennungen, Wahn, Beziehungsideen
- Erregung oder Stupor
- Rückgang innerhalb eines Monats (bis 6 Monate)  
vollständig

# Konsum in der Jugend, warum?

Probierverhalten (zeitlich begrenztes) Muster in der Pubertät

“Experimentieren”

Abgrenzung von den Eltern

- “Ankunft” im Erwachsenenalter
- Orientierung in der Peergroup
- cool sein            - Gruppendruck

Ausgleich für Stress

- im Alltag
- in der Schule

Selbstbelohnung

Triggern und Verstärken von angenehmen Gefühlen, Partylaune

Überwinden von sozialen Unsicherheiten und Ängsten

“Betäuben” und Vergessen von Konflikten

# Definition 6: Typen der Alkoholkrankheit

## Einteilung nach Jellineks (1951)

1. **Alpha-Typ** Problemtrinker, Erleichterungstrinker
2. **Beta-Typ** Gelegenheitstrinker
3. **Gamma-Typ** Rauschtrinker, Alkoholiker
4. **Delta-Typ** Pegeltrinker, Spiegeltrinker, Alkoholiker
5. **Epsilon-Typ** Quartalstrinker, Alkoholiker

# Definition 6: Typen der Alkoholkrankheit

## Einteilung nach Cloninger (1981)

1. **Typ-I-Alkoholismus** „milieugeprägter“ Alkoholismus. Männer und Frauen. Krankheit verschlimmert sich meist schnell. Häufig in Kombination mit Depressionen und Angststörungen. Geringe genetische Disposition.
2. **Typ-II-Alkoholismus** Ausschließlich Männer. Frühe Manifestation. Abusus üblicherweise mittelschwer. Mutter unauffällig, Vater Alkoholprobleme vor dem 25. LJ und neigt häufig zur Kriminalität. Betroffene zeigen oft asoziales Verhalten und hohe Risikobereitschaft. Wahrscheinlich Gene wesentlich entscheidender als die sozialen Faktoren.
3. **Typ-III-Alkoholismus (Hill, 1992)** Wie Typ-II, stark genetisch bedingt, jedoch keine antisoziale Komponente.

# Definition 7: Substanzklassen

## Einteilung nach Wirkung auf das ZNS

### 1. **Überwiegend sedierende Wirkung**

Alkohol, Opiate, Sedativa

### 2. **Stimulierende Eigenschaften**

Koffein, Nikotin, Amphetamine, Ecstasy, Kokain, Inhalanzien

### 3. **Halluzinogene**

Meskalin, Psylocybin, synthetische Halluzinogene

### 4. **Cannabinoide**

Zwischenstellung: sedierende, stimulierende und halluzinogene  
Eigenschaften



# Ätiologie und Pathogenese (1)

## Biologische Modelle

### Genetik

#### Epidemiologische Genetik (Alkohol):

#### **Genetische Prädisposition**

Männer: 50 %

Frauen: 25 %

**Die Ausprägung des Alkoholismus wird polygenetisch vermittelt.**

**Alkoholmißbrauch der Eltern -> hohes Risiko für die Kinder**

**(„Lernen am Modell“ und genetische Faktoren)**

# Persönlichkeitseigenschaften und Risiko(2)

## Risiko erhöht:

- Verhaltensstörungen
- Depressive Episoden
- hoher Neurotizismus-Score
- gestörtes Sozialverhalten
- ausgeprägte Abenteuerlust („novelty seeking“)
- Extraversion bei Frauen

# Genloci (3)

4 **Alkoholdehydrogenase** (Alkoholabbau)

11 **Dopamin-D4-Rezeptor / Tyrosinhydrogenase**

(bestimmt die Geschwindigkeit der Biosynthese  
von Dopamin, Noradrenalin, Adrenalin)

10 **Zytochrom-P-450-2E1-Gen** (methabolisiert Alkohol)

1

7

(2)

# deutlich erhöhtes Risiko(4)

## Risiko auf das 9-fache erhöht:

### **Söhne von Typ 2 - alkoholkranken Vätern**

#### Phänotyp:

- Alkoholismus vor dem 25. Lebensjahr
- Unfähigkeit zur Abstinenz
- aggressives Verhalten
- selten Kontrollverlust
- selten Schuldgefühle wegen der Abhängigkeit
- selten Furcht vor Abhängigkeit

# Ätiologie und Pathogenese (5)

## Biologische Modelle

### Reward-System

- löst ein Wohlgefühl aus
- fördert die Aufmerksamkeit
- unterstützt Lernvorgänge

### Erinnerungsspuren

- jede Substanzeinnahme hinterlässt Erinnerungsspuren
- aktivieren spezifische Lernprozesse

### Vulnerable Reifungsphase

- im Jugendalter

# Ätiologie und Pathogenese (6)

## Psychosoziale Modelle

Entwicklungspsychologisches Modell nach Silbereisen (1995, 1999)

- Substanzgebrauch v.a. soziale Erfahrung in der Jugendzeit
- fortgesetzter Missbrauch psychopathologische Merkmale

**Moffitt** (1993) 10 % der Population lebensgeschichtlich lang anhaltende Anpassungsstörungen mit Alkohol- und Drogenmissbrauch.

- in der Kindheit:
  - Aggressivität
  - Aufmerksamkeitsstörungen
  - Impulsivität
  - Frustrationsintoleranz

Bindungstheorie - unsicheres Bindungsverhalten / ängstlich-vermeidende und anklammernde Bindung

Aktuelle Langzeituntersuchungen: bereits im Kindergarten hohes „Sensation Seeking“

# Ätiologie und Pathogenese (7)

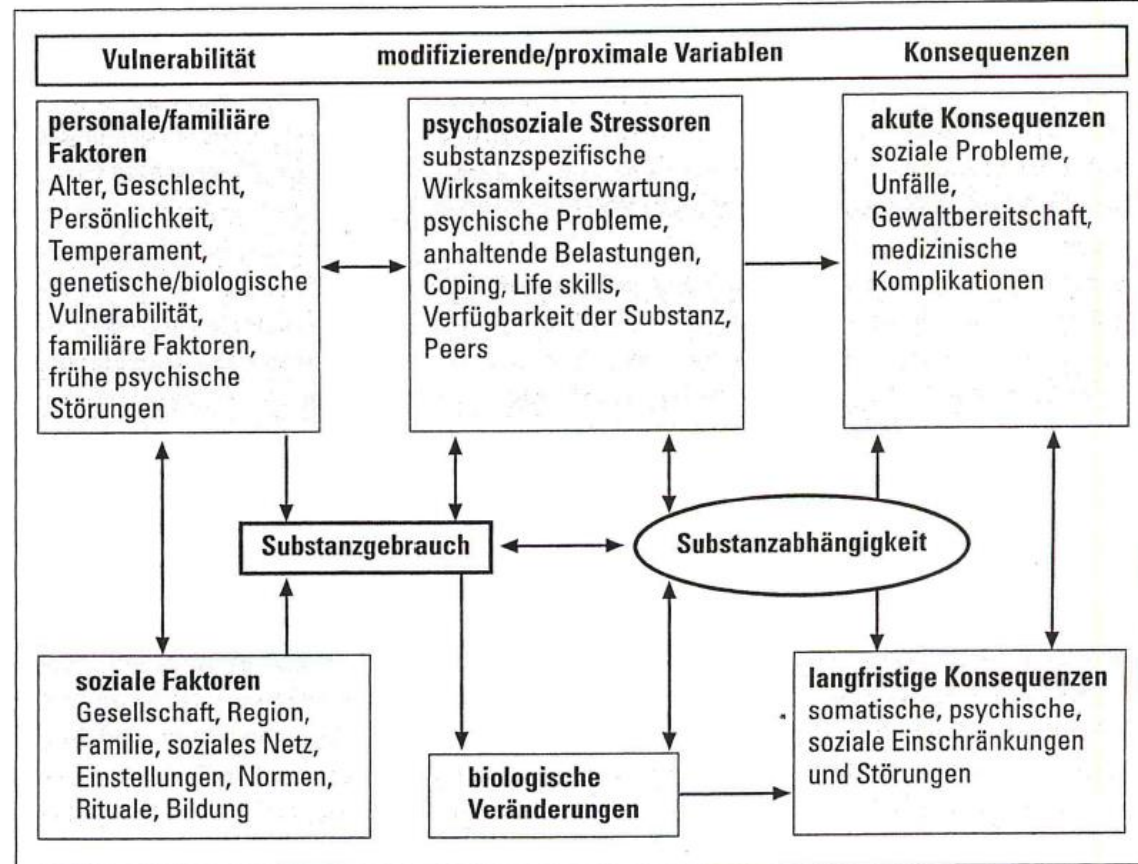


Abb. 5-50: Modell zur Entstehung von Substanzstörungen (mod. nach Klieb et al. 2000)

Aus: Entwicklungspsychiatrie, Schattauer, 2. Aufl.

# Vorurteile zum Alkoholkonsum

- Das Alkoholproblem wird immer größer
- Jugendliche trinken immer häufiger und früher
- Alkopops sind ein Problem
- „Koma-Saufen“ wird immer mehr



# Prävalenz (Erkrankungshäufigkeit)

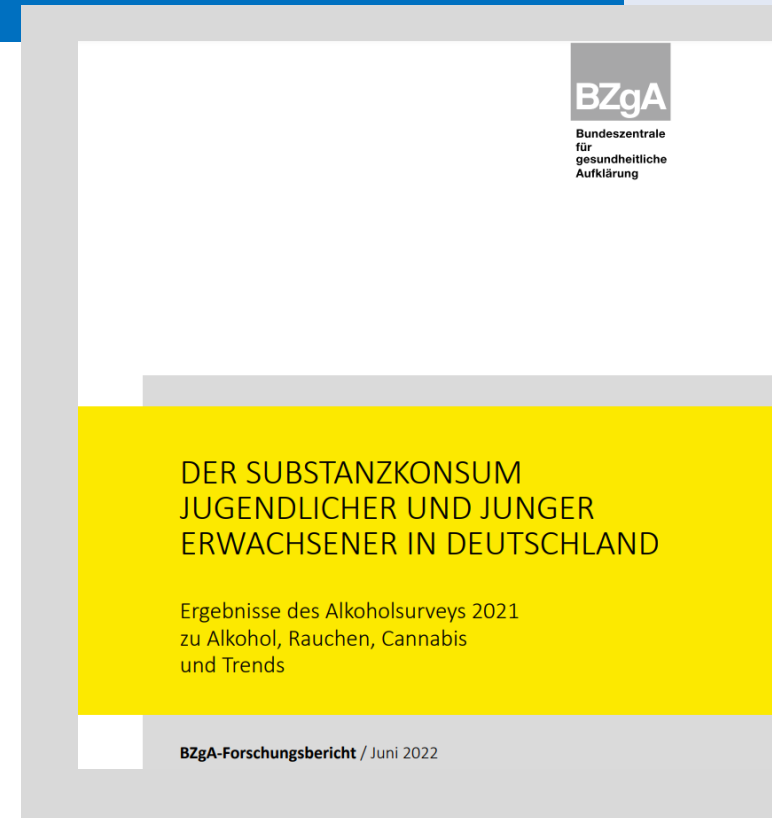
- **9 % der Jugendlichen betreiben regelmäßigen Alkoholmissbrauch**
- **4 % sind alkoholabhängig**

# häufig mit Alkohol verbunden:

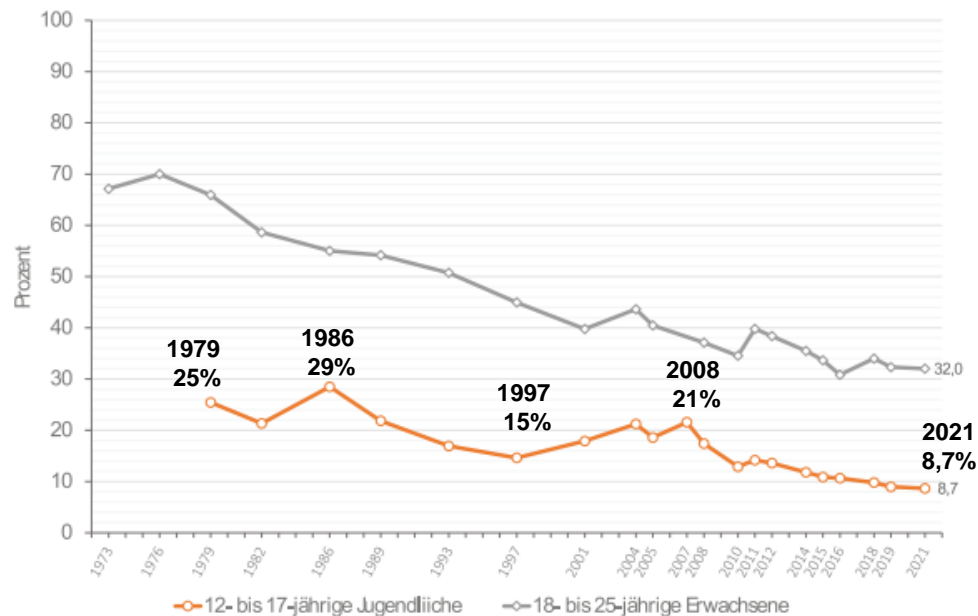
- **Verkehrsunfälle von Jugendlichen**
- **Suizide**
- **Straftaten bei Jugendlichen**

# Alkoholkonsum Jugendlicher 2021

- Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- N = 7002
- Alter 12 – 25 Jahre
- Computergestützte Telefoninterviews
- Ausschöpfungsquote 52,6 %
- Repräsentative Stichprobe der 12-25-jährigen Bevölkerung Deutschlands



# Trends des regelmäßigen Alkoholkonsums (1x/Wo.)

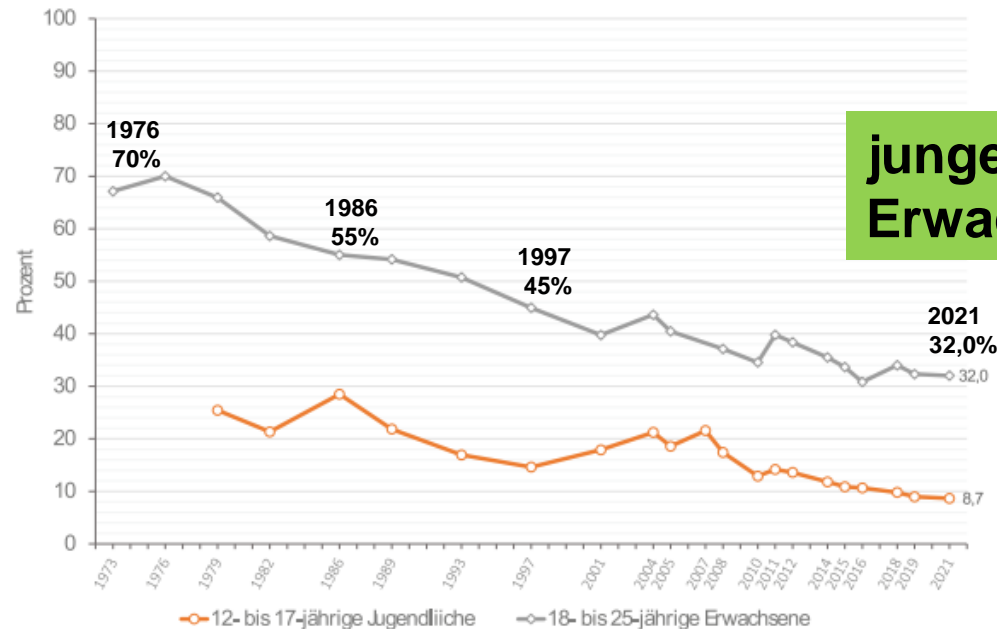


Jugendliche

Angaben in Prozent. 12- und 13-jährige Kinder wurden ab 1979 befragt. Ab 1993 einschließlich neuer Bundesländer. 1973 bis 1997: persönliche Interviews. 2001 bis 2014: telefonische Interviews über Festnetztelefon. 2015 bis 2021: telefonische Interviews über Festnetz- und Mobiltelefon. Die der Abbildung zugrunde liegenden Zahlen sind im Anhang in Tabelle 12 zu finden.

**ABBILDUNG 1:** Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums unter 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen 1973–2021

# Trends des regelmäßigen Alkoholkonsums



Angaben in Prozent. 12- und 13-jährige Kinder wurden ab 1979 befragt. Ab 1993 einschließlich neuer Bundesländer. 1973 bis 1997: persönliche Interviews. 2001 bis 2014: telefonische Interviews über Festnetztelefon. 2015 bis 2021: telefonische Interviews über Festnetz- und Mobiltelefon. Die der Abbildung zugrunde liegenden Zahlen sind im Anhang in Tabelle 12 zu finden.

**ABBILDUNG 1:** Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums unter 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen 1973–2021

# 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens (Binge-Trinkens)

- In den letzten 30 Tagen
- an einem Abend 5 Gläser Alkohol oder mehr hintereinander

[www.bzga.de/studien](http://www.bzga.de/studien)

# Regelmäßiger Konsum

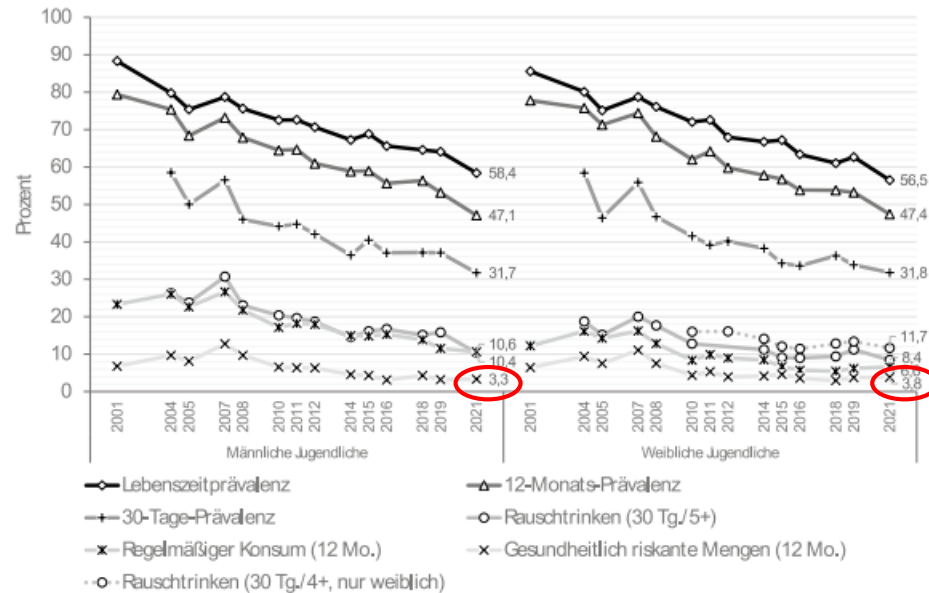
- in den letzten 12 Monaten
- mindestens 1x/Woche
- ein alkoholisches Getränk

# Konsum riskanter Alkoholmengen (1)

- Erwachsenenengrenzwerte, da keine Jugendlichengrenzwerte vorhanden
- Männer nicht mehr als 24 g Alkohol/Tag  
= 0,5-0,6 L Bier oder 0,25-0,3 L Wein
- Frauen nicht mehr als 12 g Alkohol/Tag



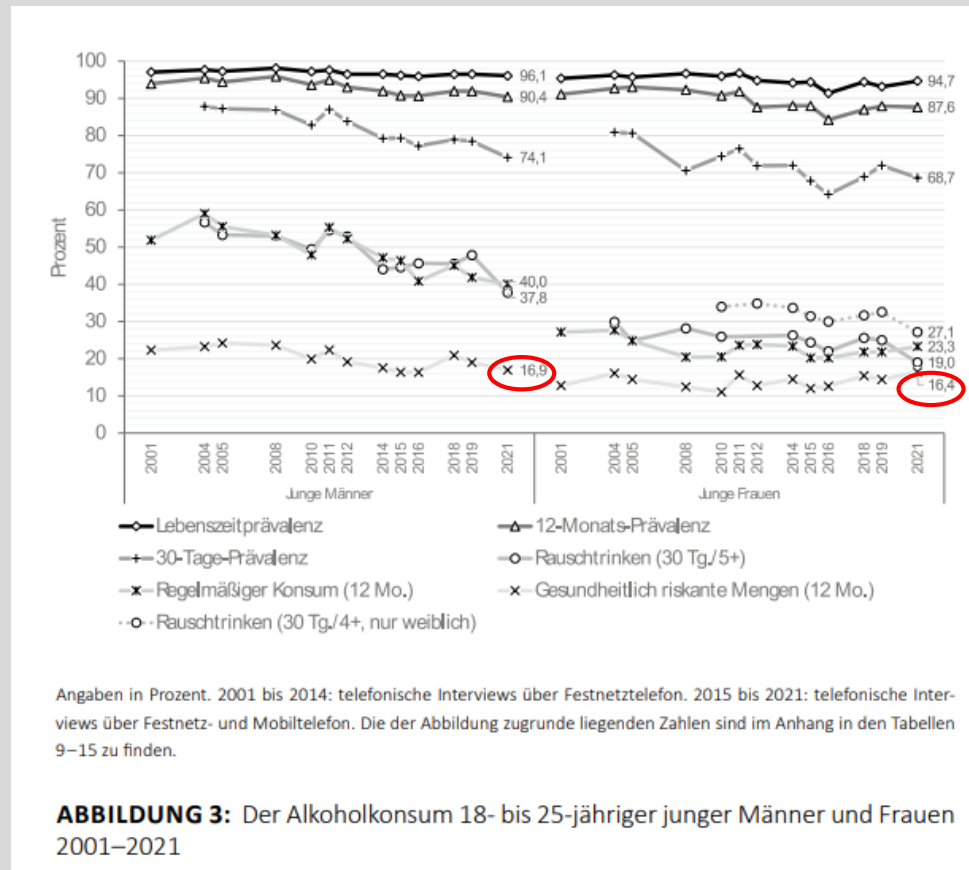
# Prävalenz Jugendliche: 1) Lebenszeit-, 2) 12-Monats-, 3) 30-Tage-, 4) Rauschtrinken, 5) Regelmäßiger Konsum, 6) Konsum gesundheitlich riskanter Mengen



Angaben in Prozent. 2001 bis 2014: telefonische Interviews über Festnetztelefon. 2015 bis 2021: telefonische Interviews über Festnetz- und Mobiltelefon. Die der Abbildung zugrunde liegenden Zahlen sind im Anhang in den Tabellen 9–15 zu finden.

**ABBILDUNG 2:** Der Alkoholkonsum männlicher und weiblicher 12- bis 17-jähriger Jugendlicher 2001–2021

# Prävalenz junge Erwachsene: 1) Lebenszeit-, 2) 12-Monats-, 3) 30-Tage-, 4) Rauschtrinken, 5) Regelmäßiger Konsum, 6) Konsum gesundheitlich riskanter Mengen



# Positive Wirkerwartung

Wenn ich Alkohol trinke ...

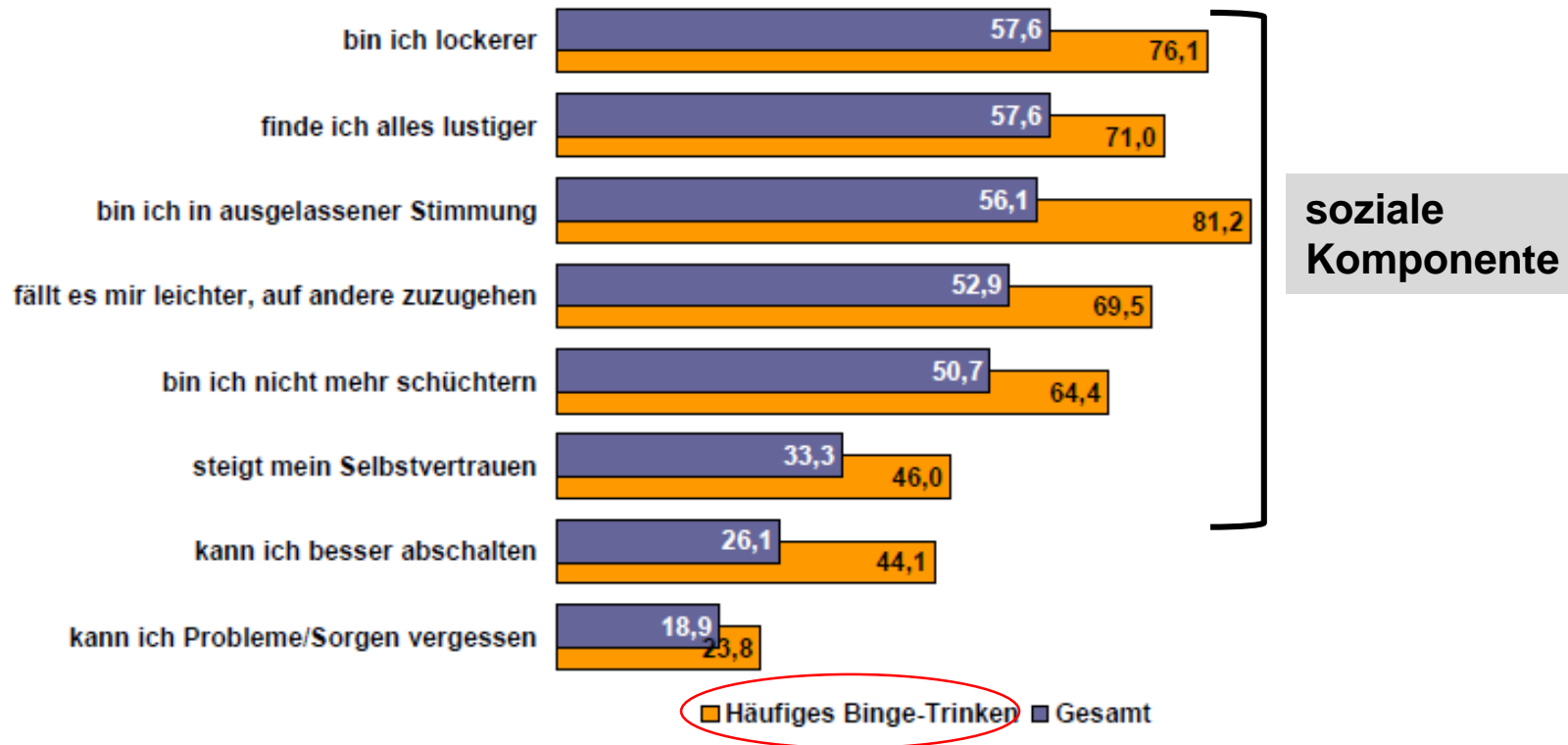


Abbildung 9: Prozentuale Anteile der 12- bis 25-Jährigen im Jahr 2010, die ziemlich wahrscheinlich oder ganz sicher erwarten, dass Alkohol in verschiedener Weise bei ihnen wirkt, für die Gesamtstichprobe und Personen mit Häufigem Binge-Trinken

# Reichweite von Informationsangeboten zu den Gefahren des Alkoholkonsums

In den letzten 12 Monaten von mindestens einem der verschiedenen Medien erreicht:

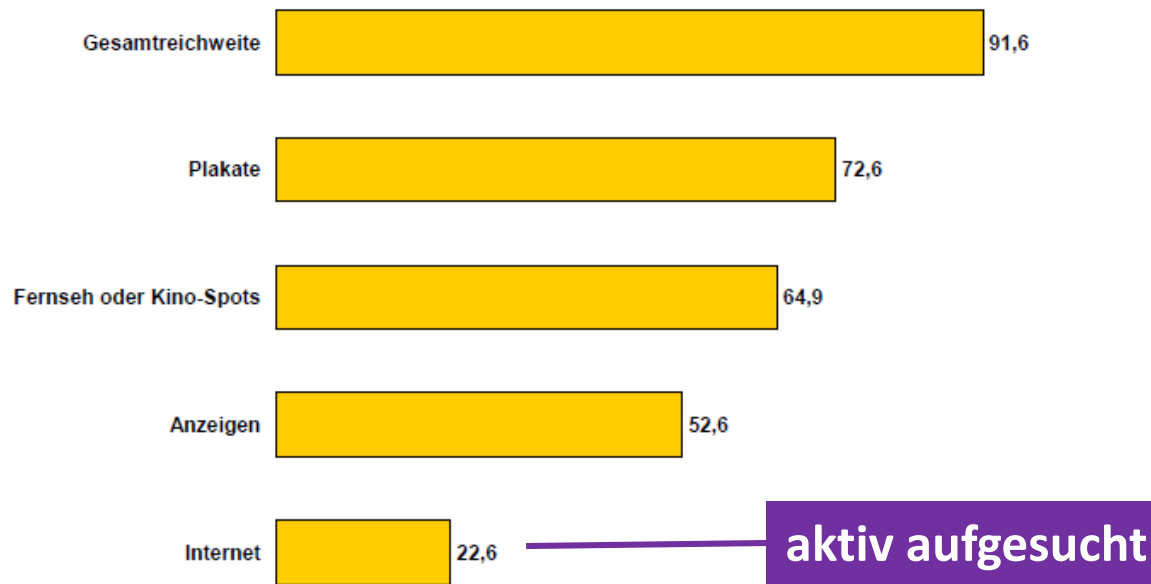


Abbildung 11: Reichweiten verschiedener Medien, die über die Gesundheitsgefahren durch Alkohol und den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol informieren, bei 12- bis 25-Jährigen im Jahr 2010

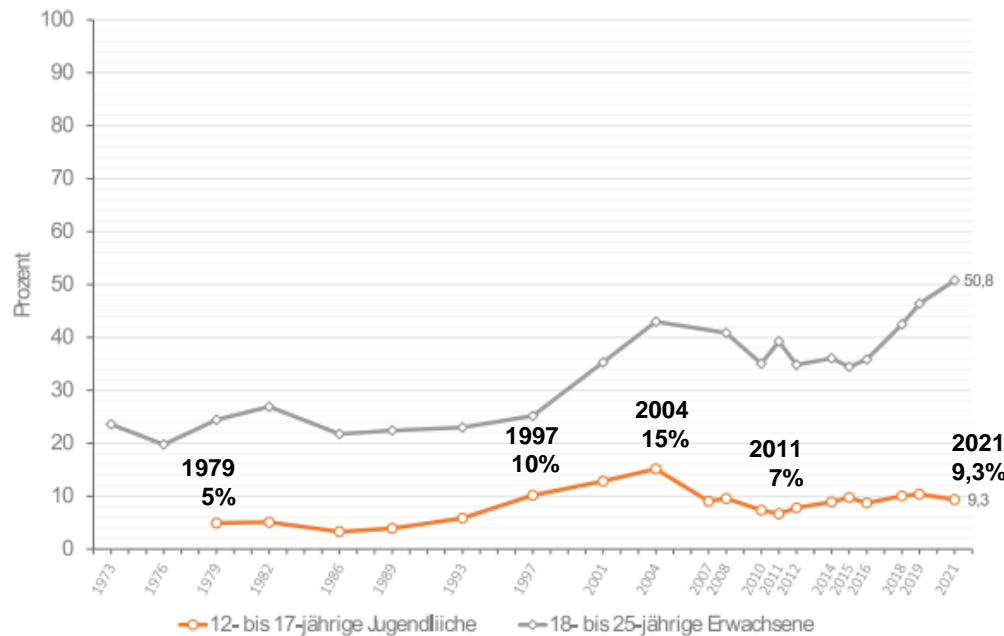
# Gefahren bei Cannabiskonsum

- Vernachlässigung anderer Lebensbereiche
- bei starkem Konsum: **amotivationales Syndrom**
  - Antriebsverlust
  - Interessenlosigkeit
  - Teilnahmslosigkeit
- substanzvermittelte Psychose
- Risiko Depressionen zu entwickeln

# Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2021

- Datenerhebung Sommer 2021
- N = 7002
- Telefoninterviews (Festnetz und Mobilfunk)
- Alter 12 – 25 Jahre

# Trends des Cannabiskonsums

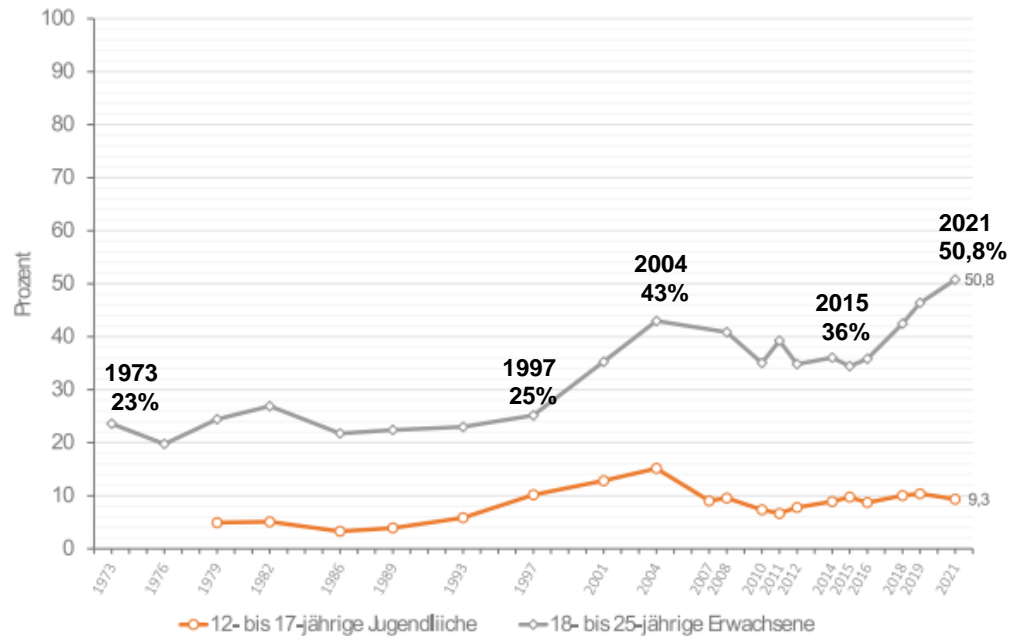


Jugendliche

Angaben in Prozent. 12- und 13-jährige Kinder wurden ab 1979 befragt. Ab 1993 einschließlich neuer Bundesländer. 1973 bis 1997: persönliche Interviews. 2001 bis 2014: telefonische Interviews über Festnetztelefon. 2015 bis 2021: telefonische Interviews über Festnetz- und Mobiltelefon. Die der Abbildung zugrunde liegenden Zahlen sind im Anhang in Tabelle 23 zu finden.

**ABBILDUNG 8:** Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums 12- bis 17-jähriger Jugendlicher und 18- bis 25-jähriger Erwachsener 1973–2021

# Trends des Cannabiskonsums



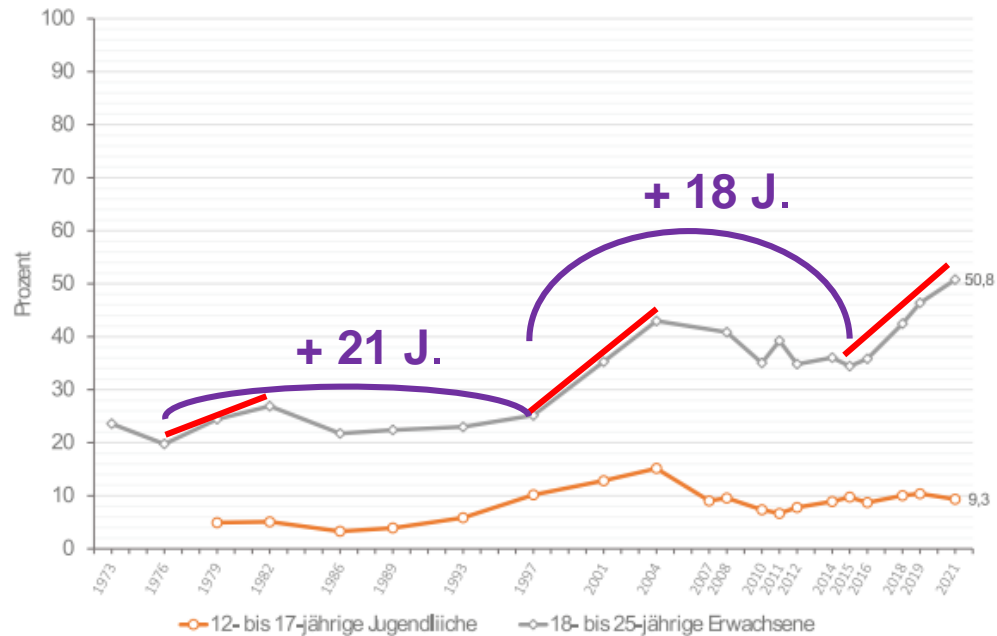
Angaben in Prozent. 12- und 13-jährige Kinder wurden ab 1979 befragt. Ab 1993 einschließlich neuer Bundesländer. 1973 bis 1997: persönliche Interviews. 2001 bis 2014: telefonische Interviews über Festnetztelefon. 2015 bis 2021: telefonische Interviews über Festnetz- und Mobiltelefon. Die der Abbildung zugrunde liegenden Zahlen sind im Anhang in Tabelle 23 zu finden.

**ABBILDUNG 8:** Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums 12- bis 17-jähriger Jugendlicher und 18- bis 25-jähriger Erwachsener 1973–2021

junge Erwachsene



# Trends des Cannabiskonsums

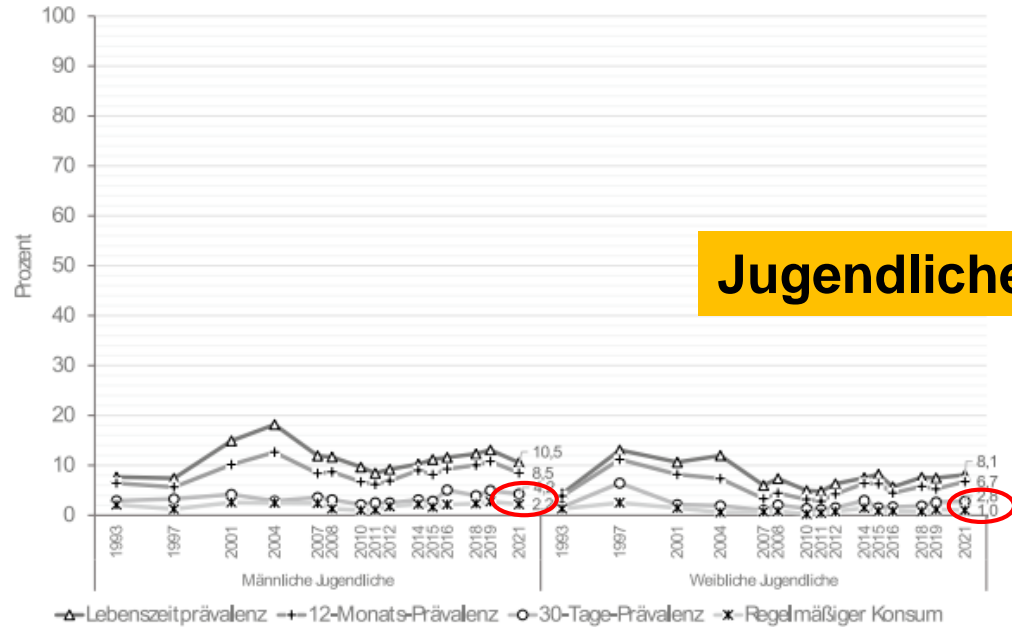


Angaben in Prozent. 12- und 13-jährige Kinder wurden ab 1979 befragt. Ab 1993 einschließlich neuer Bundesländer. 1973 bis 1997: persönliche Interviews. 2001 bis 2014: telefonische Interviews über Festnetztelefon. 2015 bis 2021: telefonische Interviews über Festnetz- und Mobiltelefon. Die der Abbildung zugrunde liegenden Zahlen sind im Anhang in Tabelle 23 zu finden.

**ABBILDUNG 8:** Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums 12- bis 17-jähriger Jugendlicher und 18- bis 25-jähriger Erwachsener 1973–2021

junge Erwachsene

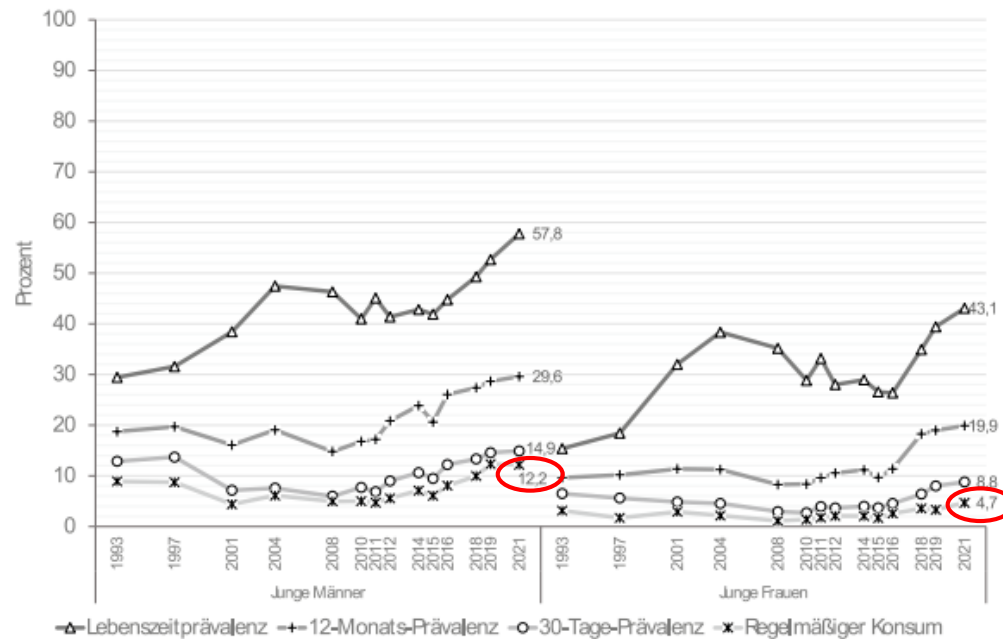
# Prävalenz Jugendliche: Lebenszeit-, 12-Monats-, 30-Tage-, regelmäßiger Konsum



Angaben in Prozent. 1993 und 1997: persönliche Interviews. 2001 bis 2014: telefonische Interviews über Festnetztelefon. 2015 bis 2021: telefonische Interviews über Festnetz- und Mobiltelefon. Die der Abbildung zugrunde liegenden Zahlen sind im Anhang in den Tabellen 23–26 zu finden.

**ABBILDUNG 9:** Der Cannabiskonsum männlicher und weiblicher 12- bis 17-jähriger Jugendlicher 1993–2021

# Prävalenz junge Erwachsene: Lebenszeit-, 12-Monats-, 30-Tage-, regelmäßiger Konsum



Angaben in Prozent. 1993 und 1997: persönliche Interviews. 2001 bis 2014: telefonische Interviews über Festnetztelefon. 2015 bis 2021: telefonische Interviews über Festnetz- und Mobiltelefon. Die der Abbildung zugrunde liegenden Zahlen sind im Anhang in den Tabellen 23–26 zu finden.

**ABBILDUNG 10:** Der Cannabiskonsum 18- bis 25-jähriger junger Männer und Frauen 1993–2021

# Grenzen der Studie

- **Wegen möglicherweise sozial erwünschtem Antwortverhalten**
- **tendenziell Unterschätzung des Problems**

# Suchtstörungen und Komorbiditäten

25% der depressiven Kinder und Jugendlichen, zeigen auch einen Substanzmissbrauch.

Depressive Störung Spätwirkung von Designerdrogen?

89% der 25 Jährigen mit Substanzgebrauch hatten komorbid andere psychische Störungen, v.a. aggressiv-dissoziale Störungen, Persönlichkeitsstörungen.

12,7% depressive Störung.

Problematischer Alkoholkonsum in Altern von 18 Jahren, prädiktiver Faktor für eine subklinische Depression mit 25 Jahren.

# Therapie von Substanzabhängigkeit

- **Motivation** Hausarzt, Beratungsstellen, Jugendpsychiater
- **Entgiftung** 2-4 Wochen, stationär Jugendpsychiatrie
- **Entwöhnung** 12-36 Monate  
Spezialeinrichtungen der stationären Jugendhilfe
- **Wiedereingliederung** ambulant unterstützt, neues Umfeld?

# Stationäre Therapie





# Stationäre Therapie





# Stationäre Therapie

**zfp**  
Südwesttemberg



# Prävention

## **Kettenrauchendes Kleinkind**

(2 Jahre alt, <https://www.youtube.com/watch?v=Fr5tTnMwrUw>)

# Prävention

## Primärprävention

ungezielt

## Sekundärprävention

gefährdete Personen

## Tertiärprävention

Intervention nach Eintritt  
des Ereignisses

## Quartätprävention

Rückfallprophylaxe

Rauchende Kinder, die wohl wirksamste  
Anti-Raucher-Kampagne aller Zeiten

<https://www.youtube.com/watch?v=ZJnRZIHQCzM>

# Falldarstellung:

Tachykardie, Kaltschweißigkeit

Angst vor der Apokalypse

V.a. Dehydratation bei Gastroenteritis

Akute Panikattacke

Es seien ihm „wichtige Zusammenhänge über die Welt gekommen“

Augen der Mitmenschen hätten sich verändert

Eigener Körper und Geist ständen nicht mehr unter seiner Kontrolle

# Psychopathologischer Befund:

17;10 Jahre

wach, zeitlich nicht orientiert

Affekt gedrückt

Schwingungsfähigkeit reduziert

Konzentration massiv eingeschränkt

Wahrnehmungsstörungen

Formale Denkstörungen

Halluzinationen

Ich-Grenzen durchlässig

Angst vor Herztot und dem Weltuntergang

Schlafstörungen

Suizidalität schwer einschätzbar

Keine Fremdgefährdung

# Substanzkonsum

Vor 3-4 Monaten LSD

2 Tage vor der Aufnahme vor der Schule MDMA  
(= Ecstasy)

Cannabis + Nikotin regelmäßig

# Ecstasy 1

MDMA (3,4-Methylenedioxyamphetamin)

Wirkung über indirekte serotonerge und dopaminerge Mechanismen

**Wirkung:**

- Glücksgefühl
- Gefühl der Nähe zu anderen Menschen
- Stimulation
- hallozinogenähnliche Effekte

**Komplikationen:**

- dysphorisch-ängstliche Reaktionen
- Agitiertheit
- psychotische Rauschverläufe

**Internistische Komplikationen:**

- Hyperpyrexie
- Rhabdomyolyse
- disseminierte intravasale Gerinnung

**Verdacht:**

- neurotoxische Hirnschäden
- dosisabhängig Beeinträchtigung der mnestischen Funktionen

# Ecstasy 2

- 4 - 7 % der Jugendlichen haben Erfahrung mit Ecstasy
- regelmäßige Besucher von Großpartys 50 % Prävalenz

## Konsummuster:

- Probierer
- gelegentliche User
- kontrollierte User
- Konsumenten mit deutlichem Suchtverhalten



# Ecstasy

## Regulation psychischer Funktionen

Affekt, Antrieb,  
Impulsivität, Aggressivität

## Regulation kognitiver Prozesse

Gedächtnis,  
„kognitiver Stil“, Impulsivität

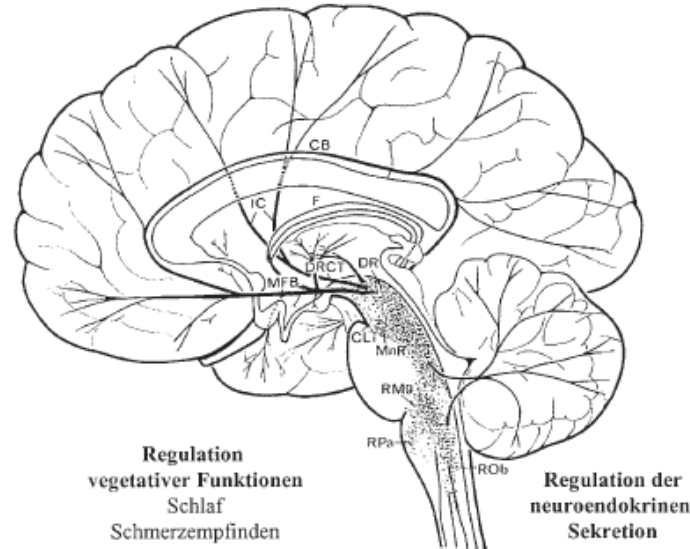


Abb. 1 ▲ Das zentrale serotonerge System. Anatomie und Funktionen.  
(Mod. nach Baumgarten und Grozdanovic [4]). *CB* Cingulum, *CLT* Ncl. raphe linearis, *DR* Ncl. raphe dorsalis, *DRCT* Tr. raphe-corticalis dorsalis, *F* Fornix, *IC* Capsula Interna, *MFB* Fc. longitudinalis telencephali medialis, *MnR* Ncl. raphe medianus, *RMg* Ncl. raphe magnus, *ROb* Ncl. raphe obscurus, *RPa* Ncl. raphe pallidus

aus: Gouzoulis-Mayfrank, Daumann, Saß, Neurotoxische Langzeitschäden bei Ecstasy (MDMA)-Konsumenten, Nervenarzt, 2002, 73:405-421

# Warum die Kinder- und Jugendpsychiater vor der Legalisierung von Cannabis warnen:

1. Die Legalisierung von Cannabis für Erwachsene erleben Jugendliche wie eine „Aufforderung zum Tanz“.
2. Bei Jugendlichen besteht eine siebenfach erhöhte Suchtgefahr gegenüber Erwachsenen.
3. Entgegen der Ankündigung hat es die Bundesregierung versäumt, verlässliche Basisdaten zu erheben und den Legalisierungsprozess zu monitoren.
4. Die Gelder, die für die angekündigten Evaluationen des Gesetzes nach 18 Monaten und 4 Jahren vorgesehen waren, wurden gestrichen.
5. Die Finanzierung von Rehabilitationen für Jugendliche ist strittig zwischen Jugendhilfe, Krankenkasse und Rentenversicherung.

# Take Home Message:

1. Der Alkoholkonsum bei Jugendlichen geht insgesamt zurück.
2. Der Cannabiskonsum hat deutlich zugenommen.
3. Bei einer kleinen Untergruppe besteht ein riskantes Konsumverhalten.
4. Es gibt wichtige Komorbiditäten (Depression, Störung des Sozialverhaltens, Psychose).
5. Störungen durch Substanzkonsum im Jungendalter sind behandelbar.
6. Aus kjp Sicht ist die Legalisierung von Cannabis problematisch.
7. Es gibt Intoxikationen mit seltenen Pflanzengiften, die gefährlich sind.

**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit !**