

cannabis medizini

Arbeitsgemeinschaft
Cannabis als Medizin e.V.

Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin

Bahnhofsallee 9

32832 Steinheim

Tel.: 05233-9537246

Email: info@arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de

Steinheim, 24.7.2023

Stellungnahme der ACM zum Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz - CanG)

Inhalt

I. Vorbemerkung	2
II. Mindestens 1,6 Millionen Bundesbürger:innen benötigen Cannabis als Medizin	3
III. Zusammenfassung	4
IV. Grundsätzliche Position der ACM zum CanG	5
1. Positive Aspekte des geplanten Cannabis Anbaugesetzes (CanAnbauG) für Patient:innen.....	6
2. Mögliche Risiken des CanAnbauG für die medizinische Versorgung von Patient:innen	6
3. Anpassung des CanAnbauG an spezifische Belange von Patient:innen.....	7
4. Verbesserungen des Cannabis als Medizin-Gesetzes durch das MedCanG	8
V. Kritikpunkte am Entwurf zum CanAnbauG (Artikel 1 des CanG)	8
Zu § 1: Begriffsbestimmungen	9
§ 3 (Erlaubter Besitz von Cannabis)	9

§ 4 (Einfuhr von Cannabissamen)	9
§ 5 (Konsumverbot)	9
§9 (Anforderungen an den privaten Eigenanbau zum Eigenkonsum)	10
§ 11 (Erlaubnispflicht)	10
§ 12 (Versagung der Erlaubnis)	10
§ 13 (Inhalt der Erlaubnis).....	10
§ 17 (Anforderungen an den gemeinschaftlichen Eigenanbau von Cannabis).....	10
§ 19 (Kontrollierte Weitergabe von Cannabis)	11
VI. Kritikpunkte am Entwurf zum MedCanG (Artikel 2 des CanG)	11
1. Vorschriften für Betäubungsmittel streichen	11
2. Forschung fördern.....	12
3. Therapiehoheit der Behandler:innen stärken.....	12
4. Konsumeinschränkungen für Patient:innen vermeiden	13
5. Cannabispatient:innen nicht länger diskriminieren.....	13

I. Vorbemerkung

Am 6. Juli 2023 hat das Bundesministerium für Gesundheit den „Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CannG)“ (Bearbeitungsstand: 5. Juli 2023) vorgelegt. Danach plant die Bundesregierung einen begrenzten privaten Eigenanbau und den Anbau von Cannabis durch Anbauvereinigungen zu erlauben (Artikel 1, Cannabis Anbaugesetz – CanAnbauG). Darüber hinaus sind unter Artikel 2 Verbesserungen für die Versorgung der Bevölkerung mit cannabisbasierte Medikamenten sowie zur Verwendung von Cannabis für medizinisch-wissenschaftliche Zwecke vorgesehen (Medizinal-Cannabisgesetz – MedCanG).

Die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM) setzt sich seit 1997 dafür ein, dass Patient:innen, die eine Therapie mit cannabisbasierten Medikamenten benötigen, einen legalen Zugang erhalten. Dieser Zugang soll unabhängig von dem sozialen Status der Betroffenen gewährleistet werden. Erstmals wurde es 1998 möglich, Dronabinol (Delta-9-Tetrahydrocannabinol, THC) für medizinische Zwecke einzusetzen. Seither folgten weitere Schritte, die den Zugang zu Cannabis-Medikamenten im Verlaufe der vergangenen 25 Jahre sukzessive verbessert haben, darunter ab 2007 die Möglichkeit zur Erlangung einer Ausnahmeerlaubnis für die Verwendung von Cannabis für medizinische Zwecke nach § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz, im Jahr 2011 die arzneimittelrechtliche Zulassung eines standardisierten Cannabisextraktes (Sativex®) für eine konkrete Indikation (Spastik bei Multiple Sklerose von Erwachsenen), die Zulassung des Nabilon-Präparates Canemes® im Januar 2017 sowie am 10. März 2017 durch das „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ eine deutliche Verbesserung durch umfassende Verschreibungsmöglichkeiten von Cannabisblüten und Cannabisextrakten. Unter bestimmten Voraussetzungen wurden die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verpflichtet, die Kosten einer entsprechenden Therapie zu übernehmen. Die privaten Versicherer (PKV) orientieren sich an den mit dem Gesetz verbundenen Vorgaben des § 31 Abs. 6 SGB V.

Bereits in den ersten Jahren ihres Bestehens hat die ACM gefordert, dass Patient:innen straffrei Cannabis für den eigenen Bedarf anbauen und sich zu Anbauvereinigungen zusammenschließen dürfen. Mit diesem Ziel wurde innerhalb der ACM von Patient:innen eine Patentvertretung, das SCM (Selbsthilfenetzwerk Cannabis Medizin), gegründet. Das SCM stellt die mit Abstand größte Patientenvereinigung zum Thema Cannabis und Cannabinoide in Deutschland dar.

Im vorgelegten Entwurf vom 5. Juli 2023 wird eine Abgrenzung zwischen medizinischem und nicht-medizinischem Gebrauch von Cannabis vorgenommen. Diese ist dem Grunde nach richtig und sinnvoll, geht aber leider an der Realität vorbei, da das Cannabis als Medizin-Gesetz bis heute seinem Anspruch nicht gerecht geworden ist. Leider können bis heute nur wenige Patient:innen zu ihrem Arzt oder Ärztin gehen, um dort ein Rezept über ein cannabisbasiertes Medikament zulasten der GKV oder PKV zu erhalten, selbst wenn der behandelnde Arzt oder die Ärztin und Patient oder Patientin dies für sinnvoll und notwendig erachten. Gründe hierfür sind die oft ablehnende Haltung der Krankenkassen im Hinblick auf eine Kostenübernahme und die – leider berechtigte – Sorge der Ärzt:innen vor Regresszahlungen. Wie wir im nachfolgenden Kapitel zum Bedarf von Cannabis-Medikamenten deutlich machen werden, gibt es dadurch weiterhin trotz des Cannabis als Medizin Gesetzes eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Zahl der Patient:innen, die eine Therapie mit Cannabis-Medikamenten benötigen, und der Zahl derer, die Zugang zu dieser Behandlung haben. Insbesondere besteht eine soziale Schieflage, da vermögende Patient:innen diese Hindernisse einfach umgehen können, indem sie sich privatärztlich ein Medikament auf Cannabisbasis verschreiben lassen und die Kosten selbst tragen.

Diese nach wie vor bestehenden Missstände werden viele weniger vermögende Patient:innen mangels Alternativen dazu zwingen, die eigentlich zum Freizeitkonsum von Cannabis geschaffenen Möglichkeiten zum Eigenanbau oder zum Zusammenschluss zu Anbauvereinigungen zu nutzen, da ihnen kein anderer legaler und finanzierbarer Zugang zu einem cannabisbasierten Medikament offensteht. Daher ist die Differenzierung zwischen medizinischem Cannabis einerseits und nicht-medizinischem Genuss-Cannabis andererseits zwar grundsätzlich wünschenswert, gegenwärtig jedoch eher theoretischer Natur und fern der Realität.

II. Mindestens 1,6 Millionen Bundesbürger:innen benötigen Cannabis als Medizin

Um zu beurteilen, ob das bisherige Cannabis als Medizin-Gesetz ein Erfolg ist und welcher Weg noch vor uns liegt, damit alle Patient:innen, die Cannabis aus medizinischen Gründen benötigen, dieses auch erhalten, ist die Frage des Bedarfs von erheblicher Bedeutung: Wie hoch ist der Bedarf für cannabisbasierte Medikamente in Deutschland? Eine rationale Grundlage bieten konkrete Zahlen aus anderen Ländern. Bis vor wenigen Jahren konnte aufgrund der Entwicklungen in Kanada und Israel von mindestens 1 % der Bevölkerung ausgegangen werden, was mehr als 800.000 Bundesbürger:innen entspräche. Diese Zahl gilt heute aber als überholt. Nach den aktuellen Entwicklungen in den USA, Kanada und Israel muss von einem Bedarf von mindestens 2 % der deutschen Bevölkerung ausgegangen werden, entsprechend 1,6 Millionen Bundesbürger:innen.

Während in Israel gegenwärtig etwa 1,5 % der Bevölkerung einen legalen und kostengünstigen Zugang zu cannabisbasierten Medikamenten erhalten, mit weiter ungebrochen steigender Tendenz,

sind es in Deutschland auch nach 5 Jahren Cannabis als Medizin-Gesetz weniger als 0,2 %. Die Zahl von 1,5 % der israelischen Bürger:innen wurde nach offiziellen Angaben im Jahr 2022 überschritten.¹

Schätzungen in den USA gingen bereits 2018 davon aus, dass etwa 3,5 Millionen US-Patient:innen einen legalen Zugang zu Cannabis hatten. Seither hat die Zahl der Staaten mit einem entsprechenden Programm für medizinisches Cannabis sowie die Zahl der Staaten mit einer generellen Legalisierung weiter zugenommen. Wie die Webseite PROCON.org bereits 2018 feststellte, durften in einigen Staaten schon 2018 zwischen etwa 1 und 4 % der Bevölkerung Cannabis aus medizinischen Gründen legal nutzen. Zu diesen Staaten zählten Arizona (2,3 %), Kalifornien (2,3 %), Colorado (1,5 %), Hawaii (1,4 %), Maine (3,8 %), Michigan (2,7 %), Montana (2,4 %), Neumexiko (2,5 %), Oregon (1,1 %) und Washington (1,1 %).²

Die Zahlen haben in den vergangenen Jahren in einigen US-Staaten weiter zugenommen. In einigen anderen Staaten haben die offiziellen Zahlen der Gesundheitsministerien nach der generellen Legalisierung jedoch abgenommen, weil Patient:innen sich offenbar nicht mehr kostenpflichtig als Patient:innen registriert haben, sondern Quellen aus dem legalen Freizeitmarkt verwendet haben, um an ihre Medizin zu gelangen. Das gilt beispielsweise für Colorado und Oregon. Auch in Kanada nahm die Zahl der offiziell registrierten Cannabispatient:innen nach der generellen Legalisierung im Jahr 2018 ab.

Sollte das Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG) so verabschiedet werden wie geplant, so ist auch in Deutschland eine ähnliche (Fehl-)Entwicklung zu befürchten. Patient:innen werden den für sie dann (leider) einfacheren und zielführenderen Weg wählen, sich selbst zu therapieren und Cannabis entweder selber anbauen oder in einer Anbauvereinigung kaufen. Mehr noch: es ist sogar zu befürchten, dass Ärzt:innen ihre Patient:innen an Anbauvereinigungen verweisen, um den – in vielen Indikationen nur selten erfolgreichen - hohen bürokratischen Aufwand für eine cannabisbasierte Therapie zu Lasten der GKV zu vermeiden.

III. Zusammenfassung

Der ACM-Vorstand würde sich Veränderungen des MedCanG in einer Weise wünschen, die es ihm erlauben würden, sich mit den nicht-medizinischen Teilen des CanG gar nicht befassen zu müssen. Solche Veränderungen sind jedoch weder vorgesehen noch absehbar.

Der ACM-Vorstand begrüßt daher die Pläne der Bundesregierung zur Ermöglichung des Eigenanbaus von Cannabis allein oder gemeinsam in einer Anbauvereinigung. Viele Patient:innen, die gegenwärtig und zukünftig nicht durch das Gesundheitssystem versorgt werden, jedoch nach der Einschätzung ihres behandelnden Arztes oder ihrer behandelnden Ärztin eine solche Therapie benötigen, haben auf diese Weise eine weitere Option, legalen Zugang zu Cannabis zu erhalten bzw. aus der Illegalität herauszukommen und nicht länger strafrechtlich verfolgt zu werden.

¹ Cannabis Magazine vom 20. November 2022, abrufbar unter: <https://www.xn--4dbcyzi5a.com/%d7%94%d7%93%d7%95%d7%97-%d7%94%d7%97%d7%95%d7%93%d7%a9%d7%99-120000-%d7%9e%d7%98%d7%95%d7%a4%d7%9c%d7%99-%d7%a7%d7%a0%d7%90%d7%91%d7%99%d7%a1-%d7%a8%d7%a4%d7%95%d7%90%d7%99-%d7%91%d7%99%d7%a9%d7%a8/>

IACM-Informationen vom 3. Dezember 2022, abrufbar unter: <https://cannabis-med.org/de/bulletin/iacm-informationen-vom-3-dezember-2022#s2>

² <https://medicalmarijuana.procon.org/legal-medical-marijuana-states-and-dc/>

Wir sehen allerdings erhebliche Gefahren, die mit einer Verdrängung von Patient:innen in den Freizeitmarkt und die damit zwangsläufig einhergehende Selbsttherapie verbunden sind. Die ACM ist der Auffassung, dass eine Therapie mit cannabisbasierten Medikamenten ärztlich verordnet und überwacht – und nicht in Form einer Selbsttherapie - durchgeführt werden sollte.

Die ACM fordert daher deutliche Nachbesserungen im Cannabis als Medizin-Gesetz aus dem Jahr 2017 durch das neue MedCanG. Dies betrifft (1) die Beschränkung der Kostenübernahme auf schwerwiegende Erkrankungen, (2) die Anforderung, dass vor einer Therapie mit Cannabis-Medikamenten andere Therapien mit einem ungünstigeren langfristigen Risiko-Nutzen-Profil durchgeführt werden müssen, sowie (3) den Nachweis einer nicht ganz entfernt liegenden Aussicht auf Linderung einer spezifischen Symptomatik in Form von klinischen Daten.

Die ACM fordert bei den geplanten Möglichkeiten zum Eigenanbau, den spezifischen Belangen von Patient:innen Rechnung zu tragen. Dazu zählen insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung, die im Einzelfall über die im Gesetzentwurf vorgesehenen Mengenbegrenzungen hinausgehen kann sowie die Möglichkeit der Teilnahme am Straßenverkehr für Cannabispatient:innen, soweit der medizinische Bedarf durch eine entsprechende ärztliche Bescheinigung begründet und die Selbsttherapie ärztlich begleitet wird, so wie dies zwischen 2007 und 2017 im Rahmen der ärztlich begleiteten Selbsttherapie nach § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz bereits der Fall war.

Wir gehen an dieser Stelle ausdrücklich nicht ausführlich auf den nicht medizinischen Teil des CanG ein, da uns bekannt ist, dass dies andere Verbände tun wie etwa der Deutsche Hanfverband und der Bundesverband Cannabiswirtschaft.

IV. Grundsätzliche Position der ACM zum CanG

Die Position der ACM umfasst 4 Elemente:

1. Wir nehmen den Entwurf des CanG bzw. CanAnbauG grundsätzlich positiv auf, da diese auch zur Entkriminalisierung von Patient:innen beitragen können. Die Einschränkung des Eigenanbaus oder die Gründung von Anbauvereinigungen auf nicht-medizinische Zwecke, lehnen wir ab. Eigenanbau und Anbauvereinigungen wird es auch von Patient:innen geben.
2. Wir befürchten, dass die neu geschaffenen Optionen mit möglichen Risiken für die medizinische Versorgung von Patient:innen verbunden sind. Erfahrungen aus anderen Ländern haben gezeigt, dass die medizinische Verwendung von Cannabis nach der Umsetzung einer generellen Legalisierung von Cannabis für Erwachsene zurückgeht.
3. Um den spezifischen Belangen von Patient:innen gerecht zu werden, fordert die ACM Anpassungen des Gesetzentwurfes für diese Personengruppe im CanG. Allerdings ist grundsätzlich zu hinterfragen, ob nicht Anpassungen etwa hinsichtlich der maximalen Menge, die Bundesbürger:innen nach dem neuen Gesetz besitzen dürfen, oder hinsichtlich von Abstandsgeboten sinnvoll und erforderlich sind, damit das Gesetz nicht zu bürokratisch und lebensnaher gestaltet wird.
4. Wir begrüßen grundsätzlich Verbesserungen der aktuellen rechtlichen Situation durch das MedCanG und insbesondere die Herausnahme cannabisbasierter Medikamente aus dem Betäubungsmittelgesetz. Insgesamt halten wir die vorgesehenen Veränderungen aber für völlig unzureichend.

1. Positive Aspekte des geplanten Cannabis Anbaugesetzes (CanAnbauG) für Patient:innen

Element 1 der ACM-Position: Der ACM-Vorstand begrüßt die Pläne der Bundesregierung zur Ermöglichung des Eigenanbaus von Cannabis allein oder gemeinsam in einer Anbauvereinigung nach dem CanAnbauG. Viele Patient:innen, die gegenwärtig und zukünftig nicht durch das Gesundheitssystem versorgt werden, jedoch nach der Einschätzung ihres behandelnden Arztes oder ihrer behandelnden Ärztin eine solche Therapie benötigen, haben auf diese Weise eine weitere Option, aus der Illegalität und Kriminalisierung ihrer Selbstmedikation herauszukommen.

Begründung: Bisher ist nicht geplant, dass Cannabis als Medizin-Gesetz aus dem Jahr 2017 durch das MedCanG so anzupassen, dass alle Patient:innen, die nach Auffassung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes eine solche Therapie benötigen, diese auch erhalten werden. Anträge auf eine Kostenübernahme werden nach den vorliegenden öffentlichen Zahlen der Krankenkassen entgegen des Gesetzes (§ 31 Abs. 6 SGB V) nicht nur „in Ausnahmefällen“ abgelehnt. Zudem sind die Kriterien für eine Kostenübernahme im Gesetz so restriktiv gefasst, dass viele Patient:innen dauerhaft keine Aussicht auf eine Kostenübernahme durch ihre gesetzliche oder private Krankenkasse haben und oft nicht die finanziellen Mittel, die Kosten entsprechender Präparate aus der Apotheke selbst zu tragen.

Daher begrüßen wir Möglichkeiten, dass solche Patient:innen eine Option erhalten, sich außerhalb des Gesundheitssystems, jedoch bestenfalls begleitet von einer Ärztin oder einem Arzt, selbst therapieren zu können. Besser wäre es jedoch, wenn Patient:innen nicht auf diese Optionen zurückgreifen müssten, sondern innerhalb des Gesundheitssystems medizinisch versorgt würden.

2. Mögliche Risiken des CanAnbauG für die medizinische Versorgung von Patient:innen

Element 2 der ACM-Position: Wir sehen mögliche Risiken, die mit einer Verdrängung von Patient:innen in den Freizeitmarkt und in die Selbsttherapie verbunden sind. Die ACM ist der Auffassung, dass eine medizinische Therapie möglichst durch Ärzt:innen durchgeführt werden sollte. Die ACM fordert in diesem Zusammenhang deutliche Nachbesserungen beim Cannabis als Medizin-Gesetz aus dem Jahr 2017.

Begründung: Offizielle Zahlen aus Kanada und einigen Staaten der USA wie etwa Colorado zeigen, dass die Zahl der offiziellen Cannabispatient:innen nach der generellen Legalisierung für den Freizeitkonsum von Cannabis – in Kanada im Jahr 2018 – gesunken ist, nachdem die Zahlen zuvor jährlich deutlich angestiegen waren. Daraus kann geschlossen werden, dass viele Patient:innen in den Markt für Konsumcannabis und in die Selbsttherapie ausgewichen sind. Wir sehen bereits heute in Deutschland Anzeichen dafür, dass dies auch hierzulande der Fall sein wird, falls diesem Trend nicht entschlossen entgegengetreten wird. So sind der ACM Aussagen von Patient:innen bekannt geworden, nach denen ihre Ärzt:innen bereits mitgeteilt haben, dass sie sich mit dem bürokratischen Aufwand einer Cannabistherapie nicht mehr befassen möchten und ihre Patient:innen auf die Möglichkeiten des Freizeitkonsums bzw. auf Eigenanbau und Anbauvereinigungen verwiesen haben.

Üblicherweise gehen Patient:innen bei gesundheitlichen Problemen zu ihrem Arzt oder ihrer Ärztin, lassen sich dort beraten, erhalten möglicherweise ein Rezept für ein Medikament und lösen dies in der Apotheke ein. Cannabisbasierte Medikamente sind wirksame Medikamente mit potenziell starken Wirkungen und Nebenwirkungen. Zudem sind Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

möglich. Aus diesem Grund ist die ACM der Auffassung, dass eine Therapie mit cannabisbasierten Medikamenten – vergleichbar anderen Medikamenten - durch Ärzt:innen durchgeführt werden sollte.

3. Anpassung des CanAnbauG an spezifische Belange von Patient:innen

Element 3 der ACM-Position: Die ACM fordert bei den geplanten Möglichkeiten zum Eigenanbau nach dem CanG, den spezifischen Belangen von Patient:innen Rechnung zu tragen. Dazu zählen insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung, die im Einzelfall über die im Gesetzentwurf vorgesehenen Mengengrenzungen hinausgehen kann, die Möglichkeiten der Einnahme ihrer Medikamente im öffentlichen Raum sowie die Möglichkeit der Teilnahme am Straßenverkehr für Cannabispatient:innen, soweit der medizinische Bedarf durch eine entsprechende ärztliche Bescheinigung begründet und die Selbsttherapie ärztlich begleitet wird, so wie dies zwischen 2007 und 2017 bei der ärztlich begleiteten Selbsttherapie nach § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz bereits der Fall war.

Begründung: Bisher differenziert der Gesetzentwurf nicht zwischen dem Eigenanbau für den Freizeitkonsum und für die medizinische Verwendung. Diese Differenzierung ist jedoch erforderlich, wenn das CanG keine generellen Nachbesserungen hinsichtlich der maximal zu besitzenden Cannabis Mengen, der anzubauenden Maximalzahl von Cannabispflanzen, der Abstandsgebote zum öffentlichen Cannabiskonsum und weiterer bürokratischer Hemmnisse erfährt. Die Versorgung von Patient:innen mittels Eigenanbau oder in Anbauvereinigungen muss den individuellen Belangen eines jeden Patienten und einer jeden Patientin hinsichtlich des Tages- bzw. Monatsbedarfs Rechnung tragen. Zwar werden viele Patient:innen mit einer Obergrenze von 50 g pro Monat oder 3 Pflanzen pro Jahr ausreichend behandelt sein, es gibt jedoch Patient:innen, die einen höheren Bedarf haben, um ihre gesundheitlichen Leiden ausreichend zu lindern. Dem muss der Gesetzgeber Rechnung tragen. Die Obergrenze für Patient:innen sollte vom behandelnden Arzt und der behandelnden Ärztin individuell bestimmt und gegebenenfalls im Laufe der Therapie auch angepasst werden können.

Nach § 24 A Straßenverkehrsgesetz dürfen Fahrzeugführer nicht am Straßenverkehr teilnehmen, wenn THC in einer Konzentration von mehr als 1 ng/ml Blutserum nachgewiesen wird. Nach der Fahrerlaubnisverordnung schließt regelmäßiger Cannabiskonsum die Teilnahme am Straßenverkehr aus. Patienten, die nach einer entsprechenden ärztlichen Empfehlung Cannabis selbst anbauen oder im Rahmen einer Anbauvereinigung erwerben, sollten Patient:innen gleichgestellt werden, die zwischen 2007 und 2017 eine Erlaubnis nach § 3 Abs. 2 zur ärztlich begleiteten Selbsttherapie mit Cannabisblüten oder Cannabisextrakten aus der Apotheke erhielten. Der Leiter der Bundesopiumstelle, Dr. Peter Cremer-Schaeffer hatte dem damaligen Vorsitzenden der ACM, Dr. Franjo Grotenhermen, in einem Schreiben am 7.2.2011 mitgeteilt: „Aus klinischer Sicht ist die ärztlich begleitete Selbsttherapie mit Cannabis, zumindest sobald eine gleichbleibende Dosierung erreicht ist, bezüglich der möglichen Auswirkungen auf die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs der Therapie mit einem verschriebenen Arzneimittel vergleichbar. Cannabis wird in diesen Fällen als Arzneimittel angewendet, der Arzt hat eine Dosierungsempfehlung abgegeben und der Patient wendet Cannabis bestimmungsmäßig an. Lediglich eine Verschreibung liegt nicht vor.“

Viele Cannabispatienten haben in den vergangenen Jahren ihren Führerschein und damit häufig auch ihre berufliche Existenz verloren, weil die medizinische Verwendung von Cannabis von Führerscheinstellen und Begutachtungsstellen (MPU-Stellen) nicht so behandelt wird wie die Verwendung anderer Medikamente, obwohl dies vom Gesetzgeber so vorgesehen war. Dies ist nicht nur für jeden ein-

zelen Betroffenen ein schwerer unbegründeter Schicksalsschlag, sondern auch gesamtgesellschaftlich problematisch, da dies den Arbeitskräftemangel in Deutschland verschärft und soziale Transferleistungen vergrößert. Verlieren Patient:innen ihren Führerschein, so werden aus Steuerzahlern häufig Empfänger von Bürgergeld.

4. Verbesserungen des Cannabis als Medizin-Gesetzes durch das MedCanG

Element 4 der ACM-Position: Die ACM begrüßt geplante Verbesserungen der rechtlichen Situation von Cannabispatienten durch das MedCanG, darunter insbesondere die Herausnahme von Medizinalcannabis aus dem Betäubungsmittelgesetz. Allerdings sind diese Verbesserungen unzureichend. Die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme von Medizinalcannabis müssen grundsätzlich auf den Prüfstand gestellt werden.

Begründung: Erfahrungen mit der Kostenübernahme einer Cannabistherapie durch die GKV oder PKV zeigen, dass alle 3 Voraussetzungen für eine Kostenerstattung Gegenstand von gerichtlichen Auseinandersetzungen vor den Sozialgerichten waren, häufig mit einem ungünstigen Ausgang für den jeweils betroffenen Patienten oder die betroffene Patientin, weil der rechtliche Rahmen des § 31 Abs. 6 SGB V den Interessen dieser Patient:innen durch zu starke Restriktionen zuwiderläuft.

Diese Restriktionen betreffen insbesondere 2 Voraussetzungen. Zum einen muss eine Krankheit schwerwiegend sein und zum anderen müssen Standardtherapien ausgeschöpft sein oder können nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Arztes nicht zur Anwendung kommen. Medikamente auf Cannabisbasis werden jedoch häufig auch bei Erkrankungen eingesetzt, die nicht schwerwiegend sind. Viele Patient:innen mit chronischen, nicht schweren Erkrankungen erleben durch die Verwendung von cannabisbasierten Medikamenten eine deutliche Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation, was mit deutlichen Verbesserungen der beruflichen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität einhergeht. Auch diese Patient:innen benötigen eine finanzierbare angemessene gesundheitliche Versorgung, die bisher nicht geplant und nicht einmal angedacht ist. Zum anderen ist es häufig nicht zumutbar, dass Patient:innen gezwungen sind, vorrangig Medikamente einzunehmen, die mittel- oder langfristige ein deutlich ungünstigeres Risiko-Nutzen-Verhältnis aufweisen als cannabisbasierte Medikamente. Dies gilt beispielsweise für Opiate in der Schmerztherapie, für Neuroleptika bei einigen psychiatrischen Erkrankungen und Immunsuppressiva wie Cortison oder Biologika bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen. Viele Patient:innen und ihre Behandler:innen verzichten daher auf einen Antrag auf eine Kostenübernahme, da sie nicht bereit sind, die möglichen gesundheitlichen Risiken (Opiatabhängigkeit, schwere Infektionen, etc.) einer Therapie mit entsprechenden Medikamenten auf sich zu nehmen. Auch für diese Patientengruppen sind bisher Lösungen weder geplant noch angedacht.

V. Kritikpunkte am Entwurf zum CanAnbauG (Artikel 1 des CanG)

An dieser Stelle sollen einige Kritikpunkte zum nicht medizinischen Konsum benannt werden (Artikel 1, CanAnbauG), ohne Anspruch auf eine detaillierte Analyse und Vollständigkeit, da uns bekannt ist, dass andere Verbände, die sich im Gegensatz zur ACM auch mit dem Freizeitkonsum von Cannabis befassen, dies in umfassender Weise planen.

Zu § 1: Begriffsbestimmungen

Die Begriffe **Marihuana** und **Haschisch** sollten nicht in einem Gesetz zu Cannabis in Europa verwendet werden. Bei dem Wort Marihuana handelt sich um einen rassistisch geprägten Begriff. In den USA hat als erstes der Bundesstaat Washington im Jahr 2022 diesen Begriff aus allen Gesetzen entfernt.³ „Im sogenannten Revised Code wird die Droge nicht mehr als "Marihuana" bezeichnet, sondern als "Cannabis". Hintergrund sei ein rassistischer und abwertender Zusammenhang mit dem Begriff. Obwohl die beiden Wörter heutzutage mehr oder weniger synonym verwendet werden, gab es in den USA eine Zeit, in der das exotischer klingende spanische Wort "Marihuana" verwendet wurde, um weißen Amerikanern in einer Zeit zunehmender Fremdenfeindlichkeit die fremde Herkunft der Droge zu verdeutlichen.“ Anstatt die beiden unwissenschaftlichen Begriffe Marihuana und Haschisch zu verwenden, schlägt die ACM Cannabisblüten und Cannabisharz vor.

Der Begriff **Werbung** ist zu undeutlich definiert. Die aktuelle Definition könnte zu Konflikten führen, wie sie aus anderen gesundheitlichen Bereichen bekannt ist, wie etwa das Verbot der Werbung für Schwangerschaftsabbrüche. Es muss die Möglichkeit geben, auf die Existenz von Anbauvereinigungen oder die geplante Gründung auf Internetseiten, in Newslettern oder in den sozialen Medien hinzuweisen.

Wir schlagen vor, dass auch der Begriff **Patient:in** definiert wird. Ein Patient/eine Patientin ist eine Person, die nach Auffassung eines Arztes/einer Ärztin eine medizinische Behandlung einer Erkrankung bzw. eines Symptoms benötigt. Im Kontext mit der Verwendung von Cannabis sind Patient:innen Personen, die nach Auffassung eines Arztes/einer Ärztin eine Therapie mit cannabisbasierten Medikamenten benötigen.

§ 3 (Erlaubter Besitz von Cannabis)

Es muss sichergestellt sein, dass Personen, die Eigenanbau betreiben, mehr als 25 g Cannabis besitzen dürfen, nämlich die geerntete Menge an Cannabisblüten und Cannabisharz. Zudem muss sichergestellt werden, dass Patient:innen größere monatliche Mengen als 50 g erhalten dürfen, unabhängig davon, ob dies aus dem Eigenanbau oder aus einer Anbauvereinigung stammt.

§ 4 (Einfuhr von Cannabisamen)

Aufgrund der Tatsache, dass in anderen europäischen Ländern auch Cannabisstecklinge gehandelt werden, schlägt die ACM vor, das Gesetz um die Möglichkeit der Einfuhr von Cannabisstecklingen zu erweitern.

§ 5 (Konsumverbot)

Es muss sichergestellt sein, dass Personen, die Cannabis aus medizinischen Gründen benötigen, weiterhin auch außerhalb ihrer Wohnung im öffentlichen Raum ihr Medikament einnehmen dürfen. Selbstverständlich müssen Patient:innen ihr Medikament zu Hause auch einnehmen dürfen, wenn Kinder im Haushalt leben.

³ <https://www.heute.at/s/wegen-rassismus-marihuana-aus-gesetzbuch-gestrichen-100204843>

§9 (Anforderungen an den privaten Eigenanbau zum Eigenkonsum)

Eine erlaubte Anbaumenge von drei Pflanzen ist in mehrfacher Hinsicht unzureichend. Dies betrifft Fragen des medizinischen Bedarfs, der Raumaufteilung und des Anbaus, wie z.B. Pflanzenvermehrung mittels Schnitt von Stecklingen.

§ 11 (Erlaubnispflicht)

Es muss klarer geregelt werden, wie häufig Anbauvereinigungen den Behörden Änderungen mitteilen müssen und welche Änderungen mitgeteilt werden müssen. Es kann beispielsweise nicht im Sinne einer reduzierten Bürokratie sein, wenn Anbauvereinigungen beispielsweise gezwungen sein könnten, regelmäßig in kurzen Abständen Meldungen über Änderungen der Mitgliederzahl vorzunehmen.

§ 12 (Versagung der Erlaubnis)

Es sollte kleineren Anbauvereinigungen erlaubt sein, ohne größeren Kapitalaufwand eventuell verfügbare Anbauflächen innerhalb der Wohnung eines Mitglieds zu nutzen, sofern diese geeignet ist und keine unzumutbaren Störungen und Belästigungen für z.B. andere Mieter:innen verursacht.

Da viele Cannabispatient:innen Straftaten, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, begangen haben, sollten diese dennoch Vorstandsmitglieder einer Anbauvereinigung sein dürfen. Ausnahmen könnten besonders schwerwiegende Delikte sein. Viele Patient:innen und viele Cannabiskonsumt:innen wurden im Laufe der vergangenen Jahre wegen unerlaubten Besitzes oder anderer kleiner Straftaten wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz verurteilt.

§ 13 (Inhalt der Erlaubnis)

Da es sich um ein Naturprodukt handelt, ist es grundsätzlich nicht möglich, die voraussichtlich geerntete Menge exakt vorauszusagen. Daher ist es gut, dass auch nachträgliche Änderungen möglich sind.

Da im Allgemeinen von der Mitgliederzahl auf die maximal angebauten Mengen eine Anbauvereinigung geschlossen werden kann – bei einem maximalen monatlichen Besitz von 50 g – muss diese maximale Menge für Anbauvereinigungen von Patient:innen bei Bedarf nach oben angepasst werden dürfen. Gerade Patient:innen, die relativ große Mengen an Cannabis benötigen, haben große Schwierigkeiten, einen Arzt zu finden, der bereit ist, ein Kostenübernahmeantrag zu unterstützen, einen Kostenübernahmeantrag von der Krankenkasse tatsächlich zu erhalten und selbst im positiven Falle einer Kostenübernahme dann einen verschreibenden Arzt oder Ärztin zu finden.

§ 17 (Anforderungen an den gemeinschaftlichen Eigenanbau von Cannabis)

Die ACM hält es für unrealistisch, dass die vielen bürokratischen Auflagen, die Anbauvereinigungen erfüllen sollen, allein ehrenamtlich oder mit der Unterstützung von geringfügig Beschäftigten geleistet werden können. Zudem müssen wir davon ausgehen, dass die meisten Mitglieder der Anbauvereinigung keine Erfahrung mit dem Anbau von Cannabis und dem Umgang mit hohen behördlichen Anforderungen haben. Es wird nötig sein, voll erwerbstätige Personen anzustellen, um den Anforderungen an die Anbauvereinigungen gerecht zu werden.

Es wird kaum möglich sein, mit ehrenamtlichen Personen einen Überblick zu behalten, wer von den vielen 100 Mitgliedern welche Aufgabe beim Anbau und anderen Anforderungen hat. Hat der Gesetzgeber die Vorstellung, dass mehrere Hundert Personen genau wissen, wo der Anbau stattfindet? Diese Personen haben Bekannte und Verwandte, die dann ebenfalls von der Örtlichkeit erfahren. Der Anbau sollte möglichst so stattfinden, dass der Ort des Anbaus möglichst wenigen Personen bekannt ist.

Es wird eine gute fachliche Praxis erwartet. Sicherlich wird es Personen in Anbauvereinigungen geben, die eine solche fachliche Praxis umsetzen können. Bei der Mehrzahl der Mitglieder wird dies vermutlich jedoch nicht der Fall sein. Sie benötigen zumindest eine professionelle Anleitung und Überwachung.

§ 19 (Kontrollierte Weitergabe von Cannabis)

Es wird nicht möglich sein, allein durch ehrenamtliche, unterstützt von geringfügig Beschäftigten, diese Anforderungen beispielsweise an eine strikte Kontrolle der Weitergabe von Cannabis zu erfüllen.

Es muss die Möglichkeit geben, Cannabis an die Mitglieder der Anbauvereinigung zu verschicken. Dies ist insbesondere in ländlichen Gegenden erforderlich, um unnötige Fahrten zu vermeiden. Das Thema betrifft auch wenig mobile und schwer erkrankte Patient:innen.

Wenn die Möglichkeit besteht, dass Anbauvereinigungen 7 Stecklinge an Privatpersonen zum Eigenanbau abgeben dürfen, so macht es keinen Sinn, die Zahl der maximalen Pflanzen auf 3 zu begrenzen. Allerdings werden Stecklinge im vorgelegten Gesetzentwurf nicht einhellig definiert. Mal werden sie als Jungpflanzen bezeichnet, mal gehören sie nicht zur Definition von Cannabis, werden also nicht als Pflanzen betrachtet.

VI. Kritikpunkte am Entwurf zum MedCanG (Artikel 2 des CanG)

Die ACM befürwortet ein medizinisches Cannabisgesetz, das es überflüssig macht, dass sich Patient:innen gemäß Art. 1 des CanG Cannabis selbst anbauen oder sich in Anbauvereinigungen zusammenschließen müssen. Daher sollte das MedCanG genutzt werden, den Zugang von Patient:innen zu einer Therapie mit medizinischem Cannabis zu erleichtern.

1. Vorschriften für Betäubungsmittel streichen

Die ACM begrüßt die Herausnahme von Cannabis aus dem Betäubungsmittelgesetz. Dies reduziert die Bürokratie sowie für Betäubungsmittel übliche Sicherungsmaßnahmen bei der ärztlichen Therapie, bei der Abgabe von cannabisbasierten Medikamenten in der Apotheke, bei der Produktion entsprechender Medikamente und ihrem Handel sowie bei der Erforschung ihres therapeutischen Potenzials. Konsequenterweise sollten alle Vorschriften, die sich ursprünglich auf Betäubungsmittel beziehen, entfallen. Dies gilt insbesondere für § 21 (Sicherungsanordnung).

2. Forschung fördern

Da Cannabis aus dem Betäubungsmittelgesetz herausgenommen werden soll, sollte der Hinweis in § 4, dass eine Erlaubnis für Cannabis zu medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken „nur ausnahmsweise“ erteilt werden kann, entfallen. Im Gegenteil: Die öffentliche Hand sollte ausdrücklich die Erforschung des medizinischen Einsatzes von Cannabis fördern. Zudem gibt es keinen Grund, an der strengen Regelung für Betäubungsmittel nach § 3 Betäubungsmittelgesetz festzuhalten.

Die ACM begrüßt, dass “die medizinische, biologische und pharmazeutische Forschung an der Cannabispflanze, deren Stoffe und Zubereitungen” gestärkt werden sollen. Leider fehlt es an konkreten Maßnahmen, wie diese Stärkung der Forschung erfolgen soll. Langfristig ist eine allgemeine Akzeptanz des medizinischen Nutzens von Cannabis und Cannabinoiden nur gewährleistet, wenn die Forschung zweifelsfrei bei verschiedenen Indikationen Wirksamkeit und Sicherheit nachweist.

Zur Förderung der Forschung schlägt die ACM vor:

A) Die Einrichtung eines staatlichen Forschungsförderungsprogramms zur Erforschung der Wirksamkeit und Sicherheit von Cannabis und Cannabinoiden.

B) Die Einrichtung eines medizinischen Registers, das Cannabispatienten unabhängig von Indikation und Kostenübernahme anonymisiert einschließt. Vorbild könnte hier das britische Register für medizinisches Cannabis sein.

C) Die Einrichtung einer staatlich geförderten Forschungsgruppe zu Cannabis und Cannabinoiden. Auch hier könnte Großbritannien als Vorbild dienen mit der Forschungsgruppe zu Cannabis am Imperial College in London. Publikationen dieser Forschergruppe finden sich in den IACM-Informationen (<https://cannabis-med.org/de/bulletin>) beispielsweise unter dem Suchbegriff „Imperial College“.

3. Therapiehoheit der Behandler:innen stärken

Durch das MedCanG sollte die Therapiehoheit von Ärzt:innen gestärkt werden. Dazu sind folgende Maßnahmen erforderlich:

A) Ärzt:innen sollen darüber entscheiden, welche cannabisbasierten Medikamente im konkreten Fall eingesetzt werden sollen. Aus medizinischer Sicht macht es keinen Sinn, eine Ungleichbehandlung von Fertigarzneimitteln, standardisierten Cannabisextrakten und standardisierten Medizinalcannabisblüten vorzunehmen. Eine Nachrangigkeit von Medizinalcannabisblüten gegenüber Extrakten bzw. eine Nachrangigkeit von Cannabisblüten und Extrakten gegenüber Fertigarzneimitteln ist aus medizinischer Sicht nicht begründbar.

B) Ärzt:innen sollen cannabisbasierten Medikamente nicht nur bei schwerwiegenden Erkrankungen verschreiben können, sondern auch bei anderen Erkrankungen, bei denen medizinisches Cannabis Symptome reduzieren, die Lebensqualität verbessern sowie die berufliche Leistungsfähigkeit ermöglichen kann. Auch bei diesen Indikationen sollen die Krankenkassen cannabisbasierte Medikamente erstatten. Das MedCanG sollte genutzt werden, um den § 31 Abs. 6 SGB V entsprechend zu ändern und das Wort „schwerwiegend“ ersatzlos streichen.

C) Eine Kostenübernahme durch die GKV sollte auch erfolgen, wenn Cannabis nach einer begründeten Nutzen-Risiko-Abwägung auch unter Aspekten einer langfristigen Behandlung anderen Therapieverfahren überlegen ist. Mögliche Beispiele sind das größere Abhängigkeitspotenzial von Opiaten in der Schmerztherapie, die möglichen langzeitigen Nebenwirkungen immunsupprimierender Medika-

mente wie etwa Cortison und Biologika bei chronisch-entsinnlichen Erkrankungen sowie therapierefraktäre Bewegungsstörungen nach der Einnahme von Neuroleptika bei psychiatrischen Erkrankungen. § 31 Abs. 6 SGB V ist entsprechend zu ändern.

D) Ärzt:innen, die cannabisbasierte Medikamente verschreiben, sollen nicht durch die Androhung von Regressen in ihrer Therapiehoheit beschnitten werden. Daher ist ein umfassender Schutz vor Regressen aufgrund mangelnder Wirtschaftlichkeit sicherzustellen.

4. Konsumeinschränkungen für Patient:innen vermeiden

Der aktuelle Gesetzentwurf reduziert die Rechte von Patient:innen bei der Einnahme ihres Medikaments. Grundsätzlich fordert die ACM daher, dass die Einnahme von cannabisbasierten Medikamenten so behandelt wird wie die Einnahme anderer Medikamente. Dazu wird kein Lex Medizinalcannabis benötigt.

A) Nach § 24 MedCanG gilt das Konsumverbot gemäß § 5 CanAnbauG auch für Personen, die Cannabis aus medizinischen Gründen inhalieren. Dies stellt eine unnötige Diskriminierung von Cannabispatient:innen gegenüber anderen Patient:innen dar. Die ACM fordert daher die ersatzlose Streichung von § 24 MedCanG.

B) Patient:innen werden zudem bei den Änderungen des Bundesnichtraucherschutzgesetzes und der Arbeitsstättenverordnung nach CanG diskriminiert. Die Anwendbarkeit des Konsumverbots in Anwesenheit von Minderjährigen oder in der Öffentlichkeit gem. § 5 Abs. 2 CanAnbauG auf Patient:innen wird unter anderem damit begründet, dass Kinder und Jugendliche den medizinischen Konsum nicht vom nicht-medizinischen Konsum unterscheiden könnten. Dies gilt jedoch grundsätzlich auch für andere Medikamente, die als Tabletten oder in Spitzenform (z.B. Diabetiker) verwendet werden. Selbstverständlich müssen auch Eltern cannabisbasierte Medikamente einnehmen können, auch wenn Kinder im gemeinsamen Haushalt leben.

5. Cannabispatient:innen nicht länger diskriminieren

Leider werden Cannabispatient:innen im Vergleich zu Patientinnen, die andere Medikamente oder andere Therapien erhalten, weiterhin vielfach diskriminiert. Dies betrifft beispielsweise die Arztsuche und den Umgang von Führerscheinstellen mit dieser Patientengruppe. Die Beendigung bzw. Reduzierung dieser Diskriminierung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Legislative und die Exekutive können allerdings dazu beitragen, dass diese Diskriminierungen möglichst reduziert und nicht befördert werden. Dies impliziert die rechtliche Gleichbehandlung von cannabisbasierten Medikamenten und anderen Medikamenten.

A) Die ACM fordert die ersatzlose Streichung der an das Betäubungsmittelgesetz angelehnten Strafvorschrift für unvollständige Angaben zum Erlangen einer Verschreibung in § 26 MedCanG. Anders als das Betäubungsmittelrecht kennt das Arzneimittelrecht keine vergleichbare Vorschrift, nach der das Erschleichen einer Arzneimittelverschreibung strafbewehrt wäre. Es besteht ein ausreichender Schutz vor der unkontrollierten Abgabe cannabisbasierter Medikamente, da der § 26 MedCanG die Abgabe ohne ärztliche Verschreibung unter Strafe stellt.

B) Patient:innen sollen nicht mehr einen Kostenübernahmeantrag für die Verwendung von cannabisbasierten Medikamenten zu Lasten der GKV oder PKV stellen müssen.

C) Die Bundesregierung sollte darauf einwirken, dass Cannabispatient:innen nach dem § 24 A Straßenverkehrsgesetz und nach der Fahrerlaubnisverordnung in Anlage 4 Nummer 9.4 zum Missbrauch von Arzneimitteln so behandelt werden wie Patient:innen, die Medikamente einnehmen, die potenziell die Fahrsicherheit und Fahreignung beeinträchtigen bzw. missbraucht werden können. Möglicherweise reicht dazu eine entsprechende Klarstellung, um vielfach willkürlich anmutende Sanktionen durch Fahrerlaubnisbehörden und Begutachtungsstellen zu vermeiden und Rechtssicherheit zu schaffen.

Im Namen des Vorstands der ACM



Professorin Dr. med. Kirsten Müller-Vahl
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. F. Grotenhermen
Geschäftsführer, 2. Vorsitzender