

Sonderdruck aus Ausgabe 6/2018

Studienbericht

Selbstinitiierte Behandlung und Selbstmedikation mit Phytocannabinoiden - Ergebnisse einer qualitativen Studie unter Cannabis-Medizin-Patienten

Prof. Dr. phil. habil. Gundula Barsch

M.A. Jörg-Simon Schmid





Studienbericht

Selbstinitiierte Behandlung und Selbstmedikation mit Phytocannabinoiden – Ergebnisse einer qualitativen Studie unter Cannabis-Medizin-Patienten

Gundula Barsch, Jörg-Simon Schmid

Die vorliegende Arbeit bietet einen Einblick in die herausfordernde Situation einer selbstinitiierten Behandlung und Selbstmedikation mit Phytocannabinoiden. Im Rahmen einer qualitativen Studie wird untersucht, mit welchen Herausforderungen sich Cannabis-Medizin-Patienten derzeit konfrontiert sehen und welche Strategien sie nutzen, um Cannabis erfolgreich in ihren Alltag zu integrieren. Das Konzept des Integrativen Drogengebrauchs, das psychopharmakologische, psychosoziale und soziokulturelle Aspekte berücksichtigt, dient dabei als theoretische Grundlage. Die Ergebnisse zeigen, dass das Dunkelfeld selbstinitiierten Behandlungen und Selbstmedikationen weit größer ist als bisher angenommen. Es existiert offensichtlich längst ein großer Erfahrungsschatz informellen Wissens insbesondere dazu, welche pharmakologischen Varietäten und Applikationsformen von Cannabis sich für die Behandlung welcher Krankheits- und Leidenszustände eignen und welche eher nicht. Besonders anspruchsvoll gestaltet sich neben dem Management des komplexen Wirkspektrums der Umgang mit den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen.

Seit März 2017 gibt es auch in Deutschland ein Gesetz, durch das Cannabis als Medizin relativ niedrigschwellig für Patienten verfügbar wird. Nach § 31 Sozialgesetzbuch 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.“*

Niedrigschwellig ist dieses Gesetz vor allem deshalb, weil keine Indikatoren festgelegt sind, für welche Krankheiten und Missbefindlichkeiten Cannabis verschrieben werden darf. Das Gesetz räumt damit den behandelnden Ärzten eine zentrale Rolle bei entsprechenden Therapieentscheidungen ein.

In der Praxis ist allerdings vor allem die dürftige Informationslage problematisch, mit der sich die Ärzteschaft aktuell konfrontiert sieht. Es existieren derzeit weder verlässliche Anwendungsempfehlungen noch durch die Ärztekammer anerkannte Fortbildungsangebote, was in Verbindung mit befürchteten Regress-Forderungen seitens der Krankenkassen zu großer Unsicherheit führt. Diese Leistungsträger stehen Cannabis und seiner Anwendung nach wie vor skeptisch gegenüber und lehnen die Kostenübernahme häufig mit dem pauschalen Verweis auf den „fehlenden Nachweis der Wirksamkeit“ ab, obwohl ihnen das Gesetz eine Ablehnung „nur in begründeten Ausnahmefällen“ einräumt.¹

Hinzu kommt, dass der Einsatz insbesondere von Cannabisblüten gegenläufig zu den aktuellen Entwicklungen in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin steht, die auf klare Kausalitäten und

standardisierte Verabreichungen besteht. Für Cannabis werden nicht nur bisher fehlende standardisierte Dosierungsmöglichkeiten reklamiert. Die Vielzahl der Wirkstoffe in der Pflanze und der daraus resultierenden Pharmaprofile erschweren es zudem, klare Kausalitäten eines Behandlungserfolgs und die für die Evidenzforschung so wichtigen eindeutigen Ursache-Wirkungs-Beziehungen festzustellen.² Diesem Mangel an medizinischer Evidenz inklusive der konfligierenden Gesamtsituation steht die kontinuierlich steigende Nachfrage auf Patientenseite gegenüber. Laut einer Umfrage der Rheinischen Post unter großen Krankenkassen ließen sich bis zum Beginn des Jahres 2018 schon 13.000 Patienten registrieren, die sich um eine cannabisgestützte Behandlung bemühen;³ für das Frühjahr 2018 kann bereits von über 20.000 Anträgen ausgegangen werden.

Hoffnung macht in dieser Situation die Tatsache, dass, trotz jahrzehntelanger Forschungseinschränkungen aufgrund der Einstufung als nicht-verkehrsfähiges Betäubungsmittel, in bestimmten Kreisen der Bevölkerung das Wissen um das Potential von Cannabis als Heilmittel bei der Bewältigung von Krankheiten und Leidenszuständen nie vollständig verloren gegangen ist.⁴ Sozialwissenschaftliche Forschungen haben seit den 1990er-Jahren immer wieder Belege dafür gefunden, dass Patienten und Leidende den Gewinn beim Management ihrer schwierigen Lebenssituationen für so hoch einstufen, dass sie für die Beschaffung dieses Hilfsmittels selbst Strafverfolgung, Stigmatisierung in ihrem sozialen Umfeld und unberechenbare Beschaffungsprobleme auf sich nehmen.⁵⁻⁷ Es kann daher davon ausgegangen werden, dass sich bei Cannabis-Medizin-Patienten in und außerhalb offizieller Behandlungen über die Jahrzehnte wertvolles Wissen zur medizinischen Anwendung von Cannabis akkumuliert hat, das ernst genommen werden muss.

Angetrieben von dieser Grundannahme läuft seit 2017 an der Hochschule Merseburg eine qualitative Studie, die erfolgreichen Integrationsstrategien des Cannabisgebrauchs nachgeht. Ausgehend von ei-

nem eigens dafür entwickelten theoretischen Modell zu notwendigen Integrationsleistungen, Konflikten, unterstützenden Ressourcen, Fähigkeiten u. a. werden über qualitative Studien sowohl unter Recreation Usern als auch unter Cannabis-Medizin-Patienten (in offizieller oder selbstinitiiert medizinischer Behandlung) nach entsprechenden Strategien für die Integration von Cannabis in den Lebensalltag gesucht und diese einer Analyse unterzogen. Diese Arbeiten sind noch nicht abgeschlossen und werden gegenwärtig mit einer Erweiterung der Stichprobe der Cannabis-Medizin-Patienten fortgeführt.

Theorie & Methode

Mit ihren theoretischen Grundlagen knüpft die Studie an das Modell des Integrierten Drogenkonsums der RISA-Studie an.⁹⁻¹¹ Dieses baut auf einem gesundheits- und sozialpsychologischen Verständnis der Integration von Drogen in den Alltag auf und ermöglicht eine differenzierte und dynamische Betrachtung des in der Regel hochkomplexen Verlaufs dieser Prozesse (Abb. 1). Ausgangspunkt ist die These, dass das Integrationsbemühen darauf zielt, mit dem Gebrauch psychoaktiver Substanzen langfristig die persönliche und soziale Gesundheit zu erhalten oder sogar zu steigern.

Für einen Einblick in die komplexen Herausforderungen und Strategien, mit denen Cannabis in den Alltag integriert wird, bedient sich die Studie einer induktiven, qualitativ ausgerichteten sozialwissenschaftlichen Forschungsstrategie gestützt auf *narrative Interviews*

nach Schütze.¹⁸ Es wurde darauf Wert gelegt, die Befragten mit einer Erzählaufforderung ohne weitere Vorgaben in Ausführlichkeit zu ihrem auf Integration ausgerichteten Umgang mit Cannabis berichten zu lassen: In Ergänzung zum narrativen Interview wurde das *problemzentrierte Interview* in Form eines externen Integrations- und Bilanzierungsteils nach Witzel eingesetzt.¹⁹ Die gestellten Interviewfragen orientieren sich dabei am Integrationsmodell (a. a. O.):

1. Mit welchen Herausforderungen sehen sich die Befragten konfrontiert?
2. Wie gehen sie mit diesen um? Welche Strategien und Ressourcen nutzen sie?
3. Wie bewerten sie ihre Erfahrungen? Wie bewerten andere ihre Erfahrungen?

Die Auswertung der Daten lehnt sich an Schützes Methodik in enger Verbindung mit der *Grounded Theory*²⁰ an und erfolgte unter Verwendung des Auswertungsprogramms MAXQDA. Das Sampling wurde nach dem Prinzip der maximalen Kontrastierung (Geschlecht, Alter, Dauer der Anwendung) gewählt. Es umfasste 22 Interviews mit Recreation Usern und 23 Interviews mit Cannabis-Medizin-Patienten. Da zum Erhebungszeitraum (Mai–November 2017) in der Region noch keine ausreichende Zahl an Cannabis-Medizin-Patienten in einer offiziell anerkannten Behandlung kontaktiert werden konnte, wurden die Einschlusskriterien für das Sample ausgeweitet: In die

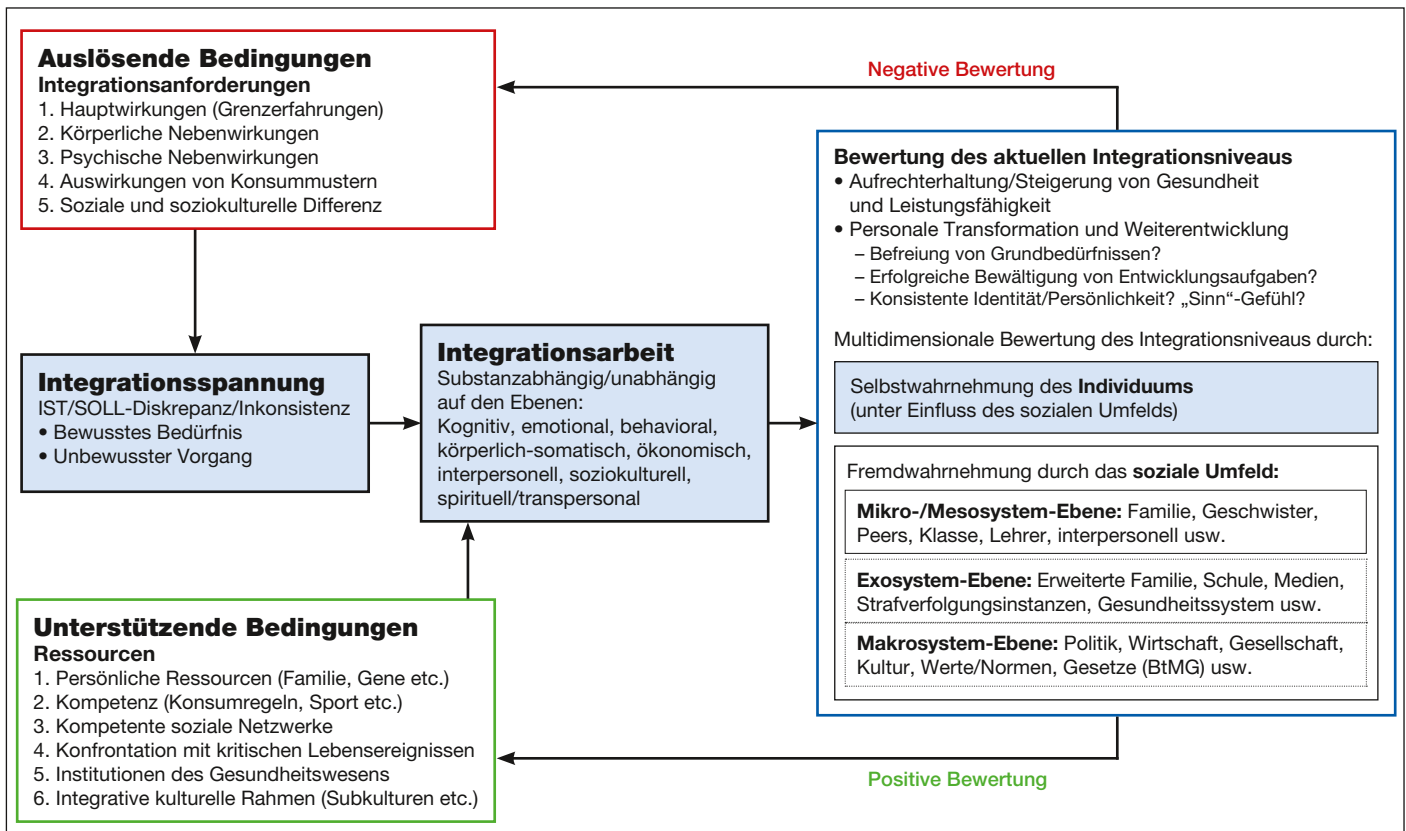


Abb. 1: Integrationsmodell, modifiziert nach Schmidt¹¹: Dieses Modell greift auf die theoretischen Grundlagen der Konsistenztheorie¹², Ideen zum Kohärenzgefühl¹³, Erkenntnisse zum Dreiklang von Drug, Set und Setting^{14,15} und eine ökosystemische Betrachtungsweise¹⁶ zurück. Gesundheit, verstanden als gelungene Integration des Cannabiskonsums in das Leben, entsteht nach diesem Modell, wenn Substanz, Set und Setting sowie damit verbundene biopsychosoziale Prozesse¹⁷ in einer sinnvollen, handhabbaren und konsistenten Weise zusammenspielen.

Studie wurden auch Personen einbezogen, die bereits länger als zwölf Monate Cannabis selbstinitiiert verwenden, um mit eigenen Krankheits- und/oder Leidenszuständen umzugehen. Der relativ unkomplizierte Zugang zu Cannabis-Medizin-Patienten in selbstinitiiertem Behandlung lässt die Vermutung zu, dass das Dunkelfeld der Selbstmedikation mit Cannabis auch in Deutschland weit größer ist, als wissenschaftliche und politische Schätzungen bislang angenommen haben.

Ergebnisse

Die folgenden Einblicke in die Anwendungspraxis offizieller Cannabis-Medizin-Patienten, aber auch in das Dunkelfeld selbstinitiiertem Behandlungen und Selbstmedikationen, zeigen eine überraschende Breite an Anwendungsmöglichkeiten der Cannabis-Medizin. Diese Breite resultiert vermutlich aus der ungewöhnlich komplexen pharmakologischen Zusammensetzung der Cannabispflanze – über 100 Cannabinoide und 200 Terpene –²¹ sowie den zahlreichen Anwendungsformen (rauchen, oral, transdermal etc.). Insgesamt überraschten das profunde Erfahrungswissen der Teilnehmer der Studie und die Vielzahl der Integrationsstrategien für dieses Medikament. Neben dem Management des komplexen Wirkspektrums wurde der Umgang mit den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen als besondere Herausforderung beschrieben.

Breite der Anwendungsmöglichkeiten

Zunächst erstaunte die Breite der Anwendungsmöglichkeiten von Cannabis. Allein bei den 23 in Behandlung stehenden Personen unseres Samples fanden sich 21 klinisch relevante Krankheitszustände sowie darüber hinaus Leidenszustände (etwa Verspannungen, Stress, Sprachstörungen), bei denen Cannabis als Hauptmedikation eingesetzt wurde (Abbildung 2). Eine wichtige Rolle spielt Cannabis offenbar bei der Reduktion oder Substitution anderer Medikamente (z. B. Opiate) sowie bei der Reduzierung von unerwünschten Nebenwirkungen (z. B. Cortison). Insgesamt legt dies die Vermutung nahe, dass die Liste an möglichen Indikationen für Cannabis-Medizin wahrscheinlich deutlich größer ist als bislang angenommen.

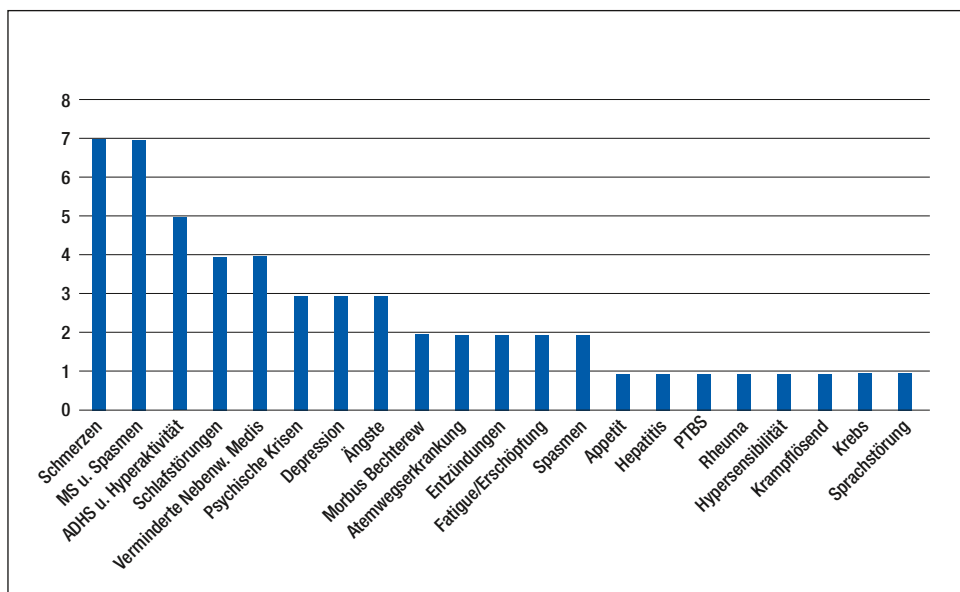


Abb. 2: Anwendungsbereiche für Cannabis-Medizin

Umfängliches Erfahrungswissen:

Ebenso vielgestaltig wie die Erfahrungen mit passgerechten Einsatzgebieten erwiesen sich auch die Kenntnisse zur Eignung unterschiedlicher Pharmaprofile und Applikationsformen von Cannabis. Offenbar verfügen die befragten Patienten auch dazu über einen reichen Fundus an Erfahrungswissen, welches auch als hilfreich empfundene Variablen des Sets und Settings einschließt. Die spezifischen Pharmaprofile der verwendeten Cannabispräparate und deren Bedeutung für den Behandlungserfolg werden im klinischen Betrieb noch häufig unterschätzt. Diese Profile reichen von (teil-)synthetischen THC-Monopreparaten (etwa Dronabinol, Nabinol) über THC/CBD-Kombinationsextrakte (etwa Sativex) bis hin zu standardisierten getrockneten Cannabis-Blüten. Derzeit sind rund 30 Sorten verschreibungsfähig und können vor allem nach ihrem THC/CBD-Verhältnis sowie nach ihrer Typenzugehörigkeit (Sativa/Indica/Hybrid) kategorisiert werden.²²

Während die unterschiedlichen Präparate vor dem Gesetz gleich behandelt werden²³ – auch hier liegt die Entscheidung also letztlich beim behandelnden Arzt – bevorzugen die Studienteilnehmer überwiegend die Blütenform. Vor allem die Monopreparate werden wegen ihrer geringen und unvollständigen, einseitigen oder als zu eingreifend empfundenen Wirkung von den Patienten oft nicht akzeptiert und nach Verschreibung wieder abgesetzt.

Ja, ich habe erst die ölige Lösung einmal, oder mehrmals probiert. Die war, naja freundlich gesagt, relativ wirkungslos. Dann habe ich es versucht mit der alkoholischen Lösung, weil man die verdampfen kann. (...) Ja, wenn ich es weiterverarbeitet habe und aufgimpft, konnte man es benutzen, aber es, also, nein diese Auszüge, das ist reines THC. Die Pflanze hat sich etwas dabei gedacht, dass sie Hunderte von Wirkstoffen hat. Also dieser Auszug ist, er wirkt, man kann nicht sagen, dass er gar nichts macht, aber es ist wie von einem Porsche in einen Trabi umsteigen: also es fährt auch, aber nicht annähernd so... (lacht) (ID 55)

Auch innerhalb der Sorten und Genotypen gibt es große Unterschiede. Diese werden vor allem in eher körperlich und beruhigend (Indica) oder eher geistig und aktivierend (Sativa) unterschieden.

Daraus ergeben sich ernstzunehmende Hinweise für entsprechende Einsatzgebiete. So werden Sativa-Sorten bspw. eher für tagsüber stattfindende Aktivitäten empfohlen und Indica-Sorten eher für den abendlichen Gebrauch oder zur Behandlung von Ein- und Durchschlafschwierigkeiten. Eine Nicht-Beachtung kann offensichtlich gegenteilige/pathologische Effekte provozieren.

Es gibt ja auch verschiedene Grassen, und darauf kannst du auch ein bisschen achten. Manche Sorten sind besser geeignet. Indica-Sorten sind zum Beispiel besser für mich, da das mehr drückt, also müde macht. Bei Sativa-Gras muss ich dann oft wieder zu viel nachdenken und kann auch wieder nicht einschlafen. Also man kann das schon ein bisschen beeinflussen. (ID 43)

Neben den Genotypen findet auch das davon unabhängige *Verhältnis von THC und CBD* verstärkte Beachtung beim Management von Krankheits- und Leidenszuständen. Insbesondere Patienten, die mit THC-dominanten Sorten oder Monopräparaten unerwünschte psychische Nebenwirkungen (u. a. Ängste, *kreisende Gedanken*, Schlafstörungen etc.) feststellen, profitieren von CBD-haltigen Präparaten, da sie als besonders angstlösend und beruhigend wahrgenommen werden.

Bei Sativex, ein Mundspray (...) das hab ich bis heute nicht so raus, wie viele Sprühstöße ich genau brauch, damit es ein bisschen so was Positives hat. Also das liegt auch daran, dass so, du bekommst auch immer das THC halt noch mit. Genau wie beim normalen Kiffen. Also du, du kriegst das CBD nicht ohne das THC. Und dann eher zufällig habe ich entdeckt, jetzt, vor einem Monat, das was ich will und das, was ich brauche, ist das CBD und nicht das THC. (...) Und ich hab dann eben auch gemerkt, dass ich zum Beispiel mit CBD und mit meiner Atmung ... da komm ich immer direkt bisschen mehr in so eine Grundruhe rein. (ID 59)

Für Cannabis-Medizin in seinen diversen Formen wird von den Teilnehmern auf unterschiedlichste Applikationsformen zurückgegriffen – geraucht (pur/mit Tabak), vaporisiert, inhaliert, orale oder transdermale Aufnahme. Die jeweils gewählten Applikationstechniken und Gerätschaften sind keinesfalls reine Formsache, sondern verändern offensichtlich maßgeblich die zu erwartende Wirkungsweise des Cannabispräparats. Mangelt es an Wissen und Erfahrung, so beginnen die Teilnehmer selbstständig und unter Heranziehen verschiedener Informationsquellen (Internet, Bücher, Selbsthilfegruppen etc.) mit der Erforschung geeigneter Applikations- und Zubereitungsformen. Für eine weniger systemische und mehr lokale Symptomlinderung entwickelten einzelne Patienten sogar eigene Rezepturen für transdermal wirkende Cremes und Salben. Der Weg dorthin kann als quasi-wissenschaftliches Vorgehen betrachtet werden, indem durch kleinere Experimente oder nach dem Prinzip von Trial & Error die effizientesten und wirksamsten Applikationsformen herausgefunden werden.

So und dann hab ich angefangen damit zu experimentieren, fand es auch vom Geschmack richtig ekelig. Und dann hab ich mir das halt dann in Honig eingerührt oder in herbe Soßen miteingerührt oder in Kapseln probiert, in Butter aufgelöst und in Öl eingerührt, ach, alles Mögliche. Tinkturen, in Salben für die Haut und ja. Und dann, mit einem Mal, war mein Krebs in Remission. (ID 45)

Mit den eigenen Erfahrungen wird von einigen Befragten beispielsweise der Einsatz eines Vaporisators bei akuten Schmerz-Spitzen belegt oder eine orale Einnahme – manche stellen sich eigenes Öl oder spezielle Mischungen abgefüllt in Gelatine kapseln her – aufgrund der langen und konstanten Wirkungsdauer (Depotwirkung) für optimales Durchschlafen bei Schmerzen/Krämpfen. Da die in den Blüten enthaltenen Cannabinoide und Terpene jeweils unterschiedliche Verdampfungspunkte haben, wird offenbar für eine optimale Wirkung neben der zu vaporisierenden Sorte auch die eingestellte Temperatur wichtig. So führt ein Befragter anhand der Reduktion seiner Spastik exemplarisch aus:

Wenn ich CBD-haltige Sorten habe. CBD verbrennt über 170 Grad, das heißt, da gehe ich dann von 150 bis 170 so ungefähr, ab 157 für THC dann auch mit freigegeben und auf 185 gehe ich dann abends eher in die Körper, da werden meine Spasmen deutlich weniger auf höheren Temperaturen. Aber ich werde eben auch etwas gedämpfter. Eigentlich tatsächlich so, wie es in den Lehrbüchern steht. (...) Ja, CBD-haltige Sorten eher niedrig, ja. Also alles, was rein THC-lastig ist, gehe ich meistens ab 180. (ID 55)

Die Theorie von *Drug, Set & Setting* verweist darauf, dass sich die Wirkung einer psychoaktiven Substanz aus dem Zusammenspiel von pharmakologischen Gesetzmäßigkeiten, individueller Persönlichkeit und (soziokultureller) Umgebung ergibt.^{14,15} Auch hier entwickeln die Befragten umfängliche Strategien mit dem Ziel, unerwünschte Wirkungen zu vermeiden, die heilsamen Effekte zu verstärken und ihren Cannabisgebrauch optimal mit ihrem Alltag zu vereinbaren. Diese Strategien umfassen detaillierte Angaben zu befindlichkeitsabhängigen Dosierungen, unterstützenden Einstellungen

und Intentionen (situativ und übersituativ), Ritualisierungen und konkreten Erfahrungswerten bezüglich des genauen Zeitpunktes der Einnahme. Um eine Vereinbarkeit mit den Anforderungen des Alltags zu gewährleisten, setzen manche Befragte bspw. auf *Punkt-nüchternheit* (ID 01) oder *Microdosierungen* (ID 55), um besonders anspruchsvolle oder verantwortungsvolle Tätigkeiten wie die Kinderbetreuung oder das Führen einer Maschine/eines Kraftfahrzeugs durchführen zu können.

Was hab ich noch beim Integrieren in den Alltag? Das ist (...), dass es schon wichtig ist zu differenzieren, welche Aufgaben kann ich mir halt unter dem Einfluss zumuten und welche Aufgaben sollte ich am besten ohne erledigen. Ich mach das dann eher hinterher mit dem Cannabistherapieren, um dann aufgetretene Effekte zu behandeln. Ähm (...) Ja (...) Es ist halt eine persönliche Sache, zu wissen, welche Aufgaben kann ich halt mit Cannabis und welche kann ich nicht. Puhh (...) (langes Ausatmen) (ID 49)

Wie wichtig die Vereinbarkeit der Medikation mit dem konkreten Alltag der Patienten ist, zeigt auch das folgende Beispiel, in dem eine MS-Patientin ihre Applikationsform an ihre am nächsten Tag zu erledigenden Aufgaben (Setting) anpasst. In diesem Fall wählt sie eine orale Applikation (Cannabis-Butter) kurz vor dem Zubettgehen, um die nicht immer erwünschte morgendliche Einnahme zu minimieren und dank der Depotwirkung nüchtern, aber dennoch relativ schmerzfrei *funktionieren zu können* und ihren *stressigen Tag* besser zu bewältigen.

Ich habe eine Butter, die ich ab und zu in einen Kakao tue (...), wenn ich weiß, es wird wieder ein stressiger Tag morgen und ich muss einfach schneller fit sein. Da brauche ich sonst tatsächlich zwei Stunden morgens (...) bis die MS soweit aus dem System ist, dass ich auch wirklich einkaufen kann und die Taschen halten und all solche Geschichten. Dass (...) auch die Finger laufen und ich laufe und nichts mehr schwankt und alles gut ist. Das kann ich damit verkürzen, dann schlafe ich super und habe morgens eben, da muss ich nur mal, eine Minirunde vaporisieren und ich bin schon absolut fit und kann dann erst mal loslegen, das ist, das ist eben auch. Ich bin mir noch nicht so sicher mit der Dosierung. Das mache ich nur, wenn ich auch noch ein Backup habe im Moment. (ID 55)

Cannabis: Ein unterschätztes Komplexmittel für komplexe Wirkungserwartungen?

Ein Spezifikum der Cannabispflanze, das bei der modernen Medizin immer wieder für Unmut sorgt, ist die unterstellte schwierige Standardisierung und Symptomspezifität. Genau diese Eigenschaft führt allerdings in der Studie zu den positivsten Bewertungen bzw. der höchsten Zufriedenheit – sowohl bei Cannabis-Medizin-Patienten als auch Recreation Usern. Nahezu alle Befragten der Studie sehen in Cannabis eine Art *Komplex-Mittel*. Danach zeichnet sich die Wirkungsweise von Cannabis-Medizin nicht nur durch die Linderung eines Symptoms aus. Hervorgehoben werden die Wechselwirkungen zwischen ganzheitlicher Besserung, gelungener Alltagsbewältigung und einem Gewinn an Lebensqualität, die ihrerseits wieder mit positiven Rückwirkungen auf Symptome in Verbindung gebracht werden. Nicht nur als Einzelfall wird beschrieben, wie die entspannende, stimmungshobende und introspektionsfördernde Wirkung bei einer Patientin zur Abnahme von Schlafstörungen, verbesserter Alltagsbewältigung, sozialer Einbindung und insgesamt mehr Lebensqualität führt:

Viele meiner Probleme, vor allem Schlafstörungen, haben extrem abgenommen. Gleichzeitig die mit meiner Krankheit verbundenen Flashbacks sind deutlich weniger geworden, auch tagsüber. Irgendwie habe ich das Gefühl, ich bin da also dadurch auch aufmerksamer in Bezug auf mich selbst. Also, dass ich eher merke, wenn etwas mit mir nicht stimmt und dass ich dann auch darauf reagieren kann. Also früher haben mir die ganzen therapeutischen Konzepte in verschiedenen Psychotherapien einfach wenig gebracht, weil ich es nicht umsetzen konnte, weil ich nie so diese Entspannung hatte, weil ich nie so etwas erreicht habe, dass ich da wirklich an mir arbeiten konnte und mit den Problemen umgehen lernen konnte. Und mir geht es jetzt schon viel besser und auch alle in meiner Umwelt beschreiben es eigentlich, so dass ich jetzt auch viel besser gelaunt bin. (ID 47)

Zwar berichten einige Befragte – überwiegend aus dem Recreation-Bereich – auch über bestimmte unerwünschte Nebenwirkungen (primär Verwirrungszustände, Vergesslichkeit, Trägheit), jedoch gerade für die medizinische Nutzung schätzten die Befragten überdeutlich ein, dass die unerwünschten Nebenwirkungen im Verhältnis zu den Nebenwirkungen vieler Schmerzmittel oder Psychopharmaka als tolerierbar zu betrachten sind. Besonders Befragte mit langer Leidensgeschichte und ehemals starker Medikamentierung berichten von teilweise umfänglichen gesundheitlichen Verbesserungen:

Ich habe vorher einen Koffer voller Medizin gehabt (...) die Medizin gegen die Nebenwirkungen der Nebenwirkungen der Nebenwirkungen. Jetzt nehme ich nur noch meine Schilddrüsenhormone und Cannabis. Ich nehme keine Schmerzmittel mehr, keine Opiate mehr. Keine Benzodiazepine mehr, das habe ich früher alles gekriegt, ohne Ende, also alles süchtig machenden Dinge diese, also wirklich alles was hochgradig giftig ist. Die letzten Sachen, Oxytocin, was hatten wir nicht alles, also die haben uns zugeballert damals. Und ich wollte das einfach nicht mehr. Mir ging es, mir ging es auch schlecht, also keine Schmerzen zu spüren, aber dafür nichts mehr wahrzunehmen, ist auch keine Alternative. Und schon gar nicht, wenn man echt putzige Kinder hat. (...) Ja, ne, also das hat, das ist ein ganz, ganz großer Unterschied und ich denke, dass wird auch meinen Leber- und Nierenwerten auf Dauer wahrscheinlich sehr, sehr guttun. (ID 55)

(Selbst-)Medikation im medizinischen System

Obwohl viele Patienten bereits von der gesetzlichen Neuregelung profitieren, bestehen nach wie vor große Herausforderungen im medizinischen System. Diese drehen sich in unserer Studie vor allem um die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen bzw. folgende daraus resultierende Schwierigkeiten:

- Zermürbende Beantragungsphase und soziokulturelle Konflikte
- Mangelhafte Informationslage und Beratung
- Mangelhafte Versorgungslage

Beantragungsphase und soziokulturelle Konflikte

Eine große Belastung war und ist für viele Patienten und Ärzten die Beantragungsphase.²⁴ Diese wird als Spießrutenlauf erlebt, was teilweise an immer noch bestehenden Ressentiments gegenüber der viele Jahre lang illegalen und stigmatisierten Cannabispflanze und deren Anwendern liegt, vor allem aber an der als willkürlich wahrgenommenen Ablehnungspraxis der Krankenkassen und des MDK. Selbst in

unserer zahlenmäßig kleinen Studie waren Beantragungsphasen von mehr als acht Monaten und schwere Vorurteile gegenüber Patienten, die eine Behandlung mit Cannabis anstreben, keine Einzelfälle:

Ich musste halt täglich zur Ärztin gehen und irgendwie jeden Tag mich darum kümmern. Auch um andere Sachen: Um meine Arbeit und gleichzeitig meine Krebsdiagnose. Dann habe ich eine sehr starke psychische Belastung und meine Hausärztin schickt mich immer zu jedem einzelnen Arzt extra und ähm, das ist halt gerade jetzt, wo ich aus der Reha-Klinik wiedergekommen bin, schon ein Spießrutenlauf. Und auch in der Reha-Klinik, das war einfach unmöglich, wenn ich gesagt hätte, dass ich halt, ich möchte Cannabis haben. Das ist einfach, weil diese Einrichtungen so veraltet sind. (...) Da ist selbst Meditation ein Fremdwort. (...) Ich habe mich da auch immer voll unwohl gefühlt. Ich bin immer sehr weit weggegangen, weil ich Angst hatte. Okay, wenn irgendjemand das riecht und sagt halt, okay, der konsumiert Cannabis, da wäre ich sofort aus der Klinik entlassen worden. (ID 44)

Beratung

Ähnlich wie die Ärzteschaft wünschen sich auch die Befragten zuverlässige und professionelle Informationen für eine erfolgreiche Behandlung/Therapie. Als Vorbild werden immer wieder die derzeit in vielen US-Bundesstaaten etablierten *Dispensaries* genannt. Diese apothekenähnlichen, staatlich lizenzierten Beratungs- und Verkaufsstätten bieten zahlreiche Cannabis-Varietäten, Applikationshilfen und eine individuelle, an die jeweiligen Bedürfnisse und Lebenssituation angepasste Beratung. Bei einer befragten Person war der Leidensdruck so groß, dass sie auf der Suche nach professioneller Beratung und den für sie geeigneten Cannabis-Varietäten sogar eine Reise in die USA unternahm:

Und nach meiner Diagnose dann (...) habe ich auch bewusst geguckt, wo ich gutes, also richtig gutes Gras bekomme. Also z.B. Indica oder ähm, ähm, aktives Gras. Und dann bin ich Ende August in die USA geflogen nach Portland und habe mich dort auch beraten lassen, weil ich halt auch mit dieser Krebsdiagnose umgehen musste und da ist es halt auch bei Cannabis dann schwierig, wenn man keine Beratung hat, wirklich etwas zu finden, was nicht zu psychedelisch ist, weil, weil das, dann fangen deine Gedanken noch mehr an zu kreisen und ich wollte halt wirklich einfach nur etwas Beruhigendes haben und was meine Schmerzen stillt. Und da habe ich halt auch wirklich den Unterschied gemerkt, also was das halt auch wirklich ausmacht zu wissen, wie viel THC und TBC da drin ist. (ID 44)

Versorgungslage

An der derzeitigen Versorgungslage werden von den Befragten die geringe Auswahl an Sorten und Präparaten (Cannabinoidprofile & Applikationsformen), die hohen Preise, die teilweise ungenügende Qualität und Transparenz der Produkte und vor allem die anhaltenden Lieferschwierigkeiten kritisiert:

Ich wurde dann aber bald eines Besseren belehrt, dass gerade Gras in Deutschland oft sehr mangelhaft ist, teilweise giftig und dann bin ich wieder zum Hasch zurückgekehrt. Jetzt weiß ich, ... was es alles überhaupt für Sorten und Unterschiede in Lagerung und Transport gibt. ... Wie die Qualitäten sein könnten, wie sie sind. ... Ich würde gerne wissen, was ich zu mir nehme! Ich würde gerne wissen, wie lange das haltbar ist, wie wirklich die Inhaltsstoffe sind, welche Transportlinie es gehabt hat. (ID 52)

In der Gesamtkonstellation führt dies schlimmstenfalls dazu, dass kranke Menschen bereits vor oder auch während der Beantragungsphase ihr Bemühen um eine offizielle Behandlung abbrechen, sich auf dem Schwarzmarkt versorgen oder ihre eigenen Pflanzen züchten, um für ihre individuelle Konstellation wirksame Applikationsformen, Sorten und Pharmaprofile in verlässlicher Menge und Qualität verfügbar zu haben:

Ich hab dann mit viel Schmerzmitteln etc. behandeln müssen (...) die sind mir aber alle auf'n Magen geschlagen, unheimlich, viel gespült und mir ging's einfach überhaupt nicht gut. Dann hab ich gemerkt, wenn ich die Tabletten weggelassen hab und halt mein Gras und gute Sorten vor allen Dingen hatte dann, dass die die Schmerzen total eingedämmt haben, grad so bei Indica-Sorten. Und dann hab ich halt angefangen, gezielt meine Indica-Sorten zu züchten, damit ich daran halt zuverlässig rankomme, und hab jetzt seit ich 23 bin, keine Schmerztabletten, gar nichts konsumiert, nur Cannabis in sämtlichen Extrakten und Konsumformen. Mir geht's blendend, meine Lebensqualität ist um einiges gesteigert und das Ganze mit dem Alltag zu vereinbaren, ist für mich gar kein Problem. (ID 50)

Resümee und Ausblick

In der Zusammenschau zeigt sich, dass die vorliegenden empirischen Befunde schon jetzt Einblicke erlauben in:

1. bisher wenig bekannte Strategien einer selbstinitiierten Behandlung ohne Hinzuziehen medizinischer Expertise,
2. Strategien der Selbstmedikation im Sinne eines komplementären Rückgriffs auf Cannabis-Medizin im Rahmen einer schulmedizinischen Behandlung und
3. in Strategien des Managements von Leidenszuständen im Sinne von als leidvoll erlebten Phänomenen und Situationen, die allerdings nicht immer den Status einer Erkrankung zuerkannt bekommen (z.B. Sprach- und Schlafstörungen, Unruhe, Anspannung).

Deutlich wird, dass die medizinische Anwendung bzw. das vorhandene Erfahrungswissen zu Pharmaprofilen (Indica/Sativa, THC/CBD etc.), Applikationsformen (von oral bis transdermal), *Set und Setting* weit über das hinausgeht, was gegenwärtig mit Marinol/Dronabinol bzw. mit THC-lastigen Medikamenten möglich ist. Diese werden wegen ihrer unvollständig empfundenen Wirkungen von den Patienten oftmals nicht akzeptiert.

In offizieller medizinischer Behandlung, aber auch im Dunkelfeld selbstinitiierten Behandlungen und Selbstmedikationen, wird eher auf Cannabis-Komplexmittel zurückgegriffen, die sich die Betroffenen in unterschiedlichen pharmakologischen Varietäten und diversen Applikationsformen entweder selbst herstellen/anbauen/züchten oder auf dem Schwarzmarkt beschaffen. Hintergrund dürfte sein, dass die umfassenden positiven Wirkungen von Cannabis auf ihre komplexe Wirkstoffzusammensetzung zurückzuführen sind – immerhin besteht wissenschaftlicher Konsens darüber, dass über 100 Cannabinoide, über 200 Terpene und zahlreiche Flavonoide das komplexe Wirkspektrum von Cannabis begründen.^{21,25} Der noch wenig erforschte *Entourage Effekt*²⁶ deutet zudem darauf hin, dass die einzelnen Bestandteile in ihrem Zusammenspiel Synergieeffekte freisetzen (*Phytocannabinoid-terpenoid synergy*)²⁷, die weit über die Wirkungen der Monowirkstoffe hinausreichen.

Resultierend aus dieser Situation hat sich offenbar längst ein mühsam gesammeltes Erfahrungswissen entwickelt, das belegt, dass sich das Potential von Cannabis als Medizin nur erschließen lässt, wenn abgestimmt auf die jeweils individuelle Bedürftigkeit der Patienten eine passende pharmakologische Varietät und Applikationsform eingesetzt werden kann. Über diesen Erfahrungsschatz lassen sich Hinweise erschließen, welche Phytocannabinoide sich in welcher Varietät für die Behandlung/das Management von welchen Krankheits- und Leidenszuständen eignen und welche nicht. Ernst genommen und wissenschaftlich systematisiert lassen sich daraus wichtige Hinweise für aufwendigere klinische Studien ableiten. Die Erfahrungen langjähriger Cannabis-Medizin-Patienten zeigen deutlich, dass bei falscher Wahl nicht nur keine Effekte eintreten, sondern – etwa bei Nutzung anregender Sorten zur Behandlung von Schlafstörungen – sogar negative Wirkungen angestoßen werden können. Dies könnte die zum Teil große Ermüchterung in gegenwärtigen ärztlichen Behandlungsversuchen erklären.

Erfahrungsbasierte Volksmedizin wissenschaftlich erschließen

Unsere Ergebnisse machen deutlich, dass das Dunkelfeld selbstinitiierten Behandlungen und Selbstmedikationen wahrscheinlich weit größer ist als bisher angenommen. Über dieses umfangreiche und vielgestaltige Erfahrungswissen kann offensichtlich ein großer Erfahrungsschatz an informellem Wissen dazu erschlossen werden, welche pharmakologischen Varietäten und Applikationsformen von Cannabis sich für welche Bedarfslagen eignen und welche eher nicht. Die Wertschätzung dieses Wissens und seine besondere Bedeutung für schulmedizinische Forschungen, aber auch die kontinuierlich steigende Nachfrage auf Patientenseite sowie der dringende Bedarf an verlässlichen Informationen für Ärzte und Patienten, begründen die Sinnhaftigkeit eines Forschungsprojekts, das sich ausdrücklich der systematischen Sammlung und wissenschaftlichen Analyse des in der Bevölkerung vorliegenden, empirischen Erfahrungswissens zu selbstinitiierten Behandlungsversuchen und Selbstmedikationen widmet. Ziel dieses Forschungsprojektes sollte es sein, rasch und differenziert mehr Einblick in das therapeutische Spektrum cannabinoid-basierter medizinischer Anwendungsformen zu erhalten, um daraus zumindest vorläufige Anwendungsempfehlungen und anerkannte Fortbildungsangebote zu entwickeln und vielversprechende empirisch-praktische Erfahrungen einer gezielten medizinischen Forschung zuzuführen. Mit Rückgriff auf die erfahrungsgelitete Volksmedizin ergeben sich für die evidenzbasierte Schulmedizin Chancen, erfolgversprechenden Hinweisen in aufwendigen klinischen Studien mit größerer Treffsicherheit und damit auch Zeitgewinn nachgehen zu können und die schwierigen pharmakologisch-klinischen Wirkungen des komplexen Vielstoffgemisches Cannabis zielgerichteter zu entschlüsseln. Voraussetzung ist allerdings, die Praxis von Cannabis-Medizin-Patienten in ihrem Wert anzuerkennen und sozialwissenschaftliche Forschungen zur erfahrungsgeliteten Volksmedizin als wesentlichen Baustein einer Forschung zur medizinischen Anwendung von Cannabis zu etablieren.

Autoren:

Prof. Dr. phil. habil. Gundula Barsch
M.A. Jörg-Simon Schmid

Hochschule Merseburg
Fachbereich Soziales, Medien und Kultur
Eberhard-Leibnitz-Str. 2, 06217 Merseburg

Korrespondenz: M.A. Jörg-Simon Schmid
Tel.: 03461 46-2254

E-Mail: joerg-simon.schmid@hs-merseburg.de

Quellenangaben und Fußnoten

- 1 Für die bis Ende 2017 bei der Techniker Krankenkasse eingereichten 3.200 Anträge und für die bei den AOK-Kassen eingereichten 7.600 Anträge lag die Genehmigungsquote bei nur rund 64 %, von den bei der Barmer einreichten 3.200 Anträge wurden sogar nur 62 % genehmigt (vgl. [3]); zudem: Dpa (2017): Krankenkassen wehren sich gegen Cannabis auf Rezept. Ärzte Zeitung online, 15.03.2017, www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/931699/zweifel-wirksamkeit-krankenkassen-wehren-cannabis-rezept.html
- 2 vgl. Tolmeit O (2017): Cannabis als Medizin – Wie Verwaltungsrecht dem Sozial- und Strafrecht die Richtung weist. Kriminalpolitische Zeitschrift. Ausgabe 4/2017
- 3 vgl. Ihme L (2018): Cannabis aus der Apotheke überraschend stark nachgefragt. In: Rheinische Zeitung vom 10.01.2018 In: https://rp-online.de/panorama/cannabis/cannabis-auf-rezept-seit-maerz-2017-ueberraschend-stark-nachgefragt_aid-17668621, letzter Aufruf 10.05.2018
- 4 vgl. Brenneisen, R. (2001): Cannabis, ein Wundermittel: Hanf als Heilmittel und Stand der medizinischen Forschung in der Schweiz. In: Die Renaissance der Hanfblüte Cannabis, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur 8. Sarganserländer Suchttagung. In: Abhängigkeiten. Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung (2001)7., 22-29
- 5 Barsch G, Schmid, JS, Kaplan Ch, Kress J (2018): Selbstinitiierte Behandlung und Selbstmedikation mit phytocannabinoiden – Ergebnisse einer vergleichenden qualitativen Studie unter Cannabis-Patienten in Deutschland und den USA. Unveröffentlichtes Manuskript
- 6 Schnelle M, Grotenhermen F, Reif M, Gorter FW (1999): Ergebnisse einer standardisierten Umfrage zur medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten im deutschen Sprachraum. Forschung Komplementärmedizin 6(1999), 28-36
- 7 Barsch G (1996): Zur therapeutischen Anwendung von Cannabis – Ergebnisse einer Pilotstudie unter HIV-positiven und Aids-kranken Männern und Frauen. In: Cannabis als Medizin: Beiträge auf einer Fachtagung zu einem drängenden Thema. AIDS-Forum D.A.H., Sonderband 15-22
- 8 RISA = Ritualdynamik beim Gebrauch & Missbrauch psychoaktiver Substanzen, DFG Sonderforschungsbereich 619
- 9 vgl. Jung B (2006): Das Leben nach der Ekstase – die Suche nach Integration. Die Bewältigung von Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen. Diplomarbeit. Universität Heidelberg
- 10 Jungaberle H, Gasser P, Weinhold J (Hg.) (2008): Therapie mit psychoaktiven Substanzen. Praxis und Kritik der Psychotherapie mit LSD, Psilocybin und MDMA. Bern: Verlag Hans Huber.
- 11 Schmid J-S (2018): Integrativer Umgang mit Drogen bei Jugendlichen. In Arbeit befindliche Dissertation. Betreut durch: Prof. Dr. Gundula Barsch, Prof. Dr. Nicole Pfaff & Dr. Henrik Jungaberle. Philosophische Fakultät. Universität Halle-Wittenberg
- 12 vgl. Grawe K (2000): Psychologische Therapie. (2., korrigierte Aufl.). Göttingen
- 13 vgl. Antonovsky A, Franke A (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verl.
- 14 vgl. Zinberg NE (1984): Drug, Set and Setting: The basis for controlled intoxicant use. Yale University Press
- 15 vgl. Leary TF (1964): The psychedelic experience. A manual based on the Tibetan book of the dead. New York: University Books
- 16 vgl. Bronfenbrenner U (1990): Ökologische Sozialisationsforschung. In: Kruse L, Graumann CF, Lantermann ED (Hrsg.): Ökologische Psychologie. Stuttgart: Enke. S. 76-79
- 17 vgl. Egger JW (2008): Theorie der Körper-Seele-Einheit: das erweiterte biopsychosoziale Krankheitsmodell. In: Integrative Therapie. Wien: Krammer / Edition Donau-Universität Krems, 33(4): 497-520
- 18 vgl. Schütze F (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis, Heft 3. S. 283-293
- 19 Witzel A (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblicke und Alternativen. Frankfurt am Main/ New York: Campus Verlag
- 20 nach Glaser BG, Strauss AL (2005): Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber Verlag
- 21 vgl. Grotenhermen F, Müller-Vahl K (2017): Medicinal Uses of Marijuana and Cannabinoids. In: Critical Reviews in Plant Sciences 35 (5-6), S. 378–405. DOI: 10.1080/07352689.2016.1265360
- 22 vgl. Grotenhermen F, Götsche M (2018): Cannabisorten in Deutschland und ihre Inhaltsstoffe. Stand 24.07.2018, www.cannabis-med.org/nis/data/file/cannabisorten_inhaltsstoffe.pdf
- 23 Der Wortlaut der gesetzlichen Vorschrift ist hier eindeutig, siehe Zitat aus der Einleitung
- 24 vgl. Gerhardt G (2017): Cannabis auf Rezept – und der Ärger beginnt. Artikel in Medical Tribune vom 19.11.2017. Letzter Zugriff 23.6.2018, www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/cannabis-auf-rezept-und-der-aerger-beginnt
- 25 Brenneisen R (2007): Chemistry and analysis of phytocannabinoids and other Cannabis constituents. In: Elsohly M (ed.). Marijuana and the Cannabinoids. Humana Press: Totowa, NY, pp. 17–49
- 26 vgl. Ben-Shabat S, Fride E, Sheskin T et al. (1998): An entourage effect: inactive endogenous fatty acid glycerol esters enhance 2-arachidonoyl-glycerol cannabinoid activity. European Journal of Pharmacology. 353 (1): 23–31. doi:10.1016/S0014-2999(98)00392-6
- 27 vgl. Russo EB (2011): Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. In: British Journal of Pharmacology 163 (7), S. 1344–1364. DOI: 10.1111/j.1476-5381.2011.01238.x