

Editorial

Ingo Ilja Michels & Heino Stöver

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

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

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

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

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

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

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

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

Bonn und Frankfurt, im August 2019

Ingo Ilja Michels und Heino Stöver



Dr. Ingo Ilja Michels

ingoiljamichels@gmail.com



**Prof. Dr.
Heino Stöver**

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



Cannabis als Medizin in Deutschland

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

Ingo Ilja Michels & Heino Stöver

Zusammenfassung

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

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

Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ganz anders als in der jetzigen Begründung der Gesetzesänderung!

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

Der Dambruch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Weitere Gesetzesinitiativen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Von dieser Zukunftsvision sind wir aber noch weit entfernt!

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

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

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

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

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

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

„Leitsätze:

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

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

die Betäubungsmittel gegen eine unbefugte Entnahme zu sichern.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zudem hat die Berliner Psychiaterin und Psychotherapeutin Eva Milz festgestellt:

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

Zentrale Herausforderungen für die Verschreibungspraxis

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

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

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

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

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

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

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

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

Die nächste Hürde: Der Cannabisanbau in Deutschland verzögert sich

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

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

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

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

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

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

Die verfasste Ärzteschaft tut sich weiterhin schwer mit den neuen Therapiemöglichkeiten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WHO fordert Neubewertung von Cannabis in den internationalen Suchtstoffabkommen

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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