

Inhalt

- **Cannabis – zum Stand der nicht-medizinischen und medizinischen Nutzung von THC und CBD**
- **Aktualisierte Expertise zur Suchtprävention und europäisches Präventionscurriculum**

Neues aus Forschung und Praxis

Forschungsbrief 57 / Dezember 2020 der HLS

Cannabis – zum Stand der nicht-medizinischen und medizinischen Nutzung von THC und CBD

Die Hanfpflanze bzw. Cannabis sativa besteht aus sehr vielen unterschiedlichen Substanzen. Aktuell interessieren vor allem die Cannabinoide THC und CBD mit ihren unterschiedlichen Wirkungen auf das Bewusstsein, das Befinden und andere körperliche Prozesse. Obwohl die Nutzung von Cannabis als Medizin in den USA bereits seit 1996 möglich ist, ist das Wissen um die Wirkungen dieser beiden Substanzen hinsichtlich der Behandlung von psychischen und physischen Störungen und Krankheiten vergleichsweise gering, wie die folgende Zusammenfassung einer Reihe von Studien zeigt.

In der Hanfpflanze, Cannabis sativa, kann man ca. 600 chemische Verbindungen nachweisen, von denen gut 100 zu den Cannabinoiden gehören. Aktuell interessieren vor allem Cannabinoide vom Delta-9-THC-Typ (im Folgenden: THC) und vom CBD-Typ (Cannabidiol). THC bindet an die Cannabinoid-Rezeptoren CB1 und CB2. Werden CB1-Rezeptoren im Zentralnervensystem durch THC (und durch andere in der Hanfpflanze enthaltenen Stoffe) aktiviert, kommt es zu Veränderungen im Bewusstsein, die je nach set und setting unterschiedlich ausfallen können. Im positiven Fall kommt es zu einer Sedierung mit leichter Euphorie und gesteigertem Wohlbefinden verbunden mit nachlassender Aufmerksamkeit. Im negativen Fall dominieren Ängsten bis hin zu Panikanfällen und gelegentlich auch mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Da das Zeitgefühl ebenso wie die sinnlichen Wahrnehmungen verändert ist, können sich im subjektiven Erleben sowohl die positiven als auch die negativen Effekte von Cannabis sehr lange hinziehen. Im Unterschied zum THC hat das CBD keine vergleichbaren euphorischen Wirkungen. Es kann jedoch entkrampfende Wirkungen haben verbunden mit Gefühlen der Entspannung und des Abbaus von Ängsten. Dazu kommen noch entzündungshemmende Effekte. Je nachdem, welcher Wirkstoff dominiert, hat man es mit einer Art Rauschmittel zu tun oder mit einer Art Medikament.

Zu bedenken ist hier, dass Cannabis sativa in den letzten 20 Jahren durch Züchtungen stark verändert worden ist. Zum einen wurde der THC-Gehalt in einigen Züchtungen von ca. 5% auf ca. 25% erhöht, zum anderen wurde in anderen Züchtungen der CBD-Gehalt auf ca. 10-15% erhöht. Es gibt auch Züchtungen, in denen beide Stoffe in vergleichsweise gleich hohen Anteilen enthalten sind. Da in Deutschland seit 2017 Cannabis im Rahmen von §13 des Betäubungsmittelgesetzes als Arzneimittel verschrieben werden kann, ist es notwendig, den Anteil von THC und CBD z.B. in (getrockneten) Hanfblüten sowie in Hanfextrakten oder Fertigarzneimitteln genau zu kennen, um je nach Indikationsstellung das passende Medikament zu verschreiben. Darauf gehen wir im Folgenden noch genauer ein.

Cannabiskonsum zu nicht-medizinischen Zwecken ist in Deutschland noch immer verboten. Cannabis bzw. Haschisch wird auf dem Schwarzmarkt in verschiedenen Darreichungsformen und aus unterschiedlichen Anbauländern mit meist nicht deklariertem Inhalt

angeboten; die Produkte sind vor allem bei jungen Erwachsenen beliebt. Nach dem Drogen- und Suchtbericht (2019) schätzt man, dass 43% der 18-25-Jährigen in Deutschland mindestens einmal im Leben ein Cannabisprodukt konsumiert hat. Aber nur noch 23% in dieser Altersgruppe gibt an, dass sie ein Cannabisprodukt in den letzten zwei Monaten konsumiert hat. Je älter Befragte sind, umso kleiner wird der Anteil derjenigen, die jemals oder in den letzten 2 Monaten ein Cannabisprodukt konsumiert hat (vgl. Drogen- und Suchtbericht, 2019, S. 84ff). Dennoch ist davon auszugehen, dass es eine kleine Gruppe von Menschen gibt, die auch im Alter von 50 oder 60 Jahren oder noch älter Cannabisprodukte konsumiert, meist in einer solchen Weise, dass ihre Gesundheit dadurch nicht übermäßig geschädigt wird.

Zu den wichtigen politischen Entwicklungen mit Bezug auf Cannabis gehört die in den späten 1990 Jahren durchgesetzte Legalisierung von Cannabis zu medizinischen Zwecken in einer Reihe von US-Bundesstaaten. In Deutschland kann man seit 2017 Cannabisprodukte zu medizinischen Zwecken verschreiben. Einige US-Bundesstaaten haben dann im Jahr 2012 den nächsten und radikaleren Schritt unternommen, nämlich die Legalisierung von Cannabisprodukten zur nicht-medizinischen Nutzung. Uruguay ist diesem Beispiel im Jahr 2013 gefolgt und Kanada im Jahr 2018 (Hall et al., 2019). In aktuell 9 (und demnächst noch sehr viel mehr) US-Bundesstaaten ist es Erwachsenen ab 21 und in Kanada ab 18 Jahren erlaubt, eine gewisse Menge an Cannabisprodukten zu kaufen und an beliebigen Orten zu konsumieren. Die Legalisierung ist begleitet von Jugendschutzgesetzen, deren Durchsetzung in den USA rigoros kontrolliert wird. In allen Staaten, in denen Cannabis legalisiert worden ist, ist das Fahren eines Autos und vergleichbarer Geräte unter dem Einfluss von Cannabis verboten. Da in den USA der Erwerb von Cannabis für junge Menschen bis 21 Jahren weiterhin verboten ist, ist damit zu rechnen, dass es auch nach der Legalisierung noch einen schwarzen Markt für Cannabisprodukte geben wird; er wird aber vergleichsweise klein und wenig profitabel sein.

Hall et al. (2019) und Hall & Lynskey (2020) haben in ihren Übersichtsarbeiten die Folgen der stufenweisen Legalisierung insbesondere in 9 US-Bundesstaaten in den Jahren nach 2012 beschrieben. Danach lassen sich zwei generelle Entwicklungen feststellen. Zum einen ist eine Cannabisprodukt-Vielfalt entstanden, die von cannabishaltiger Schokolade über Kekse und Säfte bis zu einer breiten Palette von Cannabis-Extrakten und Cannabisblüten reicht. Man kann sich also Cannabis mit hohem, mittlerem oder niedrigem THC- Gehalt kaufen. Auch der CBD-Gehalt wird auf vielen Produkten angegeben. Zum anderen ist der Cannabispreis trotz vergleichsweise hoher Besteuerung mit der Legalisierung erheblich gefallen. Die Autor*innen gehen davon aus, dass die Preise noch weiter fallen werden, wenn demnächst weitere US-Bundesstaaten Cannabis zu nicht-medizinischen Zwecken legalisieren werden und wenn im Zuge dieser Entwicklung die USA auf Bundesebene die Strafgesetze mit Bezug auf Herstellung und Handel sowie Besitz von Cannabisprodukten aufhebt. Das hat dann wahrscheinlich auch Folgen für die internationalen Verträge, die im Laufe der Jahre entsprechend geändert werden könnten.

Hall et al. (2019, 2020) gehen auf die positiven Folgen der Legalisierung von Cannabis für medizinische und nicht-medizinische Zwecke für die Gesundheit der Bevölkerung (public health) ein. Sie weisen zunächst darauf hin, dass mit der Einführung von Cannabis zu medizinischen Zwecken z.B. in Kalifornien im Jahr 1996 die Zahl der Menschen kontinuierlich angestiegen ist, die sich ein einschlägiges Rezept besorgt haben. Zugleich ist die Zahl der Menschen, die sich die Substanz auf dem schwarzen Markt gekauft haben, geschrumpft. Schon vor der Legalisierung von Cannabisprodukten hat daher die Zahl der

Strafverfolgungen und der Strafverfahren wegen der Herstellung, des Handels und Besitzes von Cannabis in etlichen US-Bundesstaaten deutlich abgenommen. Dieser Trend wurde immer stärker, da im Laufe der Jahre die Diagnosen für den medizinischen Gebrauch von Cannabis immer weniger spezifisch waren und die Unterscheidung zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Gebrauch immer mehr verwischt wurde.

Mit der Einführung der medizinischen Nutzung von Cannabis und mehr noch mit der Legalisierung ist ein enges Regelwerk entstanden, das die Qualität der Stoffe vom Anbau bis zum Verkauf kontrolliert. Auch die Verkaufsstellen unterliegen regelmäßigen Kontrollen. Die Herstellung und Verarbeitung von Cannabisprodukten entsprechen im Ablauf und in der Intensität derjenigen von Alkoholika. Wer Cannabisprodukte kauft, erhält also Produktinformationen, die es in dieser Form auf dem schwarzen Markt nicht gibt.

Darüber hinaus weisen die Umfrageergebnisse zum Konsum von Cannabisprodukten darauf hin, dass sich der Kreis der Konsumierenden insgesamt genommen nicht sonderlich ausgeweitet hat. Der Anteil derjenigen, die relativ regelmäßig Cannabisprodukte konsumiert, ist seit der Legalisierung in 9 US-Bundesstaaten nur sehr gering angestiegen. Bemerkenswert ist weiterhin, dass die Zahl der Unfälle, die unter dem Einfluss von Cannabis registriert worden sind, ebenfalls nur unwesentlich angestiegen ist. Allerdings steht man noch ganz am Anfang der Entwicklung; mit der Etablierung des Cannabismarktes ist mit weiteren Veränderungen zu rechnen.

Die Ausweitung des medizinischen und nicht-medizinischen Gebrauchs hat eben auch eine Reihe von eher problematischen Folgen. Dazu gehören die gesundheitlichen Probleme im Zusammenhang mit Cannabiskonsum, die sich in den letzten Jahren ausdifferenziert haben. In den USA lässt sich das Ablesen an der Zahl der Notaufnahmen im Zusammenhang mit schwerwiegenden körperlichen und psychischen Folgen des Cannabiskonsums. Zu den körperlichen Störungen, die durch intensiven Konsum von Cannabisprodukten ausgelöst werden können, gehören das Cannabinoid-Hyperemesis-Syndrom mit starken Schmerzen im Oberbauch und Erbrechen und unerwünschte Veränderungen bei Herz-Kreislaufprobleme (vgl. Hall & Lynskey, 2020). In den USA hat auch die Zahl der Kinder, die mit Cannabis-Vergiftungen in Krankenhäuser eingeliefert werden, zugenommen. Solche Vergiftungen können schnell passieren, wenn Eltern ihre Cannabisschokolade oder ihr Cannabisgebäck nicht sicher verschließen.

Es spricht auch vieles dafür, dass die Zahlen der Menschen, die nach den ICD-10 Kriterien Cannabisprodukte missbrauchen oder davon abhängig sind, zugenommen hat. Das kann daran liegen kann, dass die Bereitschaft, wegen Cannabiskonsumstörungen biopsychosoziale Hilfe zu suchen, seit der Einführung des medizinischen Gebrauchs von Cannabis und der damit einhergehenden allmählichen Lockerung der Kriminalisierung zugenommen hat. Zudem weist vieles darauf hin, dass Cannabiskonsum das Risiko von psychotischen Störungen erhöht (Gage et al., 2016). Unklar sind bislang die Auswirkungen des (intensiven) Cannabiskonsums während der Schwangerschaft auf das werdende Kind. Es gibt Hinweise darauf, dass Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft intensiv Cannabinoide konsumieren, ein etwas geringeres Geburtsgewicht aufweisen als Kinder von Müttern, die keine Cannabinoide während der Schwangerschaft konsumieren oder das nur sehr selten tun (vgl. Gabrhelik et al., 2020). Zur Sicherheit für Mutter und Kind soll daher Schwangeren empfohlen werden, während der Schwangerschaft auf den Konsum von Cannabisprodukten zu verzichten.

Untersucht man zunächst, wie viele Menschen in Deutschland schwerwiegende Cannabiskonsumstörungen haben, dann liegen die Angaben bei den Männern bei 1,4% und bei den Frauen bei 1% (Hoch & Preuss, 2019a). Es gibt mittlerweile einige ausgefeilte (ambulante) Behandlungsprogramme für Cannabisabhängigkeit. Für Kinder und Jugendliche (bis 16 Jahre) haben sich Familientherapeutische Ansätze bewährt und für Jugendliche das Programm „FreD -Frühinterventionen bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten“ sowie „CAN Stop“ und einige weitere Programme. Für Menschen, die 16 Jahre und älter sind, eignen sich die motivierende Gesprächsführung (in Anlehnung an Miller & Rollnick, 2015) zum Aufbau der Motivationsförderung in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie (z.B. das CANDIS-Programm, Hoch et al., 2011) sowie das Kontingenzmanagement. Die Effekte der meisten Behandlungsprogramme sind jedoch moderat; ungefähr 4 von 10 Personen haben am Ende der Behandlung Abstinenz erreicht. Der Anteil derjenigen, die auch weiterhin keine Cannabisprodukte konsumiert, sinkt nach wenigen Monaten auf ca. 23%. Gezielte Behandlungen von Menschen, die zusätzlich zu Cannabiskonsumstörungen noch unter anderen psychischen Störungen leiden, gibt es derzeit nicht.

Wie weiter oben dargestellt, wird seit einigen Jahrzehnten Cannabis selbst als Medikament zur Behandlung von physischen und psychischen Störungen und Krankheiten eingesetzt. Das ist aus einer Reihe von Gründen problematisch. Zum einen fehlen Studien, die die Wirksamkeit von Cannabispräparaten zur Behandlung von physischen oder psychischen Krankheiten belegen (Hall et al., 2019). Das bezieht sich sowohl auf Medikamente, die nur THC oder nur CBD enthalten oder eine Mischung aus beiden Stoffen. Verwendet man Cannabisblüten, dann hat man es zudem mit einer Vielzahl von weiteren Stoffen zu tun. In der Praxis ist oft schwer abzuschätzen, wie hoch der Anteil der verschiedenen Wirksubstanzen in den Blüten ist. Es ist ebenfalls weitgehend unbekannt, in welcher Weise THC einerseits und CBD andererseits sowie eine Mischung aus beiden Substanzen zusammen mit weiteren Zusatzstoffen die Behandlung einer physischen oder psychischen Krankheit positiv oder negativ beeinflusst. Dennoch scheint der Siegeszug von Cannabismedikamenten zurzeit unaufhaltsam zu sein.

Aktuell sind in Deutschland folgende „Fertigarzneien auf Cannabisbasis zugelassen, die auf BtM-Rezept verordnet werden können: Nabiximols (Sativex®) enthält THC und CBD im Verhältnis 1:1. Das synthetische THC-Analogon Nabilon (Canemes®) ist zur Behandlung chemotherapieinduzierter Emesis, die auf andere antiemetische Therapie nicht ausreichend anspricht, zugelassen. Als Reinsubstanz off-label verkehrsfähig über BtM-Rezept ist Dronabinol (reines THC), das in den USA als Marinol® gegen Erbrechen bei Chemotherapie zugelassen ist“ (Hoch et al., 2020, S. 41). Cannabidiol (CBD) unterliegt als Reinsubstanz nicht der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, ist aber als Medikament, in dem meist auch in geringen Mengen THC enthalten sein können, verschreibungspflichtig. Dazu kommen noch Cannabisblüten und Vollextrakte, in denen sich in unterschiedlichen Verhältnissen THC, CBD und andere Stoffe befinden (mehr dazu bei Hoch et al. 2020, S. 42ff). Hoch et al. (2020) haben in ihrem systematischen Review dargestellt, dass Cannabisarzneimittel in einer Reihe von Ländern einschließlich Deutschland auch zur Behandlung von psychischen Störungen wie Psychosen/Schizophrenie, Demenz, Tourette-Syndrom, posttraumatischen Belastungsstörungen, sozialen Phobien, Anorexia nervosa oder ADHS sowie von substanzbezogenen Störungen (Cannabisabhängigkeit, Opiatabhängigkeit) eingesetzt worden ist. Angewendet wurden sowohl ausschließlich THC-Arzneien wie Dronabinol und Nabilon, als auch Mischarzneien wie Nabiximols und Cannabisblüten.

Es überrascht nicht, dass pauschal genommen die Ergebnisse dieser Studien wenig überzeugend sind (Hoch et al., 2019b). In etlichen Studien kam es zu vergleichsweise wenigen erwünschten Wirkungen, jedoch zu erheblichen Nebenwirkungen wie Schwindel, Müdigkeit und Schläfrigkeit, Gedächtnisstörungen und Konfusionen, Desorientierung, Depressionen, Schmerzen usw. In einigen wenigen Fällen kam es auch zu einer leichten Euphorie, ein Effekt, den man beim Einsatz von THC-haltigen Arzneimitteln erwarten kann. Fertigarzneimittel, die reines CBD enthalten, sind in Deutschland noch nicht auf dem Markt. Angeboten werden vielmehr Mischpräparate mit einem vergleichsweise hohen CBD-Gehalt. Diese Arzneien sind zusätzlich zu anderen Mitteln zur Behandlung einer Vielzahl von Krankheiten eingesetzt worden. Radbruch und Häuser (2020, S. 115) schreiben, dass CBD-haltige Arzneien für die Behandlung „bei Epilepsie, multipler Sklerose, Alzheimer, Morbus Parkinson, rheumatoider Arthritis, Morbus Crohn und anderen entzündlichen Darmerkrankungen, bei Tumorerkrankungen und kardiovaskulären Erkrankungen, zur Symptomlinderung von Schmerzen, Angst, Depression und Übelkeit und zur Behandlung von Komplikationen bei Diabetes mellitus“ verwendet worden sind, meist mit mäßig guten Ergebnissen.

Zurzeit ist in den USA nur ein CBD-Medikament, nämlich Epidiolex (das in Deutschland bzw. in Europa von der EMA noch nicht zugelassen ist) von der Food and Drug Administration (FDA) zur Behandlung von epileptischen Krampfanfällen zugelassen worden (vgl. dazu Pauli et al, 2020). Die klinischen Studien, die der Zulassung zugrunde liegen, belegen, dass das Medikament in der Regel gut verträglich ist und wenige unerwünschte Nebenwirkungen hat. Erste klinische Studien (jeweils mit sehr kleiner Zahl an Teilnehmenden) weisen darauf hin, dass sich Epidiolex auch bei der Behandlung von Dystonien bei Menschen, die an Parkinson erkrankt sind, bewährt (Leehy, 2019). Zudem wird im Rahmen von kleinen experimentellen Studien geprüft, ob sich mit dem Medikament das Verlangen (craving) nach THC oder nach Heroin reduzieren lässt. Die Ergebnisse sind lediglich hinsichtlich Heroin vielversprechend, müssen aber in weiteren Studien überprüft werden. Weitere präklinische Studien beziehen sich auf die Behandlung von Ängsten; auch hier stehen Ergebnisse, die über den experimentellen Einsatz des Medikaments hinausgehen, noch aus (Wright et al. 2020).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es bislang nur sehr wenige gut durchgeführte randomisierte, kontrollierte Studien gibt, in denen klar definierte THC- oder CBD-Substanzen eingesetzt worden sind, die eine sinnvolle Evaluation der Ergebnisse erlauben. An diesen Studien haben fast durchweg nur wenige Personen teilgenommen. Manche Studien weisen vielversprechende Ergebnisse auf. Diese müssen jedoch alle erneut in breiter angelegten Studien überprüft werden, damit die eingesetzten Mittel als Medikamente mit eindeutiger Indikation von der FDA und der EMA zugelassen zu werden können.

Literatur: Cannabis – zum Stand der nicht-medizinischen und medizinischen Nutzung von THC und CBD

Drogen- und Suchtbericht, 2019, Hrsg. Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Online unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/drogen-und-suchtbericht-2019-1688896> (Zugriff 29.11.2020).

Gabrhelík, R., Mahic, M., Lund, I.O. et al. (2020): Cannabis Use during Pregnancy and Risk of Adverse Birth Outcomes: A Longitudinal Cohort Study. European Addiction Research. Online unter: Doi: 10.1159/000510821 (Zugriff 29.11.2020).

- Gage, S.H., Hickman, M., Zammit, S. (2016): Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. *Biological Psychiatry*, 79, 549-56.
- Hall, W., Lynskey, M. (2020): Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use: The US experience. *World Psychiatry*, 19, 179-186.
- Hall, W., Stjepanović, D., Caulkins, J. et al. (2019): Public health implications of legalizing the production and sale of cannabis for medicinal and recreational use. *Lancet*, 394, 1580-1590.
- Hoch, E., Zimmermann, P., Henker, J. et al. (2011): *Modulare Therapie von Cannabisstörungen. Das CANDIS-Programm*. Göttingen, Hogrefe.
- Hoch, E., Preuss, U.W. (2019a): Cannabis, Cannabinoide und Cannabiskonsumstörungen. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 87, 714-728.
- Hoch, E., Niemann, C., v. Keller, R., Schneider, M. (2019b): How effective and safe is medical cannabis as a treatment of mental disorders? A systematic review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Online unter: [Doi.org/10.1007/s00406-019-00984-4](https://doi.org/10.1007/s00406-019-00984-4) (Zugriff 29.11.2020).
- Hoch, E., Preuss, U.S., Pogarell, O. (2020): Cannabisarznei zur Behandlung psychischer Störungen. *Info Neurologie + Psychiatrie*. Springer Medizin CME.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2015): *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg, Lambertus.
- Pauli, S., Conroy, M., Vanden Heuvel, B.D., Park, S-H. (2020): Cannabidiol drugs clinical trial outcomes and adverse effects. *Frontiers in Pharmacology* 11:63. doi: 10.3389/fphar.2020.00063.
- Leehey, M. A. (2019): A study of tolerability and efficacy of Cannabidiol on tremor in Parkinson's disease - Study results - [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT02818777?term=Epidiolex%26results=e%26rslt=With%26rank=3), 2019. Online unter: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT02818777?term=Epidiolex%26results=e%26rslt=With%26rank=3>. (Zugriff 29.11.2020).
- Wright, M., Di Ciano, P., Brands, B. (2020): Use of cannabidiol for the treatment of anxiety: A short synthesis of pre-clinical and clinical evidence. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 5, 191-196.

Aktualisierte Expertise zur Suchtprävention und europäisches Präventionscurriculum

Wer evidenzbasierte Suchtpräventionsprogramme implementieren und durchführen will, kann inzwischen auf umfangreiche Informationen zurückgreifen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) haben aktuelle Handreichungen für eine evidenzbasierte Suchtprävention veröffentlicht. Mehrere Datenbanken informieren über evidenzbasierte Suchtpräventionsprogramme für unterschiedliche Settings. Indes warnt die Europäische Gesellschaft für Präventionsforschung vor ineffektiven und potenziell schädlichen Ansätzen in der Suchtprävention.

Dass suchtpräventive Maßnahmen theoretisch begründet und in Bezug auf ihre Wirkungen im Rahmen geeigneter Studien überprüft sein sollten, wird in Deutschland spätestens seit der Veröffentlichung des Kölner Memorandums zur Evidenzbasierung in der Suchtprävention (Hoff et al., 2015) kaum mehr bezweifelt. Inzwischen liegen auch immer mehr Veröffentlichungen vor, die die vorhandene Evidenz in Bezug auf Suchtprävention zusammenfassen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat jetzt ihre Expertise zur Suchtprävention aus dem Jahr 2013 auf der Grundlage einer umfangreichen Literaturrecherche aktualisiert (Bühler et al., 2020). Aus mehr als 1.275 Publikationen aus

den Jahren 2012 bis 2017 wurden 62 Übersichtsarbeiten (40 Metaanalysen und 20 Reviews) ausgewählt, die in die aktualisierte Expertise eingeflossen sind.

In der Expertise werden nicht einzelne evidenzbasierte Programme hervorgehoben, sondern das vorhandene Wissen über die Wirksamkeit von „allgemeinen Handlungsansätze, Inhalten und Methoden“ (Bühler et al., 2020, S. 14) für unterschiedliche Handlungsfelder der Suchtprävention wie Familie, Schule, Hochschule, Medien, das System der Gesundheitsversorgung, die kommunale Suchtprävention und die gesetzlichen Rahmenbedingungen zusammengefasst. In Deutschland setzen die meisten Präventionsmaßnahmen im Handlungsfeld Schule an (BZgA, 2017, Kalke, 2019), und für dieses Handlungsfeld liegen auch die meisten Studien vor. Inhaltlich lassen sich schulische Präventionsprogramme in vier Gruppen einteilen: In der ersten Gruppe geht es um die Förderung sozialer Kompetenzen (wie z.B. Problemlösekompetenz, Selbstkontrolle, Selbstwert und Stress- und Angstbewältigung). In der zweiten Gruppe stehen die Wissensorientierung und die Aufklärung über Gesundheitsrisiken im Vordergrund.

Eine dritte Gruppe setzt auf soziale Einflussnahme, soziale Normen und die Wahrnehmung dessen, was als weit verbreitetes Verhalten und in diesem Sinn als „normal“ gilt. In der vierten Gruppe von Programmen werden gesunde Alternativen zu Substanzkonsum eingeübt. Viele Programme umfassen Kombinationen aus diesen vier Gruppen. Differenziert nach universeller und selektiver Prävention werden aus den vorliegenden Metaanalysen und Reviews für einzelne Altersgruppen und Substanzen sehr differenzierte Wirksamkeitsaussagen abgeleitet. Obwohl inzwischen auch aus Deutschland hochwertige einzelne Präventionsstudien vorliegen, fehlen noch immer systematische deutsche Übersichtsarbeiten zur Suchtprävention. Die Wirksamkeitsaussagen in der Expertise von Bühler et al. (2020) beziehen sich demnach primär auf internationale Metaanalysen, Reviews und Einzelstudien, was bedeutet, dass die Übertragbarkeit von bestimmten Programmelementen auf die Situation in Deutschland schwierig ist.

Das von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) herausgegebene Europäische Präventionscurriculum (EMCDDA, 2019, deutsche Fassung FINDER Akademie, 2019) dient einerseits als Grundlage für von der EMCDDA zertifizierte Weiterbildungen, versteht sich aber darüber hinaus als Einführung in Präventionsforschung und wissenschaftsbasierte Präventionsmaßnahmen. Im Europäischen Präventionscurriculum wird der Ablauf einer Präventionsmaßnahme in acht Phasen untergliedert und differenziert beschrieben. Auf eine Bedarfsanalyse folgt eine Ressourcenanalyse, an die sich die Programmformulierung anschließt. Spätestens in dieser Phase ist es erforderlich, sich über ein theoretisches Modell für die Prävention, die Zielgruppe, das relevante Setting und vorliegende Wirksamkeitsnachweise zu verständigen. Erst danach kann eine Intervention konzipiert oder eine bestehende Intervention an eine konkrete Situation angepasst werden. Zu dem Acht-Phasen-Modell gehört auch eine abschließende Evaluation, deren Ergebnisse schließlich in der letzten Phase in Überlegungen zur Verbesserung und Weiterführung des Programms einfließen sollten. Dass von einer regelhaften Evaluation von Präventionsmaßnahmen noch immer nicht auszugehen ist, zeigen Auswertungen zum Dot.sys – Dokumentationssystem für Präventionsmaßnahmen (BZgA, 2017, Kalke, 2019), denen zufolge zwei Drittel der erfassten Maßnahmen explizit dokumentiert werden, aber nur bei gut einem Viertel eine Evaluation vorliegt oder durchgeführt wird.

Ein Teil der Verfasser des Kölner Memorandums zur Evidenzbasierung in der Suchtprävention haben 2020 ergänzende Empfehlungen für eine „nachhaltig wirksame Suchtprävention“ für Entscheidungsverantwortliche und Praktiker*innen mit ausführlichen Hinweisen,

wie konkrete Präventionsmaßnahmen geplant und umgesetzt werden sollten, vorgelegt (Hoff & Schlömer, 2020; Schlömer & Hoff, 2020). Im Internet finden sich inzwischen mehrere Datenbanken mit evidenzbasierten Präventionsprogrammen. Dazu gehören etwa Xchange (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_de), die Grüne Liste Prävention (Landespräventionsrat Niedersachsen, <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>) oder PrevNet (BZgA, <https://www.inforo.online/prevnet>).

Während also auf der einen Seite immer mehr Informationen über evidenzbasierte Präventionsprogramme vorliegen, sah sich andererseits die Europäische Gesellschaft für Präventionsforschung (EUSPR) 2019 zu einer Stellungnahme verpflichtet, in der sie vor „ineffektiven und potentiell schädlichen Ansätzen in der Suchtprävention“ warnt (European Society for Prevention Research, 2019). In dieser Stellungnahme zeigt sich die EUSPR insbesondere beunruhigt angesichts von sogenannten Präventionsprogrammen, die einseitig auf Informationsvermittlung über Risiken des Konsums von Alkohol und anderen Drogen und auf besonders abschreckenden Darstellungen beruhen. Ihre Warnung klingt eigentlich wie eine Selbstverständlichkeit: Präventionsmaßnahmen sollten nur eingesetzt werden, wenn es aus hochwertigen Studien Belege für die Wirksamkeit und keine Hinweise auf Schäden gibt. Als Beispiele für Schäden werden in der Stellungnahme u.a. „Steigerung der Konsumabsicht, Steigerung der Annahme, dass der Konsum von Substanzen akzeptiert oder weit verbreitet ist“ oder indirekte Anleitungen zum Gebrauch von Substanzen aufgeführt.

Eine besonders optimistische Perspektive hinsichtlich der Erfolge der Suchtprävention nehmen Hanewinkel et al. (2020) ein. Sie bewerten die Umsetzung mehrerer Maßnahmen der Verhältnisprävention in Deutschland in Bezug auf das Rauchen von Tabakprodukten wie Preiserhöhungen und Gesetzgebung zum Nichtraucherenschutz seit dem Jahr 2000 als sehr erfolgreich und mitverantwortlich für den Rückgang des Raucheranteils bei Jugendlichen und allgemein in der erwachsenen Bevölkerung. Sollten diese Trends anhalten und die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagenen weiteren Maßnahmen zur Tabakprävention umgesetzt werden, halten sie das Ziel einer „rauchfreien Gesellschaft“ (davon wird gesprochen, wenn weniger als 5 % einer Population rauchen) in Deutschland etwa ab dem Jahr 2043 für erreichbar. Einschränkend fügen sie allerdings hinzu, dass der aktuelle Rückgang beim Rauchen von Zigaretten teilweise durch Anstiege bei E-Zigaretten und anderen neuen Nikotinprodukten kompensiert wird.

Literatur: Aktualisierte Expertise zur Suchtprävention und europäisches Präventionscurriculum

Bühler, A., Thrul, J., Gomes de Matos, E. (2020): Expertise zur Suchtprävention 2020. Aktualisierte Neuauflage der „Expertise zur Suchtprävention 2013“. Forschung und Praxis der Gesundheitsforschung, Band 52. BZgA: Köln. Online unter <https://www.bzga.de/info-materialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-52-expertise-zur-sucht-praevention-2020/> (Zugriff 29.11.2020).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2017): Dot.sys – Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung. Ergebnisbericht der bundesweiten Datenerhebung des Jahres 2016 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). BZgA: Köln. Online unter https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/bzga-intern/dot-sys_bericht_2016--ed9d7ada7fe2b9c28d3b1ba785d7a446.pdf (Zugriff 29.11.2020).

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019): European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Online unter https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en (Zugriff 29.11.2020).
- European Society for Prevention Research (EUSPR) (2019): Position der Europäischen Gesellschaft für Präventionsforschung zu ineffektiven und potenziell schädlichen Ansätzen in der Suchtprävention. Online unter <https://euspr.org/wp-content/uploads/2019/10/EUSPR-Stellungnahme.pdf> (Zugriff 29.11.2020).
- FINDER Akademie (2019): Europäisches Präventionscurriculum: Handbuch zur wissenschaftsbasierten Prävention für Entscheidungsträger, Meinungsbildner und Politiker. Edition Psychoaktive Substanzen, Berlin. Online unter https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en (Zugriff 29.11.2020).
- Hanewinkel, R., Morgenstern, M., Isensee, B., Wiebel, F. J. (2020): Rauchfreies Deutschland 2040: ein Diskussionsbeitrag. Dtsch Med Wochenschr 2020, 145: e101-1207. doi: 10.1055/a-1162-3305.
- Hoff, T. et al. (2015): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. In: Hoff, T., Klein, M. (Hrsg.): Evidenzbasierung in der Suchtprävention. Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung. Springer: Berlin, 9-26.
- Hoff, T., Schlömer, H. (2020): Für eine nachhaltig wirksame Suchtprävention sorgen: Empfehlungen für Entscheidungsverantwortliche. Köln, Hamburg: Katholische Hochschule NRW und Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung Hamburg (ISD Hamburg). Online unter <https://www.katho-nrw.de/?id=12191> (Zugriff 29.11.2020).
- Kalke, J. (2019): Landesauswertung der Dot.sys-Daten 2011-2018. In: Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen. HLS: Frankfurt. Online unter <https://www.hls-online.org/service/materialien/combass/> (Zugriff 29.11.2020).
- Schlömer, H., Hoff, T. (2020): Nachhaltig wirksame Suchtprävention erfolgreich gestalten: Empfehlungen für Praktiker_innen. Köln, Hamburg: Katholische Hochschule NRW und Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung Hamburg (ISD Hamburg). Online unter <https://www.katho-nrw.de/?id=12191> (Zugriff 29.11.2020).

Impressum

Herausgeberin:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org,
Twitter: [@HLS_Frankfurt](https://twitter.com/HLS_Frankfurt)

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt,
Frankfurt University of Applied Sciences,
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.
Tel: (0 69) 94413495,
E-Mail: vogt@fb4.fra-uas.de

Prof. Dr. Martin Schmid,
Fachbereich Sozialwissenschaften,
Hochschule Koblenz,
Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz
Tel: (0261) 9528254,
E-Mail: martin.schmid@hs-koblenz.de