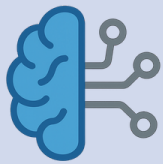


**Ein 19-Jähriger wird
wegen einer
Erstpsychose
aufgenommen.**

**Cannabis seit vier Jahren.
Täglich.**

**Niemand hat den
Zusammenhang
dokumentiert.**





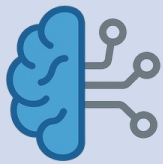
Cannabisabhängigkeit wird unterschätzt

F12.2 gilt als „weiche“ Abhängigkeit. Ein gefährlicher Irrtum.

- „Cannabis macht nicht abhängig“ – noch immer verbreitet
- Täglicher Konsum wird bagatellisiert – vom Team und vom Patienten
- Psychotische Symptome werden isoliert behandelt
- Die Substanz bleibt im Entlassungsbrief unerwähnt

Merke: Cannabis ist die häufigste Substanz bei psychiatrischen Erstaufnahmen.





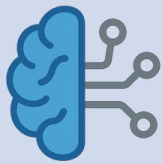
Der häufigste Denkfehler

„Die Psychose war zuerst – Cannabis ist nur Selbstmedikation.“ – Vielleicht. Aber:

- THC-Konsum erhöht das Psychoserisiko dosisabhängig
- Hohe THC-Konzentration (>10%) erhöht das Risiko deutlich
- Konsum im Jugendalter besonders kritisch – Gehirnreifung
- Kausalität schwer zu trennen – aber klinisch relevant

Merke: Henne oder Ei ist die falsche Frage. Stopp des Konsums ist die richtige Antwort.





Klinische Einordnung

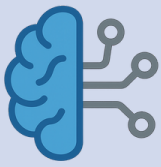
F12.2 liegt vor bei:

- Starkem Verlangen (Craving)
- Kontrollverlust über Konsum
- Fortgesetztem Konsum trotz psychischer Schäden
- Toleranzentwicklung

Cannabisentzug (**F12.3**): Reizbarkeit, Schlafstörung, Appetitminderung, Angst – beginnt 24–48 h nach Absetzen.

Merke: Entzug ist real – auch wenn er selten gefährlich ist.





Differentialdiagnosen

- Cannabisinduzierte Psychose (F12.5): direkt substanzbedingt, meist reversibel
- Schizophrenie (F20): persistiert nach Abstinenz
- Bipolare Störung mit Psychose: Stimmungsepisode im Vordergrund
- ADHS: häufige Komorbidität, Cannabis oft zur Selbstregulation

Merke: Erst 4–6 Wochen Abstinenz – dann Diagnose der Grunderkrankung stellen.





Diagnostik

Drei Fragen bei jeder Aufnahme:

1. Seit wann, wie oft, welche Menge?
2. THC-Konzentration bekannt?
3. Psychotische Symptome vor oder nach Konsumbeginn?

Labor: Drogenscreening (THC bis zu 30 Tage nachweisbar bei Dauerkonsum).

Merke: THC im Urin sagt nichts über Intoxikation – nur über Konsum.





Therapie

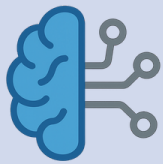
Kein zugelassenes Medikament für Cannabisabhängigkeit.

Was wirkt:

- Motivierende Gesprächsführung – Evidenzgrad A
- Kognitive Verhaltenstherapie – Evidenzgrad A
- Bei komorbider Psychose:
Antipsychotikum + Abstinenz
- Psychoedukation: THC-Konzentration, Psychoserisiko erklären

Merke: Abstinenz ist Therapie. Reduktion ist ein akzeptabler erster Schritt.





Klinischer Fall

19-jähriger Patient. Täglicher Cannabiskonsum seit 4 Jahren, zuletzt hochpotentes THC.

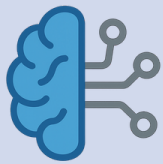
Aufnahme: Verfolgungswahn, Halluzinationen, sozialer Rückzug seit 6 Wochen.

Drogenscreening: THC positiv.

Nach 5 Wochen Abstinenz: Psychose vollständig remittiert.

Einordnung: Cannabisinduzierte Psychose **F12.5** – keine Schizophrenie.

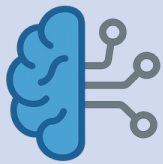




Die häufigsten Fehler

- ✗ Cannabiskonsum im Aufnahmebefund nicht dokumentiert
- ✗ Antipsychotikum gestartet ohne Abstinenzversuch
- ✗ Schizophrenie diagnostiziert ohne Wartezeit nach Abstinenz
- ✗ ADHS als Komorbidität nicht erkannt
- ✗ Kein Hinweis auf Psychoserisiko bei Entlassung





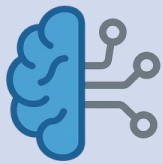
Take Home + Checkliste

- ✓ Cannabiskonsum immer aktiv erfragen – Menge, Dauer, THC-Gehalt
- ✓ Erst 4–6 Wochen Abstinenz – dann Grunddiagnose stellen
- ✓ Psychoedukation: Psychoserisiko durch THC erklären
- ✓ Motivierende Gesprächsführung vor Konfrontation
- ✓ ADHS als Komorbidität aktiv ausschließen

Speichere diese Checkliste. Teile sie mit deinem Team.

Quellen: S3-LL Cannabisbezogene Störungen (AWMF 038-024), ICD-10 F12.2, WHO ICD-11 6C41.2





Deine Dokumentation

Vereinfacht. Rechtssicher. Effizient.

Moderne Lösung für psychiatrische
Dokumentation

- ✓ Zeitersparnis im klinischen Alltag
- ✓ ICD-10 konforme Textbausteine
- ✓ Rechtssichere Formulierungen
- ✓ Speziell für Assistenzärzte entwickelt

Psychiatrie Digital

www.psychiatrie-digital.com