

Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main

Abschlussbericht der Ärztinnen- und Ärztebefragung (Modul 1a) und der Fokusgruppendifkussionen (Modul 1b)

Dr. Philipp Hiller
Kirsten Lehmann

Leonie von Hülsen
Dr. Jens Kalke
PD Dr. Uwe Verthein

Unter Mitarbeit von Hans-Günther Meyer-Thompson (Asklepios Klinik Nord, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulanz Altona, Hamburg), Marie Eichenlaub und Clara Pfändner (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg)

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (W 37)
20246 Hamburg
Tel: 040 7410 54589
Fax: 040 7410 58351
E-Mail: k.lehmann@uke
Web: www.zis-hamburg.de



Hamburg, 15.09.2019

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Danksagung..... | 3 |
| Abkürzungsverzeichnis..... | 4 |
| Tabellenverzeichnis..... | 5 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 6 |
| 1 Einleitung..... | 7 |
| 1.2 Hintergrund der Studie..... | 10 |
| 2 Zielsetzung..... | 13 |
| 3 Ärztinnen- und Ärztebefragung (Modul 1a)..... | 13 |
| 3.1 Methodik, Datengrundlage und Auswertungsvorgehen..... | 14 |
| 3.2 Ergebnisse der Ärzt*innenbefragung..... | 17 |
| 3.2.1 Stichprobe..... | 17 |
| 3.2.2 Anfragen nach Cannabis-Arzneimitteln durch Patient*innen..... | 17 |
| 3.2.3 Indikationen für die Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln und Patient*innengruppen..... | 18 |
| 3.2.4 Verschreibungspraxis von und Einstellungen zu einzelnen Cannabis-Arzneimitteln..... | 21 |
| 3.2.5 Unerwünschte Nebenwirkungen und Gründe für die Beendigung einer Behandlung..... | 23 |
| 3.2.6 Die Antragsstellung auf Kostenübernahme von Medizinischem Cannabis..... | 24 |
| 3.2.7 Der Umgang mit Antragsablehnungen auf Kostenübernahme von Medizinischem Cannabis..... | 26 |
| 3.2.8 Einstellungen zum Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln..... | 27 |
| 3.2.9 Zugang zu Informationen und aktueller Kenntnisstand..... | 31 |
| 3.2.10 Vernetzung zwischen verschiedenen Akteur*innen..... | 31 |
| 4 Fokusgruppendifkussionen (Modul 1b)..... | 32 |
| 4.1 Methodik, Datengrundlage und Auswertungsvorgehen..... | 32 |
| 4.2 Ergebnisse der Fokusgruppengespräche..... | 34 |

| | | |
|-------|--|-----------|
| 4.2.1 | <i>Der Weg zur Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln, Barrieren und Ablehnungsgründe.....</i> | <i>34</i> |
| 4.2.2 | <i>Vor- und Nachteile einzelner Medikamente.....</i> | <i>37</i> |
| 4.2.3 | <i>Rechtliche und politische Aspekte.....</i> | <i>40</i> |
| 4.2.4 | <i>Informations- und Vernetzungsmöglichkeiten.....</i> | <i>43</i> |
| 5 | <i>Fazit und Ausblick für das Projekt „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“.....</i> | <i>45</i> |
| 6 | <i>Literaturverzeichnis.....</i> | <i>47</i> |

Danksagung

*Wie jede empirische Untersuchung kann auch das Projekt „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“ nur durch die Unterstützung Dritter erfolgreich realisiert werden. Hierzu zählen die 17 Ärzt*innen in Frankfurt, die für ein persönliches Interview mit uns zur Verfügung standen. Für die Durchführung der Interviews, die Informationen, die wir erhalten haben und die aufgewendete Zeit sei allen Beteiligten ganz herzlich gedankt. Auch bei den angeschriebenen Ärzt*innen mit denen wir kein Interview führen konnten, bedanken wir uns für die Rückmeldungen.*

*Ein weiteres Kernstück dieser Studie stellt die Diskussion der Versorgungssituation mit beteiligten Akteuren der Stadt Frankfurt dar. Für ihre aktive und engagierte Teilnahme und das uns entgegengebrachte Vertrauen gebührt den Fokusgruppenteilnehmer*innen unser ausdrücklicher Dank.*

*Großen Respekt und absolut ungeteilte Anerkennung für ihre Unterstützung des Projekts verdienen die mitwirkenden Studentischen Hilfskräfte bzw. Praktikant*innen. Johanna Brüggemann, Julie Marzio, Stefanie Möllers und Armin Ullrich übernahmen mit akribischer Sorgfalt und ausdauerndem Eifer die mühevollen Arbeit des Transkribierens der Interviews. Marie Eichenlaub, Leonie von Hülsen und Clara Pfändner waren ebenfalls am Transkribieren beteiligt, wirkten darüber hinaus aber auch mit fachlich beeindruckender Kompetenz maßgeblich an der Erstellung des vorliegenden Berichtes mit. Dafür können wir ihnen kaum genug danken.*

Den Kolleginnen und Kollegen des Drogenreferats der Stadt Frankfurt und des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung danken wir für die gute Zusammenarbeit, die die Realisierung dieses anspruchsvollen Projektes überhaupt erst ermöglicht hat.

Hamburg, im Sommer 2019

Das Projekt-Team

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------|--|
| ADHS | Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung |
| BfArM | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte |
| BtMG | Betäubungsmittelgesetz |
| GKV | Gesetzliche Krankversicherung |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenkassen |
| MDS | Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen |
| SAPV | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| THC | Tetrahydrocannabinol |
| UKE | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| ZIS | Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| <i>Tabelle 1: Rücklaufquote der angeschriebenen Ärzt*innen und deren Behandlungserfahrungen.....</i> | <i>15</i> |
| <i>Tabelle 2: Vertretene ärztliche Fachrichtungen in der Befragungsstichprobe (N=17).....</i> | <i>16</i> |
| <i>Tabelle 3: Teilnehmer*innen an den Fokusgruppengesprächen am 22. Mai 2019 in Frankfurt</i> | <i>33</i> |
| <i>Tabelle 4: Ergebnisse der Fokusgruppengespräche zum Themenschwerpunkt 1: Der Weg zur Verschreibung und zur Vergabe</i> | <i>37</i> |
| <i>Tabelle 5 : Ergebnisse der Fokusgruppengespräche zum Themenschwerpunkt 2: Vor- und Nachteile einzelner Medikamente.....</i> | <i>40</i> |
| <i>Tabelle 6: Ergebnisse der Fokusgruppengespräche zum Themenschwerpunkt 3: Rechtliche und politische Aspekte.....</i> | <i>43</i> |
| <i>Tabelle 7: Ergebnisse der Fokusgruppengespräche zum Themenschwerpunkts 4: Informations- und Vernetzungsmöglichkeiten</i> | <i>44</i> |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| <i>Abbildung 1: Verordnungen von Cannabis-Arzneimitteln in Deutschland im Jahr 2018 (Verschreibungen pro 10.000 GKV-Versicherte) (modifiziert nach [22]).....</i> | <i>9</i> |
| <i>Abbildung 2: Modulplan des Projekts „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“ des Drogenreferates der Stadt Frankfurt unter Mitarbeit des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg.....</i> | <i>10</i> |
| <i>Abbildung 3: Eingegangene Anträge bei der Techniker Krankenkasse auf Erstattung einer Cannabismedikation nach Indikationen im Zeitraum zwischen Juli 2017 und Ende Februar 2018 (N=1.731) (modifiziert nach [4])</i> | <i>12</i> |
| <i>Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der Indikationen einer potentiellen oder tatsächlichen Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln (Mehrfachantworten von N=17 Ärzt*innen)</i> | <i>19</i> |
| <i>Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der Patient*innengruppen, für die eine Cannabisbehandlung infrage kommt, nach Auskunft der befragten Ärzt*innen (Mehrfachantworten von N=17 Ärzt*innen).....</i> | <i>21</i> |

1 Einleitung

Seit März 2017, nach Inkrafttreten des Gesetzes „zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“, können in Deutschland Patient*innen mit „schwerwiegenden Erkrankungen“ Cannabis-Arzneimittel auf Kosten der gesetzlichen Krankversicherung (GKV) verordnet werden [1]. Zuvor benötigten Patient*innen eine Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) von der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zum Erwerb von Cannabis zu medizinischen Zwecken [2]. Die Kosten für die Therapie trugen die Patient*innen in der Regel selbst.

Aufgrund der Ansammlung von Berichten über schwer erkrankte Patient*innen, die einen gesundheitlichen Nutzen von Cannabis haben könnten sowie dem von Patient*innen vor Gericht erstrittenen Recht, Cannabis zu medizinischen Zwecken selbst anbauen zu dürfen [3], wuchs der politische Druck auf die Bundesregierung und das BfArM, den Zugang zur medizinischen Cannabisbehandlung zu erleichtern. Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten sollte, ebenso wie das natürliche Cannabinoid Dronabinol (Tetrahydrocannabinol – THC) und das synthetische Cannabinoid Nabilon, zur Therapie eingesetzt werden können. Apotheken sollen mit in Deutschland angebauten getrockneten Cannabisblüten beliefert werden, was zunächst für das Jahr 2019 vorgesehen war [4]. Ein Verfahrensfehler im Laufe des Vergabeverfahrens für den Zuschlag zum Auftrag, Cannabis in Deutschland zu medizinischen Zwecken anzubauen, führte dazu, dass sich der Anbau verzögerte [5]. Im Mai 2019 war das Vergabeverfahren schließlich abgeschlossen und eine erste Ernte wird für das vierte Quartal 2020 erwartet [6]. Demzufolge werden getrocknete Cannabisblüten derzeit weiterhin, hauptsächlich aus Kanada und den Niederlanden, importiert.

Von der Anwendung von Rezepturen aus der Hanfpflanze *Cannabis sativa* wird bereits seit Jahrtausenden berichtet [7]. Die Forschung zu Cannabis ist jedoch ein recht junges Feld: Erst Anfang der 1990er-Jahre wurde das endogene Cannabinoid-Rezeptorsystem als Teil des Systema nervosum (menschlichen Nervensystems) entdeckt [8, 9]. Seither verbesserte sich auch das Wissen um die Wirkungen exogener Cannabinoide [10]. In den vergangenen Jahren wurde die medizinische Wirksamkeit von Cannabis bei unterschiedlichen Anwendungsgebieten in wissenschaftlichen Studien untersucht [11-16]. Die Evidenz ist je nach Anwendungsbereich divergent [17]. Im Rahmen des Forschungsprojekts „Cannabis: Potenzial und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse“ (CaPRis) wurden im Zeitraum von 2006 bis 2017 publizierte systematische Reviews ($N=16$) und randomisiert kontrollierte Studien ($N=9$) zu der medizinischen Anwendung von Cannabis analysiert. Evidenz für die Wirksamkeit von Cannabis-Arzneimitteln wurde für Chronischen Schmerz, Spastik bei

Multipler Sklerose, Appetitstimulation, Übelkeitslinderung, Gewichtszunahme bei Patient*innen mit Krebs und HIV/AIDS sowie in der Palliativbehandlung gefunden. Für weitere psychische oder somatische Symptome oder Erkrankungen lagen nur wenige bis keine kontrollierten wissenschaftlichen Studien vor [10].

Gesicherte Daten zur aktuellen Anzahl der Cannabispatient*innen in Deutschland liegen nicht vor. Schätzungen von mit Cannabis-Arzneimitteln behandelten Patient*innen bewegen sich zwischen derzeit 15.000 [18] und 50.000 Personen [19]. Als Cannabis-Arzneimittel werden die Fertigarzneimittel Sativex® und Canemes® sowie Rezepturen von Nabilon und Dronabinol, Cannabisblüten und weitere Cannabisextrakte bezeichnet [20]. Sativex® und Canemes® sind bereits seit einigen Jahren in Deutschland verschreibungsfähig. Das Cannabis-Mundspray Sativex® ist in Deutschland seit 2011 zur Symptomverbesserung bei Patient*innen mit Spastik aufgrund Multipler Sklerose zugelassen. Canemes® kann seit 2017 In-Label zur Behandlung erwachsener Krebspatient*innen mit Übelkeit und Erbrechen infolge einer Chemotherapie verschrieben werden. Diese beiden Arzneimittel fallen bei Off-Label Use, also für den Einsatz bei anderen Indikationen, unter das neue Cannabisgesetz.

Mit der Gesetzesänderung 2017 wurde das BfArM beauftragt, eine nicht-interventionelle Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabis-Arzneimitteln durchzuführen [21]. Im Rahmen dieser Untersuchung werden anonymisierte Daten der Patient*innen ausgewertet, die mit zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Cannabis-Arzneimitteln behandelt werden. Patient*innen, denen Canemes® und Sativex® gemäß den zugelassenen Indikationen verordnet wurden, gehen nicht in die Analyse ein. Daten der Zwischenauswertung ($N=4.153$) von Januar 2019 zeigen, dass Cannabis-Arzneimittel Männern und Frauen etwa gleich häufig verschrieben wurden (Frauen 53%). Das Medianalter betrug 63 Jahre. Bei dem Großteil der Verschreibungen (69%) handelte es sich um die Indikation Schmerz, gefolgt von Spastik (11%) und Anorexie/Wasting (8%). Bei etwa 12% wurde die Behandlung anderer Symptome oder Erkrankungen angegeben, worunter Epilepsie sowie Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit jeweils weniger als 2% und Morbus Crohn sowie Tourette-Syndrom mit je 1% genannt wurden. Mit 79% wurde am häufigsten Dronabinol verordnet. Getrocknete Cannabisblüten wurden 13% und Sativex® 6% der Patient*innen verschrieben. Die Cannabistherapie mit Dronabinol, Blüten oder Sativex® wurde bei 36% vor Ablauf eines Jahres abgebrochen, wobei als häufigste Ursache eine nicht ausreichende Wirkung der Medikamente genannt wurde (39%). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die erhobenen Daten noch nicht vollständig sind. Es wurden bisher ausschließlich Datensätze berücksichtigt, die entweder erst nach einem Jahr Behandlung oder bei Therapieabbruch vorliegen [20].

Analysen des Informationsdienstleisters INSIGHT Health zeigen, dass für das Jahr 2018 in Deutschland hinsichtlich der Verschreibungen von Cannabis-Arzneimitteln sichtbare

räumliche Unterschiede bestehen. Die häufigsten Verordnungen pro Versicherte der GKV wurden in Baden-Württemberg und Bayern ermittelt. Das Bundesland Hessen lag mit 2,7 bis unter 2,9 Verschreibungen pro 10.000 GKV-Versicherte im unteren Mittelfeld (s. Abbildung 1) [22].

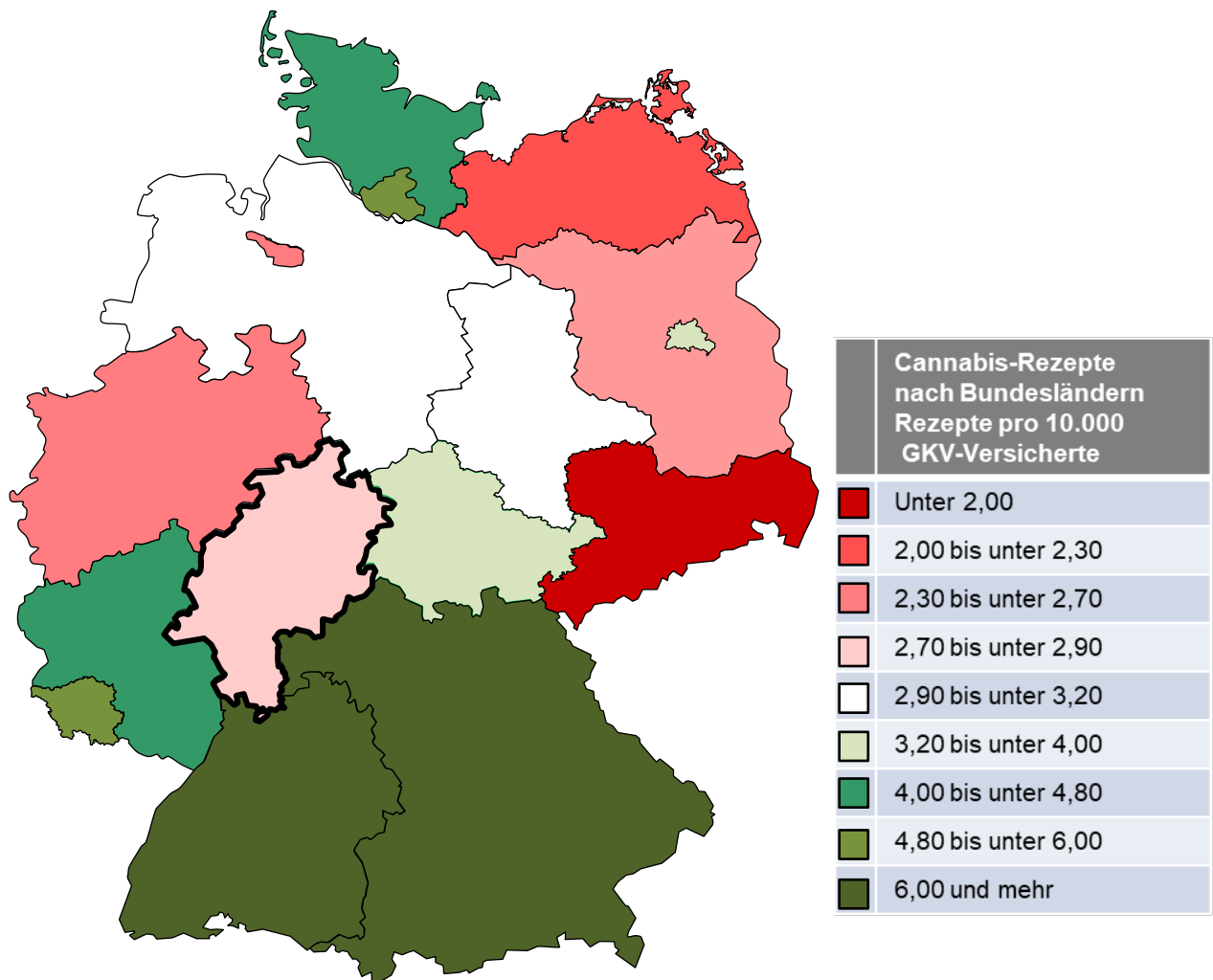


Abbildung 1: Verordnungen von Cannabis-Arzneimitteln in Deutschland im Jahr 2018 (Verschreibungen pro 10.000 GKV-Versicherte) (modifiziert nach [22])

Im Rahmen des noch laufenden Projekts „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“ des Dezernats für Personal und Gesundheit und des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main untersucht das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) in einer wissenschaftlichen Studie die Versorgungssituation in der Praxis. Die Studie beinhaltet drei Module. Im Modul 1 wurden in Qualitativen Ärzt*inneninterviews (Modul 1a) und Fokusgruppengesprächen (Modul 1b) der Status Quo zu Umständen und Problemen bei der Verschreibung von Cannabisprodukten herausgearbeitet. Um einen systematischen

Überblick zu dieser Thematik zu erhalten, beinhaltet das Modul 2 eine Literaturrecherche zu den Barrieren, Hemmnissen und Förderfaktoren der ärztlichen Verordnung von Cannabis in der Medizin. Das Modul 3 umfasst eine Patient*innenbefragung, um die Erfahrungen und Probleme mit dem neuem Verschreibungs- bzw. Zulassungsverfahren zu beschreiben. In dem hier vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der Ärzt*inneninterviews (Modul 1a) sowie die Fokusgruppendifkussionen (Modul 1b) dargestellt (s. Abbildung 2).

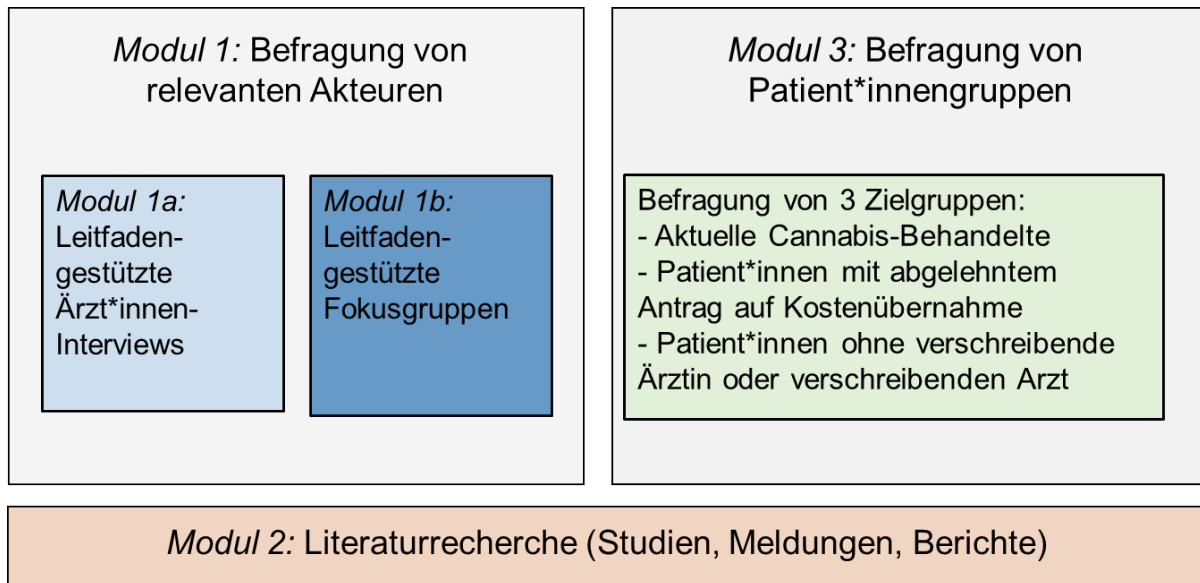


Abbildung 2: Modulplan des Projekts „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“ des Drogenreferates der Stadt Frankfurt unter Mitarbeit des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

Die Studie wird von einer Projektbegleitgruppe unterstützt, die sich aus Frankfurter Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen des Dezernats für Personal und Gesundheit und des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main zusammensetzt und regelmäßig persönlich zusammentrifft.

1.2 Hintergrund der Studie

Cannabis als Medizin wurde am 19. Januar 2017 einstimmig vom Bundestag beschlossen, am 10. März 2017 trat das „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ in Kraft [1]. „Schwerkranke Menschen müssen bestmöglich versorgt werden. Dazu gehört, dass die Kosten für Cannabis als Medizin für Schwerkranke von ihrer Krankenkasse übernommen werden, wenn ihnen nicht anders wirksam geholfen werden kann“, so Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Januar 2017 [23]. Durch diese

Gesetzesänderung wurden die Möglichkeiten zur Verschreibung und Anwendung von Cannabis-Arzneimitteln erweitert und Ärzt*innen können, unabhängig der Fachrichtung, auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen ohne Vorgaben zu den Anwendungsgebieten (Indikationen), Patient*innen Cannabis-Arzneimittel in Form von getrockneten Blüten, Extrakten und Fertigarzneimitteln auf einem Betäubungsmittelrezept verschreiben. Nach § 31 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben „Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung [...] Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn 1. eine [...] dem medizinischen Standard entsprechende Leistung a) nicht zur Verfügung steht oder b) im Einzelfall [...] nicht zur Anwendung kommen kann,“ oder „ 2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht“ [1].

Für die Übernahme oder Erstattung der Kosten für Cannabis-Arzneimittel ist es erforderlich, bei den Krankenkassen einen Antrag auf Kostenübernahme einzureichen. Die Antragstellung erfolgt durch die/den Patient*in selbst und wird zumeist durch eine Ärztin oder einen Arzt unterstützt, kann aber auch ohne ärztliche Mitarbeit erfolgen. Welche Unterlagen (beispielsweise Arztberichte, Arbeitsunfähigkeitszeiten oder eine Auflistung bisheriger eingesetzter Arzneimittel) hierfür vorgelegt werden müssen, ist unterschiedlich und hängt von der Krankenkasse ab, bei der ein Antrag eingereicht werden soll [24]. Krankenkassen haben die Möglichkeit, bei der Entscheidung eine gutachterliche, nicht bindende Stellungnahme des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) einzuholen. In einigen Fällen erhalten Antragsteller*innen oder ihre Ärzt*innen vom MDK einen „Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V“ des Medizinischen Diensts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) [24], der weitere Fragen zur Cannabistherapie und der Krankheitsgeschichte enthält. Der Beschluss des Kostenübernahmeantrags muss innerhalb von drei, unter Einbezug des MDK binnen fünf Wochen und im Rahmen der Palliativversorgung (§ 37 SGB Fünftes Buch Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV) im Laufe von drei Tagen getroffen werden. Liegt nach Ablauf der Fristen kein Bescheid vor, gilt der Antrag als genehmigt.

Der Antrag auf Kostenübernahme darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgelehnt werden [1]. Im Falle einer Ablehnung kann gegen den Bescheid der Krankenkasse Widerspruch eingelegt werden. Wird auch dieser abgelehnt, kann die/der Patient*in eine Klage vor dem Sozialgericht erheben. Bei Widerspruchs- oder Klageverfahren können sich Patient*innen anwaltlich beraten lassen [24]. Umfassende systematische Analysen zu den Genehmigungsquoten liegen nicht vor. Eine Umfrage des Handelsblatts unter drei deutschen Krankenkassen (Allgemeine Ortskrankenkasse, Techniker Krankenkasse, Barmer) ergab,

dass im Jahr 2018 mindestens 18.400 Anträge auf Kostenerstattung gestellt wurden. Etwa 12.500 Anträge (68%) wurden bewilligt und rund ein Drittel der eingereichten Anträge wurde abgelehnt [25]. In dem Cannabis-Report von Glaeske und Sauer [4] wird berichtet, dass die Techniker Krankenkasse bei der Indikation finaler Tumorschmerz sowie im Rahmen einer SAPV die Anträge auf Kostenübernahme in 100% der Fälle bewilligte. Bei Tumorleiden (85%), Tourette-Syndrom (78%) sowie Inappetenz/Kachexie (76%) lag die Genehmigungsquote bei über drei Viertel. Bei psychiatrischen Leiden oder Diagnosen liegen die Anteile der genehmigten Anträge am niedrigsten (s. Abbildung 3). Als Begründung für eine Ablehnung der Kostenübernahme einer Therapie mit Cannabis-Arzneimitteln wurde von der Techniker Krankenkasse am häufigsten angeführt, dass vor einer Cannabiseinnahme noch alternative Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stünden (65%), 13% der Anträge seien unvollständig eingereicht worden, bei 8% der Patient*innen sei die Erkrankung nicht schwerwiegend genug und bei 4% wurde keine Aussicht auf einen Therapieerfolg erwartet [4].

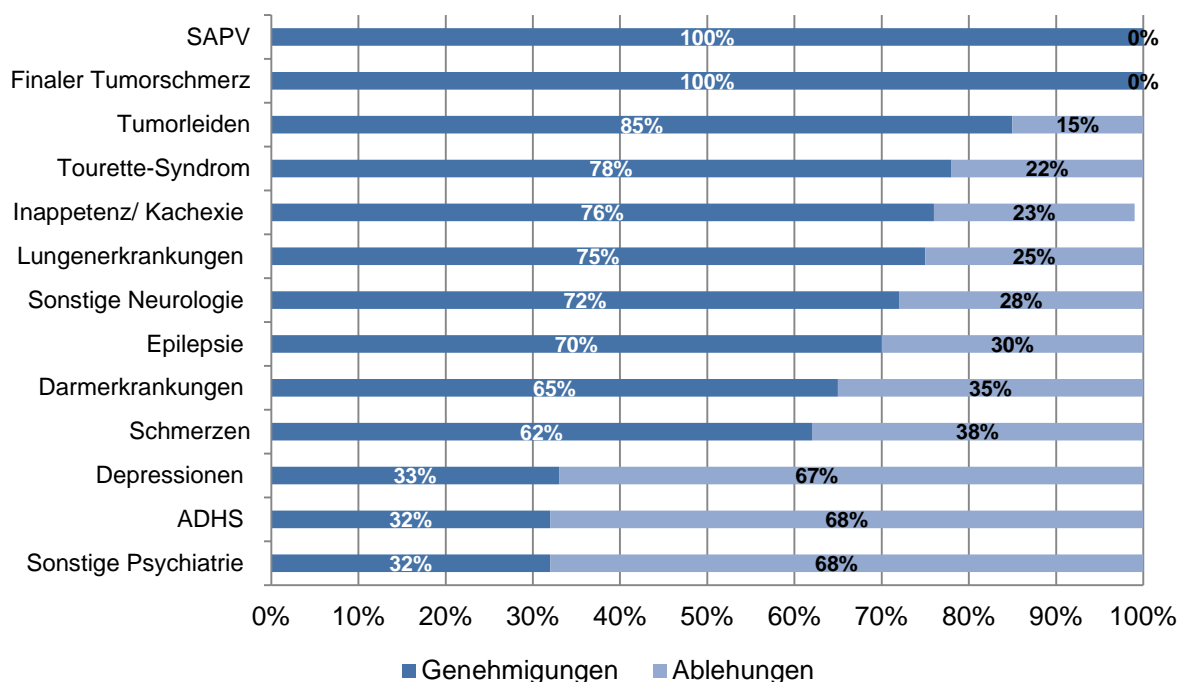


Abbildung 3: Eingegangene Anträge bei der Techniker Krankenkasse auf Erstattung einer Cannabismedikation nach Indikationen im Zeitraum zwischen Juli 2017 und Ende Februar 2018 (N=1.731) (modifiziert nach [4])

Eine Therapie mit Cannabis-Arzneimitteln kann in Deutschland von jeder Ärztin oder jedem Arzt verschrieben werden. Aus einer Onlineumfrage des Selbsthilfenetzwerks Cannabis-

Medizin der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin (ACM) unter 1.974 Personen, die vor der Gesetzesänderung mit einer Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG behandelt wurden, geht hervor, dass 62% keine Ärztin oder keinen Arzt finden, die/der ihnen Cannabis-Arzneimittel verschreibt [26]. Begründungen hierfür können Vorurteile von Ärzt*innen gegenüber einer Medikation mit Cannabis, nicht ausreichende Informationen zu Cannabis als Medizin, ein hoher bürokratischer Aufwand oder Ängste vor einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und folgenden Arzneimittelregressen sein [24]. Seit März 2017 wurde sowohl von Patient*innen als auch von Apotheker*innen wiederholt von Lieferengpässen bestimmter Sorten Cannabisblüten berichtet. In einigen Fällen betrug die Wartezeit wenige Wochen, andere Patient*innen wiederum konnten mehrere Monate nicht mit der verschriebenen Sorte getrockneter Cannabisblüten behandelt werden.

2 Zielsetzung

Vor dem Hintergrund der neuen Gesetzeslage ergeben sich für die aktuelle Versorgungssituation vielfältige Herausforderungen für die Praxis, welche im Rahmen des Projekt-Moduls 1a mittels leitfadengestützter Interviews systematisch beleuchtet werden sollen. Hierzu wurden Ärzt*innen unterschiedlicher Fachrichtungen zum Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln persönlich befragt. Ziel der Untersuchung war es, den Status Quo zu Umständen und Problemen bei der Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln genauer herauszuarbeiten. Weiterhin sollten Motive, Wirksamkeitserwartungen, praktische Erfahrungen und Einstellungen zur Verwendung von Cannabis in der ärztlichen Behandlung dargestellt sowie mögliche Vorbehalte oder Ablehnungsgründe identifiziert werden. Im Rahmen des Projekts-Moduls 1b wurden anhand von leitfadengestützten Fokusgruppen mit relevanten Akteuren unterschiedliche Sichtweisen der Beteiligten zur Versorgungssituation ziel- und konsensorientiert diskutiert, Barrieren und Schnittstellenprobleme identifiziert und nach Lösungsansätzen gesucht.

3 Ärztinnen- und Ärztebefragung (Modul 1a)

Die Ärzt*innen können als zentrale Akteure bei der Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln angesehen werden. Sie beraten von sich aus ihre Patient*innen zu den Einsatzmöglichkeiten von Cannabis zur medizinischen Anwendung oder werden von neuen oder bestehenden Patient*innen auf eine potentielle Cannabisverschreibung angesprochen und wirken bei der Antragsstellung und ggf. Widerspruchseinlegung mit. Zudem verfügen sie

über Kontakte zu vielen anderen relevanten Akteuren bei dem Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln.

Entsprechend ist in dem Ablaufplan der Studie (s. Abbildung 2) die Ärzt*innenbefragung als zeitlich vorrangiges Modul vorgesehen, um die Ergebnisse dieser Befragungen in die Gestaltung der Fokusgruppen (Modul 1b) und bei der aktuell laufenden Patient*innen-Befragung (Modul 3) einfließen zu lassen.

3.1 Methodik, Datengrundlage und Auswertungsvorgehen

Um ein umfassendes Bild zu erhalten, sollten sowohl Mediziner*innen befragt werden, die Erfahrungen mit der Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln besitzen, als auch solche, die noch nie Cannabis verschrieben haben. Unter den „Nicht-Verschreiber*innen“ sollten sich sowohl Personen befinden, die den Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln grundsätzlich positiv gegenüber stehen, als auch solche, die dessen Einsatz ablehnen. Um alle genannten Gruppen abzudecken und auch verschiedene Fachrichtungen einbeziehen zu können, zugleich aber die Befragungen mit den vorhandenen Personalressourcen in der vorgesehenen Zeit durchführen zu können, wurde eine Zielzahl von 15 Interviews vorgesehen. Diese Anzahl qualitativer Interviews wurde bzgl. der Abdeckung thematischer und inhaltlicher Positionen und Beurteilungen als ausreichend betrachtet, um entsprechende Inhaltsanalysen aus den berichteten Informationen vorzunehmen.

Für die Durchführung der Interviews wurden zwei Leitfäden für die Cannabis-Arzneimittel verschreibenden und nicht-verschreibenden Ärzt*innen erstellt. In verschiedenen Themenblöcken wurden sowohl Erfahrungen mit dem Prozedere der Verschreibung, die Einschätzung der (potentiellen) Patient*innengruppen, den beobachteten/erwarteten Wirkungen und Nebenwirkungen, Änderungsvorschläge zum aktuellen Verfahren und Informations- und Vernetzungshintergründe erfragt. Der Leitfaden für die Ärzt*innen, die Cannabis nicht verschreiben, enthielt, anstelle der Fragen zu dem Erfahrungshintergrund mit der Verschreibung, Fragen zu den eigenen und allgemeinen Gründen der Nicht-Verschreibung.

Eine Herausforderung stellte die Rekrutierung der zu befragenden Ärztinnen und Ärzte dar, da keine zentrale Liste aktuell Cannabis verschreibender Personen in Frankfurt am Main besteht. Über die Projektbegleitgruppe (s. Einleitung) und das Drogenreferat der Stadt Frankfurt konnten zwar einzelne Kontakte hergestellt werden; um die anvisierte Fallzahl von 15 Interviews zu realisieren, musste aber ein aufwändigeres Vorgehen gewählt werden. Über die im Internet verfügbare Ärzt*innensuche der Landesärztekammer Hessen wurden die Adressen aller potentiell Cannabis-Arzneimittel verschreibenden Fachrichtungen in Frankfurt am Main rausgesucht und postalisch angeschrieben. Das Schreiben enthielt neben einem

einseitigen Anschreiben mit der Projektdarstellung einen Rücksendebogen mit Fragen zur Bereitschaft zur Interviewteilnahme und dem Erfahrungshintergrund. Der Rücksendebogen konnte mit einem beiliegenden Rückumschlag per Post, per Fax oder als E-Mail an das ZIS geschickt werden.

Von den 1.401 verschickten Briefen wurden 134 (9,6%) beantwortet. Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, haben sich von diesen 134 Ärzt*innen 51 bereit erklärt, an einem Interview teilzunehmen. Unter den teilnahmebereiten Interviewpartner*innen führte über ein Drittel aktuell Behandlungen mit Cannabis-Arzneimitteln durch. Vier Personen gaben an, früher Patient*innen damit behandelt zu haben, die Hälfte der Interviewbereiten hatte (noch) keine Erfahrung mit der Cannabis-Behandlung, und drei Ärzt*innen lehnten diese prinzipiell ab.

Tabelle 1: Rücklaufquote der angeschriebenen Ärzt*innen und deren Behandlungserfahrungen

| Angeschriebene Ärzt*innen (N=1.401) | | | |
|--|-------------------|--|-----------------|
| Rückmeldung | 134 (9,6%) | | |
| Davon bereit zur Interviewteilnahme | 51 (38%) | Erfahrung mit Cannabis-Arzneimitteln und aktuelle Behandlungen | 18 (35%) |
| | | Erfahrung mit Cannabis-Arzneimitteln, keine aktuellen Behandlungen | 4 (8%) |
| | | Keine Erfahrung mit Cannabis-Arzneimitteln | 26 (51%) |
| | | Ablehnung von Cannabis-Arzneimitteln | 3 (6%) |
| Nicht bereit zur Interviewteilnahme | 76 (57%) | | |
| Vor möglicher Interviewteilnahme noch Rückfragen | 4 (3%) | | |
| Frage nach Interviewteilnahme nicht beantwortet | 3 (2%) | | |

Angesichts der anzunehmenden Selektion der Antwortbereitschaft bei dieser Kurzbefragung zur Interviewteilnahme (höhere Teilnahmebereitschaft bei Mediziner*innen, die einer Cannabis-Verschreibung positiv gegenüber stehen) können die Zahlen zum

Erfahrungshintergrund mit Medizinischem Cannabis nicht ohne Weiteres auf die gesamte Ärzteschaft in Frankfurt am Main hochgerechnet werden. Die Stichprobe umfasste Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen mit unterschiedlichen Erfahrungshintergründen und Einstellungen. Insgesamt stellte sich die Rückmeldebasis mehr als ausreichend heraus, um die Stichprobe für die qualitativen Interviews zu rekrutieren. Letztlich konnten im Zeitraum von Ende Januar bis Ende März 2019 insgesamt 17 Interviews mit sieben Ärztinnen und zehn Ärzten geführt werden. In Tabelle 2 ist ersichtlich, dass dabei eine große Spannweite an verschiedenen Fachrichtungen abgedeckt werden konnte.

Tabelle 2: Vertretene ärztliche Fachrichtungen in der Befragungsstichprobe (N=17)

| Fachrichtung | Anzahl geführter Interviews (1. Quartal 2019) |
|---------------------|--|
| Allgemeinmedizin | 6 |
| Anästhesiologie | 2 |
| Chirurgie | 1 |
| Innere Medizin | 2 |
| Neuropädiatrie | 1 |
| Palliativmedizin | 1 |
| Psychiatrie | 3 |
| Urologie | 1 |
| Gesamt | 17 |

Da keinerlei personenbezogene Daten von Patient*innen in den Befragungen erfasst wurden und es sich um eine anonyme Befragung handelte, war nach Rücksprache mit der Ethikkommission der Landesärztekammer Hessen im Dezember 2018 die Einreichung eines Ethikantrags nicht notwendig.

Die Gespräche wurden in den Praxen/Einrichtungen in Frankfurt am Main geführt und mit jeweils 100 Euro Aufwandsentschädigung vergütet. Nach Aushändigung der Datenschutzerklärung und schriftlicher Einwilligung wurden die Gespräche mit einem Diktiergerät aufgenommen und später transkribiert. Die Dauer der Gespräche reichte von gut 12 Minuten bis zu über 60 Minuten. Im Durchschnitt dauerten die Interviews 32 Minuten und 48 Sekunden.

Die Basis der Auswertung bildete die insgesamt 200 Seiten umfassende anonymisierte Transkription der Originalaussagen. Dabei wurde eine „sprachlich geglättete“ Version erstellt,

in der nicht relevante Halb- oder Füllworte („Äh“, „Oh“ usw.) und Wortwiederholungen beseitigt wurden. Zudem sind einzelne Äußerungen, wo dies sinnvoll und zum besseren Verständnis notwendig erschien, zu kompletten Sätzen umformuliert worden, was die Lesbarkeit erleichterte. Sämtliche auf diese Weise abgeänderten Aussagen wurden durch eine zweite ggf. dritte) Person geprüft, wodurch sichergestellt wurde, dass sich durch die Formulierungsanpassungen keine Sinn- oder Bedeutungsveränderungen ergeben haben. Zum Schutz der Anonymität der befragten Personen sind bei der Zitierung der Aussagen lediglich das Geschlecht („eine Ärztin sagt“ oder „ein Arzt stellt fest“) und die Interviewnummer angegeben. Auf konkrete Angaben zur Fachrichtung und dem Alter wurde bewusst verzichtet.

Die zeitlichen und personellen Ressourcen ermöglichten keine methodisch komplexeren Analysen der qualitativen Interviews (auf Basis übergeordneter Auswertungscodes). Die Auswertung beschränkt sich auf eine Darstellung zentraler Äußerungen mit besonderem Bedeutungsgehalt sowie eine Zusammenstellung des Gesamtmeinungsbildes der befragten Ärzt*innen zu den jeweils abgefragten Themenbereichen.

3.2 Ergebnisse der Ärzt*innenbefragung

3.2.1 Stichprobe

Insgesamt wurden 17 Interviews mit Ärzt*innen aus Frankfurt am Main durchgeführt, die verschiedenen Fachgebieten angehörten (s. Tabelle 2), teilweise an Kliniken und teilweise als Niedergelassene praktizierend. Zehn der Teilnehmer*innen waren männlich und sieben weiblich. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei 57,8 Jahren. Zehn von den 17 haben keine Weiterbildung in der Suchtmedizinischen Grundversorgung, Palliativmedizin oder Schmerztherapie absolviert. Die anderen sieben haben teilweise mehrere dieser Weiterbildungen abgeschlossen. Eine Fortbildung zu Medizinischem Cannabis haben insgesamt acht der Befragten absolviert. Von den Interviewten haben dreizehn Personen schon mindestens einmal Cannabis-Arzneimittel verschrieben und vier haben noch keine Erfahrungen mit der Verschreibung.

3.2.2 Anfragen nach Cannabis-Arzneimitteln durch Patient*innen

Befragt zu dem „typischen Patienten“ gaben die Ärzt*innen an, dass sich die Patient*innen, die sich in den Praxen der Befragten nach Medizinischem Cannabis erkundigten, keiner eindeutigen Gruppe zuordnen ließen. Sowohl hinsichtlich des Alters als auch des Geschlechts sei die Gruppe der Patient*innen sehr heterogen. Auch zu der Altersstruktur

gab es sehr unterschiedliche Angaben zum Durchschnittsalter, die von 26 bis 60 oder 70 Jahren reichten. Die Annahme, dass v. a. junge Männer die Arztpraxen aufsuchten, um sich Cannabis zum Freizeitgebrauch verschreiben zu lassen, lässt sich nach den Aussagen der Befragten nicht bestätigen. Nur eine Ärztin sprach von Erfahrungen mit dieser speziellen Klientel.

[Wir] standen im Internet auf einer Liste: Welche Ärzte verschreiben Cannabis. Und da haben verschiedene Patienten angerufen, in der Regel waren es junge Männer, die Cannabis verordnet haben wollten, mit diversesten Erkrankungen, die aber nichts mit der Schmerztherapie zu tun haben. [...] Das ist etwas, wo wir kein Cannabis verordnen, es ist sehr klar und deutlich. Es hat ein bisschen Mühe gekostet, von dieser Liste wieder runter zu kommen, also wir mussten da tatsächlich mit einem Anwalt drohen (Interview 2, S. 3).

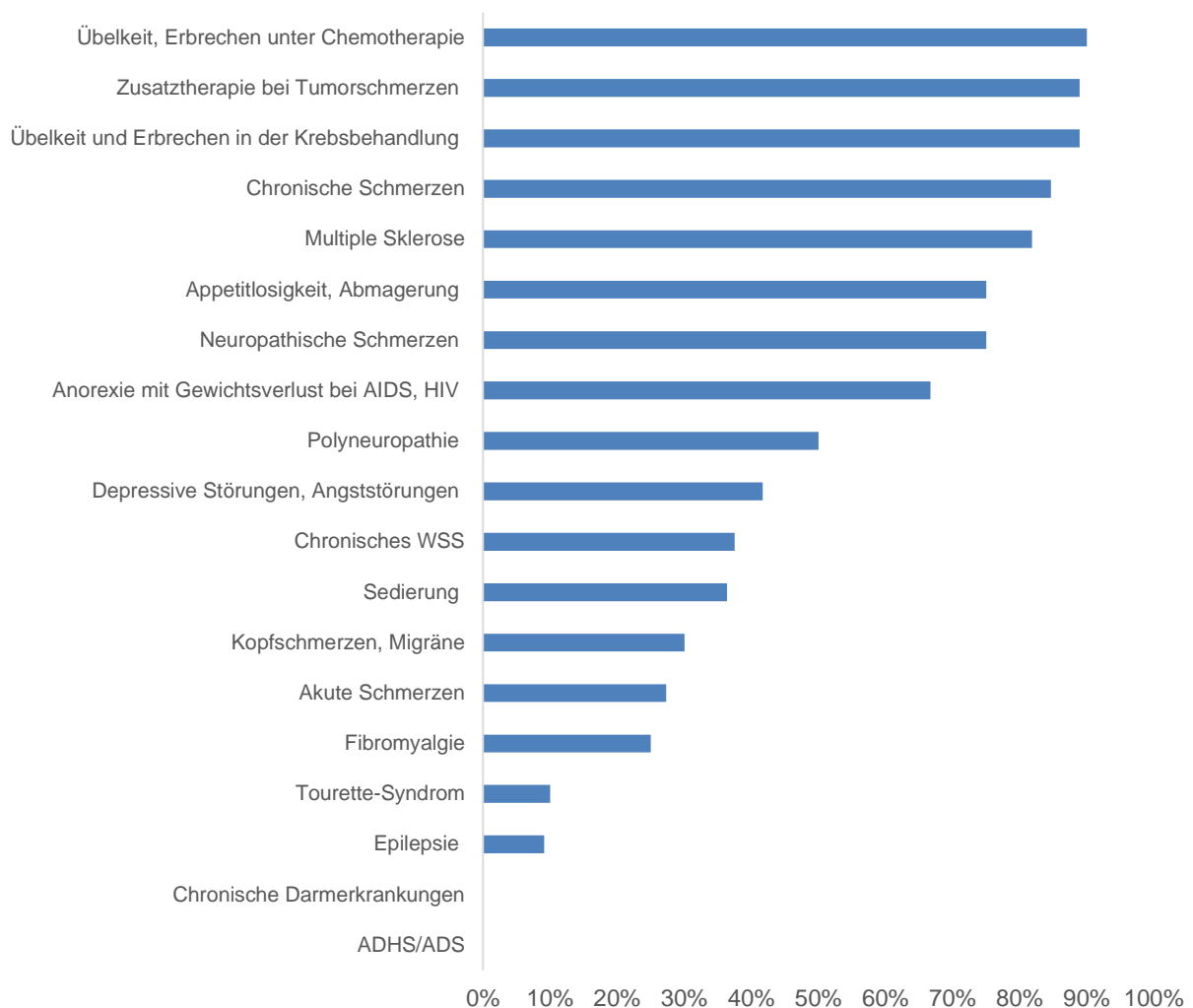
Befragt danach, wie viele Patient*innen sich im letzten Quartal bezüglich Cannabis-Arzneimitteln erkundigten, gaben die Interviewten sehr stark divergierende Zahlen an. Diese waren nicht ausschließlich an die Fachrichtung oder die Größe der Praxis oder Klinik gebunden. Während ein/e Ärzt*in in einer Einrichtung mit mehr als 1.200 Patient*innen im letzten Quartal von keiner einzigen Person zu Cannabis angesprochen wurde, wurde ein/e andere/r Ärzt*in von über 50 Personen angesprochen, obgleich sie in ihrer Praxis insgesamt weniger als 50 Patient*innen behandelte. Im Durchschnitt wurden die 17 Ärzt*innen bisher von mehr als 20 Personen auf eine Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln angesprochen.

3.2.3 Indikationen für die Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln und Patient*innengruppen

Die Indikationen, die von den Ärzt*innen berichtet wurden, waren u. a. verschiedene Arten von Schmerzerleben (Phantomschmerz, neuropathischer Schmerz, somatoforme Schmerzstörung), chronisch schwere Depression mit Angst- und Unruhezuständen, komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen, ein Plasmozytom und ein fortgeschrittenes Bronchialkarzinom. Ein potenzieller Einsatz bezog sich auf folgende Hauptindikationen: Übelkeit oder Erbrechen unter Chemotherapie bei Tumoren sowie der Zusatztherapie bei schwer behandelbaren Tumorschmerzen. Die Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln bei chronischen Darmerkrankungen und ADHS wurde eher abgelehnt. Ein Großteil der Befragten äußerte große Unsicherheiten hinsichtlich der Verschreibung bei der Diagnose des Tourette-Syndroms, wie unter anderem von folgendem Arzt berichtet wurde:

Ich weiß nicht, wie da die Datenlage ist. Es gibt dafür recht gut wirksame andere Medikamente. Ob der Einsatz von Medizinischem Cannabis da wirklich sinnvoll ist und ob der Patient damit besser durchs Leben kommt, wage ich zu bezweifeln (Interview 10, S. 4).

Die Verteilung der verschiedenen, von den Interviewpartnern als geeignet erachteten Indikationen lässt sich der Abbildung 4 entnehmen. Dabei wird darauf hingewiesen, dass sich diese auf die potentielle oder die tatsächliche Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln bei den unterschiedlichen Indikationen bezieht.



*Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der Indikationen einer potentiellen oder tatsächlichen Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln (Mehrfachantworten von N=17 Ärzt*innen)*

Zu der Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln bei unterschiedlichen bzw. speziellen Patient*innengruppen befragt gaben die meisten Ärzt*innen Palliativpatient*innen, Multiple

Sklerose Patient*innen sowie geriatrische Patient*innen an. Die Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen wurde dabei von den meisten Ärzt*innen verneint:

Auf gar keinen Fall. Also ich bin zwar Erwachsenenärztin, aber das ist nicht vermittelbar. Wir diskutieren hier seit vielen Jahren über Stimulantien bei ADHS, Psychopharmaka bei schwer symptombeladenen Kindern und dann geben wir denen Cannabis. Wie wollen Sie denn das kommunizieren? (Interview 10, S. 7).

Eine Ausnahme stellt dabei die Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Wachkoma dar, was folgendes Zitat verdeutlichen soll:

Ja und bei Kindern muss ich sagen, ist es so, dass es im Gesetz steht, dass es ja ab 18 verordnet werden kann, ich halte das für ein Problem, weil das Gehirn nicht mit 18 ausgereift ist. Das Gehirn ist mit 22, 23 ausgereift und ja, es gibt Untersuchungen, das sogar wenige Joints bei Jugendlichen bereits Veränderungen, strukturelle Veränderungen im Gehirn hinterlassen im Bereich der grauen Masse. Zu den Kindern muss ich sagen, da ist es so, die Kinder, die ich behandelt habe, waren im Wachkoma (Interview 9, S. 7).

Die größte Unsicherheit bezüglich einer möglichen Verschreibung bestand bei der Patient*innengruppe der psychiatrischen Patient*innen, was unter anderem folgendes Zitat verdeutlicht:

Jein. Nochmal, die Hauptdiagnose ist hier immer eine Schmerzdiagnose, es gibt aber begleitende psychiatrische Erkrankungen, von der einfach zu händelnden Depression bis hin zu Persönlichkeitsstörungen, da bin ich zurückhaltend oder bespreche mich mit Fachkollegen (Interview 3, S. 3).

Die Verteilung der unterschiedlichen Patient*innengruppen für eine potentielle oder tatsächliche Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln lässt sich Abbildung 5 entnehmen.

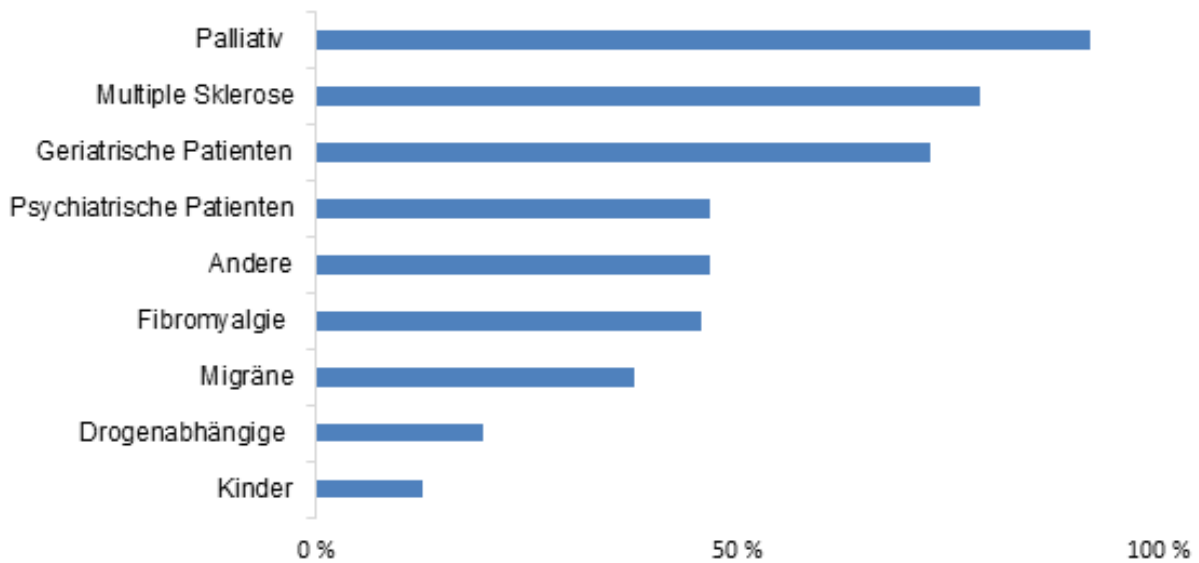


Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der Patient*innengruppen, für die eine Cannabisbehandlung infrage kommt, nach Auskunft der befragten Ärzt*innen (Mehrfachantworten von N=17 Ärzt*innen)

3.2.4 Verschreibungspraxis von und Einstellungen zu einzelnen Cannabis-Arzneimitteln

Die häufigsten Medikamente, die von den befragten Ärzt*innen bis zum Zeitpunkt der Befragung verschrieben wurden, waren einzelne Cannabinoide wie z. B. Dronabinol. Trotz der Tatsache, dass getrocknete Cannabisblüten ebenfalls häufig verschrieben werden, bestehen bei der Verschreibung jedoch einige Unsicherheiten und Herausforderungen.

Was Cannabisblüten angeht, sind meine Vorbehalte erstens, die Dosierung ist wesentlich schwieriger, weil ich nicht bestimmen kann, wie viel in welcher Blüte denn im Durchschnitt vorhanden ist. Das geht ja mit allen Phytopharmaka so, dass wir den Gehalt an Droge, an wirksamer Substanz kaum vorhersehen können und das sehr schwankt. Zweitens kann ich mir bei meinen Patienten, die das konsumieren, also den Palliativpatienten und denen, die chronische Schmerzen haben, kaum vorstellen, wie die mit ihren Blüten klar kommen sollen. Drittens sind diejenigen, die mit Blüten klar kommen, oftmals aus einem Milieu, bei denen zumindest zu prüfen ist, in wie weit da nicht Kontraindikationen vorhanden sind (Interview 1, S. 8).

Darüber hinaus werden Schwierigkeiten bei der Dosierung, vor allem bei älteren Patient*innen, deutlich.

Für den normalen Patienten, der keine Erfahrung hat mit, wie bereite ich mir Blüten zu, ist es auf alle Fälle günstiger, Cannabis-Extrakt aufzuschreiben wegen der Dosierung, der Anwendung und der Kontrolle, wie viel nimmt der eigentlich. Die Blüten, finde ich, sollten nur für bestimmte Patienten tatsächlich vorbehalten sein, die damit irgendwie auch umgehen können (Interview 2, S. 14).

Ferner stellte eine Ärztin (Interview 2, S. 16) auch Probleme hinsichtlich der Verfügbarkeit einzelner Blütenarten in den Apotheken dar und schlug vor, die Blüten ebenfalls in Deutschland anzubauen. Infolgedessen, so die Ärztin, würden nicht nur die Preise sinken, sondern im besten Fall auch Forschungen zu dieser Thematik ausgebaut werden. Wenige Ärzt*innen setzten hingegen Cannabisextrakte, Sprays oder Öle ein.

Bezüglich der persönlichen Einstellungen zu Cannabisblüten gegenüber anderen Cannabis-Arzneimitteln ergaben sich ebenfalls verschiedene Stimmungsbilder zwischen den einzelnen Ärzt*innen. So meinte ein Arzt:

Auch da [Einsatz von Cannabisblüten] bin ich beim Überlegen generell verunsichert. Also mit Blüten zu arbeiten, weil das irgendwie nur aus der Alternativen Medizin oder Homöopathie oder Pflanzenheilkunde irgendwie bekannt ist. Da war ich wirklich sehr verunsichert, ich kenne sonst immer konkrete Milligrammzahlen und das war schwierig für mich, insbesondere auch die Anwendung mit irgendwelchen Verdampfern, da kenne ich mich einfach so wenig aus (Interview 8, S. 5).

Eine weitere Ärztin war jedoch eher positiv eingestellt:

Ehrlicherweise mein persönlicher Aspekt ist extrem positiv. Ich würde es gerne sehen, dass man sie [Cannabisblüten] mehr einsetzt, wobei ich dabei bleibe, dass es mehr ein Bauchgefühl ist als eine wissenschaftliche oder medizinisch fundierte Meinung. Ich habe zum Beispiel einen Patienten gehabt im Hospiz, der hat immer sein Zimmer als Nebelbude mit Blüten verräuchert. Er hatte zwar chronische Schmerzen, aber das war eben ein Konsum, der wenig zur Schmerzlinderung da war sondern der war zur Ablenkung, einfach zum Entspannen, zum Wegschießen, einfach raus aus diesem Trauer, Leid, Druck, und bis dahin finde ich es auch im palliativmedizinischen Kontext vollkommen erlaubt. Was ist manchmal eine Tavor, also ein Benzodiazepin, was ist ein Opiat manchmal anderes. Der Schmerz und das Leid ist multidimensional, und nicht immer somatisch (Interview 5, S. 7).

Hier zeigt sich, dass die Einstellungen zum Teil auch durch Unsicherheiten bezüglich Wirkungen und verschiedenen Anwendungen geprägt sind. Es gab kein einheitliches Stimmungsbild bezüglich des Einsatzes von Blüten gegenüber anderen Medikamenten, generell eher eine Unsicherheit und eine Vorsicht. Jedoch herrscht nicht nur bei der

Verschreibung von Cannabisblüten Unsicherheit, sondern allgemein bei der Wahl des richtigen Cannabis-Arzneimittels. Eine Ärztin sagte zur Diskussion um verschiedene Arzneimittel ausschließlich:

Ich weiß es nicht, es ist die gleiche Substanz in verschiedenen Formen. (Interview 6, S. 9).

Von den vier bisher nicht verschreibenden Interviewpartner*innen äußerten sich drei zu den Hindernissen. Die wesentlichsten Aspekte waren, dass es keine klare Indikationsstellung für die Verschreibung gebe. So äußerte ein Arzt:

Ich verschreibe kein Medizinisches Cannabis, da bisher kein Patient bei mir war, der die passende Indikation hatte. (Interview 4, S. 3).

Ein weiterer relevanter Aspekt, der den Einsatz von Cannabis zu medizinischen Zwecken verhindere, sei die fehlende Evidenz. Bei einem Arzt spielte die Unsicherheit bezüglich des Umgangs mit einzelnen Präparaten und deren Dosierung eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung Cannabis-Arzneimittel nicht zu verschreiben (Interview 12, S. 6).

Von einem Arzt wurde als Begründung für die Nicht-Verschreibung die schon bestehende volle Auslastung genannt und diese in Verbindung gesetzt mit den „zeitaufwendigen Patienten“ in der Cannabis-Behandlung. Zudem wurde von diesem Arzt erklärt:

„Ich möchte eine bestimmte Klientel auch nicht in meiner Praxis sehen.“ (Interview 8, S. 5).

3.2.5 Unerwünschte Nebenwirkungen und Gründe für die Beendigung einer Behandlung

Im Verlauf der Interviews wird von unerwünschten Nebenwirkungen berichtet, die bei der Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln auftreten können. Konkret wurden unerwünschte Wirkungen auf die Kognition, Schwindel, Mundtrockenheit, Gewichtszunahme (durch die Appetitsteigerung), Benommenheit, Müdigkeit, pektanginöse Beschwerden und bei bestimmten Dosierungen erhöhte Agitation beobachtet. Keine*r der Befragten hat bisher aufgrund der beobachteten Nebenwirkungen eine unerwünschte Arzneimittelwirkung an das BfArM gemeldet. Mehrere der Interviewten gaben an, dass die möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen durch andere, zusätzlich eingenommene, zum Teil stark wirkende Medikamente überlagert würden, sodass eine eindeutige Zuordnung zu den Cannabis-Arzneimitteln nicht möglich sei. Eine Ärztin antwortete auf die Frage, ob sie bereits Nebenwirkungen bei der Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln festgestellt habe:

Nein, aber wir haben keine opiat-naiven Patienten, also unsere Patienten beginnen nicht mit Cannabis, das heißt, die sind eh an zentrale Nebenwirkungen schon gewöhnt. (Interview 3, S. 6).

Eine befragte Psychiaterin nannte noch weitere Nebenwirkungen, die im Besonderen auf ihr Fachgebiet zutreffen. Diese konnte sie zwar noch nicht in ihrer eigenen Praxis beobachten, jedoch basierten ihre Aussagen auf dem generellen Wissen darum, was Cannabis gerade bei jungen Menschen bewirken könne:

Angststörungen manifestieren sich oft bei jungen Menschen, mit 18, 20, 22 Jahren, das ist dann die Zeit, wo die dann ein bisschen rumkiffen, dann nehmen die das Zeug, was hier geraucht wird, das ist ziemlich stark halluzinogen [...]. Dann haben die manchmal nach wenig Konsum eine schwere Angststörung. Es können damit die Vulnerabilitäten für bestimmte psychische Erkrankungen, also Psychosen und Angstkrankheiten ausbrechen. Von schizophrenen Psychosen, die schwerste Erkrankung in meinem Fachbereich will ich gar nicht erst reden. [...] Das ist allgemein bekannt, und als Psychiaterin weiß ich das und ich muss meine Patienten vor so etwas schützen. Ich sage ja auch keinem, „was, Sie haben so schlimme Schmerzen, dann spritzen Sie Heroin, dann haben Sie keine Schmerzen mehr. Millionen Junkies können sich nicht irren“ (Interview 10, S. 12).

Von den 13 Interviewten, die bisher schon mal eine Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln durchführten, gaben sieben an, bereits eine Behandlung beendet zu haben. Die Gründe hierfür waren bei sechs Befragten die mangelnde Wirksamkeit des Medikaments und bei einer Person erlebte der/die betreffende Patient*in Schwindel und Sedierung, weshalb die Behandlung abgebrochen wurde.

3.2.6 Die Antragsstellung auf Kostenübernahme von Medizinischem Cannabis

Wird der Entscheidungsprozess, Medizinisches Cannabis erstmalig zu verschreiben, genauer betrachtet, kann festgehalten werden, dass es nicht den einen typischen Weg von der Entscheidung bis hin zur Verschreibung gibt. Nachdem die Entscheidung für die Verschreibung getroffen wurde, werden die Patient*innen gebeten, den Antrag auf Kostenübernahme bei der jeweiligen Krankenkasse zu stellen.

Früher war es fast einfacher, jetzt mit der neuen Regelung ist die Fragestellung zwar häufiger gekommen, und es ist mehr geregelt, aber das macht es eigentlich komplizierter für uns. Der Weg ist, der Patient und ich kommen in einer shared decision dazu, das mal auszuprobieren und besprechen die Einzelheiten, die Vor-

und Nachteile, dann erkläre ich dem Patienten, dass er den Antrag stellen muss, aber viele Patienten sind dazu schon nicht mehr in der Lage, das eigenständig zu machen. Also helfe ich dabei, sie brauchen ja eigentlich nur einen Satz zu schreiben, dass sie das beantragen und die Begründung dem Arzt zu überlassen, das mach ich dann, brauche dafür ein paar Tage, damit ich die Zeit finde von etwa einer dreiviertel Stunde, um diesen Antrag so auszufüllen, dass er eine Chance hat, anerkannt zu werden [...] (Interview 1, S. 5).

Einige Ärzt*innen übernehmen diese Tätigkeit für ihre Patient*innen, so etwa ein Arzt (Interview 5) aus dem Bereich der Palliativmedizin, welcher seinen Patient*innen weitere Sorgen ersparen möchte und die Antragsstellung selbst übernimmt.

Im Laufe des Gesprächs zu dem Vorgehen der Antragstellung auf Kostenübernahme wurde der massive bürokratische Aufwand bei der Verschreibung deutlich. Er sei so groß, dass sich eine Ärztin sogar überlegt „ob man das den Patienten jetzt wirklich anbieten möchte, weil man weiß, was da auf einen zukommt“ (Interview 2, S. 9). Darüber hinaus empfand eine weitere Ärztin den bürokratischen Aufwand sogar „als reinste Schikane“ (Interview 3, S. 4). Zudem werden die Kostenerstattungsanträge als große bürokratische Belastung erlebt, so auch von folgendem Arzt (Interview 1, S. 7), der von „Glück“ spricht, „in diesem Jahr nur einen Kostenantrag gestellt haben zu müssen“. Eine Ärztin sagte dazu außerdem:

Ich muss, ehrlich gesagt, wahrscheinlich irgendwie in meinem letzten Leben ein meuchelnder gnadenloser Tatar gewesen sein, dass ich jetzt so viel Buße tue, mir diesen ganzen Mist jetzt an die Backe zu kleben. Ich meine, natürlich ist mein Beruf eine Berufung und ich will den Leuten helfen, aber ich bin wirklich auch über [den bürokratischen Aufwand] empört (Interview 9, S. 8f).

Weitere Ärzt*innen hingegen empfinden den bürokratischen Aufwand in Anbetracht der limitierten Forschungslage oder aufgrund der Tatsache, dass nicht jede beliebige Erkrankung mit Medizinischem Cannabis behandelt werden sollte, gerechtfertigt. Ein Arzt erklärte:

Ich kann nachvollziehen, warum bürokratische Hürden eingebaut werden, um quasi einen Dammbbruch einer sehr teuren Therapieform, die auch nicht das Nonplusultra aller medizinischen Therapie ist, zu verhindern. Und so sind wir mit bürokratischen Hürden konfrontiert, die ja nicht nur bei uns sind, sondern auch der zu prüfende MDK hat eine Flut von Anträgen zu erledigen und macht das teilweise mit sehr vielen Textbausteinen und mit wenig Möglichkeiten in die Details reinzuschauen, oder das nachzuvollziehen, oder auch dem Willen, das nachzuvollziehen. So kann ich es nachvollziehen, warum das so ist, aber natürlich kann das so nicht bleiben (Interview 1, S. 6).

Insgesamt haben die Ärzt*innen im Laufe des vergangenen Quartals (04/2018) unterschiedlich häufig einen Antrag auf Kostenerstattung gestellt. Die Zahl variiert zwischen keinem und bis zu 80 Kostenerstattungsanträge.

Resümierend ist an dieser Stelle festzuhalten, dass neben den Ärzt*innen, die von einer Person aufgrund des hohen Aufwands als „Fachleute für Formularwesen“ (Interview 6, S. 7) bezeichnet wurden, die schwerstkranken Patient*innen die Leidtragenden seien. Um den Weg der Verschreibung zu vereinfachen und den bürokratischen Aufwand zu verringern, schlägt ein Arzt vor, einen „Indikationskatalog zu erstellen, der verbindlich festlegt, bei welchen Indikationen man es verschreiben darf, sodass man dann einfach weniger bürokratischen Aufwand hat“ (Interview 14, S. 7). Hilfreich dafür könnte die Teilnahme an Studien sein, die allerdings trotz der durchweg berichteten Sinnhaftigkeit, von vielen Ärzt*innen, z. B. aus zeitlichen Gründen, abgelehnt wurde.

3.2.7 Der Umgang mit Antragsablehnungen auf Kostenübernahme von Medizinischem Cannabis

Ärzt*innen, welche sich zu dieser Thematik äußerten, gaben an, dass mehr als die Hälfte der eingereichten Anträge auf Kostenübernahme ihrer Patient*innen abgelehnt worden seien. Eine Ärztin erklärte, dass die „Ablehnungsquote wohl auch innerhalb der Bundesländer variiert und [...] Hessen besonders streng ist“ (Interview 2, S. 10). Gründe, die hinter dieser hohen Ablehnungsquote stecken, beziehen sich laut den Ärzt*innen auf wirtschaftliche und ökonomische Gründe:

Die Kassen wehren sich natürlich mit Händen und Füßen gegen so eine Therapie. Das ist ja teuer. Wir reden hier von Monatskosten zwischen 600 und 1.200 Euro, wenn sie Blüten verordnen. Und wenn das jetzt im großen Stil kommt oder käme, wäre das sicherlich für die Kassen durchaus ein Problem wegen den hohen Kosten. Und ja, ich denke mal, dass das ist der Grund, warum das noch so streng gehandhabt wird“ (Interview 2, S. 10).

Weitere Gründe, die von den Befragten angegeben wurden, beziehen sich auf die schlechte Evidenzlage oder auf Argumente der Krankenkassen, dass Patient*innen ausreichend therapiert seien. Darüber hinaus merkte ein Arzt an, dass

„sich in der Zukunft die Anfangsschwierigkeiten einregulieren werden, je mehr Erfahrungen alle Seiten machen werden“ (Interview 1, S. 7).

Die meisten Befragten gaben an, ihre Patient*innen nach einer Ablehnung des Kostenübernahmeantrags weiterhin, etwa durch das Anfertigen eines Gegengutachtens, zu

unterstützten. Die meisten Patient*innen seien zudem bereit, die Kosten für Cannabis-Arzneimittel vorerst selbst zu tragen. Insbesondere in Palliativsituationen würden Patient*innen Unterstützung von Angehörigen erhalten, um eine schnelle Symptomlinderung zu erzielen, so ein befragter Arzt (Interview 1, S. 7). Die Kosten für eine Cannabismedikation gänzlich selbst zu tragen, gestalte sich bei vielen Patient*innen schwierig, da ihnen beispielsweise aufgrund von Frühberentung wegen der Schwere der Erkrankung nicht ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen würden (Interview 2).

3.2.8 Einstellungen zum Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln

Die Teilnehmer*innen wurden hinsichtlich verschiedener Themenbereiche zu ihren persönlichen Einstellungen befragt. Hierbei ging es um Motive, Medizinisches Cannabis (ggf. nicht) zu verschreiben, den Vor- und Nachteilen sowie Nebenwirkungen einer Cannabisbehandlung im Vergleich zu alternativen Behandlungskonzepten und um die persönliche Einstellung zu der Debatte um Medizinisches Cannabis in der Gesellschaft.

Ein starker Hinderungsgrund gegen eine Verordnung von Medizinischem Cannabis stellte für viele Ärzt*innen der hohe bürokratische Aufwand dar, der bereits in Kapitel 3.2.6 thematisiert wurde. Es zeigte sich, dass die Befragten nicht nur über den Aufwand verärgert waren, sondern dieser dazu beitragen kann, Medizinisches Cannabis nicht (mehr) zu verschreiben. Ein Arzt sagte hierzu, dass er

„wahrscheinlich Cannabis öfter einsetzen [würde], wäre der Begründungsaufwand nicht so hoch [...]. Insofern ist Bürokratie ein großer Hinderungsgrund.“ (Interview 1, S. 9).

Insgesamt wurde von zehn der Befragten erwähnt, dass andere Kolleg*innen an einer Behandlung ihrer Patient*innen mit Medizinischem Cannabis aufgrund des hohen Aufwands gehindert werden könnten. Neun Ärzt*innen nannten die Bürokratie als eigenen Hinderungsgrund, zwei sahen hierzu keine Barrieren bei der eigenen Verschreibungspraxis und die verbleibenden sechs äußerten sich nicht zu dieser Thematik.

Fehlende Vorgaben zu den Anwendungsgebieten erweisen sich bei einigen Ärzt*innen als Hinderungsgrund, Medizinisches Cannabis zu verordnen, was von zehn der 17 Befragten genannt wurde. Zu potentiellen Hinderungsgründen anderer Kolleg*innen, Cannabis-Arzneimittel zu verschreiben, nannten drei Ärzt*innen nicht vorhandene Indikationen und fehlende Evidenz von Cannabis in der Medizin.

Weiterhin zeigte sich, dass Ängste vor einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und folgenden Arzneimittelregressen große Hindernisse sind, Cannabis-Arzneimittel zu verordnen. Sieben

der 14 zu diesem Thema befragten Ärzt*innen gaben dies an und erwähnten, dass sie sich aufgrund dessen genau überlegen würden, welchen Patient*innen sie Medizinisches Cannabis verschreiben. Eine Ärztin berichtete, dass sie in einem anderen Fall bereits mit Rückforderungen aufgrund eines Arzneimittelregresses konfrontiert worden wäre und keinesfalls noch einmal ein Risiko eingehen werde (Interview 17, S. 11). Ein Arzt merkte jedoch an, dass „die Angst [...] bei niedergelassenen Ärzten omnipräsent [ist]“ (Interview 15, S. 7). Befürchtungen vor Arzneimittelregressen stellen demnach keine Ausnahme dar, sondern bestehen generell bei der Verschreibung von teuren Arzneimitteln.

Ein anderer Arzt bemerkte wiederum, dass Arzneimittelregressforderungen zwar „sonst [...] natürlich immer ein Teil der Verschreibung [seien]“, aber bei Medizinischem Cannabis „die Krankenkasse immer dem Antrag statt geben muss“, weshalb er keine Angst vor Regresszahlungen hätte. Bei allen Interviews zeigte sich durchweg, dass das Thema Arzneimittelregress und Wirtschaftlichkeitsprüfung eine große Rolle spielt, obgleich es nicht immer als Hinderungsgrund für eine Verschreibung gesehen wird.

Wissen Sie, ich bin ja schließlich Ärztin, und wenn ich glaube, es handelt sich um eine medizinisch sinnvolle Maßnahme, dann werde ich das natürlich mit dem Patienten besprechen. So sehe ich das. Da werde ich nun nicht sagen, ich kann das nicht machen, weil ich Angst vor Regressforderungen habe. Dann werde ich das schon tun. Aber es ist natürlich ein Punkt (Interview 2, S. 15).

Als weitere Themengebiete, Cannabis-Arzneimittel gar nicht oder nur zurückhaltend einzusetzen, ergaben sich die mangelnde medizinische Kenntnis und die Unsicherheit im Umgang mit der Cannabismedikation sowie eine nicht vorhandene Auflistung in Leitlinien. Auch der enorme Zeitaufwand der individuellen Behandlung je Patient*in und das Gefühl, dass Cannabis-Patient*innen nicht zum eigenen Praxisprofil passen könnten, spielten hier eine Rolle. Diese Bedenken wurden von mehreren Befragten sowohl in der eigenen Verschreibungspraxis als auch bei den Kolleg*innen als relevante Faktoren identifiziert.

Ein möglicher fehlender Rückhalt durch die Berufsverbände und Fachgesellschaften sowie Vorbehalte oder mangelnde Ressourcen, sich mit dem Thema Cannabis zu beschäftigen, spielten lediglich eine untergeordnete Rolle. Diese Hinderungsgründe wurden nur von ein bis zwei Interviewpartner*innen aufgeführt.

Ein Drittel gab als Vorteil an, von der Wirksamkeit von Cannabis als Medizin überzeugt zu sein, was folgendes Zitat verdeutlicht:

Weil ich von der Wirksamkeit und der guten oder besseren Verträglichkeit überzeugt bin, weil ich also der Meinung bin, es lassen sich auf diese Art und Weise möglicherweise Opiate sparen, bei besserer Verträglichkeit. Oder man könnte es

kombinieren, und würde dann eine reduzierte Dosis von Opiaten verwenden müssen (Interview 14, S. 9).

Eine mögliche Verringerung der Dosierung anderer Medikamente war ein Thema, welches von mehreren Ärzt*innen angesprochen wurde.

Zu den genannten Vorteilen einer Medikation mit Cannabis-Arzneimitteln gehörten unter anderem auch, dass ein breites Wirkspektrum erzielt werden könne. So wurde berichtet, dass neben der Symptombehandlung und Schmerzlinderung auch der Appetit gesteigert und das psychische Wohlbefinden der Patient*innen verbessert werden könnte.

Was die Ärzte auch verwirrt, ist, dass viele gar nicht begreifen, für was es eigentlich gut ist, und das ist so, wenn man da so ein Diagramm zeichnet, da kann man ja folgendes sagen, also es wirkt antiemetisch, analgetisch, appetitanregend, spasmolytisch und und und ... ich will jetzt nicht alles aufführen. (Interview 9, S. 12).

Mehrfach wurde betont, dass Cannabis insbesondere bei Patient*innen, die bereits eine langwierige Krankheitsgeschichte aufweisen und zahlreiche Therapien probierten, eine zusätzliche Chance auf Linderung der Symptomatik bestehe. Ein Arzt antwortete auf die Frage, ob er insgesamt Vorteile in der Cannabisbehandlung gegenüber den bisher eingesetzten Therapien sehe: „Also nur dann, wenn ein anderes [Medikament] nicht zum Erfolg geführt hat“ (Interview 13, S. 10), während ein anderer Arzt auf die Frage antwortete, dass man Cannabis „als Ergänzung der anderen Therapien oftmals einsetzen [kann]“ und der Vorteil daran sei „eine zusätzliche Möglichkeit ohne große Nebenwirkungen“ zu haben, da Cannabis vor allem dann eingesetzt würde, wenn „die bislang eingesetzten Therapien an Grenzen stoßen wegen der Verträglichkeit“ (Interview 1, S. 8).

Dass die Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln kaum und vor allem keine gravierenden Nebenwirkungen habe, war ein weiterer Vorteil, der von insgesamt sechs Personen genannt wurde. Weitere genannte Vorteile waren, dass eine Behandlung mit Medizinischem Cannabis eine gute Ergänzung darstelle und den Nebenwirkungen anderer Medikamente entgegenwirke und dass eine einfache Handhabung und individuelle Dosierung bei Cannabis-Arzneimitteln möglich sei. Des Weiteren merkten zwei Personen an:

„Wenn es wirkt, wirkt es gut“ (Interview 11, S. 5) und „wenn es wirkt, ist es sehr effektiv und gut zu steuern“ (Interview 17, S. 10).

Zwei Personen gaben an, dass eine Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln kaum Vorteile mit sich bringe, es völlig überschätzt sei und „der Hype [...] sich beruhigen [wird]“ (Interview 10, S. 14).

Eine Meinung die häufiger vertreten wurde war, dass Cannabis-Arzneimittel nicht kritischer betrachtet werden sollten als andere Medikamente, so auch eine Ärztin:

Also, das finde ich persönlich jetzt nicht kritischer als andere Medikamente, mit denen ich als Psychiaterin täglich zu tun habe. [...]. Man kann sich ja auch nun nicht besonders gut umbringen mit Cannabis. Das ist ja ein wesentlich sichereres Medikament als so manches andere, was ich hier so täglich verschreibe (Interview 10, S.6).

Die meisten der Befragten teilten außerdem die Meinung, dass die Debatte um Medizinisches Cannabis zu emotional aufgeladen sei und zu politisch und ideologisch geführt würde. „Mir fehlen eigentlich die Worte, es ist einfach nur blöd“ (Interview 9, S.14) sagte eine Ärztin, ein Arzt sagte:

Ich denke, die Alternativen werden zu wenig angesprochen. Irgendwie ist es sehr schnell in der Debatte schwarz-weiß geworden, und ich fand die Entscheidung, Cannabis zu verordnen, sehr schnell (Interview 8, S.7).

Des Weiteren kam bei dieser Frage immer wieder die Forderung nach Studien auf, damit die Diskussion besser wissenschaftlich unterfüttert und geführt werden könne. Eine Ärztin sagte hierzu:

Das Problem liegt darin, dass wir keine Studiensituation haben, das ist so gefühlorientiert, es gibt nur Beschreibungen, aber es gibt keine saubere Evaluation. Die vermisse ich sehr, es scheint tatsächlich gute Effekte zu haben, das kann ich persönlich auch so nachvollziehen, die Erfahrungsberichte von den Kollegen sind auch positiv. Ich finde auch im Umgang mit den Opiaten gibt es immer so Strömungen, mal sind die Opiate völlig verworfen, dann kommt so ein Artikel „Die Patienten sind unterversorgt“, dann gibt es eine potentielle Überreaktion. Also, ich würde mir einfach wünschen, wirklich sauber zu prüfen, welche Indikationsstellungen in welchem Bereich wichtig sind, um die Patienten engmaschig zu betreuen und persönlich beurteilen zu können, ob es einen Effekt hat oder nicht (Interview 3, S. 8).

Generell lässt sich sagen, dass keine*r der Befragten wirklich zufrieden damit war, wie die Debatte in Deutschland aktuell geführt wird. Viele wünschten sich mehr Objektivität und Sachlichkeit, um sich nicht ausschließlich von Gefühlen und Überzeugungen gegenüber den Cannabis-Wirkstoffen leiten zu lassen.

3.2.9 Zugang zu Informationen und aktueller Kenntnisstand

Ausnahmslos alle Befragten sind durch ein Selbststudium an die Informationen gelangt. Als Informationsquellen nannten die meisten, sich über Artikel in Fachzeitschriften, Internetrecherchen oder Studien über die Verschreibung von Medizinischem Cannabis informiert zu haben. Zu der Teilnahme an bzw. dem Nutzen von Pharmastudien wurde sich wie folgt geäußert:

Wir unterstützen Forschung, zum Beispiel vom Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt, und sind Teil des Forschungsnetzwerks dort. Wir lehnen für uns die Teilnahme an Pharmastudien ab, wenn sie von Privatindustrie mit dem Ziel der Profitmaximierung gemacht werden, dann beteiligen wir uns daran aus ethischen Gründen nicht. Gäbe es in dem Fall Cannabis eine öffentlich finanzierte Forschung, hätte ich gar kein Problem damit. Das würde ich sehr gerne machen und es sehr begrüßen, wenn es wesentlich mehr Gelder für öffentlich finanzierte Forschung gäbe, die ergebnisoffen ist und nicht unbedingt das Ziel hat, durch Cannabis reich zu werden (Interview 1, S. 10).

Viele Ärzt*innen beklagten fehlende Informationen über den Vergleich zu anderen Standardtherapien oder weiteren Indikationsgebieten, wie beispielsweise der Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Insbesondere die Wissenslücke bei der Verschreibung von Cannabisblüten wurde von einer Ärztin betont:

Welche Cannabinoide sind in Blüten enthalten? Was machen eigentlich die einzelnen Cannabinoide in den unterschiedlichen Blüten? Wie sind denn eigentlich die Dosierungen bei Blüten [...] Also bei den Blüten ist eine große Wissenslücke vorhanden (Interview 2, S. 17).

Vor allem wissenschaftlich fundierte Beiträge, so ein Befragter, könnten dazu beitragen, dass „wir die Substanz aus der Schmutzdecke rausholen“ (Interview 1, S. 11).

3.2.10 Vernetzung zwischen verschiedenen Akteur*innen

Lediglich eine Minderheit der Befragten tauschte sich mit anderen Akteur*innen aus und ist darüber hinaus, beispielsweise im Rahmen eines Qualitätszirkels, miteinander vernetzt. Als Begründungen für die geringe Teilnahme an einem Austausch mit Kolleg*innen wurden primär zeitliche oder finanzielle Aspekte genannt, was folgendes Zitat verdeutlicht:

Was ich etwas schade finde, ist, dass kein offener Austausch mit anderen Kollegen da ist. Letztes Jahr habe ich überlegt, in Israel einen interessanten Cannabis-Kongress zu besuchen, da konnte ich dann aber aus anderen Gründen nicht. Solche Veranstaltungen aufzusuchen, ist aber sehr aufwändig (Interview 7, S. 11).

Zu verschiedenen Informationsveranstaltungen, die von der Stadt Frankfurt am Main angeboten werden könnten, schilderte ein Arzt:

Ja, grundsätzlich fände ich das gut, aber es ist die Frage, ob die Akteure in der Stadt Frankfurt in der Lage sind, sich in die Situation der Ärzte hineinzusetzen. Da braucht man einfach einen gewissen Erfahrungshintergrund (Interview 14, S. 13).

Ferner könnte eine interdisziplinäre Vernetzung bzw. ein Informationsaustausch, etwa durch industrieunabhängige Weiter- oder Fortbildungen, gefördert und verbessert werden (Interview 1, S.11).

4 Fokusgruppendifkussionen (Modul 1b)

Nach der Durchführung von 17 Interviews mit Ärzt*innen sollte in Fokusgruppengesprächen die Perspektive von weiteren wichtigen Akteuren bei dem Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln ins Auge genommen und die verschiedenen Ansichten in die direkte, gemeinsame Diskussion geführt werden. Um die Gruppen nicht zu groß werden zu lassen und damit die Redebeiträge der einzelnen Personen nicht zu kurz zu halten, wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt. Beide fanden am 22. Mai 2019 in den Räumen des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main statt, eine von 10:00 bis 13:00 Uhr, die zweite von 16:00 bis 19:00 Uhr.

4.1 Methodik, Datengrundlage und Auswertungsvorgehen

An den Fokusgruppendifkussionen sollten betroffene Patient*innen, Apotheker*innen, mit dem Thema befasste Jurist*innen und Vertreter*innen der Krankenkassen und des MDK teilnehmen. Zudem sollte die ärztliche Perspektive, neben den vorliegenden Ergebnissen der Einzelinterviews (s. o.), auch persönlich vertreten sein.

Die Rekrutierung hat sich als wesentlich schwieriger herausgestellt als zunächst erwartet wurde. Selbst unter den Ärzt*innen (bei denen sich mit nicht geringem Aufwand 17 Personen für die Einzelinterviews gewinnen ließen), war es wesentlich zeitaufwendiger, Teilnehmer*innen für die Fokusgruppe zu finden. Um den Einfluss einzelner Personen nicht zu stark werden zu lassen, wurde auf die Rekrutierung unter den bereits im Modul 1a

befragten Ärzt*innen verzichtet. Letztendlich konnten für beide Gruppen andere ärztliche Vertreter*innen gefunden werden. Von Apothekenseite konnten auch zwei Personen für eine Teilnahme gewonnen werden, wegen zeitlicher Verfügbarkeiten konnten diese beiden Personen aber nur gleichzeitig an einer, der vormittags stattfindenden, Gruppe teilnehmen. Von Patient*innenseite konnte für beide Gruppen jeweils ein/e Teilnehmer*in rekrutiert werden. Hierbei wurde darauf geachtet, dass diese nicht nur über ihren Einzelfall berichten, sondern durch eine gute Vernetzung auch die Perspektiven von anderen Patient*innen mit in die Diskussion einbringen konnten. Von mit der Thematik befassten Jurist*innen konnten insgesamt drei Personen für die Fokusgruppengespräche rekrutiert werden. Trotz großer Bemühungen ist es nicht gelungen, eine/n einzige/n Vertreter*in der Krankenkassen oder des MDK für die Teilnahme an den Fokusgruppengesprächen zu gewinnen. Nach der Absage des MDK in Hessen erfolgten Anfragen an die MDK in sechs weiteren Bundesländern, ohne dass eine Teilnahme terminlich möglich gewesen und/oder als inhaltlich sinnvoll angesehen wurde. Ebenso wenig von Erfolg gekrönt war die Anfrage bei acht Krankenkassen. Auch hier ließ sich keine Person finden, die an einem der beiden Termine teilnehmen konnte (oder wollte). Es soll an dieser Stelle nicht darüber spekuliert werden, ob es sich um ein systematisches Ausweichen von Seiten der Krankenkassen handelt oder um eine Verkettung von Termenschwierigkeiten. Für die Struktur und den Gehalt der Fokusgruppengespräche war es jedenfalls von Nachteil, dass dieser wichtige Akteur nicht vertreten war. In der Tabelle 3 sind die (Nicht-)Teilnehmer*innen der verschiedenen Akteursgruppen an den beiden Fokusterminen in einer Übersicht dargestellt.

Tabelle 3: Teilnehmer*innen an den Fokusgruppengesprächen am 22. Mai 2019 in Frankfurt

| Teilnehmer*innen der Fokusgruppen | Gruppe 1 (10:00 - 13:00 Uhr) | Gruppe 2 (16:00 - 19:00 Uhr) |
|--|--|--|
| Ärzt*innen | 2 | 1 |
| Apotheker*innen | 2 | 0 |
| Juristen*innen | 1 | 2 |
| Betroffene Patient*innen | 1 | 1 |
| Vertreter*innen der Krankenkassen | 0 | 0 |
| Vertreter*innen des MDK | 0 | 0 |
| Moderator*innen | 2 | 2 |
| Anzahl der Teilnehmer*innen | 8 | 6 |

Die beiden Fokusgruppengespräche wurden mit identischem Ablauf durchgeführt. Nach einer kurzen persönlichen Vorstellungsrunde wurde anhand einer Bildschirmpräsentation eine inhaltliche Einführung in das Thema gegeben und das Projekt „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“ vorgestellt. Daraufhin wurden in vier übergeordneten Themenbereichen „Der Weg zur Verschreibung/Vergabe“, „Vor- und Nachteile einzelner Medikamente“, „Rechtliche und politische Aspekte“ und „Informations- und Vernetzungsmöglichkeiten“ über die Situation der Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln diskutiert. In einer ersten Runde wurden alle Teilnehmer*innen gebeten, anhand von Leitfragen zu dem Themenbereich ihre Erfahrungen, Einstellungen und Vorstellungen zu schildern. In einer zweiten Runde wurden die genannten Aspekte diskutiert und gemeinsame und abweichende Standpunkte herausgearbeitet und festgehalten. Die dreistündigen Fokusgruppengespräche wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen und transkribiert. Wie bei den Transkriptionen der Einzelinterviews (s. o. unter 3.1.) wurden auch diese Texte sprachlich angepasst.

Im folgenden Ergebnisteil werden zu den vier oben genannten Themengebieten zunächst einzelne Aussagen wörtlich zitiert und eine zusammenfassende Einschätzung über das Stimmungsbild zu verschiedenen Aspekten erstellt. In einer abschließenden Tabelle wird zu jedem Themengebiet dargestellt, welche Ergebnisse im Konsens festgehalten werden konnten und in welchen Punkten Dissens besteht.

4.2 Ergebnisse der Fokusgruppengespräche

4.2.1 *Der Weg zur Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln, Barrieren und Ablehnungsgründe*

In den Fokusgruppengesprächen berichteten die Teilnehmer*innen von Ablehnungsbescheiden der Kostenübernahme von Cannabis-Arzneimitteln durch die Krankenkassen in rund 40% der Fälle (Fokusgruppe 2, Anwältin, S. 5). Insgesamt wurde das Antragsverfahren in beiden Fokusgruppen als sehr aufwändig und bürokratisch bewertet. So berichtete beispielsweise eine Ärztin aus ihrem beruflichen Alltag:

Die Entscheidung ist für mich nicht vorhersehbar, manche Anträge kriege ich durch und bin überrascht, andere Anträge werden abgelehnt und ich bin noch überraschter, so kann ich noch keine Regel erkennen (Fokusgruppe 1, Ärztin, S. 4).

Der sehr umfangreiche Antrag umfasse, laut einer Ärztin, um die 40 Seiten und enthalte ausführliche Berichte der Krankheitsgeschichte, Nebenwirkungen durch andere Medikamente und Kontraindikationen. Dieser Antrag sei so umfangreich und würde laut einer

Ärztin „schon fast an Gutachten grenzen“ [...]. Werde der Antrag abgelehnt, wäre es sehr unwahrscheinlich, durch eine erneute Beantragung ein anderes Ergebnis zu erzielen, da bereits alle Angaben gemacht worden seien (Fokusgruppe 1, Ärztin, S. 4). Aus diesem Grund sei es gängige Praxis, Cannabis-Arzneimittel auf einem Privat Rezept zu verordnen. Komme es dann zu einer Symptomverbesserung, sei die Wahrscheinlichkeit größer, doch eine Antragsbewilligung zu erzielen (Fokusgruppe 1, S. 4). Die Kosten für Cannabis-Arzneimittel seien allerdings sehr hoch und die wenigsten Patient*innen könnten es sich leisten, Cannabis-Arzneimittel auf Privat Rezept zu beziehen (Fokusgruppe 1, Ärztin, S. 5).

Neben dem bürokratischen Aufwand, der durch die Antragstellung entsteht, wird auch die verpflichtende Teilnahme an einer einjährigen Begleitstudie als sehr aufwendig empfunden. An dieser müssen die Ärzt*innen, laut Angaben eines Interviewten, teilnehmen, sobald der Antrag auf Kostenübernahme genehmigt wurde. So berichtete ein Apotheker:

Die niedergelassenen Ärzte, und jetzt werde ich ein bisschen politisch, kriegen für diesen Bogen glaube ich 10 €. Für 10 € stellt sich kein Arzt hin, ein Bogen ein Jahr lang zu führen und dann der Krankenkasse eine Studie zu ermöglichen, um eine Dosis/Diagnosefindung zu unterstützen (Fokusgruppe 1, Apotheker, S. 9).

Ärzt*innen sind demnach mit einem hohen bürokratischen Aufwand konfrontiert, der die Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln erschwert. Dies gehe so weit, dass sich Ärzt*innen in ihrer Berufsausübung eingeschränkt fühlen würden. So äußerte eine Ärztin sie fühle sich „in der Ausübung [ihres] Berufes massiv behindert und zwar bis zur Körperverletzung“ (Fokusgruppe 2, Ärztin, S. 20).

Der bürokratische Aufwand schließt auch die betroffenen Patient*innen ein. So wurde von einer „Elite der Cannabispatienten“ berichtet, die es schaffen, Ärzt*innen zu finden, die sich bereit erklären, Cannabis-Arzneimittel zu verschreiben, und die Patient*innen, die es „vielleicht am nötigsten hätten, schaffen es dann nicht, sich noch mal einen neuen Arzt zu suchen“ (Fokusgruppe 1, Patient, S. 7). Betroffenen werde der Weg zur Vergabe somit sehr schwer gemacht, da einerseits einige Ärzt*innen Cannabis-Arzneimittel kategorisch ablehnen würden, was folgendes Zitat verdeutlichen soll:

Leute die anrufen [...], weil sie teilweise auch schon ziemlich üble Erfahrungen gemacht haben mit Ärzten, wie die reagiert haben, also zum Beispiel „ich rufe gleich die Polizei“, oder langjährige Hausärzte schmeißen einen Stammpatienten raus, nur weil sie das Thema Cannabis mal ansprechen (Fokusgruppe 1, Patient, S. 7).

Andererseits werde das Verfahren der Bewilligung durch die Krankenkassen sehr in die Länge gezogen, und außerdem sei es schwierig, an die nötigen Informationen zu kommen

(Fokusgruppe 1, S. 7). So berichtet ein Betroffener: „Hier in Frankfurt ist es düster. Patienten suchen Ärzte, keiner ist für sie da. Wenn sie Ärzte gefunden haben, müssen sie es selber zahlen, oder Nerven und Energie haben, um angehört zu werden“ (Fokusgruppe 2, Patient, S. 37).

In beiden Fokusgruppen wurde von einer Intransparenz der Ablehnungsgründe durch die Krankenkassen berichtet. So bestehe allgemein der Eindruck, dass die „die bei den Krankenkassen die Ablehnungen schreiben, nicht sachkundig sind, sondern [dass] die Ablehnungen einfach eher willkürlich sind, um einen Rechtsprozess anzufangen und dann irgendwann [...] nach zwei, drei Instanzen, dann kann es eben doch noch die Genehmigung geben“ (Fokusgruppe 1, Apotheker, S. 9). Ablehnungen durch die Krankenkassen stoßen des Weiteren auf Unverständnis bei Patient*innen. So berichtete ein Betroffener:

Es gibt Leute, die gehören definitiv nicht zu den schwersten Fällen, die werden direkt durchgewunken, andere Leute, die im Hospiz liegen werden abgelehnt, teilweise mit absurden Formulierungen, also nicht nur unverständlich sondern wirklich absurd [...]
(Fokusgruppe 1, Patient, S. 8).

Eine weitere Hürde für Patient*innen und Ärzt*innen bei der Verschreibung stellt der „Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V“ des MDS dar. Der Eindruck besteht, dass der MDK „dafür genutzt [werde], den Antrag abzulehnen (Fokusgruppe 2, Arzt, S. 2). So berichtete auch ein Anwalt, er habe die Erfahrung gemacht, „dass die Krankenkasse und MDK Pingpong miteinander spielen würden. So läuft man ständig von Pontius zu Pilatus“ (Fokusgruppe 2, Arzt, S. 8). Von Patient*innenseite wurde berichtet, es müsse „[ein] Seelen-Striptease [hingelegt werden], vor einer Sachvergewaltigungs-Fachangestellte[n] der Krankenkasse [...]. Was da von mir verlangt wird, ist eine Frechheit, und dann wird es abgelehnt“ (Fokusgruppe 2, Patient, S. 3). In beiden Fokusgruppen wurde eine große Frustration hinsichtlich der Ablehnungen der Kostenübernahmen durch die Krankenkassen deutlich. Des Weiteren berichtete ein Anwalt: „[...] ich denke, dass da halt einfach viele den Rechtsweg bestreiten, also vom Verwaltungswiderspruchsverfahren zur Klage [...]“ (Fokusgruppe 2, Anwalt, S. 5). Es besteht demnach der Eindruck, dass die Krankenkassen den MDK nutzen, um Anträge abzulehnen, was zur Frustration auf Patient*innenseite führt. Komme es dann zur Ablehnung, bestreiten Patient*innen den Rechtsweg nur, sofern sie genügend Energie dafür aufbringen können. In der Tabelle 4 sind Konsens und Dissens des Themenschwerpunkts 1 dargestellt.

Tabelle 4: Ergebnisse der Fokusgruppengespräche zum Themenschwerpunkt 1: Der Weg zur Verschreibung und zur Vergabe

| | |
|----------------|---|
| Konsens | <ul style="list-style-type: none"> • Es besteht eine zu geringe Bereitschaft, Cannabis-Arzneimittel zu verschreiben. • Der bürokratische Aufwand bei der Antragstellung ist unverhältnismäßig hoch. • Es besteht die Forderung nach einem vereinfachten Verfahren. • Die Ablehnungen durch die Krankenkassen erscheinen willkürlich. • Die Krankenkassen und der MDK treten nicht fachkundig auf. • Das Verfahren ist für Patient*innen sehr kräftezehrend. |
| Dissens | <ul style="list-style-type: none"> • Bei welchen Indikationen sind Cannabis-Arzneimittel geeignet? |

4.2.2 Vor- und Nachteile einzelner Medikamente

Ein Konflikt bestehe darin, dass von erfahrenen Patient*innen öfter getrocknete Cannabisblüten verlangt werden würden, da diese als Naturheilmittel gelten würden und einige Patient*innen damit schon Erfahrungen gemacht hätten (Fokusgruppe 1, S. 14). Allerdings wurde auch geschildert, dass „unerfahrenen Patient*innen, gerade ältere[n] Leute, die aus der Schmerzdiagnostik kommen, die Cannabis erstmals an Option probieren möchten, die sind da völlig unvoreingenommen und würden alles probieren“ (Fokusgruppe 2, Patient, S. 18). Von Ärzt*innen aber würden hauptsächlich Fertigarzneimittel, wie Dronabinol oder Sativex[®], verschrieben. Dies liege unter anderem auch daran, dass Unsicherheit bezüglich der Verschreibung der getrockneten Cannabisblüten für das jeweilige Krankheitsbild bestehe. So berichtete ein Arzt:

Aber ich glaube es ist schwierig, jetzt heraus zu differenzieren, bei der Krankheit müssten wir diese Blüte, bei der jene Blüte nehmen. Das ist einfach sehr individuell, und ich als Arzt muss schon sagen, ich wünsche mir möglichst eine große Klarheit. Also, ich möchte wissen, was kann das Medikament, was kann es nicht, wo kann ich es einsetzen, wo kann ich es nicht einsetzen; und da gibt es mit dem, was im Moment möglich ist, einfach noch sehr viel Unklarheit (Fokusgruppe 1, Arzt, S. 20).

Des Weiteren bestünden Cannabisblüten, im Gegensatz zu Fertigarzneimitteln, aus einer Fülle von unterschiedlichen Wirkstoffen. So berichtete ein Arzt: „Bei Fertigarzneimitteln gibt

es ja nur zwei Wirkstoffe, es gibt entweder das THC oder es gibt THC mit CBD im Verhältnis 50:50. In Blüten sind bis zu 118 Cannabinoide drinnen [...]“ (Fokusgruppe 1, Arzt, S. 15). Dies führe, laut eines Teilnehmers, zu der unterschiedlichen Wirkung von Cannabisblüten (Fokusgruppe 2, Patient, S.19).

Bezüglich eines Wechsels von cannabishaltigen Medikamenten wurden drei Aspekte in den beiden Fokusgruppen genannt. Der erste Aspekt war, dass gelegentlich während der Therapie von Fertigarzneimitteln auf Cannabisblüten gewechselt werde, da diese aufgrund der vielfältigen Zusammensetzung besser wirken könnten (Fokusgruppe 1, Patient, S. 16). Der zweite Aspekt war, dass aufgrund der Lieferengpässe bestimmte Medikamente nicht mehr auf dem Markt verfügbar waren, was gezwungenermaßen dazu führte, dass ein Patient seine Medikamente umstellen musste (Fokusgruppe 2, Patient, S. 18). Drittens, wurde von einer Ärztin berichtet, dass diese Umstellung erneut beantragt werden müsste, was erneut zu hohen Kosten führe und ein erneutes aufwändiges Antragsverfahren mit sich bringe. Aus den genannten Gründen vermeidet die Ärztin den Wechsel von Cannabis-Arzneimitteln in ihrem beruflichen Alltag (Fokusgruppe 2, Ärztin, S. 10).

Seit der Gesetzesänderung hätten sich, laut eines Teilnehmers, „die Preise für Betroffene mit Ausnahmeerlaubnis dummerweise verdoppelt“ (Fokusgruppe 1, Patient, S. 6). Das liege daran, dass Cannabis-Arzneimittel nun von der Apothekenpreisverordnung geregelt werde. Vor der Gesetzesänderung wurde die Vergabe über das Betäubungsmittelgesetz geregelt (Fokusgruppe 1, Apotheker, S. 1). Aufgrund dieser Änderung seien Apotheker*innen verpflichtet, eine Identitätsprüfung durchzuführen. Diese könne unterschiedliche Stadien umfassen und führe unter anderem dazu, dass Cannabis-Arzneimittel teurer geworden seien (Fokusgruppe 2, Anwältin, S. 6). Die Prüfung sei von Bundesland zu Bundesland uneinheitlich, was zu Unsicherheiten bei Apotheker*innen führe (Fokusgruppe 2, Anwältin, S. 6). Eine Anwältin erläuterte:

Es gab vorab nicht so viel Aufklärung für Ärzte und Apotheker. Ich merke einfach, dass im Unternehmen bei uns gefragt wird. Auch bei den Identitätsprüfungen, wie mache ich das eigentlich. Schwierig, weil es sehr uneinheitlich ist (Fokusgruppe 2, Anwältin, S. 35).

Die Preisregelung und die Auswirkung auf die Patient*innen soll in folgendem Zitat verdeutlicht werden:

Das ist auch ein wesentlicher Punkt, warum diese Gruppe und auch andere Gruppen, die Krankenkassen und die Ärzte an einen Tisch holen müssen mit den Politikern, dass hier eine schnelle Regelung kommt, damit das Produkt für einen vernünftigen Preis auf den Markt kommt. 300 bis 600 € reichen nicht für einen Monat, sondern wir

reden von 2000 bis 3000 €, wenn sie 5 Gramm Therapie pro Tag für einen Patienten verordnen, dann sind wir bei 150 Gramm pro Monat als Therapie, und die Krankenkassen akzeptieren auch Verordnungen zwischen 100 und 150 Gramm und da sehe ich den enorm großen Konflikt“ (Fokusgruppe 1, Apotheker, S. 6).

In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass einige Unklarheit bezüglich des Umgangs mit Cannabis-Arzneimitteln bei Apotheker*innen herrscht. Durch das neue Verfahren seien die Preise für Cannabis-Arzneimittel gestiegen. Dies stellt wiederum eine Hürde für Patient*innen dar, deren Behandlungskosten nicht von der Krankenkasse übernommen werden können.

Für Apotheker*innen bestehe des Weiteren die Herausforderung der Verfügbarkeit. So seien Fertigarzneimittel leicht zu beschaffen. Einzelne Cannabisextrakte hingegen stellten eine Herausforderung dar, da „die, die sich am Markt befinden, nicht komplett der Zusammensetzung der deutschen Monographien [entsprechen]“ (Fokusgruppe 1, Apotheker, S. 15). Werden Cannabisblüten bestellt, kann es zu langen Wartezeiten kommen, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

Die Herausforderung ist tatsächlich, die Blüten zu bekommen, die der Schmerztherapeut oder Arzt sich vorstellt. Also, die Wahrheit sieht mittlerweile leider so aus, dass man sagt, ok, ich bekomme das sofort, ich bekomme die Blüte in ein bis zwei Monaten und beim anderen habe ich keinen Liefertermin, und dann wird mit dem Arzt und dem Patienten überlegt, wie man weiter vorgeht. Zu 90% wird dann entschieden, es wird die Blüte genommen, die gerade am Markt lieferbar ist (Fokusgruppe 1, Apotheker, S. 5).

Dabei stellt sich bei den Betroffenen die Frage der Austauschbarkeit von verschiedenen Sorten (Fokusgruppe 1, Patient, S. 17). Dies soll mit folgendem Zitat näher erläutert werden:

Also, da kann die Sorte THC-mäßig exakt gleich sein, aber die Wirkung auf Patienten kann völlig konträr sein [...]. Es gibt sicherlich genug Blüten, die würde ich nicht so vertragen oder die würde auch zum Beispiel jemand mit einer Angststörung absolut nicht vertragen und das völlig unabhängig vom THC- CBD Gehalt [...] (Fokusgruppe 2, Patient, S. 17).

Die größte Herausforderung für Apotheker*innen liegt demnach in der Verfügbarkeit von Cannabis-Arzneimitteln, was wiederum die Behandlung der Patient*innen erschwert.

Eine Herausforderung stellt, neben der Verfügbarkeit und der Preisgestaltung, auch die oben genannte Prüfung der Cannabisblüten dar. So scheint es leichter, Fertigarzneimittel mit reinem THC zu prüfen als Cannabisblüten. So berichtete ein Apotheker:

Es übersteigt auch vielfach die wissenschaftlichen und instrumentellen Voraussetzungen einer kleinen Apotheke [...]. Wir bewegen uns im Bereich der Naturstoffe. Monographien auszuarbeiten, die dann gültig sind, sei es im deutschen Arzneimittelkodex, im deutschen Arzneibuch oder dann irgendwann im europäischen Arzneibuch, dafür sind die Blüten fast zu vielfältig. Also da können wir letztendlich froh sein, dass es schon eine Monographie gibt für die Blüten (Fokusgruppe 1, Apotheker, S. 19).

Allerdings gilt diese Unsicherheit auch für Fertigarzneimittel. So berichten die Ärzt*innen, dass sowohl die Verabreichungsform als auch die Herstellungsart unterschiedliche Wirkungen hervorrufen können. So schilderte eine Ärztin: „Patienten reagieren auf dasselbe Generikum von unterschiedlichen Herstellern unterschiedlich. Zum Teil erklärbar, zum Teil nicht erklärbar“ (Fokusgruppe 1, Apotheker, S. 21). Eine Anwältin stellte resümierend fest: „jetzt ist das Problem, dass das System mit evidenzbasierten Grundsätzen dafür sorgen soll, dass jemand ein Präparat bekommt, dass nicht evidenzbasiert ist“ (Fokusgruppe 2, Anwältin, S. 10). In der Tabelle 5 sind Konsens und Dissens des Themenschwerpunkts 2 dargestellt.

Tabelle 5 : Ergebnisse der Fokusgruppengespräche zum Themenschwerpunkt 2: Vor- und Nachteile einzelner Medikamente

| | |
|----------------|---|
| Konsens | <ul style="list-style-type: none"> • Die Therapiehoheit der Ärzt*innen zur optimalen Versorgung der Patient*innen wird verletzt. • Cannabis-Arzneimittel sind zu wenig evidenzbasiert. • Bestimmte Cannabisblütensorten sind häufig nicht verfügbar. • Die Preise für Cannabis-Arzneimittel sollten gesenkt werden. |
| Dissens | <ul style="list-style-type: none"> • Bei welchen Patient*innengruppen sind Cannabis-Arzneimittel einsetzbar (z. B. bei psychiatrischen Patient*innen und Jugendlichen)? |

4.2.3 Rechtliche und politische Aspekte

Vorab sollte erwähnt werden, dass die Befragten jeweils unterschiedliche Erfahrungen mit Gerichtsprozessen, z. B. strafrechtlichen und/oder sozialrechtlichen Prozessen, gemacht haben. Neben einem befragten Arzt hat auch ein Anwalt bereits Erfahrungen mit strafrechtlichen Gerichtsprozessen gemacht:

Meine Erfahrung mit strafrechtlichen Gerichtsprozessen ist die, dass die Gerichte weiterhin extrem restriktiv vorgehen. (Fokusgruppe 2, Anwalt, S. 23).

Ein weiterer Befragter hatte bereits Erfahrungen im Bereich des Sozialrechts: „[...] Das Sozialgericht Frankfurt formuliert sehr restriktive Anforderungen für Kostenübernahmen einer Cannabispatiententherapie.“ (Fokusgruppe 2, Patient, S. 31)

Neben bürokratischen Schwierigkeiten, z. B. wenn bei „Anträgen bestimmte Fristen überschritten werden“ (Fokusgruppe 2, Patient, S. 23), wurde der hohe Aufwand bei den Erfahrungen mit Gerichtsprozessen deutlich.

Insgesamt sei es wichtig, dass man grundsätzlich in den Widerspruch geht, so ein befragter Patient:

Egal wie gut oder schlecht die Chancen sind, wenn man keinen Widerspruch einlegt, was viele Patienten schon gemacht haben, aber 50% legen überhaupt keinen Widerspruch ein. Und wer nicht vor Gericht marschiert, entgeht einer einfachen Chance, die man hat, es ist nicht sicher, aber es ist eine weitere Chance (Fokusgruppe 1, Patient S. 25).

Abgesehen von einem Arzt, der die aktuelle Gesetzeslage als positiv bewertet, da so die Studienlage ausgeweitet werden kann, ist das Stimmungsbild bezüglich dieses Aspekts durchaus negativ gefärbt. So beschrieb ein Arzt, dass die Behandlungsmöglichkeiten durch die Gesetzeslage negativ beeinflusst werden:

Je mehr Gesetze es gibt, desto weniger Möglichkeiten hat man, den Patienten zu behandeln. [...] Dann bin ich in meiner Ausübung gehindert. Ich muss mich eher an Gesetze orientieren und kann nicht mehr frei medizinisch handeln (Fokusgruppe 2, Arzt, S. 10).

Durch die folgende Anmerkung eines betroffenen Patienten wurde die Aussage des Arztes untermauert:

[...] Ich finde, dass sich die Politik und sich die Gesetze viel zu sehr in die Behandlung einmischen, das behindert die Behandlung [...] (Fokusgruppe 2, Patient, S. 32).

Neben unklaren und „unbestimmten Rechtsbegriffen“ (Fokusgruppe 1, Patient, S. 11) wurde auch die Irrationalität der Rechtsprechung mehrmals hervorgehoben – es sei ein Gesetz, welches damals „grob geschnitzt“ (Fokusgruppe 2, Ärztin, S. 34) wurde. Weiterhin betonte ein Patient, dass „das Gesetz nur gemacht worden ist, um Geld zu verdienen“ (Fokusgruppe 2, Patient, S. 11). Darüber hinaus hob ein Anwalt hervor, dass das Gesetz eher als eine Art Präventivinstrument eingesetzt wird, „Strafrecht ist einfach eine Repression, aber man rückt

immer mehr dazu, dass Strafgesetze und präventive Gesetze sich vermischen“ (Fokusgruppe 2, Anwalt, S. 30).

Weiterhin wurde durch die Fokusgruppe das Zusammenspiel von Politik und Rechtsprechung bei dem Arzneimittel deutlich:

Wichtig ist das Unterscheiden zwischen Sozialrecht und Medizinrecht. Medizinrecht und Sozialrecht scheinen einiges zu bewegen. Immer mehr Sozialgerichte entscheiden in diese Richtung und es werden die Krankenkassen vermutlich auch irgendwann mal zur Kenntnis nehmen [...].Aber in vielen Fällen wird gemeinsam Politik vertreten, die nichts Anderes ist, als der Versuch, das angebliche Teufelszeug zu verbannen. Es ist eine Substanz, an der noch nie ein einziger Mensch gestorben ist (Fokusgruppe 2, Anwalt 2, S. 11-12).

Politisch sollten vor allem die Betroffenen miteinbezogen werden, so ein befragter Patient:

Also ich fände es auf jeden Fall gut, wenn die Patienten da auch immer mal mit am Tisch sitzen, weil auch bei der ganzen Bundestagsanhörung nur über Patienten gesprochen wird und nicht mit ihnen. Im Bereich “Behinderte” und “HIV/AIDS-Patienten” wäre dies undenkbar. Bei Cannabis-Patienten, die ja weiterhin auch extra Probleme haben mit Sachen wie Führerscheinrecht, ist das ziemlich traurig, dass sie nicht gehört werden (Fokusgruppe 1, Patient, S. 30).

Auf die Frage nach dem bisherigen politischen Engagement gingen nur wenige der Befragten ein. So etwa eine Ärztin, die das Engagement aufgrund verschiedener Gründe negiert:

Nein, ich habe da mal was auf den Kopf gekriegt, ich habe da keine Lust und keine Energie mehr (Fokusgruppe 2, Ärztin, S. 32).

Zu diesem Aspekt sollte abschließend erwähnt werden, dass es laut einer Anwältin zukünftig juristische Veränderungen geben dürfte:

Es wird für Cannabis in Zukunft zwischen dem Spitzenverband und Krankenkassen und Apotheker eine Vereinbarung zum Zuschlag geben. Apotheker werden weniger daran verdienen, wie teuer es für den Patienten wird, weiß ich nicht, aber da wird das Gesetz durchkommen und eine Regelung zu getroffen (Fokusgruppe 2, Anwältin, S. 9-10).

In der Tabelle 6 sind Konsens und Dissens des Themenschwerpunkts 3 dargestellt.

Tabelle 6: Ergebnisse der Fokusgruppengespräche zum Themenschwerpunkt 3: Rechtliche und politische Aspekte

| | |
|----------------|--|
| Konsens | <ul style="list-style-type: none"> • Die Gesetzeslage behindert eine angemessene Behandlung. • Die Rechtsprechung wirkt überholt und irrational. • Unnötige Gerichtsprozesse verursachen hohe Individual- und Gemeinschaftskosten |
| Dissens | <i>Zu rechtlichen und politischen Aspekten konnte kein Dissens herausgearbeitet werden.</i> |

4.2.4 Informations- und Vernetzungsmöglichkeiten

Durch die Fokusgruppen wurde deutlich, dass der interdisziplinäre Austausch und die Informations- und Vernetzungsmöglichkeiten für viele der Befragten defizitär und entsprechend ausbaufähig sind. Als Informationsquelle nennt ein Arzt seine Patient*innen, die ihn etwa über die Verwendung neuer Inhalationsmöglichkeiten aufklären würden. Neben der Stadt Frankfurt am Main, die laut einem Apotheker als Informationsbasis fungieren sollte, wird auch weiterhin der Wunsch nach weiteren Vernetzungsmöglichkeiten deutlich, da die bisherigen Möglichkeiten sehr begrenzt seien:

Wir hätten gerne so ein Netzwerk, auch gerade ein Netzwerk an Kollegen, die sich mit dem Thema beschäftigen möchten und vielleicht sogar verschreiben würden. Ärzte, die Medizinisches Cannabis verschreiben, ist ja das, was die Patienten sehr oft nachfragen (Fokusgruppe 1, Arzt, S. 32).

Der Vorschlag von einem Arzt, die Fokusgruppe auch über das einmalige Treffen hinaus zu nutzen, um sich z. B. über Leitlinien oder Ziele auszutauschen, wurde von einem Patienten untermauert. Durch die Zusammenarbeit und den Austausch von Apotheker*innen, Patient*innen sowie der Ärzteschaft könnten die hervorgebrachten Probleme mehr „Impact haben“ (Fokusgruppe 1, Patient, S. 37). In der Tabelle 7 sind Konsens und Dissens des Themenschwerpunkts 4 dargestellt.

Tabelle 7: Ergebnisse der Fokusgruppengespräche zum Themenschwerpunkts 4: Informations- und Vernetzungsmöglichkeiten

| | |
|----------------|--|
| Konsens | <ul style="list-style-type: none">• Informationsmöglichkeiten und Vernetzungsstrukturen sind defizitär.• Handlungsempfehlungen von unabhängigen Institutionen sind notwendig. |
| Dissens | <ul style="list-style-type: none">• Besteht die Notwendigkeit eines Austauschs unter verschiedenen Akteuren? |

5 Fazit und Ausblick für das Projekt „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“

Die Module 1a und 1b des Projekts konnten erfolgreich abgeschlossen werden. Bei der Befragung der Ärzt*innen war, trotz eines kurzen Rückmeldezeitraums, ein überdurchschnittlich hoher Rücklauf zu verzeichnen. Es bestand von Seiten der Ärzteschaft eine hohe Bereitschaft an den Interviews teilzunehmen und das nicht nur von bereits Cannabis verschreibenden Mediziner*innen, sondern auch von Ärzt*innen, die bisher noch keine Cannabis-Arzneimittel verschrieben haben. Insgesamt besteht ein großes Interesse an dem Thema, welches für die Verbesserung der Versorgungsstruktur in der Stadt Frankfurt am Main (s. u.) genutzt werden könnte.

Es konnten, wie geplant, zwei Fokusgruppendifkussionen im anvisierten Zeitrahmen durchgeführt werden. Im Laufe der Gespräche zeigte sich, dass in Apotheker*innenkreisen die Frage der Versorgungslage mit Medizinischem Cannabis ein relevantes Thema ist und eine große Bereitschaft besteht, über diesbezügliche Verbesserungen zu diskutieren. Durch die Teilnahme von zwei sehr engagierten und gut vernetzten betroffenen Personen wurde der Problemdruck für viele Patient*innen überaus deutlich geschildert. Trotz großer Bemühungen und letztendlich über die Stadt- und Landesgrenzen hinausgehende Rekrutierungsstrategien, konnten weder von den Krankenkassen noch von dem MDK Vertreter*innen zur gemeinsamen Diskussion gewonnen werden. Ein zukünftiger Austausch auch mit diesen Akteuren wäre hinsichtlich der Versorgungsaspekte erstrebenswert.

Die Ergebnisse der beiden bisherigen Module bestätigen, dass Handlungsbedarf bei der angemessenen Versorgung von Patient*innen mit Cannabis-Arzneimitteln besteht. Das betrifft vor allem vorhandene Informationsdefizite bei den relevanten Akteuren sowie den Wunsch nach Vernetzung und fachlichem Austausch.

Aus diesem Grund sollte das Projekt „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“ fortgeführt und seine Arbeit intensiviert werden. Ohne den Ergebnissen der anderen beiden Module (Literaturrecherche und Patient*innenbefragungen) schon zu sehr vorzugreifen, lassen sich schon jetzt erste sinnvolle zukünftige Maßnahmen skizzieren, deren Detailgestaltung dann aber insbesondere die Ergebnisse der aktuell laufenden Patient*innenbefragung berücksichtigen sollte.

Einzelne Projekt-Module könnten sein:

1. Initiierung eines Qualitätszirkels.
2. Erstellung eines Leitfadens/Handlungsempfehlungen für Ärzt*innen.

3. Durchführung von regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen (in Kooperation mit der Ärztekammer).
4. Überlegung zur Weiterentwicklung des Beratungs-Angebotes des Drogenreferats („Medical Marihuana Project“).
5. Konzeptionierung der Außenkommunikation (Frequenz/Bewerbung des Newsletters, Positionierung des Newsletters und der Projektbeschreibung auf der Homepage).
6. Entwicklung und Bereitstellung von Informationsmaterialien für verschiedene Zielgruppen (u. a. potentielle Patient*innen, Angehörige).
7. Erprobung eines integrierten Versorgungsmodells an einer Frankfurter Klinik oder einem entsprechenden Versorgungszentrum (z. B. MVZ).
8. Fachliche Begleitung des Prozesses durch ein externes Institut.

6 Literaturverzeichnis

1. Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 06. März, (2017).
2. Hinweise für Patientinnen und Patienten sowie für Ärztinnen und Ärzte. Antrag auf Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Absatz 2 BtMG zum Erwerb von Cannabis zur Anwendung im Rahmen einer medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie (Stand: 14.09.2009), (2016).
3. Cremer-Schaeffer P, Knoss W. Cannabis for medical purposes-the law of March 2017 and its history. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 2019;62(7):801-5. Epub 2019/05/30. Cannabis zu medizinischen Zwecken - Das Gesetz vom März 2017 und seine Vorgeschichte.
4. Glaeske G, Sauer K. Cannabis-Report. 2018.
5. Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht heute eine neue Ausschreibung. Pressemitteilung Nummer 7/18 vom 20.07.2018 [database on the Internet]. 2018 [cited 26.08.2019]. Available from: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2018/pm7-2018.html>.
6. Vergabeverfahren erfolgreich abgeschlossen: BfArM erteilt verbliebene vier Zuschläge für Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken. Pressemitteilung Nummer 4/19 vom 20.05.2019 [database on the Internet]. 2019 [cited 26.08.2019]. Available from: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/pm4-2019.html>.
7. Pisanti S, Bifulco M. Medical Cannabis: A plurimillennial history of an evergreen. *Journal of cellular physiology.* 2019;234(6):8342-51. Epub 2018/11/13.
8. Mechoulam R, Parker LA. The endocannabinoid system and the brain. *Annual review of psychology.* 2013;64:21-47. Epub 2012/07/19.
9. Devane W, Hanus L, Breuer A, Pertwee R, Stevenson L, Griffin G, et al. Isolation and Structure of a Brain Constituent That Binds to the Cannabinoid Receptor. *Science.* 1992;258(5090):1946-9.
10. Hoch E, Friemel C, Schneider M, Pogarell O, Hasan A, Preuss UW, et al. Efficacy and safety of medicinal cannabis: results of the CaPRis study. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 2019;62(7):825-9. Epub 2019/06/20. Wirksamkeit und Sicherheit von Cannabisarzneimitteln: Ergebnisse der CaPRis-Studie.
11. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, et al. Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama.* 2015;313(24):2456-73. Epub 2015/06/24.
12. Wang J, Wang Y, Tong M, Pan H, Li D. Medical Cannabinoids for Cancer Cachexia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed research international.* 2019;2019:2864384. Epub 2019/07/26.
13. Häuser W, Welsch P, Klose P, Radbruch L, Fitzcharles M. Efficacy, tolerability and safety of cannabis-based medicines for cancer pain: A systematic review with meta-analysis of randomised controlled trials. *Schmerz.* 2019.
14. Lattanzi S, Brigo F, Trinka E, Zaccara G, Cagnetti C, Del Giovane C, et al. Efficacy and Safety of Cannabidiol in Epilepsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs.* 2018;78(17):1791-804. Epub 2018/11/06.
15. Mucke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Hauser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2018;3:CD012182. Epub 2018/03/08.
16. Allan G, Finley C, Ton J, Perry D, Ramji J, Crawford K, et al. Systematic review of systematic reviews for medical cannabinoids. Pain, nausea and vomiting, spasticity, and harms. *Can Fam Physician.* 2018;64:78-94.
17. Kiefer A, Eckert-Lill C, Bussick D, Hornig M, Reimann H. Cannabis for medical purposes and its prescription. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 2019;62(7):811-7. Epub 2019/06/13. Cannabis für medizinische Zwecke und seine ärztliche Verordnung.
18. Zwischen Boom und Skepsis: Cannabis auf Rezept – Wie hoch ist die Nachfrage? [database on the Internet]. 2019 [cited 30.08.2019]. Available from: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/982279/zwischen-boom-skepsis-cannabis-rezept-hoch-nachfrage.html.
19. Immer mehr Patienten: Der deutsche Cannabis-Markt blüht [database on the Internet]. 2019 [cited 30.08.2019]. Available from: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/der-deutsche-cannabis-markt-blueht-weiter-wachsende-nachfrage-16344950.html>.

20. Schmidt-Wolf G, Cremer-Schaeffer P. Interim analysis of the survey accompanying insurance-covered prescriptions of cannabis-based medicines in Germany. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2019;62(7):845-54. Epub 2019/05/31. *Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln in Deutschland - Zwischenauswertung*.
21. *Verordnung über die Begleiterhebung nach § 31 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung - CAN-BV) vom 23. März, (2017)*.
22. INSIGHT Health analysiert den Cannabis-Arzneimittelmarkt. Cannabis: Blüten sorgen für Umsatz. *Pressemitteilung [database on the Internet]*. 2018 [cited 22.08.2019]. Available from: [https://www.infothek-gmbh.de/app/download/11551388997/IH-Pressemitteilung_Arzneimittelmarkt+2018.pdf?t=1553772917](https://www.infothek-gmbh.de/app/download/11551388997/IH-<u>Pressemitteilung_Arzneimittelmarkt+2018.pdf?t=1553772917</u>).
23. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe am 19. Januar: „Schwerkranke müssen bestmöglich versorgt werden“. Gesetz „Cannabis als Medizin“ vom Bundestag einstimmig beschlossen. *Pressemitteilung des Bundesministerium für Gesundheit [database on the Internet]*. 2017 [cited 22.08.2019]. Available from: [https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2017/2017_I_Quartal/Downloads/2017-01-19_02_PM_Cannabis_als_Medizin.pdf](https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-<u>dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2017/2017_I_Quartal/Downloads/2017-01-19_02_PM_Cannabis_als_Medizin.pdf</u>).
24. Plenert M, Stöver H. *Cannabis als Medizin. Praxis-Ratgeber für Patienten, Ärzte und Angehörige*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag; 2019.
25. AOK, TK und Barmer: Immer mehr deutsche Patienten bekommen Cannabis auf Rezept [database on the Internet]. 2019 [cited 23.08.2019]. Available from: [https://www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/aok-tk-und-barmer-immer-mehr-deutsche-patienten-bekommen-cannabis-auf-rezept/23954602.html?ticket=ST-5376435-aPBKNzRDjpf1NqPir09U-ap6](https://www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/aok-tk-und-barmer-immer-mehr-deutsche-patienten-bekommen-cannabis-auf-rezept/23954602.html?ticket=ST-5376435-<u>aPBKNzRDjpf1NqPir09U-ap6</u>).
26. *Umfrage: Du warst Inhaber einer Ausnahmeerlaubnis zum Erwerb von Cannabis aus der Apotheke. Wie sieht es heute aus? [database on the Internet]*. 2019 [cited 23.08.2019]. Available from: <https://selbsthilfenetzwerk-cannabis-medizin.de>.