

Öffentliche Anhörung
im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am Mittwoch, 20. März 2019 von 14.00 bis 15.30 Uhr
zum Thema "Medizinisches Cannabis"

Stellungnahme des Einzelsachverständigen Werner Sipp
vorm. Präsident des
Internationalen Drogenkontrollrats der Vereinten Nationen (INCB)

zu den Vorlagen:

Antrag der Fraktion der FDP
Medizinalcannabis-Anbau zum Export ermöglichen, BT-Drs. [19/4835](#)

Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch –
Erleichterte Verordnung von medizinischem Cannabis für Patientinnen und Patienten
mit einer schwerwiegenden Erkrankung**, BT-Drs. [19/5862](#)

Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE.
**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -
Aufhebung des Genehmigungsvorbehalts der Krankenkassen bei der Verordnung von Cannabis**,
BT-Drs. [19/6196](#)

Antrag der Fraktion der AfD
**Medizinalcannabis auf eine wissenschaftliche Grundlage stellen – Verfahren im
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz zur Nutzenbewertung und Preisfindung anwenden,
Anwendungssicherheit verbessern und Krankenkassen entlasten**, BT-Drs. [19/8278](#)

Zur Person des Einzelsachverständigen

Der Verfasser war von 2012 bis 2017 Mitglied des Internationalen Drogenkontrollrates der Vereinten Nationen (INCB), davon 2 Jahre lang dessen Präsident (2015-2017). Zuvor war er von 2001 bis 2008 im Bundesministerium für Gesundheit zuständig für Betäubungsmittelrecht und Internationale Suchstofffragen. Außerdem war er als drogenpolitischer Berater für verschiedene Institutionen tätig (u.a. für das BMG, die GIZ, die EU, die EBDD und die VN).

Die Anträge und Gesetzentwürfe

Der Antrag der Fraktion der FDP (Drs. [19/4835](#)) fordert die Bundesregierung auf, die Grundlagen für den Anbau und die Ausfuhr von Medizinalcannabis für den Export zu schaffen, eine Prognose über den Bedarf an Medizinalcannabis in Deutschland zu erstellen und die anbaubare Menge von Medizinalcannabis für diesen Bedarf und zusätzlich für den Export zu erhöhen.

Die Gesetzentwürfe der Fraktion DIE LINKE (Drs. [19/6196](#)) und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. [19/5862](#)) verlangen beide die Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts der Krankenkasse in § 31 Abs. 6 Satz 2 und 3 des SGB V. Die LINKE fordert darüber hinaus die Streichung des Erfordernisses der so genannten "Austherapieung" in § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr.1 SGB V.

Der Antrag der Fraktion der AfD (Drs. [19/8278](#)) fordert die Bundesregierung auf, gesetzlich zu regeln, dass Medizinalcannabis einem Verfahren zur Nutzenbewertung und Preisfindung von Arzneimitteln (AMNOG) unterzogen wird.

Zu den Anträgen und Gesetzentwürfen

Zu den Vorlagen soll ausschließlich aus der Sicht der Internationalen Suchtstoff-Konventionen Stellung genommen werden.

Allgemeines

Der Umgang mit Cannabis und Cannabisprodukten wird von den drei Suchtstoff-Konventionen der Vereinten Nationen geregelt, nämlich dem Einheits-Übereinkommen über Suchtstoffe von 1961¹, dem Übereinkommen über psychotrope Stoffe von 1971² und dem Übereinkommen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen von 1988³. Alle drei Konventionen wurden von Deutschland (ebenso wie von fast allen Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen) ratifiziert und sind deshalb für uns in Deutschland verbindlich geltendes Recht.

Die Konventionen zählen in ihren Anhängen diejenigen Substanzen auf, die als Suchtstoffe gelten und damit der internationalen Kontrolle unterliegen. Dazu zählen auch Cannabis und Cannabisprodukte.

Die internationale Kontrolle wird durch ein komplexes System von Kontrollmaßnahmen bewirkt:

- Für alle gelisteten Suchtstoffe gilt, dass ihre Gewinnung, Herstellung, Ausfuhr, Einfuhr, Verteilung, Verwendung sowie ihr Besitz ausschließlich auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke zu begrenzen ist⁴.
- Die legale (d.h. medizinische oder wissenschaftliche) Verwendung von Suchtstoffen unterliegt Kontrollvorschriften, die je nach Stoffgruppe mehr oder weniger streng sind: Alle drei Konventionen enthalten Anhänge, in denen verschiedene Klassen von Suchtstoffen entsprechend ihrer Schädlichkeit einerseits und ihrer medizinischen Nutzbarkeit andererseits aufgelistet sind⁵. Jeder dieser Anhänge ist mit jeweils unterschiedlichen Kontrollmaßnahmen verknüpft, die sich auf Herstellung, Anbau, Ausfuhr, Einfuhr, Handel und medizinische Verwendung beziehen.

Die Einstufung von Cannabis im Kontrollsystem der Konventionen ist wichtig für alle hier zur Debatte stehenden Vorlagen, weil mit dieser Einstufung der rechtliche Rahmen sowohl für den Anbau, die Einfuhr und Ausfuhr als auch für die medizinische Verwendung von Cannabis und Cannabisprodukten abgesteckt wird.

Cannabis ist wie folgt eingeordnet:

- Die Cannabis-Pflanze, Cannabis-Harz, Extrakte und Tinkturen von Cannabis sind im Anhang I der Einheitskonvention von 1961 gelistet, der hoch abhängigkeitsverursachende und hoch riskante Substanzen enthält⁶;
- Cannabis (Pflanze und Harz) ist zusätzlich auch im Anhang IV der Einheitskonvention von 1961 aufgeführt, der bestimmte Substanzen aus dem Anhang I umfasst, die besonders gefährliche

¹ Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol, https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf;

² Convention on Psychotropic Substances of 1971, https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf;

³ United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988, https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

⁴ Art. 4 c der 1961-Konvention, Art. 5 Abs.2 der 1971-Konvention

⁵ Zu den Definitionen der Anhänge vgl: UNODC; Terminology and Information on Drugs - Third edition (2016), https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs-3rd_edition.pdf

⁶ Schedule I / 1961: "Substances that are highly addictive and liable to abuse, or are convertible into drugs that are similarly addictive and liable to abuse"

Eigenschaften im Hinblick auf Abhängigkeit und Missbrauch haben und gar nicht oder nur selten medizinisch nutzbar sind⁷;

- Tetrahydrocannabinol (THC), der Hauptwirkstoff von Cannabis, ist in Anhang I der Konvention von 1971 genannt, ebenso bestimmte Isomere von THC; dieser Anhang erfasst Substanzen, die ein hohes Missbrauchsrisiko und eine besonders ernste Gefährdung der öffentlichen Sicherheit haben und gleichzeitig sehr wenig oder gar keinen therapeutischen Nutzen haben⁸;
- Dronabinol (Delta-9-Tetrahydrocannabinol) ist in Anhang II der Konvention von 1971 gelistet, der Substanzen enthält, die ein Missbrauchsrisiko und eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellen und nur geringen therapeutischen Wert besitzen⁹.

Aus dieser Klassifizierung folgen bestimmte rechtliche Anforderungen für den internationalen Handel und für die medizinische Verwendung dieser Substanzen.

Über die allgemein für alle Stoffe des jeweiligen Anhangs geltenden Kontrollmaßnahmen hinaus sieht die Einheitskonvention von 1961 aber noch zusätzliche spezielle Anforderungen für den Anbau und den Verkehr mit Cannabis vor¹⁰ (vgl. dazu unten).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat während der letzten zwei Jahre Cannabis und Cannabisprodukte¹¹ einer ausführlichen Überprüfung ("critical review")¹² unterzogen, bei der sie die positiven (z.B. therapeutischen) und die negativen (abhängigkeitsauslösenden, gesundheitsschädlichen) Wirkungen dieser Stoffe wissenschaftlich untersucht hat. Als Ergebnis hat die WHO Empfehlungen für eine Änderung der Einstufung der verschiedenen Substanzen formuliert, die auch eine Änderung des jeweiligen Kontrollregimes zur Folge hätten. Diese Empfehlungen wurden im Januar d.J. der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) vorgelegt¹³, deren Aufgabe es ist, über die Einstufung von Stoffen in die verschiedenen Anhänge der Konventionen zu entscheiden. In dieser Woche¹⁴ berät die CND in ihrer 62. Sitzung über diese Empfehlungen. Es wird davon ausgegangen, dass sie jetzt noch keine Entscheidung trifft, sondern diese vertagt. Deshalb wird im Folgenden noch von der bisher geltenden Rechtslage ausgegangen.

Zum Antrag der FDP (Drs. 19/4835)

Geltende Rechtslage aufgrund der Suchtstoffkonventionen

Der Antrag wirft die Frage auf, welche Voraussetzungen die Internationalen Konventionen an den Anbau von Medizinalcannabis und den internationalen Handel mit Cannabis stellen.

Die Konventionen ermöglichen den Anbau und den Handel mit Cannabis unter bestimmten, engen Bedingungen. Der INCB hat diese Bedingungen mehrfach ausführlich dargestellt, zuletzt in dem gerade vorgelegten Jahresbericht 2018¹⁵, wo er das thematische Kapitel I eben dieser Frage widmet.

⁷ Schedule IV / 1961: "*Certain drugs listed in Schedule I with particularly dangerous properties (highly addictive and particularly liable to abuse) that are not or very rarely used in medical practice*"

⁸ Schedule I / 1971: "*Substances presenting a high risk of abuse, posing an especially serious threat to public health, which are of very little or no therapeutic value*"

⁹ Schedule II / 1971: "*Substances presenting a risk of abuse, posing a serious threat to public health, which are of low or moderate therapeutic value*"

¹⁰ Art. 2 Abs. 6 und 7 i.V.m. Art. 22, 28 mit 23 der 1961-Konvention

¹¹ nämlich: Cannabis Pflanze und Cannabis Harz; Extrakte und Tinkturen von Cannabis; Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC); Stereoisomere von THC und Cannabidiol (CBD)

¹² gemäß Art. 3 Abs. 3 bis 5 der 1961-Konvention

¹³ Schreiben des Generaldirektors der WHO vom 24.01.2019 mit Anhängen,

https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/UNSG_letter_ECDD41_recommendations_cannabis_24Jan19.pdf?ua=1

¹⁴ Vom 18. bis 22. März 2019

¹⁵ INCB Annual Report 2018, <http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2018.html>

Wie für alle Suchtstoffe des Anhangs I der Konvention von 1961 gelten auch für Cannabis folgende Anforderungen:

- **Erlaubnisse:**

Eine amtliche Genehmigung bzw. Erlaubnis ist erforderlich für die Teilnahme an jeder Phase des Handels mit Cannabis sowie für jede einzelne internationale Transaktion, insbesondere:

- für die Herstellung¹⁶,
- für den Handel und die Verteilung¹⁷;
- für jeden einzelnen Import- und Exportvorgang¹⁸.

- **Vorausschätzungen des künftigen Bedarfs:**

Die Konventionen enthalten ein differenziertes Meldesystem, mit dem die Ausgewogenheit zwischen den verfügbaren Suchtstoffen einerseits und dem Bedarf für medizinische und wissenschaftliche Zwecke andererseits in jedem Land angestrebt wird:

Zu diesem Zweck sind die Regierungen verpflichtet, jedes Jahr ihre **Vorausschätzung** ("estimates") des künftigen Bedarfs im nächsten Jahr dem INCB zu melden, und zwar im Hinblick auf:

- die Menge der Suchtstoffe, die für medizinische und wissenschaftliche Zwecke voraussichtlich verbraucht werden;
- die Menge der Suchtstoffe, die für die Herstellung anderer Suchtstoffe und für Zubereitungen gebraucht werden;
- die Bestände, die bis zum Jahresende unterhalten werden sollen; zu diesen Beständen zählen auch die für den Export bestimmten Mengen;
- die Zahl der Industriebetriebe, die synthetische Suchtstoffe herstellen werden und die Menge der so hergestellten Suchtstoffe;
- das Gebiet und die geographische Lage des Landes, das dem Anbau dienen soll und die ungefähre Menge des erwarteten Ertrags.

Diese Angaben dienen als Obergrenze für die Herstellung und den Import, den Handel und die Verteilung¹⁹.

- **Internationaler Handel**

- Jeder Import- und jeder Exportvorgang bedarf einer Genehmigung²⁰. Für jede einzelne Transaktion muss eine Exportgenehmigung (seitens der Behörden des Landes des Exporteurs) und eine Importgenehmigung (seitens des Importlandes) vorliegen.
- Eine Exportgenehmigung darf nur erteilt werden, wenn das Recht des Empfängerlands den Import und die Verwendung von Cannabis zu medizinischen Zwecken erlaubt²¹.
- Die Exportgenehmigungen dürfen nur im Rahmen der Vorausschätzungen ("estimates") des Empfängerlandes erteilt werden²².

¹⁶ Art. 29 Abs. 1 und 2 der 1961-Konvention

¹⁷ Art. 30 Abs. 1 der 1961-Konvention

¹⁸ Art. 31 der 1961-Konvention

¹⁹ Art. 30 Abs. 2 a der 1961-Konvention

²⁰ Art. 31. Abs.3 der 1961-Konvention

²¹ Art. 31. Abs. 1 a der 1961-Konvention. Wenn das Empfängerland dies nicht erlaubt, wird es keine Importgenehmigung ausstellen, so dass die Transaktion auch deshalb nicht erfolgen kann.

²² Art. 31. Abs. 1 b der 1961-Konvention

- Eine Importgenehmigung darf nur erteilt werden für Cannabis, das aus einem Anbau stammt, der zu medizinischen Zwecken unter staatlicher Kontrolle gemäß den Artikeln 23 und 28 Abs. 1 der 1961-Konvention erfolgt.
- Die allgemeinen Vorschriften über den Handel und die Verteilung des Artikels 30 der 1961-Konvention gelten auch für den internationalen Handel (z.B. Kontrolle der Betriebe und Räumlichkeiten, Verbot des Besitzes von Mengen, die den normalen Geschäftsbedarf übersteigen, Vorschriften über Verpackung, Kennzeichnung etc.)²³.

- **Berichterstattung:**

Die Regierungen müssen dem INCB folgende statistische Aufstellungen liefern:

Jährlich für das vergangene Jahr:

- Produktion oder Herstellung von Suchtsstoffen;
- Verwendung von Suchtstoffen für die Herstellung anderer Suchtstoffe oder Zubereitungen;
- Verbrauch von Suchtstoffen;
- Beschlagnahmen;
- Bestände;
- Anbaugebiete.

Vierteljährlich:

- Importe und Exporte von Suchtstoffen²⁴.

Alle Beteiligten sind verpflichtet, der zuständigen staatlichen Stelle (in Deutschland: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM) die notwendigen Daten für die Berichterstattung und die Vorausschätzung zu liefern.

- **Cannabisagentur**

Über die genannten, für alle Suchtstoffe gültigen Kontrollmaßnahmen hinaus sind die Staaten, die Cannabis für medizinische Zwecke anbauen wollen, verpflichtet, eine nationale Agentur einzurichten, deren Aufgabe es ist, den Anbau und die Versorgung mit Cannabis zu überwachen²⁵. In Deutschland ist dies das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

- Die Agentur hat die Flächen zu bezeichnen, auf denen Cannabis angebaut werden darf²⁶,
- Sie erteilt die Erlaubnis zum Anbau der Pflanzen²⁷. Die Erlaubnis muss die Größe der Fläche angeben, auf der der Anbau zugelassen ist.
- Die Agentur kauft die gesamte Ernte auf und nimmt sie in Besitz²⁸, was nach allgemeiner Auffassung schon dadurch geschieht, dass sie Zugriff und Kontrolle beim anbauenden Unternehmen hat.
- Der Anbau und die Herstellung von Cannabis unterliegt nicht den Beschränkungen für den internationalen Handel nach Art. 24 Abs. 1 der 1961-Konvention: Anders als bei Opium muss bei der Gewinnung von Cannabis der vom INCB festgestellte globale Bedarf nicht als Obergrenze berücksichtigt werden²⁹.

²³ Art. 30 Abs. 1 b ii ; 2 a; 3 bis 5 der 1961-Konvention

²⁴ Art. 20 der 1961-Konvention

²⁵ Art. 28 und 23 der 1961-Konvention

²⁶ Art. 23 Abs.2 (a) und (c) der 1961-Konvention

²⁷ Art. 23 Abs.2 (b) der 1961-Konvention

²⁸ Art. 23 Abs.2 (d) der 1961-Konvention

²⁹ Kommentar zur 1961-Konvention: zu Art. 28 Ziff. 12

- **Überwachung:**

Die Konventionen verlangen, dass die Regierungen eine effektive Kontrolle über die medizinische Verwendung von Cannabis ausüben. Sie müssen sicherstellen, dass diese medizinisch überwacht wird und dass die Substanzen nicht für nicht-medizinische Zwecke abgezweigt oder missbraucht werden³⁰.

- Deshalb müssen für die medizinische Verwendung zugelassene bzw. geeignete Cannabisprodukte von Ärzten nach den anerkannten fachlichen Grundsätzen aufgrund wissenschaftlicher Evidenz verschrieben³¹ und von Apotheken bereit gestellt werden.
- Die Personen und Unternehmen, die als Inhaber einer Genehmigung mit der Herstellung, dem Handel, der Verteilung von Cannabis oder den Import und Export befasst sind, unterliegen insoweit umfassenden staatlichen Kontrollmaßnahmen³².
- Insbesondere müssen Hersteller, Händler, Wissenschaftler, wissenschaftliche Einrichtungen und Krankenanstalten Verzeichnisse führen, in welchen die Menge jedes hergestellten Suchstoffs sowie alle Erwerbe und Veräußerungen im einzelnen einzutragen sind³³.

Der internationale Handel mit Cannabis

Bisherige Entwicklung:

Seit dem Jahr 2000 hat der legale Gebrauch von Cannabis stark zugenommen: Während er zuvor auf wissenschaftliche Forschung vornehmlich in den USA beschränkt war, haben immer mehr Staaten seit 2000 begonnen, Cannabis und Cannabisprodukte für medizinische Zwecke und für wissenschaftliche Forschung zu nutzen³⁴:

- **Produktion:** Im Jahre 2000 betrug die legale Produktion 1,4 to, im Jahre 2016 ist sie auf 209,9 to und 2017 auf 406,1 to angewachsen. Größter Produzent cannabishaltiger pharmazeutischer Zubereitungen war im **Jahre 2017** wiederum das Vereinigte Königreich, gefolgt von Kanada und Israel:

Vereinigtes Königreich:	258,4 to	(63,6 % der Gesamtmenge),	[2016: 95 to]
Kanada:	131,4 to	(32,4 % der Gesamtmenge)	[2016: 80,7 to]
Israel	10,4 to	(2,6% der Gesamtmenge)	[2016: 9,2 to]

Zehn weitere Länder produzierten 2017 jeweils weniger als 5 to.

- **Export:** Hauptexporteur von Cannabis war 2017 ebenfalls das Vereinigte Königreich mit 4,9 to (66,9 % der Gesamtmenge), gefolgt von den Niederlanden mit 1,3 to (18,1 %), Kanada mit 393 kg (5,5 %) und Österreich mit 263 kg (3,6 %). Deutschland exportierte 2017 weniger als 100 kg.
- **Import:** 2017 importierten die USA 14 to (66,9 % der Gesamtmenge). Deutschland importierte 4,5 to (21,8 %), Italien 0,7 to (3,5 %).
- **Lagerbestände:** Die größten Bestände wurden 2017 im Vereinigten Königreich gelagert mit 213,2 to (94,6 %), gefolgt von Kanada mit 8,2 to (3,6 %), Israel mit 1,5 to (0,7 %) und den Niederlanden mit 1,4 to (0,6 %).

³⁰ INCB Annual Report 2018, S.4, <http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2018.html>

³¹ Art. 30 Abs. 2 b der 1961-Konvention

³² Art. 29; 30 Abs. 1; 31; 34 (a) der 1961-Konvention

³³ Art. 34 (b) der 1961-Konvention

³⁴ INCB Technical Publication Narcotic Drugs 2018: Estimated World Requirements for 2019, Statistics for 2017, S. 44-46: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2018/INCB-Narcotics_Drugs_Technical_Publication_2018.pdf

Seit den späten 1990er Jahren hat eine wachsende Zahl von Staaten gesetzliche Vorschriften erlassen, die den Anbau von Cannabis für medizinische Zwecke und seine medizinische Anwendung erlauben³⁵. Im Jahre 2017 waren dies: die USA (mit 29 Staaten) und 11 weitere Länder³⁶. Seither hat sich diese Zahl noch erheblich erhöht mit 5 weiteren Staaten in den USA³⁷ und zusätzlich zu den oben genannten weiteren 34 Ländern³⁸. Beim INCB haben etwa 60 Staaten einen Bedarf an Cannabis für medizinische Zwecke im Rahmen ihrer Vorausschätzung für 2019 ("estimates") angemeldet³⁹.

Die gesetzlichen Regelungen in den verschiedenen Staaten sind sehr unterschiedlich⁴⁰. Einige von ihnen - vor allem in einigen Staaten der USA - entsprechen nach Auffassung des INCB nicht den Mindestanforderungen der Suchtstoffkonventionen⁴¹, weil sie den Begriff des "medical use" zu weit ausdehnen, weil sie keine ausreichende Überwachung sicherstellen (keine Vorausschätzung des Bedarfs, keine statistischen Berichte, keine Kontrolle), und weil sie die Abzweigung der Stoffe für nicht-medizinische Zwecke nicht verhindern.

Ausblick:

Es ist damit zu rechnen, dass in nächster Zeit weitere Staaten gesetzliche Regelungen über Cannabis zur medizinischen Anwendung erlassen werden. Dazu tragen vor allem folgende Umstände bei:

- Die WHO hat im Rahmen der kritischen Überprüfung von Cannabis und Cannabisprodukten durch ihren Expertenausschuss für Drogen und Drogenabhängigkeit (ECDD) festgestellt⁴², dass Cannabis als Pflanze und Harz nicht die gleichen nachteiligen Wirkungen wie die anderen Substanzen im Anhang IV der 1961-Konvention besitzt. Deshalb schlägt der Ausschuss vor, diese Substanzen aus diesem Anhang zu streichen. Was den therapeutischen Nutzen von Cannabis angeht, so gebe es hierfür zwar nur begrenzte wissenschaftliche Evidenz, jedoch hätte bei einigen pharmazeutischen Zubereitungen von Cannabis eine therapeutische Wirkung für die Behandlung bestimmter Formen des Schmerzes, der Epilepsie und von Spasmen bei der Multiplen Sklerose nachgewiesen werden können.

Diese Empfehlungen sind noch nicht von der Suchtstoffkommission (CND) umgesetzt. Dennoch kann allein die Feststellung eines gewissen therapeutischen Nutzens durch die für medizinische Fragen fachlich zuständige WHO von weiteren Staaten aufgegriffen werden, um entsprechende gesetzliche Regelungen zu initiieren.

- Der INCB moniert zwar in seinem neuesten Jahresbericht 2018, dass zahlreiche geltende Regelungen über die medizinische Anwendung von Cannabis und Cannabisprodukten nicht den

³⁵ Ausführliche Darstellung bei: EMCDDA: New developments in cannabis regulation - Background paper (2017) http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6232/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Cannabis-policy_0.pdf; und EMCDDA, Medical use of cannabis and cannabinoids (Dez. 2018) http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584_TD0618186ENN_PDF.pdf

³⁶ Israel (seit 2001), Niederlande (2000), Kanada (2001), Chile (späte 2000er), Vereinigtes Königreich (2010), Tschechische Republik (2013), Uruguay (2013), Jamaika (2015), Kolumbien (2015), Australien (2016), Deutschland (2017).

³⁷ State Medical Marijuana Laws, in: NCSL - National Conference of State Legislators, (05-03-2019), <http://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx>

³⁸ Argentinien, Bermuda, Dänemark, Finnland, Georgien, Griechenland, Italien, Kroatien, Luxemburg, Malta, Mazedonien, Mexiko, Neuseeland, Norwegen, Peru, Polen, Portugal, San Marino, Schweiz, Süd Afrika, Sri Lanka, Thailand, Zimbabwe und Zypern

³⁹ INCB, Estimated World Requirements of Narcotic Drugs for 2019 (February 2019 update) <http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Status-of-Estimates/2019/EstFeb2019.pdf>

⁴⁰ EMCDDA, Medical use of cannabis and cannabinoids (Dez. 2018) http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584_TD0618186ENN_PDF.pdf

⁴¹ INCB Annual Report 2018, Kapitel I, <http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2018.html>

⁴² Empfehlungen der WHO zu Cannabis vom 24.01.2019, https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/UNSG_letter_ECDD41_recommendations_cannabis_24Jan19.pdf?ua=1

Mindestanforderungen der Konventionen entsprechen, gibt aber gleichzeitig Empfehlungen für die rechtskonforme Ausgestaltung solcher gesetzlicher Regelungen⁴³.

- Das Europäische Parlament hat am 13.02.2019 eine Entschließung über den Einsatz von Cannabis in der Medizin verabschiedet⁴⁴. Darin stellt das Parlament fest, dass es Beweise dafür gibt, dass Cannabis oder Cannabinoide bei verschiedenen Krankheitsbildern therapeutische Wirkung haben können. Es legt Wert darauf, dass eindeutig zwischen Arzneimitteln auf Cannabis-Basis und anderen Anwendungen von Cannabis unterschieden werden muss. Das Parlament fordert dazu auf, die Forschung im Bereich Cannabis in der Medizin zu verstärken, die bestehenden regulatorischen, finanziellen und kulturellen Hindernisse zu beseitigen und Innovation zu fördern.

Bewertung des Antrags der FDP

Zur Forderung, "die Grundlagen für den Anbau und für die Ausfuhr von Medizinalcannabis für den Export zu schaffen" ist darauf hinzuweisen, dass die rechtlichen Grundlagen für den Anbau und den internationalen Handel mit Cannabis und Cannabisprodukten für medizinische Zwecke in den Internationalen Suchstoffkonventionen in Verbindung mit dem Gesetz „Cannabis als Medizin“ vom 06.03.2017⁴⁵ schon vorhanden sind.

Eine Prognose im Sinne der Vorausschätzung des Bedarfs an medizinischem Cannabis im nächsten Jahr ("estimate") ist nach der 1961-Konvention notwendig und zwingend vorgeschrieben. In welcher Form diese Prognose erstellt wird, überlässt die Konvention der jeweiligen Regierung.

Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 19/5862)

und zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drs. 19/6196)

Die Anträge betreffen die Voraussetzungen, unter denen die Kosten für die Anwendung von Cannabis und Cannabisprodukten von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.

Die Internationalen Suchtsstoff-Konventionen enthalten keine Vorschriften, die sich ausdrücklich oder unmittelbar auf das Sozialversicherungssystem beziehen. Allerdings bilden sie durch ihre allgemeinen Grundsätze und Ziele einen Rahmen, an den sich auch die sozialversicherungsrechtlichen Gesetze halten müssen.

Das oberste Ziel der Konventionen ist der Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Um diesen zu gewährleisten, stellen sie in ihren Präambeln fest, dass Suchtstoffe für die Linderung von Schmerzen und Leiden unerlässlich sind. Sie verpflichten die Mitgliedstaaten, Vorsorge zu treffen, damit Suchtstoffe für die medizinische Verwendung in angemessenem Umfang zur Verfügung stehen. Gleichzeitig verpflichten sie die Staaten, den Gebrauch von Suchtstoffen auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke zu beschränken und den Missbrauch von Suchtstoffen zu verhindern⁴⁶. Allerdings darf dadurch die Verfügbarkeit der Suchtstoffe für medizinische Zwecke nicht über Gebühr eingeschränkt werden ("*their availability for such purpose should not be unduly restricted*")⁴⁷.

⁴³ INCB Annual Report 2018, Kapitel I, <http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2018.html>

⁴⁴ Entschließung des Europäischen Parlaments vom 13.02.2019 zum Einsatz von Cannabis in der Medizin, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P8-TA-2019-0113+0+DOC+PDF+V0//DE>

⁴⁵ Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 06.03.2017, BGBl. I 2017, S. 403.

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0403.pdf%27%5D#_b_gbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0403.pdf%27%5D_1536573907398

⁴⁶ Präambel der 1961 und der 1971 Konvention

⁴⁷ Präambel der 1971-Konvention

Daraus leitet der INCB in seinem jüngsten Jahresbericht 2018 folgende Grundsätze ab⁴⁸:

- *"Die Konventionen verlangen, dass effektive gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, um den medizinisch überwachten Gebrauch von Cannabis und seinen Derivaten sicherzustellen und ihre Abzweigung zu nicht-medizinischen Zwecken zu verhindern.*
- *Regierungen, die den medizinischen Gebrauch von Cannabis erlauben, müssen sicherstellen, dass Cannabis von kompetenten Ärzten entsprechend anerkannter medizinischer Praxis und auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz verschrieben wird.*
- *Cannabinoide sollten auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz hinsichtlich ihrer Qualität, Sicherheit und ihres Nutzens aufgrund kontrollierter klinischer Versuche für den medizinischen Gebrauch zugelassen sein.*
- *Zugelassene medizinische Cannabinoide sollten durch den Arzt verschrieben und durch den Apotheker dispensiert werden.*
- *Regierungen sollten die Verschreibenden, Dispensierenden und Patienten überwachen, um sicherzustellen, dass diese Cannabinoide nicht zu nicht-medizinischen Zwecken abgezweigt oder missbraucht werden".*

Der Genehmigungsvorbehalt des § 31 Abs. 6 Satz 2 und 3 des SGB V ist sicherlich eine Einschränkung der Verfügbarkeit der Suchtstoffe. Ob diese Einschränkung notwendig und angemessen ist, muss der nationale Gesetzgeber entscheiden. Die Konventionen machen hierfür keine konkreten Vorgaben.

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es bei den hier in Rede stehenden Stoffen teilweise nicht um zugelassene Arzneimittel handelt, was eine zusätzliche Kontrolle durch ein Genehmigungsverfahren möglicherweise rechtfertigt.

Was die von der Fraktion DIE LINKE geforderte Streichung des Erfordernisses der so genannten "Austherapieung" in § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr.1 SGB V anlangt, so wird darauf hingewiesen, dass nach den Konventionen grundsätzlich alle Suchtstoffe - nicht nur Cannabis - nur dann angewendet werden sollen, wenn andere, weniger risikobehaftete Arzneimittel und Methoden unwirksam sind oder keinen Erfolg versprechen. Dieser Grundsatz findet seinen Niederschlag in § 13 Abs.1 BtMG. Der INCB bezeichnet die Behandlung mit Cannabinoiden als "not first-line treatments"⁴⁹.

Zum Antrag der Fraktion der AfD, (Drs. 19/8278)

Wie oben ausgeführt, erwarten die Konventionen, dass Suchtstoffe - einschließlich Cannabis und Cannabisprodukte - auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz und nach Prüfung ihrer Qualität, Sicherheit und ihres Nutzens medizinisch angewandt werden. Wie diese Prüfung geschieht und welche Verfahren dabei zur Anwendung kommen, überlassen die Konventionen den Mitgliedstaaten.

⁴⁸ INCB Annual Report 2018, Kapitel I., S. 3

⁴⁹ INCB Annual Report 2018, S. 4, <http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2018.html>