

cannabis medizini

Arbeitsgemeinschaft
Cannabis als Medizin e.V.

Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin
Bahnhofsallee 9
32832 Steinheim
Tel.: 05233-9537246
Email: info@arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de

19.4.2026

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM)

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 16.4.2026

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Die ACM setzt sich seit 1997 für die Interessen von Patientinnen und Patienten ein, die von einer Therapie mit Cannabis und Cannabinoiden profitieren. Die ACM bzw. ihre aktuellen oder ehemaligen Vorsitzenden Professorin Dr. Kirsten Müller-Vahl und Dr. Franjo Grotenhermen waren in zahlreichen Ausschüssen (Gesundheitsausschuss, Verkehrsausschuss, Petitionsausschuss) als Sachverständige an Diskussionen des Gesetzgebers beteiligt.

Zusammenfassung

Cannabisbasierte Medikamente variieren erheblich im Preis. Am teuersten ist Nabilon/Caneme®, gefolgt von Nabiximols/Sativex®, gefolgt von reinem Dronabinol (Lösung, Kapseln). Es erschließt sich nicht, wie durch die Streichung der mit Abstand günstigsten Therapieform – Dronabinol in Form von Cannabisblüten – Kosten gespart werden sollen.

Als weiteren Grund für die Streichung der Cannabisblüten wird eine erhöhte Suchtgefahr postuliert, eine Behauptung, für die es keine wissenschaftlichen klinischen Nachweise gibt. Zudem verweist der Referentenentwurf auf die Variabilität der Zusammensetzung des Naturprodukts Cannabisblüten, erwähnt jedoch nicht die viel größere Variabilität der systemischen Bioverfügbarkeit und damit auch der Wirkung nach oraler Einnahme von Dronabinol. In der ärztlichen Praxis spielen diese Variabilitäten keine relevante Rolle.

Die ACM lehnt diese Veränderungen ab, weil sie die medizinische Versorgung der Bevölkerung mit Cannabismedikamenten verschlechtert. Der therapeutische Nutzen, der durch die Inhalation von Cannabisblüten erreicht werden kann, kann nicht gleichwertig durch andere Präparate ersetzt werden.

Vorbemerkung

Die öffentliche Debatte ist seit Jahren und Jahrzehnten geprägt von zahlreichen Irrtümern und Fehlinformationen, die sich zum Teil hartnäckig halten. Dies betrifft auch wesentliche Inhalte des vorliegenden Referentenentwurfs. Wer weiß schon, dass 2,5 g Cannabisblüten mit einem THC-Gehalt von 20 % 500 mg Dronabinol enthalten, genauso wie 20 ml eines 2,5 prozentigen oralen Dronabinol-Extraktes? Die Kosten unterscheiden sich allerdings um mehrere 100 % zugunsten der Blüten. Und wer weiß schon, dass sich die systemische Bioverfügbarkeit von Dronabinol nach der oralen Einnahme erheblich, ebenfalls um mehrere 100 %, zwischen verschiedenen Personen unterscheiden kann, sodass im Vergleich dazu eine geringe, in der praktischen Therapie irrelevante Variation des Dronabinol-Gehaltes der Cannabisblüten aufgebauscht erscheint?

Daher soll einleitend Licht in diese Irrtümer gebracht werden, um 2 Fragen zu beantworten. Was ist Dronabinol und welche Unterschiede gibt es bei der oralen und inhalativen Aufnahme des Cannabinoids?

1. Was ist Dronabinol und THC?

Dronabinol ist ein anderer Name für ein natürliches Cannabinoid, das (-)-trans-Delta-9-Tetrahydrocannabinol der Cannabispflanze. Im Folgenden wird der Klarheit halber ausschließlich

der exakte Begriff Dronabinol und nicht der ungenaue Begriff THC (Tetrahydrocannabinol) verwendet.

THC ist die Abkürzung für Tetrahydrocannabinol, wobei im Allgemeinen das in der Hanfpflanze natürlich vorkommende Isomer bzw. Stereoisomer des Delta-9-THC gemeint ist. Die Bezeichnung THC ist daher zwar gebräuchlich, aber unpräzise.

Dronabinol ist der Internationale Freiname (INN, international non-proprietary name) für das pharmakologisch wirksame Stereoisomer des Delta-9-THC. Dronabinol ist der exakte Ausdruck für ein Molekül, das im allgemeinen Sprachgebrauch, vor allem wenn es sich um natürliches Dronabinol aus der Cannabispflanze handelt, als THC bezeichnet wird. THC (Tetrahydrocannabinol) könnte allerdings grundsätzlich auch eine Abkürzung für Delta-8-THC sowie für die anderen 3 Stereoisomere des Delta-9-THC sein, also (+)-trans-Delta-9-Tetrahydrocannabinol, (-)-cis-Delta-9-Tetrahydrocannabinol und (+)-cis-Delta-9-Tetrahydrocannabinol. Dronabinol wird biosynthetisch durch Enzyme der Hanfpflanze gebildet. Die Enzymatik ist stereoselektiv. Es wird also in der Pflanze nur dieses Isomer gebildet, das von der WHO als Dronabinol bezeichnet wurde.

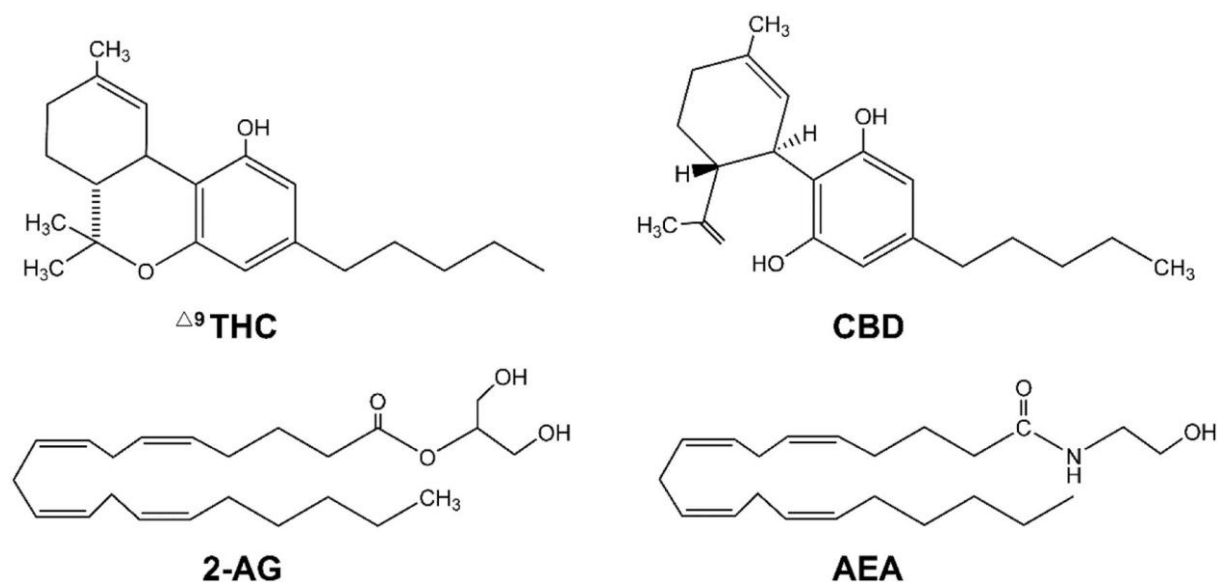


Abbildung 1: Zwei Cannabinoide der Cannabispflanze (Delta-9-THC, CBD) sowie 2 Endocannabinoide (2-AG/2-Arachidonylglycerol, AEA/Arachidonylethanolamid/Anandamid).

Wenn wir von THC in der Cannabispflanze sprechen, so ist im Allgemeinen Dronabinol gemeint. Woher kommt dann die Vorstellung, dass Dronabinol synthetisches THC sei? Dieser Irrtum basiert vermutlich vor allem auf der Tatsache, dass das 1985 in den USA zugelassene Dronabinol-Präparat Marinol®, das dort ein Jahr später für die Indikation Übelkeit und Erbrechen bei Krebschemotherapie auf den Markt kam, synthetisches Dronabinol enthält. Es war der US-Regierung wichtig, dass kein natürliches Cannabinoid zugelassen wird. Es musste daher von dem Unternehmen Unimed Pharmaceuticals vollsynthetisch hergestellt werden. Seit dieser Zeit hat sich in den USA die Bezeichnung „synthetisches THC“ für Dronabinol etabliert, was später weitgehend beibehalten wurde, auch in der wissenschaftlichen Literatur. Eine ähnliche Auflage erhielt nach meiner Kenntnis auch das Frankfurter Unternehmen THC Pharm, das 1998 Dronabinol auf den deutschen Markt brachte. Dronabinol durfte von dem Unternehmen nicht aus Dronabinol-reichem Cannabis extrahiert werden, sodass es Dronabinol halbsynthetisch aus Cannabidiol (CBD) herstellte. Zunächst wurde das CBD aus Faserhanf (Industriehanf) extrahiert und dann der offene Monoterpenteil im CBD durch einen chemischen Prozess – Protonierung der Doppelbindung im Terpenteil durch Säureeinwirkung – geschlossen, sodass ein neuer Pyranring entsteht (**Abbildung 1**).

Dieser Irrtum ist deswegen auch so hartnäckig, weil traditionell isoliertes Dronabinol oder solches in Kapseln oder Extrakten weiterhin vorwiegend Dronabinol genannt, während Dronabinol in Cannabisblüten als THC bezeichnet wird. Bei der Herstellung eines Cannabisextraktes aus Cannabisblüten entsteht daher nicht nur eine Änderung der Zubereitung (trockene Pflanzen, öliger Pflanzenextrakt), sondern auch eine Änderung der vorwiegend verwendeten Bezeichnungen für den wichtigsten Inhaltsstoff. Aus THC wird im Sprachgebrauch plötzlich Dronabinol, ohne dass sich das Molekül geändert hätte. Im Übrigen verwendet der Gesetzgeber in § 31 Abs. 6 SGB V die korrekte Bezeichnung, nämlich Dronabinol.

Typische Dronabinol-Gehalte in medizinischen Cannabispräparaten

- Cannabisblüten enthalten in Deutschland in der Apotheke meistens zwischen 6 und 30 % Dronabinol. 1 g Cannabisblüten enthält daher zwischen 60 und 300 mg Dronabinol.
- Cannabisextrakte enthalten im Allgemeinen in der Apotheke 1-5 % Dronabinol. 10 ml Cannabisextrakt enthält daher zwischen 100 und 500 mg Dronabinol.

2. Pharmakokinetik von Dronabinol

Die systemische Bioverfügbarkeit von Dronabinol variiert in Abhängigkeit von der Einnahme (oral, inhalativ, rektal, vaginal, transdermal, oromukosal) (**Abbildung 2**). Die systemische Bioverfügbarkeit bezeichnet den Prozentsatz eines Medikamentes, der den großen Blutkreislauf erreicht.

Medizinische Verwendung findet vor allem die orale Einnahme und die Inhalation. Cannabis-extrakte werden vorwiegend oral eingenommen, können jedoch auch inhaliert werden, wenn sie als alkoholische Extrakte vorliegen. Cannabisblüten werden vorwiegend inhaliert (Rauchen, Einnahme mit einem Verdampfer), können jedoch auch oral eingenommen werden, als Tee oder nach Decarboxylierung pur (exakte Dosierung mittels Feinwaage!) oder in Nahrungsmitteln (vorwiegend Backwaren).

Die systemische Bioverfügbarkeit von Dronabinol liegt bei der **oralen Aufnahme** durchschnittlich bei 6-7 % mit einer großen Variabilität (2-14 %). Beispielsweise gelangt bei der oralen Einnahme von 20 mg Dronabinol weniger als 2 mg in den großen Kreislauf. Die systemische Bioverfügbarkeit ist nach der oralen Aufnahme so gering, weil Dronabinol aus dem Magen zunächst über die Pfortader in die Leber gelangt und dort zum größten Teil verstoffwechselt wird, bevor es in den großen Blutkreislauf gelangt. Die hohe Variabilität der Bioverfügbarkeit hängt von inter- und intraindividuell variablen physiologischen Gegebenheiten zum Zeitpunkt der Einnahme ab, insbesondere von der Beschaffenheit des Mageninhalts. Nach der oralen Einnahme tritt die Wirkung nach 30-90 Minuten ein. Das Maximum kann nach 2-3 Stunden auftreten. Die Dauer hält länger an als nach der Inhalation und variiert in Abhängigkeit von Dosis und untersuchtem Effekt. So kann etwa die antispastische Wirkung deutlich länger anhalten als die psychische Wirkung.

In einer kanadischen Cross-over-Studie aus dem Jahr 2019 mit 28 gesunden Erwachsenen wurde gezeigt, dass die Einnahme von oralem Dronabinol zusammen mit einer fettreichen Mahlzeit die systemische Bioverfügbarkeit von Dronabinol und seinem Primärmetaboliten 11-Hydroxy-THC um das Zweifache erhöht. THC-Kapseln (ein- oder zweimal fünf Milligramm) wurden entweder auf nüchternen Magen oder nach einer fettreichen Mahlzeit verabreicht, die 57 Gramm Fett enthielt. Im Jahr 2018 hatten britische Forscher in einer placebokontrollierten Studie mit 12 Personen bereits ähnliche Effekte für CBD quantifiziert. Durch die gleichzeitige

Einnahme eines ausgiebigen fettreichen Frühstücks wurde die orale Bioverfügbarkeit von 1500 mg CBD um das Vierfache gesteigert.

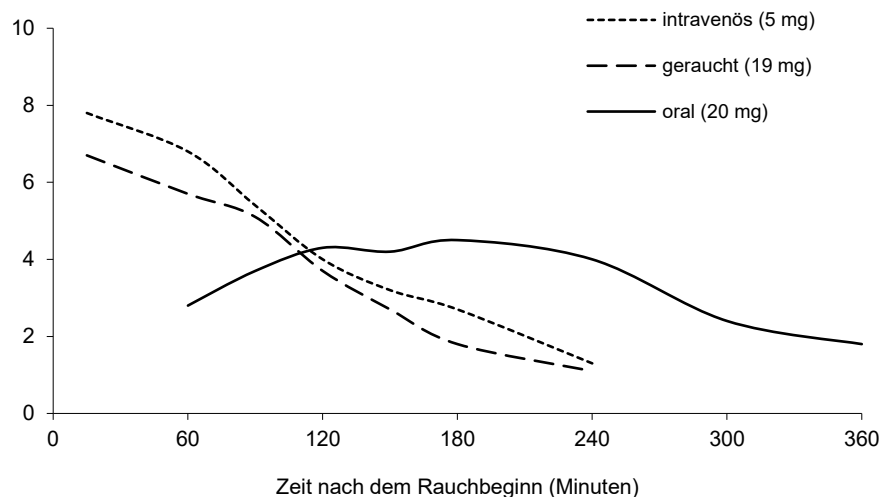


Abbildung 2: Zeitlicher Verlauf der subjektiv erlebten psychischen Dronabinol-Wirkungen nach drei Applikationsrouten. Mittelwert von 11 Männern (18 - 35 Jahre alt) auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 10 die maximale von den Teilnehmern je erreichte psychische Wirkung bezeichnet und 0 vollständige Nüchternheit. Modifiziert aus: Grotenhermen (2002), gezeichnet nach Abbildungen von Hollister et al. (1981).

Die systemische Bioverfügbarkeit von Dronabinol liegt bei der **Inhalation** durchschnittlich bei 10-30 %, eventuell auch etwas niedriger oder auch höher (bis zu 45 %). Die Bioverfügbarkeit wird vor allem durch die Inhalationstechnik (Tiefe der Inhalation, Dauer des Luftanhaltens) sowie Inhalationsutensilien (Verdampfer, Pfeife) beeinflusst. Nach der Inhalation tritt die Wirkung innerhalb von Sekunden bis wenigen Minuten ein, das Maximum der Wirkung nach 20-30 Minuten, und die Dauer der psychischen Wirkung beträgt im Allgemeinen 2-3 Stunden, eventuell auch länger.

3. Inhalt des Gesetzes

Mit dem [neuen Gesetz](#) sollen Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden. Der § 31 Abs. 6 SGB V, der im Sozialgesetzbuch der Anspruch auf eine Kostenübernahme eine Therapie mit

cannabisbasierten Medikamenten festlegt, soll geändert, der Anspruch auf eine Kostenübernahme von Cannabisblüten abgeschafft werden (Seite 12).

„Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten wird aus dem Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen. Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von Extrakten in standardisierter Qualität und Fertigarzneimittel sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon bleibt nach § 31 Absatz 6 SGB V bestehen“ (Seite 58).

4. Begründung des Gesetzes

Das Gesetz ist Teil eines Gesetzes zur Kostenreduzierung im Gesundheitswesen. Dies ist auch die wesentliche Begründung für die Streichung von Cannabisblüten aus der Erstattungspflicht der GKV. Daneben werden eine höhere Suchtgefahr bei der Inhalation im Vergleich zur oralen Einnahme sowie die Variabilität der Dronabinol-Konzentration in den Blüten genannt.

4 A. Begründung I: Kostenersparnis durch Belassung der teuersten Cannabismedikamente Dronabinol und Nabilon

In der Begründung für das Gesetz wird postuliert, dass durch diese Maßnahme Kosten eingespart werden könnten: „Durch Streichung der Verordnungsfähigkeit von Cannabisblüten ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung Einsparungen in Höhe von rund 130 Millionen Euro im Jahr 2027, rund 150 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 165 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 180 Millionen Euro im Jahr 2030 (§ 31 Absatz 6 SGB V)“ (Seite 70).

4 B. Begründung II: Erhöhte Suchtgefahr

Durch Rückschlüsse aus Erfahrungen mit anderen Substanzen, bei denen unterschiedlich schnell wirkende Applikationsformen eingesetzt werden, soll auch bei Dronabinol eine schnelle Wirkung im Vergleich zu langsam wirkenden Produkten zu einer schnelleren Toleranzbildung und Abhängigkeit führen. „Durch das schnelle Anfluten durch Inhalation von Cannabisblüten besteht eine größere Suchtgefahr, insbesondere bei einer Dauertherapie“ (Seite 94).

4 C. Begründung III: Schwankungen im Wirkstoffgehalt bei Cannabisblüten

Bei Cannabisblüten werden im Allgemeinen Schwankungen im Dronabinol-Gehalt von bis zu etwa 10 % toleriert. Ist also für eine Sorte ein Dronabinol-Gehalt von 20 % deklariert, so können es grundsätzlich 18 bis 22 % sein. „Da es sich hierbei um ein Naturprodukt handelt, sind auch bei Cannabisblüten aus kontrolliertem Anbau Schwankungen im Wirkstoffgehalt möglich. Grundsätzlich sind im Rahmen einer medizinischen Therapie daher Fertigarzneimittel und Rezepturen gegenüber Cannabis in Form getrockneter Blüten angezeigt, weil bei diesen Arzneimitteln eine höhere Standardisierung im Wirkstoffgehalt erreicht werden kann“ (Seite 94).

5. Stellungnahme zur Streichung von Cannabisblüten aus dem Erstattungskatalog der GKV

Die ACM weist darauf hin, dass die größte Kostenersparnis erzielt werden könnte, wenn die beiden teuersten Präparate (Nabilon, Nabiximols) nicht mehr außerhalb ihrer jeweils zugelassenen Indikation durch die GKV erstattet werden müssten. Durch Streichung der preiswertesten Präparate ist dies nicht zu erwarten. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn es zutreffend sein sollte, dass Cannabisblüten häufig höher dosiert werden, da die Höhe der Dronabinol-Kostenersparnis bei den Blüten im Vergleich zu isoliertem Dronabinol etwa eine Zehnerpotenz beträgt.

5 A. Stellungnahme zur Begründung I: Nabilon ist das teuerste Cannabismedikament, Cannabisblüten sind am günstigsten

Die Kosten der verfügbaren Cannabismedikamente variieren erheblich.

Nabilon/Canemes®.

Nabilon ist in Deutschland ausschließlich erhältlich als Fertigarzneimittel Canemes® mit einer arzneimittelrechtlichen Zulassung für Nebenwirkungen einer Krebschemotherapie. Canemes®/Nabilon ist das mit Abstand teuerste Cannabismedikament, das in Deutschland verfügbar ist. Laut Preislisten der gesetzlichen Krankenkassen kostet die kleinste Packung Canemes® mit 28 Kapseln zu je 1 mg Nabilon etwa 540 €, entsprechend etwa 19 € pro Milligramm. 1 mg Nabilon ist etwa so wirksam wie 7-8 mg Dronabinol. Möchte man eine Wirkung erzielen, die

einer monatlichen Dosis von 450 mg Dronabinol bzw. einer Tagesdosis von 15 mg entspricht, so benötigt man täglich etwa 2 mg Nabilon mit Tageskosten von 38 € und monatlichen Kosten von 1140 €. 1000 mg Dronabinol entsprechen der Wirksamkeit von etwa 130 mg Nabilon. Betrachtet man die Äquivalenzdosis (1 mg Nabilon entspricht 7,5 mg Dronabinol), so ergibt sich ein Nabilon-Preis von $130 \times 19 \text{ €} = \mathbf{2470 \text{ €}}$ für eine Äquivalenz von 1000 mg Dronabinol.

Sativex®

Sativex ist ein alkoholisches Gemisch aus 2 Cannabisextrakten, das aus einer Sprühflasche in den Mund gesprüht wird („oro-mukosale Anwendung“) und so eingestellt ist, dass ein Sprühstoß 2,5 mg CBD und 2,7 mg Dronabinol enthält, also 2,7 % Dronabinol. Sativex® ist in Deutschland zugelassen für die therapieresistente Spastik bei Erwachsenen mit multipler Sklerose. Die kleinste Packung Sativex besteht aus 3 Sprühfläschchen zu je 10 ml Extrakt mit jeweils max. 100 Sprühlößen (in der Realität meistens maximal etwa 95 Sprühstöße). Die kleinste Packung enthält insgesamt 750 mg CBD (3 × 250 mg) und 810 mg Dronabinol (3 × 270 mg). Eine Sativex®-Packung kostet etwa 354 €, sodass 1000 mg Dronabinol in Sativex® etwa **435 €** kosten.

Isoliertes Dronabinol

500 mg isoliertes Dronabinol in einer 2,5-prozentigen öligen Lösung kosten in der Apotheke etwa 200 €. Bei einem Preis von 200 € kosten 1000 mg etwa **400 €** und 1 mg etwa 0,40 €.

Dronabinol in Cannabisextrakten

Dronabinol in Cannabisextrakten ist meistens günstiger als isoliertes Dronabinol, da die Unternehmen, die in Deutschland mehr als 150 verschiedene Extrakte mit unterschiedlichen Dronabinol-Gehalten anbieten, in Konkurrenz zueinander stehen. Dronabinol in Cannabisextrakten kostet in der Apotheke häufig weniger als die Hälfte als Lösungen mit isoliertem Dronabinol, also etwa 150-200 € pro 1000 mg. Unter der Annahme eines günstigen Abgabepreises für 1000 mg von **150 €** ergibt sich ein Milligramm-Preis von etwa 0,15 €.

Dronabinol in Cannabisblüten

Dronabinol in Cannabisblüten variiert erheblich im Preis in Abhängigkeit von der Dronabinol-Konzentration, der Sorte und der Qualität. Bei einem Apothekenabgabepreis von 10 € für 1 g und einer Dronabinol-Konzentration von 20 % ergeben sich für 1000 mg Dronabinol Kosten von **40 €**, entsprechend einem Milligramm-Preis von 0,04 €.

Tabellarischer Preisvergleich

1000 mg Dronabinol kosten ungefähr:

- 435 € in Form von Sativex
- 400 € in Form von isoliertem Dronabinol in einer Lösung
- 150-200 € in Form von Cannabisextrakten
- 30-60 € in Form von Cannabisblüten.

130 mg Nabilon entsprechen ungefähr der Wirkung von 1000 mg Dronabinol mit Kosten von 2470 €.

5 B. Stellungnahme zur Begründung II: Suchtgefahr

Wie verschiedene Untersuchungen gezeigt haben, darunter auch eine Übersicht der Bundesopiumstelle, werden Cannabisblüten im Allgemeinen gut vertragen. Dies gilt auch für inhalierte Cannabisblüten oder inhaliertes Dronabinol. Interessanterweise wurde Sativex® bei seiner Zulassung im Jahr 2011 unter anderem damit beworben, dass der Wirkungseintritt aufgrund der oromukosalen Aufnahme, also der direkten Aufnahme über die Mundschleimhaut unter Umgehung der Leber, schneller ist als bei der oralen Einnahme. Der langsame Wirkungseintritt von Dronabinol nach oraler Einnahme wird allgemein als Problem betrachtet. Es stellte sich heraus, dass auch das Dronabinol in Sativex® vor allem über den Magen-Darm-Trakt aufgenommen wird, da der Kontakt mit der Mundschleimhaut wohl zu kurz ist, um darüber aufgenommen zu werden. Es wird weiter an Zubereitungen geforscht, bei denen Dronabinol in der Tat über die Mundschleimhaut aufgenommen wird, etwa mittels Nanotechnologie und der damit verbundenen Wasserlöslichkeit der eigentlich lipophilen Cannabinoide.

Vor allem die praktische Erfahrung zeigt, dass Abhängigkeit und Missbrauch bei der Verwendung cannabisbasierter Medikamente im therapeutischen Kontext keine relevante Rolle spielen, egal wie sie eingenommen werden.

Selbst unter der Annahme, dass Cannabisblüten oft höher dosiert werden als orale Extrakte, ist eine Therapie mit Cannabisblüten deutlich günstiger als die mit Nabilon, Sativex oder isoliertem Dronabinol. An dieser Stelle sei darauf verzichtet, ausführlich darzustellen, warum die Fehlwahrnehmung besteht, dass bei einer Therapie mit Cannabisblüten höhere Dosen benötigt werden. So viel sei an dieser Stelle gesagt: Langzeitkonsumenten von Cannabis benötigen aufgrund der Toleranzentwicklung höhere Dosen als Anfänger. Da Langzeitkonsumenten aus Kostengründen im Allgemeinen Cannabisblüten verwenden, wird im Umkehrschluss fälschlicherweise postuliert, dass die höheren Dosen auf dem eingenommenen Produkt (Cannabisblüten) und nicht auf der jahrelangen Toleranz beruhen.

5 C. Stellungnahme zur Begründung III: Schwankungen im Wirkstoffgehalt bei Cannabisblüten

In der Tat schwanken die echten Dronabinol-Konzentrationen in Cannabisblüten um bis zu 10 % um den deklarierten Wert. In der Praxis hat dies keine Konsequenzen. Die Patienten stellen sich einfach auf diese leichte Variabilität der Wirkstoffkonzentrationen ein.

Interessanterweise führt auch die erheblich größere Variabilität bei der systemischen Bioverfügbarkeit von Dronabinol, sowohl bei der Inhalation und noch mehr bei der oralen Aufnahme ebenfalls nicht zu relevanten Problemen, obwohl natürlich eine höhere systemischen Bioverfügbarkeit – wir reden hier von einer Variabilität in einer Größenordnung von 100 % und nicht nur 10 % – auch mit einer stärkeren Wirkung verbunden sein sollte.

Die Praxis zeigt, dass sowohl die Behandler als auch die Behandelten, die von dieser Variabilität der Bioverfügbarkeit im Allgemeinen nichts wissen oder ahnen, keinerlei Probleme damit haben.

6. Schlussfolgerung

Eine Streichung der Cannabisblüten führt nicht nur zu keiner Kostenersparnis, es nimmt Patientinnen und Patienten und ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten eine wichtige therapeutische Option, die durch orale Präparate nicht ersetzt werden kann. Dies liegt insbesondere an den pharmakokinetischen Besonderheiten, die diese Produktgruppe unersetzlich machen. Am bedeutendsten ist der schnelle Wirkungseintritt von Dronabinol nach der Inhalation. Ein akuter Migräneanfall und eine akut einschließende Spastik sind mit Präparaten, deren Wirkung erst nach 30-90 Minuten eintritt, nicht gut behandelbar. Schnell einsetzende Präparate, wie gegenwärtig vor allem Cannabisblüten, werden dringend benötigt. Argumente, die für die Streichung der Kostenerstattung angeführt werden, beruhen auf falschen Annahmen. Sie würde die medizinische Versorgung der Bevölkerung verschlechtern, ein schmerzhafter Rückschritt.

Möchte der Gesetzgeber bei der Cannabistherapie sparen, so bietet es sich an, Produkte mit den höchsten Therapiekosten – Canemes® und Sativex® – ins Visier zu nehmen. So wäre eine Streichung der Kostenübernahme für diese Fertigarzneimittel außerhalb der jeweils zugelassenen Indikationen (Übelkeit/Erbrechen bei Chemotherapie, Spastik bei multipler Sklerose) zu einer Ersparnis führen. Wieso sollte das teure Nabilon zur Behandlung von Schmerzen zur Verfügung stehen, wenn die gleichwertige Behandlung mit Dronabinol-Zubereitungen deutlich günstiger ist? Warum muss Sativex für die Therapie der Appetitlosigkeit zur Verfügung stehen, auch wenn die Behandlung nicht wirtschaftlich ist? Da es sich in beiden Fällen um orale Zubereitungen handelt, entstünde auch kein therapeutischer Nachteil, da es eine große Auswahl deutlich günstigerer Dronabinol-reicher Cannabisextrakte gibt.

Die Streichung von Cannabisblüten aus dem § 31 Abs. 6 SGB V wäre dagegen mit erheblichen therapeutischen Nachteilen verbunden, ohne finanzielle Vorteile zu bieten.

Im Namen der ACM



Dr. Franjo Grotenhermen

Vorstandsvorsitzender

Literatur

- Grotenhermen F, Häußermann K. Cannabis: Verordnungshilfe für Ärzte. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2022 (4. erweiterte Aufl.).
- Grotenhermen F, Hrsg. Cannabis und Cannabinoide. Pharmakologie, Toxikologie und therapeutisches Potential. Göttingen: Hans Huber, 2004 (2. erweiterte und ergänzte Ausgabe).
- Grotenhermen F, Karus M, Hrsg. Cannabiskonsum, Straßenverkehr und Arbeitswelt. Heidelberg: Springer, 2002.
- Grotenhermen F, Müller-Vahl K. Das therapeutische Potenzial von Cannabis und Cannabinoiden. Dtsch Ärztebl 2012;109(29-30):495-501.
- Grotenhermen F, Müller-Vahl K. Medicinal Uses of Marijuana and Cannabinoids. Crit Rev Plant Sci. 2016;35(5-6):378-405.
- Grotenhermen F. Cannabinoids. Curr Drug Targets CNS Neurol Disord 2005;4(5):507-530.
- Grotenhermen F. Die Heilkraft von CBD und Cannabis. Hamburg: Rowohlt-Verlag, 2020.
- Grotenhermen F. Dronabinol. Review for the World Health Organization. Hürth, Germany: nova-Institut, 2005b.
- Grotenhermen F. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. Clin Pharmacokin 2003;42(4):327-360.
- Grotenhermen F, Karus M, Hrsg. Cannabiskonsum, Straßenverkehr und Arbeitswelt. Heidelberg: Springer, 2002.
- Grotenhermen F. The toxicology of cannabis and cannabis prohibition. Chem Biodivers 2007;4(8):1744-69.
- Hollister LE, Gillespie HK, Ohlsson A, Lindgren JE, Wahlen A, Agurell S. Do plasma concentrations of delta 9-tetrahydrocannabinol reflect the degree of intoxication? J Clin Pharmacol 1981;21(8-9 Suppl):171S-177S.
- Müller-Vahl K, Grotenhermen F. Hrsg. Cannabis und Cannabinoide in der Medizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2. vollständig überarbeitete Auflage, 2024.
- Russo E, Grotenhermen F, eds. The Handbook of Cannabis Therapeutics: From Bench to Bedside. Binghamton/New York: Haworth Press, 2006.