

**Ausschuss für Gesundheit**

**Wortprotokoll**

**97. Sitzung**

**Berlin, den 15.10.2008, 14:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001**

**Vorsitz: Dr. Hans Georg Faust, MdB**

**TAGESORDUNG**

**Öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:**

Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Medizinische Verwendung von Cannabis erleichtern

BT-Drucksache 16/7285

Antrag der Abgeordneten Monika Knoche, Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Frank Spieth und der Fraktion DIE LINKE.

Cannabis zur medizinischen Behandlung freigeben

BT-Drucksache 16/9749

**Anwesenheitsliste\*****Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

**CDU/CSU**

Bauer, Wolf, Dr.  
 Eichhorn, Maria  
 Faust, Hans Georg, Dr.  
 Hüppe, Hubert  
 Koschorrek, Rolf, Dr.  
 Michalk, Maria  
 Scharf, Hermann-Josef  
 Spahn, Jens  
 Straubinger, Max  
 Widmann-Mauz, Annette  
 Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje  
 Brüning, Monika  
 Hennrich, Michael  
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.  
 Krichbaum, Gunther  
 Luther, Michael, Dr.  
 Meckelburg, Wolfgang  
 Philipp, Beatrix  
 Scheuer, Andreas, Dr.  
 Zöllner, Wolfgang

**SPD**

Friedrich, Peter  
 Hovermann, Eike  
 Kleiminger, Christian  
 Lauterbach, Karl, Dr.  
 Mattheis, Hilde  
 Rawert, Mechthild  
 Reimann, Carola, Dr.  
 Spielmann, Margrit, Dr.  
 Teuchner, Jella  
 Volkmer, Marlies, Dr.  
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine  
 Becker, Dirk  
 Bollmann, Gerd  
 Ferner, Elke  
 Gleicke, Iris  
 Hemker, Reinhold, Dr.  
 Kramme, Anette  
 Kühn-Mengel, Helga  
 Marks, Caren  
 Schmidt, Silvia  
 Schurer, Ewald

**FDP**

Bahr, Daniel  
 Lanfermann, Heinz  
 Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens  
 Kauch, Michael  
 Parr, Detlef

**DIE LINKE.**

Bunge, Martina, Dr.  
 Seifert, Ilja, Dr.  
 Spieth, Frank

Ernst, Klaus  
 Höger, Inge  
 Knoche, Monika

**B90/GRUENE**

Bender, Birgitt  
 Scharfenberg, Elisabeth  
 Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta  
 Koczy, Ute  
 Kurth, Markus

---

\*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

<b>Sprechregister Abgeordnete</b>	<b>Seite/n</b>	<b>Sprechregister Sachverständige</b>	<b>Seite/n</b>
Vorsitzender Abg. <b>Dr. Hans Georg Faust</b> (CDU/CSU)	5, 14	<b>SV Prof. Dr. Friedemann Nauck</b> (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Bundesärztekammer (BÄK))	5, 6, 7, 8, 13, 14
Abg. <b>Maria Eichhorn</b> (CDU/CSU)	5, 6, 12, 13	<b>SV Dr. Diedrich Bühler</b> (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband))	5, 8, 13, 14
Abg. <b>Hermann-Josef Scharf</b> (CDU/CSU)	5, 6, 13	<b>SV Prof. Dr. Hans Rommelspacher</b>	6, 8
Abg. <b>Dr. Marlies Volkmer</b> (SPD)	7, 14	<b>SV Prof. Dr. Walter Zieglgänsberger</b>	7
Abg. <b>Dr. Carola Reimann</b> (SPD)	7, 14	<b>SV Prof. Dr. Hans-Georg Kress</b>	7, 9
Abg. <b>Dr. Margrit Spielmann</b> (SPD)	8	<b>SV Prof. Dr. Dr. Hinderk M. Emrich</b>	9, 10
Abg. <b>Peter Friedrich</b> (SPD)	8	<b>SV Prof. Dr. Thomas Henze</b> (Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V. (DMSG))	10
Abg. <b>Dr. Konrad Schily</b> (FDP)	8, 9, 10	<b>SV Markus Einsle</b> (Patientenvereinigung Selbsthilfenetzwerk Cannabis als Medizin (SCM))	10
Abg. <b>Monika Knoche</b> (DIE LINKE.)	10, 11	<b>SV Dr. Franjo Grotenhermen</b> (Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (IACM))	10, 11, 12
Abg. <b>Dr. Harald Terpe</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	11, 12	<b>SV Prof. Dr. Lorenz Böllinger</b>	11
		<b>SV Dr. Oliver Tolmein</b> (Patientenvereinigung Selbsthilfenetzwerk Cannabis als Medizin (SCM))	12
		<b>SV Prof. Dr. Joachim Nadstawek</b> (Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland e.V. (BVSD))	13, 14
		<b>SVe Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl</b> (Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (IACM))	13

Beginn der Sitzung: 14.00 Uhr

Vorsitzender Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, die Situation im Deutschen Bundestag ist durch die politische Reaktion auf die Finanzmarktkrise zeitlich etwas angespannt. Wir sollten daher versuchen, die knappen Zeitkontingente möglichst einzuhalten. Hiermit eröffne ich die 97. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Wir haben heute eine öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen: Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf BT-Drucksache 16/7285 – „Medizinische Verwendung von Cannabis erleichtern“ und Antrag der Abgeordneten Monika Knoche, Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Frank Spieth und der Fraktion DIE LINKE. auf BT-Drucksache 16/9749 – „Cannabis zur medizinischen Behandlung freigeben“. Für die Anhörung ist eine Stunde vorgesehen.

Meine Damen und Herren, ich begrüße die Kolleginnen und Kollegen des Deutschen Bundestages und Sie, die Sachverständigen. Ich freue mich, dass auch Medienvertreter anwesend sind. Ich darf Sie, sehr geehrte Damen und Herren Sachverständige bitten, die Mikrofone zu benutzen und, sofern ich Sie nicht mit Namen anspreche, Ihren Namen und ggf. den vertretenen Verband zu nennen, da ein Wortprotokoll angefertigt wird. Ich bitte Sie auch, Ihre Handys auszuschalten. Wir beginnen mit der Fragezeit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Die beiden Anträge haben zum Ziel, die Verwendung von Cannabis zu erleichtern bzw. dieses zur medizinischen Behandlung freizugeben. Dazu stelle ich eine Frage an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, die Bundesärztekammer und den Spitzenverband Bund: Welche Auswirkungen hätte die Einführung der Verschreibungsfähigkeit des Cannabis-Extraktes auf die Konsumhäufigkeit?

**SV Prof. Dr. Friedemann Nauck** (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Bundesärztekammer (BÄK)): Es gibt bisher keine wirklich verlässlichen Daten zu

der Frage, ob sich dadurch der Konsum erhöhen würde. Ich gehe aber davon aus, dass bei vielen Patienten eine spürbare Linderung von belastenden Symptomen erreicht werden könnte, wenn wir das Tetrahydrocannabinol verwenden.

**Vorsitzender:** Herr Nauck, haben Sie in Doppelfunktion geantwortet, da eigentlich auch die Bundesärztekammer gefragt war?

**SV Prof. Dr. Friedemann Nauck** (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Bundesärztekammer (BÄK)): Ja, ich antworte in Doppelfunktion. Auch aus Sicht der Bundesärztekammer kann ich sehr klar sagen, dass es zu den meisten Cannabis-Extrakten keine ausreichende wissenschaftliche Datenlage gibt. Insofern treten wir für ein Fertigarzneimittel im Bereich des Tetrahydrocannabinols ein, während in Zukunft für andere Cannabidiole, zu denen es bisher zu wenige Daten gibt, noch mehr wissenschaftliche Daten zu generieren sind.

**SV Dr. Diedrich Bühler** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Es gibt derzeit noch keine nutzenbelegte Zulassung für ein cannabisbasiertes Medikament. Bei der Mehrzahl der Indikationen, für deren Behandlung das Medikament heute in Betracht gezogen wird, ist nach unseren Erkenntnissen überhaupt noch nicht abzusehen, welche Auswirkungen das haben könnte. Es werden Zahlen von bis zu 20 Mio. chronischen Schmerzpatienten genannt. Wenn bei dieser Indikation zum Beispiel eine Zulassung vorhanden wäre, müsste man also mit einem erheblichen Bedarf rechnen. Allerdings ist die Zulassung von der noch ausstehenden Nutzenbewertung abhängig. Bei Behandlungskosten, die auf 300 bis 600 Euro monatlich geschätzt werden, können da nicht unerhebliche Beträge zusammen kommen.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Rommelspacher und an die Bundesärztekammer. Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird die Straffreiheit des Gebrauchs von Cannabis gefordert.

Ist mit einer Zunahme des Konsums infolge der Straffreiheit zu rechnen?

**SV Prof. Dr. Hans Rommelspacher:** Ich denke, es kommt darauf an, wie weit man die Indikation für die medizinische Zulassung wählt. Wir haben eine Registrierung von Delta-9-THC in Form von Dronabinol mit elf Indikationen. Je nach dem, wie weit man die medizinischen Indikationen fasst, sollte man weitere Initiativen zur Begründung der Ausweitung ergreifen. Ich denke, es ist unwahrscheinlich, dass sich dadurch der allgemeine Konsum nennenswert ausdehnen würde. Auch wenn es Leute gibt, die sich das zunutze machen würden, dürfte es insgesamt keine wesentliche Erhöhung der Zahl der Konsumenten von Cannabis geben.

**SV Prof. Dr. Friedemann Nauck** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich möchte mich in großen Teilen Prof. Rommelspacher anschließen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob wir als Ärzte wirklich beurteilen sollen, was die Straffreiheit bringt. Meiner Meinung nach brauchen wir vorrangig eine medizinische Indikation. Mit dem Dronabinol haben wir derzeit nur eine Substanz zur Verfügung, wir benötigen jedoch ein potentes Medikament. Wir brauchen standardisierte Medikamente. Die Bundesärztekammer kann daher nicht für eine Freigabe des Anbaus von Cannabinoiden oder der Cannabispflanze plädieren.

**Abg. Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Die beiden vorliegenden Anträge zielen auf die Erleichterung der Cannabisverwendung bzw. auf die Freigabe von Cannabis zur medizinischen Behandlung ab. Sehen Sie gesetzgeberischen Handlungsbedarf? Bitte begründen Sie diese Meinung.

**SV Prof. Dr. Hans Rommelspacher:** Aufgrund meiner Erfahrung im ärztlichen Gutachterwesen sehe ich durchaus Handlungsbedarf. Wie ich in meiner Stellungnahme ausgeführt habe, gibt es eine ganze Reihe von so genannten austherapierten Patienten mit chronischen Schmerzen, beispielsweise nach Verkehrsunfällen. Die Anträge, die bei der Bundesopiumstelle eingegangen sind, wurden bis auf wenige Ausnahmen abschlägig beschieden. Meines Erachtens besteht hier erheblicher Handlungs-

bedarf. Bei Dronabinol handelt es sich um ein pflanzliches Arzneimittel mit den entsprechenden, nach dem Arzneimittelgesetz vorgegebenen Regelungen, so dass wir es als Rezeptur verschreiben können. Es gibt nicht nur Handlungsbedarf bezüglich der liberaleren Genehmigungspraxis bei medizinischer Indikation, sondern auch hinsichtlich der Reduzierung der Kosten. Auch nach längeren Recherchen habe ich keinen Grund dafür finden können, warum Dronabinol so extrem teuer ist. Ich denke, Handlungsbedarf besteht auf jeden Fall bei austherapierten Patienten, die mit den schulmedizinischen Möglichkeiten nicht mehr so behandelt werden können, dass sie ein menschenwürdiges Leben führen können.

**Abg. Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), die Bundesärztekammer (BÄK) und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Wie wird der Nutzen einer Behandlung im Vergleich zu den Risiken eingeschätzt?

**SV Prof. Dr. Friedemann Nauck** (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Bundesärztekammer (BÄK) und Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DPG)): Notwendiger Maßstab ist hier der Nutzen. Insbesondere bei schwerkranken und sterbenden Patienten mit weit fortgeschrittenen inkurablen Erkrankungen gibt es eindeutige Indikationen im Bereich des Kachexie-, Kachexie-Anorexie-Syndroms, im Bereich Übelkeit/Erbrechen sowie im Bereich von schwerer Spastik, die nicht mit den üblichen, bisher auf dem Markt befindlichen, antispastischen Substanzen zu behandeln sind. Das heißt, für uns ist das Cannabinoid kein Medikament erster Wahl, sondern es wird dann eingesetzt, wenn die bisherigen Behandlungsformen nicht zum Erfolg geführt haben. Cannabinoide stellen insofern eine weitere Option für uns dar. Daher halten wir es auch für sinnvoll, dass der Einsatz dieser Substanz von Spezialisten durchgeführt wird, in Absprache mit den vorbehandelnden Ärzten bzw. den Hausärzten erfolgt und eventuell reevaluiert wird. Cannabinoide haben zahlreiche Nebenwirkungen. Insbesondere die therapeutische Breite der bisher vorhandenen Substanzen ist oft gering, so dass viele Patienten wegen starker Nebenwirkungen, die sich in euphorisierender Weise aber auch in disphorischer Weise zeigen

können, die Therapie abbrechen, obwohl sie initial von der Medikation profitieren. Unter der Einnahme von Cannabinoiden zeigten sich auch kardiale Nebenwirkungen, unter anderem Todesfälle. Insofern handelt es sich um eine Substanz, die dem Patienten nicht einfach zur Verfügung gestellt werden kann, sondern insbesondere aufgrund des Nebenwirkungsspektrums unter eine fachkundige Kontrolle gehört.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Ich richte meine Frage an Herrn Prof. Zieglgänsberger. Vorab möchte ich eine Äußerung von Ihnen in einem Interview mit dem Spiegel zitieren: „... Weder chronischer Schmerz noch Sucht lassen sich aus einem Gehirn löschen, wenn sie einmal festgeschrieben sind, aber man kann das Schmerzgedächtnis oder das Suchtgedächtnis so überschreiben, dass einen Sucht oder Schmerz nicht länger beherrschen.“ Dies haben Sie auch in anderen Interviews und schriftlichen Darlegungen häufig betont. Können Sie diese Aussagen noch einmal kurz erläutern und erklären, unter welchen Bedingungen Ihrer Ansicht nach der Einsatz von cannabishaltigen Arzneimitteln sinnvoll sein kann?

**SV Prof. Dr. Walter Zieglgänsberger:** Es liegt auf der Hand, dass Cannabis nicht nur ein einfaches Analgetikum ist. Gemäß der modernen Schmerztherapie muss man bei der Behandlung chronischer Schmerzen in erster Linie Angst und Depressivität des Patienten im Blickfeld haben. In dem Dreieck aus Schmerz, Angst und Depression sehen wir heute das Anwendungsfeld für die Schmerztherapie. Bildlich gesprochen hat man mit Cannabis eine Substanz zur Verfügung, die sich hervorragend in dieses Dreieck einfügt, indem sie alle Facetten abdeckt: sie wirkt anxiolytisch, antidepressiv und auch analgetisch. Nach dem heutigen Wissensstand steht fest, dass jeder in diesem Raum größte Mengen von Endocannabinoiden produziert, das heißt, dass die entsprechenden Rezeptoren in unserem Gehirn vorhanden sind. Ähnlich wie bei den Endorphinen werden in diesem Fall Nervenzellen angesteuert, die mit Schmerzen, Angst und auch mit Depressivität zu tun haben. Wenn man genau dieses Dreiergespann durch exogen zugeführtes Cannabis ansteuert, wirkt sich dies auf die Therapie sicherlich günstig aus. Durch dieses Verfahren ist es möglich, der Angst, die den Schmerz immer wieder aufleben lässt, beizukommen. Uns ist durchaus bewusst, dass man diese

Angst nicht löschen kann, jedoch besteht die Möglichkeit, durch eine suffiziente Therapie umzulernen – wir nennen das in der Fachsprache auch „relearning“.

Zu den Rahmenbedingungen möchte ich sagen, dass diese ganz eng mit der ärztlichen Tätigkeit zu assoziieren sind. So liberal die Möglichkeit des freien Anbaus im ersten Moment klingen mag, so schwierig wäre es für die Patienten, einen standardisierten Wirkstoff zu bekommen. Dadurch würden die Schmerzpatienten wieder in die Ecke der Sucht, der Selbstversorgung, der Illegalität und der Unbestimmtheit gedrängt. Aus diesen Gründen spreche ich mich ganz klar gegen den freien Anbau von Cannabis aus.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Ich habe eine Frage an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und an Herrn Prof. Kress. Sehen Sie Vorteile der Zubereitung von Cannabispflanzen gegenüber dem reinen Wirkstoff THC?

**SV Prof. Dr. Friedemann Nauck (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkÄÄ)):** Die Studienlage bietet derzeit nicht genügend Informationen. Wir können lediglich sagen, dass wir mit THC als Reinsubstanz ärztlich arbeiten können. Es gibt einerseits zahlreiche Berichte darüber, dass man mit Mischpräparaten besser arbeiten könnte. Andererseits liegen doppel-blind-randomisierte Studien von Zeitsek und anderen vor, die zeigen, dass die Kombination von unterschiedlichen Cannabinoiden und Cannabidiolen gegenüber der Reinsubstanz keinen Vorteil bietet. Wir möchten allerdings anmerken, dass diese Studien aus unserer Sicht noch kein abschließendes Ergebnis liefern. Denn sie sind bisher nur unzureichend wissenschaftlich überprüft, verglichen und bei kontrollierten Patientengruppen angewendet worden.

**SV Prof. Dr. Hans-Georg Kress:** Wie bereits in meiner schriftlichen Stellungnahme kann ich auch hier ein klares Statement abgeben. Es gibt keinerlei wissenschaftliche Hinweise auf einen Wirkungsunterschied zwischen einem Gesamtextrakt aus der Cannabispflanze, der reinen Wirksubstanz THC, die der Hauptbestandteil dieses Gesamtextraktes ist, und Zubereitungen aus Pflanzenprodukten, also Marihuanakraut, Cannabiskraut oder anderen Zubereitungen.

Die Hauptwirksubstanz ist und bleibt THC, das über die entsprechenden Cannabinoid-1- und -2-Rezeptoren für die klinisch erwünschten und unerwünschten Wirkungen sorgt.

**Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD):** Ich richte meine Frage an Herrn Prof. Rommelspacher. Welche Risiken bestünden aus Ihrer Sicht, wenn, wie vorgeschlagen, die Anwendung selbst gezogener Pflanzen auf Antrag freigegeben würde? Hierfür wurden ja bereits einige Bedingungen genannt. Was würde Ihrer Meinung nach in diesem Fall passieren?

**SV Prof. Dr. Hans Rommelspacher:** Auf diese Weise würde die medizinische Überwachung nahezu ausgehebelt bzw. fast unmöglich gemacht. Es gilt zu bedenken, dass Cannabis neben den bereits genannten unerwünschten Wirkungen in besonderen Situationen auch zu langfristigen Schäden führen kann. Dies kann beispielsweise während der Schwangerschaft (bei den Nachkommen) oder während der Adoleszenz, also im Alter von etwa 10 bis 20 Jahren, der Fall sein. Dabei handelt es sich um Impulskontrollstörungen, Aufmerksamkeitsdefizite, Defizite des visuellen Gedächtnisses und ein signifikant erhöhtes Risiko, später Cannabisabhängig zu werden. Des Weiteren wäre es auch nicht de lege artis, Süchtigen Cannabis zu geben. Würde man Cannabis nicht unter ärztlicher Kontrolle verabreichen, könnte dies mit gravierenden langfristigen Schäden verbunden sein.

Ich möchte den Ausführungen von Herrn Prof. Kress noch etwas hinzufügen. Soweit ich weiß, wurden entsprechende Untersuchungen auch für Cannabidiol durchgeführt. Dieses kommt im Extrakt meist in wesentlich geringeren Konzentrationen als Delta-9-THC vor und weist Wirkungen auf, die in Kombination mit Delta-9-THC, insbesondere hinsichtlich des anxiolytischen Effekts, durchaus günstig sind. Insofern sollte es meines Erachtens Studien vorbehalten sein, herauszufinden, ob eine 1:1-Konzentration einen günstigeren Effekt herbeiführen würde. Ich plädiere deshalb für die Entwicklung von eingestellten Cannabisextrakten, die dem reinen Dronabinol therapeutisch überlegen sind.

**Abg. Peter Friedrich (SPD):** Meine Frage richtet sich an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und den GKV-

Spitzenverband. Halten Sie den Aufwand, der heute für eine entsprechende Ausnahmeregelung betrieben werden muss, für angemessen und sehen Sie untergesetzliche Möglichkeiten für eine geeignete Regelung, etwa durch entsprechende Umgruppierungen in der Anlage BtMG oder ähnliches?

**SV Prof. Dr. Friedemann Nauck (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Ak-dÄ)):** Es muss ein hoher Aufwand betrieben werden, um für einen Patienten ein Cannabinoid aus pflanzlicher Herstellung zu erhalten. Wie auch meine Vorredner bereits deutlich gemacht haben, bildet THC den Hauptwirkstoff. Diese Substanz kann, wenn sie in einer definierten Dosierung vorliegt, dem Patienten titriert verabreicht werden. Insofern gehe ich davon aus, dass ein Großteil der Patienten, die wirklich von Cannabinoiden profitieren, auch behandelt werden können. Daher sollte man im Moment bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen eher auf Regelungen zur Erstattungsfähigkeit dieser Substanz hinwirken.

**SV Dr. Diedrich Bühler (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)):** Grundsätzlich gilt, dass die Wirksamkeit und der Nutzen von Cannabispräparaten erst einmal im Vergleich zu anderen, bereits verfügbaren Behandlungsmethoden nachgewiesen werden müssen. Ist ein solcher Nutzen belegt, spricht nichts dagegen, entsprechende Präparate in ähnlicher Weise verfügbar zu machen wie andere Medikamente auch. Wenn ein Nutzen existiert und nachweisbar ist, muss es selbstverständlich möglich sein, das Präparat in einem geregelten Zulassungsverfahren für Versicherte der GKV zugänglich zu machen. Solange dies aber nicht der Fall ist, halten wir einen entsprechend höheren Regelungsaufwand grundsätzlich für angemessen. Davon ausgenommen sollten Einzelfälle von schwerkranken Patienten sein, deren Versorgungssituation man so einfach wie möglich gestalten sollte. Selbstverständlich gilt auch dies nur dann, wenn der Nutzen zweifelsfrei belegt ist.

**Abg. Dr. Konrad Schily (FDP):** Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Kress. Die bisherigen Ausführungen haben bereits deutlich gemacht, dass es um ein Problem geht, das seit einigen Jahren besteht. Vor vier Jahren



haben wir dazu schon Eingaben gemacht. Hat sich die Forschungslage in den letzten vier Jahren verändert bzw. wissen wir heute mehr als damals? Wie sind Ihre Erfahrungen in Österreich, auch hinsichtlich einer Verschreibung bei Patienten, die die Therapie nicht privat bezahlen können?

**SV Prof. Dr. Hans-Georg Kress:** Forschungs- und Datenlage haben sich in der Tat wesentlich verändert. Es existiert mittlerweile eine sehr gute Datenlage zum Einsatz von Dronabinol, also dem aus der Pflanze gewonnenen THC (Tetrahydrocannabinol), bei palliativ-medizinischen Indikationen wie durch Chemotherapie induziertes Erbrechen und Appetitlosigkeit. Interessanterweise ist Dronabinol von der amerikanischen FDA (Food and Drug Administration) bereits Ende der achtziger, Anfang der neunziger Jahre für diese Indikationen zugelassen worden. Darüber hinaus gab es in den letzten fünf bis sechs Jahren zunehmend qualitativ hochstehende, randomisierte, kontrollierte, klinisch-wissenschaftliche Untersuchungen zu Dronabinol, die einen erheblichen Nutzen für Patienten mit Multipler Sklerose und zentralem neuropathischen Schmerz bzw. Multipler Sklerose und Spastik nachweisen. Studien aus jüngster Zeit zeigen darüber hinaus einen Nutzen für Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen des Darmes oder der Gelenke – Stichwort Rheumatismus. Die Einzelsubstanz Dronabinol-THC ist die am besten untersuchte Cannabinoid-Substanz, Cannabis mit eingeschlossen, was klinisch-wissenschaftliche Daten angeht. Die Datenlage für MS ist ebenfalls sehr umfangreich. Aufgrund dessen ist in Kanada ein Spray, das Dronabinol enthält, offiziell von der Arzneimittelregistrierungsbehörde unter der Indikation „zentraler neuropathischer Schmerz“ bei Multipler Sklerose zugelassen worden. Die Datenlage zu MS ist mittlerweile sogar so gut, dass sich der Internationale Schmerzweltverband, die „International Association for the Study of Pain“, dazu entschlossen hat, die Dronabinol-Behandlung von zentralen neuropathischen Schmerzen bei Multipler Sklerose in ihr Curriculum aufzunehmen. Ich gehe davon aus, dass sich hier in den letzten Jahren Wesentliches verändert und zu Gunsten eines Dronabinol-Einsatzes verbessert hat.

Bezüglich des zweiten Teils Ihrer Frage ist zu sagen, dass unsere gesetzlichen Krankenkassen in Österreich etwas patientenfreundlichere Regelungen als die Kassen in Deutschland

haben. Auch in Österreich gibt es keine arzneimittelrechtliche Zulassung für die Einzelsubstanz Dronabinol, die magistraliter von den Apotheken aus Rohstoffen, die übrigens in der Bundesrepublik Deutschland erzeugt werden, hergestellt und verteilt wird. Dennoch ist es so, dass wir unter der Indikation „Tumorschmerz- und Palliativpatient zur Symptomkontrolle“ bei den gesetzlichen Krankenkassen in der Regel kein Kostenübernahmeproblem haben. Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren also eine solche Therapie, die bei einer Tagesdosis von etwa 10 mg bis zu 300 Euro im Monat kostet. Darüber hinaus besteht auf Antrag des Patienten bzw. seines behandelnden Arztes auch bei anderen Indikationen wie Multipler Sklerose, Querschnittssyndrom, rheumatischen Erkrankungen u. a. die Möglichkeit, eine Kostenübernahme durch die Kassen zu erwirken.

**Abg. Dr. Konrad Schily (FDP):** In diesem Zusammenhang habe ich eine Frage an Herrn Prof. Emrich. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat gerade noch einmal, wie auch bereits in seiner schriftlichen Stellungnahme, betont, dass es genügend alternative Präparate gibt. Daher sei weder der Einsatz des Medikaments noch die Übernahme der Kosten notwendig. Wie lautet Ihre Stellungnahme hierzu und warum hat sich in den letzten Jahren so wenig geändert?

**SV Prof. Dr. Dr. Hinderk M. Emrich:** Ich bin seit 20 Jahren als Grundlagenforscher auf dem Gebiet der neuropsychologischen Wirkung von Cannabissubstanzen tätig und arbeite auch mit Prof. Zieglgänsberger zusammen. Seit fünf Jahren bin ich auch als Gastarzt in einer neurochirurgischen Privatklinik für schwerstkranken Tumorpatienten beschäftigt. Wie Herr Zieglgänsberger bereits ausgeführt hat, haben die Cannabis-Präparate eine Monopolstellung, da sie spezifisch im Gehirn auf Rezeptoren wirken, die durch andere Substanzen nicht erreicht werden können.

Als Arzt von schwerstkranken kachektischen und sehr stark leidenden Patienten kann ich aus meiner klinischen Erfahrung von mehr als fünf Jahren berichten, dass diese Substanzen für mich unersetzbar geworden sind. So erfahren Patienten mit schwersten kachektischen Zuständen und Schmerzen, die bereits mit Morphinen und anderen Substanzen behandelt wurden, eine wesentliche Erleichterung, wenn man die Opiode reduziert und Cannabinoide

hinzufügt. Folglich können diese Substanzen eben nicht durch andere ersetzt werden. Somit existieren tatsächlich ein neurobiologischer und ein klinischer Grund dafür, darauf zu insistieren, dass diese Medikamente für Patienten mit diesen schweren Krankheiten zugänglich bleiben. Während dies in einer neurochirurgischen Privatklinik keine Probleme macht, kommt es in der allgemeinen Patientenversorgung hingegen zu erheblichen Komplikationen. An der Medizinischen Hochschule, an der ich als Direktor tätig bin, haben wir große Schwierigkeiten, wenn wir Kassenpatienten Cannabinoide verordnen wollen. Hier sehe ich wirklich Handlungsbedarf.

**Abg. Dr. Konrad Schily (FDP):** Ich habe noch eine kurze Frage an Herrn Prof. Henze. Können Sie uns mit wenigen Worten schildern, welche konkreten Erfahrungen Sie beim Antragsverfahren mit dem BfArM gemacht haben?

**SV Prof. Dr. Thomas Henze (Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V. (DMSG)):** Da ich bisher persönlich keine Erfahrungen mit dem Antragsverfahren gemacht habe, kann ich dazu auch nichts sagen.

**Abg. Monika Knoche (DIE LINKE.):** Meine erste Frage stelle ich an Herrn Markus Einsle. Wie stellt sich das Ausnahmeverfahren beim BfArM für Patienten, die davon Gebrauch machen möchten, derzeit in der Praxis dar?

Die nächste Frage richtet sich an Dr. Grothenhermen. Sie sprechen davon, dass sich durch den therapeutischen Einsatz von Cannabis-Produkten eine Zwei-Klassen-Medizin etablieren könnte. Können Sie das näher ausführen? Ich nehme an, dies hat damit zu tun, dass viele Kassenpatienten nicht in der Lage wären, eine solche Therapie zu bezahlen?

Meine dritte Frage richte ich an Prof. Emrich. Wie schon erwähnt wurde, sagen die Krankenkassen den Cannabis-Produkten eine unspezifische Wirkung nach. Könnten Sie uns dazu eine Erläuterung geben? Für die Gesundheitspolitik ist es nämlich sehr wichtig, dass die Kosten für verordnungsfähige Arzneimittel auch von den Kassen getragen werden.

**SV Markus Einsle (Patientenvereinigung Selbsthilfenetzwerk Cannabis als Medizin**

(SCM)):

Das Antragsverfahren ist zeit- und kostenintensiv. Es sind viele Hürden zu nehmen, die die meisten Patienten praktisch nicht überwinden können. Eine reelle Chance hat beim BfArM nur derjenige, der von einem engagierten Arzt behandelt wird, der bei der Antragstellung und der Betreuung weit mehr leistet, als dies im kassenärztlichen Rahmen eigentlich möglich ist. Der Patient muss nachweisen, dass konventionelle Therapien bei ihm nicht ausreichend wirksam sind. Obwohl Cannabis als Medikation geeignet wäre, muss er sich Behandlungen unterziehen, die mitunter erhebliche Risiken bergen. Anträge von Patienten, die in der Vergangenheit mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind, werden oft pauschal mit dem Argument mangelnder Zuverlässigkeit abgelehnt. Bisher hat nur eine Handvoll Patienten eine Genehmigung für einen Cannabis-Extrakt bekommen. Wie Dronabinol ist dieser aber sehr teuer. Der für den Patienten bezahlbare Eigenanbau oder der Import von Medizin-Cannabis wurde bisher in keinem einzigen Fall genehmigt. Die meisten Patienten bleiben also weiterhin allein ihrem Schicksal überlassen. Dieser Zustand ist aus unserer Sicht nicht hinnehmbar.

**SV Dr. Franjo Grothenhermen (Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (IACM)):** Eine „Zwei-Klassen-Medizin“ gibt es heute bereits. Das werden auch die Ärzte bestätigen können, die Erfahrung mit Dronabinol gemacht haben. Vermögenden Patienten bereitet es keinerlei Probleme, die Kosten für Dronabinol, die sich auf 300 bis 400 Euro pro Monat belaufen, aufzubringen. Die Mehrzahl der Patienten vermag das jedoch nicht. Zurzeit sitzt ein Patient der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin in Kempten/Oberallgäu im Gefängnis, weil er wiederholt Cannabis zur Behandlung seiner Arthrose-schmerzen eingesetzt hat. Er sei uneinsichtig, wurde ihm seitens des Richters attestiert. Ich finde, es ist einer modernen Gesellschaft unwürdig, dass Patienten allein aus finanziellen Gründen ins Gefängnis müssen. Dieser Patient hat auch keine Chance, einen Arzt im Allgäu zu finden, der ihm helfen würde, beim BfArM einen Antrag auf eine Ausnahmegenehmigung zu stellen.

**SV Prof. Dr. Dr. Hinderk M. Emrich:** Zu der Frage von Frau Knoche: Wie sie wissen, bin ich Grundlagenforscher. Ich schließe mich

Herrn Prof. Zieglgänsberger darin an, dass gerade der Wirkungsmechanismus am THC-Rezeptor klinisch Folgendes belegt: Es handelt sich nicht um unspezifische, sondern um hochgradig spezifische Wirkungen, die psychotrop, also anxiolytisch, antidepressiv und schmerzstillend sind und darüber hinaus sehr starke neurobiologische Effekte gegen Spastik, gegen Kachexie mit Unterernährung und einem Mangel an Appetit haben. Diese hochspezifische Wirkung kann durch keine anderen Substanzen ersetzt werden.

Hinsichtlich des Antragsverfahrens möchte ich anmerken, dass es bei einem Kassenpatienten bis zu einem halben Jahr dauern kann, bis ihm eine Probebehandlung ermöglicht wird. Dies stellt einen erheblichen Missstand dar und zeigt enormen Nachholbedarf an.

Abg. **Monika Knoche** (DIE LINKE.): Ich möchte noch einmal auf Herrn Grotenhermen zurückkommen und mich dabei auch auf den eingebrachten Antrag der Fraktion DIE LINKE. beziehen. Der Ansicht mancher Ärzte, dass bestimmten Patienten zur therapeutischen Eigenbehandlung die Möglichkeit eingeräumt werden sollte, Cannabis anzupflanzen und dabei straffrei zu bleiben, wird das Argument der Verunreinigung entgegengehalten, da man die exakte Intensität des THC-Wertes nicht mehr kontrollieren könne. Des Weiteren würde dadurch der Weg des Cannabis über die Apothekenteke umgangen. Was können Sie zu Art und Umfang von Verunreinigungen und deren Einfluss auf die Wirkung sagen? Wie viel Eigenkompetenz haben die Patienten, die einen medizinischen Bedarf an solchen Substanzen haben, im Umgang mit diesem Stoff entwickelt?

SV **Dr. Franjo Grotenhermen** (Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (IACM)): Der Zugang zu Arzneimitteln, die über eine bestimmte pharmazeutische Qualität verfügen, wäre sicherlich für alle Patienten wünschenswert. Dies ist zurzeit leider nicht der Fall. Die Kriminalisierung führt dazu, dass sich derzeit tausende von Patienten illegal auf dem Schwarzmarkt versorgen müssen. Dadurch tritt das, was bemängelt wird, nämlich Verunreinigungen und mangelnde Standardisierung, gerade erst ein. Sobald ein Patient eine Genehmigung für einen Import von Cannabis aus Holland oder für den Eigenanbau hat, wird er ein Produkt erwerben oder anbauen können,

das an Qualität alles übertrifft, was ihm auf illegalem Wege zugänglich ist.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Prof. Böllinger. Sie sprechen in Ihrer schriftlichen Stellungnahme davon, dass betroffene Schmerzpatienten im Dickicht des Sozial-, Straf- und Verwaltungsrechts zappeln würden. Wie bewerten Sie das derzeit praktizierte Antragsverfahren beim BfArM vor dem Hintergrund der Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes?

SV **Prof. Dr. Lorenz Böllinger**: Das aktuell praktizierte Genehmigungsverfahren des BfArM verletzt die Antragsteller, bei denen die Behandlung mit THC medizinisch indiziert ist, in mehreren Grundrechten. Artikel 2 Abs. 2 (Körperliche Unversehrtheit) wird verletzt, indem den Patienten die indizierte Behandlung vorenthalten wird und sie durch das widersprüchliche Verfahren psychisch geschädigt werden. Gegen Artikel 1 (Menschenwürde) wird verstoßen, indem die Patienten zu Objekten der geltenden Drogenpolitik degradiert und an ihnen generalpräventive Exempel statuiert werden. Das BfArM unterläuft die Rechtsprechung des Bundesverfassungs- und des Bundesverwaltungsgerichts und verletzt so auch das die Gesundheitsfürsorge umfassende Sozialstaatsprinzip sowie das Gesetzlichkeitsprinzip. Des Weiteren sind auch das Willkürverbot und das Verhältnismäßigkeitsprinzip, das die grundlegende Maßgabe für das Verfassungsrecht darstellt, verletzt. Auch das Arztgrundrecht der Behandlungsfreiheit wird durch diese Praxis beeinträchtigt. Diese Wertung beruht auf den ungelösten Widersprüchen im Sozial-, Verwaltungs- und Strafrecht. Der sozialrechtliche Anspruch auf adäquate Gesundheitsfürsorge läuft leer. Das einzig zulässige Medikament Dronabinol ist zu teuer oder unverträglich, und das Verfahren ist zu langwierig oder führt zu nichts. Der vom Bundesverfassungsgericht gewiesene verwaltungsrechtliche Weg zwingt die Patienten auf den Schwarzmarkt und damit in die Kriminalität, weil das BfArM nach wie vor unüberwindliche Hürden errichtet. Sollte es zur Kriminalisierung kommen, führt die uneinheitliche, unkalkulierbare Rechtsprechung zum strafrechtlichen Rechtfertigungsgrund des Notstandes – das Einzige, was hier praktikabel ist – nicht selten zur Verurteilung. Mein Fazit: Das BfArM-Verfahren ist ein Irrweg. Der Bürger hat ein Grundrecht auf THC

als indizierte Medizin. Es bedarf unbedingt einer gesetzlichen Regelung, auch im Sinne der entsprechenden ärztlichen Überwachung. Das Bundesverfassungsgericht, so meine Prognose, wird letztlich in diese Richtung entscheiden, falls der Gesetzgeber untätig bleibt.

**Abg. Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Dr. Tolmein. Ich möchte gerne wissen, ob Sie Fälle von strafrechtlicher Verfolgung, Haftstrafen usw. wegen der Verwendung von Cannabis kennen und welche Ausmaße dies annehmen kann. Handelt es sich hierbei um Einzelfälle?

**SV Dr. Oliver Tolmein** (Patientenvereinigung Selbsthilfenetzwerk Cannabis als Medizin (SCM)): Es gibt zahlreiche solcher Fälle, da in diesem Bereich eine umfassende Kriminalisierung stattgefunden hat. Als besonderes Problem erweist sich dabei, dass die meisten Patienten, die Cannabis als Medizin verwenden, unter Paragraph 29a des Betäubungsmittelgesetzes fallen. Sie führen nicht selten größere Mengen Cannabis, häufig über 7,5 g THC, mit sich, da sie nicht jeden Tag neu auf den Schwarzmarkt gehen können, um sich etwas zu beschaffen. Damit bewegen sie sich bereits im Bereich des Verbrechens, was eine besondere Schwierigkeit schafft. Diese Verfahren können nämlich nicht von der Staatsanwaltschaft oder vom Gericht eingestellt werden, selbst dann nicht, wenn sie das wollten. Dieses Delikt muss unausweichlich mit einer Mindeststrafe von einem Jahr geahndet werden. Unsere Kanzlei hat bereits eine ganze Reihe dieser Fälle vertreten. Dabei hat sich Folgendes gezeigt: Selbst wenn eingeräumt wird, dass es sich hier um schwerstkranke Patienten handelt, müssen die Angeklagten mit einer Strafe rechnen. Selbst ein Freispruch wegen rechtfertigenden Notstandes führt in der Regel aufgrund mangelnder Akzeptanz durch die Staatsanwaltschaften zu einem beschwerlichen Weg vom Amtsgericht als Schöffengericht zum Landgericht, dann zum Oberlandesgericht und wieder zurück zum Landgericht, schließlich möglicherweise nochmals zum Oberlandesgericht. Hier handelt es sich um Strafprozesse von fünf bis sechs Jahren Länge bis zum rechtswirksamen Freispruch. Diesem Druck können die meisten schwerkranken Patienten nicht standhalten. Um die Voraussetzungen eines rechtfertigenden Notstandes zu erfüllen, müssen sie

bei Gericht nachweisen, dass sie sich bemüht haben, im normalen Antragsverfahren über das BfArM Dronabidol zu erhalten. Jedes Verfahren dauert für sich genommen schon zwei bis drei Jahre, bis es zu einem rechtskräftigen Ergebnis führt. Bevor man als Patient bei der gegenwärtigen Rechtslage ohne Strafandrohung an Cannabis als Medizin kommt, muss man drei bis vier Jahre mit schlimmsten Schmerzen als Schmerzpatient, als Tumorpatient oder als AIDS-Patient leben. In Anbetracht dessen, dass das Strafrecht in der Gesellschaft eigentlich Rechtstreue und Rechtsverbindlichkeit herstellen soll, drängt sich die Frage auf, ob es tatsächlich im Sinne einer Gesellschaft sein kann, Rechtsvertrauen und Rechtsverbindlichkeit durch eine Strafandrohung gegen schwerstkranke Patienten herzustellen.

**Abg. Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Abschließend frage ich Herrn Dr. Grotenhermen: Wie bewerten Sie die Erfahrungen in den Niederlanden und in Kanada mit der medizinischen Verwendung von Cannabis?

**SV Dr. Franjo Grotenhermen** (Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (IACM)): Die Niederlande sind ein gutes Beispiel für eine pragmatische Umgangsweise mit diesem Thema. Die Regierung hat festgestellt, dass sich viele Patienten Cannabis in Coffee-Shops besorgen und wollte den Patienten ein besseres Produkt anbieten. Das hat sie umgesetzt, indem sie Cannabis in die Apotheken gebracht hat. Es gibt dort ein standardisiertes Präparat aus biologischem Anbau. Dies hat im Jahr 2007, wie Prof. Kress in seiner schriftlichen Stellungnahme ausgeführt hat, 200.000 Euro gekostet. Damit ließen sich in Deutschland, wo die Therapie mit Dronabinol pro Patient jährlich zwischen 3.500 und 4.000 Euro kostet, nur etwa 50 Patienten behandeln. In den Niederlanden reicht diese Summe dagegen für die Behandlung von über 500 Patienten aus. Daran sieht man also, dass die niederländische Regelung auch aus ökonomischen Gründen sinnvoll ist. In den Niederlanden existiert auch keines der hier aufgezeigten Probleme, wie beispielsweise Kriminalisierung oder mangelnde Qualität.

**Abg. Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an den Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland e.V. und

an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Welche Nebenwirkungen hat die Behandlung mit dem Cannabis-Extrakt und welches Abhängigkeitspotenzial ist damit gegebenenfalls verbunden?

**SV Prof. Dr. Joachim Nadstawek** (Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland e.V. (BVSD)): Es gibt natürlich die üblichen Nebenwirkungen wie Benommenheit und Schwindel. Darüber hinaus gibt es kardiovaskuläre Nebenwirkungen, auf die auch Prof. Nauck schon hingewiesen hat, sowie Tachykardien und Hypotonien. Natürlich birgt Cannabis, wie auch die Opioide, ein gewisses Suchtpotenzial in der Therapie chronischer Schmerzen. Daher rührt auch der Appell aller bisher zu Wort gekommenen Kollegen, dass diese Stoffe der Verschreibungspflicht unterliegen sollten und die Behandlung damit in ärztliche Obhut gehört.

**SV Prof. Dr. Friedemann Nauck** (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)): Ich möchte mich Herrn Prof. Nadstawek anschließen und noch einmal deutlich sagen, dass wir aus der Erfahrung mit der Behandlung schwerstkranker und sterbender Menschen wissen, dass das Abhängigkeitspotenzial hier nicht dieselbe Rolle spielt, die es bisher immer bei den vielen Substanzen, beispielsweise Opioiden oder anderen Cannabinoiden, gespielt hat. Wichtig ist zu betonen, dass die Patienten zwar physisch, aber in der Regel nicht psychisch abhängig werden, da sie sich weder „zudröhnen“ noch einen psychischen „Kick“ verschaffen wollen, sondern lediglich ihre Schmerzen zu reduzieren und ihre Symptome zu lindern versuchen. Wird die Substanz unter kontrollierten und überwachten Bedingungen abgegeben, muss man sich unseres Erachtens bezüglich des Abhängigkeitspotenzials keine allzu großen Sorgen machen.

**Abg. Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin. Wie bewerten Sie die aktuelle Praxis der gesetzlichen Krankenkassen bei der Kostenübernahme für eine Behandlung mit Dronabinol? Meine zweite Frage richtet sich an den Spitzenverband der Krankenkassen. Wie hoch schätzen Sie insgesamt das finanzielle Volumen bei einer Kostenerstattung für Dronabinol?

men bei einer Kostenerstattung für Dronabinol?

**SVe Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl** (Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (IACM)): Ich leite eine große Sprechstunde der Medizinischen Hochschule Hannover für Patienten mit Ticstörungen. Es gibt Hinweise, dass Cannabinoide auch bei dieser Indikation wirksam sind. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen lässt in diesen Fällen aber eine gewisse Willkür erkennen. Ich habe Patienten, bei denen die Kostenübernahme bewilligt wird. Ich habe auch Patienten, bei denen zunächst versuchsweise für drei Monate eine Kostenübernahme bewilligt wird und dann eine erneute Prüfung erfolgt. Bei vielen Patienten wird jedoch die Kostenübernahme abgelehnt. Für Ticstörungen oder Tourette-Syndrom gibt es in Deutschland nur ein einziges offiziell zugelassenes Medikament. Dabei handelt es sich um ein sehr altes Neuroleptikum, das Haloperidol. Daher verordne ich ausschließlich Medikamente, die nicht zugelassen sind, und deren Kosten dennoch regelmäßig von der Krankenkasse übernommen werden. Dronabinol stellt die einzige Ausnahme von dieser Regel dar. Hier ergeben sich regelmäßig Schwierigkeiten bei der Verordnung.

**SV Dr. Diedrich Bühler** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Wir haben bereits über eine ähnliche Frage diskutiert. Wie zuvor ausgeführt wurde, wird die eigentliche Indikationsstellung für Cannabis-Präparate bisher sehr schwankend präsentiert. Einerseits geht es um hochspezifische und schwere Erkrankungen, die lediglich eine geringe Zahl von Patienten betreffen, wie wir dem Beispiel aus Holland entnehmen konnten. In diesem Fall scheint das finanzielle Volumen relativ gering zu sein. Andererseits werden in den Anträgen sehr breite und unterschiedliche Indikationsstellungen aufgeführt. Ich möchte deshalb noch einmal betonen, dass ohne eine nutzenbewährte spezifische Indikationsstellung für den Einsatz von cannabisartigen Präparaten keine Aussage über die entsprechenden Kostenauswirkungen gemacht werden kann.

**Abg. Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Ich frage noch einmal die Bundesärztekammer und die

Arzneimittelkommission: Wie hoch schätzen Sie die Zahl der Patienten, die von einer Therapie mit Cannabis einschließlich Dronabinol profitieren könnten, und sehen Sie entscheidende Vorteile eines Gesamtcannabis-Extraktes gegenüber Dronabinol?

**SV Prof. Dr. Friedemann Nauck** (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und Bundesärztekammer (BÄK)): Genaue Zahlen sind mir nicht bekannt. Rechnet man die Zahlen aus Holland, das etwa 15 Mio. Einwohner hat, auf deutsche Verhältnisse hoch, so müssten meines Erachtens zumindest ähnliche Zahlen unterstellt werden können. Allein bei der Palliativbetreuung war in den letzten Jahren schon eine Zunahme der Patientenzahlen zu beobachten. Der bisherigen Diskussion konnten wir jedoch entnehmen, dass es noch eine Reihe weiterer Krankheiten, beispielsweise Multiple Sklerose, spastische Syndrome und bestimmte neuropathische Schmerzen, gibt, für deren Therapie Dronabinol sinnvoll sein kann. Übrigens ist die Dosierung inter- und intraindividuell sehr unterschiedlich. Es gibt Patienten, die lediglich sehr niedrige Dosierungen und insofern nicht die von Herrn Kress genannten 300 Euro pro Monat benötigen. Bei der Frage nach dem Unterschied zwischen Dronabinol und den anderen Cannabis-Extrakten sollten nicht die finanziellen Aspekte im Vordergrund stehen. Dies könnte zu vorschnellen Lösungen, etwa der Freigabe des Anbaus, führen. Jeder Patient möchte jedoch mit einer Substanz behandelt werden, die gut geprüft ist, unter ständiger Überwachung steht und einen hohen Qualitätsstandard hat. Dieses Ziel verfolgen wir bei allen Medikamenten, die wir an unsere Patienten abgeben.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich möchte an den Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland die Frage richten, wie er mit der derzeitigen Praxis zurechtkommt.

**SV Prof. Dr. Joachim Nadstawek** (Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland e.V. (BVSD)): Freundlich umschrieben, kommen wir nicht gut zurecht. Derzeit behandle ich zwei Patientinnen mit Multipler Sklerose, bei denen ich die Kosten für das verordnete Marinol und Dronabinol persönlich tragen muss, weil beide finanziell nicht in der Lage sind, selbst dafür aufzukommen. Beide Patien-

tinnen sind Mitglied einer großen deutschen Krankenkasse, die vor allem Frauen betreut. Diese Krankenkasse lehnt die Übernahme dieser sinnvollen Medikation kategorisch ab. Wir haben gerade sehr eindrucksvoll von den beiden Grundlagenforschern geschildert bekommen, dass es spezielle Andockstellen im Gehirn gibt. Daher kann ich nicht nachvollziehen, welche Untersuchungen der Spitzenverband der deutschen Krankenkassen erwartet. Womit sollte man diese Therapie vergleichen?

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich möchte an den GKV-Spitzenverband zwei Fragen richten: Erstens: Ist es notwendig, bei der Bewertung der Kostenerstattung des Rezeptur-Arzneimittels Dronabinol genau so hohe Maßstäbe an die Wirksamkeit anzulegen, wie das für die arzneimittelrechtliche Zulassung von Fertigarzneimitteln gilt? Zweitens: Wie hoch schätzen Sie das finanzielle Volumen bei der Kostenerstattung von Dronabinol ein?

**SV Dr. Diedrich Bühler** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Während es bisher nur um Einzelfälle ging, die kaum einer Nutzenbewertung zugänglich sind, reden wir hier jetzt über eine deutlich breitere Anwendung.

Wir haben bereits Ausführungen zu dem Bedarf an gut kontrollierten und überprüften Medikamenten gehört. Ich verstehe daher nicht, warum dann, wenn es um schwerkranke Patienten und spezifische Indikationen geht, andere Kriterien für eine Nutzenbewertung angelegt werden sollen als in Bereichen, in denen wir uns um eine Übernahme von Kosten bzw. auch um die Nutzenbewertung bemühen. Hier sehe ich keinen Unterschied.

Zum Finanzvolumen hatte ich mich bereits geäußert. Wo sollen wir die Zahlen hernehmen, solange keine klare Indikation besteht? Derzeit gibt es nur Vermutungen. Außerdem lässt sich schwer einschätzen, wie sich der Preis des Medikaments nach seiner Zulassung in Anbetracht der Situation auf dem Pharmamarkt entwickeln wird. Hierzu kann man derzeit nur spekulative Aussagen machen.

**Vorsitzender:** Meine Damen und Herren, ich möchte mich herzlich für Ihre Aussagen und Stellungnahmen bedanken. Wir beenden an dieser Stelle die Anhörung. Sie können davon ausgehen, dass Ihre Anregungen und die Inhal-

te Ihrer Stellungnahmen in das Gesetzgebungsverfahren mit einfließen. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Ende der Sitzung: 14.55 Uhr