

Positionspapier zur Reform der Regulierung von Medizinalcannabis

Landesarbeitsgemeinschaft Drogenpolitik Berlin BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Am 10.03.2017 brachte das Gesetz für die regulierte Abgabe von Cannabis als Medizin große Fortschritte für Patient*innen in Deutschland, für die Cannabis bei zahlreichen Indikationen zu deutlichen Linderungen von Beschwerden führt. Neben einer Symptomverbesserung bei Schmerzen und Spastik konnte der Einsatz von Cannabis/Cannabinoiden auch bei zahlreichen anderen Indikationen eine deutliche Linderung der Beschwerden herbeiführen. Zudem ist die Gefährdung der Patient*innen durch Cannabis/Cannabinoide sehr gering: trotz einer relativ breiten Verwendung ist es weder zu schwerwiegenden Komplikationen noch zu Todesfällen gekommen. Stattdessen hat sich gezeigt, dass eine Therapie mit Cannabis/Cannabinoiden im Vergleich zu anderen Arzneimitteltherapien häufig viel geringere Nebenwirkungen aufweist. Obendrein können aufgrund der Wirkungsverstärkung durch Cannabis/Cannabinoide nebenwirkungsintensive Arzneimittel wie Psychopharmaka und Opiate in ihrer Dosis reduziert, zum Teil sogar ganz abgesetzt werden. Die Möglichkeit einer Therapie mit Cannabis/Cannabinoiden stellt also insgesamt einen klaren Zugewinn für die Lebensqualität der Patient*innen dar.

Trotzdem wird den Patient*innen der Zugang zu medizinischem Cannabis/Cannabinoiden nach wie vor erheblich erschwert. Immer noch werden etwa 40% der Anträge auf Kostenübernahme von den Krankenkassen abgelehnt, und damit die Patient*innen in einigen Fällen genötigt, stark überhöhte Honorare an Privatärzt*innen zu bezahlen, aus Kostengründen auf den Schwarzmarkt auszuweichen, oder in den illegalen Eigenanbau getrieben werden.

Es gibt Stimmen, die Cannabisblüten als Therapieoption streichen wollen. Gerade vor dem Hintergrund der geplanten Legalisierung von Cannabis als Genussmittel muss der Einsatz von Medizinal-Cannabisblüten und -Cannabisextrakten konsolidiert und die Versorgung dauerhaft sichergestellt werden.

Nach fünf Jahren wurde die wissenschaftliche Begleiterhebung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hierzu wie geplant am 31.03.2022 abgeschlossen, eine Evaluation des Gesetzes ist in Arbeit. Es ist also höchste Zeit, die Rahmenbedingungen zu überdenken und unnötige Hürden abzubauen!

Hierzu setzen wir uns für folgende Reformen ein:

- 1. Medizinalcannabis soll für alle Patientinnen und Patienten, die es nach ärztlicher Einschätzung benötigen, zugänglich werden. Die Begrenzung der Kostenübernahme bei gesetzlich Versicherten auf "schwerwiegende Erkrankungen" soll hierzu aufgehoben werden. Zumindest bis zur Erreichung dieser Ziele soll der Anbau zum Eigenbedarf für Patient*innen ohne Kostenerstattung nicht mehr bestraft werden.**

Begründung: Wer medizinisches Cannabis selbst zahlt, muss nicht schwer erkrankt sein, um es auf Privatrezept zu erhalten. Für Cannabis auf Kassenrezept gilt die in § 31 Abs. 6 SGB V geregelte Begrenzung für die Kostenerstattung durch die Krankenkassen. Sie stellt eine erhebliche Hürde dar und erhöht den Aufwand der Genehmigungsverfahren, da zunächst nachgewiesen werden muss, dass es sich um eine schwerwiegende Erkrankung handelt. Zudem schließt dies von vornherein Cannabis als Therapieoption aus, wenn die Erkrankung nicht als schwerwiegend gilt. Beispielsweise bei ADHS führte dies dazu, dass der Anteil der Patienten mit Kostenerstattung seit der gesetzlichen Neuregelung 2017 von 14 auf 1 % abnahm. Auch erschwert dies die Verschreibung in Fällen, in denen Cannabis möglicherweise dazu beitragen könnte, einen schwerwiegenden Verlauf zu verhindern, wie beispielsweise in der Remissionsphase bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen. Im Streitfall müssen zudem Betroffene per Gerichtsprozess entscheiden lassen, ob eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt.

Ein breiterer Einsatz könnte durch eine verbesserte wissenschaftliche Begleiterhebung (siehe Punkt 15) begleitet werden, nach der über die dauerhafte Erstattungsfähigkeit entschieden werden könnte. Zu dieser Forderung gehört auch, dass, solange der Genehmigungsvorbehalt noch besteht (siehe Punkt 4), keine Vorlage von Studien zur Wirksamkeit erforderlich ist, wenn die Cannabistherapie ärztlich begründet wird. In Verbindung mit einer verbesserten wissenschaftlichen Begleiterhebung (Punkt 15) kann so den Patient*innen geholfen und zugleich neue Erkenntnisse gewonnen werden. Schließlich sollte die Wirksamkeit der Medizin im Vordergrund stehen. Zudem werden viele Medikamente Off-Label (also außerhalb des von den Arzneimittelbehörden zugelassenen Gebrauchs) verordnet.

Des Weiteren sollten, solange der Genehmigungsvorbehalt noch besteht, hierbei auch die Erfahrungen der Patient*innen mit Cannabis, beispielsweise durch eine vorangegangene Verordnung auf Privatrezept berücksichtigt werden. Vorheriger Cannabiskonsum sollte nicht grundsätzlich als Kontraindikation ausgelegt werden. Solange diese Ziele nicht erreicht sind, sollten Patient*innen mit einer ärztlichen Empfehlung/Bescheinigung, dass eine Cannabistherapie notwendig ist, nicht mehr strafrechtlich wegen des Eigenanbaus von Cannabis verfolgt werden. Es gibt keinen sinnvollen Grund zur Bestrafung von Menschen, die sich für den Erhalt ihrer Gesundheit einsetzen.

2. Cannabis sollte als Erstlinientherapie ("Firstline-Therapie") eingesetzt werden können

Begründung: In den letzten fünf Jahren hat sich gezeigt, dass Cannabis in vielen medizinischen Einsatzgebieten Beschwerden lindern und die Lebensqualität verbessern kann. Da es zugleich in einigen Fällen deutlich weniger und mildere Risiken & Nebenwirkungen zeigt als klassische Therapeutika, sollte es als Erstlinientherapie eingesetzt werden können, wenn es Ärzt*innen im Einvernehmen mit den Patient*innen als die sinnvollste Therapieoption erachten.

3. Die Therapie mit Cannabisblüten soll dauerhaft erhalten bleiben.

Begründung: Cannabisblüten stellen bei verschiedenen Indikationen und Krankheitsbildern eine wichtige Therapieoption dar. Der schnelle Wirkungseintritt bei der inhalativen Anwendung von Cannabisblüten ist relevant, beispielsweise um zügig auf Schmerzspitzen oder Spastiken bei MS zu reagieren. Extrakte hingegen sind bei bestimmten Magen-Darm-Problemen ggfs. nicht anwendbar. Die Wirksamkeit von Blüten ist teils anders und laut Begleiterhebung zudem besser als die von Extrakten. Bei Blüten können zudem positive Effekte durch das olfaktorische Gedächtnis (Stichwort: "Aromatherapie") auftreten. Am Wirkstoffgehalt gemessen sind Blüten zudem etwas preisgünstiger als Extrakte. Der Entourage-Effekt beschreibt das Zusammenwirken unterschiedlicher Wirkstoffe der Cannabispflanze, das medizinische Effekte begünstigt. Dieser Effekt kann mit Cannabisblüten erreicht werden, mit Einzelwirkstoffen jedoch nicht.

4. Der Genehmigungsvorbehalt für Cannabis sollte durch ein freiwilliges Genehmigungsverfahren ersetzt und die Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts geprüft werden.

Im Falle einer Genehmigung durch die Krankenkasse bzw. eines positiven Gutachtens des Medizinischen Dienstes (MD) soll ein Regress gesetzlich ausgeschlossen werden.

Begründung: Aktuell werden von den Krankenkassen ca. 40 % der Anträge auf Kostenübernahme abgelehnt. Der Weg zur Therapie hat unnötige Hürden und die Therapiehoheit der Ärzt*innen wird bezogen auf Medizinalcannabis in Frage gestellt. Patient*innen müssen regulär bis zu fünf Wochen und teils sogar mehrere Monate auf eine Genehmigung warten, die laut Gesetz nur in begründeten Ausnahmefällen abgelehnt werden darf. Durch ein freiwilliges Genehmigungsverfahren oder die Abschaffung des Genehmigungsverfahrens könnte medizinisches Cannabis, wie andere Arzneimittel auch, direkt mit Kostenübernahme durch die Krankenkasse verordnet werden. Durch einen Regressausschluss im Falle eines positiven MD-Gutachtens wird Rechts- und Versorgungssicherheit für Ärzt*innen und Patient*innen geschaffen.

5. Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst sollten nur durch Ärzt*innen mit zu den Indikationen des Einzelfalls passenden Fachrichtung durchgeführt werden dürfen.

Begründung: Dies ist wichtig, um die fachliche Qualität der Beurteilungen zu gewährleisten. Es soll somit beispielsweise zukünftig untersagt werden, dass eine Ohrenärztin als Gutachterin eine Schmerztherapie beurteilt oder ein Gynäkologe ein Gutachten zu Multipler Sklerose erstellt.

6. Cannabis sollte aus dem BtMG herausgenommen werden. Somit würden die Voraussetzungen zur Verordnung gemäß §13 BtMG entfallen. Stattdessen sollte Medizinalcannabis dem Arzneimittelgesetz unterstellt werden.

Begründung: Durch die Einstufung als “Betäubungsmittel” gelten die Einschränkungen gemäß § 13 BtMG, wonach eine Abgabe nur statthaft ist, wenn es kein Nicht-BtM gibt, das diesen Effekt bereits erfüllt. Dies steht der Nutzung von Cannabis als Erstlinien-Therapie (“Firstline-Therapie”) im Wege und bedeutet durch den höheren bürokratischen Aufwand eine zusätzliche Hürde. Zudem erschwert der Status als BtM die Forschung an Cannabis. Mit der Übernahme in das Arzneimittelgesetz soll die fortlaufende Erstattungsfähigkeit sichergestellt werden.

7. Die Kosten für eine Therapie mit Cannabidiol (CBD) als Wirkstoff, in Zubereitungen und in Cannabisblüten soll von den Krankenkassen erstattet werden können, so wie es bereits bei Cannabisblüten und -extrakten mit dem Wirkstoff THC der Fall ist.

Begründung: Z. B. als “Ölige Cannabidiol-Lösung (NRF 22.10)” ist CBD zwar auch in verschreibungspflichtiger Darreichungsform erhältlich, eine Kostenerstattung für eine Therapie durch die gesetzlichen Krankenkassen ist jedoch nicht möglich. Da die arzneiliche Wirkung von CBD mittlerweile vielfach bestätigt wurde und mit Epidiolex ein zugelassenes Fertigarzneimittel vorliegt, sollte CBD als erstattungsfähige Therapieoption ermöglicht werden.

8. Die Verschreibung von Cannabis durch alle Humanmediziner*innen soll dauerhaft erhalten bleiben.

Begründung: Aktuell können alle Ärzt*innen - mit Ausnahme von Zahn*ärztinnen und Tier*ärztinnen - Cannabis als Medizin verschreiben. Der G-BA zieht eine Einschränkung auf Fachärzt*innen in Erwägung. Dies würde die Versorgungssituation von Cannabispatient*innen deutlich verschlechtern, da in Folge des Fachärzt*innenmangels mit langen Wartezeiten für Termine sowie teils langen und kostenverursachenden Anfahrten zu rechnen ist. Die Fahrtkosten werden regulär nicht von der Krankenkasse erstattet (erst ab Pflegestufe 3), auch Arbeitslose müssen die Fahrtkosten selbst tragen. Zudem würde die übliche Praxis, dass eine fachärztlich

abgestimmte Therapie mit Rezepten aus der hausärztlichen Praxis fortgesetzt wird, somit beendet werden. Darüber hinaus sind auch Hausärzt*innen in der Lage, schwere Erkrankungen zu erkennen und eine geeignete Therapieoption für ihre Patient*innen vorzuschlagen. Es gibt zudem keine Daten darüber, ob die Therapie durch fachärztlich qualifizierte besser durchgeführt werden kann als durch Allgemeinmediziner*innen bzw. praktische Ärzt*innen. Angesichts der Tatsache, dass von Hausärzt*innen alle Medikamente verschrieben werden dürfen (einschließlich Opiaten), erhebt sich zudem die Frage, warum ausgerechnet für Cannabis eine Ausnahme geschaffen werden sollte. Der Hausarzt hat regulär die intensivste Arzt-Patienten-Bindung und kann somit auch die erforderliche Therapie sowie positive oder negative Entwicklungen im Therapieverlauf gut beobachten und zügig reagieren.

9. Der bestehende Rechtsrahmen für medizinisches Cannabis sollte bundesweit einheitlich umgesetzt werden. Hierzu sollte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Leitlinien entwickeln, die eine bundesweit einheitliche Auslegung der Vorgaben fördern.

Begründung: Es hat sich gezeigt, dass die bundeseinheitlich angelegten Vorschriften von den Landesbehörden teils sehr unterschiedlich umgesetzt werden. Dies betrifft verschiedene Bereiche wie beispielsweise die Umsetzung der Prüfvorschriften der Apothekenbetriebsordnung oder die Umsetzung der GMP-Richtlinien bei der Cannabis-Produktion. Aufgrund der Zuständigkeiten auf Länder- bzw. Regierungsdirektionsebene wäre eine Leitlinie des BfArM eine naheliegende Möglichkeit, um von der Bundesebene auf eine Vereinheitlichung hinzuwirken.

10. Entlastung der Apotheken durch bundesweit einheitliche

a) Reduktion des Probenumfangs

b) Anerkennung von Schnelltests und Zulassung der Nahinfrarotspektroskopie (NIR) als Analysemethode

Begründung: Die Prüfung von Rezeptur Arzneimitteln ist wichtig, um sicherzustellen, dass das verordnete Produkt in pharmazeutischer Qualität mängelfrei vorliegt und so die höchstmögliche Patientensicherheit gewährleistet wird. Der Prüfaufwand für medizinisches Cannabis ist aktuell jedoch mit einem hohen Ressourceneinsatz verbunden, ohne die Qualitäts- oder Produktsicherheit dabei zu erhöhen. Dies trägt dazu bei, dass die Kosten und der zeitintensive Arbeitsaufwand gerade für nicht auf Cannabis spezialisierte Apotheken zu hoch erscheint und Patient*innen mit gültigem Rezept teils von Apotheken abgewiesen werden. Die Versorgungslage ist dadurch, wenn Versandapotheken nicht genutzt werden, insbesondere in ländlichen Regionen eingeschränkt. Die Apothekenprüfung kann bei gleichbleibender Qualität wie folgt verbessert werden:

a) Es ist unverhältnismäßig, wenn in einigen Bundesländern selbst zur Prüfung von jeder Fünf-Gramm-Dose Medizinalcannabisblüten ein Teil des Inhalts entnommen werden muss, zumal

regulär Prüfsertifikate des Herstellers vorgelegt werden können. Stattdessen könnte der Probenumfang deutlich reduziert werden, beispielsweise indem zukünftig eine Prüfung pro Produktcharge ausreicht.

b) Abs. 1 § 6 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) gibt an, dass für die Prüfung von in der Apotheke hergestellten Arzneimitteln *“auch andere Methoden angewandt und andere Geräte benutzt werden, als im Deutschen Arzneibuch beschrieben sind, unter der Voraussetzung, dass die gleichen Ergebnisse wie mit den beschriebenen Methoden und Geräten erzielt werden”*. Infolgedessen fordern wir neben der bereits im Deutschen Arzneibuch (DAB) aufgenommenen mittleren Infrarotspektroskopie (MIR) die Gestattung der Nutzung der Nahinfrarotspektroskopie (NIR) und effizienteren Schnelltest. Dies würde den Prüfaufwand in den Apotheken deutlich reduzieren und die Patientensicherheit erhöhen. Beim NIR ist zudem eine Messung der Wirkstoffgehalte möglich, ohne hierfür einen Teil des Produktes verbrauchen zu müssen.

11. Günstigere Apothekenpreise für Cannabis als Rezepturausgangsstoff

Begründung: In Punkt 9 wurden deutliche Erleichterungen des Prüfaufwands in Apotheken gefordert. Neben der Entlastung der Apotheken beim Arbeitsaufwand streben wir auch eine Entlastung der Patient*innen bei den Kosten an. Mit einer Preissenkung soll erreicht werden, dass Privatzahlende ohne Kostenübernahme durch die Krankenkasse entlastet werden. Die notwendige Therapie mit Medizinalcannabis wird somit bezahlbarer - gerade für wirtschaftlich schwache Patient*innen ein sehr wichtiger Punkt. Schließlich sollten auch diese die Möglichkeit haben, die für sie passendste Medizin zu beziehen, statt zuerst auf den Preis achten oder gar auf Produkte des Schwarzmarktes ausweichen zu müssen Angesichts der Tatsache, dass bei der Abrechnung mit der Krankenkasse - im Gegensatz zur Abrechnung mit Selbstzahlenden - ab Verschreibungen von mehr als 15 Gramm pro Rezept durch die niedrigeren Fixzuschläge de facto Mengenrabatte gewährt werden, erscheint es umso angebrachter, dass hier ebenfalls eine Entlastung der Selbstzahlenden erfolgt.

12. Rabattverträge für Rezepturarzneimittel auf Cannabisbasis zwischen Anbietern und Krankenkassen sollten unterbunden werden.

Begründung: Mit Rabattverträgen können die gesetzlichen Krankenkassen für Fertigarzneimittel Rabatte erzielen, wenn ein Präparat mit dem gleichen Wirkstoff vorliegt. Wenn ein Rabattvertrag vorliegt, sind die Apotheken im Falle von Fertigarzneimitteln verpflichtet, das Arzneimittel mit dem Rabattvertrag statt dem ärztlich verordneten auszuhändigen. Cannabisblüten und -extrakte sind keine Fertigarzneimittel mit identischen Wirkstoffen, sondern Rezepturarzneimittel und Wirkstoffgemische, in denen eine Vielzahl von Wirkstoffen (insbesondere Cannabinoide) und wirkungsmittelbestimmenden Stoffen (insbesondere Terpene) enthalten sind. Es ist therapeutisch nicht sinnvoll, Patient*innen bei einer gut wirkenden Therapie einen Sortenwechsel wegen einer Rabattvereinbarung der Kasse zuzumuten. Zudem ist durch diese Einschränkung der

Sortenvielfalt nicht gewährleistet, dass unter den rabattierten Sorten das im Einzelfall passendste Arzneimittel ist. Rabattverträge sind daher aus therapeutischer Perspektive für Cannabisblüten und -extrakte abzulehnen. Hinzu kommt, dass Rabattverträge nach Experteneinschätzungen für Rezepturarzneimittel auch rechtlich unzulässig sind.

13. Hinter einem Produktnamen sollte sich ein gleichbleibendes Produkt (gleiche Sorte, ähnlicher Gehalt) befinden, Sortenwechsel bei gleichbleibenden Produktnamen sollten entsprechend untersagt werden. Darüber hinaus sollte die Angabe eines kultivar- und chargenbezogenen Terpenprofils geprüft werden.

Begründung: Für Patient*innen ist eine zuverlässige Produktzusammensetzung sehr wichtig, denn für die Wirkung sind nicht nur THC & CBD relevant, auch zahlreiche weitere Cannabinoide und Terpene sind wirkungsmitbestimmend. Zum Schutz der Anwender*innen ist daher eine Regelung erforderlich, die konstante Therapieverläufe sicherstellt. Aus Patient*innenperspektive wären möglichst genaue Angaben über das Terpenprofil wünschenswert.

14. Die klinische Forschung im Bereich Cannabis und Endocannabinoidsystem soll durch vereinfachte Rahmenbedingungen sowie finanzielle Unterstützung gefördert werden.

Begründung: Von allen Seiten wird die Relevanz der wissenschaftlichen Forschung zum Thema Medizinalcannabis betont, doch die Forschungsförderung des Bundes beschränkte sich in der letzten Legislaturperiode (2017-2021) auf 3 Projekte mit insgesamt nur 3,4 Millionen Euro. Somit gibt es zu wenig Forschungsgelder für unternehmensunabhängige Forschung. Die Rahmenbedingungen zur Forschungsförderung sind bisher sehr schwierig, da Cannabis noch als Betäubungsmittel eingestuft ist.

15. Veröffentlichung der Rohdatensätze aus der Begleiterhebung

Begründung: Aktuell gibt es hierzu nur eine Auswertung des BfArM. Ein Gütekriterium seriöser wissenschaftlicher Arbeiten ist die Objektivität. Da unterschiedliche Forscher*innen aus denselben Daten möglicherweise unterschiedliche Erkenntnisse gewinnen können, ist es wichtig, dass die bereits in anonymisierter Form vorliegenden Rohdaten von der Scientific Community und weiteren Interessierten ausgewertet werden können. Dadurch können kostenfrei weitere Erkenntnisse gewonnen werden und somit den Zweck der Begleiterhebung unterstützen. Die Autoren des Abschlussberichtes machten selbst deutlich, dass die Erhebung eine Grundlage für weitere Forschung bieten soll, hierzu ist es wichtig, dass die entsprechenden Daten zugänglich gemacht werden.

16. Es sollte eine neue wissenschaftliche Begleiterhebung für Medizinalcannabis erfolgen. Die Möglichkeit einer Registerstudie ist hierzu zu prüfen.

Begründung: Die bisherige Begleiterhebung ist aufgrund methodischer Mängel und fehlender Datensätze nur sehr begrenzt aussagefähig. Stattdessen könnte ein neues, unabhängiges medizinisches Register als systematische, pseudonymisierte Datensammlung aufgebaut werden. Dies würde eine deutlich profundere Datenbasis schaffen. Bei einer solchen Registerstudie könnte zudem die Beteiligung der Patient*innen mit Privatrezept erwogen werden.

17. Stärkere Gewichtung der Cannabinoidtherapie etc. im Curriculum für Ärzt*innen und Pharmazeut*innen an den Universitäten.

Begründung: Um dem fehlenden Wissen in Ärzteschaft & Apothekerschaft entgegenzuwirken und der Diskriminierung und dem Stigma entgegenzutreten sollte Medizinalcannabis stärker in den Lehrplänen berücksichtigt werden. Die physiologischen und pathologischen Grundlagen der Modulation des Endocannabinoidsystems sollten Teil der ärztlichen und pharmazeutischen Ausbildung sein. Eine intensive Auseinandersetzung mit den Anwendungsbereichen und der Bedeutung in Medizin & Offizin, mögliche Vor- und Nachteile bzw. Wirkungen und Nebenwirkungen ist wünschenswert. Die Weiterbildung von Ärzt*innen und Pharmazeut*innen sollte gefördert werden.

18. Keine Einführung von Produktklassen

Begründung: Der Gemeinsame Bundesausschuss beabsichtigt, Cannabis als Rezeptur Arzneimittel je nach THC & CBD - Gehalt in drei Klassen zu unterteilen: 1. THC-dominant, 2. THC/CBD ausgewogen, 3. CBD-dominant. Diese gesetzliche Einteilung wäre mit diversen Nachteilen verbunden:

1. Für jeden Produktklassenwechsel müsste eine neues Genehmigungsverfahren erfolgen, welches mehrere Monate in Anspruch nehmen kann
2. Produktklassenwechsel sind gerade zu Beginn einer Therapie häufig, um die passendste Sorte finden zu können. Die Eintherapierung würde durch diese bürokratische Hürde unnötig erschwert werden
3. Die Einführung von Produktklassen würde die ohnehin für viele Ärzt*innen wie Patient*innen noch neue Therapie unnötig verkomplizieren
4. Die aktuelle Studienlage ermöglicht keine Darlegung, bei welcher Indikation welche "Klasse" die beste Wirkung hat, die Anforderung einer neuen Genehmigung ist auch daher eindeutig überzogen.
5. Es werden in der Praxis aktuell auch Kombinationen aus verschiedenen der vorgeschlagenen "Klassen" parallel verwendet oder orale mit inhalativen Arzneimitteln zusammen angewendet.

Es würde daher die Verwendung verschiedener Cannabisprodukte im Sinne einer Kombinationstherapie maßgeblich erschwert.

19. Keine Benachteiligung im Straßenverkehr: Frühzeitige und umfassende Kommunikation von Auflagen

Begründung: Nach einem Entzug der Fahrerlaubnis müssen zur Wiedererlangung oftmals Auflagen erfüllt werden, um eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) bestehen zu können. In der Praxis werden diese Auflagen, wie beispielsweise Abstinenzbelege und Medikationsnachweise im Vorfeld nicht kommuniziert, so dass eine Vielzahl Betroffener nach Ablauf der einjährigen Sperrzeit keine Chance auf ein Bestehen der MPU haben, selbst wenn sie völlig abstinent waren und ihre Medikation ordnungsgemäß eingehalten haben, schlichtweg, weil Ihnen die entsprechenden Nachweise fehlen. Eine MPU ist für die Betroffenen mit Kosten im drei bis - inklusive Vorbereitungskursen - vierstelligen Bereich verbunden. Neben den direkten Kosten ist mit dem Führerscheinentzug häufig auch eine Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt und somit für die weitere Lebensentwicklung verbunden. Auch der ADAC fordert, dass Betroffene frühzeitig und umfassend über das Erfordernis einer MPU und die damit verbundenen Auflagen informiert werden.

20. Medizinalcannabisanbau: Aufhebung der Mengengrenzung, Lizenzvergabe statt Ausschreibungsverfahren und Erleichterung der Anbaubedingungen

Begründung: Insbesondere in der Anfangszeit des "Cannabis als Medizin" - Gesetzes kam es sehr häufig zu eklatanten Lieferengpässen, wodurch die teils schwerkranken Patient*innen zeitweise auf ihre Medikation verzichten oder auf weniger hilfreiche bzw. riskantere Mittel ausweichen mussten, zum Teil vom Schwarzmarkt. Aktuell dürfen in Deutschland insgesamt maximal nur 2.600 KG medizinische Cannabisblüten pro Jahr angebaut werden, obwohl der Bedarf bereits im Jahr 2020 mit 8.700 KG mehr als dreimal so hoch war - Tendenz stark steigend. So wurden 2021 für medizinische und wissenschaftliche Zwecke insgesamt bereits 20.600 KG importiert. Die Limitierung wurde im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens durch die Cannabisagentur des BfArM festgelegt. Diese planwirtschaftliche Begrenzung führt zu einer Unterversorgung des Marktes mit der Folge, dass Medizinalcannabis, das hierzulande einwandfrei angebaut werden kann, teils erst umweltschädlich per Flugzeug um die halbe Weltkugel eingeflogen wird. Sinnvoller ist stattdessen eine Vergabe von Anbaulizenzen an alle, die die Anforderungen hierzu erfüllen, wie es beispielsweise in Dänemark der Fall ist. Zur Vermeidung von Schadensersatzforderungen durch die drei bisherigen Ausschreibungsgewinner könnte es sinnvoll sein, den Beginn der hier vorgeschlagenen Anbaulizenzen auf den Zeitpunkt zu legen, an dem die Aufträge für die bisherigen Ausschreibungsgewinner auslaufen. Als Vertragslaufzeit wurden vier Jahre ab Lieferbeginn vereinbart, die Verträge mit den bisherigen Produzenten in



Deutschland laufen somit 2025 und 2026 aus. Da Behörden und Wirtschaft eine Vorlaufzeit zur Lizenzvergabe, Anlagenaufbau und Planungssicherheit benötigen, sollte die Entscheidung hierzu baldmöglichst erfolgen.

Aktuell müssen die Medizinalcannabisanbauer in Deutschland übertrieben hohe bunkerähnliche Standards erfüllen. Hierzu gehören gemäß der Sicherheitsrichtlinie des BfArM beispielsweise 24 cm dicke Stahlbetonwände und der weitgehende Verzicht auf Fenster. Stattdessen sollte unseres Erachtens der Anbau auch in modernen Gewächshausssystemen mit Nutzung des natürlichen Sonnenlichts erlaubt werden. Wenn Medizinalcannabis aus dem BtMG gestrichen wird, fallen die überzogenen Anforderungen fort. Bei den noch zu definierenden Vergabekriterien der Lizenzen sollten ökologische Kriterien berücksichtigt werden.

Beschlossen am 1. März 2023

Kontakt:

Micha Greif & Gesine Wittrich (Sprecher-Team der LAG)

LAG.Drogenpolitik@gruene-berlin.de