

cannabis medizi *Arbeitsgemeinschaft* *Cannabis als Medizin*

Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin

Am Mildenweg 6

59602 Ruethen

Tel.: +49 (0)2952-9708572

Fax: +49 (0)2952-902651

Email: info@cannabis-med.org

Fünf Klarstellungen und eine Frage an die Politik

Klarstellung 1:

Dronabinol ist ein natürliches Cannabinoid

Zu Cannabis und Cannabinoiden sind viele Missverständnisse und Halbwahrheiten im Umlauf. Das beginnt bereits bei der Nomenklatur.

So wird Dronabinol häufig fälschlich als synthetisches oder halbsynthetisches THC bezeichnet, wie in der schriftlichen Stellungnahme der Bundesärztekammer, der KBV und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Anhörung am 15. Oktober 2008 (Ausschussdrucksache 16(14)0420(9)). Die INN-Liste der WHO gibt Auskunft darüber, dass Dronabinol der internationale Freiname (international non-proprietary name, INN) für ein natürliches Cannabinoid ist, für das in der Cannabispflanze vorkommende Isomer des Delta-9-THC. Die Frage der Gewinnung von Dronabinol (synthetisch, halbsynthetisch, durch Extraktion aus Drogenhanf) spielt bei der Bezeichnung des Moleküls keine Rolle.

Ein weiteres Beispiel: Die meisten deutschen Autoren versehen Cannabis mit dem sächlichen Artikel ("das Cannabis"). Das gilt sowohl für wissenschaftliche Texte als auch für Beiträge in Zeitschriften für medizinische Laien. Der Duden gibt darüber Auskunft, dass Cannabis den männlichen Artikel trägt ("der Cannabis"). Im 19. Jahrhundert war in der medizinischen Literatur auch die Verwendung des weiblichen Artikels ("die Cannabis") gebräuchlich: "Die Cannabis ist von constanter Wirkung zur Beseitigung der Schmerzempfindungen und zur Wiederherstellung des Appetites, unter welchen Verhältnissen auch die Schmerzen und die Appetitlosigkeit auftreten mögen (...)" (See G. Anwendung der Cannabis indica in der Behandlung der Neurosen und gastrischen Dyspepsien. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1890;60(31-34):679-682, 727-730, 748-754, 771-774.).

Leider lassen sich Missverständnisse und Halbwahrheiten zum Thema Cannabis und Cannabinoide häufig nicht so einfach wie bei der Nomenklatur oder bei falschen Zahlenangaben (siehe unten) korrigieren, da es keine allgemein anerkannte Referenz, beispielsweise zur Toxikologie oder zum therapeutischen Potenzial, gibt.

Klarstellung 2:

Die Zahl der medizinischen Cannabiskonsumenten in den Niederlanden wird auf 10.000 bis 15.000 geschätzt

Wie ein Missverständnis entsteht, zeigt ein Beispiel aus der Anhörung im Gesundheitsausschuss. Ich wies in einer Antwort darauf hin, dass vom Programm des niederländischen Gesundheitsministeriums für medizinischen Cannabis etwa 500 Patienten profitieren. Daraus schloss ein anderer Experte, es gäbe in den Niederlanden 500 Patienten, die Cannabis aus medizinischen Gründen verwenden. Der relative Bedarf sei für Deutschland vermutlich ähnlich anzusetzen.

Die Zahl der medizinischen Cannabiskonsumenten wurde jedoch in den Niederlanden vom Gesundheitsministerium vor Beginn des Projekts im Jahr 2003 auf 10.000 bis 15.000 geschätzt, was sich seither vermutlich nicht wesentlich verändert haben dürfte. Es ist dem Ministerium bekannt, dass der weitaus größte Teil der Patienten, die in den Niederlanden Cannabis aus medizinischen Gründen verwenden, sich weiterhin wie gewohnt über einen der etwa 700 Coffee-Shops (Stand: März 2008) legal mit der Droge versorgt. Wird die Zahl von 10.000 bis 15.000 Patienten in den Niederlanden (Einwohnerzahl: 16,5 Millionen) unter der Annahme des gleichen Bedarfs an einer Therapie mit Cannabis auf deutsche Verhältnisse (Einwohnerzahl: 82 Millionen) übertragen, so ergibt sich eine Zahl von etwa 50.000 bis 75.000 Patienten.

Klarstellung noch 3:

Die arzneimittelrechtliche Zulassung eines cannabinoidhaltigen Medikaments in Deutschland wird die gegenwärtige medizinische Unterversorgung mit Cannabisprodukten abmildern, jedoch auf absehbare Zeit nicht beseitigen

Das durch Wunschdenken geprägte Missverständnis, die Zulassung von Medikamenten auf Cannabinoidbasis würde die gegenwärtige Unterversorgung der deutschen Bevölkerung mit medizinischen Cannabisprodukten beseitigen, ist weit verbreitet. Beispiele aus anderen Ländern, wie den USA und Kanada, legen jedoch das Gegenteil nahe.

In Deutschland liegt dies vor allem daran, dass die Krankenkassen eine Kostenerstattung für ein arzneimittelrechtlich zugelassenes Medikament im Allgemeinen nur bei der Indikation vornehmen, für die die arzneimittelrechtliche Zulassung besteht, und nicht bei anderen Erkrankungen (Off-Label-Verwendung). So wird beispielsweise eine Zulassung des Cannabisextrakts Sativex® für die Behandlung der Spastik bei multipler Sklerose nicht dazu führen, dass eine Behandlung mit diesem Medikament beispielsweise auch bei Fibromyalgie, Krebs, Tourette-Syndrom oder Morbus Crohn von den Krankenkassen bezahlt wird.

Obwohl in den USA pro Kopf der Bevölkerung etwa zehnmal so häufig Dronabinol (als Fertigarzneimittel Marinol®) wie in Deutschland verschrieben wird, ist dadurch der medizinische Bedarf an Cannabisprodukten nicht gedeckt. Nahezu die Hälfte der US-amerikanischen Bevölkerung hat zusätzlich über eines der Gesetze zu medizinischem Cannabis in 13 US-Staaten die grundsätzliche Möglichkeit zu einem ärztlich empfohlenen Zugang zu einer Selbstmedikation mit Cannabis.

Obwohl in Kanada seit vielen Jahren das Dronabinol-Derivat Nabilon (Cesamet®) arzneimittelrechtlich zugelassen ist, wurde die Regierung durch ein Gerichtsurteil gezwungen, der Bevölkerung einen legalen Zugang zu Cannabis für medizinische Zwecke zu eröffnen. Das Programm des kanadischen Gesundheitsministeriums zu medizinischem Cannabis konnte auch nach der arzneimittelrechtlichen Zulassung des Cannabisextrakts Sativex® im Jahr 2005 nicht eingestellt werden.

Die Vorstellung, dass eine arzneimittelrechtliche Zulassung von Dronabinol, Nabilon, Sativex®, Cannador® oder anderer Medikamente auf Cannabinoidbasis innerhalb absehbarer Zeit zu einer befriedigenden Versorgung der Bevölkerung mit Cannabisprodukten in Deutschland führen würde, ist daher illusorisch.

Klarstellung 4:

Die Projekte zu medizinischem Cannabis in Kanada und den Niederlanden sind erfolgreich

Eine mangelnde Kenntnis der Projekte zu medizinischem Cannabis in Kanada und den Niederlanden verursachen offenbar Fehleinschätzungen hinsichtlich der Erfolgsaussichten eines Projekts für die medizinische Verwendung von Cannabis in Deutschland.

In der schriftlichen Stellungnahme eines Experten heißt es, dass die Projekte in den Niederlanden und Kanada, die Patienten eine legale Möglichkeit zur medizinischen Verwendung von Cannabis über ein ärztliches Rezept zur Vorlage in einer Apotheke (Niederlande) oder eine ärztliche Stellungnahme für eine Ausnahmegenehmigung vom Gesundheitsministerium (Kanada) eröffnen, zu scheitern drohen (Ausschussdrucksache 16(14)0420(8)). Die Projekte wiesen nur eine "geringe Inanspruchnahme" (Niederlande) bzw. einen "eklatanten Nachfragemangel" (Kanada) auf. Das niederländische Programm habe einen "Verlust von 200.000 EUR eingefahren". Es sei "kein nachvollziehbarer Grund zu erkennen, warum ein ähnliches Projekt in der Bundesrepublik Deutschland erfolgreicher sein sollte".

Diese Schlussfolgerung ist vor allem aus drei Gründen abwegig:

1. Ein ähnliches Projekt in Deutschland würde allein wegen der andersartigen rechtlichen Situation stärker in Anspruch genommen als die Projekte in den Niederlanden und Kanada. In den Niederlanden ist kein Patient auf Cannabis aus der Apotheke angewiesen, um sich legal mit der Droge zu versorgen, da er sie auch in Coffee-Shops erwerben kann. In Kanada hat es in den letzten Jahren keine Verurteilung eines Patienten wegen illegalen Cannabisbesitzes gegeben, da die medizinische Verwendung von Cannabis toleriert wird. In Deutschland müssen Patienten, die keine legale Quelle für ein Cannabisprodukt besitzen (Dronabinol aus der Apotheke, Ausnahmegenehmigung durch das BfArM), jedoch jederzeit mit der Einleitung eines Strafverfahrens rechnen, sodass von einer deutlich höheren Inanspruchnahme eines vergleichbaren Projekts wie in Kanada oder den Niederlanden auszugehen ist.
2. Die Projekte sind auch in Kanada und in den Niederlanden nicht gescheitert. Selbst wenn ein Projekt in Deutschland nur eine so große Nachfrage hätte wie die Nachfrage in Kanada und den Niederlanden, so gäbe es keinen Grund von einem Nachfragemangel zu sprechen. Es sei denn, man möchte die Dronabinol-Abgabe in deutschen Apotheken ebenfalls wegen Nachfragemangels für gescheitert erklären. Rechnet man die Inanspruchnahme des niederländischen Programms von etwa 500 Patienten auf deutsche Verhältnisse um, so ergibt sich eine Zahl von etwa 2500 Patienten, die an einem solchen Programm teilnehmen würden. Rechnet man die Teilnehmerzahlen des kanadischen Programms von etwa 2400 Patienten (bei einer Einwohnerzahl von 33 Millionen) auf deutsche Verhältnisse um, so ergibt sich eine Zahl von etwa 6000 Patienten. Beide Zahlen sind deutlich höher als die Zahl der Patienten, die heute in Deutschland von Dronabinol profitieren (etwa 1500 Patienten). Zudem weisen beide Programme deutliche jährliche Zuwachsraten auf, was auf die Abgabe von Dronabinol in deutschen Apotheken leider nicht zutrifft.
3. Der Hinweis des Experten auf einen Verlust von 200.000 EUR beim niederländischen Programm im Jahr 2007 bedeutet nichts anderes, als dass in den Niederlanden mit einem Finanzvolumen, das in Deutschland für die Behandlung von etwa 50 Patienten mit Dronabinol ausreicht (etwa 4000 EUR jährlich pro Patient), in den Niederlanden etwa 500 Patienten mit hochwertigem Cannabis versorgt werden können

(etwa 400 EUR pro Patient). Bei einem angenommenen Bedarf für 50.000 Patienten in Deutschland würde das niederländische Programm unter der Annahme der gleichen Pro-Kopf-Ausgaben 20 Millionen EUR kosten, während die Versorgung mit Dronabinol 200 Millionen EUR kosten würde, eine Differenz von 180 Millionen EUR. Allerdings ist bei einer solch großen Patientenzahl davon auszugehen, dass der Preis für Dronabinol erheblich sinken und ein Cannabisprojekt vollständig kostendeckend arbeiten könnte, sodass die Ersparnis möglicherweise bei 100 Millionen EUR läge. Ein Projekt wie in den Niederlanden oder Kanada hat ein erhebliches Einsparpotenzial für das Gesundheitswesen in Deutschland, da auch andere teure Therapien (Opiate, Antiemetika, Infusionstherapie bei lebensbedrohlicher Gewichtsabnahme, etc.) reduziert oder vollständig eingespart werden könnten.

Richtigstellung 5:

Bei der medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten ist bisher kein Todesfall bekannt geworden

Während der Anhörung wies einer der Experten darauf hin, dass bei der medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten auch schwere Nebenwirkungen auftreten können. Es seien durch die bekannten Herzkreislaufwirkungen von Cannabisprodukten sogar Todesfälle vorgekommen. In der Literatur wurde jedoch bisher kein Todesfall wegen der medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten beschrieben. Zudem ist weder mir noch einem anderen Mitglied des IACM-Vorstandes ein solcher Fall bekannt geworden. Dies, obwohl Cannabisprodukte häufig auch bei alten Menschen, bei denen häufig Herzkreislauferkrankungen bestehen, eingesetzt werden. Es gab einen Todesfall einer 70-jährigen Patientin in Großbritannien, bei dem ihre Teilnahme an einer klinischen Studie mit dem Cannabisextrakt Sativex von einer Untersuchungskommission als mitursächlich bewertet wurde. Ein Todesfall durch die medizinische Verwendung von Cannabisprodukten wäre durch die Medien sicherlich sehr bekannt geworden und nicht so wie Tausende von Todesfällen durch Aspirin® und vergleichbare Schmerzmedikamente der allgemeinen Öffentlichkeit weitgehend verborgen geblieben.

In seiner Antwort auf meine spätere schriftliche Nachfrage machte der Experte deutlich, dass er sich auf die bekannten Fälle aus dem Bereich des Freizeitkonsums von Cannabis bezogen habe. Die Situation beim Freizeitkonsum ist jedoch nicht einfach auf die Situation bei der medizinischen Verwendung übertragbar. Dazu zählt insbesondere eine Zurückhaltung der medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten bei Herzkranken, so wie man dies auch bei anderen Medikamenten macht, die den Kreislauf beeinflussen und so bei entsprechend Vorbelasteten einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall auslösen können.

Ich halte es durchaus für wahrscheinlich, dass auch bei der medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten, insbesondere wenn diese Verwendung stark ausgeweitet wird, vereinzelt Todesfälle vorkommen werden. Die bisherige weltweite Erfahrung mit Zehntausenden von Patienten zeigt jedoch, dass dieses Risiko im Vergleich zu den vielen Leben, die diese Produkte retten können, verschwindend gering ist. Es reicht, sich dazu das stark erhöhte Selbstmordrisiko bei Patienten, deren chronische Schmerzen heute unzureichend behandelt werden, vor Augen zu führen.

Eine Frage an die Fraktionen der im Bundestag vertretenen Parteien:

Wie wollen Sie die bestehende unbefriedigende Situation von Patienten in Deutschland, die von Cannabisprodukten profitieren, verbessern?

Das ärztliche Prinzip des *Nihil nocere* besagt, dass eine ärztliche Behandlung zunächst vor allem nicht

schaden soll. Für die medizinische Verwendung von Cannabisprodukten heißt dies nach meiner Auffassung zweierlei:

1. Bei einer solchen Therapie sollten geprüfte und standardisierte Medikamente zum Einsatz kommen, denn ein möglicher Schaden ist durch eine Therapie mit geprüften und standardisierten Medikamenten weniger wahrscheinlich als bei ungeprüften Substanzen. Darin waren sich alle Experten bei der Anhörung am 15. Oktober einig. Die Konzentration des Experten aus Österreich (Ausschussdrucksache 16(14)0420(8)) auf Dronabinol ist leicht dadurch verständlich, dass in Österreich pro Kopf der Bevölkerung im Vergleich zu Deutschland Dronabinol offenbar um ein Mehrfaches häufiger verschrieben wird, und dass die Krankenkassen nach Schätzungen des österreichischen IACM-Vorstandsmitglieds in etwa 60 Prozent der Fälle die Behandlungskosten übernehmen. Eine größere Bereitschaft der deutschen Krankenkassen zur Kostenübernahme würde die Untragbarkeit der gegenwärtigen Gesetzeslage nicht aufheben, die daraus entstehenden Konsequenzen für viele deutsche Patienten allerdings deutlich verbessern.
2. Falls ein solches Medikament in einem konkreten Fall nicht eingesetzt werden kann, sollte der betroffene Patient wegen einer Selbstmedikation mit Cannabis nicht strafrechtlich verfolgt werden, wenn ein Arzt eine Behandlung mit Cannabisprodukten befürwortet, denn eine Strafverfolgung stellt eine vermeidbare zusätzliche Schädigung dar. Es darf nicht dem einzelnen Patienten angelastet werden, dass die Gesellschaft ihm keine legale Alternative bietet. Die Argumente, die für eine Strafverfolgung bei medizinischer Cannabisverwendung durch Schwerkranke angeführt werden, werden in anderen Kontexten zu Recht mit Verweis auf die Persönlichkeitsrechte der Bundesbürger zurückgewiesen.

Selbst wenn man wie die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft der Auffassung ist, dass "eine Selbstmedikation mit ungeprüften und nicht standardisierten Cannabisprodukten aus ärztlicher Sicht abzulehnen" ist (Ausschussdrucksache 16(14)0420(9)), so stellt sich die Frage, ob es verhältnismäßig ist, ein solches Verhalten strafrechtlich zu sanktionieren. Es gibt viele Aktivitäten von Bundesbürgern, die aus ärztlicher Sicht abzulehnen sind. Angesichts der strafrechtlichen Verfolgung von Bundesbürgern, die sich mit Cannabis selbst behandeln, stellt sich die nahe liegende Frage, ob auch diese Aktivitäten strafrechtlich verfolgt werden sollten und warum hier offensichtlich mit zweierlei Maß gemessen wird.

- Sollte jemand strafrechtlich verfolgt werden, wenn er sich nur von Pommes Frites und Süßgetränken ernährt?
- Sollte jemand strafrechtlich verfolgt werden, wenn er täglich 16 Stunden lang am Computer spielt?
- Sollte jemand strafrechtlich verfolgt werden, wenn er eine gefährliche Sportart ausübt?
- Sollte jemand strafrechtlich verfolgt werden, wenn er übermäßig viel Alkohol trinkt?
- Sollte jemand strafrechtlich verfolgt werden, wenn er ungeschützten Geschlechtsverkehr außerhalb einer festen Beziehung hat?
- Sollte jemand strafrechtlich verfolgt werden, wenn er wissentlich Nahrungsmittel zu sich nimmt, die im eigenen schwermetallverseuchten Garten angebaut wurden?
- Sollte jemand strafrechtlich verfolgt werden, wenn er Wasser trinkt, das Giftstoffe oberhalb der in Deutschland zulässigen Grenzwerte enthält?

Eine Strafverfolgung der oben genannten Verhaltensweisen wird in modernen Gesellschaften als staatlicher Übergriff in die Privatsphäre empfunden und als mittelalterliche Einmischung in die Selbstbestim-

mung mündiger Bürger abgelehnt, solange mit diesem Verhalten nur eine Selbstschädigung verbunden ist. Auch wenn ein Bundesbürger Medikamente verwendet, die im Ausland, nicht jedoch in Deutschland in Apotheken erhältlich sind, wird er keine strafrechtlichen Konsequenzen fürchten müssen, solange es sich nicht um Cannabis aus einer niederländischen Apotheke handelt (vgl. Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005, Aktenzeichen: 1 BvR 347/98).

Die in der schriftlichen Stellungnahme von Bundesärztekammer, KBV und Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft formulierte Auffassung, eine Legalisierung des Besitzes und Anbaus von Cannabis für den medizinischen Eigenbedarf sei "nicht zielführend" (Ausschussdrucksache 16(14)0420(9)), macht zunächst einen seriösen, wenn auch etwas schwammigen Eindruck, weil die Ziele bzw. Konsequenzen nicht gleich sichtbar werden. Formuliert man den Satz jedoch positiv - Die Kriminalisierung von Patienten, die Cannabis zu medizinischen Zwecken verwenden, ist zielführend -, so werden die beiden Ziele klar: (1) die Durchsetzung der Beschränkung auf die Verwendung standardisierter Cannabisprodukte im Rahmen einer ärztlich kontrollierten Therapie, und (2) die Strafverfolgung von Kranken, die eine Selbstmedikation mit Cannabis durchführen. Diese Aussage wirkt wegen des zweiten Ziels und angesichts der Unmöglichkeit, das erste Ziel wegen der oft großen Not der betroffenen Patienten durchzusetzen, nun nicht mehr seriös, sondern zynisch, obwohl sich der Inhalt nicht verändert hat. Diese Bedrohung und Belastung Schwerkranker erscheint nicht weniger mittelalterlich und überholt als andere heute allgemein abgelehnte Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht der Bundesbürger. Vollends barbarisch wird die Aussage, wenn sie nicht allgemein formuliert, sondern auf einen konkreten Fall angewendet wird: Die Bundesärztekammer befürwortet die mehrmonatige Untersuchungshaft von Volker Krug, da er Cannabis wiederholt zur Behandlung seines Morbus Crohn verwendet hat.

Auch die mittelalterliche Verfolgung von Ketzern und anderen Abweichlern von der herrschenden Doktrin war zielführend. Gründe gab und/oder gibt es immer, für die Bekehrung der Ungläubigen, für die Versklavung der Schwarzen, für die Verfolgung Homosexueller, für die Euthanasie Schwachsinniger und für die Verweigerung des Wahlrechts für Frauen. Heute soll ernsthaft die mögliche Kontamination von Cannabis die Strafverfolgung von Kranken legitimieren. Gefängnisstrafen sollen die Patienten vor Pestiziden und Streckmitteln im Cannabis schützen - also eine Art Schutzhaft vor sich selbst. Völlig absurd wird diese Argumentation, wenn man sich vor Augen führt, dass erst die Strafverfolgung diese Patienten auf den Schwarzmarkt zwingt und der Gefahr der Kontamination aussetzt, dass also die Strafverfolgung in der Realität den Schaden verursacht, vor dem sie schützen soll.

Ist es nicht an der Zeit, die Strafverfolgung von Patienten, die von Cannabisprodukten profitieren, einzustellen, und ihnen realistische legale Möglichkeiten zu eröffnen? Ist es nicht überfällig, im Betäubungsmittelgesetz den Schritt vom Mittelalter ins 21. Jahrhundert zu vollziehen?

Rüthen, den 13. November 2008

Dr. med. Franjo Grotenhermen
Vorstandsvorsitzender
Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.