

Inhalt

- **Zigaretten, E-Zigaretten,
Nikotinprodukte: Zum Stand der
Forschung und der Behandlung**
- **Internationale Erfahrungen mit der
Legalisierung von Cannabis**
- **Rahmenbedingungen der
Substitutionsbehandlung in
Deutschland**

Neues aus Forschung und Praxis

Forschungsbrief 59 / Oktober 2021 der HLS

Zigaretten, E-Zigaretten, Nikotinprodukte: Zum Stand der Forschung und der Behandlung

Seit Beginn des Jahres liegt die überarbeitete S3 Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung (Leitlinie Tabak, 2021)“ vor. Im Jahr 2020 hat das Deutsche Krebsforschungszentrum (Heidelberg) die Studie: „E-Zigaretten und Tabakerhitzer – ein Überblick (DKFZ, 2020)“ herausgegeben. Ebenfalls neu auf dem Markt ist die Studie zu „Global Burden of Disease 2019 (GBD 2019)“, die online 2021 veröffentlicht worden ist und die die gesundheitlichen Belastungen durch Tabakrauchen in der Zeit von 1990 bis 2019 in 204 Ländern und Territorien untersucht. Wir fassen die wichtigsten Ergebnisse dieser Überblicksarbeiten zusammen.

Unter der Leitung der Steuerungsgruppe von Dr. Batra, Dr. Kiefer, Dr. Kopp, Dr. Petersen und Sabine Hoffmann und unter Mitwirkung von ca. 50 Fachleuten, die wiederum ca. 50 Fachgesellschaften repräsentieren, wurde die S3-Leitlinie von 2014 überarbeitet und auf den neuesten Stand der Forschung gebracht (im Folgenden: Leitlinie Tabak, 2021). Das methodische Vorgehen entspricht einmal mehr den Vorgaben der „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ (AWMF). Auf der Grundlage der Ergebnisse von wissenschaftlich hochwertigen Studien werden nach einem komplexen Prozess der Auswahl und der Abstimmungen Empfehlungen für das Screening, die Diagnose und die Behandlung von Menschen entwickelt, die – noch immer – herkömmlich Zigaretten rauchen oder Tabak erhitzen. Die Forschungsgruppe definiert folgendes Ziel: „Das Ziel ... ist im Kern die Formulierung von Behandlungsempfehlungen: Was soll, sollte oder kann Raucher*innen im Allgemeinen oder in speziellen Konstellationen zur Motivation oder zur Unterstützung der Tabakentwöhnung angeboten werden?“ (S. 12).

Vor der Behandlung kommt jedoch die Prävention, die sich mit besonderen Anstrengungen an Jugendliche (alle Geschlechter) wendet. Diese ist erfolgreich, denn der Anteil der Jugendlichen, die herkömmliche Zigaretten rauchen, ist seit rund 20 Jahren rückläufig. Allerdings zeigen die Daten zum Konsum von E-Zigaretten und von Tabakerhitzern bei jungen Menschen seit rund 10 Jahren einen deutlichen Anstieg (DKFZ, 2020, S. 6). Immerhin übersteigt dieser Anstieg (noch) nicht die Abnahme der Raucherinnen und Raucher von herkömmlichen Zigaretten in den Altersgruppen bis 24 Jahre.

Im Vergleich mit den Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt der Anteil der Rauchenden von herkömmlichen Zigaretten in den Altersgruppen zwischen 25 und 60 Jahren vergleichsweise hoch. Dennoch zeigt auch hier die Langzeitanalyse über die letzten 20 Jahre einen Rückgang der Rauchenden; dieser fällt allerdings nicht so stark aus wie gewünscht. Zudem rauchen Erwachsene im Vergleich mit den jungen Menschen seltener E-Zigaretten.

Diejenigen, die umsteigen, geben als ein Motiv an, dass die Nikotinprodukte weniger schädlich seien als herkömmliche Zigaretten. Zwar ist gesichert, dass die Schadstoffbelastung durch E-Zigaretten bei optimalen Nutzungsbedingungen deutlich geringer ist als beim Rauchen von herkömmlichen Zigaretten. Unklar sind derzeit jedoch die langfristigen

negativen Wirkungen von E-Zigaretten. Das gilt sowohl hinsichtlich möglicher körperlicher Erkrankungen wie z.B. Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen usw. (DKFZ, 2020, S. 19ff) als auch für psychische Störungen, die diesem Konsum vorausgehen oder mit ihm zusammengehen. Die aktuelle Datenbasis reicht nicht aus, um zu beurteilen, ob E-Zigaretten deutlich weniger gesundheitsschädlich sind als herkömmliche Zigaretten. Das liegt u.a. daran, dass diese Produkte erst relativ kurze Zeit zum Verkauf angeboten und von den Konsumenten auch angenommen werden. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die langfristigen gesundheitlichen Wirkungen und möglichen Belastungen durch die E-Zigaretten und durch andere Tabakerhitzer erst in den kommenden Jahren in vollem Umfang zeigen werden.

Ein weiteres Motiv für den Umstieg ist der Wunsch, mit dem Rauchen von herkömmlichen Zigaretten aufzuhören und – auf die Dauer gesehen – auch mit dem von E-Zigaretten. Hier zeigt eine Reihe von Studien (DKFZ, 2020, S. 47ff; Hartmann-Boyce et al., 2021), dass sich kurzfristig die Gesundheitsschäden, die durch den Konsum von herkömmlichen Zigaretten entstehen können, verringern. Dennoch rät die Leitlinie Tabak (2021, S. 70ff) davon ab, E-Zigaretten oder andere Tabakerhitzer zur Reduktion des herkömmlichen Konsums von Zigaretten einzusetzen. Die Gründe dafür liegen z.B. darin, dass es zu einer Kombination des Konsums kommen kann, also zum Konsum von herkömmlichen Zigaretten und von E-Zigaretten. Das kann zu einer Zunahme der Aufnahme von Nikotin führen, was wiederum mit erheblichen Gesundheitsschäden verbunden sein kann.

Weil die gesundheitlichen Schäden, die mit dem Zigarettenrauchen verbunden sind, weit hin bekannt sind und immer wieder von neuem bestätigt werden (GBD, 2019), empfiehlt die Leitlinie Tabak (2021, S. 38ff), dass alle Menschen, die in Kontakt mit dem Gesundheitssystem kommen, systematisch nach ihrem Konsum von herkömmlichen Zigaretten sowie dem von E-Zigaretten oder anderen Tabakerhitzen gefragt werden. Erwachsene Raucher*innen sollen dann mit dem Fagerström Test genauer untersucht werden, Jugendliche entsprechend mit anderen Verfahren. Die Befunde einschließlich der Diagnosen nach ICD 10 bzw. 11 sollen in der Patientendokumentation festgehalten werden (Leitlinie Tabak, 2021, S. 47ff).

Raucher*innen sollen personale, telefonische oder mediale Kurzberatungen erhalten mit dem Ziel, sie dazu zu motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören (S. 50ff). Empfohlen werden neben der persönlichen Ansprache (z.B. in Suchtberatungsstellen oder im Krankenhaus) telefonische (Kurz)Beratungen sowie mobile Interventionen z.B. auf der Basis von Kurznachrichten, da sie in positivem Zusammenhang mit dem Ausstiegserfolg stehen (S. 65). Besonders wirksam sind allerdings interaktive internetbasierte Interventionen, also der Einsatz von qualitativ hochwertigen Selbsthilfeprogrammen in Kombination mit personalen (internetbasierten) Beratungssequenzen. Bewährt haben sich zudem verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppentherapien, allein (S. 81ff, vgl. Hollands et al., 2019) oder in Kombination mit einer Pharmakotherapie. Eine Reihe von Studien zeigt darüber hinaus, dass mit einer Nikotinersatzbehandlung (z.B. mit Nikotinpflaster) oder einer Behandlung mit Bupropion oder mit Vareniclin allein (S. 102ff) ebenfalls gute Erfolge beim Ausstieg aus dem Rauchen von herkömmlichen Zigaretten erreicht werden können (vgl. dazu auch die Ausführungen im Forschungsbrief 51, 2018). Allerdings sind beim Einsatz der Pharmakotherapie alters- und genderspezifische Aspekte zu beachten. Für Kinder und Jugendliche und für Frauen unmittelbar vor einer Schwangerschaft oder während der Schwangerschaft eignen sich die hier genannten Mittel eher nicht. Empfohlen werden für beide Gruppen vielmehr (Kurzzeit)Beratungen und psychotherapeutische Interventionen (S. 134ff).

„Rauchen ist der wichtigste ursächliche Faktor für vermeidbare Todesfälle und Verlust an lebenswerten [adjustierten (disability adjusted)] Lebensjahren in Deutschland“ (Leitlinie 2021, S. 159ff; vgl. Mons & Kahnert, 2019). Umso wichtiger ist es, im Kontext klinischer Behandlungen im Krankenhaus z.B. wegen COPD oder wegen Herz-Kreislaufbehandlungen oder Krebserkrankungen usw. Tabakentwöhnungen ein- und durchzuführen. Je früher im Leben Menschen, die herkömmliche Zigaretten rauchen, diesen Konsum aufgeben, umso geringer ist ihr Risiko, frühzeitig an den Folgen dieses Konsums zu erkranken oder sogar zu sterben.

Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Menschen mit Suchterkrankungen, mit psychotischen Erkrankungen sowie Schizophrenie, aber auch viele mit Depressionen und Angststörungen rauchen herkömmliche Zigaretten und sind davon abhängig. Bei Menschen mit Suchtproblemen wirken die gesundheitsschädigenden Wirkungen des kombinierten Konsums synergetisch, d.h. die negativen Folgen des Konsums z.B. von Alkohol und Tabak wirken zusammen und schädigen die Gesundheit stark. Damit steigt das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko entsprechend an. Umso dringender ist es, im Rahmen der Behandlungen der Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Drogen auch die von Nikotin zu behandeln. Die Ergebnisse einschlägiger Behandlungen sind vielversprechend, insbesondere beim Einsatz von Kombinationsbehandlungen mit Pharmakotherapie (Apollonio et al., 2016).

**Literatur: Zigaretten, E-Zigaretten, Nikotinprodukte:
Zum Stand der Forschung und der Behandlung**

- Apollonio, D., Philipps, R., Bero, L. (2016): Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016; Issue 11. Art. No.: CD010274. DOI: 10.1002/14651858.CD010274.pub2.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2021): S3 –Leitlinie “ Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung” Langversion. AWMF-Register Nr. 076-006. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Rauchen-Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf.
- DKFZ (Hrsg.) (2020): E-Zigaretten und Tabakerhitzer – ein Überblick. Heidelberg, DKFZ. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/E-Zigaretten-und-Tabakerhitzer-Ueberblick_Oktober_2020.pdf
- Forschungsbrief 51, Dezember 2018: Tabakrauchen: Behandlungsansätze und Wirksamkeit. Frankfurt, Hessische Landesstelle für Suchtfragen.
- GBD (2019): Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2021; 397: 2337–60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)
- Hartmann-Boyce, J., McRobbie, H., Butler, A., Lindson, N., Bullen, C., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N.A., Turner, T., Fanshawe, T.R., Hajek, P. (2021): Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 4. Art. No.: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub5. Accessed 12 October 2021
- Hollands, G.J., Naughton, F., Farley, A., Lindson, N., Aveyard, P. (2019): Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019; Issue 8. Art. No.: CD009164. DOI: 10.1002/14651858.CD009164.pub3.
- Mons, U., Kahnert, S. (2019): Neuberechnung der tabakattributablen Mortalität – Nationale und regionale Daten für Deutschland. Gesundheitswesen 2019;81(01):24-33

Internationale Erfahrungen mit der Legalisierung von Cannabis

In den letzten Jahren hat sich die rechtliche Bewertung von Cannabis in einer Reihe von Ländern verändert. Immer mehr Länder – darunter auch Deutschland – haben das Cannabisverbot zumindest für medizinische Zwecke gelockert. Uruguay, mehrere Bundesstaaten der USA und Kanada sind noch einen Schritt weitergegangen und haben auch den Freizeitkonsum von Cannabis legalisiert. In mehreren anderen Ländern wird über die Legalisierung von Cannabis ernsthaft diskutiert. Inzwischen liegen ersten Studien und Übersichtsarbeiten vor, die die Zeit vor und nach der Legalisierung in diesen Ländern bzw. Bundesstaaten anhand relevanter Indikatoren wie etwa der Zahl der Konsumierenden vergleichen.

In Uruguay sind der Anbau, der Vertrieb und der Kauf von Cannabisprodukten zum Freizeitkonsum seit 2013 erlaubt. Auch wenn immer wieder darauf hingewiesen wird, dass Uruguay damit weltweit der erste Staat der Welt ist, in dem Cannabis legalisiert wurde, bleiben Produktion von und Handel mit Cannabis doch hochgradig staatlich reguliert. Die Regierung kontrolliert die Produktion, der private Anbau unterliegt Mengenbegrenzungen, und der Verkauf findet hauptsächlich über Apotheken an registrierte Kunden und Cannabis-Clubs mit fester Mitgliedschaft statt. Jede Form von Werbung für Cannabis ist verboten. Insgesamt werden die gesetzlichen Regelungen zu Cannabis eher als marktfernes, nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtetes System mit hoher Staatsbeteiligung charakterisiert (Laqueur et al., 2020).

In den USA ist Cannabis auf der Bundesebene weiterhin eine verbotene Droge, während immer mehr Bundesstaaten den medizinischen und zunehmend auch den Freizeitkonsum von Cannabis erlaubt haben. Vorreiter waren dabei 2012 mit Colorado und Washington State zwei Bundesstaaten, in denen bereits zuvor durch Referenden die Verwendung von Cannabis für medizinische Zwecke legalisiert worden war. In den meisten Bundesstaaten, die Cannabis inzwischen legalisiert haben, orientiert sich die gesetzliche Regulierung an den Regeln, die auch bei Alkohol gelten. Unternehmen, die Alkohol- bzw. Cannabisprodukte produzieren und verkaufen wollen, benötigen eine staatliche Lizenz, mit der sie dann auf einem wachsenden Markt Gewinne erzielen können (Hall & Lynskey, 2020, S. 180). Die Bundesstaaten wiederum erheben Steuern auf Alkohol- und Cannabisprodukte und erzielen dadurch teilweise erhebliche Einnahmen. Das Mindestalter für den Erwerb für Cannabis liegt wie bei Alkohol bei 21 Jahren, Autofahren unter THC-Einfluss steht unter Strafandrohung und der Konsum in der Öffentlichkeit ist wie der von Alkohol verboten. Zudem variiert die Cannabis- wie die Alkoholgesetzgebung zwischen den Bundesstaaten stark. Trotz aller Einschränkungen und Regulierungen hat sich in der Folge der Legalisierung in einigen Bundesstaaten eine beträchtliche Cannabiswirtschaft entwickelt.

In Kanada wurde der nicht-medizinische Konsum, der Handel und die Produktion von Cannabisprodukten 2018 legalisiert, nachdem bereits zuvor die Verwendung von Cannabis zu medizinischen Zwecken zulässig war. An die Stelle des Verbotes ist ein umfangreiches Regime unterschiedlicher nationaler und bundesstaatlicher Regelungen getreten. So wurde beispielsweise ein Mindestalter für den Erwerb und Konsum von Cannabis festgelegt, das zwischen den einzelnen Bundesstaaten zwischen 18 und 21 Jahren schwankt. Wer Cannabis produzieren oder verkaufen will, benötigt eine staatliche Lizenz; der Verkauf auf dem Schwarzmarkt bleibt ebenso verboten wie die Werbung für Cannabis. Der legale private Besitz ist auf 30 Gramm begrenzt, der Konsum in der Öffentlichkeit ist an vielen Orten verboten und die Regelungen zum privaten Anbau unterscheiden sich zwischen den Bundesstaaten. Autofahren unter dem Einfluss von Cannabis steht unter Strafandrohung.

Die Art der Legalisierung in den drei Ländern (Kanada, US-Bundesstaaten, Uruguay) weist somit eine Reihe von Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede auf. Auch die Begründungen für die Legalisierung ähneln sich: Es geht um einen Abbau der mit dem Verbot des nicht-medizinischen Konsums einhergehenden negativen Effekte wie etwa der illegalen Märkten und der hohen Strafverfolgungszahlen und um erhoffte positive gesundheitliche Effekte durch kontrollierte Produkte und regulierte Märkte. Wegen der besonderen gesundheitlichen Risiken für Jugendliche, die Cannabis konsumieren, bleiben diese jeweils von den legalen Cannabismärkten ausgeschlossen.

In allen drei Ländern bietet sich durch die Gesetzesänderungen die Möglichkeit, die Auswirkungen einer Legalisierung im Sinne eines quasi-experimentellen Settings zu analysieren, in dem man die Situation vor und nach der Legalisierung miteinander vergleicht. So deuten Daten aus Uruguay etwa darauf hin, dass nach der Legalisierung die Zahl der tödlichen Verkehrsunfälle höher lag als davor (Nazif-Munoz et al., 2020). Eine andere Studie aus Uruguay untersucht die Auswirkungen der Legalisierung auf Jugendliche unterhalb der Altersgrenze und vergleicht dazu Schülerbefragungen von 2001 bis 2019 aus Uruguay mit entsprechenden Daten aus Chile, einem Land, in dem Cannabis nach wie vor verboten ist (Laqueur et al., 2020). Dabei zeigen sich weder bei den Konsumprävalenzen noch bei der Einschätzung der Risiken häufigen Cannabiskonsums signifikante Unterschiede zwischen Schülerinnen und Schülern in beiden Ländern. Lediglich die Verfügbarkeit von Cannabis wird von Schülerinnen und Schülern in Uruguay in den Jahren nach der Legalisierung als leichter eingeschätzt als in Chile.

Aus den USA liegen inzwischen zahlreiche Einzelstudien aus einzelnen Bundesstaaten mit Vergleichen vor und nach der Legalisierung vor. Eine Übersichtsarbeit (Hall & Lynskey, 2020) fasst diese Einzelergebnisse zusammen und kommt dabei zu einem gemischten Gesamtbild. Interessant sind die Veränderungen auf dem Cannabismarkt durch die Legalisierung: Die Preise sinken, und Erwachsene können sich in breitem Umfang ohne Angst vor Strafverfolgung mit Cannabisprodukten versorgen. Die Produktpalette wird diversifiziert und etwa um cannabishaltige Süßigkeiten und Getränke erweitert, und insgesamt zeigt sich eine Tendenz zu einem steigenden THC-Anteil in den Cannabisprodukten. Bereits jetzt ist zu erkennen, dass eine profitorientierte legale Cannabiswirtschaft wie auch die Tabak- und die Alkoholindustrie versucht, die Anzahl der Käuferinnen und Käufer und die Häufigkeit der Käufe zu erhöhen. Dementsprechend überrascht es nicht, dass in den Staaten, die Cannabis legalisiert haben, der Konsum bei Erwachsenen ansteigt. Uneinheitlich sind die Daten zu Konsumveränderungen bei Jugendlichen, die vom legalen Cannabiserwerb ausgeschlossen sind.

Einzelne Studien berichten von einem Anstieg des jugendlichen Cannabiskonsums in Bundesstaaten nach der Legalisierung (so z.B. Cerdá et al., 2020), andere von einem Rückgang, und in den meisten Studien konnten keine signifikanten Veränderungen des Konsum- und Risikoverhaltens in Bezug auf Cannabis bei Jugendlichen nachgewiesen werden. Mehrere Studien zu Krankenhäusern zeigen, dass sowohl nach der Legalisierung des medizinischen Cannabiskonsums als auch nach der Legalisierung des Freizeitkonsums die Notaufnahmen wegen Cannabis angestiegen sind. Dies gilt sowohl für somatische als auch für psychiatrische Notfälle. Auf die Nachfrage nach suchtspezifischen Behandlungen scheint die Legalisierung bislang vorliegenden Studien zufolge keinen Einfluss gehabt zu haben. Studien zur Zahl der Verkehrsunfälle unter Cannabiseinfluss vor und nach der Legalisierung oder im Vergleich von Staaten mit und ohne Legalisierung kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen.

Eine aktuelle Veröffentlichung aus Kanada fasst verschiedene Datenquellen zusammen und vergleicht die Daten vor und nach der Legalisierung (Fischer et al., 2021). Auch für Kanada zeigt sich dabei eine leichte Zunahme der Zahl erwachsener Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis. Auch bei Jugendlichen, die vom legalen Cannabiserwerb ausgeschlossen sind, deutet sich ein Anstieg der Konsumentenzahl an. Der besonders häufige oder gar tägliche Cannabiskonsum ist hingegen nicht gestiegen. Auch für eine Zunahme cannabisbedingter Verkehrsunfälle gibt es keine Hinweise aus Kanada. Wie in den USA zeigt sich auch in Kanada ein Trend zu Produktdiversifikation. Rauchbares Cannabis ist nach wie vor das häufigste Produkt, aber zunehmend werden auf den legalen Cannabismärkten auch essbare oder für Verdampfer nutzbare Cannabisprodukte nachgefragt. Damit deuten sich Verschiebungen weg von den mit dem Rauchen verbundenen chronischen Gesundheitsrisiken hin zu anderen Risiken an. Erwachsene bevorzugen zunehmend die neuen legalen Märkte und kaufen weniger auf nach wie vor vorhandenen illegalen Märkten. Jugendliche, die von den legalen Märkten ausgeschlossen sind, nutzen dafür die illegalen Märkte.

All diese Studien und Übersichtsarbeiten haben eine Reihe von methodischen Problemen gemeinsam. So kann der Vergleich von Daten vor und nach einer Legalisierung zwar auf Veränderungen hinweisen. Damit ist aber nicht gesagt, dass diese Veränderungen auch kausal auf die Legalisierung zurückzuführen sind. Auch in anderen Ländern und Regionen, in denen sich der Rechtsstatus von Cannabis nicht grundlegend verändert hat, schwanken die Konsumzahlen für Cannabis über die Jahre, ohne dass jeweils klare Gründe für zu- oder abnehmende Zahlen erkennbar sind. So wird etwa auch in Europa zwischen 2010 und 2019 ohne umfassende Legalisierung ein Anstieg der Prävalenzzahlen für den Cannabiskonsum berichtet (Manthey et al., 2021). Für die letzten beiden Jahre ist der weltweite Einfluss der COVID-19-Pandemie auf den Konsum schwer einzuschätzen. Hinzu kommt, dass von einer Gesetzesänderung bis hin zum tatsächlichen Aufbau einer Produktions- und Vertriebsinfrastruktur offensichtlich mehrere Jahre vergehen, so dass die Folgen einer Legalisierung möglicherweise erst über größere Zeiträume erkennbar werden.

In der internationalen Fachliteratur hat die Diskussion über die Auswirkungen einer Cannabislegalisierung dennoch an Fahrt aufgenommen. Einigkeit scheint zumindest darüber zu bestehen, dass bei dem insgesamt widersprüchlichen Gesamtbild einzelne Ergebnisse, die auf eine Zu- oder Abnahme eines Indikators in einem Land oder Staat hinweisen, nicht überbetont werden sollen. In den USA und in Kanada versucht man mit mehreren Erhebungswellen im Rahmen einer „International Cannabis Policy Study“ für die Zukunft detailliertere Ergebnisse zusammenzutragen (Hammond et al., 2020). Inzwischen häufen sich Veröffentlichungen, die Lehren aus den bislang erkennbaren Auswirkungen einer Cannabislegalisierung zu ziehen versuchen (vgl. etwa Shover & Humphreys, 2019). Dabei wird deutlich, dass es dabei nicht nur um die Frage Legalisierung oder Beibehaltung des Cannabisverbotes geht, sondern inzwischen weltweit eine große Bandbreite unterschiedlicher Regulierungssysteme (vom strikten Verbot über mehr oder weniger weitreichende Entkriminalisierung bis hin zu verschiedenen Formen der Legalisierung) für medizinische Zwecke und für den Freizeitkonsum von Cannabis genutzt werden. Die Forschung zu der Frage, welche Regulierungsform mit welchen gesundheitlichen Auswirkungen verbunden ist, steht noch am Anfang. Für diejenigen aus der Politik, die Entkriminalisierungs- oder Legalisierungsschritte planen, lohnt ein differenzierter Blick auf die bisherigen internationalen Erfahrungen.

Literatur: Internationale Erfahrungen mit der Legalisierung von Cannabis

- Cerdá, M., Mauro, C., Hamilton, A., Levy, N. S., Santaella-Tenorio, J., Hasin, D., Wall, M. M., Keyes, K. M., Martins, S. S. (2020): Association between recreational marijuana legalization in the United States and changes in marijuana use and cannabis use disorder from 2008 to 2016. *JAMA psychiatry*, 77(2), 165–171. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3254>
- Hall, W. & Lynskey, M. (2020): Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use: the US experience. *World Psychiatry*, 19(2), 179–186.
- Fischer, B., Lee, A., Robinson, T., Hall, W. (2021): An overview of select cannabis use and supply indicators pre- and post-legalization in Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00405-7>
- Hammond, D., Goodman, S., Wadsworth, E., Rynard, V., Boudreau, C., Hall, W. (2020): Evaluating the impacts of cannabis legalization: The International Cannabis Policy Study. *The International Journal on Drug Policy*, 77, 102698. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102698>
- Laqueur, H., Rivera-Aguirre, A., Shev, A., Castillo-Carniglia, A., Rudolph, K. E., Ramirez, J., Martins, S. S., Cerdá, M. (2020): The impact of cannabis legalization in Uruguay on adolescent cannabis use. *The International Journal on Drug Policy*, 80, 102748. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102748>
- Manthey, J., Freeman, T. P., Kilian, C., López-Pelayo, H., Rehm, J. (2021): Public health monitoring of cannabis use in Europe: Prevalence of use, cannabis potency, and treatment rates. *The Lancet Regional Health - Europe*, 100227. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100227>
- Nazif-Munoz, J. I., Oulhote, Y., Ouimet, M. C. (2020): The association between legalization of cannabis use and traffic deaths in Uruguay. *Addiction*, 115(9), 1697–1706. <https://doi.org/10.1111/add.14994>
- Shover, C. L., Humphreys, K. (2019): Six policy lessons relevant to cannabis legalization. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 45(6), 698–706.

Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung in Deutschland

Im Rahmen einer umfassenden Studie zur Evaluation der Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) von 2017 wurden Auswertungsergebnisse zu Befragungen von substituierenden Ärztinnen und Ärzten in Deutschland veröffentlicht. Die Veränderungen in der BtMVV werden durchweg positiv bewertet. Die Befragung weist aber auch darauf hin, dass diese Rahmenbedingungen kaum ausreichen werden um auch in Zukunft genügend Arztpraxen zur Beteiligung an der Substitutionsbehandlung motivieren zu können.

Die Substitutionsbehandlung ist schon quantitativ die wichtigste Behandlungsform für Menschen, die von Opioiden abhängig sind. Dem aktuellen Bericht zum Substitutionsregister zufolge stieg die Zahl der Opioidabhängigen in Substitutionsbehandlung während der Coronapandemie noch einmal an und lag zum Stichtag 1.7.2020 bei 81.300 Patient*innen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2021, S. 2). Während die Zahl der Patient*innen zwischen 2011 und 2020 von 76.200 auf 81.300 stieg, ging die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte im gleichen Zeitraum von 2.703 auf 2.545 zurück.

Für die rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung sind insbesondere die Regelungen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) relevant, die

2017 grundlegend reformiert wurden. Zu den zentralen Neuerungen dieser Reform gehört, dass alle Regelungen, die das ärztlich-therapeutische Handeln in engerem Sinn betreffen, in die Regelungskompetenz der Bundesärztekammer überführt wurden. Das Ziel einer Opioidabstinenz ist seither nicht mehr vorgeschrieben, Beikonsum ist kein zwingender Grund für einen Behandlungsausschluss mehr, und eine psychosoziale Begleitung (PSB) soll zwar noch empfohlen werden, ist aber nicht mehr verpflichtend. Die Möglichkeit der Take-Home-Verordnung wurde von 7 Tage auf bis zu 30 Tage ausgedehnt und das Konsiliararztmodell, bei dem suchtmmedizinisch nicht qualifizierte Ärztinnen und Ärzte unter Aufsicht von suchtmmedizinisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten substituieren dürfen, wurde von 3 auf 10 Patientinnen und Patienten erweitert. Die Abgabe des Substituts darf seither auch durch Fachkräfte in einer hierzu anerkannten Alten- und Pflegeeinrichtungen, einem Hospiz, einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation oder einer anderen geeigneten Einrichtung erfolgen. Bedingt durch die Pandemie sind weitere Veränderungen und Vereinfachungen der Verschreibungs- und Abgabepaxis hinzugekommen; diese sind jedoch nur bis Ende Dezember 2021 bzw. Ende Mai 2022 gültig (vgl. KBV vom 05. 10. 2021). Auch darum wird erneut darüber diskutiert, ob und wie diese Veränderungen und Vereinfachungen dauerhaft in der BtMVV verankert werden können (z.B. KVQS vom 15. 08. 2021).

Zur Evaluation der BtMVV Reform von 2017 wurde ein umfangreicher Evaluationsauftrag vergeben, in dessen Rahmen im zweiten Halbjahr 2019 Fragebogen an mehr als 3.000 aktuell oder früher substituierende Ärztinnen und Ärzte versandt wurden (Lehmann et al., 2021b). Mehr als ein Drittel der angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte beteiligten sich an der schriftlichen Befragung. Parallel wurden zwischen Dezember 2019 und April 2020 mit 31 substituierenden Ärztinnen und Ärzten leitfadengestützte qualitative Interviews durchgeführt (Lehmann et al., 2021a). Das Durchschnittsalter der beteiligten Ärztinnen und Ärzte lag bei 57,9 Jahren für die schriftliche Befragung und bei 58,5 Jahren bei den Interviews und war damit deutlich höher als das Durchschnittsalter der bei der Kassenzärztlichen Bundesvereinigung registrierten Ärztinnen und Ärzte. In beiden Teilstudien waren mehr als die Hälfte der Befragten konsiliarisch tätig.

Die Neuregelungen der BtMVV-Reform von 2017 wurden von einer großen Mehrheit der Befragten sowohl im quantitativen wie im qualitativen Studienteil positiv bewertet. In der schriftlichen Befragung wurde der Wegfall der strikten Abstinenzausrichtung, die veränderte Bewertung des Beikonsums, die Ausdehnung der Take-Home-Verordnungen sowie die größere Rechtssicherheit als besonders wichtig eingeschätzt. Allerdings variieren die Antworten der Befragten in einzelnen Bundesländern stark; in einigen Ländern war man keineswegs sicher, ob die Reform Rechtssicherheit für substituierende Arztpraxen bringt oder ob dennoch strafrechtliche Konsequenzen z.B. bei Formfehlern zu befürchten sind. Die durch die Reform jetzt mögliche Fortsetzung einer Substitution trotz Beikonsums entspricht nach der Einschätzung der Ärztinnen und Ärzte der bisherigen Praxis. Die erweiterten Take-Home-Regelungen werden als Erleichterungen wahrgenommen. Das gilt auch für den Bedeutungsverlust des Abstinenzziels. Auch der Verzicht auf eine verpflichtende psychosoziale Begleitung wird positiv bewertet, da zuvor viel Kapazität auf das Beibringen der bislang erforderlichen Bescheinigungen verwendet werden musste. Die meisten konsiliarisch tätigen Praxen wollen nicht auf die durch die Reform mögliche Zahl von 10 substituierten Patientinnen und Patienten aufstocken. Auch die Möglichkeit, das Substitutionsmittel in Alten- und Pflegeheimen und anderen Einrichtungen abgeben zu können, wurden begrüßt. Trotz der positiven Bewertung der Reform befürchten die befragten Ärztinnen und Ärzte allerdings weiterhin eine drohende Unterversorgung durch die Arztpraxen. Nur ein Viertel der Befragten schätzen die Versorgung der substituierten Patient*innen aktuell

und in Zukunft als gesichert ein. Etliche Befragte meinen, dass daran auch eine zukünftige BtMVV-Reform nicht viel ändern wird. Notwendig seien vielmehr ergänzende Substitutionsambulanzen, die Patient*innen hoher psychiatrischer Komorbidität und Verhaltensauffälligkeiten übernehmen können. Ohne „flankierende Maßnahmen“ drohe eine Unterversorgung durch substituierende niedergelassene Arztpraxen. Die bürokratischen Anforderungen an die Substitution werden weiterhin als zu hoch erlebt, und nach wie vor gibt es Angst vor Regressforderungen durch die Kassen. Angesichts der Altersstruktur der substituierenden Ärztinnen und Ärzte, des nach wie vor wahrgenommenen hohen bürokratischen Aufwandes und des vergleichsweise geringen Interesses jüngerer Ärztinnen und Ärzte an der Substitution ist die Substitution von mehr als 80.000 opioidabhängigen Patient*innen nicht sichergestellt, wenn die jetzige Generation abtritt und keine Nachfolge für ihre Kassensitze findet.

Die schriftliche Befragung und ein Großteil der qualitativen Interviews wurden vor Beginn der COVID-19-Pandemie durchgeführt, so dass die Auswirkungen der Pandemie und vor allem die pandemiebedingte Liberalisierung der BtMVV in den Interviews so gut wie keine Berücksichtigung finden. Im Rückblick wird jedoch deutlich, dass die Reform von 2017 die weiterreichenden pandemiebedingten Liberalisierungen in der Behandlung von Opioidabhängigen erst möglich gemacht hat (Lehmann et al. 2021a).

Literatur: Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung in Deutschland

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2021): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2021. https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Substitutionsregister/_node.html (12.10.2021)
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) Coronavirus SARS-COV-2: Kurzüberblick Sonderregelungen (STAND: 05.10.2021) https://www.kbv.de/media/sp/Coronavirus_Sonderregelungen_Uebersicht.pdf
- KVQS (Bundeskonzferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen für die substitutionsgestützte Behandlung der Opioidabhängigkeit bei den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder) Positionspapier vom 15. 08. 2021. Covid-19 und Opioidsubstitution: „Notlösungen“ – oder Optionen für die Zukunft nach der Pandemie? https://www.forum-substitutionspraxis.de/images/Download/PDF/Positionspapier_KVQS_PostCOVID19_Stand_21_08_21.pdf
- Lehmann, K., Kuhn, S., Schulte, B., Verthein, U. (2021a): Relevanz und Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV für die Opioidsubstitutionstherapie. Suchttherapie. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1055/a-1330-6349>
- Lehmann, K., Kuhn, S., Schulte, B., Meyer-Thompson, H.-G., Verthein, U. (2021b): Die Substitutionstherapie Opioidabhängiger in Deutschland: Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV aus der Sicht substituierender Ärztinnen und Ärzte. Gesundheitswesen, 83(8-09), 651–661. <https://doi.org/10.1055/a-1378-924>

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