

Cannabis als Medizin: Warum weitere Verbesserungen notwendig und möglich sind

Positionspapier von Wissenschaftler*innen, Ärzt*innen und Politiker*innen

Autoren

Prof. Dr. Heino Stöver	Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung, Frankfurt University of Applied Sciences
Dr. Ingo Ilja Michels	International Scientific Coordinator, SOLID Projekt, Frankfurt University of Applied Sciences
Prof. Dr. Kirsten R. Müller- Vahl	Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover; Vorstandsvorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.
Dr. Franjo Grotenhermen	Ärztliche Praxis, Steinheim; Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.

Unterstützter (in alphabetischer Reihenfolge)

Burkhard Blienert	Mitglied des Deutschen Bundestags (2013-2017), ehemaliges Mitglied des Ausschusses für Gesundheit, Sprecher für Drogen/Sucht, SPD-Fraktion
Dr. Knud Gastmeier	Palliativmediziner und Schmerztherapeut, Potsdam
Dirk Heidenblut	Mitglied des Deutschen Bundestags, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit, Sprecher für Drogen/Sucht, SPD-Fraktion
Dr. Ellis Huber	ehemaliger Präsident der Ärztekammer Berlin
Dr. Kirsten Kappert- Gonther	Mitglied des Deutschen Bundestags, Sprecherin für Drogenpolitik Sprecherin für Gesundheitsförderung, Fraktion Bündnis90/Die

	Grünen
Prof. Dr. Matthias Karst	Leiter Schmerzambulanz, Medizinische Hochschule Hannover
Niema Movassat	Mitglied des Deutschen Bundestags, Sprecher für Drogenpolitik, Fraktion Die Linke
Dr. Wieland Schinnenburg	Mitglied des Deutschen Bundestags, Sprecher für Drogenpolitik, FDP- Fraktion

Geschichtliche Entwicklung

Seit den 90er Jahren gab es in Deutschland eine außerparlamentarische Bewegung, die sich für die legale Nutzung von Cannabis als Medizin einsetzte. Unterstützt wurde diese Initiative durch zahlreiche wegweisende Gerichtsentscheidungen. Das Thema wurde aber auch immer wieder von Parlamentariern aller Parteien - von SPD, Die Linke, Bündnis 90/Die GRÜNEN, CDU/CSU bis zur FDP - und den jeweiligen Regierungen aufgegriffen.

Bereits am 2. November 1995 legte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstelltes Gutachten zum therapeutischen Potential von Cannabis und Tetrahydrocannabinol (THC) vor. Dies bildete nachfolgend die Grundlage für die Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Bundestagsabgeordneten Dr. Barbara Höll und der Gruppe der PDS zum medizinischen Gebrauch von Cannabis (Drucksache 13/3282). Darin heißt es: *„...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 des BfArM war darüber hinaus Grundlage für die Umstufung von THC (Dronabinol) in Anlage 3 des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 1998, wodurch THC schließlich verschreibungsfähig wurde.

Parlamentarische Initiativen gingen insbesondere auf die Arbeit der Bundesgesundheitsminister*innen Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen), Ursula Schmidt (SPD) und Hermann Gröhe (CDU/CSU) zurück, aber auch auf die Drogenbeauftragten der Bundesregierung Christa Nickels (Bündnis 90/Die Grünen), Sabine Bätzing-Lichtenthaler (SPD) und Marlene Mortler (CDU/CSU) sowie Burkhard Blienert (SPD), Frank Tempel (Die Linke) und Harald Terpe (Bündnis 90/Die Grünen).

Die aktuelle Situation nach Inkrafttreten des „Cannabis-als-Medizin-Gesetzes“

Am 4. Mai 2016 beschloss die Bundesregierung das „Cannabis-als-Medizin-Gesetz“, das nach Anhörungen im Gesundheitsausschuss und Modifikationen in endgültiger Lesung im Bundestags-Plenum am 19.1.2017 einstimmig von allen im Bundestag vertretenen Parteien verabschiedet wurde. Es wurde am 9.3.2017 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und trat am 10.3.2017 in Kraft.

Die wichtigsten Änderungen infolge des Gesetzes können wie folgt zusammengefasst werden:

1. THC-haltige standardisierte Medikamente (Cannabisblüten, Cannabisextrakte, Dronabinol) sowie Nabilon werden verschreibungsfähige Medikamente.
2. Diese Medikamente dürfen von allen niedergelassenen Ärzt*innen, d.h. ohne Facharztvorbehalt, lediglich mit Ausnahme von Zahn- und Tierärzt*innen verschrieben werden.
3. Es werden keine Einschränkungen hinsichtlich der Verschreibungsfähigkeit in Bezug auf Indikation oder Alter der Patient*innen getroffen.
4. Unter den in § 31 Abs. 6 Sozialgesetzbuch V festgelegten Voraussetzungen müssen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für eine solche Behandlung übernehmen. Laut Gesetz darf ein solcher Antrag auf Kostenübernahme von den Krankenkassen nur in begründeten Ausnahmefällen abgelehnt werden.
5. Unabhängig von der Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist eine privatärztliche Verschreibung möglich, sofern die Voraussetzungen des § 13 Betäubungsgesetz für die Verschreibung von Betäubungsmitteln erfüllt sind.

Allein von Januar bis September 2020 wurden von den gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für mehr als 240.000 Verordnungen für Cannabis-basierte Medikamente übernommen entsprechend einem Bruttoumsatz in Höhe von über 111 Millionen Euro (Quelle: GKV). Seit 2017 wurden fast 70.000 Kostenübernahmeanträge gestellt, von denen aber lediglich gut 60% genehmigt wurden. Nach Marktschätzungen erhalten in Deutschland derzeit - Privatversicherte und Selbstzahler eingeschlossen - mehr als 80.000 Menschen eine ärztlich verordnete Cannabis-basierte Therapie

Problembereiche

Mehr als 4 Jahre nach Inkrafttreten des „Cannabis-als-Medizin-Gesetzes“ fällt eine Bilanz gemischt aus. Neben den unstrittigen, zahlreichen positiven Entwicklungen sind verschiedene vom Gesetzgeber 2017 beabsichtigte Veränderungen nach wie vor nicht eingetreten:

1. Noch immer müssen Cannabismedikamente, insbesondere Cannabisblüten und daraus hergestellt Extrakte, nach Deutschland importiert werden, anfangs ausschließlich aus den Niederlanden, mittlerweile auch aus weiteren Ländern wie Kanada, Israel und Spanien.
2. Die Kosten für Cannabisblüten sind seit Inkrafttreten des Gesetzes nicht etwa gesunken, sondern deutlich angestiegen, da Cannabisblüten nach Arzneimittelpreisverordnung wie Rezepturarzneimittel zu behandeln sind. Die Kosten liegen deutlich über den in zahlreichen anderen Ländern. So kosten die gleichen Produkte in Deutschland mehr als dreimal so viel wie etwa in den Niederlanden (€20-24/g versus €6-7/g). Dies führt zu einer erheblichen finanziellen Belastung nicht nur der Krankenkassen, sondern auch derjenigen Patient*innen, die die Kosten der Behandlung selbst tragen müssen. Einzig in Schleswig-Holstein werden Cannabisblüten wie Fertigarzneimittel behandelt, sodass der in der Arzneimittelpreisverordnung vorgeschriebene Aufschlag von 90 bzw. 100% entfällt.
3. Verordnete Ärzt*innen sehen sich nicht nur einem hohen bürokratischen Aufwand gegenüber, sondern fühlen sich im Falle von Patient*innen mit einem hohen Bedarf wegen der

Kosten für Cannabis-basierter Medikamente ständig der Gefahr eines Regresses ausgesetzt. Zudem weisen Krankenkassen verordnende Ärzt*innen regelmäßig in Schreiben auf das in §12 Sozialgesetzbuch V festgeschriebene Wirtschaftlichkeitsgebot hin. Augenfällig ist dabei, dass dabei stets die Unwirtschaftlichkeit einer Verordnung von Cannabisblüten suggeriert wird. All dies führt dazu, dass nach wie vor die Mehrzahl der Vertragsärzt*innen vor einer Verordnung zurückschrecken. Die Kassenärztliche Vereinigung in Baden-Württemberg macht vor, dass es auch anders geht. Um die verordnenden Ärzt*innen von finanziellen Risiken zu entlasten, wurde 2019 kurzerhand entschieden, dass Cannabis-Verordnungen nicht mehr in das „Arzneimittelbudget“ einfließen bzw. budgetneutral sind.

4. Auch wenn die Zahl der verordnenden Ärzt*innen in den letzten vier Jahren zugenommen hat, fühlen sich nach wie vor viele Ärzt*innen nicht ausreichend qualifiziert, um eine Cannabis-basierte Therapie durchzuführen. Der Bedarf an Fortbildungen ist ungebrochen. Diese sollten idealerweise unabhängig von der Pharmaindustrie sein. Auch haben Grundlagen zur Funktion des Endocannabinoidsystems und der Wirkungsweise Cannabis-basierter Medikamente kaum Eingang in die Lehrinhalte an deutschen medizinischen Fakultäten gefunden. Ganz davon abgesehen, dass bisher an keiner deutschen Medizinfakultät ein Lehrstuhl für „Cannabis als Medizin“ eingerichtet wurde.

5. Der im Gesetz verankerte Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen sollte nicht indizierte off- oder no-label Verordnungen Cannabis-basierter Medikamente verhindern. Faktisch hat er aber dazu geführt, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine Kostenübernahme nicht etwa nur „in begründeten Ausnahmefällen“ ablehnen, sondern von Beginn an bis heute konstant in ca. 40% aller Fälle, dies obwohl die meisten Ärzt*innen im Falle vermutlich zur Ablehnung führenden Indikationen überhaupt keinen Antrag mehr unterstützen. Dies kann vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes sicherlich nicht länger mit fehlerhaft gestellten Anträgen begründet werden. Vielmehr verfestigt sich der Eindruck, dass die Krankenkassen – und nicht wie sonst üblich und für richtig befunden die behandelnden Ärzt*innen - die Indikation für eine Cannabis-basierter Therapie stellen. So werden Kostenübernahmeanträge von Patient*innen mit bestimmten – beispielsweise psychischen - Erkrankungen praktisch ausnahmslos abgelehnt. Sogar Anträge von Patient*innen, die zuvor bereits eine Ausnahmeerlaubnis durch die Bundesopiumstelle erhalten hatten, wurden in großer Zahl abgelehnt.

6. Wissenschaftler*innen wie auch Ärzt*innen und Politiker*innen sind sich darin einig, dass die externe Evidenz für eine Wirksamkeit Cannabis-basierter Medikamente in der Mehrzahl der diskutierten Indikationen nach wie vor gering ist. Einigkeit besteht auch darin, dass diesem Mangel ausschließlich mit Hilfe von großen kontrollierten klinischen Studien Abhilfe geschaffen werden kann. Umso erstaunlicher ist es, dass bis heute fast gar keine staatlich finanzierte Forschungsförderung erfolgte.

Daraus erwachsene Konsequenzen

All diese Missstände führen dazu, dass in Deutschland im Vergleich zu vielen anderen Ländern sowohl die absolute Zahl derjenigen Patient*innen, die legalen Zugang zu Cannabis-basierten Medikamenten haben, gering ist, als auch die Entwicklung in den letzten Jahren deutlich langsamer verlaufen ist. So wurde etwa in Israel im Februar 2021 die Zahl von 85.000 Cannabis-Patient*innen überschritten. Dies entspricht bei einer Einwohnerzahl von etwa 8 Millionen

einem Anteil von mehr 1%. Auch aus anderen Ländern wie Kanada werden ähnliche Zahlen berichtet. Demgegenüber erhalten in Deutschland derzeit lediglich nur etwa 0,1% der Bevölkerung Medikamente auf Cannabisbasis. Ein erheblicher Anteil dieser Patient*innen muss die Kosten der Behandlung selbst tragen. Es ist daher in Deutschland von einer dramatischen medizinischen Unterversorgung mit Cannabis-basierten Medikamenten auszugehen.

Darüber hinaus ist im Zusammenhang mit Cannabis-basierten Therapien in Deutschland eine erhebliche soziale Schieflage eingetreten. Wegen der häufigen Ablehnung der Kostenübernahme und der Zurückhaltung der Ärzt*innen in der Verordnung Cannabis-basierter Medikamente zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen, sind weniger vermögende Patient*innen eindeutig benachteiligt im Hinblick auf eine Behandlung mit Cannabis-basierten Medikamenten, da sie sich eine privatärztliche Verordnung auf eigene Kosten nicht leisten können.

Besonderheit: Sucht und andere psychiatrische Erkrankungen

Das Bestehen einer Suchterkrankung oder einer anderen psychiatrischen Erkrankung führt aktuell fast ausnahmslos zur Ablehnung eines Kostenübernahmeantrags für eine Cannabis-basierte Therapie unabhängig davon, ob die psychische Erkrankung die antragsbegründende Indikation oder lediglich eine zusätzlich bestehende Erkrankung ist. Nach Ergebnissen einer Zwischenauswertung der Begleiterhebung des BfArM vom März 2020 entfallen lediglich etwa 5% aller bewilligten Kostenübernahmeanträge auf psychiatrische Erkrankungen. Diese Praxis der Krankenkassen steht in diametralem Widerspruch zu Ergebnissen epidemiologischer Studien, der klinisch praktischen Behandlungserfahrung und auch den Zahlen der vor 2017 erteilten Ausnahmeerlaubnisse. Seinerzeit wurden 27% der Ausnahmeerlaubnisse wegen einer psychischen Erkrankung erteilt, darunter neben ADHS und Depression auch posttraumatische Belastungsstörung, Autismus-Spektrum-Störung und Zwangserkrankungen.

Was muss passieren?

Nach wie vor haben zahlreiche Patient*innen keinen legalen Zugang zu einer Behandlung mit Cannabis-basierten Medikamenten, selbst wenn hierfür ärztlicherseits eine Indikation gestellt wurde. Mehr noch: diese Patient*innen werden auch heute noch kriminalisiert, wenn sie die einzige, ihnen offen stehende Alternative einer Selbsttherapie mit Straßencannabis wählen. Diese Praxis kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein, denn das Betäubungsmittelgesetz wurde geschaffen, um Menschen vor gesundheitlichen Schäden durch Betäubungsmittel zu schützen, nicht hingegen, um kranke Menschen durch strafrechtliche Maßnahmen zu schädigen.

Daher fordern die Unterzeichnenden:

- Die Abgabepreise für Cannabisblüten in Apotheken müssen deutlich gesenkt werden. Als Vorbild könnte der in Schleswig-Holstein gewählte Weg dienen. Von der 2019 getroffenen gesetzlichen Regelung zur Kostensenkung profitieren aktuell einseitig die Krankenkassen, nicht aber die selbstzahlenden Patient*innen.
- Der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen muss abgeschafft werden, damit die Therapiehoheit in den Händen der behandelnden Ärzt*innen bleibt und die

Behandlungsindikation nicht länger von Sozialfachangestellten der Krankenkassen oder Gutachter*innen des MDK gestellt wird.

- Regressdrohungen gegenüber Ärzt*innen müssen beendet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung in Baden-Württemberg hat hierfür einen Praxis tauglichen Weg aufgezeigt.
- Pharmaindustrie unabhängige Fortbildungen für Ärzt*innen zum Thema Cannabis als Medizin müssen verstärkt angeboten werden. Das Thema muss darüber hinaus fester Bestandteil der Lehre im Medizinstudium werden.
- Sucht- und andere psychiatrische Erkrankungen dürfen nicht länger pauschal als Kontraindikationen für eine Cannabis-basierte Therapie eingestuft werden, die praktisch ausnahmslos zur Ablehnung des Kostenübernahmeantrags führen.
- Patient*innen mit einer ärztlich bescheinigten Indikation für eine Cannabis-basierte Therapie dürfen nicht länger strafrechtlich verfolgt werden.
- Bei Bestehen einer ärztlich indizierten Cannabis-basierten Therapie müssen Patient*innen im Hinblick auf eine Teilnahme am Straßenverkehr genauso behandelt werden, wie Patient*innen, die andere Medikamente einnehmen.
- Die klinische Forschung zur Wirksamkeit Cannabis-basierter Medikamente ist von allgemeinem Interesse und muss daher durch den Bund gefördert und finanziert werden. Die Förderung durch die öffentliche Hand ist auch deshalb erforderlich, weil klinische Forschung pharmazeutischer Unternehmen immer auf ein konkretes Produkt abzielt, eine Einschränkung, die aus Sicht von Ärzt*innen und Patient*innen nicht sinnvoll ist.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Heino Stöver: hstoever@fb4.fra-uas.de