



Stellungnahme des BDCan e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG)

Vorbemerkungen

Der Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V. (BDCan) vertritt die Interessen von Menschen, die von einer Therapie mit Cannabismedikamenten profitieren oder profitieren könnten. Wir arbeiten überregional und bundesweit und bieten Betroffenen, ihren Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern direkte Hilfe vor Ort und ermöglichen so einen überregionalen Informationsaustausch und Vernetzung zum Thema Cannabis als Medizin.

Hervorzuheben ist, dass der BDCan sich als Vertretung wirklich behandlungsbedürftiger Patienten versteht und jeglichen Medikamentenmissbrauch oder Pseudoverschreibungen zu Genusszwecken strikt ablehnt, denn: Missbrauch bringt echte Patientinnen und Patienten in Verruf und hat dazu geführt, dass Cannabis als Medizin von der Politik so restriktiv reguliert wurde, dass die meisten behandlungsbedürftig Erkrankten unter diesen Restriktionen leiden, teils ihnen die medizinische Versorgung mit Cannabis sogar vorenthalten wird. Entsprechend ist das Ziel des BDCan seit jeher eine klare Abgrenzung zwischen Freizeitkonsum und medizinischer Behandlung auf allen Ebenen, vom angebotenen Cannabisprodukt bis zur Anwendung. Dieses Ziel wird um so dringlicher durch das Vorhaben der Regierung, Freizeitcannabis zu legalisieren, da bei den heutigen hohen Hürden für die Versorgung mit Medizinalcannabis ein hoher Ablauf von Patientinnen und Patienten in die medizinisch unbegleitete Selbstmedikation mit Freizeitcannabis zu erwarten ist, wie dies nach den Liberalisierungen in Kanada, den Niederlanden und anderen Ländern auch zu beobachten war.



Im Rahmen der Gesetzgebung zum CanG fordern wir,

1. dass Patientinnen und Patienten im Alltag nicht durch neue gesetzliche Auflagen diskriminiert werden und vorhandene Hürden für wirklich behandlungsbedürftig Erkrankte abgebaut werden,
2. eine klare Unterscheidung zwischen Cannabis als Medizin und Genusscannabis erfolgt und
3. einen stark vereinfachten Zugang zu Medizinalcannabis für wirklich behandlungsbedürftige Erkrankte, bei Einschränkung des Missbrauchspotentials und Abschaffung aktueller pseudomedizinischer Strukturen.

In all diesen Schlüsselpunkten sehen wir eine volle Übereinstimmung unserer Ziele mit den Verlautbarungen der Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, sowie der meisten Oppositionsvertreterinnen und -vertreter. Im Gesetzesentwurf lassen sich hierzu allerdings noch entscheidende Punkte verbessern.

Stellungnahme

Artikel 1 (CanAnbauG)

Gesetz zum privaten und zum gemeinschaftlichen, nicht-gewerblichen Eigenanbau von Cannabis zu nicht-medizinischen Zwecken (Cannabisanbaugesetz – CanAnbauG)

Zu § 21 Absatz 3, Maßnahmen des Gesundheitsschutzes bei der Weitergabe von Cannabis und Vermehrungsmaterial

Patientinnen und Patienten sollten im Rahmen der Legalisierung bei der Abgabe von Cannabis zum Freizeitkonsum auf die mangelnde Eignung als Medizin hingewiesen werden. Da eine Therapie mit Medizinalcannabis die Begleitung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheken voraussetzt, sollte

möglichst umfassend auf die unterschiedlichen Gegebenheiten eingegangen werden. Hier sind Unterschiede in der Qualität und in der Anwendung bzw. Dosierung wesentliche Merkmale. Auch kann privat angebautes Cannabis nicht mit langfristig gleichbleibend verfügbarem, hochstandardisiertem, pilz- und mikrobearmten Qualitätsprodukten nach Arzneibuchstandard Ph. Eur. 5.1.8. B verglichen werden. Solche Informationen müssen im Aufklärungsgespräch bei der Abgabe von Cannabis oder Vermehrungsmaterial in der Anbaugemeinschaft, sowie auf der Verpackung bzw. im Beipackzettel hervorgehoben werden, da eine diesbezügliche Aufklärung durch die BZgA niemals ausreichend viele Nutzer erreichen könnte.

Konkret schlagen wir vor unter Absatz 3 einen Punkt hinzuzufügen: **“Auf den Verpackungen und Beipackzetteln sind Warnhinweise hervorzuheben, die darüber aufklären, dass Cannabis von Anbauvereinigungen oder aus Eigenanbau für medizinische Zwecke ungeeignet ist und Patientinnen und Patienten bei ihrer Ärztin, ihrem Arzt oder in ihrer Apotheke Rat erhalten.”**

Artikel 2 (MedCanG)

Gesetz zur Versorgung mit Cannabis zu medizinischen und medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken (Medizinal-Cannabisgesetz – MedCanG)

Zu § 2 Begriffsbestimmungen

Eine Trennung von Cannabis zu medizinischen Zwecken und Genusscannabis ist dringend erforderlich, da sich bereits seit einigen Jahren gezeigt hat, dass eine Vermischung deutliche Nachteile für Medizinalcannabis als Therapieform mit sich bringt. Insbesondere die Seriosität der Cannabistherapie in Verbindung mit ihrer Akzeptanz in der Medizin sowie in der Öffentlichkeit wird durch eine vermischte Wahrnehmung gefährdet. Darüber hinaus darf die geplante kontrollierte Abgabe zum Freizeitkonsum nicht zu Nachteilen für Menschen führen, die mit Medizinalcannabis therapiert werden. Während § 2 MedCanG Definitionen für Cannabis zu medizinischen Zwecken enthält, werden die Begriffe “Genusscannabis” oder “Cannabis zu Genusszwecken” nicht definiert. Dies erschwert eine Differenzierung.

Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V. (BDCan)



In den Jahren seit 2017 hat sich in der Medizin ein Parallelmarkt etabliert, indem (Tele-)Mediziner niederschwellig zu erlangende Privatverordnungen auf BtM-Rezept ausstellen, die wiederum von darauf ausgerichteten und meist auch postversendenden Apotheken zu vergleichsweise günstigen Abgabepreisen zur Auslieferung kommen. Der Anteil an Privatrezepten wird auf mehr als 50 % aller Cannabisverordnungen geschätzt. Die Mehrzahl dieser Verordnungen wird durch die Patientinnen und Patienten selbst finanziert, ein Teil durch private Krankenversicherungen. Auch durch diesen Parallelmarkt ist bis heute die Zahl der verordnungsfähigen Medizinalcannabisblüten auf rund 300 angewachsen. Der Großteil davon wird aus dem Ausland importiert, aber nicht alle Produkte erfüllen insbesondere bei der Analytik auf Schimmelpilze und andere Kontaminationen dieselben Standards, die für den deutschen Anbau von Medizinalcannabis vorgegeben sind (Europäisches Arzneibuch, Kapitel 5.1.8. B). Im Gegenteil werden rund 60 % der angebotenen Blütenarten (siehe <https://bdcan.de/blueten/> dort selektierbar nach Arzneibuchstandard - Daten zu den verordneten Mengen liegen uns nicht vor) auf der Grundlage weit höherer Grenzwerte für Kontaminationen gemäß Ph. Eur. 5.1.8. C oder gar 5.1.8. A getestet und dennoch als Medizinalcannabis in Verkehr gebracht. Lediglich 23 % erfüllen den Standard des deutschen Anbaus nach 5.1.8. B und nur 19 % erfüllen sogar die Einhaltung strengerer Grenzwerte (Ph. Eur. 5.1.4.). Somit besteht bei der Mehrheit der verordnungsfähigen Cannabisblüten insbesondere für immungeschwächte Patientinnen und Patienten bei der inhalativen Einnahme ein erhebliches Risiko, auf welches jedoch nicht hingewiesen wird. Klar formuliert: Aus Sicht des BDCan ist das keine Medizin.

Viele Sorten sind auch jeweils nur kurz auf dem Markt verfügbar, was Freizeitnutzern nichts ausmacht, da hier neue Sorten gerne getestet werden. Bei gut eingestellten Patientinnen und Patienten, die Medizinalcannabis einzig zur Therapie ihrer Erkrankung einnehmen, ist jedoch die langfristige Verfügbarkeit einer unveränderten Sorten essentiell, um funktionierende Therapien durch Wechsel auf ein anderes Produkt nicht ab- oder unterbrechen zu müssen. Ärztinnen und Ärzte, die einmal bestimmte Erfahrungen mit bestimmten Sorten gemacht haben, können deren zielgerichteten Einsatz bei der Verschreibung nur dann nutzen, wenn diese Sorten langfristig und unverändert als hochstandardisierte Rezepturausgangsstoffe zur Verfügung stehen. An diesem Punkt lassen sich also Medizinalblüten recht leicht von vermeintlichen Freizeitblüten unterscheiden.

Um Missbrauch einzuschränken und die sichere sowie konstante Versorgung der wirklich behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, sollten die beiden vorgenannten Punkte genutzt werden, indem die Begriffsbestimmung von Cannabis für

medizinische Zwecke enger gefasst wird, so dass nur noch Produkte als Medizin deklariert und verschrieben werden dürfen, die langfristig verfügbar, hochstandardisiert und nach dem Arzneibuchstandard des in Deutschland angebauten Medizinalcannabis in Verkehr gebracht werden.

Daher fordert der BDCan, die Begriffsbestimmung § 2 Ziffer 1 wie folgt zu ergänzen: "Cannabis zu medizinischen Zwecken: Pflanzen, Blüten und sonstige Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen, die aus einem Anbau stammen, der zu medizinischen Zwecken unter staatlicher Kontrolle gemäß den Artikeln 23 und 28 Absatz 1 des Einheits-Übereinkommen von 1961 über Suchtstoffe in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Februar 1977 (BGBl. II S. 111) erfolgt, die ferner mindestens den Qualitätsvorschriften der Europäischen Arzneibuch-Monographie Ph. Eur. 5.1.8. B entsprechen und vom Hersteller für mindestens 24 Monate ab erster Vermarktung in unveränderter Beschaffenheit angeboten werden, sowie die in der Pflanze vorkommenden Inhaltsstoffe nach Nummer 2 und 3 und die Zubereitungen aller vorgenannten Stoffe.

Zu § 3, Abgabe und Verschreibung von Cannabis zu medizinischen Zwecken

Da die Neufassung der Begutachtungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes voraussichtlich weitere Anforderungen und somit Hürden für den Antrag auf Kostenerstattung einer Medizinalcannabistherapie mit sich bringen wird, wie beispielsweise die Neuregelungen zur Schwere der Erkrankung, müssen dringend weitere Kriterien für eine genehmigungsfreie Erstverordnung festgelegt werden, um GKV-Versicherten den Therapiezugang überhaupt noch zu ermöglichen und sie nicht in den bald leichter zugänglichen Freizeitmarkt zu drängen.

Die Regierung hat jüngst mit dem Wegfall des Genehmigungsvorbehalts für bestimmte Facharztgruppen (Auftrag an den G-BA zur Erstellung einer entsprechenden Liste) die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit medizinischem Cannabis dort beschleunigt, wo Missbrauch sehr unwahrscheinlich ist. Aus unserer Sicht ist dieser Schritt nicht ausreichend, da es schon jetzt im deutschen Gesundheitssystem generell sehr schwer ist, zeitnahe Facharzttermine zu erhalten und oft nur mit Wartelisten gearbeitet wird. Die Möglichkeit eines erleichterten Zugangs zu einer

Cannabistherapie durch ausgewählte Fachärztinnen und -ärzte würde demnach lange Wartezeiten für kranke Menschen mit sich bringen. Daher fordern wir, bei der Auswahl von Ärztinnen und Ärzten nicht die Fachrichtung in Verbindung mit einer entsprechenden Qualifikation festzulegen, sondern sich rein auf die Qualifikation der Verordnenden zu fokussieren. Dies hätte den Vorteil, dass auch bereits erfahrene und somit qualifizierte Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner Patientinnen und Patienten mit Medizinalcannabis versorgen könnten.

Dasselbe lässt sich über die Befreiung einiger Indikationen erreichen, die schwer vorzutäuschen sind. Dies wäre durch eine vom G-BA festzulegende Liste an Indikationen, deren Schwere in der Regel bereits die Diagnose begründet (Beispiel: Krebs, Multiple Sklerose, etc.) oder bei denen ein Verschreibungsmisbrauch durch schwer vorzutäuschende Symptomaten unwahrscheinlich ist.

Schließlich sind bestimmte Darreichungsformen für Verbraucherinnen und Verbraucher von Genusscannabis besonders attraktiv (ganze Blüten), andere dafür weniger (vorgranulierte Blüten, Extrakte, Dronabinolzubereitungen, Fertigarzneimittel). Da auch hier die Missbrauchsunterstellung mehr wirklich behandlungsbedürftige Kranke betrifft, als missbräuchliche Genussverbraucher, sollte für diese Darreichungsformen der Genehmigungsvorbehalt ebenfalls entfallen. Über die konkrete Liste kann der G-BA beraten; wichtig ist uns die Anerkennung, dass mit dem derzeitigen System echte Patientinnen und Patienten unverhältnismäßig eingeschränkt werden, ohne dass dadurch wesentlicher Missbrauch verhindert wird.

Es ist zudem notwendig, dass die drei Kategorien zur Unterscheidung zwischen genehmigungsfreien und genehmigungspflichtigen Verschreibungen nicht mit UND, sondern mit ODER verknüpft werden. Es reicht eine Bedingung, um Missbrauch unwahrscheinlich zu machen. Daher muss auch eine Bedingung ausreichen, um den Genehmigungsvorbehalt überflüssig zu machen.

*Der BDCan e.V. schlägt daher vor, den folgenden Punkt unter § 3 Abgabe und Verschreibung von Cannabis zu medizinischen Zwecken zu ergänzen: “ **(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt einen Standard für die Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten, welcher durch das Bestehen einer Prüfung nachzuweisen ist, eine Liste von ärztlich diagnostizierten Indikationen und eine Liste von Darreichungsformen von Cannabis zu medizinischen Zwecken fest, bei denen jeweils der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen bei der erstmaligen Verordnung von Cannabis entfällt.**”*

Zu § 24, Kinder- und Jugendschutz im öffentlichen Raum

*Ein generelles Einnahmeverbot, wie es für Cannabis im Freizeitbereich aus Gründen des Kinder- und Jugendschutzes vorgesehen ist, würde für die Patientinnen und Patienten nur schwer überwindbare Hürden schaffen. Die geplante Abstandsregelung im öffentlichen Raum würde z. B. Reisen, insbesondere mit öffentlichen Verkehrsmitteln, erschweren. Auch bei Klinikaufenthalten, bei denen das Inhalieren von Medizinalcannabis in den Räumlichkeiten regelmäßig verboten ist, hätten Patientinnen und Patienten keine Möglichkeit mehr, ihr Medikament einzunehmen, ohne das Klinikgelände zu verlassen. Der Vergleich mit anderen Medikamenten kann hier hilfreich sein: Wer sich Insulin spritzen muss, wird vom Gesetz auch nicht wie ein vermeintlicher "Insulin-Junkie" behandelt, sondern darf dies an jedem Ort vornehmen. Uns geht es darum, Cannabispatientinnen und -patienten nicht wie "Raucher" oder "Kiffer" zu behandeln. Um diese Diskriminierung aufzuheben, ist es aus unserer Sicht dringend erforderlich, unter § 24 zu streichen: **"§ 5 Absatz 2 des Cannabisaugesetzes gilt entsprechend, wenn Cannabis zu medizinischen Zwecken im öffentlichen Raum mittels Inhalation angewendet wird."***

Kapitel 5 neu: Kinder-, Jugend- und Gesundheitsschutz

Dem MedCanG fehlt derzeit jeglicher Hinweis zur Bewerbung, Bezeichnung und Bebilderung von Cannabis zu medizinischen Zwecken, bzw. zur Aufklärung über den möglichen Nutzen. Einerseits ist dies eine verpasste Chance, vorhandene Missstände in dieser Hinsicht stärker bekämpfen zu können. Andererseits behindert dies die gezielte Versorgung hilfeschender Patientinnen und Patienten.

Beispiel: Insbesondere bei Medizinalcannabisblüten, aber auch bei einigen Extrakten hat sich seitens der Inverkehrbringer, des Vertriebs und auch bestimmter Apotheken die Angabe der Kultivarnamen, auch Strains genannt, etabliert. Diese sind an die Namen der Cannabisblüten aus dem Freizeitkonsum angelehnt, wie beispielsweise "Amnesia Haze", "Bubblegum Biscotti", "Cherry Pie", "Space Cake" oder "Chocolate Marshmallow", um nur einige zu nennen. Auch bewerben nach wie vor bestimmte Firmen ihre angeblich medizinischen Produkte mit eindeutig aus dem Genussbereich stammenden Bildern, etwa Joints. Eine viel beachtete Stellenausschreibung eines

Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V. (BDCan)



Importeurs von Medizinalcannabis suchte einen "Sommelier". Aus Sicht des BDCan sind all solche Namensgebungen nicht medizinisch und ausschließlich dazu gedacht, zum Missbrauch einzuladen. Dies gefährdet mithin die seriöse Wahrnehmung von Medizinalcannabis und schafft zudem Konsumanreize für Jugendliche und Genusscannabiskonsumierende, die sich nach dem Wegfall des Betäubungsmittelstatus vermehrt noch niederschwelliger Privatrezepte ausstellen lassen können.

Um dem entgegenzutreten fordert der BDCan, den § 24, Kinder- und Jugendschutz im öffentlichen Raum zu ändern **§ 24 "Kinder-, Jugend- und Gesundheitsschutz"** und folgenden Inhalt hinzuzufügen: **"Vermarktungsnamen, Bezeichnungen, Beschreibungen oder Bebilderungen von Cannabis zu medizinischen oder medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken dürfen ausschließlich auf neutrale oder medizinische Anwendungen ausgerichtet sein."**

Strafvorschriften nach § 26 sind entsprechend zu ergänzen.

Essen, 24.7.2023




Daniela Joachim
Vorstandsvorsitzende


Marc Ziemann
Kassenwart