

# Dunkelfeldanalyse zur medizinischen Versorgung mit Cannabisprodukten in Frankfurt

Modul des Konzeptes „Medizinisches  
Cannabis in Frankfurt am Main“

Endbericht

Bernd Werse, Gerrit Kamphausen & Luise Klaus

März 2020

gefördert durch das  
Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main

## Inhaltsverzeichnis

0.	Zusammenfassung .....	4
1.	Zielsetzung .....	9
2.	Methoden.....	11
2.1	Qualitative Erhebung.....	11
2.2	Quantitative Online-Befragung .....	12
3.	Durchführung und Basisdaten.....	13
3.1	Qualitative Erhebung.....	13
3.2	Quantitative Online-Befragung .....	14
4.	Ergebnisse der qualitativen Befragung.....	15
4.1	Symptome und Diagnosen .....	16
4.2	Entwicklung der Cannabis-Konsummuster und Bewusstwerdung medizinischer Wirkungen .....	21
4.3	Erfahrungen mit medizinischen Wirkungen.....	28
4.4	Konsumierte Produkte, Konsumformen und Mengen.....	32
4.4.1	Arten konsumierter Cannabisprodukte.....	32
4.4.2	Applikationsformen .....	35
4.4.3	Mengen und Frequenz.....	38
4.5	Erfahrungen mit Verschreibungspraxis und illegaler Versorgung.....	39
4.5.1	Verschreibungen und Kostenübernahmen .....	39
4.5.2	Illegale Versorgung .....	44
4.6	Abgrenzung des medizinischen Konsums vom Freizeitkonsum.....	48
4.7	Umgang mit Stigmatisierung und Kriminalisierung sowie Reaktionen aus dem sozialen Umfeld.....	52
4.8	Einstellungen zur Gesetzesänderung und dessen Umsetzung .....	59
5.	Ergebnisse der Online-Befragung .....	65
5.1	Prävalenz des Cannabiskonsums.....	65
5.2	Konsummotive und Konsumformen.....	68
5.3	Gesundheitliche Beschwerden und ärztliche Diagnosen .....	69
5.4	Erfahrungen mit Arztbesuchen und Kostenanträgen bei den Versicherungen .....	74
5.5	Bezugsquellen für Cannabisprodukte .....	78
5.6	Meinungen zur Verbesserung der Verschreibungspraxis.....	80
6.	Fazit.....	82
7.	Literatur.....	88
	Anhang: Fragebogen für die Online-Befragung .....	91

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Überblick über die Stichproben und Basisdaten in beiden Erhebungen und der Frankfurter Teilstichprobe .....	15
Tabelle 2:	Lebenszeitprävalenz der verschiedenen Cannabisprodukte in der Frankfurter Teilstichprobe .....	65
Tabelle 3:	12-Monats-Prävalenz der verschiedenen Cannabisprodukte in der Frankfurter Teilstichprobe .....	66
Tabelle 4:	30-Tages-Prävalenz der verschiedenen Cannabisprodukte in der Frankfurter Teilstichprobe .....	67
Tabelle 5:	Konsummotive in der Frankfurter Teilstichprobe nach Geschlecht.....	68
Tabelle 6:	Medizinisch wirksamste Konsumformen in der Frankfurter Teilstichprobe nach Geschlecht.....	68
Tabelle 7:	Selbst berichtete gesundheitliche Beschwerden in der Frankfurter Teilstichprobe .....	70
Tabelle 8:	Gründe dafür, keinen Arzt nach einer Verschreibung von Cannabis als Medizin gefragt zu haben in der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt .....	75
Tabelle 9:	Reaktion des Arztes bzw. der Ärztin auf die Frage nach Cannabis als Medizin in der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt...	76
Tabelle 10:	Voraussetzungen, erneut einen Arzt oder eine Ärztin nach der Verschreibung von Cannabis als Medizin zu fragen in der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt.....	77
Tabelle 11:	Gründe der Ablehnung der Kostenübernahme in der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt.....	77
Tabelle 12:	Warum würden Sie keine Fertigarzneimittel nehmen wollen? In der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt.....	78
Tabelle 13:	Am häufigsten genutzte Bezugsquellen für Cannabisprodukte in der Frankfurter Teilstichprobe .....	79
Tabelle 14:	Zustimmung zu möglichen Maßnahmen der Verbesserung der Verschreibungspraxis von Cannabis-Arzneimitteln in der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt.....	81
Abbildung 1:	Häufigste Konsumformen in der Teilgruppe mit gemischten Motiven der Frankfurter Teilstichprobe .....	69
Abbildung 2:	Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes mit und ohne Cannabismedikation in der Frankfurter Teilstichprobe .....	73
Abbildung 3:	Einschätzung des nötigen Aufwandes, Cannabis aus bestimmten Bezugsquellen zu erhalten in der Frankfurter Teilstichprobe.....	80

## 0. Zusammenfassung

Im Folgenden werden die Ergebnisse einer Studie des Centre for Drug Research (CDR) der Goethe-Universität Frankfurt im Rahmen des Projektes „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“, gefördert durch das Drogenreferat der Stadt Frankfurt, präsentiert. Von Ende 2018 bis Ende 2019 wurden hierfür zwei Erhebungen durchgeführt: eine qualitative Befragung unter sich überwiegend auf dem Schwarzmarkt versorgenden medizinischen Cannabisnutzer\*innen in Frankfurt und eine bundesweite quantitative Online-Erhebung für Cannabispatient\*innen ohne Kostenübernahme, mit Schwerpunkt auf Frankfurt und Umgebung.

### Qualitative Befragung

Für diese Erhebung wurden Ende 2018 insgesamt 31 qualitative Interviews mit Personen geführt, die Cannabis weit überwiegend aus medizinischen Gründen nutzen, sich aber teilweise oder komplett auf dem Schwarzmarkt mit der Substanz versorgen. 42% der Befragten sind weiblich und 58% männlich; das Durchschnittsalter beträgt 37 Jahre. Diese Gruppe repräsentiert nicht die Gesamtheit medizinischer Cannabisnutzer\*innen, sondern stellt entsprechend der Auswahlkriterien nur einen bestimmten Ausschnitt dar.

Schmerzen unterschiedlicher Art sind die am häufigsten genannten **Symptome**, gegen die Cannabis-Arzneimittel eingesetzt werden, gefolgt von AD(H)S, Schlafstörungen, Depressionen und zahlreichen weiteren physischen und psychischen Beschwerden. Weit überwiegend haben die Befragten auch eine ärztliche Diagnose für diese Symptome. AD(H)S wurde bei vielen der Betroffenen erst spät diagnostiziert, weshalb sie häufig entweder schon seit langem unbewusst Selbstmedikation betrieben und/oder bereits diverse Folgebeschwerden entwickelt hatten. Die Ursachen für die mit Cannabis behandelten Schmerzen sind vielfältig, teils chronisch, teils nur zeitweise auftretend. Die meisten Befragten weisen mehrere Symptome auf, die sie mit Cannabis bearbeiten; teilweise gibt es dabei Zusammenhänge zwischen physischen und psychischen Beschwerden.

Mehr als vier von fünf Befragten haben Cannabis erstmals mit Freizeitmotivation konsumiert, zumeist im jugendlichen Alter. Die **Konsummuster** entwickelten sich indes sehr unterschiedlich: während einige schon früh intensiv Cannabis gebrauchten, konsumierten andere fortan nur sporadisch und wiederum andere beließen es beim Probierkonsum. Nur selten wurde bereits zu Beginn der Konsumerfahrungen eine medizinische Wirkung wahrgenommen; zumeist erfolgte diese Bewusstwerdung über einen Jahre andauernden Prozess. Darüber hinaus gibt es eine signifikante Minderheit, deren Erstkonsum – zumeist im fortgeschrittenen Alter – bereits mit medizinischer Motivation erfolgte.

Schmerzlinderung ist die am häufigsten genannte (erwartete) **Wirkung** für Cannabis-Medikation. Das betrifft nicht nur direkte, sondern auch indirekte Effekte, indem die Betroffenen durch Cannabis z.B. indifferenter gegenüber dem Schmerz werden. Auch der relativ häufig genannte schlaffördernde Effekt kann dazu beitragen, ebenso wie zur Bearbeitung der inneren Unruhe von AD(H)S-Patient\*innen. Diese stellen zudem zumeist eine ‚paradoxe‘, konzentrationssteigernde Wirkung fest. Beruhigung bzw. Entspannung, z.T. in Kombination mit Muskelrelaxation, ist ebenfalls ein häufig erwünschter Effekt. Daneben werden von Einzelnen noch spezifischere Wirkungen genannt.

Viele der Befragten haben aufgrund der Schwarzmarktsituation keine Auswahl für ihre Hanfprodukte sowie keine Informationen über Wirkstoffgehalte. Vorlieben für bestimmte **Arten von Cannabisprodukten** sind unterschiedlich verteilt, wobei Blüten deutlich häufiger bevorzugt werden als Haschisch;

zudem möchten viele zusätzlich zu THC einen gewissen Anteil an CBD konsumieren. Im Hinblick auf **Applikationsformen** nehmen knapp zwei Drittel Cannabis mittels Rauchkonsum zu sich, häufig auch zusammen mit Tabak. Oft wird dies mit Gewohnheit begründet. Generell möchten die meisten ihre Cannabisprodukte aufgrund der Kontrollierbarkeit inhalativ zu sich nehmen, z.B. mittels eines Vaporizers, der zweithäufigsten Applikationsform. Etwas mehr als die Hälfte konsumieren täglich, wobei die **konsumierte Menge** je nach Krankheitsbild zwischen 0,1 und mehr als 5 Gramm variiert. Andere Befragte haben eine geringere Konsumhäufigkeit und nehmen Cannabis aus medizinischen Gründen nur bei zeitweise auftretenden Beschwerden.

Etwas mehr als die Hälfte der Interviewten haben nie eine **Verschreibung** für ihre Cannabismedikation beantragt. Diejenigen Personen, die über ein Rezept verfügen, bekommen zumeist die Kosten nicht von der Krankenkasse erstattet oder die benötigte Menge übersteigt die von der Krankenkasse finanzierte, weshalb sie größtenteils preisgünstigere Cannabisprodukte vom **Schwarzmarkt** oder aus Eigenanbau konsumieren. Ein Teil der Befragten hatte bereits bei diversen Ärzt\*innen versucht, ein Rezept zu bekommen, stieß aber oft auf kategorische Ablehnung. Demzufolge seien mithin nicht wenige Mediziner\*innen sehr kritisch gegenüber Medizinalcannabis eingestellt. Einige Patient\*innen möchten nicht versuchen, ein Rezept zu erhalten, u.a. aufgrund der geringen konsumierten Mengen und weil sie sich zusätzlich zu ihrer Krankheit Stress aufgrund von Diskussionen mit Ärzt\*innen und ggf. Krankenkassen ersparen wollen. Oftmals wird auch keine Notwendigkeit gesehen, da die Versorgung aus privaten illegalen Quellen als gut, zuverlässig und relativ günstig beschrieben wird. Dennoch würden die weitaus meisten dieser Befragten eine ‚Legalisierung‘ ihres Konsums begrüßen.

Während fast alle Befragten Cannabis aus medizinischen Gründen nutzen und für ihre Symptome eine ärztliche Diagnose haben, nutzt eine Mehrheit die Substanz auch aus ‚**Freizeitgründen**‘. Nicht selten werden die psychoaktiven Wirkungen auch bei klaren medizinischen Motiven als willkommener Nebeneffekt begrüßt. Insbesondere entspannende Wirkungen machen es in manchen Fällen schwierig, medizinische und Freizeitnutzung zu trennen, da diese auch für die Bearbeitung bestimmter Krankheitsbilder (z.B. solche, die mit Schlafstörungen einhergehen) von Bedeutung sein können. Teilweise werden Freizeit- und medizinische Nutzung mittels Konsumform (z.B. Rauchen vs. Vaporizer) getrennt.

Gerade bei älteren Interviewpartner\*innen mit bereits längerer Krankheitsgeschichte (aber nicht nur bei diesen Befragten) stellte sich **Stigmatisierung** als wichtiges Thema heraus. Zum einen betrifft dies konkrete Erfahrungen mit der Strafverfolgung bzw. die Sorge, strafrechtlich belangt zu werden, zum anderen die Bewertung ihres medizinischen Konsums von anderen Personen, insbesondere medizinischem Personal, als Freizeitkonsum oder Abhängigkeit. Zuweilen wurden durch Stigmatisierung sowie teilweise konkrete **Kriminalisierung** bei strafrechtlicher Auffälligkeit bzw. Führerscheinverlust auch Krankheitsverläufe bzw. Lebensläufe insgesamt negativ beeinflusst. Einige Befragte berichten aufgrund dessen über komplexe, schwerwiegende Leidensgeschichten. Bei einigen Jüngeren zeigen sich gewisse Anzeichen für eine wachsende allgemeine Akzeptanz von Cannabismedikation.

**Kritik an der bestehenden gesetzlichen Regelung** gab es vor allem im Hinblick auf den Passus, nach dem Medizinalcannabis nur verordnet werden soll, wenn herkömmliche Medikamente nicht eingesetzt werden können. Nicht selten werde dies von Ärzt\*innen so interpretiert, dass die Betroffenen ‚austherapiert‘ sein müssen, weshalb sie aus diesen Gründen eine Verschreibung ablehnen. Generell wurde beklagt, dass Mediziner\*innen dem Thema gegenüber oftmals nicht aufgeschlossen seien und dass Krankenkassen nicht selten eine Kostenerstattung ablehnen würden, auch bei Patient\*innen mit

schweren Erkrankungen. Daher wurden entsprechende Fortbildungen als begrüßenswert beurteilt. Zudem sprechen sich die meisten Befragten für eine generelle Legalisierung von Cannabis aus, wovon auch selbst zahlende Patient\*innen mit weniger gravierenden Beschwerden profitieren würden.

## Quantitative Online-Erhebung

Um die Daten der qualitativen Erhebung zu prüfen und zu ergänzen, wurde ein Fragebogen für eine Online-Erhebung entwickelt. Zielgruppe waren alle Konsumierenden über 18 Jahre, die entweder Erfahrungen mit (Versuchen der) Selbstmedikation mit Cannabis ohne ärztliches Rezept haben (und sich auf dem Schwarzmarkt bzw. über Eigenanbau versorgen), oder solche mit ärztlichem Cannabis-Rezept, die keine Kostenübernahme der Behandlung durch die Krankenkassen haben. Durch den Fokus auf diese Zielgruppe sollte das Dunkelfeld der Selbstmedikation und der Verschreibungen auf Privatrezept erforscht werden, einschließlich der aus den qualitativen Interviews bekannten Vermischung von medizinisch begründetem Konsum und Freizeitkonsum.

Der Fragebogen war vom 17.09.2019 bis zum 27.10.2019 erreichbar und wurde über verschiedene Online-Kanäle bekannt gemacht. Insgesamt haben 774 Personen den Fragebogen komplett ausgefüllt. Davon sind 637 Teilnehmer (82,7%), 136 Teilnehmerinnen (17,6%) und eine Person, die ihr Geschlecht als ‚divers‘ angegeben hat. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden beträgt 35,6 Jahre. Genau einhundert Personen (12,9%) geben an, in Frankfurt am Main oder der näheren Umgebung (Umkreis von 50 km) zu leben. Diese Unterscheidung dient dazu, jene Teilnehmenden zu identifizieren, die möglicherweise in Frankfurt einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen. Auf dieser Teilgruppe, die sich insgesamt nur leicht von der Gesamtstichprobe unterscheidet, liegt der Schwerpunkt der folgenden Ergebnispräsentation.

Als **Konsumkennzahlen** wurden Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz sowie täglicher Konsum für verschiedene Cannabisprodukte erhoben. Der Konsum von Blüten (Marihuana) ist am weitesten verbreitet und weist für alle abgefragten Zeiträume die höchsten Werte auf. 83% der Frankfurter Teilstichprobe haben mehr als 200 Mal im Leben Cannabisblüten konsumiert, bezogen auf die letzten 12 Monate trifft dies auf 55% zu. Ansonsten wurde vor allem Haschisch häufig konsumiert, allerdings weit weniger regelmäßig als Blüten, die von 89% in den letzten 30 Tagen und von 47% täglich konsumiert werden. Nennenswerte Konsumerfahrungen gibt es mit Cannabis-Extrakten und CBD-Produkten, die auch noch relativ häufig im letzten Monat konsumiert wurden. Das Alter beim Erstkonsum, unabhängig vom konsumierten Cannabisprodukt, liegt durchschnittlich bei 19,7 Jahren (Median: 17 Jahre). Die individuell pro Monat konsumierte Menge liegt zwischen null und 100 Gramm, der Mittelwert bei 24 Gramm, der Median bei 15 Gramm.

Aus dem Frankfurter Subsample geben 45 Personen (45%) einen ausschließlich **medizinisch begründeten Konsum** an. Weitere 16% konsumieren nach eigenen Angaben größtenteils aus medizinischen Gründen, 18% wählen die Antwortkategorie „ungefähr gleich / halb-halb“ und 12% geben an, ihr Cannabiskonsum sei größtenteils nicht-medizinisch begründet, während 9% die Kategorie „das kann man nicht genau trennen“ angeben. Auf die Frage nach der gegen ihre individuellen gesundheitlichen Beschwerden wirksamsten Konsumform geben 41% das Vaporisieren (Verdampfen ohne Rauchentwicklung) an, weitere 21% nennen das Rauchen des reinen Cannabis und 23% geben an, das Rauchen von Cannabis in der Mischung mit Tabak sei am wirksamsten gegen ihre Beschwerden.

Bei der Frage nach **gesundheitlichen Beschwerden** wurden von den Frankfurter Teilnehmenden durchschnittlich 5,1 Symptome angegeben. Die drei hier am häufigsten genannten Kategorien sind

depressive Verstimmungen (56%), innere Unruhe (57%) und Schlafstörungen bzw. Schlaflosigkeit (73%). Dabei handelte es sich in der Regel um gesundheitliche Beschwerden, die ergänzend zu deutlich schwerwiegenderen Erkrankungen (z.B. Fibromyalgie, ADHS oder Erkrankungen, die mit Spastiken assoziiert sind) genannt wurden. Diese gehen relativ häufig mit (chronischen) Schmerzen und Entzündungen einher; ansonsten wurden zahlreiche weitere Symptome von jeweils mehreren Personen genannt. Für die Mehrzahl der gesundheitlichen Beschwerden liegt eine ärztliche Diagnose vor. Sowohl im Gesamtsample als auch in der Frankfurter Teilstichprobe haben etwa drei Viertel der Teilnehmenden mindestens eine ärztlich gesicherte Diagnose. Die Diagnosen wurden offen abgefragt und decken ein breites Spektrum an Erkrankungen ab; nicht selten handelt es sich um verschiedene Erkrankungen in Kombination.

Die Teilnehmenden sind von der **Wirkung der Cannabismedikation** subjektiv sehr stark überzeugt. Nur 13% geben an, dass es ihnen ohne Cannabis sehr gut oder gut gehe, wogegen 97% angeben, dass es ihnen mit Cannabismedikation gut bzw. sehr gut gehe. 23% der Frankfurter Teilstichprobe berichten von unerwünschten Nebenwirkungen, die häufig mit den psychoaktiven Effekten der Substanz zusammenhängen. Die Nebenwirkungen wurden offen abgefragt, häufig werden hier auch Wirkungen der Stigmatisierung und Kriminalisierung des Cannabisgebrauchs genannt.

Von den 100 Personen der Frankfurter Teilstichprobe geben 26% an, momentan zwar ein **Rezept für Cannabis als Medizin** zu haben, jedoch ohne Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Drei Personen geben an, früher ein Rezept gehabt zu haben, aber aktuell nicht mehr. Weitere 31% haben kein Rezept, obwohl sie mindestens einmal einen Arzt bzw. eine Ärztin danach gefragt haben. Die größte Gruppe (40%) hat kein Rezept und auch (noch) keine/n Mediziner\*in nach einer Verschreibung gefragt. Die Hälfte der Teilnehmenden mit Privatrezept bezieht ihr Cannabis nicht aus der Apotheke – u.a. deswegen, weil der Aufwand für eine reguläre medizinische Versorgung im Vergleich zum Schwarzmarkt und zum Eigenanbau als höher eingeschätzt wird. Außerdem ist auffällig, dass die Teilnehmenden mehrheitlich auf Seiten der behandelnden Ärzte sowohl Unkenntnis als auch Stigmatisierung wahrnehmen. Unter denjenigen, welche ein Rezept ohne Kostenübernahme haben, wurde im Durchschnitt ein Kostenantrag gestellt, wobei die Spannweite von null bis zehn reicht. Als Gründe für die Ablehnung dominieren der Hinweis auf den allgemein anerkannten medizinischen Standard anderer Therapiemöglichkeiten, gefolgt von der Einschätzung, dass die Erkrankung nicht schwerwiegend genug für eine Kostenübernahme sei.

Die am häufigsten genutzte **Bezugsquelle** für das verwendete Cannabis sind Freund\*innen und Bekannte, die nicht als Dealer kennengelernt wurden (30%), gefolgt von Privatdealern, die ihre Kund\*innen persönlich kennen und zumeist in Privatwohnungen treffen (27%). Die dritthäufigste Bezugsquelle ist die Apotheke („Selbstzahler“; 13%). Auf die Frage, wie der zur Nutzung einer jeweiligen Quelle nötige Aufwand eingeschätzt wird, betrachten die Teilnehmenden die Nutzung von Schwarzmarktquellen mit Abstand als am wenigsten aufwändig, während der Aufwand, ein Rezept für Cannabis aus der Apotheke als sehr hoch angesehen wird. Der Aufwand, Cannabis selbst anzubauen, wird als mittelhoch eingeschätzt.

Abschließend wurden die Teilnehmenden gefragt, welche Maßnahmen zu einer möglichen **Verbesserung der Verschreibungspraxis** und der Etablierung von Cannabismedikation beitragen könnten. Die höchste Zustimmung findet in der Frankfurter Teilstichprobe die Aussage „den behandelnden Arzt bzw. die Ärztin allein entscheiden lassen (Abschaffung der Prüfung durch den medizinischen Dienst

der Krankenkasse)“, gefolgt von „Einführung der verpflichtenden Kostenübernahme durch die Krankenkasse“ und „Aufhebung der gesetzlichen Beschränkung auf ‚schwerwiegende‘ Erkrankungen“.

## Fazit

Bei den hier befragten Personen kann weit überwiegend von einer manifesten medizinischen Indikation für ihren Cannabiskonsum ausgegangen werden, wobei die Spannweite an Symptomen und Wirkungen groß ist. In der Wahrnehmung vieler Betroffener haben aber u.a. Vorurteile aus der Medizin eine adäquate, legale Medikation verhindert. Dies könnte wiederum damit zusammenhängen, dass viele Patient\*innen auch die rekreativen Wirkungen von Cannabis befürworten, so dass nicht immer eine klare Trennung zwischen medizinischem und nicht-medizinischem Gebrauch vorgenommen werden kann. Gleichzeitig haben Verbot und Stigmatisierung bei nicht wenigen, die Selbstmedikation betreiben, einen negativen Einfluss auf ihre gesundheitliche und soziale Situation. Dies betrifft u.a. die Ablehnung und z.T. offene Stigmatisierung seitens vieler Ärzt\*innen, die dazu beiträgt, dass Betroffene weiterhin Selbstmedikation betreiben.

Insgesamt zeichnen sich drei Grundtypen von medizinisch Konsumierenden ab:

- a) Personen mit schweren Erkrankungen, die auf beständige Medikation angewiesen sind,
- b) Unregelmäßig Konsumierende mit oft weniger schweren Erkrankungen und
- c) Grenzfälle zwischen medizinischem und Freizeitkonsum.

Insbesondere für Typ a sollte eine Verschreibung mit Kostenübernahme besser ermöglicht werden, wogegen Personen der Typen b und c häufig bereit wären, weiterhin Selbstzahler\*innen zu bleiben – sofern sich Verfügbarkeit und Preisniveau verbessern. Zudem sollte ein Abbau bürokratischer Hürden für verschreibende Ärzt\*innen und Patient\*innen erwogen werden sowie Aufklärungsarbeit, um entsprechende, offenbar tiefsitzende Vorurteile gegenüber Cannabismedikation abzubauen.

## 1. Zielsetzung

Seit März 2017 ist das sogenannte „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ in Kraft, das Patientinnen und Patienten mit „schwerwiegenden Erkrankungen“ den Zugang zu Cannabismedikamenten erleichtern soll (BtMRÄndG 2017). Trotz dieser Gesetzesänderung kann davon ausgegangen werden, dass eine Gruppe von Personen existiert, die sich, mit eindeutiger medizinischer Indikation, weiterhin mit illegal produziertem Cannabis versorgt (auf dem Schwarzmarkt und/oder durch Eigenanbau). Die Gründe hierfür können sehr vielfältig sein. Diese Personen werden von keinem Versorgungsbericht erfasst und bleiben unbekannt („im Dunkeln“). Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, mehr Licht in dieses Dunkelfeld zu bringen und mehr Informationen über diese Personengruppe und ihre Beweggründe zu erhalten (für erste Erkenntnisse hierzu vgl. Barsch & Schmid 2018).

Das Centre for Drug Research (CDR) der Goethe-Universität Frankfurt hat zu diesem Zweck im Rahmen des Projektes „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“, gefördert durch das Drogenreferat der Stadt Frankfurt, sowohl eine qualitative Befragung unter medizinischen Cannabisnutzer\*innen in Frankfurt als auch eine bundesweite quantitative Online-Erhebung mit Schwerpunkt auf Frankfurt und Umgebung durchgeführt. Mit diesem Endbericht präsentieren wir die Ergebnisse dieser beiden Erhebungsmodule.

Neben eindeutig medizinischen Cannabisnutzer\*innen, die sich auf dem Schwarzmarkt versorgen, kann die Grenze zwischen medizinischer Verwendung und „Freizeitkonsum“ (recreational use) fließend sein. Aus anderen Untersuchungen (u.a. Hakkarainen et al. 2014 & 2017, Bawin 2019, Wenger & Schaub 2019) ist bekannt, dass es nicht selten ‚Grenzfälle‘ gibt, in denen sich Freizeitkonsum in irgendeiner Weise mit medizinischer Nutzung vermischt bzw. überschneidet.

Die beiden Erhebungen hatten zum Ziel, Personen zu erreichen, die sich trotz medizinischer Indikation weiterhin illegal mit Cannabis versorgen, wobei die Durchführung der qualitativen Interviews v.a. darauf abzielte, eine möglichst breite Spanne an unterschiedlichen Erfahrungen und Typen in Frankfurt selbst zu erreichen und deren biographische Erfahrungen nachzeichnen zu können, während die Online-Befragung möglichst große Stichproben – sowohl für Frankfurt und Umgebung als auch für das übrige Bundesgebiet – zu erzielen, welche die Kriterien erfüllen.

Die Spanne unterschiedlicher Typen bzw. Erfahrungen, welche die Stichprobe für die Dunkelfeldanalyse bilden, lässt sich wie folgt darstellen:

- Personen, die vor der Gesetzesänderung 2017 eine Ausnahmegenehmigung für Cannabismedikamente hatten, aber seither keine Verschreibung mehr bekommen,
- Personen, die eine eindeutige medizinische Indikation haben, aber sich aus unterschiedlichen Gründen weiterhin außerhalb des regulären medizinischen Systems versorgen möchten,
- Personen, die eine eindeutige medizinische Indikation haben, aber sich aus unterschiedlichen Gründen weiterhin selbst bzw. auf dem Schwarzmarkt versorgen müssen, da sie kein Rezept und/oder keine Kostenübernahme erhalten,
- Personen, die Cannabis zeitweise zum Freizeitgebrauch und zeitweise mit medizinischer Intention konsumieren,
- Personen, die Cannabis vornehmlich zum Freizeitgebrauch konsumieren, aber nach Selbsteinschätzung zusätzlich eine medizinische Intention besteht.

Die beiden Erhebungsmodule hatten eine Reihe von Forschungsfragen zum Gegenstand, die im Folgenden angeführt sind:

- Welche soziodemographischen Merkmale weisen die erreichten Zielgruppen auf (Alter, Geschlecht, Bildung etc.)?
- Für welche Symptome erhoffen sich die befragten Personen eine Linderung der Beschwerden durch Cannabis? Wie stellt sich die Verteilung dieser Beschwerden im Verhältnis zu den häufigsten Indikationen für Cannabismedizin dar? Haben die Personen für ihre Beschwerden eine ärztlich gestellte Diagnose?
- In welcher Form werden Cannabisprodukte mit medizinischer Intention konsumiert? Aus welchen Gründen entscheiden sich die Patient\*innen für bestimmte Applikationsformen?
- Weshalb versorgen sich diese Personen weiterhin auf dem illegalen Markt? Gibt es z.B. Patient\*innen, die sich bewusst weiterhin illegal versorgen, obwohl sie gute Chancen auf eine Verschreibung hätten? Was sind die Gründe hierfür?
- Welche Hindernisse im Versorgungssystem bestehen im Zugang zu Cannabis-Arzneimitteln (z.B. bei der Arztsuche, der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen, der Verfügbarkeit von Cannabis-Arzneimitteln in den Apotheken etc.)? Beeinflussen diese Versorgungshindernisse die Entscheidung, sich auf dem Schwarzmarkt zu versorgen?
- Wie stellt sich innerhalb der befragten Zielgruppe das Verhältnis zwischen ‚eindeutig‘ medizinischen Nutzer\*innen und solchen, bei denen es in irgendeiner Weise eine Vermischung von medizinischem und Freizeitgebrauch gibt, dar?
  - In diesem Zusammenhang gilt es u.a. zu klären, inwiefern sich die Betroffenen kulturell der Gruppe der „recreational“ Cannabiskonsument\*innen zuordnen oder nicht und inwiefern die psychoaktiven Wirkungen der Droge erwünscht sind oder eher als unangenehme Nebenwirkungen betrachtet werden.
  - Zudem ist hier von Interesse, inwiefern Betroffene zwischen medizinischem und Freizeitgebrauch trennen und welche Ausprägungen und biographischen Verläufe im „Graubereich“ zwischen Freizeitkonsum und medizinischer Verwendung existieren.
- Welche Rolle spielen gängige Images von Cannabis als Rauschmittel im Hinblick auf die Konsumbiographie (u.a.) medizinischer Nutzer?<sup>1</sup>
- Wie stellen sich generell die Einstellungsmuster im Hinblick auf medizinische vs. „recreational“ Wirkungen von Cannabis dar und wie unterscheiden diese sich zwischen unterschiedlichen Patient\*innengruppen?
- Welche Meinungen zum Cannabis-als-Medizin-Gesetz und die aktuelle Versorgungssituation existieren unter den betreffenden Personen?

Es handelt sich bei dieser Studie um eine sozialwissenschaftliche Dunkelfeldanalyse. Zwar werden dabei Fragen zu Krankheitsbildern und zur subjektiv empfundenen medizinischen Wirkung von Cannabis-

---

<sup>1</sup> Dass diese Fragestellung ein wichtiges Thema sein könnte, wurde erst nach den ersten Interviews deutlich, so dass sie erst in den folgenden Interviews explizit mit einbezogen wurde.

produkten gestellt; es handelt sich aber nicht um eine Arzneimittelstudie, die mit standardisierten Methoden aus der Medizin arbeitet. Der Schwerpunkt des Interesses liegt auf Einstellungen, Meinungen, biographischen Erfahrungen und Rahmenbedingungen.

Abschließend sei an dieser Stelle zunächst all jenen gedankt, die an der Studie teilgenommen haben. Dies betrifft die 31 Interviewten aus der qualitativen Erhebung (von denen einige im Interview erwähnten, dass sie gerne mit ihrem echten Namen zitiert werden dürften, da ihnen das Thema ein großes Anliegen sei – wir haben uns allerdings für die Beibehaltung der Anonymität entschieden) und die 774 Personen, die an der Online-Befragung teilgenommen haben. Zudem danken wir allen, die geholfen haben, beide Erhebungen bekannt zu machen, namentlich die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin und den Deutschen Hanfverband sowie viele Einzelpersonen, die hierfür persönliche Kontakte und Social Media genutzt haben. Und nicht zuletzt gilt dem Gesundheitsdezernat und dem Drogenreferat der Stadt Frankfurt, die diese Studie finanziell gefördert haben, ein herzlicher Dank. Wir freuen uns, mit diesen Ergebnissen einen Beitrag zum Projekt „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“ geleistet zu haben und zur Weiterentwicklung des Themas beitragen zu können.

## 2. Methoden

### 2.1 Qualitative Erhebung

Als Methode wurde eine Form des leitfadengestützten qualitativen Interviews verwendet. Der Leitfaden enthielt Fragestellungen, die auf die o.g. Forschungsfragen abzielten. Die Interviews wurden jedoch gemäß den allgemeinen Prämissen qualitativer Forschung relativ offen geführt: nur selten wurden die Fragestellungen wörtlich aus dem Leitfaden abgelesen und der thematische Ablauf richtete sich zumeist an den Aussagen der Interviewpartner\*innen. Zu Beginn der Interviews war eine starke biographisch-narrative Komponente (bezogen auf Cannabiserfahrungen bzw. medizinische Cannabisnutzung) enthalten.

Was die Rekrutierung der Stichprobe betrifft, so sollte ein möglichst großes Spektrum an medizinischen Indikationen wie auch unterschiedlichem Ausmaß an Überschneidungen zum Freizeitgebrauch abgedeckt werden.

Die Rekrutierung der zu Befragenden lief über bekannte Cannabispatient\*innen (u.a. aus der Hanfinitiative Frankfurt) und Internetressourcen: u.a. die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin, den Deutschen Hanfverband, einschlägige Internetforen, Facebook und Twitter. Zudem gab es Ausgänge in der Universität und einige Interviewte wurden auch über persönliche Kontakte („Herumfragen“) und „snowball sampling“<sup>2</sup> (Biernacki & Waldorf 1981) erreicht. Angestrebt wurde dabei eine Stichprobe von mindestens 25 Personen, die letztlich sogar übererfüllt wurde (siehe Abschnitt 3.1). Die Interviews sollten nach Möglichkeit face-to-face durchgeführt werden, was letztlich auch bei allen der Fall war.

---

<sup>2</sup> Dabei handelt es sich um eine Vorgehensweise, bei der Interviewpartner\*innen nach ihnen bekannten möglichen weiteren Interviewpartner\*innen gefragt werden, so dass sich bestenfalls längere „Verweisketten“ („chain referral“) ergeben.

## 2.2 Quantitative Online-Befragung

Die Daten der qualitativen Erhebung wurden auch genutzt, um das Erhebungsinstrument der quantitativen Befragung zu erstellen. Dazu wurde ein Fragebogen mit LimeSurvey® konstruiert und im Internet zur Teilnahme veröffentlicht. Zielgruppe waren alle Konsumierenden über 18 Jahre, die Erfahrung mit Cannabis als Medizin, aber kein Rezept mit Kostenübernahme durch die Krankenkassen haben. Es ging also um Selbstmedikation mit Cannabis und um Selbstzahler\*innen in der Apotheke. Durch den Fokus auf diese Zielgruppe sollte das Dunkelfeld der Selbstmedikation und der Verschreibungen auf Privatrezept erforscht werden, einschließlich der aus den qualitativen Interviews bekannten Vermischung von medizinisch begründetem Konsum und Freizeitkonsum. Dabei ist das Subsample der Frankfurter Teilnehmerinnen und Teilnehmer von besonderer Bedeutung, da das Projekt insgesamt auf die Verbesserung der Versorgungslage mit medizinischem Cannabis in Frankfurt abzielt.

Der Fragebogen enthält neben den soziodemographischen Angaben der Teilnehmenden Fragen zu Konsumkennzahlen für verschiedene Cannabisprodukte (Blüten, Harz, Extrakte u.a.), den (selbst) behandelten gesundheitlichen Beschwerden, eventuellen ärztlichen Diagnosen und dem Versicherungsstatus auch Fragen zu den persönlichen Erfahrungen mit und Meinungen zu der Verschreibungspraxis und der zugrundeliegenden rechtlichen Situation von Cannabis als Medizin. Dazu gehören zum Beispiel Fragen nach den wirksamsten und am häufigsten genutzten Konsumformen, dem anteiligen Verhältnis von medizinischem und rekreativem Gebrauch, dem allgemeinen Wohlbefinden mit und ohne Cannabismedikation, dem Aufwand, ein Rezept zu erhalten im Vergleich zum Aufwand, andere Bezugsquellen zu nutzen und den persönlichen Meinungen zu verschiedenen Möglichkeiten, die Verschreibungspraxis zu verbessern.

Methodische und inhaltliche Limitierungen des Erhebungsinstrumentes und der erhobenen Daten ergeben sich daraus, dass es sich um eine nicht-repräsentative, internetbasierte Erhebung handelt, so dass beispielsweise deutlich mehr Männer als Frauen in der Stichprobe vertreten sind. Darüber hinaus erwies sich die Abfrage der behandelten gesundheitlichen Beschwerden und insbesondere der dazugehörigen Diagnosen als schwierig. Während die Beschwerden mit gängigen Kategorien abgefragt wurden, wurden die Diagnosen offen abgefragt, da die Liste der möglichen Diagnosen für die kategorisierten Beschwerden schlicht zu lang und unübersichtlich für eine Interneterhebung war, und weil die Möglichkeit, dass jemand keine Diagnose zu einer angegebenen Beschwerde kennt, mit einbezogen werden musste (in diesem Fall sollte „Nein“ in das offene Feld für die Diagnosen eingetragen werden). Insgesamt scheint es einer nicht unerheblichen Anzahl der Teilnehmenden schwer zu fallen, überhaupt zwischen Symptomen und Diagnosen zu unterscheiden, während andere die Frage nicht aufmerksam gelesen haben und nur „Ja“ in das offene Feld für die Diagnose eingetragen haben, anstatt diese zu nennen. Als wenig brauchbar hat sich auch die Frage nach der Art einer möglicherweise erlebten Strafverfolgung erwiesen, da diese je nach Art der Strafverfolgung Mehrfachantworten erfordert hätte (z.B. „Strafanzeige“ und „Verfahrenseinstellung“), was aber von den Teilnehmenden zumeist nicht angegeben wurde. Daher konnte mit diesem kleinen Teil des Fragebogens nur die Häufigkeit, nicht aber die Art der Strafverfolgung, ermittelt werden (es waren 35% der Frankfurter Teilstichprobe, die in irgendeiner Art und Weise Strafverfolgung erlebt haben).

Schließlich ist die kleine Gruppe aus dem Ausland teilnehmender Personen schwer zu verwerten, da der Fragebogen auf die deutsche Verschreibungspraxis abzielt – was allerdings auf die hier hauptsächlich relevante Frankfurter Teilstichprobe keinen Einfluss hat. Ferner gibt es (ähnlich wie in der qualitativen Erhebung) einen kleinen Anteil von ausschließlich CBD konsumierenden Teilnehmenden, die

ebenfalls nur schwer auszuwerten ist, da der Fragebogen größtenteils den Schwerpunkt auf die (Selbst-)Medikation mit THC-haltigen Cannabisprodukten legt.

### 3. Durchführung und Basisdaten

#### 3.1 Qualitative Erhebung

Im Zeitraum von Juli bis Dezember 2018 wurden 31 Personen aus Frankfurt zu ihrem medizinischen Cannabiskonsum befragt. Ursprünglich war eine Befragung von 25 Personen geplant. Da es aber ein anhaltendes Interesse gab und die Personen, die sich nach Erreichen der Mindeststichprobe meldeten, andeuteten, noch nicht berücksichtigte Spezifika und Erfahrungen mit einbringen zu können, wurde die Anzahl der Interviews auf 31 erhöht. Mit dieser Stichprobengröße konnten wir eine weitgehende theoretische Sättigung (im Sinne der Grounded Theory) erzielen: Es konnten unterschiedliche Typen erreicht werden, was den ‚Verschreibungsstatus‘ (mit und ohne Rezept, Beantragung ja/nein etc.), Nutzungsarten (Menge, Frequenz, Applikationsformen, Arten von Cannabisprodukten), individueller Vorgeschichte (bzgl. Krankheit und Cannabisnutzung) und aktuellem Gebrauch (medizinisch vs. Freizeitnutzung) betrifft.

Von den 31 Befragten meldeten sich etwas mehr als die Hälfte ( $n=16$ ) selbstständig (11 über den Online-Aufruf und 5 über Aushänge), 9 wurden über (direkte und indirekte) persönliche Kontakte der Interviewer\*innen erreicht, 5 über Verweise anderer Befragter (Snowball) und einer über eine Patienten-Selbsthilfegruppe.

Die Interviews wurden größtenteils in den Räumen des CDR, teilweise auch außerhalb, z.B. in Cafés, Privatwohnungen oder Parks, geführt. Die durchschnittliche Interviewlänge betrug 52 Minuten. Bis auf ein Interview wurden alle mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet; ein Interview wurde auf Englisch geführt.

Das Durchschnittsalter der interviewten Personen liegt bei 37 Jahren, der jüngste Teilnehmer war 21, die älteste Teilnehmerin 61 Jahre alt. 42% ( $n=13$ ) sind weiblich, 58% ( $n=18$ ) männlich<sup>3</sup>. Sieben der Befragten haben eigene Kinder; fünf wohnen auch in einem gemeinsamen Haushalt mit ihren Kindern.

Das Bildungsniveau der Stichprobe ist überdurchschnittlich hoch: neunzehn Personen haben das Abitur, sieben davon studieren derzeit, eine Person hat eine abgeschlossene Promotion. Insgesamt sieben Personen sind momentan arbeitslos, arbeitsunfähig oder krankgeschrieben. 35% ( $n=11$ ) gaben an, im Monat weniger als 1.000 € zur Verfügung zu haben, jeweils neun Personen (29%) zwischen 1.000 € bis 1.999 € bzw. zwischen 2.000 € und 2.999 € netto und zwei Personen (6%) mindestens 3.000 €. Damit ist das Einkommen der Stichprobe im Frankfurter Vergleich etwas unterdurchschnittlich (siehe z.B. <https://www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Hessen>). In Tabelle 1 sind einige der hier genannten zentralen Daten im Vergleich mit denen der quantitativen Erhebung enthalten.

Was die Berufe betrifft, welche die Befragten erlernt haben bzw. ausüben, so zeigt sich eine breite Spanne. Abgesehen von den sieben Studierenden (s.o.) gibt es dabei keine auffällige Häufung; vertreten sind u.a. zwei Fachinformatiker, eine Sozialarbeiterin, ein Betriebswirt, ein Berufskraftfahrer, eine

<sup>3</sup> Hier zeigt sich bereits ein deutlicher Unterschied zu Studien, in denen regelmäßige Freizeitkonsument\*innen von Cannabis im Blickpunkt stehen: dabei sind Männer in aller Regel weitaus deutlicher überrepräsentiert (z.B. Potter et al. 2016, Kamphausen & Wense 2017).

Krankenschwester, eine Arzthelferin, ein KFZ-Mechaniker, ein Chemiker, ein Tischler, ein Tätowierer, ein Ingenieur und eine Bürokauffrau.

### 3.2 Quantitative Online-Befragung

In diesem Teilkapitel werden die Durchführung und die erhobenen grundlegenden Basisdaten der Online-Befragung vorgestellt und anschließend die Frankfurter Teilstichprobe identifiziert. Der Fragebogen war online vom 17.09.2019 bis zum 27.10.2019 erreichbar und wurde über verschiedene Kanäle bekannt gemacht, darunter die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin, der Deutsche Hanfverband und Soziale Medien (Twitter, Facebook).

Insgesamt haben 774 Personen den Fragebogen komplett ausgefüllt. Davon sind 637 Teilnehmer (82,7%) und 136 Teilnehmerinnen (17,6%), eine Person (0,1%) hat bei der Frage nach dem Geschlecht die Option „Andere“ gewählt und in einem zugeordneten offenen Feld angegeben, sich des eigenen Geschlechts „nicht sicher“ zu sein. Diese Häufigkeitsverteilung entspricht in etwa vorherigen Internetbefragungen zum Drogenkonsumverhalten. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden beträgt 35,6 Jahre, der Median liegt bei 33 Jahren. Diese Werte sind deutlich höher als bei anderen Online-Befragungen zu drogenbezogenen Themen.

Genau einhundert Personen ( $n=100$ ; 12,9%) geben an, in Frankfurt am Main oder in der näheren Umgebung zu leben, wobei ein Umkreis von ca. 50 km bzw. das gesamte Rhein-Main-Gebiet einschließlich Mainz und Aschaffenburg gemeint ist. Diese Frage einschließlich des genannten räumlichen Gebiets wurde eigens gestellt, um jene Teilnehmenden zu identifizieren, die theoretisch in Frankfurt einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen. Von diesen Personen stammen 69 aus Hessen (69% der Teilgruppe), 19 aus Rheinland-Pfalz und 12 aus Bayern. Vier Personen hatten angegeben, aus Frankfurt bzw. dem Umkreis zu stammen, aber als Bundesland entweder Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen angegeben. Diese Antworten wurden dem Gesamtsample zugeordnet, da als Entfernung zu Frankfurt deutlich mehr als 50 km angenommen werden können. Weitere 16 Personen des gesamten Samples kommen aus Hessen, ohne in der Nähe von Frankfurt zu leben. Insgesamt haben also 85 Personen (11%) der gesamten Stichprobe angegeben, aus Hessen zu stammen. Die meisten Teilnehmenden stammen aus Bayern ( $n=155$ ; 20%), gefolgt von Nordrhein-Westfalen ( $n=142$ ; 18%) und Hessen (s.o.).

Gefragt nach der aktuellen Wohnsituation geben 40% an, mit einem Lebenspartner bzw. einer Partnerin zu leben, während 27% angeben, alleinlebend zu sein. 16% leben mit mindestens einem Kind im Haushalt, während 11% mit mindestens einem Elternteil in einem Haushalt leben. Die durchschnittliche Anzahl Personen pro Haushalt liegt bei 2,2 (Median 2,0), wobei die Höchstzahl bei acht Personen in einem Haushalt liegt.

Als höchsten Schulabschluss geben 44% an, über die Hochschulreife zu verfügen, während 36% einen Realschulabschluss haben. Als höchsten berufsqualifizierenden Abschluss geben 42% eine betriebliche Berufsausbildung an, und 18% einen akademischen Abschluss. Die meisten Teilnehmenden arbeiten Vollzeit (43%), weitere 11% haben eine Teilzeitstelle. Noch in beruflicher Ausbildung, einschließlich Schule und Hochschule, befinden sich 13% der Befragten. Auffällig hoch ist der Anteil der Personen mit Erwerbsminderungsrente (9%), weitere 3% erhalten momentan Krankengeld. Das monatliche Nettoeinkommen der in den einzelnen Haushalten wohnenden Personen beträgt zumeist 2000€ bis 2999€ (22%) oder 3000€ bis 4999€ (20%).

Die meisten der Teilnehmenden sind gesetzlich krankenversichert (89%), 7% sind privat versichert und 3% über eine Berufsgenossenschaft bzw. Knappschaft versichert. Die restlichen Teilnehmenden sind über das Sozialamt versichert oder haben einen „anderen“ Versicherungsstatus (z.B., weil sie aus dem Ausland teilgenommen haben).

Tabelle 1 gibt einen überblickartigen Vergleich der Stichproben und Basisdaten der qualitativen und quantitativen Datensätze, einschließlich der Frankfurter Teilstichprobe.

Tabelle 1: Überblick über die Stichproben und Basisdaten in beiden Erhebungen und der Frankfurter Teilstichprobe (Prozente gerundet)

	Qualitative Interviews	Online-Befragung gesamt	Online-Befragung Frankfurt
Anzahl Befragte gesamt (N)	31	774	100
Durchschnittsalter/ Mittelwert (min.-max.)	37,0 (21-61)	35,5 (18-74)	37,3 (19-74)
Anteil weiblicher Befragter	42%	18%	22%
Bildung: mindestens Abitur	61%	45%	44%
Monatliches Nettoeinkommen über 2000€	35%	49%	48%
Arbeitslos oder arbeitsunfähig	23%	14%	18%

Die **Frankfurter Teilstichprobe** unterscheidet sich bei der Zusammensetzung von der gesamten Stichprobe zumeist nur leicht. So sind das Durchschnittsalter (37,3 Jahre) und der Anteil der teilnehmenden Frauen (22%) etwas höher als in der Gesamtstichprobe. Bezüglich der Wohnsituation erreichen die beiden größten Kategorien etwas höhere Werte als im gesamten Sample: 32% leben allein, 51% mit Partnerin bzw. Partner in einer Wohnung. Der Durchschnittswert und der Median der Anzahl der Personen in einem Haushalt liegt jeweils bei zwei. Die Anteile der Teilnehmenden mit Realschulabschluss (37%) oder (Fach-)Hochschulreife (44%) entsprechen denen der allgemeinen Stichprobe. Der Anteil derjenigen, die studiert haben, ist etwas höher (20%). 45% der Teilnehmenden arbeiten Vollzeit, 12% Teilzeit. Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit ist etwas höher als in der Gesamtstichprobe (ALG I, ALG II, SGB XII und Krankschreibung addiert: 18%). Der Anteil der gesetzlich Krankenversicherten ist leicht niedriger als in der Gesamtstichprobe (85%), dafür ist der Anteil der über eine Berufsgenossenschaft bzw. Knappschaft Versicherten (4%) etwas höher.

In der qualitativen Stichprobe schließlich liegt das Durchschnittsalter praktisch gleichauf mit der Frankfurter Online-Teilstichprobe. Der Anteil weiblicher Befragter ist mit 42% deutlich höher, ebenso wie der Anteil derer, die mindestens das Abitur gemacht haben. Demgegenüber ist der Anteil der Befragten mit eher niedrigem Einkommen höher, was auch mit einer etwas höheren Erwerbslosenquote korrespondiert (s. Tab. 1).

## 4. Ergebnisse der qualitativen Befragung

Bei der folgenden Darstellung ist zu beachten, dass die Befragten jeweils mit ihrem überwiegend selbst gewählten Codenamen zitiert werden, obwohl einige Interviewpartner\*innen angaben, dass es für sie in Ordnung wäre, mit ihrem echten Namen zitiert zu werden.

## 4.1 Symptome und Diagnosen

Die Diagnosen und Symptome der Untersuchungsteilnehmer und Teilnehmerinnen waren vielfältig; im Folgenden sind zunächst diejenigen Beschwerden angeführt, die mindestens einmal von einem/einer Mediziner\*in bestätigt wurden. Die häufigste dieser Diagnosen betrifft AD(H)S (insgesamt neun Mal in der Stichprobe vertreten). Noch mehr Befragte, nämlich mehr als die Hälfte (n=17), berichteten davon, (häufig chronische) Schmerzen mit ihrem Cannabiskonsum zu behandeln; diese Schmerzen waren aber nicht immer medizinisch diagnostiziert und traten oft als Symptom anderer Krankheitsbilder auf (s.u.). Fünf Nennungen entfallen auf Schlafstörungen, vier auf Depressionen, jeweils drei auf Angststörungen, Epilepsie und Fibromyalgie, jeweils zwei Nennungen auf Tinnitus<sup>4</sup> und Multiple Sklerose (MS). Daneben gab es zahlreiche Einzelnennungen (s.u.). Die Mehrheit der Befragten (19 von 31) litten an mehreren unterschiedlichen Symptomen, die sie mit Cannabis behandeln; sehr häufig Schmerzen gemeinsam mit einem anderen Symptom (z.B. ADHS und Migräne), ansonsten z.B. MS und Depressionen oder Asthma, Epilepsie, PTBS und Borderline-Syndrom.

Hier ist – gerade im Vergleich zu den in der quantitativen Erhebung abgefragten Liste an Symptomen (5.3) – zu beachten, dass diese Auszählung auf freiwilligen Nennungen in den qualitativen Interviews beruht. In diesen sollten die Befragten nicht zwingend alle Symptome angeben, die sie möglicherweise schon einmal mit Cannabis bekämpft hatten. Wohl aus diesem Grund haben die Befragten in der quantitativen Erhebung durchschnittlich mehr Symptome – auch leichte, nicht zwingend klinische wie „allgemeines Unwohlsein“, „depressive Verstimmungen“ etc. – angegeben (siehe 5.3).

Abgesehen von Schmerzen in unterschiedlicher Ausprägung wurden vereinzelt weitere Beschwerden von einzelnen Befragten genannt, die nicht von einem Arzt bzw. einer Ärztin diagnostiziert wurden, bei denen die Betroffenen aber positive Erfahrungen mit der Cannabis-Selbstmedikation gemacht haben. Mehrheitlich betraf dies psychische Symptome, etwa Depressionen oder auch Schlafstörungen; in einigen Fällen ist dabei die Grenze zwischen medizinischer Verwendung und Freizeitkonsum unklar (siehe 4.6).

Hinsichtlich der **AD(H)S**-Diagnosen, war eine späte Diagnose dieser Erkrankung typisch. Häufig hatten die Betroffenen über lange Zeit das Gefühl, dass etwas ‚nicht stimme‘, teilweise fiel dies auch Familienmitgliedern auf:

*„Diagnostiziert worden ist ADHS auch erst im Erwachsenenalter, aber meine Mutter, also die ist Lehrerin, hat schon gewusst, dass ich es hab, aber hat sich geweigert, weil sie halt Lehrerin ist, und das nicht wollte, mich behandeln zu lassen.“ (Selina, 33)*

Als wahrgenommene AD(H)S-Symptome wurden dabei vor allem Unruhe und Konzentrationsschwächen genannt, die aber teils über Jahrzehnte hinweg nicht als Symptom für eine Störung identifiziert wurden. Im folgenden Zitat war dies v.a. wegen der mit den Symptomen ‚kompatiblen‘ Beschäftigungen der Fall:

*„Meine Ärztin hat 2013 zu mir gesagt: ‚Herr Meier, Sie haben 25 Jahre lang ein ADHS-konformes Leben geführt, als Animator, als Eventpromoter, als Reiseleiter. Viele starke, große, positive Impulse. Und ihre Botenstoffausschüttung, Endorphinausschüttung, hat funktioniert. Und Sie sind mit Ihrer ADHS klargeworden.‘ Das fehlt jetzt. Meine Welt fehlt. Ich habe 2013 dann auch wieder*

<sup>4</sup> Es wurde ein schwerer Fall von Tinnitus benannt, der auch von dem ebenfalls interviewten Lebenspartner bestätigt wurde. Außerdem wurde Tinnitus ein weiteres Mal genannt, jedoch erst, als das Interview eigentlich bereits beendet war.

*diesen Schritt in die Welt gewagt. Und habe gesehen, also von 2010 bis 2013 war ich in einer Partnerschaft auf dem Land. Mit Frau, mit Haus, mit Kind, mit Arbeit als Linienbusfahrer. Und da sind bei mir die Komorbiditäten der ADHS richtig massiv geworden. Und das gleich hat 2015 dann halt auch wieder angefangen. Von 2013 bis '15 war ich ja wieder als Reiseleiter im Twenty-Four-Seven-Job. Den ganzen Tag unter Strom und das ausleben können. Das ist jetzt einfach nicht mehr möglich.“ (Meier, 50)*

Bei anderen wiederum, v.a. wenn die Aufmerksamkeitsstörung nicht mit Hyperaktivität einherging, richtete sich die Problematik eher nach ‚innen‘:

*„Man merkt es mir nach außen nicht so an. Ich bin eher ein ADSler, denke ich, so ein nervöser Träumer, habe ich mich selber genannt. Also ich... Unruhe. Ich werde bei Kleinigkeiten nervös. Also selbst, wenn ich einen Termin habe, dann bin ich in Anspannung und habe auch ein paar nervöse Tics irgendwie, dass ich mir die Lippen kaputtbeiße. Also das an erster Stelle, Unruhe und Schmerzen. Ganz starke innere Unruhe. Also deshalb funktioniert das jetzt auch mit dem Berufsleben nicht, weil dann springt meine Halswirbelsäule, meine Muskulatur an. Also es ist halt immer ein ganz starkes Wechselspiel zwischen körperlichen und seelischen... Bin ich seelisch angespannt.“ (Anna, 47)*

Diese Befragte ist eine derjenigen, die über lange Zeit hinweg einen offenbar unbewusst medizinisch motivierten Cannabiskonsum betrieben hat (siehe 4.2 und 4.7).

Das am häufigsten genannte Symptom innerhalb der Stichproben waren, wie oben erwähnt, **(chronische) Schmerzen**. Die Schmerzen der Betroffenen begleiten sie oftmals schon sehr lange und permanent, wie es diese Befragte beschreibt:

*„Ich habe Schmerzen, schon immer. Ich bin autoimmunkrank, schon immer. Mit allen möglichen Sachen. Seitdem ich geboren bin. (...) Ja, diese Diagnose, die ich letztendlich letztes Jahr gekriegt habe, das ist eigentlich nur, das Kind hat eigentlich nur einen Namen gekriegt, Fibromyalgie. (...) (Interviewerin: Das heißt, du hast die Schmerzen auch im ganzen Körper?) Überall! Jeder Muskel, jede alles. Ich habe immer Kopfschmerzen. Ich stehe morgens auf mit Kopfschmerzen. Ich schlafe abends ein mit Kopfschmerzen.“ (Petra, 42)*

Das Spektrum der genannten Schmerzen bzw. deren (möglichen) Ursachen ist groß; nahezu alle entsprechenden Befragten schildern aber starke, das Alltagsleben deutlich beeinträchtigende Schmerzen. Eine Häufung gibt es lediglich in Bezug auf Schmerzen, die dem Bereich Rücken/Wirbelsäule zuzuordnen sind. Teilweise sind diese unklarer Natur bzw. werden der Arbeitsbelastung oder der Psyche zugeschrieben:

*„Ich hatte zwei Jahre lang chronische Schmerzen, im Schulter- und Wirbelsäulenbereich, so ein Brennen. Ich war beim Orthopäden und habe Physiotherapie, Massagen, Muskeltraining, alles Mögliche, probiert. Ich hatte aber immer chronische Schmerzen. Ich hatte früher auch Panikattacken. Die Neurologin meinte, dass es vielleicht psychosomatisch sei.“ (Konrad, 28) – „Dementsprechend habe ich weitergemacht [mit dem Cannabiskonsum] und habe dann aber nach einer Weile festgestellt, dass die Rückenschmerzen, die ich halt von der Arbeit echt immer habe und wo auch der Orthopäde nicht sagen konnte, woher sie kommen, weg waren oder immer aufgetaucht sind, wenn ich nichts mehr hatte. (...) Und es sind auch weniger Schmerzen, als dass es*

*halt taub ist und unangenehm ist und dann sich komisch anfühlt. Und ja, selbst MRT hat halt ergeben, keinerlei Anzeichen für einen Bandscheibenvorfall.“ (Giovanni, 35)*

Mehrere weitere Befragte geben an, dass ihre Beschwerden (wahrscheinlich) durchaus mit Bandscheibenvorfällen sowie z.T. noch mit weiteren schwerwiegenden Problematiken zusammenhängen:

*„Ich habe seit acht Jahren so starke Schmerzen, dass ich irgendwann nicht mehr die Treppe hochkam. Dann entschloss ich mich, zum Arzt zu gehen. Ich hatte schon länger Schmerzen, aber man wusste nicht, woher die Schmerzen kommen. Vor 2 Jahren hat man dann per Ausschlussverfahren herausbekommen, dass ich auf jeden Fall Bandscheibenvorfälle habe, sechs Stück in der Halswirbelsäule, vier davon schwerer. Diese drücken nicht konstant auf die Nerven, aber es kann immer wieder sein, dass sie das tun. (...) Ich habe als Diagnose eine Schmerzstörung, das heißt, dass mein Körper den Schmerz nicht richtig verarbeitet, sondern die ganze Zeit zu viele Schmerzen wahrnimmt.“ (Jenny, 28) – „Es fing vor einem Jahr an, dass ich in Folge eines Bandscheibenvorfalls starke Schmerzen hatte. Es ist jetzt zwar viel besser geworden, aber noch nicht weg.“ (Susanne, 34) – „Ich habe Rückenschmerzen, ich habe also Bandscheibenvorfälle mittlerweile in allen Höhen, in der BWS, HWS und in der Lendenwirbelsäule, bin verwachsen.“ (Julia, 61)*

Die hier zuletzt Zitierte ist eine der mehreren Befragten, welche die für AD(H)S typische Konzentrationschwäche für diverse Verletzungen, die zu chronischen Schmerzen führten, verantwortlich machen. Im Unterschied zu den übrigen Betroffenen hat sie allerdings noch kein Cannabis zur Schmerzlinderung erproben können, da sie erst kurze Zeit zuvor erste Versuche der Selbstmedikation gemacht hatte.

*„Es ist so, dass ich mehrere Unfälle hatte. Ich nehme an, dass mein ADHS mit... weil ich immer sehr unruhig war und so. Ich war ja im Stressberuf, ich musste über die Autobahn rasen (...) (Interviewer: Wie viele Unfälle waren das denn?) Das kann ich nicht mehr zählen. Das waren ja auch kleine. Bei Glatteis zum Beispiel, wenn Sie durch den Kreislauf fahren und es ist schon dunkel und man drückt auf die Bremse, weil auf einmal einer vor Ihnen herauskommt und ich bin dann in so einen Sockel gefahren, zum Beispiel.“ (Julia, 61)*

Nicht untypisch ist hingegen bei dieser Befragten, dass mit diesen Symptomen auch noch psychische Probleme einhergehen, bei denen wiederum unklar ist, ob diese mit den anderen Beschwerden zusammenhängen oder aber gänzlich davon unabhängig sind. In den meisten Fällen erscheint es indes als wahrscheinlich, dass diese sich im Zuge der teils langjährigen Symptome, teils auch im Zusammenhang mit den komplexen Vorgeschichten von Diagnosen und Medikationsversuchen, als Begleiterscheinung entwickelt haben. Das trifft z.B. mehrfach auf Personen zu, deren Erkrankung trotz teils schwerwiegender Beschwerden nicht eindeutig diagnostiziert werden kann. Ein spezielles Beispiel hierfür (wenn auch nicht mit psychischen Problemen assoziiert) ist eine junge Frau, die (vermutlich) an der gynäkologischen Erkrankung Adenomyose leidet:

*„Da sind Schleimhautherde, die eigentlich wie Tumore funktionieren, im Inneren der Gebärmuttermuskulatur... und die bauen sich wie die normale Gebärmutter Schleimhaut auch immer ab, und auf und wieder ab. Und ist das halt gerade während der Menstruationsphase... aber auch zwischendurch sehr schmerzhaft... und... das also, das war auch eine längere Geschichte, dass das dann alles fest war und klarer, dass das eine Krankheit ist, weil... das eher auch ein Tabuthema ist in der Gesellschaft und alle, die davon betroffen sind, eigentlich auch denken, dass das normal*

*ist... und das dann im Laufe der Zeit dann immer schlimmer geworden ist (...) Bis hin zu... dass ich nur noch auf dem Boden liege, trotzdem die Schmerzen noch habe, aber mich nicht mehr rühren kann vor Schmerzen, und mir selber nicht mehr helfen kann... tagelang auch im Bett liege, weil ich nicht mehr richtig laufen kann, nicht mehr essen kann“ (Josefine, 25)*

Das „Tabuthema“, das die Befragte hier anspricht, bezieht sich auf die ihrer Aussage nach weit verbreitete Praxis von Angehörigen und ärztlichem Personal, Schmerzen während der Menstruation als mehr oder weniger „normal“ abzutun („dann trink‘ halt mal'n Tee und nimm dir halt mal ne Wärmflasche...“), weshalb es schon sehr lange gedauert hätte, bis ihre Beschwerden ernst genommen wurden. Erschwerend kommt hinzu, dass die besagte Erkrankung wegen der geringen Größe der ‚Herde‘ erst dann definitiv diagnostiziert werden könne, „wenn die Gebärmutter rausoperiert wird“, weshalb sie auch keine Chance auf eine legale medizinische Versorgung mit Cannabis habe.

Weitere in der Stichprobe vertretene Grunderkrankungen, die mit Schmerzen verbunden sind, sind u.a. Morbus Crohn („Bauchschmerzen, aber so starke Bauchschmerzen, dass man fast in die Knie gezwungen wird (...) manchmal hast du das auch abends beziehungsweise nachts vorm Schlafen. Dann kannst du nicht einschlafen wegen dem Schmerz“; Michel, 35), Migräne mit Aura („Aura, das ist so eine Wahrnehmungsstörung, also Sinneswahrnehmungsstörung. Also das ist, wenn du... In meinem Fall ist es, ich werde halt auf dem rechten Auge blind“; Alexis, 30) oder auch Morbus Crouzon, eine Störung, bei der die Schädelnähte von Kindern frühzeitig verknöchern, was zu Fehlbildungen und Knochenschmerzen führt, im Fall des hier Betroffenen indirekt auch zu einer weiteren Erkrankung („Ich habe Riesen-OPs gehabt am Kopf und daher kommt halt die Epilepsie“, Christian, 45). **Epilepsie** wird auch von zwei anderen Interviewpartnerinnen genannt, jeweils zusätzlich zu anderen chronischen Erkrankungen. Ein weiterer Befragter leidet an **Acne Inversa**, eine Krankheit, die er selbst wie folgt beschreibt:

*„Ich habe eine Hautkrankheit, die bildet Abszesse. Aber die Abszesse müssen tief aus dem Gewebe rausgeschnitten werden. (Interviewer: Die Abszesse sind schmerzhaft?) Das sind wie Messerstiche. (Interviewer: Und die Operationsnarben auch?) Ja. Nicht mehr so stark, aber mein Unterarm ist taub, weil das so tief rausgehen musste.“ (Wedrick, 46)*

Der Befragte zeigte dem Interviewer an dieser Stelle Bilder von den teils sehr großen Abszessen und beschrieb, dass er diese am ganzen Körper, auch an empfindlichen Stellen, bekomme, was mit den beschriebenen Schmerzen einhergehe. Zusätzlich litte er unter chronischen Magenschmerzen.

Darüber hinaus sind noch diverse weitere physische Erkrankungen in der Stichprobe vertreten. Eine Befragte (Anita, 57) hat z.B. eine nicht restlos geklärte, seltene „zerebelläre Ataxie“ mit Symptomen von Parkinson und MS, die schwerwiegende Symptome, insbesondere Muskelkrämpfe und schwere Bewegungsstörungen mit sich bringt. Mehrere Interviewte leiden an **Asthma**, allesamt Personen, die auch noch andere Krankheitsbilder aufweisen, die sie mit Cannabis behandeln. Selbiges gilt für die zwei Befragten mit **Tinnitus**. Ein Befragter verwendet Cannabis gegen Schmerzen im Zusammenhang einer Krebserkrankung.

Zwei Interviewpartner berichten über psychosomatisch zu begründende **Magen-Darm-Probleme**; im ersten Fall mit Stress auf der Arbeit verbunden:

*„Ich hatte auch eine Chefin, die mir nicht so gesonnen war. Dadurch hatte ich öfter Schlafprobleme und Magen-Darm-Probleme. (...) Im letzten halben Jahr war es so schlimm, dass ich mit Magenkrämpfen nachts aufgewacht bin. Ich merkte, dass das etwas Psychisches ist. Ich konnte*

*eigentlich immer gut einschlafen, aber ab 3-4 Uhr kamen Gedanken über die Arbeit hoch und das hat sich dann hochgeschaukelt. Dann kam der Reizdarm, Blähungen, Durchfall.“ (Pierre, 35) – „Dadurch, dass ich viel Stress hatte, hat sich bei mir so eine Magen-Darm-Empfindlichkeit ausgebildet, die sich enorm auf mein Befinden ausgewirkt hat und das hat mir auch fast bis hin zu einem Magengeschwür Probleme bereitet und dadurch, dass mir dauerhaft halt übel war und ich mich dauerhaft nicht wohl gefühlt hab, hab ich auch ein sehr sehr schwieriges Verhältnis zum Essen bekommen.“ (Pauli, 21)*

Insbesondere im zweiten Fall handelt es sich mithin um eine schwerwiegende, chronifizierte Erkrankung. Mehrere der interviewten Personen berichten auch über „reine“ psychische Erkrankungen, die sie mit Cannabis behandeln, so etwa vier Personen mit **Depressionen**. Dabei wurden durchaus bereits andere Therapie- und Medikationsformen ausprobiert:

*„War auch in mehreren Therapien wegen meinen Depressionen. Die Therapeuten haben sofort gesagt, hör auf mit dem Kiffen, das ist der Grund, warum du Depressionen hast. Das war für mich aber nicht die Antwort. Ich hab dann auch Medizin genommen. Ich weiß nicht mehr, wie es hieß, damals um meine Depression... um meine Stimmungsschwankungen auszugleichen. Das hat mit mir aber absolut gar nichts gemacht.“ (Mike, 35)*

Weitere genannte psychische Erkrankungen sind Waschzwang, verbunden mit anderen Zwangsstörungen sowie **Angststörungen**:

*„Ich habe manchmal Panikattacken bekommen. Jetzt im Abi und nach dem Studium manchmal haben sich die Gedanken überschlagen von wegen, ich schaffe das alles nicht oder so Ängste. Und dann hat sich alles überschlagen. Und das war wie so eine Panikattacke. Und dann habe ich da gemerkt, dass da auf jeden Fall Cannabis hilft.“ (Pink, 30)*

Außerdem gaben mehrere Interviewte an, ihnen würde Cannabis bei **Schlafstörungen** helfen. Auch hier ging es ausnahmslos nicht um leichte entsprechende Probleme, sondern um durchaus schwerwiegende Störungen:

*„Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, und vor allem sind das eben meine Träume, ich träume sehr aktiv und meine Träume belasten mich dann auch oft noch in den Tag hinein. (...) Also es sind auf jeden Fall irgendwelche Formen von Ängsten, die dahinter stecken jedes Mal.“ (Tessa, 27) – „Und dann leide ich seit etwa 15 Jahren unter extremen Schlafstörungen und dafür brauche ich es halt unbedingt halt auch abends. Also wenn ich das nicht mehr hätte, wäre es wirklich schwierig für mich.“ (Hilde, 55)*

Einige weitere Befragte geben an, dass andere chronische Erkrankungen, v.a. wegen Schmerzen, mit starken Schlafstörungen assoziiert seien, die sie ebenfalls mit Cannabis eindämmen können.

Eine Interviewpartnerin (Lena, 23) weist ein besonders schwerwiegendes und vielfältiges psychisches Krankheitsbild auf; sie nannte u.a. PTBS, dissoziative Krampfanfälle, Schlafstörungen, Essstörungen, Depressionen, psychosomatische Darmstörung, Borderline und Sozialphobie. Durch diesen Zustand verursacht, war es nicht möglich, während des Interviews ein Aufnahmegerät laufen zu lassen; stattdessen wurde auf Basis von Notizen ein Protokoll erstellt.

Ein Befragter schließlich leidet nicht nur an einer schweren Erkrankung, sondern ist auch **HIV-positiv**. Als ‚Randnotiz‘ berichtet er in diesem Zusammenhang, wie er in den 1990er Jahren in einem

AIDS-Hospiz gearbeitet habe, „wo ich den Patienten dann das Zeug besorgt habe, die konnten schon gar nicht mehr rauchen, aber wenn du die dann angepustet hast und das denen einfach gutgetan hat, ja. Die haben dann wieder Appetit bekommen und die, die rauchen konnten, durften rauchen, das war in den 90ern schon so“ (Christian, 45).

Insgesamt beschreiben die Befragten ausnahmslos deutliche, oft den Alltag stark beeinträchtigende Symptome. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle wurden diese Beschwerden auch von einem Arzt bzw. einer Ärztin diagnostiziert, ausgenommen die o.g. Fälle, in denen keine eindeutige Diagnosestellung möglich ist bzw. war.

## 4.2 Entwicklung der Cannabis-Konsummuster und Bewusstwerdung medizinischer Wirkungen

Der überwiegende Teil der Befragten (26 von 31) hat seine ersten Cannabis-Konsumerfahrungen im Rahmen eines Freizeitkonsums, häufig innerhalb des Freundes- bzw. Bekanntenkreises, gemacht. In den meisten Fällen fand dieser in der Jugend statt; es gab jedoch auch einige Fälle, in denen Cannabis das erste Mal im (höheren) Erwachsenenalter konsumiert wurde. Die weitere Entwicklung der Konsummuster war sehr heterogen; teilweise haben die Betroffenen schon früh einen regelmäßigen oder gar intensiven Gebrauch entwickelt. Andere hingegen konsumierten fortan nur sporadisch oder auch zunächst gar nicht mehr, u.a., weil ihnen die Wirkung nicht zusagte.

*„Über einen Freund, der auch schon häufiger mir das angeboten hatte. Ich hab‘ dann immer abgelehnt und irgendwann haben wir das mal im Rahmen, der kam zu mir nach Hause und hat es mitgebracht, in Form von Hasch und dann haben wir einen Joint mit Tabak und Hasch zusammen geraucht.“ (Mike, 35).*

*„Ich habe mit 13, habe dann auch schon mit, habe dann regelmäßig geraucht mit 14, aber auch jetzt nicht täglich, aber schon, man kann schon sagen, das kam immer mehr. Dieses regelmäßige, dieses tägliche kam dann mit 15, 16, dass ich jeden Tag geraucht habe.“ (Simon, 34)*

*„Das erste Mal war eher so diese hedonistisch oder Ausprobieren-Situation und, ja, durch Bekannte, und es war für mich eigentlich eine relativ schlechte Erfahrung. Also das war nicht gut für mich. Da ging es mir psychisch als auch körperlich nicht gut. (...) Im Laufe meiner gesamten Zeit dann quasi, die seitdem vergangen ist, wurde ich auch sehr oft damit konfrontiert und es hat für mich aber nie wirklich eine große Rolle gespielt, jetzt das unbedingt weiter zu konsumieren. Das wurde dann quasi so eine bestimmte Zeit weiter konsumiert, in der es auch mehr so gruppentechnisch war...“ (Pauli, 21)*

*„Erster Kontakt, so mit... 13, 14, durch den Freundeskreis einfach, ähm, ich hab selber... hab's einfach mal ausprobiert, hab selber nie viel gekiff't... Hab dann so im Laufe der nächsten Jahre auch an nem Joint gezogen, aber selber irgendwie, selber mir nie Gras besorgt, und auch jetzt nicht alleine geraucht... ähm, das kam dann glaub ich so mit... ja, in der Phase so mit 23 glaub ich etwa, dass ich auch mal mehr gekiff't hab... aber auch immer nur mit Freund\*innen zusammen.“ (Josefine, 25)*

*„Also zum ersten Mal habe ich halt... mit 25, relativ spät, konsumiert. Also einfach... Ich habe halt immer gesagt: ‚Drogen? – Nein! Das ist gar nichts für mich!‘ Bin aber in Amsterdam mit meiner Freundin gewesen und wir sind halt mal in einen Coffeeshop gegangen und das erste Mal habe ich eigentlich fast gar nichts gemerkt; also sehr, sehr wenig“ (Benjamin, 27)*

Es finden sich also unter diesen Personen, die Cannabis zunächst als Freizeitdroge probierten, alle Abstufungen zwischen nahezu unmittelbar regelmäßigem Konsum und positiver Bewertung der Wirkung über eine bedingt positive Bewertung mit gelegentlichem oder seltenem Gebrauch bis hin zu einem oder wenigen Konsumversuchen, die als überwiegend negativ empfunden wurden, weshalb die Droge fortan nicht weiterkonsumiert wurde. Allen diesen Befragten ist gemein, dass sie in der Frühphase ihrer Konsumerfahrungen keine Idee davon hatten, dass diese Droge ihnen medizinisch hilfreich sein könnte (wobei auch nur ein gewisser Teil zu diesem Zeitpunkt bereits die entsprechenden Beschwerden aufwies), mit Ausnahme eines AD(H)S-Patienten:

*„Also das allererste Mal war der Freundeskreis mit 16. Und ja, das war halt so, der eine Kollege hat halt was besorgt und hat gesagt hier, ich hab‘ Haschisch besorgt, dann können wir das probieren. Und wie es damals halt so war, haben wir uns dann da zu fünft hingesezt und haben einen Joint geraucht und wir fanden es alle ganz lustig. Gelacht viel und ich hab‘ halt auch gleichzeitig gemerkt, dass irgendwie der Effekt von meinen Tabletten irgendwie auch vorhanden ist in meinem Gehirn, sag ich mal während der Einstiegsphase. Den Effekt, den ich durch Ritalin erhalten habe. Und seitdem habe ich mich ein bisschen intensiver damit befasst. Hab dann auch angefangen, ab meinem 17. Lebensjahr intensiv Marihuana zu konsumieren, also jeden Tag eins bis zwei Gramm ungefähr, aber nie mehr, wirklich nie, es ist nie mehr geworden. Es war immer so eine konstante Linie, sag ich mal. Und seitdem verzichte ich auch auf meine Tabletten, hab gesundheitlich auch irgendwie Vorteile, merk ich irgendwie, ich fühle mich gesünder. Appetit ist vorhanden. Das war bei den Tabletten absolut gar nicht der Fall.“ (Reinhart, 24)*

Dieser Interviewpartner, der bereits seit seinem fünften Lebensjahr Medikamente gegen ADHS bekommen hatte, hatte also relativ direkt eine medizinische Wirkung verspürt, u.a. auch dadurch, dass er die Effekte ganz anders wahrnahm als seine ebenfalls konsumierenden Freunde:

*„Ich werde auch gar nicht so richtig high so wie alle andern, sondern in meinem Kopf passieren dann irgendwie andere Sachen. Ich bin voll da, ich geh auch so arbeiten, acht Stunden lang gehe ich meinen Dienst ableisten oder ich gehe so in die Fahrschule. Habe auch früher so für meine Gesellenprüfung gelernt, also ich hab da irgendwie nur einen positiven Nutzen draus gezogen.“ (Reinhart, 24)*

Die übrigen fünf Befragten, die Cannabis bereits beim Erstkonsum mit medizinischer Intention konsumierten, hatten zuvor ausnahmslos auch eine ausgeprägte Distanz zu dieser Droge bzw. ihren Konsumierenden. Eine Person – die einzige, die auf Englisch befragt werden musste – beschreibt zunächst ihre generelle Ablehnung von Drogen aller Art und berichtet dann darüber, wie sie von ihrem Ehemann quasi überrascht wurde damit, dass er in der gemeinsamen Wohnung aus Marihuana und Kokosöl ein Extrakt kochte, um es gegen seine eigenen Beschwerden zu verwenden:

*„I started to use cannabis recently. Very, very recently. In the last year. I usually were a person, that – I am not smoking, I am not drinking. I have not this kind of things. (...) He did this oil. And I*

*was smelling this and I was like: what is this, why I smell this? What are you doing? (...) (Interviewerin: And how was your first reaction? Did you get angry?) Yeeees, I was shocked. I was like: why my husband is doing this? Why? I don't get it. But he explained it: I am doing this because I have much pain.” (Maria, 27)*

Auch die übrigen Interviewpartner\*innen, die erst mit medizinischer Intention erstmals Cannabis konsumierten, zeigten eine deutliche Distanz und Ablehnung gegenüber Cannabis als Rauschmittel und den Personen, die die Substanz als solche konsumieren; so etwa eine ältere Befragte, die erst kurze Zeit zuvor erste Konsumexperimente gemacht hatte:

*„Ich habe das noch nie probiert vorher, weder geraucht, noch irgendwas anderes. (Interviewer: Das heißt Sie hatten auch jetzt keine Berührungen mit Leuten, die das konsumiert hatten oder so?) Überhaupt nicht. Und ich hätte auch Berührungängste gehabt, davon abgesehen.“ (Julia, 61)*

Eine andere Frau hatte ebenfalls nicht lange vor dem Interview erstmals Cannabis ausprobiert, dies allerdings in jüngerem Alter. Sie berichtet u.a., dass es ihr nicht gelang, die Substanz zu rauchen, weshalb sie relativ schnell auf einen Vaporizer als Konsumform umgestiegen ist. Obwohl sie offenkundig Kontakte zu Personen hat, die ihr Zugang zu illegal gehandeltem Cannabis verschafften, betont sie ihre Distanz gegenüber Cannabis und Drogen im Allgemeinen:

*„Also das erste Mal geraucht habe ich mit 29 Jahren tatsächlich und es war auch wirklich gezielt als letzte Instanz, weil ich eigentlich super versperrt gegenüber Drogen bisher gelebt habe und auch eigentlich nicht vorhabe, das zu ändern.“ (Alexis, 30)*

Die große Mehrheit derer in der Stichprobe, die Cannabis zuerst mit ‚Freizeitmotiv‘ verwendeten, erkannten dadurch einen medizinischen Nutzen (*„Also ich bin wirklich über den Freizeitkonsum auf die Idee gekommen, ob mir das denn bei meiner Erkrankung helfen kann.“; Benjamin, 27*). Der hier Zitierte, der, wie oben nachzulesen, relativ spät Cannabis-Freizeitkonsum erstmals probierte, berichtet darüber, dass er vor einigen Jahren die Diagnose ADHS im Erwachsenenalter erhalten habe, womit auch seine Kopfschmerzen zusammenhingen. Er habe diverse ADHS- und Schmerz-Medikamente ausprobiert, die bei ihm aber nicht anschlügen. Bei weiteren Cannabis-Konsumexperimenten im Freundeskreis stellte Benjamin – ähnlich wie der oben zitierte Reinhart – fest: *„Dann waren die immer völlig high und ich saß daneben und denke mir so: Was passiert hier? Ich merke gar nichts!“*, woraufhin er sich gezielt über mögliche Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten informiert habe und relativ schnell feststellte, dass ihm Cannabis helfen könne. Über eine ähnliche relativ rasche Bewusstwerdung der medizinischen Effekte berichten auch mehrere andere Befragte, bei denen die gesundheitlichen Probleme bereits beim Erstkonsum bestanden hätten. Auch im folgenden Fall wurde der Effekt dadurch festgestellt, dass sich der Betreffende im Unterschied zu anderen Freizeitkonsument\*innen nicht berauscht fühlte:

*„So ab 16 hab‘ ich schon öfters einen geraucht, weil ich werde auch nicht high eigentlich. Ich werde nicht so richtig high, ich werde dann eher klar. Und dass ich gemerkt hab, dass das auf die Krankheit anspricht, war 2009.“ (Wedrick, 46)*

Einer der Interviewpartner berichtet darüber, wie er seinen ersten Joint mit 16 Jahren vor der Gesangsstunde des örtlichen Männergesangsvereines konsumierte:

*„Das war ein angenehmes Gefühl danach. Auch bei der Gesangsstunde. Ich hatte zuerst Angst, dass alle sehen, dass ich breit bin, aber so war das gar nicht. Ich konnte sogar besser singen als sonst. Medizinisch war mir das damals gar nicht bewusst, ich wusste ja noch nicht einmal, dass ich ADHS habe.“ (Sirius, 43)*

Der Befragte vermutet, dass zu diesem Zeitpunkt bereits eine Konzentrationsschwäche existierte und unterschwellig, mittels eines unbestimmten „angenehmen Gefühls“, eine positive Wirkung registrierte. Ähnliches wird von einer Befragten berichtet, die allerdings eine andere Konsumbiographie aufweist: während *Sirius* nach seinen ersten Versuchen mit 16 Jahren zunächst moderat konsumierte, entwickelte *Selina* nach sehr frühem Erstkonsum mit 12 Jahren rasch ein intensives Gebrauchsmuster und experimentierte auch mit anderen illegalen Drogen:

*„Ja, halt als ich unter 18 war, da hab' ich alles, also wirklich alles eigentlich mal ausprobiert. Aber auch sofort wieder gelassen. Ich hab' wahrscheinlich unterbewusst gemerkt, dass mir Cannabis hilft, und da bin ich halt hingengeblieben, und das hab' ich dann als Jugendliche auch jeden Tag weitergemacht und das andere wieder aufgehört, weil ich gemerkt hab', nein. Auch die Leute, die das nehmen, wirklich total fertig und abgestürzt sind. Das war nicht das, was ich wollte und bei Cannabis kommt man schon relativ gut zurecht. Ich konnte alles machen, beziehungsweise auch besser machen. Das war dann wahrscheinlich unterbewusst, dass ich das... damals hab' ich noch nicht gewusst, dass es mir hilft. Dass es überhaupt eine Medizin ist und mir helfen kann. Ich hab' ja auch noch ADHS. Da hat man sich dann auch besser konzentrieren können in der Schule.“ (Selina, 33)*

Während die Befragte in diesem Fall ihre Konsummotivation erst nachträglich als unbewusst medizinisch einstuft, berichtet eine andere Interviewpartnerin wiederum darüber, dass sie relativ bald nach ihrem erstmaligen Freizeitkonsum eine (quasi-) medizinische Wirkung verspürt habe. Zu betonen ist hier, dass die Betreffende über bereits länger bestehende Schlafproblemen berichtet, die sich u.a. in unruhigem Schlaf mit intensiven (Alp-)Träumen äußerten. Die entsprechende Wirkung ist also von einem etwaigen Gewöhnungs-/Abhängigkeitssymptom, ‚nicht mehr ohne Cannabis schlafen können‘, zu unterscheiden.

*„Dann habe ich quasi daraus herausgefunden, dass es mir ganz arg hilft bei meinen Schlafproblemen und wegen dieser Schlafprobleme und der Hilfe, die ich darüber hatte, war es dann nicht nur zum Spaß, sondern auch abends immer um quasi gut schlafen zu können. (...) Eigentlich von Anfang an habe ich gemerkt, dass ich da nicht mehr träume, nicht mehr unruhig schlafe, tiefer schlafe.“ (Tessa, 27)*

Einige weitere Befragte berichten, dass sie zwar bereits im jungen Alter erstmals Cannabis probiert hätten, den Konsum aber zunächst nicht fortgesetzt hätten. Erst zu einem späteren Zeitpunkt wurde die Wirkung als positiv und auch medizinisch hilfreich empfunden. Das trifft u.a. auf *Giovanni* zu, der bei seinen ersten Konsumversuchen noch gar keine Wirkung verspürt habe:

*„Letztes Jahr waren wir in Amsterdam mit ein paar Freunden, da war eine Messe, alle sind in den Coffeeshop gegangen, und weil ich der Fahrer war, habe ich es nicht gemacht, also ich war häufig mit drin, aber ich habe halt nichts geraucht, weil ich halt gesagt habe, ich fahre Auto und überhaupt, ach nee, das ist nichts. Es hat dann aber so lecker gerochen, dass ich dann zu Hause irgendwie gedacht habe, okay, ich muss jetzt doch nochmal was ausprobieren. Und dann war es*

*auch immer lustig. Dementsprechend habe ich weitergemacht und habe dann aber nach einer Weile festgestellt, dass die Rückenschmerzen, die ich halt von der Arbeit echt immer habe und wo auch der Orthopäde nicht sagen konnte, woher sie kommen, weg waren oder immer aufgetaucht sind, wenn ich nichts mehr hatte. (...) Abends immer einen geraucht und das ist halt immer wieder aufgetaucht und im Endeffekt habe ich dann festgestellt, dass die Rückenschmerzen einfach ausbleiben.“ (Giovanni, 35)*

Ähnliches, wenn auch mit geringerem zeitlichen Abstand, erlebte *Lena (23)*: Sie habe die positive Wirkung von Cannabis durch einen „Zufall“ bemerkt, als sie während einer Phase schwerer Depression etwa ein Jahr vor dem Interview an einem Joint gezogen habe und fortan eine Antriebssteigerung an sich bemerkt habe, woraufhin sie begonnen habe, regelmäßig mit medizinischer Intention zu konsumieren. Ein weiterer Fall betrifft eine Interviewpartnerin, die ebenfalls schon in der Jugend erste Konsumversuche gemacht hatte, aber erst im mittleren Alter einen regelmäßigen, nach einiger Zeit auch intensiven Gebrauch entwickelt habe:

*„Aber das hat sich in den letzten Jahren entwickelt, sodass ich wirklich von morgens bis abends rauche. Und eigentlich immer mich gewundert habe, warum ich das vertrage und trotzdem aufstehe und das gesamte Paket mit dem Ganzen zu tragen habe und das so locker-flockig schaffe, eigentlich. Bis mir eigentlich klargeworden ist, ich glaube mittlerweile, dass ich es nur deshalb geschafft habe. Überhaupt so lange zu funktionieren. Und das Gesamtpaket am Leben zu halten.“ (Petra, 42)*

Mit diesem „Gesamtpaket“ meint sie einerseits ihre eigenen medizinischen Beschwerden: sie leide unter dauerhaften Schmerzen, die von den Ärzt\*innen mangels anderer Erklärungsmöglichkeiten als Fibromyalgie klassifiziert worden seien. Sie selbst vermutet, dass sie einen Endocannabinoidmangel haben könnte; ein Krankheitsbild, dessen Existenz in der Medizin bislang nur diskutiert wird (vgl. Russo 2016). Andererseits berichtet sie über schwierige Umstände bezüglich des Umgangs mit ihren Familienangehörigen zuhause (Ehemann und Kind mit ADHS-Symptomatiken).

Wiederum andere Befragte konsumierten über längere Zeit – gelegentlich oder auch regelmäßiger – ausschließlich mit Freizeitmotivation, um irgendwann medizinische Wirkungen für sich zu entdecken. Häufig traten die entsprechenden Beschwerden auch erst zu diesem späteren Zeitpunkt auf:

*„Immer eigentlich so aus Genuss sozusagen, aus Genussgründen. Und dann habe ich irgendwann gemerkt, dass... Ich habe manchmal Panikattacken bekommen. Im Abi und nach dem Studium manchmal haben sich die Gedanken überschlagen, von wegen, ich schaffe das alles nicht oder so Ängste. (...) Dann hatte ich halt zufällig was zu Hause und habe dann einen geraucht und dann war es wie weggefliegen. Dann hatte ich keine Panik mehr und habe mir gedacht, warum mache ich mir so viel Stress wegen solchen Sachen. Und was vorher total wichtig war, war dann eben zweitrangig. Und das habe ich halt für mich so mitgenommen.“ (Pink, 30)*

Während *Pink* weiterhin überwiegend aus Genussgründen konsumiert und die medizinische Wirkung nur in den beschriebenen ‚Notfällen‘ mit Angstgedanken einsetzt, hat sich die Wahrnehmung des im Folgenden Zitierten von ‚reinem‘ Freizeitgebrauch zu einem aus seiner Perspektive rein medizinischem Konsum hin entwickelt:

*„Und habe dann oft mit dem Gedanken nur, dass ich abends kiffen kann, wieder Motivation gehabt zum Arbeiten. (...) Früher wollten wir immer nur, haben wir versucht Hasch zu kriegen,*

*Hauptsache weg, weggekiff und todmüde. Und hab dann halt irgendwann auch gemerkt, ich bin nicht nur down und müde und weg und ausgeknockt, sondern ich bin wieder motivierter. Ich bin zum Beispiel in meinen Programmierprojekten, habe ich dann nach dem Kiffen zum Beispiel gemerkt, ich hab wieder Lust zu programmieren. Hab dann oft gemerkt, ich arbeite nachts bis drei Uhr und programmiere, das muss doch irgendwie... warum mache ich das. Weil dieses Gras mich motiviert zum Weitermachen, und hatte auch darüber gelesen, medizinische Anwendung und so weiter.“ (Mike, 35)*

Dieser wie auch ein weiterer Interviewpartner sind Beispiele dafür, wie unterschiedlich die Wirkungswahrnehmung von Cannabis je nach Erwartung, Setting und Intention ausfallen kann. *Robert* hatte mit 17 bis 18 Jahren eine Phase, in der er mit Freunden zusammen häufig konsumierte, was auch mit einer gewissen „Verherrlichung“ bzw. ideologischen Verklärung der Droge assoziiert war. Setting und Wirkungswahrnehmung bewegten sich zu diesem Zeitpunkt auch in entsprechenden ‚Kiffer-Klischee‘-Mustern, bis er sich vom entsprechenden Kreis entfernte:

*„Ich würde mal sagen so mit 19, 20 habe ich dann auch so langsam bemerkt, wenn man eigentlich auch diesen Freundeskreis auch nicht mehr hatte und ich trotzdem gemerkt habe, ich rauche auch alleine und ich kann damit besser schlafen oder überhaupt einschlafen. Und meine Schmerzen sind weg und ich kann sitzen und so weiter. Dann habe ich das da so langsam gemerkt. Und dann auch so langsam angefangen, das auch wieder tagsüber auch regelmäßig zu nehmen.“ (Robert, 22)*

Wiederum andere hatten zuvor sporadisch im Bekanntenkreis konsumiert und versuchten sich, nachdem sie entsprechende Beschwerden entwickelt hatten, gezielt an einer Selbstmedikation:

*(Interviewerin: Du hattest also all diese Therapien und Medikamente schon hinter dir. Und dann bist du auf die Idee gekommen, es auszuprobieren?) Das war fließend. Ich habe das dann halt auch ausprobiert, weil es ja in meinem Leben auch vorkommt. Es war jetzt kein Novum, das mal auszuprobieren. Es ergibt sich ohnehin alle paar Monate mal. Also habe ich das dann nach etwa 2 Monaten probiert und gemerkt, dass es hilft. (...) Ich habe einfach die Schmerzen nicht mehr so gespürt. Teilweise vielleicht auch gar nicht mehr. (Susanne, 34)*

Schließlich gab es auch Befragte, die in unterschiedlicher Ausprägung jeweils einen langen Prozess der Bewusstwerdung durchliefen. Bei der im Folgenden Zitierten ging dieser Prozess von Konsum mit Freizeitmotivation zur (teilweise) medizinischen Nutzung einher mit einem langwierigen Prozess, in dem sich ihre Symptome (MS und Parkinson ähnlich; siehe 4.1) immer stärker ausprägten:

*„Also Kiffen habe ich angefangen wirklich... Wir haben die Leckerlis gebacken mit 18. Ich habe mit 18 angefangen. Aber das trat ja schon mit ganz sanften Symptomen so mit 12, 13 auf. Ja, aber das... einfach reingewachsen. Irgendwann merkt man das. Und das war nicht irgendwie so „Schnapp, jetzt rauche ich was und dann kann ich laufen“, sondern es war einfach, ja... Wie die Entwicklung der Behinderung war das ein schleichender Prozess.“ (Anita, 57)*

Anders verlief ein langer Prozess der Bewusstwerdung bei einer Interviewpartnerin, die über mehr als 20 Jahre hinweg vermeintlich Freizeitkonsum betrieben hatte, währenddessen stark mit Stigmatisierung, Selbstzweifeln und anderen psychischen bzw. psychosozialen Problemen zu kämpfen hatte und ihren Konsum erst kurz vor dem Interview als unbewusste Selbstmedikation einstufte (siehe auch 4.7):

*„Das erste Mal konsumiert habe ich mit 17, 18. Und dann gab es aber längere Pausen. Und regelmäßiger angefangen habe ich 1995. Da war ich dann 24. Naja, und ich wusste damals nicht, ich habe ADS. Das weiß ich erst seit ein paar Jahren. Ein Psychiater kam zum Glück mal darauf, mich untersuchen zu lassen. Und ich habe das immer gehabt, definitiv. Also ich habe erst halt mal gelegentlich geraucht und irgendwann hatte ich eine eigene Pflanze. Und dann habe ich für mich erfahren, dass wenn ich alleine rauche, dass ich reflektieren kann. Also es war damals schon so, dass ich total wüst unterwegs war und gar nicht zum Denken kam. Und durch das Rauchen habe ich das erste Mal, wo ich es alleine gemacht habe, erfahren, dass ich anfangen kann, mich zu reflektieren. (...) (Interviewer: Das heißt, es ist jetzt noch nicht so lange her, dass Sie sozusagen für sich ganz klar haben, dass es eigentlich im Grunde genommen das Medikament ist, was Ihnen hilft und nicht das Problem, das es zu bekämpfen gilt?) Genau. (...) Ja, das ist noch relativ frisch. Und eigentlich wie gesagt, drei Wochen. Seit drei Wochen habe ich es für mich klar. Und Sie glauben gar nicht, wieviel es mir bessergeht. Dass dieser doofe Krieg endlich zu Ende ist, den ich da gegen mich selber geführt habe. Ich weiß halt wirklich nicht, wo ich mich hinwenden soll. Das ist im Moment ein Riesen-Fragezeichen. Ein Bekannter hat gestern zu mir gesagt, er sucht jetzt einen Arzt auf. Wenn er da Erfolg hat, wird er mir die Adresse geben. (Anna, 47)*

Abschließend sei nochmals der Interviewpartner Meier angesprochen, der als lange Zeit unentdeckter ADHS-Patient in seinem „ADHS-konformen Leben“ (siehe 4.1) über viele Jahre hinweg nur gelegentlichen Freizeitkonsum betrieben hatte, dann aber im Zusammenhang mit Unfällen zunehmende weitere gesundheitliche Probleme, u.a. neuropathische Schmerzen und daraus folgende Schlafprobleme, entwickelte. Nachdem ein Bekannter ihn in diesem Zusammenhang erstmals Cannabis als Quasi-Medikament nahelegte, begann er sich auch für eine mögliche Wirkung auf seine ADHS-Symptome zu interessieren.

*„Habe mich immer mehr zurückgezogen und es ging mir schlechter und schlechter. Nach knapp drei Monaten kommt mich ein Bekannter besuchen. Ich klage ihm mein Leid. Sagt er: ‚komm, lass uns einen rauchen. Dann kannst heute Abend pennen.‘ Und ich so: ‚Okay, kein Problem.‘ Wir haben einen geraucht und unglaublich, ich habe geschlafen. Zehn Stunden, mir ging's gut, die Schmerzen waren weg. (...) (Interviewer: Aber es war jetzt trotzdem nicht so, dass Sie jetzt früher schon gesagt hätten, ich muss das [Cannabiskonsum] jetzt häufiger machen, um mal zur Ruhe zu kommen oder sowas?) Nein, weil ich es nie in dieser Qualität eingesetzt hätte, dass es auf die ADHS einen medizinischen Nutzen gehabt hätte. Weil ich muss ja dann eine Dauerdosierung wie ein Pegelmedikament nutzen, um die ADHS wirklich runterzusetzen. Das habe ich ja noch nie gemacht. Deswegen konnte ich den Effekt auf die ADHS erst im Laufe meiner Selbstversuche als Schlafmedikament feststellen. Also vorher war es wirklich Freizeitkonsum und 2015, August, in etwa Sommer 2015 war es dann erstmalig für mich der medizinische Aspekt. Und es hat wirklich auch funktioniert. Unglaublich aber wahr. Besser als Schlafmittel, Zopiclon habe ich auch schon mal gekriegt. Also kein Vergleich dazu. (Meier, 50)*

Der Interviewpartner gibt hier also an, dass seine ‚Grunderkrankung‘ eine völlig andere Art bzw. Frequenz des Cannabiskonsums erfordert als es bei seinem vorherigen Freizeitkonsum wie auch dem beschriebenen ersten Versuch zur Schmerzbekämpfung bzw. Schlafförderung der Fall war, weshalb er trotz zuvor durchaus ausgiebiger Erfahrungen erst spät auf die Möglichkeit einer solchen Medikation

aufmerksam wurde. Damit stellt er eine Ausnahme unter den befragten ADHS-Patient\*innen dar; wie z.T. an den bisherigen Zitaten erkennbar, pflegten die meisten übrigen Betroffenen entweder einen unbewussten medizinischen Konsum oder hatten im Rahmen von Freizeitkonsum bereits selbst festgestellt, dass ihnen Cannabis bei ihren Symptomen hilfreich sein kann.

Deutlich dürfte aus den bisherigen Ausführungen geworden sein, dass sich Konsummuster im Zuge der ‚Entdeckung‘ medizinischer Wirkungen häufig ändern. Je nach Krankheitsbild kann sich eine solche Änderung entweder hin zu einem gezielteren Einsatz bei akuten Beschwerden oder zu einer regelmäßigeren, kontinuierlichen Nutzung bei chronischen Beschwerden bewegen, bis hin zu nicht eindeutig einem bestimmten Krankheitsbild zuzuordnendem Dauerkonsum, der z.B. von der oben zitierten *Petra* als erfolgreiche Bewältigungsstrategie für eigene gesundheitliche Probleme wie auch andere Belastungen des Alltages bewertet wird.

### 4.3 Erfahrungen mit medizinischen Wirkungen

In beiden vorherigen Abschnitten wurden bereits häufiger die Arten, wie Cannabis auf verschiedene Symptome wirkt, deutlich. Daher wird in diesem Abschnitt nicht mehr auf die Erkrankungen selbst eingegangen. Auch die Motivationen der Befragten zum medizinischen Konsum wurden in den vorherigen Abschnitten deutlich gemacht (in erster Linie natürlich die Linderung ihrer Symptome), weshalb im Folgenden nur einige spezifischere Befunde hierzu dargelegt werden.

So berichtet z.B. die bereits zuvor genannte schwer psychisch traumatisierte Patientin *Lena* (23), dass sie erst durch Cannabis eine Traumatherapie beginnen konnte, da sie zuvor nicht in der Lage war, *„Emotionen zuzulassen“*. Der Substanzkonsum bildete ihrer Aussage zufolge also eine wichtige Grundlage dafür, ihre psychische Erkrankung behandeln zu lassen. Dies steht der üblichen Vorgehensweise in der Psychotherapie und Psychiatrie entgegen, vor einer therapeutischen Behandlung zunächst den Substanzkonsum zu behandeln.

In gewissem Sinne analog zu den im vorigen Abschnitt benannten Interviewpartner\*innen, die sich durch den Konsum konzentrierter bzw. ‚normaler‘ fühlen, berichtet der im vorigen Abschnitt zitierte *Pink*, der die medizinische Wirkung nur bei psychischen ‚Notfällen‘ einsetzt, dass eine ähnliche Konzentrationssteigerung die Hauptmotivation für diese Art des Konsums darstelle:

*„Ich werde dann intelligenter und nicht dümmer sozusagen. Wenn ich unter normalen Umständen was rauche, dann lege ich meine Uni-Unterlagen weg, weil da ist nicht mehr viel zu holen. Aber wenn ich diese Attacke habe, da bin ich total wirr und diffus und kann keinen klaren Gedanken fassen. Und dann habe ich das Gefühl, das wird geordnet sozusagen, der Gedankenfluss.“ (Pink, 30)*

Mehrere Befragte legen anhand eines Vergleiches zwischen konventionellen Medikamenten und Cannabis dar, weshalb sie Cannabis als Medikation bevorzugten; überwiegend im Zusammenhang mit den Nebenwirkungen, die sie bei Cannabis als geringer wahrnahmen:

*„Ich wollte ja nicht Cannabis, weil ich sagte: ‚Mir hilft nichts anderes‘, sondern weil alle anderen Sachen bei mir unglaubliche Nebenwirkungen verursachten. Ich hatte ständig niedrigen Blutdruck, mir war schwindelig... das ist ein bisschen anstrengend im Alltag“ (Jenny, 28) – „...was Medikamente alles verursachen, eigentlich noch viel schlimmere Sachen als die, die man hat, im*

*Grunde genommen. Nur für eine, vielleicht, Schmerzlinderung, ja. Das sehe ich nicht ein. Und die Pharmaindustrie, die powert immer weiter, ja.“ (Julia, 61)*

Bei der letztgenannten Patientin (die bislang nur geringe Erfahrungen mit medizinischer Cannabisverwendung gemacht hatte) wird, im Verbund mit der Wahrnehmung von Nebenwirkungen, eine grundsätzliche Skepsis gegenüber herkömmlichen Pharmazeutika und deren Produzenten deutlich. Ähnliches wird bei einigen anderen Befragten im Verbund mit einer grundsätzlichen Neigung zu Naturheilkunde deutlich, wobei Letzteres aber nur selten explizit geäußert wird, wie etwa im folgenden Zitat:

*„Bevor ich mir pharmazeutische Sachen reinziehe... also ich bin sowieso der Typ, der immer so naturelle Sachen bevorzugt, und da liegt es natürlich nahe, dass ich irgendwas Natürliches nehme, würde oder könnte, was das gleiche Resultat hat oder besseres Resultat hat wie die pharmazeutischen Erzeugnisse.“ (Michel, 35)*

Wie gesagt, sind solche konkreten Äußerungen einer Bevorzugung „natürlicher“ gegenüber „chemischer“ Medikation aber die Ausnahme. Umgekehrt gibt es einige Befragte, die vor der eigenen Erprobung eine grundsätzliche Skepsis gegenüber Cannabismedizin hatten, wie etwa die bereits in 3.2 zitierte *Alexis*, die sich „in der Verzweiflung“ u.a. mittels YouTube-Videos über Einsatzmöglichkeiten von Cannabis u.a. bei ihrem Krankheitsbild Migräne informierte und nach und nach ihre Skepsis abbaute.

Was die konkreten Wirkungen betrifft, so wurde bereits deutlich, dass die Linderung von Schmerzen besonders häufig genannt wird, oft in Kombination mit anderen Beschwerden. So leidet z.B. *Konrad* unter ungeklärten chronischen Schmerzen im Schulter- und Wirbelbereich, die er zuvor mit konventionellen Schmerzmitteln (z.B. Ibuprofen) bekämpft hatte, aber angesichts des dauerhaften Konsums Bedenken wegen langfristiger Nebenwirkungen hatte und Cannabis als Alternative probierte: „*ich hatte, vom Nebenwirkungsprofil her, das Gefühl, es wäre besser.“ (Konrad, 28).*

Wie erwähnt, hatten mehrere der befragten AD(H)S-Patient\*innen aus unterschiedlichen Gründen (u.a. Unfälle) Schmerzen z.B. an Gelenken entwickelt. Teilweise wird dabei über eine unmittelbare Linderung der Schmerzen berichtet, teilweise auch darüber, dass die Substanz indirekt bei diesen Beschwerden helfen würde:

*„Der Schmerz ist da, der Schmerz würde mich noch stören in der Nacht. Aber durch das THC bin ich da, sagen wir mal, es hat eine sedierende Wirkung, bei dieser Sorte von medizinischem Cannabis, dass der Schmerz für mich nicht präsent ist und mich am Schlafen stört oder hindert. Es ist in der Selbstmedikation für mich das ADHS der Hauptgrund, die Schmerzen eine nützliche Nebenerscheinung.“ (Meier, 50)*

Als ein Beispiel für eine unmittelbare Schmerzlinderung sei hier eine Befragte (*Susanne, 34*) angesprochen, die chronische Schmerzen aufgrund eines Bandscheibenvorfalles entwickelt und dafür neben ‚leichteren‘ Schmerzmitteln auch diverse stärkere Substanzen inklusive Opiode probiert hatte. Letztlich helfe Cannabis ihr nach eigener Aussage am besten. Bei der ebenfalls im vorigen Abschnitt zitierten *Josefine* stehen ebenfalls die Schmerzen aufgrund ihrer Adenomyose im Vordergrund; sie kombiniert Cannabis mit konventionellen Schmerzmitteln, wobei sie nur teilweise eine unmittelbar schmerzlindernde Wirkung wahrnimmt, ihr Cannabis aber auch indirekt gegen die Schmerzen helfe:

*„Die Schmerzmittel, die (...) können weder den Schmerz tilgen, noch reichen die auf den Tag verteilt mit der Höchstdosis (...) dass ich auch dann wirklich durch den ganzen Tag komme. Und, wenn ich dann kiffe zwischendurch, dann verlängert das die Zeit, also die Abstände zwischen*

*den Tabletten, die ich einnehmen kann, und ich hab' manchmal das Gefühl, es verstärkt auch die Wirkung der Schmerzmittel noch mal..., es ist psychisch viel einfacher zu ertragen, so die ganzen Schmerzphasen, und ich kann schlafen. Also ich konnte auch viele Nächte durch die Schmerzen nicht schlafen, ähm... Oder hab dann die Schmerzen in Alpträume eingebaut, was dann auch nicht mehr erholsam war, und... ja, ich kann halt auch tagsüber viele von den Schmerzphasen dann einfach überschlafen, indem ich einfach... mehr kiffe, und dann weniger von der ganzen Zeit mitbekomme.“ (Josefine, 25)*

Demnach trage der schlaffördernde Effekt dazu bei, mit den Schmerzen besser umgehen zu können. Zu betonen ist hier, dass die Befragte ihre Schmerzen als ausgesprochen stark und den Alltag stark beeinträchtigend schildert („nachts ja... dass ich dann einfach vor Schmerzen nicht schlafen kann, und schon viele Nächte dann im Badezimmer aufm Boden verbracht hab vor Schmerzen“, Josefine, 25).

Schlafstörungen werden ohnehin häufig als Begleitsymptom anderer Krankheitsbilder genannt, das von Interviewten mit Cannabis bekämpft wird, so etwa von AD(H)S-Patient\*innen:

*„Eine der ganz großen Geschichten ist bei mir Schlafen. Ohne Cannabis zwei, drei Stunden die Nacht. Mit Straßencannabis fünf, fünfeinhalb. Mit Wachwerden. Mit Cannabis aus der Apotheke, was mir empfohlen wurde von anderen Patienten, sieben Stunden durch. Seit sieben Wochen. Ich bin begeistert. (...) Und jetzt seit sieben Wochen bin ich erstmalig seit ich, keine Ahnung, zurückdenken kann, 30 Jahre, richtig gut am Schlafen.“ (Meier, 50)*

Ein weiterer Befragter (Pierre, 35) nennt Schlafprobleme, die mit Stress und vermutlich wiederum damit in Verbindung stehenden Magen- und Darmproblemen zusammenhängen. Auch er berichtet über eine deutlich verbesserte Qualität seines Schlafes durch den Konsum eher kleiner Mengen Cannabis. Psychische Symptome, die im Zusammenhang mit Schlafstörungen stehen, sind in der Stichprobe mehrfach vertreten, so etwa auch vom oben zitierten Pink, der seine gelegentlich auftretenden Panikanfälle mittels einer von vielen als typisch wahrgenommenen Cannabiswirkung zu behandeln sucht:

*„Diese ‚Ach, ist mir egal‘-Motivation. Wird schon alles irgendwie funktionieren, denke ich dann. Warum habe ich mir denn so viele Gedanken darüber gemacht? Ist doch gar nicht so wichtig, solche Gedanken. Und dann denkt man über was anderes nach und legt sich eigentlich mit einem Lächeln wieder schlafen.“ (Pink, 30)*

Aber auch Schlafstörungen als vordergründiges Problem werden von Einzelnen mit Cannabis behandelt, wie im folgenden Fall einer Patientin mit besonders schwerwiegender Schlaflosigkeit berichtet. Auch hier wird die Substanz im Verbund mit anderen Medikamenten verwendet:

*„Ich habe gedacht, ist stelle mich darauf ein, mein Leben lang nicht mehr schlafen zu können und das ist kein schönes Gefühl. Weil, ich habe ein halbes Jahr nicht geschlafen und das ist nicht angenehm. (...) Das ist ja nicht so, dass das mein Schlafproblem löst, und ohne Pharmazie könnte ich überhaupt nicht schlafen, weil ich brauche dann doch diese Kombination, damit das ineinandergreift. Also als Bündel und das ist das, was eigentlich noch hilft. Und dafür brauche ich unbedingt Cannabis. (Hilde, 55)*

Auffällig häufig wurde – schwerpunktmäßig, aber nicht ausschließlich von AD(H)S-Patient\*innen – über quasi paradoxe Cannabiswirkungen berichtet: Typische Rauschwirkungen von Cannabis werden häufig mit „einem bruchstückhaften, nach assoziativen Gesichtspunkten geordneten, ideenflüchtigen Denken“

assoziiert; „Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit können vermindert werden, ebenso die Leistung des Kurzzeitgedächtnisses“ (DHS o.J.). Diverse Befragte berichten indes über eine *Steigerung* ihrer Konzentrationsfähigkeit, wie in den folgenden Zitaten von Befragten mit AD(H)S geschildert:

*„So richtig high werde ich nicht. (...) Mein Kopf ist immer voll da, ich kann da Rechenaufgaben, Prozent, Dreisatz alles Mögliche kann ich da abliefern, aber ich fühle mich auch innerlich ruhig. Nicht so weggetreten, dass ich nichts mehr mitkriege, aber ich fühle mich halt wirklich tiefenentspannt in dem Sinn.“ (Reinhart, 24) – „Wenn ich nichts konsumiere, dann ist da überhaupt keine Fähigkeit zur Entspannung in mir. Und das heißt, man kann sich auch nicht reflektieren, wenn man die ganze Zeit innerlich am Rasen ist und sich Sorgen macht und Gedanken. Dann ist da gar kein Platz, um über sich nachzudenken“. (Anna, 47) – „...weil bei mir die Kopfschmerzen aufgrund der ADHS-Reizüberflutung kamen. Und wenn ich es konsumiere, bekämpfe ich eigentlich damit meinen Dopaminmangel, was wiederum mein ADHS weniger stark zum Vorschein kommen lässt. Dadurch habe ich weniger Reizüberflutungen. Dadurch habe ich weniger Kopfschmerzen. Also bei mir ist die Kausalkette halt extrem lang sozusagen“ (Benjamin, 27).*

In den beiden letztgenannten Zitaten klingt dabei an, dass die Erhöhung der Konzentration verbunden ist mit einem beruhigenden Effekt, in diesem Fall eine Art Beruhigung des als ungeordnet empfundenen Gedankenflusses. Über eine ähnliche Wirkung berichtet eine Befragte, welche diverse gesundheitliche Probleme (Tinnitus, hormonelle Probleme, chronische Schmerzen, Schlafprobleme) aufweist:

*„Very, very relaxing. I can, for example, I can pay more attention to some series or some book I am reading. I am like, in a very relaxed mood, I can concentrate, because I have not this problem. (...) It is a moment where I can really pay some attention to my things. (Maria, 27)*

Zwei weitere Befragte – u.a. der oben zitierte *Pink* – berichten, dass sie mit Cannabis eine solche Beruhigung der Gedanken bzw. Konzentrationssteigerung nur in psychischen Ausnahmesituationen erzielen können, während sie sonst die oben beschriebenen ‚üblichen‘ Cannabiswirkungen wahrnehmen, wie es eine Befragte beschreibt, die sonst Cannabis gegen ihre Schlafstörungen einsetzt:

*„Ich habe auch viel gekiffert zum Beispiel in... ich nenne es mal eine extreme psychische Belastungssituation, als mein Opa kurz vor seinem Tod stand, da hätte ich nicht gewusst, wie ich ohne Cannabis hätte auskommen sollen. Weil ich so wirre Gedanken hatte und das Cannabis eher dafür gesorgt hatte, dass die dann gradliniger werden, irgendwie wieder linearer laufen, aber umgekehrt ist es eben so, wenn ich ganz normal drauf bin und mittags einen Dübi [Joint] rauche und eigentlich in meinem Kopf... alles gerade läuft, dann wird es plötzlich wirr und das ist eben das Unangenehme, weshalb ich jetzt tagsüber nicht mehr kiffe.“ (Tessa, 27)*

Eine beruhigende bzw. entspannende Wirkung wird generell recht häufig genannt; stellvertretend für viele andere ist an dieser Stelle eine Interviewpartnerin zitiert, die in erster Linie an Schmerzen infolge von Bandscheibenvorfällen und Hüftdysplasie leidet:

*„Ich wurde ruhiger. Ich habe ja durch die unkontrollierten Schmerzschübe immer das Bedürfnis, dass ich schnell Dinge abarbeite, und ich stehe auch morgens schon mit sehr viel Stress auf. Und dann denke ich die ganze Zeit, ich komme nicht hinterher mit den Sachen, die ich abarbeiten muss. Weil ich halt nie weiß, wie lange ich ausfalle durch Schmerzen. Während der Zeit, in der ich ausfalle, kann ich auch nicht entspannen, da ich immer daran denke, dass es mir schnell wieder gut gehen muss. Diese Anspannung hat das Cannabis auf jeden Fall reduziert, ich hatte*

*also weniger Stress. Ich konnte trotzdem morgens früh aufstehen und Sachen erledigen, es hat meinen Alltag in dem Sinne nicht beeinflusst.“ (Jenny, 28)*

An diesem Zitat wird ein weiteres Mal deutlich, wie komplex bei vielen der Befragten die Zusammenhänge von unterschiedlichen Symptomen, Alltagspraxis und Medikation sind; häufig wird dabei der beruhigenden Komponente der Cannabiswirkung eine Entlastungsfunktion zugeschrieben. Konkreter sind die Beschreibungen in Bezug auf die muskelrelaxierende Wirkung, die z.B. bei einer in erster Linie an verkrampfter Muskulatur Leidenden wie *Anita* (siehe 4.2) von zentraler Bedeutung ist. Der muskelentspannende Effekt ist auch für mehrere Befragte, die an Epilepsie leiden, wichtig. Ein Befragter beschreibt einen entsprechenden Anfall so: *„wie wenn Du einen Krampf im Fuß hast oder in der Wade (...) So ist das dann bei mir im ganzen Körper, extrem. Und natürlich, wenn man dann einen raucht, dann lockert sich das alles“ (Christian, 29)*. Beide Befragte mit einer ausgeprägten Epilepsie (außer *Christian* auch *Selina*) berichten, dass sie mit kontinuierlicher Cannabismedikation praktisch frei von Anfällen seien.

Eine weitere typische (Neben-)Wirkung von Cannabis ist die Appetitanregung. Zwei Befragte nennen diese explizit als medizinisch erwünschten Effekt. Während sich dies bei einem dieser Interviewten nur auf eine vorübergehende Magen-Darm-Erkrankung bezieht, hatte ein anderer dauerhaft solche Probleme entwickelt.

*„Die Nahrungsaufnahme war für mich halt immer (...) eine sehr schwere Tortur. Ich konnte tagsüber eigentlich nie was essen großartig. Erst so Richtung Abend, Nacht hatte ich dann so irgendwie ja so ein bisschen Zugang dazu irgendwas zu essen. Meistens auch ziemlich wenig und auch so ein bisschen gegen mein Empfinden. (...) und dann hab ich halt quasi abends, wenn ich ein bisschen Ruhe hatte, das konsumiert und konnte dann halt auch mehr essen.“ (Pauli, 21)*

Abgesehen von den beschriebenen Effekten, die jeweils von mehreren Befragten genannt werden, wurden noch weitere Wirkungen von Einzelnen benannt. Dies betrifft z.B. *Lena*, die Befragte mit schwerwiegenden psychischen Symptomen, bei der Cannabis zu einer deutlichen Leistungssteigerung, Stimmungsaufhellung und Angstlösung führe, weshalb sie angibt: *„Cannabis hat mir mein Leben gerettet“ (Protokoll Lena, 23)*. Ein weiterer Spezialfall ist *Wedrick* (siehe 4.1), bei dem die durch seine Acne inversa hervorgerufenen Abszesse mit Cannabis weitgehend unterdrückt werden.

Es zeichnet sich also eine breite Spanne an möglichen Wirkungen ab, die auch noch je nach Person und Erkrankung höchst unterschiedlich ausfallen können. Auffällig ist dabei, dass nicht wenige Befragte für unterschiedliche, teils zusammenhängende Symptome unterschiedliche Effekte der Droge nutzen. Teilweise konnte dies auch noch zwischen unterschiedlichen Arten von Cannabisprodukten differenziert werden; davon ist u.a. im folgenden Abschnitt die Rede.

## 4.4 Konsumierte Produkte, Konsumformen und Mengen

### 4.4.1 Arten konsumierter Cannabisprodukte

Alle Interviewpartner\*innen wurden gefragt, welche Arten von Cannabisprodukten sie für gewöhnlich konsumieren. Mehrfach wurde darauf verwiesen, dass durch den Schwarzmarkt allenfalls bedingt eine Auswahl möglich sei:

*„Wenn ich jetzt die Wahl hätte zwischen 50 verschiedenen Sorten, würde ich mir diese einzelnen Sorten angucken, dann würde das auch mehr Sinn machen, dann könnte ich es auch an meine Psyche anpassen oder es gibt ja wirklich verschiedene Wirkungen pro verschiedenen Sorten. (...) Da ich das aber für mich persönlich nie herausfinden konnte, weil ich muss nehmen, was ich kriege, weil du hast hier einfach nicht die Auswahl.“ (Simon, 34)*

Zum Teil verwiesen die Befragten schlicht darauf, dass sie „normale Schwarzmarktware“ (Tessa, 27) konsumieren; oftmals war – u.a. mangels entsprechender Bezugsquellen – auch kaum Wissen über unterschiedliche Sorten vorhanden. Grundsätzlich ist zu betonen, dass es verschiedene Möglichkeiten der Unterscheidung gibt, die nur zu einem Teil tatsächliche Unterschiede in den Wirkungen widerspiegeln. Zudem sind medizinische (Wechsel-)Wirkungen unterschiedlicher Cannabinoide (v.a. jenseits von THC und CBD) und Terpene bislang nur zu einem kleinen Teil erforscht (überblicksartig: Müller-Vahl & Grotenhermen 2020).

Eine traditionelle Unterscheidungsform von Cannabisprodukten ist die zwischen Marihuana (Cannabisblüten) und Haschisch (Cannabisharz). Nimmt man die regelmäßigen Analysen aus niederländischen Coffeeshops als Grundlage, so kann grob bzw. durchschnittlich davon ausgegangen werden, dass Haschisch zumeist eine höhere CBD-THC-Ratio (also höheren CBD- im Verhältnis zum THC-Anteil)<sup>5</sup> enthält als Marihuana (Rigter & Bossong 2019), so dass die von einigen der Befragten geäußerten Vorlieben zur einen oder anderen Produktart möglicherweise auch mit der Wirkstoffkombination zu tun haben könnten. Begründet wurden solche Vorlieben aber in unterschiedlicher Weise:

*„Sagen wir es so, wenn ich ein Gramm Dope [Haschisch] hätte und ein Gramm Gras [Marihuana], ich würde zum Dope greifen. (Interviewer: Ach so. Also einfach nur von der Präferenz her?) Ja. Vielleicht auch generell, weil Dope stärker ist.“ (Anita, 57) – „Also ich rauche im Grunde lieber Gras, habe aber festgestellt, dass ich damit zu großzügig umgehe, weil es gut schmeckt. Und deshalb bin ich jetzt eher auf Haschisch umgestiegen, weil ich da besser damit umgehe. Fehlt mir aber, das Gras, muss ich sagen. Die Wirkungen sind halt völlig unterschiedlich. Ich denke, dass... Manchmal fehlt mir das beim Gras. Das ist so ein bisschen erhebend, erhebt mehr, während das andere für mich eigentlich vielleicht therapeutisch sogar besser ist, was Schmerzen und Ruhe betrifft. Aber vom Geschmack her... Ich bin wohl auch ein Geschmacksraucher.“ (Anna, 47)*

Geschmack bzw. Geruch spielen also eine Rolle, wobei sich gerade im letztgenannten Zitat abzeichnet, dass auch Vorlieben und Konsumpraxis ein komplexes Geschehen sein können. Ein weiterer Befragter begründet seine Vorliebe für Haschisch explizit mit unterschiedlichen Wirkungen, aber auch mit dem Mythos von „genverändertem“ Marihuana (vgl. Cascini 2012):

*„Also das Gras hilft mir auch. Ich mag es nur nicht, weil der Rauch halt einfach aufputscht und nicht beruhigt. Am nächsten Tag schon, aber es ist mir auch nicht so lieb, weil bei den Züchtungen viel mit Genveränderungen gearbeitet wird. Sorten wie Haze sind sehr überzüchtet mit viel zu viel THC. Das kann nicht gesund sein.“ (Sirius, 47)*

---

<sup>5</sup> Hier muss allerdings betont werden, dass auch bei dem auf dem Schwarzmarkt bzw. in Coffeeshops gehandelte Haschisch weit überwiegend der THC-Anteil den CBD-Anteil um ein Mehrfaches übersteigt (anders als z.B. im Fertigarzneimittel Sativex® mit gleichen Anteilen an THC und CBD).

Umgekehrt begründet ein weiterer Interviewpartner seine Vorliebe für Marihuana mit der von ihm angenommenen höheren Wahrscheinlichkeit von Streckmitteln in Haschisch:

*„Vor allem, weil man nie weiß, was drin ist. Ich kann da soweit auch kein Vertrauen entgegenbringen, weil da kann alles reingequetscht sein, beim Gras, da sieht, riecht und schmeckt man es einfach direkt.“ (Giovanni, 35)*

Ein wiederum anderer Befragter empfindet Haschisch für gewöhnlich als zu stark: *„Das ist so hart. (...) Das ballert mich zu arg an, das will ich gar nicht“ (Christian, 45)*. Es zeigen sich also unterschiedliche Vorlieben in dieser Hinsicht, die zum Teil mit gegenläufigen Annahmen über Handelsformen und Wirkungen begründet werden.

Ähnliches zeigt sich bei der in Konsument\*innenkreisen beliebten Unterscheidung zwischen „Sativa“- und „Indica“-Cannabis. Neuere Forschungen deuten darauf hin, dass sich die Unterschiede zwischen diesen Grundformen neben dem Phänotyp der Pflanzen vor allem auf die aromatischen Bestandteile (Terpene), nicht aber auf die für die Wirkung bedeutsamsten THC- und CBD-Gehalte beziehen, die in beiden Cannabistypen jeweils sehr unterschiedlich ausfallen können (Sawler et al. 2015, Piomelli & Russo 2016). Einige der Interviewten beziehen sich aber auf die auch bei Züchtern und – in Ländern mit (quasi) legalem Verkauf – auch Händler\*innen beliebte angebliche Unterscheidung der Wirktypen, die von Interviewpartnern wie folgt beschrieben wird:

*„Vor allen Dingen halt diese Sativa-dominanten, die halt mich nicht körperlich beruhigen, sondern eher so den Geist; auf den Geist halt wirken, weniger auf den Körper. Weil halt, wenn ich Indica mehr rauche, dann komme ich zur Ruhe, aber mein Kopf gibt halt keine Ruhe. (Benjamin, 27) – „Indica bekommt mir gar nicht, weil Indica eine sehr betäubende, sedierende Wirkung hat, heißt ich spüre meinen kompletten Körper, alles, alles. Da ich auch eine Angststörung habe, also psychisch auch sehr schnell Angst bekomme und so weiter, ist es nicht die ideale Sorte für mich, heißt, ich bleibe bei den Sativa-Sorten, die sind dafür da, dass man gut gelaunt ist, man reden kann...“ (Robert, 22)*

Erwähnenswert ist dabei, dass die meisten auf dem Schwarzmarkt (wie auch in niederländischen Coffeeshops; Rigter & Bossong 2019) gehandelten Marihuanasorten heute hohe THC- und sehr niedrige CBD-Gehalte aufweisen, unabhängig von der Deklaration als Indica- oder Sativa-lastig. Häufiger als die Unterscheidung nach diesen Grundtypen wurde denn auch von den Interviewpartnern im Hinblick auf die Wirkung unterschiedlicher THC- und CBD-Anteile verwiesen. Dabei wurden sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht: während einige Befragte noch keine Sorten mit hohem CBD-Gehalt ausprobiert hatten (aber den Willen äußerten, dies zu probieren)<sup>6</sup>, hatten andere schon differenzierte Erfahrungen gemacht. So berichtet eine Patientin von sehr positiven Erfahrungen mit dem Sekundärwirkstoff der Cannabispflanze:

*„Dann habe ich jetzt vor ungefähr eineinhalb Jahren wieder regelmäßiger angefangen, aber vor allen Dingen CBD ausprobiert und gemerkt, dass es nicht das THC ist, was mir guttut, sondern das CBD. Das CBD war auch nicht psychisch aktiv, was mir entgegenkam.“ (Jenny, 28)*

---

<sup>6</sup> Zum Zeitpunkt der Interviews stand die (quasi) legale CBD-Branche in Deutschland noch am Anfang: es gab zwar schon zahlreiche Online-Shops und z.T. auch Ladenverkauf von CBD-Öl, aber noch keine Geschäfte, in denen CBD-Blüten bzw. CBD-Haschisch verkauft wurden, sondern lediglich einige Online-Shops aus dem Ausland. Daher war der Zugang zu solchen Produkten noch relativ schwierig.

Über derartige Versuche berichten noch einige weitere Befragte, wobei die Erfahrungen je nach Konsumzeitpunkt und zu behandelnden Symptomen unterschiedlich ausfielen. So gibt z.B. eine Befragte (Tessa, 27) an, dass sie CBD-Blüten beim Konsum tagsüber als angenehmer, da nicht psychoaktiv, empfinde, diese Produkte aber noch nicht abends gegen ihre Schlafstörungen ausprobiert hat. Einige Befragte hatten bei CBD-Versuchen festgestellt, dass es offenbar die Kombination beider Wirkstoffe ist, die sie für die medizinische Wirkung brauchen, so etwa Lena (23): sie hatte probierhalber eine Zeitlang ausschließlich CBD-Produkte genommen, aber schnell gemerkt, dass sie auch THC benötigt. Andere wiederum differenzieren hier im Hinblick auf die Symptome bzw. nutzen CBD auch zur „Regulierung“ der THC-Wirkungen:

*„Wenn man THC raucht, wenn ich meine Sorte habe oder mal ein bisschen mehr geraucht habe oder vielleicht noch einen leeren Magen hatte und ich merke, okay, es wirkt gerade ein bisschen zu stark, dann muss ich nur ein bisschen CBD zu mir nehmen und dann regelt sich das auch wieder. Das heißt, das CBD ist quasi für die Stabilität vom THC ganz gut.“ (Robert, 22)*

Deutlich mehr Interviewte geben indes zu Protokoll, dass sie in erster Linie oder ausschließlich THC gegen ihre Symptome einsetzen:

*„Also bei meinem Krankheitsbild aufgrund der Hyperaktivität ist das Tetrahydrocannabinol ansprechender für meine Synapsen in meinem Gehirn, weil der psychoaktive Wirkstoff, sag ich mal, dafür sorgt, dass da oben ein geregelterer Ablauf stattfindet.“ (Reinhart, 24) – „Also mir hilft das THC am besten. Ich habe CBD ausprobiert, aber es hilft mir bei den Schmerzen nicht so wie THC“ (Sirius, 43) – „Also klar, CBD-Tropfen könnte ich mir einfach bestellen. Allerdings habe ich auch zahlreiche Studien auch gelesen, wo eher THC bei ADHS in Frage kommt und nicht CBD.“ (Benjamin, 27).*

Insgesamt schätzen die meisten Interviewten also THC im Vergleich zu CBD als wichtiger ein; wie im letztgenannten Zitat deutlich wird, teilweise auch mit wissenschaftlicher Begründung. Dennoch spielt CBD als Wirkstoff für nicht wenige eine wichtige Rolle bzw. es wird zumindest vermutet, dass es von Bedeutung sein könne. Ein Befragter schließlich hat sich offenbar sehr intensiv mit den laufenden Forschungen zu Cannabis-Wirkstoffen beschäftigt und nennt weitere Inhaltsstoffe, die von Bedeutung sein könnten:

*„THCV zum Beispiel ist ein ganz interessantes Mittel. Das macht zum Beispiel einen schlauer und nicht dümmer. Was man ja bei Cannabis immer so hat, dein Gehirn, dein Kurzzeitgedächtnis leidet darunter. THCV fördert das Kurzzeitgedächtnis. (...) Die Terpene werden halt so ein bisschen vernachlässigt, weil viele denken, die haben nur eine kleine Wirkung. Ich weiß es auch nicht besser. Ich gehe davon aus, aber ich denke, das ist ein Zusammenspiel.“ (Mike, 35)*

#### 4.4.2 Applikationsformen

Mit 20 Befragten (65%) konsumiert eine deutliche Mehrheit der Befragten Cannabis zumindest teilweise mittels Rauchkonsum; der weit überwiegende Teil von ihnen auch mit Tabak. Zwei Befragte geben an, Cannabisprodukte nur (noch) pur zu rauchen. Einer dieser Befragten begründet dies damit, dass er zur Bearbeitung seiner ADHS-Symptome größere Mengen pro Konsumvorgang benötige:

*„Alle Freunde kiffen halt mit Tabak. Und wenn ich halt was konsumiere, dann pur. Weil, ich brauche es einfach. Das ADHS, das ist halt ein Dopaminmangel. Sprich, ich brauche einfach viel mehr als andere. Also die anderen rauchen halt mit Tabak und man merkt denen das schon an, dass die ein bisschen higher werden und bei mir ist halt gar nichts. Also ich muss halt pur rauchen, damit ich davon überhaupt einen Effekt damit halt habe.“ (Benjamin, 27)*

Ansonsten wird das Pur-Rauchen – wie auch der generelle Verzicht auf den Rauchkonsum (s.u.) – größtenteils mit gesundheitlichen Aspekten begründet. Umgekehrt stellen einige derer, die ihre Cannabisprodukte mit Tabak konsumieren, dies praktisch nicht in Frage, weil sie es seit jeher (durch den Freizeitkonsum) gewöhnt sind, Joints oder auch (Wasser-)Pfeifen mit Tabak zu rauchen<sup>7</sup>. Teilweise gaben die Betroffenen dabei auch schlicht die Begründung an, dass sie ohnehin (Zigaretten) rauchen.

*„Ab und zu noch durch die Eis-Bong für abends so zum Einschlafen oder so. Aber ansonsten rauche ich schon Pfeife. (...) Mit Tabak, aber schon weniger. Also nicht so, ich mach höchstens so drei, vier Brösel rein und dann ist Feierabend. (Interviewer: Okay, und rauchst du auch so normal oder?) Zigarette, ja. (...) Ich muss sagen, wenn ich einen geraucht hab und, sag ich mal, noch high bin, dann habe ich weniger das Verlangen, eine Zigarette zu rauchen.“ (Reinhart, 24)*

Dieser wie auch eine weitere Befragte geben also an, mit dem Konsum von Cannabis-Tabak-Gemisch ihren Zigarettenkonsum zumindest ein wenig reduzieren zu können. Häufiger hingegen ist bei jenen, die (noch) mit Tabak rauchen, der Wunsch, diese Praxis einstellen zu können.

*„(Interviewer: Wie konsumieren Sie das normalerweise?) Durch Joints. (Interviewer: Mit Tabak auch oder...?) Ja. Ist allerdings auch ein bisschen problematisch für mich, weil ich auch Atemwegsprobleme habe. Wäre schon cool, ich bekäme eine andere Konsumform, medizinische. (...) Man ist es einfach gewöhnt. Und ich habe auch schon Vaporizer ausprobiert, das war aber nur so ein kleines Handgerät. Und das ist natürlich für jemand, der Joints gewöhnt ist, erstmal total unbefriedigend. Jetzt habe ich aber wie gesagt akute Atemwegsprobleme und müsste dann vielleicht trotzdem eine andere Lösung finden. Wenn ich jetzt von einem Arzt etwas bekäme, würde ich sagen, das Spray wäre gut.“ (Anna, 47)*

Ähnlich wie die hier zitierte Befragte (die an anderer Stelle angibt, praktisch keine Zigaretten mehr zu rauchen, wenn sie ausreichend Cannabis verfügbar hat) sind einige weitere Befragte zwiegespalten im Hinblick auf die „Tabakfrage“.

*„Am besten ist es mit Tabak, aber der Scheiß-Tabak ist so ungesund. (Interviewer: Aber es geht einfach besser rein?) Ja. Dann ist auch die Wirkung bei mir stärker, sonst empfinde ich sowieso schon fast keine Wirkung. Bei mir ist es eher, dass der Tabak kickt. (...) Dann muss ich husten. Deswegen will ich ja auch den Tabak sein lassen. Ich bin nach dem Tabak süchtig. Das Cannabis kann ich sein lassen. Den Tabak nicht. Als sie mir das Cannabis abgenommen haben, klar du wirst ein bisschen unruhig und dann kriegst du Angst, aber wenn ich kein Nikotin hab...“ (Wedrick, 46)*

---

<sup>7</sup> In Europa ist es – anders als z.B. in Nordamerika – seit den 1960er/1970er Jahren beim Freizeitkonsum nach wie vor üblich, Cannabisprodukte mit Tabak zu konsumieren. Diese Gewohnheit hatte sich in erster Linie deshalb eingestellt, weil bis in die 1990er Jahre hinein Haschisch weitaus verbreiteter war als Marihuana, und es nicht möglich ist, Haschisch in einem Joint in purer Form zu rauchen (vgl. Hindocha et al. 2016, Kumar et al. 2020).

Der Befragte äußert sich hier in gewissem Sinne widersprüchlich, da er an anderer Stelle angibt, wegen seiner schmerzhaften Hautkrankheit nicht auf Cannabis verzichten zu können (siehe 4.1); offenbar rekurriert er hier aber eher auf die psychische Abhängigkeit (Craving), die er bei Tabak, aber nicht bei Cannabis wahrnimmt.

Wie oben angesprochen, hinterfragen einige der Befragten ihren Rauchkonsum nicht, da sie es aus der Cannabis-Konsumkultur nicht anders gewöhnt sind: *„Also ich sitze gern mit Leuten zusammen, wo dann so richtig kultmäßig ein Joint gedreht wird und der dann rumgeht.“ (Anita, 57)*. Zum anderen wird teilweise darauf verwiesen, dass Rauchen aufgrund der relativ unmittelbar einsetzenden Wirkung die bevorzugte Applikationsform sei:

*„...dass Rauchen halt einfach die bessere Art und Weise ist, um es relativ schnell zu merken und (...) ich bin jemand, der das gerne kontrollieren kann, wie viel und wie sehr und wie intensiv das bei mir wirkt. (...) Das zu verzehren oder ähnliches ist halt ein bisschen schwierig, weil die Wirkung später einsetzt und man nicht genau weiß, wie viel hat man sich quasi dann so verabreicht und wie wirkt das dann.“ (Pauli, 21)*

Diese Einschätzung dürfte allerdings auch auf die andere Art des inhalativen Konsums, den Gebrauch eines Vaporizers (Verdampfen bzw. „Vapen“), zutreffen. Sechs Befragte (19%) verwenden diese Konsumform ausschließlich, weitere fünf (16%) verwenden außerdem noch andere Applikationsformen (drei von ihnen Rauchen, zwei oralen Konsum). Wie oben angesprochen, sind diese Personen zumeist aus gesundheitlichen Gründen von Rauchen auf Vapen umgestiegen:

*„Ich habe dann angefangen vor zwei Jahren, mir einen Vaporizer zu kaufen, weil ich auch das Zigarettenrauchen aufhören wollte. Ich bin mittlerweile ganz davon überzeugt. Das ist besser, als wenn man das mit Tabak mischt und dann raucht. Das mit dem Dampf... dadurch spart man die Hälfte. Und die Wirkung ist deutlich besser. Je nachdem, welche Temperatur ich einstelle, kann ich auch die Wirkung verändern. Und ich merke, ob das Gras etwas taugt oder nicht. Und mit dem Apparat habe ich gemerkt, dass es mir dann auch körperlich bessergeht.“ (Mario, 57)*

Eine andere Befragte gibt an, ohnehin nie geraucht zu haben und auch nicht in der Lage gewesen sei, bei ihren Versuchen mit medizinischem Cannabis den Rauch zu inhalieren, *„und bin dann recht schnell auf Vaporizer umgestiegen“ (Alexis, 30)*. Zwei weitere Befragte wiederum fühlen sich bereits durch die Menge, die sie täglich zu sich nehmen (4 bzw. 5-10 Gramm; siehe 4.4.3), nahezu gezwungen, einen Vaporizer zu verwenden, um die Atemwege nicht zu sehr zu belasten (*„So mindestens acht Mal am Tag. Mit so einem Vaporizer inhalieren und wenn es möglich ist, eigentlich noch essen dazu“; Selina, 33*).

Ansonsten geben sechs Personen (19%) an, Cannabis oral zu sich zu nehmen, zwei davon ausschließlich. Diese beiden – ein Ehepaar – produzieren regelmäßig selbst ein oral als Tropfen konsumierbares Öl:

*„Ich nehme 100 Milliliter Kokosnussöl, darauf gehen 10 Gramm Cannabisblüten. Ich zerkleinere das in Pulver, stelle es in den Ofen, für zwei Stunden, ich glaube, so um die 130 Grad. (...) Sodass sich die Cannabinoide im Öl lösen und dann filtere ich das ab mit einem Käsesieb und fülle es in kleine Medizinflaschen.“ (Konrad, 28)*

Und schließlich gibt es zwei Interviewpartner\*innen, die zwar Erfahrungen mit Freizeit- und medizinischem Cannabiskonsum haben, aber nur noch CBD-Tropfen konsumieren, da sie festgestellt haben, dass sie praktisch nur diesen Wirkstoff benötigen (siehe 4.4.1).

Insgesamt zeigt sich also, dass nahezu zwei Drittel der Interviewten zumindest teilweise Raucherkonsum praktizieren, die Mehrheit von ihnen auch mit Tabak; gleichzeitig deutet sich an, dass zumindest ein Teil dieser Personen prinzipiell offen für einen etwaigen Umstieg auf weniger schädliche Konsumformen ist.

#### 4.4.3 Mengen und Frequenz

Bereits bei der grundsätzlichen Häufigkeit des medizinischen Konsums zeigt sich eine breite Spanne: 18 der Befragten (58%) konsumieren täglich, wobei die jeweils konsumierten Mengen zwischen 0,1 Gramm und 5-10 Gramm liegen (Durchschnittswert der täglich Konsumierenden: 1,3 g). Was die letztgenannte Spanne betrifft, so erläutert der Befragte, der an einer chronischen Darmerkrankung leidet, diese folgendermaßen:

*„Ich konsumiere täglich. Also mein Arzt hat mir zehn Gramm pro Tag verschrieben. (Interviewerin: Zehn Gramm pro Tag?!) Das ist das Maximum, was geht. (Interviewerin: Das ist schon auch ordentlich, oder?) Ja, du kriegst von der Krankenkasse ungefähr fünf Gramm pro Tag bezahlt. (Interviewerin: Und den Rest bezahlst du quasi selbst?) Müsste ich selbst bezahlen privat, genau. (Interviewerin: Müsstest du, aber?) Es kommt halt immer auf mein Konsumverhalten an.“ (Michel, 35)*

Um eine optimale Medikation zu erzielen, müsste der Patient also doppelt so viel konsumieren, wie er bezahlt bekommt, was ihm aber meistens finanziell nicht möglich ist. Darüber hinaus berichtet er über Engpässe bei der medizinischen Versorgung, wegen derer er sich teilweise monatelang auf dem Schwarzmarkt versorgen müsse. Solche Beispiele, in denen mehr als ein Gramm täglich konsumiert wird, sind indes die Ausnahme; dies betrifft zwei weitere Befragte. Häufiger ist ein Konsummuster, bei dem täglich nur geringe Mengen (zwischen 0,1 und 0,5 g) Cannabis zu sich genommen werden, worauf sich z.B. die folgende Schilderung bezieht:

*„Ich kann sagen, ein Zwanziger<sup>8</sup> hält bei mir zwei Wochen. (...) Ich rauche einen halben, lasse den liegen, gucke, wie (...) stark es wirkt, mal mehr, mal weniger, ich vertrage es mal mehr, mal weniger.“ (XY, 32)*

Andere Befragte verwenden solche eher geringen Mengen pro Konsumgelegenheit mehrmals am Tag, um ihre beständig auftretenden Symptome unter Kontrolle zu halten:

*„Ich selber würde es mikrodosieren nennen. Also 0,15 Gramm, 0,1 Gramm auf eine Dosierung im Vaporizer. Über den Tag verteilt. Ich habe keinen Rauschzustand mehr. Überhaupt nicht.“ (Meier, 50)*

Ansonsten verteilen sich die Konsumhäufigkeiten auf eine breite Spanne: einige wenige konsumieren etwa jeden zweiten Tag, andere seltener, z.B. einmal die Woche oder zweimal im Monat, wobei bei

---

<sup>8</sup> Cannabis im Wert von 20 Euro, nach aktuellen Marktpreisen etwa zwei Gramm.

diesen Personen oft keine Regelmäßigkeit gegeben ist. Dabei kann die Häufigkeit auch bei ein und dem/derselben Befragten variieren:

*„(Interviewerin: Wie ist jetzt aktuell dein Konsum?) Ziemlich wenig. (Interviewerin: Und ist das jetzt eher aus medizinischen Gründen?) Es vermischt sich ein bisschen. Es ist auch Freizeit einfach, aber ich weiß auch, dass es meine Schmerzen positiv beeinflusst. Ich mache es trotzdem relativ wenig. (...) Alle paar Wochen mal.“ (Susanne, 34) – „Ich versuche es tagsüber, wenn ich keine Schmerzen habe, wegzulassen. Auch wenn ich so Lust habe. Ich lasse das, damit sich der THC-Speicher tagsüber ein wenig abbaut. Zwischendrin habe ich auch mal eine Woche ganz Pause.“ (Sirius, 43) – „Als ich damit angefangen habe, habe ich erst mal geschaut, habe alle sieben Tage einmal geraucht und habe es dann ein bisschen weiter nach hinten gezogen, wenn ich gesehen habe, es hat positive Auswirkungen und bin dann halt so bei zehn bis zwölf Tagen im Durchschnitt gewesen. Ich habe mir da auch keinen festen Tag vorgenommen, ich habe dann einfach geguckt, wann habe ich mal abends Zeit.“ (Alexis, 30)*

Es gibt also je nach zu behandelnden Symptomen und Erfahrungen mit den Wirkungen sowohl Personen, die Cannabis sozusagen „auf Vorrat“, in Erwartung einer Depotwirkung konsumieren, als auch solche, die dies nur bei Auftreten von Symptomen tun. In einem Fall ist dies durch den Monatszyklus und damit einhergehende Beschwerden begründet:

*„Einmal im Monat so... vier Tage hintereinander, dann aber auch durchgehend... (Interviewer: Was heißt durchgehend, also wie häufig dann am Tag? Und welche Mengen?) E: Ja.. also dann... rauch ich alleine 2,3 Joints am Tag... weiß nicht, wahrscheinlich mit 0,3 Gramm oder so pro Joint... Hm, und zwischendurch, wenn dann halt, 2 Wochen später dann, während des Eisprungs nochmal Schmerzen aufkommen, will ich mir dann auch nicht immer direkt Schmerzmittel reinpumpen und... ja, greif dann auch lieber mal zum Joint...gegen die Schmerzen.“ (Josefine, 25)*

## 4.5 Erfahrungen mit Verschreibungspraxis und illegaler Versorgung

### 4.5.1 Verschreibungen und Kostenübernahmen

Der Großteil der Befragten hat kein Rezept für medizinisches Cannabis: siebzehn Personen haben nie eines beantragt, bei drei Personen wurde der Antrag abgelehnt und zwei warteten zum Zeitpunkt des Interviews noch auf eine Antwort. Ein Rezept für medizinisches Cannabis haben insgesamt acht der Befragten, wobei die meisten von diesen sich zusätzlich auf dem Schwarzmarkt versorgen, beispielsweise, weil sie keine Kostenübernahme von der Krankenkasse haben und sich das vergleichsweise teure Cannabis aus der Apotheke nicht leisten können. So berichten z.B. zwei Patientinnen darüber, dass sie sich Dronabinol, also reines THC, aus der Apotheke besorgen könnten, dafür aber keine Kostenübernahme hätten:

*„Das habe ich jetzt im Juni, im August und im Oktober, das Rezept. Und jetzt im November hole ich mir wieder eins, weil ich mir das nur alle zwei Monate leisten kann. Das kostet halt auch 200 Euro. (Petra, 42)*

Im weiteren Verlauf berichtet diese Befragte, dass sie deshalb keine Kostenübernahme habe, weil dafür bei ihrem Krankheitsbild (Fibromyalgie und neuropathische Schmerzen) ein Rezept eines Psychiaters

bzw. einer Psychiaterin erforderlich sei, ihre Psychiaterin es aber ablehne, Cannabis zu verschreiben. Aus diesem Grund müsse sie auch zumeist weiterhin auf illegales Cannabis zurückgreifen.

Der im vorigen Abschnitt (4.4.3) erwähnte *Michel*, der den höchsten Konsum aller Befragten aufweist, berichtet umfangreich über Versorgungsprobleme trotz Rezept und Kostenübernahme. Bereits erwähnt wurde der Umstand, dass seine Apotheke „sehr oft“ nichts mehr auf Lager habe, wenn er sich seine Medizin besorgen will, weshalb er in solchen Fällen den Schwarzmarkt nutzen muss. Eine weitere Komplikation ergibt sich daraus, dass die ausgegebene Cannabissorte derjenigen entsprechen muss, die auf dem BtM-Rezept steht:

*„Das ist ja immer das Paradoxe dran, als Beispiel: Ich hab‘ meine Sorte Pedanios 22-1 auf meinem Rezept, geh zur Apotheke, das Produkt ist nicht da. Ich kann mir nicht ein vergleichbares Produkt nehmen. (...) Ich kann nicht die gleichen Werte [THC- und CBD-Anteile] von einer anderen Firma nehmen, aber es ist ja die gleiche Medizin. Nein. Das Rezept ist nichtig. Das Rezept ist auch nur eine Woche gültig, ja? Das heißt, ich muss wieder zu meinem Arzt hingehen. Muss wieder einen Termin nehmen. Er muss mir wieder ein Rezept verschreiben und ich muss im ständigen Kontakt mit meinem Apotheker sein, damit das, was er mir verschreibt, sozusagen am nächsten Tag noch Gültigkeit hat.“ (Michel, 35)*

Es muss allerdings an dieser Stelle betont werden, dass zumindest das Ausmaß der Probleme dieses Befragten wohl im Zusammenhang mit der hohen benötigten Menge steht. Von anderen Patient\*innen mit Rezept, die geringere Mengen benötigen, wurden solche Schwierigkeiten nicht berichtet. Wiederum andere – die vermuten, ohnehin keine Kostenübernahme zu bekommen – versuchen gar nicht erst, an ein Rezept zu gelangen: *„auch wenn es verschrieben wird, ich könnte es mir nicht leisten, in der Apotheke zu kaufen“ (Sirius, 43).*

Einige weitere Befragte *mit* Rezept für medizinisches Cannabis haben vergeblich versucht, ihre Kosten von der Krankenkasse übernehmen zu lassen. Zumeist wurden diese abgelehnt, weil die Erkrankung nicht als schwerwiegend eingestuft wurde:

*„Wir sehen keine medizinische Notwendigkeit oder keine, keine bewiesene Wirkung für Ihre Krankheit, so in dem Sinne. Also nichts, ich habe da auch keinen Einspruch eingelegt, weil das mir auch alles viel zu stressig war“ (Robert, 22) – „Trotz alledem verweigert sich die Krankenkasse einer Therapie. Tut damit die Therapiehoheit der Ärzte in Frage stellen. Tut auch die ärztliche Entscheidung in Frage stellen. Nach einer schwerwiegenden Erkrankung, die auch chronisch belegt und durch Herrn Doktor XY auch attestiert wurde. Alles uninteressant. (Interviewer: Was ist denn die Begründung der Krankenkasse?) Es wäre keine schwerwiegende Erkrankung. Also sie widersprechen den Ärzten.“ (Meier, 50)*

Eine weitere Befragte mit chronischen Schmerzen äußert ihr Unverständnis über die entsprechende Ablehnung ihrer Kasse, indem sie auf andere, teils höhere Kosten verweist:

*„Auf etwa fünf Seiten wurde ausgeführt, wie ‚wenig‘ krank ich sei. Das fand ich sehr frech. Letztendlich gab es halt aus ihrer Sicht keine Notwendigkeit. (Interviewer: Weil es aus ihrer Sicht andere Medikamente gibt, die helfen?) Ja, auch. Und das solle man weiterhin tun. Zumal ich halt keine Krankheiten habe, die in das Kostenschema passen würden. Ich habe mir aber auch angeguckt, was meine Medikamente zum Teil gekostet haben, ich lasse mir immer eine Rezeptkopie geben. Und meine Medikamente, für die ich 5 Euro 60 dazu zahle, die kosten zum Teil 900*

*Euro! Ich hatte auch meine Allergie mit Hypersensibilisierung behandelt, und das kostete weit über 3.000 Euro! Und da dachte ich: Das macht ihr einfach so? Ohne zu gucken, ob ich hingeh? Ohne alles? Aber dann mir nicht mal für 300 Euro ein bisschen Cannabis geben, das ist dann schwierig... Gerade bei der XY-Kasse übernehmen sie auch den ganzen Globuli-Kram, was ich sehr absurd finde.“ (Jenny, 28)*

Lena (23), einer Befragten mit schweren psychischen Störungen, wurde die Krankenkassenübernahme mit der Begründung abgelehnt, dass sie besser die Extrakte bzw. Reinsubstanzen Dronabinol oder Sativex nehmen solle (die im Übrigen noch kostspieliger sind als Cannabisblüten; s.u.), was sie aber selbst kategorisch ablehnt. Eine weitere Interviewpartnerin schildert, wie sie nach wie vor im Konflikt mit ihrer Krankenkasse stehe, da diese trotz sogar zuvor bestehender Ausnahmegenehmigung (nach aufwendigem Verfahren, in der Zeit vor dem Cannabis-als-Medizin-Gesetz) bislang keine Kostenübernahme genehmigt habe.

*„Eigentlich nur Standardantworten. Es heißt ja, man muss eine schwerwiegende Erkrankung haben und wo es keine Alternative gibt. Aber ich hatte ja schon eine Ausnahmegenehmigung, das heißt, ich bin von der Bundesopiumstelle offiziell geprüft, dass ich austherapiert bin und dass man keine Alternative hat und es steht ja sogar da, dass das Gesetz gemacht wurde mehr oder weniger für die Leute mit der Ausnahmegenehmigung. Von diesen Leuten hat nicht die Hälfte eine Kostenübernahme. Da steht halt wirklich, dass das bei mir nicht erfüllt ist und es gäbe Alternativen, aber es werden keine Alternativen genannt. Und bei allen anderen Leuten, bei den Absagen nennt der MDK [Medizinischer Dienst der Krankenkassen] schon Alternativen und sagt, man müsse noch das und das ausprobieren, aber das haben die sich bei mir komplett gespart.“ (Selina, 33)*

Für diese Patientin ist die Cannabismedikation nach eigener Aussage existenziell wichtig, um ihrem Alltagsleben nachzukommen. Aufgrund der fehlenden Kostenübernahme müsse sie sich weiterhin illegal versorgen, was zu weitreichenden juristischen Komplikationen geführt hatte (siehe 4.7).

Es zeigen sich also unterschiedliche Praktiken und Kriterien, nach denen die Krankenkassen Kostenübernahmen ablehnen. Wie erwähnt, gibt es darüber hinaus einige Befragte, die bislang vergeblich versucht haben, ein Rezept zu erhalten. Teilweise scheitern diese Versuche bereits bei der Kontaktaufnahme zu Arztpraxen:

*„Ich habe eigentlich direkt mal vier Krankheiten, die eine Ausnahmegenehmigung für Cannabis rechtfertigen. Ich finde aber in Frankfurt absolut keinen Arzt. Also ich habe ungefähr 10 abtelefoniert. Ich war auch schon bei verschiedenen Neurologen. Ich gehe jetzt Ende des Monats nochmal zum Psychologen, Psychiater. Und den werde ich auch nochmal mit dem ADHS ansprechen, ob er sowas macht. Aber im Endeffekt, ich klebe am Telefon, wie gesagt, ‚Machen wir nicht‘, ‚Dürfen wir nicht‘. ‚Dürfen wir nicht‘ ist aber eine Ausrede, weil im Gesetz ist klar geregelt, das kann jeder Arzt bis auf den Tierarzt. (...) Also deswegen muss ich mich halt selbst versorgen, weil ich keinen Arzt finde, der es mir verschreibt; nicht mal auf Privatrezept. Also da sind wir noch nicht mal an dem Punkt, dass ich eine Kostenübernahme hätte. Also ich kriege es noch nicht mal auf Privatrezept, weil ich nur auf Ablehnung stoße.“ (Benjamin, 27)*

Diese Ablehnung diverser Ärzt\*innen könnte möglicherweise u.a. mit seiner ‚Hauptdiagnose‘ ADHS zusammenhängen, für die es offenbar nach wie vor, u.a. wegen der schmalen Studienlage, besonders

schwierig ist, ein Rezept zu erlangen. Dies wiederum hängt u.a. damit zusammen, dass derartige Symptome auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen sein können, sowie, dass nur ein Teil der Betroffenen Cannabis als hilfreich empfindet (vgl. Müller-Vahl 2020). Letzteres trifft z.B. auch auf mehrere Befragte zu, die Migräne als (hauptsächlich) zu bearbeitendes Symptom angaben.

Aber auch unabhängig von ADHS, Migräne o.ä. haben einige der befragten Patient\*innen Erfahrungen mit kategorisch ablehnenden Mediziner\*innen gemacht, was sich in unterschiedlicher Weise äußern kann, z.B. in einer Art Generalverdacht gegen Patient\*innen mit Wunsch nach Cannabismedikation:

*„Sie ist ganz sauer geworden und hat gesagt: ‚Die ganze Zeit kommen irgendwelche Cannabis-abhängigen zu mir und wollen ein Rezept haben, aber ich bin absolut dagegen. Ich werde keine Drogen verschreiben‘ und sie hat mich praktisch aus der Praxis gejagt.“ (Konrad, 28)*

Eine ähnliche Erfahrung hatte ein weiterer Patient, wiederum im Hinblick auf ADHS, bei einer für dieses Krankheitsbild spezialisierten Stelle gemacht:

*„Wo mir dann ein junger Arzt, wo ich eigentlich gedacht habe: ‚okay, der könnte aufgeschlossen sein‘, gesagt hat: ‚Herr Meier, nein, machen wir grundsätzlich nicht. Man kann sich ja die ADHS auch schön kiffen.‘ Also entschuldige bitte, da ist mir alles aus dem Gesicht gefallen.“ (Meier, 50)*

Teilweise wurde eine ähnliche Reaktion auch bei Mediziner\*innen erlebt, welche die jeweilige Person schon länger kennen:

*„Bei dem bin ich jetzt auch schon acht Jahre in Behandlung und der lacht dann immer, wenn ich ihn darauf anspreche, der ist sehr, sehr konservativ, Hahaha jajajaja nein, das verschreib ich Ihnen nicht. Also der ist da auch... das ist halt so meine Erfahrung mit den Ärzten, die ich so bis jetzt, sind ja nur drei, aber die, die ich angetroffen habe, die finden das alle eher lächerlich.“ (Mike, 35)*

Es scheint also ein weit verbreitetes Phänomen zu sein, dass Mediziner\*innen Cannabis als Medizin gegenüber generell ablehnend gegenüberstehen. Andere Ärzte suchten offenbar nach Vorwänden, z.B., dass eine Verschreibung nicht möglich sei, da sie „kein BtM-Rezept hätten“ (Konrad, 28). Diese offenbar generell schwierige Situation bei der Arztsuche führe offenbar auch zu einer Art Kodex der Geheimhaltung im Hinblick auf diejenigen Ärzt\*innen, die Cannabis verschreiben:

*„Aber in Frankfurt... Also ich kenne hier in der Nähe keinen Arzt, der das machen würde. Ärzte, die Rezepte ausstellen, ich meine... – Psssst, nicht verraten! – Weil sie halt nicht als Cannabis-Ärzte verschrien werden wollen.“ (Anita, 57)*

Einige Ärzt\*innen lehnen eine Verschreibung auch wegen des vermeintlichen Passus‘ im Gesetz ab, dass der/die Patient\*in „austherapiert“ sein müsse – was laut Gesetzestext nicht in letzter Konsequenz der Fall ist (vgl. Müller-Vahl & Grotenhermen 2017):

*„Erst wenn ich austherapiert bin, erst, wenn ich alle Psychopharmaka ausprobiert habe, dann... dürfe... würde sie den Schritt angehen. Dann habe ich gesagt, nee, ich pfeif mir jetzt nicht die ganze Chemie rein, nur damit du dir sicher bist.“ (Mike, 35) – „Er hat mir dann auch eine Überweisung zum Schmerztherapeuten gegeben, da bin ich dann voller Hoffnungen hin. Diese wurden mir dann gleich gekürzt, der Mann hat mich fast ausgelacht und sagte: ‚Das kriegen Sie erst von*

*mir, wenn Sie Opium nicht vertragen.' (...) Und da ich seit meiner Jugend einen Bezug zu Cannabis habe, verstehe ich nicht, warum ich auf eine noch viel schlimmere Substanz umsteigen soll.“ (Sirius, 43)*

In beiden Fällen wurden die Patienten also aufgefordert, ihre Beschwerden zunächst mit anderen Arzneimitteln mit z.T. schwerwiegenden Nebenwirkungen zu behandeln, was viele Befragte ablehnen.

Grundsätzlich stehen auch die meisten Befragten, die bislang nicht versucht haben, an ein Rezept zu gelangen, der Möglichkeit, eine Verschreibung für Cannabis zu bekommen, positiv gegenüber. Allerdings werden von den meisten auch die Rahmenbedingungen kritisiert:

*„Es ist natürlich ein guter Schritt, aber es reicht nicht. Also ich beschäftige mich ja viel mit der Politik dann auch. Wir haben ja nicht einmal angebaut in Deutschland, heißt, wir beziehen ja immer noch von außerhalb. Die Krankenkassen übernehmen es nicht, was Pflicht sein sollte. (Robert, 22)*

Weitere Einschätzungen zur Gesetzeslage und deren Umsetzung finden sich in 4.8. Oft werden die angesprochenen Schwierigkeiten, einen Arzt zu finden bzw. eine Kostenübernahme zu erhalten, als Grund genannt, es gar nicht versucht zu haben; nicht selten in Verbindung mit der Einschätzung, dass den Betroffenen durch die Krankheit die Energie fehle:

*„Ich empfinde das als Stress. (...) Ich bekomme immer die neuesten Infos. Daher weiß ich, dass 90% abgelehnt werden und die Leute sich nur aufregen. Da spare ich mir die Energie, denn, wenn ich mich aufrege, tut als erstes mein Arm wieder weh.“ (Sirius, 43) – „(Interviewer: Haben Sie denn irgendwann schon mal einen Arzt darum gebeten, sich Cannabis verschreiben zu lassen?) Noch nicht konkret, weil ich echt Schiss habe davor. Ich hab' nicht so ein dickes Fell. Ich kann das nicht an mir abprallen lassen. Ich nehme das dann mit, und habe wie gesagt auch krasse akute, auch andere gesundheitliche Probleme im Moment. Ich muss meine Kräfte ein bisschen einteilen.“ (Anna, 47) – „Also ich brauche meine Kräfte für etwas anderes als jetzt da [zu weiter entfernten Ärzten] hinzufahren. Und außerdem: Was bringt mir ein Rezept, wenn es die Krankenkasse dann ablehnt?“ (Anita, 57)*

In einigen anderen Fällen wird darauf hingewiesen, derzeit ohnehin keine Zeit für derartige Bemühungen zu haben:

*„...mich dagegen entschieden, zum einen weil es gerade der schlechte Zeitpunkt ist, mich mit so viel Bürokratie und Arztbesuchen herumzuschlagen, weil ich einfach null Zeit habe, also gar keine Freizeit wegen dieser Examensvorbereitung.“ (Alexis, 30)*

Und schließlich gibt es einige wenige Fälle, in denen die Betroffenen ihre Symptome für so wenig gravierend halten, dass sie anderen Patient\*innen sozusagen den Vortritt lassen, auch eingedenk der im Gesetz enthaltenen Beschränkung auf schwere Erkrankungen:

*„Der Wortlaut ‚schwere Erkrankung‘ ist das, was mich davon abhält, zum Arzt zu gehen. Ich kriege immer wieder im Netz mit, das viele Leute mit Schmerzen, MS oder Krebs Probleme haben, Cannabis zu bekommen. Dann möchte ich nicht quasi mit denen in einer Reihe anstehen. Sei es wegen Lieferengpässen oder wegen der Bereitschaft von Ärzten, überhaupt etwas zu verschreiben. Ich sehe schon, dass ich eine Krankheit habe, aber im Vergleich zu anderen Erkrankungen würde ich es nicht als schwere Erkrankung bezeichnen.“ (Pierre, 35)*

Die Befragten wurden auch danach gefragt, ob sie möglicherweise Fertigarzneimittel (z.B. das Vollextrakt Sativex® oder Dronabinol®, synthetisches THC) akzeptieren würden, wenn sie dies verschrieben und auch von der Kasse bezahlt bekämen. Rund die Hälfte der Befragten stimmt zumindest zu, dass sie es in diesem Fall ausprobieren würden, wobei es hier deutliche Abstufungen gibt zwischen „*Hm... würde ich das machen? Ich glaube schon...*“ (Tessa, 27) und „*ich würde alles ausprobieren, um nur die Schmerzen wegzukriegen, auf jeden Fall.*“ (Josefine, 25). Andere Befragte hingegen lehnen Fertigarzneimittel kategorisch ab, einige mit dem Hinweis auf den „*Ritualcharakter*“ des Rauchens bzw. „*irgendwas rauchmäßiges, weil das gehört dazu irgendwie*“ (Pink, 30). Diese Auffassungen finden sich tendenziell häufiger bei denjenigen, die auch mit Freizeitmotivation konsumieren (siehe 4.6), allerdings nicht ausschließlich. Andere Befragte lehnen diese Extrakte für sich ab, weil sie nach eigener Angabe „*das volle Spektrum der Pflanze*“ (Wedrick, 46) brauchen, oder auch, weil sie generell skeptisch gegenüber pharmazeutischen Präparaten seien und pflanzliche Produkte bevorzugten. Zudem wird – im Hinblick auf die derzeitige Marktlage – von zwei Befragten darauf hingewiesen, dass insbesondere Sativex® „*ja ungefähr das fünffache wie die Blüten von der Wirkungsstoffmenge her*“ (Selina, 33) koste, also den Patienten bzw. die Patientin oder die Krankenkasse unnötig stark finanziell belaste.

#### 4.5.2 Illegale Versorgung

Aus den vorherigen Abschnitten ging bereits hervor, dass sich nahezu alle Befragte (alle bis auf die zwei Personen, die nur noch CBD-Produkte konsumieren) zumindest teilweise auf dem Schwarzmarkt mit Cannabis versorgen, was auch diejenigen betrifft, die ein Rezept haben – zumeist wird hier wegen der niedrigeren Kosten auf illegale Quellen zurückgegriffen. Selbst diejenigen, die eine Kostenübernahme der Krankenkassen haben, versorgen sich teilweise illegal, u.a. aufgrund von Engpässen in den Apotheken, aber auch, weil nicht der komplette Bedarf gedeckt wird. Zudem wird ein Teil des Konsums diverser Befragter auch mit „Freizeitmotivation“ betrieben (siehe 4.6).

Grundsätzlich berichten die meisten darüber, ihr Cannabis entweder über „Social Supply“ im engeren Sinne, also Versorgung über Freunde oder Bekannte (vgl. Werse & Bernard 2016a), oder über private Dealer zu beschaffen. Aus den entsprechenden Zitaten erhält man einen Eindruck davon, als wie selbstverständlich Social Supply innerhalb von Cannabis konsumierenden Freundes- bzw. Bekanntenkreisen angesehen wird:

*„[Wie viele Quellen?] In der Regel eine. Aber dann kennt man mal hier jemandem und da mal jemanden. Ich bin ja relativ häufig noch unterwegs.“ (Anita, 57) – „Ich bin nicht ins Bahnhofsviertel gegangen und habe jemanden angesprochen oder so. Es hat... man hat immer irgendwie jemanden gekannt.“ (Robert, 22) – „Ach, das sind sogar verschiedene. Man kennt sich halt. Das ist halt über Jahre und... Das ist kein Problem. Im Grunde ist es kein Problem. Nur ist es halt viel zu teuer.“ (Anna, 47)*

Viele andere Befragte nutzen Privatdealer, also Personen, die an einen begrenzten Kundenkreis in der eigenen Wohnung verkaufen. Der im Folgenden Zitierte betont dabei, dass diese Leute nicht gängigen Dealer-Klischees entsprechen:

*„Die sind auch alle supernette Jungs. Das braucht man sich nicht vorstellen, keine Ahnung, da sitzt einer mit einer Kutte, mit einem Schädel und Flügel hinten drauf und vertickt dir das Rocker-Gras oder so etwas. Das sind alles ganz normale Jungs aus den verschiedensten Subkulturen,*

*die sich einfach ein Zubrot so, sage ich mal, verdienen halt. Und ansonsten, wenn halt der eine irgendwie aufhört oder vielleicht auch doch mal einer gebustet wird und erst mal sitzt oder keine Ahnung, dann findest du da relativ schnell etwas Neues.“ (XY, 32)*

Drei Befragte berichten auch explizit darüber, von einem „Erzeuger“, also Selbstanbauer, zu kaufen, wie im folgenden Beispiel benannt:

*„Ich habe einen Bekannten, der wiederum einen Bekannten hat, der wirklich auch, ich sage mal, auch nicht wenig anbaut und der haut halt alles in einer Woche raus, da holt man sich dann eine größere Menge und dann ist man auch erst mal für einen Zeitraum auch abgedeckt. (...) Ich meine der macht das auch, wirklich auch aus medizinischen Gründen hat der damit angefangen (Giovanni, 35)*

Straßenhandel ist hingegen sehr unbeliebt: diejenigen Interviewpartner\*innen, die solches erwähnen, geben verschiedene Gründe für diese Ablehnung an; dies betrifft in erster Linie Unsicherheit bezüglich ‚Abzocke‘ bzw. ‚Abziehen‘ (s.u.), gestreckte oder überteuerte Ware, erhöhtes Strafverfolgungsrisiko und generell eine unangenehme Verkaufssituation. Deshalb möchten sie darauf nicht angewiesen sein und sehen zu, dass sie eine möglichst sichere private „Connection“ haben.

Darüber hinaus berichten drei Befragte davon, Cannabis aus den Niederlanden geschmuggelt zu haben. Einer gibt dies sogar als seine hauptsächliche Quelle an; er habe auch schon einige Male Cannabis im ‚Darknet‘ bestellt (*„Würde ich nicht nach Amsterdam fahren können, würde ich es wahrscheinlich im Darknet kaufen“; Konrad, 28*).

Vier Befragte geben an, Cannabis für die medizinische Verwendung selbst anzubauen, weitere vier haben dies zuvor mindestens einmal getan, allerdings zum Teil ohne Erfolg:

*„Ich habe es gemacht und die sind mir so gemickert, obwohl sie viel Sonne hatten, ich sehr pfleglich mit denen umgegangen bin, wurden sie nur so groß und dann habe ich so gesagt ‚Okay Hilde, du hast andere Qualitäten.‘ (...) Und wenn die mich erwischen, ist es ja auch ein bisschen blöd.“ (Hilde, 55)*

Unter denjenigen, die aktuell selbst anbauen, sind drei mit einem besonders hohen täglichen Bedarf an Cannabis, was auch die hauptsächliche Begründung für den Eigenanbau ist. Eine dieser Befragten weist darauf hin, dass gerade der Indoor-Anbau nicht einfach und mit Arbeitsaufwand verbunden sei, sich dieser Aufwand für sie aber lohne:

*„Das ist ein himmelweiter Unterschied mit dem was wir machen zu dem, was du kaufen kannst. Das ist zumindest meine Meinung. Es ist nicht überdüngt und du merkst, nach drei Jahren sind wir immer noch in den Kinderschuhen. Aber ich würde es gerne mehr ausbauen aber dafür musst du dokumentieren und das traue ich mich noch nicht, aber ich will das jetzt ändern“ (Petra, 42)*

Die Gründe für die Versorgung über illegale Quellen liegen oftmals schlichtweg in der Schwierigkeit, an legales medizinisches Cannabis zu gelangen bzw. dieses finanziert zu bekommen (s. 4.5.1). Auch auf die unmittelbare Frage nach Vorteilen illegaler Ware wird mehrfach auf den niedrigeren Preis verwiesen. Manche Konsumierende bevorzugen aber auch aus anderen Gründen explizit Marihuana aus illegalem Anbau. Der im Folgenden Zitierte äußert generell große Vorbehalte gegenüber der ‚offiziellen‘ medizinischen Ware.

*„Es ist auch besser als die Medizin selbst. Auf jeden Fall, von der Qualität besser, definitiv. Weil das eine wird industriell gemacht und das andere wird privat gemacht oder in so einem kleinen Rahmen, dass das gar nicht vergleichbar ist vom Endprodukt. (Michel, 35)*

*Michel* unterstellt hier also, offenbar im Zusammenhang mit einer generellen Skepsis gegenüber industrieller Produktion, eine grundsätzlich bessere Qualität von Cannabis aus (illegaler) Kleinproduktion. Er begründet diese Einschätzung u.a. damit, dass auch er direkt vom Erzeuger kaufe und sich daher auf die Qualität verlassen könne. Zudem erwähnt auch er, dass der Preis nur maximal die Hälfte von Medizinalcannabis betrage. Einige andere Befragte berichten von Gerüchten bzw. sogar eigenen Erfahrungen mit Schimmel auf medizinischem Cannabis; zudem wird kritisiert, dass zumindest einige auf dem deutschen Markt erhältliche Produkte mit Gammastrahlung keimfrei gemacht würden, wodurch auch wichtige Terpene zerstört würden.

Einige weitere Interviewte verweisen nicht nur auf ihre generell gute individuelle Versorgungslage, sondern auch auf den sozialen Charakter des Handels:

*„Ich kenne ja die Leute und man trifft sich sowieso. Und dann läuft das alles ziemlich harmonisch ab. Da ist kein Stress dabei.“ (Pink, 30) – „Also meine Versorgung funktioniert ganz gut, weil ich jemanden kenne momentan, der sehr zuverlässig ist. Der immer zu Hause ist, also das ist auch nicht immer so. Es ist schon, wenn du jetzt, es gibt schon immer mal wieder Probleme so, dass man was nicht bekommt oder irgendwie über Umwege das machen muss, also es kann kompliziert werden. Es ist aber immer, also überall, wo die Nachfrage ist, ist auch was da. Also das ist so (...) wenn ich ein Loch habe so, dann ist es, dass ich nicht wirklich danach suche, sondern es kommt irgendwie, es kommt zu mir.“ (Simon, 34)*

Im letztgenannten Zitat verweist *Simon* nicht nur auf die konkrete Beziehung zu seinem Privatdealer, sondern darauf, dass es auch generell unter Konsumierenden relativ leicht sei, private Quellen für Cannabis zu finden. Unter anderem deshalb geben auch einige an, bislang keine schlechten Erfahrungen mit dem illegalen Einkauf gemacht zu haben („dadurch, dass ich das immer über Kontakte mache, und Leuten, denen ich vertrauen kann“; *Josefine*, 25). Teilweise wird dabei sogar eine subjektive Grenze gezogen zwischen privaten Quellen einerseits und „Dealern“ bzw. „Schwarzmarkt“ andererseits:

*„Ich habe ja mit Dealern nichts zu tun. Ich gucke ja immer, dass man das irgendwie auf freundschaftlicher Basis sich einfach mal umhört, ob jemand kennt, der jemanden kennt und so läuft das dann. Aber so auf dem Schwarzmarkt oder so, nein, also das wäre mir dann auch zu heiß, da erwischt zu werden.“ (Hilde, 55)*

Tatsächlich beziehen sich viele der berichteten schlechten Erfahrungen bzw. entsprechenden Vermutungen auf den Kauf in der Öffentlichkeit, allerdings nicht ausschließlich. Im folgenden Fall recurriert der Befragte auf die teils fließende Grenze zwischen Social Supply und profitorientiertem Dealen, das mit einem höheren Maß an ‚krimineller Energie‘ assoziiert wird (vgl. auch *Werse & Müller* 2016).

*„Für mich ist das generell auf jeden Fall ein großer Stressfaktor durch die illegalen Strukturen quasi dann zu versuchen mich zu versorgen, weil ich auch Erfahrungen gemacht habe, wie beispielsweise, dass man gesehen hat, wie bestimmte Freundeskreise dann auch dauerhaft dann davon abhängig sind. Man kriegt ja auch irgendwie mit, dass meistens die Personen, die sowas machen, mit viel Geld umgehen und da auch eine gewisse Kriminalitätsnische dann vorhanden ist, um halt schnell Geld zu verdienen.“ (Pauli, 21)*

Auch andere Befragte berichten darüber, dass sie ihre Medizin ungern von „komischen Vögeln“ (Meier, 50) kaufen, auch im Hinblick auf das Entdeckungsrisiko. Die meisten anderen negativen Erfahrungen mit dem illegalen Handel beziehen sich indes darauf, entweder zu viel Geld für teils minderwertige Ware zu bezahlen, oder „abgezogen zu werden“ („Also du gibst jemandem Geld, der sagt, der holt dir das und dann kommt er nicht mehr wieder“; Mike, 35) – beides wiederum weit überwiegend, wenn (ausnahmsweise) der Straßenhandel genutzt wurde. Vereinzelt wird auch über gestrecktes bzw. mit schädlichen Substanzen versetztes Cannabis berichtet:

*„Also bei Gras kann man schon mal Pech haben. Also ich hatte irgendwann mal gelegentlichmäßig eine Sorte gekauft, ein Gras. Und da wurde mir schlecht. Das ging mir total auf den Kreislauf. (...). Das sind aber dann eher diese Gelegenheitskäufe. Das ist nicht bei den Leuten, wo ich weiß, was gut ist. Oder ich hatte eins, das war wohl besprüht. Das war so komisch kross. Und ich hatte ganz starke Reaktionen halt. Habe es leider natürlich geraucht, das Gramm, und hatte dann auch entsprechend wochenlang große Probleme mit den Atemwegen.“ (Anna, 47)*

Ansonsten ist die Sicherheit der Versorgung ein wichtiges Thema bei denjenigen, die sich illegal produziertes Cannabis beschaffen. Unsicherheit kann offenbar sowohl bei profitorientierten Dealern als auch bei privaten Quellen auftauchen. So berichtet Lena (23) wie auch einige andere davon, dass ihre Quellen immer mal wieder nicht erreichbar gewesen wären und einige auch bereits von der Polizei „geschnappt“ wurden. Was private Quellen betrifft, so reden diverse Befragte zwar generell davon, dass die Versorgung für sie kein Problem sei, da sie bei Engpässen auf andere Quellen zurückgreifen könnten, aber nicht selten stellt sich dennoch dieses Problem; etwa, wenn aus bestimmten Gründen kaum Kontakt zu entsprechenden Bekannten mehr vorhanden ist:

*„Ich hatte 2015 keinerlei Quellen. Weil ich in X eigentlich kaum noch Kontakte hatte. Ich war sehr viele Jahre weg. Ich habe den Bekannten angesprochen, der mir erstmals das angeboten hat. Der hat mir dann ab und zu was besorgt. Aber das war immer ein großer Heckmeck, eine Rennerei und es war keine gesicherte Versorgung. Und schon gar nicht in der Qualität. Teilweise halt auch im Straßenhandel, wenn gar nichts ging und ich merkte, ich schlafe schon wieder sieben Tage nicht.“ (Meier, 50)*

Einige Interviewpartner\*innen berichten aufgrund der Gefahr von Engpässen davon, dass sie vorsichtshalber Vorräte anlegen:

*„Ja doch, das gibt es auch immer wieder mal, ja. Aber dann ist man halt immer... ich bin jemand, der dann auch mal vorsorgt und auch mal daheim was liegen lassen kann.“ (Christian, 45)*

Abschließend sei an dieser Stelle eine Interviewpartnerin zitiert, die ein mit der Illegalität zusammenhängendes „paranoides“ Grundgefühl bei der Beschaffung umschreibt:

*„Na ja, es ist jedes Mal der Weg vom Dealer nach Hause, ist ein reinstes paranoides Bangen halt. Ob man es heil nach Hause schafft, ohne irgendwie erwischt zu werden, ohne dass es jemand riecht, der vielleicht die Polizei ruft, ohne... also ist jedes Mal eine Belastung, das nach Hause zu transportieren. (Tessa, 27)*

Die Befragten versorgen sich also aus unterschiedlichen Gründen mehrheitlich aus illegalen Quellen: der Großteil tut dies, weil kein Rezept oder keine Kostenübernahme vorhanden ist (bzw. vermutet wird, dass sie auch mit Rezept keine Kostenübernahme bekämen). Teilweise spielt offenbar aber auch eine

Art Gewohnheit im Hinblick auf gängige Muster der (vorwiegend an Freizeitkonsum orientierten) Cannabis-Kultur eine Rolle, sowohl im Hinblick auf übliche Konsumformen der Substanz, aber auch auf das weit verbreitete Muster einer ‚sozialen‘ Versorgung mit der Droge; in Einzelfällen auch auf eine ideologisch begründete Ablehnung der ‚offiziellen‘ Cannabismedizin. Zudem kann zuweilen die zu behandelnde Krankheit selbst – insbesondere dann, wenn körperliche und psychische Beschwerden zusammenkommen – ein Faktor dafür sein, sich nicht um ein Rezept zu bemühen.

## 4.6 Abgrenzung des medizinischen Konsums vom Freizeitkonsum

Nahezu alle Befragte haben nach eigenen Angaben eine klare medizinische Indikation bezüglich des Cannabiskonsums: sie können jeweils sehr anschaulich ihre Symptome schildern sowie angeben, inwiefern Cannabismedikation ihnen Linderung verschafft. Lediglich bei drei Interviewpartnern hat sich während des Gesprächs herausgestellt, dass ihr Konsum wohl nicht in engerem Sinne medizinisch motiviert ist, sondern in erster Linie abends zum „Runterkommen“ verwendet wird:

*„Für mich war einfach dieser Druck und dieser Stress, den konnte ich damit einfach gut ausschalten, weißt du, weil wie gesagt, man sagt ja salopp, kiffen macht gleichgültig, und du rauchst einen und das entspannt dich halt sozusagen und das ist eher für mich so der medizinische, therapeutische Zweck von dem Ganzen gewesen immer.“ (XY, 32)*

Bei einem weiteren Interviewpartner (*Simon, 34*) ist unklar, ob Cannabis ein mehr oder weniger gelungener Lösungsversuch seiner psychischen Probleme ist oder vielmehr ein bedeutender Teil seiner Probleme: er berichtet über mehrere Personen in der Familie mit Depressionen (inklusive sich selbst), die unterschiedliche Bewältigungsstrategien dafür aufweisen. *Giovanni (35)* gibt an, dass er Cannabis abgesehen von der Entspannung gegen ein Taubheitsgefühl im Rücken einsetzt, das durch berufsbedingte einseitige Belastungen entstanden ist, sieht aber auch diesen Verwendungszweck selbst nicht im engeren Sinne als medizinisch an<sup>9</sup>. Diese drei Personen stellen bereits erste Beispiele für die Schwierigkeiten der Abgrenzung von medizinischem und Freizeitkonsum (*recreational use*) dar: Sie sind jeweils der Auffassung, dass ihr Konsum nicht direkt als medizinisch anzusehen sei, gerade im Vergleich zu Patient\*innen mit schwerwiegenden Leiden, haben aber die Substanz dennoch funktional (bzw. in engerem Sinne ‚rekreativ‘) in ihre Tagesabläufe eingebaut. Je nach Blickwinkel könnte ihr Konsummuster als abhängig und schädlich oder als für die Alltagsbewältigung nützlicher Gewohnheitskonsum bewertet werden. Einige der Befragten mit schwerwiegenderen Symptomen berichten über eine (neben anderen Anwendungsgebieten) durchaus ähnliche Cannabisverwendung zur Entspannung. Dabei ist allerdings die Grenze fließend zwischen der Bearbeitung von echten, manifesten Schlafstörungen (siehe 4.3) und einer bloßen entspannenden Intention. Letztere wird von einem der Interviewten mit einem „Feierabendbier“ verglichen:

*„Ich würde behaupten, dass viele Menschen abends ein Bier trinken und das auch medizinisch ist. Es ist ja ein Tranquillizer. Und deswegen ist es sehr schwierig. Da es mir aber auch gefällt, würde ich vielleicht sagen: Zwei Drittel medizinisch.“ (Pierre, 35)*

<sup>9</sup> *Giovanni* bringt an anderer Stelle auch die (falsche) Auffassung zum Ausdruck, „ich glaube, bei den medizinischen Sachen, da ist ja der THC-Wert so gering, da geht es ja mehr um dieses CBD und den ganzen Kram“. Möglicherweise war er durch die irrige Annahme, dass THC nicht als Medizin eingesetzt werden könne, gar nicht auf die Idee gekommen, dass ein Konsum illegal beschafften Cannabis medizinisch motiviert sein könnte.

Insbesondere dieses Thema eines abendlichen Konsums zur Entspannung ist einer der hauptsächlichen Aspekte im Hinblick auf eine (problematische) Abgrenzung zwischen beiden Konsumformen. Derart fließende Grenzen sind aber natürlich – wie z.T. in 4.2 deutlich wurde – auch ein Thema bezüglich biographischer Verläufe: In den meisten Fällen war der Erstkonsum nicht medizinisch motiviert und die medizinische Wirkung wurde teilweise erst Jahre später – zuweilen erst nach einer längeren Phase des Nicht-Konsums – bemerkt. In anderen Fällen ging ein regelmäßiger Freizeitkonsum nach und nach in einen medizinisch motivierten Gebrauch über. Eine Ausnahme stellen dabei die wenigen Interviewten dar, die erst mit dem Konsum von Cannabis begonnen haben, weil sie sich davon eine Linderung ihrer Krankheitssymptome erhofften: für diese Personen spielt der „Freizeitcharakter“ praktisch keine Rolle (s. 4.2). Was indes diejenigen betrifft, bei denen Freizeitkonsum in medizinischen Gebrauch übergegangen ist, so gibt es deutliche Unterschiede: So berichtet z.B. *Petra*, dass sich ihr Konsum mit medizinischer Motivation deutlich gesteigert hat.

*„Ich habe gemerkt, wie sich das so unbewusst verändert hat. (...) Von diesem Freizeitkonsum eigentlich, auf dieses Kontinuierliche, was auch stetig mehr wird, weil man merkt auch wirklich definitiv die Toleranz, die der Körper entwickelt.“ (Petra, 42)*

Eine solche Steigerung des Konsums betrifft u.a. auch die beiden Befragten mit Epilepsie, die berichten, durch ihren Konsum praktisch anfallsfrei zu sein, aber auch praktisch keine psychoaktive Wirkung mehr zu verspüren:

*„Also früher war das so, bei den ersten Joints, da war es so ein Gegiggel und Gegaggel und was weiß ich nicht. Und heute ist es einfach nein, schon zum Runterkommen und zum Beruhigen und aber auch einfach als Medizin.“ (Christian, 45)*

Trotz der Negierung psychoaktiver Wirkungen im engeren Sinne betont aber auch dieser Befragte den oben angesprochenen Entspannungseffekt, der für viele, die eigentlich andere medizinische Wirkungen erzielen möchten, ein willkommener Nebeneffekt ist.

In anderen Fällen wurde die Konsumintensität nach Entdeckung der medizinischen Wirkungen praktisch nicht geändert, sondern man verlagerte sich stärker zum medizinisch motivierten Gebrauch. Und schließlich gibt es auch diverse Befragte, die jahrelang keinen Freizeitkonsum mehr betrieben hatten und erst mit der medizinischen Nutzung wieder regelmäßig konsumierten (s. 4.2).

Auch was den aktuellen Gebrauch betrifft, zeigt sich eine gewisse Spannweite, was das Verhältnis zwischen medizinischer und nicht-medizinischer Nutzung betrifft. Grundsätzlich überwiegt die medizinische Verwendung in der Stichprobe deutlich: 12 Befragte (39%) nutzen Cannabis ausschließlich aus medizinischen Gründen, insgesamt 14 Personen (45%) geben eine überwiegend medizinische Verwendung an, eine Person ging von einer Gleichverteilung beider Nutzungsformen aus und jeweils zwei Befragte nannten entweder eine überwiegende oder ausschließliche Freizeitnutzung. Ein Interviewpartner gibt an, für seinen medizinischen Gebrauch eine andere Konsumform zu verwenden, als er es vom Freizeitgebrauch her gewöhnt war:

*„Für mich ist es, dass ich beim medizinischen Konsum nicht rauche, keinen Tabak zu mir nehme und vor allem auch wirklich Einzeldosen zu mir nehme. Während man früher alle Dreiviertelstunde eine Bong gezogen hat. Ehrlich gesagt wurde dadurch auch die Cannabiswirkung gar nicht mehr und man hat sehr viel Geld verschwendet. Das habe ich mir komplett abgewöhnt. Es ist wirklich*

*selten, dass ich mir nach einem Vaporizer am selben Tag noch einen zweiten gönne.“ (Pierre, 35)*

In diesem Zitat klingt an, dass *Pierre* auch generell von der Konsumform „Rauchen mit Tabak“ Abstand genommen hat („*Ich vertrage auch keinen Tabak*“). Im Unterschied zur medizinischen Nutzung, die ausschließlich mittels Vaporizer erfolgt, kommt es aber beim Konsum mit Freizeitmotiv noch ab und zu dazu, dass er „*Purjoints*“ (Joints, die ausschließlich Cannabis enthalten) raucht. Eine ähnliche Unterscheidung der Konsumformen geben noch einige weitere Interviewte an.

Ein weiterer Befragter ist ein Spezialfall innerhalb der Stichprobe: er bekommt wegen seiner MS-Erkrankung seit einiger Zeit das Extrakt Sativex® verschrieben (und auch von der Kasse finanziert), hatte zuvor bereits seine Symptome mit illegal beschafften Cannabisblüten bekämpft und konsumiert selbige weiterhin gelegentlich mit Freizeitmotiv:

*„Wenn ich jetzt normale Blüten konsumiere, dann eben aus dem Grund, die psychische Wirkung zu haben, also high zu sein. Während das Sativex ja nicht so high macht, denn es ist ja 50% THC und 50% CBD. Das CBD ist der Gegenspieler und verhindert, dass sich das Zeitgefühl dermaßen verändert. Das Zeitgefühl ist durch das Sativex im Normalbereich.“ (Mario, 57)*

Der Befragte nimmt also einen deutlichen Unterschied zwischen herkömmlichen Cannabisprodukten (mit in der Regel relativ hohem THC- und niedrigem bis sehr niedrigem CBD-Anteil) und dem medizinischen Extrakt mit seiner ausgewogenen THC-CBD-Ratio wahr, was er auch als durchaus angenehm beschreibt. An anderer Stelle indes gibt er an, auch die Effekte von THC-lastigem Cannabis zu schätzen:

*„An den reinen Blüten wäre ich auch interessiert, weil gelegentlich mal ein bisschen „drauf“ sein, ein bisschen „high“ sein, ist für mich ein Genuss. Besser als wenn ich mir einen Rausch ansaufe. (...) Wenn ich vorhabe, normal Gras oder Hasch zu konsumieren, dann sollte ich vorher nicht das Sativex genommen haben, denn das verändert auch total die Wirkung des Kiffens. (...) So, dass ich dann nichts merke vom Joint. Das ist das CBD, das verhindert, dass man so schräg und so high wird. Da muss ich mindestens einen halben Tag darauf verzichten haben, damit der Joint dann nachher auch die normale Wirkung zeigt.“ (Mario, 57)*

Im Unterschied zu den meisten anderen Interviewpartner\*innen nimmt *Mario* durch seine legale Verschreibung also nicht nur eine generelle Trennung der Produkte vor, die er zu medizinischen und Freizeitwecken konsumiert, sondern muss sich bezüglich seiner Medikation auch darauf vorbereiten, Freizeitkonsum auszuüben. Ansonsten können die meisten Befragten eine solche klare Trennung nicht vornehmen, abgesehen von den Zielen, die sie mit dem jeweiligen Konsum assoziieren:

*„Wenn man kiff, um stoned zu sein, dann ist das Freizeitkonsum. Und beim medizinischen Konsum ist das eher ein Nebeneffekt, aber es geht eher um die Schmerzlinderung.“ (Susanne, 34)*

Diese Aussage dürfte für die meisten Befragten zutreffen, insbesondere die Einschätzung der psychoaktiven Wirkung als „Nebeneffekt“, der häufig auch durchaus willkommen ist. Wie in 4.2 und 4.3 erwähnt, gibt es darüber hinaus eine Reihe von Befragten, die entweder im Kontext ihres kontinuierlichen Konsums und/oder ‚paradoxe‘ Wirkungen (u.a. bei ADHS-Patient\*innen) ohnehin praktisch keine psychoaktive Wirkung (mehr) verspüren. Eine Ausnahme im Hinblick auf die wahrgenommenen Wirkungen wiederum bildet der u.a. in 4.3 erwähnte *Pink*, der beschreibt, wie er im psychischen ‚Normalzustand‘

Freizeitkonsum mit psychoaktiver Wirkung betreibt, während er mit denselben Cannabisprodukten bei Panikanfällen eine ‚klare‘, Konzentration fördernde Wirkung erzielen könne.

Wie bereits angeklungen, äußern sich nicht wenige Interviewte zum ‚Graubereich‘ zwischen medizinischem und Freizeitkonsum, mit unterschiedlichen Abstufungen bzw. Schattierungen. Ein Befragter weist in diesem Zusammenhang auf einen generell *„fließenden Übergang (...) zwischen Drogen, Medikamenten und Genussmitteln“* (Pierre, 35) hin, die in unterschiedlicher Weise in biochemische Prozesse einzugreifen vermögen. So berichten einige von Konsumgelegenheiten, bei denen überhaupt nicht zwischen medizinischer Intention und Freizeitmotivation unterschieden werden kann:

*„Manchmal ist es auch angenehm, samstagsabends einen Cannabiskakao mit meiner Frau zu trinken und einen Film zu sehen. Nicht 100 Prozent nur deswegen, aber ich würde es auch medizinisch nehmen, wenn es keinen Freizeitgrund gebe.“* (Konrad, 28)

Auch eine weitere Interviewpartnerin, die Schlafstörungen und Schmerzen mit Cannabis bekämpft, kann sich in diversen Situationen nicht entscheiden, welche Art der Motivation vorherrschend ist.

*„Also ich merke halt, es tut mir tagsüber auch ganz gut, weil ich hatte sehr viel Stress mit Arbeitgebern und mit Jobcentern und das war so die Hölle, dass ich das jetzt noch verarbeite und deswegen auch es sehr angenehm empfinde, tagsüber mich ein bisschen zu entspannen (...) Da das Leben sich eher ganzheitlich gestaltet, geht das immer Hand in Hand, weil man kann den Körper und die Seele und die Erfahrung nicht voneinander trennen und insofern ist es ein stetiges 'sowohl als auch'“. (Hilde, 55)*

Im Hinblick auf diese Befragte muss darauf hingewiesen werden, dass sie zwar Schlafstörungen als Grund für den medizinischen Cannabis-Konsum angab (eine Indikation, für die sie vermutete, aufgrund des Passus‘ „schwerwiegende Erkrankung“ keine Chance auf medizinische Vergabe zu haben); die Gesundheit war jedoch insgesamt stark beeinträchtigt durch einseitige Blindheit, beidseitige Schwerhörigkeit und verschiedene andere Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte, so dass sie ihr Bedürfnis, mit dem Cannabiskonsum für Entspannung und einen guten Schlaf zu sorgen, als unvermeidlich schilderte.

Während bei vielen weiteren Befragten anklingt, dass sie ein gewisses Maß an psychoaktiver Wirkung auch bei vornehmlich medizinisch intendiertem Konsum begrüßen, geben zudem einige noch besondere Gelegenheiten an, bei denen sie solche Effekte besonders schätzen; zumeist werden dabei gesellige Situationen mit anderen Konsumierenden genannt.

*„Also wenn ich an so Sachen, wie zum Beispiel so Veranstaltungen sind da schon gesellig, wo auch andere Leute sind, die kiffen, oder er [fester Freund] ist jetzt zum Beispiel auch Patient seit kurzem. Dann schon gemeinsam oder auch an Veranstaltungen“. (Selina, 33) – „Also alleine als auch in Gesellschaft. Ich habe schon ein Umfeld, wo großzügig konsumiert wird. Aber viele, muss ich sagen, therapieren sich auch in irgendeiner Form selber. Das alleine Rauchen hat für mich andere Vorzüge. (...) Der Freizeitkonsum... Wie gesagt, das ist eine Substanz, die ist nun mal in vielen Bereichen. Das macht halt auch ein Gespräch intensiver. Deshalb hat sich das schon gemischt, ja, schon. (Anna, 47) – „[wieviel des Konsums ist medizinisch motiviert?] Alles. Es sei denn, ich bin mal abends irgendwie mit Freunden unterwegs. Dann würde ich auch mal sagen, es geht darüber hinaus, dass ich halt statt drei mal fünf Züge nehme. Also dann habe ich den*

*Effekt noch ein bisschen mehr, was dann mehr ins Euphorische geht, sage ich mal. Aber im Endeffekt ist bei mir 90 Prozent davon medizinisch.“ (Benjamin, 27)*

Im letztgenannten Zitat klingt einerseits an, dass ein (stärkerer) berauschender Effekt bei solchen Befragten durch eine (etwas) größere konsumierte Menge erzielt wird. Andererseits verweisen alle hier Zitierten auf die besonderen Gelegenheiten, in denen Konsum mit Freizeitmotivation betrieben wird, was von einigen weiteren Interviewpartner\*innen so benannt wird. So verweist *Anita (57)* z.B. darauf, „wenn ich im Urlaub bin, dann wird auch mal einer mehr gekifft.“

Während also fast alle Befragten eine klare medizinische Intention für ihren Cannabiskonsum haben, so konsumiert eine Mehrheit zumindest zum Teil auch noch aus Freizeitgründen, zumeist in der Form, dass eine entspannende und psychoaktive Wirkung wohlwollend akzeptiert wird, aber auch bei geselligen Gelegenheiten, in denen auf andere Weise oder auch in größeren Mengen konsumiert wird. Abgesehen von denjenigen, die gar keine psychoaktive Wirkung mehr verspüren oder noch nie verspürt haben (u.a. AD/H/S-Patient\*innen mit ‚paradoxen‘ Effekten), trifft also auf die meisten Interviewten eine zumindest gewisse Vermischung beider Intentionen zu, wobei mehrfach betont wird, dass diese nicht komplett zu trennen seien. Die bereits weiter oben zitierte *Hilde*, für die eine spezielle Situation bezüglich Freizeit- vs. medizinischem Konsum festzustellen ist, meint im Folgenden sogar, dass umgekehrt auch Freizeitkonsument\*innen oft eine medizinische Intention hätten.

*„Sagen wir mal so, da sind die Grenzen ja auch sehr fließend. Ich meine, was ist ein 100-prozentiger Spaß-Kiffer und wer hat nicht irgendwie was irgendwo doch Medizinisches, wo er sagt... Weil warum rauchen denn die Leute? Doch nur wegen Spaß und Party glaube ich jetzt auch nicht unbedingt. Die regelmäßig rauchen, denke ich mal schon, dass da auch was Medizinisches mit reingeht. Okay, es gibt Spaß-Kiffer, ja, aber ich denke, dass... das sind fließende Übergänge, das kann ich gar nicht so festmachen.“ (Hilde, 55)*

## 4.7 Umgang mit Stigmatisierung und Kriminalisierung sowie Reaktionen aus dem sozialen Umfeld

Das Thema direkte und unterschwellige Stigmatisierung war im Leitfaden nicht als Schwerpunkt vorgesehen. Während der Befragungen stellte sich aber heraus, dass es für viele der Patient\*innen eine wichtige Rolle spielt. Besonders häufig wurden die Vorbehalte von Ärzt\*innen gegenüber Medizinalcannabis und die damit verbundenen Hemmungen der Patient\*innen, das Thema überhaupt anzusprechen, genannt. Entsprechende Erfahrungen mit dem **medizinischen System** sind in 4.5.1 ausführlich dargestellt. Durch solche Erfahrungen, die entweder selbst oder von anderen gemacht wurden, gilt für viele der Befragten, „dass ich mich einfach vor so einer Situation scheue, indem ich nicht zum Arzt gehe und mich eben selbst medikamentiere“ (*Tessa, 27*).

In diesem Zusammenhang sei an dieser Stelle ausführlicher auf die Geschichte der u.a. in 4.2 erwähnten *Anna* eingegangen, die komplexe Zusammenhänge von psychischen und physischen Beschwerden, Cannabiskonsum und Stigmatisierung schilderte. Sie habe über lange Zeit nach eigenen Angaben einen unbewusst medizinischen Konsum, u.a. zur Bearbeitung ihres ADS, betrieben. Währenddessen hatte sie – zusätzlich zu ihren ohnehin bestehenden psychischen Problemen – immer wieder Schuldgefühle entwickelt:

*„...immer wieder Phasen auch, wo ich gedacht habe, das tut mir nicht gut. Habe es sein lassen und habe dann die volle Breitseite an Problemen bekommen. Und inzwischen habe ich halt auch ganz viele orthopädische Probleme, Schmerzen, Wirbelsäule nicht in Ordnung, Becken, Hüfte, überall. Und jetzt, umso älter ich wurde, desto schlechter geht es mir, wenn ich es nicht konsumiere.“ (Anna, 47)*

Letzteres wiederum habe sie lange Zeit nicht bewusst wahrgenommen, weshalb sie den u.a. von ihrem sozialen Umfeld herangetragen Sorgen um ihren „abhängigen“ Konsum („Ich bin ein ganz beeinflussbarer Mensch“) nachging und letztlich, im Zustand eines fortgeschrittenen Burnouts, eine stationäre Entzugsbehandlung aufnahm („Weil ich gedacht habe damals, dass meine Probleme vom Cannabis kommen“). Dieser Klinikaufenthalt wurde von ihr auch zunächst – im Zusammenhang mit der Entlastung von ihrem beruflichen Umfeld – als positiv wahrgenommen, bis sie am Ende nahegelegt bekam, eine Langzeitentwöhnung aufzunehmen und gleichzeitig Psychopharmaka zu nehmen (wovon ihr zuvor von ihrem Psychiater wegen mangelnder Verträglichkeit und starker Nebenwirkungen abgeraten worden war):

*„Und da habe ich das erste Mal gedacht, Moment, irgendwie wird mir gesagt, ich kann mein Leben lang Psychopharmaka nehmen und das andere nicht. (...) warum darf ich denn das Harmlose mit den geringen Nebenwirkungen nicht nehmen? Und mein Leben lang Psychopharmaka? Und dann ist das so ein langsamer Wachrüttelprozess in mir gewesen.“ (Anna, 47)*

An dieser Stelle bemerkte sie erstmals bewusst negative Folgen des Cannabis-Entzugs auf ihren Allgemeinzustand und nahm von einer Langzeittherapie Abstand. Dennoch nahm sie später nochmals eine Entzugsbehandlung auf, welche die Voraussetzung dafür sein sollte, in eine bestimmte psychosomatische Klinik zu kommen, um mit ihren diversen Beschwerden besser zurecht zu kommen. Diesen Entzug führte sie in einer anderen Klinik durch, die mit einem deutlich höheren Kontrolldruck arbeitet:

*„Ich musste da mehrfach Urinkontrollen abgeben... (...) Ich musste dann unter Aufsicht Wasser lassen mehrfach. (...) ...das ist so etwas Demütigendes. Oder auch beim Abend haben sie mich getestet. Dann wollte ich die Tür zuziehen, dann sagt die Dame, nein, lassen Sie mal auf. Also ich musste dieses Jahr andauernd unter Aufsicht Wasser lassen. Und ich merke, dass mir das gegen meine Menschenwürde geht“ (Anna, 47)*

Nicht nur aus diesem Grund, sondern auch aufgrund ihres insgesamt schlechteren Allgemeinzustandes brach sie diese Behandlung ab. Erwähnt sei an dieser Stelle, dass sich das ADS bei ihr auch deutlich körperlich äußert, einerseits im Zusammenhang mit Anspannung: „dann springt meine Halswirbelsäule, meine Muskulatur an (...) Ich habe drei Bandscheibenvorfälle im Nacken“, andererseits bedingt durch Unkonzentriertheit: „In dieser total überdrehten Verfassung verliere ich meinen Bodenhalt. Ich bin von 2010 bis 2012 bestimmt achtmal umgeknickt. Das ist aber psychisch bedingt, nicht orthopädisch.“ Erst nach dieser zweiten Entzugsbehandlung sei für sie endgültig klar gewesen, dass sie über lange Zeit Selbstmedikation betrieben hatte. Dennoch fühle sie sich durch das Medizinsystem davon abgehalten, einerseits die besagte psychosomatische Behandlung aufzunehmen, andererseits auch eine andere Medikation auszuprobieren, nämlich das häufig für AD(H)S eingesetzte Methylphenidat (Ritalin® bzw. Medikinet®)

*„Naja, ich bin ja dann süchtig. Für die bin ich dann süchtig. Und dann kriege ich aber kein Medikament, was dafür angeboten ist. Da müsste ich jetzt ganz lange abstinent sein, dann würde ich*

*das andere Medikament kriegen. Und dann habe ich mich jetzt vor einer Weile entschieden, nein, das mache ich nicht. Ich habe kaum Nebenwirkungen außer ein bisschen Zunehmen durch mehr Essen, was mir aber auch guttut eigentlich<sup>10</sup>.“ (Anna, 47)*

Die Befragte hat somit einen jahrzehntelangen Prozess hinter sich, in dem sie mit diversen zusammenhängenden psychischen und physischen Beschwerden und gleichzeitig ihrem regelmäßigen, von außen und letztlich auch ihr selbst als „Sucht“ problematisierten Cannabiskonsum zu kämpfen hatte, bevor sie erst vor wenigen Jahren eine Diagnose bekam. Ihre fortdauernde Selbstmedikation – auch im Zusammenhang mit ihrem psychischen Zustand – steht aber trotz ihrer offensichtlich gescheiterten Entzugsversuche offenbar immer noch einer verbesserten Behandlung entgegen.

Der hier beschriebene Fall ist als besonders drastisch und komplex zu betrachten. Aber auch diverse weitere Befragte berichteten über langjährige innere Konflikte im Kontext ihrer Selbstbehandlung mit Cannabis-Arzneimitteln. Diese wurden subjektiv nicht selten durch die in früheren Jahren kaum gegebene Bereitschaft von medizinischem Personal, Cannabis als Arzneimittel zu akzeptieren, verstärkt (siehe auch 4.5.1).

Abgesehen von diesen als stigmatisierend empfundenen Erfahrungen mit medizinischem Personal spielt natürlich auch das Risiko einer **strafrechtlichen Verfolgung** eine große Rolle für viele aus der Stichprobe. So berichtet ein Befragter darüber, dass er, als er eines Morgens zum Bäcker fuhr, von der Polizei kontrolliert wurde und einen Bluttest machen musste, er es aber gerade noch durch „ein paar Drehs“ geschafft habe, seinen Führerschein zu behalten.

*„Das Problem ist, ich könnte auch ein Jahr durchziehen, jetzt nicht zu rauchen, wegen meinem Führerschein, aber ich will mir mein Leben eigentlich nicht vorstellen.“ (Simon, 34)*

Einige andere wiederum hatten bereits konkrete Schwierigkeiten mit der Polizei bzw. Führerscheinbehörde wegen Cannabis, drei davon schon im sehr jungen Alter. Für einen (Reinhart, 24) verlief dies mit zehn Sozialstunden als Konsequenz vergleichsweise glimpflich; einem weiteren erging es in Bezug auf strafrechtliche Folgen ähnlich, er verlor aber dauerhaft seinen Führerschein:

*„Da hatte ich einfach einen geraucht ein paar Stunden vorher und dann bin ich blöderweise Auto gefahren. Und dann haben sie mich, Routinekontrolle eigentlich, kontrolliert, in die Augen geguckt, und dann im Laufe des Tages eine Blutabnahme gemacht. Und dann kam es eben dazu. (...) Und dann habe ich gerade angefangen zu studieren. Und dann dachte ich mir, jetzt brauche ich keinen Führerschein, ich wohne in Frankfurt. Und dann habe ich das alles ein bisschen schleifen lassen und nie mehr Führerschein gemacht.“ (Pink, 30)*

Dieser Befragte schreibt also die Schuld am Führerscheinverlust und dem Umstand, bis dato keinen Führerschein mehr zu haben, sich selbst zu. Anders erging es einem weiteren Interviewpartner:

*„Ich bin mit 18 auch erwischt worden und sie haben mich observiert, Telefon abgehört...und dann haben sie mir den Schlüssel abgenommen und sind bei meinen Eltern in die Wohnung – die waren gerade beim Abendessen. Und so standen dann acht Kollegen von meinem Vater (...) und haben mein Zimmer auf den Kopf gestellt und mich wegen 4 Gramm Gras kriminalisiert. Mein Vater war Beamter, und ich war dann direkt der schlimme Drogensohn... ich bin nur froh, dass*

---

<sup>10</sup> Die Befragte ist sehr schlank.

*sie mich nicht fallen gelassen haben. Der Polizist sagte damals zu meinem Vater: „Lassen Sie den gehen, die werden immer wieder rückfällig. Lassen Sie ihn fallen.“ (Sirius, 43)*

Sirius berichtet hier nicht nur selbst davon, „kriminalisiert“ worden zu sein, sondern erlebte zusätzlich eine direkte verbale Stigmatisierung, die ihn und seine Eltern traf.

Noch schwerwiegender waren die strafrechtlichen Konsequenzen für zwei weitere Befragte. Einem davon<sup>11</sup> wurde seine Eigenanbau-Anlage von der Polizei beschlagnahmt, nachdem zuvor eine Polizistin in sein Wohnhaus gezogen war, die ihn bei ihren Kolleg\*innen anzeigte. Nachdem er nach der Beschlagnahmung einen schweren Rückfall seiner Krankheit hatte und auf seine Verhandlung wartete, begann er wieder mit dem Eigenanbau:

*„Beim ersten Mal, da hat es ein halbes Jahr gedauert, bis ich wieder angebaut hab. Nach einem Jahr war dann die erste Verhandlung. Und da wurde das aufgenommen, dass Cannabis für mich eine Medizin ist und da wurde die Verhandlung unterbrochen und dann wurde ein Gutachter hinzugeholt, (...) der hat dann ein Gutachten gestellt und der hat das alles bestätigt. (...) Ich hab' auch von Ärzten Gutachten gehabt, dass direkt nach dem Einzug von meiner Medizin, dass die Krankheit dann auch wieder ausgebrochen ist.“ (siehe Fußnote 11)*

Wegen der relativ großen benötigten Mengen habe sich der Befragte kein Cannabis aus der Apotheke leisten könnte, wenn er ein Rezept gehabt hätte. Während er seinen Angaben zufolge gezwungenermaßen weiter selbst anbaute, wäre er durch diverse Instanzen gegangen, was aber nicht erfolgreich gewesen sei:

*„Ich hab' eine unwahrscheinlich schwere Krankheit und die ist so krass und die schieben das aufs Rauchen. Wenn man sowas hört, da breche ich fast zusammen. (...) [Interviewer: Gibt es Sorge vor einer neuen Hausdurchsuchung oder Bestrafung?] Ja, ich hab' richtig Angst. Ich hab' psychische Probleme, weil ich so Angst habe. (...) Ich muss zu einer Bewährungshelferin. Die Bewährung hat ja erst... Im Oktober hab' ich ein Jahr. Und die beträgt drei Jahre. Ich muss (...) Strafe zahlen und Gerichtskosten. (...) Ich kann mir das nicht leisten. Ich muss mir auch noch Medikamente kaufen, die ich nicht von der Krankenkasse bezahlt bekomme.“ (siehe Fußnote 11)*

Der Umstand, dass der Befragte aufgrund der fehlenden Kostenübernahme, Cannabis selbst anbaute, hat letztlich eine strafrechtliche Verfolgung nach sich gezogen, die sich wiederum – zusätzlich zu seiner Grunderkrankung – negativ auf seine psychische Verfassung ausgewirkt hat.

Eine weitere Befragte hatte eine ähnliche Erfahrung mit Beschlagnahmung von Eigenanbau machen müssen. Zum betreffenden Zeitpunkt hatte sie bereits ein ärztliches Rezept für einen täglichen Konsum von ca. fünf Gramm Cannabis; zudem hatte sie zuvor einige weitere Schritte unternommen, um legal an ihre Medikation zu gelangen:

*„Ich hab' auch versucht, eine Anbaugenehmigung zu kriegen. War ja in der Klage für die Kostenzusage, also hab' diese ganzen Schritte erfüllt. Dann hab' ich noch eine Verfassungsklage probiert und danach das angefangen... wo ich mir gedacht habe, ich hab' alles probiert, um auf*

---

<sup>11</sup> Dieser Fall ist aus Gründen etwaiger Wiedererkennung an dieser Stelle zusätzlich anonymisiert, d.h. Code-name, Alter und Erkrankung werden nicht erwähnt.

*legalem Wege da ran zu kommen. Was soll man noch machen in Deutschland? Ich steh‘ trotzdem ohne Versorgung da.“ (Selina, 33)*

Die Hausdurchsuchung fiel bei dieser Interviewpartnerin drastischer aus als beim zuvor Zitierten („Tür eingetreten“) und war mit weiteren Härten für die Betroffene verbunden:

*„Die hat ja fünf Stunden gedauert, und da wollte ich dann meine Medizin einnehmen und das wurde mir komplett verweigert, was für mich eigentlich ein Unding ist. Wenn ich es vom Arzt verschrieben bekomme, und da bin ich dann wirklich ausgeflippt. Ich hab es dann einfach gemacht und dann haben sie es mir aus der Hand gerissen und da ja... (...) Ich hab mich halt gewehrt und um mich geschlagen und hab die ganze Zeit verlangt, dass ich das brauche und auch angekündigt, ich bekomme jetzt einen epileptischen Anfall, ich krieg keine Luft mehr, die sollen einen Krankenwagen, einen Arzt anrufen, alles solche Sachen.“ (Selina, 33)*

Der Interviewpartnerin wurde es also über längere Zeit verweigert, ihre Medizin zu nehmen, bis schließlich medizinisches Personal die Polizist\*innen von der Notwendigkeit überzeugte.

Ansonsten berichtete kein/e weitere/r Befragte/r über konkrete strafrechtliche Konsequenzen; allerdings äußerten sich diverse Befragte sehr besorgt, sowohl über die Möglichkeit einer Bestrafung als auch über einen möglichen Führerscheinverlust:

*„Tja, also die brauchen nur die Polizei rufen, dann habe ich ein riesengroßes Problem. Das ist Stressfaktor eins. Stressfaktor zwei ist, wenn ich einkaufen fahre und ich habe vor zwei Tagen etwas geraucht, werde angehalten, bin ich meinen Führerschein los. Ohne dass ich aktiv etwas mache und es zu medizinischen Zwecken eigentlich nutze, aber nur keinen Arzt finde, es deswegen nicht nachweisen kann.“ (Benjamin, 27)*

Teilweise wird dabei dem drohenden **Führerscheinverlust** mehr Bedeutung eingeräumt als strafrechtlichen Konsequenzen:

*„Ich bin Freiberufler, bin auf mein Auto angewiesen. Und da die Gesetzeslage so ist, so vollkommen utopisch gestaltet, ist das für mich schon riskant. Ich meine, im Berufsverkehr passiert normalerweise nicht viel, aber trotzdem, wenn ich meinen Lappen los bin und MPU machen muss, dann dauert das mindestens ein Jahr, bis ich wieder Auto fahren kann und das macht mein Gewerbe komplett kaputt.“ (XY, 32)*

Während sich dieser Befragte also Sorgen über Führerscheinverlust als indirekte Ursache für berufliche Probleme macht, sind zwei weitere Befragte aufgrund ihrer spezifischen beruflichen Position besorgt über mögliche Konsequenzen einer strafrechtlichen Erfassung.

*„Seitdem ich das Jobangebot bei XY habe, habe ich schon Angst vor Bestrafung. Jede Kleinigkeit ist wichtig, wenn ich auch nicht bestraft werde und nur eine Geldstrafe von 100 Euro kriege, aber es wird direkt an den Arbeitgeber gemeldet. (...) ...dann würde ich auch den Job verlieren. (...) Wegen der normalen Strafverfolgung mache ich mir keine großen Sorgen, bei den kleinen Mengen. Da denke ich, dass es vielleicht eine Geldstrafe von 200 Euro gibt, dann ist es erledigt. Aber wegen des Arbeitsmarktes mache ich mir Sorgen.“ (Konrad, 28) – „Das ist bei mir natürlich eine ganz massive Zukunftsangst. Also wenn ich jetzt straffällig werde wegen Cannabis, weiß ich, ich kann meine Verbeamtung vergessen.“ (Tessa, 27)*

Ein anderer Interviewpartner schildert seine inneren Konflikte und Ängste zu Zeiten, in denen er „*immer mal wieder*“ Cannabis selbst angebaut habe:

*„...weil ich dieses zum Dealer fahren und die großen Mengen Gras dabei zu haben, fand ich eher doof. Weil man dann erwischt wird und dann ist... ja, dann hat man die großen Mengen dabei. Deswegen immer wieder auf Anbauen gewechselt und dann immer... dann habe ich mich fast noch schlechter gefühlt. Immer wieder wenn es an der Tür geklingelt hat, ich weiß noch einmal, da klingelte die Polizei und die wollten nur irgendwas wegen meinem Vater wissen und dann ist mir auch das Herz in die Hose gefallen. Also jedes Mal, wenn man mit Polizei in Kontakt kommt, fühlt man sich... ich bin ein Verbrecher. Obwohl ich eigentlich jedes Gesetz befolge. Ich befolge jedes Gesetz. Ich versuche nicht falsch zu parken, ich park niemals auf einem Behindertenparkplatz, ich zahle meine Steuern, ich zahle meine Krankenversicherung, ich zahle alles. (...) Ja, ich fühle mich als Krimineller, obwohl ich eigentlich keiner bin.“ (Mike, 35)*

Mike spricht hier einerseits seine Gedankengänge in puncto Risikoabwägung an, wobei er offenbar immer denjenigen Beschaffungsmodus (Kauf beim Dealer vs. Eigenanbau) als besonders riskant betrachtet, dem er gerade nachgeht. Andererseits betont er an dieser Stelle seine ‚Gesetzestreue‘ abgesehen vom illegalen Umgang mit Cannabis und sein Unverständnis gegenüber der entsprechenden Regelung (siehe auch 4.8). Insofern gilt für diesen Befragten wie auch für viele andere aus der Stichprobe, dass die Sorge vor dem Erwischt werden „*Dauerzustand*“ sei („*also bei mir ist immer irgendwas nachzuweisen*“; Josefine, 25). Die Zitierte bezieht sich hier allerdings vor allem auf indirekte Konsequenzen auf ihre Arbeit mit Jugendgruppen. Weitere Bedenken werden von einigen Befragten geäußert, die sich aus ökonomischen und praktischen Überlegungen heraus größere Mengen Cannabis besorgen:

*„Die Eigenbedarfsregelung geht ja immer davon aus, dass man von der Hand in den Mund lebt. Freunde von mir machen das genau so: Die kaufen 4-5 mal im Jahr eine größere Menge und die hält dann sehr lange. Denn das sind keine Junkies, die haben keine Zeit, sich jeden Tag Sorgen um Material zu machen. Natürlich mache ich mir Gedanken, wenn ich mit 10 Gramm in den Öffentlichen sitze und von A nach B fahre.“ (Pierre, 35)*

Auch dieser Befragte gibt an, dass er „*weniger Angst vor den Strafen*“ habe, sondern eher vor dem Führerscheinverlust. Ohnehin ist die als ungerecht empfundene Regelung in der Fahrerlaubnis-Verordnung ein von vielen Befragten angesprochenes Thema („*wenn ich regelmäßig rauche, dann kann ich eigentlich auch ohne Führerschein herumfahren, weil es im Endeffekt für mich auf dasselbe rauskommt*“; Simon, 35).

Ein besonderer Fall ist die schon mehrfach zitierte Petra, die selbst mehrere Gramm täglich konsumiert und deren Ehemann ebenfalls intensiv aus medizinischen Gründen Cannabis nutzt. Daher bauen sie seit einiger Zeit zuhause Cannabis an, weshalb sie anführt: „*wir haben auch ein mächtiges Risiko zu Hause*.“ Auch sie hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass sie „*absolut ein Kind des Gesetzes*“ sei, „*was natürlich total im Widerspruch mit Cannabis steht*“, wobei diese bestehende Rechtslage von ihr klar kritisiert wird. Allerdings gibt sie auch an, mittlerweile ein Stadium erreicht zu haben, in dem sie sich nur noch wenige Sorgen über mögliche Strafverfolgung mache:

*„Und weil wir, im schlimmsten Falle, wenn es auffliegen sollte durch was auch immer, wir wirklich behandelt werden wir Schwerstkriminelle. Und da bin ich mittlerweile total ruhig und unsere*

*Freunde, die haben mittlerweile mehr Angst wie wir. Und ohne Mist. Wir haben Freunde, die zu uns gesagt haben, wir wollen es nicht hören, wir wollen es nicht sehen, denn sonst können wir nachts nicht mehr schlafen.“ (Petra, 42)*

Es scheint sich also ein gewisser Fatalismus eingestellt zu haben, offenbar deshalb, da nach Aussage der Interviewten der Konsum wie auch der Anbau zur Gewährleistung des selbigen unvermeidlich sind. Dennoch erwähnt die Befragte an anderer Stelle, dass sie demnächst einen Anwaltstermin vereinbaren möchte, in dem sie „die Sachlage erklären will“, um für den Fall der Festnahme gewappnet zu sein.

Auch einige weitere Interviewpartner\*innen berichten über Vorsichtsmaßnahmen, mehrfach z.B. darüber, dass sie niemals unter dem Einfluss von Cannabis am Steuer sitzen, teilweise auch schon zwei Tage zuvor den Konsum einstellen, trotz der ebenfalls wiederholt geäußerten Auffassung, dass es bei regelmäßigem Konsum ohnehin egal sei, wann man zum letzten Mal konsumiert habe (s.o.). Diejenigen in der Stichprobe mit Cannabis-Rezept geben an, als Vorsichtsmaßnahme stets den Arztbrief bei sich zu führen.

Abgesehen von Kriminalisierung durch die Strafverfolgung klingen in einigen der o.g. Aussagen auch Sorgen über **stigmatisierende Ansichten im sozialen Umfeld** an, was u.a. die Arbeitswelt, aber auch private Kontakte betrifft. Eine der Interviewten spricht in diesem Zusammenhang einen ähnlichen ‚Generalverdacht‘ gegenüber medizinischen Nutzer\*innen an, der in 4.5.1 schon für viele aus dem Bereich der Medizin geäußert wurde:

*„Es gibt ja auch nicht nur das Stigma der Kifferin, sondern es gibt ja auch viele Leute, die einem das nicht glauben, dass man es aus medizinischen Gründen macht. Gerade in den USA gibt es ja auch viele Serien, wo damit gespielt wird, dass die Leute sich einfach so Cannabis verschreiben lassen.“ (Jenny, 28)*

Auch aus dem engeren sozialen Umfeld hatten einige Missbilligung erfahren. In einem Fall – allerdings in jüngerem Alter, in dem der Befragte seinen Konsum noch nicht als medizinisch definiert hatte – wurde deshalb eine Zeitlang auf Cannabis verzichtet:

*„Zwei Jahre, von 19 bis 21, habe ich aufgehört, wegen meiner ersten Freundin. Das war noch in der Zeit wo alle gesagt haben, du bist ein Drogensüchtiger, wenn du Marihuana oder Cannabis zu dir nimmst. Und hab dann wegen der Beziehung aufgehört und hab auch meine ganzen Freunde abgestoßen, die damit was zu tun hatten.“ (Mike, 35)*

Nach Ende der Beziehung musste er sich seinen Freundeskreis nach eigener Aussage wieder neu aufbauen. Auch andere berichten über derartige Missbilligungen aus dem Umfeld auch im Hinblick auf die medizinische Verwendung, wobei im folgenden Zitat auch Gegenbeispiele angeführt werden:

*„Das ist so ein Thema wegen der ganzen Fehlinformation und gefälschten Studien, die die Leute jahrelang zu lesen bekommen haben. Dadurch sind die Menschen hier und da verurteilend, manche haben sich auch abgewendet, weil sie mir eine Abhängigkeit unterstellen und den medizinischen Nutzen noch nicht erkennen können. Aber ich habe auch viele tolle Freunde, auch ältere Menschen.“ (Sirius, 43)*

Hier spiegelt sich eine Erfahrung wider, die auch von diversen anderen Interviewpartner\*innen gemacht wurde. Tendenziell sind es eher die jüngeren Befragten, die berichten, kaum mit Stigmatisierungserfah-

rungen konfrontiert worden zu sein, was möglicherweise mit einem selbstverständlicheren Umgang dieser Personen mit medizinischem Cannabis zusammenhängt, möglicherweise aber auch mit einer gestiegenen allgemeinen Akzeptanz. Eine der älteren Befragten gibt in diesem Kontext an, selbst aktiv darauf hinzuwirken, diese Akzeptanz zu erhöhen:

*„Also die Erfahrung zeigt mir halt, die Menschen sind relativ aufgeschlossen. Und wenn du mit denen redest und nicht nur rumdruckst, dann tolerieren sie das erstmal, akzeptieren das und sie gehen halt damit um. Und wenn es gut läuft, dann ändern sie ihre Meinung. Und deswegen sagen wir generell: Reden, reden, reden und wieder bei Adam und Eva anfangen und... Ja? Auch wenn es manchmal zu den Ohren rauskommt.“ (Anita, 57)*

Bei Anita spielt womöglich auch der Umstand eine Rolle, dass man ihr ihre schwere Erkrankung deutlich ansieht, was es erleichtern könnte, Außenstehende von der Notwendigkeit der Cannabismedikation zu überzeugen. Was die jüngeren Befragten betrifft, so erwähnen diese, dass sie (zumindest testweise) auch an Orten konsumieren, die eigentlich nicht dafür ‚vorgesehen‘ sind:

*„Also ich hab‘ natürlich ab und zu mal versucht und geguckt, wie Leute reagieren, im Café schon gesessen und draußen im Restaurant, aber tatsächlich... (...) tatsächlich hat es niemanden interessiert bisher.“ (Robert, 22)*

Solche Beobachtungen könnten tatsächlich auf eine allmählich steigende Akzeptanz für medizinische Cannabisnutzer\*innen hindeuten. Angesichts dessen, dass die o.g. Erfahrungen mit Stigmatisierung, Missbilligung o.ä. im sozialen Umfeld eher selten genannt werden, scheint – abgesehen von den Problemen mit Ablehnung innerhalb des medizinischen Systems – das Risiko der Kriminalisierung das weit-aus größere Problem darzustellen. Letzteres ist wiederum deutlich von der benötigten Menge abhängig: Für diejenigen, die mehrere Gramm pro Tag benötigen, besteht (sofern sie keine Kostenübernahme haben) die Notwendigkeit, sich diese großen Mengen, zumeist per Eigenanbau, selbst zu verschaffen, was von vorneherein ein größeres Risiko einer Strafverfolgung mit sich bringt. Umgekehrt berichten diejenigen mit eher geringen Konsummengen auch auffällig seltener von derartigen Sorgen, abgesehen vom Risiko des Führerscheinverlustes.

## 4.8 Einstellungen zur Gesetzesänderung und dessen Umsetzung

Aus den in den bisher dargestellten Erfahrungen wurde bereits deutlich, dass eine Mehrzahl der Befragten die Anfang 2017 in Kraft getretene Gesetzesänderung für unzureichend hält, aufgrund eigener negativen Erfahrungen mit Ablehnung einer Cannabisbehandlung durch Ärztinnen und Ärzte und der bestehenden Schwierigkeiten, ein Rezept bzw. eine Kostenübernahme zu erhalten. Ein Kritikpunkt ist, dass im Gesetzestext weiterhin eine „schwerwiegende Erkrankung“ Voraussetzung für ein Cannabisrezept ist und dass Cannabis-Arzneimittel nur verschrieben werden dürfen, wenn „eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung a) nicht zur Verfügung steht oder b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann“ (BtMRÄndG 2017; Art. 4 Abs. 5). Wie in 4.5.1 erwähnt, gibt es mehrere Patient\*innen, deren Arzt bzw. Ärztin aufgrund dieses Passus kein Cannabis verschreiben, da sie zunächst die jeweilige ‚Standardmedikation‘ probiert

haben sollen. Einzelne Befragte gingen auch davon aus, dass man ähnlich wie im vorherigen System der Sondergenehmigungen „austherapiert“ sein müsse, wie etwa ein Befragter, der jenes von seiner Psychiaterin gesagt bekommen hatte: *„Die hat mir gesagt, nein, das macht sie nicht. Erst wenn ich austherapiert bin, erst wenn ich alle Psychopharmaka ausprobiert habe, dann... würde sie den Schritt angehen“* (Mike, 35). In diesem Zitat klingt an, wo das Problem nach Ansicht diverser Befragter zu verorten sei: weniger bei der gesetzlichen Regelung selbst, sondern oft bei den behandelnden Mediziner\*innen. Viele Befragte gehen davon aus, dass sich ihr Arzt bzw. ihre Ärztin auf den besagten Passus mit der ‚Standardmedikation‘ berufen und daher kein Cannabisrezept ausstellen würden. Wie in vorherigen Abschnitten erwähnt, berichten einzelne Patient\*innen, dass sie diese Medikamente wegen anderweitiger Symptome bzw. den starken Nebenwirkungen gar nicht ausprobieren *konnten*. Häufig wurde bemängelt, dass viele Ärzt\*innen dem Thema gegenüber generell nicht aufgeschlossen seien (siehe 4.5.1).

Abgesehen von den Schwierigkeiten, ein Rezept ausgestellt zu bekommen, waren in erster Linie die Regelungen zu Kostenübernahmen ein wichtiger Kritikpunkt:

*„Also ich weiß ja, dass ganz viele von ehemaligen Ausnahmegenehmigungen-Besitzern keine Kostenübernahme gekriegt haben, weil die Krankenkasse es finanziell überprüft, nicht medizinisch. Und wir haben lange Zeit dafür gekämpft, dass aus dem Gesetz die Austherapiertheit rausfällt. Aber die meisten Ablehnungen zielen genau auf die Austherapiertheit ab. – ‚Sie haben ja noch nicht alles ausprobiert!‘“* (Anita, 57)

Auch hier stehen bestimmte Patient\*innen im Zusammenhang mit Krankenkassen vor dem Problem, andere Medikamente mit teils schweren Nebenwirkungen ausprobiert haben zu müssen. Diejenigen, die – aus welchen Gründen auch immer – keine Kostenübernahme erhalten und einen vergleichsweise hohen Bedarf an Cannabis haben, sind besonders davon betroffen, sich die Medikation nicht leisten zu können. Verschärft wurde diese Problematik offenbar dadurch, dass Cannabisblüten seit Einführung des Gesetzes nochmals teurer wurden. Dies wiederum hat in erster Linie damit zu tun, dass die meisten Apotheken nach der Gesetzesänderung Cannabis statt als Fertig- als Rezepturarzneimittel verwenden und deshalb jede Packung Cannabisblüten prüfen und zerkleinern und dafür einen Aufschlag berechnen (Pharmazeutische Zeitung 2017). Der hohe Preis hat Auswirkungen auf jene, die einen hohen Bedarf an medizinischem Cannabis haben und die Droge aus finanziellen Gründen selbst anbauen (siehe auch 4.7). Eine Befragte vermutet, dass das Gesetz darauf abziele, den Eigenanbau zu verhindern:

*„Also ich finde das Gesetz sogar beschissen. Also gemacht wurde es ja aufgrund von Klagen, meiner Meinung nach, die von anderen Patienten, wie vom XY, der ja auf Anbau geklagt hat. Der hatte ja eine Anbaugenehmigung, die ihm ja nach noch nicht mal einem halbem Jahr weggenommen wurde, deswegen hat man das Gesetz eingeführt. Inoffiziell heißt es ja Anbauverhinderungsgesetz und seitdem hab‘ ich zum Beispiel versucht, eine Anbaugenehmigung auch wieder zu beantragen. Da steht halt immer als Begründung das neue Gesetz.“* (Selina, 33)

Im Kontext der als zu hoch empfundenen Preise wurde von einem anderen Befragten erwähnt, dass medizinisches Cannabis in niederländischen Apotheken sechs bis sieben Euro koste, verglichen mit den 20 bis 25 Euro, die hierzulande für das gleiche Produkt aufgewendet werden müssten.

Während diverse Befragte berichten, dass sie bereits an der Suche nach einem Arzt bzw. einer Ärztin, die ihnen Cannabis verschreiben, scheiterten (4.5.1), ist die Frage der Kostenübernahme der

wichtigste Kritikpunkt am Gesetz und dessen Umsetzung. Teilweise berichten die Befragten, dass die behandelnden Ärzt\*innen diese Kritik teilten:

*„Das Problem ist eigentlich, dass meine Ärztin irgendwann zu mir sagte, sie würde mir jeden Antrag stellen, aber ihr seien die Hände gebunden. Die Krankenkasse wird Nein sagen. Insofern ist die Legalisierung für medizinische Zwecke eine Farce, wenn die Krankenkassen das nicht machen. Die Ärztin meinte, dass die Gesetzesänderung, so wie sie gemacht wurde, überhaupt nichts bringt. De facto entscheiden die Krankenkassen, wer das Cannabis bekommt und nicht die Ärzte. Das fand sie auch schlimm, weil ihr dadurch auch die Kompetenz weggenommen wird.“ (Jenny, 28)*

Eine weitere Interviewpartnerin war schon einen Schritt weiter, hatte von ihrer Ärztin ein Rezept erhalten und einen Antrag auf Kostenübernahme gestellt.

*„Aber konkret bei meinem Antrag fand ich, dass meine Ärztin dem Antrag ein wirklich handfestes Gutachten beigelegt hat, das eigentlich hätte bewilligt werden müssen. Sie hat mich da ja vorgewarnt, aber wenn in dem Gutachten drinsteht, was alles schon erfolglos von Ärzten versucht wurde... und nicht irgendwelche Gutachten geschrieben werden von Leuten, die mich gar nicht kennen und die genau das Gegenteil schreiben von dem, was die Ärztin gesagt hat.“ (Susanne, 34)*

Die Befragte spricht hier den Umstand an, dass Krankenkassen die Berechtigung für ein Cannabisarzneimittel-Rezept durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüfen lassen können, welche die betroffene Person nie gesehen haben und nur per ‚Ferndiagnose‘ beurteilen, ob die Kostenübernahme geboten ist oder nicht. Ebenfalls häufig problematisiert wurden, damit einhergehend, die aus Sicht der Befragten bei bestimmten Symptomen geringen Erfolgsaussichten für eine Verschreibung und/ oder Kostenübernahme. Viele der Befragten erklärten, bisher kein Rezept beantragt zu haben, da sie davon ausgehen, dieses nicht oder nur nach langem „Kampf“ zu bekommen und ihnen die Belastung – zusätzlich zu ihrer Krankheit – zu hoch sei (siehe 4.5.1). Andere wiederum hatten im Zusammenhang mit ihrer guten Schwarzmarktversorgung und/oder den eher geringen benötigten Mengen bislang keine Notwendigkeit gesehen, einen Arzt bzw. eine Ärztin zu konsultieren.

Insbesondere Patient\*innen, die psychotherapeutische Behandlung benötigen, beschreiben ihre Lage als besonders problematisch: Viele Kliniken oder niedergelassene Therapeut\*innen würden es ablehnen, Cannabis Konsumierende aufzunehmen: da sie keine ‚offiziell anerkannten‘ Cannabispatient\*innen seien, würden sie nach Aussage der Befragten davon ausgehen, dass die Betroffenen abhängig seien, weshalb sie vor der Psychotherapie erst einen Entzug o.ä. durchführen sollen, was diese Patient\*innen als Dilemma beschrieben (siehe insbesondere den Fall von *Anna* in 4.7).

Was Wünsche bzw. Erwartungen der Befragten betrifft, so steht der Wunsch nach Legalisierung des persönlichen Konsums im Vordergrund. Wie in den vorigen Abschnitten geschildert, gibt es diverse Gründe, weshalb Patient\*innen sich weiterhin illegal mit Cannabis versorgen, von der Schwierigkeit, bestimmte Krankheitsbilder sicher zu diagnostizieren, über eine Ablehnung von Cannabisbehandlungen durch Ärzt\*innen und bei bestimmten Krankheitsbildern bis hin zu langjährig ausgeübten Gewohnheitsmustern, teilweise gepaart mit Sorgen, die aufwendigen Bemühungen um ein Rezept gesundheitlich nicht durchstehen zu können. Dazu kommen die Fälle, in denen Betroffene mit Rezept und hohem Bedarf keine Kostenübernahme erhalten (s.o.). Trotz des angesprochenen Aspektes der Gewohnheit

bei der illegalen Versorgung würden es praktisch alle Befragten begrüßen, wenn auch ihre Versorgung mit Cannabis legal wäre:

*„Wenn ich’s verschrieben bekommen würde, und es legalisiert bekommen würde... hätte das auf jeden Fall sehr viel mehr Vorteile, in der Anerkennung davon, und dem, wie ich ähm... allein bei Verkehrskontrollen... (...) [Illegalität] ist zu nem gewissen Grad normal für mich, weil ich’s nicht anders kenne, aber... würde es doch sehr... begrüßen, wenn ich’s nicht müsste.“ (Josefine, 25)*

Abgesehen vom generellen Wunsch nach legaler Versorgung äußern einige Patient\*innen spezifischere Vorschläge, z.B. was den oben angesprochenen Passus mit der ‚Standardmedikation‘ betrifft:

*„Ich würde mir wünschen, dass ein chronischer Schmerzpatient wie ich, der zum Schmerztherapeuten kommt, mit einer Überweisung von meinem Orthopäden, dass der Schmerztherapeut diesem Wunsch dann auch nachkommt. Und nicht versucht, diesen Menschen von Opium abhängig zu machen. Ich würde mir wünschen, dass den Menschen der freie Wille gelassen wird, welches Mittel er jetzt nehmen will.“ (Sirius, 43)*

Mehrfach werden – ebenfalls entsprechend der o.g. Kritik – auch Wünsche im Hinblick auf den Finanzierungsvorbehalt der Krankenkassen geäußert: „dass die Krankenkassen nicht das letzte Wort haben über verschriebene Medizin. Dass die dann irgendeinen Fachmann dahin setzen“ (Mike, 35). Insbesondere diejenigen, die zur Bedarfsdeckung selbst Cannabis anbauen, äußern die Hoffnung, dass der Anbau einiger Pflanzen entkriminalisiert bzw. toleriert würde („...dass jeder seine drei, vier Pflanzen selbst anbauen darf. Ich glaub halt fest dran“; anonym<sup>12</sup>). Ein Befragter (Michel, 35) schlägt in diesem Zusammenhang vor, das Finanzierungsproblem für Patient\*innen durch die Ermöglichung von ‚Cannabis Social Clubs‘ zu lösen.

Abgesehen von diesen Vorschlägen, was die konkreten Regelungen angeht, wird vielfach der Wunsch nach einer Verbesserung des Informationsstandes und einer Einstellungsänderung bei medizinischem Personal geäußert, was durch entsprechende Schulungsveranstaltungen ermöglicht werden sollte:

*„Ich denke mal, dass es da Weiterbildungen geben muss, dass die Mitarbeiter auch wissen, wie sie handeln müssen und nicht einfach weitergeben dann an den medizinischen Dienst und der dann vielleicht auch nicht so Ahnung hat.“ (Robert, 22) – „Erst mal, dass die Ärzte besser aufgeklärt werden. Dass sie die Wirkungen und Nebenwirkungen mit anderen Medikamenten vergleichen. Nicht gleich sagen: ‚Das ist eine gefährliche Droge‘ und fertig. Dass sie sich ernsthaft damit auseinandersetzen. Ich habe auch gemerkt, dass viele Ärzte sagen, sie hätten keine Zeit dafür. Ich finde, es sollte auch ins Medizinstudium integriert werden.“ (Konrad, 28)*

Und schließlich wurde bereits auf die Frage hin, wie mit medizinischem Cannabis umgegangen werden sollte, die Möglichkeit einer generellen Legalisierung von Cannabis erwähnt:

*„(Interviewer: Und lieber weg vom Schwarzmarkt und in die medizinische Versorgung rein oder alles so lassen wie es ist?): Weder noch. Ich hätte gerne eine flächendeckende Legalisierung.“ (Hilde, 55)*

---

<sup>12</sup> Siehe Fußnote 11

Auf die konkrete Frage hin, wie sie zu einer allgemeinen Legalisierung von Cannabis stehen, sprechen sich mit einer Ausnahme („nicht so sicher“; Pink, 30) alle, die sich dazu äußerten, für eine solche Regelung aus. Dabei wurden unterschiedliche Aspekte einer solchen Regelung angesprochen, etwa bisherige Erfahrungen in bereits ‚legalisierten‘ Ländern, Vergleich mit legalen Drogen und Sorgen um eine mögliche Zunahme des Konsums:

*„Das läuft doch auch gut in Holland, ja. Wo haben wir denn in Holland lauter Verrückte, die nur noch Cannabis konsumieren? Sieht man nicht.“ (Julia, 61) – „also ich glaube, das ist wirklich eine der schlimmsten Steinzeitsachen, dass wir noch nicht so weit sind, wie das, was die noch nicht hingekriegt haben, ja also das ist absolut unverständlich. (...) wenn man das so im Vergleich zum Alkohol sieht, wenn man mal sieht, was man damit anrichtet, wie etabliert das ist, wie gesellschaftsfähig das ist und auf der anderen Seite das Marihuana sich anguckt...“ (Simon, 34) – „Mindestens Cannabis sollte legalisiert sein. Ich finde aber, dass gleichzeitig damit eine größere Aufklärung einhergehen muss. Und die Qualität und die Kosten müssen sich auch verbessern. Man muss eine Sicherheit haben, dass es nicht der letzte Mist ist. Ich finde es falsch als Meinung, aber ich verstehe, dass Leute bei einer Cannabis-Legalisierung Sorge haben, dass sich alle andauernd bekiffen.“ (Jenny, 28)*

Ein Interviewpartner spricht, bezogen auf seinen eigenen moderaten medizinischen Cannabiskonsum, an, dass Patient\*innen wie er bei einer generellen Legalisierung gar keine Verbesserung der medizinischen Versorgung benötigen würden:

*„Denn wenn man ein solches Modell hätte, dann müsste man es gar nicht ausweiten. Weil Menschen sich quasi selbst versorgen könnten. Ich bin mit mir selbst auch am Hadern, ob es in Ordnung ist, gerade weil Blüten momentan sehr teuer sind, Krankenkassen so zu belasten. Wie gesagt, ich habe eine Krankheit, aber keine schwere Krankheit. Ich will die Krankenkassen nicht zu viel kosten. Was bei mir im Garten quasi umsonst wächst, dafür sollten die Krankenkasse nicht tausende Euro bezahlen. Und deswegen bin ich eher für eine generelle Legalisierung.“ (Pierre, 35)*

Implizit trägt Pierre an dieser Stelle auch dem Umstand Rechnung, dass bei einem Teil der Patient\*innen (wie z.B. ihm selbst) medizinische Nutzung und Freizeitgebrauch nicht eindeutig voneinander zu trennen sind (siehe 4.6). Schließlich äußert ein weiterer Befragter die Meinung, dass er es begrüßen würde, wenn durch eine generelle Legalisierung die Verantwortung für medizinische Verwendung inklusive einhergehender Risiken stärker bei den Patient\*innen liegen würde:

*„Dann hätten auch die Ärzte nicht ständig dieses Problem, dass sie entscheiden müssen: ‚Muss ich jetzt die Verantwortung tragen, wenn der Cannabis konsumiert‘. Für den Arzt ist das eine große Verantwortung. Da kann auch was schiefgehen, wenn man zu viel davon konsumiert. Man kann Angstzustände kriegen, Psychosen im schlimmsten Fall. Wenn jeder selber entscheiden könnte, ob er das Risiko eingeht, und sagen könnte: ‚Ich kaufe jetzt Cannabis‘, dann hat der Arzt weniger Druck. Die Ärzte wären von dieser Entscheidung entlastet. Ich würde es besser finden, wenn es wie in Holland, zum Beispiel, wäre. Dass es spezielle Geschäfte gäbe, oder wenn es in einer Apotheke verkauft werden würde.“ (Konrad, 28)*

Abschließend sei erwähnt, dass einige der Interviewten sich explizit dafür bedankten, eine Möglichkeit geboten bekommen zu haben, ihre Probleme thematisieren zu können und „angehört zu werden“. Dies

---

ist nachvollziehbar, zumal – wie in den qualitativen Analysen deutlich wurde – das Thema für die Betroffenen aus physischen und (psycho-)sozialen Gründen einen hohen Stellenwert hat.

## 5. Ergebnisse der Online-Befragung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Online-Befragung (siehe Kapitel 2.2) präsentiert. Wie in Abschnitt 3.2 ausführlich dargelegt, füllten insgesamt 774 Personen den Online-Fragebogen komplett aus; 100 davon wohnen in Frankfurt oder der näheren Umgebung. Auf die letztgenannte Teilstichprobe bezieht sich der Großteil der folgenden Auswertungen, beginnend mit den Konsumkennzahlen für Cannabisprodukte. Darauf folgt die Beschreibung der Konsummotive und Formen sowie der von den Teilnehmenden genannten gesundheitlichen Beschwerden, eventueller Diagnosen und der Meinungen zu Arztbesuchen und Krankenkassen. Abschließend folgen subjektive Meinungen zu den Verbesserungsmöglichkeiten der Verschreibung von Cannabis als Medizin. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Frankfurter Teilstichprobe, teilweise im Geschlechtervergleich sowie im Abgleich mit der Gesamtstichprobe ohne Frankfurter Fälle<sup>13</sup>. Die Ergebnisse sind aufgrund der Erhebungsmethode nicht repräsentativ (angesichts dessen, dass die Grundgesamtheit nicht bestimmt werden kann, könnte auch theoretisch keine Repräsentativität erzielt werden), jedoch nah an der Lebenswelt der Teilnehmenden.

### 5.1 Prävalenz des Cannabiskonsums

Als Konsumkennzahlen wurden die Lebenszeit-, 12 Monats- und 30 Tages-Prävalenz erhoben, wobei innerhalb der 30 Tages-Prävalenz auch der tägliche Konsum abgefragt wurde. Konkret wurde nach dem Konsum von Cannabisblüten (Marihuana), Cannabisharz (Haschisch) und Extrakten gefragt, zusätzlich auch nach dem Konsum synthetischer Cannabinoide bzw. Cannabinoidmimetika (in Reinform oder als sogenannte Kräutermischung, bzw. Räuchermischung, z.B. „Spice“) sowie nach dem Konsum von CBD-Produkten, die kein oder kaum THC enthalten. Bezüglich der CBD-Produkte wurde zwischen Blüten und Harz einerseits und Extrakten andererseits unterschieden. Zusätzlich zu den Prävalenzen wurden das Alter bei Erstkonsum, die Konsummenge pro Monat und die ungefähre Höhe der Ausgaben pro Monat für Cannabisprodukte abgefragt.

Tabelle 2: Lebenszeitprävalenz der verschiedenen Cannabisprodukte in der Frankfurter Teilstichprobe (Angaben in Prozent; N=100)

	Niemals	1 – 5 Mal (%)	6 – 20 Mal (%)	21 – 50 Mal (%)	51 – 200 Mal (%)	> als 200 Mal (%)
Blüten (Marihuana)	1	0	1	5	10	83
Haschisch	7	6	8	5	12	62
Extrakte	43	13	17	10	10	7
Synthetische Cannabinoide	77	14	3	3	3	0
CBD-Blüten oder -Haschisch	37	19	9	17	9	9
CBD-Extrakte	46	13	11	13	8	9

<sup>13</sup> Wenn bei derartigen Vergleichen auf statistische Signifikanz verwiesen wird, sind jeweils die statistische Kennzahl und das Signifikanzniveau angegeben: \* bedeutet eine 5%ige Wahrscheinlichkeit, \*\* eine 1%ige Wahrscheinlichkeit, und \*\*\* eine 0,1%ige Wahrscheinlichkeit, dass der ermittelte Unterschied auf einem stichprobenbedingten Zufall beruht. In der vorliegenden Auswertung wurde hierfür ausschließlich der Chi<sup>2</sup>-Test verwendet.

Tabelle 2 enthält die Werte für die Lebenszeitprävalenz der verschiedenen Cannabisprodukte. Ausgiebige Erfahrungen bezogen auf die Lebenszeit (mehr als 200 Mal) ist bei Marihuana mit 83% am stärksten vertreten, gefolgt von Haschisch mit 62%. Auch insgesamt sind die Lebenszeitprävalenzraten bei diesen Konsumformen mit 99% bzw. 93% am höchsten. Extrakte spielen hingegen eine weit geringere Rolle, mit insgesamt 57% Lebenszeitprävalenz und 7% mit mehr als 200maliger Konsumerfahrung. Synthetische Cannabinoide scheinen in der Stichprobe keine besondere Rolle zu spielen: lediglich 23% verfügen insgesamt über Konsumerfahrungen; diejenigen mit Lebenszeitprävalenz haben solche Substanzen mehrheitlich nur wenige Male probiert (siehe Tab. 2). Die Lebenszeitprävalenz der Befragten ist bei CBD-Blüten bzw. -Haschisch (63%) und CBD-Extrakten (54%). Für beide CBD-Produktkategorien gibt es mit 18% (CBD-Blüten und -Haschisch) und 17% (CBD-Extrakte) einen nennenswerten Anteil von Befragten, die solche Produkte bereits mehr als 50 Mal konsumiert haben. Da es zwischen beiden Gruppen große Überschneidungen gibt, gibt es eine erwähnenswerte Gruppe unter den Teilnehmenden (rund ein Fünftel), die bezogen auf die Lebenszeit vergleichsweise häufig CBD konsumiert hat.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Konsumkennzahlen für die 12-Monats-Prävalenz (Tabelle 3): Der Konsum von Blüten überwiegt deutlich, gefolgt von Haschisch. Extrakte sind nur für Probier- bzw. gelegentlichen Konsum relevant, synthetische Cannabinoide spielen praktisch keine Rolle, während CBD-Produkte nur von sehr wenigen Teilnehmerinnen im zurückliegenden Jahr häufig oder sehr häufig konsumiert wurden. Allerdings liegen die generellen 12-Monats-Prävalenzraten bei CBD-Produkten mit 50% bzw. 46% vergleichsweise hoch, was möglicherweise damit zu tun hat, dass solche Produkte noch nicht lange auf dem deutschen Markt erhältlich sind (siehe Fußnote 5).

Tabelle 3: 12-Monats-Prävalenz der verschiedenen Cannabisprodukte in der Frankfurter Teilstichprobe (Angaben in Prozent; N=100)

	Nicht während der letzten 12 Monate (%)	1 – 5 Mal (%)	6 – 20 Mal (%)	21 – 50 Mal (%)	51 – 200 Mal (%)	Mehr als 200 Mal (%)
Blüten (Marihuana)	4	2	9	10	20	55
Haschisch	37	12	10	9	15	17
Extrakte	68	15	6	5	4	2
Synthetische Cannabinoide	97	1	1	1	0	0
CBD-Blüten/ -Haschisch	50	18	11	10	8	3
CBD-Extrakte	54	13	12	10	5	6

Die 30-Tages-Prävalenz für die verschiedenen Cannabisprodukte (Tabelle 4) lässt Aussagen über aktuelle Konsummuster bis hin zum täglichen Konsum zu. Insgesamt 89% haben im zurückliegenden Monat Cannabisblüten konsumiert, 46% Haschisch und 16% Extrakte. Während synthetische Cannabinoide auch hier praktisch keine Rolle spielen, haben 29% bzw. 26% in den letzten 30 Tagen CBD-Blüten/Haschisch bzw. CBD-Extrakte konsumiert. 47% der Teilnehmenden konsumieren Cannabis-Blüten täglich. Alle anderen Produkte werden nur von wenigen Personen im Datensatz täglich konsumiert, auffällig ist jedoch, dass CBD-Extrakte hier den zweithöchsten Wert aufweisen (6%), noch vor THC-haltigem Haschisch (5%).

Tabelle 4: 30-Tages-Prävalenz der verschiedenen Cannabisprodukte in der Frankfurter Teilstichprobe (Angaben in Prozent; N=100)

	Nicht während der letzten 30 Tage (%)	1 – 5 Mal (%)	6 – 29 Mal (%)	Täglich (%)
Blüten (Marihuana)	11	14	28	47
Haschisch	54	24	17	5
Extrakte	84	11	3	2
Synthetische Cannabinoide	98	2	0	0
CBD-Blüten/ -Haschisch	71	20	9	0
CBD-Extrakte	74	11	9	6

Insgesamt weichen diese Daten nur leicht von der restlichen Stichprobe ab. Die Konsumerfahrung und Häufigkeit ist unabhängig von der Art des Cannabisproduktes im Frankfurter Subsample minimal höher. Dies kann auf den Schweregrad der genannten Beschwerden und Diagnosen zurückzuführen sein, unter Umständen aber auch auf eine bessere Verfügbarkeit im großstädtischen Gebiet der trotz medizinischer Anwendung zumeist kriminalisierten Produkte (außer CBD-Produkten).

Das Alter beim Erstkonsum, unabhängig vom konsumierten Cannabisprodukt, liegt durchschnittlich bei 19,7 Jahren (Median: 17 Jahre). Die Spannweite der insgesamt 100 Antworten aus der Frankfurter Teilstichprobe liegt dabei zwischen 12 und 70 Jahren – es gibt also durchaus Personen, die erst im hohen Alter erstmals Cannabis probieren. Die individuell pro Monat konsumierte Menge liegt zwischen Null und 100 Gramm, der Mittelwert bei 24,4 Gramm, der Median bei 15 Gramm. Der relativ große Abstand zwischen Median und Mittelwert deutet darauf hin, dass es bedeutsame Anteile von Befragten mit sehr hohem Konsum gibt (z.B. mindestens 60 Gramm pro Monat: 12%), die Mehrheit (54%) aber maximal 15 Gramm pro Monat konsumiert. Eine Person gibt an, deutlich weniger zu konsumieren, als zur Behandlung der gesundheitlichen Beschwerden eigentlich nötig wäre (15 Gramm pro Monat statt benötigter 45 Gramm). Die Angaben bezüglich null Gramm stammen von Personen, die ausschließlich CBD-Produkte konsumieren und daher auf die Frage nach der Konsummenge von Marihuana und Haschisch angeben, nicht zu konsumieren. Ähnliches gilt für die monatlichen Ausgaben, diese liegen zwischen null Euro bei einigen jener Teilnehmenden, die ausschließlich CBD konsumieren, und 1900 € als Höchstwert. Im Mittel geben die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Frankfurter Teilstichprobe 234 € für Cannabisprodukte aus (Median: 150 €)<sup>14</sup>.

Der Median für das Alter beim Erstkonsum, die monatlich konsumierte Menge und die monatlichen Ausgaben für Cannabis liegen bei den Befragten aus Frankfurt und Umgebung und den Teilnehmer\*innen aus anderen Regionen jeweils exakt gleich hoch, es gibt keinen Unterschied zwischen den Stichproben.

<sup>14</sup> Da lediglich die Frage gestellt wurde „Wieviel Geld geben Sie ungefähr pro Monat für Cannabisprodukte aus?“, kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil jener, die CBD-Produkte konsumieren, diese mit einberechnet haben, andere hingegen nicht. Zudem hat vermutlich ein Teil jener, die vor allem oder ausschließlich Cannabis aus eigenem Anbau konsumieren, hier Kosten für den Eigenanbau eingetragen, andere hingegen nicht (der Mittelwert liegt in dieser Gruppe mit 82 € deutlich niedriger als in der Gesamtstichprobe).

## 5.2 Konsummotive und Konsumformen

Ausgehend von den Ergebnissen der qualitativen Erhebung, und hier insbesondere der Feststellung eines Graubereiches im Übergang von medizinischem und rekreativem Cannabiskonsum, wurde bei der Online-Erhebung danach gefragt, in welchem individuellen Verhältnis diese beiden Konsummotive stehen.

Aus dem Frankfurter Subsample geben 45 Personen (45%) einen aus eigener Sicht ausschließlich medizinisch begründeten Konsum an. Weitere 16% geben einen größtenteils medizinisch begründeten Konsum an und 18% haben die Antwortkategorie „ungefähr gleich / halb-halb“ gewählt. Lediglich 12 Personen (12%) geben an, ihr Cannabiskonsum sei größtenteils nicht-medizinisch begründet, während 9% die Kategorie „das kann man nicht genau trennen“ angegeben haben. Die Frauen in der Teilstichprobe konsumieren signifikant häufiger als Männer ( $p=0,003^{**}$ ) – nahezu doppelt so oft – Cannabis ausschließlich mit medizinischer Motivation (Tabelle 5). Trotz der hohen Werte für ausschließlich bzw. größtenteils medizinischen Konsum geben 78% an, nach einem eigentlich nicht-medizinischen Freizeitkonsum bemerkt zu haben, dass es bei den individuellen Beschwerden helfen kann. Lediglich 22% haben Cannabis von Anfang an gezielt als Medikament ausprobiert.

Tabelle 5: Konsummotive in der Frankfurter Teilstichprobe nach Geschlecht (Angaben in Prozent; N=100)

Konsummotive	Männlich (% von n=78)	Weiblich (% von n=22)	Gesamt (%)
Ausschließlich medizinisch	37	73	45
Größtenteils medizinisch	19	5	16
Ungefähr gleich / halb-halb	21	9	18
Größtenteils nicht-medizinisch	14	5	12
Das kann man nicht genau trennen	9	9	9

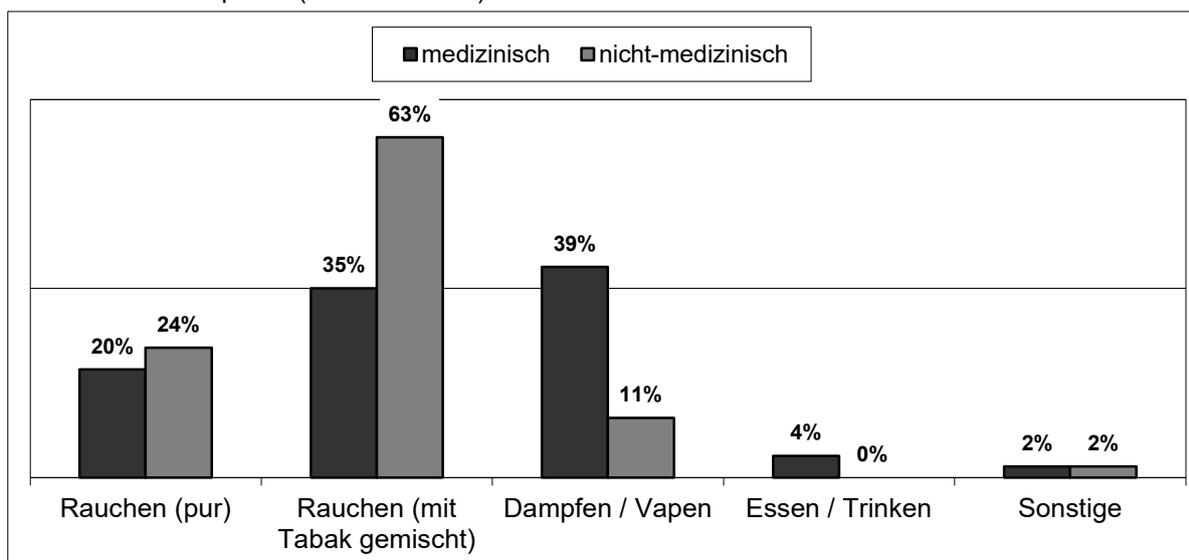
Alle Teilnehmenden wurden nach der gegen ihre individuellen gesundheitlichen Beschwerden wirksamsten Konsumform gefragt. 41% geben hier das Vaporisieren (Verdampfen ohne Rauchentwicklung) an, weitere 21% nennen das Rauchen des puren Cannabis und 23% geben an, das Rauchen von Cannabis in der Mischung mit Tabak sei am wirksamsten gegen ihre Beschwerden. Nur wenige Nennungen entfallen auf die Kategorie „Essen / Trinken“ (13%) und „Sonstige“ (2%). Die Konsumformen „Salbe (selbst hergestellt)“ und „Zäpfchen (selbst hergestellt)“ wurden von keinem Teilnehmer und keiner Teilnehmerin angegeben und entfallen daher in Tabelle 6.

Tabelle 6: Medizinisch wirksamste Konsumformen in der Frankfurter Teilstichprobe nach Geschlecht (Angaben in Prozent; N=100)

Konsumform	Männlich (%)	Weiblich (%)	Gesamt (%)
Rauchen (pur)	18	32	21
Rauchen (mit Tabak gemischt)	22	28	23
Dampfen / Vapen	46	23	41
Essen / Trinken	13	14	13
Sonstige	1	5	2

Die Teilgruppen "größtenteils medizinisch", "halb-halb" und "größtenteils nicht-medizinisch" wurden zusätzlich gefragt, welche Konsumform sie für medizinische Zwecke und welche für Freizeitkonsum am häufigsten anwenden (Abbildung 1). Für die beiden anderen Gruppen – „ausschließlich medizinisch“ und „das kann man nicht genau trennen“ – hätte diese Unterscheidung zwischen medizinischem und nicht-medizinischem Konsum keinen Sinn ergeben.

Abbildung 1: Häufigste Konsumformen in der Teilgruppe mit gemischten Motiven der Frankfurter Teilstichprobe (in % von n=45)



Im Vergleich der häufigsten Konsumformen für medizinische und nicht-medizinische Nutzung der Teilgruppen, die zumindest in gewissem Maße beide Konsummotive angegeben haben, zeigen sich deutliche Unterschiede, hauptsächlich zugunsten der Konsumformen „Dampfen / Vapen“, „Rauchen (pur)“ und „Essen / Trinken“. Insbesondere die erstgenannte Konsumform ist für den medizinischen Konsum relevant (39% vs. 11%). Gleichzeitig fällt dennoch auf, dass 35% dieses relativ kleinen Subsamples auch bei medizinischer Anwendung das Cannabis mit Tabak mischen. Sehr ähnliche Ergebnisse für diese Fragen zeigen sich im Übrigen auch bei der weitaus größeren Gesamtstichprobe. Insgesamt zeigt sich, dass inhalativer Konsum (Rauchen oder Dampfen) nicht nur für den Freizeitkonsum, sondern auch für die medizinische Nutzung mit Abstand die größte Rolle spielt.

### 5.3 Gesundheitliche Beschwerden und ärztliche Diagnosen

Aus methodischen Gründen, die sich aus den Möglichkeiten einer Online-Befragung allgemein ergeben, und da der Fokus der Befragung auf Selbstmedikation mit Cannabisprodukten liegt, wurde den individuell wahrgenommenen Beschwerden, bei denen Cannabis aus medizinischen Gründen eingesetzt wird, mehr Raum eingeräumt als eventuell zusätzlich vorliegenden ärztlichen Diagnosen. Die Liste der standardisiert abgefragten gesundheitlichen Beschwerden ist umfangreich und entspricht jener der ebenfalls vom Frankfurter Drogenreferat geförderten Studie des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (Hiller et al. 2019), mit nur zwei Abweichungen: bei Entzündungen und Schmerzen wurden chronische und akute Formen zusammengefasst abgefragt, außerdem wurde Tin-

nitus als eigene Kategorie hinzugefügt. Diese Ergänzung erfolgte aufgrund der Resultate der qualitativen Interviews. Da bei der Beantwortung Mehrfachantworten möglich waren, wurden von den Teilnehmenden des Frankfurter Samples insgesamt 510 Antworten gegeben. Das entspricht durchschnittlich 5,1 Antworten pro Person (Tabelle 7).

Tabelle 7: Selbst berichtete gesundheitliche Beschwerden in der Frankfurter Teilstichprobe (Mehrfachantworten; Angaben in Prozent; N=100)

	Anteil der Befragten (%)	Anteil der Befragten mit ärztlicher Diagnose (%)
Alpträume	11	3
Allgemeines Unwohlsein	27	8
Ängstlichkeit	22	11
Appetitlosigkeit / Gewichtsabnahme	26	8
Atemprobleme	6	4
(chronische) Entzündungen	23	15
(chronische) Schmerzen	47	39
Depressive Verstimmungen	56	28
Diarrhö (Durchfall)	5	3
Hyperaktivität	24	12
Impotenz oder Libidoverlust (sexuelle Unlust)	3	-
Innere Unruhe	57	18
Juckreiz	8	5
Krampfanfälle	6	3
Nächtliches Schwitzen	8	2
Reizbarkeit	36	13
Schlafstörungen oder Schlaflosigkeit	73	26
Spasmen / Muskelkrämpfe	8	6
Spastik / spastische Lähmung	5	5
Tics	3	2
Tinnitus	15	6
Übelkeit oder Erbrechen	15	8
Tremor / Muskelzittern	5	1
Überaktive Blase / Reizblase	3	3
Anderes	18	12

<sup>a</sup> Prozentwerte bezogen auf alle 100 Befragten

Die drei am häufigsten genannten Kategorien gesundheitlicher Beschwerden sind depressive Verstimmungen (56%), innere Unruhe (57%) und Schlafstörungen bzw. Schlaflosigkeit (73%) – allesamt Symptome, die unter Umständen auch als Nebenwirkungen oder bei fehlendem Konsum (als Entzugssymptome) auftreten können. Daher wurden auch die Anteile derer berechnet, die *nur* eines oder mehrere dieser Symptome und keine anderen aufweisen: in der Frankfurter Stichprobe betrifft dies lediglich einen Fall (Gesamtstichprobe: 1,6%). Dementsprechend sind derartige Symptome fast immer mit anderen gesundheitlichen Beschwerden verbunden, und zwar insbesondere mit (chronischen) Schmerzen, die

von 47% der Teilnehmenden genannt werden. Darüber hinaus gibt es einige weitere Beschwerden, die von nennenswerten Anteilen (22% bis 36%) genannt werden; in absteigender Reihenfolge Reizbarkeit, allgemeines Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Hyperaktivität, Entzündungen und Ängstlichkeit. Überdies zeigt die Liste eine breite Spanne an Beschwerden, die jeweils nur von einigen Personen genannt werden. Im Vergleich mit der Gesamtstichprobe zeigen sich bei den meisten Beschwerden sehr ähnliche Anteile, mit Ausnahme von Alpträumen und allgemeinem Unwohlsein, die von Teilnehmer\*innen außerhalb des Raums Frankfurt jeweils signifikant ( $p=0,018^*$  und  $p=0,036^*$ ) häufiger genannt werden (21% bzw. 38%). Bei den sonstigen Antworten lohnt sich angesichts der Fallzahlen ebenfalls ein Blick auf die Gesamtstichprobe: am häufigsten wird hier (trotz der Antwortkategorie „Schmerzen“) Migräne genannt, zudem werden relativ häufig Symptome einer AD(H)S angegeben (insbesondere im Hinblick auf Konzentrationsschwächen, die nicht unter die Kategorie „Hyperaktivität“ fallen) sowie diverse psychische Beschwerden wie etwa PTBS oder Zwangsstörungen.

Für die Mehrzahl der gesundheitlichen Beschwerden liegt auch eine ärztliche Diagnose vor. Sowohl im Gesamtsample als auch in der Frankfurter Teilstichprobe haben etwa drei Viertel der Teilnehmenden mindestens eine Diagnose (Frankfurt: 76%). Die genaue Art der jeweiligen Erkrankung konnte aufgrund der Methodik, den gesundheitlichen Beschwerden in offenen Feldern eine Diagnose zuzuordnen, nicht ausgezählt werden. Das liegt insbesondere daran, dass viele Einzelpersonen dieselbe Diagnose für verschiedene gesundheitliche Beschwerden angegeben haben, was auf ein komplexes Erkrankungsbild schließen lässt, während andere Teilnehmende für verschiedene gesundheitliche Beschwerden auch verschiedene diagnostizierte Krankheiten angegeben haben, was auf eine Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen schließen lässt. Daher lassen sich die Angaben nicht trennscharf den bisherigen Kategorien des Bundesinstituts für Arzneimittel (BfArM) von Erkrankungen, die bisher mit Cannabis behandelt werden, zuordnen. Somit wurden die Angaben aus den offenen Feldern für die Diagnosen dichotomisiert und nur die Häufigkeiten bestimmt. Die höchste Diagnoserate haben Spastiken, von fünf Personen, die diese gesundheitliche Beschwerde angegeben haben, haben alle fünf auch eine passende Diagnose (davon viermal Multiple Sklerose und einmal eine Erkrankung des Ischias nach Bandscheibenvorfall). Die geringste Diagnoserate haben Libido- bzw. Erektionsstörungen, die in keinem Fall ärztlich diagnostiziert wurden (allerdings auch insgesamt nur selten genannt wurden). Insgesamt zeigt Tabelle 7, dass es für den Großteil der genannten Beschwerden jeweils auch einen nennenswerten Anteil gibt, die dafür eine Diagnose haben, wobei folgerichtigerweise eher unspezifische und vermutlich weniger gravierende (aber häufig genannte) Symptome wie allgemeines Unwohlsein, depressive Verstimmungen oder innere Unruhe niedrigere Raten an Diagnosen aufweisen als manifestere Beschwerden wie chronische Schmerzen, Spasmen oder Spastiken.

Etwas genauere Angaben zu den Diagnosen lassen sich für jene bestimmen, die eine ärztliche Verschreibung von Cannabis auf Privatrezept haben, denn dafür muss eine spezifische Diagnostik vorliegen. Durch Mehrfachnennungen verschiedener Diagnosen haben 26 Personen aus der Frankfurter Teilstichprobe, die angegeben haben, ein solches Privatrezept zu haben, insgesamt 43 Diagnosen angegeben. Aufgeschlüsselt nach den Kategorien, mit welchen das BfArM die Verschreibungen von Cannabis mit Kostenübernahme zählt, entfallen elf Nennungen auf Schmerzen (hauptsächlich Fibromyalgie), acht auf Depressionen, sieben auf sonstige psychiatrische Erkrankungen, sechs auf andere allgemeine Erkrankungen, fünf auf ADHS, je drei auf Spastik (ausschließlich Multiple Sklerose) und Darmerkrankungen. Dabei ist zu beachten, dass sehr häufig Ko- und Multimorbiditäten vorliegen, was durch

die Mehrfachnennungen deutlich wird (z.B. Fibromyalgie, Tinnitus und Depression in Kombination). Auffällig ist, dass insbesondere bei psychiatrischen Erkrankungen die Komorbidität hoch ist, mit Ausnahme von ADHS. Zusätzlich zu den ärztlich diagnostizierten Erkrankungen können weitere gesundheitliche Beschwerden genannt worden sein, die nicht eigens diagnostiziert wurden, z.B. Schlafstörungen, Unwohlsein etc.

Insgesamt bestätigen diese Resultate den Eindruck aus der qualitativen Befragung (4.1), dass Personen, die Cannabismedikation betreiben, sehr häufig an mehreren Symptomen und oft auch an mehreren Erkrankungen leiden.

Die Aufnahme von Tinnitus in die Liste der gesundheitlichen Beschwerden war durchaus berechtigt. Zwar liegen die Nennungen mit 15% im unteren Bereich (davon sechsmal diagnostiziert), sind aber genauso hoch wie jene für Übelkeit und Erbrechen und wurden zusätzlich in mehreren Fällen über das offene Feld der Diagnose gut begründet<sup>15</sup>.

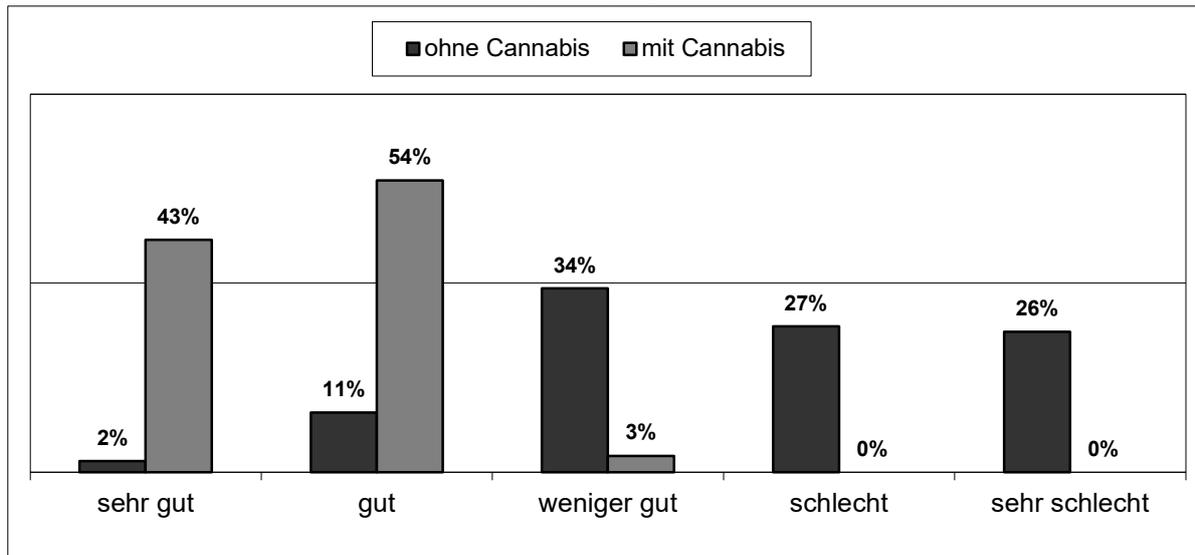
Die gesundheitlichen Beschwerden bestehen im Durchschnitt seit 15 Jahren (Median: 14 Jahre), bei einer Spanne von einem bis 50 Jahren. Die Dauer der Verwendung von Cannabis liegt im Durchschnitt bei acht Jahren (Median: 5 Jahre), bei einer Spanne von einem bis 39 Jahren. Rechnerisch ergibt sich daraus, dass die Befragten im Durchschnitt mit knapp 28 Jahren erstmals Cannabis mit medizinischer Motivation konsumiert haben, rund neun Jahre nach dem ersten Cannabiskonsum. Sofern eine ärztliche Diagnose für die individuell wichtigsten gesundheitlichen Beschwerden vorliegt, besteht diese im Mittel seit neun Jahren (Median: 5 Jahre), bei einer Spanne von einem bis 50 Jahre.

Um eine Vorstellung davon zu bekommen, wie sich die (Selbst-)Medikation von Cannabisprodukten insgesamt auf das Wohlbefinden auswirkt, wurden die Teilnehmenden nach Unterschieden in der individuellen Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes mit und ohne Cannabismedikation gefragt (Abbildung 2).

---

<sup>15</sup> Neben den Nennungen von Tinnitus in den qualitativen Interviews finden sich Beispiele in den offenen Feldern der quantitativen Erhebung (nicht aus der Frankfurter Teilstichprobe): „Cannabis lindert es [den Tinnitus] ca. 65%“ und „Tinnitus mit Gehörsturz, wird mit Harz schlimmer, nur Blüten helfen“. Dem entgegen wurde Tinnitus in einer ähnlich angelegten Studie aus der Schweiz von einer Person als unerwünschte Nebenwirkung angegeben (Wenger & Schaub 2019). Insgesamt deutet sich an, dass bezüglich der Wirksamkeit von Cannabis gegen Tinnitus die Durchführung von klinischen Studien angemessen sein könnte, insbesondere was unterschiedliche Cannabis-Arzneimittel und unterschiedliche Konsumformen zu leisten vermögen (vgl. Müller-Vahl 2020).

Abbildung 2: Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes mit und ohne Cannabismedikation in der Frankfurter Teilstichprobe (Angaben in Prozent; N=100)



Das Diagramm zeigt deutlich, dass die Teilnehmenden von der Wirkung der Cannabismedikation subjektiv überzeugt sind. Nur 13% geben an, dass es ihnen ohne Cannabis sehr gut oder gut gehe, während auf diese beiden Kategorien mit Cannabismedikation 97% entfallen. Ein Teil dieser sehr großen Diskrepanz mag auf inhaltlich strategisches Antwortverhalten bzw. sozialpsychologische Erwünschtheit des genannten Effekts zurückgehen; die Erfahrungen mit den qualitativen Interviews sprechen jedoch dafür, dass die deutlich positive Wahrnehmung der Wirkung der (Selbst-)Medikation wirklich existiert, ebenso wie die Ergebnisse einer Studie aus der Schweiz, in welcher die Hälfte der Teilnehmenden von „extrem verbesserten“ Symptomen berichten (Wenger & Schaub 2019).

23% der Frankfurter Teilstichprobe berichten von unerwünschten Nebenwirkungen. Die Nebenwirkungen wurden offen abgefragt und sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgewertet. Fünf Nennungen entfallen auf Angstgefühle, die in zwei Fällen auf schlechte Qualität und in zwei weiteren Fällen auf übermäßigen Konsum zurückgeführt werden sowie in einem weiteren Fall nur kurzfristig bestehen. Zwei dieser Personen nennen explizit in der Schwarzmarktware fehlendes CBD als Ursache. Je drei Nennungen entfallen auf Antriebslosigkeit und Müdigkeit (die allerdings nur tagsüber als störend empfunden wird). Zweimal wird Herzrasen genannt. Ebenfalls zweimal wird Heißhunger genannt. Je eine Nennung entfällt auf innere Unruhe, „Verpeiltheit“ und Gereiztheit, wobei letztere ausdrücklich auf fehlenden Konsum zurückgeführt wird. Ebenfalls je eine Nennung entfällt auf Vergesslichkeit, „Verschieberitis“ (Prokrastination) und Tagträumen. Ferner wird einmal ein Hautausschlag genannt, der auf eine „Grasallergie“ zurückzuführen sei. Ein Teilnehmer berichtet, die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen (einschließlich Autofahren) sei nach dem Konsum gemindert. Schließlich stellt ein Teilnehmer fest, man rieche unangenehm nach dem Rauchen. Weitere fünf Nennungen (von vier Personen) beziehen sich nicht auf medizinische Nebenwirkungen, stattdessen wird hier auf die Strafverfolgung genannt, davon ist eine Antwort ein ‚Rundumschlag‘ gegen die Auswirkungen der Strafverfolgung an sich, zwei sind explizit auf das Fahrerlaubnisrecht bezogen und zwei auf die Schwarzmarktsituation.

## 5.4 Erfahrungen mit Arztbesuchen und Kostenanträgen bei den Versicherungen

Von den 100 Personen der Frankfurter Teilstichprobe geben 26% an, momentan zwar ein Rezept für Cannabis als Medizin zu haben, jedoch ohne Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Drei Personen geben an, früher ein Rezept gehabt zu haben, aber aktuell nicht mehr. Weitere 31% haben kein Rezept, obwohl sie mindestens einmal einen Arzt bzw. eine Ärztin danach gefragt haben. Die größte Gruppe (40%) hat kein Rezept und auch (noch) keine/n Mediziner\*in nach einer Verschreibung von Cannabis als Medizin gefragt.

Diejenigen, die keinen Arzt bzw. keine Ärztin nach einer Verschreibung von Cannabis als Medizin gefragt haben, wurden zunächst gefragt, warum sie dies bisher nicht getan haben, und zusätzlich, was es bräuchte, damit sie dies tun. Angesichts der geringen Fallzahlen dieser Gruppe in der Frankfurter Teilstichprobe sind auch die Antworten der übrigen Befragten angegeben; diese unterscheiden sich nicht gravierend von denen derer aus dem Raum Frankfurt (Tabelle 8).

Wie Tabelle 8 zeigt, vermuten rund zwei Drittel derer, die bislang keine/n Mediziner\*in gefragt haben, Ablehnung oder Vorurteile beim ärztlichen Personal; zudem nennen viele die „zu strengen“ Regeln als Grund dafür, nicht zu fragen. Ebenfalls viele Befragte möchten sich nicht als „Drogenkonsument\*in“ zu erkennen geben und/oder haben sich schlichtweg nicht getraut. Rund ein Drittel gibt generell das Cannabisverbot als Grund an.

Tabelle 8: Gründe dafür, keinen Arzt nach einer Verschreibung von Cannabis als Medizin gefragt zu haben in der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt (Mehrfachantworten)

<b>Warum haben Sie nicht gefragt?</b>	Frankfurter Stichprobe (% von n=40)	Gesamtstichprobe ohne Frankfurt (% von n=303)
Ich vermute, dass der Arzt bzw. die Ärztin ohnehin ablehnen würde, weil er oder sie sich mit Cannabis nicht auskennt oder Vorurteile hat	68	69
Ich vermute, dass der Arzt bzw. die Ärztin ohnehin ablehnen würde, weil die Regeln zur Verschreibung von Cannabis zu streng sind	60	59
Ich möchte nicht, dass mein Arzt bzw. meine Ärztin mich für einen Drogenkonsumenten bzw. eine Drogenkonsumentin hält	55	41
Ich habe mich nicht getraut	53	48
Gesellschaftliche Gründe (z.B. Cannabisverbot)	33	39
Die Selbstmedikation hilft mir so gut, dass ich den Arzt bzw. die Ärztin nicht mehr fragen muss	18	29
Der Arzt bzw. die Ärztin soll meine bisherigen Medikamente weiterhin verschreiben, ich nehme das selbst besorgte Cannabis dann dazu	7	5
Familiäre bzw. persönliche soziale Gründe (z.B. weil Familienmitglieder gegen Cannabis als Medizin sind)	7	6
Ich lehne eine ärztliche Verschreibung von Cannabis für mich selbst generell ab	5	2
Anderes	5	7
<b>Was bräuchte es, damit Sie einen Arzt fragen?</b>		
	Frankfurter Stichprobe (% von n=40)	Gesamtstichprobe ohne Frankfurt (% von n=303)
Vereinfachte Regeln der Verschreibung / Bürokratie-Abbau	83	81
Abbau von Stigmatisierung und Vorurteilen in der Ärzteschaft	70	74
Abbau von Stigmatisierung und Vorurteilen in der Gesellschaft	55	68
Patienten- und Patientinnenberatung (z.B. dazu, welche Ärzte und Ärztinnen in meiner Gegend offen sind für Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln)	55	59
Mehr Selbstbestimmung bei der Auswahl der Medikation	55	59
Ich muss mich nur überwinden / den Mut finden	10	12
Weiß nicht	5	2
Anderes	0	5

Bemerkenswert sind die nennenswerten Anteile derer, die keine Notwendigkeit sehen, ihre Selbstmedikation durch eine Verschreibung zu ersetzen (mehrere Antwortkategorien in Tab. 8); dies ist durchaus im Einklang mit entsprechenden Resultaten aus der qualitativen Erhebung (4.5), insbesondere im Hinblick auf Personen mit weniger gravierenden Symptomen. Entsprechend den Ergebnissen der Frage, warum nicht gefragt wurde, wird bei der Frage, was es brauche, einen Arzt bzw. eine Ärztin zu fragen,

häufig auf vereinfachte Regeln und den Abbau von Vorurteilen rekurriert; zudem wünschen sich viele mehr Beratung und mehr Selbstbestimmung (siehe Tab. 8).

Im Durchschnitt haben diejenigen Teilnehmenden (n=60), die bereits einen oder mehrere Ärzte bzw. Ärztinnen gefragt haben, fünf Ärzte oder Ärztinnen gefragt (Median: 3), bei einer Spannweite von eins bis 26. Hier wurde anschließend die Reaktion des Arztes bzw. der Ärztin erfragt (Tabelle 9).

Tabelle 9: Reaktion des Arztes bzw. der Ärztin auf die Frage nach Cannabis als Medizin in der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt (Mehrfachantworten)

<b>Der Arzt / die Ärztin hat...</b>	Frankfurt (% von n=60)	Gesamt (ohne Frankfurt; % von n=370)
... ablehnend reagiert, weil er / sie sich allgemein nicht mit Cannabis als Medizin auskennt	60	53
... ablehnend reagiert, weil er / sie Cannabiskonsum generell ablehnt	58	56
... zustimmend reagiert und Cannabis verschrieben, aber die Krankenkasse hat die Kostenübernahme abgelehnt	28	23
... zustimmend reagiert, aber trotzdem kein Cannabis-Arzneimittel verschrieben	25	29
... hat ohne Begründung abgelehnt	22	25
... ablehnend reagiert, weil er / sie keine rechtliche Möglichkeit zur Verschreibung gesehen hat	17	28
Anderes	13	14

Wie die Tabelle zeigt, geben die meisten Betroffenen an, dass ihr Arzt bzw. Ärztin entweder aus Unkenntnis und/oder aufgrund von genereller Ablehnung von Cannabis die Anfrage zurückgewiesen habe; zudem gibt es einige, die keine Begründung nannten oder sich auf rechtliche Aspekte bezogen. Bei rund einem Viertel der Betroffenen wurde zwar positiv reagiert, aber dennoch kein Rezept ausgestellt und etwa ebenso viele geben an, ein Rezept, aber keine Kostenübernahme zu haben. Bei den sonstigen Antworten handelt es sich u.a. um speziellere Fälle (z.B. Antrag gestellt, aber noch keine Antwort oder spezielle Präparate erwünscht, die für das Krankheitsbild nicht zugelassen sind) oder um Spezifizierungen der in der Tabelle genannten Optionen in einem offenen Antwortfeld. Mehrfach werden dabei schroffe Reaktionen von ärztlichem Personal benannt („Scheiß-Junkie, verlassen Sie die Praxis“, „Ich hätte noch keine Spastik, also wäre das nicht das richtige für mich! Ich solle lieber eine MS-Prophylaxe, Antidepressiva und Neuroleptika einnehmen! Ich sei noch zu jung, um mich drogenabhängig zu machen“, „Sind Sie drogenabhängig? Fragte er mich“).

Diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche bereits einen Arzt oder eine Ärztin gefragt haben und daraufhin kein Cannabis verschrieben bekommen haben, wurden gefragt, was es bräuchte, damit sie erneut einen Arzt oder eine Ärztin nach den Verschreibungsmöglichkeiten von Cannabis-Medikamenten fragen (Tabelle 10). Im Durchschnitt wurden 3,5 Antwortkategorien zu dieser Frage ausgewählt.

Die Ergebnisse sind denen der in Tabelle 8 dargestellten Ergebnisse sehr ähnlich: auch hier wurden am häufigsten vereinfachte Regeln in der Verschreibung und der Abbau von Stigmatisierung in der Medizin genannt (siehe Tab. 10).

Tabelle 10: Voraussetzungen, erneut einen Arzt oder eine Ärztin nach der Verschreibung von Cannabis als Medizin zu fragen in der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt (Mehrfachantworten)

	Frankfurt (% von n=34)	Gesamt (ohne Frankfurt; % von n=245)
Vereinfachte Regeln der Verschreibung / Bürokratie-Abbau	83	84
Abbau von Stigmatisierung und Vorurteilen in der Ärzteschaft	77	74
Patienten- und Patientinnenberatung (z.B. dazu, welche Ärzte und Ärztinnen in meiner Gegend offen sind für Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln)	56	61
Mehr Selbstbestimmung bei der Auswahl der Medikation	56	60
Abbau von Stigmatisierung und Vorurteilen in der Gesellschaft	47	56
Ich muss mich nur überwinden / den Mut finden	24	10
Weiß nicht	0	>1
Anderes	9	3

Diejenigen, welche ein Rezept ohne Kostenübernahme haben, wurden gefragt, wie viele Anträge bei der Krankenversicherung gestellt wurden und was die Gründe für die Ablehnung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) waren. Im Durchschnitt wurde ein Kostenantrag gestellt (Median: 1), die Spannweite reicht von Null bis zehn. Als Gründe für die Ablehnung (Tabelle 11) dominieren der Hinweis auf den allgemein anerkannten medizinischen Standard anderer Therapiemöglichkeiten („nicht austherapiert“), gefolgt von der Einschätzung, dass die Erkrankung nicht schwerwiegend genug für eine Kostenübernahme sei. An dritter Stelle steht der Einwand, die positive Einwirkung durch Cannabis-Arzneimittel sei bisher nicht durch wissenschaftliche Studien nachgewiesen. Die „sonstigen“ Gründe sind stark vertreten, hier wurde im zugehörigen offenen Textfeld beispielweise häufig angegeben, es sei von vornherein kein Antrag gestellt worden oder dieser sei noch in Bearbeitung (siehe Tab. 11).

Tabelle 11: Gründe der Ablehnung der Kostenübernahme in der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt (Mehrfachantworten)

	Frankfurt (% von n=26)	Gesamt (ohne Frankfurt; % von n=126)
Ablehnung unter Hinweis auf den allgemein anerkannten medizinischen Standard anderer Therapiemöglichkeiten ("nicht austherapiert")	50	48
Erkrankung angeblich nicht schwerwiegend genug	39	43
Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung durch Cannabis-Arzneimittel wurde nicht ausreichend begründet	15	12
Positive Einwirkung durch Cannabis-Arzneimittel wurde bisher nicht durch wissenschaftliche Studien nachgewiesen	35	20
Formale Gründe (z.B. unvollständiger Antrag)	15	6
Sonstige Gründe	27	39

Auf die Frage, ob sie bei einer Verschreibung offen für die Vorgaben des Arztes bzw. der Ärztin seien, antworten 61% der Teilnehmenden mit „Ja“ und 35% mit „Nein“ („weiß nicht“: 4%).

Auf die Frage, ob sie auch Fertigarzneimittel nehmen würden, wenn der Arzt bzw. die Ärztin bereit sei, diese zu verschreiben, antworten 28% der Teilnehmenden mit „Ja“ und 55% mit „Nein“ (17% „weiß nicht“). Die Mehrheit der Teilnehmenden möchte also (weiterhin) Cannabisblüten konsumieren. Im Anschluss an diese Frage wurde – je nach vorheriger Antwort – gefragt, warum sie keine Fertigarzneimittel nehmen würden (Tabelle 12) bzw. welches Fertigpräparat sie bevorzugen würden. Den meisten Antwortmöglichkeiten wurde dabei jeweils von einer Mehrheit der Betroffenen zugestimmt: Wünschen nach einem natürlichen Arzneimittel, allen enthaltenen Cannabinoiden und Terpenen und dem inhalativen Konsum der Substanz, sowie der Überzeugung, dass Blüten grundsätzlich besser wirken (siehe Tab. 12). Auffällig ist, dass 29% der Teilnehmenden angeben, sie würden Extrakte und/oder sogenannte „Edibles“ (Nahrung und Getränke) selbst herstellen wollen, obwohl diese bei den Angaben zu den Konsumformen praktisch nicht relevant sind.

Tabelle 12: Warum würden Sie keine Fertigarzneimittel nehmen wollen? In der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt.

	Frankfurt (% von n=55)	Gesamt (ohne Frankfurt; % von n=367)
Ich möchte ein natürliches Cannabis-Arzneimittel	84	85
Ich möchte alle enthaltenen Cannabinoide, nicht nur THC und/oder CBD	76	73
Terpene aus den Blüten sind auch wichtig	69	64
Ich möchte rauchen und/oder vaperen	53	53
Ich bin überzeugt, dass Blüten generell besser wirken	60	70
Ich möchte meine Extrakte und/oder Edibles selbst herstellen	29	32
Sonstiges	11	4

Die Befragten, die angegeben haben, auch Cannabis-Fertigarzneimittel zu nehmen, falls der Arzt oder die Ärztin diese verschreibe (n=28), wurden gefragt, welches Produkt sie für sich selbst geeignet finden würden. Dabei überwiegt die Kategorie „weiß nicht / Arzt bzw. Ärztin soll entscheiden“ (39%), gefolgt von Sativex® (36%), Dronabinol (Tropfen; 29%) und Tilray® THC 10 CBD 10 (29%). Weniger relevant sind Tilray® THC 25 (25%) und Dronabinol (Kapseln; 18%).

## 5.5 Bezugsquellen für Cannabisprodukte

In einem eigenen Abschnitt wurde nach den Bezugsquellen für die verwendeten Cannabisprodukte gefragt (Tabelle 13), einschließlich dem subjektiv eingeschätzten Aufwand zur Nutzung gängiger Bezugsquellen.

Die am häufigsten genutzte Bezugsquelle sind Freunde und Bekannte, die nicht als Dealer kennengelernt wurden (30%). Die zweithäufigste Bezugsquelle sind Privatdealer, also Verkäufer, die, im Gegensatz zu Club- oder Straßendealern, nicht in der (Halb-)Öffentlichkeit tätig sind, sondern ihre Kunden persönlich kennen und zumeist in Privatwohnungen treffen (27%). Die dritthäufigste Bezugsquelle

ist die Apotheke (13%): dies sind jene Teilnehmenden, die ein Rezept für Cannabis als Medizin ohne Kostenübernahme haben („Selbstzahler“). Auffällig an dieser Gruppe ist, dass sie kleiner ist als jene, die angeben, ein solches Rezept zu besitzen (26%), d.h. dass die Hälfte der Personen mit Rezept sich dennoch auf dem Schwarzmarkt versorgt bzw. selbst anbaut. Umgekehrt gibt es in der Frankfurter Teilstichprobe nur eine Person, die angibt, das Cannabis ohne Rezept aus der Apotheke zu erhalten (von anderen medizinischen Nutzern, die ein Rezept haben). Die viertgrößte Gruppe baut das Cannabis selbst an (11%). Nur wenig Relevanz als Bezugsquelle haben Straßendealer und praktisch bedeutungslos sind Online-Bestellungen, Clubdealer und die Einfuhr aus dem Ausland. Frauen geben häufiger an, ihr Cannabis aus der Apotheke zu beziehen (Tab. 13); allerdings ist der Unterschied nicht signifikant. Betrachtet man die größere Gesamtstichprobe, so zeigt sich ebenfalls kein signifikanter Geschlechterunterschied; die entsprechenden Anteile bei den Geschlechtern liegen hier weitaus näher beieinander. Die Gesamtanteile für unterschiedliche Quellen unterscheiden sich nur geringfügig von denen der Frankfurter Teilstichprobe.

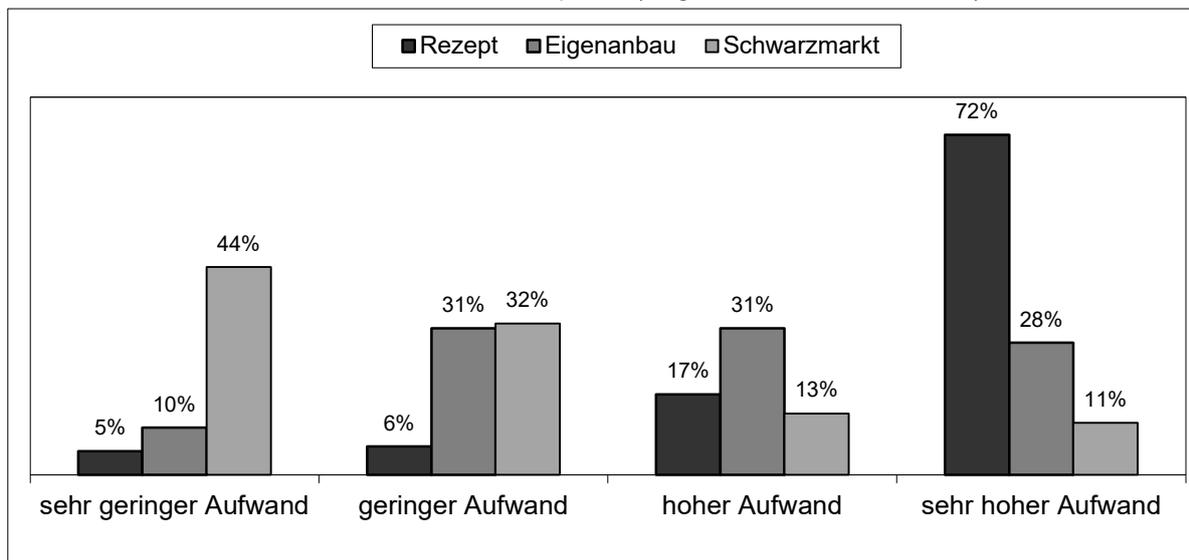
Tabelle 13: Am häufigsten genutzte Bezugsquellen für Cannabisprodukte in der Frankfurter Teilstichprobe (Angaben in Prozent; N=100)

	Männlich (% von n=78)	Weiblich (% von n=22)	Gesamt
Freunde / Bekannte (nicht als Dealer kennengelernt)	33	18	30
Privatdealer	28	23	27
aus der Apotheke (Privatrezept, ohne Kostenübernahme durch die Krankenkasse)	9	27	13
selbst angebaut	12	9	11
Straßendealer	6	5	6
im Internet / Darknet bestellt	1	5	2
Clubdealer	1	0	1
aus dem Ausland mitgebracht (z.B. Niederlande, Spanien, Tschechien)	1	0	1
aus der Apotheke (von anderen medizinischen Nutzern, die ein Rezept haben)	1	0	1
Sonstige	6	14	8

Um die (potenziell) genutzten Bezugsquellen weiter einordnen zu können, wurde auch gefragt, wie der zur Nutzung einer jeweiligen Quelle nötige Aufwand eingeschätzt wird. Dazu wurden drei Kategorien gebildet und abgefragt: Schwarzmarkt, Eigenanbau und ärztliche Verschreibung (Rezept). Dabei zeigt sich, dass die Teilnehmenden die Nutzung von Schwarzmarktquellen als am wenigsten aufwändig betrachten, während der Aufwand, ein Rezept zu erhalten um das Cannabis aus der Apotheke beziehen zu können, als sehr hoch angesehen wird. Der Aufwand, Cannabis selbst anzubauen, wird als mittelhoch eingeschätzt (Abbildung 3). 44% geben an, die Nutzung des Schwarzmarktes als Bezugsquelle sei mit sehr geringem Aufwand verbunden. 10% sagen dies über die Selbstversorgung mittels Eigenanbau und nur 5% meinen, der Aufwand, ein Rezept zu erhalten, sei sehr gering. Andererseits geben 72% an, der Aufwand, eine ärztliche Verschreibung zu erhalten, sei sehr hoch. 28% sagen dies über den Eigenanbau und nur 11% meinen, die Nutzung des Schwarzmarktes sei mit sehr hohem Aufwand verbunden. Dies erklärt teilweise, warum die Hälfte der Teilnehmenden mit Privatrezept sich dennoch

weiter auf dem Schwarzmarkt versorgt bzw. selbst anbaut: es ist nicht nur finanziell günstiger, sondern zumindest nach der Einschätzung der hier Befragten auch vom nötigen Aufwand her einfacher. Auch bei dieser Frage zeigen sich praktisch keine Unterschiede zwischen der Frankfurter Teilstichprobe und den übrigen Teilnehmenden.

Abbildung 3: Einschätzung des nötigen Aufwandes, Cannabis aus bestimmten Bezugsquellen zu erhalten in der Frankfurter Teilstichprobe (Angaben in Prozent; N=100)



## 5.6 Meinungen zur Verbesserung der Verschreibungspraxis

Abschließend wurden die Teilnehmenden gefragt, welche Maßnahmen zu einer möglichen Verbesserung der Verschreibungspraxis und der Etablierung der Behandlung mit Cannabis als Medizin beitragen könnten. Aufgrund der Vielzahl der Auswahlmöglichkeiten wurde die Möglichkeit zu Mehrfachantworten auf drei beschränkt. So mussten die Teilnehmenden die für sie wichtigsten Maßnahmen auswählen, sodass im Ergebnis die dringlichsten Verbesserungswünsche identifiziert werden können. Im offenen Textfeld am Ende des Fragebogens wurde diese Beschränkung von mehreren Teilnehmern und Teilnehmerinnen explizit kritisiert, d.h. sie hätten gerne deutlich mehr (ggf. alle) Maßnahmen ausgewählt.

Die höchste Zustimmung findet in der Frankfurter Teilstichprobe die Aussage „den behandelnden Arzt bzw. die Ärztin allein entscheiden lassen (Abschaffung der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) )“, gefolgt von „Einführung der verpflichtenden Kostenübernahme durch die Krankenkasse“ und „Aufhebung der gesetzlichen Beschränkung auf ‚schwerwiegende‘ Erkrankungen“. Aber auch Wünsche nach Fortbildung von Mediziner\*innen, vereinfachten Regeln für Produktion und Import und der Aufhebung der Bevorzugung konventioneller Medikamente sowie anderer Einschränkungen für die Cannabis-Verschreibung werden von nennenswerten Anteilen genannt.

Tabelle 14: Zustimmung zu möglichen Maßnahmen der Verbesserung der Verschreibungspraxis von Cannabis-Arzneimitteln in der Frankfurter Teilstichprobe und der Gesamtstichprobe ohne Frankfurt (Mehrfachantworten, max. 3 Nennungen)

	Frankfurt (% von n=100)	Gesamtstichprobe (ohne Frankfurt; % von n=674)
Den behandelnden Arzt bzw. die Ärztin allein entscheiden lassen (Abschaffung der Prüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenkasse)	51	45
Einführung der verpflichtenden Kostenübernahme durch die Krankenkasse	44	50
Aufhebung der gesetzlichen Beschränkung auf „schwerwiegende“ Erkrankungen	43	55
Maßnahmen zur Fortbildung der Ärzteschaft bezüglich Cannabis als Medizin (z.B. Fachtagungen, Veröffentlichungen)	33	34
Vereinfachung der Regeln für Anbau und Import	33	30
Aufhebung der gesetzlichen Bevorzugung des „allgemein anerkannten medizinischen Standards“ bisheriger Therapien	32	36
Vereinfachte Anwendung des Arguments der „nicht ganz entfernt liegenden Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung“ durch Cannabis-Arzneimittel	19	15
Maßnahmen zur Reduzierung der Kosten der Behandlung (z.B. durch weniger Prüfungsaufwand in Apotheken)	12	11
Größere Anzahl der zugelassenen Sorten	8	7
Mehr Informationsmöglichkeiten für potenzielle Patienten und Patientinnen (z.B. städtische Patientensprechstunde)	8	5
Größere Auswahl an Fertigarzneimitteln, günstige Generika	-	1
Sonstige	3	3

Nur selten wird die Auswahl der Sorten (Blüten und Fertigarzneimittel) sowie der Ausbau von Informationsmöglichkeiten genannt. Damit wird deutlich, dass ein Großteil des Potenzials zur Verbesserung der Verschreibungspraxis darin gesehen wird, den großen Einfluss der Krankenversicherungen auf die Verschreibungspraxis zu reduzieren, gefolgt von Möglichkeiten, die legislativen Einschränkungen des Zugangs zu Cannabis als Medizin zu lockern. Die Frankfurter Teilstichprobe unterscheidet sich nur leicht vom Rest der Gesamtstichprobe: lediglich die Antwortoption „Aufhebung der gesetzlichen Beschränkung auf ‚schwerwiegende‘ Erkrankungen“ wird von Teilnehmenden außerhalb des Raums Frankfurt signifikant ( $p=0,024^*$ ) häufiger genannt.

## 6. Fazit

Aus beiden hier präsentierten Erhebungen – qualitative Befragung und Onlinebefragung – konnten jeweils zahlreiche Erkenntnisse gewonnen werden, die im Folgenden eingeschätzt werden, inklusive weiterführender Überlegungen zum medizinisch motivierten Cannabiskonsum und dessen Rahmenbedingungen.

In beiden Erhebungsmodulen konnten fast alle Befragten manifeste Symptome und gesundheitliche Beschwerden benennen und beschreiben, wie Cannabis diese Symptome lindert. Dabei stellten nicht klinisch relevante Beschwerden oder Beschwerden, die auf eine Entzugssymptomatik hindeuten, in beiden Stichproben die Ausnahme dar. Die Mehrheit der Befragten leidet zudem an Symptomen, für die eine ärztliche Diagnose vorliegt und nicht selten liegt eine Ko- oder Multimorbidität vor. Zudem zeigte sich in den vorliegenden Untersuchungen im Vergleich zu Befragungen, in denen allein der rekreative Drogenkonsum im Mittelpunkt steht (z.B. Wense & Bernard 2016b), ein deutlich höherer Altersdurchschnitt.

Es wurde eine Vielzahl von Symptomen genannt, für die Cannabis als (Selbst-)Medikation eingesetzt wird. Abgesehen von eher unspezifischen Beschwerden wie Schlafproblemen, depressiven Verstimmungen oder innerer Unruhe wurden u.a. häufig Schmerzen unterschiedlicher Art genannt, aber auch Symptome von ADS bzw. ADHS. Gerade Letzteres (aber auch die Nennung einiger anderer Krankheiten) deutet auf eine spezifische Problematik bei Krankheitsbildern hin, für die, u.a. aufgrund von Empfehlungen von Fachverbänden (z.B. ADHS Deutschland 2017), seltener überhaupt ein Rezept bzw. eine Kostenübernahme ausgestellt wird, obwohl es Evidenz für die Wirksamkeit gibt (überblicksartig: Milz 2019). Das wiederum hängt offenbar damit zusammen, dass z.B. bei ADHS nur ein eher kleiner Teil der Betroffenen von Cannabismedikation profitieren kann, was es aber denjenigen, für die Cannabis eine zentrale Hilfe zur Alltagsbewältigung ist, sehr schwer machen kann. Dies trifft insbesondere auf jene Befragten zu, die überwiegend psychische Beschwerden aufweisen. Generell sind psychische Krankheiten und Cannabismedikation ein diffiziles Thema, da es – auch in einem Fall aus der qualitativen Stichprobe – Grenzfälle gibt, in denen unklar ist, ob Cannabis wirksames Medikament, erfolgloser Behandlungsversuch oder gar eine der Ursachen für die psychischen Probleme ist. Daher sollte bezüglich der Verschreibungspraxis besondere Vorsicht gelten. In der Praxis scheint aus der Sicht von Betroffenen oft *zu viel* Vorsicht das Problem zu sein, da bei regelmäßig Konsumierenden häufig eine Suchterkrankung vermutet wird, die zunächst behandelt werden müsse, bevor weitere Behandlungen genehmigt werden. Dies kann – wie von mehreren Betroffenen geschildert – ein schwerwiegendes Hindernis für eine erfolgreiche Behandlung der Symptome darstellen, insbesondere, wenn die Betroffenen klar schildern können, auf welche Weise Cannabis ihnen hilft bzw. wie viel es ihnen schlechter geht, wenn die Substanz abgesetzt wird. Zum anderen beschreiben einige Befragte auch sehr anschaulich, wie Cannabiskonsum auch bei komplexen, schwerwiegenden psychischen Problemen eine gute ‚Basis‘ für weitere Behandlungen sein kann („*hat mir mein Leben gerettet*“). Solche Fälle sprechen dafür, Cannabiskonsum weder als striktes Ausschlusskriterium für psychiatrische Behandlungen zu betrachten noch eine Verschreibung von Cannabis als Medizin in solchen Fällen pauschal abzulehnen. Bisher scheint es hier Vorurteile zu geben, auf deren Grundlage eine generelle Ablehnung von Cannabis als fachlich kompetent gilt und die sich häufig in den Reaktionen der behandelnden Ärzt\*innen ausdrücken, wenn sie von Patient\*innen nach der Verschreibung von Cannabis gefragt werden. Dies wird auch daran

deutlich, dass viele Befragte von Vorurteilen und Unkenntnis auf Seiten der Ärzteschaft berichten oder sich gar nicht erst trauen, überhaupt nach Cannabisarzneimitteln zu fragen.

Ein bedeutsamer Aspekt im Hinblick auf die Grenze zwischen medizinischem und rekreativem Gebrauch ist die grundsätzlich entspannende Wirkung von Cannabis. Diese wird von den o.g. (wenigen) nicht eindeutig medizinischen Konsument\*innen als Faktor angegeben, weshalb sie doch an eine in gewissem Sinne medizinische Wirkung glauben, indem sie dank der Entspannung ihren Alltag besser bewältigen. Aber auch von Befragten mit schwerwiegenderen Symptomen wird dieser Faktor häufig angegeben, ablesbar auch an den hohen Prozentwerten für zu bekämpfende Symptome wie „Innere Unruhe“ in der Online-Befragung, gemeinsam mit anderen Beschwerden. Personen, die chronische Schmerzen, psychische Erkrankungen (z.B. PTBS, Trauma oder Angststörungen) o.ä. aufweisen, empfinden nicht selten einen entspannend-euphorisierenden Effekt, indem der geradezu sprichwörtliche „Ist mir egal“-Effekt eintritt, d.h. dass die gesundheitlichen Beschwerden zwar weiterhin existent sind, aber als für den Alltag deutlich weniger relevant wahrgenommen werden. Einige der qualitativ Befragten konnten dies selbst für Schmerzen, die durch Cannabis nicht gelindert werden, anschaulich schildern, indem diese durch die Cannabiswirkung erträglicher werden oder „überschlafen“ werden können. Ähnliches wurde auch in einer belgischen Untersuchung beobachtet (Bawin 2019). Dieser Effekt wurde auch häufig von Befragten genannt, die komplexe Problemlagen im Zusammenhang mit psychischen und physischen Erkrankungen und deren Bewältigung im Alltag aufweisen, wofür sie eine Notwendigkeit von viel Ruhe, Erholung und Entspannung angeben.

Gerade ältere Cannabispatient\*innen haben über lange Jahre einen zunächst unbewusst medizinischen Konsum der Substanz *erlernt*, und zwar innerhalb einer praktisch ausschließlich auf Freizeitkonsum ausgerichteten Cannabis-Konsumkultur. Was Howard S. Becker (1973) in seiner klassischen Studie „Wie man Marihuana-Benutzer wird“ für den Cannabis-Freizeitkonsum beschrieb – dass Konsumtechniken, Wahrnehmung der Wirkung und Genießen der Wirkung als Lernprozesse zu verstehen sind –, gilt im Fall der hier untersuchten Konsument\*innen auch für die Wahrnehmung der medizinischen Wirkungen (vgl. auch Lankenau et al. 2018, wenngleich dort ein Lernprozess in einem im Hinblick auf medizinisches Cannabis weitaus permissiveren Umfeld beschrieben wird). Dieser Lernprozess lief insbesondere bei älteren Befragten – beginnend in einer Zeit, als medizinische Effekte von Cannabis kaum ein Thema waren – häufig komplex und nichtlinear ab (auch vor dem Hintergrund, dass sich Symptome erst nach einer gewissen Zeit ausprägten). Kulturtechniken und kulturelle Zuschreibungen hatten sich zu dieser Zeit praktisch ausschließlich für den Freizeitkonsum entwickelt. Dies betrifft insbesondere Konsumtechniken; in Mitteleuropa in erster Linie das Rauchen von Joints, in denen Cannabis mit Tabak gemischt wird. Auch wenn von den medizinischen Konsument\*innen in beiden Stichproben bedeutsame Anteile auf den Konsum mittels ‚Vaporizer‘ umgestiegen sind, so bleibt das Rauchen doch die insgesamt häufigste Konsumform. Dennoch zeigen die Antworten auf gezielte Fragen zu unterschiedlichen Gebrauchsformen in beiden Erhebungen, dass trotz teilweise über Jahrzehnte eingeübter Konsummuster viele Konsument\*innen bereit wären, auch andere, weniger oder nicht gesundheitsschädliche Applikationsformen zu erwägen oder Fertigarzneimittel auf Cannabisbasis zu akzeptieren – zumindest für den medizinischen Konsum. Beim Freizeitkonsum wird noch deutlich häufiger auf das Rauchen zurückgegriffen (vgl. auch Bawin 2019). Die Beobachtung, dass der Gebrauch mittels Vaporizer als wirksamste Konsumform eingeschätzt wird, aber dennoch auch für medizinische Verwendung mehrheitlich Rauchen als Konsumform verwendet wird, ist nahezu deckungsgleich mit entsprechenden Resultaten aus der Schweiz (Wenger & Schaub 2019). Allerdings ist generell zu betonen, dass der inhalative Konsum

für viele Betroffene die beste Applikationsform sein dürfte, da die Wirkung besonders schnell eintritt und besser dosierbar sowie kontrollierbar ist als bei oraler Aufnahme (Varlet et al. 2016). Insofern sollten sich Bemühungen, Patient\*innen zu einer nicht schädlichen Konsumform zu bewegen, vermutlich schwerpunktmäßig auf die Verwendung von Vaporizern konzentrieren.

Der weit überwiegende Teil der Befragten aus beiden Erhebungen gibt an, dass ihr allgemeiner Gesundheitszustand mit Cannabiskonsum subjektiv deutlich besser ist; dies steht im Einklang mit aktuellen Schweizer Untersuchungsergebnissen (Wenger & Schaub 2019).

Befragte, die an häufigen oder chronischen Schmerzen leiden, betonen nicht selten, dass Cannabis vergleichsweise wenige Nebenwirkungen aufweise. Abgesehen davon, dass einige Patient\*innen ohnehin empfindlich auf bestimmte Schmerzmittel reagieren, ist dabei zu berücksichtigen, dass die häufige, dauerhafte Gabe konventioneller rezeptfreier Schmerzmittel zu körperlichen Schädigungen führen kann (vgl. z.B. Roberts et al. 2015). Bei Verschreibung von Opioiden gegen Schmerzen kann es zu schwerwiegenden Abhängigkeitserkrankungen kommen, inklusive zellulärer Toleranzbildung, die körperliche Entzugserscheinungen auslöst. Gleiches gilt für die Verwendung von Benzodiazepinen bei psychiatrischen Leiden. Insgesamt gibt etwa jede\*r Vierte Erfahrungen mit Nebenwirkungen an, die sich weit überwiegend auf typische psychoaktive Effekte der Substanz beziehen, welche wiederum von nicht wenigen anderen Patient\*innen als erwünscht bezeichnet werden.

Ein zentrales Problem für Teilnehmende dieser Studie ist der Erhalt eines Rezeptes für Cannabisarzneimittel und die Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Dabei zeigen sich diverse Abstufungen: viele wollten es bislang gar nicht erst versuchen, weil sie mit Ablehnung rechnen (s.u.), andere halten ein Rezept nicht für nötig, weil sie ihre Beschwerden für zu wenig gravierend halten und mit der illegalen Versorgung zufrieden sind, solange es nicht zu einem Kontakt mit den Strafverfolgungsbehörden kommt. Wiederum andere hatten, teils bei mehreren verschiedenen Ärztinnen bzw. Ärzten, vergeblich versucht, ein Rezept zu erhalten oder haben trotz Rezept keine Kostenübernahme erhalten. Dabei wird sowohl von Einschränkungen durch das Gesetz und dessen Umsetzung berichtet als auch von Vorurteilen und Ablehnungen von Seiten der behandelnden Mediziner\*innen oder Krankenkassen. Beispielsweise führt die Formulierung „schwerwiegende Erkrankungen“ und der unklar formulierte Passus zu alternativen Behandlungsformen dazu, dass viele Ärzt\*innen bzw. Kassen bezüglich ihrer Ablehnung immer noch auf „Austherapiertheit“ verweisen, eine Beschränkung, die zuvor im System der Ausnahmegenehmigungen gültig war. Das führt bei einigen Patient\*innen zu Unverständnis, wenn ihnen z.B. nahegelegt wird, Arzneimittel mit schweren Nebenwirkungen und starkem Abhängigkeitspotenzial zu probieren, bevor sie Cannabis versuchen können. Oft wird in solchen Fällen die Selbstmedikation mit illegal produziertem Cannabis fortgesetzt.

Weitere Schwierigkeiten in der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zu Cannabis als Medizin ergeben sich durch die engen Vorgaben bezüglich Sorten, im Verbund mit der oftmals schlechten Versorgungslage und im Vergleich zum Schwarzmarkt überhöhten Preisen: So kann, wenn die verschriebene Cannabis-sorten nicht verfügbar ist, nicht einfach auf eine andere mit praktisch gleichen Wirkstoffanteilen zurückgegriffen werden, während für Selbstzahler mit Privat Rezept und hohem Bedarf an Cannabismedikation die Kosten zu hoch sind, selbst wenn die verordnete Sorte in der Apotheke vorrätig ist.

Viele Betroffene berichten außerdem über Erfahrungen mit sowohl gesamtgesellschaftlicher als auch ärztlicher Stigmatisierung und Problemen durch die Strafverfolgung: Nach wie vor ist es offenbar in der Ärzteschaft weit verbreitet, Patient\*innen, die den Wunsch nach Cannabismedikation äußern, pauschal als Suchtkranke einzuordnen (teilweise berichten Betroffene sogar über Beschimpfungen) und

Cannabis als Medizin pauschal abzulehnen. Bei einigen der Befragten trug dies dazu bei, dass sich psychische und physische Symptome verschlimmerten. Hinzu kommt zuweilen Ablehnung aus dem direkten sozialen Umfeld (Familie, Nachbarn etc.) sowie für alle, die sich weiterhin mit illegal produziertem Cannabis versorgen, die stetig präsente Sorge vor Strafverfolgung, die im Falle des Eigenanbaus oder der Weitergabe an andere medizinische Nutzer\*innen auch zu Haftstrafen führen kann. Zu erwähnen ist hier auch die Fahrerlaubnis-Verordnung, nach der regelmäßiger Cannabiskonsum per se einen Grund für einen dauerhaften Entzug des Führerscheins darstellt (BMJV 2019). Trotz dieser Risiken existiert offenbar immer noch eine große Gruppe an Personen, die sich auf dem Schwarzmarkt mit Cannabis zur medizinischen Nutzung versorgen, zumal diese Art von Versorgung als wesentlich leichter eingeschätzt wird, u.a. durch die weitverbreitete Praxis der „Social Supply“ unter miteinander bekannten Konsument\*innen.

Die weit verbreitete mit Cannabis assoziierte Ablehnung in der Ärzteschaft und teilweise auch in der Gesellschaft sind nach Auffassung der Befragten ein wichtiges Thema: Abbau von Vorurteilen wird, abgesehen von vereinfachten Verschreibungsregeln, als das drängendste Problem angesehen. Allerdings berichten gerade jüngere Befragte über eine relativ problemlose Integration ihrer Cannabismedikation in den Alltag und über wenig Missbilligung in ihrem sozialen Umfeld.

Es zeigt sich ein differenziertes Bild unterschiedlicher Typen von medizinischen Cannabis Konsumierenden. Diese Typen können nicht klar voneinander abgegrenzt werden, aber grob lassen sie sich folgendermaßen kategorisieren:

- a) Täglich Konsumierende, deren Alltag nur mit Hilfe von Cannabis bewältigt werden kann. Sie verwenden die Substanz gegen chronische Erkrankungen, deren Symptome eine starke Beeinträchtigung der körperlichen und/oder mentalen Leistungsfähigkeit hervorrufen. Für diese Gruppe sind Fragen der Kostenübernahme und der Vermeidung von Strafverfolgung besonders wichtig.
- b) Personen mit seltenerem Konsum, die Cannabis nach Bedarf gegen wiederkehrende Beschwerden einsetzen. Zumeist wird die Medikation bei akuten Symptomen verwendet, teilweise aber auch regelmäßiger, in Erwartung einer ‚Depotwirkung‘, aber zumeist in eher geringer Frequenz und geringen Mengen.
- c) Menschen, die sich im Grenzbereich zwischen Freizeitkonsum und medizinischem Konsum bewegen, indem sie Cannabis gegen eher leichte Beschwerden und/oder zur allgemeinen Entspannung (Rekreation im eigentlichen Sinne) verwenden, oder angeben, medizinische und nicht-medizinische Verwendung nicht genau trennen zu können.

Typ a war in beiden Erhebungen insgesamt am häufigsten zu finden, gefolgt von Typ b, wogegen ‚Grenzfälle‘ gemäß Typ c eher selten waren. Dabei sei nochmals betont, dass es nicht selten Abweichungen von diesen Grundtypen gibt, z.B. Personen, die zwar weniger regelmäßig konsumieren, aber dennoch dringend auf Cannabis angewiesen sind, oder auch täglich Konsumierende mit sehr geringen Konsummengen und eher weniger gravierenden Beschwerden.

Zusätzlich zu diesen nach Häufigkeit und Motivation definierten Typen lassen sich Unterschiede zwischen unterschiedlichen Konsument\*innen entlang folgender Dimensionen feststellen:

- Freizeitkonsum-Motivation bzw. -Praxis, einhergehend mit Nähe zu Cannabis-Kultur: Die meisten der hier Befragten haben ihren Erstkonsum im Freizeitsetting gemacht; viele von ihnen haben eine grundsätzlich positive Einstellung zu den psychoaktiven Wirkungen und verwenden die Substanz

weiterhin *auch* mit Freizeit-Motivation. Personen ohne diese Affinität konsumieren mit ‚rein‘ medizinischer Motivation. Auch hier gibt es Abweichungen, etwa Personen, die zwar mit Cannabis-Kultur sympathisieren, aber aufgrund spezifischer Krankheitsbilder eine ‚paradoxe‘ Wirkung oder gar keine psychoaktive Wirkung mehr verspüren.

- Engagement: In beiden Erhebungen zeigte sich jeweils ein hoher Anteil von Konsument\*innen, die ein hohes Interesse auch an den politischen Aspekten des Themas haben und sich stark für Verbesserungen in der Vergabep Praxis oder auch eine generelle Legalisierung einsetzen. Angesichts der Nicht-Repräsentativität kann nicht geklärt werden, ob solche Personen eine Mehrheit unter medizinischen Cannabisnutzer\*innen bilden oder aufgrund der Art der Rekrutierung überrepräsentiert sind. Dennoch gibt es – auch in der qualitativen Stichprobe – Gegenbeispiele von wenig oder gar nicht Engagierten, v.a., wenn in eher geringer Frequenz und Menge konsumiert wird.

Insgesamt zeigt die Studie, dass auch unter Personen, die nicht oder nur unzureichend in die reguläre medizinische Cannabisversorgung integriert sind, sehr viele nachvollziehbar die dringende Notwendigkeit ihrer Medikation schildern können und mithin als unterversorgt zu betrachten sind. Aus unterschiedlichen Gründen, die weniger im Gesetz selbst als in dessen Umsetzung – u.a. durch Einflüsse ärztlicher Vereinigungen (vgl. Hauth et al. 2016) und Krankenkassen – und der grundsätzlichen Vorbehalte vieler Ärzt\*innen hinsichtlich Cannabisarzneimitteln zu suchen sind, erhalten diese Personen keine oder zumindest keine ausreichende Medikation. Dennoch wird trotz erheblicher Risiken und Nebenwirkungen anderer gängiger, zum Teil ebenfalls psychoaktiv wirkender Arzneimittel immer wieder eine möglichst strenge Vergabep Praxis für medizinisches Cannabis empfohlen (vgl. Rehm et al. 2019). Entsprechende Autoren lassen allerdings grundlegende Aspekte außer Acht, die in der vorliegenden Studie anschaulich beschrieben wurden: Das betrifft vor allem Warnungen vor vermeintlichen Gefährdungen der Volksgesundheit durch zu häufige Verschreibungen, obwohl die betroffenen Personen sich ohnehin bereits auf dem Schwarzmarkt versorgen. Dies ist mit deutlich größeren Risiken für die öffentliche Gesundheit verbunden, etwa durch fehlende Qualitätskontrollen und Unkenntnis des Wirkstoffgehalts (so wurde u.a. fehlendes CBD als Ursache für Nebenwirkungen genannt). Folgerichtigerweise betrifft die Forderung nach möglichst strengen Regeln der Verschreibung auch die grundsätzlichen Problematiken von Stigmatisierung und Strafverfolgung, denen (potenzielle) medizinische Cannabisnutzer\*innen ausgesetzt sind. Dass diese Personen von Stigmatisierung und Strafverfolgung betroffen sind, resultiert wiederum aus verschiedenen Problematiken, die häufig nicht fachlich, sondern bürokratisch begründet sind und wegen derer keine reguläre Versorgung aufgenommen werden kann. In Bezug auf die in entsprechenden Veröffentlichungen zu findenden Hinweise auf fehlende Evidenz von Cannabismedikation bei bestimmten Krankheitsbildern (vgl. Hall et al. 2019) sei auf die nach wie vor dünne Forschungslage verwiesen (Hoch et al. 2018, Müller-Vahl 2020) sowie den Umstand, dass Cannabis bei bestimmten Krankheitsbildern nur einem relativ kleinen Teil der Betroffenen hilft. Letzteres konnte in der vorliegenden Studie für diverse Einzelfälle anschaulich dokumentiert werden. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass Forschung zu positiven (auch medizinischen) Aspekten des Cannabiskonsums jahrzehntelang durch staatliche Kontrollorgane insbesondere, aber nicht nur, in den USA gezielt unterdrückt wurde und wird (Kennedy 2017, Robinson 2019). Auch die in entsprechenden Veröffentlichungen zu findende Sorge, dass durch eine zu wenig strenge Verschreibungspraxis psychiatrische Symptome durch die Medikation verschlimmert werden könnten (z.B. Häuser et al. 2019), konnten die entsprechenden in der qualitativen Studie Befragten nicht bestätigen. Zudem sei nochmals der Umstand erwähnt, dass sich viele Patient\*innen (und Freizeitkonsument\*innen ohnehin) so oder so auf dem Schwarzmarkt

versorgen, was zudem als ausgesprochen einfach eingeschätzt wird – und dies, obwohl diese Art der Versorgung mit den genannten Risiken wie auch Unzulänglichkeiten (etwa: fehlende Informationen über Wirkstoffe) verbunden ist.

Bezüglich der o.g. Gruppe a sollten verbesserte Möglichkeiten zur Kostenübernahme erwogen werden, insbesondere für jene, die relativ große Mengen benötigen. Ein Vorschlag wäre, die Einschätzungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen zumindest auf ein absolutes Mindestmaß zu reduzieren. Eine Alternative hierzu könnte die Genehmigung einer Kostenübernahme nach Zustimmung von mindestens zwei Mediziner\*innen sein. Für die Gruppe b könnte eine Verbesserung der Lage der Betroffenen darin bestehen, dass die Verschreibung auf Privatrezept für Selbstzahler häufiger angewendet wird. Personen aus dieser Gruppe haben oft weniger Probleme damit, selbst zu zahlen, zumal sie nur eher geringe Mengen benötigen. Nahezu zwingende Voraussetzung dafür, dass diese Möglichkeit auch genutzt wird, wäre indes eine Verbesserung der Verfügbarkeit in Apotheken sowie eine wirklich spürbare Preissenkung (die laut einer ersten Korrektur des Gesetzes aus dem letzten Jahr angestrebt wird; vgl. Grotenhermen 2019). Zusätzlich sollte aktiv an einer Reduzierung der pauschalen Ablehnung von Cannabis, der damit verbundenen Vorurteile und daraus resultierenden Stigmatisierung innerhalb der Ärzteschaft gearbeitet werden. Insgesamt wäre es wünschenswert, dass das Bedürfnis nach Cannabismedikation in der Gesundheitspolitik und der Ärzteschaft grundsätzlich ernst genommen wird und über die Ausstellung von Rezepten nach vorurteilsfreier Prüfung jedes Einzelfalls, ohne weitere Bedingungen, entschieden werden kann. Um die Bereitschaft von Mediziner\*innen zu erhöhen, wäre es mit Sicherheit auch hilfreich, die hohen bürokratischen Hürden abzubauen, namentlich die Abfrage umfangreicher Informationen für die Begleiterhebung bei „Off-Label“-Gebrauch und der umfassende Fragebogen für die Beantragung einer Kostenübernahme (Grotenhermen & Müller-Vahl 2020). Zusätzlich kann auf Seiten der Patient\*innen darauf hingewirkt werden, rauchfreie Einnahmeformen zu akzeptieren und weniger pauschale Vorurteile gegenüber den Vorgaben der Ärzt\*innen, einschließlich der Anwendung von Fertigarzneimitteln auf Cannabisbasis, zu haben. In jedem Fall wäre es hilfreich, zukünftig weitere Forschungen – insbesondere Evidenzstudien – zur Thematik durchzuführen.

Abschließend muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass die festgestellten Probleme mit dem Cannabis-als-Medizin-Gesetz und der praktizierten Verschreibung von Medizinalcannabis ursächlich auf die eigentliche Kriminalisierung von Cannabis zurückgehen. Das ist u.a. daran zu erkennen, dass die Initiative zu diesem Gesetz nicht aus der Motivation entstand, Kranken ein neues Medikament verfügbar zu machen, sondern aus dem Umstand, dass Gerichte manchen Patient\*innen den Eigenanbau erlaubt haben („Eigenanbau-Verhinderungsgesetz“, Plenert 2018; vgl. auch Cremer-Schaeffer & Knöss 2019 sowie Michels & Stöver 2019). Es ist zu vermuten, dass u.a. aus diesem Grund die aktuellen restriktiven Regelungen festgelegt wurden, die bürokratische Unwägbarkeiten für Patient\*innen und verschreibende Ärzt\*innen beinhalten, welche wiederum als Ursache für viele der in dieser Studie festgestellten Probleme mit der Verschreibungspraxis gelten können. Um eine Verbesserung der Situation zu erreichen, sollten Erfahrungen von Patient\*innen, wie sie z.B. in dieser Studie dokumentiert sind, dringend in die Diskussion mit einbezogen werden (vgl. auch Plenert 2019).

## 7. Literatur

- ADHS Deutschland (2017): Cannabis-Medikation bei ADHS: Ja oder Nein? Stellungnahme. Abrufbar unter: [http://www.adhs-deutschland.de/Portaldata/1/Resources/pdf/1\\_1\\_aktuelle\\_infos/2017-07\\_Stellungnahme\\_ADHS\\_und\\_Cannabis\\_\(00000002\).pdf](http://www.adhs-deutschland.de/Portaldata/1/Resources/pdf/1_1_aktuelle_infos/2017-07_Stellungnahme_ADHS_und_Cannabis_(00000002).pdf)
- Barsch, G. & Schmid (2018): Selbstinitiierte Behandlung und Selbstmedikation mit Phytocannabinoiden – Ergebnisse einer qualitativen Studie unter Cannabis-Medizin-Patienten. *Die Naturheilkunde*, 95(6), 36-42
- Bawin, F. (2019): Medicinal cannabis use – A fuzzy concept? In Kaló, Z., Tieberghien, J. & Korf, D.J. (Hg.) *Why? Explanations for drug use and drug dealing in social drug research*. Lengerich: Pabst, 155-170.
- Becker, H.S. (1973): *Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*. Tübingen: S. Fischer.
- Biernacki, P. and Waldorf, D. (1981) Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*, 10, 141-163.
- BMJV (2019): Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung – FeV) vom 13. Dezember 2010, zuletzt geändert am 23. Dezember 2019. Abrufbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/fev\\_2010/](https://www.gesetze-im-internet.de/fev_2010/)
- BtMRÄndG (2017): Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften (BtMRÄndG) vom 06.03.2017 BGBl. I S. 403 (Nr. 11); abrufbar unter <https://www.buzer.de/s1.htm?g=Gesetzes+zur+%C3%84nderung+bet%C3%A4ubungsmittelrechtlicher+und+anderer+Vorschriften&f=1>
- Cascini, F. (2012): Investigations into the hypothesis of transgenic cannabis. *J. Forensic Sci.* 57, 718–721, <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2011.02021.x> (2012).
- Cremer-Schaeffer, P. & Knöss, W. (2019): Cannabis zu medizinischen Zwecken – Das Gesetz vom März 2017 und seine Vorgeschichte. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 62 (7), 801-805
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (o.J.): Cannabis. <https://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/illlegale-drogen/cannabis.html> (06.02.2020)
- Grotenhermen, F. (2019): Der steinige Weg von Patienten und Ärzten zur legalen medizinischen Verwendung von Cannabis. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 8(3), 115-124
- Grotenhermen, F. & Müller-Vahl, K.R. (2020): Verschreibungsmöglichkeiten und Kostenerstattung in Deutschland. In: Müller-Vahl, K.R. & Grotenhermen, F. (Hg., 2020): *Cannabis und Cannabinoide in der Medizin*. Berlin: MWV: 189-201
- Hall, W., Stjepanović, D., Caulkins, J., Lynskey, M., Leung, J., Campbell, G. & Degenhardt, L. (2019): Public health implications of legalising the production and sale of cannabis for medicinal and recreational use. *The Lancet*. 394. [10.1016/S0140-6736\(19\)31789-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31789-1).
- Hakkarainen, P., Frank, V.A., Barratt, M.J., Dahl, H.V., Decorte, T., Karjalainen, K., Lenton, S., Potter, G., Werse, B. (2014): Growing medicine: Small-scale cannabis cultivation for medical purposes in six different countries. *International Journal of Drug Policy*, 2014, Jul 21 (epub)
- Hakkarainen, P., Decorte, T., Sznitman, S., Karjalainen, K., Barratt, M.J., Asmussen Frank, V., Lenton, S., Potter, G., Werse, B. & Wilkins, C. (2017): Examining the blurred boundaries between medical and

- recreational cannabis – results from an international study of small-scale cannabis cultivators, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, DOI: 10.1080/09687637.2017.1411888 (epub)
- Häuser, W., Hoch, E., Petzke, F. et al. (2019): Medizinalcannabis und cannabisbasierte Arzneimittel: ein Appell an Ärzte, Journalisten, Krankenkassen und Politiker für einen verantwortungsvollen Umgang. *Der Schmerz* 33, 466–470 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00482-019-00409-0>
- Hauth, I, Havemann-Reinecke, U, Batra, A, Bonnet, H et al. (2016): Verschreibungsfähigkeit von weiteren Arzneimitteln auf Cannabisbasis. Stellungnahme der DGPPN zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften. Abrufbar unter: <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2016/betaeuebungsmittel.html>
- Hiller, P., Lehmann, K., von Hülsen, L., Kalke, J. & Verthein, U. (2019): Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main – Abschlussbericht der Ärztinnen- und Ärztebefragung (Modul 1a) und der Fokusgruppendifkussionen (Modul 1b). Hamburg (Entwurfssfassung).
- Hindocha, C., Freeman, T.P., Ferris, J.A., Lynskey, M.T., Winstock, A.R. (2016): No smoke without tobacco: a global overview of cannabis and tobacco routes of administration and their association with intention to quit. *Frontiers in Psychiatry* 7:1–9. doi:10.3389/fpsy.2016.00104
- Hoch, E., Friemel, C. & Schneider, M. (2018). Cannabis: Potential und Risiko. Eine wissenschaftliche Analyse. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kamphausen, G. & Wersé, B. (2017): Drogenkonsum und Drogenerwerb - Ergebnisse einer Online-Umfrage im deutschen Sprachraum. *rausch - Wiener Zeitschrift für Suchtherapie*; 6(4): 205-210
- Kennedy, B. (2017): Dustup Over NIDA-Grown Ditch Weed Leads Johns Hopkins to Ditch PTSD Study. Leafly. Abrufbar unter: <https://www.leafly.com/news/science-tech/dustup-nida-grown-ditch-weed-leads-johns-hopkins-ditch-ptsd-study>; letzter Aufruf am 11.03.2020
- Lankenau, S.E., Kioumarsí, A., Reed, M., McNeeley, M., Iverson, E., Wong, C.F.. (2018): Becoming a medical marijuana user. *International Journal of Drug Policy*, 52: 62-70.
- Kumar, N., Puljevic, C., Ferris, C., Winstock, A. & Barratt, M. (2020): The Intersection between Spliff Usage, Tobacco Smoking, and Having the First Joint after Waking. *Nature Science Reports* 10. 7650 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64110-4>
- Michels, I.I. & Stöver, H. (2019): Cannabis als Medizin in Deutschland. Gesetzesgenese, historischer Hintergrund und aktuelle Herausforderungen der Verschreibungspolitik und -praxis. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 8(3), 104-114
- Milz, E. (2019): Behandlung von ADHS mit Cannabinoiden. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 8(3), 149-152
- Müller-Vahl, K.R. (2020): Indikationen für Cannabis und Cannabinoide. In: Müller-Vahl, K.R. & Grotenhermen, F. (Hg.): Cannabis und Cannabinoide in der Medizin. Berlin: MWV: 129-164
- Müller-Vahl, K.R. & Grotenhermen, F. (2017): Medizinisches Cannabis: Die wichtigsten Änderungen. *Dtsch Arztebl* 2017; 114(8): A-352 / B-306 / C-300
- Müller-Vahl, K.R. & Grotenhermen, F. (Hg., 2020): Cannabis und Cannabinoide in der Medizin. Berlin: MWV.

- Pharmazeutische Zeitung (2017): Cannabis aus der Apotheke – Patienten klagen über Preisexplosion. Artikel vom 13.06.2017, <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-242017/patienten-klagen-ueber-preisexplosion/>
- Piomelli, D., Russo, E.B. (2016): The cannabis sativa versus cannabis indica debate: an interview with Ethan Russo, MD. *Cannabis Cannabinoid Res.*, 1; 1(1): 44-46.
- Plenert, M. (2018): Ein Jahr Cannabis als Medizin-Gesetz – ein ambivalentes Zwischenfazit. In akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe & JES Bundesverband (Hg.): 5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht. Lengerich: Pabst.
- Plenert, M. (2019): Cannabis als Medizin – aus Sicht der Nutzer. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 8(3), 167-174
- Potter, G.R., Barratt, M.J., Malm, A., et al. (2016): Global patterns of domestic cannabis cultivation: sample characteristics and patterns of growing across eleven countries. In: Werse, B. & Bernard, C. (Hg.): *Friendly Business. International Views on Social Supply, Self-Supply and Small-Scale Drug Dealing*. Wiesbaden: Springer VS: 163-196
- Rehm, J., Elton-Marshall, T., Sornpaisarn, B., Manthey, J. (2019): Medical marijuana. What can we learn from the experiences in Canada, Germany and Thailand? *Int J Drug Policy*; 13:74:47-51. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.09.001 [Titel anhand dieser DOI in Citavi-Projekt übernehmen]
- Rigter, S. & Bossong, M. (2019): THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2018-2019). Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Roberts, E., Delgado Nunes, V., Buckner, S. et al. (2015): Paracetamol: not as safe as we thought? A systematic literature review of observational studies. *Annals of the Rheumatic Diseases*. doi:10.1136/annrheumdis-2014-206914
- Robinson, R. (2019): Why Dr. Sue Sisley Sued the DEA for Stonewalling Cannabis Research. Norml. Abrufbar unter: <https://blog.norml.org/2019/09/20/why-dr-sue-sisley-sued-the-dea-for-stonewalling-cannabis-research/>; letzter Aufruf am 11.03.2020
- Sawler, J., Stout, J.M., Gardner, K.M., Hudson, D., Vidmar, J., Butler, L., et al. (2015) The Genetic Structure of Marijuana and Hemp. *PLoS ONE* 10(8): e0133292.
- Varlet, V., Concha-Lozano, N., Berthet, A. et al. (2016): Drug vaping applied to cannabis: Is “Cannavaping” a therapeutic alternative to marijuana? *Nature Scientific Reports*, 6, 25599. <https://doi.org/10.1038/srep25599>
- Wenger, A. & Schaub, M. (2019): Cannabiskonsum: Rekreative oder medizinische Beweggründe? Befragung von Betroffenen. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Werse, B. & Bernard, C. (Hg., 2016a): *Friendly Business. International Views on Social Supply, Self-Supply and Small-Scale Drug Dealing*. Wiesbaden: Springer VS
- Werse, B. & Bernard, C. (2016b): “The distribution of illicit drugs” (TDID) – general results. Quantitative findings from a study on socially inconspicuous drug users and dealers in Germany. In: Werse, B. & Bernard, C. (Hg.): *Friendly Business. International Views on Social Supply, Self-Supply and Small-Scale Drug Dealing*. Wiesbaden: Springer VS: 71-91.
- Werse, B. & Müller, D. (2016): Drifting in and out of Dealing – results on career dynamics from the TDID project. In: Werse, B. & Bernard, C. (Hg.): *Friendly Business. International Views on Social Supply, Self-Supply and Small-Scale Drug Dealing*. Wiesbaden: Springer VS: 91-120.

## Anhang: Fragebogen für die Online-Befragung

Beim im Folgenden abgedruckten Fragebogen handelt es sich um die pdf-Ausgabe des mithilfe des Online-Befragungsmoduls LimeSurvey® erstellten Fragebogens. Zu beachten ist, dass dieser Online-Fragebogen Filterfragen enthält; d.h., nicht alle Befragten mussten alle Fragen beantworten, da einige Fragen nur dann gestellt wurden, wenn zuvor bei anderen Fragen bestimmte Antworten gegeben wurden (betrifft u.a. sämtliche offenen Fragen, die nur dann gestellt wurden, wenn bei der vorherigen Frage „sonstige“ angegeben wurde).



**In dieser Befragung geht es um Selbstmedikation mit Cannabis, welche Beschwerden damit behandelt werden und wie das verwendete Cannabis bezogen wird. Außerdem sind Fragen enthalten, die Ihre Meinung zur Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln betreffen.**

**Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig und komplett anonym, es werden keine persönlichen Daten gespeichert.**

**Je nachdem, welche Antworten Sie geben, werden sie eventuell auf die Möglichkeit zur Teilnahme an einer vertiefenden Face-to-Face-Befragung hingewiesen.**

**Die Erhebung wird von der Stadt Frankfurt am Main gefördert, daher liegt der Schwerpunkt des Interesses bei den Konsumentinnen und Konsumenten in Frankfurt a. M., die Teilnahme steht jedoch allen offen, die Erfahrung mit Cannabis-Selbstmedikation haben.**

**Das Ziel der Erhebung ist, die Verschreibungspraxis von Cannabis als Medizin zu verbessern, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte für die Belange der Konsumentinnen und Konsumenten bzw. Patientinnen und Patienten zu sensibilisieren und damit den legalen Zugang zu Cannabis als Medizin zu erleichtern.**

**Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Teilnahme!**

## **Section A: Teilnahmekriterien und Allgemeines**

In diesem Fragebogenabschnitt werden Teilnahmekriterien und allgemeine Angaben abgefragt

**A1. Sind Sie volljährig (18 Jahre oder älter)?**

Ja

Nein





**B4. In welchem Bundesland leben Sie?**

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen
- Ausland (z.B. Österreich, Schweiz, Niederlande etc.)

**B5. Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?**

- alleinlebend
- mit Partner oder Partnerin
- mit Freunden / Freundinnen / Bekannten (Wohngemeinschaft)
- mit Kind(ern)
- mit Eltern(teil)
- Andere













**C2. Wie oft haben Sie jemals in Ihrem Leben die folgenden Cannabis-Produkte konsumiert?**

	Niemals	1-5 Mal	6-20 Mal	21-50 Mal	51-200 Mal	Mehr als 200 Mal
Cannabis-Blüten (Marihuana)	<input type="checkbox"/>					
Cannabis-Harz (Haschisch)	<input type="checkbox"/>					
Extrakte (mittels Alkohol, Gas, Kaltwasser oder Druck-Wärme: Wax, Dab, Shatter, Ice-O-Lator, Rick-Simpson-Oil)	<input type="checkbox"/>					
Synthetische Cannabinoide ("Noids", Räuchermischung oder Reinsubstanz)	<input type="checkbox"/>					
CBD-Produkte ohne nennenswerten THC-Anteil: Blüten, Haschisch	<input type="checkbox"/>					
CBD-Produkte ohne nennenswerten THC-Anteil: Öl, Tropfen, Kristalle	<input type="checkbox"/>					

**C3. Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate die folgenden Cannabis-Produkte konsumiert?**

	Nicht während der letzten 12 Monate	1-5 Mal	6-20 Mal	21-50 Mal	51-200 Mal	Mehr als 200 Mal
Cannabis-Blüten (Marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis-Harz (Haschisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extrakte (mittels Alkohol, Gas, Kaltwasser oder Druck-Wärme: Wax, Dab, Shatter, Ice-O-Lator, Rick-Simpson-Oil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synthetische Cannabinoide ("Noids", Räuchermischungen oder Reinsubstanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBD-Produkte ohne nennenswerten THC-Anteil: Blüten, Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBD-Produkte ohne nennenswerten THC-Anteil: Öl, Tropfen, Kristalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C4. Wie oft haben Sie während der letzten 30 Tage die folgenden Cannabis-Produkte konsumiert?**

	Nicht während der letzten 30 Tage	1-5 Mal	6-29 Mal	Täglich
Cannabis-Blüten (Marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis-Harz (Haschisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extrakte (mittels Alkohol, Gas, Kaltwasser oder Druck-Wärme: Wax, Dab, Shatter, Ice-O-Lator, Rick-Simpson-Oil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synthetische Cannabinoide ("Noids", Räuchermischung oder Reinsubstanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBD-Produkte ohne nennenswerten THC-Anteil: Blüten, Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBD-Produkte ohne nennenswerten THC-Anteil: Öl, Tropfen, Kristalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>











**D2. Gegen welche gesundheitlichen Beschwerden verwenden Sie Cannabis?**

- Alpträume
- Allgemeines Unwohlsein
- Ängstlichkeit
- Appetitlosigkeit / Gewichtsabnahme
- Atemprobleme
- (chronische) Entzündungen
- (chronische) Schmerzen
- Depressive Verstimmungen
- Diarrhö (Durchfall)
- Hyperaktivität
- Impotenz oder Libidoverlust (sexuelle Unlust)
- Innere Unruhe
- Juckreiz
- Krampfanfälle
- Nächtliches Schwitzen
- Reizbarkeit
- Schlafstörungen oder Schlaflosigkeit
- Spasmen / Muskelkrämpfe
- Spastik / spastische Lähmung
- Tics
- Tinnitus
- Übelkeit oder Erbrechen
- Tremor / Muskelzittern
- Überaktive Blase / Reizblase
- Anderes





























**D30. Falls Sie für Ihre gesundheitlichen Beschwerden eine Diagnose angegeben haben: seit wann besteht die für Sie wichtigste Diagnose? Angabe in Jahren.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**D31. Wie beurteilen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ohne und mit Cannabiskonsum?**

		sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	sehr schlecht
allgemeiner Gesundheitszustand OHNE Cannabismedikation (einschl. Selbstmedikation)	□	□	□	□	□	□
allgemeiner Gesundheitszustand MIT Cannabismedikation (einschl. Selbstmedikation)	□	□	□	□	□	□

**D32. Sie haben angegeben, bereits einen oder mehrere Ärzte oder Ärztinnen nach einer Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln gefragt zu haben. Wie viele Ärzte oder Ärztinnen haben Sie gefragt?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**D33. Sie haben angegeben, bereits einen Arzt oder eine Ärztin (oder mehrere) nach einer Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln gefragt zu haben. Wie war die Reaktion? Der Arzt / die Ärztin hat**

...

... ablehnend reagiert, weil er / sie Cannabiskonsum generell ablehnt

... ablehnend reagiert, weil er / sie sich allgemein nicht mit Cannabis als Medizin auskennt

... ablehnend reagiert, weil er / sie keine rechtliche Möglichkeit zur Verschreibung gesehen hat

... hat ohne Begründung abgelehnt

... zustimmend reagiert, aber trotzdem kein Cannabis-Arzneimittel verschrieben

... hat zustimmend reagiert und Cannabis verschrieben, aber die Krankenkasse hat die Kostenübernahme abgelehnt

Anderes

**D34. Sie haben eine "andere" Reaktion des Arztes / der Ärztin angegeben auf die Frage nach einer Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln. Welche Reaktion war das?**



**D35. Sie haben angegeben, dass Sie ein Rezept für Cannabis-Arzneimittel haben, aber keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Wie viele Anträge auf Kostenübernahme wurden gestellt?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**D36. Was waren die Gründe für die Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse?**

Ablehnung unter Hinweis auf den allgemein anerkannten medizinischen Standard anderer Therapiemöglichkeiten ("nicht atherapiert")

Erkrankung angeblich nicht schwerwiegend genug

Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung durch Cannabis-Arzneimittel wurde nicht ausreichend begründet

Positive Einwirkung durch Cannabis-Arzneimittel wurde bisher nicht durch wissenschaftliche Studien nachgewiesen

Formale Gründe (z.B. unvollständiger Antrag)

Sonstige Gründe

**D37. Sie haben "sonstige" Gründe für die Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse angegeben. Welche waren das?**

--

**D38. Seit wieviel Jahren verwenden Sie Cannabis gegen Ihre gesundheitlichen Beschwerden?**

Bei weniger als einem Jahr tragen Sie bitte 1 ein.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**D39. Würden Sie auch Fertigarzneimittel mit Cannabinoiden (z.B. Sativex, Dronabinol) nehmen, wenn Ihr Arzt bzw. Ihre Ärztin diese verschreiben würde?**

Ja, ich würde auch verschriebene Fertigarzneimittel mit Cannabinoiden nehmen

Nein, ich würde keine Fertigarzneimittel mit Cannabinoiden nehmen

Weiß nicht







**D47. Sie haben angegeben, bisher keinen Arzt bzw. keine Ärztin nach einer Verschreibung von Cannabis gefragt zu haben. Warum haben Sie nicht gefragt?**

Ich habe mich nicht getraut

Ich möchte nicht, dass mein Arzt bzw. meine Ärztin mich für einen Drogenkonsumenten bzw. eine Drogenkonsumentin hält

Ich vermute, dass der Arzt bzw. die Ärztin ohnehin ablehnen würde, weil er oder sie sich mit Cannabis nicht auskennt oder Vorurteile hat

Ich vermute, dass der Arzt bzw. die Ärztin ohnehin ablehnen würde, weil die Regeln zur Verschreibung von Cannabis zu streng sind

Die Selbstmedikation hilft mir so gut, dass ich den Arzt bzw. die Ärztin nicht mehr fragen muss

Der Arzt bzw. die Ärztin soll meine bisherigen Medikamente weiterhin verschreiben, ich nehme das selbst besorgte Cannabis dann dazu

Familiäre bzw persönliche soziale Gründe (z.B. weil Familienmitglieder gegen Cannabis als Medizin sind)

Gesellschaftliche Gründe (z.B. Cannabisverbot)

Ich lehne eine ärztliche Verschreibung von Cannabis für mich selbst generell ab

Anderes

**D48. Warum lehnen Sie eine ärztliche Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln generell für sich ab?**

**D49. Sie haben "andere" Gründe angegeben, warum Sie bisher keinen Arzt bzw. keine Ärztin nach einer Verschreibung von Cannabis gefragt haben. Welche Gründe sind / waren das?**



**D50. Was bräuchte es, damit Sie einen Arzt bzw. eine Ärztin nach einer Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln fragen?**

- Abbau von Stigmatisierung und Vorurteilen in der Gesellschaft
- Abbau von Stigmatisierung und Vorurteilen in der Ärzteschaft
- Vereinfachte Regeln der Verschreibung / Bürokratie-Abbau
- Patienten- und Patientinnenberatung (z.B. dazu, welche Ärzte und Ärztinnen in meiner Gegend offen sind für Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln)
- Mehr Selbstbestimmung bei der Auswahl der Medikation
- Ich muss mich nur überwinden / den Mut finden
- Weiß nicht
- Anderes

**D51. Was bräuchte es, damit Sie erneut einen Arzt oder eine Ärztin nach der Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln fragen?**

- Abbau von Stigmatisierung und Vorurteilen in der Gesellschaft
- Abbau von Stigmatisierung und Vorurteilen in der Ärzteschaft
- Vereinfachte Regeln der Verschreibung / Bürokratie-Abbau
- Patienten- und Patientinnenberatung (z.B. dazu, welche Ärzte und Ärztinnen in meiner Gegend offen sind für Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln)
- Mehr Selbstbestimmung bei der Auswahl der Medikation
- Ich muss mich nur überwinden / den Mut finden
- Weiß nicht
- Anderes

**D52. Sie haben "anderes" angegeben bei der Frage, was es bräuchte, dass Sie einen Arzt oder eine Ärztin fragen. Was bräuchte es "anderes"?**



**D53. Sie haben "anderes" angegeben bei der Frage, was es bräuchte, dass Sie erneut einen Arzt oder eine Ärztin fragen. Was bräuchte es "anderes"?**

## Section E: Bezugsquellen

In diesem Teilabschnitt geht es um Ihre Bezugsquellen für Cannabisprodukte

**E1. Über welche Quelle haben Sie in den letzten 12 Monaten am häufigsten Cannabisprodukte bezogen?**

- Privatdealer
- Clubdealer
- Straßendealer
- Freunde / Bekannte (nicht als Dealer kennengelernt)
- selbst angebaut
- aus dem Ausland mitgebracht (z.B. Niederlande, Spanien, Tschechien)
- im Internet / Darknet bestellt
- aus der Apotheke (von anderen medizinischen Nutzern, die ein Rezept haben)
- aus der Apotheke (Privatrezept, ohne Kostenübernahme durch die Krankenkasse)
- Sonstige





**E6. Auf welche Art und Weise sind Sie mit der Strafverfolgung in Kontakt geraten?**

Personenkontrolle

Hausdurchsuchung

Strafanzeige mit anschließender Einstellung des Verfahrens

Strafanzeige mit anschließendem Gerichtsverfahren

Gerichtsverfahren, verurteilt zu einer Geldstrafe

Gerichtsverfahren, verurteilt zu einer Haftstrafe

Gerichtsverfahren, Freispruch

keine Antwort

Sonstiges

**E7. Möchten Sie zu Ihren Erfahrungen mit der Strafverfolgung im Zusammenhang mit Cannabis noch etwas mitteilen? Falls ja, geben Sie Ihren Text frei ein.**

**E8. Welche "sonstige" Art der Strafverfolgung haben Sie erlebt?**



## Section F: Einstellungen zum Cannabis als Medizin-Gesetz

In diesem Kapitel geht es um Ihre Meinung zu einigen Aspekten des Cannabis als Medizin-Gesetzes.

Sie haben weiter oben angegeben, dass Sie aus Frankfurt und Umgebung kommen und einen oder mehrere Ärzte bzw. Ärztinnen nach einer Verschreibung von Cannabis gefragt haben.

Wenn Sie möchten, können Sie weitere Fragen zu diesem Thema bei unseren Projektpartnern aus Hamburg beantworten. Damit helfen Sie uns, die Situation von Cannabis-Patienten und Patientinnen zu verbessern, indem mehr Wissen über die ärztlichen Reaktionen auf Fragen nach Cannabis erhoben wird.

Dazu können Sie sich unter der Telefon-Nummer [040 - 7410 54573](tel:040-741054573) oder der E-Mail-Adresse [med-can@zis-hamburg.de](mailto:med-can@zis-hamburg.de) melden und einen Termin für eine detaillierte Face-to-Face-Befragung in Frankfurt vereinbaren.

Die Teilnahme ist anonym und freiwillig. Unsere Kolleginnen und Kollegen freuen sich über Ihre Mithilfe. Wenn Sie teilnehmen möchten, notieren Sie bitte jetzt die Telefonnummer und / oder E-Mail-Adresse. Alternativ können Sie die E-Mail-Adresse auch direkt anklicken.

Vielen Dank!

### F1. Welche Maßnahmen könnten Ihrer Meinung nach geeignet sein, die Verschreibungspraxis von Cannabis als Medizin zu verbessern und die Behandlung zu etablieren?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Aufhebung der gesetzlichen Beschränkung auf "schwerwiegende" Erkrankungen   | <input type="checkbox"/> |
| Aufhebung der gesetzlichen Bevorzugung des "allgemein anerkannten medizinischen Standards" bisheriger Therapien   | <input type="checkbox"/> |
| Vereinfachte Anwendung des Arguments der "nicht ganz entfernt liegenden Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung" durch Cannabis-Arzneimittel den behandelnden Arzt bzw. die Ärztin allein entscheiden lassen (Abschaffung der Prüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenkasse) | <input type="checkbox"/> |
| Einführung der verpflichtenden Kostenübernahme durch die Krankenkasse   | <input type="checkbox"/> |
| Vereinfachung der Regeln für Anbau und Import   | <input type="checkbox"/> |
| größere Anzahl der zugelassenen Sorten  | <input type="checkbox"/> |
| größere Auswahl an Fertigarzneimitteln, günstige Generika   | <input type="checkbox"/> |
| Maßnahmen zur Reduzierung der Kosten der Behandlung (z.B. durch weniger Prüfungsaufwand in Apotheken)   | <input type="checkbox"/> |
| Maßnahmen zur Fortbildung der Ärzteschaft bezüglich Cannabis als Medizin (z.B. Fachtagungen, Veröffentlichungen)  | <input type="checkbox"/> |
| Mehr Informationsmöglichkeiten für potenzielle Patienten und Patientinnen (z.B. städtische Patientensprechstunde)   | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige  | <input type="checkbox"/> |



**F2. Sie haben angegeben, dass "sonstige" Maßnahmen die Verschreibungspraxis verbessern könnten. Welche sind das?**

**F3. Haben Sie noch Anregungen, Kommentare und / oder Kritiken zu dieser Umfrage?**

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Umfrage!**

**Die Ergebnisse werden nach der Auswertung der Daten unter anderem auf unserer Instituts-Homepage veröffentlicht.**

**[http://www.uni-frankfurt.de/57482210/CDR\\_\\_Centre\\_For\\_Drug\\_Research?legacy\\_request=1](http://www.uni-frankfurt.de/57482210/CDR__Centre_For_Drug_Research?legacy_request=1)**