

Themenschwerpunkt:

Cannabis als Medizin



Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Wissenschaftliche Herausgeber

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com
Dr. Alfred Uhl · alfred.uhl@goeg.at

Wissenschaftlicher Consultant

Dr. Martin Tauss · mtauss@kabelplus.at

Herausgebende Institution

Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien,
Fakultät für Psychotherapiewissenschaft

Chefredakteur

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com

Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen · t.ballhausen@gmail.com
Mag. Irene Schmutterer · irene.schmutterer@goeg.at

Bildredaktion

Sonja Bachmayer · ikarus711@hotmail.com

Verlag

PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com
www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst · wp@pabst-publishers.com

Administration

Silke Haarlammert · haarlammert@pabst-publishers.com

Herstellung

Bernhard Mündel · muendel@pabst-publishers.com

Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,
Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07
BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:

haarlammert@pabst-publishers.com
Tel. +49 (0)5484 97234 · Fax +49 (0)5484 550

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Umschlagbild: © Sonja Bachmayer

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

8. Jahrgang · Heft 3-2019

Themenschwerpunkt:

Cannabis als Medizin

Gastherausgeber: Ingo Ilja Michels, Heino Stöver

Inhalt

- 103 Editorial
Ingo Ilja Michels & Heino Stöver
- 104 Cannabis als Medizin in Deutschland.
Gesetzesgenese, historischer Hintergrund und aktuelle Herausforderungen der Verschreibungspolitik und -praxis
Ingo Ilja Michels & Heino Stöver
- 115 Der steinige Weg von Patienten und Ärzten zur legalen medizinischen Verwendung von Cannabis
Franjo Grotenhermen
- 125 Bildstrecke „Alpen Pop“
Kurt G. Pichlbaum
- 129 Das parlamentarische Ringen um das Cannabis-Gesetz von 2017
Burkhard Blienert
- 134 Vom langen parlamentarischen Weg einer „gefährlichen Einstiegsdroge“ zum gesetzlich legitimierten Medikament
Frank Tempel
- 138 Cannabis im Deutschen Bundestag
Kirsten Kappert-Gonthier
- 144 Rechtliche und praktische Probleme der Verordnung von Cannabis-Arzneien durch Ärztinnen und Ärzte
Wilfried Kunstmann
- 149 Behandlung von ADHS mit Cannabinoiden
Eva Milz
- 153 Bildstrecke „Kappadokien“
Fotos von Ingo Folie
- 157 Cannabis aus psychiatrischer Sicht:
Rauschdroge – Politikum – Naturheilmittel
Hendrik Faure
- 167 Cannabis als Medizin – aus Sicht der Nutzer
Maximilian Plenert
- 175 The process of legally regulating medicinal cannabis in the Americas: challenges, limits and opportunities
Lisa Sánchez & Jacinta Santacruz
- 185 Die WHO und das „Cannabis-Dilemma“
Ingo Ilja Michels
- 188 Übers Ziel hinausgeschossen – ein Kommentar zum Kommentar
Ingo Ilja Michels

Nachrichten

- 102 Übersicht

Nachrichtenübersicht

143 Putin sei Dank: Die Russen trinken weniger und leben länger

187 Gesundheit und Haft: Die meisten Gefangenen rauchen und schädigen die Nichtraucher

akzept e.V. Bundesverband, Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.)

6. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2019

**176 Seiten****ISBN 978-3-95853-525-1****Preis: 15,- €**

PDF:

ISBN 978-3-95853-526-8

Preis: 10,- €

Im nunmehr 6. Alternativen Drogen- und Suchtbericht 2019 beleuchten Expert_innen aus unterschiedlichen Bereichen und Professionen mit kritischem Blick die Entwicklungen in der aktuellen deutschen Drogenpolitik und formulieren Verbesserungsvorschläge. Auf der Basis einer nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik aus dem Jahr 2012 kann keine aktuell wirksame Drogenpolitik gestaltet werden.

Es bedarf einer gründlichen Bestandsaufnahme der nationalen Drogenpolitik und klar formulierter Zielsetzungen – kurz-, mittel- und langfristig. Es bedarf einer Beachtung wissenschaftlicher Erkenntnisse, um kompetente Antworten auf die Herausforderungen im Zusammenhang mit Drogenkonsum in Deutschland zu entwickeln. Es bedarf der Bereitschaft, das Erfahrungswissen langjähriger Praktiker_innen in Drogenhilfe und -politikverbänden und der Selbsthilfe einzubeziehen. Es bedarf eines Nationalen Sucht- und Drogenbeirates mit Partizipation aller relevanter Gruppen.

Deutschland ist ein Hochkonsumland in Bezug auf Alkohol und Tabak, bei gleichzeitig permissiver Kontrollpolitik. Innovative Antworten auf die gesundheitlichen und sozialen Schäden dieser Drogenpolitik bleiben weitgehend aus. Nicht zuletzt aus diesem Grund haben wir die Tabakkontrollpolitik zum Schwerpunkt des diesjährigen Alternativen Drogen- und Suchtberichtes gemacht. Hier sind moderne Antworten gefordert statt ein simples Gewährenlassen der legalen Drogenindustrie.

**PABST SCIENCE PUBLISHERS**Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.com

Editorial

Ingo Ilja Michels & Heino Stöver

Ein Beitrag in den deutschen prime time news („Tagesschau“¹) vom 22. Juli 2019 brachte es auf den Punkt: Zweieinhalb Jahre nach dem Beschluss des Deutschen Bundestags, es Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern mit der Verschreibung von Cannabispräparaten zu ermöglichen, Cannabis als Medizin zu erhalten und dies auch von den Krankenkassen finanziert zu bekommen, gehen viele Patienten leer aus!

Das „Cannabis-als-Medizin-Gesetz“ ist einstimmig (!) vom Parlament verabschiedet worden (was so gut wie nie vorkommt), aber in der Umsetzung hapert es nach wie vor erheblich. Die Ärzteschaft tut sich schwer: sie verlangt – zu Recht – weitere Studien. Dies darf aber nicht zu einer Blockade bei der Verschreibung von medizinischem Cannabis führen. Das hat der Gesetzgeber ausdrücklich nicht gewünscht.

Deshalb wird in diesem Sonderheft dem Prozess der Genese dieses Gesetzes viel Raum gewidmet, deshalb kommen Politiker zu Wort, die bei der Erarbeitung des Gesetzes aktiv beteiligt waren oder die sich im aktuellen Bundestag darum bemühen, die Hürden bei der Umsetzung zu beseitigen (*Burkard Blienert, Frank Tempel, Kirsten Kappert-Gonthier*), und es erfolgt auch eine globale Einschätzung dieser politischen Weiterentwicklung (*Lisa Sánchez und Jacinta Santacruz*).

Es wurden aber auch Praktiker gebeten, ihre Erfahrungen in der Verschreibung und Anwendung von Cannabismedikamenten darzustellen (*Hendrik Faure, Eva Milz*). Die Bedenken der verfassten Ärzteschaft sollen aber auch berücksichtigt werden (noch immer mangelnde wissenschaftliche Evidenzen, Haftungsprobleme, Ausrichtung des ärztlichen Handelns am Wohlbefinden der Patienten, denen nicht – wenn auch ungewollt – geschadet werden soll; *Wilfried Kunstmann*). Es wird aber auch Raum

gegeben für diejenigen, die seit Jahrzehnten im Patienteninteresse an einer Reform der rechtlichen Grundlagen arbeiten und dafür lange Zeit als „Außenseiter“ abgestempelt wurden und ohne deren Engagement dieses Gesetz nicht zustande gekommen wäre (*Franjo Grotenhermen*).

Es kommt zudem entscheidend auf die Patienteninteressen an (*Max Plenert*), die noch immer nicht als Partner des ärztlichen Handelns gesehen werden.

Wir hoffen, mit diesem Sonderheft eine bessere Entwicklung dieser notwendigen Hilfe für schwerkranke Menschen anzustoßen, wobei noch eine Reihe von Fragen offen bleiben: Kann die Anwendung von „Cannabis als Medizin“ getrennt werden von der „Illegalisierung der Cannabispflanze“? Warum werden zehntausende von möglichen Klienten ausgeschlossen, denen man attestiert, sie seien „abhängig“ von Cannabis und deshalb für eine medizinische Anwendung nicht „geeignet“ (etwa die opioidabhängigen Menschen, die substituiert werden)? Ist es ethisch vertretbar, sie weiterhin auf den „Schwarzmarkt“ zu schicken, wo sie die Qualität des Stoffes nicht kennen und in einem hohen Maß in Deutschland kriminalisiert werden (ca. 180.000 „konsumnahe Cannabisdelikte“ mit Mengen vorwiegend zum Eigenbedarf)? Wann wird es einen legalen Anbau von Cannabis für medizinische Anwendung in Deutschland geben, der eigentlich schon in diesem Jahr die ersten Ernten bereitstellen sollte? Noch eine „Berliner Flughafengesellschaft“-never-ending-Story?

Wir wünschen uns aktive Leser, die sich einmischen und uns ihre Erfahrungen und Meinungen mitteilen.

Bonn und Frankfurt, im August 2019

Ingo Ilja Michels und Heino Stöver



Dr. Ingo Ilja Michels
ingoiljamichels@gmail.com



Prof. Dr. Heino Stöver

¹ <https://www.tagesschau.de/inland/cannabis-rezept-103.html>

Cannabis als Medizin in Deutschland

Gesetzesgenese, historischer Hintergrund und aktuelle Herausforderungen der Verschreibungspolitik und -praxis

Ingo Ilja Michels & Heino Stöver

Zusammenfassung

Der Deutsche Bundestag hat am 19. Februar 2017 das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften abschließend beschlossen, es ist am 11. März 2017 in Kraft getreten. Damit sollen Cannabisarzneimittel als Therapiealternative eingesetzt werden können, wenn nach begründeter Einschätzung des behandelnden Arztes eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome zu erwarten ist (z.B. Schmerztherapie, bestimmte chronische Erkrankungen, schwere Appetitlosigkeit und Übelkeit). Mit Änderungen im SGB V wurde die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln auf Cannabisbasis in der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert, die bislang grundsätzlich auf zugelassene Fertigarzneimittel im jeweils zugelassenen Anwendungsgebiet begrenzt war.

Zukünftig soll in Deutschland zudem ein staatlich überwachter Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken erfolgen können. Die damit verbundenen Aufgaben werden dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) übertragen (staatliche „Cannabisagentur“). Aber die Umsetzung des Gesetzes in die Praxis verläuft schleppend.

Einleitung

Der Umgang mit Cannabismedizin in Deutschland hat sich nach einer intensiven, noch fortbestehenden Auseinandersetzung grundlegend gewandelt (EMCDDA, 2018). Bereits ab der Jahrtausendwende gab es politische Bewegungen außerhalb des Parlaments, um die Verwendung von Cannabis für medizinische Zwecke zuzulassen (z.B. Internationale Vereinigung für Cannabinoid-Arzneimittel). Diese Bewegung wurde vor allem von der deutschen „Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin“ (ACM; Russo, 2018) und ihrem Begründer und treibenden Kraft, Dr. Franjo Grotenhermen, und auch

vom Selbsthilfenetzwerk „Cannabis als Medizin“ (Grotenhermen, 2019a) initiiert und auch vom „Deutschen Hanfverband“ (Wurth, 2019). Drogen- und Suchthilfeverbände haben sich dagegen jahrelang schwer getan mit diesem patienteninitiierten Diskurs; sie konzentrierten sich dagegen auf die Frage der Regulierung des Freizeitkonsums von Cannabis. In der Bundesregierung und im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde auch in der rot-grünen Koalition die „Cannabisfrage“ zugunsten anderer drogenpolitischer Reformprojekte (z.B. Diarmorphinvergabe) erst einmal zurückgestellt. Zudem bestand Anfang der 2000er Jahre noch immer die Auffassung, dass Cannabis keinerlei oder wenig therapeutischen Nutzen habe, was auch noch von internationalen Gremien wie der WHO vertreten wurde.

Das BMG vertrat 1999 die Auffassung, dass es für das Inverkehrbringen von Cannabis-Arzneimitteln aus betäubungsmittelrechtlicher Sicht erforderlich ist, dass die entsprechenden Wirkstoffe Bestandteil der Anlage III BtMG (verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) sind. Dies traf derzeit für die Cannabiswirkstoffe Dronabinol und Nabilon zu. Diese Stoffe konnten somit nach dem BtMG zwar ärztlich verschrieben werden, allerdings ohne Kostenerstattung durch die GKV. Zu diesem Zeitpunkt waren in Deutschland weder Fertigarzneimittel mit isolierten Cannabiswirkstoffen noch mit natürlichen Gemischen der Cannabispflanze für den Verkehr zugelassen. Ebenso lag kein Zulassungsantrag beim zuständigen BfArM vor.

Im Mai 1999 hatte jedoch im Krankenhaus Berlin-Moabit eine klinische Prüfung mit Cannabisextrakt gegen aus der Pflanze isoliertes Dronabinol bei ca. 400 Krebspatienten zur Appetitanregung begonnen (Grotenhermen, 2019b). Fertigarzneimittel mit dem Wirkstoff Dronabinol waren in den USA (Marinol) und mit dem Wirkstoff Nabilon in Großbritannien (Nabilone) zugelassen. Rezepte mit diesen Arzneimitteln konnten auf der Grundlage einer Ausnahmeregelung des Arzneimittelgesetzes

(AMG) beliefert werden. Danach war es möglich, für einen Patienten eine „Einzelbeschaffung“ eines Arzneimittels aus einem anderen Land durchzuführen, wenn es dort zugelassen ist (§ 73 Abs. 3 AMG). Die Fertigarzneimittel Marinol und Nabilone wurden auf diesem Weg in geringen Mengen importiert.

Auch die Herstellung eines Rezepturarzneimittels in der Apotheke aufgrund einer entsprechenden ärztlichen Verschreibung war schwierig, weil natürliche Gemische von Cannabis damals als Ausgangsstoff für die Arzneimittelherstellung in der Apotheke nicht angeboten wurden. Entsprechende Arzneibuchmonographien lagen nicht vor.

Es herrschte aber auch noch im Jahr 2000 die Auffassung vor, dass an einer arzneilichen Anwendung von ungeprüften Cannabisprodukten kein Bedarf bestehe, auch wenn es immerhin den Konsens – auch mit der Bundesärztekammer – gab, dass Cannabis-Arzneimittel ein breites pharmakologisches Potenzial haben.

Zudem wurde auf die damals vorliegende Studie von Kleiber und Kovar (1997) verwiesen, die Anlass gegeben hatte, für Konsumenten die Frage der verfassungskonformen Regelung des Umgangs mit Cannabis zum Zwecke des Eigenverbrauchs zu prüfen. Auch diese Studie hatte gezeigt, dass Cannabis ein hochpotentes Therapeutikum mit verschiedensten, oft noch ungeklärten Wirkmechanismen im menschlichen Organismus sei und insbesondere für den nicht medizinisch betreuten Gebraucher gesundheitliche Risiken berge. Gegen die medizinische Anwendung von Cannabis habe man keine Einwände, wenn sie auf Grundlage des Arzneimittelgesetzes erfolge.

Dann erfolgte der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zum Einsatz von Cannabis als Arzneimittel vom 20. Januar 2000 – Az. 2 BVR 2382-2389/99 (Bundesverfassungsgericht, 2000). Nach Auffassung des Gerichtes sei die medizinische Versorgung der Bevölkerung ein öffentlicher Zweck, der auch im Einzelfall die Erteilung einer entsprechenden Erlaubnis rechtfertigen könne. Gleichzeitig wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die Erlaubniserteilung für den straffreien Eigenkonsum im Ermessen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte liege. Allerdings war die Auffassung des BMG nach wie vor restriktiv, denn man ging davon aus, dass es sich bei ohne Beachtung des AMG beschafftem Haschisch oder Marihuana in der Regel um Arzneimittel handle, für die es keine qualitätsgeprüfte Herstellung nach AMG gebe.

Zur Frage der Erlaubniserteilung des BfArM zum Selbstanbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken wurde eingewendet, dass die

Erteilung einer Erlaubnis nach dem BtMG ausgeschlossen sei, wenn ein Versagungsgrund nach § 5 BtMG vorliege. Es sei nicht ersichtlich, wie das BfArM oder der Arzt bei einer Vielzahl einzelner Patienten kontrollieren könnten, wie viel Cannabis der jeweilige Patient anbaue, ob er die Substanz medizinisch richtig zubereite und anwende, was er mit nicht von ihm verbrauchten Substanzen mache oder ob er oder Dritte unerlaubt Cannabis abzweigen. Allerdings gab es die Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses des Bundestages vom Mai 2000 (Deutscher Bundestag, 2000), der die medizinische Anwendung von Cannabis befürwortete und eine Kontrolle – auch des Eigenanbaus – durch Krankenhäuser in Erwägung zog.

Es wurde aber aufgrund des Beschlusses des BVerfG erwogen, die Rechtslage zu verändern, denn es bestünde die Möglichkeit, in Anlage I des BtMG eine Formulierung durch Rechtsverordnung einzufügen, die Cannabis dann aus der Anlage herausnimmt, wenn es „aufgrund ärztlicher Verordnung zur medizinischen Anwendung verwendet wird“. Einen solchen Schritt hat die rot-grüne Regierung aber nicht vollzogen.

Das weitere Hindernis in der Verschreibung von Cannabisarzneimitteln ergab sich auch aus der Nichterstattung der Kosten durch die Krankenkassen. In Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel gehören nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes grundsätzlich nicht zum Leistungskatalog der GKV, weil für diese Präparate die nach dem Arzneimittelgesetz vorgesehene Prüfung auf Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nicht erfolgt ist (auch dann nicht, wenn eine solche Prüfung im Ausland erfolgte).

Die schwarz-rote Koalitionsvereinbarung sah 2003 immerhin vor: „Die Verschreibungsmöglichkeiten von Cannabisarzneimitteln werden in wissenschaftlich anerkannten Fällen weiterentwickelt.“ Dazu müsste Cannabis-Extrakt verschreibungsfähig gemacht, also in Anlage III zu § 1 BtMG aufgenommen werden. Dies setzte voraus, dass wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse über Qualität, therapeutische Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Cannabis-Extrakt vorliegen, die es rechtfertigen, diesen Extrakt verschreibungsfähig zu machen. Da das (noch) nicht der Fall war, zögerte die Koalition, konkrete Schritte zu unternehmen.

In den Niederlanden wurde seit dem 1. September 2003 Cannabiskraut zu medizinischen Zwecken auf ärztliche Verschreibung in Apotheken abgegeben. Die Haltung der Experten im Gesundheitsministerium war aber weiterhin restriktiv dahingehend, dass dem

von Deutschland verfolgten Ansatz, nicht – wie in NL – die Pflanze oder Pflanzenteile selbst, sondern nur Cannabisextrakt oder zugelassene Fertigarzneimittel verschreibungsfähig zu machen, der Vorzug zu geben sei. Cannabiskraut könne nicht verschreibungsfähig gemacht werden, weil das Missbrauchspotenzial und das Krebsrisiko durch Rauchen von Cannabiskraut zu hoch seien.

In der Antwort der Bundesregierung auf eine „Kleine Anfrage“ der Fraktion der FDP – mit dem damaligen Drogenbeauftragten der FDP-Fraktion, Detlev Parr, vom 12. Januar 2004 (Ds 15/2226) verweist die Bundesregierung darauf, dass es keine oder keine ausreichende Evidenz für Cannabismedizin gebe:

„Allerdings können die Messinstrumente der Schulmedizin nicht ausreichend zeigen, ob bestimmte Medikamente zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Patienten beitragen können bzw. wird dieser Aspekt nicht für relevant genug gehalten.“

Ganz anders als in der jetzigen Begründung der Gesetzesänderung!

Ende 2004 wurden mehrfach Patienten wegen der Nutzung von Cannabis als Medizin freigesprochen und es häuften sich derartige Urteile, während die Bundesregierung immer noch keinen Handlungsbedarf sah.

Der Dambruch

Am 19. Mai 2005 hatte das BVerwG ein Urteil erlassen, in dem es einem MS-kranken Kläger Recht gab, der beim BfArM eine Erlaubnis zur Anwendung von Cannabis als Therapie gem. § 3 Abs. 2 BtMG beantragt hatte. Das Urteil widersprach in wesentlichen Punkten der Rechtsauffassung des BfArM und des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Das BVerwG hielt nunmehr eine Erlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG auch dann für gerechtfertigt, wenn sie zum Zweck der individuellen Selbstmedikation beantragt wird, weil die individuelle Therapie nicht nur im Interesse des Antragstellers, sondern auch im öffentlichen Interesse liege: *„Die Therapie schwer kranker Menschen verfolgt nicht nur jeweils deren individuelle Interessen, sondern ist ein Anliegen der Allgemeinheit.“* Diese Feststellung traf das BVerwG keineswegs nur für den vorliegenden Einzelfall, sondern allgemein für alle Schwerkranken.

Das Ministerium hielt aber zunächst dennoch an der Auffassung fest, dass die Zulassung von Erlaubnissen durch das BfArM nicht

im öffentlichen Interesse liege. Dennoch war klar, dass das BfArM seine bisherige restriktive Praxis ändern musste, wonach Erlaubnisse zum Zweck der individuellen Heilbehandlung immer abgelehnt wurden

In der Bevölkerung gab es mittlerweile eine Mehrheit für die medizinische Anwendung von Cannabis. In einer Umfrage im Juni 2006 wussten bereits 70 Prozent der Bevölkerung, dass Cannabis zu medizinischen Zwecken eingesetzt werden kann (Institut für Demoskopie Allensbach, 2006), und davon sprachen sich 77 Prozent dafür aus, dass die Anwendung erlaubt sein solle, auch wenn die Krankenkasse nicht die Kosten übernehme. Ebenfalls 77 Prozent sprachen sich auch für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen aus.

In einer aktuellen Umfrage von 2018 (Statista, 2019) zeigte sich, dass 28 Prozent sehr dafür war, dass Cannabismedikamente zugänglich sein sollten, 47 Prozent dafür und nur 17 Prozent dagegen (6% äußerten sich nicht).

Dann gab es weitere Gesetzesinitiativen von Bündnis90/Grüne (Deutscher Bundestag, 2007) und der LINKEN (Deutscher Bundestag, 2008a), die im Deutschen Bundestag am 26. Juni 2008 diskutiert wurden.

In dieser Debatte erklärte die damalige drogenpolitische Sprecherin der CDU/CSU, Maria Eichhorn: *„Nach Auffassung des Gesundheitsministeriums und des Bundesinstituts für Arzneimittel ist der therapeutische Nutzen der Cannabiseinnahme nicht erwiesen“* (Deutscher Bundestag, 2008b). Aber auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing von der SPD, blieb skeptisch:

„Niemand von uns hat Zweifel daran, dass für viele Menschen Cannabis als Medizin hilfreich sein kann. (...) Allerdings: Wer Cannabis als Medizin nehmen möchte, der muss wissen, dass der für die Wirkung wichtige THC-Gehalt einer Cannabispflanze sehr stark schwanken kann. Ein Eigenanbau von Cannabis ist deshalb aus medizinischer und pharmazeutischer Sicht nicht ratsam. (...) Fakt ist aber, dass der therapeutische Nutzen von Cannabis – abgesehen von Dronabinol bei bestimmten Indikationsbereichen – bis heute nicht eindeutig wissenschaftlich nachgewiesen ist, auch wenn es zahlreiche Einzelfallbeispiele gibt, in denen Verbesserungen bei bestimmten Krankheitsbildern berichtet werden“ (ebd.).

Der drogenpolitische Sprecher der FDP, Detlev Parr, hielt ein deutliches Plädoyer:

„Wir fordern die Bundesregierung auf, endlich lang gemachte Versprechungen umzusetzen.“

Notwendig ist eine sichere Rechtsgrundlage, um schwerstkranke Menschen, die von Cannabis-extrakten profitieren, nicht zu kriminalisieren. Es gibt verschiedene wissenschaftliche Studien, die belegen, dass Cannabis Leiden tatsächlich lindert“ (ebd.).

Der Sprecher von Bündnis90/Grüne, Harald Terpe, wurde noch deutlicher:

„Die Bundesregierung hat diesen Menschen bislang nichts anzubieten außer der gebetsmühlenartigen Leier, dass Cannabis abhängig mache und gefährlich sei und es noch keine ausreichenden Nachweise der Wirksamkeit gebe“ (ebd.).

Am 15. Oktober 2008 fand dann eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages statt. Maria Eichhorn vertrat dabei die Position der CDU/CSU und räumte ein:

„Bei Patienten, die unter einer konventionellen Behandlung keine ausreichende Linderung bei bestimmten Symptomen wie z.B. Schmerzen erfahren, kann eine Therapie mit Cannabinoiden sinnvoll sein, vor allem in der Palliativmedizin. Allerdings gibt es nach Aussage der Fachleute bisher keine klare Indikationsbeschreibung“ (Eichhorn, 2008).

Bei dieser öffentlichen Anhörung (Grotenhermen, 2019c) betonten alle befragten Experten einhellig, dass der medizinische Wert von Dronabinol (THC) und Cannabis (besonders CBD) bei verschiedenen Erkrankungen erwiesen sei. Einzig der Vertreter der Krankenkassen beharrte auf dem Standpunkt, dass der Nutzen einer Therapie mit Dronabinol wissenschaftlich nicht nachgewiesen sei und daher die Kosten einer Behandlung mit diesem Cannabiswirkstoff von den Krankenkassen in Deutschland nicht bezahlt werden müssten.

Weitere Gesetzesinitiativen

Es gab eine weitere Initiative von Bündnis90/Grüne im Juni 2011, um den „Zugang zu medizinischem Cannabis für alle betroffenen Patientinnen und Patienten (zu) ermöglichen“ (Deutscher Bundestag, 2011a). Denn in nur etwa 50 Fällen hatte das BfArM eine Erlaubnis zum Bezug eines Cannabisextraktes oder von Cannabisblüten erteilt. Allerdings mussten die Betroffenen die Kosten hierfür selbst tragen. Nach Angaben des BfArM (Deutscher Bundestag, 2011b) betragen die monatlichen Therapiekosten je nach Bedarf bis zu 1.500 Euro. Das überstieg in vielen Fällen die finanziellen Mög-

lichkeiten der häufig arbeitsunfähigen Patientinnen und Patienten. Andere Therapiealternativen wie Dronabinol standen den Betroffenen nicht zur Verfügung, da die Krankenkassen die Kostenübernahme hierfür in der Regel ablehnten.

Im Juli 2014 gab es einen großen ZEIT-Artikel (ZEIT Online, 2014), in dem noch einmal darauf verwiesen wurde, dass nur

„etwa 3.500 deutsche Patienten (...) Cannabis-Wirkstoffe auf Rezept (erhalten) – meist gegen chronische Schmerzen (Dronabinol) (...). Wer schwer krank ist und Hanf gegen seine Schmerzen braucht, dem bleiben hierzulande nur sehr bürokratische, umständliche oder illegale Wege. Rund 300 Männer und Frauen besitzen eine Ausnahmegenehmigung der Bundesopiumstelle. (...) Es sind nur so wenige, da das zuständige BfArM nur dann ein Rezept bewilligt, wenn ein Patient als austerapiert gilt.“

In den Jahren 2014 und 2015 kam es dann zu einem drastischen Anstieg der Gesamtzahl der berechtigten Patientinnen und Patienten, der benötigten Liefermenge und zu zunehmenden Lieferengpässen, zumal sich die niederländische Regierung nicht länger bereit zeigte, den deutschen Markt weitgehend allein zu beliefern.

Es häuften sich die Beschwerden und Biten an das BMG und die jetzt zuständige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler. Es gingen mehrere hundert Briefe und E-Mails von Patienten und Angehörigen ein mit dem Tenor: „kein Zugang zur Behandlung, teure Medikamente (600 bis 900 Euro pro Monat, abhängig vom Markt, mehrere Fälle von Strafverfolgung).“

Die Drogenbeauftragte reagierte und erklärte im Juli 2014 in einem Interview mit dem Bayerischen Rundfunk zur Frage der Verwendung von Cannabis als Medizin:

„Ich meine, und das ist jetzt meine persönliche Meinung, dass wir im Bereich Cannabis als Medizin durchaus tiefer nachdenken müssen, um noch mehr Menschen auch die Chance zu geben, das Ganze quasi via Krankenschein beziehungsweise via Antrag zu genehmigen“ (Rister, 2014).

Und am 3. Februar 2015 erklärte sie der Zeitung *Die Welt* und dem *Ärzteblatt*: „Mein Ziel ist, dass in Zukunft mehr Menschen als bisher Cannabis als Medizin bekommen können.“ Für diese Patienten müssten die Kosten von den Krankenkassen erstattet werden. „Wir wollen noch dieses Jahr das Gesetz durch den Bundestag bringen, damit es ab

nächstem Jahr greift“, fügte Mortler hinzu (Ärzteblatt, 2015).

Im BMG wurde bereits an einem Gesetzesentwurf gearbeitet, der dann – allerdings erst ein Jahr später – am 4. Mai 2016 ins Kabinett kam.

Am 21. September 2016 fand dann eine (weitere) Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags statt. Mediziner, Psychologen und Rechtsexperten begrüßten die geplante reguläre Verordnungsmöglichkeit für cannabis-haltige Arzneimittel, sahen in dem von der Bundesregierung vorgesehenen Verfahren aber einige Mängel (Deutscher Bundestag, 2016).

Kritisch gesehen wurde – insbesondere von den ärztlichen Vertretern und den medizinischen Fachgesellschaften – u.a. die Verordnungsfähigkeit von Cannabisblüten, weil es für deren therapeutischen Nutzen keine hinreichenden Belege gebe. Von vielen Experten abgelehnt wurde die verpflichtende Datenerhebung für die Begleitforschung, die an die Kostenerstattung gekoppelt werden sollte.

Zudem wurde nach Ansicht der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft der Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen als nicht sachgerecht kritisiert. Auch das geplante Verfahren zur Erhebung und Verarbeitung von Patientendaten stieß auf Kritik.

Diese Vorbehalte der Krankenkassen, die die Kosten nicht übernehmen wollen, stehen einer Umsetzung des Gesetzes heute noch immer im Weg.

Der Deutsche Hanfverband begrüßte zwar den Gesetzesentwurf, wies aber auf die Sortenvielfalt bei Cannabis hin. Berichte von Patienten zeigten, dass die vielen verschiedenen Sorten und Züchtungen ganz unterschiedliche medizinische Wirkungen und Nebenwirkungen mit sich brächten. Nach Ansicht des Hanfverbandes sollte den Patienten künftig deshalb auch erlaubt werden, jene Sorte Cannabis selbst anzupflanzen, die für sie am besten geeignet sei. Das wäre dann auch die preiswerteste Variante, zumal mit erheblichen Kosten durch die Verschreibung von Cannabis gerechnet werden müsse.

Von dieser Zukunftsvision sind wir aber noch weit entfernt!

Zum Referentenentwurf vom 11. April 2016 gab es dann weitere entscheidende Änderungen, die in den parlamentarischen Beratungen an einigen Stellen erreicht wurden. So sollen die Ärzte eigenverantwortlich entscheiden, ob eine Cannabis-Therapie sinnvoll sei, auch wenn im Einzelfall noch andere Behandlungsoptionen bestehen. Die Patienten müssen also nicht

„austherapiert“ sein, wie es anfangs hieß, bevor sie einen Anspruch auf ein Cannabis-Rezept haben.

Zudem sollte auch in der Palliativversorgung ein rascher Zugang zu Cannabis-Präparaten ermöglicht werden, um insbesondere Patienten auf dem letzten Lebensweg die Leiden zu lindern. Ferner reagierten die Abgeordneten auf Kritik, die Experten in der Anhörung zu dem Gesetzesentwurf über die Begleiterhebung geltend gemacht hatten. Um die Versicherten zu schützen, sollen nun die Patientendaten anonymisiert erhoben und analysiert werden.

„Wir wollen, dass für schwerkranke Patienten die Kosten für Cannabis als Medizin von ihrer Krankenkasse übernommen werden, wenn ihnen nicht anders geholfen werden kann“, erklärte der damalige Gesundheitsminister Gröhe im Juni 2016 (Bundesrat, 2016).

Der Gesetzesentwurf wurde dann am 19. Januar 2017 im Deutschen Bundestag endgültig beraten und einstimmig (!!!) verabschiedet (Deutscher Bundestag, 2017).

Entscheidend für einen raschen Umdenkungsprozess war aber das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 6. April 2016: Mit diesem Urteil hatte das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) im Fall Fischer ./ Bundesrepublik Deutschland entschieden, dass der Kläger einen Anspruch auf Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zur Selbsttherapie hat (Bundesverwaltungsgericht, 2016).

„Leitsätze:

1. Der Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken liegt im öffentlichen Interesse im Sinne des § 3 Abs. 2 BtMG, wenn der Antragsteller an einer schweren Erkrankung leidet und ihm zur Behandlung der Krankheit keine gleich wirksame und für ihn erschwierliche Therapiealternative zur Verfügung steht.
2. Fehlen in einem solchen Fall zwingende Versagungsgründe nach § 5 BtMG, ist die Ausübung des nach § 3 Abs. 2 BtMG eröffneten Ermessens wegen des von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG geforderten Schutzes der körperlichen Unversehrtheit rechtlich zwingend zugunsten der Erlaubniserteilung vorgezeichnet“ (ebd.).

Die Kosten für den Erwerb eines standardisierten Cannabis-Präparats über die Apotheke in Höhe von mehr als 1.000 Euro seien für ihn nicht tragbar. Seine Krankenkasse hatte eine Kostenübernahme abgelehnt. Die von ihm vorgesehenen Sicherungsmaßnahmen für seine Wohnung seien geeignet und ausreichend, um

die Betäubungsmittel gegen eine unbefugte Entnahme zu sichern.

Das Gericht stellte fest, dass zum damaligen Zeitpunkt noch kein Anspruch des Klägers auf eine Erstattung seiner Kosten durch die Krankenkassen bestand. Das Bundesverwaltungsgericht befand:

„Vor diesem Hintergrund ist es nicht zumutbar, den Kläger auf eine Rechtsverfolgung vor den Sozialgerichten zu verweisen. Das gilt besonders mit Blick auf die außergewöhnlich lange Dauer des Erlaubnisverfahrens von mehr als 15 Jahren“ (ebd.).

Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 BtMG ist eine Erlaubnis zu versagen, wenn der vorgesehene Verantwortliche nicht die erforderliche Sachkenntnis hat oder die ihm obliegenden Verpflichtungen nicht ständig erfüllen kann. Die Annahme des Oberverwaltungsgerichts, die Sachkenntnis könne auch dadurch nachgewiesen werden, dass ein den Kläger betreuender Arzt die Stelle des Verantwortlichen einnimmt, war nicht zu beanstanden. Zudem verfüge der Kläger aufgrund des jahrelangen Eigenanbaus selbst über eine weitreichende Sachkenntnis hinsichtlich der von ihm verwendeten Cannabissorte und insbesondere über umfassende praktische Erfahrungen in Bezug auf Wirksamkeit und Dosierung.

„Zudem bieten die Vermehrungsmethode Nachzucht der Stecklinge von einer Mutterpflanze – und die Einhaltung gleicher Anbaubedingungen eine relative Gewähr für einen konstanten THC-Gehalt seiner Cannabispflanzen. Die Gefahr einer Fehldosierung erweist sich daher als beherrschbar“ (ebd.).

Diese Feststellung des Gerichts ist von großer Bedeutung, weil bislang der Eigenanbau vom BMG immer mit der Begründung abgelehnt wurde, dass dazu die Sachkenntnis fehle und der Anbau nur in pharmazeutischer Qualität stattfinden dürfe.

Deshalb wurde solchen Anträgen nicht stattgegeben, weil durch das neue Gesetz der Erwerb von Medizinalhanf und die Finanzierung durch die Krankenkassen gewährleistet seien. Weiterhin wurde damit argumentiert, man wolle eine Abhängigkeitsentwicklung durch restriktive Rechtsanwendung vermeiden. Das BVerfG stellte dazu fest:

„Weil die Therapie mit Cannabis für den schwer kranken Kläger nach den Feststellungen des Berufungsgerichts alternativlos ist, überwiegt das

Behandlungsinteresse auch im Fall einer Abhängigkeit“ (ebd.).

Die Antragssteller, die bereits eine Ausnahmegenehmigung durch das BfArM besaßen, waren zudem davon ausgegangen, dass sie nicht erneut einer Überprüfung durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen ausgesetzt sein müssten. Dies war nicht der Fall.

Insbesondere wurden Indikationen, die das BfArM noch akzeptiert hatte – etwa ADHS – durch die Krankenkassen nicht bewilligt, mit dem Hinweis fehlender Evidenz. Hier wird erneut ein langwieriger Klageweg erforderlich. In einigen Fällen haben Sozialgerichte dazu auch schon entschieden, so das Sozialgericht in Berlin (2017). Das Gericht stellte fest, dass die Gutachterin des MDK nicht näher darlegen konnte, warum ADHS nicht als schwerwiegende Erkrankung anzusehen sei (...). Das Interesse des Antragstellers an einer Versorgung mit Medizinalcannabisblüten überwiege aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens das Interesse der Krankenkasse an einer wirtschaftlichen Leistungsversorgung unter Berücksichtigung einer noch zu klärenden medizinischen Notwendigkeit (ebd.).

Zudem hat die Berliner Psychiaterin und Psychotherapeutin Eva Milz festgestellt:

„The effects of Cannabis flowers in ADHD are clinically evident, whereas the benefits of relevant amounts of CBD are still unknown to many patients. Further research on the basis of randomized, controlled trials with standardized Cannabinoid-medication is reasonable to substantiate the indication ADHD and should help to encourage the clinical implementation“ (Milz, 2017).

Zentrale Herausforderungen für die Verschreibungspraxis

Das Gesetz ist in Kraft, die Umsetzung aber weiterhin kompliziert. Es ist aber dennoch eines der fortschrittlichsten Gesetze weltweit (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez & Nougier, 2018):

- Es ist keine Lizenzierung für Ärzte erforderlich (eine Großflächenversorgung durch Hausärzte ist möglich). Die Ärztin/der Arzt entscheidet, ob die Bedingungen in Einzelfällen gegeben sind, nachdem andere Therapien zur Behandlung erschöpft wurden (dies bedeutet nicht, dass Patienten jahrelang leiden müssen!). Es gibt keine gesetzliche Einschränkung für die Patienten (d.h. z.B. kein Ausschluss der Behandlung von Kindern).

Es gibt auf der Ebene des Betäubungsmittelgesetzes keine Beschränkungen der Indikationen.

- Immer mehr Patienten in Deutschland wenden sich an ihre Krankenkassen, um die Kosten für Cannabis erstattet zu bekommen: Die Zahl der Anträge ist laut einem Bericht der Krankenkassen (Ende 2017) auf über 13.000 gestiegen. Circa 64 Prozent waren zugelassen worden.
- Stand erstes Halbjahr 2018: Verschreibungen von Cannabis enthaltenden Arzneimitteln: 26.000, Cannabisblüten: 31.000, Cannabis enthaltende Medikamente: 1.200, Sativex: 22.000; Bruttoumsatz: 31 Mio. Euro (geschätzte Summe von 50 Mio. Euro für 2018; geschätzte Anzahl von Patienten: 40.000; Telgheder, 2018).

Aber noch immer bestehen erhebliche Hindernisse: Viele Ärzte sind nicht bereit (nicht ausgebildet), um zu verschreiben – der Preis für Cannabisblüten ist sehr hoch, es sind nicht genügend Medikamente (getrocknete Blüten) in Apotheken erhältlich, die Krankenversicherungen verweigern noch immer die Kostenübernahme.

Vor diesem Hintergrund haben Bündnis90/Die Grünen am 19. November 2018 einen Gesetzentwurf vorgelegt zur „Erleichterten Verordnung von medizinischem Cannabis für Patientinnen und Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung“ (Deutscher Bundestag, 2018a), in dem sie feststellen, dass sich der „Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen (...) in der Praxis nicht bewährt (hat). Er kann dazu führen, dass die Linderung der Beschwerden von Patientinnen und Patienten hinausgezögert oder gänzlich verhindert wird“ (ebd.).

Der Ausnahmecharakter der Regelung vor dem Hintergrund einer unsicheren Studienlage wird in den Gesetzgebungsmaterialien zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften ausdrücklich betont und war dem Gesetzgeber bei Schaffung der Regelung bekannt (Bundestagsdrucksache 18/8965, S. 21 f.).

„Ein hinreichendes Evidenzlevel zur Wirksamkeit der Therapie darf also gerade nicht Grund der Ablehnung eines Antrags sein. Auch sieht das Gesetz nicht vor, dass eine Patientin oder ein Patient austherapiert sein muss, bevor er oder sie Cannabis als Medikament erhält“ (Deutscher Bundestag, 2018a).

Die nächste Hürde: Der Cannabisanbau in Deutschland verzögert sich

Die erste deutsche Cannabisernte zu medizinischen Zwecken scheint zudem immer weiter in die Ferne zu rücken. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hatte sein erstes Vergabeverfahren Ende März wegen eines Beschlusses des OLG-Düsseldorf aufgehoben und am 19. Juli 2018 eine neue Ausschreibung für den deutschen Cannabisanbau veröffentlicht.

Die FDP-Bundestagsfraktion hat dazu eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung gestellt (Deutscher Bundestag, 2018b): *„Hat die Bundesregierung nach wie vor Interesse an einem Anbau von Medizinalcannabis?“* Es wurden die Verzögerungen des Produktionsstarts kritisiert und das bisherige Vorgehen der Behörde. *„Ursache kann Unfähigkeit, aber auch Unwilligkeit sein“*, erklärte ein FDP-Gesundheitspolitiker (Deutsche Apothekerzeitung, 2018).

Derzeit wird der Bedarf an Medizinalhanf durch Importe aus den Niederlanden und Kanada gedeckt. Doch vermutlich wäre es für das hiesige Gesundheitssystem eine finanzielle Entlastung, je eher Cannabis aus Deutschland zum Einsatz kommen kann, weil sich die Beschaffung vereinfacht.

Das BfArM (2018) plante nach eigenen Angaben, die Zuschläge in der ersten Hälfte 2019 zu erteilen. Cannabis aus deutschem Anbau werde lt. BfArM „voraussichtlich“ ab 2020 zur Verfügung stehen. Am 17. April 2019 gab das BfArM bekannt:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat heute Zuschläge im Vergabeverfahren für den Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken erteilt. Die Aurora Produktions GmbH erhielt den Zuschlag für fünf Lose, die Aphria Deutschland GmbH für vier Lose. Damit kann jetzt der Anbau von Cannabis in pharmazeutischer Qualität in Deutschland unter den betäubungs- und arzneimittelrechtlichen Vorgaben umgesetzt werden. Die Ausschreibung umfasst insgesamt 10.400 kg Cannabis, verteilt auf vier Jahre mit jeweils 2.600 kg. Sie ist aufgeteilt auf 13 Lose zu je 200 kg Jahresmenge. Für vier der insgesamt 13 ausgeschriebenen Lose kann derzeit noch kein Zuschlag erteilt werden, weil sich ein unterlegener Bieter mit einem Nachprüfungsantrag an die Vergabekammer gewandt hat. Wann diese vier Zuschläge erteilt werden können, steht derzeit noch nicht fest. Damit sind jetzt Zuschläge für den Anbau und die Ernte von insgesamt 7.200 kg für vier Jah-

re erteilt worden. Das BfArM erwartet die erste Ernte für das 4. Quartal 2020“ (BfArM, 2019).

Die verfasste Ärzteschaft tut sich weiterhin schwer mit den neuen Therapiemöglichkeiten

Ende Mai 2019 gab es eine „Leitthema“-Ausgabe des Bundesgesundheitsblattes zu „Cannabis als Medizin“. Dort wurden die Zwischenergebnisse der „Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln“ (Schmidt-Wolf & Cremer-Schaeffer, 2019) vorgestellt. Bis zum 1. Februar 2019 wurden 4.153 vollständige Datensätze ausgewertet. Es wird aber geschätzt, dass mindestens doppelt so viele Anträge auf Kostenübernahmen bei den Krankenkassen gestellt wurden; davon wurden 63 Prozent der Patienten mit *Dronabinol* behandelt, von denen allerdings 34 Prozent die Behandlung nach Ablauf eines Jahres abbrechen. In 22 Prozent der Verschreibungen wurden *Cannabisblüten* verschrieben, hier gab es nur 13 Prozent Therapieabbrüche. Interessant dabei ist, dass es sich bei diesen Patienten um eher *cannabiserfahrene* Menschen handelte (Durchschnittsalter 50 Jahre bei Therapieabbruch), anders als bei den *Dronabinol*-patienten (Durchschnittsalter 62 Jahre bei Therapieabbruch). *Sativex* (überwiegend bei MS-Patienten verordnet) wurde für 12 Prozent der Behandelten verschrieben, davon gab es bei 48 Prozent Therapieabbrüche. Der häufigste Grund für Therapieabbrüche (mit 39%) war die „nicht ausreichende Wirkung“. Noch ist es schwierig einzuschätzen, wie diese Erfahrungen mit Therapieerwartungen zusammenhängen, aber diejenigen Patienten, die sich schon vor der neuen gesetzlichen Lage mit Cannabis versorgten (als Selbstzahler oder auf dem illegalen Markt) (so hatten 19% der Patienten, die *Cannabisblüten* verordnet bekamen, bereits vor 2017 eine Ausnahmegenehmigung des BfArM), berichten *deutliche Behandlungserfolge*, gerade beim Konsum von *Cannabisblüten*; so berichten 65 Prozent eine „deutliche Verbesserung von Schmerzen“ (die Behandlung von Schmerzen wird ohnehin bei nahezu 70 Prozent der Patienten als Behandlungsgrund genannt). Auch das Symptom „Spastik“ (vorwiegend bei MS-Patienten) wurde bei 53 Prozent deutlich verbessert (weitgehend durch *Sativex* oder *Cannabisblüten*).

Interessant ist weiter, dass die meisten Cannabisarzneimittel von Allgemeinmedizinern und Fachärzten für Anästhesiologie verschrieben wurden, weitaus seltener von Schmerz- oder Palliativmedizinern (in 22-24% der Fälle). Die Schmerz- und Palliativmediziner und de-

ren Fachgesellschaften äußern ohnehin in ihren Stellungnahmen eine sehr zurückhaltende Position zur Cannabismedizin. Das „therapeutische Potenzial“ von Cannabisarzneimitteln soll „auch vor dem Hintergrund möglicher Nebenwirkungen“ (Rasche, Emmert, Radbruch et al., 2019) eingeschätzt werden. Allerdings kommen sie zur Schlussfolgerung, „Drop-out-Raten und schwere Nebenwirkungen waren unter der Therapie mit Cannabinoiden gegenüber Placebo nicht signifikant erhöht“ (Mücke, Weier, Carter et al., 2018). Auch in der Zwischenauswertung des BfArM spielen Nebenwirkungen keine erhebliche Rolle und insbesondere schwerwiegende nicht (Suizidgedanken, Depressionen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen bei weniger als 0,2%); es werden die bekannten Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Schwindel oder Übelkeit genannt, aber 40 Prozent der Patienten bei *Sativex*, 55 Prozent bei *Dronabinol* und 60 Prozent bei *Cannabisblüten* berichten über „keine“ Nebenwirkungen. Es wird auf „sehr begrenzte Evidenz der Wirksamkeit“ bei HIV verwiesen und auf das Fehlen von kontrollierten Studien (wie will man sie aber ethisch vertreten?). Die Schlussfolgerung bleibt, dass das „therapeutische Fenster“ zur Behandlung mit Cannabinoiden „sehr schmal“ sei, bei noch wenig bekannten Informationen zur angemessenen Dosierung. Die Palliativmediziner weisen allerdings zu Recht darauf hin, dass es bei ihren Patienten nicht schwierig sei, gegenüber den Krankenkassen einen Therapieversuch mit Cannabinoiden zu begründen, in der Praxis verhalten sie sich allerdings sehr zurückhaltend.

Folgerichtig hat der Deutsche Ärztetag auf seinem 122. Kongress vom 28. bis 31. Mai 2019 in Münster einen entsprechenden Beschluss gefasst:

„Die Bundesregierung wird aufgefordert, ein Forschungsprogramm zum medizinischen Nutzen der seit 10.03.2017 zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähigen Cannabis-Arzneien und -Blüten aufzulegen. Die Studie ‚Cannabis: Potenzial und Risiken‘ (CaPRis) hat aufgezeigt, dass der wissenschaftliche Kenntnisstand zu Wirkungen und Nebenwirkungen der in der Cannabispflanze enthaltenen Cannabinoide weiterhin völlig unzureichend ist.

Vor einem breiten Einsatz in der medizinischen Versorgung sollten diese jedoch im Sinne einer verantwortungsvollen Patientenversorgung zunächst hinreichend erforscht und mögliche Indikationsgebiete wissenschaftlich gesichert sein“ (Deutschen Ärztetag, 2019).

Und: „Es steht nicht zu erwarten, dass mit der im Gesetz verankerten, bis zum 31. März 2022 laufenden Begleiterhebung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das bestehende Forschungsdefizit in hinreichender Weise kompensiert werden kann.“

Mit anderen Worten: Der Wille des Gesetzgebers interessiert uns nicht!

Es bleibt zudem unklar, warum im Bundesgesundheitsblatt bei dem Beitrag zur Cannabisverordnung in der Palliativmedizin (Rasche, Emmert, Radbruch et al., 2019) der Hinweis erfolgt:

„Zu beachten ist, dass Cannabistherapie tatsächlich einen wichtigen Anteil an der Symptomlinderung hat und nicht primär als Freizeitkonsum genutzt wird.“

Wenn man die strengen Kriterien zur Indikation einer Behandlung mit Cannabisarzneimitteln sieht, ist das wirklichkeitsfremd, davon auszugehen, dass das Gesetz benutzt wird, um sich Cannabis zum Freizeitkonsum auf Kosten der Krankenkassen zu besorgen. Das wollen die Freizeitkonsumenten auch gar nicht, sie plädieren aber für einen legalen Zugang zu Cannabis zu diesem Zweck mit fairen Preisen und auch der Bereitschaft, Steuern zu entrichten etwa für Präventionsarbeit.

Es wäre aber in der Tat zu fragen, warum eine „Suchterkrankung“ generell als Ausschlussgrund für eine Behandlung mit Cannabismedikamenten gilt, obwohl bekannt ist, dass insbesondere Opioidabhängige in einer Substitutionsbehandlung zum nicht unerheblichen Teil auch Cannabis konsumieren (zwischen 30-40% laut PREMOS-Studie; Wittchen et al., 2011). Warum darf ein behandelnder Arzt nicht diesen Patienten Cannabis verschreiben, das von pharmazeutischer Qualität ist, statt sie/ihn weiterhin dem illegalen Schwarzmarkt aussetzen und verunreinigtem Szenecannabis?

Das Bundeskabinett hat im Januar 2019 dem Gesetzentwurf für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) zugestimmt, bei dem die erneute Antragstellung bei der Krankenkasse nach einmal erfolgter Genehmigung, z.B. beim Wechseln der Blütensorte, künftig entfallen soll. Wenn der Bundesrat zustimmt, kann das Gesetz Mitte des Jahres 2019 in Kraft treten.

WHO fordert Neubewertung von Cannabis in den internationalen Suchtstoffabkommen

Abschließend sei auf die aktuelle Entwicklung in der WHO hingewiesen: Die WHO hat den Vereinten Nationen eine Neuklassifizierung von Cannabis (als Medizin) empfohlen. Eine wissenschaftliche Arbeitsgruppe der WHO hatte zuvor die Risiken von Cannabis, THC und CBD untersucht und war zu dem Schluss gekommen, dass die Risiken die aktuelle Einstufung nicht rechtfertigen. Gleichzeitig wurde ein medizinischer Nutzen von Cannabis anerkannt (WHO, 2019a).

In der Rede des Vertreters der WHO zur Sitzung der „Commission on Narcotic Drugs“ (CND), dem Unterausschuss der UNO zu Fragen der internationalen Drogenpolitik, zur Sitzung am 15. März 2019 in Wien heißt es:

„In line with its treaty-based mandate, WHO has significantly intensified the work of the WHO Expert Committee on Drug Dependence that keeps psychoactive substances under constant review. (...) The most recent and first ever review of cannabis and its preparations by the Committee resulted in recommendations that take into account the scientific advances in our understanding of the composition of cannabis. It also considered the risks and potential benefits of cannabinoids“ (WHO, 2019b).

Leider wurde der entsprechende Antrag der WHO bei Beratung der „Commission on Narcotic Drugs“ (CND) im März 2019 in Wien verwässert, in dem von der zunächst genannten Forderung, Cannabis aus den strengen Regeln der Internationalen Suchtstoffabkommen in eine weniger repressiv kontrollierte zu verlagern, ein „Kompromiss“ folgte:

„The Commission should therefore decide whether or not it wishes to delete cannabis and cannabis resin from the Schedule IV of the 1961 convention.“

Das führte dazu, dass das gesamte Verfahren zurückgestellt wurde und keine Entscheidung erfolgte.

Noch immer beherrscht Ideologie statt „Evidenz und Realität“ das Feld.

Literatur

Aguilar, S., Gutiérrez, V., Sánchez, L. & Nougier, M. (2018). *Medicinal cannabis policies and prac-*

- tices around the world*. IDPC Briefing Paper. London: IDC.
- Ärzteblatt (2015). *Drogenbeauftragte will Cannabis-Konsum für Schwerkranke erleichtern* (03.02.2015). <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61673/Drogenbeauftragte-will-Cannabis-Konsum-fuer-Schwerkranke-erleichtern> – Stand 04.02.2019.
- BfArM (2018). *Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht heute eine neue Ausschreibung – Pressemitteilung 7/18*. Bonn: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.
- BfArM (2019). *Pressemitteilung vom 17. April 2019*. Bonn: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.
- Bundesrat (2016). *Medizinalhanf Cannabis: Bundesrat will keine Patientendaten*. *apotheker ad hoc*, 15.06.2016.
- Bundesverfassungsgericht (2000). *Erfolgreiche Verfassungsbeschwerde im Zusammenhang mit Cannabiskonsum zu medizinischen Zwecken*. *Pressemitteilung des BVerfG Nr. 15/2000*.
- Bundesverwaltungsgericht (2016). *Erlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken*. Urteil des BVerwG 3 C 10.14.
- Deutsche Apothekerzeitung (2018). *FDP fragt nach Cannabisausschreibung: Klappt der zweite Anlauf besser?* Online: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/08/17/wie-steht-die-regierung-zum-deutschen-medizinalhanf-anbau> – Stand: 04.02.2019.
- Deutscher Ärztetag (2019). *Beschlussprotoll des 122. Deutschen Ärztetages vom 19. bis 31. Mai 2019*, Münster, S. 172.
- Deutscher Bundestag (2000). *Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses des Bundestages 2-14-15-212-005387*.
- Deutscher Bundestag (2007). *Medizinische Verwendung von Cannabis erleichtern*. Drucksache 16/7285. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2008a). *Cannabis zur medizinischen Behandlung freigeben*. Drucksache 16/9749. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2008b). *Stenografischer Bericht 172. Sitzung*. Plenarprotokoll 16/172 S.18383. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2011a). *Haltung der Bundesregierung zum medizinisch begründeten Eigenanbau von Cannabis*. Drucksache 17/4789. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2011b). *Zugang zu medizinischem Cannabis für alle betroffenen Patientinnen und Patienten ermöglichen*. Drucksache 17/6127. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2016). *Kritik von Experten am Cannabis-Gesetzentwurf*. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2017). *Stenografischer Bericht 212. Sitzung*. Plenarprotokoll 18/212. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2018a). *Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Erleichterte Verordnung von medizinischem Cannabis für Patientinnen und Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung*. Drucksache 19/5862. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2018b). *Antwort der Bundesregierung, Anbau von Medizinalcannabis*. Drucksache 19/4095. Berlin.
- Eichhorn, M. (2008). *Cannabis als Medizin – therapeutischer Nutzen nachgewiesen*. CDU/CSU-Pressemitteilung. Berlin.
- EMCDDA (2018). *Medical use of cannabis and cannabinoids. Questions and answers for policymaking*. Lissabon: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- Grotenhermen, F. (2019a) *Selbsthilfenetzwerk Cannabis-Medizin*. Ruethen: Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.
- Grotenhermen, F. (2019b). *IACM Informationen vom 13.11.1999*. Ruethen: Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.
- Grotenhermen, F. (2019c). *IACM Informationen vom 25. Oktober 1999*. Ruethen: Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2006). *Cannabis in der Medizin: Einstellung der Deutschen*. Allensbach.
- Kleiber, D. & Kovar, K. (1997). *Auswirkungen des Cannabiskonsums*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Milz, E. (2017). *Treatment with Cannabis flowers in adult ADHD*. IACM 9th Conference on Cannabinoids in medicine (pp. 52-53). Köln.
- Mücke, M., Weier, M., Carter, C. et al. (2018). *Systematic Review and meta-analysis of cannabinoids in palliative medicine*. *JCachexia Sacrepnia Musche*, 9, 220-234.
- Rasche, T., Emmert, D. Radbruch, L. et al. (2019). *Cannabis und Cannabinoide in der Palliativversorgung*. *Bundesgesundheitsblatt*, 62, 830-835
- Rister, F. (2014). *Marlene Mortler: Tiefer über Cannabis als Medizin nachdenken*. Berlin: Deutscher Hanfverband.
- Russo, E. (2018). *Cannabissorten: Unterscheiden sich Cannabissorten?* Ruethen: Internationale Arbeitsgemeinschaft für Cannabis als Medizin.
- Schmidt-Wolf, G. & Cremer-Schaeffer, P. (2019). *Begeleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln in Deutschland – Zwischenauswertung*. *Bundesgesundheitsblatt*, 62, 845-854.
- Sozialgericht Berlin (2017). *AZ: S 36 KR 359/17 ER vom 05.04.2017* (Abschrift liegt den Autoren vor).
- Statista (2019). *In der Medizin werden Cannabisprodukte beispielsweise bei chronischen Schmerzen oder zur Linderung der Spastik bei multipler Sklerose*, 8. Jahrgang, 3-2019

rose eingesetzt. Sind Sie der Meinung, dass diese Möglichkeit auch in Deutschland bestehen sollte, oder sind Sie dagegen? Hamburg.

Telgheder, M. (2018). Immer mehr Schmerzpatienten bekommen Marihuana auf Rezept. *Handelsblatt*, 29.08.2018.

WHO (2019a). *Critical review. Cannabis and cannabis resin*. Report for 41st Expert Committee on Drug Dependence. WHO Expert Committee on Drug Dependence.

WHO (2019b). *WHO intervention at the plenary session of the Ministerial segment of the 62th session of the Commission on Narcotic Drugs, 15 March 2019*. Vienna, Austria.

Wittchen et al. (2011). Predictors, moderators and outcome of substitution treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome (PREMOS) Studie. Abschlussbericht; hier: *konkomitanter Drogenkonsum*, S. 49 ff. Berlin.

Wurth, G. (2019). *Deutscher Hanfverband*. Berlin.

ZEIT Online (2014). *Cannabis: Die Droge, die nicht helfen darf* (26.07.2014). <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-07/cannabis-hanf-medikament-nutzen> – Stand: 04.02.2019.



Dr. Ingo Ilja Michels

Soziologe und Fachberater für Suchtkrankenhilfe
Seit 1999 bis 2016 Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin. Längere Berateranstellungen u.a. in der Volksrepublik China und Kirgistan. Seit April 2016 im Ruhestand, aber weiter tätig für CADAP bei der Frankfurt University of Applied Sciences.
ingoiljamichels@gmail.com



Prof. Dr. Heino Stöver

Sozialwissenschaftler und Hochschullehrer an der Frankfurt University of Applied Sciences, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Forschungsprojekte in den Bereichen Drogenkonsum in und außerhalb der Haft, Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis). Berater von WHO, UNODC, European Commission etc.
heino.stoever@fb4.fra-uas.de

Der steinige Weg von Patienten und Ärzten zur legalen medizinischen Verwendung von Cannabis

Franjo Grotenhermen

1 Einleitung

In einem Beitrag für das Bundesgesundheitsblatt stellten der Leiter der Bundesopiumstelle, Peter Cremer-Schaeffer, und sein Co-Autor kürzlich zu den Ursachen für die Verabschiedung des Cannabis-als-Medizin-Gesetzes durch den Deutschen Bundestag am 19. Januar 2017 fest: „Die Gründe hierfür liegen insbesondere in gerichtlichen Entscheidungen aus den Jahren 2005 und 2016“ (Cremer-Schaeffer & Knöss, 2019). Es ist das Eingeständnis, dass die Gerichtsurteile den Gesetzgeber zum Handeln gezwungen haben. In der Einleitung ihres Beitrags greifen Cremer-Schaeffer und Knöss zu kurz, wenn sie postulieren:

„Um verstehen zu können, aus welchem Grund das Gesetz überhaupt entstanden und im Bundestag verabschiedet worden ist, muss in das Jahr 2005 zurückgeblückt werden.“

Diese Gerichtsurteile sind nicht vom Himmel gefallen, sondern mussten hartnäckig gegen den Widerstand der Mehrheit des Deutschen Bundestags erkämpft werden. Die Geschichte des Gesetzes beginnt mehr als zehn Jahre früher.

Im Laufe der Auseinandersetzung um eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis kam jedoch auch Bewegung in die überholten Denkstrukturen vieler Mitglieder des Bundestages. So schrieb ich im November 2015 in einem Beitrag für Huffington Post:

„Es gibt in den Regierungsfractionen auch heute bereits viele Mitglieder, die sich darüber freuen, dass sie jetzt etwas machen dürfen, weil sie es jetzt machen müssen.“

Während der Anhörung zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum geplanten Gesetz am 7. März 2016 in den Räumen des BfArM, an der der Autor dieser Zeilen teilgenommen hatte, wies der Leiter

des im Bundesministerium für Gesundheit für Betäubungsmittel zuständigen Referats, Markus Riehl, bei Kritik an den Sonderregelungen und Systembrüchen für Medikamente auf Cannabisbasis durch Vertreter einzelner Verbände wiederholt darauf hin, dass man durch Gerichtsurteile nicht anders handeln könne. Damit konnte der Kritik der Boden entzogen werden.

2 Die 1990er Jahre

Die 1990er Jahre waren durch die erstmalige Behandlung des Themas in Publikationen, erste Kongresse, erste politische Initiativen, die Einleitung juristischer Schritte, die Gründung der ACM als Lobbyverband für Ärzte und Patienten sowie die Umstufung von Dronabinol/THC zu einem verschreibungsfähigen Betäubungsmittel gekennzeichnet.

2.1 Erste Publikationen

Im Jahr 1994 erschien mit „Marihuana – die verbotene Medizin“ ein aus dem Englischen übersetztes Buch, das das Thema erstmals einem größeren deutschsprachigen Publikum näher brachte (Grinspoon & Bakalar, 1994). Es enthielt in einem zweiten Teil eine detaillierte Analyse der Situation in Deutschland und der wissenschaftlichen Studienlage (Grotenhermen & Karus, 1994). Der mögliche therapeutische Nutzen von Cannabis wurde in der Folgezeit von einigen deutschen Zeitschriften wohlwollend diskutiert.

2.2 Ein Gutachten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte

Einen wichtigen Beitrag zur Akzeptanz des möglichen therapeutischen Potenzials von Cannabis und Cannabinoiden im parlamen-

tarischen Raum lieferte kurze Zeit später ein Gutachten des BfArM vom 2. November 1995. Die auf Anforderung der Bundesregierung erstellte Übersicht und Einschätzung bildete die Grundlage für die Beantwortung einer Kleinen Anfrage der PDS, Vorläuferin der im Jahr 2005 gegründeten Partei Die Linke, im Deutschen Bundestag (Bundestagsdrucksache 13/3282). In dem Gutachten heißt es resümierend:

„So entbehrt sowohl eine unkritische Euphorie hinsichtlich der therapeutischen Möglichkeiten von Cannabis bzw. THC der Grundlage wie andererseits eine auf entgegengesetzten Positionen resultierende generelle Ablehnung mit der Behauptung, es gebe ‚auf jedem Gebiet bessere therapeutische Alternativen‘.“

Das Gutachten wurde später leicht modifiziert im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht (Goedecke & Karkos, 1996). Diese Aussage hat bis heute nichts an ihrer Aktualität eingebüßt.

Eine unmittelbare Folge des BfArM-Gutachtens war eine Empfehlung des Sachverständigenausschusses für Betäubungsmittel auf seiner Sitzung am 29. Januar 1996. Danach sollte die Bundesregierung den Cannabiswirkstoff Dronabinol/THC von der Anlage II des Betäubungsmittelgesetzes in die Anlage III der verschreibungsfähigen Betäubungsmittel umstufen, was auch im Februar 1998 umgesetzt wurde.

2.3 Gründung der ACM

Am 12. April 1997 wurde in Köln die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM) gegründet, die sehr bald auch juristische Möglichkeiten zur Veränderung der unbefriedigenden Rechtslage auslotete. Am 22. November 1997 wurde in Köln die erste Fachtagung zum Thema unter dem Titel „Cannabis und Cannabinoide als Medizin“ ausgerichtet.

Im seinem Grußwort zur Tagung schrieb Ingo Flenker, der damalige Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und Vorsitzender des Ausschusses Sucht und Drogen der Bundesärztekammer:

„Der erwiesenermaßen nützliche medizinisch-therapeutische Einsatz von Cannabis muss legal möglich werden, damit die derzeitige Kriminalisierung von Ärzten und Patienten endlich aufhört“ (Flenker, 1997).

2.4 Verschreibungsfähigkeit von Dronabinol/THC

Im Februar 1998 wurde der Cannabiswirkstoff Dronabinol in Deutschland von der Anlage II in die Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes umgestuft, sodass das Cannabinoid verschreibungsfähig wurde. Bei Dronabinol handelt es sich um den internationalen Freinamen (INN) des in der Hanfpflanze natürlich vorkommenden Cannabinoids (–)-trans-Delta-9-Tetrahydrocannabinol, kurz Delta-9-THC oder THC. Dronabinol wird häufig fälschlicherweise als synthetisches THC bezeichnet, was unter anderem daran liegt, dass das Dronabinol im aus den USA importierten Fertigarzneimittel Marinol® synthetisch hergestellt wird. Dronabinol kann allerdings auch aus der Cannabispflanze extrahiert werden. Da eine Behandlung mit THC von den Krankenkassen nicht erstattet wurde, hatten in den folgenden Jahren nur wenige Tausend Patienten Zugang zu einer solchen Therapie.

2.5 Erste parlamentarische Unterstützung

Im gleichen Jahr gab es erstmals Unterstützung durch einen parlamentarischen Ausschuss für die Forderung nach einem Zugang zur medizinischen Verwendung von Cannabis durch Patienten. Der Petitionsausschuss des Berliner Abgeordnetenhauses befürwortete am 29. September 1998 einstimmig die medizinische Verwendung von Cannabis. Dieser Beschluss gründete sich auf eine Petition der Berliner Selbsthilfegruppe Cannabis als Medizin und von Bündnis 90/Die Grünen des Berliner Abgeordnetenhauses vom 25. März 1998, in der die Möglichkeit einer arzneilichen Verwendung von Cannabis gefordert wurde.

2.6 Frankfurter Resolution

Bei dem zweiten Kongress zum Thema, der Tagung „Medical Marijuana“ in Frankfurt vom 2. bis 4. Dezember 1998, haben mehrere AIDS-Hilfen und die Hessische Gesellschaft für Demokratie und Ökologie die Frankfurter Resolution zur medizinischen Verwendung von Marihuana vorgestellt. Die ACM und weitere medizinische Gesellschaften schlossen sich dieser Resolution an. Die Resolution besagt:

„In der Erkenntnis, daß zur Heilung Kranker und zur Minderung ihres Leids alle menschenwürdigen medizinischen Möglichkeiten aus-

zuschöpfen sind, fordern wir den Bundestag auf:

1. Die medizinische Nutzung von Marihuana zu erlauben,
2. zu therapeutischen Zwecken auch die rauchbare Anwendung natürlichen Marihuanas zu gestatten,
3. die medizinische Verwendung von Marihuana begleitend wissenschaftlich zu erforschen und diese Forschung zu fördern.“

Der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Christa Nickels (Bündnis 90/die Grünen), wurden im Frühjahr 1999 11.000 Unterschriften von Unterstützern der Resolution übergeben.

2.7 Verfassungsbeschwerde

Der ACM-Vorstand begann 1998 in Zusammenarbeit mit Lorenz Böllinger, Professor für Rechtswissenschaften an der Universität Bremen und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der ACM, Planungen für eine Verfassungsbeschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht. Am 14. Dezember 1999 haben acht Mandanten von Herrn Böllinger vor dem Bundesverfassungsgericht Verfassungsbeschwerde gegen das Verbot der medizinischen Verwendung von Cannabis eingelegt. Die Mandanten litten an verschiedenen Erkrankungen (Multiple Sklerose, HIV-Infektion, Hepatitis C, Migräne, Tourette-Syndrom, Epilepsie). Die Antragsteller beehrten einen Zugang zur medizinischen Verwendung von Cannabis, da sie sich das verfügbare Dronabinol nicht leisten konnten und die Alternative bis dato nur in einer illegalen Selbstmedikation mit drohender Strafverfolgung bestand.

3 Die 2000er Jahre

In den 2000er Jahren erhielt die Bewegung von Patienten und Ärzten durch einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2000 und ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2005 eine neue Dynamik, die schließlich im Gesetz von 2017 mündete.

3.1 Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts

Am 8. Februar 2000 erläuterte das Bundesverfassungsgericht in ihrer Pressemitteilung Nr. 15/2000 seinen Beschluss vom 20. Januar 2000 (AZ2 BvR 2382 – 2389/99):

„Insgesamt acht Beschwerdeführer (Bf), die u.a. an Hepatitis und Multipler Sklerose leiden, wollen erreichen, dass sie zur Linderung ihrer Leiden Cannabisprodukte konsumieren dürfen, ohne strafrechtlicher Verfolgung ausgesetzt zu sein. Sie hatten deshalb u.a. gegen die entsprechenden Strafnormen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) Verfassungsbeschwerden (Vb) erhoben. Die 3. Kammer des Zweiten Senats des BVerfG hat die Vb nicht zur Entscheidung angenommen, weil der Rechtsweg nicht erschöpft ist. Die Kammer hat darauf hingewiesen, dass die Bf eine Erlaubnis zum straffreien Konsum auf der Grundlage des BtMG beantragen könnten. Ein solcher Antrag ist nicht von vornherein aussichtslos, weil die medizinische Versorgung der Bevölkerung auch ein öffentlicher Zweck ist, der im Einzelfall die Erteilung einer Erlaubnis rechtfertigen kann. Im Falle der Verweigerung könnten die Bf den Rechtsweg beschreiten, also zunächst die zuständigen Fachgerichte anrufen.“

In der Begründung des Beschlusses der Präsidentin des Bundesverfassungsgerichts, Frau Limbach, und der Verfassungsrichter Hassemer und Broß hieß es:

„Zum anderen könnten die Bf versuchen, eine Erlaubnis gemäß § 3 Abs. 2 BtMG zu erlangen. Sie können nicht ohne weiteres davon ausgehen, ein solcher Antrag habe keine Aussicht auf Erfolg. Denn auch die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist ein öffentlicher Zweck, der im Einzelfall die Erteilung einer Erlaubnis rechtfertigen kann. Zwar steht die Erteilung einer solchen Erlaubnis im Ermessen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte; jedoch haben Antragsteller einen Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung. Eine solche Entscheidung ist gerichtlich überprüfbar.“

Der Rechtsanwalt der betroffenen Patienten, Lorenz Böllinger, schrieb dazu:

„Die Entscheidung zeigt trotz der Nichtannahme, dass das BVerfG die Option einer medizinischen Behandlung mit Cannabis ernst nimmt und bemüht ist, dafür einen gangbaren Weg aufzuzeigen. Sie bindet Verwaltung und Gerichte für zukünftige Verfahren. Patienten können nunmehr über ihre Behandler entsprechende Anträge beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellen, welches die Maßgaben des BVerfG berücksichtigen muss. Gegebenenfalls muss eine ablehnende Entscheidung dann vor den Verwaltungsgerichten angefochten werden. Im äußersten Falle bleibt eine erneute Verfassungsbeschwerde.“

Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts stellte den Startschuss für Anträge von Patienten an das BfArM für eine Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG und anschließende Prozesse vor den Verwaltungsgerichten gegen pauschale Ablehnungen dieser Anträge durch das BfArM dar.

3.2 Es kommt Bewegung in die Politik

Am 16. März 2000 fand in Berlin auf Einladung der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion und Bündnis 90/Die Grünen ein Expertengespräch zu den strafrechtlichen, betäubungs- und arzneimittelrechtlichen Aspekten der medizinischen Verwendung von Cannabis und THC (Dronabinol) statt. Die Initiative für das Gespräch ging vom damaligen drogenpolitischen Sprecher der SPD, dem Arzt Hansjörg Schaefer, aus.

Am 28. Juni 2000 befürwortete der Petitionsausschuss des Bundestages eine Petition der Selbsthilfegruppe Cannabis als Medizin in Berlin und der ACM e.V. für die Möglichkeit einer medizinischen Verwendung natürlicher Cannabisprodukte und einzelner Cannabinoide. Am 6. Juli 2000 überwies der Deutsche Bundestag die Petition „zur Berücksichtigung“ an die Bundesregierung. Mit den Stimmen der Ausschussmitglieder von PDS, Bündnis 90/die GRÜNEN und SPD, gegen die Stimmen der CDU/CSU und bei Enthaltung der FDP hatte der Petitionsausschuss sich für die Petition ausgesprochen, weil das vorgebrachte Anliegen begründet sei. Der Ausschuss kam zu dem Ergebnis, dass Cannabis vielen Patienten hilft, „ihre Erkrankungen zu heilen bzw. zu lindern und ihr Leben wieder lebenswert zu gestalten“.

Die damalige Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit, Christa Nickels, hatte im Namen der Bundesregierung am 28. September 2000 dem Petitionsausschuss auf die vom Ausschuss unterstützte Petition geantwortet. Darin hieß es:

„Aus der Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit wird der Einsatz von Arzneimitteln auf der Basis von Cannabis befürwortet. Ordnungsgemäß ist dies nur möglich, wenn dabei die arzneimittelrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. (...) Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bereits jetzt Arzneimittel mit den Cannabiswirkstoffen Dronabinol und Nabilon auf ärztliche Verschreibung zur Verfügung gestellt werden können. Die Bereitstellung von Arzneimitteln mit standardisiertem Cannabisextrakt wird vorbereitet. Somit besteht für die arzneiliche Anwendung von ungeprüften

Cannabisprodukten auf der Grundlage von § 3 Abs. 2 BtMG kein Bedarf mehr, auch wenn es im Einzelfall nachvollziehbar ist, dass schwerkranke Patienten diesen Wunsch äußern. Es ist jedenfalls nicht gewünscht, dass diese Menschen strafrechtlich verfolgt werden.“

3.3 Deutsche Unternehmen produzieren THC für Apotheken

Zwar war seit 1998 Dronabinol verschreibungsfähig, das Medikament musste jedoch überwiegend aus dem Ausland importiert werden. Im Jahr 2000 erhielt das Frankfurter Unternehmen THC Pharm die Erlaubnis, Apotheken in Deutschland mit Dronabinol (THC) zu beliefern, damit diese daraus entsprechende arzneiliche Zubereitungen (Kapseln, ölige und alkoholische Lösungen) selbst herstellen konnten. Zuvor hatte es schon seit 1998 Zubereitungen für die Bock-Apotheke in Frankfurt hergestellt. THC wurde von dem Unternehmen zunächst halbsynthetisch produziert. Dazu wurde natürliches Cannabidiol aus Faserhanf extrahiert, das dann in einem zweiten Schritt in THC umgewandelt wurde. Seit Juni 2002 beliefert ein zweites Unternehmen, die Delta 9 Pharma GmbH, ein Unternehmen der Bionorica AG (Neumarkt), Apotheken mit Dronabinol. Im Jahr 2014 hat die Bionorica AG das Unternehmen THC Pharm gekauft, bevor die Cannabisparte von Bionorica im Jahr 2019 selbst von dem kanadischen Cannabis-Unternehmen Canopy Growth gekauft wurde.

3.4 Forderung nach § 31b BtMG: Einstellung wegen geringer Schuld

Die Vorstandsvorsitzenden der ACM e.V. und der IACM e.V. (International Association for Cannabinoid Medicines) haben am 24. Juni 2001 alle Bundestagsabgeordneten sowie die Justizminister der Länder angeschrieben und sie gebeten, sich für einen neuen Paragraphen im Betäubungsmittelgesetz, einen § 31b, einzusetzen, der es Richtern und Staatsanwälten ermöglichen würde, bei medizinischer Verwendung sonst illegaler Cannabisprodukte von einer Strafverfolgung abzusehen. Der § 31 BtMG ermöglicht heute weiterhin nur die Einstellung eines Strafverfahrens, wenn es um den Besitz einer geringen Cannabismenge geht. In dem Schreiben wurden die Adressaten aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass auch bei dem Vorliegen einer ärztlichen Empfehlung für eine medizinische Verwendung von Cannabis ein Strafverfahren eingestellt werden sollte.

Das Bundesgesundheitsministerium sowie Mitglieder des Bundestages von SPD und CDU/CSU haben in ihren Reaktionen auf das Schreiben ihre Ablehnung zum Ausdruck gebracht. Es wurde darin betont, dass als Arzneimittel nur Stoffe definierter Qualität Verwendung finden sollten, und daher keine gesetzlichen Ausnahmegenehmigungen für die Verwendung sonst illegaler Cannabisprodukte geschaffen werden sollten. Für das Bundesgesundheitsministerium komme das „nicht in Betracht“.

Zwei Justizminister der Länder haben diesen Vorschlag dagegen wohlwollend aufgenommen. Christian Pfeiffer, niedersächsischer Justizminister und Professor für Rechtswissenschaften, fand ihn zu wenig weitgehend. Die Vorstellungen der Vertreter der Bundestagsfraktion von Grünen und der PDS gingen in ihren Vorschlägen ebenfalls über einen § 31 b hinaus. Die Vertreterin der FDP schrieb, dass ein

„standardisierter Cannabisextrakt die optimale Lösung wäre. Sollte sich jedoch herausstellen, dass dies aus welchen Gründen auch immer, nicht der Fall ist, muss man über andere Wege nachdenken. Ihren Vorschlag, einen § 31 b in das Betäubungsmittelgesetz einzufügen, ... werden wir deshalb eingehend und wohlwollend prüfen“.

3.5 Erste Freisprüche in Strafverfahren wegen rechtfertigenden Notstands

Neben der Verfassungsbeschwerde und den nachfolgenden Prozessen vor den Verwaltungsgerichten unterstützte die ACM Patienten, die wegen illegalen Cannabisbesitzes strafrechtlich verfolgt wurden. Am 15. Mai 2003 wurde erstmals ein Patient, der illegales Cannabis angebaut und verwendet hatte, von einem deutschen Gericht, dem Amtsgericht Mannheim, wegen des Vorliegens eines rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) freigesprochen. Wegen Besitzes von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge – insgesamt wurden bei einer Wohnungsdurchsuchung im Februar 2002 bei ihm 381,99 Gramm Cannabisblüten sichergestellt – hatte die Staatsanwaltschaft Mannheim deshalb im Juli 2002 Anklage erhoben. Da die Staatsanwaltschaft mehrfach in Berufung ging, landete der Fall des Multiple-Sklerose-Patienten Michael F. schließlich beim Oberlandesgericht Karlsruhe. Michael F. war schließlich auch im Jahr 2016 einer der beiden Patienten, die vor dem Bundesverwaltungsgericht eine Erlaubnis zum Eigenanbau von Cannabisblüten durch die Bundesopiumstelle erstritten hatten.

Das Oberlandesgericht Karlsruhe urteilte am 24. Juni 2004 (3 Ss 187/03) zugunsten von Michael F. und stellte grundsätzlich fest, dass Patienten unter bestimmten Voraussetzungen vom Vorwurf der illegalen Cannabisverwendung freigesprochen werden müssen, da ein rechtfertigender Notstand vorliegt. Danach müssen drei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Es muss eine schwere Erkrankung vorliegen.
2. Diese Erkrankung oder Symptome dieser Erkrankung sind mit den zur Verfügung stehenden therapeutischen Möglichkeiten nicht oder nicht ausreichend behandelbar.
3. Die Verwendung von Cannabis-Produkten muss die Krankheitssymptome tatsächlich lindern.

In der Pressemitteilung hieß es:

„Dabei sei für die Annahme einer solchen Eignung zwar nicht erforderlich, dass dieses Mittel die Gefahrenlage sicher oder mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließe, vielmehr reiche es aus, dass die erfolgreiche Abwendung des Schadens nicht ganz unwahrscheinlich sei.“

Seit 2003 wurden einige weitere Patienten mit verschiedenen Erkrankungen in verschiedenen Bundesländern vom Vorwurf des illegalen Anbaus oder Besitzes von Cannabis freigesprochen. Der erste rechtskräftige Freispruch erfolgte am 27. November 2003 im Falle des Michael G., der an einem Morbus Crohn, einer entzündlichen Darmerkrankung, litt. Richter Michael Zimmermann vom Amtsgericht Tiergarten in Berlin urteilte, dass sich der Angeklagte in einer Notstandslage befunden habe und die medizinische Verwendung von Cannabis daher gerechtfertigt sei (4 Op Js 1431/00 Ls 168/00).

3.6 Die Hanfapotheke

Im August 2005 nahm eine besondere Apotheke, die illegale Hanfapotheke, ihre Arbeit auf. In einem Rundbrief der ACM hieß es dazu:

„Die Hanfapotheke soll Schwerkranken helfen, Cannabis zu medizinischen Zwecken zu erhalten, denn die Betroffenen können nicht warten, bis die Politik akzeptable Lösungen findet, und auch die Ratschläge des Bundesverfassungsgerichts sind nicht realitätstauglich. Den Cannabis erhalten sie von anonymen Spendern, die den Betroffenen konkret helfen möchten. Die Hanfapotheke (www.hanfapotheke.org) startet im August 2005.“

Die Hanfapotheke hat bis 2007 gearbeitet, als erstmals eine Patientin mit Multipler Sklerose eine Ausnahmeerlaubnis für die Verwendung von Cannabis durch die Bundesopiumstelle erhielt.

3.7 Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts von 2005

Von der Möglichkeit eines Antrags an die Bundesopiumstelle gemäß des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 20. Januar 2000 haben mehr als 100 Patienten Gebrauch gemacht. Darunter war auch ein Rechtsanwalt, der an Multipler Sklerose mit schweren Symptomen litt, die sein Leben massiv beeinträchtigten. Alle Anträge wurden durch die Bundesopiumstelle mit dem Verweis auf die Möglichkeit der Verwendung von Dronabinol abgelehnt. Mehrere Patienten klagten gegen diese Ablehnungen vor den Verwaltungsgerichten. Am 19. Mai 2005 verpflichtete das Bundesverwaltungsgericht das BfArM den Antrag des MS-Patienten erneut zu prüfen (Bundesverwaltungsgericht 2005). Im Urteil heißt es:

„Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist kein globaler Akt, der sich auf eine Masse nicht unterscheidbarer Personen bezieht. Sie realisiert sich vielmehr stets durch die Versorgung einzelner Individuen, die ihrer bedürfen.“

Das Bundesverwaltungsgericht betonte in seinem Urteil den hohen Wert des im Grundgesetz verankerten Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit:

„In das Recht auf körperliche Unversehrtheit kann nicht nur dadurch eingegriffen werden, dass staatliche Organe selbst eine Körperverletzung vornehmen oder durch ihr Handeln Schmerzen zufügen. Der Schutzbereich des Grundrechts ist vielmehr auch berührt, wenn der Staat Maßnahmen ergreift, die verhindern, dass eine Krankheit geheilt oder wenigstens gemildert werden kann und wenn dadurch körperliche Leiden ohne Not fortgesetzt und aufrecht erhalten werden.“

Es eröffnete zudem die Möglichkeit, betroffenen Patienten eine Ausnahmeerlaubnis für den Eigenanbau von Cannabis zu erlauben:

„Die Entscheidung, einem Patienten den Erwerb oder, was insbesondere bei Cannabis in Betracht kommt, etwa den Anbau zu gestatten, bleibt stets eine Einzelfallentscheidung. Sie muss die konkreten Gefahren des Betäubungsmittel-

zes, aber auch dessen möglichen Nutzen in Rechnung stellen. Dieser kann gerade bei schweren Erkrankungen, wie sie hier in Rede stehen, auch in einer Verbesserung des subjektiven Befindens liegen. Dabei ist sich der Betroffene bewusst, dass es keinerlei Gewähr für die therapeutische Wirksamkeit des eingesetzten Betäubungsmittels gibt.“

3.8 Erste Ausnahmeerlaubnisse durch die Bundesopiumstelle

Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts führte ab 2007 schließlich zur Etablierung eines Verfahrens, bei dem Patienten einen Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG bei der Bundesopiumstelle stellen können, mit dem Ziel einer ärztlich begleiteten Selbsttherapie mit Cannabisblüten oder einem Cannabisextrakt. Dabei musste der behandelnde Arzt darlegen, dass Standardtherapien nicht ausreichend wirksam waren oder ausgeprägte Nebenwirkungen verursachten, sodass ein Therapieversuch mit Cannabisprodukten indiziert war. Häufig hatten die Antragsteller bereits festgestellt, dass eine Therapie mit Cannabis ihre Leiden linderte. Zwischen 2007 und 2016 nahm die Zahl der jährlichen Antragstellungen und Ausnahmeerlaubnisse stetig zu. Nach Angaben der Bundesopiumstelle besaßen im Januar 2017 insgesamt 1.040 Personen eine solche Erlaubnis (Grotenhermen, 2018).

4 Die 2010er Jahre

Im Jahr 2017 wurde das Cannabis-als-Medizin-Gesetz vom Deutschen Bundestag verabschiedet. Im Juni 2019 wurde es novelliert. Vorausgegangen waren juristische Verfahren, an deren Ende das Bundesverwaltungsgericht im Jahr 2016 einem MS-Patienten den Eigenanbau von Cannabis erlaubte. Als Alternative zum Eigenanbau legte die Bundesregierung einen Gesetzentwurf vor.

4.1 Verwaltungsgericht Köln erlaubt 2011 erstmals Eigenanbau von Cannabis

Das Verwaltungsgericht Köln hat in einem Urteil vom 21. Januar 2011 Michael F., der einen Antrag auf Eigenanbau von Cannabis für medizinische Zwecke gestellt hatte, zum Teil Recht gegeben (7 K 3889109). Die Ablehnung des Antrags durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vom 10. August

2010 sei rechtswidrig gewesen, erklärte das Gericht. Die Behörde müsse nun neu über den Antrag entscheiden. Die Ablehnung des Antrags war vor allem mit Sicherheitsbedenken beim Anbau in der Wohnung, der Verwendung einer nicht standardisierten Substanz und der Schädigung des internationalen Ansehens Deutschlands durch eine Erlaubnis zum Eigenanbau begründet worden. Zudem argumentierte das BfArM, dass der Antragsteller Zugang zu Cannabis aus der Apotheke habe.

Die Ablehnung seines Antrags auf Eigenanbau basierte auf einer Anweisung durch das Bundesgesundheitsministerium. Aus den Aktennotizen in den Unterlagen des Antragstellers beim BfArM geht hervor, dass eine Erlaubnis zum Selbstanbau nach Einschätzung des BfArM in seinem Fall „ohne Alternative“ sei, das Institut jedoch der Anweisung Folge leisten musste (ACM-Mitteilungen, 2017). Das Bundesgesundheitsministerium legte Berufung gegen das Urteil ein, unterlag jedoch erneut am 7. Dezember 2012 vor dem Oberverwaltungsgericht Münster. Da das Bundesgesundheitsministerium erneut Berufung eingelegte, konnte das Verfahren erst im April 2016 durch das Bundesverwaltungsgericht zugunsten des Patienten abgeschlossen werden.

4.2 Zulassung des Cannabisextraktes Sativex

Im Jahr 2011 wurde in Deutschland erstmalig ein cannabisbasiertes Medikament arzneimittelrechtlich zugelassen. Seit dem 1. Juli ist der Cannabisextrakt Sativex® in Deutschland in Apotheken erhältlich. Er ist für die Behandlung der Spastik bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer multipler Sklerose, die auf andere Therapieverfahren nicht ansprechen, zugelassen, so dass die Krankenkassen die Kosten für diese Indikation übernehmen müssen. Gegenwärtig (Stand: 30. Juni 2019) ist neben Sativex® noch ein weiteres cannabisbasiertes Medikament arzneimittelrechtlich zugelassen. Das Nabilon-Präparat Canemes® erhielt im Januar 2017 eine Zulassung zur Behandlung von Nebenwirkungen einer Zytostatika-Therapie bei Krebs.

4.3 Die Petition von 2014

Am 23. März 2015 fand die öffentliche Beratung einer Petition von Franjo Grotenhermen und vielen Mitpetenten zu Cannabis als Medizin im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags statt. Die öffentliche Petition konnte auf der In-

ternetseite des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestags zwischen dem 13. August und 10. September 2014 mitgezeichnet werden und wurde von mehr als 40.000 Personen unterstützt. Sie lautete:

„Der Deutsche Bundestag möge beschließen, dass die Bundesregierung Maßnahmen ergreift, damit die Kosten einer Behandlung mit Medikamenten auf Cannabisbasis bezahlt werden. Der Bundestag möge zudem beschließen, dass Strafverfahren gegen Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer durch einen Arzt bescheinigten notwendigen medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten grundsätzlich eingestellt werden.“

Neben Franjo Grotenhermen nahmen auch Ellis Huber, ehemaliger Präsident der Ärztekammer Berlin und Mitpetent an der Ausschusssitzung teil. Für die Bundesregierung nahmen der Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, sowie die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, teil. Angesichts der aktuellen Situation fand die Diskussion in einer am Thema interessierten und aufmerksamen Atmosphäre statt.

4.4 Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts von 2016

Da sich viele Erlaubnisinhaber die Cannabisblüten aus der Apotheke, die pro Gramm 12 bis 25 Euro kosteten, nicht oder nicht in dem medizinisch erforderlichen Umfang leisten konnten, beantragten einige den für sie finanzierbaren Eigenanbau von Cannabispflanzen für die eigene medizinische Versorgung. Diese Anträge wurden von der Bundesopiumstelle sämtlich abgelehnt. Ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 6. April 2016 sorgte dafür, dass Michael F., einem MS-Patienten, der seit Jahren gerichtlich für eine Erlaubnis zum Eigenanbau stritt, am 28. September 2016 als erster Patient in Deutschland eine Genehmigung zum Anbau von Cannabis für eigene medizinische Zwecke erhielt (Bundesverwaltungsgericht, 2016). Das Gericht stellte fest, dass der Eigenanbau von Cannabis erlaubt werden muss, da der Erwerb von Medizinalcannabisblüten aus der Apotheke aus Kostengründen ausschied.

„Nach § 3 Abs. 2 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) kann das BfArM eine Erlaubnis zum Anbau von Cannabis nur ausnahmsweise zu wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zwecken erteilen. Die Behandlung des schwer kranken Klägers mit selbst

angebautem Cannabis liegt hier ausnahmsweise im öffentlichen Interesse, weil nach den bindenden Feststellungen des Berufungsgerichts die Einnahme von Cannabis zu einer erheblichen Linderung seiner Beschwerden führt und ihm gegenwärtig kein gleich wirksames und für ihn erschwingliches Medikament zur Verfügung steht. Der (ebenfalls erlaubnispflichtige) Erwerb von so genanntem Medizinhanf aus der Apotheke scheidet aus Kostengründen als Therapiealternative aus. Seine Krankenkasse hat eine Kostenübernahme wiederholt abgelehnt.“

4.5 Vom Gesetzentwurf zum Gesetz

Parallel mit dieser juristischen Entwicklung gab es in den vergangenen Jahren eine zunehmende Offenheit aller im Bundestag vertretenen Parteien hinsichtlich der Notwendigkeit, Patienten einen Zugang zu einer Therapie mit Cannabisprodukten unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten zu eröffnen. Als Alternative zum Eigenanbau entwickelte die Bundesregierung einen Gesetzentwurf, der vorsah, dass die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet werden, unter bestimmten Voraussetzungen eine Behandlung mit Cannabisprodukten zu finanzieren. Dieser Gesetzentwurf wurde von der Bundesregierung am 28. Juni 2016 in den Bundestag eingebracht (Deutscher Bundestag, 2016) und dort am 7. Juli in erster und am 19. Januar 2017 in 2. Lesung beraten (Deutscher Bundestag vom 18. und 19. Januar 2017). Das Gesetz wurde am 19. Januar 2017 im Bundestag einstimmig verabschiedet (Deutscher Bundestag, 2017).

- *Einige Meilensteine auf dem Weg zur medizinischen Cannabisverwendung in Deutschland (Grotenhermen, 2018)*
1998: Änderung der Einstufung von Dronabinol – (–)-trans-Delta-9-Tetrahydrocannabinol – von der Anlage II in die Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes.
2000: Beschluss des Bundesverfassungsgerichts, nach dem Patienten einen Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Cannabisblüten beim BfArM stellen können.
2000-2005: Ablehnungen aller Anträge von Patienten auf eine solche Ausnahmeerlaubnis
2005: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, nach dem das BfArM diese Anträge nicht pauschal ablehnen darf.
2007: Erste Ausnahmeerlaubnis durch die Bundesopiumstelle beim BfArM, zunächst für einen Cannabisextrakt, später überwiegend für Cannabisblüten.

2011: Arzneimittelrechtliche Zulassung von Sativex® für die Behandlung der therapieresistenten mittelschweren bis schweren Spastik bei Erwachsenen mit multipler Sklerose.

2016: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, nach dem einem Patienten eine Ausnahmeerlaubnis für den Eigenanbau von Cannabisblüten erteilt werden muss.

2016: Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Veränderung betäubungsmittelrechtlicher Bestimmungen zu Cannabis und cannabisbasierten Medikamenten.

2017: Einstimmige Verabschiedung des Gesetzes am 19. Januar im Deutschen Bundestag und Inkrafttreten des Gesetzes am 10. März 2017.

2019: Verabschiedung einer Gesetzesnovelle am 6. Juni im Deutschen Bundestag.

4.6 Erste Kritik am Gesetz in der Anhörung im Gesundheitsausschuss

Am 21. September 2016 fand im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags eine öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 28. Juni 2016 statt. Dabei wurde unter anderem bemängelt, dass die Krankenkassen eine Therapie mit Cannabis genehmigen müssen. Der Gesetzentwurf sah vor, dass schwer kranke Patienten künftig auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Cannabisarzneimitteln und Rezepturen versorgt werden können.

Sowohl die Bundesärztekammer (BÄK) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) als auch andere Sachverständige wiesen den Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen als nicht sachgerecht zurück. So sollte nach dem Gesetzentwurf die medizinische Verwendung von Cannabis von den Krankenkassen nur erstattet werden, wenn eine „allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung“ steht.

Die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. bemerkte zum Gesetzentwurf in ihrer Stellungnahme:

„1. Obergrenzen für Ärztinnen und Ärzte bei der Verschreibung von Medikamenten bzw. drohende Regressforderungen wegen Budgetüberschreitung sollten nicht zu vermeidbaren Versorgungslücken bei der Verschreibung von Cannabis-basierten Medikamenten führen. Daher ist es erforderlich, dass die Verschreibung von Cannabis-basierten Medikamenten wie eine Praxisbesonderheit behandelt wird. Sonst droht das Gesetz ein

Gesetz für Privatpatienten zu werden, von dem gesetzlich versicherte Bundesbürger nicht in dem erforderlichen Umfang profitieren können.

2. (...) Ebenso wie für andere Therapieverfahren sollte auch für eine Behandlung mit Cannabis und Cannabinoiden gelten, dass eine einmal als wirksam und verträglich festgestellte Therapie beibehalten werden kann.
3. (...) Die Risiko-Nutzen-Bewertung einer Behandlung muss grundsätzlich immer auch mögliche Langzeitschäden im Blick haben – dieses ethische Prinzip sollte auch im Falle einer Entscheidung für oder gegen eine Therapie mit Cannabis-basierten Medikamenten Anwendung finden und im Hinblick auf eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen berücksichtigt werden. (...)

Aus Sicht der Patienten und der Ärzteschaft muss es darauf ankommen, dass die Entscheidung, ob ein Patient mit Cannabis-basierten Medikamenten behandelt wird, eine Entscheidung von Arzt und Patient ist. Ansonsten bleibt es bei einer Zweiklassenmedizin, mit größeren Optionen für vermögende Patienten.“

4.7 Erste Korrekturen am Gesetz

Am 6. Juni 2019 hat der Deutsche Bundestag ein Gesetz verabschiedet, das zu weiteren Verbesserungen führt:

1. Ein Wechsel zwischen Cannabis in Form von getrockneten Blüten, einzelnen Cannabinoiden und Cannabisextrakten in standardisierter Qualität sowie eine Änderung der Dosierung soll ohne erneute Genehmigung durch die Krankenkasse möglich sein.
2. Wurde eine Behandlung mit einem Cannabis-basierten Medikament während eines stationären Aufenthaltes eingeleitet, soll die Entscheidungsfrist der gesetzlichen Krankenkasse für die Genehmigung eines Kostenübernahmeantrags durch den weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt auf 3 Tage verkürzt werden. Dadurch soll es nach Entlassung nicht oder nur zu einer sehr kurzen Unterbrechung der Behandlung kommen.
3. Die Bundesregierung bemüht sich zudem darum, die Kosten für Behandlungen mit Medizinalcannabisblüten zu senken, um so die Belastungen für Patienten*innen und Krankenkassen zu reduzieren.

5 Ausblick

Aus den gegenwärtigen Problemen ergeben sich eine Reihe konkreter Lösungen, darunter ein Abbau des bürokratischen Aufwands im Zusammenhang mit der Verschreibung von Arzneimitteln auf Cannabisbasis für Ärzte, eine Reduzierung der Regressdrohung durch verschreibende Ärzte und eine Verpflichtung der Krankenversicherungen, die Erstattung nur in Ausnahmefällen zu verweigern.

Darüber hinaus führt die Arbeitsgemeinschaft für Cannabis als Medizin (ACM) gegenwärtig eine weitere Petition an die Bundesregierung durch, die sicherstellen soll, dass Patienten, die nach schriftlicher Aussage eines Arztes eine Behandlung mit Cannabis benötigen, nicht mehr strafrechtlich verfolgt werden.

Es gibt heute keinen Grund mehr, Patienten mit einer ärztlichen Empfehlung für die Verwendung von Cannabis als Kriminelle zu behandeln.

Literatur

- ACM (2016). *Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung* (Bundestagsdrucksache 18/8965). Verfügbar unter: https://www.cannabis-med.org/nis/data/file/stellungnahme_acm_2016.pdf (Stand: 30.06.2019).
- ACM-Mitteilungen (2017). *Die weniger bekannte Geschichte des Gesetzes*. Verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=227#8 (Stand: 30.06.2019).
- Bundesverfassungsgericht (2000). 2 BvR 2382/99. Verfügbar unter: http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2000/01/rk20000120_2bvr238299.html (Stand: 30.06.2019).
- Bundesverwaltungsgericht (2005). BVerwG 3 C 17.04. Verfügbar unter: <https://www.bverwg.de/190505U3C17.04.0> (Stand: 30.06.2019).
- Bundesverwaltungsgericht (2016). *Erlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken*. BVerwG 3 C 10.14. Verfügbar unter: <https://www.bverwg.de/060416U3C10.14.0> (Stand 30.10.2018).
- Cremer-Schaeffer, P. & Knöss, W. (2019). Cannabis zu medizinischen Zwecken – Das Gesetz vom März 2017 und seine Vorgeschichte. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 62 (7), 801-805.
- Deutscher Bundestag (1995). *Bundestagsdrucksache 13/3282. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Barbara Höll und der Gruppe der PDS – Drucksache 13/3021 – Medizinischer Gebrauch*

- von Cannabis. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/13/032/1303282.pdf> (Stand: 30.06.2019).
- Deutscher Bundestag (2016). *Bundestagsdrucksache 18/8965. Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften*. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/089/1808965.pdf> (Stand: 30.06.2019).
- Deutscher Bundestag (2017). *Bundestagsdebatte zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 19. Januar 2017. Deutscher Bundestag lässt Cannabis als Medizin für Patienten zu*. Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=krGVq4qUUnM> (Stand: 30.06.2019).
- Deutscher Bundestag (18.01.2017). Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/109/1810902.pdf> (Stand: 30.06.2019).
- Deutscher Bundestag (19. Januar 2017). Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2017/kw03-de-betaeubungsmittel/487044> (Stand: 30.06.2019).
- Deutscher Bundestag (2019). *Bundestagsdrucksache 19/8753. Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung*. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GSAV_Bundestag.pdf
- Flenker, I. (1997). Grußwort. In: *Cannabis und Cannabinoide als Medizin. Tagungsbericht*. Köln. Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.
- Goedecke, H. & Karkos, J. (1996). Die arzneiliche Verwendung von Cannabisprodukten. *Bundesgesundheitsblatt*, 39, 206-209.
- Grinspoon, L. & Bakalar, J. B. (1994). *Marihuana: Die verbotene Medizin*. Frankfurt am Main: Zweitausendeins.
- Grotenhermen, F. (2015). Das Cannabis-Eigenanbau-Verhinderungsgesetz: Warum die Bundesregierung endlich aufhören sollte, nur gerichtlich erzwungene Verbesserungen vorzunehmen. *Huffington Post*, 11.02.2015. Verfügbar online unter: www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/2015/03/05/smolit-anim-id-est-laborum/
- Grotenhermen, F. (2018). The German medical cannabis law of 2017. *Drugs Alcohol Today*, 18 (2), 117-122.
- Grotenhermen, F. & Karus, M. (1994). Marihuana: Der Stand der medizinischen Forschung. In: L. Grinspoon & J. B. Bakalar (Hrsg.), *Marihuana: Die verbotene Medizin*. Frankfurt am Main: Zweitausendeins.
- Oberlandesgericht Karlsruhe (2004). *Gerichtsurteile*. Verfügbar unter: <http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de> (Stand: 30.10.2018).
- Oberverwaltungsgericht Münster (2012). *Gerichtsurteile*. Verfügbar unter: <http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de> (Stand: 30.10.2018).
- THC Pharm. *Geschichte*. Verfügbar unter: <http://www.thc-pharm.de/geschichte-2/> (Stand: 30.06.2019).



Dr. med. Franjo Grotenhermen

Schwerpunkt Therapie mit Cannabis und Cannabinoiden. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM) und Geschäftsführer der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Cannabinoidmedikamente (IACM). Autor einer Vielzahl von Artikeln und Büchern zum therapeutischen Potenzial der Hanfpflanze und der Cannabinoide, ihrer Pharmakologie und Toxikologie. franjo.grotenhermen@nova-institut.de



„Landschaft mit rotem Kirchlein“

Acryl auf Leinwand, 70 × 90 cm, © K. G. Pichlbaum 2018



„Landschaft mit zwei Hütten“

(Ausschnitt) Acryl auf Leinwand, 80 × 80 cm, © K. G. Pichlbaum 2018

KURT G. PICHLBAUM lehrt und forscht im Hauptberuf als Kurt Greiner an der Wiener Sigmund-Freud-Privatuniversität (SFU) auf dem Fachgebiet der Psychotherapiewissenschaft und arbeitet in der Kunst als Autodidakt. Seine künstlerischen Anfänge fanden in den späten 1980er Jahren im südlichen Niederösterreich (Wiener Alpen und Baden bei Wien) sowie in Wien im Graffiti-Milieu und in der Street-Art-Szene statt. Bereits in dieser Frühzeit verwick-



„Landschaft mit Kirche“

Acryl auf Leinwand, 80 × 90 cm, © K. G. Pichlbaum 2018

te Pichlbaum popartähnliche Form- und Farbgestaltungen mit unterschiedlichen Motiven, wie z.B. kunstgeschichtlichen und alpenländisch-rustikalen oder auch mit abstrakten Sujets, die er später in thematische Programme mit eigenwilligen Bezeichnungen ausdifferenzierte: „Alpen Pop“, „Bizarro Pop“, „Pichlpop Polymorph“, „Pop-Abstraktionen“, „Europa-Zyklus“ etc.



„Landschaft mit Strauch und Kirche“

Acryl auf Leinwand, 80 × 100 cm, © K. G. Pichlbaum 2018

Das parlamentarische Ringen um das Cannabis-Gesetz von 2017

Burkhard Blienert

Einführung

Einstimmig wurde 2017 das sog. „Cannabis-als-Medizin-Gesetz“ von allen Fraktionen des Deutschen Bundestages angenommen. Damit hatte niemand rechnen können, der sich in der Vergangenheit mit dem Thema „Cannabis und deutsche Politik“ beschäftigt hatte.

Die parlamentarischen Debatten waren immer geprägt vom ideologischen Streit um die Frage: „Wie stehst du zur Droge Cannabis, verbieten oder legalisieren?“

Das gilt auch für die Diskussionen über den medizinischen Nutzen von Cannabis. Auch diese Debatte ist ein Teil einer Debattengeschichte zum Thema „Cannabis“, auch wenn er letztendlich positiv endete.

Angesichts der Abläufe von Ereignissen war es nicht verwunderlich, dass sich gerade in der 18. Legislaturperiode ein Zeitfenster öffnete und ein Gesetz zum Einsatz von medizinischem Cannabis in Deutschland auf den Weg gebracht wurde.

Das hing u.a. mit Gerichtsentscheidungen zusammen, die wieder einmal den Weg für eine notwendige politische Entscheidung ebneten¹, das hatte aber auch mit einer gesellschaftlichen Debatte zu tun, wie sie in der jüngsten Vergangenheit geführt wurde. Es sind also Bausteine verschiedener politischer und gesellschaftlicher Entwicklungen. Eine davon beruht auch auf dem Umgang mit dem Thema im Verlaufe parlamentarischer Debatten.

Wenn ich mir seit 1949 die Reden und Beiträge des Deutschen Bundestags zur Drogenpolitik und dabei insbesondere zum Umgang mit Cannabis zu Gemüte führe, dann steht die Entscheidung für ein Gesetz zum medizinischen Cannabis in einer inhaltlichen Entwicklungslinie, die durch eine bestechende Logik des Faktischen als Vorstufe zu Gesetzen gekennzeichnet ist. Ich würde aus diesem Grund davon

ausgehen, dass mit diesem Gesetz die Debatte um die Legalisierung/Regulierung/Kontrollierung des privaten Konsums von Cannabis noch lange nicht beendet ist. Vielmehr zeichnen sich weltweite Entwicklungen ab, die dazu führen könnten, dass in naher Zukunft auch der Freizeitkonsum von Cannabis erlaubt sein wird.

Die ideologische Burg, in der sich über Jahrzehnte die Gegner einer Legalisierung verschanzt haben, entpuppt sich daher immer deutlicher als eine Ruine, deren Mauern durch die gesellschaftlichen Realitäten überrannt werden.

Cannabisdebatten im Bundestag seit 1949

In den ersten Wahlperioden des Deutschen Bundestages (und damit auch in den politischen Debatten innerhalb der Parteien) spielte Drogenpolitik, insbesondere Cannabispolitik, überhaupt keine Rolle.

Wenn zum Stichwort „Hanf“ diskutiert wurde, dann ging es um die Nutzpflanze. Zum Beispiel musste die Frage der Sorten des Hanfanbaus in der Landwirtschaft geregelt werden.²

Die Kriminalitätsfrage aufgrund der Gesetzeslage, die mit Drogenkonsum verbunden ist, sowie die Fragen um eine Bekämpfung der Drogensucht fangen in den 1960er Jahren an, die öffentliche und parlamentarische Debatte um Heroin, Kokain und Cannabis zu dominieren.

Neben der Single-Convention von 1961, die in nationales Recht nach der Unterzeichnung durch die Bundesrepublik Deutschland umgesetzt werden muss (mündet 1971 in die Verabschiedung des Betäubungsmittelgesetzes, BtMG, in der Nachfolge des Opiumgesetzes von 1929) sowie die Berichte zur Lage der organisierten Kriminalität in Deutschland veranlassen vermehrt parlamentarische Debatten

¹ Die Erteilung einer Ausnahmegenehmigung zum Konsum von Cannabis als Medizin, die das BVerfG am 20.01.2000 erteilte, beruht auf einer Verfassungsbeschwerde von acht Patienten vom 14.12.1999.

² Deutscher Bundestag, Dokumentations- und Informationssystem DIP, www.deutscher-bundestag.de, Drucksachen und Plenarprotokolle des Bundestages ab 1949.

im Deutschen Bundestag über den Zustand der deutschen Drogensituation sowie die Auswirkungen auf Probleme der Sucht und Kriminalität.

Von der allgemeinen Öffentlichkeit erst einmal unbeachtet, fanden 1963/1964 die Entdeckungen „Zur Struktur von Cannabidiol“ unter der Leitung von Prof. Mechoulam in Israel, die die chemische Formel und Struktur von Tetrahydrocannabinol zum ersten Mal beschrieb, Beachtung in der medizinischen Fachwissenschaft.

Politisch konkreter und differenzierter wird es dann erst Mitte der 1970er Jahre, als im Zusammenhang mit einer Debatte um das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) die Wirkung von Cannabis zum ersten Mal in einem medizinischen Zusammenhang von malignen Tumoren sowie Glaukom-Behandlung erwähnt wird.³

Der Aspekt der medizinischen Bedeutung taucht des Weiteren im Anhang einer Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland auf⁴:

„Herodot berichtet über das ritualisierte Rauchen von Cannabis bei Angehörigen skythischer Stämme, die um das 8. Jahrhundert v. Ch. am Kaspischen Meer siedelten.“

Zusätzlich verweist der Bericht darauf, dass chinesische Darstellungen von Haschisch als Arzneimittel schon sehr viel älter wären.

Offensichtlich scheint ein gesellschaftlicher Diskurs ins Parlament hineinzuwirken. Zum einen ist es die Debatte um die Situation in den psychiatrischen Krankenhäusern und Einrichtungen sowie zur Lage der Psychiatrie insgesamt in Deutschland, die Ende der 1960er und in den 1970er Jahren kontrovers in Deutschland geführt wurde.⁵

Es ist zum anderen aber auch einer neuen kulturellen Öffentlichkeit geschuldet. Verlagen aus dem linken alternativen Kulturspektrum wie „Zweitausendeins“ aus Frankfurt am Main ist es zu verdanken, dass die Erkenntnisse und das Wissen um die alte Kulturpflanze Cannabis durch Bücher veröffentlicht wurden, die in hunderttausender Auflage u.a. in den Regalen der Studierenden einen Platz gefunden hatten, was wiederum mit den vor wenigen Jahren erst

stattgefundenen Studentenunruhen und den sog. '68ern zusammenhängt.

In den 1980er Jahren spiegeln sich dann auch die Erkenntnisse um die Wirkung von Cannabinoiden in der parlamentarischen Debatte wieder, bleiben jedoch weiterhin auf Jahre ohne Wirkung im Regierungshandeln.

Die vielen Aspekte zu Fragen der Sucht, Suchtstoffen, Genussmitteln und Gesundheit bleiben jedoch wichtige Argumente in den Diskussionen. Jenseits der Kriminalisierung von Konsumenten werden andere Aspekte wie gesundheitliche Schadensbegrenzung oder Freiheits- und Individualrechte der Konsumenten stärker beachtet.

In der Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Fraktion PDS vom 7. Dezember 1995 wird der Sachstand zum Umgang mit Cannabis in der Medizin zusammengefasst:

- 1995 wurden erste Anträge beim zuständigen Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur medizinischen Forschung bei der Bekämpfung von Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust bei AIDS- und Krebspatienten gestellt.
- Das BfArM hat 1995 das erste Gutachten zur Lage der internationalen Forschung erstellt.
- In Berlin fand am 29. Oktober 1995 eine Fachtagung der Berliner Ärztekammer in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe zum „Medizinischen Gebrauch von Cannabis“ statt.

Die Bundesregierung bestätigt darin auch den Gebrauch von Cannabis-Arzneimitteln in Deutschland. Seit 1990 sind demnach 126 Packungen Nabilon aus Großbritannien importiert worden, auf der Grundlage des AMG sowie der Listung in der Anlage III. Insgesamt werden in diesem Zusammenhang fünf diagnostische Indikatoren zum Nutzen von Cannabis erwähnt.⁶ Diese ersten Anzeichen der parlamentarischen Debatte verdeutlichen die neuen Akzente, die nun Bestandteil der Diskussion um Cannabis werden.

Beflügelt wurde die Debatte in der Gesellschaft durch die internationale Entwicklung. Kalifornien verabschiedete 1996 den berühmten Gesetzentwurf 215 (The Compassionate Use Act of 1996), das erste Gesetz zur Anwendung von medizinischen Cannabis, nachdem 1937 Cannabis in den USA durch den Erlass „Marihuana Tax Act“ verboten war.

Die nächsten Anzeichen, dass es weiteren erheblichen politischen Diskussionsbedarf und Regulierungsdefizite gab, zeigten sich dann zu Beginn des neuen Jahrtausends. Doch trotz

³ Deutscher Bundestag, Drucksache 10/1323.

⁴ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 7/4201 vom 25.11.1975.

⁵ Mündete 1971 in der Einrichtung der Psychiatrie-Enquete durch den Deutschen Bundestag, der erstmalig einen Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland herausgab.

⁶ Deutscher Bundestag, Antwort der Bundesregierung vom 07.12.1995, Drucksache 13/3282 auf die Anfrage der PDS 13/3021.

des Regierungswechsels zur ersten Regierung Schröder und der rot-grünen Bundesregierung wird sich in Fragen „Cannabis“ nichts ändern.

Die Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der FDP vom 12. Januar 2004 gibt dabei nur den neuesten Sachstand wieder.

Bei der Nutzenbetrachtung spielt nun z.B. auch Multiple Sklerose eine Rolle. Die Liste der Behandlungsmöglichkeiten wird insgesamt länger, jedoch verweist die Bundesregierung auf die fehlende Datenlage insgesamt hin. Das Off-label-Problem wird benannt.

Doch mittlerweile sind weitere Fertigarzneimittel neben Nabilon auf den Markt gelangt wie Marinol aus den USA. Der Koalitionsvertrag zwischen SPD und Bündnis90/Die Grünen von 2002 sieht dazu in wissenschaftlich anerkannten Fällen eine Verschreibungsmöglichkeit vor.⁷

Es ist wie häufig dem Einsatz und dem Leid von einigen Menschen zu verdanken, die es sich zu ihrer Aufgabe gemacht hatten, das Thema auch politisch voranzutreiben. Dabei waren ihre Gründe sehr unterschiedlich. Teils, weil sie Betroffene waren und von den gesundheitlichen Vorteilen profitieren wollten, teils, weil sie die strukturelle Widersprüchlichkeit bekämpfen wollten, die sich im Umgang mit Cannabis in der Medizin in den letzten Jahrzehnten herausgebildet hatte.

Dabei kann mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass viele Menschen die Selbstversuche und Eigenmedikationen unternommen haben, um Cannabis zur Linderung ihrer Schmerzen und Beschwerden einzusetzen.

Das Bundesverwaltungsgerichtsurteil vom 19.05.2005 in Reaktion auf das BVerfG-Urteil vom 20.01.2000 (AZ 2 BvR 2382-2389/99) öffnete die weiteren Diskussionsfenster, weil es nun Ausnahmegenehmigungen ermöglichte. Die Umsetzung durch den Gesetzgeber blieb jedoch aus.

Anträge der Fraktionen Bündnis90/Die Grünen wie auch der LINKEN liefen ins Leere,⁸ obwohl die Fallzahlen von 64 (2004) und 59 (2005) allein in der ersten Hälfte 2006 auf 47 gestiegen sind.⁹

Das gleiche Bild zeigt sich eine Legislaturperiode weiter. Auch wenn mittlerweile immer mehr Patientinnen und Patienten eine Ausnahmegenehmigung haben¹⁰, wird ein entspre-

chender Antrag der Fraktion Bündnis90/Die Grünen abgelehnt.¹¹

In der 17. Wahlperiode gab es einen weiteren Antrag der Fraktion Bündnis90/Die Grünen mit der Überschrift „Zugang zu medizinischen Cannabis für alle betroffenen Patientinnen und Patienten ermöglichen“ (BT-Drucksache 17/6127) und einer entsprechenden Anhörung (Protokoll 17/75), die am 9. Mai 2012 stattfand.

Der Bundestag kennt mittlerweile legendäre „Cannabis-Anhörungen“, in denen lautstark Willensbekundungen von Besuchern oder auch überraschende Statements abgegeben wurden. Überraschend sind Anhörungen auch in dem Sinne, dass es in der sachlichen Diskussion eine große Übereinstimmung bei den von den Fraktionen eingeladenen Experten aus Praxis, Wissenschaft und Gesellschaft in der Sache und Bewertung zu Cannabis gegeben hat. Dieses trifft zum Beispiel auf die Einschätzung zum Grad der Gefährlichkeit im Vergleich mit anderen Genussmitteln wie Alkohol und Tabak sowie des Grads der gesundheitlichen Schädigungen zu.

Die strittigen Fragen waren eher in der legislativen Umsetzung z.B. in einem Gesetz zu suchen oder in einer grundsätzlichen und bisweilen ideologisch geprägten Einstellung zum Thema.

Wenn ich mir das Protokoll der Anhörung z.B. aus dem Jahr 2012 durchlese, dann wird von niemandem grundsätzlich eine Wirksamkeit von Cannabis in Frage gestellt. Vielmehr drehte es sich aus Sicht der unterschiedlichen Interessen um die Frage der Erstattung aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, einer Off-label-Klassifizierung bzw. der Einschränkung bei der Verordnungsfreiheit durch den Arzt.

Fragen, die auch fünf Jahre später eine wichtige Rolle spielen würden.

Außerdem wurden die erst seit einem Jahr auf dem Markt befindlichen Fertigarzneimittel *Sativex* und *Dronabinol* zum Gegenstand der Debatte.

Von 2011 bis Juni 2016 hatten in Deutschland 1.190 Patienten die Ausnahmeerlaubnis, medizinisches Cannabis jenseits von Nabilon und Dronabinol zu verwenden. Doch dabei sollte es nicht bleiben.

Das Gesetz vom 19. Januar 2017

Das Urteil des Kölner Verwaltungsgerichts vom 22. Juli 2014 wies der Politik den Weg, wie die

⁷ Deutscher Bundestag, Antwort der Bundesregierung vom 12.01.2004, Drucksache 15/2331 auf die Anfrage der FDP 15/2226.

⁸ Antrag vom 27.11.2007, Drucksache 16/7285 „Medizinische Verwendung von Cannabis erleichtern“; Antrag vom 25.06.2008, Drucksache 16/9749, „Cannabis zur medizinischen Behandlung freigeben“.

⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3393.

¹⁰ Seit dem Urteil BvG, 19.05.2005 156 Patientinnen und Patienten, wovon 54 genehmigt sind, Cannabisblüten und/oder

Extrakte zu nehmen. Vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 17/3810.

¹¹ Antrag vom 08.06.2011, Drucksache 17/6127, „Zugang zu medizinischem Cannabis ermöglichen“.

Situation für Patientinnen und Patienten zu verbessern sei. Gegen das Urteil wurde zwar erwartungsgemäß durch das BfArM Berufung eingelegt, doch die Botschaft wurde in der Bundesregierung und in den Fraktionen gehört. Wenn, dann würde eine gesetzliche Bestimmung zum Umgang mit Cannabis in der Medizin in dieser Legislaturperiode erfolgen.

Die Erlaubnis zum Eigenanbau erhielten nach einem weiteren Urteil vom 6. April 2016 zwei Patienten; einen entsprechenden Antrag stellten 339 Menschen. Schon vor dem erwarteten Urteil, welches den Weg für den Eigenanbau ermöglichte, wurde daher zwischen uns Parlamentariern über die Konsequenzen der Klage jenseits des Urteils debattiert. Klarheit herrschte unter allen Fraktionen, dass es nicht sein konnte, dass es jeweils zu Einzelfallentscheidungen kommen sollte, die es den Menschen in teils sehr schwierigen gesundheitlichen Situationen ermöglichen würde, Therapien mit Cannabis auszuprobieren. Es brauchte eine grundsätzliche Regelung im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Als Parlamentarier erreichten mich immer wieder Schilderungen von Einzelschicksalen, die mir beschrieben, dass sie durch den Eigenversuch mit Cannabisblüten endlich ihre Schmerzen los wurden bzw. so weit lindern konnten, um andere Medikamente mit erheblichen Nebenwirkungen absetzen zu können.

Daher war die Vorstellung, dass wir in dieser Legislaturperiode ein Gesetz machen wollten, schnell Konsens zwischen den Regierungsparteien. Ein Weg, den auch die Oppositionsparteien als sinnvoll erachteten. Es ging um das Ermöglichen und die Erweiterung von Therapiechancen sowie der Linderung von Leid und Schmerzen, beispielsweise in der Palliativmedizin.

Das Bundesgesundheitsministerium wollte jedoch erst noch die Berufung durch die Bundesregierung abwarten, die das Verfahren wiederum verzögerte.

In Gesprächen mit der Opposition und unter den Regierungsfractionen war klar, dass der Druck bleiben sollte. Am Ziel, grundsätzlich für Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten zu sorgen, wurde festgehalten.

Wer jedoch weiß, wie lange Gesetzgebungsprozesse dauern können, konnte abschätzen, bis wann der Referentenentwurf vorliegen musste, um überhaupt darüber nachzudenken, ob man noch Erfolg haben konnte, ein Gesetz im Bundestag durchzubringen. Dann können vier Jahre eine verdammt kurze Zeit im parlamentarischen Alltag sein.

Nach der Vorlage des Referentenentwurfs vom 7. Januar 2016 begannen wir als unmittel-

bar beteiligte Abgeordnete die Regelungsmechanismen des Gesetzes zu studieren und zu bewerten. Dabei funktionierte das fachliche Zusammenarbeiten zwischen den Abgeordneten, zwischen den beteiligten Ebenen, der Arbeitsgruppe Gesundheit, der Fraktionsspitze und zuletzt aber auch die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Das war für eine reibungslose Diskussion und Prioritätensetzung besonders wichtig.

Am 4. Mai 2016 befand das Kabinett über den Entwurf, den Bundestag erreichte der Gesetzentwurf (Drucksache 18/8965) in erster Lesung am 7. Juli 2016. Die Anhörung des Gesundheitsausschusses fand am 21. September 2016 statt.

Vor der dritten Lesung wurde in zwei Änderungsanträgen und einer Protokollerklärung unter anderem neu geregelt, dass

- die Therapiefreiheit des Arztes gewährleistet wurde,
- der MDK sein faktisches Veto verlor,
- der Patient zudem nicht alle möglichen Therapiestufen durch(leiden)laufen musste, bevor der Arzt Cannabis verschreiben kann,
- an Ärzte und ihre Organisationen appelliert wird, entsprechende Weiterbildungen zu Cannabis in der medizinischen Anwendung anzubieten und wahrzunehmen.

Das Ergebnis ist bekannt: Ein Gesetz, welches zu 100 Prozent im Bundestag beschlossen wird, ist entweder ein unstrittiges Konsensthema zwischen allen Parteien oder ein besonders gut austariertes Gesetz. In diesem Fall hatten alle Parteien ein Interesse, dass eine gesetzliche Grundlage die erstattungsfähige Verschreibung von Cannabis legal ermöglichen würde.

Auf das Cannabisgesetz traf beides zu. Angesichts der Gefahr einer ideologischen Debatte wurde ein Gesetz im Bundestag verabschiedet, welches unstrittig Fragen offen ließ, aber insgesamt eine gute Grundlage bietet, um daraus in Zukunft ein noch besseres Gesetz zu machen.

Das erkannte auch die Opposition an, deren inhaltlichen Einwände wir in der Zeit nach der ersten Lesung bis zum Schluss kurz vor der dritten Lesung aufgegriffen haben. Das hat zu einer konzentrierten und sachlichen Debatte ohne Hintergedanken und taktisches Gepräge geführt, die man selten genug im Plenarsaal erleben kann.

Das Gesetz wurde am 19. Januar 2017 im Deutschen Bundestag verabschiedet. Mit dem 11. März 2017 trat das Gesetz in Kraft.

Ausblick

Mit der gesetzlichen Regelung von 2017 und den damit verbundenen Auswirkungen hat nicht nur die Debatte um Cannabis als Medizin in Deutschland Fahrt aufgenommen. Die Frage des Preises, der Versorgung sowie der Akzeptanz bei Ärzten, Apotheken und Krankenkassen spielt eine wichtige Rolle. Dass Cannabis in unterschiedlicher Form als Fertigarzneimittel, Extrakt oder Blüte als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird, unterscheidet die Bundesrepublik Deutschland wohltuend von den anderen europäischen Staaten. Es ist ein Meilenstein in der gesundheitlichen Versorgung. Ebenso ein großer Schritt in die richtige Richtung sind die 2019 endlich erteilten Lose für den Anbau in Deutschland. Damit wird neben dem Import von medizinischem Cannabis endlich auch die zweite Säule der Versorgung ausgebaut. Darin äußert sich aber auch eine der größeren Baustellen, die es international zu lösen gilt. Die Versorgungssicherheit ist so lange eine entscheidende Frage, wie Cannabis aufgrund der Single-Konvention gelistet ist und daher die Cannabis-Agentur quasi für eine juristische Sekunde Besitzerin des Cannabis werden muss, der in Deutschland für medizinische Zwecke angebaut wird. Insofern wird es keine 100% Verfügbarkeit geben, solange die Menge durch die Vergabe von Lizenzen regulierbar ist.

Außerdem stellt sich das Off-label-Problem weiterhin. Wir haben gesetzgeberisch jenseits des AMNOG und der evidenzbasierten Orientierung kaum Spielräume, um aus einer spezifischen Medikamentenorientierung heraus Regelungen zu finden, die wiederum unseren Standards entsprechen könnten.

Aufgrund der Äußerungen der Regierung im Rahmen der Antworten auf Kleine Anfragen der Opposition sowie auf Veranstaltungen mündlich geäußerten Einschätzungen zur Zukunft von Medizinalcannabis in Deutschland wird deutlich, dass es nicht ein politisch forciertes Projekt des CDU-geführten Bundesgesundheitsministeriums wird.

Erleichterungen gab es durch das Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung (GSAV) vom 6. Juni 2019, wodurch eine erneute Beantragung bei Folgerezepten sowie Therapieänderungen nicht mehr erforderlich ist.

Ein weiteres Problem wird bei der notwendigen Fort- und Weiterbildung bei Ärzten und Apotheken bestehen, wobei wenigstens bei den Apotheken der Nutzen eindeutig erkannt worden ist. Im Juni 2019 haben sich z.B. cannabisführende Apotheken zu einem eigenen Verband zusammengefunden.

Bei den Ärztekammern bleiben jedoch Vorbehalte, die auf unterschiedlichen Einschätzungen beruhen. Es fehlt nach wie vor an Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen, die die Ärzte tatsächlich auch erreichen können. Außerdem ist die z.T. fehlende Evidenz ein Erschwernis, da der Arzt die Wirkung der Therapie nicht einzuschätzen weiß und somit jede Verschreibung wie ein Laborversuch wirkt.

Die Vorbehalte sind auch noch stark in der politischen Debatte vertreten. Das Rad der Geschichte wird man jedoch nicht wieder zurückdrehen können. Es ist zu hoffen, dass durch die Verschreibung von Cannabis auch das allgemeine Bild dieser Pflanze relativiert und objektiviert wird. Mythen und Fakes haben in der Vergangenheit genügend Schaden in der Debatte angerichtet. Wenn man bedenkt, dass Cannabis aufgrund unsachlicher Fehleinschätzungen, gespeist mit Unwissenheit und politischem Kalkül, welches nichts mit Cannabis zu tun hatte, auf die Verbotsliste kam, dann ist die Geschichte und damit die politische Aufgabe noch lange nicht zu Ende.

Politische Zusammenfassung

Glücklich ist, wer die Gunst der Stunde nutzen kann.

Mit dem Cannabisgesetz hat der Deutsche Bundestag 2017 ein vorbildliches Gesetz verabschiedet. Es hat eine wirtschaftliche und wissenschaftliche Dynamik ausgelöst. Außerdem wird es dazu beitragen, den Nutzen der Cannabispflanze entmystifiziert zu diskutieren. Die Geschichte ist damit noch lange nicht zuende.

In der jüngeren parlamentarischen Geschichte haben sich leider alle Parteien nicht unbedingt stringent und planvoll verhalten. Insbesondere die jeweiligen Regierungsparteien haben sich des Themas nur unzureichend motiviert angenommen. Deswegen konnte es sich die Opposition jeweils leicht machen, weil die Bundesgesundheitsminister der letzten Jahre das Thema eher unterbewertet für das eigene Ansehen betrachtet haben. Zu groß schien die Befürchtung, dass das Boulevard wieder einmal „Kiffen auf Rezept“ titeln würde.

Auch die jeweiligen Drogenbeauftragten fremdelten stark mit dem Thema. So richtig „gebrannt“ hat niemand dafür. Desto erleichterter kann man nun sein, dass der Knoten in der letzten Legislaturperiode durchschnitten werden konnte und das Gesetz nun wirken kann, auch wenn noch vieles zukünftig zu regeln sein wird.



Burkhard Blienert
Studium der Politikwissenschaft, Geschichte, Sozialwissenschaft an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster; aktiv in der SPD in Paderborn; von 2013 bis 2017 Mitglied im Deutschen Bundestag, drogenpolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion. Seit 2018 Politikberater. burkhard.blienert@web.de

Vom langen parlamentarischen Weg einer „gefährlichen Einstiegsdroge“ zum gesetzlich legitimierten Medikament

Frank Tempel

Der Bundestag kennt lange Geschichten. Und das liegt in seiner Natur. Der interessierte Beobachter neigt bisweilen dazu, die lange Wartezeit auf eigentlich völlig selbstverständliche Beschlüsse oder gar das Ausbleiben erwarteter Entscheidungen mit einer Unfähigkeit „der Politik“ in Verbindung zu bringen.

Das ist so nicht ganz richtig. Im Bundestag treffen die unterschiedlichsten Philosophien, Erfahrungen, subjektive Blickwinkel und vor allem Interessen aufeinander. Das Ganze wird von einer öffentlichen Wahrnehmung begleitet, die tatsächlich nicht ganz unwesentlich für das ist, was im Deutschen Bundestag durchsetzungsfähig ist.

Interessenlagen werden in der Regel gut verpackt und versteckt. Die als Lobbyisten bekannten Vertreter gehen im Bundestag ein und aus und führen nicht selten lange Gespräche mit den Abgeordneten, die reichlich mit Argumentationsmaterial für die entsprechende Debatte versorgt werden. Solche Lobbyisten können sowohl Vertreter der Pharmaindustrie als auch Vertreter einer Patientengruppe sein – nur dass letztere keine lukrativen Beraterverträge oder ähnliches anbieten können.

Fakt ist, hinter jeder Entscheidung stecken i.d.R. Absichten und Interessen und nur in absoluten Ausnahmefällen Unwissenheit. Logik und Faktenwissen kommen grundsätzlich dann zur Geltung, wenn es sich in die entsprechende Interessenlage einordnen lässt. Die Interessenlage der politischen Fraktionen im Bundestag beinhaltet natürlich auch Wählerzustimmung. Ein Fakt, der genau dann interessant wird, wenn dem ursprünglichen eigenen Interesse immer stärkerer öffentlicher Gegenwind entgegensteht.

Die medizinische Verwendung von Cannabis ist ein sehr gutes Beispiel dafür, wie sich parlamentarische Entscheidungsprozesse verändern können, wenn die bislang geltende Regierungsposition immer mehr durch neue Fakten, das öffentliche Meinungsbild und ständig neue parlamentarische Initiativen unter Druck gerät.

So war Cannabis als Medizin u.a. bereits 2008 Thema im Gesundheitsausschuss des Bundestages. Damals kam man noch zu dem Schluss, dass Cannabinoide nicht als Medikament der ersten Wahl eingesetzt werden sollen, da es häufig zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen kommt (Pressemitteilung vom 15.10.2008, CDU/CSU-Fraktion). Kaum zu glauben für den interessierten Beobachter, ist doch der Markt voller klassischer pharmazeutischer Medikamente mit langen Beipackzetteln unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

Der Grund, warum sich damals bereits der Bundestag mit der medizinischen Wirkung von Cannabis beschäftigte, war ein von 2000 stammendes Urteil des Bundesverfassungsgerichtes, das die Möglichkeit eröffnete, dass Patienten eine Ausnahmegenehmigung zur medizinischen Verwendung von Cannabis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beantragen können. Die Fraktion DIE LINKE hatte daraufhin am 25. Juni 2008 im Bundestag beantragt, Cannabis zur medizinischen Behandlung freizugeben.

Bemerkenswert seitens der Unionsfraktionen war, dass man feststellte, dass das Argument, dass natürliche Gemische der Cannabispflanze besser wirksam seien als isolierte Wirkstoffe, wissenschaftlich nicht belegt ist. Die Schlussfolgerung daraus wäre, zunächst auf medizinische Forschung zu setzen. Doch in den Folgejahren sollte die CDU/CSU alle Haushaltsanträge der Opposition mit dem Ziel derartiger Forschung rigoros ablehnen.

Der Antrag der LINKEN wurde abgelehnt und für die 16. Legislatur des Deutschen Bundestages war das Thema vorerst Geschichte.

In der 17. Legislatur des hohen Hauses waren es dann die Grünen, die das für die Regierungsfaktionen unangenehme, weil faktenstarke Thema einer medizinischen Verwendung erneut auf die Tagesordnung setzten. Die LINKEN hatten zuvor mit der Forderung, über Cannabis-Social-Clubs die Pflanze grundsätzlich zu legalisieren, Cannabis in den Fokus der öffentlichen und medialen Debatte gerückt.

Doch die Zeit für Veränderungen war noch nicht reif, der öffentliche Druck noch nicht stark genug, die Medienlandschaft gespalten und die Befürworter in zumindest der Wählerschaft der Regierungsfractionen in der Minderheit. Cannabis war immer noch ein Schmuttel-Thema, bei dem vor allen die Fraktionsoberen von Union und FDP mehr Angst vor sinkender Zustimmung als vor falschen Entscheidungen hatten. Die Argumentation hatte sich nicht viel geändert. Die Sachverständigen waren passend zur gewünschten Position ausgewählt. Und wieder hieß es, von der 100-prozentigen Reinheit medizinischen Cannabis könne nicht ausgegangen werden und zudem sei bei einer Therapie mit Cannabis mit unerwünschten Nebenwirkungen zu rechnen. Nochmals wurde darauf verwiesen, dass es keine ausreichende wissenschaftliche Grundlage für die medizinische Wirksamkeit von Cannabis gebe. Auch hier führte dieses Argument nicht dazu, dass auch nur ein einziger Antrag zur Einstellung von entsprechenden Forschungsmitteln genehmigt wurde.

Im Oktober 2013 begann die 18. Legislatur des Deutschen Bundestages, und das mit für das Medikament Cannabis neuen Vorzeichen. Cannabis war trotz abgelehnter Anträge im Bundestag öffentliches Thema geblieben. Nicht nur die medizinische Verwendung, sondern auch die Debatte zur Legalisierung hatte an Dynamik weiter hinzugewonnen. In der Medienlandschaft erschienen immer häufiger Artikel und Beiträge, die sich positiv mit dem Medikament Cannabis und negativ mit einer immer offensichtlicher scheinenden Prohibitionslogik auseinandersetzten.

Inner- und außerparlamentarische Opposition hatten sich stärker vernetzt und immer mehr nicht-staatliche Organisationen positionierten sich öffentlich. Cannabis war bei weitem nicht das einzige Thema in der Drogenpolitik, bei dem die neue Regierung von Unionsparteien und SPD heftig kritisiert wurde. Auch z.B. beim Thema Substitution für Heroin-Suchtkranke gab es immer heftiger gerade für die Regierungsvertreter um die Ohren. Eine unangenehme Situation.

Die Opposition von LINKEN und Grünen war zwar zahlenmäßig mit 20 Prozent relativ klein, hatte aber angefangen, zumindest in der Drogenpolitik gemeinsam zu arbeiten, was keine Selbstverständlichkeit ist und vieler Tassen Kaffee bedurfte. So entstand auf Grundlage einer Resolution an den Bundestag ein gemeinsamer Antrag der Opposition zur Evaluierung des Drogenstrafrechts.

Ein unangenehmer Antrag für die Regierungsfractionen – besonders für die SPD, da

gegen eine Überprüfung der Wirksamkeit eines Gesetzes schwer zu argumentieren ist. Teile der eigenen Parteibasis und zahlreiche Innenpolitiker wie auch Gesundheitsexperten der SPD plädierten bereits mehr oder weniger für einen Wandel in der Cannabispolitik. Die Partei- und Fraktionspitze blieb jedoch eisern bei einer Ablehnung jeglicher Veränderung, sicher auch mit Hinblick auf den Koalitionsvertrag mit CDU und CSU. Was hatte man nicht bereits alles für diesen Koalitionsvertrag an Positionen verkauft, und da sollte es natürlich nicht ausgerechnet an dieser unscheinbaren Cannabisfrage scheitern.

Auch der Druck außerhalb des Parlamentes war gestiegen. Wieder einmal hatten Patienten einen langen Klageweg erfolgreich bestanden, ihr Recht eingeklagt – und nun bestand die Gefahr eines Präzedenzfalls. Wenn nach bisherigen Grundlagen die Versorgung von Patienten mit medizinischem Cannabis nicht sichergestellt werden kann, haben diese das Recht, ihren Bedarf durch Eigenanbau zu sichern.

Nun war tatsächlich Handlungsbedarf. Denn auch wenn insbesondere die CDU/CSU die medizinische Bedeutung von Cannabis öffentlich immer wieder in Frage stellten, war ihr doch längst klar, dass es sich hier bei weitem nicht nur um fünf, zehn oder 20 Patienten handeln würde.

Denn ein weiterer Aspekt war in den letzten Jahren hinzugekommen. Social Media wurde immer stärker neben den klassischen Medien zu einem echten Faktor in der öffentlichen Meinungsbildung – es war nun leichter, ganz persönlich seinen Positionen bei Abgeordneten des Bundestages Nachdruck zu verleihen – positiv wie negativ – eine Weiterentwicklung der Demokratie. Die betroffenen Patienten konnten den Abgeordneten nun deutlich leichter verbal auf die Pelle rücken.

Die Frage war: Wie geht man mit diesem Dilemma gesichtswahrend um? Schließlich hatte man doch jahrelang jegliche Veränderung blockiert. Sichtbar wurde aufmerksamen Beobachtern schnell, dass tatsächlich Bewegung in das Thema Cannabis kam. Nicht sofort, was die Medizin betraf, doch grundsätzlich schon.

Vorgelegt hatte im Januar 2015 der Bundesrat. Die neugewählte Landesregierung Thüringens unter Führung eines LINKEN-Ministerpräsidenten hatte entsprechend ihres Koalitionsvertrages eine Bundesratsinitiative eingebracht. Und diese wurde gewonnen. Die Bundesregierung wurde vom Bundesrat beauftragt, die Lage der medizinischen Verwender von Cannabis durch Veränderung der Rahmenbedingungen zu verbessern.

Bezeichnend und wichtig für die Veränderungen im Bundestag waren dann auf jeden Fall gleich zwei Reisen des Gesundheitsausschusses des Bundestages. Im April 2015 ging es mit einer Delegation nach Lissabon, wo u.a. der Besuch der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Suchtgefahren auf dem Programm stand. Effekt solcher Delegationsreisen sind nicht nur die Termine bei den Gastgebern. Für wenige Tage reisen die Experten der unterschiedlichen Fraktionen gemeinsam – und, auch wenn da gestaunt wird, sie unterhalten sich dabei gemeinsam. Und alle haben ganz zufällig ein gemeinsames Thema – das gemeinsame Fachgebiet.

Zum Zeitpunkt der Delegationsreise nach Lissabon war bereits der Antrag von LINKEN und Grünen zur Evaluierung des Drogenstrafrechts eingebracht. Wie sehr das Thema Cannabis auch die Union beschäftigte, lässt sich mit einem Satz einer CSU-Kollegin beschreiben, die ihren Fraktionskollegen während der Reise vorschlug, diese Evaluierung doch wenigstens für Cannabis zu machen. Sie überzeugte ihre Fraktionskollegen noch nicht.

Ein halbes Jahr später, im November 2015, besuchte eine solche Delegation Argentinien und Uruguay. Und hier wurde deutlich, wie weit die Diskussion fortgeschritten war. Während die Art und Weise der Legalisierung von Cannabis in Uruguay staunend und interessiert betrachtet wurde, wurde eine Ansage gerade seitens der CDU-Vertreter immer öfter wiederholt: *„Zur medizinischen Verwendung von Cannabis wird die Deutsche Regierung bald etwas vorlegen“*.

Die Entscheidung innerhalb der Bundesregierung war also offensichtlich gefallen. Die Frage blieb jedoch, wie ernst es um die Lösung der Frage bestellt war. Die Fraktion DIE LINKE hatte begleitend zum Vorstoß der Thüringer Landesregierung einen entsprechenden Antrag im Bundestag eingebracht, während nun die Grünen den Part übernommen hatten, mit dem Cannabiskontrollgesetz etwas zur Legalisierungsfrage vorzulegen.

Mal zum Vergleich – auch bei der Korruptionsbekämpfung im Bezug auf Abgeordnete war der Handlungsdruck groß. Nur wenige Länder hatten wie Deutschland noch nicht die notwendigen Rechtsgrundlagen geschaffen und die Regierung hatte auch hier angekündigt, *„wir legen etwas vor“*. Heraus kam jedoch ein Placebo-Gesetz, nachdem wohl nie ein korrupter Abgeordneter verurteilt werden wird.

Patienten, Aktivisten wie Fachpolitiker warteten ungeduldig und lange. Der Gesetzentwurf barg tatsächlich die Möglichkeit einer grundlegenden Verbesserung für Patienten. In

einer Stellungnahme von Akzept e.V. hieß es zum Entwurf der Bundesregierung:

„Das Gesetz hat seiner grundsätzlichen Intention nach das Potenzial, Deutschland zu einer führenden Nation im Bereich Cannabis als Medizin zu machen.“

Es hieß in dieser Stellungnahme jedoch auch weiter:

„Für die Praxis werden mit diesem Gesetz jedoch erneut Hürden errichtet, die eine angemessene Versorgung von Patienten mit Cannabis und Cannabisprodukten kaum möglich machen.“

Sei es der intensive Austausch im Gesundheitsausschuss, sei es die sehr öffentliche kritische Debatte, sei es der Druck zahlreicher betroffener Patienten und Aktivisten, die alle einen gewaltigen Anteil an diesem Prozess hatten, es geschah etwas im Bundestag eigentlich sehr Seltenes. Zahlreiche Anregungen und Kritiken seitens der Opposition von LINKEN und Grünen wurden zusätzlich in das Gesetz aufgenommen. Ganz offensichtlich hatte die Bundesregierung nun tatsächlich vor, ein gutes Gesetz zu verabschieden. Man wollte das Thema Cannabis und Eigenanbau von Cannabis vom Tisch haben – und ganz sicher, auch einige Unionspolitiker genossen offensichtlich den Umstand, ihrem Gewissen entsprechend etwas Gutes zu schaffen.

Voraussetzung waren aber viele, viele kleine Rädchen, die beharrlich gedreht wurden. Da reichte eben nicht das fleißige Antrageschreiben und Forderungenaufstellen der Opposition, und auch der außerparlamentarische Druck seitens der Patienten hätte allein nicht ausgereicht. Das wiederholte Nachbessern der Argumente aller Befürworter, die unermüdliche Lobbyarbeit von unten, die gezielte Pressearbeit und Medienstrategie, die verstärkte fraktionsübergreifende Kommunikation der Abgeordneten – all das waren Rädchen, die gedreht werden mussten, um ein Gesetz zu verabschieden.

All das sind Rädchen, die weitergedreht werden müssen, um das Gesetz nun auch in der Praxis zum Erfolg werden zu lassen – und das wird viel Arbeit sein, die wiederum Geduld abverlangt.

Letztendlich war es der Umstand, dass alles in Bewegung gesetzt wurde, was für einen Entscheidungsprozess erforderlich war – auch eben die Abgeordneten der Regierungskoalition schließlich mit ins Boot zu holen.

Um Cannabis tatsächlich jedermann als Medikament zugänglich zu machen, also auch bei niederschwelligen Erkrankungen, wird es er-

forderlich sein, Cannabis zu legalisieren. Viele bunte Schmerzpillen können auch ohne Rezept in der Apotheke erworben werden. Warum soll als Alternative zu diesem bunten Pillensalat nicht auch natürliches Cannabis für betroffene Patienten erhältlich sein.

Es gibt also noch eine Menge Veränderungsbedarf, um Cannabis als Medizin vollständig zu etablieren. Doch ein wichtiger Meilenstein wurde gesetzt, als der Bundestag einstimmig an meinem Geburtstag, dem 19. Januar 2017, das Gesetz zur medizinischen Verwendung von Cannabis beschloss.



Frank Tempel

Schulzeit und Ausbildung in DDR. Nach der Wende Kriminalbeamter im gehobenen Dienst. Aktiv bei der LINKEN. Von 2009 bis 2017 Mitglied des Deutschen Bundestags und dort drogenpolitischer Sprecher der LINKEN. Nach seinem Ausscheiden aus dem Deutschen Bundestag übernahm er die von der Thüringer Landesregierung neu eingerichtete Koordinierungsstelle Häusliche Gewalt. frank.tempel@googlemail.com



192 pages
ISBN 978-3-95853-537-4
Price: 20.– €
 PDF:
 ISBN 978-3-95853-538-1
 Price: 10.– €

Zsuzsa Kaló, Julie Tieberghien, Dirk J. Korf (Eds.)

Why? Explanations for drug use and drug dealing in social drug research

For thousands of years, humans have been using substances that are called 'drugs' today, for example to relieve pain, to relax, to gain energy, or in the course of cultural and religious rituals. In search for explanations as to why so many people in the 21st century use drugs, and why in such a wide variety, several macro level factors or drivers need to be addressed.

Chapters in this volume contribute to the understanding of drug use, drug users, drug markets and drug policy in Europe. All the authors work in this field, and are involved in local, national or international research on drug use, drug users or drug dealers. Their research is not carried out in laboratories nor treatment centres. Some of it is predominantly conducted in libraries and archives, but most takes place elsewhere – on the streets, in nightclubs, in private drug-dealing settings. The authors are social scientists from different disciplines – anthropology, criminology, geography, economics, linguistics, psychology, sociology, social psychiatry – and many of them have an interest in, or are specifically oriented to qualitative research methods, including participant observation, informal conversations and in-depth interviews. In the search for explanations as to why particular groups turn to or continue to use certain substances over others, why some people use drugs, why users prefer particular methods of supply, and why current drug policies exist, each of the chapters underline the utmost importance of this book, which captures many of the complexities of how drug use and drug dealing is explained, experienced and often problematised today.

Zsuzsa Kaló is a Senior Lecturer in Psychology at the Institute of Psychology, ELTE Eötvös Loránd University, Hungary.

Julie Tieberghien is a Lecturer and a Researcher at the Centre for Research and Expertise in Social Innovation (CRESI) of VIVES University College, Belgium.

Dirk J. Korf is a Professor of Criminology at the University of Amsterdam, the Netherlands.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.com

Cannabis im Deutschen Bundestag

Kirsten Kappert-Gonther

Mit dem Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften oder „Cannabis-als-Medizin-Gesetz“ (Bundestags-Drucksache 18/8965.pdf) wurde im März 2017 einstimmig die gesetzliche Grundlage für die Verordnung von Cannabis als Medizin geschaffen. Auslöser des Beschlusses war allerdings in den Reihen der Großen Koalition nicht etwa die politische Überzeugung, etwas Richtiges und Notwendiges für die Patient*innen zu tun und eine Umkehr in der Cannabispolitik einzuleiten, sondern schlicht die normative Macht des Faktischen: Es blieb ihnen keine andere Wahl.

Zuvor wuchs die Zahl der Ausnahmen gemäß des patientenindividuellen Ausnahmeerlaubnisverfahrens nach § 3 Absatz 2 des Betäubungsmittelgesetzes, wonach eine Therapie mit Cannabis in Einzelfällen möglich war. Zudem wurde in Gerichtsurteilen entschieden, dass auch der Eigenanbau von Cannabis zum medizinischen Gebrauch nicht grundsätzlich untersagt werden könne. So hat etwa das Bundesverwaltungsgericht im Jahr 2016 in einem Grundsatzurteil das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) dazu verpflichtet, einem schwer kranken Kläger eine Ausnahmeerlaubnis zum Eigenanbau zu erteilen. Der Grund ist einleuchtend: Für den an Multipler Sklerose erkrankten Mann war Cannabis als medizinische Versorgung notwendig und ihm stand keine gleich wirksame und bezahlbare Therapiealternative zur Verfügung (<https://www.bverwg.de/de/pm/2016/26>).

Bis heute weigert sich die Bundesregierung, Versorgungsschwierigkeiten und Lieferengpässe von Medizinalcannabis zuzugeben (<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/03/23/gruene-regierung-verschliesst-die-augen-vor-cannabis-lieferengpaessen>), da in diesen Fällen weitere Urteile zugunsten des Eigenanbaus von Patient*innen die Folgen wären. Gleichzeitig berichten die Betroffenen, aber auch Apotheken, immer wieder über Versorgungsengpässe (Apotheker-Zeitung, 23/2018). Gerade vor diesem Hintergrund bin ich froh, dass im Koalitionsvertrag des Lan-

des Bremen 2019 zwischen SPD, Bündnis 90/ Die Grünen und den Linken vereinbart wurde, dass ein Ermittlungsverfahren bei einem Eigenanbau von bis zu vier Cannabispflanzen grundsätzlich eingestellt wird (Koalitionsvertrag Bremen, 2019, S. 96).

Wie groß weiterhin die Vorbehalte sogar gegen den medizinischen Einsatz von Cannabis auf der politischen Bühne sind, zeigt die Aussage der ehemaligen Drogenbeauftragten Marlene Mortler, Cannabis als Medizin werde Patient*innen eingeredet (https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/rezepte/article/983287/drogenbeauftragte-patienten-medizinisches-cannabis-eingeredet.html?sh=24&h=-2019701553). Marlene Mortler, die mit der Aussage „Cannabis ist verboten, weil es illegal ist“ bekannt wurde, ist inzwischen EU-Parlamentarierin. Wer ihr im Amt der Drogenbeauftragten nachfolgt, ist zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Beitrags nicht bekannt. Eine entsprechende Frage von mir wurde von der Bundesregierung ausweichend beantwortet (Bundestags-Drucksache 19/10765, Frage 95).

Es steht außer Frage, dass der Beschluss des Bundestags ein Meilenstein war, der auch in der Europäischen Union Wirkung entfaltet (<http://www.europarl.europa.eu/news/de/press-room/20190207IPR25221/nutzung-von-arzneimitteln-auf-cannabis-basis-fordern>). Doch die Erfahrungen der letzten zweieinhalb Jahre machen deutlich, dass die Bundesregierung Angst vor ihrer eigenen Courage hat und nicht bereit ist, mehr als das unbedingt Notwendige zu tun. Diese Blockadepolitik geht zu Lasten der Patient*innen.

Patient*innen haben grundsätzlich nach ärztlicher Indikationsstellung die Möglichkeit, Cannabis zu therapeutischen Zwecken in standardisierter Qualität zu erhalten. Für gesetzlich Versicherte wurde die Erstattungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung verankert.

Gesetzentwurf zur Streichung des Genehmigungsvorbehalts der Krankenkassen

Bei der Umsetzung des Gesetzes hapert es jedoch gewaltig. Viele Patient*innen berichten von drei großen Hürden:

1. bei der ärztlichen Verschreibung,
2. bei der Kostenübernahme durch die Krankenkassen,
3. bei der Versorgung mit Cannabis.

Die ausgeschriebene Menge für den Anbau ist viel zu gering. Insbesondere der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen wird nicht im Sinne des Parlamentsbeschlusses ausgelegt und hat mehr Nach- als Vorteile. Eine gesetzliche Streichung des Genehmigungsvorbehalts ist notwendig. Ich habe mit der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen bereits 2018 einen entsprechenden Gesetzentwurf in den Bundestag eingebracht, der allerdings von der Koalition aus CDU/CSU und SPD abgelehnt wurde (Bundestags-Drucksache 19/5862). Durch die Streichung des Genehmigungsvorbehalts soll den Patient*innen eine therapiegerechte Versorgung mit Cannabis als Medizin ermöglicht werden und die im Cannabis-als-Medizin-Gesetz verankerte ärztliche Therapiefreiheit gewährleistet werden.

In § 31 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist für die erste Verordnung von medizinischem Cannabis, die eine gesetzlich versicherte Person erhält, eine Genehmigung zur Kostenübernahme der Krankenkassen vorgesehen. Innerhalb von fünf Wochen hat die jeweilige Krankenkasse unter Einbeziehung des medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK) über einen solchen Antrag zu entscheiden. Im Fall von palliativ versorgten Versicherten beträgt die Genehmigungsfrist drei Tage. In einigen Fällen wurden die Fristen von Krankenkassen nicht eingehalten, zum Teil wurden sogar rechtswidrig nur befristete Genehmigungen ausgestellt (Bundesversicherungsamt, Tätigkeitsbericht 2017, S. 27).

Dieser Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen hat sich in der Praxis nicht bewährt. Er kann dazu führen, dass die Linderung der Beschwerden von Patient*innen hinausgezögert oder gänzlich verhindert wird. Patient*innen mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf die Versorgung mit Cannabis, wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder eine solche Leistung nach Einschätzung der Ärzt*innen unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und des Krankheitszustands nicht zur Anwendung kommen kann. Es muss eine nicht ganz

entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitszustand oder auf schwerwiegende Symptome bestehen. Die Begründung der Gesetzgebung sah vor, dass die Entscheidung, ob ein*e Patient*in mit Cannabis behandelt werden kann, der*dem behandelnden Ärzt*in obliegt.

Nach Angaben der Techniker-Krankenkasse wurde die Mehrzahl der Ablehnungen mit dem Hinweis auf alternative Therapien begründet, die besser geeignet seien (Cannabis-Report; Glaeske, 2018). Allerdings werden diese angeblichen alternativen Therapieoptionen in der Ablehnung nicht zwangsläufig konkret benannt. Ein unzureichendes Evidenzlevel darf jedoch bei der Sonderregelung nach § 31 Abs. 6 SGB V eben keine Begründung für die Ablehnung sein. Der Ausnahmecharakter der Regelung vor dem Hintergrund einer unsicheren Studienlage wird in den Gesetzgebungsmaterialien zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften ausdrücklich betont und war dem Bundestag bei Verabschiedung der Regelung bekannt (Bundestags-Drucksache 18/8965, S. 21 f.). Ein nicht hinreichendes Evidenzlevel zur Wirksamkeit der Therapie darf also gerade nicht Grund der Ablehnung eines Antrags sein. Auch sieht das Gesetz nicht vor, dass eine Person austerapiert sein muss, bevor ein*e Patient*in Cannabis als Medikament erhält. Vielmehr muss die*der behandelnde Ärzt*in im konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung des Krankheitszustands und der zu erwartenden Nebenwirkungen entscheiden, welche Therapie zur Anwendung kommt. Für Cannabisrezepturarzneimittel gibt es keine definierten Indikationen. Voraussetzung für eine Verordnung ist, dass der Patient oder die Patientin an einer schwerwiegenden Erkrankung leidet. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss im Rahmen der Therapieentscheidung beurteilen, welche Erkrankungen als „schwerwiegend“ zu betrachten sind.

Die Antragsstellung für die Kostenübernahme ist mit einem hohen bürokratischen Aufwand für Ärzt*innen verbunden. Die darauf verwendete Zeit geht für die Behandlung von Patient*innen verloren. Einige Ärzt*innen führen die Verordnung von Cannabis allein wegen Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Beantragung nicht durch (Gastmeier, 2018). Die Antragsstellung selbst führt aufgrund formaler Fehler häufig zu einer Ablehnung des Antrags durch die Krankenkassen (Cannabis-Report; Glaeske, 2018).

Die „nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnende Genehmigung der Krankenkasse“ (§ 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V) wird in der Realität zu einer Ablehnung von etwa einem

Drittel aller gestellten Anträge. Betrug die Ablehnungsquote bis Ende Juni 2017 nach Auskunft des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) noch etwa 43 Prozent, konnte sie bis Mitte 2018 nach Angaben einiger Krankenkassen inzwischen auf etwa ein Drittel verringert werden (<https://www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/aoktk-und-barmer-immer-mehr-deutsche-patienten-bekommen-cannabis-auf-rezept/23954602.html>). Aufgrund der Kosten der Therapie ist zu befürchten, dass die Krankenkassen Anträge auch aus finanziellen Erwägungen ablehnen und damit eben nicht im Sinne der Patient*innen entscheiden. Aktuell wird etwa jede dritte ärztliche Verordnung von Medizinalcannabis den Patient*innen verwehrt.

Damit wird Ärzt*innen die angemessene Therapie ihrer Patient*innen erheblich erschwert. Für die Patient*innen entsteht eine wochenlange Unsicherheit, oft verbunden mit einer unzumutbaren Verlängerung der zu behandelnden Symptome wie Schmerzen oder Übelkeit. Sogar Patient*innen, die vor der Gesetzesänderung mit einer Ausnahmegenehmigung Cannabis zu therapeutischen Zwecken nutzen konnten, berichteten zum Teil, dass sie von Ablehnungen der Krankenkassen betroffen sind.

Forschungsbedarf

Auf der Grundlage der Ergebnisse einer gesetzlich verankerten Begleiterhebung soll der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) nach einem Zeitraum von fünf Jahren Regelungen zur weiteren Leistungsgewährung treffen. Unter anderem werden für die Studie Daten über die Auswirkung der Therapie mit Cannabis auf den Krankheits- und Symptomverlauf erhoben (CanBV § 1 Satz 11). Die Begleitstudie wird verfälscht, wenn eine durch die Krankenkassen getroffene Vorauswahl in Bezug auf die Indikationen zugrunde liegt. Dem gemeinsamen Interesse aller betroffenen Akteure nach einem Erkenntnisgewinn über die Einsatzmöglichkeiten von Cannabis als Medizin als Grundlage für eine Richtlinienentscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses kann damit nicht Rechnung getragen werden.

Es bleibt fraglich, ob der im Gesetz verankerte Zeitraum überhaupt ausreichend ist, um den GBA zu einer Entscheidung über die Leistungsgewährung bei einer Cannabistherapie zu befähigen, oder ob parlamentarisch eine Verlängerung beschlossen werden muss. Jahrzehnte der internationalen Prohibition haben zu einem Forschungsstau geführt. Die Begleiterhe-

bung ersetzt keine klinischen Studien. Gerade wegen der vielfältigen Einsatzmöglichkeiten von Cannabis sollten der Forschung genügend Zeit und Ressourcen eingeräumt werden. Auch sollte das Potenzial der schier unzähligen Varianten von Wirkstoffen und deren Kombination der Cannabispflanze nicht unausgeschöpft bleiben. Industrielle Monopräparate können diese Spannbreite nicht abdecken.

Mit der durch das BMG in Auftrag gegebenen, fast 500 Seiten starken CaPRis-Studie (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Hoch_et_al_Cannabis_Potential_u_Risiko_SS.pdf) wurde ein umfangreicher Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum medizinischen Potenzial von Cannabis gegeben, aber auch der weitere Forschungsbedarf ist offenkundig. Noch immer bedarf die Nutzung von Cannabis zu wissenschaftlichen Zwecken der Genehmigung durch das BfArM (§ 3 Abs. 2 BtMG, https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/_3.html). Die gesetzlichen Beschränkungen und die internationale Prohibition haben dazu geführt, dass weltweit – vielleicht mit Ausnahme von Israel – die cannabisbezogene Forschung vernachlässigt wurde. Eine ähnliche Entwicklung ist gerade auch in Bezug auf Psilocybin und andere psychedelische Substanzen zu beobachten. Obwohl es bereits vielversprechende Studien zum Einsatz bei Depressionen gibt (<https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366%2816%2930065-7.pdf>), in den USA die Einstufung als Breakthrough therapy erfolgte (<https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/pharmazie/fda-genehmigt-zauberpilz-studie-psilocybin-bei-depressionen/>) und in der Schweiz bereits eine klinische Studie durchgeführt wird (<https://www.dppp.uzh.ch/en/research/psychiatric/neuropsychopharma/brainimaging/heffter.html>), steckt die Forschung zum Potenzial der Substanzen für die medizinische Nutzung in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Genauso wie bei Cannabis führt eine gesellschaftliche Stigmatisierung vor dem Hintergrund des Verbots dazu, dass der medizinische Nutzen nur gehemmt untersucht werden kann. Doch gerade wenn Opioiden mit einem hohen Suchtpotenzial und erheblichen Nebenwirkungen durch neue Therapien ersetzt werden können, sollte diese Chance nicht ungenutzt bleiben.

Hohe Hürden

Für Patient*innen ist die Behandlung mit Cannabis mit vielen Hürden verbunden. Insbeson-

dere der hohe bürokratische Aufwand sowie die generelle Skepsis gegenüber Cannabis als Medizin macht es für Betroffene schwierig, überhaupt eine*n Ärztin/Arzt zu finden, die*der bereit und in der Lage ist, Cannabis zu verschreiben. Ist diese erste große Hürde genommen, ist durch den Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen eine Kostenübernahme trotz der ärztlichen Verordnung immer noch nicht sicher.

Nicht nur der bürokratische Aufwand und die Unsicherheiten bei der Beantragung, sondern auch die Angst vor Regressen führt dazu, dass viele Ärzt*innen der Verschreibung von Cannabis mit großer Skepsis gegenüberstehen (Gastmeier, 2018). Dr. Franjo Grotenhermen und Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl haben als Vertreter*innen der Arbeitsgemeinschaft „Cannabis als Medizin“ in der parlamentarischen Anhörung zur Streichung des Genehmigungsvorbehalts vorgeschlagen, bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach §§ 106-106c SGB V Cannabis als zu berücksichtigende Praxisbesonderheit anzuerkennen, um so dem Regressrisiko vorzubeugen (https://www.bundestag.de/resource/blob/629026/80933b51149aabe8e56ee99c903e1b86/19_14_0067-5_-ACM_Med-Cannabis-data.pdf). Dies ist nur eine von zahlreichen offenen Baustellen der Großen Koalition, um die Hürden abzubauen.

Am Ende scheitert eine nachhaltige Cannabistherapie dann oft an der mangelnden Versorgungslage. Sechs von zehn Apotheker*innen haben seit Inkrafttreten des Gesetzes häufig Erfahrungen mit Lieferengpässen gemacht (Apotheker-Zeitung, 23/2018).

Der zunehmende Bedarf spiegelt sich auch in den Cannabis-Importmengen wider. So wurden im vergangenen Jahr insgesamt 1.200 Kilogramm Cannabis-Blüten eingeführt, im ersten Halbjahr 2018 waren es bereits rund 1.620 Kilogramm (vgl. Bundestags-Drucksache 19/4173, Frage 95). Hochgerechnet auf ein Jahr sind jährlich mindestens 3.280 Kilogramm Blüten nötig, um Patient*innen adäquat zu versorgen. Für den Anbau von Cannabis in Deutschland ist seitens der Bundesregierung bisher aber lediglich eine jährliche Produktionsmenge von 2.600 Kilogramm vorgesehen (<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2018/pm7-2018.html>). Setzt sich der ansteigende Trend fort, steigt der Bedarf sogar noch weiter an.

Babysteps im Bundestag

Auch wenn für die Streichung des Genehmigungsvorbehalts aktuell keine parlamenta-

rische Mehrheit besteht, konnten durch die kontinuierliche Thematisierung des Handlungsbedarfs im Rahmen des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) erste Verbesserungen erreicht werden.

Es ist nun gesetzlich verankert, dass bei einer Änderung der Dosierung oder dem Wechsel zwischen Cannabisblütenarten keine erneute Genehmigung erforderlich ist. Zuvor wurde die Möglichkeit, eine passgenaue Medikation durch das Ausprobieren verschiedener Cannabissorten in niedriger Dosierung zu finden, quasi verhindert, da für jede neue Erstverordnung ein weiteres Genehmigungsverfahren durchlaufen werden musste. Die gesetzliche Anpassung ist also richtig, doch sie geht nicht weit genug. Es bleibt das Problem bestehen, dass die Krankenkassen Anträge aufgrund der Indikation ablehnen, obwohl sie dafür keinen gesetzlichen Auftrag haben. Mindestens sollte aber festgelegt werden, dass ein nahtloser Übergang von einer Cannabistherapie im Krankenhaus zur ambulanten Versorgung möglich ist. So war es auch im Referentenentwurf des GSAV zunächst vorgesehen, doch selbst dieser kleine Schritt wurde für die endgültige Gesetzesfassung wieder zurückgenommen. Auch ein entsprechender Änderungsantrag der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen wurde im Gesundheitsausschuss abgelehnt. Im verabschiedeten GSAV ist stattdessen festgelegt, dass über die Genehmigung einer Leistung, die sich unmittelbar an eine Behandlung im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts anschließt, innerhalb von drei Tagen zu entscheiden ist. Daraus ergeben sich erhebliche Nachteile:

1. Der betroffene Patient sowie die*der behandelnde Ärztin/Arzt haben keine Sicherheit, dass die Behandlung fortgeführt werden kann.
2. Es kann zu Unterbrechungen der Behandlung mit negativen gesundheitlichen Folgen für die betroffene Person kommen.
3. Es entsteht ein erheblicher bürokratischer Aufwand, obwohl insbesondere bei einer Anschlussbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt nicht davon auszugehen ist, dass die Krankenkassen begründete medizinische Ablehnungsentscheidungen gegen die Weiterbehandlung mit Cannabis anbringen können.

Echte Verbesserungen könnten sich mittelfristig hinsichtlich der hohen Preise von Medizinalcannabis ergeben. Das bislang knappe Angebot von Cannabis sowie hohe Aufschläge auf die Abgabe in Apotheken führen zur Verteuerung von Cannabis und erschweren damit die Situation von Patient*innen, die auf Cannabis

angewiesen sind (<http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/mehr-wirtschaft/die-nachfrage-nach-cannabis-zum-medizinischen-gebrauch-blueht-auf-15570590.html>).

Mit der Verabschiedung des GSAV wurden Apothekerverbände und der GKV-Spitzenverband verpflichtet, angemessene Apothekenzuschläge zu vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle. Dadurch könnten die monatlichen Therapiekosten von bis zu 2.200 Euro im Monat (Cannabis-Report; Glaeske, 2018) ebenso verringert werden wie durch den längst überfälligen Anbau in Deutschland und die daraus folgenden Ernten ab dem Jahr 2020. Wenn die Cannabisagentur unter Aufsicht des BMG nicht eigenständig über die Anpassung der Anbaumengen an den tatsächlichen Bedarf entscheiden kann, ist auch hier eine parlamentarische Nachsteuerung möglicherweise notwendig. Die ausgeschriebenen 2.600 Kilogramm pro Jahr werden absehbar nicht ausreichen, um den Bedarf zu decken (<https://www.handelsblatt.com/technik/medizin/medizinalhanf-die-restlichen-zuschlaege-fuer-den-cannabis-anbau-sind-erteilt/24362672.html?ticket=ST-4510671-5Fu2udwbeAcLKmt6Cauz-ap5>).

Die kontrollierte Abgabe von Cannabis

Parallel zur Debatte um Cannabis als Medizin ringt der Bundestag um den Umgang mit Cannabis zu nicht-medizinischen Zwecken. Die grüne Bundestagsfraktion hat nun schon in der zweiten Legislaturperiode mit dem Cannabiskontrollgesetz (BT-Drs. 19/819) den umfassendsten Vorschlag eingebracht. Das Gesetz stellt den Gesundheits- und Jugendschutz in den Mittelpunkt und entwirft ein Regulierungsmodell für die kontrollierte Abgabe von Cannabis. Vorgesehen ist, dass Cannabis von Erwachsenen in Cannabisfachgeschäften erworben werden darf. So soll dem Schwarzmarkt die Grundlage entzogen werden. Konsument*innen sollen wissen, was sie konsumieren, welche Wirkstoffe Cannabis enthält und dass es frei von Streckmitteln ist.

Während sich das Cannabiskontrollgesetz noch im parlamentarischen Verfahren befindet, wurden zwei andere Anträge von FDP und Linken bereits abgelehnt (<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/06/05/cannabis-legalisierung-antraege-von-fdp-und-linken-abgelehnt>). Die FDP hatte vorgeschlagen, zumindest Cannabismodellprojekte rechtssicher zu ermöglichen, die Linken haben die Entkriminalisierung der

Nutzer*innen gefordert. Besonders bemerkenswert ist, dass die FDP den Entkriminalisierungsantrag abgelehnt hat und somit wie die Koalition aus CDU/CSU und SPD weiter in Kauf nimmt, dass Cannabis-Konsumierende einer Strafverfolgung ausgesetzt sind, die mehr schadet als nützt und immer wieder auch zu Problemen für Menschen führt, die Cannabis aus medizinischen Gründen konsumieren.

Hilfe statt Strafverfolgung

Als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie erscheinen mir neben der Behandlung somatischer Symptomatiken mit Medizinalcannabis jüngste Hinweise auf Behandlungserfolge bei psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere mit CBD, vielversprechend. Neben der Stärkung der nicht-medikamentösen Therapien könnte der Einsatz von Medizinalcannabis auch für die Gruppe der psychisch Kranken an Bedeutung gewinnen.

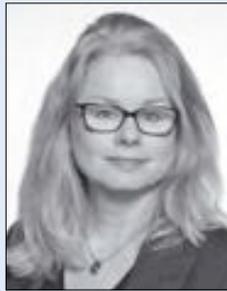
Im Verlauf meiner 25-jährigen ärztlichen Tätigkeit habe ich immer wieder erlebt, wie Menschen in seelischen Krisen, mit psychischen Erkrankungen und insbesondere mit substanzgebundenen Suchterkrankungen, durch die repressive Gesetzgebung bei Eigengebrauch von illegalisierten Drogen zusätzlich belastet wurden. Es wird dringend Zeit, dass die Kriminalisierung hilfebedürftiger Menschen beendet wird. Wer süchtig ist oder einen problematischen Substanzkonsum praktiziert, braucht Hilfe statt Strafverfolgung. Wer Angst vor Repressionen hat, wird noch länger zögern, sich ärztliche oder andere Unterstützung zu suchen. Hinzu kommt die gesellschaftliche Stigmatisierung, von der Nutzer*innen von Cannabis, von illegalisierten Drogen, aber auch Alkoholranke betroffen sind. Zum Teil massiver Alkoholkonsum (übrigens auch im politischen Raum) ist so lange akzeptiert, bis eine nicht mehr zu verbergende Suchterkrankung und ihre Folgen offensichtlich werden. Dann allerdings folgt regelmäßig eine massive Abwertung des Süchtigen. Eine solch widersprüchliche Haltung passt nicht zu einer aufgeklärten und solidarischen Gesellschaft.

Mich erreichen viele Zuschriften von Patient*innen, die auf Cannabis als Medizin angewiesen sind, die aber in Alltagssituationen, bspw. im Zusammenhang mit dem Führerschein oder auf der Arbeit, Stigmatisierungen ausgesetzt sind, obwohl das medizinisch verordnete Cannabis ihnen erst die Teilhabe am Alltag ermöglicht. Eine Freundin von mir, sie selbst ist Rollstuhlfahrerin, fehlt bei keinem Heimspiel ihres Fußballvereins und trifft dort

regelmäßig einen anderen Fan, der an Multipler Sklerose erkrankt ist. Nur weil er auch im Stadion offen sein verschriebenes Cannabis inhalieren kann, ist er überhaupt in der Lage, seine Freizeit nach seinen Vorstellungen zu gestalten. Wir profitieren als Gesellschaft von den regulatorischen Schritten, die diese Normalisierung möglich gemacht haben. Doch es bleibt noch viel zu tun und dafür ist der Veränderungswille der Abgeordneten im Bundestag gefragt.

Literatur

- Bundesversicherungsamt (2018). *Tätigkeitsbericht 2017*. Bonn.
- Glaeske (2018). *Cannabis-Report*. Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Gastmeier et al. (2018). (in Publikation – *Bundesweite Befragung der organisierten Schmerztherapeuten im 1. Quartal 2018*). *Apotheker-Zeitung*, 23/2018, 4.



Dr. Kirsten Kappert-Gonther

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Sprecherin für Drogenpolitik und Gesundheitsförderung der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag.
kirsten.kappert-gonther@bundestag.de

NACHRICHT

Putin sei Dank: Die Russen trinken weniger und leben länger

Dem Putin-Regime ist nicht nur Negatives zuzutrauen: Es ist ihm mit diversen Restriktionen gelungen, den Alkoholkonsum fast zu halbieren und etwa deutschen „Standard“ zu erreichen. Die Lebenserwartung der Russen stieg damit signifikant, berichtet Lancet im Oktober.

Der hohe Stellenwert hochprozentiger Nahrungsmittel hat in Russland inkl. Anrainerstaaten berüchtigte Tradition und erfuhr mit dem Zusammenbruch des Sowjetreichs eine zusätzliche Steigerung. 1991 wurden Produktion und Preise von Alkohol liberalisiert, 2003 erreichte der Konsum einen Spitzenwert: durchschnittlich 20,4 Liter Reinalkohol pro erwachsenem Russen. Die fiskalische Einschränkung von Alkoholwerbung hatte offensichtlich keinen Erfolg. Ab dem Rekordjahr wurden daher über die Steuer die Preise drastisch erhöht. Daraufhin gingen kardiovaskuläre To-

desfälle, Gewaltverbrechen, Suizide, tödliche Verkehrsunfälle – meist Folgen heftiger Zeche – um mehr als 50 Prozent zurück. Die Klinikeinweisung von Alkoholikern sank um mehr als 30 Prozent.

1994 lag die Lebenserwartung eines Russen im Durchschnitt um 57 Jahre, bis 2018 stieg sie auf 68 Jahre. Da Frauen sich meist eher zurückhalten, liegt ihre Lebenserwartung zehn Jahre höher. Dennoch verschärft der Moskauer Fiskus die Antialkoholpolitik weiter, z.B. dürfen ab 2020 Russen erst ab dem 21. Lebensjahr zur Flasche greifen. Der erreichte Alkoholspiegel ist nach wie

vor zu hoch: Im Jahr 2016 wurden 11,7 Liter Reinalkohol pro erwachsenem Russen gerechnet. Dies liegt allerdings bereits unter dem Level von Litauen (15,2 Liter), Belgien (12,8 Liter), Österreich (12,3 Liter), 11,9 (Frankreich), aber noch über dem Niveau von Deutschland (11,0 Liter), berichtet das „Jahrbuch Sucht 2019“. Auffällig ist, dass die klassischen „Wein-Länder“ Italien (7,6 Liter) und Griechenland (7,5 Liter) neben den nordischen Ländern Island (7,5 Liter), Schweden (7,2 Liter) und Norwegen (6,0 Liter) in Europa den niedrigsten „Alkoholspiegel“ realisieren.

Lancet (19) 32265-2, doi.org/10.1016/S0140-6736

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2019*. Pabst, 264 Seiten, Hardcover ISBN 978-3-95853-483-4 eBook: ISBN 978-3-95853-484-1

Rechtliche und praktische Probleme der Verordnung von Cannabis-Arzneien durch Ärztinnen und Ärzte

Wilfried Kunstmann

1 Rechtliche Grundlagen der Verordnung von Cannabis-Arzneien zulasten der GKV

Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung und medialen Kommentierung wurde die Anwendung von Cannabis zu medizinischen Zwecken in Deutschland nicht erst durch das am 10.03.2017 in Kraft getretene „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ ermöglicht.

Nachdem Dronabinol bereits 1998 in die Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgenommen worden war, ermöglichte das Bundesverwaltungsgericht 2005 eine Behandlung schwer kranker Patienten mit Cannabisblüten, indem es feststellte, dass nach § 3 Abs. 2 BtMG und unter Bezugnahme auf Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) eine solche Behandlung im öffentlichen Interesse liege. Die Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für eine ärztlich begleitete Selbstbehandlung sei daher rechtmäßig (BVerwG, Urteil vom 19.05.2005 – 3C 17.04). Eine ärztliche Verschreibungsfähigkeit von Cannabisblüten war damit allerdings noch nicht geschaffen, die Medikamentenkosten mussten in der Regel weiterhin vom Patienten getragen werden.

Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 06.04.2016 stellte darüber hinaus fest, dass Patienten auch eine Ausnahmeerlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken für den Fall zu erteilen sei, *„wenn der Antragsteller an einer schweren Erkrankung leidet und ihm zur Behandlung der Krankheit keine gleich wirksame und erschwingliche Therapiealternative zur Verfügung steht“* (BVerwG, Urteil vom 06.04.2016 – 3C 10.14).

Um in diesen Fällen eine Finanzierung der Therapie zu ermöglichen und *„einen nicht zielführenden Eigenanbau von Cannabis zur Selbsttherapie zu vermeiden“* (Bundesregierung, 2016), schuf der Gesetzgeber mit § 31 Abs. 6 SGB V die Möglichkeit zur ärztlichen Verordnung von

Cannabis-Arzneien sowie eine Erstattungsfähigkeit durch die Krankenkasse.

Die gesetzliche Neuregelung wurde damit nicht aufgrund medizinisch-therapeutischer, als vielmehr aufgrund verfassungs- und betäubungsmittelrechtlicher Erwägungen getroffen.

2 Gesetzesänderungen infolge des geschaffenen Richterrechts

Zur Umsetzung der höchstrichterlichen Urteile sah es der Gesetzgeber als erforderlich an, die bestehenden Regelungen zur Zulassung und Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln sowie zur Verschreibungsfähigkeit von Betäubungsmitteln anzupassen. So wurden durch die Umstufung von Cannabisblüten, -pflanzen und -pflanzenteilen in Anlage III des BtMG erstmals „Stoffe“ im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1b BtMG verkehrs- und somit für Ärzte verschreibungsfähig gemacht. Um eine einfache Handhabbarkeit der verschiedenen Cannabissorten zu ermöglichen, wurde die nach § 2 Abs. 1 BtMVV erlaubte Höchstverschreibungsmenge für „Cannabis in Form von getrockneten Blüten“ nicht anhand des Gehalts des psychotrop wirksamen THC, sondern ausschließlich am Gesamtgewicht der Blüten festgelegt (100.000 mg/30 Tage).

Mit § 31 Abs. 6 wurde im SGB V zudem erstmalig eine gesetzliche Regelung für eine einzelne Substanzgruppe geschaffen. Danach haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität bzw. Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon. Vor der ersten Verordnung ist die Genehmigung der zuständigen Krankenkasse einzuholen. Eine Einschränkung auf spezifische Indikationsgebiete oder auf Ärzte bestimmter Fachgruppen, die die Verordnung vornehmen dürfen, wurde vom Gesetzgeber nicht vorgenommen. Vielmehr sollen die ent-

sprechenden Indikationsgebiete erst über eine 60-monatige Begleiterhebung ermittelt werden, auf deren Grundlage der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer entsprechenden Richtlinie alles Nähere zur Leistungsgewährung regeln wird.

Mit dieser gesetzlichen Regelung wird somit eine Verordnung von Cannabisblüten oder Cannabisextrakten in standardisierter Form ermöglicht, ohne dass diese zuvor eine ansonsten erforderliche Bewertung der Behandlungsmethode (§ 135 SGB V) durch den G-BA durchlaufen haben. § 135 SGB V erfordert zur Erlangung einer Erstattungsfähigkeit zulasten der GKV die Einreichung wissenschaftlicher Unterlagen, auf deren Grundlage ihr therapeutischer Nutzen, ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie die notwendige ärztliche Qualifikation bewertet werden können.

Ebenso wird eine Verordnung zugelassener Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon außerhalb ihrer zugelassenen Anwendungsgebiete – also im sogenannten Off-Label-Use – ermöglicht, ohne dass die entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen für diesen vorliegen (siehe BSG-Urteil vom 19.03.2002 – B 1 KR 36/00). Für die Verordnung von Rezepturarzneien fehlen jegliche Indikationsvorgaben. Damit entfallen für Cannabis-Arzneien relevante Bedingungen, die bei anderen Arzneimitteln Voraussetzung für ihre Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV sind und eine wichtige Grundlage für die Gewährleistung der Patientensicherheit darstellen.

Dies hat auch Auswirkungen auf das Haftungsrisiko des Arztes. Mit den gesetzlichen Änderungen übernimmt der Arzt Haftungsrisiken im Rahmen einer „Off-Label“-Verordnung, was gerade bei Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial (Hoch et al., 2019) für ihn ein nicht zu unterschätzendes Risiko zur Folge haben kann. Wegen möglicherweise weiterer, noch weitestgehend unbekannter Nebenwirkungen ergeben sich zusätzliche Anforderungen an die ärztliche Aufklärung im Rahmen der Verordnung.

Durch die im Gesetz nur sehr allgemein formulierten Tatbestandsvoraussetzungen zur medizinischen Indikation („schwerwiegende Erkrankung“) bestehen für Ärzte zudem besondere Anforderungen im Bereich der Indikationsstellung. Der Arzt haftet dabei für die in seinem fachlichen Zuständigkeitsbereich getroffenen Entscheidungen, die nicht durch den Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse gemäß § 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V relativiert werden.

3 Evidenzlage zur Wirksamkeit von Cannabis-Arzneien in der Medizin

Die Ergebnisse der 2019 publizierten CaPRis-Studie (Cannabis: Potenzial und Risiken) zeigen, dass zur Wirksamkeit von Cannabis-Arzneien für die meisten Indikationsgebiete bislang nur eine schwache wissenschaftliche Evidenz verfügbar ist (Hoch et al., 2019a). Für die Übersichtsarbeit waren von den Wissenschaftlern insgesamt über 2.100 verfügbare Studien zur Wirkung von Cannabinoiden ausgewertet worden (Hoch et al., 2019).

Nachfolgend soll an drei Indikationen die derzeitige Evidenzlage beispielhaft dargestellt werden:

1) Chronische Schmerzen

Für die Indikation „chronische Schmerzen“ wurde bislang eine gute Wirksamkeit von Cannabis-Arzneien angenommen. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass laut den inzwischen publizierten Ergebnissen einer ersten Zwischenauswertung von 4.774 Datensätzen (Stand: 11.03.2019) aus der o.g. Begleiterhebung in 69 Prozent der Fälle Schmerzen als Behandlungsgrund angegeben wurden (Cremer-Schaeffer, 2019).

Die CaPRis-Studie stellt nun fest, dass „qualitativ hochwertige Studien zur Wirksamkeit von Medizinalhanf in der Behandlung von chronischen Schmerzen fehlen“ (Hoch et al., 2019a). Die eingesetzten Cannabis-Arzneien in den untersuchten Studien wurden „in der Regel gegenüber Placebo ... und selten gegenüber etablierten Analgetika“ getestet.

Zwar zeigten sie diesen gegenüber teilweise eine Wirksamkeit, „für eine substantielle Schmerzreduktion ... liegt derzeit [jedoch] keine Evidenz vor“ (Hoch & Schneider, 2017).

Häuser et al. kommen in ihrer Auswertung systematischer Reviews und prospektiver Beobachtungsstudien zu Cannabinoiden in der Schmerz- und Palliativmedizin zu dem Ergebnis, dass „eine eingeschränkte Evidenz für den Einsatz von THC/CBD-Spray bei neuropathischen Schmerzen [besteht]“. Es bestehe „keine ausreichende Evidenz für Cannabinoide (Dronabinol, Nabilon, Medizinalhanf, THC/CBD-Spray) bei Tumorschmerzen, rheumatischen und gastrointestinalen Schmerzen oder bei Appetitlosigkeit bei Krebs und AIDS“. Sie weisen zudem auf zentralnervöse und psychiatrische Nebenwirkungen beim Einsatz von Cannabis-Arzneien hin (Häuser et al., 2017).

Die CaPRis-Studie stellt hinsichtlich auftretender Nebenwirkungen ebenfalls fest, dass diese „mit Ausnahme der Studien zu chronischen Schmerzen bei Krebs, konsistent häufiger unter der Behandlung mit Cannabisarzneimitteln auf[traten] als unter Placebo-Gabe“. Sie führt dazu weiter aus, dass die hauptsächlich zentralnervösen Nebenwirkungen allerdings zumeist leicht bis mittel ausfielen. „Schwerwiegende Nebenwirkungen sind bei Cannabisarzneimittel-Gabe selten und nicht häufiger als bei Placebo-Gabe“ (Hoch & Schneider, 2017).

Die vorliegende Zwischenauswertung der Begleiterhebung zeigt auf, dass mehr als ein Drittel der Patientinnen und Patienten eine Schmerzbehandlung mit Cannabis-Arzneien wieder abbricht. Als Gründe werden v.a. angegeben, dass entweder die Wirkung nicht ausreichte (44,8%) oder sich unerwünschte Nebenwirkungen (31,2%) einstellten (Cremer-Schaeffer, 2019).

2) Spastizität

Für die Indikation „Spastizität“ kommt die CaPRis-Studie zu dem Ergebnis, dass „für Cannabisarzneimittel (Nabiximols, Dronabinol, Medizinalhanf, orales und oromukosales THC und THC/CBD) ... die Wirksamkeit bei Multipler Sklerose- und Paraplegie-assoziiierter (Rückenmarksverletzungen) Spastizität mit objektiverbaren Prüfkriterien nicht belegt werden [konnte]“ (Hoch & Schneider, 2017). Selbst für eine von den Betroffenen subjektiv empfundene Wirkung von Cannabisarzneimitteln lägen nur inkonsistente Belege vor (Hoch et al., 2019a).

Hingegen hatte der G-BA für den Extrakt aus Cannabis sativa im Rahmen einer frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V aus dem Jahr 2012 sowie in einer Neubewertung vom 1. November 2018 noch Hinweise auf einen geringen Zusatznutzen gegenüber einer optimierten Standardtherapie gefunden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018).

In einer Auswertung der Studienlage kommt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu dem Ergebnis, dass die aktuellen Daten zur Spastik dafür sprächen, „dass in dieser Indikation die positiven Effekte auf subjektive und objektive Endpunkte bei einigen Patienten gegenüber den Nebenwirkungen überwiegen“ (AkdÄ, 2015).

3) Antiemetische Wirkung

Zur antiemetischen Wirkung von Cannabis-Arzneien bei chemotherapeutisch-induzierter Übelkeit und Erbrechen konnte die CaPRis-Studie nur auf ältere Studien

mit „schlechter oder unklarer methodischer Qualität“ zurückgreifen. Zudem fehle es an Studien, die Cannabis-Arzneien mit Antiemetika der neuen Generation (5-HT₃- oder NK1-Antagonisten) oder Neuroleptika vergleichen. In den verfügbaren Studien zeigten Cannabisarzneimittel (Dronabinol, Nabilon, Levonantradol, Nabiximols) „eine signifikant bessere antiemetische Wirkung im Vergleich zu Placebo sowie gegenüber konventionellen Antiemetika“ (Hoch & Schneider, 2017; Hoch et al., 2019a).

In der Gesamtschau muss die vorliegende Evidenz als nicht zufriedenstellend eingeschätzt werden. Die AkdÄ fasst die Studienlage zum therapeutischen Einsatz von Cannabinoiden in ihrem Überblick dahingehend zusammen, dass die „klinischen Studien zu Cannabinoiden oft nur begrenzt aussagefähig [sind], weil sie häufig nur über einen kurzen Zeitraum mit wenigen Patienten durchgeführt wurden und ihre Endpunkte keine Aussagen über anhaltende Effekte erlauben.“ Die AkdÄ kommt abschließend zu folgendem Ergebnis:

„Für einzelne Patienten kann der therapeutische Einsatz von Cannabinoiden sinnvoll sein... Für Patienten, die unter einer Therapie mit zugelassenen Arzneimitteln keine ausreichende Linderung von Symptomen wie Spastik, Schmerzen, Übelkeit oder Erbrechen haben, kann die Gabe von Cannabinoiden als individueller Therapieversuch erwogen werden“ (AkdÄ, 2015).

In ähnlicher Weise kommt ein im JAMA 2015 erschienener systematischer Review, für den die Autoren 79 Studien mit insgesamt 6.462 Teilnehmern analysiert hatten, zu dem Ergebnis, dass in den meisten Studien zwar eine Symptomverbesserung festgestellt werden konnte, diese aber in den meisten Studien keine statistische Signifikanz erreichte (Whiting et al., 2015).

Mit der mit dem Gesetz implementierten, über fünf Jahre laufenden Begleiterhebung zu den Indikationen, Dosierungen, eventuellen Nebenwirkungen und Behandlungsabbrüchen soll die unzureichende Wissensbasis aufgefüllt werden. Offensichtlich besteht zu der noch unzureichenden Erkenntnislage insofern Konsens, als auch im gesetzlichen Stellungnahmeverfahren von keiner Seite ein Wegfall der Begleiterhebung gefordert worden war. Kritik an ihr bezog sich v.a. auf die Frage, ob die durch sie zusammengetragenen Informationen wissenschaftlich ausreichend für eine begründete Richtlinien-Entscheidung des G-BA sein könnten.

4 **Praktische Probleme der Verordnung von Cannabis-Arzneien**

Für Ärztinnen und Ärzte wird die Umsetzung der gesetzlich ermöglichten Verordnung von Cannabis-Arzneien durch verschiedene Faktoren erschwert. Voraussetzung für diese ist zunächst ein aufwändiges Genehmigungsverfahren, das bislang in ca. 40 Prozent der Fälle zu einer Ablehnung führt (Deutscher Bundestag, 2019). Im Falle einer Genehmigung schützt diese den Arzt weitgehend vor Prüfanträgen der Krankenkassen und damit verbundenen möglichen Regressforderungen. Zu berücksichtigen ist zudem die gesetzliche Vorgabe einer wirtschaftlichen Ordnungsweise (§ 12 SGB V). Je nach verordnetem Produkt (Blüten, Extrakt, Fertigarzneimittel) kann es hierzu im Rahmen der Genehmigung zu entsprechenden Hinweisen durch die Krankenkasse kommen.

Darüber hinaus sind Cannabisblüten aufgrund ihrer unterschiedlichen Cannabinoidprofile, der verschiedenen Applikations- und Erhitzungsmöglichkeiten nur schwer zu dosieren. Die Bioverfügbarkeit der Wirkstoffe unterliegt entsprechend großen Schwankungen. Zudem sind mit den neuen Verordnungsmöglichkeiten auch die Anforderungen an ein entsprechend korrekt ausgefülltes Betäubungsmittelrezept gestiegen.

Ein weiteres Problem stellen in der Praxis solche Patienten dar, die die Gesetzeslage für eine ärztliche Verordnung für den Freizeitkonsum zu nutzen versuchen (Pharmazeutische Zeitung vom 01.02.2019; <https://cannabis-rausch.de/tag/cannabis-auf-rezept/>).

Um den bestehenden Unsicherheiten in der Verordnung zu begegnen, bieten die Landesärztekammern sowie die ärztlichen Fach- und Berufsverbände inzwischen eine Vielzahl an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema an. So verzeichnet das Fortbildungsportal der Bundesärztekammer inzwischen zum Thema „Cannabis in der Medizin“ bundesweit mehr als 60 zertifizierte Fortbildungen pro Jahr. Darüber hinaus hat die Bundesärztekammer auf ihrer Homepage eine FAQ-Liste zum Einsatz von Cannabis in der Medizin eingestellt (<https://www.bundesaeztekammer.de/aerzte/versorgung/ambulant/cannabis/>).

5 **Weitere Forschung zu den Potenzialen und Risiken von Cannabinoiden**

Um infolge der höchstrichterlichen Rechtsprechung eine Verordnungsmöglichkeit für schwer

krankte Patienten mit Cannabis-Arzneien ohne Kostenbeteiligung zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber Regelungen schaffen müssen, die mit bisherigen Standards für eine Erstattungsfähigkeit im Rahmen der GKV brechen. Dabei ist die wissenschaftliche Basis zur Wirksamkeit von Cannabis für die meisten Indikationsgebiete weiterhin äußerst unbefriedigend, auch wenn sich für einzelne Erkrankungen eine begrenzte Wirksamkeit herauszustellen scheint und individuelle Therapieerfolge unbestritten sind. Damit werden jedoch noch nicht die für andere Wirkstoffgruppen bestehenden gesetzlichen Vorgaben für eine Kostenerstattung durch die Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten erfüllt.

In der ideologisch aufgeladenen Diskussion werden die dargestellten wissenschaftlichen Fakten von Befürwortern eines liberalen Umgangs mit Cannabis oftmals negiert und auch solche Sonderregelungen als gerechtfertigt angesehen, die für andere pharmazeutische Produkte als nicht hinnehmbar erachtet werden würden. Cannabisblüten als unverarbeitetes Naturprodukt werden somit zur Projektionsfläche für Heilungserwartungen, die pharmazeutisch hergestellten Medikamenten nicht zugestanden werden. Die Propagierung der Behandlung mit Cannabis-Arzneien steht damit auch symbolhaft für eine Kritik am entlang von Interessengruppen organisierten Medizinsystem. Dabei wird ausgeblendet, dass sich auch hinter diesem Stoff längst an finanziellen Profiten orientierte Interessen formiert haben, denen mit dem Gesetz ein äußerst niederschwelliger Zugang zum Medizinmarkt ermöglicht wird.

Aus der Perspektive schwer kranker Patienten ist nachvollziehbar, dass gerade in therapeutisch ausweglosen Situationen eine hohe Erwartung gegenüber nicht etablierten Behandlungsoptionen besteht. Es ist daher zu begrüßen, dass mit dem Gesetz für diese Patienten und die sie behandelnden Ärzte zusätzliche Therapieoptionen geschaffen wurden.

Möglicherweise hätten die mit den dargestellten Rechtsurteilen geschaffenen juristischen Voraussetzungen jedoch auch durch die Einrichtung eines Fonds zur Übernahme anfallender Arzneimittelkosten bei Vorlage einer patientenbezogenen Genehmigung sichergestellt werden können.

Sicherlich ist das Wissen über therapeutische Potenziale der unterschiedlichen Cannabinoide noch nicht ausgeschöpft. Die nun erfolgte Aufnahme von Cannabis-Arzneien in das Sozialgesetzbuch dürfte jedoch zur Folge haben, dass für Pharmahersteller ein Anreiz zur Durchführung notwendiger Studien zur

therapeutischen Wirksamkeit der verschiedenen Cannabinoide sowie ihrer Interaktionen untereinander weitgehend entfällt. Der 122. Deutsche Ärztetag 2019 hat sich deshalb dafür ausgesprochen, dass die Bundesregierung ein Forschungsprogramm zum medizinischen Nutzen der seit 10. März 2017 zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähigen Cannabis-Arzneien und -Blüten auflegt (122. Deutscher Ärztetag 2019, Drs. Ib-04).

Literatur

- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2015). *Cannabinoide in der Medizin – Überblick über die Studienlage zum therapeutischen Einsatz von Cannabinoiden*. Berlin.
- Bundesregierung (2016). *Entwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften*. BT-Drucksache 18/8965, 28.06.2016.
- Cremer-Schaeffer, P. (2019). *Cannabis als Medizin – Erste Erkenntnisse aus der Begleiterhebung*. Vortrag vom 09.05.2019.
- Deutscher Bundestag (2019). *Drucksache 19/9844 (02.05.2019): Import, Anbau und Bedarf von medizinischem Cannabis*.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018). *Beschluss über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Extrakt aus Cannabis sativa L., folium cum flore vom 01.11.2018*.
- Häuser, W., Fitzcharles, M.-A., Radbruch, L. & Petzke, F. (2017). Cannabinoide in der Schmerz- und Palliativmedizin. Eine Übersicht systematischer Reviews und prospektiver Beobachtungsstudien. *Dtsch Arztebl Int*, 114 (38), 627-634. doi:10.3238/arztebl.2017.0627
- Hoch, E., Friemel, C. M. & Schneider, M. (Hrsg.) (2019). *Cannabis: Potenzial und Risiko – Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hoch, E., Friemel, C., Schneider, M., Pogarell, O. et al. (2019a). Wirksamkeit und Sicherheit von Cannabisarzneimitteln: Ergebnisse der CaPRis-Studie. *Bundesgesundheitsbl*, 62, 825-829.
- Hoch, E. & Schneider, M. (2017). *Cannabis: Potenzial und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis) – Kurzbericht*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Pharmazeutische Zeitung vom 01.02.2019. *Cannabis auf Rezept – Wie häufig sind „Spaßverordnungen“?*
<https://cannabis-rausch.de/tag/cannabis-auf-rezept/>: Cannabis auf Rezept – holt euch den Freifahrtschein; Cannabis auf Rezept: So klappt es mit dem eigenen Hausarzt.
- Whiting, P. F., Wolff, R. F., Deshpande, S. et al. (2015). Cannabinoids for medical use – a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 313 (24), 2456-2473. doi:10.1001/jama.2015.6358



Dr. Wilfried Kunstmann

Leiter des Bereichs Sucht und Drogen der Bundesärztekammer. Geschäftsführung für die Themen legale und illegale Drogen. dezernat1@baek.de

Behandlung von ADHS mit Cannabinoiden

Eva Milz

Als ich vor etwa vier Jahren eine psychiatrische Privatpraxis im Berliner Südosten aufbaute, verfügten etwa 450 Patienten über eine Erlaubnis zur Nutzung von Cannabis als Medizin. Diese Ausnahmegenehmigungen wurden durch eine Abteilung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte – die Bundesopiumstelle – nach Antragstellung an Patienten erteilt.

Landläufig wurde dieser Zustand als „Aus-therapiertheit“ bezeichnet und brachte damit den Einsatz von Cannabis für die meisten in den Bereich der Palliativ- und Schmerzmedizin. Tatsächlich aber handelte es sich um eine in vielerlei Hinsicht breitgefächerte Patienten-klientel, die sich erfolgreich an die Ärzte der Erlaubnisbehörde gewandt hatten. Die Anträge wurden maßgeblich nach den Therapievor-gaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissen-schaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF e.V. bewertet. Ebenfalls berücksichtigt wurden Angaben zu den positiven und negati-ven Erfahrungen mit dem zwangsläufig illegal erworbenen Cannabis sowie eine Aussage zur sozialen Entwicklung. Der ausführliche Bericht des zukünftig begleitenden Arztes, die Befunde und Therapieberichte und günstigenfalls eine Stellungnahme von nahestehenden Menschen zeigten in der Gesamtschau des individuellen Falles, dass Cannabis den Werdegang des Le-bens günstig beeinflusst hatte.

Die „Erlaubnis zur Nutzung von Cannabis zur begleiteten Selbsttherapie nach § 3 Abs. 2 BtMG“ machte den Patienten seinerzeit zu einem Teil des Betäubungsmittelverkehrs. Das ausgestellte Dokument mit eigener BtM-Num-mer ermächtigte, Cannabisblüten und -extrak-te in einer zuvor bestimmten Apotheke auf eigene Kosten zu erwerben. Der begleitende Arzt füllte ein Formular aus, auf dem die ge-eigneten Cannabissorten auszuwählen und die voraussichtlich benötigte Menge pro Tag und Monat anzugeben waren. Änderte sich im Ver-lauf der Behandlung die eingesetzte Dosierung oder sollten neue Produkte eingesetzt werden, konnte der Arzt eine Erweiterung der Erlaubnis beantragen. Dies resultierte in der Ausstellung

neu angepasster Dokumente, mit denen der Patient seine Selbsttherapie fortführen konnte. Die Vorteile der entkriminalisierten Einnahme von Cannabis aus kontrollierter Herkunft wo-gen den Nachteil der immensen Kosten für ei-nige bis zur Verschuldung auf.

Um mich auf die Antragstellungen und ge-gebenenfalls die Begleitung von Patienten mit Cannabismedikation vorzubereiten, wertete ich die Krankengeschichten von 30 erwachsenen ADHS-Patienten aus, die bereits eine Erlaubnis seitens der Bundesopiumstelle erhalten hatten. Alle waren einschlägig mit sogenannten Stim-ulanzen, also den Betäubungsmitteln Me-thylphenidat und Amphetaminabkömmlingen sowie dem Nicht-BtM Atomoxetin vorbehandelt. Etwa ein Viertel dieser Patientengruppe kombinierte die ADHS-Medikation mit Can-nabisprodukten, da sie eine Milderung der typischen Nebenwirkungen wie Appetit- und Schlaflosigkeit bewirkten. Während längerer Abstinenzphasen entwickelten viele Verhal-tenssüchte, was sich zum Beispiel in übermä-ßiger sportlicher Betätigung, Computerspielen und Essstörungen äußerte. Andere griffen ver-mehrt auf legal erhältliche Ersatzsubstanzen wie Alkohol, Nikotin und Koffein zurück. Die Substitute erwiesen sich für die Betroffenen als langfristig schädlicher, weswegen sie Cannabis oftmals nicht als Medizin, sondern als all-gemein verträglichere Beruhigungsmittel ein-stuften. Allen gemein war die Aussage, dass sie in Zeiten, in denen sie Cannabis zur Verfügung hatten, lebensfroher – was angesichts der psy-chootropen Eigenschaften nicht verwunderlich scheint –, aber auch tatsächlich deutlich funkti-onstüchtiger seien. Viele stellten sich die Frage, ob sie nun trotz oder gerade wegen Cannabis in der Lage seien, den Anforderungen besser ge-recht werden zu können.

Mit der Erlaubnis konnte eine Selbstbe-handlung mit seinerzeit fünf verschiedenen Cannabisblütensorten unterschiedlichen THC- und CBD-Gehaltes beginnen. Die ärztliche Be-gleitung war nicht einheitlich geregelt, sondern die Rückmeldung zur Wirksamkeit an den Arzt

basierte auf freiwilligen Absprachen, genauere Informationen zu den verfügbaren Sorten waren rar und die Preisgestaltung undurchsichtig. Dennoch teilten mir die Patienten mit, durch die behördlich dokumentierte Akzeptanz ihrer Medikation und die Möglichkeit der entkriminalisierten Einnahme persönliche Fortschritte zu machen, die sie nicht für möglich gehalten hätten. Es gab Fälle, in denen ich seitens der Polizei oder des Gerichts um die Einschätzung gebeten wurde, ob es sich bei dem mit Cannabis „Erwischten“ um einen Konsumenten oder einen undiagnostizierten ADHS-Patienten handle. Andere wurden von der Umwelt oder von paramedizinisch Tätigen auf die Möglichkeit der medizinischen Nutzung von Cannabis hingewiesen, sodass die Zahl derjenigen, die eine Erlaubnis erwirken wollten, kontinuierlich stieg.

Die Bundesregierung reagierte zu Beginn des Jahres 2016 auf die rasante Entwicklung der Antragsfälle, die immer neue Fragen – insbesondere auch nach Kostenerstattungen – aufwarfen, mit einem Referentenentwurf zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes. Darin

wurde festgehalten, dass der gesamten Cannabispflanze ein medizinischer Wert beigemessen werden könne, was in einem Wechsel der Gruppenzugehörigkeit von Anlage I „nicht verkehrsfähige“ zu Anlage III „verkehrs- und verschreibungsfähige“ Betäubungsmittel resultieren müsse. Da wissenschaftliche Nachweise zur Effektivität aber bislang nur für die Einzelwirkstoffe THC und CBD sowie deren Kombination in Nabiximols vorlagen, sollte mit einer Begleiterhebung geklärt werden, bei welchen Einsatzgebieten Cannabisblüten und deren Extrakte geeignete Medikamente darstellen könnten. Mit dem Gesetz vom März 2017 wurde also dem medizinischen Wert Cannabis-basierter Medikamente Rechnung getragen. Der Internetauftritt des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte fasst seither die Neuerungen unter dem Titel „Cannabis als Medizin“ zusammen. Mit der Einrichtung einer Cannabisagentur wurde eine Institution geschaffen, die den „Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken in Deutschland steuern und kontrollieren“ soll, Krankenkassen wurden angehalten, die Kosten für cannabisbasierte Me-



196 Seiten
ISBN 978-3-95853-534-3
Preis: 15,- €
 PDF:
 ISBN 978-3-95853-535-0
 Preis: 10,- €

Peter Schay, Roland Helsper, Marion Birkholz (Hrsg.)

einfach.LEBEN – Die Gesichter der Sucht

Drogen- und Alkoholsüchtige müssen mit vielen Vorurteilen kämpfen und sehen sich mit gesellschaftlicher Ablehnung konfrontiert. Oft fehlt den Betroffenen daher Vertrauen in sich selbst sowie Zuversicht – dies sind nur einige Aspekte unter vielen, warum die Rehabilitation von Suchtkranken so oft scheitert. Peter Schay, Roland Helsper und Marion Birkholz blicken mit den „Gesichtern der Sucht“ hinter die selbst errichteten „Mauern“ der Süchtigen und möchten anregen, einander offen zu begegnen und neugierig auf die Menschen zu sein, die sich hinter der Sucht verbergen.

Dieses Buch ist zugleich der Versuch, die Erkenntnisse aus einer 40-jährigen Tätigkeit in diversen Arbeitsfeldern der Suchtkrankenhilfe zu bündeln. Es zeigt auch die Notwendigkeit von guter institutioneller Zusammenarbeit mit einem abgestimmten Schnittstellenmanagement, damit eine optimale Versorgung erreicht werden kann.

Die Autoren plädieren dafür, die starren Grenzen einer Standardrehabilitation um die Konzepte der sozialen Rehabilitation grundsätzlich zu erweitern, um Klient*innen besser erreichen und den Kreislauf des Scheiterns unterbrechen zu können.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
 pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.com

dikamente nur in Ausnahmefällen abzulehnen. Das weitere Verfahren mit den bis dato über 1.000 Erlaubnisinhabern, darunter etwa ein Viertel mit der Diagnose ADHS im Erwachsenenalter, war noch unklar.

Die Beantragung der Kostenübernahme wurde an den behandelnden und gleichsam zur Einnahme beratenden Facharzt geknüpft. Für die psychiatrisch Erkrankten mit einer gesetzlichen Krankenversicherung hängt die ICD-10-Diagnose F12 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide“ wie ein Damoklesschwert über der Weiterverordnung. Etwas, das wenige Wochen zuvor noch eine illegale Droge war, konnte nicht quasi über Nacht zum Medikament geworden sein. Die Aufklärung zu dem nun rechtlich geschaffenen Kosmos der Cannabinoidmedikation ging selten über die Annahmen hinaus, medizinisches Cannabis sei im Vergleich zu illegal erhältlichem nicht verunreinigt und wirke hauptsächlich über die rauscherzeugenden Eigenschaften. Die Ähnlichkeit des in Dosen abgefüllten grünen Pflanzenmaterials mit dem illegal erhältlichen „Cannabiskraut“ schien zu groß, die Diversität der Sorten, z.B. mit hohem CBD-Anteil oder Angaben wie „sativa“ und „indica“, blieben weitestgehend unkommuniziert. Die mediale Zusammenfassung „Kiffen auf Rezept“ tat ihr Übriges dazu, den Ärzten Angst vor einem mit Freizeitkonsumenten überfüllten Wartezimmer zu bescheren.

Auf Patientenseite erschwerten meist das Ablehnen leitliniengerechter Therapieversuche mit der Begründung, dies sei „Chemie“, oder die Unkenntnis der Symptome, die durch das BtM-freie CBD beeinflussbar sind, die kritische Auseinandersetzung mit dem Thema.

Die wesentlichste Informationslücke besteht meines Erachtens hinsichtlich der gängigen Einschätzung, bei „Cannabis“ handle es sich um ein Generikum mit nur geringfügig unterschiedlichen Eigenschaften. Deshalb an dieser Stelle ein kleiner Exkurs zu den beiden bekanntesten Phytocannabinoiden THC und CBD: Erst mit dem 1964 in Reinform isolierten THC konnte erforscht werden, wodurch der eigentliche Rausch entsteht. Man fand zuerst Bindungsstellen, sogenannte Cannabinoidrezeptoren, und benannte sie in der Reihenfolge der Entdeckung als CB1- und CB2-Rezeptoren. Nun hat der Säugetierorganismus üblicherweise keine eigenen Andockstellen für Pflanzen, sodass man sich auf die Suche nach körpereigenen Stoffen machte, die dort Wirkung entfalten. Man fand 1992 das erste Endocannabinoid Arachydonylethanolamid und nannte es in Anlehnung an die erzeugten Effekte Anandamid, sanskrit für „innere Glückseligkeit“.

In den folgenden Jahren entdeckten Forscher weitere endogene Wirkstoffe und Bestandteile, sie entwickelten eine Vorstellung von deren Funktionsweise im Organismus und nannten es schließlich das Endocannabinoidsystem. So berühmt THC für seine rauscherzeugenden Eigenschaften ist, so berüchtigt ist es auch für sein Potenzial, psychotische Zustände auszulösen. Das genaue Gegenteil konnte in einer klinischen Studie für den Nicht-BtM-Wirkstoff CBD gezeigt werden. Cannabidiol wirkte hier gleichsam antipsychotisch wie ein zugelassenes Medikament und war sogar mit einer geringeren Nebenwirkungsrate verbunden. Eine Cannabissorte mit CBD-Gehalt von nahezu 20 Prozent und einem THC-Gehalt von unter einem Prozent erhielt den Beinamen „Hippies disappointment“, da sie keinen Rausch, aber antiepileptische Eigenschaften bei Kindern entfaltet. Die medizinische Wirksamkeit von Cannabidiol wurde in Deutschland ab dem 1. Oktober 2016 anerkannt und kann seither auf einem Privat Rezept als ölige oder ethanolische Rezepturlösung verordnet werden. Die Abgabe von CBD-Extrakten oder die Anreicherung von Nahrungsmitteln mit CBD wurde unlängst durch die Novel-food-Verordnung eingeschränkt.

Für den Organismus spielt es – auch wenn dies häufig angeführt wird – nachweislich keine Rolle, ob das zugeführte THC oder CBD aus einer Pflanze extrahiert oder im Labor synthetisch hergestellt wurde. Die zum Teil erheblichen Unterschiede in Wirksamkeit und Verträglichkeit zwischen isolierten Monosubstanzen und Vollextrakten kommen durch das Zusammenspiel der einzelnen Pflanzenbestandteile, den Entourage-Effekt, zustande. Die Gesamtheit der Inhaltsstoffe, das Chemovar, variiert stark mit Genetik und Wachstumsinflüssen. Richtungsgebend sind neben den über 100 Cannabinoiden auch die sekundären Pflanzenstoffe – namentlich Terpene, Terpene und Flavonoide. Hierbei handelt es sich um ätherische Öle und Farbstoffe, die für die charakteristischen Gerüche und Aussehen der Pflanzen verantwortlich sind. Das ebenfalls in Zitronen enthaltene Limonen zum Beispiel wirkt stimmungsaufhellend und anregend, Myrcen, welches auch im Hopfen vorkommt, ist für eine beruhigende und entspannende Wirkung bekannt. Mit den erwünschten Wirkungen können – wie die Natur das so vorsieht – auch unerwünschte Wirkungen einhergehen. Einige Pflanzenstoffe können in Kombination mit dem aktivierenden THC eine quälende innere Unruhe mit Herzrasen auslösen, während hohe Dosierungen des angstlösenden und muskelentspannenden CBDs manchmal den

Antrieb hemmen oder den Appetit mindern können. Chemovare mit vorwiegend beruhigenden, schmerzlindernden Eigenschaften werden behelfsweise als indica-dominant, anregende und stimmungsaufhellende Terpenprofile als sativa-dominant bezeichnet. Wegen der erheblichen Sortenvielfalt und ihrer zum Teil sogar gegensätzlichen Wirkungsweisen kann aus wissenschaftlicher Perspektive keine allgemeingültige Aussage zu Cannabis getroffen werden.

Im August 2017 wurde eine Studie des King's College in London veröffentlicht, in der die Wirksamkeit des Cannabinoidmedikaments Nabiximols bei Erwachsenen mit ADHS untersucht wurde. Die Patienten erreichten mit diesem Vollspektrum-Mundspray mit gleichen Anteilen von THC und CBD eine Besserung von Aufmerksamkeit und Konzentration, vor allem aber eine deutliche Linderung ihrer sozial desaströsen, impulsiven Verhaltensweisen. In der praktischen Anwendung erlebte ich eine hohe Akzeptanz dieses Präparates, da die positiven Eigenschaften von CBD – auch auf angstvolle Gedanken und Schmerzen des Bewegungsapparates – und der langanhaltende Effekt einer oralen Aufnahme unbekannt waren.

Im Juni 2019 zeigte eine Forschergruppe des National Drug and Alcohol Research Centre in Australien, dass dieses Spray auch erfolgreich zur Behandlung der Cannabisabhängigkeit eingesetzt werden kann.

Diejenigen Patienten, die entweder über eine Kostenübernahme verfügen oder die finanziellen Ressourcen besitzen, nutzen im Verlauf einen Bauchladen an Cannabinoidmedikamenten.

Während Extrakte und Lösungen tropfenweise morgens und abends eingenommen werden und damit eine individuelle Dauermedikation darstellen, bietet die schnellwirksame Vaporisation unterschiedlichster Blütenarten in Akutsituationen ein wichtiges Instrument zur Kontrolle der Erkrankung. Die Beobach-

tungen zur Anwendung, welche ich in den vergangenen Jahren als wissenschaftliche Poster im Rahmen von Kongressen u.a. der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN präsentieren durfte, weisen darauf hin, dass die Möglichkeiten der individuellen Einflussnahme auf die Erkrankung an die legale Verfügbarkeit der einzelnen Präparate geknüpft ist.

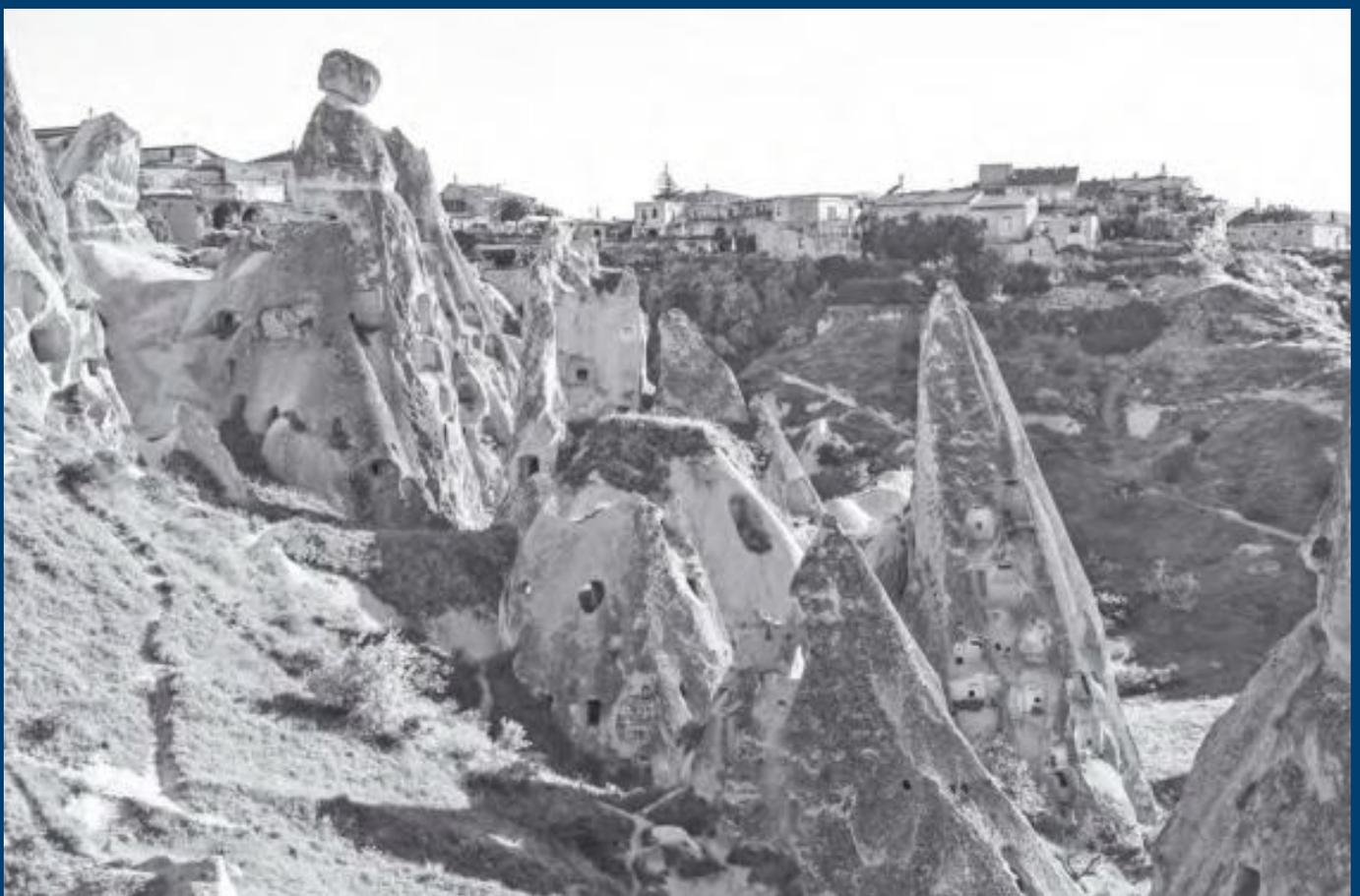
Es wäre daher wünschenswert, dass zukünftig auch die aus kontrollierten Studien mit standardisierten Cannabinoidmedikamenten gewonnenen Erkenntnisse neben denen zur Selbsttherapie mit inhomogenem Cannabis Eingang in die Therapieleitlinien finden könnten.



Dr. Eva Milz

Seit 2013 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, seit 1998 psychiatrisch tätig. Studium Humanmedizin an der RWTH Aachen, Praxiserfahrungen an der Uni Köln und an der University of Stellenbosch, Südafrika. Tätig in der Medizinischen Beratung und Öffentlichkeitsarbeit in Köln und Berlin. Seit 2015 Privatpraxis für Psychiatrie und Psychotherapie in Berlin.

Co-Autorin von „Cannabis: Arbeitshilfe für die Apotheke“ und hielt zahlreiche Fachvorträge zu Cannabis in Kliniken und ambulanten Hilfeeinrichtungen.
praxis@drmilz.de









Cannabis aus psychiatrischer Sicht: Rauschdroge – Politikum – Naturheilmittel

Hendrik Faure

Seit Beginn meines Medizinstudiums vor 50 Jahren betrachte ich das Cannabisphänomen auf unterschiedlichen Ebenen, in den letzten Jahren auch hinsichtlich einer therapeutischen Verwendbarkeit. Einen wissenschaftlichen Artikel darüber zu schreiben, ist schwierig. Forschung zu Cannabis ist oft durch dessen Illegalität erschwert. In vielen wissenschaftlichen Arbeiten werden Anwendungsform und genaue Zusammensetzung nicht berücksichtigt. Doppelblindstudien, die hohe Kunst der Medikamentenforschung, sind bei Cannabis nicht möglich, da die wirksamen Bestandteile psychotrope Wirkungen haben und eine Verblindung hieran scheitert.

Ich beziehe mich im Folgenden auf meine Erfahrungen als Psychiater seit 40 Jahren in der Behandlung von Patienten, die Cannabis genommen haben, und in der Verordnung von Cannabinoiden an mehr als 160 Patienten in den letzten Jahren. Ich werde mehr persönliche Eindrücke als umfangreiche Studien berichten. Meine Behauptungen stelle ich so sorgfältig wie möglich auf, alles ist irgendwo begründet, oft weiß ich nicht einmal mehr, wo. Und ich hafte für nichts, wie das bei medizinischen Artikeln üblich ist.

Wirkstoffe

Die Hanfblüte enthält eine große Anzahl von Cannabinoiden, die in keiner anderen Pflanze gefunden wurden, hinzu kommen weitere organische Verbindungen ungeklärter Bedeutung. Generell können in Cannabis drei Substanzgruppen medizinisch relevant sein: *THC* mit seinen Derivaten, *CBD* und *Terpene*.

THC (*Tetrahydrocannabinol*) ist deutlich psychotrop und unter anderem für viele der rekreativ erwünschten psychedelischen Wirkungen verantwortlich.

Rezeptoren für körpereigene THC-ähnliche Neurotransmitter (Anandamide) sind im Nervensystem weit verbreitet und haben unterschiedliche Aufgaben. Sie sind häufig bei der

Interpretation und Speicherung von Sinneseindrücken beteiligt, aber auch an Immun- und Entzündungsvorgängen, Regulierung der Nahrungsaufnahme und vielen anderen Vorgängen.

Der einfachste Cannabinoidrezeptor wurde an Süßwasserpolyphen gefunden, hier regelt er die Mundöffnung; man könnte eine Analogie zur appetitsteigernden Wirkung bei höheren Organismen sehen. Einige Vögel singen schöner, wenn sie mit Cannabis gefüttert werden. Hanfkörner im Vogelfutter sind manchmal Ursache von Cannabispflanzen an Stellen, wo niemand damit rechnet.

Die Besonderheit des Endocannabinoidsystems besteht in seiner modulierenden Wirkung als retrogrades Messenger-System, vermittelt vor allem an an sog. CB1- und CB2-Rezeptoren.

Die Wirkweise der CB1-Rezeptoren ist gut untersucht, die der CB2-Rezeptoren bisher weniger.

CB1-Rezeptoren sind hauptsächlich im zentralen Nervensystem vorhanden. In peripheren Organen wie Darm oder Haut und auf Immunzellen wurden vor allem CB2-Rezeptoren gefunden.

Im Gehirn findet man CB1-Rezeptoren insbesondere in Regionen, die mit Wahrnehmung, Informationsverarbeitung, Gedächtnis und Koordination von Bewegungsabläufen befasst sind.

Die körpereigenen Neurotransmitter mit cannabisähnlicher Wirkung (Endocannabinoide) haben – über diese Rezeptoren vermittelt – vielfältige Wirkungen, sie beeinflussen die Vernetzung von Nervenzellen während der Hirnentwicklung, sie werden bei Stress im Mittelhirn ausgeschüttet und bewirken dann eine Minderung von Schmerzen, sie steigern den Appetit, sie beruhigen und sie sind beteiligt, wenn es darum geht, dass das Gehirn negative Erinnerungen aktiv vergisst (löscht). Sie hemmen Entzündungen und wirken komplex auf den Knochenstoffwechsel.

Erster Metabolit von THC ist 11-Hydroxy-Delta-9-THC, es ist ebenfalls psychoaktiv.

Ein biologischer Indikator für aktuelle Canabiseinwirkung ist der Nachweis von (inaktivem) THC-COOH.

Übrigens gibt es auch einen Cannabisantagonisten (Rimonabant), der als Appetitzügler verkauft, aber wegen seiner Nebenwirkungen, u.a. Förderung von Suizidalität, wieder vom Markt genommen wurde.

Bei *rekreationaler Verwendung* erwünschte Wirkungen von THC/Cannabis sind Intensivierung der Wahrnehmung, entspannte Euphorie, Wahrnehmungsveränderung (Dehnung des Zeiterlebens, verändertes Erleben von Raum und Zeit, vermehrte Empfindlichkeit für Berührung, intensiviertes Erleben von Bildern und Musik), assoziative Gedankenlockerung und in hoher Dosierung Förderung von Halluzinationen, besonders bei nicht Cannabis-Gewohnten.

Das typische „high“ ist eine komplexe Erfahrung, charakterisiert durch überhöhte Wahrnehmungen, beschleunigte Assoziationen bei gleichzeitigem Gefühl von Euphorie, Entspannung und Ruhe.

Cannabis kann *unerwünschte Wirkungen* haben, es kann dämpfen und zu kognitiven Defiziten führen. Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Reaktionsfähigkeit und Motivation können leiden. Es können assoziativen Lockerungen des Denkens bis zur Verwirrung, Denkbeschleunigung und Weitschweifigkeit auftreten und es gibt Derealisationserleben.

Bleibende kognitive Beeinträchtigungen, wie beim Alkohol gefürchtet, verursacht Cannabis wahrscheinlich kaum. Jedenfalls wurden solche selbst bei Langzeit-Hochdosiskonsumenten in Jamaika testpsychologisch nicht gefunden. In anderen Testreihen nachweisbar waren eine verminderte Wachheit, besonders bei langen und langweiligen Aufgaben, eine verminderte Fähigkeit, komplexe Rechenaufgaben durchzuführen, und eine verminderte Fähigkeit, komplexe Reaktionstests zu bestehen. Alle Effekte waren im Vergleich zu Alkohol eher subtil.

Das oft beschriebene *Suchtpotenzial* ist wesentlich durch Mischung mit Tabak bedingt und im übrigen gering. Beispielsweise für Dronabinol (medizinisches THC) wurde „nach zwölfmonatiger Verabreichung an über 1.000 Patienten kein Hinweis auf Missbrauch oder Persönlichkeitsveränderungen gefunden“ (Firmeninfo).

Dass Cannabis in Schwangerschaft und Stillzeit nicht angewendet werden sollte, liegt auf der Hand. In einer aktuellen Untersuchung wurde ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko bei Cannabiskonsum in der Schwangerschaft gefunden, dabei wurde nicht differenziert, ob mit oder ohne Tabakbeimischung. Auch Väter soll-

ten vor einer geplanten Zeugung längere Zeit Abstinenz einhalten.

Gesichert ist, dass THC-Konsum bei disponierten Personen das Risiko für die Entwicklung von *Psychosen* erhöhen kann. Hierzu wurde auch ein genetischer Marker gefunden.

CBD (Cannabidiol) ist der zweite wesentliche Inhaltsstoff der Cannabisblüte.

CBD hat einen modulierenden Einfluss auf THC-Wirkung. Die genaue Funktion von CBD ist unklar, aber es wirkt partial-agonistisch am CB1- und CB2-Rezeptor. Es wirkt bei Menschen leicht dämpfend, krampflösend, entzündungshemmend, angstlösend, gegen Brechreiz, gegen Unruhe und gegen Schmerzen, letzteres allerdings weniger als THC. Therapeutisch verwenden lässt sich CBD entsprechend bei verschiedenen Anlässen.

Mögliche Indikationen für CBD sind Psychosen, Angststörungen, Spastik bei MS, Migräne, entzündliche Erkrankungen und manche Schmerzzustände. Patienten, die keine Erfahrung mit Cannabis haben, empfehle ich zunächst ein reines CBD-Präparat oder entsprechende Blüten.

CBD wirkt zusätzlich modulierend auf THC-Wirkungen und ist u.a. geeignet, um überzüchtete medizinische Cannabissorten mit zu hohem THC-Anteil verträglicher (und in Deutschland billiger) zu machen. Allerdings bevorzugen cannabiserfahrene Patienten meistens Blütenarten mit höherem THC-Gehalt oder zumindest ausgeglichenerem THC/CBD-Verhältnis.

Für die Anwendungsweise gilt das meiste, was bei THC auch gilt. Dem Betäubungsmittelgesetz ist CBD nicht unterstellt.

Terpenen werden sehr vielfältige Wirkungen zugeschrieben; aus der Schilderung von Patienten kann ich nicht eindeutig erkennen, inwieweit es sich hierbei um Placeboeffekte, um Esoterik oder um tatsächliche Wirkeigenschaften handelt. In medizinischen Cannabisblüten müssen die Terpene nicht deklariert werden.

Die unterschiedliche Ausprägung von sedierenden gegenüber aktivierenden bis psychedelischen Wirkungen liegt wohl mehr an unterschiedlichen Relationen von THC zu CBD als am Terpenegehalt.

Von Bedeutung war eine Unterscheidung zwischen Indica- und Sativa-Züchtungen von Cannabis. Sativa-Species waren THC-reicher und galten als aktivierend, Indica-Sorten waren CBD-reicher und eher sedierend. Bei heutigen hightec-Züchtungen ist diese Zuordnung allenfalls ein Marketing-Instrument.

Synthetische Cannabinoide sind oft sehr stark und haben ein hohes Risiko von schweren Nebenwirkungen. Leider werden sie auch ver-

wandt, um aus schlechtem Marihuana starkwirkendes zu machen; daher empfiehlt es sich, nie Cannabis unbekannter Herkunft zu kaufen.

Dosierung und Zubereitungen

Mittlere THC-Wirkdosis ist 20 mg bei Inhalation (Vaporizer) oder 80 mg bei oraler Einnahme (Tee). Eine therapeutisch sinnvolle Tagesdosis von THC-reichen Cannabisblüten ist bei Anwendung im medizinischen Vaporizer 0,2-1,5 Gramm.

Die von mir verordneten Mengen sind geringer, als sonst manchmal berichtet wird. Wenn ein Patient mehrere Gramm Cannabis pro Tag braucht, ist das für mich schwer nachvollziehbar, allenfalls wenn er das Cannabis verbrennt, um einen kleinen Teil davon als Rauch zu inhalieren.

THC liegt in Blüten als inaktive Carbonsäureverbindung vor und muss durch Erhitzen in seine Wirkform überführt werden. Bei 100 °C (Tee) dauert das eine halbe Stunde, bei 200 °C (Vaporizer) nur wenige Sekunden. Bei Verbrennung („Purpfeife“) hingegen werden Wirkstoffe zerstört und Schadstoffe freigesetzt.

Dronabinol, standardisierte Cannabisextrakte und Fertigarzneimitteln enthalten THC bereits in aktiver Form und sollen nicht erhitzt werden.

Dronabinol-(THC)-Tropfen sind seit langem in Deutschland verfügbar, vor der gesetzlichen Neuregelung wurden jährlich bis 5.000 Patienten damit behandelt, oft in unterdosierter Form.

Nabilon (Cesament) ist ein vollsynthetisches Cannabinoid, 1 mg entspricht etwa 8 mg THC in Form von Dronabinol oder Marinol.

Nabiximols (Sativex-Sopray) enthält THC und CBD im Verhältnis 1:1. Es ist in einigen Ländern zur Behandlung neuropathischer Schmerzen oder als zusätzliches Schmerzmittel bei Tumorerkrankungen zugelassen. In Deutschland besteht eine Indikation „Spastik bei MS“, allerdings erfolgt eine Kostenübernahme durch Krankenkassen nur auf Antrag.

Preise

- Dronabinol: 100 mg THC kosten 88 Euro.
- Sativex-Spray: 100 mg THC kosten 45 Euro (mit 100 mg CBD).
- Cannabisblüten (Bedrocan): 100 mg THC kosten in Deutschland 11 Euro.
- Bedrocan-Öl kostet in Kanada 4 Euro pro 100 mg THC.

- Das gleiche Gramm Bedrocan-Blüten kostet in Kanada 4,50 Euro und in Deutschland 22 Euro.

Diese extremen Preise belasten Versicherten-gemeinschaft und Selbstzahlerpatienten. Eine politische Lösung ist hier unwahrscheinlich, zumal Vertreter der Ärzteschaft immer wieder behaupten, eine Behandlung mit Reinsubstanzen sei gegenüber Cannabisblüten zu bevorzugen. Worauf diese Forderung beruht, weiß ich nicht; nahezu alle meine Patienten behaupten das Gegenteil. Sie bevorzugen eindeutig Cannabis in Blütenform und nehmen allenfalls Sativex-Spray im Ausnahmefall, speziell während stationärer Behandlungen, wo Vaporisatoren nicht erlaubt sind. Irgendeinen besonderen Nutzen haben sonst die hochpreisigen Zubereitungen aus der Pharmaindustrie nicht.

Cannabiskonsum und anderes risikoträchtiges Verhalten statistisch

Die weltweite Anzahl der Cannabiskonsumen-ten wurde 2016 von der WHO auf 192 Millionen geschätzt. In der Europäischen Union werden pro Jahr 1,25 Millionen Drogendelikte zur Anzeige gebracht, davon sind etwa zwei Drittel Besitz oder Konsum von Cannabis. 2018 gab es in der BRD 200.000 Ermittlungsverfahren wegen Cannabis.

Nach Ergebnis von Befragungen in der BRD hatte im Jahr 2016 jeder sechste junge Mensch (18-25 Jahre) einmal oder mehr Cannabis genommen. Schon bei den 12- bis 17-Jährigen war es jeder zehnte. In den gleichen Altersgruppen trinken allerdings noch viel mehr Menschen Alkohol und/oder rauchen Tabak.

Laut der letzten offiziellen Aufstellung 2014 waren in der BRD unter den 18- bis 65-jährigen Bürgern 5,5 Millionen Nikotinabhängige, 3,3 Millionen Menschen mit problematischem Alkoholkonsum und 0,5 Millionen Menschen mit problematischem Konsum aus dem (unsäglichen) Sammeltopf „Cannabis, Kokain und Amphetamine“.

Der Suchtbericht der Bundesregierung Deutschland 2018 ging davon aus, dass jährlich in Deutschland 120.000 Menschen an den Folgen ihres Tabakrauchens versterben, 20.000 Menschen an den Folgen des Alkoholtrinkens und 1.300 Menschen am Konsum illegaler Drogen, allerdings waren darunter keine Todesfälle durch natürliches Cannabis.

Der Legalstatus von Cannabis kann im Zusammenhang mit den Risiken diskutiert werden. Auch andere Verhaltensweisen sind nicht ungefährlich. 2018 gab es in der BRD 3.275 Ver-

kehrstote. Unter den 18- bis 25-Jährigen verunglückten 2016 65.000, davon verstarben 435.

Risikoträchtiges Verhalten findet man in Form von Substanzeinnahmen ebenso wie in nicht stoffgebundener Form mit und ohne Suchtcharakter und mit und ohne staatliche Regulierungen: Freeclimbing, Handynutzung, Apnoetauchen, Kickboxen, bei Wind in den Wald gehen, Zucker oder Wiesenpilze essen, Luft in Innenstädten atmen und vieles anderes.

Vernunftigerweise würde man annehmen, dass das Ausmaß staatlicher Regulierung dem Risiko des jeweiligen Verhaltens angemessen ist. Aber Vernunft ist immer so eine Sache.

Eine britische Arbeit (Nutt et al., 2007) hatte einen Vorschlag zur Klassifizierung der Risiken und Folgeschäden verschiedener illegaler Drogen im Vergleich zu legalen Drogen (Alkohol, Lösungsmittel, Khat, Tabak) gemacht. Es gab neun Parameter zur Klassifizierung der Schädlichkeit, insgesamt 20 Substanzen wurden berücksichtigt. Das Klassifizierungssystem wurde zwei getrennten Gruppen von Experten vorgelegt. In der Schädlichkeit lag Cannabis nach Einschätzung aller Experten deutlich hinter Alkohol und Tabak, wobei nicht einmal zwischen reinem Cannabis und tabakhaltigen Joints differenziert wurde.

Große Teile der Gesellschaft sehen das ähnlich. Dennoch wird bis heute Cannabis wesentlich strikter reguliert als Alkohol, Tabak, potenziell hochgefährliche Medikamente oder hirnverletzungsträchtige Sportarten.

Während ich diesen Text verfasse, habe ich mit einer Staatsanwaltschaft mehrseitigen Schriftwechsel geführt wegen 0,3 g Cannabis, die bei einer Patientin gefunden wurden.

Ein anderer Patient war wegen seiner Pflanzanlage mit wenigen Pflanzenresten zu einer Bewährungsstrafe verurteilt worden und musste seinen Führerschein abgeben, wie etliche andere auch. Eine Statistik darüber habe ich gar nicht mehr geführt. Als Verkehrsteilnehmer ist mir selbst aber ein Autofahrer, der unter Cannabis an der grünen Ampel einschläft, allemal lieber als einer, der unter Alkohol seine Fahrtauglichkeit in der Kurve aggressiv überschätzt und mir frontal entgegenschleudert.

Geschichte

Berichte über die Anwendung von Cannabis zu Rausch- oder Heilzwecken gibt es seit mehreren Jahrtausenden. Bis Mitte des 19. Jahrhunderts sind sie für heutige Fragestellungen wenig relevant.

Eine frühe wissenschaftliche Arbeit wurde 1845 von dem Pariser Psychiater Jacques-

Joseph Moreau veröffentlicht: *„Du Hachisch et de l'Aliénation Mentale – Études Psychologiques.“*

Moreau hatte 1844 den „Club des Hachischins“ gegründet, dem später neben Charles Baudelaire auch Honoré Daumier, Eugène Delacroix, Gustave Flaubert, Alexandre Dumas und Honoré de Balzac angehörten. Über fünf Jahre trafen sie sich in Paris zu Séancen mit Einnahme von Haschisch und verarbeiteten ihre Erfahrungen in unterschiedlicher, meist künstlerischer Weise.

Moreau hatte Haschisch von einer Forschungsreise aus Ägypten mitgebracht. In seiner Studie berichtete er über die Anwendung bei Geisteskrankheiten. Er ging davon aus, dass deren Heilung durch eine Provokation der Symptome bewirkt werden könne, ähnlich dem „*similia similibus curantur*“ der Homöopathie. Er wusste dabei nicht, dass ein Cannabisbestandteil (CBD) klinisch relevante antipsychotische Wirkungen hat. Man kann ihm das nicht vorwerfen, die Prüfarzte der Medizinischen Dienste und auch viele andere Kollegen wissen das bis heute ebenso wenig.

Cannabis war um 1850 zudem wohl CBD-reicher als heute, wo hochgezüchtete Sorten mit THC-Gehalten über 20 Prozent und nur ein bis zwei Prozent CBD wenig sinnvoll therapeutisch verwandt werden.

Wegen eines Asthmas nutzte Richard Wagner Cannabis, welches er in offenem Feuer verbrannte. Ein Interview seines Hausmädchens Emma hierzu wurde 1924 in einer Beilage für die Frau der „Göttinger Blätter“ veröffentlicht. Sie berichtete unter anderem:

„Herr Wagner selbst war damals auch nicht mehr gesund ... und hat schon seit einigen Tagen an Atmungsbeschwerden gelitten. Dann wurde indischer Hanf angezündet, der einen wohlriechenden, süßen Dampf verbreitete. Er hatte sich das so angewöhnt, dass er eigentlich nur noch komponieren konnte, wenn der indische Hanf seine schönen dicken Wolken machte. Wenn man dann nach dem Komponieren in das Musikzimmer kam, um die Fenster aufzumachen, wurde einem ganz schwummerig davon zumute. Die Frau Cosima war nicht sehr glücklich über den vielen indischen Hanf; sie meinte, zu viel ist schädlich. Aber Herr Wagner widersprach, es sei nicht nur wegen des Asthma, sondern er müsse die Wolken ganz einfach zum Komponieren haben.“

Die Gleichzeitigkeit von hedonistischem Konsum und therapeutischer Anwendung wird schon hier deutlich. Auch in meiner Praxis ist diese Trennung nicht immer einfach.

Neuzeitlich industriell wurde es ab 1880. Die Firma Merck in Darmstadt stellte einen Cannabisextrakt her, Indikationen waren Schmerzzustände, Asthma, Husten und Schlafstörungen. Das populärste Cannabismedikament war Bromidia, hergestellt von 1886 bis 1959 aus Haschisch, Brom, Kalium, Chloralhydrat und Bilsenkraut. Fabrikmäßig hergestellte Cannabiszigaretten gab es vor dem Ersten Weltkrieg in mehreren Sorten.

Auf der zweiten internationalen Opiumkonferenz in Genf im Jahre 1925 wurde der Einsatz von Cannabis als Arzneimittel mit der Begründung eines nicht nachweisbaren medizinischen Nutzens verboten. Zu den Hintergründen gibt es Spekulationen; meist wird ein Einfluss von Lobbys vermutet, die Hanf aus Konkurrenzgründen, etwa in der Papierindustrie, verbannen wollten.

Die Welt hatte bald andere Sorgen. Psychostimulantien breiteten sich aus („... nach Ausgabe von zwei Tabletten Pervitin pro Mann kann die Truppe acht Stunden weiterkämpfen“) und später folgten die Kriegsmorphinisten.

Cannabis trat erst in den 1960er Jahren mehr in Erscheinung, wobei nicht seine therapeutischen Wirkungen oder unerwünschte Nebenwirkungen im Mittelpunkt standen, sondern spezielle erwünschte Hauptwirkungen:

- Förderung der Kreativität (der kleinen Schwester der Psychose),
- Intensivierung von Sinneseindrücken,
- modulierende Einflüsse auf Wahrnehmung, Fühlen und Denken,
- Intensivierung sexuellen Erlebens und Farbgebung in grauen Zeiten.

Manches kennt man ähnlich vom Alkohol, aber dem Cannabis fehlt dessen enthemmende, aggressionsfördernde und kriminogene Wirkung. Ein trichterförmiger Joint war allerdings in der damaligen Kulturszene unverzichtbares Statussymbol. Bob Marley mit Vaporizer? Schwer vorstellbar.

Einige Konsumenten berichteten dann auch über wohltuende Effekte von Cannabis bei ihren diversen Erkrankungen. Es gab Ärzte, die sich besonders dieses Themas annahmen, in Deutschland hatte der Arzt Franjo Grotenhermen frühzeitig eine entsprechende Praxis.

Die Behandlung war formal umständlich und musste im Einzelfall genehmigt werden. Zwischen 2007 und 2016 hat das BfArM wegen mehr als 50 verschiedener Erkrankungen Ausnahmegenehmigungen für Therapien mit Medizinalhanf erteilt. Im Fokus standen dabei neurologische und psychiatrische Krankheitsbilder, daneben gastroenterologische, ophthalmologische, dermatologische und immunologische Leiden sowie diverse Schmerzzustände.

In allen anderen Fällen und insbesondere aus Vergnügungsgründen war der Umgang mit Cannabis strafbar.

Später gelangte das deutsche Bundesverfassungsgericht zu der Erkenntnis, dass die juristische Handhabung des Cannabisproblems rechtsstaatlichen Prinzipien widersprechen könnte.

Dabei bezogen sich die Richter vor allem auf therapeutische Eigenschaften der Pflanze.



So kam es zu dem Ergebnis, dass in Deutschland einzelne arme Schwerkranke die Genehmigung erhalten sollten, Cannabis für ihre eigene Behandlung selbst anzubauen.

Eigentlich eine einfache, rationale, kontrollierbare und kostengünstige Option, aber wie schon gesagt, Vernunft...

Die Bundesregierung hatte eine Vision von zahllosen fleißigen Heimanbauern, die nur kicherten, wenn sie an Frau Merkel dachten. Das musste unter allen Umständen verhindert werden und so resultierte ein begrenzt sachdienliches und sehr kostenträchtiges Eigenanbauverhinderungsgesetz, nämlich das „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/8965).

Neuzeit

Wesentlich ist darin:

1. Cannabis wird der Anlage 3 des Betäubungsmittelgesetzes unterstellt.
2. § 31 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird neu gefasst. Es wird ein Absatz 6 eingefügt: „Versicherte

Abbildung 1

„Wie erst jetzt aus Insiderkreisen durchsickerte, soll das Urteil des Bundesverfassungsgerichts ganz persönliche Züge getragen haben“ (Ausschnitt, Original in Farbe, erschienen im Stern 20/1994. Mit freundlicher Genehmigung von Haderer)

mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon, wenn eine allgemein anerkannte dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung steht, eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht und die oder der Versicherte sich verpflichtet, an einer ... nicht interventio-nellen Begleiterhebung zum Einsatz dieser Arzneimittel teilzunehmen. Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung der Genehmigung der Krankenkasse.“

Cannabisblüten und in Deutschland zugelassene Fertigarzneimittel wie Sativex fallen unter die Neuregelung, ebenso Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon.

Implizit ist, dass die Verordnung durch einen Vertragsarzt erfolgen muss.

Weiter heißt es, dass eine ausreichende Versorgung mit Cannabis in standardisierter Qualität auch über kontrollierten Anbau in Deutschland sichergestellt werden soll, entsprechende Aufgaben werden dem BfArM übertragen. In weiteren Ausführungsbestimmungen ist erkennbar, dass von monatlichen Behandlungskosten bis 1.800 Euro (3 Gramm täglich!) ausgegangen wird.

Der Umgang mit Cannabis zu nichtmedizinischen Zwecken, insbesondere Anbau, Handel und Besitz zu Rauschzwecken bleiben von den Änderungen unberührt, sie sind weiterhin verboten und strafbewehrt.

Klinisch relevant ist vor allem:

- *Cannabis wurde verschreibungsfähig.*
Das heißt, es darf bei medizinischer Indikation Patienten bis zu einer Menge von 100 g in 30 Tagen verordnet werden.
- *Cannabis wurde erstattungsfähig.*
Obwohl der Nutzen noch strittig diskutiert wird, müssen die Krankenkassen unter definierten Bedingungen (§ 31 SGB V) Cannabis oder Cannabisprodukte für Schwerkranke bezahlen.

Da Cannabis in Deutschland unglaublich teuer ist, tun sie dies verständlicherweise nur nach restriktiver Prüfung durch in ihrem Dienste stehende Ärzte. Der behandelnde Arzt muss eine Begründung seiner Verordnung schreiben und der Prüfarzt muss diese widerlegen.

Die Einzelheiten sind ebenso unerfreulich wie nachrangig, im Prinzip hat die Politik ein

Problem verursacht und die Lösung Dritten zugeschoben.

Wissenschaft

Eine wichtige Rolle im Gezänk zwischen behandelnden und begutachtenden Ärzten spielen wissenschaftliche Untersuchungen, die von beiden Seiten zur Stützung ihrer Argumente herangezogen werden. Diese Untersuchungen sind oft unter Bedingungen der Illegalität von Cannabis erfolgt und teils von Forschern durchgeführt, die auf diesem Arbeitsgebiet kaum praktische Erfahrung hatten. Daher wird beispielsweise in vielen Arbeiten nicht berücksichtigt, ob Cannabis mit oder ohne Tabak genutzt wird. Das aber ist hinsichtlich der bronchopulmonalen Folgen, hinsichtlich der Suchtgefahr und hinsichtlich der Akutwirkungen ein wesentlicher Unterschied. Zudem gibt es Cannabis in sehr unterschiedlichen Zusammensetzungen und dadurch bedingt mit unterschiedlichen Wirkungen; auch in diesem Punkt sind die Studien oft nicht vergleichbar.

Einer sorgfältig angelegten Literaturlese-studie (CaPRis) habe ich entnommen, dass die Studienlage für Cannabis nicht besonders gut ist. CaPRis ist eine umfangreiche Arbeit, in der 2.000 wissenschaftliche Arbeiten der letzten zehn Jahre ausgewertet wurden. Ob durch ein solches Vorgehen systematische Fehler der zugrundeliegenden Studien ausgeglichen werden, kann ich nicht beurteilen. Zudem sind Patienten weniger an Studienlagen interessiert als an der Linderung ihrer Symptome.

Klinik

Letztlich gibt es aus heutiger Sicht viele – unterschiedlich gesicherte – Indikationen für Cannabis. Gut belegt sind die Wirkung gegen Übelkeit und Erbrechen, die Milderung von unangenehmen Gefühlsstörungen, Schmerzen oder Verkrampfungen bei neurologischen Erkrankungen, die Linderung der Symptome von Allergien, von manchen Darmerkrankungen und von manchen Autoimmunerkrankungen sowie eine Symptomabschwächung bei einigen psychiatrischen Krankheitsbildern. THC kann zudem die analgetische Wirkung von Opioiden verstärken und deren Nebenwirkungen mildern.

Als weitere Indikationen sind möglich: Migräne, Multiple Sklerose, Übelkeit und durch konsumierende Erkrankungen bedingte Appetitlosigkeit. Einzelfallberichte gibt es für und gegen alles Mögliche.

Eine Liste des kanadischen Portals Leafly verzeichnet 62 Krankheiten, bei denen Cannabis als Medizin Verwendung finden könne.

Auch im Bereich der *Psychiatrie* gibt es mögliche Indikationen zur Verordnung von Cannabis, obwohl THC auch selbst psychiatrische Störungen verursachen kann. Hier ist oft die Wirkung des CBD erwünscht, welches nicht psychedelisch wirkt, sondern insgesamt beruhigende, muskelentspannende und entzündungshemmende Wirkungen hat. THC wirkt in Verbindung mit CBD angenehmer, aber manchmal auch aktivitätsmindernd bis einschläfernd.

Da unsere Klinik einen Schwerpunkt in der Behandlung von Patientinnen mit *Sucht und Traumafolgestörungen* hat, machen diese auch die größte Gruppe meiner Patienten aus.

Hier wird regelmäßig berichtet, dass leicht dämpfende Cannabissorten wie „Penelope“ einen günstigen Einfluss auf Hyperarousal, Schlafstörungen, Flashbacks und Grübelzwänge haben. Cannabis ist dabei oft ebenso wirksam wie die sonst verordneten Antidepressiva oder niederpotenten Neuroleptika, aber das Nebenwirkungsprofil ist wesentlich günstiger.

Kostenübernahmen durch Krankenkassen kommen in dieser Patientengruppe gelegentlich vor.

Aufmerksamkeitsstörungen Erwachsener sind bei uns die zweithäufigste Indikation, sie waren auch schon bei den früheren Ausnahmegenehmigungen des BfArM zahlreich vertreten. Aufmerksamkeitsstörungen bei Jugendlichen und Cannabis sind auch häufig und so verwundert nicht, dass viele von ihnen angeben, Cannabis wegen eines AD(H)S einzunehmen.

Tatsächlich habe ich einige erwachsene Patienten, bei denen eine günstige Wirkung belegt ist, auch nach Angaben der Eltern, die dann oft den illegalen Cannabiserwerb finanziert haben. Man mag dies bedenklich finden, aus meiner Sicht ist es aber weniger problematisch, wenn ein ADHS-Patient mit Cannabis gut zurechtkommt, als wenn ein sehr junger Mensch mit Amphetaminen dauerimprägniert wird.

Das sehen die medizinischen Dienste wieder anders. So lange bei einem Patienten irgendein Amphetamin oder anderes Medikament noch nicht ausprobiert wurde, befürworten sie keine Kostenübernahme für Cannabis.

Die meisten unserer ADHS-Patienten haben schon als Kinder oder Jugendliche eine entsprechende Diagnose und Behandlung erhalten und schätzen die Nebenwirkungen von Amphetaminen nicht. Ich vermute auch, dass Cannabis bei Patienten mit ausgeprägten Aufmerksamkeitsstörungen anders wirkt als bei Gesunden. ADHS-Patienten werden darunter selten müde und im Aktivitätsniveau auch

nicht gebremst, sondern sie berichten über eine bessere Konzentrationsfähigkeit und ein insgesamt besseres Funktionsniveau.

Da man hier von einer langfristigen Verordnung ausgehen muss, weise ich besonders deutlich auf mögliche Nebenwirkungen hin. Die verwandten Dosierungen sollten niedrig sein, unter 1 g täglich. Die Teilnahme am Straßenverkehr kann ein Problem sein, ein Patient von uns hat seine Fahrprüfung mit Wissen der Prüfer unter Cannabis abgelegt und bestanden.

Menschen mit noch wachsendem Gehirn behandle ich nicht, egal, wie sinnvoll Cannabis im Einzelfall sein könnte. Cannabis ist bei seltenen Epilepsieformen Jugendlicher wirksam, aber das gehört ebenso in die Hand von Spezialisten wie die Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter.

Psychosen können eine weitere Indikation sein. Manche Patienten rauchen viel Tabak und Cannabis in Form von Joints, um (Neben)wirkungen von Neuroleptika zu unterdrücken.

Paranoide und halluzinatorische Psychosen sprechen auf hohen Dosierungen von CBD an; hierzu gibt es klinische Studien.

Im klinischen Alltag besteht eine Tendenz, Psychosen als drogeninduziert zu bezeichnen, wenn solche Patienten über Cannabiskonsum berichten, egal ob ein Zusammenhang besteht oder ob nicht. Daraus wird oft eine Kontraindikation für Cannabinoide abgeleitet, aus meiner Sicht nicht immer zu Recht, zumindest was CBD betrifft.

Psychosepatienten setzen gerne ihre Medikamente wegen der Nebenwirkungen ab, insbesondere wenn sie, um eine rasche Remission zu erzwingen, zu hoch eingestellt wurden.

Hier kann CBD (Marihuana) eine gute therapeutische Alternative sein, zumindest zur Rezidivprophylaxe oder als akzeptiertes Medikament zur Linderung von Symptomen, bis man den Patienten wieder in ein therapeutisches Regime bekommt.

Leider sind die Krankenkassen dabei in der Kostenübernahme zu restriktiv. Falls irgendwann einmal die Diagnose Cannabisabhängigkeit kodiert wurde, werden die Behandlungskosten nur übernommen, wenn ein Rechtsanwalt die Kasse im Klageverfahren dazu zwingt. Rechtsanwälte können sich diese Patienten aber ebenso wenig leisten wie eine Finanzierung von CBD in ausreichender Dosis.

Meist werden von ihnen auch (illegale) Cannabissorten mit einem merklichen THC-Anteil präferiert, wohl wegen „antidepressiver“ Wirkung. Dabei habe ich kein gutes Gefühl.

Eine *antidepressive* Wirkung von Cannabis zu nutzen, ist problematisch. Der euphorisierende Effekt ist inkonstant und THC in höherer

Dosierung kann manchmal die Aufmerksamkeit auf konflikthafte Denkinhalte oder unfunktionale Gedankenmuster fokussieren.

Patienten mit schweren Depressionen schätzen Cannabis selten.

Fibromyalgie ist eine Sammelbezeichnung für multifaktoriell bedingte Schmerzsyndrome, bei denen Arzt und Patient nicht weiterwissen. Hier gibt es manchmal erfreuliche Effekte von Cannabis-Teezubereitungen, insbesondere in Hinsicht auf Regulierung des Schlafes und Minderung des Schmerzerlebens. Generell gilt, dass durch Cannabis die Bewertung von *Schmerzen* verändert wird. Der Schmerz bleibt, lässt sich aber besser ertragen.

Ich habe mehrere Patienten, die unter entzündlichen *Darmerkrankungen* leiden, eigentlich nicht mein Spezialgebiet, dafür erstatten sie aber erfreuliche Berichte über die Linderung von Bauchschmerzen und gastrointestinalen Reizerscheinungen.

Die günstige Wirkung von Cannabis auf *Spastik* bei neurologischen Erkrankungen, speziell MS, ist allgemein bekannt, und muss hier nicht weiter ausgeführt sein. Nur die Prüfarzte der Krankenkassen finden gerne noch das ein oder andere Gegenargument und empfehlen antispastische Medikamente, die manchem Patienten noch die letzte Gangsicherheit rauben. In solchen Fällen ist ihr bestes Argument der Rechtsanwalt.

Ein Problem sind (Alkohol-) *Suchtkranke*, die unter Einnahme von Cannabis eine Abstinenz einhalten, die ihnen sonst nicht möglich ist. Hier ist Cannabis als wesentlich ungiftigere Variante aus meiner Sicht eindeutig empfehlenswert, aber eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen kaum vorstellbar. Dies hat eine gewisse Logik, da ja z.B. eine Substitution von entspannendem Weißwein bei gestressten Ärzten auch nicht finanziert wird. Trotzdem schade.

Schon bei CBD-Empfehlungen weise ich immer darauf hin, dass dieses auch einmal zu einer Dysphorie führen kann, die dann nicht einmal als Arzneimittelnebenwirkung erkennbar sein muss.

Asthma muss aus heutiger Sicht nicht mehr behandelt werden wie bei Richard Wagner. Inwieweit Cannabis eine günstige Wirkung auf Bronchialspasmen hat, weiß ich nicht. Patienten berichten das manchmal.

Die Modalitäten der Einnahme sind bei Asthma besonders wichtig, werden aber mit jedem Patienten besprochen:

- Die Mischung von Cannabis und Tabak macht süchtig.
- Verbrennen von Cannabis führt krebserregende Substanzen in die Atemwege, ver-

braucht große Mengen mit hohen Kosten und verursacht viele Nebenwirkungen. Anwendungen als Tee oder Gebäck sind andererseits in der Wirkung schwer steuerbar. Sinnvollste Anwendung für medizinisches Cannabis ist die Verwendung eines sogenannten Verdampfers. Gute Modelle kosten über 300 Euro, kostengünstigere elektronikfreie Alternativen ab 70 Euro.

Die Empfehlung, Cannabiskonsum von Tabakkonsum zu trennen, ist bei Patienten mit „Cannabissucht“ sehr wirksam. Der Vaporizer führt zu einer Minderung des Cannabisverbrauchs und erleichtert eine Tabakabstinenz, ggf. mit Nikotinersatzmitteln und der Teilnahme an Nichtraucherprogrammen. Die angenehmere Wirkung von Cannabis im Vaporizer ohne Kohlenmonoxidaufnahme wird zudem immer wieder beschrieben.

Günstige Auswirkungen bei manchen *Hauterkrankungen* werden berichtet. Ein Patient mit hautärztlich gesicherter Hyperhidrose profitiert deutlich von einer niedrig dosierten Cannabisverordnung, unter der er seinem psychotherapeutischen Beruf mit vielen Sozialkontakten wesentlich besser nachgehen kann.

Interessant ist, dass die Einnahme von Cannabis von manchen *Sportlern* als motivationssteigernd beschrieben wird. Eine Abgrenzung von Medikament zu Doping kann dabei schwierig sein, ist aber nicht meine Aufgabe.

In der Anfangszeit meiner Sprechstunde gab es Patienten oder Angehörige mit sehr weitgehenden *Heilserwartungen* bei schweren Erkrankungen, Tumorleiden oder Demenzen. Hier hat sich inzwischen herumgesprochen, dass Cannabis kein Wundermittel ist. Bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz wird manchmal eine gewisse beruhigende Wirkung beschrieben, aber wer will das wirklich beurteilen. Eine Appetitsteigerung mag hier ebenfalls möglich sein, wenn der Patient oder seine Angehörigen diese benötigen.

Andere Patienten leiden besonders unter einem wesentlichen Risiko von Cannabis, nämlich seiner *Illegalität*. Hier hat mich der Justiziar meiner Ärztekammer schon frühzeitig darauf hingewiesen, dass eine Verschreibung von „Cannabis aus sozialer Indikation“ nicht statthaft ist und daran muss ich mich halten. Derartigen Patienten kann ich also nur helfen, wenn sie unter Krankheiten leiden, die in Abwägung der Vor- und Nachteile mit Cannabis behandelt werden können und mit anderen Medikamenten nicht. Es ist etwa möglich, Cannabis zu verordnen, wenn ein erwachsener ADHS-Patient kein Ritalin nehmen möchte, weil er darunter aggressiv gereizt und schlaflos wird. Allerdings muss er das Cannabis als nicht Schwer-

kranker selber zahlen und an dieser Stelle hat die gesetzliche Neuregelung zu einer ungunstigen Zweiklassenmedizin geführt. Der Reiche geht mit dem Rezept beglückt nach Hause und der Arme macht zum Rezept ein trauriges Gesicht.

Bürokratie

Die Krankenkassen zahlen in Deutschland medizinisches Cannabis unter speziellen Prämissen, die sie durch folgende Fragen an den Arzt prüfen:

Welches Produkt soll verordnet werden, welche Erkrankung soll behandelt werden, wie lautet das Behandlungsziel, ist die Erkrankung schwerwiegend (falls ja, welcher Verlauf, symptomatische Beeinträchtigung o.a. begründet den Schweregrad (bitte Befundunterlagen, Krankenhausberichte zur Verfügung stellen), welche anderen Erkrankungen bestehen gleichzeitig, welche aktuelle Medikation oder nicht-medikamentöse Behandlung erfolgt zurzeit parallel, welche bisherige Therapie ist bei dieser Erkrankung mit welchem Erfolg durchgeführt worden (ausführliche Beantwortung dieser Frage ist zwingend für die weitere Bearbeitung), bestehen noch zugelassene alternative medikamentöse und/oder nicht-medikamentöse Behandlungsoptionen? Falls ja, warum können diese nicht eingesetzt werden? (die ausführliche Beantwortung dieser Frage ist zwingend erforderlich), besteht eine nicht ganz entscheidend liegende Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome? Liegt Zustimmung des Versicherten zur Übermittlung der Daten gemäß Begleiterhebungsverordnung an das BfArM vor?

Bei unseren Patienten zahlen Krankenkassen oft nicht, das ist bei psychiatrischen Indikationen aber nichts Besonderes. Psychiatrische Leiden sind Krankheiten zweiter Klasse.

Verkehr

Eine andere Folge der deutschen Regelungen betrifft die *Teilnahme am Straßenverkehr*.

Nach § 24a Absatz 2 StVG handelt derjenige ordnungswidrig, der unter Wirkung von Betäubungsmitteln im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt. Davon wird ohne weiteres ausgegangen, wenn eine Substanz im Blut nachweisbar ist. Ab einem Nanogramm THC pro ml Blut wird von einer die Fahrtauglichkeit einschränkende Wirkung ausgegangen (Bundesverfassungsgericht vom 21.12.2004). Dies

gilt aber nicht, wenn die Substanz aus einer bestimmungsgemäßen Einnahme eines für den konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt. Dann kommt es nur auf die tatsächlich eingeschränkte Fahrtauglichkeit an.

Der Grenzwert für Cannabis im Blut wird leicht überschritten, wenn jemand gelegentlich Cannabis zu sich nimmt. Diese Überschreitung beinhaltet bisher automatisch eine Ordnungswidrigkeit, führte zu einer Geldstrafe und kritischen Fragen hinsichtlich des Führerscheins, meist einer Sperre und späterer MPU.

Die Bundesregierung hat jetzt (Bundestagsdrucksache 18/11485) unterschieden zwischen den haltlosen Cannabiskonsumenten aus Vergnügensgründen und den guten Cannabispatienten aus medizinischen Gründen. Letztere dürfen am Straßenverkehr teilnehmen wie nach Einnahme anderer diesbezüglich relevanter Medikamente auch. „Die Wirkung muss abgeklungen sein, dann darf man Auto fahren...“, sagt die Bundesregierung. Aber die Polizei sagt, Polizeiarbeit ist Ländersache. Wer gibt schon gerne ein lieb gewordenes Feindbild auf. Letztlich besteht hier ein rechtsfreier Raum.

Folgen

Beim – weit verbreiteten – *Eigenanbau* werden mit geringem Aufwand Erträge erzielt, die strafrechtlich als nicht geringe Menge (über 7,5 g THC) gelten und nahezu zwingend eine Haftstrafe zur Folge haben. 7,5 g THC sind in etwa 40 g getrockneter Blüten enthalten, dem Ertrag von höchstens drei Pflanzen.

Von der Rauschpotenz her ist ein Gramm Cannabis vielleicht mit zwei Flaschen Wein vergleichbar (wiewohl weniger organotoxisch). Bei Chancengleichheit wären das drei Monate Haft für drei Kisten Wein – bei Cannabis ist das geltende Recht, auch im Jahre 2019.

Letztlich führen die gesetzlichen Neuregelungen zu einer Verhinderung von legalem Cannabis-Eigenanbau, aber auch zu einem erheblichen Anstieg der Zahl von Menschen, die Cannabis aus mehr oder weniger medizinischen Gründen legal zu sich nehmen und damit zu einer anhaltenden Verknappung des Angebotes. Die medizinisch sinnvollen Cannabis-sorten sind oft nicht verfügbar. Man kann sich dann behelfen, indem man zu medizinischem Cannabis mit überhöhtem THC-Gehalt einige CBD-haltige Blüten gibt, die als Nahrungsergänzungsmittel per Internet erhältlich sind.

Der Entwicklung des industriellen Cannabisanbaus in Deutschland sehe ich mit vagem Interesse entgegen. Zur „wissenschaftlichen Begleituntersuchung“ des BfArM habe ich hier

nichts weiter ausgeführt. Hilfreiche Ergebnisse erwarte ich von ihr nicht.

Kurz gesagt

Medizinische Verordnung erfordert Kenntnisse über den Gesamtkomplex „Cannabis“.

Eine Abgrenzung von hedonistisch motiviertem Konsum zu therapeutischer Anwendung kann schwierig sein. Cannabis als Medikament hilft Personen mit Cannabisvorerfahrung am besten. Die Verordnung einer wirksamen THC-Dosis an Cannabis-Unerfahrene sollte gut überlegt sein.

Cannabis kann bei einigen Krankheiten oder Symptomen eine wirksame Behandlungsoption mit hoher Akzeptanz der Patienten sein. Vor übertriebenen Erwartungen sollte gewarnt werden.

In vielen wissenschaftlichen Untersuchungen zu Cannabis werden basale Fakten ignoriert.

Die Schädlichkeit von Cannabis alleine ist geringer als diejenige legal erhältlicher Rauschdrogen.

Cannabisbehandlung ist in Deutschland ruinös teuer. Die Forderung nach bevorzugtem Einsatz besonders teurer standardisierter Reinsubstanzen entspringt vor allem fehlender praktischer Erfahrung. Wissenschaftliche Belege für diese Forderung sind mir nicht bekannt, entsprechende Patientenwünsche erst recht nicht.

Auch nach der Neuregelung des Jahres 2016 bleibt der Umgang mit Cannabis in Deutschland irrational. Die jetzt mögliche Anwendung als Medikament ist aber nützlich:

1. Für wenige sehr schwer Kranke, denen Cannabis bei der Linderung von Symptomen hilft bzw. denen es hilft, ihre Symptome gelassener zu ertragen. Sie brauchen einen argumentationssicheren Arzt und erhalten Cannabis gegen Rezeptgebühr.
2. Für finanziell belastbare weniger schwer Kranke, die ihre Erkrankungen lieber mit Cannabis behandeln als mit anderen, oft giftigeren Medikamenten.
3. Für gesunde, schauspielerisch begabte, hedonistische Cannabiskonsumenten, die einen Arzt finden, der ihnen Symptome glaubt und ihren Konsum per Rezeptformular legalisiert.

Wer hingegen als hedonistischer Konsument wenig Geld, keine schauspielerische Begabung

und keine Beziehungen hat oder nicht den passenden Arzt findet, unterliegt den gleichen Mechanismen wie in den letzten 50 Jahren auch. Er riskiert Leumund, Geld, Freiheit und Führerschein. Wer das nicht möchte, sollte seinen Cannabiskonsum einstellen und allfällige Einbußen an Lebensqualität in Kauf nehmen.

Und zuletzt

Es hat eine sehr lange Tradition, dass sich Menschen aus verschiedenen Anlässen in Rauschzustände versetzen. Hierbei unterdrückt auch weiterhin die alkoholaffine Mehrheit eine cannabisaffine Minderheit. Der Nebenschauplatz medizinischer Anwendung hat daran nichts geändert.

Literatur

- Hoch, E., Friemel, C. M. & Schneider, M. (2019). *Cannabis – Potenzial und Risiko. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Nutt, D. et al. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369.



Hendrik Faure

Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Psychiatrie mit Schwerpunkt forensische Psychiatrie. Héliograveur. Bis 2016 Chefarzt des Akutbereichs im Asklepios Fachklinikum Göttingen, dort weiter in einer Ambulanz mit Substitutionspraxis tätig. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Psychosen und Suchterkrankungen sowie interdisziplinäre Fragen. h.faure@asklepios.com

Cannabis als Medizin – aus Sicht der Nutzer

Maximilian Plenert

Was man inzwischen weiß, was man wirklich wissen sollte

Das verbreitete Bild von Cannabis als „THC-Pflanze“ deckt nur einen Bruchteil ihrer Vielfalt ab. Medizinisch besitzt Cannabis ein enorm breites Einsatzgebiet, wobei die praktische Nutzung deutlich weiter ist als die Forschung. Inzwischen wurden 144 Cannabinoide in der Cannabispflanze gefunden. Dazu kommen zahlreiche sekundäre Pflanzenstoffe, die pharmakologische Eigenschaften aufweisen. Mit den heutigen Möglichkeiten der Analyse umfasst die Liste der Inhaltsstoffe einer Cannabispflanze mehrere Seiten.

Die Bedeutung der Cannabinoide neben THC sowie der weiteren Inhaltsstoffe geht über den medizinischen Einsatz hinaus. Die verschiedenen Sorten beispielsweise einer Verkaufsstelle in Colorado stellen eine Auswahl unterschiedlicher Kompositionen dar, die sich im Geruch, Aussehen und ihrer Wirkung unterscheiden.

Von Patienten und Konsumenten lernen

Patienten und Konsumenten sind sich einig, dass es eine relevante Vielfalt von Cannabis gibt. Die Wissenschaft hat bisher nur Fragmente davon erfasst und ist von einem systematischen Verständnis noch weit entfernt. Für ein solches Verständnis wird interdisziplinäre Forschung notwendig sein, die Analysedaten zu den diversen Sorten, Genprofile, Erkenntnisse aus der Pharmakologie über die zahlreichen Wirkstoffe und die Erfahrungswerte von Ärzten, Patienten und Konsumenten sowie das Populärwissen der Cannabisszenen weltweit zusammenführt.

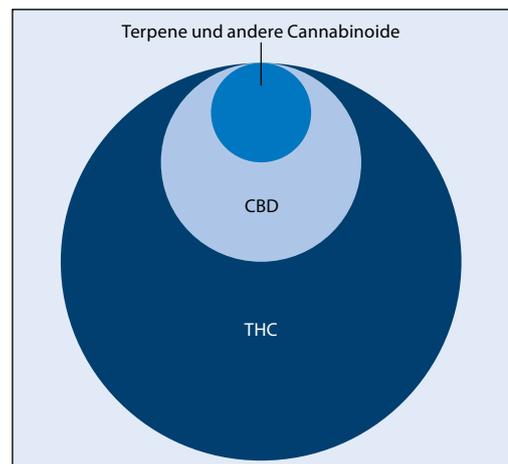
Aus dem, was wir heute schon relativ sicher wissen, lassen sich praktische Erkenntnisse ableiten. Neben der medizinischen Nutzung ist ein besseres Verständnis über die Risiken von Cannabis für die Arbeit der Drogenhilfe und für „SaferUse“-Maßnahmen interessant. Rele-

vant ist dieses Wissen auch für die Drogenpolitik und die aktuellen Diskussionen um Modellversuche zur legalen Abgabe von Cannabis.

Cannabis ist mehr

In den Köpfen der meisten Ärzte sowie der pharmakologisch besser ausgebildeten Apotheker ist Cannabis alleine die Summe aus THC und Cannabidiol (CBD). Auch Dr. Cremer-Schaeffer, Leiter der „Bundesopiumstelle“ im BfArM, schreibt in seinem Buch „Was man weiß, was man wissen sollte“ nichts über die zahlreichen weiteren Inhaltsstoffe (Cremer-Schaeffer, 2016). In der Drogenhilfe oder der Drogenpolitik beschränkt sich die Diskussion meist alleine auf THC – dabei könnte CBD gerade in diesen Bereichen von Interesse sein. Cannabis ist mehr als nur THC...

Eine relevante Menge CBD in Cannabis mindert die negativen psychischen Auswirkungen von THC. Damit sinkt das Risiko für einen „Horrortrip“ oder psychotische Zustände. Dieses Bild von CBD als „Anti-THC“, welches der Rauschwirkung entgegenwirkt, beschreibt näherungsweise ein weitaus komplexeres Wechselspiel dieser beiden Stoffe für die spezielle Situation, dass CBD nach dem THC oder in großer Menge mit dem THC aufgenommen wurde.



Grafik 1

Cannabis ist hauptsächlich – aber nicht nur – THC

Die Reihenfolge der Einnahme hat einen entscheidenden Einfluss. Die Einnahme von CBD vor der THC-Aufnahme hat in Versuchen mit Menschen die Wirkung von THC verstärkt.

Hilfreich gegen das Unwohlsein durch THC ist die antipsychotische und angstlösende Wirkung von CBD. Genauer gesagt: CBD mindert nicht unbedingt den THC-Rausch, es macht ihn erträglicher. Damit hat CBD Einfluss auf die Verträglichkeit von Cannabis-Medikamenten. Unterm Strich kann in der Praxis die Formel „THC effektiv = THC – CBD“ genutzt werden.

Cannabinoide wirken nicht einfach an einem „Schalter“

Das klassische Bild von einem Stoff, der wie ein Schlüssel in einen passenden Rezeptor passt und damit einen Effekt auslöst, ist bei Cannabis oft zu einfach. Gerade die Wirkung von CBD als zweitwichtigstem Cannabinoid erfolgt zu großen Teilen nicht über eine Wirkung an den beiden Cannabinoid-Rezeptoren. Der Stoff entfaltet seine Wirkung durch einen indirekten Einfluss an den Cannabinoid-Rezeptoren und über eine Aktivierung diverser anderer Rezeptoren. Zudem kann CBD mit einer Vielzahl von anderen körpereigenen oder exogenen Stoffen wechselwirken – was positive ebenso wie gefährliche Kombinationen mit sich bringt.

Der Rausch ist mehr als THC

THC ist keineswegs das einzige psychoaktive, genauer, berauschende Cannabinoid¹. Andere Cannabinoide können eine psychotrope High-Wirkung verursachen. Es ist bekannt, dass Delta-8-THC und Cannabinol (CBN) eine im Vergleich zu Delta-9-THC schwächere Wirkung haben. Welchen Beitrag andere relevante Cannabinoide wie CBG, CBC oder die Säureformen der genannten Cannabinoide² haben, ist unklar.

Ebenfalls psychoaktiv ist der erste Metabolit von THC, das 11-Hydroxy-Tetrahydrocannabinol (11-OH-THC oder einfach THC-OH). Wie viel und wie schnell THC in THC-OH metabolisiert wird, hängt von der Aufnahmeform ab. Nur bei der oralen Aufnahme entsteht über den First-Pass-Effekt in der Leber eine relevante Konzentration THC-OH.

¹ CBD wird mitunter als „nicht psychoaktiv“ beschrieben, was allerdings nur bezüglich der Rauschwirkung richtig ist, die angstlösende Wirkung von CBD ist ein Beispiel für eine psychoaktive, aber nicht berauschende Wirkung.

² In diesem Fall ist THC-Acid (THCA) gemeint, nicht der sekundäre Metabolit 11-Nor-9-carboxy-Tetrahydrocannabinol (11-COOH-THC oder einfach THC-COOH). THC-COOH ist als Marker bei Drogentests ein bekannter Begriff.

Das Cannabinoid Tetrahydrocannabinol (THCV) kommt in einigen Sorten in relevanten Mengen vor. Die Wirkung von THCV ist in geringen Dosierungen eher rauschmindernd, in höheren Dosierungen wirkt es wie eine vielfache Menge THC. Welche Wirkung die Säurevariante THCVA oder Metaboliten haben – darüber liegen noch keine Erkenntnisse vor.

Sorten und Unterschiede jenseits der Cannabinoide

Neben den Phytocannabinoiden der Hanfpflanze gibt es noch zahlreiche weitere Inhaltsstoffe. Hinter den hunderten Sorten, die auf einschlägigen Websites beschrieben werden, verbergen sich einige klar unterscheidbare Genetiken mit eigenen Wirkstoffprofilen. Eine Untersuchung von Marihuana und Haschisch in Frankreich nennt 241 unterschiedliche Inhaltsstoffe – ohne die Cannabinoide. Die Übersicht umfasst sieben DIN-A4-Seiten zu fünf Proben. Je nachdem, wie gut die Analyse durchgeführt wird, findet man mehr oder weniger viele der Inhaltsstoffe der „Pflanze mit tausend und einem Molekül“. Die Unterscheidung von Cannabis anhand ihres THC- und CBD-Gehaltes deckt diese Vielfalt in keiner Weise ab.

Sicher ist nur, dass es einen Unterschied gibt

Dass es Unterschiede zwischen den Sorten gibt und dass es einen Unterschied zwischen reinem THC/CBD und Pflanzenvollextrakten mit dem gleichen THC/CBD-Gehalt gibt, ist in der Forschung wie in der Praxis evident. Worin der Unterschied besteht und welche Stoffe dafür verantwortlich sind, ist jedoch noch kaum bekannt.

Es gibt zu einigen relevanten Cannabinoiden gesicherte und praktisch relevante Erkenntnisse. Die im Cannabis enthaltenen Terpene sind in zahlreichen weiteren Pflanzen und in pflanzlichen Arzneimitteln enthalten. Auch hier ist oft eine Wirkung bekannt; die Details und welcher der zahlreichen Stoffe verantwortlich ist, sind leider kaum systematisch medizinisch erfasst.

Phytoarzneimittel wie Cannabis sind komplex – wirksam

Wie auch bei anderen pflanzlichen Arzneimitteln ist bei Cannabis das Zusammenwirken von mehreren Stoffen („Synergien“) ein spannender

Aspekt beim Einsatz als Medizin. Es besagt, dass ein Pflanzenstoffgemisch eine höhere biologische Aktivität besitzt als die isolierte Reinsubstanz selbst.

Bei Cannabis wird dies auch „Entourage-Effekt“ genannt. Ursprünglich war damit gemeint, dass eine Substanz A in einer an sich unwirksamen Dosierung über die Modifikation der Wirkung einer Substanz B einen klinisch relevanten Einfluss hat. Allgemein meint der Begriff, dass in Cannabis eben nicht nur THC wirkt und dass bestimmte Wirkstoffe zusammen mit THC oder CBD bei einzelnen Aspekten der Wirkung wirken und sich damit eine additive Verstärkung ergibt. Die am weitesten gehende Definition meint, dass die Wirkung von Cannabis mehr als die Summe der Wirkung der einzelnen Wirkstoffe ist, weil diese überadditiv zusammen wirken.

Praktisches Ergebnis kann eine bessere Verträglichkeit einer bestimmten Sorte oder eine punktuell bessere Wirksamkeit sein. Während auf der einen Seite Patienten klar unterschiedliche Wirkungen unabhängig vom THC-Gehalt einer Sorte beschreiben, steckt das wissenschaftliche Verständnis der Effekte und ihrer Ursachen noch in den Kinderschuhen.

Vom Sativa Up bis zum Indica Down

Die deutlichsten Unterschiede zwischen Sorten – bei gleichem THC-Gehalt – zeigen sich darin, ob sie eher aktivierend und psychotrop wirken oder dämpfend berauschen oder weder noch. Sorten können auf einer Skala mit diesen beiden Polen eingeordnet werden. In der Cannabiskultur würde man dies schlicht als Indica- und Sativa-Prägung bezeichnen, wobei sich hinter diesen Begriffen auch botanische Unterschiede verbergen.

Die Einstufung einer Cannabissorte in „Up“- „Weder noch“- und „Down“-Wirkung hat ihre praktische Relevanz insbesondere bei psychischen Erkrankungen – die behandelt werden sollen oder die parallel vorhanden sind. Ein Angstpatient sollte kein Sativa pur rauchen. Der „Depressive“ kommt mit Indica nicht mehr aus dem Bett – oder er kann damit überhaupt erst schlafen – alles eine Frage der Dosierung speziell von Indica-Sorten. Gerade pur geraucht oder gedampft hat Cannabis eine nochmals stärkere psychotrope Wirkung als mit Tabak zusammen geraucht.

Weitere Konsequenzen

Hier gibt es noch viel zu erforschen und nochmals viel zu lernen. Die praktischen Konsequenzen für den Arzt und seine Patienten sind, dass Cannabis nicht nur ein Medikament darstellt, sondern mit seinen diversen Varianten eine ganze Apotheke füllen kann. Diese zahlreichen Cannabis-Medikamente stellen neue sichere Therapieoptionen dar. Die Drogenhilfe wird die Gefährlichkeit von Sorten besser einschätzen können und als Safer-Use-Maßnahme bei erhöhtem Psychoserisiko den Gebrauch von weniger sativalastigen Sorten am besten mit relevantem CBD empfehlen. Für die praktische Arbeit ist wichtig zu wissen, dass Cannabis bei den unterdiagnostizierten Krankheiten ADHS und Depressionen eingesetzt wird. Ein Klient, der wegen eines möglichen Cannabismissbrauchs behandelt werden soll, sollte hinsichtlich einer möglichen (unbewussten) Selbstmedikation befragt und die Therapie entsprechend angepasst werden. Der Drogenhilfe noch völlig unbekannt, aber in der Szene inzwischen weit verbreitet, ist die neue Konsumform des Dabben mit Konzentraten, die weit über das bekannte „Haschischöl“ hinausgeht.

Für viele Konsumenten sind die Unterschiede heute schon bekannt und relevant, ein legaler Markt muss diese Bedürfnisse kennen, würde den Konsumenten viel mehr Wahlmöglichkeiten für eine gezielte Wirkung bieten und wäre damit attraktiver.

Fazit

Ärzte und Drogenhilfe sowie Cannabisexperten aller Ausrichtungen werden Cannabis neu kennenlernen müssen. Dies kann sich direkt lohnen, ebenso wie es als Sachkunde geboten ist. Die Bedeutung der Erkenntnis, dass Cannabis mehr ist als nur eine THC-Pflanze, wird Tag für Tag sichtbar.

Ärztliches Nichthandeln wegen „mangelnder Evidenz“?

„EBM („Evidenz-basierte Medizin“) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ (Ziel der evidenzbasierten Medizin; Sackett et al., 1997).

Medizin sollte evidenzbasiert sein. Dass sie das im Alltag nicht immer ist, ist ebenso richtig. Bei

Medizinalcannabis haben wir aber ein Dilemma: Es fehlt an den üblichen, für eine Zulassung als Medikament unbedingt notwendigen klinischen Studien. Wir haben die (klinische) Erfahrung von Millionen Patienten weltweit, die meist hohe Hürden – bis hin zur Notwendigkeit einer Straftat – überwinden, um Medizinalcannabis zu erhalten. Die Evidenzbasierung von ärztlichem Handeln bedeutet die Nutzung der bestmöglichen Evidenz und nicht, dass „nur klinische Studien zählen“. Ärzte dürften aber nicht einfach aus Mangel an klinischen Studien das medizinische Handeln unterlassen. Ein individueller Therapieversuch muss möglich sein. Ein Erfolg beim eigenen Patienten sollte lebende Evidenz genug sein.

Mit den Erfahrungen von Millionen Patientent Jahren in Kanada, USA, den Niederlanden, Spanien und Israel und dem heutigen Verständnis zur Pharmakologie von Cannabinoiden sowie dem Endocannabinoidsystem lassen sich plausible Ansätze zum Einsatz von Cannabis als Medizin ableiten. Diese Ansätze müssen als Theorien überprüft werden, aber akut können sie genutzt werden, um die Lücken an „offizielltem Wissen abzudichten“.

Die Medizin empfiehlt über Instrumente wie Leitlinien explizit nur „Handlungs- und Entscheidungskorridore“. Es liegt in der Verantwortung und Kompetenz des Arztes, über die Anwendung oder Nicht-Anwendung bei einem speziellen Patienten zu entscheiden bzw. in einen partizipativen Entscheidungsfindungsprozess mit dem Patienten zu gehen.

Im Gegensatz zu anderen klinisch gut erforschten Medikamenten ist die Evidenz bei Cannabis in vielen Bereichen schlicht noch nicht untersucht worden.

In der Praxis führt ein fehlerhaftes Verständnis der Aussagekraft bestimmter Studien zur paradoxen Situation, dass damit die Empirie von Arzt und Patienten in Frage gestellt wird; frei nach Morgenstern – nicht sein kann, was nicht sein darf. Studien zur Nichtwirksamkeit haben eine begrenzte Aussagekraft. In der Regel gibt es zu viele Unterschiede zwischen klinischer Studie und Patientenalltag bei Cannabis. Eine klinische Studie kann nur etwas über die spezielle Fragestellung aussagen, bei einer z.B. anderen Dosierung kann es ganz anders aussehen. Austertherapie: ja, soweit sinnvoll, aber auch nicht mehr und dann bitte auch Therapiefreiheit.

Probleme und Forderungen

In der Praxis zeigen sich heute noch diverse Probleme. Obwohl jede einzelne Therapie von

der Krankenkasse genehmigt wird, ist der Arzt nicht vor einer Wirtschaftlichkeitsprüfung geschützt.

Es ist zu befürchten, dass insbesondere die „Speerspitze der Betroffenen“ Cannabis als Medizin nutzen kann, viele, die es nötig hätten, sind aber nicht in der Lage dazu oder haben aufgegeben – auch weil die Unterstützung durch die Ärzte fehlt.

Patienten erleben offene Ablehnung, eine bestehende Selbstmedikation wird als Abhängigkeit gesehen. Wird diese Einschätzung aktenkundig, ist dies ein Makel, von dem sich Cannabispatienten schwer befreien können.

Durch das Gesetz wurden Cannabisblüten doppelt so teuer, womit eine privat finanzierte Versorgung noch viel unmöglicher wird bzw. hier eine Zweiklassenmedizin besteht.

Das Angebot an Cannabisblüten ist schwankend

Die Ärzte stehen vor der Aufgabe, etwas über ein Medikament zu lernen, das bis vor zwei Jahren praktisch nicht verfügbar war. Weder gibt es einen offiziellen Beipackzettel für Cannabisblüten, nicht einmal einen Sortenkatalog, noch gibt es passende Dokumente zur Aufklärung und damit zur rechtlichen Absicherung. Bei einem Rechtsstreit, sei es Regress oder ein Schadensfall, kann der Therapeut nicht auf entsprechende Leitlinien verweisen und trägt mehr Risiko als bei anderen Medikamenten.

Noch ist Cannabis als Medizin in der Praxis von der Regelversorgung weit entfernt, noch lange nicht normal für Ärzte.

Die Reaktionen zahlreicher Ärzte, die ihren Patienten verpflichtet sind, sind zurückhaltend bis fragwürdig. Patienten erfahren bei ihrer Frage nach Cannabis pauschale Ablehnung, Telefonate werden einfach beendet, einige Patienten erleben verbale Verurteilungen oder es wird eine Cannabisabhängigkeit unterstellt. Patienten müssen erleben, dass ihr langjähriger Arzt sie mehr oder weniger freundlich rauswirft. Die Suche nach einem Arzt ist ein Spießrutenlauf.

Die Bedenken von Ärzten muss man respektieren. Ein Arzt sollte nach bestem Wissen und Gewissen handeln und sich zudem an die gesetzlichen Regeln halten. Tut er dies nicht, drohen ihm berufliche und finanzielle Strafen. Daher ergibt es keinen Sinn, seinen Arzt zu einer Therapie mit Cannabis zu nötigen oder sie allein aufgrund von Gefälligkeit oder Gnade zu erhalten. Patienten und Ärzte müssen im gegenseitigen Respekt zusammenarbeiten – anders funktioniert es nicht.

Dass es mitunter die Patienten sind, die mehr wissen als ihre Ärzte, kann zu ganz praktischen sozialen Problemen führen.

Was man wissen sollte

Das Beste aus beiden Welten – Inhalieren ist standardisierbar

Viele Patienten bevorzugen die Inhalation von Cannabisblüten. Das Rauchen und das Vaporisieren von Cannabis wirken schnell und effizient. Damit ist der Konsum nebenwirkungsärmer und besser dosierbar. Beim Inhalieren lässt sich für den Patienten am einfachsten selbst die geeignete Dosis finden. Diese Methode ermöglicht zudem eine flexible Auswahl der Sorte. Von Nachteil ist die kürzere Wirkungsdauer im Vergleich zu oral aufgenommenen Cannabisprodukten sowie die schwierigere Einnahme im Vergleich zu Kapseln oder Sprayform. Bei den Studien zu Cannabis als Medizin (im Bereich Schmerzen) wurden bevorzugt standardisierte Produkte in Form von Kapseln oder Sprays genutzt.

Entgegen den Verlautbarungen von Herstellern von Dronabinol-Lösung primär zur peroralen Anwendung ist die inhalative Aufnahme von Cannabis in Form von Cannabisblüten mindestens ebenso sicher und standardisierbar wie die orale Anwendung.

2014 erschien im *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* ein Artikel zur Aufnahme von Cannabisblüten durch Vaporisieren. Der Arzt Elon Eisenberg konnte mit seinem Team in Israel zeigen, dass mit Vaporisatoren eine standardisierte Aufnahme von Cannabis möglich ist. Die eingesetzten Geräte stellen eine neue Generation von Technologie dar, die nicht nur die Temperatur regeln, sondern das Inhalationsvolumen jeder Anwendung messen und auswerten. Die in der Studie genutzten Geräte stehen inzwischen vor der Markteinführung in Deutschland.

Die Vorteile des Verdampfens sind eine sehr gut dosierbare Aufnahme und ein schneller Wirkungseintritt. Dies ist für Migräne-Patienten, Patienten mit Schmerzspitzen und Menschen, die unter anderen akut und spontan eintretenden Symptomen leiden, sehr wertvoll. Glaubt man den Berichten der Hersteller des genutzten Gerätes, ist die Dosierbarkeit besser als beispielsweise bei Asthasprays. Durch eine genaue Kontrolle der Erhitzung und der Menge eingeatmeten Dampfes sind weitere Optimierungen möglich (Eisenberg, Ogintz & Almog, 2014).

„Keine Angst vor Cannabis“ – Der fehlende Beipackzettel – Zu Risiken und Nebenwirkungen

Die Risiken von Cannabis als Genussmittel sind lange und gut erforscht, das meiste ist auch auf den Einsatz als Medizin übertragbar. Im Gegensatz dazu werden heute noch bei gängigen Medikamenten gravierende Nebenwirkungen gefunden. Cannabis wurde so viele Jahre von so vielen Menschen weltweit konsumiert; alles, was gravierend und relevant ist, wäre inzwischen aufgefallen. Die Risiken und Nebenwirkungen von Medizinalcannabis sind besser erforscht als die vieler herkömmlicher Medikamente. Im Vergleich zu diesen sind die Nebenwirkungen von Medizinalcannabis eher gering.

„Für zahlreiche weitere Erkrankungen und Symptome werden positive Wirkungen von Cannabinoiden lediglich in Fallberichten und kleinen offenen unkontrollierten Studien beschrieben, so dass wegen der mangelhaften Datenlage derzeit noch keine abschließende Bewertung möglich ist“ (Grotenhermen & Müller-Vahl, 2012).

Generell kann man sagen, dass Cannabis ein vergleichsweise sicheres und nebenwirkungsarmes Medikament ist. Gerade die Risiken des Gebrauchs von Cannabis wurden in den letzten Jahrzehnten intensiv erforscht. Dies dürfte den Aufwand einer klinischen Prüfung zur Zulassung eines neuen Medikaments weit übersteigen. Ebenso ist die Dauer der Erforschung länger als die Erfahrung mit vielen modernen Medikamenten. Der verbreitete Gebrauch von Cannabis als Rausch- und Genussmittel dürfte bezüglich der Risiken und Nebenwirkungen vergleichsweise kleine „weiße Flecken“ übrig gelassen haben.

Der Satz „Mit Cannabis will ich nichts zu tun haben“ spricht schon Bände – insbesondere über das Selbstverständnis des Arztes über seinen Beruf. Ebenso müssen Patienten akzeptieren, dass ein Arzt eine Therapie nach bestem Wissen und Gewissen durchführt. Das Thema Vorurteile von Ärzten gegenüber Cannabis ist Dauerthema unter Patienten. In unserer Cannabis-Patientengruppe Berlin bekamen wir viele Vorurteile und Mythen genannt – damit müssen Ärzte und Patienten rechnen und sich vorbereiten.

Cannabis ist ein normales verschreibungsfähiges Betäubungs- und Arzneimittel. Damit gelten die entsprechenden Gesetze. Jeder Arzt darf es nach den üblichen Regeln des Rechtes verschreiben, es liegt im Ermessen des Arztes, ob ein Patient geeignet ist, ein Fahrzeug zu füh-

ren und es gibt keine Nachweispflicht für Patienten – eine Bescheinigung des Arztes mit sich zu führen, ist trotzdem empfohlen.

Die Situation der Patienten

In der gesamten Diskussion um das neue Gesetz wurden die, um die es angeblich geht, die Patienten, denen geholfen werden soll, kaum gehört. Fakt ist: Ohne den Kampf der Patienten mit ihren Ärzten für ihre Medizin gegen den Willen der Bundesregierung und ohne das Eigenanbau-Urteil zugunsten des Patienten Michael F. vor dem Bundesverwaltungsgericht hätte es das neue Gesetz in dieser Form nicht gegeben³.

Der Autor hat Folgendes als Betroffener, Drogenpolitiker und Patientenvertreter selbst miterlebt:

Willkür der „Medizinischen Dienste der Krankenkassen“ (MDK)

Bei der Bearbeitung der Kostenanträge durch die Krankenkassen ist Routine eingekehrt, die Willkür bei den Entscheidungen hat dies aber nicht beseitigt. Die Palette der Entscheidungen reicht vom Durchwinken weniger schwerer Fälle bis hin zur Ablehnung von Patienten im Hospiz. Sicher ist nichts, chancenlos aber auch nichts. Ärzte berichten von absurd aufwendigen Therapievorschlägen für demente Schmerzpatienten, denen das Leben mit etwas Dronabinol leichter gemacht werden soll. Allein schon die Anforderung, jedem Patienten erst einmal Opiate zumuten zu müssen, bevor eine Therapie mit Cannabis begonnen werden kann, ist m.E. für Schmerzmediziner ethisch kaum erträglich.

MDK kennt Leitlinien besser als deren Autoren

Eine prägnante Anekdote wurde bei einer Anhörung im Deutschen Bundestag vorgetragen: Frau Prof. Müller-Vahl ist anerkannte Expertin für die Behandlung von Tourette und hat die entsprechenden Leitlinien mitverfasst. Sachbearbeiter des MDKs scheuen sich trotzdem nicht davor, ihr vorschreiben zu wollen, welche weiteren Therapien nach Leitlinie noch notwendig seien, bevor eine Cannabis-Verschreibung in Frage kommt.

Zu den weiteren Schikanen gehört die Forderung des MDK an den Arzt, Quellen nachzuweisen, am besten in Kopie beigelegt – was

gesetzlich ebenso wenig gefordert ist wie die Versuche von Krankenkassen, Anträge zeitlich zu befristen, trotz entsprechender Urteile, die eine solche Befristung als unzulässig ansehen – der Gesetzestext ist hier eindeutig.

Ursprung des Gesetzes/ Erlaubnisinhaber

Anlass für die gesetzliche Neuregelung war weniger eine Bewusstseinsweiterung im Bundesministerium für Gesundheit als vielmehr die Notwendigkeit, auf den drohenden Eigenanbau von Patienten nach dem Urteil des BVerwG Leipzig zu reagieren. Innere Zielgruppe des Gesetzes waren damit die etwa 1.000 Patienten, die Cannabis bereits mit einer Ausnahmeerlaubnis in der Apotheke erwerben durften.

Da viele Patienten sich die Versorgung aus eigener Tasche nicht leisten konnten, beantragten sie eine Genehmigung zum Eigenanbau. Das Urteil reiht sich in den Tenor der bisherigen Erfolge von Patienten vor den deutschen Gerichten: Der Staat muss schwerkranken Patienten das Recht auf eine Therapie mit Cannabis gewähren, nicht nur in der Theorie, sondern praktisch.

Obwohl diese 1.000 Patienten bereits ihre Austherapiertheit gegenüber einer Bundesbehörde nachweisen mussten, ihnen Cannabis mitunter schon seit Jahren nachweislich half und sie sich für die Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr qualifiziert hatten, haben bis heute zahlreiche Erlaubnisinhaber keine Kostenübernahme, sind noch auf dem Klageweg oder bereits auch dort gescheitert. Für sie hat sich die Lage durch das neue Gesetz und die damit verbundene Verdoppelung des Preises verschlechtert. Die Krankenkassen sabotieren hier den eindeutig geäußerten Willen des Gesetzgebers.

Ausnahmefälle und der Begriff „schwerwiegend“

Im Gesetz wird gefordert, dass Ablehnungen nur in „begründeten Ausnahmefällen“ zulässig sind, die Beweislast sollte also bei den Krankenkassen liegen. Die Krankenkassen schreiben in ihren Briefen, dass eine Kostenübernahme nur in „besonderen Ausnahmefällen“ möglich sei, und entscheiden auch nach dieser Prämisse⁴.

³ Aus der Bundestagsanhörung am 21. September 2016 – Maximilian Plenert zur Geschichte des Cannabis-Eigenanbau-Verhinderungsgesetzes. <https://www.youtube.com/watch?v=urfbvAMlHYg>

⁴ „Die Versorgung von Versicherten mit schwerwiegenden Erkrankungen soll durch den Anspruch auf Cannabis nach Satz 1 verbessert werden. Die Genehmigungsanträge bei der Erstversorgung der Leistung sind daher nur in begründeten Ausnahmefällen von der Krankenkasse abzulehnen. Damit wird auch der Bedeutung der Therapiehoheit des Vertragsarztes oder der

Bei Ablehnungen aufgrund einer „mangelnden Schwere“ verdrehen sie ebenfalls den Willen des Gesetzgebers. Die Krankenkassen interpretieren eine schwerwiegende Erkrankung in Richtung der „Sargnagel“-Kriterien („lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung“ oder mit einer „zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung“), die für den Off-Label-Use normalerweise gelten. Die Historie dieses unbestimmten Rechtsbegriffes ist in den Protokollen des Bundestages zu finden.

Im ersten Gesetzesentwurf war noch von „schwerwiegend chronisch Kranken“ die Rede, mit Verweis auf die – verhältnismäßig leicht erfüllbare – „Chronikerrichtlinie“. Damit sich die Erkrankungen nicht erst chronifizieren müssen, um eine Therapie mit Cannabismedikamenten zu erhalten, strich der Gesetzgeber das Wort „chronisch“. Gewollt war eine Ausweitung der Möglichkeiten; die Krankenkassen führen diese Änderung ad absurdum.

Rechtslage

Cannabis ist weiterhin eine illegale Droge, Patienten stellen hier die Ausnahme da. Die Rechtslage für Medikamente am Steuer ist – mit der Normalisierung von Cannabis als Medizin – eigentlich klar. Realität ist, dass Patienten *als Beifahrer* in eine Verkehrskontrolle kamen, ihnen Monate später direkt der Führerschein entzogen wurde und sie zur MPU gebeten wurden.

Theoretisch ist das Reisen mit Betäubungsmitteln innerhalb des Schengenraums kein Problem. Hierzu ist ein amtlich beglaubigter „Schengen-Schein“ notwendig, ausgefüllt vom Arzt. Die Beglaubigung ist eigentlich Formsache – außer, dass der zuständige Abteilungsleiter der Meinung ist, dass bei Cannabis andere Regeln gelten sollten, und er erst einmal die medizinischen Unterlagen vom Arzt anfordert.

Um uns Patienten geht es zwar, aber wie es uns geht, interessiert niemanden.

Wie leider nicht zum ersten Mal haben Regierung und Parlament einen gesetzlichen Rahmen geschaffen, ohne diesen entsprechend auszufüllen. Die Bemühungen der Exekutive, über die neuen Möglichkeiten aufzuklären, beschränkten sich auf ein Minimum an Informationen und einen Appell an die Ärzteschaft. Eine große deutsche Krankenkasse schaltete zwar eine Hotline, leider wussten bei einem Anruf die Mitarbeiter weder von ihrer Aufgabe noch dass es überhaupt eine gesetzliche Neuregelung gab.

Besser leben mit Cannabis

Viele Patienten, für die Medizinalcannabis als Therapie in Frage kommt, sind chronisch krank. Hier geht es bei einer Therapie beim Arzt meist nicht um eine Heilung, sondern um die Linderung von Symptomen und um Lebensqualität zurückzugewinnen. Sie müssen daher über viele Jahre Medikamente einnehmen und sind oft „austherapiert“. Die gängigen Medikamente zeigen kaum Wirkung, haben zu viele Nebenwirkungen, sind bei Dauergebrauch schädlich oder sind aus anderen Gründen nicht verträglich.

Fazit: Cannabis ist kein Wundermittel. Für viele kranke Menschen kann es aber eine wertvolle Ergänzung ihrer medizinischen Versorgung sein. Mit Cannabis-Medikamenten bekommen Ärzte nun einen weiteren Pfeil in ihren Köcher. Die betroffenen Patienten erhalten einen weiteren Strohalm und können hoffen, dass Cannabis ihnen das Leben mit ihrer Krankheit etwas leichter machen könnte. Ein Therapieversuch bedeutet für viele Patienten eine sinnvolle Chance!

Eine individuelle Kosten-Nutzen-Rechnung ist wie bei jedem Medikament notwendig. Sowohl Cannabis als auch bestehende Medikamente wirken bei einigen Patienten sehr gut, bei anderen schlecht oder gar nicht.

„Nun sag‘, wie hast du’s mit den unterschiedlichen Sorten?“

Die Frage, bei welcher Indikation welche Cannabissorte am wirksamsten ist, ist für viele Patienten ebenso zentral wie von der Ärzteschaft unbeantwortet. In den USA gibt es schon einen langjährigen Erfahrungsschatz. Nachdem Cannabis als Medizin in Kalifornien 1996 legalisiert wurde, hatten Patienten, Ärzte, Care-Giver und Dispensaries über 20 Jahre Zeit, ganz offiziell zu schauen, was für wen am besten passt. Websites wie leafly.de, auf denen Patienten ihre Erfahrungen teilen können, liefern Daten niedriger Qualität, aber mit vielen Patientenerfahrungen. Erfahrungen von Patienten mit standardisierten Sorten gibt es seit inzwischen 15 Jahren in den Niederlanden. Leider gibt es bisher kaum aussagekräftige Erhebungen und Auswertungen.

Ein ungehobener Schatz im BfArM

Für Deutschland existieren ebenfalls viele tausend Patienten-Jahre Erfahrungen. Das BfArM weiß von den 1.000 Inhabern einer Erlaubnis

Vertragsärztin Rechnung getragen“ (BT-Drucksache 18/10902, S. 20).

nach § 3 BtMG für den Erwerb von Cannabisblüten genaustens, welche Diagnosen behandelt wurden und wann welche Patienten welche Sorte gekauft haben. Da die Erlaubnisinhaber frei zwischen den zur Verfügung stehenden Sorten wählen konnten, an kein Rezept oder Arzt gebunden waren und es keinen Unterschied im Preis gab, sollten diese Daten ein unverfälschtes Bild wiedergeben. Leider gibt es bisher keine Bemühungen, dieses Datenmaterial zum Wohle der Patienten zu nutzen. Der Datenschutz ist hier übrigens kein Hindernis, haben doch Patientenvertreter schon von sich aus ihre Bereitschaft erklärt, mitwirken zu wollen.

Informationen aus Kanada

Inzwischen gibt es mit der Arbeit „Patterns of medicinal cannabis use, strain analysis, and substitution effect among patients with migraine, headache, arthritis, and chronic pain in a medicinal cannabis cohort“ (Baron, Lucas, Eades & Hoque, 2018) endlich eine solide Erhebung, welche erste Antworten liefern kann.

Basierend auf dieser Umfrage von über 2.000 Cannabis-Patienten in Kanada entstand eine Liste der beliebtesten Sorten für die einzelnen Diagnosen. Die Sorten unterscheidet man praktisch primär an ihrem Geruch und Aussehen. Nicht jeder Unterschied bei den Gerüchen, also den Terpenen, macht auch bei der Wirkung einen merkbaren Unterschied. Ebenso richtig ist allerdings, dass im Einzelfall, beim konkreten Patienten mit seinen Diagnosen, seinen Begleitmedikamenten etc. die Unterschiede zwischen zwei Sorten mit gleichem THC- und CBD-Gehalt sehr relevant sein können.

Fazit

Das Wissen und die Erfahrungen der Patienten müssen unbedingt besser einbezogen werden!

Literatur

Baron, E. P., Lucas, P., Eades, J. & Hoque, O. (2018). Patterns of medicinal cannabis use, strain analysis, and substitution effect among pa-

tients with migraine, headache, arthritis, and chronic pain in a medicinal cannabis cohort. *J Headache Pain*, 19 (1), 37.

Cremer-Schaeffer, P. (2016). *Cannabis. Was man weiß, was man wissen sollte*. Leipzig: Hirzel.

Eisenberg, E., Ogintz, M. & Almog, S. (2014). *The pharmacokinetics, efficacy, safety, and ease of use of a novel portable metered-dose cannabis inhaler in patients with chronic neuropathic pain: a phase 1a study*. doi:10.3109/15360288.2014.941130

Grof, C. (2018). Cannabis, from plant to pill. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84 (11), 2463-2467. doi:10.1111/bcp.13618

Grotenhermen, F. & Müller-Vahl, K. (2012). The therapeutic potential of cannabis and cannabinoids. *Dtsch Arztebl Int*, 109 (29-30), 495-501. <https://m.aerzteblatt.de/app/print.asp?id=127598>

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A. et al. (1997). Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? (Übersetzung: M. Perleth, Hannover). *Munch Med Wochenschr*, 139 (44), 644-645. <https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/leitartikel-sackett>



Maximilian Plenert

Cannabis-Patient. Sprecher des Selbsthilfenetzwerks Cannabis Medizin (SCM), Mitglied im Vorstand von akzept e.V., Autor m.plenert@sens-media.com <https://besserlebenmitcannabis.de>

The process of legally regulating medicinal cannabis in the Americas: challenges, limits and opportunities

Lisa Sánchez & Jacinta Santacruz

The rise of political, legislative and judicial processes around the globe, in the past decades, has made way to a worldwide debate and new legal regulatory regimes in various countries, for the medical and therapeutic use of the cannabis plant. Such evolution, nonetheless, has not come without serious questioning of what cannabis is, what constitutes a medicine, what is the state of scientific evidence and what will both, Member States and the international drug control regime do, in order to allow or further prevent its use.

Although the answers to these questions are still subject to great discussion, some jurisdictions are pushing the boundaries of current prohibition and leading the way to what might become the new reality: the legally recognized use of cannabis for medicinal and therapeutic purposes. It is the purpose of this text to present a brief overview of the regulatory models explored in a selection of countries in the Americas, link such developments with the international debate at the UN level, and reflect on both levels to try to answer the most pressing preoccupations for practitioners and patients: does cannabis work and for what?

Defining and prohibiting Cannabis

In order to understand and analyze what the change towards regulatory models entails and what are the differences amongst them, it is important to bear in mind the basic definitions of cannabis enshrined in the international drug control regime, specifically in the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs¹:

1. Cannabis: the flowering or fruiting tops of the cannabis plant, excluding the seeds and leaves when not accompanied by the tops, from which the resin has not been extracted, by whatever name they may be designated.

2. Cannabis plant: any plant of the genus Cannabis.
3. Cannabis Resin: the separated resin, whether crude or purified, obtained from the cannabis plant.

The aforementioned definitions were the base for the different controls established over the plant and the various behaviors that were prohibited. They also lay the grounds for the hardening of its prohibition, as later in time the original meaning of “cannabis”, “cannabis plant” and “cannabis resin” was expanded to also include their main psychoactive component, tetrahydrocannabinol (THC). Such distinctions, read through the lenses of other two key concepts, also serve to understand why the use of cannabis has been strictly limited to scientific purposes, and how the arbitrary invalidation of its therapeutic properties continues to determine the scientific evidence and regulatory possibilities available to UN member states (Aguilar et al., 2018). Which are these two concepts? Medical and scientific purposes. Why? Very simply: the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs mentions them dozens of times but leaves its interpretation to the discretion of the parties as its Article I does not offer a clear definition.

It was not until 2003 that the International Narcotics Control Board (INCB) offered some clarity, defining with the following definitions:

1. Medical Purposes: a medicine (whether synthetic and/or natural, pure or in the form of a preparation) is a substance used, designed or approved to: improving the health and well-being [of the user], preventing and treating a disease (including the alleviation of its symptoms), acting as a diagnostic aid, aiding conception or providing contraception, and/or providing general anesthesia (INCB Report, 2013).
2. Scientific purposes: the designation of the use of a drug for “scientific purposes” is appropriate when it is used as a tool for investigating mechanism of health or disease or when investigating the use of a product

¹ Article 1 of the “Single Convention on Narcotic Drugs of 1961”, opened for signature June 24, 2019. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

as medicine. In patients, the investigation would be done as part of a clinical trial, which requires prior approval from the research ethics committee.

Taking all these elements into consideration, let us be reminded that cannabis was first prohibited internationally in 1961, when the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs classified it as a Schedule I drug, alongside heroin considering cannabis and cannabis resin were “very addictive” substances with potential for “abuse” or used as “precursor” for other drugs. Moreover, its later classification under Schedule IV of the same convention acknowledged cannabis and cannabis resin limited or non-existent therapeutic value, limiting the possibility of using them outside the margins of the ill-defined concepts of medical and scientific purposes. The 1971 Convention on Psychotropic Substances only made things worse by including THC in its Schedule I denying it any therapeutic value. Finally, the 1988 Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances classified the production, manufacture, supply, distribution, sale, transportation, import or export, as well as the cultivation of the cannabis plant for the purpose of producing drugs, and made its possession or acquisition a criminal offence (Aguilar et al., 2018).

Having this history in mind, it is important to understand that the key concept that allowed for the total prohibition of cannabis was that of “therapeutic properties”. Such term was (and still is) the decisive factor in denying its medicinal use, since it is used as a criterion for differentiating the types of controls established for the substance, depending on the schedule in which it is classified. The problem lies in the fact that the conventions establish that therapeutic use is not synonymous with medicinal, which resolves into a false dichotomy – since all medicinal use is, in principle, therapeutic. This semantic distinction creates a legality problem because it separates uses that may be included under the regulatory regime for licit usage and uses that will be excluded from such regime. The problematic terminology goes beyond this separation and has a direct impact on the type of regulations established in terms of permitted behaviors (prescribing or growing), types of available products (pharmaceutical medicines only or other preparations), possible health controls, access to patients and even the price at which each product can be acquired (ibid.). To this day, there is still reluctance to accept the term “therapeutic” as it would entail the existence of specific requirements for the control of pharmaceuticals.

We will come back to this discussion in the following pages in order to better understand why the international drug control regime still refuses to allow the medicinal and therapeutic use of cannabis and its cannabinoids. We will also refer to this discussion when we talk about how the reclassification processes established in the Conventions have failed to unequivocally open the door for the legal regulation of cannabis for these same purposes and what can be done to accommodate regulatory regimes in the meantime. But first let us have a look at some of the examples of those jurisdictions already using cannabis to treat either the symptoms of a variety of pathologies or the side effects of their traditional treatments.

Regulating cannabis for medicinal or therapeutic purposes

As we mentioned before, there are many jurisdictions that have explored some sort of legal regulation allowing for the use of cannabis or cannabinoids for medicinal or therapeutic purposes around the World. Most of them are geographically located in the Americas (including the Caribbean) where at least over a dozen countries have modified their legal frameworks to accommodate some regulation for some cannabis-based products. And this change has happened very fast: it was not until the early 2000s that the conversation in some countries shifted from prohibitionist policies to the decriminalization of certain properties of the cannabis plant, and even the open creation of potent industries adopting a commercially-oriented regulatory model.

It is understood that the existing experiences vary significantly in terms of goals, means, scope and results depending on the type of process that lead to policy change (i.e. direct democracy exercises, legislative change or court rulings) and to other factors, such as. the kind of society and institutions in which the debate occurs, the state of the country’s scientific research, and the historical presence and knowledge of the plant, to name a few. In any case, what is really interesting of all these experiences is the fact that once achieved, change seems to be irreversible whilst areas of opportunity seems to increase. Here are some examples:

Uruguay

Uruguay was the first country to completely regulate the cannabis market for medical and scientific purposes, as well for industrial and

recreational use. The country's trajectory to legal cannabis began in 1974, when drug possession for personal use was decriminalized even if cultivation and distribution remained a crime. After 40 years of enforcing a law that started to be perceived as contradictory, legislators felt pressure to start a debate and framed cannabis regulation as an alternative to downsize the illegal market and correct the wrongs of a law that did not prohibit the use of a drug but considered a crime all the other use-related activities. It was not until 2012 that President Jose Mujica introduced a bill in congress to legally regulate the production, distribution and consumption of cannabis, as means to improve public health and security (Jordan, 2018).

In terms of the resulting regulation, Uruguay created a State monopoly in which the Institute for the Regulation and Control of Cannabis determines who can produce cannabis, as well as how much and who can consume it, under which conditions. People wanting to access the so-called recreational market can get up to 40 g of cannabis per month from three mutually exclusive sources: self-cultivation, cannabis clubs or pharmacies (retail). Patients, on the other hand, initially had to acquire their cannabis within the "recreational" system and or get an orange prescription and apply for authorization to import other products such as Sativex or Marinol. At present, patients can access CBD and other cannabis-based products with less than 1% THC in a relatively easy way. They just need a prescription that virtually any practitioner can extend and they can access locally produced products made out of imported raw materials. This equation, nonetheless, is expected to change in the near future as the country is already exporting its first shipments of stabilized cannabis flowers to produce medicinal products abroad, and the licensed companies established in its territory are already harvesting their first medicinal varieties. Projections suggest that by the end of this year the first companies could be requesting the necessary permits to commercialize medicinal products made entirely of locally grown raw materials.

Colombia

In Colombia, medical marijuana was legalized in 2015 through a presidential decree resulting in a bill proposed in the senate by liberal senator Juan Manuel Galán. These legislative changes were impulse by the social pressure stemmed from the lobbying of various non-governmental organization such as Fundación

"Cultivando Esperanza" and also taking into account the fact that farmers were already cultivating the plant in some regions (Palomino, 2015a, 2015b). Law 1787 created a regulatory framework for medical and scientific access to cannabis, within which the state retains control over the market and grants licenses to private entities for production, manufacture, export, transformation and research. Medicines produced are phytopharmaceuticals and can be obtained in authorised pharmacies, without medical prescription. The government will aim to set a price that guarantees access for all.

Canada

Canada first began the trajectory to regulate medicinal cannabis in 2000 with a Federal Supreme Court resolution that forced the establishment of a legal regime in the entire country that is still developing to date (Conesa, 2026). The first Court decision, *R. vs Parker*, allowed Terrance Parker to use cannabis for medical purposes after, in spite of being an epilepsy patient treating his attacks with cannabis that he cultivated himself, was arrested, had his plants confiscated, and was processed criminally under the Controlled Drugs and Substances Act. In his defense, Parker argued that the prohibition to cultivate and possess marijuana for medical purposes was a violation to his rights and the Court agreed with him. The ruling also deemed necessary that there be a new regulation regarding medical marijuana and suspended the unconstitutional effects of the Controlled Drugs and Substances Act for a year in order to give the parliament a reasonable time to regulate.

Following the Supreme Court order in the Parker case, in 2001, the government issued the Marijuana Medicinal Accesses Regulations (MMAR). This regulation allowed the production and possession of marijuana only for medical purposes through a licensing regime. Depending on the type of illness, patients had to have either one or two medical authorizations, by specialists in their illnesses, in order to obtain the license. In 2003 an appeal was submitted to the Ontario Appeals Court regarding the restrictions imposed by the MMAR. The appeals Court partially approved the appeal concluding that the MMAR did not guarantee a reasonable access for the patients, and allowed for third parties to cultivate and supply medical marijuana to more than one patient. In 2008 the Federal Court revised the patient system again, and the MMAR was reformed to allow third parties to supply up to eight patients.

In 2014, the government eliminated self-cultivation and restricted access so that patients could only obtain marijuana through authorized licensed providers. Patients would have to obtain a license from a doctor, register with the provider and order the product be it on the phone or through the internet. This reform gave way to numerous judicial appeals that argued that the restrictions imposed by the reform were an impediment to reasonable access to their treatments. Consequently, a Federal judge ordered a suspension for this legislation. In 2015, a citizen was arrested for the sale of cannabis derivatives that were not foreseen in the MMPPR, which only allowed the sale of smokable cannabis. The court determined that this regulatory lagoon violated the rights to freedom and security, and it was unconstitutional due to the fact that it limited the choices of treatment for the patient. Legislators solved this regulatory problem by including cannabis derivatives, allowing suppliers to sell cannabis oil.

Finally, in 2016, the Federal Court declared that the MMPPR's prohibition of self-cultivation was unconstitutional and its decision gave way to a new legislation. In 2018 the Cannabis Act was issued and with it a separate set of rules for the medicinal use of cannabis. The resulting regulation allows for patients authorized by their health care provider to access cannabis for medical purposes by either buying directly from a federally licensed seller, registering with Health Canada to produce a limited amount of cannabis for their own medical purposes or designating someone to produce it for them. "Subject to the legal age limit in their province or territory, they are also able to buy cannabis at provincial or territorial authorized retail outlets or through provincial or territorial authorized online sales platforms".

According to Health Canada, patients can store as much cannabis as they want at home although public possession limits remain the lesser of 150 grams or a 30-day supply of dried cannabis (or the equivalent in cannabis product) in addition to the 30 grams allowed for non-medical purposes.

Mexico

In Mexico the turning point for legal reform in regards to medical cannabis arose from the compelling case of an eight year old girl diagnosed with Lennox-Gastout syndrome, named Grace. At the early age of eight years old, Grace had already been subject to multiple treatments in order to control and diffuse her epileptic at-

tacks, as well as multiple surgeries that did not seem to alleviate her suffering. After thorough research, her parents and her doctor decided to seek help in order to import cannabidiol. To get it, they asked permission to the Ministry of Health, which denied their application on the basis that there was not enough evidence to prove that cannabis-based preparations would be beneficial (Benavides & Elizade, 2016).

A legal battle began. First, an appeal was submitted to a district judge. In the appeal, it was argued that the denial of the request to import Cannabidiol for treatment, and the laws that prohibited its use were unconstitutional because they discriminated the girl and violated her right to health and its protection and guarantee (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2016). The Court determined that such violations were true and granted the appeal in favor of Grace and her family, invalidating the denial of the original request to import. Grace's case became international news and pressured Mexican Legislators to begin a process to reform the current Health and Criminal laws in order to allow the use and production of medical marijuana in the Country.

On 2017, by presidential and congressional decree the Health Law and the Penal Code were reformed. The decree ordered the Ministry of Health to design and execute the necessary public policies in order to regulate the medical use of the pharmacological derivatives of cannabis, and ordered to allow cannabis use for scientific and industrial purposes. This reform also allowed, in paper, the commercialization, export and import of cannabis derivatives with a THC concentration of one percent or less as long as these complied with sanitary regulations. Furthermore, the plantation cultivation or harvest of cannabis was not punishable by law when these activities were to be carried out for medical or scientific purposes (Diario Oficial de la Federación, 2017). After the publication of the reformed law, the Ministry of Health had 180 days to issue the aforementioned policies. It never did. At present, patients can import cannabis-based or cannabis-like pharmaceuticals through a rather bureaucratic process that requires a sanitary authorization and the payment of legal fees. It is expected that the National Congress will discuss and approve a more comprehensive law regulating medicinal and recreational use of cannabis by the end of the fall this year.

Brazil

Brazil has had a difficult trajectory in matter of medical marijuana legislation, due to the clash between a society that is ready for a change in regulation, and a conservative government with strict anti-drug policies. In 2014, the government authorized the importation of medications based on CBD oil, and included THC and marijuana flowers in 2016. However, the Brazilian Federal Medical Board prohibits the prescription by physicians of cannabis in its vegetal form. Through the years, the Brazilian Congress has been pressured to legalize drugs, and in this case, medical cannabis, through different angles (Aguilar et al., 2018).

Through the years, Brazilian society and courts have been pressuring the government to change the legislation with regards to medical cannabis and the cultivation of the cannabis plant. In 2017, Supreme Court Justice Roberto Barroso, called for the legalization of marijuana and other drugs to undo the *“growing power of drug gangs behind a wave of violence that shook the country”* (Soto, 2017). The court had already evaluated the matter years before, in 2009, with the case of an inmate in a Sao Paulo prison that was caught in possession of cannabis. Sao Paulo's public defender's office filed an appeal on his behalf arguing that the inclusion of drug possession charges to his case was unconstitutional since it violated the right to privacy (Brazil Supreme Court, 2015).

In 2018, scientists protested against the prohibitionist drug laws that resulted in the arrest of Brazil's most prominent cannabis researcher, Elisado Carlini had been detained and questioned by the police on suspicion of inciting drug crimes. A petition, organized by the Brazilian Society for the Advancement of Science, received massive support from the Brazilian society, and even the former president, Fernando Henrique Cardoso (Angelo, 2018). In recent years, there has been a wave of habeas corpus submitted to the courts by patients who requested the right to consume and cultivate cannabis-based products for therapeutic purposes. Some individuals, such as “Douglas”, a patient with a herniated disc, the permission has been granted by local judges. But for the rest, access remains a challenge since all patients are required to obtain a court order (Ying, 2019).

So far the discussions in the Courts and the outraged society have managed to pressure Brazilian legislators into proposing new regulation, but these projects have not been approved due to the conservative inclination of the current government. On November 28th 2018, the

Senate approved the bill PLS 514/2017, a document that proposes to decriminalized cannabis cultivation and consumption for medical purposes. The project is yet to be approved by the lower house and the president, Jair Bolsonaro, himself. In the meantime, patients will continue to only have access on individual basis and through lengthy and costly litigation processes (Senado Federal, 2019).

The international debate

The cases of the countries reviewed previously, among others not mentioned in this text, have created an atmosphere of pressure at the international level. As a consequence, the UN has been forced to reevaluate its positions in regards to medicinal cannabis and called for the first World Health Organization (WHO) intervention in decades. On January 2019, the WHO Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) released the outcomes of its first ever critical review on the state of scientific evidence supporting – or not – current cannabis scheduling under the drug conventions. The critical review was nothing but underwhelming.

In a brief analysis published by the Transnational Institute and The Global Drug Policy Observatory, entitled *“The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny”*, experts on international drug control observed that although the review made by the WHO had some positive points (amongst which the acknowledgement of the medical usefulness of cannabis that resulted in its removal from Schedule IV of the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs, and the much needed clarification that cannabidiol is not under international control), the exercise followed *“a very questionable rationale that resulted in a recommendation keeping cannabis in Schedule I”*. The reasoning in the ECDD's critical report, they argued, was based on *“dubious arguments pushed by a few individuals in the 1950s”*, *“a failure to apply the required similarity test”* (which means, comparing the harms caused by cannabis to those produced by other substances scheduled in the same list) and the validation of evidence published in the past that has now been challenged (WHO, 2019).

The result of the ECDD's review, as well as the entire process to develop, release and publish its outcomes, has been suboptimal, tedious and delayed throughout the years. This year only, the United Nations Commission on Narcotic Drugs delayed its vote on the recommendations developed by the ECDD, which was

scheduled to happen on March 7th in Vienna (Somerset, 2019). In practical terms, this means that even if the review found sufficient evidence supporting that cannabis has therapeutic value, the international drug control system will remain outdated and no international regulation of this use will be accepted in the near future. The consequences for patients, practitioners and scientists are uncountable. With cannabis still listed in Schedule I, even the most basic scientific activities oriented to know more about the plant and its components will continue to be prohibited. The long term effect will be the progressive adoption of divergent regulatory regimes that will vary greatly in their goals, scopes and limits ... and in such scenario we will continue to delay the answering of important questions such as: does cannabis work and for what?

Current state of scientific evidence

The cannabis plant has been used as a medicine for thousands of years to treat various illnesses (Russo et al., 2007; Kalant, 2001). Its flowers concentrate hundreds of different cannabinoids which produce pleasant reactions, feelings of relief and health improvements for patients suffering from a range of illnesses, when coming in contact with the endocannabinoid system in the human body. THC and cannabidiol (CBD) are the best known and most studied of the more than 100 cannabinoids. However, new properties for other compounds are constantly being discovered; for example, terpenes and avonoids have also been shown to have therapeutic properties (Sánchez, 2015).

A review of available scientific evidence (for a list of studies and reports on evidence related to medicinal cannabis, see: National Academies of Science, Engineering, Medicines, 2017; International Association for Cannabinoid Medicines, 2011; Kalant, 2001) supports the potential therapeutic use of cannabis in:

- Neurological diseases (Bowles, 2012): multiple sclerosis (GW Pharmaceuticals, 2016; Koppel, Brust, Fife et al., 2014; Pertwee, 2002, 2012; Collin, Davies, Mutiboko & Ratcliffe, 2007), and epilepsy (Gloss & Vickrey, 2014), with preliminary evidence that cannabis may have beneficial effects on Alzheimer's disease (Volicer, Stelly, Morris et al., 1997), Huntington's disease (Fernández Ruiz, Lastres-Becker, Cabranes et al., 2002) and Tourette syndrome (Koppel, Brust, Fife et al., 2014; Müller-Vahl, Schneider, Koblenz et al., 2002); Müller-Vahl, Schneider, Prevedel et al., 2003).
- Diseases and symptoms of the digestive tract and nutritional status: with conclusive evidence of the beneficial effects of cannabis for the treatment of side effects during chemotherapy for cancer (especially for nausea and vomiting; Whiting et al., 2015; Smith, Azariah, Lavender et al., 2015) and those associated with HIV/AIDS (Belendiuk et al., 2019; Bedi, Foltin, Gunderson et al., 2010; Strasser, Luftner, Possinger et al., 2006); and preliminary evidence for ulcerative colitis and Crohn's disease (Lal, Prasad, Ryan et al. 2011); decrease in gastric and intestinal secretions, regulation of the lower oesophageal sphincter, among others (Wong, Camilleri, Eckert et al., 2012).
- There is conclusive evidence of the positive health effects of cannabis on chronic pain (Whiting et al., 2015) mainly of neuropathic origin (Andreae et al., 2015).
- Drug dependence and mental health problems (Belendiuk, Baldini & Bonn-Miller, 2015): with preliminary evidence on the use of cannabis as substitution therapy for opioids (Raby, Carpenter, Rothenberg et al., 2009), stimulants (particularly cocaine; Labigalini, Rodrigues & Da Silveira, 1999) and alcohol (Reiman, 2009); as well as to address anxiety (Whiting et al., 2015), post-traumatic stress disorders (Jetly, Heber, Fraser & Boisvert, 2015) and sleeping disorders.

The latest frontier: medicinal marijuana vs. opioids?

In the past few decades the number of scientific studies proving the therapeutic properties of the different components of the cannabis plant have been staggering.

"The most common use of medical marijuana today is for chronic pain. There is a developing basic science evidence base linking the cannabinoid neurotransmitter system to nociception. The cannabinoid receptors are localized in several structures important for pain" (Piper, Beals, Abess et al., 2017).

In a study of 984 participants, conducted by the Commonwealth Medical College,

"members of medical cannabis dispensaries in the north-eastern US, 64 percent reported having been diagnosed by a medical professional with chronic pain, among these, 39.5 percent suffered from arthritis, 18.8 percent of migraines/chronic headaches, 16.1 percent fibromyalgia, 12.1 percent had irritable bowel syndrome, 10

percent had cancer and 6.7 percent diabetes” (ibid).

The patients were asked to respond to “What you like most about medical cannabis?”, to which they received 2,592 responses, and out of these responses 36 percent were about the medical benefits of medicinal cannabis, 14 percent of responses identified non-health benefits such as the general improvement of quality of life. Out of the 1,678 of the negative responses to the cannabis treatment regarded primarily economic considerations including costs (28.4%), and smell (21.7%).

A correlation seems to have been found between the legalization of medical cannabis and the reduction in the use of prescription opioids. It is known that opioid-based pain medications have negative side effects, such as addiction and withdrawal syndromes. There have been studies that suggest that medical cannabis has helped reduce the opium intake in patients with chronic pain, but no actual evidence that cannabidiols can be used as a substitute for opioid based pain killers. In a study published in the Journal of Psychopharmacology, titled Substitution of medical Cannabis for pharmaceutical agents for pain anxiety and sleep, out of 1,513 subjects that completed an online survey about their medical history, “among respondents that regularly used opioids, 76.7 percent indicated that they reduced their use since they started medical cannabis” (Piper, DeKeuster, Beals et al., 2017).

Another study conducted in New Mexico aimed to measure the effect of enrollment in the New Mexico Medical Cannabis Program on opioid prescription patterns in response to patient reports of changes in pain reduction and improved quality of life among enrollees. The study was conducted on 37 subjects of which, in the ample period 83.8 percent reduced prescribed daily opioid dosage. The correlation between medical cannabis registration and use and the reduction in prescribed opioid intake is interesting, although these studies cannot be taken as determinative, due to the restrictions in their methods and the small number of subjects they have been conducted on and the fact that most of these studies rely on self-reported cannabis and opioid use.

In a study conducted in Australia, over a four year cohort study there was “no evidence found that cannabis use was associated with reduced opioid use or opioid cessation” and that cannabis was less effective in pain relief and anxiety reduction than opioids themselves. A 2014 study conducted by the University of Pennsylvania claimed that opioid related deaths had decreased in states that had legalized medi-

cal marihuana. However, a recently published study, conducted by Dr. Keith Humphreys and other associates from Stanford University discovered that the findings in the original analysis (University of Pennsylvania) “did not hold over a longer period of time and that the association between state medical cannabis laws and opioid overdose mortality rate reversed direction from -21% to +23% and remained positive after accounting for recreational cannabis laws” (Shover et al., 2019).

To this day, there has not been a scientific consensus regarding the superior benefits between medicinal cannabis and opioid based medicines. As analyzed previously, there have been studies that prove the benefits of cannabidiol treatments for chronic pain, and yet there are other exercises that suggest that these benefits are far less effective than those of opioids.

Interestingly enough, even though cannabis constituents do not directly affect the consumption of prescription opioids, there are studies that bring to light the enhancing effect that delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) has on the potency of opioids, such as morphine. Furthermore, the combination between these substances could possibly reduce the risk of addiction to the opioids, the controversy in these studies is that they have only been implemented on chimpanzees and there have been few realized on human subjects, that have not been replicated (Cichewicz, 2004; Abrahams et al., 2011).

Final remarks

It is clear that the issue of legally regulating cannabis for medicinal and therapeutic use is of great importance. Either be for the sake of scientific progress or for the genuine contribution it can make to the improvement of the health and wellbeing of humankind, the truth is that cultivating, producing, prescribing and buying cannabis and its derivatives to help us deal with a wide-range of diseases is a social, economic and political opportunity the international drug control system cannot miss. Additionally, and if the aforementioned reasons were not enough, its total prohibition has been seriously questioned for several years now and, from a purely pragmatic perspective its legal regulation is already a reality in over 40 jurisdictions and countries.

In such context, a more complex question arises and demands a clear, common response: in the face of reality what would be the most effective way to regulate this market and maximize its benefits? As shown in the previous pages, at present there are different ways of regulating this market, prioritizing different

policy goals. Some countries prioritize health, others innovation and scientific progress whilst another group may be focusing on crime reduction, seeing medicinal regimes as part of bigger efforts allowing for industrial and recreational markets to flourish. Not all of these regimes are working perfectly or even to their true potential, others might be growing too fast. Regardless, there are lessons to be learnt from the experience of the Americas, and those are the following:

1. Regulatory regimes must be comprehensive and non-restrictive for them to work. Pretending to limit the medicinal use of cannabis for a set list of pathologies or symptoms makes health control much more difficult, creates unnecessary inequalities within the public health system, and prevents scientific progress. The same goes with restricting its scope to the importing of pharmaceuticals or the participation of private actors to the large transnational players, excluding the small or traditional growers.
2. Cannabis-based medicinal products should be included in the country's basic medicines range from the onset. Not doing so creates a perverse incentive for cost increase at the expense of patients. Imports should not be individual, even during the adaptation periods in which countries are developing their own medicines or raw materials.
3. Effective regulation will require a strong investment of human and financial resources in order to develop the necessary institutions and professionals to implement such regulatory framework. To achieve this, countries need to make sure they allocate sufficient budgets to run the model, generate sufficient and periodic research, monitor policy outcomes and enforce the law.
4. Finally, coordination is key. Governments should ensure to coordinate all relevant agencies to streamline the various technical and sanitary processes that allow new medications to reach the market quickly, while always ensuring the highest possible standards for consumer health protection.

Given these points it is possible to conclude that there is still a need for a large-scale debate on the matter of medical cannabis at an international scale. The *World today* is headed towards alternative policies, including legal regulation of certain drugs, which means the international drug control system needs to be updated as to effectively address the need for coordination and coherence amongst existing and emerging legalization experiences, and as to allow for science to have the final say on what can and can't be done. Drug policies in general, and can-

nabis policies in particular, need to go back to the original formula of being "evidence-based policies" and not producing "policy-based evidence".

Preferences

- Abrams, D. I., Couey, P., Kelly, M. E. & Benowitz, N. L. (2011). Cannabinoid–opioid interaction in chronic pain. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*. doi:10.1038/clpt.2011.188
- Aguilar, S., Gutiérrez, V., Sánchez, L. & Nougier, M. (2018). *Medicinal cannabis policies and practices around the world*. PDF. Mexico City: Mexico Unido Contra La Delincuencia.
- Andreae, M. H. et al. (2015). Inhaled cannabis for chronic neuropathic pain: A meta-analysis of individual patient data. *Journal of Pain*, 16 (12), 1121-1232.
- Angelo, C. (2018). Police probe of Brazilian marijuana researcher sparks protests. *Nature News*. Accessed June 28, 2019. <https://www.nature.com/articles/d41586-018-02842-0>
- Bedi, G., Foltin, R. W., Gunderson, E. W. et al. (2010). Efficacy and tolerability of high-dose dronabinol maintenance in HIV-positive marijuana smokers: a controlled laboratory study. *Psychopharmacology*, 212 (4), 675-686.
- Belendiuk, K. A., Baldini, L. L. & Bonn-Miller, M. O. (2015). Narrative review of the safety and efficacy of marijuana for the treatment of commonly state-approved medical and psychiatric disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10, 10.
- Benavides, M. & Elizade, R. (2016). Cannabis medicinal en México. In: A. Barra (Ed.), *La regulación de la marihuana en México: la reforma inevitable* (pp. 131-143). STAUdeG.
- Bowles, D. W. (2012). Persons registered for medical marijuana in the United States. *Journal of Palliative Medicine*, 15 (1), 9-11. <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2011.0356>
- Brazil Supreme Court (2015). Brazil supreme court debates decriminalization of drugs. *AP NEWS*, August 19. Accessed June 28, 2019. <https://www.apnews.com/4960b3857b8e44eb8d4e27a1918a6b17>
- Cichewicz, D. L. (2004). Synergistic interactions between cannabinoid and opioid analgesics. *Life Sciences*, 74 (11). doi:10.1016/j.lfs.2003.09.038
- Collin, C., Davies, P., Mutiboko, I. K. & Ratcliffe, S., for the Sativex Spasticity in MS Study Group (2007). Randomized controlled trial of cannabis-based medicine in spasticity caused by multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 14 (3), 290-296.

- Conesa, L. (2016). De las cortes al legislativo: aprendizaje de la regulación del cannabis en Canadá. In: A. Barra (Ed.), *La regulación de la marihuana en México: la reforma inevitable* (pp. 173-184). STAUdeG.
- Diario Oficial de la Federación (2017). *DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y el Código Penal Federal*.
- Fernández Ruiz, J., Lastres-Becker, I., Cabranes, A. et al. (2002). Endocannabinoids and basal ganglia functionality. *Prostaglandins, Leukotrienes, and Essential Fatty Acids*, 66, 257-267.
- Gloss, D. S. & Vickrey, B. (2014). Cannabinoids for epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD009270.
- GW Pharmaceuticals (2016). *Prescriber information*. <http://dev-gwpharma.pantheonsite.io/products-pipeline/sativex/prescriber-information-full>
- INCB Report (2013). *Report no. E/INCB/2003/1*. International Narcotics Control Board. Vienna: United Nations.
- International Association for Cannabinoid Medicines (2011). *Studies and case reports*. <http://www.cannabis-med.org/english/studies.htm>
- Jetly, R., Heber, A., Fraser, G. & Boisvert, D. (2015). The efficacy of nabilone, a synthetic cannabinoid, in the treatment of PTSD-associated nightmares: a preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over design study. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 585-588.
- Jordan, E (2018). *Marijuana legalization in Uruguay*. Centre for Public Impact.
- Kalant, H. (2001), Medicinal use of cannabis: History and current status. *Pain Research and Management*, 6 (2), 81-91, <https://www.hindawi.com/journals/prm/2001/469629/citations/>
- Koppel, B. S., Brust, J. C., Fife, T. et al. (2014). Systematic review: Efficacy and safety of medical marijuana in selected neurologic disorders: Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 82 (17), 1556-1563.
- Labigalini, E., Rodrigues, L. R. & Da Silveira, D. X. (1999). Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31 (4), 451-455, http://druglawreform.info/images/stories/documents/Therapeutic_Cannabis_Crack_Brazil.pdf
- Lal, S., Prasad, N., Ryan, M. et al. (2011). Cannabis use amongst patients with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 23 (10), 891-896.
- Müller-Vahl, K. R., Schneider, U., Koblenz, A. et al. (2002). Treatment of Tourette's syndrome with Delta 9-tetrahydrocannabinol (THC): a randomized crossover trial. *Pharmacopsychiatry*, 35 (2), 57-61.
- Müller-Vahl, K. R., Schneider, U., Prevedel, H. et al. (2003). Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) is effective in the treatment of tics in Tourette syndrome: a 6-week randomized trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (4), 459-465.
- National Academies of Science, Engineering, Medicines (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. <https://www.nap.edu/read/24625/chapter/1>
- Palomino, S. (2015a). La marihuana como medicina alternativa: organizaciones civiles usan cannabis con fines terapéuticos. *El País*, May 7, 2015. Accessed June 23, 2019. https://elpais.com/internacional/2015/05/07/actualidad/1431027056_024498.html
- Palomino, S. (2015b). Colombia reglamenta el uso del cannabis con fines medicinal. *El País*, December 23, 2015. Accessed June 23, 2019. https://elpais.com/internacional/2015/12/22/colombia/1450801294_794030.html
- Pertwee, R. G. (2002). Cannabinoids and multiple sclerosis. *Pharmacology & Therapeutics*, 95, 165-174.
- Pertwee, R. G. (2012). Targeting the endocannabinoid system with cannabinoid receptor agonists: Pharmacological strategies and therapeutic possibilities. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London – Series B: Biological Sciences*, 367 (1607), 3353-3363.
- Piper, B. J., Beals, M. L., Abess, A. T. et al. (2017). *Pain*. Publication. Department of Community Health Education. University of Maine. HHS Public Access.
- Piper, B. J., DeKeuster, R. M., Beals, M. L. et al. (2017). Substitution of medical cannabis for pharmaceutical agents for pain, anxiety, and sleep. *Journal of Psychopharmacology* 31 (5). Accessed June 25, 2019. doi:10.1177/0269881117699616
- Raby, W. N., Carpenter, K. M., Rothenberg, J. et al. (2009). Intermittent marijuana use is associated with improved retention in naltrexone treatment for opiate-dependence. *American Journal of Addictology*, 18 (4), 301-308.
- Reiman, A. (2009). Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs. *Harm Reduction Journal*, 6, 35.
- Russo, E. B., Guy, G. W. & Robson, P. J. (2007). Cannabis, pain, and sleep: lessons from therapeutic clinical trials of Sativex, a cannabis-based medicine. *Chemistry & Biodiversity*, 4 (8), 1729-1743.
- Sánchez, L. (2015), *¿Marihuana como medicina? Usos médicos y terapéuticos del cannabis y los cannabinoides?* México Unido Contra la Delincuencia. <http://www.cannabis-med.org/english/studies.pdf>
- Senado Federal (2019). *CDH vai debater uso medicinal da maconha*. May 09. Accessed June 28, 2019.

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/04/30/cdh-vai-debater-uso-medical-da-maconha>

- Shover, Ch. L., Davis, C. S., Gordon, S. C. & Humphreys, K. (2019). Association between medical cannabis laws and opioid overdose mortality has reversed over time. *Proceedings of the National Academy of Sciences Of the United States of America*, June 10, 2019. doi:10.1073/pnas.1903434116
- Smith, L. A., Azariah, F., Lavender, T. C. V. et al. (2015). Cannabinoids for nausea and vomiting in adults with cancer receiving chemotherapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11, CD009464.
- Somerset, S. (2019). As expected the UN delays voting on cannabis. *Forbes*, February 26. Accessed June 22, 2019. <https://www.forbes.com/sites/sarabrittanysomerset/2019/02/26/as-expected-the-un-delays-voting-on-cannabis/#1c69b52c14e0>
- Soto, A. (2017). *Brazil supreme court judge calls for drugs legislation to beat gangs*. Reuters.
- Strasser F., Luftner D., Possinger K. et al. (2006). Comparison of orally administered cannabis extract and delta-9-tetrahydrocannabinol in treating patients with cancer-related anorexia-cachexia syndrome: a multicenter, phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial from the Cannabis-in-Cachexia Study-Group. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (21), 3394-3400.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (2016). Amparo número 1482/2015-II. http://sise.cjf.gob.mx/SVP/word1.aspx?ach=534/05340000175612570055049.doc_&sec=Claudia_MArcela_Vargas_Zamarroni&svp=1
- Volicer, L., Stelly, M., Morris, J. et al. (1997). Effects of dronabinol on anorexia and disturbed behavior in patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 913-919.
- Wong, B. S., Camilleri, M., Eckert, D. et al. (2012). Randomized pharmacodynamic and pharmacogenetic trial of dronabinol effects on colon transit in irritable bowel syndrome – diarrhea. *Neurogastroenterology & Motility*, 24 (4), 358-e169.
- Whiting, P. F. et al. (2015). Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 313 (24), 2456-2473.
- WHO (2019). Advocacy for human rights in America, the Transnational Institute, and global

Drug Policy Observatory. *The WHO's first-ever critical review of cannabis: a mixture of obvious recommendations deserving support and dubious methods and outcomes requiring scrutiny*. PDF.

- Ying, X. (2019). Brazilian justice approved cultivation of marijuana for medical use. *The Rio Times*, May 6. Accessed June 25, 2019. <https://riotimesonline.com/brazil-news/rio-politics/society/brazilian-justice-approved-cultivation-of-marijuana-for-medical-use/>



Lisa Sánchez, M.Sc.

Executive Director of Mexico United against Crime (MUCD), a Mexican NGO working on citizen security, justice and drug policy issues since 1998. M.A. in Political Science from the University Paris I (Panthéon Sorbonne) and a M.Sc. in Public Management and Governance from the London School of Economics. In the previous years, she worked for the Inter American Drug Abuse Control Commission of the Organization of American States, the Federal Government of Mexico and the International AIDS Society. lisa@mucd.org.mx



Jacinta Santacruz

Law student at the Instituto Tecnológico Autonomo de México. Research assistant with MUCD's drug policy program

Die WHO und das „Cannabis-Dilemma“

Ingo Ilja Michels

Cannabis wurde seit seiner ursprünglichen Unterstellung unter die Internationalen Drug Control Conventions 1961 noch nie einer offiziellen Überprüfung durch das WHO-Fachkomitee für Drogenabhängigkeit [Expert Committee on Drug Dependence] (ECDD) unterzogen. In der CND-Resolution 52/5 (März 2009) wurde die WHO jedoch aufgefordert, einen aktualisierten Bericht über Cannabis vorzulegen (vorbehaltlich der Verfügbarkeit von außerbudgetären Mitteln). In der CND-Resolution 50/2 (März 2007) wurde die WHO außerdem aufgefordert, in Abstimmung mit dem INCB eine Überprüfung von Dronabinol und seinen Stereoisomeren durchzuführen, sobald zusätzliche Informationen verfügbar würden. Darüber hinaus wurde die WHO von einer Reihe von Ländern gebeten, wissenschaftliche Erkenntnisse über Schäden und therapeutischen Nutzen von Cannabis zu sammeln und zu analysieren, da in einigen Ländern derzeit die Durchführbarkeit eines geregelten Zugangs zu Cannabis und Cannabis-Zubereitungen für medizinische Zwecke untersucht wird bzw. Cannabismedizin bereits zugelassen ist (etwa Israel, Niederlande, verschiedene US-Staaten, Deutschland etc.).

Die WHO-Empfehlungen sollen dann durch die „Commission on Narcotic Drugs“ (CND), also das UN-Fachgremium für Drogenkontrolle, das sich jährlich im März in Wien trifft, abgesegnet werden und damit rechtlich für die Mitgliedsstaaten verbindlich werden, nachdem auch die UN-Generalversammlung zugestimmt hat. Allerdings kann die WHO lediglich Empfehlungen geben, die dann im CND meistens politisch sehr kontrovers diskutiert werden und gerade bei der Cannabisdebatte noch immer ideologisch und nicht fachlich entschieden werden. Zudem herrscht im CND das „Einstimmigkeitsprinzip“, das Entscheidungen häufig nur als Kompromiss ermöglicht. Das Fachgremium der WHO wollte mit seinem Review (aus dem Juni 2018) vor allem auch die Zugänglichkeit zu medizinisch verwendetem Cannabis erleichtern. Die WHO griff die Ein-

schätzung des Expertenkomitees auf, dass Cannabis nicht die gleichen gesundheitlichen Auswirkungen wie andere Substanzen hat, die unter die Liste IV des Einheitsübereinkommens von 1961 über Suchtstoffe fallen, und empfahl die Herausnahme aus dem „Schedule IV“ der Drogenkonventionen. Das führte zu einer großen Verunsicherung bei vielen UN-Mitgliedsstaaten und auch zu einer optimistischen Einschätzung von NGOs, nun sei der Weg zur Cannabislegalisierung verbessert. Tatsächlich wies die WHO aber darauf hin, Cannabis solle nicht aus dem „Schedule I“ herausgenommen werden, was bedeutet, dass dessen Herstellung und Besitz weiterhin nicht erlaubt ist. Die Nutzung für medizinische Zwecke solle hingegen, unter strengen Voraussetzungen, ermöglicht werden. Offiziell wurde der Review des Expertenkomitees am 24. Januar 2019 präsentiert, war aber auf der WHO-Website bereits seit Juni 2018 eingestellt! Wegen der Verunsicherung über die rechtliche und tatsächliche Bewertung dieser Empfehlung beschloss die CND im März 2019 allerdings die Vertagung der Empfehlung und befasste sich bei einer weiteren Sitzung im Juni 2019 erneut mit dieser Thematik, bei der die unterschiedlichen Auffassungen der Mitgliedsstaaten deutlich zutage traten! Die Argumentation der WHO:

„Currently schedule 1 and 4 of 1961 convention. Recommendation: Delete from schedule 4. The rationale is that Cannabis is not similar to other schedule 4 substances, it has proven medically useful. Dronabinol (delta-9-thc): Currently schedule 2 of 1971 convention. Recommendation: add to schedule 1 of 1961 convention, delete from the 1971 convention. Rationale: delta-9-thc was not known to be the main active component at the time of original scheduling and so placing cannabis and its active component in the same convention schedule makes sense.“¹

¹ CND Intersessional Meeting Meeting June 24, 2019, minutes of the meeting <http://cndblog.org/2019/06/cnd-intersessional-meeting-24-june-2019/>

Allerdings bedeutet die weitere Unterstellung unter den Schedule I entsprechende Kontrollen der Mitgliedsstaaten und keineswegs eine Gleichbehandlung mit anderen psychoaktiven Substanzen, die als weit gesundheitsgefährdender eingeschätzt werden wie Tabak und Alkohol, wie etwa von Mexico, Jamaica, Uruguay oder Canada gefordert wurde. Die Russische Föderation hingegen hielt sogar schon die Einschätzung der therapeutischen Wirksamkeit von Cannabismedizin und CBD für fraglich und plädierte für die Beibehaltung der strengen Verbots- und Kontrollregelungen, wie bislang.²

Bereits im Rahmen seiner 40. Sitzung hat das ECDD empfohlen, dass Cannabidiol (CBD) nicht in die internationalen Drogenkonventionen aufgenommen werden sollte. Auch diese Entscheidung wurde aber vertagt. Deshalb kann man noch nicht von einem *Schritt in die richtige Richtung* sprechen, wie von einigen Mitgliedsstaaten erhofft wird.

Annex: Antworten der Bundesregierung in der 70. Sitzung des Bundestages am 12.12.2018

Frage 60

Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Dr. Thomas Gebhart auf die Frage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Welche Ergebnisse hatten nach Kenntnis der Bundesregierung das 40. und 41. Treffen des ECDD (Expert Committee on Drug Dependence) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die im Juni und November 2018 stattgefunden haben und eine Bewertung von Cannabis zum Inhalt hatten (vergleiche www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Website40thECDDAgenda.pdf?ua=1 und www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Provisional_41stECDDAgenda.pdf?ua=1), und wie hat sich die Bundesregierung in diesen Bewertungsprozess eingebracht?

„Nach Maßgabe der Verfahrensregeln der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) setzt sich das Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) aus unabhängigen Expertinnen und Experten zusammen, die die Auswirkungen von psy-

² „ECDD repeatedly reviewed the health risks of Cannabis and concluded that scientific evidence is insufficient to arrive to a rescheduling decision. What has changed? The evidence for medical efficacy is weak and insufficient. What is the rationale? Cannabis use has a number of adverse effects, safety has never been well documented, medical use is not proved to be safe and beneficial enough. Problems related to other drugs have reached epidemical proportions but no one recommended rescheduling those“ (ebd.).

choaktiven Substanzen auf die öffentliche Gesundheit überprüfen und Empfehlungen über die Aufnahme dieser Substanzen in die internationalen Drogenkonventionen oder über substanzbezogene Änderungen der Konventionen abgeben. Die Empfehlungen des ECDD werden vom Generaldirektor der WHO, dem Generalsekretär der Vereinten Nationen und der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (Commission on Narcotic Drugs, CND) übermittelt. Die jährlich im März stattfindende Sitzung der CND entscheidet unter Berücksichtigung entsprechender WHO-Empfehlungen über die Aufnahme von Substanzen in die internationalen Drogenkonventionen oder über substanzbezogene Änderungen der Konventionen. Im Rahmen seiner 40. Sitzung hat das ECDD empfohlen, dass Cannabidiol (CBD) nicht in die internationalen Drogenkonventionen aufgenommen werden sollte und für andere Cannabisprodukte (Cannabispflanze sowie Harz, Extrakte und Tinkturen von Cannabis, Delta-9-THC sowie Isomere von THC) genügend Nachweise vorhanden seien, um im Rahmen der nächsten ECDD-Sitzung mit einer kritischen Bewertung fortzufahren. *Die Ergebnisse der 41. Sitzung des ECDD wurden noch nicht öffentlich bekannt gemacht, weshalb sie der Bundesregierung noch nicht vorliegen.*³ Zur Vorbereitung der Sitzungen des ECDD führt die WHO eine Datenabfrage durch, in deren Rahmen unter anderem die Mitgliedstaaten der WHO kontaktiert werden. Für Deutschland ist das Bundesministerium für Gesundheit hierzu als Kontaktstelle benannt. Die Beantwortung der WHO-Abfrage erfolgte durch Dateneintragung in von der WHO vorgegebene Online-Masken.“

Frage 61

Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Dr. Thomas Gebhart auf die Frage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wie beurteilt die Bundesregierung die Einschätzung des ECDD (Expert Committee on Drug Dependence) der WHO, dass Cannabis nicht die gleichen gesundheitlichen Auswirkungen wie andere Substanzen hat, die unter die Liste IV des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe fallen (vergleiche www.who.int/medicines/access/controlled-substances/UNSG_SignedDGLetter.pdf?ua=1), und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dieser Einschätzung des ECDD?

³ Offiziell wurde der Review des Expertenkomitees am 24. Januar 2019 präsentiert, war aber auf der WHO-Website bereits seit Juni 2018 eingestellt!

„Inwieweit die Bewertungen des ECDD, dessen Ergebnisse aus seiner 41. Sitzung noch nicht öffentlich bekannt gemacht wurden, für eine Änderung des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe geeignet sein könnten, wird nach deren Vorlage von der internationalen Staatengemeinschaft zu erörtern sein. Die Bundesregierung wird zur Frage des Abstimmungsverhaltens an einen hierzu vom Rat der Europäischen Union noch zu verabschiedenden Beschluss gebunden sein. Ein solcher Beschluss stellt sicher, dass diejenigen EU-Mitgliedstaaten, die auch Mitglied der CND sind, einheitlich abstimmen, da Änderungen der Anhänge des Einheits-Übereinkommens von 1961 unmittelbare Auswirkungen auf den Geltungsbereich des Unionsrechts im Bereich der Drogenkontrolle haben.“



Dr. Ingo Ilja Michels
Soziologe und Fachberater
für Suchtkrankenhilfe
ingoiljamichels@gmail.com

NACHRICHT

Gesundheit und Haft: Die meisten Gefangenen rauchen und schädigen die Nichtraucher

Etwa 80 Prozent der Gefangenen in deutschen Haftanstalten rauchen aktiv, die Mithäftlinge sind zum Passivrauchen „verdammt“. Weniger als 30 Prozent der Bediensteten rauchen und werden gleichfalls unfreiwillig dem Nikotin ausgesetzt. Aktives und passives Rauchen verkürzt das Leben – möglicherweise um zehn oder mehr Prozent. Professor Dr. Heino Stöver und Dr. Catherine Ritter fordern daher, Rauchern in Haft konsequent eigene Räume zuzuweisen und Nichtraucher von Nikotin zu verschonen. Darüber hinaus sollten Rauchern Entwöhnungskurse angeboten werden; eine Minderheit der Gefangenen ist durchaus an einem Rauch-Ausstieg interessiert. Stöver und Ritter veröffentlichen ihr Konzept zur Tabakprävention im Reader „Gesundheit und Haft – Handbuch für Justiz, Medizin, Psychologie und Sozialarbeit“.

Warum wird in Haft wesentlich häufiger geraucht als in Freiheit?

- Im Gefängnis sind überdurchschnittlich viele Menschen aus vulnerablen Gruppen: psychisch geschädigt, bildungsfern, Drogenkonsumenten.
- Tabak besitzt spezifische Rollen in Haft, z.B. als Mittel gegen Langeweile und Stress, Suchtverlagerung und Kompensation, Genuss, aber auch Währung.
- Es existieren bisher keine bzw. wenig Tabakrauch-, Präventions-, Entwöh-

nungs- oder Reduktionsprogramme, die eine aktive Auseinandersetzung mit Rauchstopp/-reduktion vorsehen.

Rauchen kann eine Art Gemeinschaftsgefühl vortäuschen; daher rauchen Bedienstete oft mit Gefangenen gemeinsam, um Situationen zu entspannen. Stöver und Ritter warnen vor dieser Unsitte, da sie falsche Anreize setzt. Vielmehr können sportlich durchtrainierte Bedienstete, die nicht rauchen, als interessantes Vorbild dienen.

„Soweit wie möglich sollten die Nichtraucher-Schutzregelungen – und Angebote denen in Freiheit entsprechen. Dies ermöglicht eine breite Akzeptanz aller Akteure und bereitet die Gefangenen nach Entlassung auf die Veränderungen in der allgemeinen Gesellschaft vor. Insofern sind Bemühungen zur Akzeptanz des Nichtraucherschutzes auch als Teil einer gesellschaftlichen Wiedereingliederung zu verstehen.“

Personen, die in der Anstalt als ‚Gesundheitsverantwortliche‘ bestimmt oder beauftragt sind, sollten die Möglichkeit haben, sich auszubilden, damit sie das gesamte Nichtraucher-Schutzkonzept umsetzen und die Beratungs- und Therapieangebote sowohl für Gefangene als auch für Bedienstete weiterentwickeln können.

M. Lehmann, M. Behrens, H. Drees (Hrsg.). Gesundheit und Haft – Handbuch für Justiz, Medizin, Psychologie und Sozialarbeit

**Pabst, 612 Seiten, Hardcover
ISBN 978-3-89967-897-0**

Übers Ziel hinausgeschossen – ein Kommentar zum Kommentar

Ingo Ilja Michels

Im *International Journal on Drug Policy* ist im September 2019 ein *commentary* publiziert worden von Jürgen Rehm et al. (2019) zu *Medical marijuana. What can we learn from the experiences in Canada, Germany and Thailand*. Dort wird kurz die Geschichte des Cannabis-als-Medizin-Gesetzes gestreift und die Autoren kommen zu der *abenteuerlichen* Einschätzung, dass

„the cannabis industry, or organizations closely linked to it, are trying to exploit the situation. Physicians have been invited to production plants in order to meet experts, and so-called ‘consensus papers’ claiming MMJ to be effective for a large number of diseases have been delivered to congresses and even inserted as a supplement to a scientific journal (Häuser et al., 2019). Furthermore, industry has supported an organization that calls itself the ‘Deutsche Hanfverband’ (‘German Cannabis Association’; Deutscher Hanfverband, 2019b). The term Verband means ‘association’ and denotes a typical German advocacy organization without any clear legal definition (Voelzkow, 2007). In fact, the ‘Deutsche Hanfverband’ is a forprofit company with close links to nearly 200 cannabis-related companies (Deutscher Hanfverband, 2019a). It describes itself as the largest advocacy group for cannabis legalization in Germany, and has become one of the main voices in the public discussion of the legalization of cannabis. While the links to cannabis-related companies can be found on its website, the group has positioned itself more as a grass-roots nongovernmental organization.“

Es erstaunt, wie gestandene Mediziner und Wissenschaftler zu solchen Behauptungen ohne jeden Beweis kommen. Natürlich ist nicht zu bestreiten, dass pharmazeutische Unternehmen – und um die handelt es sich, nicht um eine *cannabis industry* – kommerzielle Interessen verfolgen und dass sie Werbung für ihre Produkte machen, aber sie haben keinen unmittelbaren Einfluss genommen auf das Gesetzgebungsverfahren und die Gesetzesauslegung. Der *Deutsche Hanfverband* ist eine Interessenvertre-

terung der Cannabis-user, das leugnet er auch gar nicht, aber auch geht die Unterstellung fehl, dem *DHV* gehe es um Profit! Die *Ideologisierung* des Themas ist schwierig aufzulösen...

Literatur

- Deutscher Hanfverband (2019a). *DHV-finanzen*. Aufgerufen von <https://hanfverband.de/Nachrichten/news/dhv-finanzen>
- Deutscher Hanfverband (2019b). *Homepage*. Aufgerufen von <https://hanfverband.de/>
- Häuser, W., Hoch, E., Petzke, F. et al. (2019). Medizinalcannabis und cannabisbasierte Arzneimittel: Ein Appell für einen verantwortungsbewussten Umgang. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62 (7), 845-854.
- Rehm, J., Elton-Marshall, T., Sornpaisarna, B. & Manthey, J. (2019). Medical marijuana. What can we learn from the experiences in Canada, Germany and Thailand? *International Journal of Drug Policy*, 74, 47-51.
- Voelzkow, H. (2007). Die Institutionalisierung der Politikbeteiligung von Interessenverbänden in Deutschland. In Th. Winter & U. Willems (Hrsg.), *Interessenverbände in Deutschland* (S. 139-169). Wiesbaden: Springer.



Dr. Ingo Ilja Michels
Soziologe und Fachberater
für Suchtkrankenhilfe
ingoiljamichels@gmail.com