

# cannabis medizini

Arbeitsgemeinschaft  
*Cannabis als Medizin e.V.*

Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin  
Am Mildenweg 6  
59602 Ruethen  
Tel.: 02952-9708572  
Email: [info@cannabis-med.org](mailto:info@cannabis-med.org)

## **Stellungnahme**

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften  
(Stand 7. Januar 2016) des Bundesministeriums für Gesundheit

**5. Februar 2016**

## **Inhalt**

Zusammenfassung.....	2
Einleitung.....	3
Die Konsequenzen der späten Identifizierung von THC.....	3
Das Cannabisdilemma .....	4
Der medizinische Bedarf an Medikamenten auf Cannabisbasis .....	5
Indikationen für die medizinische Verwendung von Cannabisprodukten .....	6
Hintergründe zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums .....	8
Grundsätzliche Anmerkungen zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums.....	9
Die konkreten positiven Seiten des Gesetzes .....	9
Kritische Aspekte des Gesetzes .....	11
Das Gesetz ist ein richtiges Signal an die Jugend!.....	14
Die strafrechtliche Verfolgung des Eigenanbaus von Cannabis durch Patienten ist nicht länger haltbar .....	15

## Zusammenfassung

Die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin (ACM) begrüßt die Pläne der Bundesregierung zur Erleichterung des Zugangs der Bevölkerung zu einer Therapie mit Cannabis bzw. auf Cannabis basierenden Medikamenten. Insbesondere begrüßt sie die Pläne zur Verschreibungsfähigkeit von Cannabisblüten, Möglichkeiten zur Erstattungsfähigkeit von Cannabis-basierten Medikamenten sowie den Aufbau einer Cannabis-Agentur zur Sicherstellung der Versorgung mit Medizinalcannabisblüten in Deutschland.

Nach Auffassung der ACM sollte die Entscheidung über eine Therapie mit Cannabis-basierten Medikamenten im Dialog zwischen Arzt und Patient über mögliche Ansätze zur Behandlung schwerer Erkrankungen erfolgen. Insbesondere sollte diese Entscheidung bzw. diese Behandlungsoption nicht von den finanziellen Ressourcen der betroffenen Patienten abhängen.

Daher ist der wichtigste kritische Punkt des Referentenentwurfes die Beschränkung der Kostenübernahme auf solche Ausnahmefälle, in denen keine Standardtherapien zur Verfügung stehen. Dieser restriktive Umgang wird dazu führen, dass die erforderliche Therapiefreiheit in anderen Fällen weiterhin nur für vermögende Patienten besteht.

Das Gesetz sollte mindestens vier Aspekte berücksichtigen und einen angemessenen Umgang mit diesen Fragen sicherstellen:

1. Neben pharmakologischen Therapieverfahren gibt es bei vielen Erkrankungen auch chirurgische Therapieoptionen, die oft mit schweren Risiken verbunden sein können. Die ACM ist daher der Auffassung, dass wenn mit Cannabis-basierten Medikamenten eine befriedigende konservative Therapie möglich ist, die Durchführung invasiver Therapieverfahren keine Voraussetzung für eine Kostenübernahme von Cannabis-Medikamenten durch die Krankenkassen sein darf. Die Bundesopiumstelle hat diesen Aspekt bei der Beurteilung von Anträgen auf eine Ausnahmeerlaubnis berücksichtigt. Es ist jedoch nicht sichergestellt, dass dies die Krankenkassen ebenso handhaben werden.

2. Es gibt Erkrankungen, bei denen viele verschiedene Standardtherapien zur Verfügung stehen. Es kann Fälle geben, bei denen das Ausprobieren der verschiedenen Standardtherapien mehrere Monate oder gar Jahre dauern kann, während bereits bekannt ist, dass Cannabis-basierte Medikamente eine gute Wirksamkeit entfalten. In dieser langwierigen Probierphase, in der der betroffene Patient unzureichend behandelt ist, muss dieser entsprechende negative Auswirkungen auf seine Gesundheit sowie sein privates und berufliches Leben eventuell mit Phasen der Arbeitsunfähigkeit erdulden, solange keine wirksame Therapie gefunden wurde. So gibt es beispielsweise viele Antiepileptika. Ein Durchprobieren dieser Medikamente kann von schweren epileptischen Anfällen mit möglichen schweren Verletzungen begleitet sein. Die ACM ist der Auffassung, dass dieses Vorgehen nur bis zu einem begrenzten Maß zumutbar ist. Die Bundesopiumstelle hat diesen Aspekt bei der Beurteilung von Anträgen auf eine Ausnahmeerlaubnis berücksichtigt. Es ist jedoch nicht sichergestellt, dass dies die Krankenkassen ebenso handhaben werden.

3. Es gibt Fälle, in denen eine Therapie mit Cannabisprodukten einer Behandlung mit zugelassenen Medikamenten vorzuziehen ist, weil die Behandlung mit Cannabisprodukten der Standardtherapie hinsichtlich des therapeutischen Erfolges und der akuten Nebenwirkungen gleichwertig ist, die Standardtherapie jedoch langfristig mit stärkeren unerwünschten Wirkungen, eventuell sogar tödlichen Folgewirkungen der Therapie, assoziiert sein kann. So sind beispielsweise mögliche gravierende Langzeitschäden durch immunsuppressive Medikamente zur Behandlung chronisch-entzündlicher Erkrankungen bekannt. Es ist deshalb notwendig, dass die Verpflichtung der Krankenkassen zur Kostenerstattung auch die langfristige Nutzen-Risiko-Bewertung berücksichtigt.

4. Die Verordnung von Cannabis-basierten Medikamenten sollte nicht am Praxisbudget bzw. drohenden Regressforderungen wegen Budgetüberschreitung scheitern. Daher ist es erforderlich, dass ihre Verschreibung als Praxisbesonderheit gilt.

Das gesundheitliche Wohl der Patienten sollte möglichst unabhängig von den Vermögensverhältnissen im Vordergrund stehen.

Die ACM bittet die Bundesregierung beim Übergang von der gegenwärtigen zur geplanten Gesetzeslage durch geeignete Maßnahmen zudem darum, dafür Sorge zu tragen bzw. darauf hinzuwirken,

- dass die Kosten für eine Behandlung mit Cannabisblüten für Erlaubnisinhaber nach § 3 Abs. 2 durch die Krankenkassen übernommen werden und keine erneute Prüfung der Erstattungs-fähigkeit durch die Krankenkassen bzw. den Medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt,
- dass Strafverfahren gegen Erlaubnisinhaber, die sich aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen die Cannabisblüten aus der Apotheke nicht in dem notwendigen Umfang leisten konnten und können und sich daher illegal versorgt haben, eingestellt und bereits erfolgte Geld- oder Freiheitsstrafen erlassen werden.

## **Einleitung**

Seit Jahrhunderten wird Cannabis in vielen Kulturen für therapeutische Zwecke eingesetzt. Im Jahr 1830 wurde die medizinische Verwendung von „indischem Hanf“ in Europa zum ersten Mal von Theodor Friedrich Ludwig Nees von Esenbeck, Professor für Pharmazie und Botanik in Bonn, detailliert beschrieben. Es folgten weitere Berichte vieler Ärzte in Europa und Nordamerika über die erfolgreiche Behandlung bei einer Vielzahl von Erkrankungen, darunter Rheuma, Tetanus, Epilepsie im Kindesalter, chronische Schmerzen unterschiedlicher Ursachen, Migräne, Muskelkrämpfen, Appetitverlust, Magenschmerzen, Asthma und Schlafstörungen. In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts war Cannabis ein akzeptiertes Medikament in der westlichen Medizin.

Mehrere pharmazeutische Firmen, wie beispielsweise Merck in Deutschland stellten Cannabiszubereitungen für die Abgabe in Apotheken her. In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts nahm der Einsatz dieser Zubereitungen stetig ab, und sie verloren schließlich ihren Platz in der Medizin. Dies beruhte im Wesentlichen auf der Tatsache, dass es zu dieser Zeit nicht möglich war, die chemische Struktur der aktiven Inhaltsstoffe der Cannabispflanze (*Cannabis sativa* L.) zu identifizieren, sodass es nicht möglich war, standardisierte Zubereitungen herzustellen, mit der Folge unzuverlässiger Dosierungen mit Unter- und Überdosierungen.

## **Die Konsequenzen der späten Identifizierung von THC**

Erst in den dreißiger und vierziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden die chemischen Strukturen der ersten Pflanzencannabinoide, wie beispielsweise Cannabidiol (CBD), charakterisiert. Aufgrund der großen Zahl an Cannabinoiden mit sehr ähnlichen chemischen Strukturen und ihrer Lipophilie (Fettlöslichkeit) waren moderne Trennungstechniken erforderlich, um ihre Strukturen vollständig charakterisieren zu können. Es dauerte bis zum Jahr 1964, bevor Delta-9-Tetrahydrocannabinol (Delta-9-THC oder kurz: THC), das auch Dronabinol genannt wird, stereochemisch definiert wurde und erstmals synthetisiert werden konnte. Die meisten pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften der Cannabispflanze beruhen auf THC bzw. Dronabinol.

Die medizinische Verwendung von Cannabisprodukten nahm nach ihrer ersten Blütezeit zwischen 1880 und 1900 in der westlichen Medizin deutlich ab. Die meisten Ärzte wollten aus Pflanzen extrahierte Medikamente unbekannter bzw. nicht standardisierter Zusammensetzung nicht mehr verwenden. Darüber hinaus kamen in dieser Zeit für viele Einsatzgebiete von Cannabis-basierten Medikamenten neue synthetische Präparate auf den Markt, darunter Chloralhydrat, Paraldehyd, Barbiturate, Bromural, Acetylsalizylsäure, Antipyrin und Heroin.

Es ist nicht schwer, sich die völlig anders verlaufende medizinische Geschichte von Cannabis und Cannabinoiden vorzustellen, wenn die chemische Struktur von THC 50 oder 100 Jahre früher ermittelt worden wäre. Der Rückgang in der Verwendung medizinischer Cannabiszubereitungen wäre sicherlich ausgeblieben, wäre eine Standardisierung früher gelungen. Zudem darf vermutet werden, dass einzelne natürliche und synthetische Cannabinoide in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts zur Anwendung gekommen wären, so wie dies für andere therapeutisch nutzbare Inhaltsstoffe von Pflanzen der Fall ist, die im 19. Jahrhundert charakterisiert werden konnten und seit dieser Zeit zu medizinischen Zwecken verwendet werden, wie beispielsweise Morphin und synthetische Opiate oder Salizylsäure und sein synthetischer Abkömmling Acetylsalizylsäure, bekannt unter dem Markennamen Aspirin.

### **Das Cannabisdilemma**

In den vergangenen Jahrzehnten behandelten die Gesundheitsbehörden in den meisten Ländern Cannabis und einzelne Cannabinoide zunächst wie neu entdeckte Medikamente, ohne ihre lange Geschichte der therapeutischen Verwendung zu berücksichtigen. Daher müssen Cannabiszubereitungen, die von pharmazeutischen Unternehmen entwickelt werden, strenge und teure Zulassungsverfahren durchlaufen, sowie dies für völlig neue Moleküle aus den Labors pharmazeutischer Unternehmen verlangt wird. Gegenwärtig ist die Gesellschaft daher mit einer Situation konfrontiert, die als ein „Cannabisdilemma“ bezeichnet werden kann.

Auf der einen Seite profitieren Patienten, die an vielen unterschiedlichen Erkrankungen leiden, nach ihren Erfahrungen und denen ihrer behandelnden Ärzte häufig in beeindruckender Weise von Cannabis-basierten Medikamenten, darunter (1) chronische Schmerzen unterschiedlicher Genese von neuropathischen Schmerzen bis Migräne, (2) chronisch-entzündliche Erkrankungen wie Morbus Crohn oder Rheuma, (3) psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörung, (4) neurologische Erkrankungen wie Spastik bei multipler Sklerose, Epilepsie und Tourette-Syndrom, (5) Appetitlosigkeit und Übelkeit unterschiedlicher Ursachen und viele andere Erkrankungen, wie Reizdarm, Asthma und Glaukom.

Andererseits gibt es nur für wenige dieser Indikationen einen zuverlässigen Wirksamkeitsnachweis auf der Basis randomisierter, kontrollierter klinischer Studien, die mehrere Hundert Patienten einschließen (siehe Tab. 1). Für die meisten möglichen medizinischen Einsatzgebiete ist die wissenschaftliche Datenlage schwach, da bisher nur kleine klinische Studien und eventuell sogar nur Kasuistiken publiziert wurden.

Heute suchen Ärzte und Gesetzgeber in verschiedenen Ländern nach einem sinnvollen Umgang mit diesem Dilemma, das einerseits die ständig wachsenden Erkenntnisse zur medizinischen Verwendung von Cannabis-basierten Medikamenten berücksichtigt, jedoch auch den gegenwärtigen Mangel an Erkenntnissen in vielen Bereichen. Es gibt ein zunehmendes Bewusstsein dafür, dass schwer kranken und sonst therapieresistenten Patienten eine wirksame Therapie mit Cannabinoiden nicht vorenthalten werden darf, auch wenn diese nicht arzneimittelrechtlich zugelassen sind bzw. für entsprechende

Indikationen keine für eine Zulassung ausreichenden Daten vorliegen. In Deutschland hat das Bundesverwaltungsgericht im Jahr 2005 (BVerwG 3 C 17.04) diesen Aspekt auch juristisch begründet: "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 aufrechterhalten werden."

Im Gegensatz zu anderen Molekülen, die als Medikamente Verwendung finden, sind Cannabinoide wie THC nicht nur bei einer begrenzten Zahl von Erkrankungen wirksam, sondern scheinen ein einzigartiges und ungewöhnlich breites therapeutisches Potenzial zu besitzen. Um das vollständige therapeutische Spektrum von Cannabis und Cannabinoiden zu erforschen, müssten große klinische Studien bei vielen verschiedenen Erkrankungen durchgeführt werden (nach derzeitigen Schätzungen bei mehr als 50 verschiedenen Erkrankungen bzw. Krankheitssymptomen) und nicht nur bei 2, 3 oder 4 Indikationen, wie dies für die meisten anderen Medikamente der Fall ist. Daher wäre ein enormer Aufwand an Zeit und Geld erforderlich, um die Wirksamkeit von Cannabis-basierten Medikamenten in allen bisher vorgeschlagenen Indikationen abschätzen zu können, und um den Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin Rechnung zu tragen.

Es ist anzunehmen, dass dieses einzigartige, ungewöhnlich breite therapeutische Potenzial von Cannabinoiden auf deren Wirkung auf das körpereigene Cannabinoidsystem, dem Endocannabinoidsystem, beruht. Dieses kommt in fast allen Organen und Geweben des Körpers vor und beeinflusst dadurch eine Vielzahl physiologischer und pathophysiologischer Prozesse.

### **Der medizinische Bedarf an Medikamenten auf Cannabisbasis**

Es liegen keine zuverlässigen Schätzungen zur Zahl der Patienten in Deutschland, die Cannabisprodukte aus medizinischen Gründen verwenden bzw. von einer Verwendung profitieren könnten, vor. Es existieren jedoch weitgehend übereinstimmende Daten zur Verwendung von Medikamenten auf Cannabisbasis aus anderen Ländern, die eine Abschätzung der Größenordnung des Bedarfs ermöglichen.

In Kanada, den Niederlanden, Israel und mehr als 20 Staaten der USA sowie Washington DC ist die medizinische Verwendung von Cannabis mit einer ärztlichen Empfehlung bzw. Verordnung erlaubt.

In Kanada (Einwohnerzahl: 33 Millionen) begann am 1. Oktober 2013 ein neues Cannabisprogramm, das ein bereits zuvor bestehendes ablöste. Am 31. Juli 2015 waren 26.010 Patienten mit der Erlaubnis zur medizinischen Verwendung von Cannabis in das Programm eingeschlossen.<sup>1</sup> Drei Monate zuvor, am 30. April waren es erst 20.277, was auf eine schnelle Zunahme der Patientenzahlen schließen lässt. Nach dem auslaufenden Programm (Marihuana Medical Access Regulations) besaßen im Dezember 2013 37.884 Personen eine Erlaubnis zum Besitz von Cannabis für medizinische Zwecke sowie 26.010 Personen eine Erlaubnis zum Anbau von Cannabis für medizinische Zwecke für sich selbst und 3.896 eine Erlaubnis für den Anbau für einen bestimmten Patienten.<sup>2</sup> Danach besaßen 0,13 % der Bevölkerung eine Erlaubnis zum Besitz von Cannabis für medizinische Zwecke. Es wird

---

<sup>1</sup> Vortrag von Mark Ware „The Canadian Experience“ bei der Cannabinoid Conference 2015 am 19. September 2015 in Sestri Levante, Italien. Verfügbar online im Mitgliederbereich unter: <http://cannabis-med.org/members/wp-content/uploads/2015/11/Ware.pdf>

<sup>2</sup> Kanadisches Gesundheitsministerium (Health Canada): Stakeholder Statistics. Verfügbar online unter: <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/stat/index-eng.php>

erwartet, dass langfristig etwa 500.000 Kanadier eine Erlaubnis zur medizinischen Verwendung von Cannabis erhalten werden.<sup>3</sup>

Im Jahr 2015 überstieg die Zahl der Patienten in Israel, die Cannabis zu medizinischen Zwecken verwenden dürfen, 25.000 (bei einer Einwohnerzahl von 8,0 Millionen).<sup>4</sup> Dies entspricht 0,15 % der Bevölkerung. In den kommenden Jahren wird eine Gesamtzahl von 100.000 Patienten oder 1,25 % der Bevölkerung erwartet.

In den Vereinigten Staaten dürfen im Staat Oregon 77.620 Personen Cannabis für medizinische Zwecke besitzen (Stand: 1. Januar 2016).<sup>5</sup> Dies entspricht bei einer Einwohnerzahl von 3,4 Millionen etwa 2,3 % der Bevölkerung oder 23.000 von 1 Million.

Demnach würden etwa zwischen 1 und 2 % der Bevölkerung westlicher Industrienationen mittel- bis langfristig Cannabis aus medizinischen Gründen verwenden, wenn dies möglich wäre. Dies entspräche übertragen auf Deutschland einer Zahl von 800.000 bis 1,6 Millionen Patienten. Ausgehend von diesen Schätzungen besteht somit aktuell in Deutschland eine deutliche Unterversorgung der Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis. In Ländern, in denen diese Zahlen noch nicht erreicht werden, jedoch entsprechende Möglichkeiten bestehen, wie beispielsweise Israel und Kanada, gibt es eine erhebliche Dynamik bei der Zunahme von Patienten, die Cannabisprodukte aus medizinischen Gründen verwenden.

### **Indikationen für die medizinische Verwendung von Cannabisprodukten**

Der wissenschaftliche Kenntnisstand zu verschiedenen möglichen Indikationen für eine Therapie mit Cannabisprodukten variiert erheblich. Nach Kenntnis der ACM bestehen bei den gegenwärtig etwa 550 bis 600 Patienten, die eine Ausnahmeerlaubnis durch die Bundesopiumstelle erhielten, unter anderem die folgenden Erkrankungen (in alphabetischer Reihenfolge):

Allergische Diathese, Angststörung, Appetitlosigkeit und Abmagerung (Kachexie), Armplexusparese, Arthrose, Asthma, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Autismus, Barrett-Ösophagus, Blasenkrämpfe nach mehrfachen Operationen im Urogenitalbereich, Blepharospasmus, Borderline-Störung, Borreliose, Chronische Polyarthrit, Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS), Chronisches Schmerzsyndrom nach Polytrauma, Chronisches Wirbelsäulensyndrom, Clusterkopfschmerzen, Colitis ulcerosa, Depressionen, Epilepsie, Failed-back-surgery-Syndrom, Fibromyalgie, Hereditäre motorisch-sensible Neuropathie mit Schmerzzuständen und Spasmen, HIV-Infektion, HWS- und LWS-Syndrom, Hyperhidrosis, Kopfschmerzen, Lumbalgie, Lupus erythematodes, Migraine accompagnée, Migräne, Mitochondropathie, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Morbus Scheuermann, Morbus Still, Morbus Sudeck, , Multiple Sklerose, Neurodermitis, Paroxysmale nonkinetogene Dyskinese (PNKD), Polyneuropathie, Posner-Schlossmann-Syndrom, Posttraumatische Belastungsstörung, Psoriasis (Schuppenflechte), Reizdarm, Rheuma (rheumatoide Arthritis), Sarkoidose, Schlafstörungen, Schmerzhaftes Spastik bei Syringomyelie, Systemische Sklerodermie, Tetraspastik nach infantiler Cerebralparese, Thalamussyndrom bei Zustand nach Apoplex, Thrombangitis

---

<sup>3</sup> Fischer B, Kuganesan S, Room R. Medical Marijuana programs: implications for cannabis control policy-- observations from Canada. Int J Drug Policy 2015;26(1):15-9.

<sup>4</sup> Persönliche Mitteilung Ilya Reznik, Israel.

<sup>5</sup> Oregon Department of Human Services. Oregon Medical Marijuana Program (OMMP). Statistics. Verfügbar online unter:

<http://public.health.oregon.gov/DiseasesConditions/ChronicDisease/MedicalMarijuanaProgram/Pages/data.aspx>

obliterans, Tics, Tinnitus, Tourette-Syndrom, Trichotillomanie, Urtikaria unklarer Genese, Zervikobrachialgie, Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma, Zwangsstörung.

**Table 1:** Anzahl kontrollierter klinischer Studien mit Medikamenten auf Cannabisbasis zwischen 1975 und 2015. Tabelle 24 aus dem Englischen übersetzt aus: Grotenhermen F, Müller-Vahl K. Medicinal Uses of Marijuana and Cannabinoids. Critical Review in Plant Sciences, 2016, zur Publikation angenommen.

<b>Indikation</b>	<b>Zahl der gefundenen Studien</b>	<b>Gesamtzahl der Patienten</b>
Übelkeit und Erbrechen aufgrund Krebschemotherapie oder Strahlentherapie	34	1581
Appetit und chemosensorische Wahrnehmung bei Krebs- oder HIV/Aids-Patienten	10	973
Neuropathische oder chronische Schmerzen	35	2046
Experimentelle oder akute Schmerzen	11	387
Spastik bei multipler Sklerose	14	1740
Tremor bei multipler Sklerose	2	22
Blasendysfunktion bei multipler Sklerose	2	765
Fortschreiten der Erkrankung, Entzündung und kognitive Leistungsfähigkeit bei multipler Sklerose	3	610
Querschnittslähmung	3	10
Tourette-Syndrom	2	36
Epilepsie	1	15
Glaukom	3	32
Dystonie	1	15
Intestinale Dysfunktion und Reizdarm	5	215
Morbus Crohn	1	21
Atemwegserkrankungen	1	9
Cannabisabhängigkeit	2	207
Angst und posttraumatische Belastungsstörung	4	104
Schizophrenie	2	55
Morbus Parkinson	3	47
Demenz	1	50
Wechselwirkungen zwischen Cannabinoiden	2	58
<b>Gesamt*</b>	<b>141*)</b>	<b>Etwa 8.000**)</b>

\*) Die Studie von Wade et al. (2003) taucht in zwei Tabellen auf, sodass die Summierung aller Studien in den Tabellen 1-23 im Artikel (hier nicht dargestellt) von 142 höher als die Summe der durchgeführten kontrollierten Studien (n = 141) ist.

\*\*\*) Die Summe aller Teilnehmer in den Studien (n = 8942) ist höher als die reale Zahl der Teilnehmer, weil einige Studien mit den gleichen Teilnehmern durchgeführt wurde. So verwendete die Studie von Freeman et al. (2006) die gleiche Studienpopulation wie die von Zajicek et al. (2003). Literatur im Originalartikel.

## Hintergründe zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums

Es ist wahrscheinlich, dass das Bundesverwaltungsgericht der Auffassung des Verwaltungsgerichts Köln vom 22. Juli 2014 (Az: 7 K 4447/11) folgen würde, nach der Patienten der Eigenanbau von Cannabis nicht generell verwehrt werden kann, wenn sie aus finanziellen Gründen keine andere Alternative zu einer ausreichenden und notwendigen Behandlung mit Cannabis haben.<sup>6</sup> Der Eigenanbau wäre eine preisgünstige Alternative zum Erwerb von Cannabisblüten aus der Apotheke, den sich viele Erlaubnisinhaber nicht in dem notwendigen Umfang leisten können. Der Eigenanbau von Cannabisblüten wird von der Bundesregierung jedoch als „nicht zielführend“ betrachtet, sodass es notwendig ist, betroffenen Patienten über eine Kostenerstattung einen sicheren Zugang zu Cannabisblüten zu ermöglichen.

Dieser Richterspruch durch das höchste Verwaltungsgericht der Bundesrepublik würde deutlich machen, dass die Bundesregierung sich seit zehn Jahren weigert, ein Urteil des gleichen Gerichts vom 19. Mai 2005 (BVerwG 3 C 17.0) korrekt umzusetzen.<sup>7</sup> Danach könne das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Anträge auf die medizinische Verwendung von Cannabis nicht pauschal ablehnen, wie das in den Jahren davor geschehen war. Dieses Urteil ist die Grundlage für die gegenwärtige Möglichkeit der Beantragung von Ausnahmeerlaubnissen.

Auf das Argument, Patienten könnten sich auch vom Arzt Dronabinol verschreiben lassen, auch wenn dieses teuer sei und von den Krankenkassen nicht immer erstattet werde, entgegnete das Bundesverwaltungsgericht unmissverständlich: „Der Verweis auf ein Arzneimittel, das weder ohne weiteres verfügbar noch für den normalen Bürger erschwinglich ist, stellt aber keine Alternative dar, die das öffentliche Interesse am Einsatz von Cannabis zur Krankheitsbekämpfung entfallen lässt.“

Die Bundesregierung verweigert jedoch entgegen des Geistes dieses Urteils des Bundesverwaltungsgerichts seit Jahren den Eigenanbau von Cannabis durch Patienten mit dem Hinweis, dass sie sich Medizinalcannabisblüten in der Apotheke kaufen können, auch wenn sich viele Patienten den Erwerb von Cannabis in dem notwendigen Umfang nicht leisten können.

Im Klartext bedeutet das: Diese Bundesregierung und die Vorgängerregierungen haben wissentlich unzureichende Maßnahmen ergriffen, um das Leiden vieler Patienten zu lindern. Bereits 2005 hatte das Bundesverwaltungsgericht darauf hingewiesen, dass eine Erlaubnis zum Eigenanbau bei Cannabis grundsätzlich in Frage komme. „Die Entscheidung, einem Patienten den Erwerb oder, was insbesondere bei Cannabis in Betracht kommt, etwa den Anbau zu gestatten, bleibt stets eine Einzelfallentscheidung“, hieß es im Urteil vor zehn Jahren.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Bundesopiumstelle einem Patienten den Eigenanbau von Cannabis genehmigen wollte, der Antrag des Patienten jedoch durch eine Weisung aus dem Bundesgesundheitsministerium vom 16. Juli 2010 aus politischen Gründen abgelehnt wurde.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Informationen zum Urteil des Verwaltungsgerichts auf der IACM-Webseite: [http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de#vg\\_koeln](http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de#vg_koeln)

<sup>7</sup> Informationen zum Urteil unter: <http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de#2005>

<sup>8</sup> Informationen zu diesem Vorgang und zum Inhalt der Anordnung aus dem Bundesgesundheitsministerium unter: [http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww\\_de\\_db\\_cannabis\\_artikel.php?id=150](http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=150)



## **Grundsätzliche Anmerkungen zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums**

Die geplanten Gesetzesänderungen sind ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis. Er wird daher von der ACM ausdrücklich begrüßt.

Das Gesetz soll dazu dienen, die „Verkehrsfähigkeit und die Verschreibungsfähigkeit von weiteren Arzneimitteln auf Cannabisbasis (dazu gehören z.B. Medizinalhanf, d.h. getrocknete Cannabisblüten sowie Cannabisextrakte in pharmazeutischer Qualität) herzustellen, um dadurch bei fehlenden Therapiealternativen bestimmten, insbesondere schwerwiegend chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten nach entsprechender Indikationsstellung in kontrollierter pharmazeutischer Qualität durch Abgabe in Apotheken den Zugang zur therapeutischen Anwendung zu ermöglichen.“

Hervorzuheben ist insbesondere die Verschreibungsfähigkeit von Cannabisblüten. Diese sind deutlich günstiger als die derzeit zur Verfügung stehenden Cannabis-basierten Medikamente in der Anlage III der verschreibungsfähigen Medikamente des Betäubungsmittelgesetzes, also Dronabinol/THC, Sativex und Nabilon. Auch die Kostenübernahme durch die Krankenkassen in bestimmten Fällen, also bei schwerwiegenden chronischen Erkrankungen, die mit den üblichen Standardtherapien nicht ausreichend behandelt werden können oder mit starken Nebenwirkungen reagieren, ist zu begrüßen. Bisher müssen auch diese Patienten entsprechende Medikamente selbst finanzieren, so dass selbst diese Patienten aufgrund häufig unzureichender finanzieller Ressourcen nach der gegenwärtigen Rechtslage nicht adäquat behandelt werden können.

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. Viel wird daher davon abhängen, wie streng die Kriterien für eine Kostenübernahme solcher Präparate durch die Krankenkassen gehandhabt werden sollen. Wann wird eine Erkrankung als schwer eingestuft, und ab wann werden diese Patienten als mit den Standardverfahren austherapiert betrachtet? Wie groß wird also der Patientenkreis sein, der von einer Kostenerstattung durch die Krankenkassen profitieren wird? Das Gesetz ist ein großer Schritt in die richtige Richtung. Weitere werden folgen müssen, um Ärzten und Patienten einen größeren Spielraum zu eröffnen, wenn es um Cannabis-basierte Medikamente geht.

### **Die konkreten positiven Seiten des Gesetzes**

Die positiven Seiten des Gesetzes überwiegen eindeutig gegenüber den kritischen Aspekten. Im Einzelnen sind dies:

#### 1. Cannabisblüten werden ein verschreibungsfähiges Medikament

Cannabisblüten werden ein Medikament, wie alle anderen Betäubungsmittel, wie beispielsweise Dronabinol, Sativex, Methylphenidat, Morphinum und Oxycodon. Bisher befanden sich Cannabisblüten in der Anlage I des Betäubungsmittelgesetzes der nicht verschreibungsfähigen und nicht verkehrsfähigen Substanzen. Cannabisblüten und Cannabisextrakte in pharmazeutischer Qualität werden nun verschreibungsfähig.

#### 2. Cannabisblüten können von jedem niedergelassenen Arzt verschrieben werden

Cannabisblüten können auf einem Betäubungsmittelrezept von jedem niedergelassenen Arzt für jede Indikation, bei der sich Arzt und Patient einen Behandlungserfolg versprechen, verschrieben werden. Wie bei jedem Betäubungsmittel und auch bei jedem anderen vom Arzt verschriebenen Medikament müssen Nutzen und Risiken gegeneinander abgewogen werden. Jeder niedergelassene Arzt kann Betäubungsmittelrezepte bei der Bundesopiumstelle anfordern und dann entsprechende Rezepte zur Verschreibung von Betäubungsmitteln ausstellen.

### 3. Das Antragsverfahren bei der Bundesopiumstelle entfällt

Das Antragsverfahren bei der Bundesopiumstelle entfällt, bei der durch einen Arztbericht begründet werden muss, dass eine Therapie mit Cannabisprodukten notwendig ist, weil andere Therapieverfahren nicht ausreichend wirksam sind. Nun entscheidet nicht mehr eine Behörde über die Zulässigkeit einer Therapie mit Cannabisblüten, sondern ein Arzt entscheidet, ob eine solche Therapie sinnvoll und notwendig ist, so wie das auch bei allen anderen verschreibungspflichtigen Medikamenten der Fall ist.

Die Frage, wann Cannabisblüten bzw. Cannabisextrakte verschrieben werden sollten, wird in der Zukunft vor allem innerhalb der Ärzteschaft diskutiert werden, genauso wie das für andere Betäubungsmittel, wie beispielsweise starke Opiate oder Medikamente gegen die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) der Fall ist. Auch hier gibt es Ärzte, die bei der Verschreibung starker Opiate oder bei der Verschreibung von Methylphenidat gegen ADHS eher zurückhaltend sind, während andere Ärzte eher dazu bereit sind. Bei Cannabisblüten und Cannabisextrakten wird das in Zukunft ähnlich sein.

Auch Apotheken werden nach dem geplanten Gesetz nicht länger eine Ausnahmeerlaubnis für den Umgang mit Cannabisblüten beantragen müssen.

### 4. Die medizinische Verwendung von Cannabisblüten ist kurzfristig möglich

Die Dauer der Bearbeitung eines Antrags bei der Bundesopiumstelle betrug in der Vergangenheit etwa 6-8 Wochen. Zurzeit kann es von der Antragstellung bis zur Genehmigung auch länger als 3 Monate dauern.

Es gibt viele Situationen, bei denen eine schnelle Therapie mit Cannabisblüten sinnvoll ist, beispielsweise wenn diese bei einer Krebschemotherapie eingesetzt werden sollen. In diesen Fällen kommen bisher nur Rezepte für Cannabis-basierte Medikamente, wie beispielsweise Dronabinol und Sativex, zum Einsatz. In der Zukunft könnten Ärzte in solchen Fällen sofort Cannabisblüten verschreiben.

### 5. Kostenübernahme in bestimmten Fällen

Unter bestimmten Voraussetzungen sollen nach dem Gesetzentwurf die Kosten für eine Therapie mit Medikamenten auf Cannabisbasis erstattet werden. Dazu zählen Cannabisblüten, Dronabinol (THC), der Cannabisextrakt Sativex und andere Cannabisextrakte, sowie der synthetische THC-Abkömmling Nabilon. „Voraussetzung für den Anspruch ist, dass bei dem Versicherten oder der Versicherten eine schwerwiegende chronische Erkrankung vorliegt, eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung steht und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht“ (Gesetzentwurf vom 7. Januar 2016).

## 6. Mitnahme ins Ausland für 30 Tage möglich

Da Cannabisblüten und entsprechende Extrakte verschreibungsfähig werden sollen, darf eine Menge, die für eine 30-tägige Behandlung benötigt wird, mit den Auflagen, wie sie für andere verschreibungsfähige Betäubungsmittel gelten, und mit den entsprechenden Formblättern, die vom Arzt und örtlichen Behörden zu unterzeichnen sind, mit ins Ausland genommen werden, beispielsweise bei einem Urlaub oder einem beruflichen Auslandsaufenthalt.

## 7. Die Teilnahme am Straßenverkehr wird grundsätzlich möglich

Da Cannabisblüten verschreibungsfähig werden, gilt auch für Cannabisblüten der § 24a, Abs. 2 des Straßenverkehrsgesetzes zur Fahrtüchtigkeit unter dem Einfluss von „berauschenden“ Medikamenten, nach dem es heißt: „(2) Ordnungswidrig handelt, wer unter der Wirkung eines in der Anlage zu dieser Vorschrift genannten berauschenden Mittels im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt. Eine solche Wirkung liegt vor, wenn eine in dieser Anlage genannte Substanz im Blut nachgewiesen wird. Satz 1 gilt nicht, wenn die Substanz aus der bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.“

Bisher gab es mit den Führerscheinstellen häufig Differenzen, weil Cannabisblüten mit einer Ausnahmeerlaubnis durch die Bundesopiumstelle vom Arzt nicht verschrieben wurden, sondern eine ärztlich begleitete Selbsttherapie stattfand, obwohl sowohl die Bundesopiumstelle als auch das Bundesverkehrsministerium darauf hingewiesen hatten, dass auch Cannabisblüten, die aufgrund einer Ausnahmeerlaubnis verwendet werden, hinsichtlich Fahrtüchtigkeit und Fahreignung wie verschriebene Medikamente behandelt werden sollten.

Diese Änderung hat auch entsprechend positive Auswirkungen auf die rechtliche Grundlage der Beurteilung der Fahreignung nach der Fahrerlaubnisverordnung.

## 8. Ein kontrollierter Cannabisanbau soll in Deutschland organisiert werden

Es ist geplant, einen staatlich überwachten Cannabisanbau in Deutschland zu organisieren, um so besser auf den zukünftigen Bedarf reagieren zu können und nicht vollständig auf einen Import aus dem Ausland angewiesen zu sein. Dazu soll eine Cannabisagentur beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eingerichtet werden. Diese Agentur soll auch Preise festlegen, sodass zukünftig übertrieben hohe Preise in Apotheken ausgeschlossen werden.

## **Kritische Aspekte des Gesetzes**

Der vorliegende Referentenentwurf vom 7. Januar 2016 wirft aber auch einige kritische Fragen auf. Im Einzelnen sind dies im Wesentlichen:

### 1. Wann ist eine Erkrankung eine „schwerwiegende chronische Erkrankung“, so dass eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen infrage kommt?

Zukünftig sollen die Krankenkassen bzw. der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) darüber entscheiden, ob die Kosten für eine Therapie mit Cannabis-basierten Medikamenten von der Kran-

kenkasse erstattet werden. Der Referentenentwurf verweist auf den Begriff der „schwerwiegenden chronischen Erkrankung“, wie er bereits in einem anderen Zusammenhang geregelt ist: „Eine Krankheit ist danach schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und wenigstens eines der folgenden Merkmale vorliegt: ...“ Eines dieser Merkmale ist die „Erforderlichkeit einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung (...), ohne die nach ärztlicher Einschätzung (...) eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist“. Dieser Begriff der schwerwiegenden chronischen Erkrankung ist dehnbar, sodass davon ausgegangen werden muss, dass Ärztinnen und Ärzte bzw. ihre Patienten die Sachlage nicht selten anders betrachten als die Krankenkassen bzw. der MDK. Möglicherweise werden hier die Sozialgerichte erst im Laufe der Jahre durch eine Anzahl von Gerichtsverfahren Klarheit schaffen können.

## 2. Wann steht eine „allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung“?

Auch jetzt muss bei einem Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis für die medizinische Verwendung von Cannabisblüten dargelegt werden, dass Patienten mit den üblichen Therapieverfahren ausbehandelt sind. Es ist bisher unklar, wie der MDK diese Frage handhaben wird, bzw. ob es erhebliche Unterschiede zwischen verschiedenen Krankenkassen bei dieser Frage geben wird. Auch hier ist mit Klagen vor den Sozialgerichten zu rechnen.

Diese recht restriktive Vorgabe für eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen wird dazu führen, dass wünschenswerte Behandlungen mit Cannabis-basierten Medikamenten oft nicht durchgeführt werden können, weil anerkannte medizinische Behandlungsverfahren zur Verfügung stehen, obwohl diese von Arzt und Patient hinsichtlich des Risiko-Nutzen-Profiles als ungünstiger als eine Therapie mit Cannabisprodukten betrachtet werden.

Beispielsweise ist im Rahmen der Therapie chronischer Schmerzen die Behandlung mit Cannabisprodukten der Therapie mit starken Opiaten vorzuziehen, wenn beide die gleiche Wirksamkeit aufweisen. Im Gegensatz zu einer Behandlung mit Cannabis tritt bei der chronischen Verwendung starker Opiate häufig und rasch eine starke Abhängigkeit auf, sodass es im Gegensatz zu Cannabis im Allgemeinen nicht möglich ist, die Therapie für einen begrenzten Zeitraum - etwa wenn weniger Schmerzen auftreten - auszusetzen bzw. in der Dosis zu reduzieren, da sonst starke Entzugssymptome auftreten können.

Viele Standardtherapien werden in der Akutbehandlung gut vertragen, können jedoch langfristig mit schweren Organschäden einhergehen. Dies gilt etwa für entzündungshemmende Mittel wie Cortison und Methotrexat und für viele andere gebräuchliche Medikamente, bei denen alternativ Cannabisprodukte eingesetzt werden können.

Bei der Frage der Austerapietheit mit Standardtherapien stellt sich bereits auch heute schon bei Anträgen auf eine Ausnahmeerlaubnis für die Verwendung von Cannabisblüten nach § 3 Betäubungsmittelgesetz die Frage, wie viele und welche Standardtherapien dem Patienten zugemutet werden können, bevor er auf eine Therapie mit Cannabisprodukten zurückgreifen darf, die sich möglicherweise bereits als wirksam erwiesen hat. So sind für zahlreiche Indikationen zahllose Medikamente auf dem Markt, etwa Antidepressiva, Antiepileptika oder Medikamente gegen chronische Entzündungen, die grundsätzlich als Alternative zur Verfügung stehen. Es stellt sich die Frage, wie viele Monate oder Jahre ein Patient diese „Standardtherapien“ ausprobiert haben muss, in denen er möglicherweise nicht gut behandelt ist, mit entsprechenden negativen Auswirkungen auf sein priva-

tes und berufliches Leben, bevor ihm eine Kostenerstattung für Cannabisblüten oder andere Cannabis-basierte Medikamente zugestanden wird. Zudem geht der Referentenentwurf nicht auf die Frage ein, ob auch invasive Therapieverfahren, beispielsweise eine operative Behandlung eines Rückenleidens, durchgeführt werden muss, bevor ein Patient als austherapiert gilt.

In diesem Zusammenhang weist die ACM darauf hin, dass im Gegensatz zu anderen Ländern wie Kanada, die Niederlande und Israel die Kostenübernahme in Deutschland eine erheblich größere Rolle spielt, weil die Cannabisblüten in der Apotheke erheblich teurer sind als in diesen Ländern. So kostet die Sorte Bedrocan des Unternehmens Bedrocan Patienten in Kanada umgerechnet etwa 5 € pro Gramm, während sie in deutschen Apotheken im Allgemeinen zwischen 14 und 20 € pro Gramm kostet. Der größte israelische Lieferant für medizinische Cannabisblüten, das Unternehmen Tikum Olam, gibt diese für eine monatliche Pauschale von 90 € an Patienten ab, unabhängig von der verschriebenen Menge, die in Israel nach Angaben von Tikum Olam 20-200 g monatlich beträgt. In Kanada und Israel gibt es keine Kostenerstattung für Cannabisblüten, eine notwendige bzw. sinnvolle Therapie in der individuell erforderlichen Dosierung scheitert zumindest in Israel jedoch im Allgemeinen nicht an den Kosten. In den Niederlanden übernehmen die Krankenkassen zunehmend die Kosten bei einer zunehmenden Zahl von Indikationen.

### 3. Der Anspruch auf eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist an die Teilnahme an einer Begleitforschung geknüpft

Die Bundesregierung plant in den ersten Jahren Begleitforschung durchzuführen und Patienten, die eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen anstreben, zu zwingen, daran teilzunehmen: „Der Erstattungsanspruch ist mit der Teilnahme an einer Begleitforschung, die bis Ende Dezember 2018 vorgesehen ist, verknüpft.“ Grundsätzlich ist es begrüßenswert, Begleitforschung durchzuführen. Bedenklich ist aber, wenn die Durchführung einer notwendigen Behandlung von der Teilnahme an diesem Forschungsprogramm abhängig gemacht wird. Es sollte überlegt werden, ob hier nicht andere Anreize zur Teilnahme an der Begleitforschung möglich sind.

Zudem sollte überlegt werden, ob nicht auch Patienten, die Cannabis-basierte Medikamente vom Arzt verschrieben bekommen, deren Kosten jedoch nicht von den Krankenkassen erstattet werden, an der Begleitforschung teilnehmen dürfen. So könnten beispielsweise Motive von Ärzten und Patienten für die Verschreibung bzw. Verwendung dieser Medikamente erforscht werden, obwohl eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse nicht erfolgt.

### 4. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll auf der Grundlage der Begleitforschung im Jahr 2019 festlegen, unter welchen Voraussetzungen die gesetzlichen Krankenkassen zukünftig Kosten erstatten sollen

Im Referentenentwurf heißt es: „Auf der Grundlage der Ergebnisse der Begleitforschung nach Satz 1 Nummer 3 legt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Juli 2019 in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 konkretisierend fest, in welchen medizinisch notwendigen Fällen und unter welchen Voraussetzungen die Leistungen nach Satz 1 ab dem 1. August 2019 zu Lasten der Zeit gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können. Die Leistung bedarf der Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist.“

Auch hier wird sich die Frage stellen, wie restriktiv die Ergebnisse der Begleitforschung und damit die Entscheidung des gemeinsamen Bundesausschusses ausfallen werden.

Es ist nicht auszuschließen, dass mit dem Blick auf die Ergebnisse der Begleitforschung die Krankenkassen bzw. der MDK bereits im Vorfeld die Kostenerstattung sehr restriktiv handhaben, um somit indirekt dafür Sorge zu tragen, dass später nur relativ wenige Indikationen Eingang in die Begleitforschung und damit in die Diskussion um die zukünftige Kostenerstattung finden.

#### 5. Der Eigenanbau von Cannabis durch Patienten und Patientinnen wird ausgeschlossen

Im Referentenentwurf heißt es: „Ein Eigenanbau von Cannabis durch Patientinnen und Patienten zur Selbsttherapie birgt die Gefahr von mangelnden Qualitäts- und Sicherheitskontrollmöglichkeiten und ist aus gesundheits- und ordnungspolitischer Sicht nicht zielführend.“

Je nachdem, wie restriktiv die Krankenkassen und auch später der Gemeinsame Bundesausschuss die Frage der Kostenübernahme handhaben bzw. regeln, kann eine Selbsttherapie mit selbst angebautem Cannabis durchaus besser sein als keine Therapie oder eine Standardtherapie, die mit stärkeren Nebenwirkungen assoziiert ist. Die Verweigerung des Eigenanbaus raubt vielen Patienten die Möglichkeit einer bezahlbaren Medikation mit Cannabisprodukten.

#### 6. Vermögende Patienten sind weiterhin bessergestellt, die Zweiklassenmedizin bleibt bestehen

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. Bisher würde die Kostenübernahme eine Ausnahme bleiben, sodass hier Korrekturbedarf besteht.

#### **Das Gesetz ist ein richtiges Signal an die Jugend!**

Vor allem in den USA, jedoch gelegentlich auch in Europa, wird von Gegnern einer medizinischen Cannabisverwendung behauptet, eine Legalisierung von Cannabis für medizinische Zwecke stelle ein falsches Signal an die Jugend dar. Eine medikamentöse Verwendung solle nicht erfolgen, weil Jugendliche dann den Eindruck gewinnen könnten, der Freizeitkonsum von Cannabis sei harmlos. Damit wird die Gefahr heraufbeschworen, der Cannabiskonsum unter Jugendlichen könne zunehmen, wenn Cannabis auch zu medizinischen Zwecken verwendet werde.

Dieses Argument erscheint jedoch unverständlich, denn auch Jugendliche wissen, dass Medikamente - zum Teil schwerwiegende - Nebenwirkungen und beispielsweise auch eine Abhängigkeit verursachen können. Selbstverständlich ist es sinnvoll und notwendig, Jugendliche (und Erwachsene) über die Gefahren von Medikamenten und des Medikamentenmissbrauchs aufzuklären. Dies ist jedoch eine Aufgabe, die nicht auf Cannabis beschränkt ist. Spätestens seitdem Untersuchungen vorliegen, nach denen der Umfang des Konsums von Cannabis durch Jugendliche durch seine medizinische Verwendung nicht messbar beeinflusst wird, sollte dieses Argument ausgedient haben. So gab es nach statistischen Daten von Städten in Kalifornien, Colorado, dem Staat Washington und Oregon, die im Jahr 2007 von Wissenschaftlern des texanischen A&M-Zentrums für Gesundheitswissenschaften vorgestellt wurden, keinen Einfluss der Gesetze für medizinischen Cannabis auf den Umfang des

illegalen Cannabiskonsums bei Jugendlichen.<sup>9</sup> Spätere Untersuchungen haben diese Studie bestätigt.

Staatliche Organe verlieren - gerade auch bei Jugendlichen - ihre Glaubwürdigkeit, wenn sie nicht zwischen verschiedenen Verwendungsformen (Freizeitkonsum durch Jugendliche, Behandlung von Schwerkranken) unterscheiden, wenn sie Patienten ohne Grund eine wirksame Therapie unter Strafandrohung vorenthalten. Politiker verlieren ihre Glaubwürdigkeit, wenn sie mit dem Ziel der Aufrechterhaltung einer unhaltbaren Situation Scheindebatten führen und Scheinargumente vortragen.

### **Die strafrechtliche Verfolgung des Eigenanbaus von Cannabis durch Patienten ist nicht länger haltbar**

Das wichtigste Argument für die anhaltende Kriminalisierung von Patienten, die sich Cannabisprodukte aus der Apotheke nicht leisten können, ist die Behauptung, dass Patienten vor nicht qualitätsgeprüften Cannabisprodukten geschützt werden müssten. Dies ist auch der Grund, warum die Möglichkeit des Eigenanbaus durch Patienten von der Bundesregierung auch weiterhin nicht als „zielführend“ betrachtet wird. Solange die Entscheidung über eine Therapie mit Cannabisprodukten erheblich durch die finanziellen Möglichkeiten des Patienten beeinflusst werden, sollten preisgünstige Alternativen wie der Selbstanbau nicht strafrechtlich verfolgt werden.

Von einem Arzneimittel aus der Apotheke muss man erwarten, dass die Inhaltsstoffe des Präparates angegeben sind, ihre Konzentrationen bekannt sind und keine Verunreinigungen bestehen. Das soll und muss nach Auffassung der ACM auch für Arzneimittel auf Cannabis- oder Cannabinoidbasis aus der Apotheke gelten. Es ist auch wünschenswert, wenn möglichst viele Patienten, die Cannabisprodukte medizinisch benötigen, einen Zugang zu diesen Präparaten aus der Apotheke erhalten und nicht gezwungen sind, nach anderen Lösungen zu suchen.

Die Forderung, dass Patienten, die (illegalen) Cannabis aus medizinischen Gründen verwenden, nicht länger einer Strafverfolgung ausgesetzt sein dürfen, bezieht sich nicht auf Arzneimittel aus der Apotheke. Die betroffenen Patienten wissen, dass sie, wenn sie selbst angebautes Cannabis verwenden, kein Arzneimittel nach dem Arzneimittelrecht einnehmen. Darauf hat bereits das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil vom 19. Mai 2005 hingewiesen, indem es zur Legitimierung der Verwendung von selbst angebaute Cannabis ausführt: "Dabei ist sich der Betroffene bewusst, dass es keinerlei Gewähr für die therapeutische Wirksamkeit des eingesetzten Betäubungsmittels gibt."<sup>10</sup>

Wenn gegen die Verwendung von Dronabinol und anderen Cannabis-basierten Medikamenten bzw. Cannabisblüten mit einer arzneilichen Qualität rechtlich nichts einzuwenden ist, so würde sich die Strafandrohung der medizinischen Verwendung von Cannabis ohne arzneiliche Qualität nicht gegen die Verwendung von Cannabis an sich, sondern gegen seine mangelnde Qualität (beispielsweise Verunreinigung mit Pestiziden, fehlende Standardisierung auf wichtige Inhaltsstoffe) richten. Die Verwendung von Cannabis wäre danach grundsätzlich nicht strafbar, sondern man würde mit dem Strafrecht gegen die Verwendung von Pestiziden und anderen Qualitätsmängeln vorgehen. Da diese möglicherweise mangelhafte Qualität in anderen Lebensbereichen der Selbstversorgung (zum Beispiel beim Anbau von Tabak oder Gemüse im eigenen Garten) keine strafrechtliche Rolle spielt, ist diese singuläre Position hinsichtlich der Qualität von Cannabis nicht schlüssig.

Gesunde und Kranke dürfen sich in Deutschland unterschiedlichen Gefahren aussetzen und sich

---

<sup>9</sup> Gorman DM, Charles Huber J Jr. Do medical cannabis laws encourage cannabis use? Int J Drug Policy 2007;18(3):160-7.

<sup>10</sup> BverwG 3 C 17.04 vom 19.5.2005. Verfügbar online unter: <http://www.bundesverwaltungsgericht.de>

selbst schädigen, ohne dafür strafrechtlich verfolgt zu werden. Sie dürfen etwa drei Schachteln Zigaretten pro Tag rauchen, sich regelmäßig bis zur Trunkenheit mit Alkohol berauschen und ihr Gewicht durch übermäßige und schlechte Ernährung bis zur Fettleibigkeit steigern - und sogar ihre Kinder entsprechend dieses Vorbilds erziehen. Sie dürfen an viel befahrenen Straßen wohnen, um sich den Autoabgasen und dem Lärm auszusetzen. Sie dürfen selbst angebaute und in der Natur gefundene Pflanzen und Pilze essen, selbst wenn diese ungenießbar oder giftig sind. Diese Liste ließe sich beliebig fortsetzen, und niemand wird diese Personen für eine dieser unvernünftigen, verantwortungslosen oder selbstschädigenden Taten strafrechtlich verfolgen.

Im Falle von Cannabis verlangt der Gesetzgeber jedoch bisher von Schwerkranken, dass sie nur Produkte, die arzneimittelrechtlichen Anforderungen genügen, verwenden dürfen, um eine Strafverfolgung zu vermeiden.

Abschließend möchte der Vorstand der ACM allen danken, die an der Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung mit Cannabisprodukten mitgewirkt haben und weiterhin mitwirken und dadurch diesen, im Referentenentwurf niedergelegten bedeutsamen Schritt für die betroffenen Patientinnen und Patienten ermöglicht haben.

Im Namen des Vorstands der ACM



D

Dr. med. F. Grotenhermen

Vorstandsvorsitzender