

Update zu Cannabis als Medizin: Diskussion und Praxis

Franjo Grotenhermen & Maximilian Plenert

Zusammenfassung

Die Bilanz des Cannabis als Medizin-Gesetzes von 2017 zeigt viel Licht, wirft aber auch lange Schatten. Die rechtliche Grundlage hat in der Theorie einen guten Rahmen geschaffen, in der Praxis müssen Patient_innen und ihre Ärzt_innen hart und zu oft erfolglos für eine Therapie mit Cannabis-Medikamenten kämpfen. Trotz aller Probleme ist die Wirkung des Gesetzes enorm. Die Zahl der Cannabis-Patient_innen steigt weiterhin schnell. Die Erfahrungen aus dem Ausland prognostizieren ein Potential von über einer Million Menschen, die mit Cannabis als Medizin ein besseres Leben führen könnten. Triebfeder für das Wachstum ist Engagement vieler Einzelner, während die strukturelle Integration der Behandlung mit Cannabinoiden als Teil der Regelversorgung ebenso auf sich warten lässt wie ein engagiertes Handeln der verantwortlichen Organisationen.

Vorbemerkung

Die Betrachtung der Verwendung von Cannabis-Medikamenten als gesundheitspolitisches Thema impliziert, dass alle Bundesbürger_innen, deren Gesundheit, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit sowie Lebensqualität durch Cannabis-Medikamente verbessert werden können, einen realen Zugang zu einer solchen Therapie erhalten sollten. Dieses Ziel hatte sich der Gesetzgeber bei der einstimmigen Verabschiedung des Gesetzes am 19. Januar 2017 im Deutschen Bundestag („Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“, Bundestagsdrucksache 18/8965) gesetzt.

Hintergrund

In der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM) vom 18. September 2016 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung hieß es:

„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, und ob Ärztinnen und Ärzte

tatsächlich in der Lage sind angesichts ihres begrenzten Praxisbudgets Medikamente auf Cannabisbasis auch in der Tat verschreiben können.“¹

Aktuelle Situation

Nach der gegenwärtigen Rechtslage sind – trotz ärztlicher Empfehlung einer Therapie mit cannabisbasierten Medikamenten – weiterhin viele Patient_innen von einer entsprechenden Behandlung ausgeschlossen.

Zahlreiche Ärzt_innen sind grundsätzlich bereit Cannabis als Therapie zu nutzen, der Aufwand, ihr Mangel an Wissen und Angst vor Regressforderungen sind für viele die entscheidende Hürde. Patient_innen trauen sich nicht, das Thema Cannabis als Option anzusprechen, was im Einzelfall leider keine unbegründete Angst ist. Patient_innen berichten in der Folge von teilweise negativen Reaktionen bis hin zum Rauswurf aus der Praxis oder dem Abbruch der kompletten Therapie

Das häufigste Problem von Patient_innen ist die erfolgreiche Suche nach einem Arzt bzw. einer Ärztin. Nicht alle Patient_innen sind in der Lage, die dafür häufig notwendige Kraft und Zeit aufzubringen. Problematisch können auch Situationen ohne freie Wahl des Arztes bzw. der Ärztin sein, z.B. bei stationären Therapien.

Jede Behandlung mit Medikamenten auf Cannabisbasis, die auf eine Übernahme der Kosten durch die zuständige Krankenkasse abzielt, ist für den Arzt oder die Ärztin mit einem hohen Aufwand für den Antrag bei häufige Ablehnungen bei minimaler Vergütung verbunden. Wird der Antrag nicht im ersten Anlauf genehmigt, müssen der Patient oder die Patientin zusammen mit dem Arzt bzw. der Ärztin ein langwieriges Verfahren für den Widerspruch durchstehen und möglicherweise vor dem Sozialgericht, eventuell in mehreren Instanzen, auf eine Kostenübernahme klagen. Häufig geben Patient_innen im Verlaufe dieses Prozesses auf.

Nur eine der Spitzen des Eisberges

Die in diesem Artikel explizit benannten Probleme und Lösungsvorschläge sowie ihre Adressat_innen stellen eine Auswahl dar.

Weiterhin werden die zahlreichen Erfahrungen, die Ärzt_innen und Patient_innen machen nicht systematisch wissenschaftlich erforscht, bei der Begleiterhebung wird nur ein Bruchteil davon gesammelt. Problematisch ist der Umgang mit den Daten aus der Begleiterhebung. Das BfArM hat das Monopol beim Zugriff und veröffentlicht selbst selektiv Daten, was einen unmittelbaren Einfluss auf die öffentliche Debatte hat.

Patient_innen, die einen verschreibenden Arzt gefunden und auch eine Kostenübernahme haben, stehen vor weiteren Problemen, die von anderen Patient_innen jedoch eher als Luxusprobleme betrachtet werden, wie beispielsweise Lieferengpässe für bevorzugte Sorten oder Einschränkungen der Reisefreiheit mit ihrem Medikament.

¹ https://www.cannabis-med.org/nis/data/file/stellungnahme_acm_2016.pdf

Patient_innen, die cannabisbasierte Medikamente einnehmen, dürfen zwar grundsätzlich nach dem Gesetz am Straßenverkehr teilnehmen, wie dies auch für andere ärztlich verschriebene Betäubungsmittel, insbesondere Opiate, gilt. In der Praxis droht jedoch je nach Haltung der zuständigen Behörden und Begutachtungsstellen der Verlust des Führerscheins. Zwar hat das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur im Jahr 2015 in einem Merkblatt die Rechtslage erläutert und darauf hingewiesen, dass Cannabis-Patient_innen grundsätzlich am Straßenverkehr teilnehmen dürfen, eine ausführliche Neufassung der Hinweise als klare Richtschnur für Polizeibeamt_innen, Führerscheinstellen und MPU-Stellen steht jedoch aus.

Das Problem der Strafverfolgung hat die ACM in einer aktuellen Petition adressiert². Neben der Bundesregierung und dem Bundestag sind alle weiteren Akteur_innen im Gesundheitssystem aufgerufen, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Probleme anzugehen, die einer Regelversorgung mit Cannabis-Medikamenten im Wege stehen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind aufgerufen, ihrem Versorgungsauftrag auch beim Einsatz von cannabisbasierten Medikamenten nachzukommen. Sie sind angesichts der gravierenden Probleme in der Pflicht, als Anlauf- und Beratungsstelle für Patient_innen und Ärzt_innen zu dienen. Die Vermittlung von Ärzt_innen fällt in ihre Zuständigkeit ebenso wie Hilfe bei der Kostenübernahme.

Die Ärztekammern und Fachgesellschaften müssen angesichts der Ängste, Bedenken und Wissenslücken ihrer Mitglieder reagieren. Beiträge mit Informationen zum Thema müssen fortlaufend weiterentwickelt und aktiv angeboten werden. Die Kenntnisse der Ärzt_innen, die umfangreiche Erfahrungen mit dem Einsatz von Cannabis und Cannabinoiden gesammelt haben, müssen weitergegeben werden, um mehr Ärzt_innen in die Versorgung mit entsprechenden Präparaten miteinzubeziehen.

Verzerrungen bei der Verteilung der Indikationen bei der Kostenübernahme

Mehr als 70% der Kostenübernahmen, die sich in einer Zwischenauswertung der Begleiterhebung durch die Bundesprüfstelle niederschlagen, entfallen auf Schmerzkrankungen – Patient_innen mit vielen anderen Indikationen sind unterrepräsentiert. Ein Teil der Verschreibungen von Cannabis-Medikamenten entfällt auf solche, bei denen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten der Behandlung übernommen haben. Diese werden durch eine fünfjährige Begleiterhebung durch die Bundesprüfstelle erfasst. Nicht erfasst werden Verschreibungen auf Privatrezepten, die entweder bei privaten Krankversicherern eingereicht oder von den Patient_innen selbst bezahlt werden. Nach Angaben der Bundesregierung lagen bis zum 6. März 2020 8872 vollständige Datensätze in der Begleiterhebung vor (siehe Tabelle 1).

² <https://petition.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/>

Tabelle 1: Verteilung der Indikationen der 8872 Datensätze der Begleiterhebung durch die Bundesopiumstelle³

Erkrankung bzw. Symptomatik	Prozentualer Anteil
Schmerzen	ca. 72 %
Spastik	ca. 11 %
Anorexie/Wasting	ca. 7 %
Übelkeit/Erbrechen	ca. 4 %
Depressionen	ca. 3 %
Migräne	ca. 2 %
ADHS	ca. 1 %
Appetitmangel/Inappetenz	ca. 1 %
Darmkrankheit, entzündlich	ca. 1 %
Darmkrankheit	ca. 1 %
Epilepsie	ca. 1 %

Andere Erkrankungen (Tourette-Syndrom, Restless Legs Syndrom, Schlafstörung) machen weniger als ein Prozent der Erkrankungen aus. Andere bewährte Indikationen tauchen überhaupt nicht auf. Es ergibt sich ein deutlicher Unterschied zur Verteilung der Erkrankungen, für die die Bundesopiumstelle in den Jahren 2007-2016 Ausnahmeerlaubnisse zur Verwendung von Medizinalcannabisblüten aus der Apotheke nach § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz erteilt hat. Dort bildeten psychiatrische Erkrankungen, wie ADHS, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörung, sowie chronisch-entzündliche Erkrankungen wie Colitis ulcerosa und Morbus Bechterew einen deutlich größeren Anteil der Patient_innen, die nach Auffassung der Bundesopiumstelle eine Therapie mit Cannabis benötigten.

Besonders deutlich wird dies bei psychischen Problemen und speziell bei der Diagnose ADHS. Diese Patient_innen sind bei den Kostenübernahmen unterrepräsentiert, dafür machen sie einen überdurchschnittlichen Anteil bei Informationsangeboten wie dem ACM-Patiententelefon aus. Psychische Erkrankungen hatten bei den Patient_innen mit Ausnahmeerlaubnis einen Anteil von 23%. Bei den Kostenübernahmen sank der Anteil auf 5%. Bei ADHS sank der Anteil von 14% im Rahmen der Ausnahmeerlaubnisse auf nur 2%.

Diskrepanz zwischen Versorgung und Bedarf

Eine genaue Abschätzung der Zahl der Patient_innen in Deutschland, die cannabisbasierte Medikamente legal erhalten, ist aufgrund fehlender Daten über die Ausstellung von Privatrezepten bzw. Privatpatienten mit einer Kostenzusage nicht möglich.

³ Drucksache 19/18292

Es ist davon auszugehen dass die meisten Patient_innen, die keine Kostenübernahme erhalten, ihren Bedarf über Privatrezepte aus wirtschaftlichen Gründen nur teilweise decken können.

Bei einer großzügigen Annahme der Zahl von Privatpatient_innen erhielten etwa 20-30.000 Personen in Deutschland Medikamente auf Cannabisbasis. Dies entspricht bei einer Einwohnerzahl von 83,2 Millionen einem Anteil von 0,025-0,036%. Aus anderen Ländern, wie Israel, Kanada und einigen Staaten der USA ist bekannt, dass der reale Bedarf für eine ausreichende gesundheitliche Versorgung mit Cannabis-Medikamenten bei etwa 1 bis 2% der Bevölkerung und damit mindestens 870.000, eher aber mehr als einer Million, Patient_innen liegt.

Es kann sicher davon ausgegangen werden, dass deutlich weniger als 10% der Patient_innen – dies wären 87.000 Personen – die einer solchen Therapie bedürfen, diese auch erhalten.

Lösungsvorschläge für bestehende Probleme

Problem: Ablehnung der Kostenübernahme aufgrund unzureichender klinischer Datenbasis

Für viele schwere Erkrankungen, bei denen cannabisbasierte Medikamente einen therapeutischen Nutzen haben und bei denen die Bundesopiumstelle zwischen 2007 und 2016 entsprechende Ausnahmeerlaubnisse nach § 3 Abs. 2 BtMG erteilt hatte, gibt es nur eine unzureichende klinische Datenbasis. Die Krankenkassen sind dazu übergegangen, bei diesen Patient_innen „eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome“ (§ 31 Abs. 6 SGB V) zu negieren, obwohl die betroffenen Patient_innen nach ärztlicher Einschätzung eine positive Einwirkung auf ihre Erkrankung bzw. Symptomatik tatsächlich erleben.

Lösungsvorschlag: Die Krankenkassen sollten zur Kostenübernahme verpflichtet werden, wenn ein cannabisbasiertes Medikament im konkreten Einzelfall eine tatsächliche „spürbare positive Einwirkung“ auf die Erkrankung bzw. Symptome bewirkt. Sinnvoll wäre eine Regelung, wie sie für die Kostenübernahme bei dem Fertigarzneimittel Sativex® gilt. Dieses Medikament kann für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Spastik bei multipler Sklerose von Erwachsenen verschrieben werden. Die Kosten werden langfristig allerdings nur dann erstattet, wenn sich während eines Behandlungsversuchs auch tatsächlich eine Besserung einstellt.

Problem: Ablehnung der Kostenübernahme aufgrund mangelnder Schwere der Erkrankung

Krankenkassen lehnen immer wieder eine Kostenübernahme ab, weil Erkrankungen nicht als „schwerwiegend“ eingestuft werden.

Lösungsvorschlag: Die Passage im Sozialgesetzbuch V, in der es heißt „Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung ...“ wird ergänzt durch „Als schwerwiegend ist eine Erkrankung dann einzustufen, wenn dadurch die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt wird.“ Bereits die Anforderungen des § 13

Betäubungsmittelgesetzes schließen aus, dass Cannabis-basierte Medikamente bei leichten bzw. nicht schwerwiegenden Erkrankungen eingesetzt werden dürfen.

Problem: Ablehnung der Kostenübernahme ohne Benennung von Therapiealternativen

Krankenkassen lehnen nicht selten eine Kostenübernahme ab, weil noch nicht alle Therapieoptionen ausgeschöpft seien, ohne allerdings konkret zu benennen, welche Therapien noch durchgeführt werden sollten. Die behandelnden Ärzt_innen wissen dann nicht, welche Therapien nach Auffassung der Krankenkasse bzw. des MDK noch durchgeführt werden sollen, bevor ein Behandlungsversuch mit einem Cannabis-basierten Medikament genehmigt werden kann.

Lösungsvorschlag: Die Krankenkassen dürfen einen Antrag wegen fehlender Ausschöpfung von Standardtherapien nur dann ablehnen, wenn diese konkret benannt werden.

Problem: Kostenexplosion bei Cannabisblüten

Die Kosten für Cannabisblüten in der Apotheke sind in 2017 erheblich gestiegen, weil sie nach Inkrafttreten des Gesetzes nach § 4 oder § 5 Arzneimittelpreisverordnung als Rezepturarzneimittel abgegeben werden müssen. Dies belastet das ärztliche Budget, die Krankenkassen und insbesondere Patient_innen, die solche Medikamente weiterhin selbst finanzieren müssen. Die Kostenreduktion durch Verhandlungen der Spitzenverbände auf Grundlage des GSAV (Gesetz zu mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung), das am 16. August 2019 in Kraft trat, ist unzureichend. Es entlastet die Krankenkassen nur gering und bringt keine Vorteile für Selbstzahler_innen.

Lösungsvorschlag: Die Prüfung der Identität verschiedener Chargen von Medizinalcannabisblüten sollte nach dem Vorbild der Niederlande zentral in der Cannabisagentur oder einer anderen Stelle erfolgen. Eine Prüfung jeder einzelnen Dose derselben Charge könnte dann in den Apotheken entfallen, sodass die Behältnisse nicht mehr geöffnet werden müssten und die Medizinalcannabisblüten als fiktives Fertigarzneimittel behandelt werden könnten.

Arzneimittelpreise sind politische Preise, da ihre Festsetzung weitgehend rechtlich geregelt ist. Das es anders geht, zeigen die Niederlande. In den dortigen Apotheken sind die gleich verpackten Cannabissorten des niederländischen Unternehmens Bedrocan für etwa ein Drittel des Preises (6-7 € versus 21-23 € pro Gramm) erhältlich.

Problem: Drohende Regresse (Strafzahlungen) für Ärzt_innen

Ärztinnen und Ärzte fürchten bei einer Verordnung hoher Dosierungen Cannabis-basierter Medikamente, dass dies Strafzahlungen an die Krankenkassen, so genannte Regresse, nach sich ziehen könnte unter dem Vorwurf mangelnder Wirtschaftlichkeit – trotz Kostenübernahme der Behandlung.

Lösungsvorschlag: Die Verordnung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen THC und Nabilon sind bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach §§ 106-106c SGB V als zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten von der Prüfungsstelle anzuerkennen, sofern eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse erfolgt. Bereits heute sind viele Me-

dikamente im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss als bundesweite Praxisbesonderheit anzuerkennen.⁴ Der Kostenübernahmevorbehalt der Krankenkassen kann so wie ein akzeptierter Zusatznutzen nach G-BA-Beschluss der vergleichbar behandelt werden.

Der Weg zur Gerechtigkeit von Cannabis-Patient_innen führt über die Gerichte

Zahlreiche Patient_innen führten Prozesse um ihr Recht auf eine Therapie mit Cannabis durchzusetzen. Selbst bei Fragestellungen, die sich klar aus dem Gesetz beantworten lassen, müssen Patient_innen ihre Rechte bis zur Ebene der Landessozialgerichte einklagen. Neu sind derartige Probleme nicht. Das Bundesversicherungsamt wies bereits in seinem Tätigkeitsbericht 2017 darauf hin, dass einzelne Kassen die Genehmigung rechtswidrig befristet haben oder auf die Genehmigungsfiktion vom Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde hingewiesen werden mussten.

Einschränkung auf kostengünstigste Darreichungsform unzulässig

Das Landessozialgericht in München hat Ende 2019 in einem Urteil klargestellt, dass die Krankenkassen nicht nur die kostengünstige Darreichungsform genehmigen darf, wenn andere Formen eine andere Wirkung zeigen. Die Therapiefreiheit hinsichtlich Art und Dosis liegt ausschließlich beim Vertragsarzt. (LSG München, Urteil v. 05.11.2019 – L 5 KR 544/18)

Urteil zur Austerapietheit des Landessozialgerichts Hamburg

Die Entscheidung, ob eine reguläre Therapieoption und Kassenleistung zum Einsatz kommen kann oder nicht, trifft allein der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin. Dies wurde im Gesetz explizit festgeschrieben. Die Krankenkasse darf nur prüfen, ob eine „begründete Einschätzung“ vorliegt, eine inhaltliche Auseinandersetzung steht ihr nicht zu. Wichtig für den Kostenantrag ist, dass der Arzt bzw. jede Ärztin für jede ausgeschlossene Standardtherapie explizit eine „begründete Einschätzung“ dokumentiert. Dabei müssen insbesondere die Nebenwirkungen und die konkrete Situation des jeweiligen Patienten bzw. der jeweiligen Patientin berücksichtigt werden. Daneben können auch weitere medizinische Gründe wie ein Therapieerfolg mit Cannabisblüten angeführt werden. Beschluss vom 02.04.2019 (Sozialgericht Hamburg S 18 KR 1736/18 ER; Landessozialgericht Hamburg L 1 KR 16/19 B ER)

⁴ Vergleiche: https://www.kvberlin.de/20praxis/50verordnung/45pruefung/bw_praxisbesond/index.html; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/171608/Neue-Arzneimittel-Kaum-Praxisbesonderheiten>

Zeitliche Befristung der Kostenübernahme unzulässig

Eine zeitliche Befristung der Kostenübernahme einer Therapie mit Cannabis als Medizin durch die Krankenkasse ist nicht zulässig. Die Genehmigung ist nur einmalig vor Beginn der Therapie einzuholen, wie dies das Sozialgericht Hildesheim deutlich machte (Sozialgericht Hildesheim, S32 KR 4041/17 ER).

Oberverwaltungsgericht Saarlouis: Führerschein zu Unrecht entzogen

Ein Verkehrsteilnehmer, der Cannabis zu medizinischen Zwecken verwendet, hat den Führerschein zurückerhalten, nachdem das Oberverwaltungsgericht Saarlouis am 3.9.2018 (Aktenzeichen: 1 B 221/18) entschieden hatte, dass ihm der Führerschein zu Unrecht entzogen worden war. Er befand sich zum Zeitpunkt einer Hausdurchsuchung noch in einer Selbsttherapie mit illegalem Cannabis, zum Zeitpunkt der Entziehung der Fahrerlaubnis jedoch in ärztlicher Behandlung.

Andere Maßnahmen
von Drogenhilfe
und -prävention

⋮

4