



Wortprotokoll der 25. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 14. Januar 2026, 16:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Zoom-Meeting.

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 6

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes

BT-Drucksache 21/3061

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung und
Zukunftsfragen

b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Keine Sonderrolle für Medizinalcannabis

BT-Drucksache 21/773

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Aumer, Peter Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid
AfD	Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar	Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt, Dagmar Stadler, Svenja
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonthier, Dr. Kirsten Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia
Die Linke	Gürpınar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina	Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin



Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung „Medizinalcannabis“
am 14. Januar 2026, 16 Uhr, Paul-Löbe Haus, E 300

Auf Vorschlag aller Fraktionen zur öffentlichen Anhörung eingeladen:

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM)
- Branchenverband der Cannabiswirtschaft e.V. (BvCW)
- Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V. (BDCan)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesverband pharmazeutischer Cannabinoidunternehmen e.V. (BPC)
- Cannabis SelbsthilfeNetzwerk (CSN)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
- Deutsche Medizinalcannabis Gesellschaft e.V. (DMCG)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutscher Hanfverband (DHV)
- Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (GTFCh) (Keine Rückmeldung)
- Gewerkschaft der Polizei (GdP)
- GKV-Spitzenverband
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



- PHAGRO – Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V.
- Verband der Cannabis versorgenden Apotheken e.V. (VCA)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) (Absage)

Auf Vorschlag einzelner Fraktionen eingeladen:

- Prof. Dr. Eva Hoch (Charlotte-Fresenius-Hochschule)¹
- Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl (Medizinische Hochschule Hannover (MHH))^{1, 2}
- Dr. Ferdinand Weis (Anwalt)³

¹ Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 16:00 Uhr

Einzigiger Tagesordnungspunkt

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes

BT-Drucksache 21/3061

b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Keine Sonderrolle für Medizinalcannabis

BT-Drucksache 21/773

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Einen wunderschönen guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. Der Staatssekretär wird gleich noch kommen. Ich darf Ihnen an dieser Stelle noch allen ein frohes neues Jahr wünschen, alles Gute für dieses und dass wir möglichst alle gesund bleiben und dass wir das, was wir uns vorgenommen haben, umsetzen und erreichen können. Wir starten jetzt wieder in die Arbeit in diesem Jahr. Ich darf Sie begrüßen zu unserer ersten öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses, die wie immer ein Präsenz- und ein Online-Meeting ist.

Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die uns per Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihren Klarnamen anzumelden, sodass wir ihre Teilnahme auch wirklich erkennen und dokumentieren können. Außerdem möchte ich Sie bitten, aber das kennen Sie alle, Ihre Mikrofone vorerst stumm zu schalten. In der heutigen Anhörung geht es um den Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes“ auf der Drucksache 21/3061. Dazu liegen Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf der Ausschussdrucksache 21(14)57 vor. Auch diese sind heute Gegenstand der Anhörung. Außerdem geht es heute um den Antrag der Fraktion der AfD „Keine Sonderrolle für Medizinalcannabis“ auf der Drucksache 21/773. Sehr geehrte Damen und Herren und für die Öffentlichkeit noch einmal zum Hintergrund des Gesetzes: Mit ihrem Gesetzentwurf beabsichtigt die

Bundesregierung, den seit Inkrafttreten des Cannabisgesetzes beobachteten Verordnungsmissbrauch über reine Internetplattformen zu unterbinden. Kern der Neuregelung ist die Einführung eines Versandhandelsverbots für Medizinalcannabis sowie die gesetzliche Fixierung eines verpflichtenden persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts. Damit soll sichergestellt werden, dass Verschreibungen künftig wieder auf einer sorgfältigen physischen Anamnese basieren und die Abgabe tatsächlich unter persönlicher Beratung in der Apotheke erfolgt. Ziel ist es, die Therapiesicherheit zu gewährleisten und den Gesundheitsschutz der Patientinnen und Patienten vor den Risiken eines unkontrollierten Online-Bezugs zu stärken. Der Antrag der Fraktion der AfD hat zum Ziel, eine grundlegende Überarbeitung der aktuellen Verordnungspraxis für Medizinalcannabis zu erreichen, um die Vergabe über rein digitale Fragebogenmodelle ohne physische Untersuchung zu unterbinden. Zudem sei Medizinalcannabis dem regulären AMNOG-Verfahren [Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz] zur Nutzenbewertung und Preisfindung zu unterziehen, um das Präparat vollständig in das bestehende System der Arzneimittelerstattung und Qualitätsprüfung zu integrieren. Über den Gesetzentwurf und die Änderungsanträge sowie über den Antrag wollen wir heute mit Ihnen, meine sehr verehrten Sachverständigen, diskutieren und Ihre Meinungen dazu hören. Bevor wir beginnen, muss ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung machen. Einige sind schon anhörungserprobt, andere vielleicht zum ersten Mal dabei. Es stehen uns heute 90 Minuten zur Verfügung. Diese 90 Minuten werden entsprechend der Stärke der Fraktionen in Verbindung mit einer ausschussinternen Verabredung auf mehrere Frageblöcke verteilt. Das bedeutet, insgesamt entfallen auf die Fraktion der CDU 30 Minuten, auf die Fraktion der AfD 22 Minuten, auf die Fraktion der SPD 17 Minuten, auf BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 12 Minuten und auf Die Linke 9 Minuten. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können viele Fragen gestellt und dann auch beantwortet werden. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, erscheinen, sobald sie ihr Rederecht bekommen haben, hier im Sitzungssaal auf einem Videowürfel. Sie



sind da zu sehen und zu hören und es kann sein, dass Sie, auch wenn Sie dann nicht mehr reden, trotzdem noch hier erscheinen. Das wird sich dann aber beim nächsten Redner ändern. Ich bitte die Sachverständigen, entsprechend der Regelungen in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessenverknüpfung in Bezug auf den Beratungsgegenstand offen zu legen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich danke auch den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Diese werden auch auf der Internetseite des Bundestags, auf der Ausschussseite veröffentlicht. Dann noch ein Hinweis an die Gäste auf der Galerie: Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Jetzt haben wir alle Formalien erledigt und können mit der Anhörung beginnen. Die ersten Fragen stellt die Fraktion der CDU/CSU für zwölf Minuten. Herr Prof. Streeck, Sie haben das Wort.

Abg. **Prof. Dr. Hendrik Streeck** (CDU/CSU): Herzlichen Dank und auch herzlichen Dank an all die Sachverständigen, dass sie heute gekommen sind und auch so umfangreiche Stellungnahmen eingereicht haben. Beim Durchlesen der Stellungnahmen ist mir einiges aufgefallen und darum würde ich gerne mit einer kursorischen Frage erst einmal einsteigen an die Bundesärztekammer, an Herrn Reinhardt. Herr Reinhardt, welche Evidenz und Notwendigkeit sehen Sie eigentlich in der Breite des Therapiespektrums zur Behandlung mit Medizinalcannabis? Wie bewerten Sie die derzeitigen Entwicklungen in Deutschland?

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Aus Sicht der Bundesärztekammer gibt es unverändert keine Evidenz für die Behandlung und Notwendigkeit des Einsatzes von Medizinalcannabis. Jedenfalls keine, die in den letzten, auch nicht neueren Studien, die in den letzten Jahren veröffentlicht sind zu dem Thema [erkennbar ist], sodass wir eigentlich grundsätzlich die Verordnungsfähigkeit von Medizinalcannabis zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung aus ärztlicher Sicht als durchaus problematisch bewerten. Entsprechend

ist in § 31 Absatz 6 des SGB V im Hinblick auf die Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV geregelt, dass es sich um einen individuellen Heilversuch handelt und nicht um ein standardisiertes Therapieverfahren, was angewandt werden kann und zulasten der GKV verordnet werden kann, wenn denn ganz individuelle, persönliche und besondere Verhältnisse vorliegen. Das muss im Einzelfall geprüft werden. Insofern ist die weitere Forderung von uns auch die Maßnahmen, die in der Gesetzesvorlage angedacht sind, der persönliche Kontakt. Das ist eine Frage der ärztlichen Sorgfaltspflicht und deshalb unabdingbar. Nur unter solchen Bedingungen kann man tatsächlich im Einzelfall erwägen, das einzusetzen. Eine standardisierte Form von Evidenz liegt aus unserer Sicht nicht vor. Ich hatte vergessen, zu sagen, dass ich für die Bundesärztekammer spreche und keine finanziellen Interessen habe. Danke.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Herzlichen Dank. Die nächste Frage geht –, da würde ich gleich anschließen, weil Sie sagten, es geht um die Verschreibung in Präsenz – an den Branchenverband der Cannabiswirtschaft e.V. und an den Bundesverband der pharmazeutischen Cannabinoidunternehmen. Inwiefern sehen Sie den Einsatz bereits vorhandener digitaler Sicherungsmechanismen wie Videosprechstunden mit qualifizierter Identitätsprüfung bei jeglicher Verordnung von Cannabis oder Cannabisblüten als im Sinne der Patientensicherheit und im Sinne des Ausschlusses von Missbrauch als ausreichend an? Kann damit das Kriterium des persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes als erfüllt angesehen werden?

Die **Vorsitzende**: Dann wären zunächst Herr Heitepriem und dann Frau Menzel an der Reihe. Bitte schön.

Dirk Heitepriem (Branchenverband der Cannabiswirtschaft e.V. (BvCW)): Vielen Dank. Dirk Heitepriem, Präsident des Branchenverbands. Ich habe finanzielle Interessen. Ich vertrete die Cannabisindustrie und arbeite selbst für ein Unternehmen in der Cannabisindustrie, also habe ich natürlich Verflechtungen. Auf Ihre Frage zurückzukommend: Ich glaube, das Entscheidende für uns ist, dass jegliche Möglichkeit für Patientinnen und Patienten auch



über eine Videosprechstunde eine Verschreibung zu erlangen, zu begrüßen ist. Wenn das durch Absicherungsmaßnahmen wie eID oder POSTIDENT oder welche Verfahren es dort gibt, sichergestellt werden kann, ist es natürlich absolut zu begrüßen, wenn wir damit eine Möglichkeit schaffen für Patientinnen und Patienten, die gerade im ländlichen Raum oder die mobilitätseingeschränkt sind, auch per Fernbehandlung sich Verschreibungen holen zu können. Vielen Dank.

Antonia Menzel (Bundesverband pharmazeutischer Cannabinoidunternehmen e.V. (BPC)): Antonia Menzel, Bundesverband pharmazeutischer Cannabinoidunternehmen. Ich bin in der Funktion als Vorstandsvorsitzende ehrenamtlich tätig für den Verband, bin aber auch bei einem Medizinalcannabis-Unternehmen angestellt. So viel zu meinen Interessen. Grundsätzlich sehen wir den Einsatz telemedizinischer Verschreibungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung qualifizierter Identitätsprüfung als geeignet an, um sowohl Missbrauch zu vermeiden als auch die Patientenversorgung sicherzustellen. Wichtig ist dabei, dass die Entscheidung, ob ein persönlicher Kontakt physisch oder digital stattfindet, im Ermessen des Arztes liegt. Das heißt, der Arzt kann frei entscheiden, ob er einen Patienten für den ersten Austausch physisch treffen möchte oder die digitale Anwendung nutzen möchte. Telemedizinische Verordnungen sind bereits jetzt Bestandteil der medizinischen Regelversorgung und, sofern sie ärztlich vertretbar sind, auch entsprechend berufsrechtlich zulässig. Wir glauben, dass diese gesicherten Identitätsprüfungen verschiedene Sicherheitskriterien sicherstellen können, also insbesondere Anamnese, aber auch Indikationsstellung, Aufklärung über Risiken, Kontraindikationen. All das wird sorgfältig dokumentiert. Eine Verlaufskontrolle ist gegeben und das alles digital. Es ist im Zweifel sogar manchmal sicherer, das alles digital abgespeichert zu haben, als jemanden nur einmal in Präsenz gesehen zu haben. Zusammengefasst würde ich sagen: Eine Videosprechstunde mit qualifizierter Identitätsprüfung, wie von Ihnen genannt eID oder Videoident, ist auf jeden Fall ein gängiger und alternativer Weg, der den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt sicherstellen kann. Das Wort persönlich sollte man an dieser Stelle auch in einer Videosprechstunde bei Echtzeit für gegeben erachten. Danke.

Abg. **Prof. Dr. Hendrik Streeck** (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich an die Deutschen Apothekerverbände. Könnten Sie einmal darstellen, welche Entwicklung Sie bei Mengen- und Indikationsspektrum seit dem Krafttreten der neuen Regelungen im Bereich des Medizinalcannabis seit dem Jahr 2024 sehen?

Die **Vorsitzende**: Das ist Herr Dr. Said für die ABDA.

Dr. André Said (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.): Ich spreche für die ABDA, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, habe keine finanziellen Interessen. Die ABDA sieht seit 2024 einen starken Mengenwachstum insbesondere bei Cannabisblüten. Das Wachstum konzentriert sich überwiegend auf den Privatrezeptbereich oder auf Leistungen von Selbstzahlern über die etablierten Plattformmodelle, um die es heute auch geht. Wir beobachten hierdurch eine starke Vermengung des Freizeitkonsums von Cannabis mit den medizinisch indizierten Cannabisverordnungen und sehen insofern sehr kritisch den indikationsbezogenen Medizinalcannabisgebrauch versus Recreational Use oder Freizeitgebrauch von Cannabis von Nichtpatienten.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU): Ich würde dann meine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und an die Einzelsachverständige Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl stellen. Für die Abgabe von Cannabis zu medizinischen Zwecken gibt es anders als für Cannabis zu Genusszwecken keine Altersbegrenzung. Finden Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken Anwendung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und Heranwachsenden?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Rodeck, Sie dürfen.

Dr. Burkhard Rodeck (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)): Ich war so ein bisschen irritiert, weil... Burkhard Rodeck, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und hier in Präsenz anwesend und ohne Interessenkonflikte. Bei sehr seltenen und dann sorgfältig zu prüfenden Indikationen



wird Cannabis zu medizinischen Zwecken auch bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt, allerdings in standardisierter Form und nicht in Form von Blütenextrakten. Dazu gehören therapieresistente Formen von Epilepsien, chemotherapieinduzierte Übelkeit, Erbrechen, noch seltener bei chronischen Schmerzen oder bei Erkrankungen aus dem Autismus-Spektrum. Ich habe diesen Begriff „sehr sorgfältig zu prüfende Indikation“ nicht umsonst gewählt. Dieser Begriff impliziert eine ausgewiesene ärztliche Kompetenz in den genannten Indikationsbereichen. Am Beispiel der Epilepsie nenne ich hier den Neuropädiater oder die Neuropädiaterin, den Neurologen, die Neurologin für Kinder, die den Patienten mit Epilepsie in seinem gesamten Verlauf inklusive seiner Medikation kennt und begleitet. Eine kleine Nebenbemerkung: Im Krankenhausreformanpassungsgesetz ist dieser Neuropädiater in der Leistungsgruppe 47, die laut aktuellem Entwurf ersatzlos gestrichen wird, nicht mehr verankert. Hier ist dieser persönliche Arztkontakt mit den Patienten die zwingende Voraussetzung für eine ausgewogene Entscheidung Pro oder Contra. In randomisierten Studien hat sich gezeigt, dass das Risiko für Nebenwirkungen, schwere Nebenwirkungen und auch von Therapieabbrüchen wegen Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Kontrollgruppen signifikant höher ist. Bei diesen Studien hat man natürlich noch keine Langzeiteffekte sehen können, sodass die unberücksichtigt blieben. Aber auch das muss natürlich ärztlich begleitet und kontrolliert werden, wie eben auch die Begleitmedikation. Gerade bei der Epilepsie gibt es eine Reihe von Medikamenten, die in ihrem Abbauweg im Organismus mit Cannabinoiden konkurrieren, sodass also der Einsatz von Cannabis mit dieser Begleitmedikation eine besondere Beachtung finden muss. Das kann nur ein ausgewiesener Experte. Das kann nicht mal jeder Arzt. Das sage ich sehr deutlich. Danke.

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Müller-Vahl.

Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl (Medizinische Hochschule Hannover (MHH)): Kirsten Müller-Vahl. Ich arbeite als Ärztin und Wissenschaftlerin an der Medizinischen Hochschule in Hannover und habe insofern potenzielle Interessenkonflikte, weil ich mich mit dem Thema Cannabismedizin seit knapp 30 Jahren beschäftige und deswegen zahlreiche

Vorträge halte, auch Firmen berate. Zu der Frage zu Kindern und Jugendlichen würde ich eigentlich meinem Vorredner voll und ganz zustimmen. In seltenen und gut überprüften Indikationen behandeln wir auch Kinder, weil sie häufig oder gelegentlich auch sehr schwer krank sein können und wir keine anderen Therapieoptionen haben. Das gehört aber tatsächlich in die Hand eines Experten oder einer Expertin. Zur Frage Medizinalcannabisblüten bei Kindern würde ich sagen: Eigentlich nicht. Ich würde jetzt nicht sagen 100 Prozent nie. Mir ist in meiner langjährigen Erfahrung ein Fall bekannt geworden, wo das auch funktioniert hat. Da war ich allerdings nicht die verordnende Ärztin. Ich habe das noch nie getan. Aber ich würde jetzt nicht ausschließen, dass es mal einen Fall geben könnte, wo man am Ende sagt, das ist das Einzige, was hier hilft und ich kann das dann medizinisch vertreten. Es ist eine Ausnahmetherapie und zunächst setzen wir selbstverständlich erst mal andere Cannabismedikamente ein, wenn wir das denn wählen wollen.

Die Vorsitzende: Weitere Fragen?

Abg. Prof. Dr. Matthias Hiller (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Es ist schon zur Sprache gekommen, dass Medizinalcannabis auch online verschrieben und versandt wird. Welche Erkenntnisse liegen Ihnen denn über den Personenkreis vor, der Medizinalcannabis über diesen Weg bezieht?

Dr. Mathias Luderer (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)): Vielen Dank für die Frage. Matthias Luderer von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung. Ich habe keine finanziellen Verbindungen zur Cannabisindustrie. Ich würde gern mit einem persönlichen Erlebnis starten. Wenn mein Kind nachmittags die Schule verlässt, dann steht das mit 100 anderen Kindern an der Haltestelle. Direkt gegenüber von dieser Haltestelle befindet sich ein Kiosk mit einem großen Bildschirm im Schaufenster und dort läuft in Dauerschleife Werbung für Cannabis-Plattformen. Das ist die Realität. Zwischen Pausenhof, Schulbus werden da hochpotente Substanzen als Lifestyle-Produkt präsentiert. Und wenn Medizinalcannabis wie ein Kinofilm beworben



wird an der Bushaltestelle, dann zeigt das, was den Anbietern wichtig ist, nämlich den Absatz zu erhöhen. Diese Inszenierung sehen wir tatsächlich auch in den Daten. Wir sehen eine deutliche Verschiebung. Das klassische Medizinalcannabis-Patient ist schwerstkrank, multimorbide, älter. Auf den Online-Plattformen und über die Privatrezepte dominiert aber eine junge, männliche Klientel ohne gravierende somatische Vorerkrankungen. Dann werden auch häufiger hochprozentige THC-Blüten geordert. Das ist pharmakologisch nicht ganz begründbar. Ich denke, da findet vorwiegend ein Freizeitkonsum unter dem Deckmantel einer ärztlichen Therapie statt.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann wäre jetzt die AfD mit neun Minuten an der Reihe. Frau Schießl, bitte.

Abg. **Carina Schießl** (AfD): Erstmal herzlichen Dank, dass Sie heute hier sind. Meine erste Frage geht an den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Der Gesetzentwurf benennt eine deutliche Fehlentwicklung beim Import und bei Verschreibungen. Teilen Sie die Einschätzung, dass diese Fehlentwicklung nicht nur eine Frage der Verschreibungspraxis, sondern Ausdruck einer strukturellen Sonderrolle von Medizinalcannabis außerhalb regulärer Arzneimittelbewertung ist und daher weitergehende Reformen erfordert? Und wenn ja, welche?

Die **Vorsitzende**: Das wäre jetzt Frau Maaser für den GKV-Spitzenverband und dann im Anschluss Frau Egartner, die ist online für die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Bitteschön.

Corinna Maaser (GKV-Spitzenverband): Mein Name ist Corinna Maaser. Ich bin vom GKV-Spitzenverband und ich habe keine finanziellen Interessen an diesem Gesetzentwurf. Zu Ihrer Frage: Ich denke, die zielt darauf ab, dass Sie in Ihrem Antrag praktisch fordern, dass Cannabis wie jedes normale Arzneimittel behandelt wird und im Prinzip dem AMNOG-Verfahren unterzogen werden soll. Da müssen wir sagen, die Zulassungssituation ist hier unterschiedlich zu regulären Arzneimitteln. Das Ganze muss man differenziert betrachten. Cannabinoidhaltige Fertigarzneimittel, dafür bestehen

Zulassungen, haben auch das AMNOG-Verfahren durchlaufen. Medizinalcannabis, auch Medizinalcannabisblüten dagegen besitzen keine arzneimittelrechtliche Zulassung. Die zugrunde liegende Evidenz ist nach wie vor durchwachsen. Wir bewegen uns hier rechtlich im Rahmen des individuellen Heilversuches und die Therapieentscheidungen werden primär von der Wahrnehmung der Ärztinnen und Ärzte bzw. der Patientinnen und Patienten getroffen. Cannabisblüten sind keine Fertigarzneimittel. Sie werden als Rezeptur oder Defekturarzneimittel verordnet und auch abgegeben. Sie sind nicht standardisiert und in diversen Varietäten verfügbar. Wenn man sich die wissenschaftliche Literatur anschaut, dann wird auch davon ausgegangen, dass sie nicht wirkungsgleich sind. Also Cannabisblüte ist nicht gleich Cannabisblüte. Studien, die sich spezifisch mit diesen Unterschieden befassen, liegen allerdings nach unserer Kenntnis nicht in ausreichendem Maße vor. Hinsichtlich dieser Vielzahl an Varietäten ergeben sich aber dann weitere Herausforderungen für die Bewertung. Man müsste für jede Blütenspezies, jeden Extrakt eine gesonderte AMNOG-Bewertung vornehmen. Das würde eine Vielzahl an Verfahren eben für jede Blütenspezies nach sich ziehen. Weiterhin sind diese Verfahren dann auch noch von erheblich methodischen Herausforderungen begleitet. Einmal hinsichtlich der Auswahl des Therapiegebietes, weil es ja keine zugelassenen Anwendungsgebiete hinsichtlich der Evidenzlage gibt, aber auch vor allen Dingen dann hinsichtlich der zu wählenden Vergleichstherapien. Das AMNOG-Verfahren erscheint uns deshalb nicht als geeignet für diese Fragestellung.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön, dann Frau Egartner, bitte.

Eva Egartner (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)): Vielen Dank. Eva Egartner, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Ich habe auch keine finanziellen Interessenkonflikte. Ich kann für die Deutsche Hauptstelle dazu keine Aussage treffen. Wir finden aber, da kann ich mich der Vorrednerin anschließen, dass es eine bessere Forschung dazu braucht, dass die Forschungslage dazu durchaus ausgebaut werden sollte und könnte. Ansonsten ist es für uns erstmal wichtig, dass Menschen, die krank sind, Zugang zu den Medikamenten bekom-



men, die sie brauchen, einschließlich Medizinalcannabis. Dass dazu ein Arztkontakt zwingend notwendig ist, das sehen wir als gegeben und unterstützen das auch. Aber im Grunde ist es das, was wir dazu sagen können. Ansonsten finden wir, dass die Kontrolle von Werbung, das hat ja auch einer der Vorredner gesagt, noch wichtig wäre, dass die erfolgt, dass die Werbung unterbunden wird in dem Bereich. Danke.

Die **Vorsitzende**: Frau Schießl, weiter? Herr Bloch?

Abg. **Joachim Bloch** (AfD): Ich mache weiter. Meine Frage geht an die Gewerkschaft der Polizei. Teilen Sie die Einschätzung, dass Gesundheitsschutz und Missbrauchsabwehr weitergehende nationale Einschränkungen rechtfertigen würden, als es der Gesetzentwurf aktuell vorsieht?

Die **Vorsitzende**: Herr Poitz, bitte.

Alexander Poitz (Gewerkschaft der Polizei (GdP)): Alexander Poitz, stellvertretender Bundesvorsitzender der Gewerkschaft der Polizei. Wir haben keine finanziellen Interessen an dem Thema. Wir sind etwas artfremd in der Runde, sage ich mal. Deswegen verzeihen Sie mir, dass ich keine medizinische Einschätzung dazu geben kann, aber zumindest eine polizeiliche Einschätzung. Zur Frage: Wir befürworten grundsätzlich den Gesetzentwurf der Bundesregierung, wohlgleich wir marginale Anmerkungen haben, was im Prinzip aus dem polizeilichen Erfahrungswissen herrührt. Warum? Wir haben zwei Wege bei der polizeilichen Arbeit. Einmal die Strafverfolgung und einmal die Königsdisziplin, nämlich die Prävention. Wir wollen Gefahren abwehren und dabei geht es darum, sogenannte Tatgelegenheiten zu vermeiden und das meine ich im gesamten Prozess dieses Themas, nämlich die Logistikketten, die Fälschungs- und Missbrauchsgegebenheiten, die da sind. Da wollen wir uns auch den Vorrednern anschließen oder einigen Vorrednern anschließen, dass wir schon einen konkreten Kontakt zwischen Arzt und Patienten in erster Linie wollen und durchaus im zweiten Schritt als Stufe eine digitale Möglichkeit wollen. Wir haben momentan eine Lage, die sehr ambivalent ist. Warum? Weil die Rauschgiftkriminalität boomt. Cannabis ist das meist konsumierte oder meist konsumiertes

berauschendes Mittel als auch meist gehandeltes berauschendes Mittel und das bezieht sich sowohl auf das Konsumcannabisgesetz als auch das Medizinal-Cannabisgesetz. Warum? Weil wir feststellen, dass Online-Plattformen zunehmen, dass Werbung zunimmt und dass auch der Bedarf und das Konsumverhalten dementsprechend zunehmen. Aber, wie gesagt, das ist die polizeiliche Perspektive. Wir sind für eine gewisse Skalierbarkeit und eine Güterabwägung, was Regelungen betrifft. Erstens das Konsumverhalten, zweitens die Notwendigkeit der Regelungen, Vertrauen, auch der medizinische Zweck darf hier natürlich nicht in den Hintergrund geraten. Aber wir müssen auch die Bekämpfung des Schwarzmarkts beobachten und der boomt. Zwei Drittel der organisierten Kriminalität agiert im Bereich der Rauschgiftkriminalität. Wir reden hier über einen dreistelligen Milliardenbereich, der hier über den Tisch geht. Ich hoffe, ich konnte Ihre Frage halbwegs beantworten.

Die **Vorsitzende**: Frau Schießl bitte.

Abg. **Carina Schießl** (AfD): Ich hätte dann noch eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Und zwar: Reicht die im Entwurf vorgesehene Konsultation einmal pro Quartal, einmal pro vier Quartale aus, um Suchtentwicklungen zuverlässig zu erkennen?

Dr. Mathias Luderer (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)): Das ist eine gute Frage. Grundsätzlich ist es so, dass wir empfehlen würden, auch eine häufigere Konsultation zu erwägen. Cannabis ist ein Medikament oder auch eine Substanz, die abhängig macht, die missbrauchsanfällig ist. Deswegen ist hier eine ärztliche Sorgfaltspflicht auf alle Fälle wichtig. Grundsätzlich muss man sagen, dass auch medizinisches Cannabis ein Abhängigkeitsrisiko hat. Deswegen ist es ganz wichtig, darauf zu achten. Ich denke, dass gerade auch bei Risikopopulationen wie zum Beispiel unter 25-Jährige oder Personen mit psychischen Vorerkrankungen wirklich sehr gründlich geguckt werden muss und ein persönlicher Arztkontakt wichtig ist, nicht nur in der Videosprechstunde, sondern wirklich persönlich, physisch vor Ort. Weil der persönliche Eindruck in der ärztlichen Arbeit unverzichtbar ist, um



Verwahrlosungstendenzen, kognitive Beeinträchtigungen, beginnende Psychosen und so weiter zu erkennen. Das erkennt man vor allem zum Beispiel als Schmerzmediziner nicht so einfach über die Webcam. Deswegen ist es wichtig, dass der persönliche Arztkontakt besteht. Grundsätzlich ist, wenn es so eine Ultima Ratio-Behandlung ist, eine häufige Kontrolle wichtig.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Das war eine Punktlandung. Dann kämen wir zur SPD-Fraktion mit acht Minuten. Herr Dr. Pantazis, bitteschön.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende und herzlichen Dank an die Sachverständigen für die heutige Gelegenheit, über das Gesetz mit Ihnen zu diskutieren. Meine erste Frage richtet sich an den Bund Deutscher Cannabispatienten. In der letzten Wahlperiode ist mit dem Medizinal-Cannabisgesetz eine notwendige veränderte Risikobewertung von medizinischem Cannabis erfolgt. Auf diese Weise wurde der Patientenzugang nachhaltig vereinfacht. Gleichzeitig sehen wir teilweise Wildwuchs im Internet, welchem mit dem vorliegenden Gesetzentwurf begegnet werden soll. Wie bewerten Sie die vorgeschlagenen Regelungsansätze aus Sicht der Patientenversorgung?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Kambeck, bitte.

Dr. Michael Kambeck (Bund Deutscher Cannabispatienten e.V. (BDCan)): Michael Kambeck ist mein Name. Ich habe keinerlei Interessenkonflikte. Grundsätzlich begrüßen wir erst einmal, dass hier eine klarere Trennung und auch eine Nachregulierung erfolgt. Das ist dringend notwendig. Gleichzeitig haben Patientinnen und Patienten wirklich, wie auch die gesamte medizinische Branche in diesem Bereich, stark profitiert von der Novelle im letzten Jahr. Das heißt also, die Abwägung für ... Wir reden jetzt von chronischen Patienten, von Menschen, die somatisch nachgewiesene, wirklich starke Leiden haben. Nur, dass wir hier gar kein Fragezeichen haben. Für die ist es extrem wichtig, dass diese Errungenschaften bleiben und dass jetzt nur nachjustiert wird, dass also bitte nicht das Kind mit dem Bade ausgegossen wird, sondern dass nachjustiert wird. Wir sehen die Hauptnachjustierung auch in diesem persönlichen Arztkontakt. Wir begrüßen den des-

wegen ausdrücklich, obwohl wir damit eigenen Mitgliedern und anderen Patientinnen und Patienten zumuten, dass sie sich teilweise persönlich irgendwo hinbewegen müssen, was für viele schwierig ist. Aber in der Abwägung sagen wir, der Schaden für die gesamte Medizin, für Cannabis als Medizin ist viel größer und auch die Stigmatisierung für uns, wenn wir das nicht tun. Das trifft für die anderen Maßnahmen nicht zu. Also zurück ins BtMG [Betäubungsmittelgesetz] wäre fürchterlich und wäre nicht mehr verhältnismäßig. Den Hauptansatz sehen wir tatsächlich in der Werbung. Die jetzigen Vorschriften im Heilmittelwerbeengesetz sind zwar da, aber in einer kommerziellen Abwägung gehen offensichtlich immer noch viele Unternehmen hin und sagen, das preisen wir ein. Das heißt, wir fordern hier dringend und haben auch einen entsprechenden Gesetzesentwurf vorgeschlagen, eine Abschöpfung der Gewinne. Nur dann lohnt sich gar keine Abwägung mehr: Könnte es sich für mich lohnen, das Gesetz einfach zu missachten. Dann bricht auch dieser öffentliche Kontrollverlust zusammen. Die Werbung an der Haltestelle, aber auch jeder, der einmal irgendwo was bestellt hat, wird bombardiert mit E-Mails, mit Sachen. Wir könnten da stundenlang drüber reden. Die Werbung ist das Hauptproblem und die muss aus unserer Sicht dringend mit angegangen werden, ansonsten greift alles andere zu kurz. Der Vorschlag mit dem persönlichen Arztkontakt, da gehen wir mit.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Mieves, bitte.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Guten Tag zusammen auch von mir. Meine erste Frage geht an Frau Prof. Müller-Vahl. Welche medizinischen Kriterien rechtfertigen es aus Ihrer Sicht, Medizinalcannabis strenger zu regulieren als zum Beispiel die Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder auch Schmerzmitteln bzw. auch bestimmte frei erhältliche OTC-Arzneimittel [Over the Counter] wie IBU 400, die ein belegtes, Abhängigkeits- und teils lebensbedrohliches Gefährdungspotenzial haben?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Müller-Vahl, bitte.



Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl (Medizinische Hochschule Hannover (MHH)): Ich denke, Cannabis-Arzneimittel sind mittlerweile Teil der Versorgung geworden, nicht in der breiten Fläche, aber für viele, die das häufiger einsetzen. Cannabis-Arzneimittel haben ein gewisses Abhängigkeitsrisiko, aber wir kennen viele Arzneimittel, die ein deutlich höheres Abhängigkeitsrisiko haben. Insofern denke ich eigentlich, wir brauchen gar keine Sonderregelungen für ein spezifisches Medikament, sondern, der Vorredner hat es auch schon gesagt, es wird hier so ein bisschen das Kinde mit dem Bade ausgeschüttet. Wir wollen eigentlich an der medizinischen Versorgung gar nichts verändern und sehen, glaube ich, da gar keinen richtigen Bedarf. Wir wollen nur verhindern, dass sich Freizeitkonsumierende über diese Telemedizin-Plattform Cannabis beschaffen. Von daher glaube ich, müssen wir vorsichtig sein, starke Nachteile für Patienten und Patientinnen zu schaffen, wo wir eigentlich ein ganz anderes Problem lösen wollen. Danke.

Die **Vorsitzende**: Bitte.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich ebenfalls auf Frau Prof. Müller-Vahl. Patientinnen und Patienten, die auf medizinisches Cannabis angewiesen sind, haben häufig schwerwiegende Erkrankungen. Bitte stellen Sie uns die typischen Krankheitsbilder dar und wie hoch der monatliche Bedarf an medizinischem Cannabis in diesen Patientengruppen beispielhaft ist.

Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl (Medizinische Hochschule Hannover (MHH)): Das ist ja ein bisschen das Besondere an Medizinalcannabis. Wir haben mehrfach schon gehört, das unterstütze ich voll und ganz, weil es richtig ist, dass die Evidenz fehlt in vielen Bereichen. Wenn wir mal die Zeit zurückspulen: Ich sitze ja nicht das erste Mal in so einer Anhörung. Das haben wir alle schon immer wieder, auch vor Jahren, gesagt. Wir brauchen mehr Evidenz. Die gibt es nach wie vor nicht. Ich fürchte leider, dass wir in zehn Jahren dasselbe wiederholen werden. Wir haben hier viel Erfahrungsmedizin, auf die wir zurückgreifen können und leider müssen. Aber es gibt einige etablierte Indikationen. Wir haben auch zugelassene Fertigarzneimittel. Daran können wir ablesen, welches die Hauptindika-

tionen sind. Ich spreche primär von THC-haltigen Cannabis-Arzneimitteln. Das sind Übelkeit und Erbrechen im Zusammenhang mit Chemotherapie. Das ist Appetitminderung im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen und das ist Spastik bei Multiple Sklerose. Gut etabliert ist in meinen Augen die Cannabis-Therapie mittlerweile auch in der Schmerztherapie, etabliert oder zunehmend etabliert auch in der Palliativ- und in der onkologischen Behandlung. Darüber hinaus, das ist eben das Besondere und macht es so schwierig, auch Evidenz zu erzeugen, gibt es Hinweise, dass Cannabis-Arzneimittel bei einer Vielzahl von weiteren Erkrankungen wirken können. Es geht im Prinzip durch die ganze Medizin von der Augenheilkunde über die Dermatologie bis hin zur Psychiatrie. Hier kennen wir Fallberichte, Fallserien, Beobachtungen, hören von Patienten, dass sie sehr gut von dieser Therapie profitieren. Das immer vor dem Hintergrund, dass wir keine anderen alternativen, bessere Behandlungen anbieten können. Dankeschön.

Die **Vorsitzende**: Noch eine Frage? Bitte.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Die nächste Frage geht an die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V., die online zugeschaltet ist. Wie bewerten Sie den vorliegenden Gesetzentwurf? Bitte gehen Sie dabei insbesondere auch auf das im Entwurf enthaltene Versandhandelsverbot ein.

Die **Vorsitzende**: Herr Grotenhermen, bitte.

Franz-Josef Grotenhermen (Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM)): Vielen Dank für die Frage. Franz-Josef, Franjo Grotenhermen, Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin. Vielen Dank für die Frage. Es geht im Grunde um zwei Themen. Einerseits das Versandverbot, das andere ist die Reduzierung der Telemedizinaktivitäten. Beim Versandverbot sehe ich eigentlich keinen wichtigen Grund, das zu machen. Es wird im Gesetz gesagt, es soll mehr Beratung durch Apotheker geben. Gleichzeitig wird aber beim Handlungsbedarf gesagt, es gibt keinen vermehrten Verwaltungsaufwand für die Apotheker. Für Patienten wird gesagt, es gibt keine vermehrten Kosten, obwohl die vermehrten Kosten offensichtlich sind. Weil natürlich, wenn man sich die Medikamente nicht mehr



zuschicken lassen kann, man wohnt im ländlichen Raum, die nächste Apotheke, die einigermaßen gut bestückt ist, was Cannabis angeht, ist 100 km, 50 km entfernt, ist das mit Mehrkosten verbunden. Das zweite ist die Telemedizin. Ich selbst lade im Allgemeinen meine Patienten alle zu einem persönlichen Gespräch ein. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass das persönliche Gespräch einfach besser ist als reine Telemedizin. Ich habe 2012 eine Praxis eröffnet, weil ich festgestellt habe, dass viele Patientinnen und Patienten keinen Arzt finden, der sich um das Thema kümmert. Das ist heute immer noch der Fall. Deswegen führt es zu einer Reduzierung, Verknappung, wenn man die Telemedizin herunterfährt und ausschließt. Das ist die andere Seite der Geschichte. Das führt auch zu einer Verknappung im Bereich Versorgung mit Cannabis-Arzneimitteln.

Die **Vorsitzende**: Ihre Zeit ist leider schon vorbei. Vielleicht können wir das in der nächsten Runde vertiefen. Dann wäre nämlich jetzt BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit fünf Minuten an der Reihe. Bitte schön.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herzlichen Dank. Meine erste Frage würde ich auch gerne an Prof. Dr. Müller-Vahl richten. Und zwar möchte ich Sie gerne fragen, welche Rolle aus Ihrer Sicht wirklich qualitätsgesicherte telemedizinische Modelle in der Versorgung mit Medizinalcannabis spielen und welche Konsequenzen es hätte, diese Modelle pauschal auszuschließen in der Versorgung.

Die **Vorsitzende**: Bitte.

Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl (Medizinische Hochschule Hannover (MHH)): Ich denke, dass wir mit der Digitalisierung in Deutschland langsam, aber vorankommen und dass das auch wichtig ist – ich glaube, das ist auch unstrittig –, um in der Fläche weiterhin eine gute Versorgung zu leisten. Ich glaube, es geht nicht um ein entweder oder, sondern ein sowohl als auch. Das heißt also, jeder Arzt, jede Ärztin muss im Einzelfall entscheiden: Was kann und muss ich hier anbieten? Muss ich den Patienten persönlich sehen? Kann ich ihn auch telemedizinisch sehen? Auch Telefonkontakte gibt

es, auch sowas machen wir. Das liegt, glaube ich, in der ärztlichen Therapiehoheit und Entscheidungsfreiheit. Ist es hier ein Bagatellproblem, was ich am Telefon regeln kann? Oder muss ich den Patienten persönlich sehen? Das ist weniger abhängig von der Art des Medikamentes, was ich dann verschreibe, sondern vielmehr abhängig von der Krankheit, von der Komplexität der Erkrankung. Ist der chronisch krank? Auch von Aspekten. Ist der compliant? Muss ich den deswegen häufiger sehen? Das sind alles Dinge, die hier für mich eine Rolle spielen. Aber grundsätzlich würde ich immer sagen, jeden schwerer chronisch oder komplexer kranken Patienten muss ich tatsächlich erst mal persönlich sehen, bevor ich dann entscheiden kann: Was ist hier eine angemessene Therapie? Cannabis ist oftmals nicht die einzige Therapie, sondern es gibt auch noch andere Medikamente oder es gibt nicht-medikamentöse Therapien, die dann auch mit hineinspielen.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herzlichen Dank. Dann würde ich die Bundesärztekammer gerne fragen. Das Thema Werbung ist hier schon mehrfach angesprochen worden als Problem. Wir Grüne sehen das auch. Allerdings nicht nur für medizinisches Cannabis, sondern auch für andere verschreibungspflichtige Medikamente sieht man immer wieder Werbung. Da werden offenbar gezielt Gesetzeslücken genutzt. Sie haben das auch in Ihrer Stellungnahme aufgegriffen. Sehen Sie konkrete Wege, diese Gesetzeslücken zu schließen? Oder was würden Sie sich da tatsächlich wünschen, um dieser Werbung entgegenzuwirken?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Ganz herzlichen Dank für die Frage. Aus unserer Sicht bestehen keine Gesetzeslücken. Der § 10 Absatz 2 Satz 1 des Heilmittelwerbegesetzes gilt für Arzneimittel, die psychotrope Wirkstoffe mit Gefahr der Abhängigkeit enthalten und die dazu bestimmt sind, bei Menschen mit Schlaflosigkeit oder psychischen Störungen diese zu beseitigen beziehungsweise Stimmungslagen zu beeinflussen. Die Werbung ist ausschließlich zulässig, um gegenüber Berufsangehörigen wie Ärzten, Zahnärzten et cetera



die Werbung auszusprechen oder zu präsentieren, aber nicht im allgemeinen öffentlichen Raum. Es ist eine Frage des Nachgehens dieses Verstoßes gegen das Heilmittelwerbegesetz. Das findet offensichtlich nicht statt, aus welchen Gründen auch immer, oder nicht in ausreichendem Umfang. Wenn man das täte, dann, glaube ich, könnte man der Sache an dieser Stelle etwas Herr werden. Trotzdem bleibt es dabei: Es ist in dem Kontext Ausdruck eines industriellen Sich-Anbietens; es ist im Wesentlichen dazu angelegt, dafür zu sorgen, dass die Substanz großen Absatz findet und nicht darauf, Patienten, die vielleicht tatsächlich auf die Behandlung mit Cannabis angewiesen sind, zu helfen,

Die **Vorsitzende**: Dankeschön.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann hätte ich noch eine Frage an die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Wir sehen es tatsächlich als Grüne auch als Problem an, dass mit diesem Gesetz Medizinalcannabis deutlich anders künftig gehandhabt werden soll als andere Medikamente, obwohl wir bei anderen Medikamenten auch hohes Abhängigkeitspotenzial und große Gefahren sehen. Können Sie uns etwas sagen zur Situation der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland und auch, welche Substanzen da vielleicht besonders gefährlich sind?

Die **Vorsitzende**: Frau Egartner, bitte.

Eva Egartner (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)): Das ist jetzt auf die Schnelle nicht ganz so einfach. Aber natürlich gibt es auch andere Substanzen, die abhängig machen. Auch da, da kann ich meinem Vorredner nur zustimmen, müssten die Werbeverbote deutlicher greifen. Im Grunde ist alles, was in Richtung Schlafmittel, Schmerzmittel geht, schon angesprochen worden. Da gibt es natürlich im Bereich der Medikamentenabhängigkeit hohe Dunkelziffern. Das erfahren wir immer wieder. Auch da müsste die Evidenz noch verbessert werden. Da kann ich mich auch meinem Vorredner nur anschließen.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann kommt jetzt Die Linke dran mit vier plus eins, also fünf Minuten. Herr Gürpinar.

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Vielen Dank, dass Sie zur Anhörung Fragen ermöglichen und uns mit Rat und Tat zur Seite stehen. Vielen Dank auch für die schriftlichen Zusendungen. Die erste Frage geht an Herrn Wurth vom Hanfverband. Ich möchte gar nicht primär die Kritik ansprechen, sondern vielleicht gleich nach vorne blicken. Welche Maßnahmen bräuchte es nach dem Deutschen Hanfverband, um den illegalen Cannabis-Markt zurückzudrängen und die Versorgung mit medizinischem Cannabis sicherzustellen?

Die **Vorsitzende**: Herr Wurth, bitte.

Georg Wurth (Deutscher Hanfverband (DHV)): Georg Wurth, Deutscher Hanfverband. Ich vertrete die Interessen privater Fördermitglieder und Sponser. Werde auch von denen bezahlt, insofern ist das mein Wirtschaftsinteresse. Erst einmal möchte ich betonen, dass unter den tausenden neuer Menschen mit Rezept viel mehr Patienten sind, als das hier einige annehmen. Ich kann nur bestätigen, was Herr Grotenhermen sagt: Die Arztpraxen sind ein Nadelöhr. Viele Ärzte sind überhaupt nicht bereit, Cannabis zu verschreiben, überhaupt darüber nachzudenken. Es ist ein hoher Aufwand der Recherche, der ihnen niemand entlohnt. Insofern kennen wir das seit vielen Jahren, dass uns Leute berichten, dass sie in ihrer ganzen Stadt sämtliche Arztpraxen abtelefonieren und keinen Arzt finden, der überhaupt bereit ist, mit ihnen darüber zu reden, obwohl sie persönlich sehr gute Erfahrungen damit gemacht haben. Und auch Patienten mit weniger schwerwiegenden Erkrankungen sind genauso Patienten wie der, der IBU 400 in der Apotheke wegen Kopfschmerzen kauft. Das ist ein Patient. Auch jemand, der bei Schlafstörungen vielleicht Cannabis einnimmt, oder eine Frau, die nur gegen Regelschmerzen Cannabis einnimmt und sonst nicht, ist eine Patientin, auch wenn das nicht furchtbar schwerwiegend ist. Dieses Nadelöhr ist durch die Telemedizin aufgebrochen worden, sodass viele, die tatsächlich medizinischen Bedarf haben, den jetzt auch decken können und sich das durch die Preise in Online-Apotheken auch leisten können



im Vergleich zu früher, als noch ein Gramm Cannabis über 20 Euro in der Apotheke gekostet hat. Umgekehrt sind aber natürlich auch Genusskonsumenten unter diesen neuen Patienten. Davon gehen auch wir aus. Es ist ein Ausdruck dessen, dass die Leute ein Bedürfnis danach haben, geprüfte Qualität zu bekommen, die nicht gestreckt ist, wo keine synthetischen Cannabinoide drin sind, die sonst irgendwie gepanscht ist. Sie wollen einfach einen regulierten Zugang dazu haben, insbesondere wenn sie nicht zu Hause selbst anbauen dürfen und können. Wenn wir jetzt das Ganze wieder einschränken, wie das hier angedacht ist, dann reden wir darüber, bis zu 200 Tonnen Cannabis zurückzudrücken auf den Schwarzmarkt, wo Sie herkommen; wahrscheinlich mit Umsatz von einer Milliarde, die wir jetzt langsam überschreiten dürften. Dies würde man zum großen Teil wieder zurückzudrängen in den Schwarzmarkt und auf 100 Millionen Euro Umsatzsteuer aufwärts wieder verzichten würden. Alles würde sich dann wieder auf dem Schwarzmarkt abspielen. Wir denken auch nicht, dass Cannabis als Genussmittel in der letzten Instanz in die Apotheke gehört, sondern in Fachgeschäfte. Wer nicht möchte, dass normale Konsumenten, die jetzt nicht vorwiegend wegen ihrer Krankheit Cannabis konsumieren, in Apotheken aufschlagen und bei den Ärzten und Online-Plattformen, der möchte doch bitte einen legalen Zugang zu Cannabis schaffen. Ich denke da insbesondere im ersten Schritt an die Modellprojekte zur Cannabisabgabe, wie sie Frankfurt und Hannover zum Beispiel gestellt haben, wie sie vorliegen bei der BLE [Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung] und bis jetzt nicht genehmigt worden sind. Wir wissen jetzt, Cannabiskonsumenten sind nicht moralisch verwerflich irgendwie; ist genauso wie Bier trinken, aber mittlerweile wächst auch die Erkenntnis, irgendwo muss das Zeug herkommen. Und da muss ich auch einen legalen Zugang dazu schaffen. Wenn kein anderer da ist, gibt es natürlich dann auch Leute, die auf Telemedizin zurückgreifen. Wollen wir das verhindern, indem wir beim Thema Fachgeschäfte weiter vorwärts gehen.

Die **Vorsitzende**: Herr Gürpınar, bitte.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielen Dank. Meine nächste Frage würde sich an die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände richten. Es

ist ja schon angedeutet worden, dass es, wenn Cannabis als Medikament gesehen wird, zumindest auch andere Medikamente in den Blick kommen werden müssen, wenn es um Suchtfragen und so weiter und so fort geht. Die Frage der Grünen vorhin ging an die Hauptstelle für Suchtfragen. Ich möchte aber Sie als Apothekerverband fragen, ob es nach Ansicht der ABDA widersprüchlich ist, ausschließlich ein Versandverbot für medizinisches Cannabis umsetzen zu wollen. Teilen Sie da unsere Auffassung, dass, wenn man das Ganze angeht, es einer einheitlichen Regelung bedarf oder bedürfen würde?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Said.

Dr. André Said (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.): Vielen Dank. Wir besprechen das Versandverbot hier insbesondere unter dem Aspekt der Verbindung mit den Plattformen. Insgesamt ist, glaube ich, bekannt, dass für die ABDA, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, das Versandverbot von Arzneimitteln im Sinne der Patientensicherheit das wirksamste Mittel ist. Es geht um die patientenindividuelle Beratung in der Apotheke vor Ort. Es geht um die pharmazeutische, therapeutische Begleitung. Es geht um die sichere Abgabe von Arzneimitteln. Insofern sehen wir das Versandverbot als wirksamstes Mittel zur Patientensicherheit an der Stelle.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Das war die erste Runde. Jetzt kommen wir zur zweiten Runde, zur Kurzzrunde. Da hat jede Fraktion jeweils vier Minuten. Es beginnt wieder die CDU/CSU-Fraktion. Herr Prof. Streeck, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hendrik Streeck** (CDU/CSU): Herzlichen Dank. Meine Frage richtet sich wieder an die Bundesärztekammer. Ziel der Novellierung des MedCanG ist es, eine klare Abgrenzung zu schaffen zwischen medizinischer Versorgung und einer Nutzung des MedCanG als faktischen Beschaffungsweg für Cannabis zu Konsumzwecken, was wir im Moment vermuten. Wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen und insbesondere den verpflichtenden persönlichen Erstkontakt sowie die Einschränkung beim Versand?



Die **Vorsitzende**: Ja, Herr Dr. Reinhardt.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Klaus Reinhardt, Bundesärztekammer. Herzlichen Dank für die Frage. Ich würde sagen, die Feststellung, dass wir im Jahr 2024 einen Zuwachs von 170 Prozent bei der Verordnung von Cannabis im Wesentlichen auf Privatrezepten, nur neun Prozent davon sind GKV-Rezepte, beobachten können, ist aus unserer Sicht ein sehr starker Hinweis dafür, dass es sich bei dieser Nutzung um einen Umgehungstatbestand handelt. Es geht hier nicht um Medizinalcannabis, was Patientinnen und Patienten bekommen. Das mag im Einzelfall so sein. Aber es ist nicht erklärbar, dass die Indikationsstellung für unter Umständen in einem individuellen Heilversuch zu verordnenden Cannabis-Therapie in diesem Umfang zugenommen haben soll. Das halte ich für völlig abwegig. Insofern glaube ich, darf man das feststellen. Wir reden hier vom Medizinalcannabis und nicht vom Freizeitkonsum oder vom Konsum, den der eine oder andere Erwachsene gerne vornehmen möchte, auch legal. Das ist ein anderes Thema an dieser Stelle. Wenn es sich um Medizinalcannabis handelt, dann muss man sagen, wir handeln mit einem Präparat, das im Einzelfall Hilfestellung leisten kann, unter Umständen auch angemessen sein kann, aber ein Präparat ist, was prinzipiell psychotrope Wirkungen hat und Abhängigkeiten schafft. Das ist eine Situation, wo nach ärztlichem Berufsrecht in unserer Vorstellung eine persönliche, individuelle Betreuung und Behandlung des Patienten unabdingbar ist, auch im Sinne unserer berufsrechtlichen Regelungen. Insofern ist der persönliche Kontakt eine *conditio sine qua non* für die Verordnung eines Cannabis-Präparates. Das ist das Erste. Das Zweite ist, dass ich sagen würde, auch da gilt, dass man Medikamente – das gilt dann aber für mich auch für Tranquilizer, für prinzipiell auch süchtig machende Präparate, die Schlafstörungen behandeln – auch mit sehr viel Umsicht und Rationalität einsetzen sollte, wenn denn überhaupt. Auch dort gilt für mich das Gleiche. Auch die gehören eigentlich nicht in den Versandhandel. Das sind Situationen, wo ich es aus ärztlicher Sicht für völlig unangemessen fände, wenn solche Präparate im Versandhandel verteilt werden könnten.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Wer fragt weiter?

Herr Prof. Hiller.

Abg. **Prof. Dr. Matthias Hiller** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die ABDA: Sie haben in Ihrer vorherigen Ausführung schon deutlich gemacht, dass Sie für ein Versandhandelsverbot sind. Inwieweit sind denn Ihre Strukturen in der Apothekerschaft dazu ausgelegt, auch die Versorgung sicherzustellen, wenn man auf den Versandhandel verzichtet?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Said, bitte.

Dr. André Said (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.): Vielen Dank. Aus unserer Sicht sind die in dem Gesetzentwurf genannten Maßnahmen Versandverbot bei Medizinalcannabis sachgerecht und sie verringern in keiner Weise aus unserer Sicht den Zugriff für hoch schwerkranke, immobile Patienten den Bezug von Medizinalcannabis. Warum? Wir haben das Netz der öffentlichen Apotheke vor Ort. Wir haben den Botendienst der Apotheke vor Ort, welcher durch das pharmazeutische Personal der Apotheke durchgeführt wird. Dadurch garantiert sich die patientenindividuelle pharmazeutische Beratung, die pharmazeutische Therapiebegleitung und die sichere Abgabe von Medizinalcannabis als psychotropes, sehr risikobehaftetes und eben sehr patientenberatungsintensives Arzneimittel. Insofern sehen wir überhaupt keinen Abbruch in der Versorgung für Patienten in der Fläche, auch von immobilen Patienten nicht, und sehen den Botendienst der Apotheke hier als gewährleistendes Merkmal.

Die **Vorsitzende**: Okay, dann Frau Dr. Baum für die AfD-Fraktion.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Als ich 2016 bis 2021 im Landtag von Baden-Württemberg war, hatten wir regelmäßige Schulklassen zu Besuch und bei jedem Gespräch wurde ich gefragt, warum wir als AfD gegen Cannabis sind. Da muss ich dazu sagen, wir sind gegen den Konsum, also Freizeitverhalten von Cannabis, aber natürlich nicht gegen das medizinische, die medizinische Anwendung. Ich habe dann immer zurückgefragt: Warum wollt ihr euch denn der



Realität entfliehen? Warum wollt ihr im besten Deutschland aller Zeiten zu Rauschmitteln greifen? Und deshalb meine Frage an Sie: Könnte es sein, dass eben auch die gesellschaftlichen Umstände, Zukunftsängste oder was auch immer ... Wird darüber überhaupt gesprochen, warum die Leute in ihrer Freizeit dieses Zeug nehmen wollen? Wird darüber gesprochen? Gehen wir mal an die Wurzel des Übels. Wie gesagt, wir reden jetzt nicht über Medizincannabis, denn wir haben ja hier gehört, dass ein großer Teil sicherlich – der Anstieg ist ja enorm – darauf zurückzuführen ist, dass es zum Verbrauch genutzt wird, also praktisch Freizeitkonsum oder was auch immer, wie man das bezeichnen soll.

Die **Vorsitzende**: Frau Egartner, bitte.

Eva Egartner (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)): Das ist natürlich eine sehr weit gefasste Frage und wie Sie schon selber sagen, da geht es dann nicht mehr um Medizinalcannabis, sondern insgesamt dann eher um das Konsumcannabisgesetz. Dazu kann ich nur sagen, dass die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen nicht dafür zuständig ist, es zu bewerten, warum Menschen Genussmittel oder Suchtmittel zu sich nehmen und dass es am Ende des Tages natürlich immer eine individuelle Entscheidung ist. Für uns ist nur wichtig, dass Menschen, die konsumieren, nicht kriminalisiert werden. Da sind natürlich beide Gesetze ein Schritt in die richtige Richtung. Wenn Menschen, die krank sind, Medizinalcannabis nehmen können, ist es ein Schritt in die richtige Richtung. Und wenn Menschen, die zum Genuss Cannabis konsumieren wollen, das tun, dann ist das Konsumcannabisgesetz ein Schritt in die richtige Richtung. Dass Menschen Genussmittel und auch Suchtmittel nehmen, das ist seit tausenden Jahren so. Dass wir dann auch für die Menschen, die falsch abbiegen auf dem Weg, die richtigen Hilfestellungen zur Verfügung stellen müssen, ist dann der zweite Schritt. Wir müssen natürlich auch genügend Wissen über alles haben. So viel vielleicht dazu.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Sie haben noch eine Minute.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Danke. Dann die gleiche Frage bitte noch mal an die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin. Es muss doch in unserem Interesse als Gesellschaft sein, dass wir diese Tendenz einengen, dass wir nicht einfach sagen: Ja, wir nehmen das halt so hin, das hat gerade in Bezug auf die Jugendlichen zugenommen. Was ich jetzt gehört habe mit dieser Werbung, das war mir ja gar nicht bekannt. Wir müssen doch als Gesellschaft dahingehend etwas tun, dass diese Sucht nicht noch zunimmt, sondern eher wieder abnimmt. Wird über diese Ursachen überhaupt gesprochen? Sagen die Jugendlichen, warum sie das nehmen oder nicht? Das würde mich mal interessieren.

Die **Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Preuss, bitte.

Prof. Dr. Ulrich W. Preuss (Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS)): Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin. Ich bin insofern befangen, dass ich selbst Medikamente verschreibe bei ausgewählten Indikationen. Medizinisches Cannabis. Die Frage geht natürlich ein bisschen am Thema vorbei, weil wir uns ja eigentlich mit dem medizinischen Cannabis beschäftigen, nicht mit dem Cannabis für Rauschkonsum, aber das ist natürlich Bestandteil der Suchtprävention und auch bei mir in jeder Sprechstunde mit Betroffenen ist es Thema, die Ursachen herauszufinden und diese zu behandeln, und genauso zu verhindern, dass aus einem Konsum ein Risiko und eine Erkrankung resultiert.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann käme jetzt die SPD an die Reihe mit vier Minuten.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Danke, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an den Einzel-sachverständigen Dr. Weis. Lieber Dr. Weis, wie sind missbräuchliche Verschreibungen und die einschlägigen Online-Plattformen nach der geltenden Rechtslage und insbesondere vor dem Hintergrund des Berufs-, Arzneimittel- und Werberechts zu beurteilen? Gerade im Bereich des HWG [Heilmittelwerbe-gesetz] liegt bereits einschlägige Rechtsprechung vor. Haben wir ein Vollzugsproblem?



Dr. Ferdinand Weis (Anwalt): Mein Name ist Rechtsanwalt Dr. Ferdinand Weis. Ich bin Rechtsanwalt bei der Kanzlei Dr. Engelhard, Weimar und Kollegen und im Vorstand Branchenverband Cannabiswirtschaft e.V. Ich vertrete Mandanten aus der Cannabisindustrie, die mich vergüten. Insofern habe ich finanzielle Interessen. Die Vorredner haben es bereits erläutert. Medizinisches Cannabis ist verschreibungspflichtig und für verschreibungspflichtige Arzneimittel ist Werbung an Laien verboten. Das bedeutet nach §10 HWG: Man darf nur gegenüber den Fachkreisen, das heißt Ärzte und Apotheker werben. In der Praxis sehen wir trotzdem gegenwärtig sehr aggressive Werbeverstöße insbesondere durch Telemedizinplattformen. Dort wird Cannabis mit Versprechen wie „in wenigen Minuten zum Cannabis-Online-Rezept“ zum Beispiel gegen Schlafstörungen oder Rückenschmerzen sehr blumig beworben mit phänomenalen Patientenerlebnissen. Gerichte haben exakt solche Werbeformen bereits explizit als rechtswidrig eingestuft, weil der Absatz im Vordergrund steht und nicht nur nüchtern sachliche Informationen verbreitet werden. Auch mit Blick auf Fernbehandlung gilt: Die Werbung für Fernbehandlung ist nach § 9 HWG grundsätzlich verboten. Ausnahmen gelten nur, wenn die fachlichen Standards eingehalten werden und ein persönlicher Kontakt nicht erforderlich ist. Auch ist Fernbehandlung nach ärztlichem Berufsrecht nur zulässig, wenn keine Nachteile drohen und fachliche Standards eingehalten werden. Das ist gerade bei Cannabis eben oft nicht gegeben, zum Beispiel, wenn ein Patient mit Rückenschmerzen auftauchen würde, den ich gegebenenfalls abtasten müsste. Mir stehen als Arzt dort nicht alle Sinne zur Verfügung. Was definitiv nicht zulässig ist, ist die Verschreibung ausschließlich aufgrund eines Arztfragebogens ohne Sprechstunde. Das widerspricht fachlichen Standards schon wegen drohender Nebenwirkungen und des Suchtrisikos. Das heißt unterm Strich: Das Problem ist an und für sich kein regulatorisches, sondern wir haben eigentlich ein kalkuliertes Rechtsbruchproblem, beziehungsweise ein Vollzugsdefizit der bereits bestehenden Gesetze. Das ist aber auch kein Sonderproblem für Cannabis. Zum Beispiel treten gleichartige Probleme etwa im Zusammenhang mit der Abnehmspritze auf. Auch diese ist verschreibungspflichtig. Trotzdem wird sehr medienpräsent für sie geworben und sie wird online verschrieben. Auch da hatten wir schon Rechtsprechungen gesehen,

zum Beispiel vom Verwaltungsgericht, vom Landgericht München. Missbrauch kann genauso gut auch bei jedem anderen Arzneimittel wie zum Beispiel Schlafmitteln auftreten, die ebenfalls erhebliche Risiken bergen. Behörden könnten entschieden eingreifen und die Verstöße abstellen. Das machen sie allerdings nicht im Unterschied zum Freizeit-Cannabis-Bereich, wo es auch ein Werbeverbot nach § 6 gibt. Dort wird aktiv eingeschritten gegen Anbauvereinigungen oder gegen sonstige Werbung für Cannabis. Ansonsten sehen wir gegenwärtig nur wettbewerbsrechtliche Verfahren, insbesondere durch die Apothekenkammern, aber nicht durch die Behörden. Meiner Meinung nach, wenn wir das Vollzugsdefizit abstellen würden, ließe sich der Missbrauch durch den Vollzug der vorhandenen Gesetze weitgehend in den Griff kriegen, ohne übermäßig in Patientenrecht einzugreifen.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann Frau Heitmann für die Grünen noch mal bitte.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herzlichen Dank. Ich würde gerne Frau Prof. Dr. Müller-Vahl noch mal fragen. Wenn diese Änderungen im Medizinal-Cannabisgesetz, wie sie die Bundesregierung hier vorschlägt, jetzt so tatsächlich auch den Bundestag in zweiter, dritter Lesung passieren würden und umgesetzt würden, welche Gefahren sehen Sie da in Bezug auf den Jugend- und Gesundheitsschutz in Zukunft?

Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl (Medizinische Hochschule Hannover (MHH)): Es haben ja schon einige meiner Vorrednerinnen und Vorredner gesagt, dass Menschen, die Cannabis konsumieren wollen, dies tun. Ich glaube, kein Gesetz auf der Welt kann das verhindern. Wenn wir jetzt ein wenig zurückblicken, sehen wir, dass das Verlassen der Verbotspolitik dazu geführt hat, dass Menschen legale Zugangswege bevorzugen und wünschen. Das haben die ersten Ergebnisse der EKOCAN-Studie [Evaluation des Konsumcannabisgesetzes] aus Hamburg gezeigt. Das hat auch eine Umfrage von Herrn Prof. Werser aus Frankfurt gezeigt. Das heißt also, Menschen wollen legale Zugangswege und nutzen sie auch. Im Moment leider, und da sind wir uns ja alle einig, auf einem Wege, den wir nicht primär wünschen, über diese Telemedizinplattformen. Wenn wir das jetzt wieder abstellen, werden



Menschen weiterhin Cannabis nutzen und dann werden sie wieder auf den illegalen Markt gehen. Ich glaube, das ist ganz zweifelsfrei und eindeutig, weil da kommen wir ja auch her. Ich würde immer sagen, je mehr illegaler Markt, desto weniger Jugendschutz. Das heißt also, das ist in meinen Augen der falsche Weg, wenn wir Jugendschutz priorisieren wollen.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herzlichen Dank. Dann noch eine Frage an den Deutschen Hanfverband. Sie sagten vorhin, dass durchaus unter den Menschen, die jetzt das Cannabis online über diese Plattformen beziehen, mehr Patientinnen und Patienten sind, als man vielleicht annimmt. Wir haben als Grüne den Änderungsantrag eingebracht, das Kriterium der Austherapiertheit zu reformieren und zu überdenken. Glauben Sie, dass das auch in Bezug auf die Verschreibungspraxis etwas verbessern und ändern würde, sodass die Menschen, die dann wirklich Patientinnen und Patienten sind, dann über die regulären ärztlichen Wege besser die Möglichkeit haben, an medizinisches Cannabis zu kommen?

Die **Vorsitzende**: Herr Wurth, bitte.

Georg Wurth (Deutscher Hanfverband (DHV)): Georg Wurth, Deutscher Hanfverband. Ich glaube nicht, dass das so ein wirklich entscheidender Punkt ist, weil bei den Privatrezepten, um die es ja im Wesentlichen geht bei der Telemedizin und so weiter, dieses Kriterium Austherapiertheit gar keine Rolle spielt, genauso wenig wie das Kriterium der schwerwiegenden Erkrankungen. Insofern wird es da keinen großartigen Einfluss haben. Was ich denke, was eine Rolle spielt, sind die Kriterien der Krankenkassen, die immer noch sehr restriktiv umgehen mit Cannabis als Medizin und zwar nicht nur bei leichten Erkrankungen, sondern durchaus auch bei schweren Erkrankungen. Man sieht immer wieder diese Medienberichte von Leuten, die Krebs haben und irgendwelche schweren Schmerzen. Ich persönlich kenne zum Beispiel auch Fälle von Leuten mit Reizdarm, die total abgemagert sind und die einfach von der Krankenkasse nichts bekommen. Ich denke, da müssen wir auf jeden Fall ran und das ist auch die Erklärung dafür, wieso die Krankenkassen bei ihren Erstattungen nicht

hinterherkommen mit dem zusätzlichen Absatz, weil die nach wie vor im Wesentlichen bei Schmerzen erstatten und bei allem anderen sich querstellen und nur auf Klagen reagieren, so ungefähr. Insofern: Bei der GKV ist es sicherlich sinnvoll, über solche Dinge nachzudenken. Austherapiertheit macht sowieso jetzt mit der neuen Einschätzung von Cannabis wenig Sinn. Wie man sagt, die Schmerzpatienten müssen vorher Opiate genommen haben oder so. Das ist natürlich eine Sache, die man tatsächlich abschaffen sollte, aber wirklich mit Blick auf die GKV und nicht jetzt auf alle Rezepte gesehen.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Okay, gut. Herzlichen Dank. Ich glaube, die neun Sekunden machen keinen Sinn mehr.

Die **Vorsitzende**: Genau. Wir haben gleich auch noch mal drei in der nächsten Runde. Dann Herr Gürpınar für Die Linke, bitte.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielen Dank. Ich fange an und gebe dann an Dr. Arndt. Zunächst eine Frage an Georg Wurth vom Hanfverband. Vielleicht noch mal ein Schritt zurück, weil es hier so ein bisschen den Anschein macht, als ob jetzt schon alle ausreichend versorgt wären mit Medizinalcannabis. Sie haben es schon angedeutet, noch mal konkret: Können gegenwärtig Patienten auch in lokalen Arztpraxen ausreichend mit Cannabis therapiert werden?

Georg Wurth (Deutscher Hanfverband (DHV)): Georg Wurth, Deutscher Hanfverband. Auf keinen Fall sind die lokalen Arztpraxen im Moment in der Lage, den Bedarf nach medizinischem Cannabis zu decken. Ich habe eben berichtet, dass sich die Leute bei uns melden und wirklich Arztpraxen in der ganzen Stadt abklappern und bis heute, wie auch Herr Grotenhermen gesagt hat, dieses Nadelöhr besteht. Da jetzt die Einschränkung bei der Telemedizin zu machen, würde dieses Nadelöhr wieder installieren. Die Leute würden wieder die Arztpraxen abklappern, während gleichzeitig über eine Arztgebühr nachgedacht wird, um Arztkontakte zu reduzieren, weil die überfordert sind, die Arztpraxen. Das macht aus meiner Sicht keinen Sinn. Insofern sind die Telemedizinplattformen eine gute



Alternative, zumal die sich auch auskennen, wenn man da eben eine Beratung bekommt. Das machen die ja durchaus auch. Es ist nicht so, als würden die jetzt Beratungen ablehnen. Kann man auch machen, hat was auch mit dem Arzt zu tun, bei der Onlinesprechstunde, der sich mit Cannabis auskennt. Während die Hausärzte oft keine Ahnung davon haben und auch letztendlich Gespräche ablehnen und auch wieder sagen: Schmerzpatient, Opiate, ADHS, Ritalin gerne, aber kein Cannabis.

Die **Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Arndt, bitte.

Abg. **Dr. Michael Arndt** (Die Linke): Dr. Michael Arndt, ich bin niedergelassener Hausarzt und habe auch einige Patienten mit Cannabis behandelt und behandle die auch mit Cannabis. Ich hätte eine Frage an den Herrn Poitz von der Gewerkschaft der Polizei. Sie haben vorhin gesagt, dass der Drogenmarkt boomt. Sie haben da aber das Cannabis nicht ausgeschlossen, sondern es hat sich so angehört, als würde es seit der Legalisierung auch Cannabis illegalerweise boomen, was allerdings den Aussagen vom Kollegen Reinhardt widerspricht, der ja attestiert, dass durch die Privatrezepte quasi vom Schwarzmarkt das Cannabis in den legalisierten Markt kommt. Haben Sie Zahlen dazu, wie der Schwarzmarkt von Cannabis sich entwickelt hat?

Die **Vorsitzende**: Herr Poitz, bitte.

Alexander Poitz (Gewerkschaft der Polizei (GdP)): Alexander Poitz, Gewerkschaft der Polizei. Ich kann die Zahl von Herrn Reinhardt nicht bewerten. Was ich bewerten kann, ist die polizeiliche Kriminalstatistik und das Lagebild Rauschgiftkriminalität des Bundeskriminalamts. Da sind die Aussagen relativ deutlich, dass Cannabis das meist konsumierte berauschende Mittel und auch das am meisten gehandelte berauschende Mittel hier in Deutschland ist und auch weiterhin sein wird wahrscheinlich, weil der Markt einfach boomt. Das betrifft nicht ausschließlich Medizinalcannabis, sondern die PKS [Polizeiliche Kriminalstatistik] spricht hier über Cannabis in Gänze, also sowohl das Konsumcannabis als auch das Medizinalcannabis. Um Ihre Frage genau zu beantworten: Zu Medizinalcannabis, nein, da kann ich keine Zahlen liefern. De facto: Die Bewegung, was den

Schwarzmarkt betrifft, nehmen wir deutlich wahr, weil die Bestrebungen im Bereich der organisierten Kriminalität sind zu zwei Dritteln Rauschgiftkriminalität und da Cannabis Zweidrittel der Drogendelikte darstellt, sind die Zahlen relativ eindeutig, wo dort Geld verdient wird. Warum? Der Markt bestimmt sich durch den Preis und natürlich durch den Bedarf. Da sind die Bestrebungen im Schwarzmarkt momentan noch sehr groß. Aber die Kritik an Konsumcannabisgesetz ist deutlich. Was das Medizinalcannabis betrifft, sind die Maßnahmen aus unserer Sicht zu befürworten. Nichtsdestotrotz die Aussagen, was die Telemedizin und den Erstkontakt mit dem Arzt betrifft, da schließen wir uns an. Wo wir uns anschließen oder wo wir besser werden müssen, ist das Werbeverbot durchzusetzen. Das ist vorhin schon angeklungen. Wir haben hier ein ganz klares Vollzugsdefizit. Warum? Das hat mit der Personalsituation der Polizei des Bundes und der Länder zu tun, aber eben auch – Appell an die Bundesregierung, hier ordentliche Gesetze zu schaffen –, damit wir als Polizei im 21. Jahrhundert ankommen. Warum? Weil wir, was den virtuellen Raum betrifft, momentan relativ blind sind. Dankeschön.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön.

Abg. **Dr. Michael Arndt** (Die Linke): Kann ich kurz nachhaken?

Die **Vorsitzende**: Ganz, ganz kurz.

Abg. **Dr. Michael Arndt** (Die Linke): Jetzt haben Sie wieder die Drogen mit dem Cannabis vermischt. Klar, es ist ein BtMG-Delikt [Betäubungsmittelgesetz]. Aber es gibt zum Beispiel 3 000 weniger BtMG-Delikte. Dass die harten Drogen auf dem Vormarsch sind, das ist allgemein bekannt, denke ich. Nur, wie gesagt, meiner Meinung nach wird der Schwarzmarkt durch das Medizinalcannabis, durch sogenannte Selbstmedikation von Leuten, Patienten, die das vorher illegalerweise angebaut haben oder gekauft haben, ausgetrocknet; oder zumindest geht es tendenziell zurück.

Die **Vorsitzende**: Das war jetzt länger als kurz. Bitte ganz, ganz kurze Antwort.



Alexander Poitz (Gewerkschaft der Polizei (GdP)): Also ausgetrocknet bei Weitem nicht. Das würde ich gerne unterschreiben. Wir haben hier Sicherstellungsmengen im Tonnenbereich momentan. Wir reden hier über sehr große Mengen, die sichergestellt werden. Dementsprechend kann ich nicht von ausgetrocknet reden. Das betrifft alle Sorten von Cannabis, die die PKS beinhaltet.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann kommen wir jetzt zu Block 3. Das wäre die Fraktion der CDU/CSU mit zehn Minuten. Frau Borchardt, bitte.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Herzlichen Dank. Meine Frage geht an den Verband der Cannabisversorgenden Apotheken e.V. Sind die da? Vielleicht können Sie das Versandhandelsverbot noch mal bewerten, das im Gesetz formuliert ist. Von der ABDA haben wir ja schon einige Statements gehört.

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Neubaur, bitte.

Dr. Christine Neubaur (Verband der Cannabis versorgenden Apotheken e.V. (VCA)): Vielen Dank für die Frage. Der Verband der Cannabisversorgenden Apotheken sieht das sehr kritisch, das Versandhandelsverbot. Es geht hier um Vor-Ort-Apotheken, um deutsche Vor-Ort-Apotheken mit einer Versandhandelserlaubnis, die sich auf die Versorgung mit Medizinalcannabis spezialisiert haben. Es gehört dazu ein sehr, sehr gutes Fachwissen. Dieses Fachwissen ist nicht ohne weiteres in jeder Vor-Ort-Apotheke vorhanden. Das heißt, das müsste erst komplett aufgebaut werden. Es geht hier um Wechselwirkung, um Interaktion. Es geht um multimorbide Patienten, die natürlich eine Polymedikation haben und Cannabis als Add-on bekommen. Da gehört natürlich eine fachgerechte Beurteilung dazu, durch die Apotheke, durch den Apotheker, der diesen Patienten versorgt. Deswegen wird es schwer, dass das jetzt jede Vor-Ort-Apotheke leisten kann. Zusätzlich haben wir ein massives Apothekensterben. Wir haben im ländlichen Raum teilweise keine Apotheken mehr. Das heißt, man würde dann immobilen Patienten zumuten, weite Wege zurückzulegen, um sich mit ihrer Medizin zu versorgen. Das ist einfach nicht tragbar. Der Botendienst kann das nicht auffangen, weil ein Botendienst sich eigentlich nur

zehn Kilometer im Umkreis lohnt, vielleicht kann man noch sagen 20 Kilometer im Umkreis. Der Botendienst findet teilweise auch so statt, dass der Patient nur anruft. Es findet eine telefonische Beratung zum Beispiel statt und dann bringt der Bote das. Das würde sich dann noch nicht mal großartig unterscheiden, der Versand aus Apotheken. Die Apotheken, die sich spezialisiert haben, sind ausgesprochen versiert in der Beratung. Sie machen eine telemedizinische oder telepharmazeutische Beratung oder eine telefonische Beratung. Sie sind da sehr tief drin im Thema und befassen sich lange mit Patientinnen und Patienten, sodass wirklich die Patientensicherheit sichergestellt ist. Deswegen sehe ich das nicht, dass jede Vor-Ort-Apotheke das so leisten kann.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Prof. Streeck, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hendrik Streeck** (CDU/CSU): Nur ganz kurz, weil das vorhin zitiert wurde: Der EKO-CAN-Bericht, der Zwischenbericht sagt nichts über eine Verringerung durch das Medizinalcannabis des Schwarzmarkts bisher aus. Aber wir reden nicht über Konsumcannabis gerade. Ich habe eine Frage an die Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, DG-Sucht, und vielleicht zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, DGS. Welche Anforderungen würden Sie an Verlaufskontrollen stellen, damit eine Behandlung mit Medizinalcannabis medizinisch sinnvoll gesteuert und so Suchtrisiken minimiert werden können?

Die **Vorsitzende**: Okay, das wäre Herr Dr. Luderer und im Anschluss Herr Prof. Preuss. Bitteschön.

Dr. Mathias Luderer (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)): Vielen Dank. Das Wichtigste ist, denke ich, dass es kein Verschreiben und Vergessen geben darf. Jede Cannabis-Therapie ist ein befristeter Therapieversuch mit einem klaren Ziel und dafür brauchen wir engmaschige Kontrollen, persönlich und höherfrequent. Da sind zwei Dinge ganz entscheidend. Zum einen muss es eine kritische Prüfung der Dosis geben, denn wenn die ansteigt, dann gibt es eine Toleranzentwicklung und dann muss man überlegen, ob vielleicht auch der Weg in die



Abhängigkeit bevorsteht. Und es müssen regelmäßige Auslassversuche erfolgen, um zu prüfen, ob die Indikation überhaupt noch weiter besteht. Einfach weiter verordnen, darf nicht passieren. Dazu sind regelmäßige, engmaschige und persönliche Kontrollen notwendig.

Die **Vorsitzende**: Prof. Preuss.

Prof. Dr. Ulrich W. Preuss (Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS)): Prof. Preuss, DG Suchtmedizin. Ich kann sich dem nur anschließen. Initial ist es so, dass man sicherlich einen persönlichen Kontakt braucht, die regelmäßige Überprüfung der Indikation, der richtigen Medikation ebenso. Wenn man überhaupt über Telemedizin nachdenkt, dann bestenfalls bei Folgeuntersuchungen. Man kann das überlegen, wenn man den Patienten gut kennt und eine gute Indikationsstellung und ein guter therapeutischer Kontakt besteht.

Die **Vorsitzende**: Okay, danke. Sie dürfen weitermachen.

Abg. **Prof. Dr. Hendrik Streeck** (CDU/CSU): Ich hätte dann eine Folgefrage an beide und vielleicht auch an die Bundesärztekammer. Welche Anforderungen an die ärztlichen Standards und Dokumentationspflichten bei der Abgabe sind aus Ihrer Sicht denn notwendig, um eine Versorgung *lege artis* mit Medizinalcannabis zu gewährleisten?

Die **Vorsitzende**: Okay, machen wir es wie eben. Dr. Luderer, dann Herr Dr. Preuss und dann noch Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Mathias Luderer (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)): Ich denke, da ist es ganz wichtig, dass man die Risikoprüfung für so ein individuelles Heilverfahren als *Ultima Ratio* nicht einem automatisierten Online-Verfahren oder gar einem Fragebogen überlässt, weil wer so handelt, handelt nicht ärztlich, sondern gewerblich. Der Arzt muss dokumentieren, warum evidenzbasierte Standardtherapien versagt haben. Der Patient muss explizit aufgeklärt werden über die mangelnde Evidenz, denn wir

haben für Cannabisblüten so gut wie keine Evidenz, und auch über das Risiko einer Abhängigkeit. Das muss dokumentiert werden, es muss Follow-ups geben. Wir haben bislang auch keine Beipackzettel oder Fachinformationen. Die brauchen wir, damit die Patientenrechte gewährleistet sind. Eine Versorgung nach den ärztlichen Regeln der Kunst braucht eben mehr als einfach nur ein Rezept zu verordnen. Das braucht viel mehr.

Prof. Dr. Ulrich W. Preuss (Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS)): Ich schließe mich dem an und kann noch ergänzen: Suchtmedizinische Kompetenz ist wichtig, um zu unterscheiden, was ist ein Konsum und wann geht das über in eine Konsumstörung. Die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sind zu beachten. Also alle diese Elemente, die eigentlich zur ärztlichen Sorgfaltspflicht dazugehören, sollten natürlich auch sukzessive bei den Patientenkontakten dokumentiert werden können.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich kann das ausdrücklich bestätigen. Ich würde vielleicht noch einmal darauf hinweisen: Es handelt sich um eine absolute individuelle Form von Therapie. Die Individualität der Situation muss angemessen dokumentiert sein. Das ist nicht gegeben, wenn ich irgendwelche Kreuzchen auf standardisierte Fragebogen gemacht habe. Insofern ist das ein Mindeststandard, der bei jeder Form von Behandlung, auch der mit Cannabisprodukten, aus unserer Sicht sinnvoll und vernünftig wäre. Die Fragestellung, ob wir überhaupt etwas tun: Die Bundesärztekammer hat sich grundsätzlich gegen die Medizinalcannabis-Behandlung mit Cannabisblüten gestellt, weil wir sagen, es gibt weder Standards noch gibt es an dieser Stelle Produktinformationen für Versicherte und für Patienten, die die Produkte nutzen und nutzen sollen. Es sind Rezeptor-Arzneimittel, die überhaupt keinem grundsätzlichen Standard an dieser Stelle, selbst wenn es mit gutem Willen gut gemacht wird, folgen. Wenn es darum geht, dass Cannabis als medizinisches Wirkungsmittel wirken soll, dann glaube ich, muss man standardisierte Produkte aus ärztlicher Sicht fordern. Und das muss man an dieser Stelle noch mal ergänzen.



Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann noch eine Frage, bitteschön.

Abg. **Prof. Dr. Hendrik Streeck** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und vielleicht auch an die Bundesärztekammer, wenn die Zeit reicht. Der G-BA knüpft in § 45 Arzneimittel-Richtlinie die Ausnahmen von dem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen bei Medizinalcannabis an bestimmte Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen. Halten Sie es grundsätzlich für sinnvoll, auch die Verordnung stärker an Qualifikationen und Facharztgruppen für Medizinalcannabis zu binden?

Die **Vorsitzende**: Frau Maaser, bitte.

Corinna Maaser (GKV-Spitzenverband): Hier geht es um die Frage der generellen Verordnung von Cannabis. Wann ist eine ärztliche Person als qualifiziert im Sinne dieser Regelung anzusehen? Im Rahmen der G-BA-Regelung zu Ausnahmen vom Genehmigungsvorbehalt hatte der GKV-Spitzenverband die Position vertreten, dass stets eine Kombination einer bestimmten Facharztgruppe und einer bestimmten Zusatzbezeichnung gemäß der Musterweiterbildungsordnung Ärzte vorliegen muss. Zu den besonderen Verordnungsvoraussetzungen für eine Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln ohne Genehmigungserfordernis sollte aus unserer Sicht sowohl die Facharztqualifikation als auch die spezielle Qualifikation im jeweiligen Anwendungsgebiet gehören sowie die Zusatzweiterbildung als spezielle Qualifikation für die Therapie mit Cannabis bestehen, um dann auch die Erfolgswahrscheinlichkeit einer solchen Cannabis-Therapie bewerten zu können. Das ist nötig zur Bewertung der Krankheitsschwere und auch zur Nichtverfügbarkeit alternativer Behandlungsoptionen. Der Beschluss fiel aber anders aus, nämlich so, dass entweder eine Facharztbezeichnung oder eine bestimmte Zusatzbezeichnung ausreichend ist. Der Beschluss soll allerdings evaluiert werden hinsichtlich der Entwicklung des Verordnungsgeschehens der einzelnen Arztgruppen. Außerdem soll auch noch die Anzahl der beantragten freiwilligen Vorabgenehmigungen ausgewertet werden, um dann gegebenenfalls eine Anpassung der Regelung in der Richtlinie vornehmen zu können.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann ist jetzt die AfD mit sieben Minuten an der Reihe. Bitteschön, Frau Hess.

Abg. **Nicole Hess** (AfD): Herzlichen Dank. Meine Frage ist eine kurze Nachfrage und richtet sich an die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Und zwar ist es reine Neugierde und ich mache jetzt auch keinen Unterschied zwischen Konsum- und Medizinalcannabis, weil wir sind uns irgendwie einig, dass ja ganz offensichtlich das Konsumcannabis auch über die Bezugsmöglichkeiten auf Medizinalcannabis erfolgt. Deswegen sitzen wir heute hier. Was mich jetzt irritiert hat, das war in der letzten Runde die Antwort der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Es wurde gesagt: Ja, wir unterstützen, wir finden gut den Zugriff auf Medizinalcannabis – das finden wir auch – und dass Sie dann einschreiten in dem Moment, wo falsch – das war glaube ich das Zitat – abgebogen wird. Die Frage nach dem Selbstverständnis: Ist es eine Stelle für Prävention? Sollte man nicht vorher, wie eben schon die Herren gesagt haben: Es sollte in dem Moment, wo Suchtgefahr besteht, nicht weiter verordnet werden. Wie ist also die Aufgabe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zu sehen? Ist es präventiv oder sollte man warten, bis falsch abgebogen ist? Und wie sieht dann die Handlung dieser Hauptstelle aus? Danke.

Die **Vorsitzende**: Frau Egartner, bitte.

Eva Egartner (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)): Danke. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen kümmert sich um alle Fragen rund um Prävention, Beratung, Behandlung. Natürlich sind wir auch sehr stark im Präventiven und für die Prävention zuständig und setzen uns da ja auch sehr stark ein für weitere verhältnispräventive Maßnahmen bei jedem Rauschmittel, also auch zum Beispiel bei der Alkoholprävention. Ich denke, das war vorher eher auf das Konsumcannabis gemünzt. Dass es Menschen gibt, die zu Genusszwecken erstmal konsumieren, das haben ja auch manche in der Runde schon gesagt, dann aber vielleicht übersehen, dass es sich um Rauschmittel handelt und es mit der Zeit vielleicht doch eher in Richtung süchtiges Verhalten geht. Dann müssen die entsprechenden Hilfen zur Verfügung gestellt werden, dass wir



im Vorfeld, Sie hatten oder Ihre Kollegin hat das vorher angesprochen, auch in Schulen natürlich im Vorfeld auch aufklären müssen und auch über die Gefahren aufklären müssen. Das ist unstrittig. Deswegen hatte ich auch vorher schon mal gesagt, dass wir uns auch sehr, sehr stark für Werbeverbote einsetzen; Werbeverbote für alle Rauschmittel im Übrigen, auch in diesem Bereich Medizinalcannabis oder überhaupt Cannabinoide, und auch dafür, dass das bestehende Werbeverbot durchgesetzt werden müsste. Da hat der Kollege von der Polizei gesagt, dass es sehr schwierig ist, das durchzusetzen. Aber wir würden das sehr befürworten, dass die bestehenden Verbote wirklich auch durchgesetzt werden und nicht Kinder oder auch Erwachsene, ist völlig wurscht, an Bushaltestellen mit Werbung überflutet werden. In Berlin ist die Werbung sehr breitflächig überall zu sehen, aber natürlich auch die Werbung über Internetplattformen oder über Mails. Das alles muss wirklich verfolgt werden und sollte nicht so breit zugänglich sein.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Schießl, bitte.

Abg. **Carina Schießl** (AfD): Ich hätte eine Frage an DG-Sucht, DHS und DGS: Können Sie der Einschätzung zustimmen, dass der Gesetzentwurf ein notwendiger, aber unvollständiger Schritt ist und dass eine konsequente Behandlung von Medizinalcannabis wie jedes andere Arzneimittel langfristig Patientenschutz, Kostentransparenz und Missbrauchsvermeidung besser gewährleisten müssen?

Die **Vorsitzende**: Das ist Herr Prof. Preuss.

Prof. Dr. Ulrich W. Preuss (Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS)): Ich fange mal an. Wir haben eine Stellungnahme verfasst und ein paar Anregungen gegeben, mit denen man dem Gesetzesvorschlag noch mal bearbeiten kann. Im Prinzip stimmen wir dem Gesetzesvorschlag so zu. Wir würden dazu raten, noch mal zu gucken: Gibt es Möglichkeiten zu prüfen, inwieweit bestimmte Formen der Cannabisverordnung noch mal etwas strikter gestaltet werden können? Es geht auch um das Werbeverbot. Das ist für uns ein wichtiges Anliegen. Auch hier geht es noch mal um die Betonung, dass Fertigarzneimittel aus medizinischer Sicht natürlich eine günstigere Formulierung sind im

Vergleich zu den Cannabisblüten, weil definierter. Genauso der Hinweis, dass Gebrauchsanweisungen und Beipackzettel etc. auch bei solchen Medikamenten da eine ganz wichtige Rolle spielen, die auch hinzuzufügen sind im Sinne des Patientenschutzes und der Aufklärung.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Luderer, für die DG-Sucht.

Dr. Mathias Luderer (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)): Ich kann mich meinem Vorredner nur anschließen und würde gern noch einen Kommentar abgeben. Ich weiß nicht, wer das vorher gesagt hat, dass Hausärzte bei ADHS großzügig Medikamente, also Methylphenidat verschreiben würden. Die Erfahrung ist eine komplett andere. ADHS ist gerade im Erwachsenenalter unterversorgt. Das ist das eine. Das andere ist, dass die ADHS-Leitlinie, die jetzt in Überarbeitung ist, an der ich auch mitbeteiligt bin, 2018 auch schon gesagt hat, Cannabis soll nicht angewendet werden zur Behandlung der ADHS. Ich möchte nicht ausschließen, dass es im Einzelfall wirksam ist, aber dazu brauchen wir viel mehr Forschung, um die Wirksamkeit beurteilen zu können. Ich weiß, dass viele Betroffene das berichten, aber so ist es auch manchmal bei Alkohol und Angst. Wir brauchen mehr Forschung für die Wirksamkeit und auch für die Nebenwirkung.

Die **Vorsitzende**: Danke und Frau Egartner, wenn ich das richtig sehe.

Eva Egartner (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)): Danke. Wir stimmen dem Gesetzentwurf auch zu und wir würden die Versandmöglichkeiten durchaus beibehalten wollen aus Gründen, die schon genannt worden sind, weil es gerade im ländlichen Raum in der Fläche schwierig ist für chronische Patient:innen, die dann eventuell den Zugang nicht mehr haben. Wir würden uns dafür aussprechen, dass die Werbeverbote deutlicher durchgesetzt werden können. Falls es da Regelungen braucht für die Polizei, sollten diese eventuell noch mit aufgenommen werden.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann noch mal



Kollege Mieves für die SPD-Fraktion, fünf Minuten.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an Herrn Wurth. Wie beurteilen Sie die These der Bundesregierung, dass Patientenversorgung auch ohne Versandhandel nicht gefährdet sei, weil in jeder Vor-Ort-Apotheke medizinisches Cannabis bestellt werden könnte?

Die **Vorsitzende**: Herr Wurth, bitte.

Georg Wurth (Deutscher Hanfverband (DHV)): Beim Verbot des Versandhandels sehe ich die Situation nicht ganz so dramatisch wie beim Verbot der Telemedizinplattformen, weil die Ärzte tatsächlich das Nadelöhr sind, das nicht anders umgehbar ist. Die Leute werden einfach dann keine Rezepte mehr kriegen zum Teil, während tatsächlich die Versorgung von Cannabis in der nächsten Apotheke grundsätzlich erstmal möglich ist. Die müssen dann halt bestellen und kriegen das. Wobei heute immer noch tatsächlich Apotheken vorhanden sind, die sich weigern, Cannabis zu bestellen. Aber ich nehme an, wenn die Plattformen weg sind, dass das nachlassen wird. Nur der Aufwand ist viel größer für die Patienten. Die müssen im ländlichen Raum durch die Gegend fahren, auch zweimal in der Regel. Einmal zum Bestellen, einmal zum Abholen, weil die Apotheke in der Vielfalt sicherlich die Cannabispräparate so nicht da hat, wenn sie nicht spezialisiert ist. Vor allen Dingen: Die Preise sind deutlich höher, weil die Online-Apotheken in großen Mengen einkaufen und das auch weitergeben an die Patienten, sodass das erheblich teurer wird mit der Versorgung ausschließlich über stationäre Apotheken. Die Fahrerei und der Aufwand sind natürlich auch gegeben. Insofern sind wir dagegen, diese Online-Cannabis-Apotheken zu schließen. Aber richtig dramatisch wird es tatsächlich dann, wenn man jetzt nur noch in Arztpraxen vor Ort Cannabis-Rezepte bekommt.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Kollege Yüksel bitte.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Vielen Dank, Frau

Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an den Branchenverband Cannabiswirtschaft. Der Gesetzentwurf liegt nun der EU-Kommission zur Notifizierung vor. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf aus europarechtlicher Sicht?

Die **Vorsitzende**: Herr Heitepriem, bitte.

Dirk Heitepriem (Branchenverband der Cannabiswirtschaft e.V. (BvCW)): Herr Dirk Heitepriem, Branchenverband Cannabiswirtschaft. Wir haben zumindest Fragezeichen dahinter. Wir haben unsere Rechtsanwälte sich das anschauen lassen und haben Bedenken, dass es gerade beim Versandverbot europarechtliche Probleme geben könnte. Auch bei der Frage, inwiefern Verschreibungen über Telemedizin nicht mehr zulässig sind, stellt sich für uns die Frage, wie das im europarechtlichen Kontext zu sehen ist, wenn wir Verschreibungen über nichtdeutsche Ärzte-Plattformen, die also im europäischen Ausland angesiedelt sind, [nicht mehr erlauben] und wo es die Apotheken, die diese Rezepte erfüllen müssen, es schwer haben, nachzuprüfen, ob das rechtens verschrieben ist. Daher plädieren wir für eine Möglichkeit, die seriösen Telemedizinanbieter in Deutschland, die über Videokonferenzen, Videosprechstunden Patienten betreuen wollen, zu stärken und denen die Möglichkeit zu geben, mit sehr viel Expertise die Patienten zu beraten, und ihnen die Möglichkeit geben, auch Verschreibungen zu machen, Hausärzte zu entlasten und damit wirklich das Gesamtpaket so zu machen, dass es keinen Bedarf gibt, auf Plattformen auszuweichen, die irgendwo im europäischen Ausland sitzen.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Die nächste Frage geht an Frau Neubaur vom Verband der Cannabis versorgenden Apotheken. Könnten Sie bitte aus Ihrer Versorgungspraxis schildern, welche Patientengruppen besonders auf Versand angewiesen sind und welche konkreten Versorgungslücken durch ein Versandverbot bei diesen Gruppen entstehen würden?

Die **Vorsitzende**: Ja, bitte Frau Neubaur.



Dr. Christine Neubaur (Verband der Cannabis versorgenden Apotheken e.V. (VCA)): Neubaur vom Verband der Cannabis versorgenden Apotheken. Besonders angewiesen sind immobile Patienten, sind schwerkranke Patienten. Wir sprechen hier nicht nur von den Selbstzahlern, also von Privatrezepten, wir sprechen auch von vielen GKV-Patienten, die über den Versandhandel versorgt werden, weil sie eben keine Apotheke in der Nähe haben. Da besteht eine große Gefahr, dass die einfach von der Versorgung ausgeschlossen werden, indem man den Versandhandel verbietet. Außerdem möchte ich noch mal betonen: Es sind deutsche Vor-Ort-Apotheken. Das ist nicht zu verwechseln mit den holländischen Versendern, die immer allgemein gesehen werden als große Gefahr für die Apotheken, sondern es sind Vor-Ort-Apotheken, die vor Ort auch Cannabispatienten versorgen, aber eben aufgrund der Notlage eine Versandhandelserlaubnis haben und somit dann auch Patienten, die weiter entfernt sind, versorgen können, die keine Apotheke in der Nähe haben.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Vielen Dank, das hilft noch mal.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann hätten wir jetzt noch drei Minuten für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, zwei Minuten für die AfD und vier Minuten für CDU/CSU und Frau Heitmann, Sie haben drei Minuten.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herzlichen Dank. Ich würde Frau Prof. Dr. Müller-Vahl gerne noch mal abschließend fragen: Würden Sie es generell für sinnvoll erachten, eine Evaluation auch des Medizinal-Cannabisgesetzes in dann vermutlich geänderter Form anzustreben und wenn ja, welche Kriterien sollten in so einer Evaluation aus Ihrer Sicht untersucht werden und Eingang finden?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Müller-Vahl, bitte.

Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl (Medizinische Hochschule Hannover (MHH)): Ich würde aus wissenschaftlicher Sicht sagen: Evaluationen und Studien sind immer gut. Ich stelle mir aber die Frage, wie

man das in diesem speziellen Fall machen möchte. Uns fehlen, das haben wir jetzt mehrfach festgestellt, jetzt schon robuste Daten und wenn man jetzt neue Daten erhebt, mit was will man das vergleichen und wo will man dann sagen, es hat sich irgendwas verändert. Wenn man das, ich sage mal salopp, mit heißer Nadel strickt, dann haben wir an der Begleiterhebung zum Cannabis gesehen, obwohl ein großer Datensatz zusammenkam, dass es doch erhebliche Limitationen gab. Die Autoren schreiben selber, dass die Aussagekraft sehr beschränkt ist. Das Einzige, was ich jetzt aber rein spekulativ sagen könnte: Wir haben ja diese EKO-CAN-Studie, die in Hamburg durchgeführt wird. Vielleicht könnte man die Kollegen bitten, da noch etwas anzuknüpfen. Die sammeln Daten und wären vielleicht am ehesten in der Lage. Ansonsten wüsste ich jetzt offen gestanden nicht, wie man das evaluieren sollte und könnte und würde das keinesfalls daran zwingend knüpfen wollen.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Weitere Fragen?

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Nein, weitere Fragen nicht. Dann schenke ich den Rest der Zeit.

Die **Vorsitzende**: Das ist sehr zuvorkommend. Vielen Dank. Dann kämen wir jetzt zu Block 4. Da hätten, wie gesagt, die AfD noch mal zwei Minuten und CDU/CSU vier Minuten. Frau Dr. Baum, bitte.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank. Ich habe noch mal eine Frage an den Vertreter der Gewerkschaft der Polizei. Wir haben jetzt hier gehört, dass es einen sprunghaften Anstieg gibt von Cannabisbedarf, sag ich mal, seit der Freigabe von Cannabis, bei gleichzeitigem Anstieg, wenn ich das richtig gehört habe, des Schwarzmarktes. Wie erklären Sie sich das?

Die **Vorsitzende**: Herr Poitz, bitte.

Alexander Poitz (Gewerkschaft der Polizei (GdP)): Natürlich an dem Bedarf der Konsumenten, die den Schwarzmarkt natürlich ausnutzen. Die Aussage habe ich nicht getroffen, denn der Schwarzmarkt



ist nicht messbar. Dazu gibt es keine validen Aussagen, außer Gewinnsummen, die im Milliardenbereich liegen. Auch das ist im Lagebild Rauschgiftkriminalität des BKAs enthalten. Der ist aber nicht messbar. Aber das Geld regiert den Schwarzmarkt sozusagen. Das ist enorm, wenn wir hier im Milliardenbereich reden. Wir haben einen Anstieg an Feststellungen im Bereich des Konsumcannabis. Und wir haben, wie wir auch gehört haben, einen Anstieg an Konsumentenverhalten, so umschreibe ich mal das Gesamtbild, im Bereich des Medizinalcannabis. Das hat auch die Bundesärztekammer gesagt, dass unter dem Deckmantel von Patienten natürlich auch das Medizinalcannabis bezogen wird, um zu konsumieren. Das macht es nicht legal, so dass hier immer noch das Vollzugsdefizit besteht. Was wir wollen als Sicherheitsbehörden, das hat aber hier mit dem Gesetz nichts zu tun, – ich wiederhole mich: Wir befürworten grundsätzlich den Gesetzentwurf, wissen aber, dass die Lage momentan angespannt ist. Das betrifft unter anderem den Cannabismarkt, aber auch den kompletten Drogenmarkt. Warum? Rauschgiftkriminalität ist Kontrollkriminalität. Dem Auftrag wollen wir gern nachkommen als Sicherheitsbehörden. Da reden wir auch nicht, das ist eine letzte Anmerkung, da reden wir auch nicht über Kriminalisierung. Da bitte ich um ein anderes Wording auch in diesem Hause hier, denn wir kriminalisieren hier niemanden. Ich kriminalisiere auch niemanden, der in der Zone 30 50 gefahren ist, sondern wir halten hier Gesetze ein. Das ist die Aufgabe von Sicherheitsbehörden.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Und dann abschließend die CDU/CSU-Fraktion mit vier Minuten. Herr Prof. Streeck, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hendrik Streeck** (CDU/CSU): Ich hätte abschließend eine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband. Sollten Cannabis bzw. Cannabisblüten aus Ihrer Sicht in der medizinischen Versorgung wie ein gewöhnliches Arzneimittel und damit nach den Bewertungsstandards des G-BA beurteilt werden? Und wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang den § 31 Absatz 6 des SGB V, welcher die Kostenübernahme von medizinischem Cannabis durch die gesetzliche Krankenversicherung regelt?

Die **Vorsitzende**: Gut, dann haben wir einmal Frau Hörsken für die KBV und dann noch einmal Frau Maaser für den GKV-Spitzenverband. Bitte schön.

Regina Hörsken (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich habe keine finanziellen Interessen. Wir sind nicht der Auffassung, dass Cannabis als normales Arzneimittel behandelt werden sollte, weil es sich nach unserer Einschätzung eben gerade nicht um ein normales Arzneimittel handelt, wie hier in der gesamten Anhörung auch bereits mehrfach deutlich wurde. Es handelt sich nicht um ein zugelassenes Arzneimittel. Wir haben keine besonders gute Evidenzlage. Es wird bei sehr, sehr vielen Indikationen eingesetzt als individueller Heilversuch und das ist nicht vergleichbar mit anderen Arzneimitteln. Insofern würden wir Cannabis nicht als normales Arzneimittel und damit auch nicht den normalen Kriterien, also Arzneimittelrichtlinie und so weiter, unterfallend ansehen. Es gäbe auch Probleme, wenn man jetzt ... Es war ja auch schon angesprochen worden, inwieweit Cannabis-Arzneimittel beispielsweise dem AMNOG unterfallen sollten. Ich möchte das jetzt nicht wiederholen. Es ist einiges schon an Argumenten eingebracht worden, warum das schwer möglich ist. Es entspricht einfach auch nicht den bisherigen Regularien. Da passt Cannabis nicht rein. Hinzu kommt noch: Wie werten wir den § 31 Absatz 6? Über den § 31 Absatz 6 ist überhaupt die Möglichkeit geschaffen worden, in patientenindividuellen Einzelfällen, wo wirklich eine Behandlungsnotwendigkeit besteht, wo mit zugelassenen Arzneimitteln und mit anderen therapeutischen Alternativen eine adäquate Behandlung nicht mehr durchgeführt werden kann, hier noch eine Behandlungsoption zu haben. Da gibt es auch gewisse Studien, die auch gewisse Erfolge zeigen. Diese ganz spezifischen Einzelfälle kann man schwerlich über eine Arzneimittelrichtlinie regeln. Eine Arzneimittelrichtlinie beispielsweise regelt immer abstrakt generelle Fälle und nicht die individuellen Einzelfälle. Wenn wir jetzt beispielsweise sagen würden, wir wollen Cannabis dem AMNOG-Verfahren unterfallen lassen, dann würde vermutlich der § 31 Absatz 6 entfallen. Damit gäbe es keinen Rechtsanspruch oder Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der GKV. Vermutlich bestünde dieser erst dann, aber das sind jetzt Spekulationen, da müsste man die gesetzliche Regelung kennen, die dann käme, wenn ein



AMNOG-Verfahren durchgeführt wurde. Und dann kommen wir in den Bereich, was bisher AMNOG nicht vorsieht: Wir müssen die unterschiedlichen Verhältnisse THC [Tetrahydrocannabinol], Cannabidiol [CBD] berücksichtigen. Das sind unterschiedliche Wirkweisen. Das heißt, wir müssen sowohl im Grunde genommen blütenspezifische oder auch zusammensetzungsspezifische Bewertungen machen und auch indikationsbezogen natürlich. Ich denke mal, damit wird dann der Intention des Gesetzgebers oder der bisherigen Intention des Gesetzgebers vermutlich nicht mehr Genüge getan werden können, hier zeitnah für Patienten individuelle Lösungen zu finden.

Die **Vorsitzende**: Danke. Damit ist die Zeit leider abgelaufen. Wir sind am Ende der Anhörung. Ich darf mich bei Ihnen allen bedanken für die konzentrierten Antworten und die konzentrierten Fragen. Wir werden uns jetzt die Ergebnisse der Anhörung anschauen, auswerten und dann ins weitere Verfahren schauen, wie wir vorankommen. Vielen Dank noch mal, schönen Abend noch und gute Restwoche.

Schluss der Sitzung: 17:39 Uhr

gez.

Dr. Tanja Machalet, MdB
Vorsitzende